

Bachelorarbeit

Health Literacy bei Pflegepersonen- ein Literaturreview zur Stärkung einer unterschätzten Kompetenz in der tertiären Pflegeausbildung

eingereicht von

Anna Marbler

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science (BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut der Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.ⁱⁿ scient. med. Franziska Großschädl, MSc, BSc

Graz, März 2019

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, März 2019

Anna Marbler, e.h.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis.....	III
Zusammenfassung.....	IV
Abstract.....	V
1 Einleitung	1
1.1 Aufbau der Arbeit	1
1.2 Hintergrund	1
1.2.1 Der Begriff Health Literacy.....	2
1.2.2 Konzeptuelles Modell zur Health Literacy.....	3
1.2.3 Finanzielle Aspekte.....	5
1.3 Rahmenbedingungen.....	5
1.3.1 Rahmengesundheitsziel 3	6
1.3.2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG.....	7
1.4 Relevanz der Arbeit.....	8
1.5 Forschungsfrage	9
2 Methodik.....	9
2.1 Literaturrecherche	9
2.2 Auswahl der Studien	11
2.3 Kritische Bewertung der Studien	12
3 Ergebnisse	13
3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien.....	13
3.2 Einflussfaktoren auf Health Literacy.....	18
3.3 Grundkompetenzen.....	19
3.3.1 Beschaffen.....	19
3.3.2 Verstehen	21

3.3.3	Beurteilen	23
3.3.4	Anwenden.....	24
3.4	Setting Ausbildung	25
4	Diskussion.....	28
4.1	Praxisempfehlungen.....	31
4.2	Forschungsempfehlungen.....	32
4.3	Stärken und Limitationen.....	33
5	Schlussfolgerung.....	34
6	Literaturverzeichnis	35
7	Anhang.....	VI
7.1	Bewertungsbogen- Hawker et al (2002).....	VI
7.2	Bewertung der eingeschlossenen Studien	VII

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Konzeptionelles Modell von Health Literacy.	4
Abbildung 2:	Flowchart der Literatursuche	12
Abbildung 3:	Model zur Ausbildung von Health Literacy	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Suchabfragen in den Datenbanken	10
Tabelle 2:	Charakteristika der ausgewählten Studien	15

Zusammenfassung

Hintergrund: Health Literacy wird als Voraussetzung für einen kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen angesehen. Dem Pflegepersonal wird eine führende Rolle bei der Förderung der Health Literacy zugesprochen, da dieses den meisten Patientinnen- und Patientenkontakt hat. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es wichtig, dass Pflegepersonen die Bedeutung von Health Literacy kennen und selbst über ein hohes Maß an Health Literacy verfügen.

Forschungsziel: Das Ziel dieses Literaturreviews besteht darin, aufzuzeigen, welche Strategien und Maßnahmen die Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen fördern können.

Methode: Um das Forschungsziel zu erreichen, wurde von Oktober bis Dezember 2018 eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Acht Studien entsprachen den Einschlusskriterien. Die Bewertung der eingeschlossenen Studien wurde mit dem Bewertungsinstrument von Hawker et al. (2002) durchgeführt, wobei sieben Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage wesentlich waren.

Ergebnisse: Die Förderung und Stärkung der vier entscheidenden Grundkompetenzen, die für den Prozess und zur Bearbeitung von Gesundheitsinformationen wichtig sind (beschaffen, verstehen, beurteilen und anwenden), ist ein erster Schritt in Richtung einer systematischen Evaluierung des Curriculums für Pflegepersonen. Eine kurze Intervention hat bereits einen Einfluss auf das Wissen der Studentinnen und Studenten, dennoch bestehen die erfolgreichsten Interventionen aus mehreren Einheiten.

Schlussfolgerung: Die Förderung von Health Literacy beginnt mit der Ausbildung. Erste Konzepte beinhalten Vorschläge für ein Curriculum. Allerdings sind keine einheitlichen Aspekte ersichtlich. Auch fehlen Tools und Messinstrumente zur Evaluation der Interventionen. Maßnahmen zur Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen, die bereits in der Praxis tätig sind, konnten kaum generiert werden. Allgemein ist Health Literacy eine unterschätzte Domäne in der Pflege und steht in der Forschung noch am Anfang. Zukünftig sind weitere Strategien seitens Politik, Forschung und Praxis notwendig, um gesamtgesellschaftliche und zielgruppenorientierte Maßnahmen, die die Health Literacy von Pflegepersonen verbessert, zu schaffen.

Abstract

Background: Health Literacy is considered as a prerequisite for a competent handling of health information. Formal caregivers have a leading role in promoting health literacy, because of the deep contact with patients. To fulfil this task it is important that health professionals know the meaning of Health Literacy and have a high level of it.

Aim: The aim of this paper is to find out which strategies and measures can empower the strengthening of health literacy among nurses.

Method: In order to achieve the research objective, a literature review was conducted from October until December 2018 in the databases PubMed and CINAHL. Eight studies met the inclusion criteria. The data analysis of the relevant studies was carried out using the assessment tool of Hawker et al (2002). Seven studies were essential for answering the research aim.

Results: A promotion and strengthening of the four crucial basic skills, which are important for the process of editing health information (sourcing, understanding, evaluating and operating) is a first step towards a systematic evaluation of the requirements for a curriculum. A short intervention already has an impact on the knowledge of the students. Nevertheless, the most successful interventions consist of several units.

Conclusion: At the beginning education is important to strengthen health literacy among nurses. However, no uniform aspects are apparent. There is also a lack of tools and measuring instruments for evaluation the interventions. Interventions to empower health literacy of nurses, which are already practising care, are not available. In general, health literacy is an underrated domain in nursing and is still in its infancy in research. It should be noted that health literacy must be consciously strengthened. In the future, further strategies by politics, research and practice are necessary, to create societal and target group-oriented measures.

1 Einleitung

Jede Entscheidung, die getroffen wird, ist auch eine Gesundheitsentscheidung. Die immer größer werdende Informationsflut etwa im Bezug auf Lebensmittel, die einen gesundheitlichen Nutzen versprechen oder Gesundheitstipps in diversen Lifestyle Magazinen hat einen positiven und negativen Effekt. Einerseits kann das große Angebot für die Gesundheit förderlich sein, andererseits besteht die Gefahr, dass Personen sich in der Flut an Informationen verlieren. Die zunehmenden Auswahlmöglichkeiten verlangen von den Individuen immer mehr Kompetenzen, Partizipation und Gewandtheit ab. Ein wichtiger Gesundheitsfaktor ist deshalb das Erlangen gesundheitsrelevanter Infos, diese zu verstehen und zu beurteilen, um leichter Entscheidungen treffen zu können. Pflegepersonen spielen eine entscheidende Rolle in der Förderung dieser Eigenschaften und in der Erleichterung des Informationsaustausches hinsichtlich der Gesundheit (Ewers, Schaeffer & Meleis, 2017; Kickbusch & Harting, 2014; Speros, 2011).

In der folgenden Arbeit werden die Kompetenzen der Informationsbeschaffung, des Verständnisses, der Beurteilung und der Anwendung der generierten Gesundheitsinformationen, grundlegend ist das Konzept Health Literacy anzuführen, in einem Literaturreview erforscht. Im Fokus steht hierbei die Berufsgruppe der Pflegepersonen.

1.1 Aufbau der Arbeit

Im ersten Abschnitt wird der Hintergrund des Themas mit Begriffsdefinitionen, Hintergrundinformationen, Relevanz und Forschungsziel mit Forschungsfrage erläutert. Der zweite Teil umfasst den Methodenteil, der ein Literaturreview mit Suchstrategie, Ein- und Ausschlusskriterien und Beschreibung des Bewertungsinstrumentes, enthält. Danach folgt eine Darstellung der Ergebnisse mit anschließendem Diskussionsteil, wobei Empfehlungen für zukünftige Forschung und Praxisrelevanz sowie Stärken und Limitationen aufgezeigt werden. Im Anhang dieser Arbeit befinden sich der Bewertungsbogen Hawker et al. (2002) sowie die einzelnen Bewertungen der eingeschlossenen Studien, die zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen.

1.2 Hintergrund

Health Literacy hat sich in den letzten Jahren zu einem wichtigen Thema entwickelt. Übersetzt wird der Begriff im deutschsprachigen Raum häufig als

Gesundheitskompetenz, bedeutet aber wörtlich Gesundheitsliteralität. Definiert wird Literalität als Schriftsprachkompetenz. Health Literacy steht für die Fähigkeit im Alltag gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen und danach zu handeln (Schaeffer & Pelikan, 2017).

1.2.1 Der Begriff Health Literacy

Für diese Arbeit wird auf die deutsche Übersetzung verzichtet und der englische Begriff Health Literacy verwendet, da die Definition des Begriffes Gesundheitskompetenz unzulänglich erläutert ist. Der Terminus „Health Literacy“ wurde im Rahmen des Europäischen Health Literacy Survey (HLS-EU) umfangreich definiert. Für den Ausdruck Health Literacy existieren einige Definitionen, die Erläuterung von Sørensen et al. (2012) ist in den geführten Auseinandersetzungen im deutschsprachigen Raum und in der aktuellen Forschung bestimmend. Die englische Definition lautet wie folgt:

“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 (Sørensen et al., 2012 p. 3).“

Die deutsche Übersetzung der Definition von Sørensen et al. (2012) nach Röthling, Pelikan und Ganahl (2013) lautet:

„Health Literacy basiert auf allgemeiner Literacy und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Bereichen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern (Röthling, Pelikan & Ganahl, 2013 p.15).“

Health Literacy wird als Grundkompetenz definiert, um gesundheitliche Herausforderungen im täglichen Leben zu bewältigen. Alle Lebensbereiche wie Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung werden miteinbezogen. Eine informierte Entscheidungsfindung und Partizipation werden als Grundlage zum Erhalt der Lebensqualität aufgezeigt. Health Literacy ist nicht

alleine von individuellen Befähigungen und Ressourcen abhängig, auch soziale und strukturelle Rahmenbedingungen spielen eine entscheidende Rolle (Schaeffer & Pelikan, 2017).

Zusätzlich zur Kompetenz Literacy beeinflussen weitere Kompetenzen wie Sprach- beziehungsweise Kulturkompetenz, Medien-, Wissenschafts- und digitale Kompetenz, Health Literacy. Dadurch wird deutlich, dass auch allgemeine Kompetenzen und nicht nur gesundheitsspezifische gefördert werden müssen (Pelikan & Ganahl, 2017).

Im Zuge der HLS-EU wurde auch ein konzeptuelles Modell entwickelt, welches im folgenden Abschnitt weiter erläutert wird.

1.2.2 Konzeptuelles Modell zur Health Literacy

Im systematischen Review der HLS-EU Studie von Sørensen et al. (2012) konnten zwölf Modelle und 17 Definitionen zu Health Literacy identifiziert werden. Auf Basis wurde ein logisches und konzeptuelles Modell entworfen, welches in Abbildung 1 ersichtlich ist.

Im Modell sind drei gesundheitsrelevante Bereiche, welche für Health Literacy notwendig sind, beschrieben. Dazu zählen die Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung. Das Modell zeigt proximale und distale Faktoren, welche einen Einfluss auf Health Literacy haben. Auch der Pfad von Health Literacy zum gesundheitlichen Resultat ist dargestellt. Weiters sind Einflussfaktoren, die in drei Gruppen eingeteilt werden, ersichtlich (Pelikan & Ganahl, 2017; Sørensen et al., 2012).

Dazu zählen gesellschaftliche und umweltbezogene Faktoren wie Kultur, Sprache, Politik, Sozialsystem und demographische Situation. Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen und Beruf zählen zu den individuellen Einflüssen. Die dritte Gruppe umfasst situationsbezogene Faktoren wie Familieneinfluss und soziales Netzwerk (Pelikan & Ganahl, 2017; Sørensen et al., 2012).

Der Kern des Modells zeigt vier entscheidende Grundkompetenzen, die für den Prozess zur Bearbeitung von Gesundheitsinformationen wichtig sind. Dazu zählen Zugang finden oder Beschaffen, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen.

- Den Zugang zu Gesundheitsinformationen finden und beziehen ist die erste Kompetenz und ist mit Verständnis, einem Zeitplan und Vertrauenswürdigkeit verknüpft.

- Das Verstehen bezieht sich auf das Begreifen und Abrufen von Informationen und ist abhängig von Erwartungen, der wahrgenommenen Nützlichkeit, der Individualisierung des Ergebnisses und der Interpretation der Ursächlichkeit.
- Das Beurteilen umfasst die Interpretation, die Filterung und die Evaluierung der abgerufenen Informationen und hängt von der Komplexität, vom Fachjargon und dem Verständnis der Informationen ab.
- Kommunikation und Informationen für Entscheidungen, welche die Gesundheit verbessern zu nützen, fällt in die Kompetenz des Anwendens. Sie hängt von der Auffassungsgabe ab.

Jede der vier Dimensionen verlangt spezifische kognitive Fähigkeiten und hängt von den angebotenen Informationen ab (Sørensen et al., 2012).

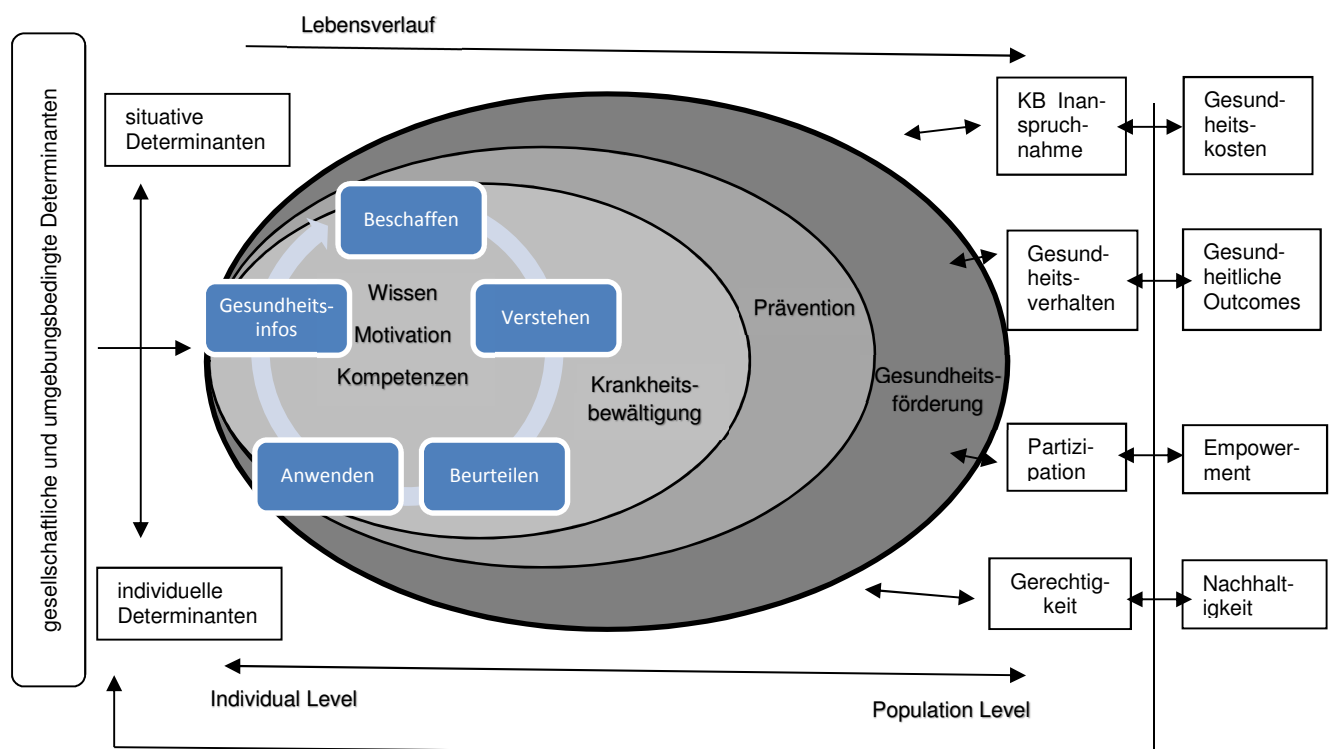


Abbildung 1: Konzeptionelles und logisches Modell von umfassender Health Literacy. Nach: Sørensen et al (2012), Übersetzung durch Autorin Anna Marbler in Anlehnung an Pelikan & Ganahl (2017), KB= Krankheitsbewältigung

Dieser Prozess generiert Wissen und Fähigkeiten. Eine Person kann damit durch die drei Domänen des Gesundheitskontinuums, Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung, navigieren. Das Kontinuum umfasst krank sein, als Person oder als Patientin/Patient in einem Krankenhaus. Danach folgt die Prävention von Krankheiten, sowie die Gesundheitsförderung als Bürgerin/Bürger, beispielsweise im Setting Gemeinde, Bildungssystem oder am Arbeitsplatz. Auch

frühere und aktuelle Erfahrungen, sowie kognitive und psychosoziale Entwicklungen spielen in der Navigation durch das Gesundheitssystem eine Rolle. Die Kompetenzen der Health Literacy entwickeln sich dauerhaft weiter und sind mit einem lebenslangen Lernen verbunden (Sørensen et al., 2012).

1.2.3 Finanzielle Aspekte

Health Literacy zählt mittlerweile zu den zentralen Elementen der Gesundheitspolitik. In der Bevölkerung kann eine ungenügende Health Literacy zu enormen finanziellen Ausgaben führen. Personen mit geringerer Health Literacy haben Probleme sich im Gesundheitssystem zu orientieren. Diese nutzen die Angebote der Primärversorgung weniger und verursachen so mehr Kosten. Vermehrte Besuche in Notaufnahmen und häufigere Aufenthalte in Krankenhäuser, sowie Fehler in der Medikation und eine niedrigere Compliance hinsichtlich der verordneten Therapien scheint im Zusammenhang mit geringerer Health Literacy zu stehen. Sie hat auch negative Auswirkungen auf die Volkswirtschaft, da Personen geringerer Health Literacy eher an Diabetes oder an Depressionen erkranken (Kickbusch & Harting, 2014).

Im Jahr 2009 führten Eichler, Wieser, und Brugger eine systematische Literaturrecherche zu den entstehenden Kosten einer eingeschränkten Health Literacy durch. Das Ergebnis zeigt, dass die zusätzlichen Kosten hinsichtlich des Gesundheitssystems zwischen 3% und 5% der jährlichen gesamten Gesundheitskosten betragen können.

Im folgenden Unterkapitel werden Rahmenbedingungen des Literaturreview aufgezeigt.

1.3 Rahmenbedingungen

Von 2009 bis 2012 wurde die europäische Studie zur Health Literacy (HLS-EU) in acht Mitgliedstaaten der EU durchgeführt, darunter auch Österreich. Weiters nahmen Polen, Bulgarien, Deutschland, Griechenland, Irland, Spanien und die Niederlande teil. Die Studie befasste sich mit fünf Zielsetzungen. Dazu zählen die Erarbeitung eines Instrumentes, um Health Literacy zu messen, eine erste Datenerhebung, Ausarbeitung von nationalen Health Literacy Plänen, Schaffung nationaler Beiräte, sowie Förderungsstrategien und Agenda- Setting zur Health Literacy in Europa durch die Schaffung eines European Health Literacy Networks (Pelikan & Ganahl, 2017).

Die Auswertung der Studie zeigt, dass in Österreich der Anteil von Menschen mit mangelnder Health Literacy mit 16,7% um 4,9% über den europäischen Durchschnitt, welcher bei 11,8% ist, liegt. Laut HLS- EU ist auch in den acht teilnehmenden Ländern fast jeder Zweite als gefährdet einzustufen. Das Risiko variiert nicht nur zwischen den Ländern, sondern auch zwischen den Bevölkerungsgruppen. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, ältere Menschen, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, sowie Menschen mit schlechter Gesundheit haben ein höheres Risiko dafür. Österreich hat aus den Ergebnissen Konsequenzen gezogen. Im Jahr 2012 wurden die Rahmengesundheitsziele beschlossen. Darunter das Ziel drei, welches auf die Stärkung der Health Literacy der Bevölkerung abzielt (Kickbusch & Harting, 2014).

1.3.1 Rahmengesundheitsziel 3

Das Rahmengesundheitsziel 3 lautet: „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.“ Die Stärkung der Health Literacy fordert Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen. Folgende Bereiche wurden in Österreich im Rahmen der Erarbeitung der Ziele als wesentlich erachtet:

- Stärkung der persönlichen Kompetenzen bei allen Menschen und entsprechende Maßnahmen sollten zielgruppenspezifisch sein.
- Erleichterung des Zugangs zu Information, um das für Gesundheitskompetenzen relevante Basiswissen zu verbessern. Diese Informationen sollten sich sowohl auf ein gesundheitsrelevantes Verhalten als auch auf das Gesundheitssystem beziehen.
- Förderung der Rolle der Patientinnen/Patienten als gleichrangige/r Partnerinnen/Partner im Gesundheitssystem. Dies stellt eine wichtige Aufgabe für Gesundheitsberufe dar.
- Fördern einer vereinfachten Orientierung im Sozial-, Gesundheits- und Bildungssystem. Die Bevölkerung soll sich darin zurechtfinden. Dies bedeutet eine Vereinfachung der Struktur. Auf der Grundlage der HLS- EU wird eine Erarbeitung von Systemen, Dienstleistungen und Produkten empfohlen, welche besser lesbar, nutzerfreundlicher und übersichtlicher sind (BMGF, 2017).

Die Gleichstellung der Patientin und des Patienten sowie Orientierungshilfen im Gesundheitswesen zu leisten, stellt eine wichtige Aufgabe für Gesundheitsberufen dar. Viele Menschen fühlen sich im Gesundheitssystem alleine gelassen und

haben Hemmungen nachzufragen, wenn sie etwas nicht vollkommen verstanden haben. Pflegepersonen spielen an diesem Punkt eine entscheidende Rolle, angesichts des häufigen Kontaktes mit Patientinnen und Patienten. Die verantwortlichen Pflegepersonen müssen lernen, dass Erklären nicht gleich zu setzen ist mit Lehren. Eine Förderung der Health Literacy bei Patientinnen und Patienten kann nur in einer unterstützenden von Schamgefühl befreiten Umgebung stattfinden. Pflegepersonen sollten mit einfacher und klarer Sprache kommunizieren (Speros, 2011).

Gesetzlich festgelegt ist die Förderung der Health Literacy im Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, was eine weitere Rahmenbedingung ist.

1.3.2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG

Das Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflege wurde erstmals 1997 beschlossen. Die letzte Aktualisierung fand schließlich im August 2018 statt. Im GuKG wird dabei im §12 (5), §14 (2) und §16 (3) Health Literacy als eine Domäne der Pflegepersonen gesetzlich verankert.

Im zweiten Abschnitt werden das Berufsbild und der Kompetenzbereich definiert. Darunter fallen die oben genannten Paragraphen. §12 befasst sich mit dem Berufsbild, §14 und §16 mit dem Kompetenzbereich. §12 (5) legt fest: *„Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege.“* Im §14 (2) werden Pflegerische Kernkompetenzen erläutert. Darunter fällt im Punkt 7: *„Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention“*. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam werden im §16 definiert. Zum multiprofessionellen Versorgungsteam zählt der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, eine Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen und anderen Berufen findet statt. Im Absatz drei unter Punkt neun wird die *„Förderung der Gesundheitskompetenz“* gesetzlich festgelegt (BKA RIS, 2017).

Der folgende Abschnitt erläutert die Relevanz der Arbeit.

1.4 Relevanz der Arbeit

Pflegepersonen bilden laut Statistik Austria (2017) die größte Gruppe im Bereich des Gesundheitspersonals und haben somit einen großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung. Im Rahmen seines Berufsbildes trägt jeder Gesundheitsberuf zur Versorgung der unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen bei. Pflegepersonen stellen die größte Berufsgruppe dar und haben für gewöhnlich auch den meisten Kontakt mit Patientinnen und Patienten. Das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, sowie die Pflegefachassistenz oder auch die Pflegeassistenz zählen zur Berufsgruppe der Pflegepersonen. Laut Statistik Austria (2017) ist die Anzahl der Pflegepersonen in Österreich in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Derzeit gibt es jedoch keine genauen Zahlen über Angehörige des Gesundheits- und Krankenpflegeberufes, da ein Gesundheitsberuferegister für Österreich erst kürzlich eingeführt wurde und noch nicht alle Pflegepersonen erfasst und registriert werden konnten (<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/professional/gesundheitsberuferegister/gesundheitsberuferegister>).

Durch den demografischen und epidemiologischen Wandel ist ein Bedarfszuwachs in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu erwartenden. Somit wird die Erfassung und Förderung von Health Literacy zunehmend wichtiger (Ewers, Schaeffer & Meleis, 2017).

Pflege soll einen aktiven Part in der Förderung der Health Literacy einnehmen. Als Hindernis ist zu erwähnen, dass Pflegepersonen edukative Aufgaben eher als zweitrangig betrachten und direkte Pflegehandlungen den Vorzug geben. Sie sollten sich auf verschiedenste Ansprüche und Fähigkeiten von Patientinnen und Patienten einstellen können. Pflegepersonen haben eine berufliche und ethische Pflicht mit klaren und zielgerichteten Worten zu kommunizieren und die benötigten Informationen an Patientinnen und Patienten weiterzugeben. Health Literacy ist ein Schlüsselfaktor in der Kommunikation zwischen der Patientin und dem Patienten sowie dem Gesundheitspersonal (Coleman, Hudson & Maine, 2013; Speros, 2011).

Die Erfassung und Förderung der Health Literacy stellt einen wichtigen Teil der Arbeit einer Pflegeperson dar, denn sie sind im Lebensalltag tätig und erkennen unmittelbar Schwierigkeiten mit dem vorhandenen Gesundheitswissen. Außerdem sind sie an vielen Stellen im Versorgungssystem präsent, was eine gute

Voraussetzung für die Stärkung von Health Literacy bei Patientinnen und Patienten bietet (Ewers, Schaeffer & Meleis 2017).

Um dies umsetzen zu können ist es wichtig, dass Pflegepersonen selbst über ein hohes Maß an Health Literacy verfügen. Gesundheitliche Resultate werden durch die Stärkung der Health Literacy seitens der Pflegepersonen und durch die Förderung der Patientinnen-/Patientenkommunikation beeinflusst. Health Literacy ist in der Gesundheitspolitik sowie für jede einzelne Person in der Bevölkerung eine unabdingbare Kompetenz (Kickbusch & Harting, 2014; Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011).

Daraus folgt, dass zukünftig Health Literacy und Pflege eine höhere Aufmerksamkeit in der Forschung zu zu schreiben sein wird (Ewers, Schaeffer & Meleis, 2017).

Folglich lässt sich das Ziel dieses Literaturreviews ableiten. Es besteht darin aufzuzeigen, welche Strategien und Maßnahmen die Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen fördern können.

1.5 Forschungsfrage

Hinsichtlich des genannten Ziels wird folgende Forschungsfrage abgeleitet: „Welche Maßnahmen und Strategien fördern eine Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen?“

2 Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage ist ein Literaturreview durchgeführt worden, welches eine kritische Zusammenfassung schriftlicher Ergebnisse zu einem Forschungsproblem darstellt. Eine Forschungsfrage wurde erstellt und eine adäquate Suchstrategie wurde von der Autorin dieser Arbeit entwickelt. Daraufhin folgte eine Suche nach Literatur in Datenbanken und das kritische Bewerten und Analysieren der Literatur (Polit & Beck, 2011).

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand von Oktober bis Anfang Dezember 2018 statt. Einerseits in der größten englischsprachigen Pflegedatenbank CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und andererseits in der

Datenbank PubMed (Public Medical Literature Online), welche weltweit die wichtigste biomedizinische Datenbank ist, wurde recherchiert.

Im Zuge der Literaturrecherche wurde eine Suchstrategie entwickelt und in englischer Sprache gesucht. Folgende „keywords“ wurden eingesetzt: Health Literacy, Nurse, Health Professionals. Dazu wurden die entsprechenden Synonyme, wie health personnel, formal caregiver, health care provider sowie health knowledge, health literate verwendet. Die Suchbegriffe wurden als Stichwörter eingesetzt. Weiters wurde als MeSH-Terms (Medical Subject Headings) Nurse und Health Literacy in PubMed und in CINAHL als „Subject Headings“ eingesetzt. „Keywords“ wurden mit den Booleschen Operatoren „AND“ und die dazu passenden Synonyme mit „OR“ verknüpft. Den Booleschen Operator „NOT“ wurde im Zusammenhang mit health promotion verwendet.

In Tabelle 1 werden Suchstrategien in den dazu verwendeten Datenbanken explizit dargestellt. Um die Aktualität zu gewährleisten wurde das Publikationsdatum ab 01.03.2009 gewählt. Weiters wurde das Erwachsenenalter von 19 Jahre oder älter beziehungsweise „All adult“ als Filter eingesetzt. Die Sprache wurde auf deutsche und englische Artikel limitiert. In PubMed wurden „keywords“ in „title/abstract“ gescreent, in der Datenbank CINAHL ist die Limitation Abstract gewählt worden.

Tabelle 1: Suchabfragen in den Datenbanken

Datenbank	Suchstrategie
PubMed	((((nurse[MeSH Terms]) OR (Nurs*[Title/Abstract] OR "formal caregiver"[Title/Abstract] OR "health care provider"[Title/Abstract] OR "health personnel"[Title/Abstract] OR "health professional*"[Title/Abstract]))) AND ((health literacy[MeSH Terms]) OR ("health literacy"[Title/Abstract] OR "health knowledge"[Title/Abstract] OR "health competence"[Title/Abstract] OR "health expertise"[Title/Abstract]))) NOT "health promotion"[Title/Abstract]
CINAHL	AB (MM "health literacy" OR AB ("health literacy" or "health knowledge" or "health competence" or "health expertise")) AND AB (nurs* or "formal caregiver" or "health professional*" or "health care provider" or "health personnel") NOT AB "health promotion"

Zusätzlich zur Datenbanksuche wurde eine Handsuche in den Referenzlisten, der Artikel, die ins Volltextscreening eingeschlossen wurden, durchgeführt. Auch in den Fachbüchern Kickbusch und Hartung (2014) sowie Schaeffer und Pelikan (2017), als auch in der Masterarbeit von Pichlbauer (2018) wurde eine Handsuche in den Referenzlisten durchgeführt. Weiters wurde in Google Scholar mit den Suchbegriffen Health Professionals, Nurse und Health Literacy gesucht. Eine Limitation auf Artikel, die nicht älter als zehn Jahre alt sind wurde eingefügt. Das Resultat waren über 17 000 Ergebnisse, die ersten fünf Seiten wurden gescreent.

2.2 Auswahl der Studien

Um die Aktualität zu gewährleisten wurden nur Studien miteinbezogen, die in den letzten zehn Jahren publiziert wurden. Auch „Health Education“ als Synonym für Health Literacy wurde ausgeschlossen, da hier unterschiedliche Aspekte und Kompetenzen bewertet werden. Health Literacy umfasst vor allem das Selbstmanagement der eigenen Gesundheit, die Einstellung dazu, sowie die gesundheitsrelevanten Entscheidungen des Einzelnen. Health Education ist allgemeiner und bezieht sich vor allem auf die Gesundheitserziehung. Daher wurde diese auch als Synonym zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgeschlossen.

Studien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurden, sind aus Gründen des Sprachverständnisses ausgeschlossen worden. Auch auf Studien, welche Kinder und Jugendliche miteinbeziehen, wurde verzichtet. Es wurden lediglich Studien mit Fokus auf Pflegepersonen im Berufsalltag oder auszubildende Personen im Pflegebereich und solche, welche sich mit der Förderung und Stärkung der Health Literacy von Pflegepersonen befassen, eingeschlossen.

Alle Suchergebnisse der Datenbanken wurden in das Literaturverwaltungsprogramm Endnote X8.2 importiert, wobei nach Ausschluss der Duplikate 410 Treffer erzielt werden konnten. Darüber hinaus wurden per Handsuche drei weitere relevante Artikel entdeckt. Weiters erfolgte durch Titelscreening eine Vorauswahl, die danach durch ein Abstractscreening noch spezifiziert wurde. Die meisten Studien sind in der Vorauswahl ausgeschieden, weil diese für die Beantwortung der Forschungsfrage ungeeignet waren. Von 413 Treffern waren 24 Abstracts gehaltvoll. In der Durchsicht des Abstracts wurde vor allem auf Forschungsfrage beziehungsweise Forschungsziel, Resultate und

Schlussfolgerung der Studien geachtet. Ausgeschlossen wurden Artikel, die keinen Fokus auf Pflegepersonen oder Studentinnen und Studenten des Pflegeberufes hatten. Zusätzlich wurden darauf geachtet, ob Maßnahmen oder Strategien, welche Health Literacy fördern, beschrieben sind. Von diesen 24 generierten Artikeln wurde der Volltext gelesen, um die Relevanz für die Forschungsfrage zu ermitteln.

Schließlich sind acht relevante Studien eingeschlossen worden, welche alle einer kritischen Bewertung nach Hawker et al. (2002) unterzogen wurden. Der Auswahlprozess ist in Abbildung 2 als Flowchart dargestellt.

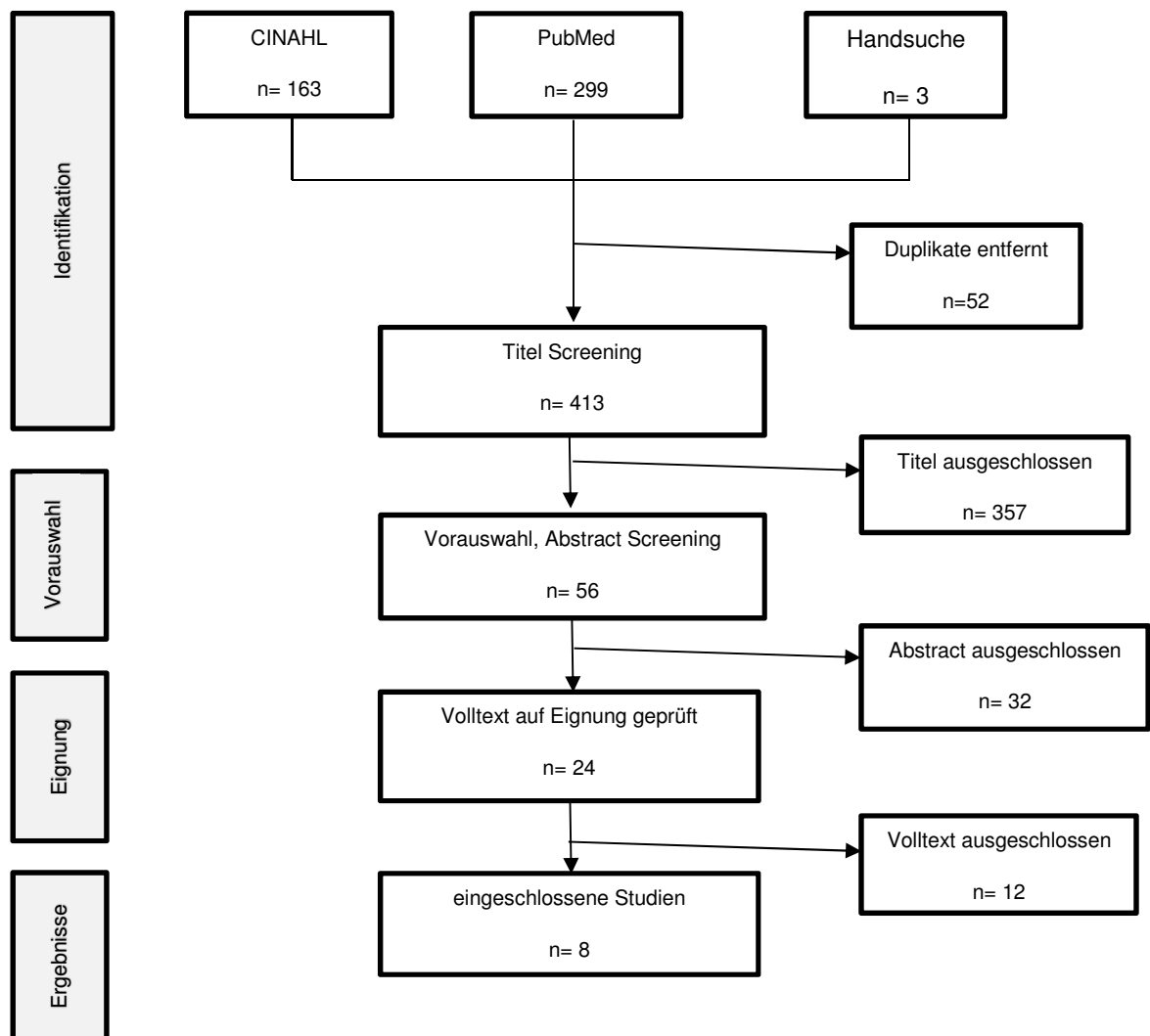


Abbildung 2: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements. Nach: Ziegler, Antes und König (2011)

2.3 Kritische Bewertung der Studien

Die acht eingeschlossenen Studien wurden mit dem Bewertungsbogen Hawker et al. (2002) auf seine Qualität hin geprüft. Das Bewertungsinstrument von Hawker et al. (2002) kann für jegliches Studiendesign, qualitativ oder quantitativ eingesetzt

werden. Aus diesem Grund wurde dieser Bewertungsbogen gewählt. Unterteilt wird der Bogen in neun unterschiedliche Kategorien, die jeweils einen Abschnitt einer wissenschaftlichen Publikation darstellt. Abstract und Titel, Einleitung und Ziel, Methode und Datenerfassung, Sampling, Datenanalyse, ethische Aspekte und Limitationen, Ergebnisse, Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit sowie Implikation für Forschung und Praxis werden beurteilt. Jede der neun Kategorien wird mit einer Likert Scala (very poor, poor, fair und good) beurteilt. Punkte von eins (poor) bis vier (good) sind zu vergeben. Durch das Summieren der Punkte ergibt sich ein Qualitätsscore für jede Studie. In das Review wurden Studien eingeschlossen die mehr als 65% der maximalen Punktezahl erreichten.

Von den acht bewerteten Studien wurden sieben in das Literaturreview eingeschlossen. Aufgrund der niedrigen Bewertung von 63,8% wurde eine Studie an diesem Punkt ausgeschlossen. Die Bewertungspanne der sieben Studien liegt zwischen 69,4% und 91,6%. Im Anhang sind der Bewertungsbogen sowie die Bewertung der eingeschlossenen Studien ersichtlich.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Charakteristika und Ergebnisse der sieben ausgewählten Studien präsentiert. Die Ergebnisse in den einzelnen Studien wurden analysiert, verglichen und nach übergeordneten Themen eingeordnet. Die Resultate werden anhand des konzeptionellen Modells nach Sørensen et al. (2012) dargestellt. Anschließend folgt eine genauere Betrachtung des Settings Ausbildung.

3.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

Sechs der sieben eingeschlossenen Studien sind in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt worden. Das systematische Review stammt aus Australien. Das Verhältnis des Studiendesigns mit qualitativem und quantitativem Forschungsansatz war ausgeglichen. Drei Studien waren quantitativ, zwei Studien waren qualitativ ausgelegt und weitere zwei führten ein Literaturreview durch.

In den fünf Studien, Literaturreviews ausgeschlossen, wurden insgesamt 285 Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert. Die Partizipantinnen und Partizipanten waren Studentinnen und Studenten von Gesundheitsberufen, Expertinnen und

Experten im Fachbereich Pädagogik und Pflege sowie Pflegepersonen. In den zwei Literaturreviews wurden insgesamt 37 Artikel eingeschlossen, wobei qualitative und quantitative Studien, sowie eine Mixed- Methode Studie impliziert wurden.

Weitere Studiendesigns waren eine Pilotstudie mit einer webbasierten Querschnittstudie und eine explorative Studie mit einem vorangegangenen Literaturreview und anschließender Interventionsstudie mit Pre- und Posttestdesign. Die Delphi- Methode wurde in zwei Studien verwendet. Eine Arbeit befasst sich vor allem mit dem Thema eHealth Literacy, dabei wurde die Q- Methode zur Erfassung der komplexen Einstellungen und subjektiven Perspektive verwendet.

Exkurs: eHealth Literacy

Der Term eHealth Literacy bezieht sich auf die Fähigkeit von Individuen Gesundheitsinformationen von elektronischen Quellen zu ermitteln, zu verstehen und zu evaluieren und dieses Wissen zu nützen, sich mit Gesundheitsproblemen zu befassen und diese zu lösen (Stellefson et al., 2012).

Eine Übersicht über die Charakteristika der ausgewählten Studien mit den wichtigsten Ergebnissen und der dazugehörigen Punktezahl der Bewertung nach Hawker et al. (2002) ist in Tabelle 2 in chronologischer Reihenfolge hinsichtlich des Publikationsdatums dargestellt.

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Autor/ Jahr	Design	Sample/ Setting	Methode	Hauptergebnisse	Punkte
Sand- Jecklin et al./ 2010	quantitativ	103 Studentinnen und Studenten/ Universität in einem Mittelatlantikstaat (USA)	explorative Studie- mit Literatur Review und Interventionsstudie	<ul style="list-style-type: none"> • Ein signifikanter Anstieg des Wissens über Health Literacy der Studentinnen und Studenten nach nur einer Intervention ersichtlich. • Auch kurze Interventionen haben einen Einfluss auf das Wissen. 	25 (69,4%)
Macabasco- O'Connell A., Fry- Bowers E./ 2011	qualitativ	76 Pflegepersonen/ rekrutiert wurde in öffentlichen Datenbanken der USA	Pilotstudie, beschreibende, webbasierte Querschnittstudie	<ul style="list-style-type: none"> • Ein limitiertes Wissen über Health Literacy ist sichtbar. • Health Literacy hat einen niedrigen Stellenwert im Vergleich zu anderen Pflegeproblemen. • Ausbildungsbarrieren für das Gesundheitspersonal hinsichtlich Health Literacy werden aufgezeigt. 	31 (86%)
Coleman C., Hudson St., Maine L./ 2013	quantitativ	23 Expertinnen und Experten/ FASHP, Louise College of Pharmacy	modifizierte Delphi Methode	<ul style="list-style-type: none"> • nach 4 Runden wurden 62 potentielle Ausbildungskompetenzen erarbeitet. <ul style="list-style-type: none"> ○ 24 zum Thema Wissen, ○ 27 zum Thema Fähigkeiten, ○ 11 zum Thema Verhalten ○ 32 potentielle Praxiskompetenzen 	30 (83,3%)

FASHP= Federation of Associations and of Schools of the Health Professionals

Stellefson et al./ 2014	qualitativ	42 Studentinnen und Studenten/ Hochschulen im Südwesten der USA	Q- Methode	<ul style="list-style-type: none"> • 3 Gruppen mit unterschiedlichen Suchstrategien im Hinblick auf eHealth Literacy konnten generiert werden: <ul style="list-style-type: none"> ↳ geübte erfinderische Studentin/Student ↳ mittelfristige zögernde Studentin/Student ↳ einfache anmaßende Studentin/Student • Die verschiedenen Aspekte der Suchstrategien bieten Möglichkeiten das Finden und die Evaluation von Informationen zu fördern. 	31 (86%)
Toronto C., Weatherford B./ 2015	7 quantitative und 2 qualitative Artikel	9 Artikel/ Vereinigte Staaten von Amerika	integratives Review	<ul style="list-style-type: none"> • Edukationsmaßnahmen wurden in drei Kategorien aufgeteilt: Vortrag, aktive Lernstrategien und Aufgaben außerhalb der Klasse. • Vortrag ist der effektivste Weg, um komplexes Material abzudecken. • Aktivitäten außerhalb des Klassenzimmers unterstützen die gelehrt Inhalte und fördern die Fähigkeiten bezüglich Health Literacy. 	29 (80%)

Toronto C./ 2016	quantitativ	41 Expertinnen und Experten/ International, Sprachvoraussetzung: Englisch	e- Delphi Methode, in drei Runden	<ul style="list-style-type: none"> • Basierend auf der Arbeit von Coleman, Hudson und Maine wurde eine Liste mit 50 Kernkompetenzen zur Health Literacy für Krankenpflegepersonal generiert und nach Wichtigkeit gereiht. • Einteilung erfolgt in drei Domänen: Wissen, Fähigkeiten und Verhaltensweisen. 	33 (91,6%)
Saunders C., Palesy D., Lewis J./ 2018	1 Mixed Method Studie, 27 quantitative Artikel	28 Artikel/ Vereinigte Staaten von Amerika, Irland, Australien	systematisches Literaturreview	<ul style="list-style-type: none"> • Ein standardisiertes evidenzbasiertes Health Literacy Curriculum für Studentinnen und Studenten von Gesundheitsberufen, in den verschiedenen Professionen, Ausbildungsjahren und Settings fehlt. • Identifizierung der Kernelemente für ein erstes konzeptuelles Model für eine Integration von Health Literacy in das Curriculum. 	33 (91,6%)

3.2 Einflussfaktoren auf Health Literacy

Anhand des konzeptionellen Modells nach Sørensen et al. (2012) werden die Ergebnisse gegliedert und in den folgenden Kapiteln dargestellt. Anknüpfend folgt eine detaillierte Betrachtung des Settings Ausbildung. Das Modell zeigt Einflussfaktoren und Grundkompetenzen, die auf die Gesundheitskompetenz einwirken. Die Einflussfaktoren werden in drei Faktoren aufgeteilt, wie in der Einleitung bereits erläutert wurde.

Maßnahmen und Strategien, die auf eine Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen abzielen, werden ebenfalls von diesen Determinaten beeinflusst. In der Studie von Macabasco-O'Connell und Fry-Bowers (2011) werden Barrieren der Health Literacy Edukation aufgezeigt, die gesellschaftliche und umgebungsbedingte Determinaten, individuelle und situationsbezogene Faktoren implizieren. Eine Pilotstudie, mit dem Design einer webbasierten Querschnittsstudie, wurde durchgeführt. Das Ziel der Arbeit war, das Wissen und die Erwartung der Pflegepersonen hinsichtlich Health Literacy zu beschreiben. 76 Pflegepersonen nahmen teil und wurden in öffentliche Datenbanken der Vereinigten Staaten von Amerika rekrutiert.

80% der teilnehmenden Pflegepersonen gaben an, mindestens einmal das Wort Health Literacy gehört zu haben. 75% teilten mit, dass sie mäßiges bis größeres Wissen darüber besitzen, weiters führten 59% an, dass sie noch nie eine Fortbildung zum Thema Health Literacy erhalten haben. 60% berichtet, dass sie ihr Bauchgefühl zur Beurteilung der Health Literacy von Patientinnen und Patienten einsetzen. Ein wichtiger Punkt ist, dass 56% der teilnehmenden Pflegepersonen äußerten, dass Health Literacy mit einer niedrigeren Priorität bedacht wird als andere Pflegeprobleme. Dieser Umstand beeinflusst die Implementierung eines offiziellen Health Literacy Edukationsprogramms. Als weitere Barriere wird Zeitmangel (38%) für eine Teilnahme an einem Trainingsprogramm angegeben. Auch der Kostenfaktor (32%) und die fehlende Unterstützung von Organisationsleitern (12%) wird von den Partizipantinnen und Partizipanten genannt (Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011).

Das Konzept Health Literacy sollte ein Teil der Grundausbildung sein und somit in Zukunft ein Teil des Curriculums. Auch das Gesundheitssystem sollte in Aktion

treten und eine Unterstützung zur Ausbildung bezüglich Health Literacy Edukation für Pflegepersonen und anderes Gesundheitspersonal forcieren. Negative Barrieren des Gesundheitssystem sollten in der Praxis aufgezeigt werden (Coleman, Hudson & Maine, 2013; Macabasco-O'Connell und Fry-Bowers, 2011).

3.3 Grundkompetenzen

In diesem Abschnitt wird auf die Förderung und Stärkung der vier entscheidenden Grundkompetenzen, die für den Prozess zur Bearbeitung von Gesundheitsinformationen wichtig sind, eingegangen. Dazu zählen das Beschaffen, Verstehen, Beurteilen und Anwenden von Gesundheitsinformationen. Health Literacy Kompetenzen sind überschneidend mit der generellen Gesundheitskommunikation und interkulturellen sowie sprachlichen Faktoren (Coleman, Hudson & Maine, 2013).

3.3.1 Beschaffen

Das Beschaffen bezieht sich auf die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu suchen und zu finden. Unterschiedliche Möglichkeiten der Wissensbeschaffung sind vorhanden. Den Zugang zu Gesundheitsinformationen kann in Form einer Informationsveranstaltung sein oder auch durch aktives Suchen im Internet gewährleistet werden (Sand- Jecklin et al, 2010; Stellefson et al., 2012).

So beschreiben Toronto und Weatherford (2015) in einem integrativen Review mit neun eingeschlossenen Studien, dass ein Vortrag der effektivste Weg ist, um komplexes Material begreiflich zu machen. In acht Studien wurde der Vortrag als Intervention verwendet. Die Dauer reichte von 20 bis 50 Minuten. Inhalte waren Definitionen und Health Literacy Konzepte, Auswirkungen von niedriger Health Literacy auf Patientinnen und Patienten und Strategien, um Patientinnen und Patienten zu helfen.

Auch in einer explorativen Studie mit einem vorangegangenen Literaturreview und einer Interventionsstudie mit Pre- und Posttestdesign von Sand- Jecklin et al. (2010) wird gezeigt, dass das Wissen der Studentinnen und Studenten nach nur einer Präsentation mit dem Thema Health Literacy signifikant anstieg. Das zeigt, dass auch schon eine kurze Intervention einen Einfluss auf das Wissen der Studentinnen und Studenten hat. Health Literacy ist ein Thema, das die ganze Ausbildung hindurch unterrichtet werden sollte.

Stellefson et al. (2012) haben sich mit dem Thema eHealth Literacy auseinandergesetzt. Das Ziel dieser Studie war eine systematische Identifizierung persönlicher eHealth Suchstrategien von Studentinnen und Studenten des Gesundheitsbereichs. Es wurde eine Q- Methode verwendet, um subjektive Perspektiven der Suchstrategien von Studentinnen und Studenten von Gesundheitsberufen zu untersuchen. Zwölf offene Fragen wurden an 42 Teilnehmerinnen und Teilnehmer gestellt. Um den Sortierungsprozess der Q- Methode abzuschließen wurden 20 personalisierte E-Mails an Partizipantinnen und Partizipanten, die bereits an der oben angeführten Umfrage teilnahmen, gesandt. Zur Verstärkung wurden zusätzlich 13 Studentinnen und Studenten über ihre Fähigkeiten und Erfahrungen mit dem Suchen von Gesundheitsinformationen im Internet interviewt. Die Kompetenz von eHealth Literacy wurde durch eine objektive Messung bestimmt und half, die Perspektiven der Studentinnen und Studenten zu kategorisieren.

Drei Gruppen mit verschiedenen Gesichtspunkten auf eHealth Suchstrategien konnten generiert werden. Dazu zählen die/der geübte erfinderische Studentin/Student, die/der mittelfristig zögernde Studentin/Student und die/der einfache anmaßende Studentin/Student. Die/der geübte erfinderische Studentin/Student beschreibt sich als ein Benutzer von vielen Hilfsmitteln um eHealth Informationen zu beziehen. Diese Studentinnen und Studenten geben an gut mit Forschungspartnerinnen und Forschungspartnern zusammenarbeiten und auch aktuelle und nicht vertraute Gesundheitsinformationen suchen zu können (Stellefson et al., 2012).

Die/der mittelfristige zögernde Studentin/Student tendiert dazu, sich im Umfang der eHealth Suche einzuschränken und achtet nicht auf originale Dokumente im Sinne von wissenschaftlich erarbeiteten Quellen. Auch ein Fehlen der Fähigkeit der kritischen Evaluation von eHealth Informationen beschreiben diese Studentinnen und Studenten. Beide Gruppen an Studentinnen und Studenten, haben angegeben, dass sie nicht wissen, wie die Booleschen Operatoren angewendet werden (Stellefson et al., 2012).

Die/der einfache anmaßende Studentin/Student beschreibt sich als unabhängiger Zögerer beim Suchen von eHealth Informationen. Diese Gruppe bevorzugte es alleine zu suchen. Auch beschreibt sie eine relative Zufriedenheit bezüglich des

Abschließens einer Suchaufgabe, auch wenn sie an unbekannte Themen arbeiten (Stellefson et al., 2012).

Subjektive Perspektiven von eHealth Suchstrategien der verschiedenen Studentinnen und Studenten zeigen einen unterschiedlichen Level von eHealth Literacy auf. Diese verschiedenen Perspektiven präsentieren Herausforderungen und Möglichkeiten zur Stärkung der Studentinnen und Studenten von Gesundheitsberufen in der Benützung des Internets, um evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu erhalten. Wenn auch auf die Bücherei als Unterstützungsservice aufmerksam gemacht wird, profitieren möglicherweise Studentinnen und Studenten davon. Um die Entwicklung von eHealth Literacy zu unterstützen, kann auch ein Trainingsprogramm bezüglich Computer Literacy den Zugang zu eHealth Ressourcen steigern (Stellefson et al., 2012).

Kompetenzen der eHealth Literacy sind Wissen, Fähigkeit und Fertigkeit. Hinzu kommt der Umgang mit Booleschen Operatoren, um Suchergebnisse einzuschränken. Studentinnen und Studenten leben im Internetzeitalter und sollten deshalb vorbereitet werden, Gesundheitsinformationen im Internet zu finden. Mobile und digitale Technologien sollten als Unterkapitel von eHealth Literacy integriert werden. Durch Instruktionen und Arbeiten in Kursen wird der Anteil der Studentinnen und Studenten im Gesundheitswesen, welche Kenntnisse in der Suche und Evaluation von Gesundheitsinformationen im Internet vorweisen können immer größer (Stellefson et al., 2012).

Die Förderung, der Recherche von Gesundheitsinformationen ist der erste Schritt zu einer Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen. Als weiterer Teil folgt das Verstehen der gefundenen Informationen.

3.3.2 Verstehen

Das Begreifen und Abrufen und somit das Verstehen von Informationen hängt, wie bereits erwähnt, mit Erwartungen und der wahrgenommenen Nützlichkeit zusammen. Die Förderung für das Verständnis der eHealth Terminologie bewirkt eine Stärkung der Health Literacy. In der Studie von Stellefson et al. (2012) werden als Beispiele dieser Terminologie Definitionen von Medien, Informationen, Computer, Wissenschaft und Gesundheit angeführt.

Coleman, Hudson und Maine (2013) generierten in einer Studie nach der Delphi-Methode in 4 Runden, mit 23 Expertinnen und Experten im Bereich der Pflege und Pädagogik, eine 70% Übereinstimmungsgrenze war vorgegeben, 62 potentielle Ausbildungskompetenzen mit 24 zum Thema Wissen, 27 zum Thema Fähigkeit und elf zum Thema Verhalten sowie 32 potentielle Praxiskompetenzen. Eine Stärkung der Kompetenzen in diesen Bereichen beeinflusst die Grundkompetenzen und nimmt auch Einfluss auf das Verstehen der generierten Gesundheitsinformationen.

Dazu zählt das Wissen der Pflegeperson über den Unterschied zwischen der Fähigkeit des Lesens und inhaltsreichem Lesen, und warum generelles Lesen nicht das Verständnis sichert. Auch das Wissen darüber, dass Health Literacy kontextspezifisch ist und dass hohe generelle Literacy nicht gleich zu stellen ist mit hoher Health Literacy ist hier zu bemerken. Auch das Verständnis für Wörter des medizinischen Jargons, beeinflusst das Verstehen der Gesundheitsinformationen. Dieser Punkt ist auch entscheidend für die Grundkompetenz des Anwendens. Ebenso das Wissen, dass Health Literacy während körperlichen oder emotionalen Stresses sinken kann, hat Auswirkungen auf das Verstehen. Alle Individuen sollten in der Praxis ein respektvolles und nicht missbilligendes Verhalten entgegengebracht werden, damit keine Verunsicherung auftritt und möglicherweise einen negativen Einfluss auf das Begreifen der generierten Informationen hat (Coleman, Hudson & Maine, 2013).

Die Liste der Kompetenzen von Coleman, Hudson und Maine (2013) wird als zu lange beschrieben, daher wurde eine Priorisierung der einzelnen Punkte in einer Studie von Toronto (2016) durchgeführt. Der Aufbau der Arbeit ist ähnlich. Insgesamt nahmen 41 Expertinnen und Experten an der e-Delphi Studie teil. E-Delphi Studie bedeutet, dass die Befragung und Priorisierung online durchgeführt wurde. Die Studie wurde auch in drei Runden ausgeführt. 50 Kernkompetenzen sind das Ergebnis. Durch Expertinnen und Experten wurden zu den bestehenden 62 Kompetenzen noch 29 weitere hinzugefügt. Aus diesen wurden die Kompetenzen dieser Studie mit einer Übereinstimmungsrate von über 90% ausgewählt. 37 Kompetenzen sind mit Coleman, Hudson und Maine (2013) übereinstimmend. 13 wurden von den 29 hinzugefügten ausgewählt. Ergänzt wurde, dass eine Verwendung von verschiedenen Materialien, wie Video,

schriftliche Gesundheitsinformationen, oder mündliche Vorträge das Verständnis steigern könnte.

Toronto und Weatherford (2015) beschreiben drei Kategorien an pädagogische Interventionen für Health Literacy, welche anhand der vier Grundkompetenzen aufteilt werden können. Hinzu zählen der Vortrag, aktive Lernstrategien und Aktivitäten außerhalb des Klassenzimmers. Aktive Lernstrategien spielen in den Kompetenzen des Verstehens und Beurteilens eine Rolle. Dazu zählen Reflektionen in geschriebener Form und Rollenspiele. Studentinnen und Studenten werden durch Reflektion aufgefordert sich mit persönlichen Erfahrungen auseinanderzusetzen und diese mit den theoretischen Konzepten, welche im Klassenzimmer vorgestellt wurden zu verbinden. Durch Rollenspiele können Studentinnen und Studenten oder ein Lehrkörper eine andere Rolle übernehmen. Durch Beobachtung, Analysierung und Interpretation wird die Szene schließlich umgesetzt. In einer Studie wurden absichtlich Fehler ins Rollenspiel eingebaut und Studentinnen und Studenten mussten diese identifizieren. Nach dem Erkennen der Fehler wurde die Szene nochmals in korrekter Form gespielt (Toronto & Weatherford, 2015).

Verstehen und Beurteilen liegt nah aneinander wie das Feld der aktiven Lernstrategien zeigt und dies leitet zum nächsten Punkt, der Grundkompetenz des Beurteilens, über.

3.3.3 Beurteilen

Das Beurteilen umfasst vor allem die Evaluierung der abgerufenen Informationen. Stellefson et al. (2012) beschreibt, dass Kriterien für eine Evaluation der Gesundheitsinformationen häufig von Studentinnen und Studenten nicht explizit verstanden werden. Durch das Instruieren und Erarbeiten in Kursen werden Studentinnen und Studenten im Gesundheitswesen erfahrener hinsichtlich der Evaluation von Gesundheitsinformationen im Internet. Die generierten Gruppen hinsichtlich der Suchstrategien zeigen auch Möglichkeiten zur Stärkung der Grundkompetenz, generierte Gesundheitsinformationen zu beurteilen. Kriterien zur Evaluation sollten eingeführt werden. Diese Richtlinien sollen Health Literacy und Wissenschaftliche Literacy unterstützen, Informationen zusammenzufassen und zu evaluieren. Standards sollen die Wichtigkeit von systematischen

Evaluierungsquellen sichern, damit Gesundheitsinformationen auf ihre Gültigkeit überprüft werden können (Stellefson et al., 2012).

Im folgenden Absatz wird auf die Stärkung der abschließenden Grundkompetenz, das Anwenden der gefundenen Gesundheitsinformationen, eingegangen.

3.3.4 Anwenden

Anwenden bedeutet, die generierten Gesundheitsinformationen für Entscheidungen zu nützen. Zur Kompetenz des Anwendens zählen zum Beispiel die Aufgaben außerhalb des Klassenzimmers. Diese unterstützen die gelehrt Inhalte und fördern Health Literacy Fähigkeiten. Dazu zählen auch Face- to- Face Situationen mit Personen, die nicht dem Gesundheitspersonal angehören. Mehrere Studien stimmen überein, dass klare verbale Kommunikation wichtig ist, und medizinischer Jargon vermieden werden sollte (Toronto & Weatherford, 2015).

Auch Coleman, Hudson und Maine (2013) beschreiben, dass das Wissen über klare Sprache und einfache Gesundheitskommunikation wichtig ist. Weiters ist die Kenntnis über den Zusammenhang von Wissen über chronische Krankheiten und die Medikation, die Einhaltung des Therapieplans, die Wichtigkeit von präventiven Gesundheitsservices und das gesundheitliche Outcome sowie das Risiko für Schäden entscheidend.

Die Erstellung der Kernkompetenzen ist ein erster Schritt einer systematischen Evaluierung und Erarbeitung der Ansprüche für ein Curriculum und ist wichtig für Politik, Qualitätsmanagern und Lehrern. Eine Implementierung der Kernkompetenzen in das Ausbildungscurriculum der Pflegepersonen soll angestrebt werden. Diese Kernkompetenzen sollen dazu beitragen, dass Kriterien definiert werden und Richtlinien für die Praxis in Bezug auf Health Literacy in den Bereichen Wissen, Fähigkeiten und Verhalten erstellt werden (Coleman, Hudson & Maine, 2013; Toronto, 2016).

Im anschließenden Unterkapitel wird das Setting der Ausbildung genauer betrachtet sowie Konzepte und Vorschläge für ein Curriculum hinsichtlich Health Literacy.

3.4 Setting Ausbildung

Maßnahmen und Strategien, welche eine Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen fördern, werden teilweise bereits eingesetzt und sollten auch zukünftig schon in der Ausbildung eingesetzt werden. Das folgende Kapitel befasst sich konkret mit dem Setting der Ausbildung. In den Literaturreviews von Toronto und Weatherford (2015), als auch Saunders, Palesy und Lewis (2018), werden Konzepte und Strategien zur Ausbildung von Health Literacy in Gesundheitsberufen aufgezeigt.

Toronto und Weatherford (2015) beschreiben, dass Health Literacy generell im zweiten oder dritten Ausbildungsjahr gelehrt wird. Die Interventionen sind im Zuge des Integrativen Reviews in drei Kategorien aufgeteilt worden: Vortrag, aktive Lernstrategien und in Aufgaben außerhalb der Klasse.

Der Vortrag wird, wie oben schon erwähnt, als effektivster Weg beschrieben sich umfassendes Wissen anzueignen. In den meisten Studien wurde aber ein multimodales Vorgehen favorisiert. Zuerst erhielten die Studentinnen und Studenten einen inhaltlichen Input, welcher dann mit Fallstudien, Reflexionen, Rollenspielen und dem Arbeiten mit standardisierten Patientinnen/Patienten, einherging. Das Ziel dieser aktiven Lernstrategien war, das Wissen und Vertrauen bezüglich Health Literacy und die Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten mit geringer Health Literacy zu verbessern. Fallstudien analysieren ein echtes Event im Leben und begünstigen die direkte Anwendung des Inputs. Diese wurden in Klassenräumen und online durchgeführt. Bei der Intervention der standardisierten Patientin/Patienten stellen Pädagoginnen/Pädagogen eine reale Situation im Krankenhaus nach. Aktivitäten außerhalb des Klassenzimmers fördern die Health Literacy Fähigkeiten und unterstützen die gelehrt Inhalte (Toronto & Weatherford, 2015).

Eine Evaluierung der Interventionen wurde in allen Studien beschrieben, wobei viele die Kombination aus Wissen, Verhalten und Fähigkeiten bewerteten. Sechs Studien stellten eine Änderung des Verhaltens nach einer Intervention fest. Außerdem konnte eine signifikante Verbesserung in das Zutrauen der Studentinnen und Studenten festgestellt werden. Nur eine Studie bewertete die Steigerung der Fähigkeiten vor und nach einer pädagogischen Ausbildung. Ein Anstieg der Fähigkeiten in Gebrauch einer klaren einfachen Sprache konnte

statisch signifikant festgestellt werden. Alle Studien, die Wissen gemessen haben, berichteten eine signifikante Verbesserung des Wissens der Studentinnen und Studenten. Dennoch nur eine Studie berichtete die Durchführung eines Assessments der bereits vorhandenen Grundfähigkeiten der Studentinnen und Studenten zur Ermittlung der Curricula Erfordernisse im Hinblick auf Health Literacy (Toronto & Weatherford, 2015).

Das systematische Review von Saunders, Palesy und Lewis (2018) befasste sich mit Kernelementen eines Curriculums für Health Literacy und präsentiert ein Modell für einen Lehrplan. 28 Artikel wurden eingeschlossen, 27 davon sind quantitativ und eine Studie wurde mit einem Mixed Methode Design durchgeführt. Zehn der Studien verwendeten einen Pre- und Posttest, also weniger als 40%, eine davon zusätzlich eine Kontrollgruppe, der Rest hatte eine Post Evaluation durchgeführt.

Die erfolgreichsten Interventionen umfassten mehrere Unterrichtseinheiten. Die Ergebnisse zeigen den Entwurf eines Modells, welches in Abbildung 2 schematisch dargestellt ist. Diese Studie identifizierte ein Fehlen an standardisierte evidenzbasierte Curricula bezüglich Health Literacy für Studentinnen und Studenten von Gesundheitsberufen, in den verschiedenen Professionen, Ausbildungsjahren und Settings. Dennoch konnte eine Anzahl an Kernelementen und Themen zusammengefasst werden (Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

Einen Überblick über das Modell zeigt die folgende Abbildung.

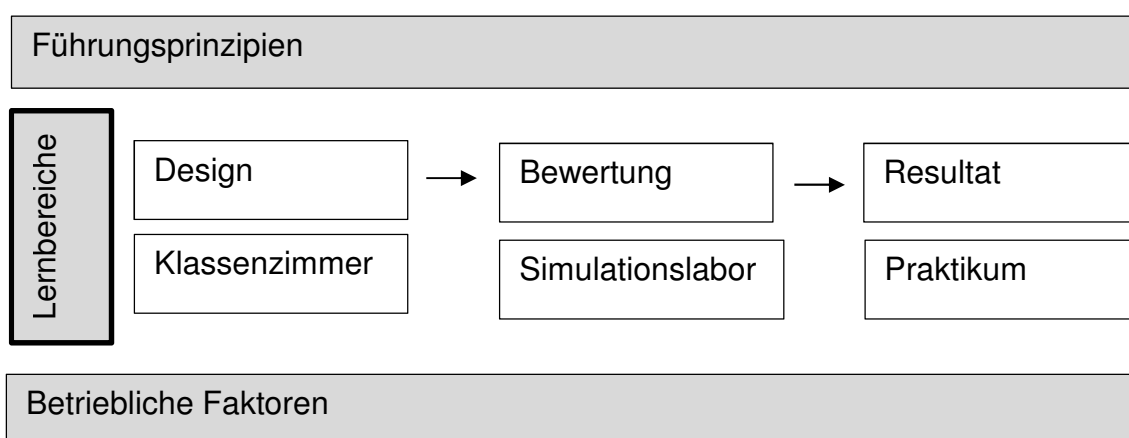


Abbildung 3: konzeptuelles Model zur Ausbildung von Health Literacy im tertiären Bildungssektor- übersetzt durch Autorin Anna Marbler nach: Saunders, Palesy und Lewis (2018)

Das Modell besteht aus unterschiedlichen Lernbereichen. Sie umfassen konzeptuelles Wissen, Argumentation und Problemlösung, praktische Anwendung, Selbstwahrnehmung und Bewusstsein, Kommunikation sowie Messung und Vergleichbarkeit. Weiters sind Kernbereiche mit Designelementen, Bewertungselementen und Elementen zum Resultat, beschrieben. Zu den Designelementen zählen Gruppen- und reflektives Lernen, relevantes und fortschreitendes Lernen, für die reale Welt einsetzbar, herausfordernd und aktives Lernen, sowie Zufriedenheit der Studentinnen und Studenten (Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

Bewertungselemente umfassen zusammenfassende Bewertung, Pre- und Postkompetenzen, bezüglich des Wissens, beurteilt durch validierte Instrumente, sowie verlässliche praktische Beurteilung. Zu den Elementen der Resultate zählen das Wissen, die Fähigkeit und das Verhalten der Studentinnen und Studenten, Qualität des sozialen Gesundheitswesens, die Aufnahmefähigkeit und Zufriedenheit der Patientin und des Patienten und organisatorische Effektivität (Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

Weiters wird auf die Gestaltung des Unterrichts eingegangen im Klassenzimmer, im Simulationslabor und im Praktikum. Im Klassenzimmer werden Rollenspiele, Gruppenunterricht, Präsentationen, Fallstudien und die Entwicklung von Ressourcen beschrieben. Im Simulationslabor werden Audio- und Videoaufnahmen, standardisierte Patientinnen/Patienten, Rollenspiele und Kommunikationstraining, Einschätzung der Health Literacy sowie Ressourcenentwicklung für die Praxis aufgezeigt. Im Bereich Praktikum wird die Beurteilung des Health Literacy Levels der Patientinnen und Patienten, die Patientinnen-/Patienten- und Familienkommunikation, sowie das Selbst- und Medikamentenmanagement der Patientinnen und Patienten eingeschätzt und erläutert. Weiters sollen Dokumente des Curriculums das Level der Fortschritte und die Entwicklung in den Health Literacy Kompetenzen klar beschreiben (Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

Das Modell stellt die essentiellen Zusammenhänge zwischen Trainingsdesign, Übungsmethoden und Resultate dar. Es ist nicht ausgereift aber eine Grundlage, mit Komponenten und Dimensionen, um die derzeitige vorherrschende Einzelstunde über Health Literacy weiter zu entwickeln. Sand- Jecklin et al. (2010)

zeigt, dass auch schon eine kurze Intervention einen Einfluss auf das Wissen der Studentinnen und Studenten hat, dennoch bestehen laut Toronto und Weatherford (2015) die erfolgreichsten Interventionen aus mehreren Einheiten. Mehrere Untermodelle sind notwendig, die abhängig sind vom Ausbildungsjahr der Studentinnen und Studenten, der Lernaktivitäten, dem Setting und dem angestrebten Resultat (Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

4 Diskussion

In diesem Literaturreview wurden Maßnahmen und Strategien zur Förderung der Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen erarbeitet. Anhand des konzeptuellen Modells nach Sørensen et al. (2012) wurden Aspekte zum Beschaffen von Gesundheitsinformationen, zum Verstehen dieser Informationen, der Beurteilung und Interpretation, sowie der Anwendung der generierten Gesundheitsinformationen dargestellt. Im Anschluss folgte eine Darstellung von Vorschlägen für einen Lehrplan hinsichtlich Health Literacy für die Ausbildung von Studentinnen und Studenten im Gesundheitswesen.

Stellefson et al. (2012) erläuterte Suchstrategien für Gesundheitsinformationen aus dem Internet. Drei verschiedene Gruppen wurden erfasst. Die Förderung der verschiedenen Typen stellt einen Aspekt der Stärkung von Health Literacy dar. Durch das Suchen im Internet nach evidenzbasierten Quellen kann die Studentin und der Student Gesundheitsinformationen beschaffen. Das Internetzeitalter beeinflusst das Generieren von Gesundheitsinformationen maßgeblich und Studierende sollten darauf vorbereitet werden, mithilfe von Suchrichtlinien, Gesundheitsinformationen im Internet zu finden und zu evaluieren. Laut einer Studie von Tubaishat und Habiballah (2016) umfassen eHealth Literacy die Fähigkeiten der wichtigsten informationswissenschaftlichen Kompetenzen. Jede Studentin und jeder Student der Gesundheits- und Krankenpflege sollte auf die Benützung des Internets, um Gesundheitsinformationen zu generieren und zu evaluieren, vorbereitet werden.

Auch mittels Vorträge, in Form von Frontalunterricht oder Präsentationen können Gesundheitsinformationen erhalten werden. Laut Sand- Jecklin et al. (2010) stieg das Wissen der Studentinnen und Studenten dabei signifikant nach nur einer

Präsentation an. Health Literacy ist allgemein eine unterschätzte Domäne, was auch in der Ausbildung des Gesundheitspersonals ersichtlich wird. (Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

Coleman, Hudson und Maine (2013) generierten in einer Studie 62 potentielle Ausbildungskompetenzen, sowie 32 potentielle Praxiskompetenzen. Eine Stärkung der Kompetenzen nimmt Einfluss auf die Grundkompetenzen nach dem Modell von Sørensen et al. (2012). Eine Priorisierung der einzelnen Punkte erfolgte in der Studie von Toronto (2016). Das Ergebnis sind 50 Kernkompetenzen. Die Erstellung der Kernkompetenzen zeigt erste Ansprüche für das Curriculum und ist wichtig für Politik, Qualitätsmanager und Lehrer. Laut Toronto (2016) sollen Kriterien und Richtlinien für die Praxis in Bezug auf Health Literacy definiert werden, vor allem in den Bereichen Wissen, Fähigkeiten und Verhalten.

Das Literaturreview von Saunders, Palesy & Lewis (2018) bietet ein erstes Modell für ein Curriculum und hat wichtige Lücken identifiziert, wie das Fehlen eines abgestimmten Health Literacy Trainingsplans in den verschiedenen Disziplinen der Gesundheitsberufe. Die Studie hat einen weltweiten Mangel an Forschung bezüglich Health Literacy aufgedeckt, und festigt somit die Tatsache, dass diese eine unterentwickelte Domäne ist.

Die erfolgreichsten Interventionen hinsichtlich Health Literacy waren aus mehreren Einheiten aufgebaut. Das Wissen und Erwerb von Fähigkeiten im realen Setting mit Patientinnen und Patienten oder öffentlichen Mitgliedern waren Inhalte. Dennoch fehlen gültige Instrumente, die die Auswirkungen der Interventionen evaluieren. Die Auswirkungen sollten kurzfristig, mittelfristig und langfristig erhoben werden. Ein umfassend angelegtes Ausbildungskonzept im Curriculum der Gesundheitsberufe ist festzulegen und stellt eine Herausforderung für die Zukunft dar. Es gibt keine empirische Evidenz, die zeigt, dass irgendeine Unterrichtsmethode für Health Literacy eine bessere Wirkung erzielen kann. (Coleman, Hudson & Maine 2013, Saunders, Palesy & Lewis, 2018; Toronto & Weatherford, 2015).

Zu beachten ist auch, dass Health Literacy sich mit kulturellen Kompetenzen, interkulturellen Faktoren, sowie Gesundheitsbildung und -kommunikation

überschneidet. Ingram (2012) beschreibt in einer Studie, dass Pflegepersonen durch die Verbesserung der eigenen kulturellen Kompetenzen und durch Ressourcensteigerung in Health Literacy ethnische Minderheiten besser versorgen können (Coleman, Hudson & Maine 2013).

Die durchgeführte Literatur Recherche zeigte, dass Forschung hinsichtlich Health Literacy und Pflegepersonen in den Vereinigten Staaten von Amerika häufiger durchgeführt wird, als in Europa. Bis vor wenigen Jahren hat Health Literacy in der Forschung im europäischen Raum keine bedeutsame Rolle eingenommen. Langsam ist eine Änderung ersichtlich, dennoch steht in dieser Thematik die Forschung im deutschsprachigen Raum noch am Beginn (Schaeffer & Pelikan, 2017).

In Österreich wurde Ende 2014 eine Plattform mit dem Schwerpunkt Health Literacy gegründet. Die österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (ÖPGK) unterstützt und entwickelt die Umsetzung des Rahmengesundheitsziels 3. Die Verantwortlichen setzen Schwerpunkte und erstellen Maßnahmen zur Verbesserung der Health Literacy in der Bevölkerung. Die aktuellen Aspekte können unter <https://oepgk.at> eingesehen werden. Eine derzeitige Maßnahme der ÖPGK ist ein Projekt von Großschädl, Schüttengruber und Lohrmann (2018) mit dem Arbeitstitel: „Stärkung der Gesundheitskompetenz von Pflegekräften in der tertiären Ausbildung.“ Ein Ziel dabei ist eine gezielte Zusammenführung themenrelevanter Inhalte zu Health Literacy in bereits bestehende Lehrveranstaltungen. Auch ein Wahlfach mit dem Titel „Stärkung der Health Literacy – die Rolle der Pflege“ wird angeboten. Als dritte Intervention werden wissenschaftliche Abschlussarbeiten in den Lehrgängen der Pflegewissenschaft, forciert.

Pflege ist eine wichtige Instanz für die Förderung von Health Literacy und das in allen Bereichen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Hinderlich ist die Tatsache, dass Pflegepersonen derzeit edukative Aufgaben und Health Literacy eher als zweitrangig betrachten und direkte Pflegehandlungen den Vorzug geben (Coleman, Hudson & Maine 2013; Ewers, Schaeffer & Meleis, 2017; Speros, 2011).

Einzelne Maßnahmen und Strategien zur Förderung der Stärkung der Health Literacy bei Pflegepersonen konnten generiert und diverse Aspekte herausgearbeitet werden. Dennoch konnte die Forschungsfrage nicht gänzlich beantwortet werden. Die Forschung hinsichtlich Health Literacy und Pflege ist noch jung. Es sind bis dato keine gültigen Messinstrumente zur Evaluation der einzelnen Interventionen vorhanden (Toronto & Weatherford, 2015).

Einzelne Praxis- und Forschungsempfehlungen können dennoch aus diesem Literaturreview abgeleitet werden.

4.1 *Praxisempfehlungen*

In der Praxis hat Health Literacy Einfluss auf alle Bereiche der Pflege (Toronto & Weatherford, 2016).

Universitäten und Schulen sollten laut Stellefson et al. (2012) dazu genutzt werden Health Literacy Kompetenzen zu stärken. Es sollte sichergestellt sein, dass Studentinnen und Studenten wissen,

1. wie Gesundheitsinformationen im Internet gefunden werden (Beschaffen),
2. wie eHealth Informationen organisiert sind (Verstehen),
3. wo zuverlässige Quellen im Internet über Gesundheitsinformationen zu finden sind (Beurteilen) und
4. wie e- Health Informationen in der Praxis genutzt werden können (Anwenden).

Das Literaturreview von Toronto und Weatherford (2015) zeigt, dass die meisten Studien eine Teach- Back Methode im Klassenzimmer beschreiben. Diese erscheint einfach und simpel, aber häufig benötigen Studentinnen und Studenten Praxis und Feedback. Aktuelle Studien zeigen, dass Studentinnen und Studenten von Pflegeberufen Simulationen und Rollenspiele als hilfreich empfinden und dadurch ihre Fähigkeiten fördern und ihre Health Literacy verbessern können. Pädagoginnen und Pädagogen im Bereich der Pflegeausbildung sollten Möglichkeiten für interprofessionelles Lernen anstreben.

Barrieren der Health Literacy Edukation sollten beachtet und beseitigt werden. Das Gesundheitssystem muss die Fortsetzung einer Ausbildung hinsichtlich

Health Literacy bei Pflegepersonen, forcieren, unterstützen und erleichtern (Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers, 2011).

4.2 Forschungsempfehlungen

Die/der einfache anmaßenden Studentinnen/Studenten zeigten sich zufrieden mit ihrer Fähigkeit, eHealth Informationen zu finden, auch bei unbekanntem Themen. Sie sind auch die einzige Gruppe, die angegeben hat, eine Unterweisung in der Suche von Informationen im Internet erhalten zu haben. Das ist eines der großen Unterschiede in den Charakteristika hinsichtlich eHealth Literacy. Weitere Forschung sollte kognitive und persönliche Charakteristika, die eHealth Literacy Resultate voraussagen und erklären, bestimmen (Stellefson et al., 2012).

Zukünftige Forschung sollte sich auf den Einfluss und auf das Verständnis des Health Literacy Trainings in spezifischen Gesundheitsberufen fokussieren und es sollte diskutiert werden in welcher Zeitperiode die Umsetzung eines Curriculums- oder eines Ausbildungsmodells möglich ist. Außerdem sollte sich überlegt werden, wie die arbeitende Belegschaft in Ausbildungspläne integriert werden könnte (Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

Die Entwicklung von gültigen Tools, um Kompetenzen zu evaluieren und um Auswirkungen von Health Literacy Interventionen zu erfassen und zu evaluieren (kurz, mittel und lang) ist zukünftig eine wichtige Aufgabe der Forschung (Coleman, Hudson & Maine 2013; Saunders, Palesy & Lewis, 2018).

Die Entwicklung von Instrumenten zum Messen von Wissen, Verhalten und Fähigkeiten nach einer pädagogischen Intervention ist ebenso von Bedeutung. Auch die einheitliche Auswertung von psychometrischen Daten der Maßnahmen in der pädagogischen Forschung ist wesentlich. Die gebräuchliche Methode für eine zuverlässige Messung von Wissen ist Cronbach's Alpha und des „Kuder-Richardson Koeffizienten“. Forschung ist nötig für einen Fortschritt in der Ausbildungspraxis. Health Literacy Forschung muss auf einer theoretischen Basis aufgebaut werden, um einen Anschluss an den bereits existierenden Wissenstand zu finden (Toronto & Weatherford, 2015).

4.3 Stärken und Limitationen

Die Autorin besaß wenig Vorkenntnis zu diesem Thema. Die Thematik Health Literacy und Pflegepersonen konnte mit Objektivität und Unvoreingenommenheit erarbeitet werden. Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte daher aus einem neutralen Blickwinkel.

Eine Aktualität der Literatur ist gewährleistet, da diese nicht älter als zehn Jahre alt ist. Als Limitation kann die Tatsache angesehen werden, dass nur zwei Datenbanken genutzt wurden. Dennoch wurden zusätzlich Referenzlisten von inhaltsreichen Studien und Fachbüchern gescreent. Auch Google Scholar wurde zusätzlich eingesetzt.

Diese Literaturrecherche zeichnet sich dadurch aus, dass für die Bewertung der eingeschlossenen Studien nur ein Bewertungsinstrument herangezogen wurde. Daher lassen sich gute Vergleiche zwischen den Publikationen ziehen. Dennoch weisen die eingeschlossenen Arbeiten eine hohe Heterogenität auf. Viele Unterschiede sind deutlich erkennbar. Partizipantinnen und Partizipanten reichen von Studentinnen und Studenten eines Gesundheitsberufes, zu Pflegepersonen und Expertinnen und Experten in Pädagogik. Auch Unterschiede in der Methodik sind ersichtlich. Studien mit qualitativem sowie quantitativem Forschungsansatz wurden eingeschlossen. Aus diesem Grund ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse nicht möglich.

In den eingeschlossenen Studien war der Fokus hauptsächlich auf das Setting der Ausbildung gelegt. Zur Stärkung und Förderung der Health Literacy von Pflegepersonen, die bereits in der Praxis tätig sind, konnten kaum Resultate gefunden werden. Die Ergebnisse zeigen vor allem Aspekte im Bereich der Ausbildung und von potentiellen Lehrplänen. Das Setting Praxis musste in den Ergebnissen vernachlässigt werden (Saunders, Palesy & Lewis, 2018; Toronto & Weatherford, 2015).

Die eingeschlossenen Studien wurden mehrheitlich in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführt. Die einzige Ausnahme ist das systemische Review von Saunders, Palesy und Lewis (2018). Dieses wurde in Australien durchgeführt wobei Arbeiten aus Irland, den USA und Australien eingeschlossen wurden. Der

Grund für dieses einseitige Ergebnis könnte damit zusammenhängen, dass nur in deutscher und englischer Sprache gesucht wurde.

5 Schlussfolgerung

Pflegepersonen sind die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen und haben den meisten Kontakt mit Patientinnen und Patienten. Geringe Health Literacy in der Bevölkerung kann negative Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und auf jede einzelne Person haben. Pflegepersonen spielen eine wichtige Rolle in der Förderung der Health Literacy. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden ist es wichtig, dass Pflegepersonen die Bedeutung von Health Literacy kennen und selbst über ein hohes Maß davon verfügen. In diesen Literaturreview wurden Maßnahmen und Strategien zur Förderung der Stärkung von Health Literacy bei Pflegepersonen erarbeitet. In Europa ist die Forschung mit dem Inhalt Health Literacy und Pflegepersonen zurzeit noch vernachlässigt. Allgemein ist sie derzeit noch eine unterschätzte Domäne in der Pflege.

Die Förderung der Stärkung von Health Literacy beginnt mit der Ausbildung. Erste Konzepte und Modelle zeigen Vorschläge für ein Curriculum hinsichtlich dieses Themengebietes und der Ausbildung von Studentinnen und Studenten im Gesundheitswesen. Dennoch sind keine einheitlichen Aspekte ersichtlich. Auch fehlen Tools und Messinstrumente zur Evaluation der Interventionen. Aspekte zur Stärkung der Health Literacy von Pflegepersonen, die bereits in der Praxis tätig sind, konnten kaum generiert werden.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Health Literacy bewusst gestärkt und gefördert werden sollte. Health Literacy benötigt einen erhöhten Stellenwert, vor allem im Gesundheitssystem. Zukünftig sind weitere Strategien und Investitionen seitens Politik, Forschung und Praxis notwendig, um gesamtgesellschaftliche und zielgruppenorientierte Maßnahmen und Ansätze zu schaffen. Dadurch wird vor allem auch die Health Literacy von Pflegepersonen verbessert.

6 Literaturverzeichnis

Bundeskanzleramt Österreich 2017, Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - GuKG) Fassung vom 04.02.2019, viewed 4th February 2019: <https://www.ris.bka.gv.at/Ergebnis.wxe?Suchworte=Gesundheits+und+krankenpflegegesetz&Abfrage=Gesamtabfrage&x=3&y=13>

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2017, Gesundheitsziele Österreich: Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich - Langfassung. viewed 28th November 2018: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>.

Colemann, CA, Hudson, S & Maine, LL 2013. Health literacy practices and educational competencies for health professionals: a consensus study. *Journal of Health Communication*, vol. 18, pp.82-102.

Eichler, K, Wieser, S & Brugger, U 2009, The costs of limited health literacy: a systematic review. *Internationales Journal of Public Health*, vol. 54, pp.313- 324.

Ewers, M, Schaeffer, D, Meleis, AI 2017, „Teach more, do less“: Förderung von Health Literacy als Aufgabe der Pflege. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, *Health Literacy: Forschungsgegenstand und Perspektiven*, Hogrefe Verlag, Bern, pp.237-257.

Großschädl, F, Schüttengruber, G, Lohrmann, Ch 2018, Stärkung der Gesundheitskompetenz von Pflegekräften in der tertiären Ausbildung, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz. viewed 5 February 2019: https://oepgk.at/wp-content/uploads/2018/11/staerkung-gk-von-pflegekraeften_grossschaedl.pdf

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

Ingram, RR 2012. Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of advanced nursing*, vol. 68, pp. 695-704.

Kickbusch, I & Hartung, S 2014, *Die Gesundheitsgesellschaft: Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik*, 2nd Edition, Verlag Hans Huber, Bern.

Macabasco-O'Connell, A & Fry-Bowers, EK 2011. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of health communication*, vol. 16 Suppl 3, pp. 295-307.

Pelikan, JM & Ganahl K 2017, Die europäische Gesundheitskompetenz-Studie: Konzept, Instrument und ausgewählte Ergebnisse. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, *Health Literacy: Forschungsgegenstand und Perspektiven*, Hogrefe Verlag, Bern, pp.93-125.

Pichlbauer, DW 2018, Die Gesundheitskompetenz der Pflegeassistenten, Eine quantitative Erhebung in der Lebenswelt Kainbach «Lebenswelten der Barmherzigen Brüder - Steiermark», Masterarbeit, Medizinische Universität Graz.

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

Röthlin, F, Pelikan JM; Ganahl, K 2013: Die Gesundheitskompetenz der 15-jährigen Jugendlichen in Österreich. Abschlussbericht der österreichischen Gesundheitskompetenz Jugendstudie im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVSV), Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH, Wien.

Sand-Jecklin, K, Murray, B, Summers, B & Watson, J 2010. Educating nursing students about health literacy: from the classroom to the patient bedside. *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 15, no. 3.

Saunders, C, Palesy, D & Lewis, J 2018. Systematic Review and Conceptual Framework for Health Literacy Training in Health Professions Education. *Health Professions Education*. Elsevier Verlag, available online: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2018.03.003>

Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, *Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz*. In: Schaeffer, D & Pelikan JM (Hrsg.) 2017, *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*, Hogrefe Verlag, Bern, pp.11-18.

Sørensen, K, Van den Broucke, S, Fullam, J, Doyle, G, Pelikan, J, Slonska, Z, Brand, H 2012, Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12:80.

Speros, CI 2011. Promoting health literacy: a nursing imperative. *The Nursing Clinics of North America*, vol. 46, pp. 321-333.

Statistik Austria 2018, Personal im Gesundheitswesen. viewed 15th November 2018:https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html

Stellefson, M, Hanik, B, Chaney, JD & Tennant, B 2012. Analysis of ehealth search perspectives among female college students in the health professions using Q methodology. *Journal of medical Internet research*, vol. 14(2), e60.

Toronto, CE 2016. Health Literacy Competencies for Registered Nurses: An e-Delphi Study. *Journal of continuing education in nursing*, vol. 47, pp. 558-565.

Toronto, CE & Weatherford, B 2015. Health Literacy Education in Health Professions Schools: An Integrative Review. *Journal of Nursing Education*, vol. 54, pp. 669-676.

Toronto, CE & Weatherford, B 2016. Registered Nurses' Experiences With Individuals With Low Health Literacy: A Qualitative Descriptive Study. *Journal for nurses in professional development*, vol. 32, pp. 8-14.

Tubaishat, A & Habiballah, L 2016. eHealth literacy among undergraduate nursing students. *Nurse education today*, vol. 42, pp. 47-52.

Ziegler, A, Antes, G & König, I 2011, 'Bevorzugte Report-Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement', *Deutsche medizinische Wochenschrift*, vol. 139, pp. e9-e15.

7 Anhang

Im Anhang sind der Bewertungsbogen von Hawker et al (2002) und die Bewertung der sieben eingeschlossenen Studien ersichtlich.

7.1 *Bewertungsbogen- Hawker et al (2002)*

Die Bewertung der Studien erfolgte nach Hawker et al. (2002). In neun Kriterien werden Punkte vergeben: Good = 4, Fair = 3, Poor = 2, Very poor = 1 Punkt.

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.

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.

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.

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.

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.

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. 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.

7.2 *Bewertung der eingeschlossenen Studien*

Im folgendem sind die Bewertungen der eingeschlossenen Studien in chronologischer Reihenfolge ersichtlich. Die Gesamtpunkte und die Prozentzahl der maximal möglichen 36 Punkte sind zu jeder der bewerteten Studien angegeben.

Sand- Jecklin et al. (2010): *Educating Nursing Students about Health Literacy: From the Classroom to the Patient Bedside*

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Wichtige Keywords wie Health Literacy, Education, Nursing Students werden im Titel angeführt. Das Design wird nicht genannt. Im Abstract werden alle wichtigen Punkte angeführt.	Fair: 3

2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung beginnt mit einer allgemeinen Beschreibung. Dann folgt eine Diskussion in vier Unterpunkten. Das Ziel wird am Ende der Einleitung genannt. Gliederung wirkt unübersichtlich.	Fair: 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode wird nicht beschrieben. Wo der Methodenteil beginnt und die Einleitung aufhört ist nicht deutlich ersichtlich. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wirken ein quasi experimentelles Design und eine retrospektive Datenanalyse passend.	Poor: 2
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ein convenience sampling an der Mid- Atlantic University wurde durchgeführt. 112 Studenten nahmen teil. Eine Powerkalkulation wurde nicht durchgeführt. Nur eine Klasse wurde eingeschlossen, eine andere Samplingstrategie würde eindeutigere Ergebnisse bringen.	Poor: 2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die genaue Vorgehensweise der Datensammlung wird lückenhaft, die Analyse wird adäquat beschrieben. Die Daten wurden codiert und mit SPSS Version 17 analysiert.	Good: 3
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?	
Diese Studie hatte ein positives Ethikvotum der Universität von West Virginia. Die Daten der Patienten wurden anonym erhoben. Auf das Einverständnis der Studenten und der befragten Patienten wird nicht	Fair: 3

eingegangen	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Das Ergebnis wird zusammen mit Analyse als Überschrift gekennzeichnet, daher ist es etwas unübersichtlich. Ergebnisse werden in verschiedenen Tabellen dargestellt. Eine klare Aussage über die Resultate ist nicht unmittelbar ersichtlich.	Fair: 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Das quasi experimentelle Design ohne Kontrollgruppe schwächt die Aussagekraft der Ergebnisse. Die Samplingstrategie (Convenience) erschwert eine Generalisierbarkeit.	Poor: 2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Resultate sind für Praxis und Ausbildung im Bereich der Pflege wichtig. Die Implementierung von Health Literacy Ausbildungsprogramme ins Curriculum wird vorgeschlagen.	Good: 4

Total:25 (69, 4%)

Macabasco-O'Connell & Fry-Bowers (2011): *Knowledge and Perceptions of Health Literacy among Nursing Professionals*

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind die wichtigsten Keywords vorhanden, Design und Setting fehlen, Population wird genannt. Der Abstract ist gut gegliedert, alle wichtigen Punkte werden kurz erläutert.	Fair: 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	

<p>Sehr viel Hintergrundinformation, ist mit Unterüberschriften strukturiert. Geht vom allgemeinen aufs spezifische. Ziele werden am Ende der Einleitung genannt.</p>	Fair: 3
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Die Methode wird genannt aber nicht genau erklärt. In der Studie werden qualitative Elemente verwendet. Wie welche Daten erhoben wurden wird genau erläutert. Die Methode ist passend für die Forschungsfrage.</p>	Fair: 3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Die Teilnehmer wurden randomisiert ausgewählt. Die Grundlage dafür bildete die Datenbank, in der Krankenschwestern registriert sind. 270 Umfragen wurden ausgesendet. Die Studie wird als Pilotstudie bezeichnet, daher ist die Anzahl der Aussendungen in Ordnung.</p>	Good: 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Die Daten wurden über drei Monate gesammelt. 76 Antworten wurden eingeschlossen. Die Datenanalyse beinhaltet deskriptive Statistik und qualitative Textanalyse. Welche Daten wie analysiert wurden sind klar definiert.</p>	Good: 4
<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>	
<p>Die Studie wurde von einem Ethikkomitee geprüft. Die Vervollständigung des Fragebogens implizierte einen „informed consent“, also eine implementierte Zustimmung. Das kleine convenience sample, obwohl danach die potentiellen Teilnehmer randomisiert ausgewählt wurden, könnte eine Störvariabel sein.</p>	Good: 4

7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind gut strukturiert. Zuerst werden sozioökonomische Daten angeführt. Die Gliederung folgt mit Unterüberschriften, dadurch können die wichtigsten Resultate unmittelbar erkannt werden. Auch die Tabelle gibt einen guten Überblick, wobei die Daten daraus im Text nochmals genauer erläutert werden.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
270 Umfragen wurden ausgesendet und nur 76 Antworten konnten in die Studie eingeschlossen werden. Personen die an der Studie teilgenommen haben sind wahrscheinlich interessiert und sensibel auf das Thema Health Literacy und die geringe Rücklaufquote reduziert deutlich eine Generalisierbarkeit.	Poor: 2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind relevant für Forschung und Praxis. Empfehlungen werden ausgesprochen. In erster Linie wird die Forschung angesprochen. Auch das Gesundheitssystem wird durch die Aussage, dass diese Ergebnisse die Ausbildung im Bereich der Krankenpflege und anderen Gesundheitspersonals fördern und ermöglichen sollten.	Good: 4

Total: 31 (86%)

Stellefson et al. (2012): *Analysis of eHealth Search Perspectives Among Female College Students in the Health Professions Using Q Methodology*

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind die wichtigsten Keywords vorhanden. Der Abstract ist gut gegliedert, übersichtlich und die wichtigsten Punkte werden erläutert. Eine Forschungs- und Praxisempfehlung wird nicht genannt.	Good: 4

<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Die Hintergrundinformationen sind gut strukturiert. Verschiedenen Aspekte werden aufgezeigt, den Abschluss bilden drei Forschungsfragen. Diese sind klar ersichtlich.</p>	Good: 4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Die Q Methode wurde angewandt, diese wurde genau erläutert. Ein qualitativer Forschungsansatz wurde gewählt. Auch eine Begründung für die Wahl wurde aufgezeigt. Die Methode ist adäquat um die Forschungsfragen zu beantworten.</p>	Good: 4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Eine Gelegenheitsstichprobe aus 42 Hochschulen für Gesundheitsberufe wurde durchgeführt. Teilnehmer wurden in einen pragmatischen Auswahlprozess rekrutiert. 42 Studenten und Studentinnen nahmen teil, eine Datensättigung wird beschrieben. Die Auswahlstrategie war passend zur Beantwortung der Forschungsfragen.</p>	Good: 4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Die Beschreibung der Datenanalyse war ausreichend. Die Analyse wurde mittels Q- technique exploratory factor analysis (EFA) und SPSS durchgeführt. Die Analyse ist in drei Schritten abgelaufen, welche detailliert erklärt sind, was wie analysiert wurde.</p>	Good: 4
<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>	

<p>Im Text sind keine Hinweise auf ethische Aspekte. Als Störvariabel kann das Sampling angesehen werden, eine Gelegenheitsstichprobe mit weiblichen Teilnehmern. Auch das Verhältnis der Anzahl von Studenten und Studentinnen im ersten und zweiten Jahr im Vergleich zur Anzahl der Studenten und Studentinnen im dritten und vierten Jahr war unausgeglichen. Auch eventuelle Missverständnissen über das Studiendesign kann zu einer Verzerrung des Resultates geführt haben.</p>	Poor: 2
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	
<p>Resultate werden klar dargestellt. Drei verschieden Gruppen wurden generiert: der/die geübte, einfallsreiche Student/Studentin, der/die schlichte zurückhaltende Student/Studentin und der/die grundsätzlich anmaßende Student/Studentin. Auf den ersten Blick ist die Tabellen nicht aussagekräftig.</p>	Fair: 3
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	
<p>Auf Grund des Sampling Verfahrens ist eine Generalisierbarkeit kaum möglich. Die Resultate repräsentieren eine Population von weiblichen Studentinnen, die meistens sind im dritten oder vierten Semester und besuchen eine große und forschungsorientierten Universität.</p>	Poor: 2
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p>	
<p>Die Ergebnisse sind relevant für weiter Forschung und Praxis. Studenten und Studentinnen im Bereich Gesundheit sollten gefördert werden um das Internet als Quelle für Evidenz basierte Gesundheitsinformationen zu nützen.</p>	Good: 4

Total: 31 (86%)

Coleman, Hudson & Maine (2013): *Health Literacy Practices and Educational Competencies for Health Professionals: A Consensus Study*

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p>	
<p>Der Titel enthält wichtige Keywords wie health professionals und educational competencies, health literacy practice. Population und Design werden genannt. Im Abstract ist fast alles vorhanden: Background, Ziel, Methode, Anzahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, Resultate mit konkreten Zahlen und Schlussfolgerung. Nur Praxis- und Forschungsempfehlung fehlen.</p>	<p>Good: 4</p>
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p>	
<p>Hintergrund ist gut strukturiert, er beginnt mit allgemeine Informationen und wird spezifisch. Die Relevanz des Themas wird deutlich dargestellt. Die Forschungslücke wird aufgezeigt. Am Ende der Einleitung stehen die Ziele der Studie.</p>	<p>Good: 4</p>
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p>	
<p>Die Methode wird ausführlich dargestellt. Die Methode ist für die Forschungsfrage angebracht, auch im Text wird beschrieben warum diese gewählt wurde. Es wurde eine modifizierte Delphi Methode angewendet, welche in zwei verschiedene Phasen abgelaufen ist. Beide Teile werden genau erläutert.</p>	<p>Good: 4</p>
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p>	
<p>Das Sampling ist passend zur Beantwortung der Forschungsfrage. Die Suchstrategie im ersten Part der Studie wird konkret mit Keywords, Datenbanken, Ausschlusskriterien genau beschrieben. Im zweiten Part wird die Rekrutierung der Experten genau genannt.</p>	<p>Good: 4</p>

<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p>	
<p>Die Beschreibung der Analyse ist vorhanden. Wie die Ergebnisse generiert wurden, wird genau beschrieben.</p>	Good: 4
<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>	
<p>Der Aspekt der Ethik wird nicht erwähnt. Aber das Studienprotokoll wurde von einem einheitlichen Gremium der health and science Universität in Oregon geprüft. Verschiedene Aspekte für Störvariablen werden angegeben. Das Literaturreview war nicht systematisch und wurde möglicherweise unbewusst vom Autor (C.C) beeinflusst. Die Abgrenzung von Health Literacy und Gesundheitskommunikation ist nicht deutlich dargestellt. Weiters wird die Auswahl des Gremiums genannt, sowie die geringe Anzahl der Teilnehmer am Gremium. Als vierter Punkt wird die Tatsache genannt, dass Ergebnisse eines Expertengremiums immer die Meinung einer Interessensgemeinschaft widerspiegelt.</p>	Fair: 3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	
<p>Die Ergebnisse werden hauptsächlich in Tabellen dargestellt. Die Interpretation der Ergebnisse ist zeitaufwendiger und nicht unmittelbar ersichtlich.</p>	Fair: 3
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	
<p>Durch das Studiendesign ist keine allgemeine Gültigkeit möglich. Einerseits spiegelt ein Panel immer die Meinung einer Interessensgemeinschaft wieder auch wenn wenig Teilnehmer und die Rekrutierung der Teilnehmer erschwert die Generalisierbarkeit.</p>	Poor: 2

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungsempfehlung wird angegeben. Die Ergebnisse können nicht direkt in die Praxis umgesetzt werden. Die Ergebnisse unterstützen eine Erarbeitung einer Strategie.	Poor: 2

Total: 30 (83,3%)

Toronto & Weatherford (2015): *Health Literacy Education in Health Professions Schools: An Integrative Review*

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind alle wichtigen Keywords vorhanden. Das Ziel fehlt im Abstract sowie eine Forschungs- und Praxis Empfehlung.	Fair: 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
In Einleitung werden Hintergrundinformationen gut umrissen, dennoch wirkt es etwas ungeordnet. Eine Einleitung sollte vom allgemeinen zum spezifischen verlaufen und mit dem/der Forschungsziel/-frage abschließen. Ziel wird am Ende des ersten Absatzes der Einleitung genannt, Forschungsfragen kommen am Anfang des Methodenteils.	Poor: 2
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist passend und detailliert beschrieben. Die fünf Schritte des integrativen Reviews werden aufgezeigt. Wobei die kurze Einleitung des Methodenteils mit den Forschungsfragen abschließt.	Fair: 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist passend gewählt. Die Suche der Literatur wird genau dargestellt. Einen Überblick gibt ein Flowchart. Ein- und	Good: 4

Ausschlusskriterien werden genau definiert.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wird punktuell dargestellt. Eine ausführlichere Beschreibung der einzelnen Aspekte wäre eventuell noch angebracht.	Fair: 3
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?	
Eine Ausschlusskriterium war das Ethikvotum. Alle Studien in denen kein positives Ethikvotum genannt wurde sind vom Review ausgeschlossen worden.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnisteil ist gut gegliedert, nur die Überschrift „Themes“ nach dem Absatz „Findings“ schließt direkt mit einer Unterüberschrift an. Nach jeder Überschrift sollte Text folgen.	Fair: 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Durch die große Vielfalt in Population, Auswahlverfahren, Stichprobengröße der eingeschlossenen Studien ist ein Vergleich schwierig. Auch die Samplingstrategie (Convenience) des Review und das Vertrauen in bereits publizierte Daten des Autors haben Einfluss auf die Generalisierbarkeit.	Fair: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlungen werden detailliert beschrieben.	Good: 4

Total: 29 (80%)

Toronto (2016): *Health Literacy Competencies for Registered Nurses: An e- Delphi Study*

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind alle wichtigen Keywords wie Health Literacy Kompetenzen, Nurse und das Studiendesign vorhanden. Das Ziel und eine Forschungs- und Praxisempfehlung fehlen im Abstract.	Fair: 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut gegliedert, geht vom Allgemeinen zum Spezifischen. Die Einleitung schließt mit Ziel und der anschließend mit der Forschungsfrage ab.	Good: 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist passend. Die Erklärung der e- Delphi Methode ist vorhanden. Durchgeführt wurde die Befragung auf einer Online Plattform in drei Runden. Eine mindestens 90% Übereinstimmung der Expertenmeinungen war die Zielgrenze. Das Erhebungsinstrument wird angegeben.	Good: 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingstrategie ist passend gewählt. Ein zweckgerichtetes Sampling wurde gewählt. Die Samplegröße von mindestens 30 Teilnehmern wurde angepeilt. Das Auswahlverfahren und Einschlusskriterien werden erklärt. 127 Krankenschwestern wurden ausgewählt und davon nahmen 41 an der ersten Runde teil.	Good: 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Eine deskriptive Datenanalyse wurde für demografische Daten und für die Bewertung der Kompetenzen durchgeführt. Auch Cronbachs Alpha	Good: 3

wurde um das Ausmaß der Reliabilität in Runde 1 und 2 verwendet. In Runde 3 führten die Experten eine gemeinsame Beurteilung über die Wichtigkeit der 50 endgültigen Kompetenzen durch.	
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?	
Diese e- Delphi Studie hatte ein positives Ethikvotum. Erinnerungsmails wurden versendet. Die Beziehung zwischen Forscher und Teilnehmern wird erklärt.	Good: 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden in einer Tabelle dargestellt. Die generierten Kompetenzen wurden der Wichtigkeit nach gereiht und aufgelistet. Tabellen geben einen guten Überblick.	Good: 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Im Vergleich zu anderen e- Delphi Studien ist eine Rücklaufquote in Runde 1 von 32% niedrig. Dennoch sind die Ausfallquoten für Runde 2 und Runde 3 gering. Die Vorgehensweise der Experten, warum sie wie ausgewählt haben, wurde nicht erfasst. Auch die hohe Anzahl der Kompetenzen wird als Limitation angesehen. Die Ergebnisse sind übertragbar und generalisierbar.	Fair: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Praxisempfehlungen werden detailliert beschrieben, vor allem die Ausbildung steht im Focus.	Good: 4

Total:33 (91,6%)

Saunders, Palesy & Lewis (2018): *Systematic Review and Conceptual Framework for Health Literacy Training in Health Professions Education*

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind die wichtigsten Keywords wie systematisches Review, Health Literacy und Health Profession genannt. Am Beginn des Abstracts fehlt der Hintergrund. Sonst ist dieser gut strukturiert und verständlich.	Fair: 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund wird gut beschrieben, mehrere Argumente für die Relevanz der Arbeit werden angeführt. Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und schließt mit dem Ziel des Literaturreviews ab.	Good: 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode wird genau beschrieben und ist passend. Ein- und Ausschlusskriterien werden definiert.	Good: 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Suchstrategie wird genannt, ein Flowchart gibt einen Überblick. Weiters ist aufgezeigt in welchen Datenbanken gesucht wurde.	Good: 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Auswahlvorgang wird genau erklärt. Zwei Teammitglieder haben unabhängig voneinander eine Auswahl getroffen. Die ausgewählten Studien wurden dann noch von einem Dritten begutachtet. Kategorien wurden identifiziert, eine Vorlage zur Zusammenfassung der Daten wurde entwickelt.	Good: 4

<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>	
<p>Im Text sind keine Hinweise auf ethische Aspekte. Die Störvariablen in den eingeschlossenen Studien werden beschrieben. Nur eine Studie hatte ein hohes Risiko an Störvariablen. Die anderen eingeschlossenen Studien wiesen ein niedriges bis mittleres Level auf.</p>	Fair: 3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p>	
<p>Eine Anzahl an Kernelementen und Kernthemen wurden identifiziert. Ein konzeptioneller Rahmen wird als Tabelle dargestellt. Diese ist übersichtlich und gut verständlich.</p>	Good: 4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p>	
<p>Als größte Limitation wird die Unfähigkeit beschrieben, die einzelnen Studienergebnisse in einer Metaanalyse oder die verschiedenen Ergebnisse der einzelnen Interventionen zu kombinieren. Als Grund wird die Tatsache genannt, dass zwischen den eingeschlossenen Studien eine beträchtliche Variabilität herrscht. Dennoch ist der Rahmen in den verschiedensten Ausbildungen von Gesundheitspersonal einsetzbar.</p>	Fair: 3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p>	
<p>Die Ergebnisse sind relevant für weiter Forschung und Praxis. Health Literacy bei Gesundheitsberufen ist eine unterschätzte Domäne. In Zukunft sollte darauf ein größerer Fokus gelegt werden. Wichtige Lücken werden aufgezeigt. Für die Gesellschaft ist es eine dringende Notwendigkeit, dass Person in Gesundheitsberufen ein umfangreichen Verständnis von Health Literacy haben.</p>	Good: 4

Total: 33 (91,6%)