

Masterarbeit

Evaluierung des Nutzens und der Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Angehörige zum Thema Sturz am LKH-Univ. Klinikum Graz

eingereicht von

Eva Maria Lissa Pock, BScN

Zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Dr.ⁱⁿ Daniela Schoberer, MSc, BSc

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl. Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann, FEANS

Graz, 31.08.2021

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 31.08.2021

Eva Maria Lissa Pock, BScN eh”

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungen und deren Erklärungen	IV
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
Zusammenfassung	VI
Abstract	VII
1 Einleitung.....	1
1.1 Sturz	2
1.1.1 Risikofaktoren für Stürze.....	4
1.1.2 Prävention von Stürzen.....	6
1.2 Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Angehörige	8
1.2.1 Nutzen und Relevanz von Gesundheitsinformationen	9
1.2.2 Was muss bei der Entwicklung beachtet werden.....	12
1.2.3 Die Rolle der Pflege	16
1.2.4 Theoretischer Rahmen der Arbeit	17
1.3 Forschungslücke und Forschungsfrage.....	19
2 Methode und Material.....	21
2.1 Rekrutierung und Durchführung der Erhebung.....	21
2.2 Informationsmaterial zur Sturzvermeidung	22
2.3 Das Erhebungsinstrument	23
2.4 Analyse der Daten	24
2.4.1 Die quantitative Datenanalyse	24
2.4.2 Die qualitative Inhaltsanalyse.....	25
2.5 Datenschutz und ethische Aspekte	25

3	Ergebnisse	26
3.1	Die Stichprobe	26
3.2	Ergebnisse der Analyse.....	28
3.2.1	Nutzen der Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Angehörige	28
3.2.2	Verständlichkeit der Gesundheitsinformation für Patient*innen und Angehörige	35
3.2.3	Allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformation.....	41
3.3	Ergebnisse der Inhaltsanalyse	49
3.3.1	Wunsch nach mehr Informationen	49
3.3.2	Andere Kommentare und Vorschläge	50
4	Diskussion.....	52
4.1	Schlussfolgerung.....	57
5	Literaturverzeichnis	60
6	Anhang.....	67
6.1	Gesundheitsinformation für die Patient*innen	67
6.2	Gesundheitsinformation für die Angehörigen	70
6.3	Feedbackfragebogen.....	72
6.4	Kodierrahmen der Haupt- und Subkategorien	75
6.5	Inhaltsanalyse	76

Abkürzungen und deren Erklärungen

LKH-Univ. Klinikum Graz: Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz

WHO – World Health Organization

NANDA-I - North American Nursing Diagnosis Association International

EQIP - Ensuring Quality Information for Patients Scale

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufteilung Angehörige - Patient*innen – ungültige Frageböge in Prozent (N = 125).....	27
--	----

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Risikofaktoren für einen Sturz nach Sousa et al. (2017).....	5
Tabelle 2: Die zwölf Schritte in der Entwicklung einer Gesundheitsinformation nach Wizowski et al. (2014)	19
Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe N = 111 (100 %).....	28
Tabelle 4: Mittelwerte der Antworten von den Patient*innen (n = 65) und Angehörigen (n = 46) in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen. ...	30
Tabelle 5: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Geschlechtern in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen.	30
Tabelle 6: Mittelwerte der Antworten der einzelnen Altersgruppen in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen.	32
Tabelle 7: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Ausbildungsgruppen in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen.	34
Tabelle 8: Mittelwerte der Antworten von den Patient*innen (n = 65) und den Angehörigen (n = 46) in Bezug auf die Verständlichkeit.	36
Tabelle 9: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Geschlechtern in Bezug auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen.....	36
Tabelle 10: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Altersgruppen in Bezug auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen.....	38

Tabelle 11: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Ausbildungsgruppen in Bezug auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen.....	40
Tabelle 12: Mittelwerte der Antworten von den Patient*innen (n = 62/61) und Angehörigen (n = 46/43) in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.....	42
Tabelle 13: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Geschlechtern in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.	44
Tabelle 14: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Altersgruppen in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.	46
Tabelle 15: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Ausbildungsgruppen in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.	48
Tabelle 16: Kodierrahmen der Haupt- und Subkategorien der Inhaltsanalyse	75
Tabelle 17: Inhaltsanalyse der Frage 2.10 – Patient*innen und Angehörige.	76
Tabelle 18: Inhaltsanalyse der Frage 2.11 – Patient*innen und Angehörige	77

Zusammenfassung

Hintergrund: In Europa kommt es zu einer zunehmenden Bevölkerungsalterung. Mit steigendem Alter kommt es zu altersbedingten Veränderungen und häufiger zu Stürzen. Diese können schwerwiegenden Folgen haben. Multifaktorielle Präventionsmaßnahmen gelten als effektiv. Dazu gehören zum Beispiel edukative Maßnahmen mittels Gesundheitsinformationen. Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz hat Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz für Patient*innen und Angehörige erstellt. Diese werden im Rahmen des Entlassungsmanagements am LKH-Univ. Klinikum Graz verwendet. Der Nutzen und die Verständlichkeit dieser Gesundheitsinformationen wurden noch nicht evaluiert. Daher war das Ziel dieser Arbeit herauszufinden, inwieweit die Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Angehörige von Nutzen und verständlich sind, und ob es Unterschiede/Gemeinsamkeiten in Bezug auf den Nutzen und die Verständlichkeit zwischen Patient*innen und Angehörigen gibt.

Methode: Mittels Feedbackfragebogen wurde eine Umfrage bei Patient*innen und Angehörigen bezüglich des Nutzens und der Verständlichkeit durchgeführt. Die Daten wurden mit SPSS Version 26 und Microsoft Excel analysiert. Für die Analyse der offenen Fragen des Feedbackfragebogens wurde eine Inhaltsanalyse nach Schreier durchgeführt.

Ergebnisse: Sowohl die Patient*innen als auch die Angehörigen empfanden die Gesundheitsinformationen mehrheitlich als nützlich und verständlich. Dasselbe galt für die Subgruppen Geschlecht, Altersgruppen und höchste abgeschlossene Schulbildung. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf den Nutzen und die Verständlichkeit. Bei den Subgruppenanalysen konnten teilweise statistisch signifikante Unterschiede bezüglich des Nutzens und der Verständlichkeit gezeigt werden.

Schlussfolgerung: Die Evaluierung hat gezeigt, dass die Gesundheitsinformationen bereits gut an die Zielgruppe angepasst waren. Daher sind kaum Adaptierungen notwendig, um den Nutzen und die Verständlichkeit weiter zu verbessern. In weiterer Folge könnten die Gesundheitsinformationen noch hinsichtlich ihrer Qualität mit einem psychometrisch getesteten Instrument überprüft sowie hinsichtlich einer veränderten Sturzprävalenz nach der Implementierung evaluiert werden.

Abstract

Background: In Europe, there is an increasing aging of the population. With increasing age, there are age-related changes and falls occur frequently. Falls can have serious consequences. Multifactorial prevention measures are considered effective. These include, for example, educational measures using health information. The Institute of Nursing Science at the Medical University of Graz has produced health information about falls for patients and relatives. These are used in the context of discharge management at the LKH-Univ. Klinikum Graz. The usefulness and comprehensibility of this health information has not yet been evaluated. Therefore, the aim of this work was to find out to what extent the health information is useful and comprehensible for patients and relatives and whether there are differences/commonalities in terms of usefulness and comprehensibility between patients and relatives.

Method: A survey with a feedback questionnaire was conducted among patients and relatives regarding the usefulness and comprehensibility. The data were analyzed using SPSS version 26 and Microsoft Excel. For the analysis of the open questions of the feedback questionnaire, a content analysis according to Schreier was performed.

Results: The majority of both patients and relatives found the health information useful and comprehensible. The same applied to the subgroups gender, age groups and highest completed school education. There were no statistically significant differences between patients and relatives in terms of usefulness and comprehensibility. Some subgroup analyses showed statistically significant difference with regard to usefulness and comprehensibility.

Conclusion: The evaluation showed that the health information was already well adapted to the target group. Therefore, hardly any adaptations are necessary to further improve the usefulness and comprehensibility. In a further step, the quality of the health information could be checked using a psychometrically tested instrument. In addition, an evaluation of changes in the prevalence of falls could be carried out after implementation.

1 Einleitung

In den letzten 50 Jahren ist die Bevölkerung in Europa von rund 560 Millionen Menschen auf rund 750 Millionen Menschen angewachsen. Auf Grund von Sterbefallüberschüssen soll diese Zahl bis zum Ende des 21. Jahrhunderts wieder auf rund 630 Millionen Menschen schrumpfen. 1950 lag die jährliche Wachstumsrate in Europa noch bei ungefähr 1,0 %, 2020 wuchs die Bevölkerung in Europa jährlich noch um rund 0,1 %. (Bevölkerungsforschung, 2021)

Zusätzlich kam es in den letzten Jahren zu einem Anstieg der Bevölkerung über 60 Jahren, da die Lebenserwartung angestiegen und die Geburtenrate konstant niedrig geblieben ist (eurostat, 2021). Die höhere Lebenserwartung ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Dazu zählen unter anderem die verbesserte medizinische Versorgung und ein höheres Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung. (eurostat, 2017a) Die ältere Bevölkerung nimmt einen großen Anteil der Gesamtbevölkerung ein und weist einen hohen Grad an Vielfältigkeit in Bezug auf den Lebensstil sowie auf die körperlichen und geistigen Fähigkeiten auf. Viele ältere Personen sind in der Lage allein zu leben, teilweise auch ohne familiäre Unterstützung, während andere auf eine Versorgung in Langzeiteinrichtungen angewiesen sind. (eurostat, 2017b) Das Phänomen der Bevölkerungsalterung bringt sowohl für Industrie- als auch für Entwicklungsländer wirtschaftliche und sozialen Herausforderungen mit sich. Die Bevölkerungsalterung ist tendenziell mit einem Anstieg der Gesundheitsausgaben, wie zum Beispiel durch die Langzeitpflege, verbunden. (Cristea et al., 2020) Die älter werdende Gesellschaft bringt auch Herausforderungen für die Gesellschaft, die einzelnen Familien (World Health Organization, 2018a) und für die Pflege mit sich. Ältere Menschen mangelt es häufig an einem Bewusstsein für Krankheiten und Risikofaktoren, welche häufig im Altern auftreten können. Weiters fehlt ihnen häufig das Bewusstsein für die eigene Erkrankung, die Behandlung und Pflege, die sie benötigen. Ältere Menschen neigen dazu Medikamente unregelmäßig einzunehmen oder die Behandlung zu stoppen, sobald sich erste Zeichen einer Verbesserung zeigen. Zusätzlich sind ältere Menschen häufig in ihrer Selbständigkeit eingeschränkt und benötigen dahingehend Unterstützung. (Freiberger et al., 2020, Doroszkiewicz and Sierakowska, 2021) Dadurch kann die pflegerische Betreuung älterer Menschen

erschwert werden (Nayeri et al., 2018). Mit dem Alter steigt die Anfälligkeit für Krankheiten und es entstehen altersbedingte Pathologien. Kardiovaskuläre Erkrankungen, neurodegenerative Erkrankungen und Krebs zählen zu den häufigsten Erkrankungen des Alters. (Niccoli and Partridge, 2012) Zusätzlich kann es zu altersbedingten Veränderungen wie Verschlechterung des Hörens, Sehens oder der Knochenstruktur kommen (World Health Organization, 2018a). Weiters nimmt mit dem Alter die Muskulatur ab und dahingehend auch die Mobilität. Besonders Menschen über 85 Jahren haben ein hohes Risiko für eine reduzierte Mobilität. (Santos et al., 2017) Der Abbauprozess beginnt allerdings schon viel früher. Zwischen 60 und 70 Jahren treten die ersten Veränderungen bezüglich der Mobilität auf, welche sich in den darauffolgenden Jahren weiter verschlechtert. Ein Mobilitätsverlust tritt dann auf, wenn die Fähigkeiten, die Auswirkungen der Beeinträchtigung zu kompensieren, erschöpft sind. Das normale tägliche Leben wird dadurch immer schwieriger allein bewältigbar. (Ferrucci et al., 2016) Diese altersbedingten Veränderungen bergen noch weitere Gefahren. Ein höheres Alter, eine beeinträchtigte Mobilität und/oder diverse Erkrankungen zählen unter anderem zu den Risikofaktoren für Stürze. (World Health Organization, 2004)

1.1 Sturz

Laut der "Kellogg International Working Group on the Prevention of Falls by the Elderly" wird unter Sturz ein ungewolltes Aufkommen auf einer tieferen Ebene verstanden (Gibson MJ, 1987).

Global gesehen sind Stürze in der Altersgruppe der über 65-Jährigen ein großes Gesundheitsproblem, da sie schwerwiegende Folgen haben können. Jährlich stürzen ungefähr 30 % der über 65-Jährigen. Zwischen 20 und 30 % der Gestürzten erleiden Verletzungen, eine Verschlechterung der Mobilität und/oder es kommt zu einer verminderten Unabhängigkeit. (World Health Organization, 2018b, World Health Organization, 2004) Zu den häufigsten Verletzungen, welche durch einen Sturz entstehen können, zählen Frakturen des Handgelenks, des Oberschenkelhalses, des Rumpfes und der Hüfte. Durch einen Sturz kann es unter anderem auch zu einer verstärkten Angst vor einem erneuten Sturz kommen. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen auf Hilfe und Unterstützung angewiesen

und in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind. (Lord and Sherrington, 2001) Weiters benötigen viele Personen, welche gestürzt sind, medizinische Versorgung und gerade bei älteren Personen kann es in weiterer Folge je nach Verletzungen zu einer Langzeitpflege oder sogar zur Heimunterbringung kommen. Neben den individuellen Folgen sind die Kosten, welche durch die Folgen von Stürze entstehen enorm. (World Health Organization, 2018b, Lord and Sherrington, 2001) So können die Kosten, welche zum Beispiel durch einen Oberschenkelhalsbruch entstehen, zwischen 1.400 Euro bis 4.000 Euro liegen, abhängig von der benötigten Rehabilitationszeit der betroffenen Person (Augurzky et al., 2017).

Stürze können in allen Settings vorkommen. Besonders im Krankenhausbereich kommt es häufig zu Stürzen. Diese sind nicht nur durch die bestehenden Risikofaktoren der Betroffenen bedingt, sondern auch durch die für die Patient*innen ungewohnte Umgebung, die akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie krankheitsbedingte Symptome wie Schmerz. Durch einen Sturz im stationären Setting verlängert sich häufig der Krankenhausaufenthalt. (Lerdal et al., 2018, de Groot et al., 2020, von Renteln-Krause and Krause, 2004) Auch im häuslichen Umfeld kommt es häufig zu Stürzen (Sasidharan et al., 2020). Laut der Studie von Sasidharan et al (2020) stürzt jährlich jede fünfte ältere Person zu Hause und jede vierte Person davon stürzt im selben Jahr erneut.

Weltweit gesehen zählen Stürze zu den zweithäufigsten Ursachen für unbeabsichtigte Verletzungs- und Todesfälle. Ungefähr 646 000 Personen sterben jährlich an den Folgen eines Sturzes und ungefähr 37,7 Millionen Gestürzte brauchen jährlich medizinische Versorgung. (World Health Organization, 2018b, World Health Organization, 2004)

In Österreich gab es im Jahr 2019 laut einer Erhebung der Statistik Austria (2019) 915 Unfälle durch Stürze mit Todesfolge. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen waren es 89 %. Den höchsten Anteil an Stürzen gab es in der Altersgruppe der 85- bis 90-Jährigen. (Austria, 2019) Laut der Pflegequalitätserhebung (2019), welche in den teilnehmenden österreichischen Krankenhäusern durchgeführt wurde, stürzten in diesen teilnehmenden Krankenhäusern 24,2 % der Patient*innen, in den letzten zwölf Monaten zumindest einmal und galten somit als sturzgefährdet. Sowohl der

Anteil der gestürzten Patient*innen als auch der Anteil der Patient*innen mit einem erhöhten Sturzrisiko war bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen bei dieser Erhebung höher als bei den unter 60-Jährigen. (Lohrmann et al., 2019)

1.1.1 Risikofaktoren für Stürze

Es gibt unterschiedliche Risikofaktoren, welche einen Sturz begünstigen können. Meist passieren Stürze nicht nur auf Grund eines einzigen Risikofaktors, sondern durch ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren. (Prüfer-Storcks, 2015, World Health Organization, 2004, Graham Bedford et al., 2009) Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Anzahl der Risikofaktoren. Je mehr Risikofaktoren vorhanden sind, umso höher ist das Sturzrisiko. (World Health Organization, 2004) Die wichtigsten Risikofaktoren für einen Sturz sind in Tabelle 1 aufgelistet. Sousa et al. (2017) hat bezüglich der Risikofaktoren für einen Sturz einen systematischen Review erstellt und die signifikanten Risikofaktoren in sieben Kategorien eingeteilt. Zu diesen Kategorien zählen allgemeine Risikofaktoren, Risikofaktoren in der Umgebung, Medikamente, kognitive Risikofaktoren, physiologische Risikofaktoren und sozio-ökonomische Risikofaktoren. Die Kategorien wurden laut den Risikofaktoren für Stürze der NANDA International (NANDA-I) gebildet. Insgesamt wurden 50 Risikofaktoren identifiziert und anhand der NANDA-I Kategorien eingeteilt. Im Zuge der Recherche wurden die zwei Kategorien psychologische Risikofaktoren und sozio-ökonomische Risikofaktoren hinzugefügt. Die Kategorie allgemeine Risikofaktoren enthält die persönlichen Risikofaktoren einer Person. Die Kategorie der Risikofaktoren der Umgebung bezieht sich auf alles was in der unmittelbaren Umgebung der betroffenen Person zu einem Sturz führen kann. Die Kategorie Medikamente geht auf die Medikamente ein, welche der/die Betroffene einnimmt. Bei den kognitiven Risikofaktoren wird der kognitive Zustand, in dem sich die Person befindet behandelt und bei den pysiologischen Risikofaktoren der physiologische Zustand der Person. Die letzte Kategorie erläutert die Risiokofaktoren, welche sich auf den sozio-ökonomischen Status des/der Betroffenen beziehen. (Sousa et al., 2017)

Tabelle 1: Risikofaktoren für einen Sturz nach Sousa et al. (2017)

Allgemeine Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alter \geq 65 Jahre • Stürzte in der Anamnese • Alleinlebend • Beinprothese • Falsche Verwendung von Gehilfen • Weibliches Geschlecht • Tragen von Schlapfen
Risikofaktoren in der Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Unordentliche/unaufgeräumte Umgebung • Schlecht beleuchtete Räume • Keine Antirutschmatten in der Badewanne oder Dusche • Nicht vorhandene Haltegriffe und/oder Handläufe • Toilette ohne Haltegriffe
Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> • Drogen • Polypharmazie • Antihypertensiva • Benzodiazepine
Kognitive Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderung der kognitiven Fähigkeiten • Verminderte exekutive Funktionen (Unter der exekutiven Funktion wird eine Sammlung von Kontrollprozessen verstanden, welche entscheidend für die Kreativität, Flexibilität, Selbstkontrolle und Disziplin einer Person sind (Diamond, 2013).)
Physiologische Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen des Blutzuckers • Arthritis • Verminderte Kraft der unteren Extremitäten • Vorhandene Diarrhoe • Veränderungen des Gangbildes • Beeinträchtigt Gleichgewicht • Beeinträchtigte Mobilität • Inkontinenz • Orthostatische Hypotonie • Insomnia • Vaskuläre Erkrankungen • Beeinträchtigte Sehkraft • Verschlechterung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens • Komorbidität • Chronische Erkrankungen • Chronische Schmerzen • Arterielle Hypotonie • Reduzierte sensorische Funktion • Osteoporose • Vitamin-D -Mangel • Schlechter Allgemeinzustand • Übergewicht • Erhöhter Umfang des Bauches • Schwindel • Metabolisches Syndrom • Chronisch obstruktive pulmonale Erkrankung • Niedriges Serum Albumin
Psychologische Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor einem Sturz • Symptome einer Depression/Depression • Ängstlichkeit
Sozio-ökonomische Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Niedriger Bildungsstand • Niedriges Einkommen

Um einen Sturz vorbeugen zu können, müssen die jeweiligen Risikofaktoren der betroffenen Person identifiziert werden (World Health Organization, 2004) und adäquate präventive Maßnahmen gesetzt werden (Lee et al., 2013, World Health Organization, 2018b, Park, 2018).

1.1.2 Prävention von Stürzen

Jedes Setting birgt andere Risikofaktoren für einen Sturz (Lerdal et al., 2018, Lord et al., 2006), daher brauchen unterschiedliche Settings auch unterschiedliche Präventionsmaßnahmen (Hanley et al., 2011, Lee and Yu, 2020, Papalia et al., 2020, Hopewell et al., 2020).

Präventionsmaßnahmen speziell im häuslichen Setting

Oft ist die häusliche Umgebung nicht auf die Bedürfnisse von älteren, sturzgefährdeten Personen ausgerichtet. Das Fehlen von Handläufen oder unebene Böden können Risiken für einen Sturz bergen, vor allem wenn die Person ein schlechtes Gleichgewicht hat und/oder in der Mobilität eingeschränkt ist. (Lord et al., 2006)

Auch im häuslichen Setting sollte auf multifaktorielle Präventionsmaßnahmen gesetzt werden, welche auf die individuellen Risikofaktoren zugeschnitten sind (Hanley et al., 2011). Bestandteile solcher multifaktoriellen Maßnahmen sollten Bewegungsübungen, Balanceübungen, Haltungsübungen, Stärkung der Muskeln und die Gefahrenminimierung in der häuslichen Umgebung sein. Auch Sportarten wie Tai-Chi können sich positiv auf das Sturzrisiko auswirken. (Papalia et al., 2020, Hanley et al., 2011, Lee and Yu, 2020)

Die soziale Umgebung spielt in Bezug auf das Sturzrisiko eine wichtige Rolle (Noh et al., 2017, Petersen et al., 2020). Die Studien von Petersen et al. (2020) und von Noh et al. (2017) haben gezeigt, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen alleinlebenden, älteren Menschen und Stürzen gibt. Bei Personen, die mit ihrem Ehepartner zusammenleben, ist die Wahrscheinlichkeit zu stürzen geringer als bei Personen, die allein leben (Petersen et al., 2020, Noh et al., 2017). Weiters kommt es bei unverheirateten und/oder alleinlebenden Personen nach einem

Sturzgeschehen häufiger zu mentalen Konsequenzen als bei verheirateten und/oder nicht alleinlebenden Personen (Rhee et al., 2020). Laut der Studie von Mahmoodabad et al. (2018) haben alleinstehende Personen mehr Schwierigkeiten selbstständig präventive Maßnahmen zu ergreifen, als Personen, die verheiratet sind beziehungsweise nicht alleine wohnen. Bei der Prävention von Stürzen darf der Fokus nicht alleine auf der betroffenen Person liegen, sondern auch auf deren Angehörigen, da diese einen großen Beitrag in der Sturzprävention leisten können (de la Cuesta-Benjumea et al., 2019). Angehörige können den Betroffenen ihre Hilfe bei alltäglichen Erledigungen anbieten, sie können notwendige Anpassungen des Wohnraumes vornehmen, zu denen ältere Personen nicht mehr alleine in der Lage sind, wie zum Beispiel das Verrücken von Möbelstücken. Weiters können sie die Betroffenen auf Gefahren hinweisen, vor gefährlichen Bereichen im Wohnbereich warnen und gemeinsam Strategien zur Sturzvermeidung erarbeiten. Durch ihre persönliche Präsenz können Angehörige die Betroffenen vor Stürzen schützen. (Wilkinson et al., 2018) Dafür müssen sie bestmöglich auf die Entlassung und Betreuung ihrer Angehörigen vom Gesundheitspersonal vorbereitet werden, zum Beispiel durch Gesundheitsinformationen (de la Cuesta-Benjumea et al., 2019). Durch das Miteinbeziehen und Unterstützen von Angehörigen in Bezug auf die Sturzprävention im häuslichen Bereich, sowie die Motivation und das Bestärken dieser und der Patient*innen selbst, kann das Sturz- und Verletzungsrisiko zusätzlich vermindert werden (Vonnes and Wolf, 2017, Noh et al., 2017).

Präventionsmaßnahmen speziell im Krankenhaus

Die WHO (2018b) empfiehlt multifaktorielle Präventionsmaßnahmen, welche an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden sollten. Verglichen mit keinen besonderen Präventionsmaßnahmen, können multifaktorielle Präventionsmaßnahmen die Rate an Stürzen reduzieren. Allerdings haben sie keinen Einfluss auf die Folgen des Sturzes. (Hopewell et al., 2018, Hopewell et al., 2020, Lee and Yu, 2020) Bestandteile von multifaktoriellen Maßnahmen sollten Bewegungsübungen, die Überprüfung der Medikamente sowie des Ernährungszustandes, die Anpassung der Umgebung, psychologische Unterstützung, der Einsatz von adäquaten Hilfsmitteln, das Sorgen für

Schmerzfreiheit beim Gehen sowie Schulung der Patient*innen bezüglich ihres Sturzrisikos und der Vermeidung eines Sturzes sein (Hopewell et al., 2018, Hopewell et al., 2020, Schoberer et al., 2018b).

Ein weiterer wichtiger Teil der Prävention von Stürzen ist die Risikoeinschätzung. Diese erfolgt durch den klinischen Blick einer geschulten Pflegeperson oder durch ein Assessmentinstrument. (Schoberer et al., 2018b) Es gibt kein spezielles empfohlenes Assessmentinstrument, mit dem das Risiko einen Sturz zu erleiden, erhoben werden kann (World Health Organization, 2004). Wichtig ist jedoch, das Sturzrisiko bei der Aufnahme in ein Krankenhaus einzuschätzen. Die Anamnese kann dafür die Grundlage bilden. (Schoberer et al., 2018b)

Auch edukative Maßnahmen spielen in der Sturzprävention eine wichtige Rolle (Lohrmann et al., 2019). Ältere Personen haben oft das Gefühl, Stürze seien unvermeidlich. Daher ist es wichtig, dass das Pflegepersonal sie bestärkt, präventive Maßnahmen zu ergreifen und sie bei der Ausführung dieser Maßnahmen unterstützt. (Schoberer, 2017) Allerdings haben edukative Maßnahmen nicht immer im pflegerischen Alltag Platz. Verschiedenste Gründe, wie zeitliche Ressourcen, Dauer der Edukation oder die Ausbildung der Pflegeperson können dazu führen, dass die Durchführung einer Patient*innenedukation unzureichend ist. (Longtin et al., 2010) Bei der Durchführung einer Patient*innenedukation sollte darauf geachtet werden, dass diese durch Edukationsmaterial unterstützt wird, da sich Patient*innen so besser an das Gesagte erinnern können. Dazu zählen unter anderem Gesundheitsinformationen. (Coulter and Ellins, 2006, Wizowski et al., 2014) Diese sollten den Patient*innen und deren Angehörigen zur Verfügung gestellt werden. Wichtig ist, Gesundheitsinformationen nicht allein auszuhändigen, sie sollten vielmehr Teil eines Maßnahmenpaketes sein. (Schoberer et al., 2018a, Cornett, 2009, Johnson and Sandford, 2005b)

1.2 Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Angehörige

Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen für Patient*innen und deren Angehörige geben wissenschaftliche Empfehlungen zu einer Erkrankung oder Problematik wieder und sollen dabei die Leser*innen unterstützen, Entscheidungen in Bezug auf ihre Gesundheit aktiv mitzutragen (Griffin et al., 2003, Schmitz et al., 2010).

Es gibt zahlreiche Formen, wie Gesundheitsinformationen den Patient*innen übermittelt werden können. Bei der Entlassung werden sie am häufigsten in mündlicher und/oder schriftlicher Form vom Pflegepersonal an die Betroffenen weitergegeben. (Johnson et al., 2003) Weitere Formen wären visuelle Kommunikationshilfsmittel wie Videos oder Multimedia. Allerdings steigern diese Formen das Erinnerungsvermögen nur sehr gering. (Kessels, 2003)

Wizowski et al. (2014) empfiehlt, dass auf den Stationen Gesundheitsinformationen zu den wichtigsten Pflegeproblemen immer vorhanden sind. Die Pflegeprobleme, die laut der Studie von Halfens et al. (2013) sehr häufig im pflegerischen Alltag auftreten können, sind Dekubitus, Intertrigo, Inkontinenz, freiheitsbeschränkende/- einschränkende Maßnahmen und Stürze. Das Personal sollte mit den Inhalten der Gesundheitsinformationen zu diesen Pflegeproblemen vertraut sein und konkrete Beispiele und Strategien für die Patient*innen und deren Angehörige sollten im Informationsmaterial enthalten sein (Wizowski et al., 2014). Es kommt jedoch in Österreich häufig vor, dass Informationsmaterial entweder nicht vorhanden ist oder den Patient*innen und deren Angehörigen nicht angeboten wird (Schoberer, 2017).

1.2.1 Nutzen und Relevanz von Gesundheitsinformationen

Viele Patient*innen vergessen einen Großteil der Informationen, welche sie während eines stationären Aufenthaltes vom Gesundheitspersonal erhalten, innerhalb kürzester Zeit. Vor allem, wenn sie eine große Menge an Informationen erhalten, können diese meist nicht korrekt wiedergegeben werden. (Kessels, 2003, Coulter et al., 2006) In der Studie von Linn et al. (2013) wurde gezeigt, dass sich Patient*innen, direkt nachdem sie Gesundheitsinformationen in mündlicher Form vom Pflegepersonal erhalten haben, nur noch an die Hälfte der erhaltenen Informationen erinnern können. Patient*innen fokussieren sich meist auf Informationen, die sich auf ihre Diagnose beziehen und weniger auf Informationen bezüglich Anweisungen und Behandlung (Kessels, 2003). Nach der Entlassung ist es aber sehr wichtig, dass einige pflegerische Anweisungen zu Hause weitergeführt werden. Einige Studien haben gezeigt, dass es hilfreich ist, bei der Entlassung schriftliche Gesundheitsinformationen den Patient*innen mitzugeben. (Johnson and Sandford, 2005a) Das Bereitstellen von Gesundheitsinformationen soll dazu

beitragen, dass sich Patient*innen auch noch zu einem späteren Zeitpunkt richtig an die Informationen erinnern können, beziehungsweise diese nachlesen können (Coulter et al., 2006). Die gewohnte Umgebung zu Hause bietet mehr Ruhe und Privatsphäre, um die Informationen leichter verinnerlichen zu können (Wizowski et al., 2014). Schriftliche Gesundheitsinformationen, welche als Ergänzung zur Beratung verwendet werden, können nachweislich zur Verbesserung des Gesundheitswissens beitragen und die Erinnerung an die gegebenen Informationen positiv beeinflussen. Besonders effektiv sind diese, wenn sie auf die Bedürfnisse des Einzelnen zugeschnitten sind. (Coulter and Ellins, 2006) Zusätzlich können durch die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen bei der Entlassung einige weitere positive Effekte erzielt werden. Dazu zählen eine gesteigerte Patient*innensicherheit, ein stärkeres Vertrauen, eine schnellere Genesung, eine gesteigerte Patient*innenzufriedenheit und/oder Wissenszuwachs. Diese können dazu beitragen, dass die empfohlenen Anweisungen zu Hause weiterhin eingehalten werden und, dass Patient*innen darin bestärkt werden, sich besser um ihre eigene Gesundheit zu kümmern. Dies hat zur Folge, dass Patient*innen nicht immer wieder wegen derselben Problematik stationär behandelt werden müssen. (Bakken et al., 2004, Johnson and Sandford, 2005a, Coulter et al., 2006)

Durch das Anbieten von Gesundheitsinformationen können zeitliche Ressourcen des Personals eingespart werden. Gesundheitsinformationen geben die wichtigsten Punkte wieder und daher muss das Personal den Patient*innen nicht immer wieder dieselben Informationen geben, sondern sie können diese selbständig nach der Edukation nachlesen. Patient*innen sind dadurch weniger verunsichert und rufen nach der Entlassung weniger häufig an. Weiters können durch Gesundheitsinformationen die Bedürfnisse und die Perspektiven der Patient*innen besser verstanden werden und das Pflegepersonal kann dahingehend effektiver mit den Patient*innen und Angehörigen kommunizieren. Das Pflegepersonal kann durch das Vorhandensein von Gesundheitsinformationen auf aktuelle, wissenschaftliche Erkenntnisse zurückgreifen und für Auszubildende können Gesundheitsinformationen eine gute sowie verlässliche Quelle an aktuellen Informationen zu einem bestimmten Thema darstellen. (Wizowski et al., 2014)

Nicht nur Patient*innen, sondern auch deren Angehörige können von Gesundheitsinformationen profitieren (Wizowski et al., 2014). Trotz der veränderten

Familienstrukturen wird in Österreich noch immer der Großteil der pflegebedürftigen Personen von ihren Angehörigen im häuslichen Umfeld gepflegt oder versorgt (Bundesministerium für Soziales, 2018). Die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen kann stressig und überfordernd sein (Peterson and Caring, 2018). Daher ist es wichtig, Angehörige mit laienverständlich aufbereitetem Wissen zur Erkrankung und Versorgung zu unterstützen (de la Cuesta-Benjumea et al., 2019). Weiters bieten Gesundheitsinformationen eine gute Hilfestellung für Angehörige, die während der Patient*innenedukation nicht anwesend sein konnten oder bei der Entlassung nicht dabei waren (Wizowski et al., 2014). Besonders in Zeiten einer Pandemie ist es nicht möglich gewesen Angehörige zu informieren, da ihnen der Zutritt zu den Stationen nicht immer gestattet war (WKO, 2021).

Heutzutage ist es zwar einfach über das Internet eine Vielzahl an Informationen zu erhalten, doch diese Informationen müssen meist noch analysiert und gefiltert werden. Nicht alle im Internet verfügbaren Informationen sind relevant und korrekt. Außerdem haben nicht alle Menschen Zugang zu Internetquellen oder fühlen sich sicher im Umgang mit dem Internet beziehungsweise in der Bewertung der dort zu findenden Informationen. (Wizowski et al., 2014, Magsamen-Conrad et al., 2019) Oft ist die Suche an sich schon herausfordernd, da die Personen nicht genau wissen, wie medizinische Begriffe geschrieben werden (Freeman et al., 2018). Viele Gesundheitsinformationen im Internet sind nur schwer für die allgemeine Bevölkerung zu verstehen, wodurch es leicht zu Missverständnissen bei den Leser*innen kommen kann (Daraz et al., 2018). Laut der Studie von Kerschner et al. (2015) hat die Analyse von österreichischen Medienberichten gezeigt, dass Print- und Online-Medien die Fakten zu gesundheitsbezogenen Themen überwiegend verzerrt wiedergeben. Oft wird dem/der Leser*in eine hohe Evidenzlage vermittelt, auch wenn dies nicht immer zutrifft (Kerschner et al., 2015). Gesundheitsinformationen, welche vom Gesundheitspersonal in Gesundheitseinrichtungen ausgehändigt werden, geben den Patient*innen und Angehörigen Sicherheit. Sie können sich darauf verlassen, dass die Informationen richtig und auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. (Wizowski et al., 2014, Magsamen-Conrad et al., 2019)

1.2.2 Was muss bei der Entwicklung beachtet werden

Vor der Entwicklung von Gesundheitsinformationen sollten die Bedürfnisse und Anforderungen der Zielgruppe identifiziert werden, da diese Informationen den gesamten Entwicklungsprozess beeinflussen und eine wichtige Rolle in Bezug auf den späteren Nutzen der Gesundheitsinformation spielen. Nur wenn die Bedürfnisse und Anforderungen der Zielgruppe erfüllt werden, ist es wahrscheinlicher, dass die empfohlenen Strategien oder Maßnahmen auch dementsprechend umgesetzt werden. (Wizowski et al., 2014) Weiters ist es wichtig, spezifische Anweisungen zu geben und weniger generelle Aussagen anzuführen. Dies wird von den Betroffenen als hilfreicher eingeschätzt. (Kessels, 2003) Ältere Personen können sich zum Beispiel besser an den Inhalt von Gesundheitsinformationen erinnern, wenn sie nur wenige Empfehlungen auf einmal erhalten (Latorre-Postigo et al., 2017) und diese Gesundheitsinformationen regelmäßig wiederholt werden (Mcguire, 1996). Eine Studie hat gezeigt, dass Patient*innen eine niedrigere Erwartungshaltung gegenüber Gesundheitsinformationen haben als Angehörige, welche häufig tiefgreifende Informationen bezüglich präventiver Strategien bekommen wollen (Schoberer et al., 2016). Ältere Personen haben andere Anforderungen in Bezug auf Gesundheitsinformationen als jüngere Personen. Sie verarbeiten Informationen langsamer als jünger Menschen, sie können sich schwerer konzentrieren und/oder sie haben Schwierigkeiten selbst zu Schlussfolgerungen zu kommen. Alterstypische Veränderungen, wie ein verändertes Sehvermögen oder die Verschlechterung der kognitiven Prozesse beeinflussen die Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen negativ. Anforderungen wie zum Beispiel gut erkennbare Überschriften, eine große Schrift, kurze und klare Sätze und eine kontrastreiche farbliche Gestaltung müssen bei der Erstellung von Gesundheitsinformationen für ältere Personen beachtet werden. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010a) Für Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden speziell angepasste Gesundheitsinformationen gebraucht (Schoberer et al., 2018a).

Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen

Oft sind Patient*innen in der Lage, alltägliche Inhalte zu lesen und zu verstehen. Dies bedeutet aber nicht zugleich, dass die Inhalte von Gesundheitsinformationen

von ihnen genauso leicht verstanden werden können. Das liegt daran, dass die Inhalte von Gesundheitsinformationen meist von alltäglichen und bekannten Inhalten abweichen. Die speziellen fachspezifischen Wörter sind den meisten Leser*innen nicht geläufig und dadurch fällt es ihnen schwerer, den Inhalt zu verstehen. (Coulter and Ellins, 2006) Daher ist es wichtig, wissenschaftliche Informationen leicht verständlich darzustellen (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010b, Griffin et al., 2003), sodass die Leser*innen nicht unterfordert aber auch nicht überfordert sind beziehungsweise sich bevormundet fühlen (Lins et al., 2011). Hinsichtlich der Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen gibt es laut Coulter und Elli (2006) Bedenken. Gesundheitsinformationen müssen einfach zu lesen sein und ein klares Design aufweisen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Inhalte von der Zielgruppe auch verstanden werden (Wizowski et al., 2014).

Plain Language ist in Bezug auf die Verständlichkeit ein Schlüsselbegriff. Darunter wird die laienverständliche Aufbereitung von Informationen verstanden, sodass diese für Personen leicht zu lesen, zu verstehen und umzusetzen sind. Der/die Patient*in steht dabei im Zentrum der Entscheidungsprozesse bezüglich des Inhaltes, des Formates, des Designs oder des Schreibstiles. Bei der Aufbereitung von Gesundheitsinformationen in „Plain Language“, sollte die Sprache an die Zielgruppe angepasst sein und Patient*innen und Angehörige sollten in den Prozess miteinbezogen werden. (Wizowski et al., 2014)

Leicht lesbare Gesundheitsinformationen sind der beste Weg, um patient*innenzentriertes Lernen und Gesundheitskompetenz zu fördern. Weiters wird der Zielgruppe durch die Verwendung einer laienverständlichen Sprache Respekt entgegengebracht, da es sich um die Alltagssprache der Zielgruppe handelt und diese sich dadurch nicht herablassend behandelt fühlt. (Wizowski et al., 2014) Wissenschaftliche Ergebnisse müssen so einfach wie möglich dargestellt werden und wissenschaftliche Begriffe oder Fachbegriffe sollten vermieden werden oder wenn dies nicht möglich ist, erklärt werden (Norway, 2016, Wizowski et al., 2014). Auch Abkürzungen sollten immer vorab erklärt werden und diese sollten, so wie auch andere spezielle Begriffe, konstant in der Gesundheitsinformation angewendet werden. Die Ausdrucksweise sollte positiv sein und es sollten klare Anweisungen gegeben werden. (Wizowski et al., 2014) Eine

Gesundheitsinformation in einer laienverständlichen Sprache zu schreiben, ist eine Herausforderung, da sich der/die Verfasser*in umfassend mit der Kernaussage der zu vermittelnden Information befassen muss und diese so wieder geben muss, dass Personen, die mit der Thematik nicht vertraut sind, die Informationen verstehen (Wizowski et al., 2014, Whiting et al., 2018).

Ein weiterer wichtiger Punkt bezüglich der Verständlichkeit ist das Design der Gesundheitsinformation. Unter dem Design wird die Art und Weise verstanden, wie der Inhalt zusammengestellt und wie das Layout gestaltet wird. Die Gesundheitsinformation soll einfach und konsistent gestaltet sowie gut organisiert sein. (Wizowski et al., 2014) Dazu gehört nicht nur die grafische Darstellung der Ergebnisse, sondern auch die richtige Schriftart, Schriftgröße und die farbliche Gestaltung der Gesundheitsinformation (Wizowski et al., 2014, Steckelberg et al., 2005). Farben sollten gezielt eingesetzt werden, um gewisse Inhalte hervorzuheben. Worte, bestehend nur aus Großbuchstaben sollten vermieden werden. (Wizowski et al., 2014) Insgesamt soll das Layout für die Leser*innen ansprechend sein (Griffin et al., 2003). Auch die Länge der Sätze ist wichtig für die Verständlichkeit des Inhaltes von Gesundheitsinformationen (Coulter and Ellins, 2006). Außerdem ist es vorteilhaft mattes Papier zu verwenden. Fotos, Grafiken oder Illustrationen können den Inhalt auflockern und die Aufmerksamkeit der Leser*innen steigern. Bei der Darstellung von Zahlen können Piktogramme oder Graphen hilfreich sein. (Wizowski et al., 2014) Die verwendeten Abbildungen sollten immer in der Nähe des Textes stehen, welcher diese erklärt (Bunge et al., 2010).

Evaluierung des Nutzens und der Verständlichkeit

Viele Gesundheitsinformationen sind laut Coulter and Ellins (2006) für die Zielgruppe schwer verständlich. Um die Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen sicherstellen zu können, muss diese evaluiert werden (Wizowski et al., 2014, Currie et al., 2000).

Die Studien, die sich bereits mit der Evaluierung von Gesundheitsinformationen beschäftigt haben, haben aufgezeigt, dass, selbst wenn Gesundheitsinformationen nach aktuellen, evidenzbasierten Richtlinien erstellt wurden, diese trotzdem nicht immer verständlich für die Zielgruppe sind. Weiters ist den Leser*innen oft nicht klar,

worauf diese Gesundheitsinformationen abzielen, auch wenn dies laut den Entwickler*innen genau beschrieben wurde. (Lins et al., 2011, Schmitz et al., 2010) Stress oder bestehende Erkrankungen können das Verständnis ebenfalls negativ beeinträchtigen (Agency for Healthcare Research and Quality, 2010). Weitere Faktoren, welche das Verständnis beeinflussen können, sind die Krankenhausumgebung selbst, Schmerzen oder Müdigkeit (Wizowski et al., 2014). Der Ausbildungsgrad der Leser*innen spielt jedoch beim Verständnis von Gesundheitsinformationen kaum eine Rolle (Lins et al., 2011).

Das Ziel von Gesundheitsinformationen ist es, das Verständnis und das Verhalten von Patient*innen zu verbessern. Inwieweit dies auch erzielt werden kann, muss durch eine Evaluierung des Nutzens und der Verständlichkeit überprüft werden. (Coulter et al., 2006) Der Leitfaden von Wizowski et al (2014) bietet einen Rahmen für die Entwicklung von Gesundheitsinformationen, wobei die Evaluierung ein zentraler Aspekt ist. Dazu zählt das Einholen von Feedback von der Zielgruppe. Durch das Miteinbeziehen der Zielgruppe kann festgestellt werden, wie effektiv Gesundheitsinformationen sind. In der Literatur wird ein aktives Miteinbeziehen der Betroffenen in die Entwicklung von Gesundheitsinformationen empfohlen, da sie in diesem Fall die Expert*innen sind. Sie wissen, ob die Informationen ihre Bedürfnisse erfüllen. Es erfordert zwar mehr Aufwand die Zielgruppe miteinzubeziehen, allerdings kann auf diesem Weg erreicht werden, dass die Gesundheitsinformation für die Leser*innen verständlich und hilfreich ist sowie deren Bedürfnisse erfüllen. (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010b, Coulter et al., 2006, Schoberer, 2017, Wizowski et al., 2014, Schmitz et al., 2010, Lins et al., 2011, Schoberer et al., 2018a)

Um Feedback von den Leser*innen einholen zu können, gibt es verschiedene Ansätze. Beispielsweise können Fokusgruppeninterviews oder informelle Interviews mit den Patient*innen und deren Angehörigen durchgeführt werden. Eine andere Möglichkeit ist das Durchführen einer Umfrage. Die Durchführung von Umfragen ist eine sehr häufig angewendete Methode. Eine kleine Anzahl an Teilnehmer*innen, welche die Zielgruppe repräsentiert, ist dabei ausreichend. (Wizowski et al., 2014)

Laut Wizowski et al. (2014) sind hierbei wichtige Fragestellungen:

- Ist die Gesundheitsinformation lesbar?
- Ist die Gesundheitsinformation klar dargestellt?
- Ist die Gesundheitsinformation verständlich?
- Enthält die Gesundheitsinformation die richtigen Informationen (das was die Patient*innen wissen müssen)?
- Ist die Gesundheitsinformation umsetzbar (wird den Patient*innen gezeigt was sie tun müssen)?
- Ist die Gesundheitsinformation kulturell akzeptabel?
- Erreicht die Gesundheitsinformation ihr Ziel?

Die Wichtigkeit des Feedbacks von den Leser*innen darf nicht unterschätzt werden, denn häufig werden die Anmerkungen vom Gesundheitspersonal in der Entwicklung stärker gewichtet, als jene von den Patient*innen (Feldman-Stewart et al., 2007). Doch nur durch das Einholen des Feedbacks der Zielgruppe, kann die Effektivität der Gesundheitsinformation gewährleistet werden (Wizowski et al., 2014, Centers for Medicare & Medicaid Services, 2010a). Die Bedürfnisse der Zielgruppe sollten zu Beginn des Entwicklungsprozesses immer wieder neu überdacht werden, damit die Gesundheitsinformation für die Leser*innen leicht verständlich ist und diese sich dadurch eher an die empfohlenen Maßnahmen halten. So können die Leser*innen den größten Nutzen daraus ziehen. (Eyles et al., 2003)

1.2.3 Die Rolle der Pflege

Häufig sind Pflegepersonen auch in die Entwicklung oder Evaluierung von Gesundheitsinformationen involviert. Teilweise werden Gesundheitsinformationen sogar von Pflegepersonen selbst erstellt. (Mumford, 1997, Wizowski et al., 2014) Laut Wizowski et al. (2014) soll die Gesundheitsinformation durch das Pflegepersonal evaluiert werden, indem dieses Feedback gibt.

Die Aufgabe des Gesundheitspersonals ist es, Gesundheitsinformationen weiterzugeben. Sie müssen diese klar und verständlich kommunizieren, sodass der/die Patient*in in der Lage ist, die Informationen auch entsprechend umzusetzen. Dadurch sollen die Betroffenen bestärkt werden, gesundheitspezifische

Entscheidungen treffen zu können und so in der Lage sein, ihre eigene Gesundheit zu verbessern. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020) Auch wenn Patient*innen am besten wissen, was für sie gut ist und wie sie Situationen wahrnehmen, brauchen sie die Erfahrung vom Gesundheitspersonal, um Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit treffen zu können (Currie et al., 2000). Die Gesundheitsinformation sollte vom Pflegepersonal gemeinsam mit den Patient*innen besprochen werden und die Patient*innen sollen aktiv in die Edukation miteinbezogen werden. Dabei können individuelle Notizen und Anweisungen von den Patient*innen auf der Gesundheitsinformation notiert werden. Am Ende sollte sichergestellt werden, ob der/die Patient*in die Inhalte verstanden hat. (Wizowski et al., 2014) Dasselbe gilt für Angehörige. Auch sie brauchen zusätzlich zum Informationsmaterial persönliche Anregungen seitens des Gesundheitspersonals bezüglich körperlicher Aktivitäten, die sie mit ihren Angehörigen durchführen können (Schoberer et al., 2018a).

1.2.4 Theoretischer Rahmen der Arbeit

Den theoretischen Rahmen für diese Arbeit bildet der Leitfaden „Writing health information for patients and families. A guide to developing educational materials that promote health literacy“ von Wizowski et al. (2014). Diese behandelt die Entwicklung und Evaluierung von Gesundheitsinformationen. Laut Wizowski et al. (2014) sollen bei der Evaluierung nicht nur Patient*innen involviert werden, sondern auch deren Angehörige.

Die Entwicklung von Gesundheitsinformationen für Patient*innen und deren Angehörige besteht laut Wizowski et al. (2014) aus zwölf Schritten, welche in Tabelle 2 abgebildet sind. Die Reihenfolge der zwölf Schritte muss nicht für alle Punkte chronologisch eingehalten werden. Schritt sieben und acht können zum Beispiel auch immer wieder während des gesamten Prozesses durchgeführt werden. Die zwölf Entwicklungsschritte (siehe Tabelle 2) werden im Leitfaden genauestens beschrieben und Hilfestellungen für die praktische Umsetzung werden geboten. Der Fokus liegt dabei auf den Bedürfnissen der Zielgruppe, sodass die Leser*innen den größtmöglichen Nutzen aus der Gesundheitsinformation ziehen können. Der erste Schritt beschreibt die Planungsphase sowie das Erstellen einer

Entwicklungsgruppe. Danach geht es darum herauszufinden, welchen Zweck die Gesundheitsinformation erfüllen soll und ob es dafür eventuell schon ausreichend Material gibt. In Schritt vier werden die Inhalte identifiziert. Dabei wird darauf geachtet, was die Zielgruppe wissen sollte und welche Inhalte für sie wichtig ist. Dann müssen die Inhalte laienverständlich aufbereitet werden und leicht verständlich dargestellt werden. Im siebten und achten Schritt geht es darum, Feedback einzuholen, sowohl vom Gesundheitspersonal des Krankenhauses oder der Gesundheitseinrichtung, in dem oder in der die Gesundheitsinformation implementiert werden soll, als auch von Patient*innen und Angehörigen. Das Feedback soll dann bei der Überarbeitung der Gesundheitsinformation helfen. Wenn die ersten acht Schritte beendet sind, muss eine Genehmigung eingeholt werden. Dafür muss die Zustimmung der am Projekt beteiligten Personen eingeholt werden. Weiters muss die Gesundheitsinformation, je nach den Vorschriften des Krankenhauses oder der Gesundheitseinrichtung, von anderen Interessensvertretern abgesegnet werden. Erst dann kann das Material produziert, verbreitet und verwendet werden. Im letzten Schritt wird auf die Evaluierung der Gesundheitsinformation eingegangen. In diesem Kapitel werden wichtige Fragestellungen angeführt, damit erhoben werden kann, ob die Gesundheitsinformation die Bedürfnisse der Zielgruppe erfüllt. (Wizowski et al., 2014)

In dieser Arbeit wird ausschließlich auf den achten Schritt „Feedback von Patient*innen und deren Angehörigen einholen“ eingegangen, da die Schritte eins bis sechs schon im Vorhinein durchgeführt wurden. Die restlichen Schritte werden in weiterer Folge noch durchgeführt. Im achten Schritt geht es um das Einholen von Feedback von den Patient*innen und Angehörigen bezüglich der Gesundheitsinformation. Dadurch soll überprüft werden, ob die Inhalte der Gesundheitsinformation lesbar, verständlich und klar dargestellt sind, ob sie kulturell akzeptiert werden sowie das Ziel erreicht werden konnte und ob alle wichtigen Informationen enthalten sind. Außerdem wird überprüft, ob die Inhalte den Leser*innen aufzeigen, was sie konkret tun sollen, um ihren Gesundheitszustand verbessern zu können. Die Ergebnisse der Feedbackerhebung sollen dazu verwendet werden, die Gesundheitsinformation zu adaptieren. (Wizowski et al., 2014)

Tabelle 2: Die zwölf Schritte in der Entwicklung einer Gesundheitsinformation nach Wizowski et al. (2014)

Entwicklung von Gesundheitsinformationen	
1.	Gründung einer Planungsgruppe/Entwicklungsgruppe
2.	Zweck und Zielgruppe identifizieren
3.	Verfügbares Material beurteilen
4.	Inhalt auswählen
5.	Die Information in leicht verständlicher Sprache schreiben
6.	Ein klares Design erstellen
7.	Feedback vom klinischen Team einholen
8.	Feedback von Patient*innen und deren Angehörigen einholen
9.	Eine Genehmigung einholen
10.	Das Material produzieren
11.	Das Material verbreiten und verwenden
12.	Das Material evaluieren

1.3 Forschungslücke und Forschungsfrage

Gesundheitsinformationen sind ein wichtiger Bestandteil der Patient*innenedukation und spielen eine wichtige Rolle in der Prävention von Stürzen (Coulter and Ellins, 2006, Lohrmann et al., 2019). Krankenhäuser haben eine gewisse Verantwortung gegenüber ihren Patient*innen, es geht unter anderem darum, sie zu schützen und für die Gesundheit der Patient*innen zu sorgen (Klimpe, 2008). Daher ist es besonders wichtig, dass die Gesundheitsinformationen, welche an einem Krankenhaus angeboten werden, so effektiv wie möglich sind.

Die Evaluierung von Gesundheitsinformationen durch die Zielgruppe ist ein guter Weg, um die Gesundheitsinformation zu überprüfen. Dadurch kann evaluiert werden, ob das Material klar und effektiv ist. Der Beitrag von Patient*innen und deren Angehörigen ist ein wichtiger Bestandteil des Entwicklungsprozesses von Gesundheitsinformationen, da so festgestellt werden kann, ob die Gesundheitsinformation den Bedürfnissen der Zielgruppe entspricht. Weiters hilft das Feedback dabei, Veränderungen an der Gesundheitsinformation vorzunehmen und so besser auf die Zielgruppe abzustimmen. (Wizowski et al., 2014)

Die Gesundheitsinformationen für Patient*innen und deren Angehörige, auf die sich diese Arbeit bezieht, wurden auf der Medizinischen Universität Graz vom Institut für Pflegewissenschaft entwickelt und am LKH-Univ. Klinikum Graz zur Edukation

eingesetzt. Bis jetzt wurden diese Gesundheitsinformationen noch nicht hinsichtlich des Nutzens und der Verständlichkeit evaluiert. Daher ist das Ziel dieser Arbeit, die Gesundheitsinformationen für Patient*innen und deren Angehörige bezüglich ihrer Verständlichkeit und Nützlichkeit aus Sicht der Patient*innen und deren Angehörigen zu evaluieren.

Daraus haben sich zwei Forschungsfragen ergeben:

- Welchen Nutzen haben die Gesundheitsinformationen zur Sturzvermeidung für Patient*innen und Angehörige?
 - Welche Unterschiede/Gemeinsamkeiten gibt es zwischen den Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf den Nutzen?
- Wie verständlich sind die Inhalte der Gesundheitsinformationen zur Sturzvermeidung aus der Sicht der Patient*innen und Angehörigen?
 - Welche Unterschiede/Gemeinsamkeiten gibt es zwischen den Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf das Verständnis?

2 Methode und Material

Das Studiendesign dieser Masterarbeit ist eine Querschnittstudie, bei der mittels einer schriftlichen Fragebogenerhebung der Nutzen und die Verständlichkeit von den Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz des LKH-Univ. Klinikums Graz erhoben wurde.

2.1 Rekrutierung und Durchführung der Erhebung

Zu Beginn wurden die Stationsleiter*innen der teilnehmenden Stationen von einer Forscherin über die Studie aufgeklärt. Die Stationsleiter*innen gaben die Informationen an das Pflegepersonal weiter. Alle Patient*innen, welche den Einschlusskriterien entsprachen, wurden fortlaufend eingeschlossen. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden vom Pflegepersonal überprüft und im Rahmen des Bezugspflegegespräches wurde ermittelt, ob Sturzrisikofaktoren vorliegen. Bei der Auswahl der Teilnehmer*innen wurde ein „convenience sampling“ verwendet. Es war geplant rund 200 Feedbackfragebögen auszugeben, um eine repräsentative Stichprobengröße von 180 Teilnehmer*innen zu erreichen.

Einschlusskriterien

Die Patient*innen und Angehörigen mussten gewisse Einschlusskriterien erfüllen, damit sie für die Teilnahme in Frage kamen. Diese wurden bereits im Vorhinein festgelegt.

Patient*innen

- über 65 Jahre
- Patient*innen, die stationär am LKH-Univ. Klinikum Graz in Behandlung sind
- mindestens ein Risikofaktor zu stürzen gemäß der evidenzbasierten Leitlinie Sturzprävention (Schoberer et al. 2018)
 - Dies sind insbesondere Patient*innen mit Stürzen in der Anamnese (im letzten halben Jahr) und/oder

- mindestens einem krankheitsbedingten Risikofaktor für Stürze und/oder
- verschriebene sturzbegünstigende Medikamente (Sedativa, Antikonvulsiva oder Antipsychotika)

Angehörige

- mussten Bezugspersonen von sturzgefährdeten Patient*innen sein, die stationär am LKH-Univ. Klinikum Graz in Behandlung sind.

Anhand der Einschlusskriterien wurden die Teilnehmer*innen vom Pflegepersonal rekrutiert. Nur Patient*innen, welche im Erhebungszeitraum von März 2021 bis Mai 2021 stationär im LKH-Univ. Klinikum Graz aufgenommen wurden, oder Angehörige dieser Patient*innen, wurden in die Rekrutierung einbezogen. Personen, welche den Einschlusskriterien entsprachen, wurden auf die Teilnahme vom Pflegepersonal angesprochen.

Personen, die sich zur Teilnahme bereiterklärten, wurden darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme freiwillig ist und sich durch eine Nicht-Teilnahme keine Nachteile in der Behandlung und Betreuung ergeben. Im Rahmen des Entlassungsmanagements wurden die schriftlichen Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz für Patient*innen und Angehörige sowie der dazugehörige Feedbackfragebogen vom Pflegepersonal an die Teilnehmer*innen ausgegeben. Die Teilnehmer*innen erhielten daraufhin Zeit, die Gesundheitsinformation zum Thema Sturz durchzulesen und danach den Feedbackfragebogen auszufüllen. Der ausgefüllte Feedbackfragebogen wurde von den Teilnehmer*innen in ein Kuvert gesteckt und in eine Box geworfen, welche auf den Stationen aufgestellt war. Diese Box wurde wöchentlich entleert. Die Erhebung wurde von März 2021 bis Mai 2021 durchgeführt. Insbesondere waren die Stationen der Neurologie sowie der Dermatologie und Venerologie des LKH-Univ. Klinikums Graz an der Datenerhebung beteiligt.

2.2 Informationsmaterial zur Sturzvermeidung

Die Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz, auf die sich diese Arbeit bezieht, wurden vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz für

Patient*innen und Angehörige erstellt (Berger et al., 2020a, Berger et al., 2020b). Die darin enthaltenen Informationen wurden aus der evidenzbasierten Leitlinie zur Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen abgeleitet und durch eine weitere systematische Literaturrecherche ergänzt. Bei der Erstellung dieser Leitlinie wurde Pflegepersonal aus Krankenhäusern und Langzeiteinrichtungen sowie ein multiprofessionelles Team miteinbezogen. (Schoberer et al., 2018b) Schwerpunkte der Gesundheitsinformation sind die Strategien zur Minimierung des Sturzrisikos, welche von Patient*innen und/oder deren Angehörigen ergriffen werden können. (Schoberer et al., 2018b)

Die Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz wurden für Patient*innen und für Angehörige erstellt. Sie zielen darauf ab, Stürze im häuslichen Umfeld zu vermeiden und werden bei der Entlassung aus dem Krankenhaus den sturzgefährdeten Patient*innen und/oder ihren Angehörigen mitgegeben. (Berger et al., 2020a, Berger et al., 2020b)

2.3 Das Erhebungsinstrument

Um den Nutzen und die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz für Patient*innen und deren Angehörige evaluieren zu können, wurde von Schoberer, Schwarz und Hoffmann die Vorlage des Feedbackfragebogens von Wizowski et al. (2014) adaptiert. Eine Adaptierung wird von den Autor*innen empfohlen, sodass der Fragebogen optimal auf das Projekt abgestimmt werden kann (Wizowski et al., 2014). Neben Fragen zur Verständlich- und Nützlichkeit der Gesundheitsinformationen werden auch demografische Daten zum Geschlecht, Alter und zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung erhoben. Der Feedbackfragebogen enthält standardisierte Likert-Fragen mit den Antwortmöglichkeiten von „stimme nicht zu (1)“ bis „stimme voll zu (5)“. Weiters enthält der Feedbackfragebogen zwei offene Fragen. Die erste offene Frage gibt den Patient*innen und Angehörigen die Möglichkeit anzugeben, welche Informationen sie sich noch gewünscht hätten und bei der zweiten offenen Frage konnten die Teilnehmer*innen andere Kommentare und Vorschläge äußern. Am Ende können die Teilnehmer*innen noch eine allgemeine Einschätzung abgeben,

welche sie zwischen „nicht gut (1)“ bis „sehr gut (5)“ bewerten können. Der Feedbackfragebogen befindet sich im Anhang.

2.4 Analyse der Daten

Die Datenanalyse besteht aus zwei Teilen, da der Feedbackfragebogen aus Likert-Fragen und offenen Fragen besteht. Die Likert-Fragen wurden quantitativ und die offenen Fragen qualitativ analysiert.

2.4.1 Die quantitative Datenanalyse

Die quantitative Datenanalyse erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS Version 26 (IBM Corp., 2019) und Microsoft Excel (Microsoft Corporation, 2018). Es wurde ein Vergleich zwischen Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf den Nutzen und die Verständlichkeit angestellt. Zusätzlich wurden Subgruppenanalysen bezüglich der Charakteristika der Stichprobe gemacht. Dadurch soll herausgefunden werden, ob es zwischen dem Geschlecht, den Altersgruppen oder dem Ausbildungsgrad einen Unterschied bezüglich des Nutzens und des Verständnisses der Gesundheitsinformationen gibt.

Daten von Personen, die nicht den Einschlusskriterien entsprachen und trotzdem in die Erhebung miteinbezogen wurden, wurden nicht analysiert. Teilweise wurde der Feedbackfragebogen nicht vollständig von den Teilnehmer*innen ausgefüllt. Auf Grund der sehr geringen Stichprobengröße, wurden die unvollständigen Feedbackfragebögen trotzdem in die Datenanalyse miteinbezogen.

Für die Analyse des Feedbackfragebogens wurden die Fragen in drei Kategorien eingeteilt und in der jeweiligen Kategorie zusammengefasst und analysiert. Dafür wurde der Mittelwert der Fragen innerhalb der Gruppe gebildet, welcher einer Antwortkategorie des Feedbackfragebogens entsprach. Frage 2.1, 2.2, 2.8 und 2.9 bildeten die Kategorie „Verständnis“, Frage 2.3, 2.4, 2.5 und 2.6 gehörten zur Kategorie „Nutzen“ und 2.7 und 2.12 bildeten die Gruppe „allgemeine Einschätzung“.

2.4.2 Die qualitative Inhaltsanalyse

Um die offenen Fragen des Feedbackfragebogens analysieren zu können, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Schreier (2012) angewendet. Dabei werden die Inhalte der offenen Fragen in Kategorien zusammengefasst. Die Hauptkategorien wurden mittels deduktiven Ansatzes gebildet und die Subkategorien mittels induktiven Ansatzes. In Hinblick auf die gebildeten Kategorien werden die Aspekte systematisch beschrieben (Schreier, 2012). Komplexe Inhalte können durch das Kategoriensystem einfach dargestellt werden (Heins, 2016). Der Kodierrahmen (siehe Tabelle 16) zu den Haupt- und Subkategorien sowie die Inhaltsanalyse (siehe Tabelle 17 und Tabelle 18) befinden sich im Anhang.

2.5 Datenschutz und ethische Aspekte

Die Feedbackfragebögen, welche von den Teilnehmer*innen ausgefüllt wurden, enthalten keine Informationen, die einen Rückschluss auf die Person ermöglichen. Alle Daten, welche im Rahmen dieser Arbeit verwendet wurden, wurden anonym analysiert.

Für diese Fragebogenerhebung wurde ein Ethikantrag eingereicht. Die Ethikkommission der Medizinischen Universität hat den eingereichten Ethikantrag positiv bewertet (EK-Nummer 33-212 ex 20/21).

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse des Feedbackfragebogens dargestellt. Im ersten Teil werden die Ergebnisse der Likert-Fragen präsentiert und im zweiten Teil die Ergebnisse der Inhaltsanalyse nach Schreier (2012).

3.1 Die Stichprobe

Insgesamt wurden 125 (N = 100 %) Fragebögen ausgegeben. Davon wurden 46 (n = 36,8 %) von Angehörigen und 79 (n = 63,2 %) von Patient*innen ausgefüllt. Nicht alle Fragebögen wurden vollständig ausgefüllt. Vor allem in der Gruppe der Patient*innen wurden einige Fragen nicht ausgefüllt. 19 (n = 24,05 %) von 79 Patient*innen haben den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt. Fünf (n = 10,87 %) von 46 Angehörige haben jeweils eine Frage nicht beantwortet. Wenn die offenen Fragen nicht beantwortet wurden, so wurde dies nicht als fehlende Antwort gewertet. Da die Stichprobe relativ klein war, wurden die unvollständigen Fragebögen nicht von der Analyse ausgenommen. Nur ein Fragebogen wurde ausgeschlossen, da keine Frage bezüglich der Gesundheitsinformation beantwortet wurde. Bei den Fragebögen, die von den Angehörigen ausgefüllt wurden, musste kein Fall ausgeschlossen werden.

Unter den Patient*innen waren welche, die nicht über 65 Jahre alt waren. Da dies aber ein Einschlusskriterium war, mussten diese Patient*innen exkludiert werden. Dadurch mussten weitere 13 Patient*innen ausgeschlossen werden. Da es bei den Angehörigen keine Altersbeschränkung gab, mussten keine exkludiert werden.

Nach der Datenbereinigung blieben 46 Angehörigenfragebögen zur weiteren Analyse erhalten und von den ursprünglichen 79 Patient*innenfragebögen blieben 65 (n = 82,28 %) übrig. Insgesamt waren von den 125 (N = 100 %) Feedbackbögen 111 (n = 88,8 %) gültig. Die Aufteilung der Angehörigen, Patient*innen und der ungültigen Fragebögen wird in Abbildung 1 dargestellt.

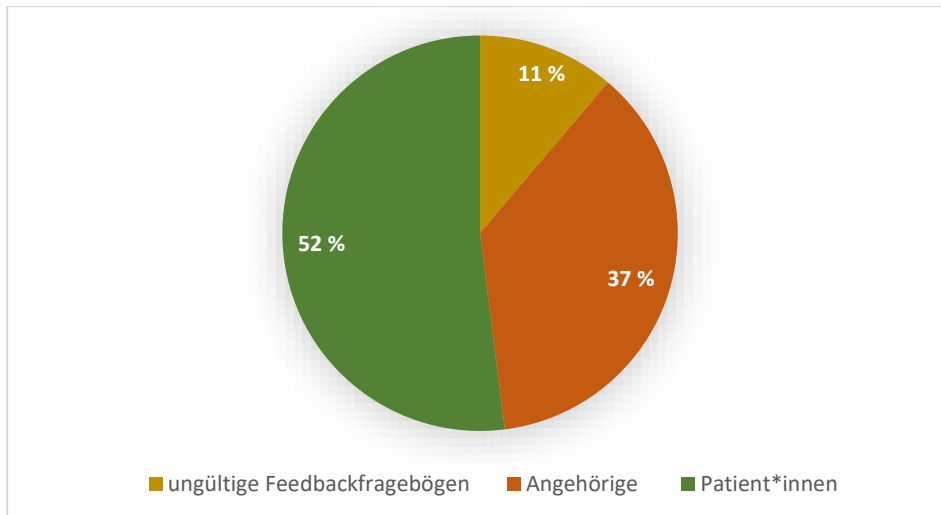


Abbildung 1: Aufteilung Angehörige - Patient*innen – ungültige Frageböge in Prozent (N = 125)

Die Anzahl der Patient*innen und Angehörigen ist bei jeder Analyse unterschiedlich, da nicht jede Frage von der gesamten Stichprobe beantwortet wurde. Demnach gibt es unterschiedliche Stichprobengrößen (n) je ausgewerteter Frage.

Die Beschreibung der Stichprobe ist in der Tabelle 3 dargestellt. In der Gruppe der Patient*innen waren mehr Frauen als Männer oder Personen, welche die Antwortmöglichkeit „Divers“ gewählt haben. Die am häufigsten vertretene Altersgruppe war jene der 71- bis 80-Jährigen und die meisten Patient*innen gaben als höchste abgeschlossene Schulbildung einen Pflichtschulabschluss an. In der Gruppe der Angehörigen waren ebenfalls mehr Frauen vertreten. Die am häufigsten angegebene Altersgruppe ist die der 51- bis 60-Jährigen und die meisten Angehörigen haben eine Lehre absolviert.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe N = 111 (100 %)

	Patient*innen n = 65	Angehörige n = 46
Geschlecht n	62 ^a	45 ^a
Männer n (%)	28 (45,2)	14 (31,1)
Frauen n (%)	33 (53,2)	31 (68,9)
Divers n (%)	1 (1,6)	0 (0,0)
Altersgruppe n	65 [*]	46 [*]
≤ 21-30 Jahre n (%)	-	5 (10,9)
31-40 Jahre n (%)	-	4 (8,7)
41-50 Jahre n (%)	-	5 (10,9)
51-60 Jahre n (%)	-	11 (23,9)
61-70 Jahre n (%)	16 (24,6)	7 (15,2)
71-80 Jahre n (%)	31 (47,7)	7 (15,2)
≥ 81 Jahre n (%)	18 (27,7)	7 (15,2)
Höchste abgeschlossene Schulbildung n	n = 61 ^{a, *}	n = 45 ^{a, *}
Pflichtschule n (%)	26 (42,6)	6 (13,3)
Lehre n (%)	13 (21,3)	13 (28,9)
Matura n (%)	6 (9,8)	8 (17,8)
Studium n (%)	7 (11,5)	8 (17,8)
Sonstiges n (%)	9 (14,8)	10 (22,2)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

^{*} Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

3.2 Ergebnisse der Analyse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen Datenanalyse, welche mittels SPSS Version 26 (IBM Corp., 2019) und Microsoft Excel (Microsoft Corporation, 2018) durchgeführt wurde, in Tabelle 4 bis Tabelle 15 dargestellt. Wie bereits im Kapitel 2.4.1 erklärt, wurden die Fragen des Feedbackfragebogens in die Kategorien „Nutzen“, „Verständnis“ und „allgemeine Einschätzung“ unterteilt.

3.2.1 Nutzen der Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Angehörige

Für die vier Fragen, welche sich auf den Nutzen der Gesundheitsinformation beziehen (Frage 2.3, 2.4, 2.5 und 2.6), wurde ein Gesamtmittelwert berechnet. Danach wurden die Ergebnisse der Patient*innen und Angehörigen miteinander verglichen. Weiters wurden innerhalb der Gruppe der Patient*innen und Angehörigen Vergleiche bezüglich des Geschlechts, der Altersgruppe und der höchsten abgeschlossenen Schulbildung angestellt.

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf den Nutzen

Sowohl die Patient*innen als auch die Angehörigen haben durchschnittlich eher bis voll zugestimmt, dass die Gesundheitsinformationen nützlich waren. Sie empfanden die Gesundheitsinformationen als hilfreich, ihr Wissen konnte erweitert werden und sie wurden dabei unterstützt, ihr Sturzrisiko, oder das ihrer Angehörigen zu reduzieren.

Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 0,49$). In Tabelle 4 sind die Ergebnisse der Analyse dargestellt.

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern in Bezug auf den Nutzen

Alle Geschlechter in der Gruppe der Patient*innen und der Gruppe der Angehörigen haben durchschnittlich eher bis voll zugestimmt, dass die Gesundheitsinformationen nützlich waren. Insgesamt wurde die Frage, ob die Gesundheitsinformation zur Wissenserweiterung beigetragen hat, mit einem Mittelwert von 3 (stimme weder zu noch nicht zu) am schlechtesten bewertet. Diese Bewertung stammte von dem/der Patient*in, welche/r das Geschlecht „Divers“ wählte.

Sowohl in der Gruppe der Patient*innen als auch in der Gruppe der Angehörigen haben Männer tendenziell schlechtere Beurteilungen abgegeben als Frauen. Wobei der Unterschied in der Gruppe der Angehörigen größer war als der in der Gruppe der Patient*innen.

Es gab weder in der Gruppe der Patient*innen ($p = 0,93$) noch in der Gruppe der Angehörigen ($p = 0,09$) einen statistisch signifikanten Unterschied bei der Beurteilung des Nutzens zwischen den Geschlechtern. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt.

Tabelle 4: Mittelwerte der Antworten von den Patient*innen (n = 65) und Angehörigen (n = 46) in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen.

	2.3 Die Gesundheitsinformation zu lesen ist für mich hilfreich.	2.4 Die Gesundheitsinformation hilft mir, mein Wissen zum Thema Sturzrisiko zu erweitern.	2.5 Die Gesundheitsinformation unterstützt mich dabei, wie ich Sturzrisiken reduzieren kann.	2.6 Die Gesundheitsinformation hat meine Fragen beantwortet.	Gesamt
Patient*innen n = 65					
Gültige Antworten n (%)	61 (93,8) ^a	62 (95,4) ^a	62 (95,4) ^a	61 (93,8) ^a	
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,0)	4,4 (±1,0)	4,4 (±1,0)	4,4 (±1,0)	4,4 (±0)
Angehörige n = 46					
Gültige Antworten n (%)	46 (100)	46 (100)	46 (100)	46 (100)	
Mittelwert (SD)	4,4 (±1,0)	4,3 (±1,0)	4,2 (±1,1)	4,3 (±1,0)	4,3 (±0,1)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Tabelle 5: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Geschlechtern in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen.

Geschlecht	2.3 Hilfreich für mich	2.4 Wissenserweiterung zum Thema Sturzrisiko	2.5 Unterstützung bei der Reduktion von Sturzrisiken	2.6 Beantwortung meiner Fragen	Gesamt
Patient*innen n = 62 ^a					
Gültige Antworten n (%)	58 (93,6) ^a	59 (95,2) ^a	59 (95,2) ^a	58 (93,6) ^a	
Männlich					
Mittelwert (SD)	4,2 (±1,0)	4,0 (±1,0)	4,4 (±1,1)	4,3 (±1,0)	4,3 (±0,1)
Weiblich					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,0)	4,3 (±1,0)	4,4 (±0,9)	4,4 (±1,1)	4,3 (±0,1)
Divers					
Mittelwert (SD)	5 (±0)	4 (±0)	5 (±0)	3 (±0)	4,3 (±0)
Angehörige n = 45 ^a					
Gültige Antworten n (%)	45 (100)	45 (100)	45 (100)	45 (100)	
Männlich					
Mittelwert (SD)	4,2 (±0,9)	4,2 (±1)	4,2 (±0,8)	4,3 (±0,8)	4,2 (±0,0)
Weiblich					
Mittelwert (SD)	4,5 (±1,0)	4,3 (±1,0)	4,3 (±1,0)	4,4 (±0,9)	4,4 (±0,1)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Altersgruppen in Bezug auf den Nutzen

In der Gruppe der Patient*innen haben alle Altersgruppen eher bis voll zugestimmt, dass die Gesundheitsinformation nützlich war (Mittelwerte 4,1 bis 4,5). Bei der Gruppe der Angehörigen hat die Analyse der Daten gezeigt, dass ältere Patient*innen die Gesundheitsinformation durchschnittlich als weniger nützlich empfanden als jüngere Patient*innen. In der Gruppe der Angehörigen konnte dieser Trend nicht gezeigt werden.

Bei den Angehörigen hat die Mehrheit der Altersgruppen eher zugestimmt, dass die Gesundheitsinformation nützlich war. Die Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen stimmte voll zu, dass die Gesundheitsinformation nützlich war. Diese Altersgruppe gab insgesamt bei diesem Vergleich die höchste Beurteilung ab. Die Gruppe der 71- bis 80-Jährigen stimmte im Durchschnitt eher bis voll zu (Mittelwert von 4,7). Die Gruppe der 21- bis 30-Jährigen befand sich im Bereich der Kategorie „stimme weder zu noch nicht zu“, aber mit Tendenz in Richtung der Antwortmöglichkeit „stimme eher zu“ (Mittelwert von 3,6). Diese Altersgruppe gab insgesamt bei diesem Vergleich bei der Beantwortung aller Fragen die niedrigste Beurteilung ab.

In der Gruppe der Patient*innen ($p = 0,00$) und in der Gruppe der Angehörigen ($p = 0,00$) gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen. Alle Ergebnisse bezüglich des Nutzens im Altersgruppenvergleich sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Mittelwerte der Antworten der einzelnen Altersgruppen in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen.

Altersgruppen	2.3 Hilfreich für mich	2.4 Wissenserweiterung zum Thema Sturzrisiko	2.5 Unterstützung bei der Reduktion von Sturzrisiken	2.6 Beantwortung meiner Fragen	Gesamt
Patient*innen n = 65					
Gültige Antworten n (%)	61 (93,8) ^a	62 (95,4) ^a	62 (95,4) ^a	61 (93,8) ^a	
61-70 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,0)	4,4 (±0,9)	4,4 (±0,9)	4,5 (±0,8)	4,4 (±0,1) *
71-80 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,3 (±0,8)	4,6 (±0,7)	4,5 (±0,9)	4,6 (±0,6)	4,5 (±0,1) *
≥ 81 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,2)	4,0 (±1,4)	4,3 (±1,2)	3,8 (±1,5)	4,1 (±0,2) *
Angehörige n = 46					
Gültige Antworten n (%)	46 (100)	46 (100)	46 (100)	46 (100)	
21-30 Jahre					
Mittelwert (SD)	3,8 (±1,0)	3,8 (±0,7)	3,4 (±1,5)	3,2 (±1,3)	3,6 (±0,3) *
31-40 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,5 (±0,9)	4 (±1,2)	4,5 (±0,9)	4,3 (±0,8)	4,3 (±0,2) *
41-50 Jahre					
Mittelwert (SD)	5 (±0)	5 (±0)	4,8 (±0,4)	5 (±0)	5 (±0,1) *
51-60 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,4)	4,1 (±1,4)	4,1 (±1,4)	4,2 (±1,3)	4,2 (±0,1) *
61-70 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,7)	4,1 (±0,6)	4,3 (±0,5)	4,4 (±0,5)	4,4 (±0,2) *
71-80 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,7 (±0,5)	4,7 (±0,5)	4,6 (±0,7)	4,7 (±0,5)	4,7 (±0,1) *
≥ 81 Jahre					
Mittelwert (SD)	3,9 (±0,6)	4,1 (±0,8)	4 (±0,8)	4 (±0,8)	4 (±0,1) *

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Ausbildungsgruppen in Bezug auf den Nutzen

Die Ergebnisse der Ausbildungsgruppen der Patient*innen waren sehr unterschiedlich. Die niedrigste Beurteilung wurde von Maturant*innen abgegeben. Sie wählten durchschnittlich die Antwortmöglichkeit „stimme weder zu noch nicht zu“ bis „stimme eher zu“ (Mittelwert von 3,8). Am nützlichsten wurde die Gesundheitsinformation in der Gruppe der Patient*innen von Personen empfunden, welche als höchste abgeschlossene Ausbildung eine Lehre absolviert hatten (Mittelwert von 4,7).

In der Gruppe der Angehörigen stimmten alle Ausbildungsgruppen eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformation nützlich war. Mit einem Mittelwert von vier wurde die Gesundheitsinformation von den Angehörigen, welche eine Lehre als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben hatten, am niedrigsten bewertet.

In der Gruppe der Patient*innen ($p = 0,00$) und bei Angehörigen gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Ausbildungsgruppen ($p = 0,04$). Die Ergebnisse der Datenanalyse sind in Tabelle 7 aufgelistet.

Tabelle 7: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Ausbildungsgruppen in Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen.

Ausbildungsgruppen	2.3 Hilfreich für mich	2.4 Wissenserweiterung zum Thema Sturzrisiko	2.5 Unterstützung bei der Reduktion von Sturzrisiken	2.6 Beantwortung meiner Fragen	Gesamt
Patient*innen n = 61^a					
Gültige Antworten n (%)	58 (95,1) ^a	58 (95,1) ^a	58 (95,1) ^a	58 (95,1) ^a	
Pflichtschule					
Mittelwert (SD)	4,2 (±1,0)	4,3 (±0,8)	4,3 (±0,9)	4,1 (±1,2)	4,2 (±0,1) [*]
Lehre					
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,8)	4,5 (±1,2)	4,8 (±0,6)	5,0 (±0)	4,7 (±0,2) [*]
Matura					
Mittelwert (SD)	3,7 (±1,4)	4 (±1,5)	3,7 (±1,5)	3,8 (±1,5)	3,8 (±0,1) [*]
Studium					
Mittelwert (SD)	4,3 (±0,7)	4,4 (±0,7)	4,6 (±0,7)	4 (±0,8)	4,3 (±0,2) [*]
Sonstiges					
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,7)	4,4 (±0,8)	4,5 (±1,0)	4,9 (±0,3)	4,6 (±0,2) [*]
Angehörige n = 45^a					
Gültige Antworten n (%)	45 (100) ^a	45 (100) ^a	45 (100) ^a	45 (100)	
Pflichtschule					
Mittelwert (SD)	4,5 (±0,5)	4,7 (±0,5)	4,5 (±0,5)	4,5 (±0,5)	4,5 (±0,1) [*]
Lehre					
Mittelwert (SD)	4,1 (±1,2)	3,9 (±1,3)	4 (±1,2)	3,9 (±1,1)	4 (±0,1) [*]
Matura					
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,7)	4,5 (±0,7)	4,3 (±1,1)	4,5 (±0,7)	4,5 (±0,2) [*]
Studium					
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,7)	4,4 (±0,7)	4,4 (±1,3)	4,3 (±1,4)	4,4 (±0,1) [*]
Sonstiges					
Mittelwert (SD)	4,1 (±1,0)	4,1 (±1,0)	4,2 (±0,9)	4,3 (±0,8)	4,2 (±0,1) [*]

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

^{*} Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

3.2.2 Verständlichkeit der Gesundheitsinformation für Patient*innen und Angehörige

Für die vier Fragen, welche sich auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformation beziehen (Frage 2.1, 2.2, 2.8 und 2.9) wurde ein Gesamtmittelwert berechnet. Danach wurden Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Patient*innen und Angehörigen angestellt. Zusätzlich wurden innerhalb der Gruppe der Patient*innen und Angehörigen Subgruppenvergleiche bezüglich des Geschlechts, der Altersgruppe und der höchsten abgeschlossenen Schulbildung durchgeführt.

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf die Verständlichkeit

Sowohl die Patient*innen als auch die Angehörigen stimmten mehrheitlich eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformationen verständlich waren. Sie empfanden die Gesundheitsinformationen als einfach zu lesen und zu verstehen. Weiters wurden die Gesundheitsinformationen als ansprechend empfunden und die verwendeten Piktogramme als hilfreich. Die Gestaltung wurde von den Angehörigen durchschnittlich als weniger ansprechend empfunden als von den Patient*innen. Bei dieser Frage betrug der Mittelwert bei den Angehörigen vier, dies war der niedrigste Wert in diese Analyse.

Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen ($p = 0,35$). Die Ergebnisse dieser Analyse sind in Tabelle 8 aufgelistet.

Tabelle 8: Mittelwerte der Antworten von den Patient*innen (n = 65) und den Angehörigen (n = 46) in Bezug auf die Verständlichkeit.

	2.1 Die Sätze sind einfach zu lesen.	2.2 Die Gesundheitsinformation ist einfach zu verstehen.	2.8 Durch die Zeichnungen, Bilder und Piktogramme verstehe ich die Gesundheitsinformation besser.	2.9 Die Gestaltung ist für mich ansprechend.	Gesamt
Patient*innen n = 65					
Gültige Antworten n (%)	59 (56,2) ^a	60 (56,6) ^a	60 (56,6) ^a	62 (57,4) ^a	
Mittelwert (SD)	4,4 (±1,1)	4,6 (±0,9)	4,4 (±1,1)	4,6 (±0,9)	4,5 (±0,1)
Angehörige n = 46					
Gültige Antworten n (%)	46 (43,8)	46 (43,4)	46 (43,4)	46 (42,6)	
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,8)	4,6 (±0,8)	4,2 (±1,0)	4 (±1,1)	4,4 (±0,3)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Tabelle 9: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Geschlechtern in Bezug auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen.

Geschlecht	2.1 Einfach zu lesen	2.2 Einfach zu verstehen	2.8 Zeichnungen, Bilder und Piktogramme erleichtern das Verständnis	2.9 Ansprechende Gestaltung	Gesamt
Patient*innen n = 62 ^a					
Gültige Antworten n (%)	57 (91,9) ^a	57 (91,9) ^a	57 (91,9) ^a	59 (95,2) ^a	
Männlich					
Mittelwert (SD)	4,4 (±1,1)	4,6 (±0,9)	4,2 (±1,1)	4,4 (±0,9)	4,4 (±0,1) *
Weiblich					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,1)	4,5 (±0,9)	4,4 (±1,2)	4,7 (±0,9)	4,5 (±0,1) *
Divers					
Mittelwert (SD)	4 (±0)	4 (±0)	4 (±0)	4 (±0)	4 (±0) *
Angehörige n = 45 ^a					
Gültige Antworten n (%)	45 (100) ^a	45 (100) ^a	45 (100) ^a	45 (100) ^a	
Männlich					
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,6)	4,6 (±0,6)	4,4 (±0,8)	4,1 (±0,9)	4,4 (±0,2)
Weiblich					
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,9)	4,6 (±0,8)	4,3 (±1)	4,1 (±1,1)	4,4 (±0,2)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Verständlichkeit

Alle Geschlechter in der Gruppe der Patient*innen und der Angehörigen stimmten durchschnittlich eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformationen verständlich waren. Die/der eine Patient*in, welche/r die Antwortmöglichkeit „Divers“ gewählt hatte, vergab bei allen Fragen insgesamt die niedrigsten Bewertungen.

Bei diesen Ergebnissen gab es bei den Patient*innen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p = 0,00$). Bei den Angehörigen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p = 0,47$). Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Geschlechtern sind in Tabelle 9 dargestellt.

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Altersgruppen in Bezug auf die Verständlichkeit

In der Gruppe der Patient*innen stimmten die Altersgruppen der 61- bis 70-Jährigen und der 71- bis 80-Jährigen durchschnittlich eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformation verständlich war. Je älter die Patient*innen waren, umso weniger verständlich fanden sie die Gesundheitsinformation.

Bei den Angehörigen wurde die Gesundheitsinformation als am wenigsten verständlich von der Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen empfunden. In dieser Altersgruppe wurde durchschnittlich weder zu noch nicht zu gestimmt bis eher zu gestimmt (Mittelwert von 3,7). Die Altersgruppe der über 81-Jährigen stimmte eher zu, dass die Gesundheitsinformation verständlich war, hatte aber im Gegensatz zu den anderen Altersgruppen eine eher niedrigere Bewertung abgegeben (Mittelwert von 4,1). Alle anderen Altersgruppen der Angehörigen stimmten eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformation verständlich war.

Bei den Patient*innen ($p = 0,00$) und bei den Angehörigen ($p = 0,00$) gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Altersgruppen. Die Ergebnisse befinden sich in Tabelle 10.

Tabelle 10: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Altersgruppen in Bezug auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen.

Altersgruppen	2.1 Einfach zu lesen	2.2 Einfach zu verstehen	2.8 Zeichnungen, Bilder und Piktogramme erleichtern das Verständnis	2.9 Ansprechende Gestaltung	Gesamt
Patient*innen n = 65					
Gültige Antworten n (%)	59 (90,8) ^a	60 (92,3) ^a	60 (92,3) ^a	62 (95,4) ^a	
61-70 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,2)	4,5 (±0,9)	4,6 (±0,8)	4,5 (±0,7)	4,5 (±0,1) *
71-80 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,7 (±0,6)	4,6 (±0,7)	4,5 (±0,8)	4,7 (±0,5)	4,6 (±0,1) *
≥ 81 Jahre					
Mittelwert (SD)	3,9 (±1,4)	4,4 (±1,1)	3,9 (±1,5)	4,4 (±1,3)	4,2 (±0,3) *
Angehörige n = 46					
Gültige Antworten n (%)	46 (100)	46 (100)	46 (100)	46 (100)	
21-30 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,4)	4,4 (±0,8)	3,2 (±1,2)	2,4 (±1)	3,7 (±1) *
31-40 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,4)	4,8 (±0,4)	4,5 (±0,9)	4,3 (±1,3)	4,6 (±0,2) *
41-50 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,8)	4,8 (±0,4)	4,8 (±0,4)	4,8 (±0,4)	4,8 (±0,1) *
51-60 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,6 (±1,1)	4,5 (±1,2)	4,3 (±1,2)	4,2 (±1,2)	4,4 (±0,2) *
61-70 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,7 (±0,5)	4,7 (±0,5)	4,1 (±0,8)	3,9 (±0,4)	4,4 (±0,4) *
71-80 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,9 (±0,3)	4,9 (±0,3)	4,6 (±0,7)	4,4 (±0,9)	4,7 (±0,2) *
≥ 81 Jahre					
Mittelwert (SD)	4,1 (±0,8)	4,3 (±0,9)	4,1 (±0,8)	3,9 (±0,8)	4,1 (±0,2) *

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Ausbildungsgruppen in Bezug auf die Verständlichkeit

Bei den Patient*innen stimmte der Großteil der Ausbildungsgruppen eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformation verständlich war. Patient*innen mit Matura vergaben die niedrigste Beurteilung (Mittelwert von 3,8) und empfanden daher die Gesundheitsinformation weniger verständlich als andere Ausbildungsgruppen. Die Frage, ob durch die Zeichnungen, Bilder und Piktogramme die Gesundheitsinformation besser verständlich war, wurden von den Patient*innen mit Matura am schlechtesten beurteilt (Mittelwert von 3).

Die Angehörigen aller Schulbildungsgruppen stimmten durchschnittlich eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformation verständlich war. Wobei Angehörige mit Studium (Mittelwert von 4,3) oder Lehre (Mittelwert von 4) die schlechteste Bewertung abgaben.

Es gab bei den Patient*innen einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Ausbildungsgruppen ($p = 0,00$). Bei den Angehörigen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Schulbildungsgruppen ($p = 0,06$). Die Ergebnisse des Vergleiches sind in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Ausbildungsgruppen in Bezug auf die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen.

Ausbildungsgruppen	2.1 Einfach zu lesen	2.2 Einfach zu verstehen	2.8 Zeichnungen, Bilder und Piktogramme erleichtern das Verständnis	2.9 Ansprechende Gestaltung	Gesamt
Patient*innen n = 61^a					
Gültige Antworten n (%)	56 (91,8) ^a	58 (95,1) ^a	57 (93,4) ^a	58 (95,1) ^a	
Pflichtschule					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,0)	4,2 (±1,0)	4,5 (±0,9)	4,7 (±0,6)	4,4 (±0,2) [*]
Lehre					
Mittelwert (SD)	4,6 (±1,1)	5 (±0)	4,4 (±1,2)	4,6 (±1,1)	4,7 (±0,2) [*]
Matura					
Mittelwert (SD)	4,2 (±1,5)	4,2 (±1,5)	3 (±1,6)	4 (±1,4)	3,8 (±0,5) [*]
Studium					
Mittelwert (SD)	4,7 (±0,5)	4,7 (±0,5)	4,4 (±0,7)	4,4 (±0,5)	4,6 (±0,1) [*]
Sonstiges					
Mittelwert (SD)	5 (±0)	4,9 (±0,3)	4,8 (±0,4)	4,8 (±0,4)	4,8 (±0,1) [*]
Angehörige n = 45^a					
Gültige Antworten n (%)	45 (100) ^a	45 (100) ^a	45 (100) ^a	45 (100) ^a	
Pflichtschule					
Mittelwert (SD)	4,7 (±0,5)	4,8 (±0,4)	4,7 (±0,5)	4,5 (±0,8)	4,7 (±0,1)
Lehre					
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,1)	4,1 (±1,1)	3,9 (±1,3)	3,7 (±1,3)	4 (±0,2)
Matura					
Mittelwert (SD)	4,9 (±0,3)	4,9 (±0,3)	4,5 (±1,0)	4,1 (±0,9)	4,6 (±0,3)
Studium					
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,7)	4,8 (±0,4)	4,1 (±1,1)	3,8 (±1,5)	4,3 (±0,4)
Sonstiges					
Mittelwert (SD)	4,7 (±0,6)	4,7 (±0,6)	4,3 (±0,8)	4,2 (±0,9)	4,5 (±0,2)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

^{*} Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

3.2.3 Allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformation

Zwei Fragen (2.7 und 2.12) bildeten die Kategorie „allgemeine Einschätzung“. Hier wurde der Mittelwert pro Frage berechnet. Danach wurden die Ergebnisse der Patient*innen und Angehörigen miteinander verglichen. Weiters wurden innerhalb der Gruppe der Patient*innen und Angehörigen Vergleiche bezüglich des Geschlechts, der Altersgruppe und der höchsten abgeschlossenen Schulbildung angestellt.

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen Patient*innen und Angehörigen in Bezug auf die allgemeine Einschätzung

Sowohl die Patient*innen als auch die Angehörigen stimmten durchschnittlich eher bis voll zu, dass sie die Gesundheitsinformationen anderen Personen weiterempfehlen würden. Die Patient*innen empfanden die Gesundheitsinformation durchschnittlich als eher gut bis sehr gut und die Gruppe der Angehörigen empfand sie als durchschnittlich gut. Beide Fragen wurden von den Angehörigen schlechter bewertet als von den Patient*innen.

Weder bei der Fragen ob sie die Gesundheitsinformationen weiterempfehlen würden ($p = 0,67$) noch bei der Frage, wie sie die Gesundheitsinformation im Allgemeinen fanden ($p = 0,11$), gab es einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Ergebnisse bezüglich der allgemeinen Einschätzung sind in Tabelle 12 aufgelistet.

Tabelle 12: Mittelwerte der Antworten von den Patient*innen (n = 62/61) und Angehörigen (n = 46/43) in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.

	2.7 Ich würde diese Gesundheitsinformation anderen Personen und/oder Patient*innen in einer ähnlichen Situation empfehlen.	2.12 Wie gut finden Sie die Information gesamt (Aufbereitung, Inhalt, Anwendbarkeit)?
	Patient*innen n = 65	Patient*innen n = 65
Gültige Antworten n (%)	62 (95,5) ^a	61 (93,8) ^a
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,8)	4,5 (±0,8)
	Angehörige n = 46	Angehörige n = 46
Gültige Antworten n (%)	46 (100)	43 (93,5) ^a
Mittelwert (SD)	4,4 (±1)	4,2 (±0,8)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Antwortmöglichkeiten bei Frage 2.12: 1 nicht gut, 2 eher gut, 3 weder gut noch schlecht, 4 eher gut, 5 sehr gut

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die allgemeine Einschätzung

Die männlichen und weiblichen Patient*innen stimmten eher bis voll zu, dass sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden. Die/der Patient*in, welche/r die Antwortmöglichkeit „Divers“ wählte, stimmte weder zu noch nicht zu, dass sie die Gesundheitsinformation empfehlenswert ist und gab somit die schlechteste Bewertung ab (Mittelwert von 3).

In der Gruppe der Angehörigen stimmten die Männer eher zu, dass sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden. Frauen stimmten eher bis voll zu, dass sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden.

Frauen bewerteten in der Gruppe der Patient*innen die Gesundheitsinformation besser als die beiden anderen Geschlechter. Die weiblichen Patient*innen empfanden die Gesundheitsinformation durchschnittlich als eher gut bis sehr gut. Die männlichen Patient*innen, sowie die eine Person, welche die Antwortmöglichkeit „Divers“ gewählt hatte, empfanden die Gesundheitsinformation als eher gut. Die Person, welche die Antwortmöglichkeit „Divers“ gewählt hatte, gab die schlechteste Bewertung ab (Mittelwert von 4).

Die männlichen und weiblichen Angehörigen bewerteten die Gesundheitsinformation als eher gut.

Bei den Patient*innen war der Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Frage, ob sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden, statistisch nicht signifikant ($p = 0,11$). Bezüglich der Frage wie sie die Gesundheitsinformation im Allgemeinen gefunden haben gab es ebenfalls keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern ($p = 0,69$).

Bei den Angehörigen war der Unterschied zwischen den Geschlechtern bezüglich der Frage, ob sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden ($p = 0,50$) und bezüglich der Frage wie sie die Gesundheitsinformation im Allgemeinen gefunden haben ($p = 0,97$), nicht statistisch signifikant. Die Ergebnisse der Analyse sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Geschlechtern in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.

Geschlecht	2.7 Ich würde diese Gesundheitsinformation anderen Personen und/oder Patient*innen in einer ähnlichen Situation empfehlen.	2.12 Wie gut finden Sie die Information gesamt (Aufbereitung, Inhalt, Anwendbarkeit)?
	Patient*innen n = 62^a	Patient*innen n = 62^a
Gültige Antworten n (%)	59 (95,2) ^a	58 (94,0) ^a
Männlich		
Mittelwert (SD)	4,5 (±0,9)	4,4 (±0,9)
Weiblich		
Mittelwert (SD)	4,6 (±0,7)	4,5 (±0,8)
Divers		
Mittelwert (SD)	3 (±0)	4 (±0)
	Angehörige n = 45^a	Angehörige n = 45^a
Gültige Antworten n (%)	45 (100) ^a	42 (93,3) ^a
Männlich		
Mittelwert (SD)	4,4 (±0,9)	4,2 (±0,8)
Weiblich		
Mittelwert (SD)	4,5 (±0,9)	4,3 (±0,8)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten bei Frage 2.7: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Antwortmöglichkeiten bei Frage 2.12: 1 nicht gut, 2 eher gut, 3 weder gut noch schlecht, 4 eher gut, 5 sehr gut

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Altersgruppen in Bezug auf die allgemeine Einschätzung

Bei den Patient*innen gab die Altersgruppe der über 81-Jährigen durchschnittlich an, die Gesundheitsinformation eher weiter zu empfehlen, während die jüngeren Patient*innen eher bis voll zustimmten, sie weiterzuempfehlen.

Bei den Angehörigen würde die Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen die Gesundheitsinformation weniger stark (Mittelwert von 4) weiterempfehlen als die anderen Altersgruppen. Die Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen gab die stärkste Empfehlung (Mittelwert von 4,8) ab.

Je älter die Patient*innen waren desto niedriger war ihre Bewertung der Gesundheitsinformation.

Bei den Angehörigen gab die Altersgruppe der 21- bis 30-Jährigen die schlechteste Beurteilung ab (Mittelwert von 3,3). Die Altersgruppe der 51-bis 60-Jährigen empfand die Gesundheitsinformation als eher gut bis sehr gut. Die restlichen Altersgruppen empfanden sie als eher gut.

Es gab einen statistisch signifikanten Unterschied bei den Patient*innen zwischen den Altersgruppen bezüglich der Fragen, ob sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden ($p = 0,03$), der Frage, wie gut sie die Gesundheitsinformation fanden, gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied ($p = 0,09$).

Bei den Angehörigen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen bezüglich der Fragen, ob sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden ($p = 0,80$) sowie bei der Frage, wie gut sie die Gesundheitsinformation fanden ($p = 0,35$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Altersgruppen in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.

Altersgruppen	2.7 Ich würde diese Gesundheitsinformation anderen Personen und/oder Patient*innen in einer ähnlichen Situation empfehlen.	2.12 Wie gut finden Sie die Information gesamt (Aufbereitung, Inhalt, Anwendbarkeit)?
	Patient*innen n = 65	Patient*innen n = 65
Gültige Antworten n (%)	62 (95,4) ^a	61 (93,9) ^a
61-70 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,5 (±0,9) *	4,6 (±0,6)
71-80 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,4) *	4,5 (±0,7)
≥ 81 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,1) *	4,3 (±1,1)
	Angehörige n = 46	Angehörige n = 46
Gültige Antworten n (%)	46 (100)	43 (93,5) ^a
21-30 Jahre		
Mittelwert (SD)	4 (±1,3)	3,3 (±0,8)
31-40 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,5 (±0,9)	4,3 (±0,8)
41-50 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,4)	4,2 (±0,7)
51-60 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,3 (±1,2)	4,5 (±0,5)
61-70 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,4 (±0,7)	4,1 (±0,8)
71-80 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,4 (±0,9)	4,4 (±0,9)
≥ 81 Jahre		
Mittelwert (SD)	4,3 (±0,9)	4 (±0,8)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Antwortmöglichkeiten bei Frage 2.12: 1 nicht gut, 2 eher gut, 3 weder gut noch schlecht, 4 eher gut, 5 sehr gut

Unterschiede/Gemeinsamkeiten zwischen den Ausbildungsgruppen in Bezug auf die allgemeine Einschätzung

Die Gruppe der Patient*innen mit Lehrabschluss gaben die stärkste Empfehlung (Mittelwert von 5) für die Gesundheitsinformation ab und die Patient*innen mit Matura, die schwächste (Mittelwert von 4).

In der Gruppe der Angehörigen gaben die Personen, welche eine Lehre absolviert hatten, die schwächste (Mittelwert von 4) und Angehörige mit Pflichtschulabschluss oder Matura gaben die stärkste (Mittelwert von 4,8) Empfehlung ab.

Die beste Gesamtbewertung der Gesundheitsinformation stammte von den Patient*innen, mit Lehrabschluss (Mittelwert von 4,8). Die Patient*innen mit Matura gaben die schlechteste Beurteilung ab.

In der Gruppe der Angehörigen bewertete die Personen mit Pflichtschulabschluss die Gesundheitsinformation als eher gut bis sehr gut. Alle anderen Ausbildungsgruppen empfanden sie als eher gut.

Zwischen den Ausbildungsgruppen gab es bei den Patient*innen weder bei der Frage ob sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden ($p = 0,15$), noch bei der Frage ob wie sie die Gesundheitsinformation im Allgemeinen fanden ($p = 0,07$), einen statistisch signifikanten Unterschied.

Zwischen den Ausbildungsgruppen gab es bei den Angehörigen weder bei der Frage ob sie die Gesundheitsinformation weiterempfehlen würden ($p = 0,29$) noch bei der Frage ob wie sie die Gesundheitsinformation im Allgemeinen fanden ($p = 0,36$) einen statistisch signifikanten Unterschied. Die Ergebnisse des Vergleiches sind in Tabelle 15 angeführt.

Tabelle 15: Mittelwerte der Antworten von den einzelnen Ausbildungsgruppen in Bezug auf die allgemeine Einschätzung der Gesundheitsinformationen.

Ausbildungsgruppen	2.7 Ich würde diese Gesundheitsinformation anderen Personen und/oder Patient*innen in einer ähnlichen Situation empfehlen.	2.12 Wie gut finden Sie die Information gesamt (Aufbereitung, Inhalt, Anwendbarkeit)?
	Patient*innen n = 61^a	Patient*innen n = 61^a
Gültige Antworten n (%)	58 (95,1) ^a	58 (95,1) ^a
Pflichtschule		
Mittelwert (SD)	4,4 (±0,9)	4,4 (±0,8)
Lehre		
Mittelwert (SD)	5 (±0)	4,8 (±0,6)
Matura		
Mittelwert (SD)	4 (±1,5)	3,7 (±1,2)
Studium		
Mittelwert (SD)	4,3 (±0,7)	4,4 (±0,5)
Sonstiges		
Mittelwert (SD)	4,9 (±0,3)	4,7 (±0,7)
	Angehörige n = 45^a	Angehörige n = 45^a
Gültige Antworten n (%)	45 (100) ^a	42 (93,3) ^a
Pflichtschule		
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,4)	4,8 (±0,4)
Lehre		
Mittelwert (SD)	4 (±1,2)	4,1 (±0,9)
Matura		
Mittelwert (SD)	4,8 (±0,4)	4,1 (±0,6)
Studium		
Mittelwert (SD)	4,5 (±1,0)	4 (±1,1)
Sonstiges		
Mittelwert (SD)	4,2 (±1,0)	4,2 (±0,9)

^a Unterschiedliche Stichprobengrößen, da nicht alle Fragen von allen Teilnehmer*innen beantwortet wurden

* Statistisch signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$)

± Standardabweichung

Antwortmöglichkeiten: 1 stimme nicht zu, 2 stimme eher nicht zu, 3 stimme weder zu noch nicht zu, 4 stimme eher zu, 5 stimme voll zu

Antwortmöglichkeiten bei Frage 2.12: 1 nicht gut, 2 eher gut, 3 weder gut noch schlecht, 4 eher gut, 5 sehr gut

3.3 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Im folgenden Kapitel wird die Auswertung der Inhaltsanalyse nach Schreier (2012) dargestellt. Der Kodierrahmen mit Definitionen und Beispielen zu den Haupt- und Subkategorien befindet sich im Anhang in Tabelle 20. Die gesamte Inhaltsanalyse befindet sich im Anhang in Tabelle 21 und 22.

3.3.1 Wunsch nach mehr Informationen

Die Frage „Ich hätte mir mehr Informationen gewünscht zu“ wurde insgesamt von sieben Teilnehmer*innen beantwortet, davon waren vier Patient*innen und drei Angehörige. Eine Aussage eines/einer Angehörigen sowie eine Aussage eines/einer Patient*in der sieben Aussagen wurden als ungültig gewertet, da sie sich nicht auf die Gesundheitsinformation bezogen. Eine Aussage eines/einer Patient*in wurde in zwei Phrasen aufgeteilt, eine davon war nicht relevant.

Patient*innen

Die zwei Aussagen der Patient*innen haben sich auf die Kategorie „zusätzliche Informationen“ bezogen. Einer/eine der zwei Patient*innen wollte mehr wissen zum Thema „Sicherheit im Wohnbereich“, speziell den Bad- und Duschbereich betreffend und die andere Person wollte mehr Informationen erhalten, welche sie zu einer Handlung auffordern. Diese Person wusste über die Problematik eines Sturzes laut seiner/ihrer Aussage Bescheid, es fehlte ihm/ihr aber an persönlichen und praxisorientierteren Hinweisen.

Angehörige

Auch bei den Angehörigen bezogen sich die zwei Anmerkungen auf die Kategorie „zusätzliche Informationen“. Dabei konnten beide Aussagen noch jeweils einer Subkategorie zugeordnet werden. Eine Person wollte noch weitere Hinweise zur Sturzvermeidung in Bezug auf die Pflege von sturzgefährdeten Angehörigen. Die andere Person wollte weitere konkrete Beispiele haben, wie ein Sturz vermieden werden kann.

3.3.2 Andere Kommentare und Vorschläge

Die Frage „Andere Kommentare und Vorschläge“ wurde insgesamt von zwölf Personen beantwortet. Darunter waren zehn Patient*innen und zwei Angehörige. Zwei der zwölf Aussagen von Patient*innen waren ungültig, da sie sich nicht auf die Gesundheitsinformation bezogen. Eine Aussage von einem/einer Patient*in wurde in vier Phrasen aufgeteilt und eine Aussage eines/r Angehörigen wurde in zwei Phrasen aufgeteilt.

Patient*innen

Von den 13 gültigen Aussagen haben sich fünf Aussagen auf die Hauptkategorie „zusätzliche Informationen“ bezogen. Zwei dieser fünf Aussagen konnten der Subkategorie „weiterer Hinweise zur Sturzvermeidung“ und jeweils eine Aussage konnte den Subkategorien „aktivierende Information“, „Hintergrundinformation“ und „Information zu Ansprechpersonen“ zugeordnet werden. Die letzte Aussage bezog sich darauf, dass die Person nicht genau wusste, wer konkret die Experten*innen sind, an die er/sie sich wenden soll. Weiters bestand das Gefühl, dass diese Expert*innen keine Zeit für solche Anliegen hätten. Bei der Aussage der Kategorie „Hintergrundinformation“ fehlten der Person allgemeine Informationen zum Sturz.

Weitere vier Aussagen bezogen sich auf das Layout der Gesundheitsinformation. Zwei Anmerkungen gab es zur Schrift, diese wurde als zu klein erachtet. Eine Anmerkung gab es zur farblichen Gestaltung der Gesundheitsinformation. Hier hätte sich der/die Leser*in mehr Farben gewünscht. Eine weitere Anmerkung zum Design bezog sich auf das Fehlen von Bildern.

Eine Person hatte eine Anmerkung zum Verständnis, welche die Satzlänge betraf. Diese war dem/der Leser*in zu lange. Eine Aussage fiel in die Kategorie „positive Rückmeldung“. Der/die Leser*in äußerte: „Im Ganzen sehr gute Info!“

Angehörige

Eine der drei Aussagen bezog sich auf das Verständnis. Hier kam es zu Verständnisproblemen bezüglich des verwendeten Symbols „+“ in der Gesundheitsinformation. Die andere Aussage bezog sich auf die Art der

Aufbereitung der Gesundheitsinformation. Hier hätte sich die Person eine Aufbereitung als Broschüre gewünscht. Eine Broschüre besteht meist aus mehreren Seiten und bietet eine umfassende Aufbereitung von Informationen (Liste, 2010). Die letzte Aussage fiel in die Kategorie „positive Rückmeldung“. Der/die Leser*in äußerte: „Gesamt gut, alleine als Anregung 'sprecht darüber'.“

Insgesamt wurde die Frage „andere Kommentare und Vorschläge“ am häufigsten mit Anmerkungen zum Layout und zur Kategorie „zusätzliche Informationen“ beantwortet, wobei es hier keine Tendenz in eine spezielle Richtung gab. Die Kategorien „Verständnis“ und „positive Rückmeldung“ waren jeweils zweimal vertreten.

4 Diskussion

Um herausfinden zu können, ob eine Gesundheitsinformation die Bedürfnisse der Zielgruppe erfüllt, muss diese durch die Zielgruppe evaluiert werden. Solch eine Evaluierung kann zum Beispiel mittels Feedbackfragebogen, wie bei der vorliegenden Arbeit, durchgeführt werden. (Wizowski et al., 2014) Das Ziel dieser Arbeit war es den Nutzen und die Verständlichkeit der Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz vom LKH-Univ. Klinikum Graz mit Hilfe eines Feedbackfragebogens zu evaluieren. In Bezug auf den Nutzen und die Verständlichkeit der Gesundheitsinformation gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen Patient*innen und Angehörigen. Beide Gruppen empfanden die Gesundheitsinformationen verständlich und nützlich. Durchschnittlich stimmten die Patient*innen und Angehörigen eher zu, dass sie die Gesundheitsinformationen weiterempfehlen würden, und sie wurden durchschnittlich als eher gut bewertet. Diese Ergebnisse sind sehr zufriedenstellend, da gezeigt werden konnte, dass die Gesundheitsinformationen bereits gut auf die Zielgruppe zugeschnitten waren. Dies steht im Gegensatz zu anderen Studien. Laut Coulter und Elli (2006) gibt es Bedenken bezüglich der Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen. Weitere Studien haben ebenfalls gezeigt, dass Gesundheitsinformationen, welche nach evidenzbasierten Richtlinien erstellt wurden, nicht zwingen für die Zielgruppe verständlich sind (Schmitz et al., 2010, Lins et al., 2011).

Es gab nur wenige Anmerkungen bezüglich des Nutzens und des Verständnisses. Zum Beispiel wünschten sich die Teilnehmer*innen, dass die Sätze kürzer sind, die Schrift größer oder, dass die Gesundheitsinformationen mehr Informationen zu den Expert*innen enthalten, welche sie in der Sturzprävention unterstützen können.

Damit Gesundheitsinformationen so verständlich wie möglich sind, sollten sie nach dem Konzept von Plain Language erstellt werden (Wizowski et al., 2014). Die Evaluierung der Gesundheitsinformationen hat gezeigt, dass es keine Begriffe gab, welche von der Zielgruppe nicht verstanden wurden. Generell gab es auch keine Anmerkungen zur verwendeten Sprache beziehungsweise zur Wortwahl. Abkürzungen sollten laut Wizowski et al. (2014) so erklärt werden, dass diese von der Zielgruppe verstanden werden. Diesbezüglich gab es eine Anmerkung, welche sich auf die Verwendung des Symbols „+“ bezog. Die Bedeutung des Symbols war einem/einer Teilnehmer*in unklar. Die Gesundheitsinformationen für Patient*innen

und Angehörige enthalten eine Legende auf der ersten Seite, welche dieses Symbol beschreibt. Diese wurde anscheinend übersehen, möglicherweise auf Grund der zu kleinen Schriftgröße.

In der Studie von Mansoor und Dowse (2003) wurde gezeigt, dass durch Piktogramme Leser*innen den Inhalt der Gesundheitsinformation signifikant leichter verstehen können. Die evaluierten Gesundheitsinformationen enthielten Piktogramme, welche als Aufzählungspunkte fungierten und den Inhalt der jeweiligen Aussage widerspiegeln. Durchschnittlich stimmten die Patient*innen und Angehörigen eher zu, dass die Piktogramme in dieser Gesundheitsinformation hilfreich waren, um die Gesundheitsinformationen besser verstehen zu können.

Die Studie von Dellson et al. (2016) kam bei der Evaluierung ihrer Gesundheitsinformation mittels Fokusgruppeninterviews zum Ergebnis, dass es vor allem Anmerkungen zum Layout und dem Verständnis gab. Auch bei der Evaluierung der Gesundheitsinformationen des LKH-Univ. Klinikums Graz waren Anmerkungen zum Layout vor allem seitens der Patient*innen häufig vertreten. Es wurden mehr Farben und mehr Bilder gewünscht. Auch in der Literatur wird erwähnt, dass Bilder in einer Gesundheitsinformation zur Verbesserung des Patient*innenwissens beitragen können (Schubbe et al., 2020). Allerdings kann laut Houts et al. (2006) und Lühnen et al. (2018) keine klare Empfehlung bezüglich der Verwendung von Bildern ausgesprochen werden, da jeder Mensch anders auf Bilder reagiert. Daher sollte eine Evaluierung durch die Zielgruppe bezüglich der Wirkung der Bilder, welche verwendet werden sollen, durchgeführt werden, bevor sie endgültig in der Gesundheitsinformation verwendet werden (Houts et al., 2006, Lühnen et al., 2018). Laut der Studie von Liu et al. (2009) profitieren ältere Erwachsene nicht zwingend von Bildern und Illustrationen. Diese sind nur dann sinnvoll, wenn der Text sehr kompliziert ist (Liu et al., 2009). Weiters wurde eine größere Schrift gewünscht, obwohl die Schriftgröße der in der Literatur empfohlenen Größe entsprach (Griffin et al., 2003, Steckelberg et al., 2005). Die Länge der Sätze ist wichtig für die Verständlichkeit. Am besten sind kurze Sätze. (Coulter et al., 2006) Ein/e Teilnehmer*in hätte gerne kürzere Sätze gehabt. Durchschnittlich stimmten sowohl die Patient*innen, als auch die Angehörigen eher bis voll zu, dass die Gestaltung ansprechend sei. Es ist wichtig, dass die Gesundheitsinformation für die

Zielgruppe ansprechend ist, sodass diese auch motiviert ist die Gesundheitsinformation zu lesen (Manning, 1981, Griffin et al., 2003).

Die Gesundheitsinformationen wurden zwar mehrheitlich als nützlich empfunden, trotzdem gibt es Anmerkungen, wodurch der Nutzen noch weiter gesteigert werden kann. Damit eine Gesundheitsinformation für die Leser*innen nützlich ist, muss sie konkrete Handlungsanweisungen enthalten. Diese müssen auch für die Zielgruppe umsetzbar sein. (Wizowski et al., 2014, Kessels, 2003) Diesbezüglich gab es seitens der Leser*innen kritische Kommentare. Sowohl die Patient*innen, als auch die Angehörigen haben sich am häufigsten mehr zusätzliche Informationen gewünscht. Zum Beispiel weitere Hinweise zur Sturzvermeidung, konkrete Beispiele oder Informationen zur Sicherheit im Wohnbereich. Die Patient*innen hätten sich vor allem mehr aktivierende Informationen und mehr Hinweise zur Sturzvermeidung gewünscht. Die Angehörigen wollten mehr konkrete Beispiele und weitere Hinweise zur Sturzvermeidung. Die Studie von Schmitz, et al. (2010) kam ebenfalls zum Ergebnis, dass sich viele Personen mehr konkrete Handlungsanweisungen erwartet hätten.

Es gab unterschiedliche Gesundheitsinformationen für Patient*innen und Angehörige. Neben der unterschiedlichen Ansprache des/der Leser*in ist der größte Unterschied, dass bei der Gesundheitsinformation für die Angehörigen weniger umgebungsbedingte Risikofaktoren wie Teppiche, Beleuchtungen und ähnliches aufgezählt wurden. Bei der Gesundheitsinformation für Angehörige wurde dieser Teil allgemeiner gehalten. Die Inhaltsanalyse hat gezeigt, dass Angehörige sich genau diese Informationen unter anderem wünschen würden. Laut Kessels (2003) sind spezifische Anweisungen in einer Gesundheitsinformation besser als generelle Aussagen. Weiters wurden genauere Angaben zu den genannten „Expert*innen“ gefordert. Das gesamte Gesundheitspersonal spielt bei der Prävention von Stürzen eine Rolle, egal ob Allgemeinmediziner*in, das Pflegepersonal oder andere Angehörige von Gesundheitsberufen. (Graham Bedford et al., 2009) Bei dieser Vielzahl an Verantwortlichen ist es für einen Laien nicht so einfach, die richtigen Expert*innen zu identifizieren. Daher wäre es sinnvoll die jeweiligen Expert*innen, welche bei der Sturzprävention eine Rolle spielen klar zu definieren. Ein/eine Patient*in merkte an, dass er/sie gerne mehr Informationen zum Thema Sicherheit im Bad und in der Dusche gehabt hätte. In der Gesundheitsinformation für

Patient*innen wird dieser Punkt kurz erwähnt. Im Badezimmer kommt es laut Studien sehr häufiger zu Stürzen, welche besonders dort mit schwerwiegenden Folgen ausgehen können. (Keglovits et al., 2020, Lök and Akin, 2013, Kumfo, 2017) Daher sollte der Überlegung nachgegangen werden, für diesen Bereich mehr Informationen und Hilfestellungen zu bieten.

Nur bei den Patient*innen gab es in Bezug auf das Verständnis einen statistisch signifikanten Unterschied ($p = 0,00$) zwischen den Geschlechtern. Bei den Angehörigen gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied ($p = 0,47$). In Bezug auf den Nutzen der Gesundheitsinformationen gab es weder bei den Patient*innen ($p = 0,93$) noch bei den Angehörigen ($p = 0,10$) einen statistisch signifikanten Unterschied. Alle Geschlechter stimmten im Durchschnitt eher bis voll zu, dass die Gesundheitsinformationen nützlich und verständlich waren. In der Literatur konnten keine Hinweise gefunden werden, dass es geschlechterspezifische Unterschiede bezüglich des Nutzens oder des Verständnisses von Gesundheitsinformationen gäbe.

Laut der Studie von Tille et al. (2019) korreliert die Schwierigkeit beim Verstehen von schriftlichen Gesundheitsinformationen stark mit der Grundbildung und einem höherem Alter. Personen mit einer mittleren oder einfachen Bildung sowie Personen über 65 Jahre verstehen diese Informationen schwerer (Tille et al., 2019). Auch die Studie von Jindal und MacDermid (2017) zeigte, dass die Bildung der Leser*innen das Verständnis der Gesundheitsinformation beeinflusst. Weiters gibt es laut der Studie von Schaeffer et al. (2017) einen Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Gesundheitsinformationen und Health Literacy. Unter Health Literacy wird laut Liu et al. (2020) die Fähigkeit einer Person verstanden, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern, diese zu erhalten und/oder zu verbessern, indem sie sich Wissen aneignet. Personen mit einer hohen Health Literacy haben weniger Verständnisprobleme beim Lesen von Gesundheitsinformationen. Die Health Literacy einer Person wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, zu denen unter anderem die Ausbildung gehört. Je höher die Ausbildung ist, umso besser haben die Personen die Gesundheitsinformation verstanden. (Schaeffer et al., 2017, Cornett, 2009) Die Ergebnisse haben gezeigt, dass es bei der vorliegenden Evaluierung nur bei den Patient*innen einen statistisch signifikanten Unterschied ($p = 0,00$) zwischen Ausbildungsgrad bezüglich der Verständlichkeit gab. Zwischen

den Altersgruppen gab es sowohl bei den Patient*innen ($p = 0,00$) wie auch bei den Angehörigen ($p = 0,00$) einen statistisch signifikanten Unterschied in Bezug auf das Verständnis. Die Gruppe der 21- bis 30-Jährigen Angehörigen bewegte sich mehrheitlich im Mittelfeld der Antwortmöglichkeiten sowohl in Bezug auf den Nutzen als auch auf das Verständnis. Möglicherweise liegt das daran, dass diese Altersgruppe noch wenig Bezug zum Thema Sturz hat, da sie nicht zur Risikogruppe zählt (Sousa et al., 2017). Weiters haben besonders jüngere Personen mehr Vertrauen in Gesundheitsinformationen, welche im Internet verfügbar sind, als ältere Personen (Jacobs et al., 2017). Daher greifen jünger Menschen sehr häufig auf Gesundheitsinformationen aus dem Internet zurück statt auf Informationen in Papierform (Park and Kwon, 2018).

Die Altersgruppe der 41- bis 50-Jährigen Angehörigen hebt sich von den anderen Altersgruppen ab, da sie die einzige Gruppe war, welche mehrheitlich in Bezug auf den Nutzen voll zu stimmte. Der Ausbildungsgrad der Patient*innen und Angehörigen spielte beim Nutzen und beim Verständnis kaum eine Rolle. Nur die Patient*innen, welche eine Matura als höchste abgeschlossene Ausbildung angegeben hatten, stimmten mehrheitlich weder zu noch nicht zu, dass die Gesundheitsinformation nützlich und verständlich sei. Alle anderen Alters- und Ausbildungsgruppen stimmten eher zu, dass die Gesundheitsinformationen nützlich und verständlich waren. Die Studie von Lins et al. (2011) hat andere Ergebnisse gezeigt. Hier gab es keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Ausbildungsgraden in Bezug auf die Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen bei Personen über 60 Jahren (Lins et al., 2011).

Limitationen

Die Stichprobe war sehr klein und es gab viele Feedbackfragebögen, welche nicht vollständig beantwortet wurden. Es war geplant rund 200 Feedbackfragebögen auszugeben, um eine repräsentative Stichprobengröße von 180 Teilnehmer*innen zu erreichen. Schlussendlich wurden 125 Feedbackfragebögen ausgegeben. Von diesen 125 Fragebögen waren 111 gültig. Die Erhebung fand aber während der Covid-19-Pandemie statt. Die Angehörigen waren nur zeitlich begrenzt auf den Stationen zugelassen, was eine mögliche Erklärung für die geringe Anzahl an

teilnehmenden Angehörigen sein könnte. Möglicherweise unterhielten sich die Angehörigen in dieser begrenzten Zeit lieber mit ihren Angehörigen, als dass sie Feedbackfragebögen ausfüllten. Viele Feedbackfragebögen wurden nicht vollständig ausgefüllt, vor allem die offenen Fragen wurden nur in sehr wenigen Fällen beantwortet, wodurch die Aussagekraft eingeschränkt ist.

Zur Rekrutierung der Teilnehmer*innen wurde ein „convenience sampling“ verwendet. Das Risiko bei dieser Art des Samplings ist, dass die Stichprobe, die verfügbar ist, eventuell nicht typisch für die Zielgruppe ist (Polit and Beck, 2008).

Bei der Rekrutierung der Patient*innen wurde das Einschlusskriterium bezüglich des Alters (über 65 Jahre) nicht eingehalten. Durch die Bereinigung der Daten konnten im Nachhinein mit Sicherheit alle unter 60-Jährigen ausgeschlossen werden. Da das Alter aber mittels Altersgruppen angegeben wurde, kann im Nachhinein nicht festgestellt werden, ob alle Patient*innen, welche die Altersgruppe 61 bis 70 Jahre angekreuzt hatten, tatsächlich über 65 Jahre alt waren.

4.1 Schlussfolgerung

Durch die Evaluierung der Gesundheitsinformationen zum Thema Sturz für Patient*innen und Angehörige vom LKH-Univ. Klinikum Graz mittels Feedbackfragebogenerhebung konnte gezeigt werden, dass diese Gesundheitsinformationen nützlich und verständlich für die Zielgruppe sind. Nur wenige Adaptierungen müssen in Betracht gezogen werden. Die kritischen Anmerkungen waren oft von einzelnen Personen, trotzdem können sie zur Verbesserung der Gesundheitsinformation beitragen. Zum Beispiel wurde angemerkt, dass noch weitere Informationen bezüglich einer sicheren Wohnraumgestaltung, sowie die Erläuterung der Expert*innen, die bei der Sturzprävention unterstützen können, hilfreich wären. Weiters gab es Anmerkungen zu Schrift, welche zu klein war und zur Satzlänge, diese wurde als zu lange empfunden. Die Evaluierung hat gezeigt, dass die Einhaltung evidenzbasierter Richtlinien zur Erstellung von Gesundheitsinformationen, dazu beitragen kann, dass die Zielgruppe weniger Verständnisprobleme hat. Bei dieser Evaluierung konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Patient*innen und Angehörigen festgestellt werden. Bei den Subgruppenanalyse gab es statistisch signifikante

Unterschiede bei den Patient*innen zwischen den Geschlechtern, den Altersgruppen und den Ausbildungsgruppen in Bezug auf das Verständnis. Zwischen Alters- und Ausbildungsgruppen gab es bei den Patient*innen statistisch signifikante Unterschiede in Bezug auf den Nutzen. Bei den Angehörigen war der Unterschied zwischen den Alters- und Ausbildungsgruppen in Bezug auf den Nutzen statistisch signifikant. In Bezug auf das Verständnis war bei den Angehörigen der Unterschied zwischen den Altersgruppen statistisch signifikant.

Implikationen für die Forschung und die Praxis

Laut Feldman-Stewart et al. (2007) ist das Feedback der Zielgruppe sehr wichtig und sollte keinesfalls unterschätzt werden. Aus dem Feedback, welches im Rahmen der vorliegenden Evaluierung erhoben wurde, lassen sich folgende potenzielle Änderungen ableiten.

- Der Punkt „Wie kann ich meine Umgebung in Bezug auf Sturzrisiken sicherer machen?“ ist derzeit nur in der Gesundheitsinformation für die Patient*innen ausführlich enthalten. Dieser Punkt ist aber auch für Angehörige interessant und sollte daher ebenfalls mit konkreten Beispielen in der Gesundheitsinformation für Angehörige erläutert werden. So wissen auch Angehörige, welche konkreten Änderungen sie im Wohnbereich vornehmen könnten, um sturzgefährdete Verwandte zu unterstützen.
- Es wird empfohlen konkreter auf Risikofaktoren im Badezimmer einzugehen und zu erläutern, wie dieses sicherer gestaltet werden kann.
- Der Punkt „Nehmen Sie die Unterstützung, sowohl von Expert*innen, als auch von Ihren Angehörigen/Freunden an.“ sollte weiter ausgeführt werden indem klar aufgezeigt wird, wer die Expert*innen sind. Weiters sollten Informationen über die Art der Hilfestellungen, welche die jeweiligen Gesundheitsprofessionen anbieten können, enthalten sein. Es soll erläutern werden, welche Punkte während eines stationären Aufenthaltes bereits abgeklärt werden können und welche eventuell durch einen Hausarzt oder eine andere Berufsgruppe abgeklärt werden sollten. Zum Beispiel können während eines stationären Aufenthaltes die Risikofaktoren erhoben und die Medikamente überprüft werden sowie auf andere Berufsgruppen, wie

Physiotherapeut*innen, welche ebenfalls bei der Sturzprävention mithelfen können, verwiesen werden.

In Folge der Adaptierung der Gesundheitsinformationen könnten diese noch hinsichtlich ihrer Qualität mit einem psychometrisch getesteten Instrument wie der EQIP (ensuring quality information for patients) Skala überprüft werden (Charvet-Berard et al., 2008). Weiters sollte eine Evaluierung nach der Implementierung des Instrumentes durchgeführt werden, um zu überprüfen, ob sich die Sturzprävalenz verändert hat. Die Gesundheitsinformationen sollten auch nach der Implementierung regelmäßig auf ihre Vollständigkeit hin überprüft und gegebenenfalls adaptiert werden.

5 Literaturverzeichnis

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. 2010. *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit* [Online]. Agency for Healthcare Research and Quality. Available: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/index.html> [Accessed 08.03.2021].
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. 2020. *Patient Engagement and Education* [Online]. Agency for Healthcare Research and Quality. Available: <https://www.ahrq.gov/health-literacy/patient-education/index.html> [Accessed 08.03.2021].
- AUGURZKY, B., HENTSCHKER, C., PILNY, A. & WÜBKER, A. J. B. S. Z. G. B., SIEGBURG 2017. Krankenhausreport 2017.
- AUSTRIA, S. 2019. *Todesursachen. Gestorbene 2019 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht*. [Online]. Available: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/index.html [Accessed 20.03.2021].
- BAKKEN, S., COOK, S. S., CURTIS, L., DESJARDINS, K., HYUN, S., JENKINS, M., JOHN, R., KLEIN, W. T., PAGUNTALAN, J. & ROBERTS, W. D. J. I. J. O. M. I. 2004. Promoting patient safety through informatics-based nursing education. 73, 581-589.
- BERGER, KRAWANJA, SCHMIDBAUER & SCHOBERER 2020a. Information für Angehörige zur Vermeidung von Stürzen im häuslichen Umfeld.
- BERGER, KRAWANJA, SCHMIDBAUER & SCHOBERER 2020b. PatientInnen - Information zur Vermeidung von Stürzen im häuslichen Umfeld.
- BEVÖLKERUNGSFORSCHUNG, B. F. 2021. *Bevölkerungszahl und ihr Wachstum, Europa (1950-2020)* [Online]. Available: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/W32-Bevoelkerungszahl-Wachstum-Europa-ab-1950.html> [Accessed 13.08.2021].
- BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES, G., PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ. 2018. *Pflegende Angehörige entlasten & unterstützen* [Online]. Available: <https://www.gesundheit.gv.at/leben/altern/wohnen-im-alter/pflegende-angehoerige-entlastungen-unterstuetzungen> [Accessed 29.03.2021].
- BUNGE, M., MÜHLHAUSER, I., STECKELBERG, A. J. P. E. & COUNSELING 2010. What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria. 78, 316-328.
- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. 2010a. *Toolkit for Making Written Material Clear and Effective. SECTION 4: Special topics for writing and design. Part 9 Things to know if your written material is for older adults* [Online]. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services Available: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/Downloads/ToolkitPart09.pdf> [Accessed 08.03.2021].
- CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES. 2010b. *Toolkit for Making Written Material Clear and Effective. SECTION 1: Background. PART 2 Using a reader-centered approach to develop and test written material* [Online]. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services Available: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/Downloads/ToolkitPart02.pdf> [Accessed 08.03.2021].

- CHARVET-BERARD, A., CHOPARD, P., PERNEGER, T. J. P. E. & COUNSELING
2008. Measuring quality of patient information documents with an expanded EQIP
scale. 70, 407-411.
- CORNETT, S. J. O. J. O. I. I. N. 2009. Assessing and addressing health literacy. 14.
- COULTER, A. & ELLINS, J. 2006. *The quality enhancing interventions project: patient-
focused interventions.*
- COULTER, A., ELLINS, J., SWAIN, D., CLARKE, A., HERON, P., RASUL, F.,
MAGEE, H. & SHELDON, H. J. P. I. E., OXFORD, AVAILABLE AT WWW.
PICKEREUROPE.ORG/FILESTORE/DOWNLOADS/HEALTH-
INFORMATION-QUALITY-WEB-VERSION-FINAL. PDF 2006. Assessing the
quality of information to support people in making decisions about their health and
healthcare.
- CRISTEA, M., NOJA, G. G., STEFEA, P., SALA, A. L. J. I. J. O. E. R. & HEALTH, P.
2020. The impact of population aging and public health support on EU labor
markets. 17, 1439.
- CURRIE, K., SPINK, J. & RAJENDRAN, M. 2000. Well-Written Health Information: A
Guide.
- DARAZ, L., MORROW, A. S., PONCE, O. J., FARAH, W., KATABI, A., MAJZOUN,
A., SEISA, M. O., BENKHADRA, R., ALSAWAS, M. & LARRY, P. J. A. J. O.
M. Q. 2018. Readability of online health information: a meta-narrative systematic
review. 33, 487-492.
- DE GROOT, G. C. L., AL-FATTAL, A. & SANDVEN, I. 2020. Falls in hospital: a case-
control study. *Scand J Caring Sci*, 34, 332-339.
- DE LA CUESTA-BENJUMEA, C., RAMIS-ORTEGA, E. & ARREDONDO
GONZALEZ, C. P. 2019. To manage a complex dependency: The experience of
caregiving after a fall. *J Adv Nurs*, 75, 138-149.
- DELLSON, P., NILBERT, M. & CARLSSON, C. 2016. Patient representatives' views on
patient information in clinical cancer trials. *BMC Health Serv Res*, 16, 36.
- DIAMOND, A. J. A. R. O. P. 2013. Executive functions. 64, 135-168.
- DOROSZKIEWICZ, H. & SIERAKOWSKA, M. 2021. Factors associated with risk of
care dependency in disabled geriatric patients. *Scand J Caring Sci*, 35, 134-142.
- EUROSTAT. 2017a. *Archive: People in the EU - statistics on demographic changes*
[Online]. Available: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-
explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-
_statistics_on_demographic_changes#An_ageing_population](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes#An_ageing_population) [Accessed
14.08.2021].
- EUROSTAT. 2017b. *Archive: People in the EU – who are we and how do we live?*
[Online]. Available: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-
explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-
_statistics_on_demographic_changes#An_ageing_population](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:People_in_the_EU_-_statistics_on_demographic_changes#An_ageing_population) [Accessed
14.06.2021].
- EUROSTAT. 2021. *Population structure and ageing* [Online]. Available:
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-
explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#Past_and_future_pop
ulation_ageing_trends_in_the_EU](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#Past_and_future_population_ageing_trends_in_the_EU) [Accessed 14.08.2021].
- EYLES, P., SKELLY, J. & SCHMUCK, M. L. J. C. E. I. N. 2003. Evaluating patient
choice of typeface style and font size for written health information in an outpatient
setting. 7, 94-98.
- FELDMAN-STEWART, D., BRENNENSTUHL, S., MCISSAC, K., AUSTOKER, J.,
CHARVET, A., HEWITSON, P., SEPUCHA, K. R., WHELAN, T. J. H. E. A. I. J.

- O. P. P. I. H. C. & POLICY, H. 2007. A systematic review of information in decision aids.
- FERRUCCI, L., COOPER, R., SHARDELL, M., SIMONSICK, E. M., SCHRACK, J. A., KUH, D. J. J. O. G. S. A. B. S. & SCIENCES, M. 2016. Age-related change in mobility: perspectives from life course epidemiology and geroscience. 71, 1184-1194.
- FREEMAN, J. L., CALDWELL, P. H. Y., BENNETT, P. A. & SCOTT, K. M. 2018. How Adolescents Search for and Appraise Online Health Information: A Systematic Review. *J Pediatr*, 195, 244-255.e1.
- FREIBERGER, E., SIEBER, C. C. & KOB, R. 2020. Mobility in Older Community-Dwelling Persons: A Narrative Review. *Frontiers in physiology*, 11, 881-881.
- GIBSON MJ, A. R., ISAACS B, RADEBAUGH T, WORM-PETERSEN J. 1987. The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the prevention of falls by the elderly. . *Danish Medical Bulletin*, 34, 1–24.
- GRAHAM BEDFORD, IAN CAMERON, PAULINE CHIARELLI, LINDY CLEMSON, JACQUELINE CLOSE, KIM DELBAERE, TERRY DIAMOND, PETER EBELING, DAVID FONDA, MANDY HARDEN , KEITH HILL, KIRSTEN HOWARD, NGAIRE KERSE, STEPHEN LORD, LORRAINE LOVITT, HYLTON MENZ, KATE MURRAY, DAVID OLIVER, NANCYE PEE, CLARE ROBERTSON, JEFFREY ROWLAND, CATHY SHERRINGTON, ANNE TIEDEMANN, CONSTANCE VOGLER & WOOD, J. 2009. Preventing Falls and Harm From Falls in Older People. Best Practice Guidelines for Australian Community Care., 175.
- GRIFFIN, J., MCKENNA, K. & TOOTH, L. J. A. O. T. J. 2003. Written health education materials: Making them more effective. 50, 170-177.
- HALFENS, R. J., MEESTERBERENDS, E., VAN NIE-VISSER, N. C., LOHRMANN, C., SCHÖNHERR, S., MEIJERS, J. M., HAHN, S., VANGELOOVEN, C. & SCHOLS, J. M. J. J. O. A. N. 2013. International prevalence measurement of care problems: results. 69, e5-e17.
- HANLEY, A., SILKE, C. & MURPHY, J. 2011. Community-based health efforts for the prevention of falls in the elderly. *Clin Interv Aging*, 6, 19-25.
- HEINS, J. J. E. F. I. D. D. 2016. Qualitative Inhaltsanalyse. 303.
- HOPEWELL, S., ADEDIRE, O., COPSEY, B. J., BONIFACE, G. J., SHERRINGTON, C., CLEMSON, L., CLOSE, J. C. & LAMB, S. E. 2018. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 7, Cd012221.
- HOPEWELL, S., COPSEY, B., NICOLSON, P., ADEDIRE, B., BONIFACE, G. & LAMB, S. 2020. Multifactorial interventions for preventing falls in older people living in the community: a systematic review and meta-analysis of 41 trials and almost 20 000 participants. *Br J Sports Med*, 54, 1340-1350.
- HOUTS, P. S., DOAK, C. C., DOAK, L. G., LOSCALZO, M. J. J. P. E. & COUNSELING 2006. The role of pictures in improving health communication: a review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. 61, 173-190.
- IBM CORP. 2019. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0* [Online]. Armonk, NY: IBM Corp.,. [Accessed].
- JACOBS, W., AMUTA, A. O. & JEON, K. C. J. C. S. S. 2017. Health information seeking in the digital age: An analysis of health information seeking behavior among US adults. 3, 1302785.
- JINDAL, P. & MACDERMID, J. C. 2017. Assessing reading levels of health information: uses and limitations of flesch formula. *Educ Health (Abingdon)*, 30, 84-88.

- JOHNSON, A. & SANDFORD, J. 2005a. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Educ Res*, 20, 423-9.
- JOHNSON, A., SANDFORD, J. & TYNDALL, J. 2003. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, Cd003716.
- JOHNSON, A. & SANDFORD, J. J. H. E. R. 2005b. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. 20, 423-429.
- KEGLOVITS, M., CLEMSON, L., HU, Y. L., NGUYEN, A., NEFF, A. J., MANDELBAUM, C., HUDSON, M., WILLIAMS, R., SILIANOFF, T. & STARK, S. J. A. O. T. J. 2020. A scoping review of fall hazards in the homes of older adults and development of a framework for assessment and intervention. 67, 470-478.
- KERSCHNER, B., WIPPLINGER, J., KLERINGS, I. & GARTLEHNER, G. 2015. Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 109, 341-349.
- KESSELS, R. P. 2003. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*, 96, 219-22.
- KLIMPE, D. 2008. Die Verantwortung des Gesundheitsunternehmers. .
- KUMFO, J. 2017. *Domestic health hazards of the elderly resident in Cape Coast metropolis*. University of Cape Coast.
- LATORRE-POSTIGO, J. M., ROS-SEGURA, L., NAVARRO-BRAVO, B., RICARTE-TRIVES, J. J., SERRANO-SELVA, J. P. & LÓPEZ-TORRES-HIDALGO, J. 2017. Older adults' memory for medical information, effect of number and mode of presentation: An experimental study. *Patient Educ Couns*, 100, 160-166.
- LEE, J., GELLER, A. I. & STRASSER, D. C. J. P. 2013. Analytical review: focus on fall screening assessments. 5, 609-621.
- LEE, S. H. & YU, S. 2020. Effectiveness of multifactorial interventions in preventing falls among older adults in the community: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*, 106, 103564.
- LERDAL, A., SIGURDSEN, L. W., HAMMERSTAD, H., GRANHEIM, T. I., GROUP, R. S. R. & GAY, C. L. J. J. O. C. N. 2018. Associations between patient symptoms and falls in an acute care hospital: A cross-sectional study. 27, 1826-1835.
- LINN, A. J., VAN DIJK, L., SMIT, E. G., JANSEN, J. & VAN WEERT, J. C. M. 2013. May you never forget what is worth remembering: The relation between recall of medical information and medication adherence in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7, e543-e550.
- LINS, S., ICKS, A. & MEYER, G. 2011. Understanding, comprehensibility and acceptance of an evidence-based consumer information brochure on fall prevention in old age: a focus group study. *BMC Geriatr*, 11, 26.
- LISTE, D. W. 2010. Mit Broschüren gezielt informieren. *Thieme*.
- LIU, C., WANG, D., LIU, C., JIANG, J., WANG, X., CHEN, H., JU, X., ZHANG, X. J. F. M. & HEALTH, C. 2020. What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. 8.
- LIU, C. J., KEMPER, S. & MCDOWD, J. 2009. The use of illustration to improve older adults' comprehension of health-related information: is it helpful? *Patient Educ Couns*, 76, 283-8.

- LOHRMANN, C., EGLSEER, D., OSMANCEVIC, S. & BAUER, S. 2019. Pflegequalitätserhebung 2.0: 12. November 2019. Stürze., 1-107.
- LÖK, N. & AKIN, B. 2013. Domestic environmental risk factors associated with falling in elderly. *Iranian journal of public health*, 42, 120-128.
- LONGTIN, Y., SAX, H., LEAPE, L. L., SHERIDAN, S. E., DONALDSON, L. & PITTET, D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 2010. Elsevier, 53-62.
- LORD, S. & SHERRINGTON, C. 2001. Falls in Older People: Risk Factors and Strategies for Prevention. *Inj. Prev.*, 9.
- LORD, S. R., MENZ, H. B., SHERRINGTON, C. J. A. & AGEING 2006. Home environment risk factors for falls in older people and the efficacy of home modifications. 35, ii55-ii59.
- LÜHNEN, J., STECKELBERG, A. & BUHSE, S. 2018. Pictures in health information and their pitfalls: Focus group study and systematic review. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 137-138, 77-89.
- MAGSAMEN-CONRAD, K., DILLON, J. M., BILLOTTE VERHOFF, C. & FAULKNER, S. L. J. H. C. 2019. Online health-information seeking among older populations: Family influences and the role of the medical professional. 34, 859-871.
- MAHMOODABAD, S. S. M., ZAREIPOUR, M., ASKARISHAHI, M. & BEIGOMI, A. 2018. Effect of the Living Environment on falls among the Elderly in Urmia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6, 2233-2238.
- MANNING, D. J. P. H. R. 1981. Writing readable health messages. 96, 464.
- MANSOOR, L. E. & DOWSE, R. J. A. O. P. 2003. Effect of pictograms on readability of patient information materials. 37, 1003-1009.
- MCGUIRE, L. C. J. E. A. R. 1996. Remembering what the doctor said: organization and adults' memory for medical information. 22, 403-428.
- MICROSOFT CORPORATION. 2018. *Microsoft Excel* [Online]. [Accessed].
- MUMFORD, M. E. J. J. O. A. N. 1997. A descriptive study of the readability of patient information leaflets designed by nurses. 26, 985-991.
- NAYERI, N. D., ABAZARI, F. & POURABOLI, B. J. E. M. J. 2018. Challenges in caring for the elderly in Iran: A systematic review. 56.
- NICCOLI, T. & PARTRIDGE, L. 2012. Ageing as a Risk Factor for Disease. *Current Biology*, 22, R741-R752.
- NOH, J.-W., KIM, K.-B., LEE, J. H., LEE, B.-H., KWON, Y. D., LEE, S. H. J. A. O. G. & GERIATRICS 2017. The elderly and falls: Factors associated with quality of life A cross-sectional study using large-scale national data in Korea. 73, 279-283.
- NORWAY, C. 2016. *How to write a plain language summary of a Cochrane intervention review. Checklist*. [Online]. Available: https://www.cochrane.no/sites/cochrane.no/files/public/uploads/checking_a_cochrane_pls_15th_june_2018.pdf [Accessed 20.03.2021].
- PAPALIA, G. F., PAPALIA, R., DIAZ BALZANI, L. A., TORRE, G., ZAMPOGNA, B., VASTA, S., FOSSATI, C., ALIFANO, A. M. & DENARO, V. 2020. The Effects of Physical Exercise on Balance and Prevention of Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*, 9.
- PARK, E. & KWON, M. J. J. O. M. I. R. 2018. Health-related internet use by children and adolescents: systematic review. 20, e7731.
- PARK, S. H. 2018. Tools for assessing fall risk in the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clin Exp Res*, 30, 1-16.

- PETERSEN, N., KÖNIG, H. H. & HAJEK, A. 2020. The link between falls, social isolation and loneliness: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*, 88, 104020.
- PETERSON, E. J. I. J. O. C. & CARING 2018. Struggles for recognition and redistribution: family carers and domestic workers in Spanish eldercare. 2, 459-476.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2008. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, Lippincott Williams & Wilkins.
- PRÜFER-STORCKS, C. 2015. Sicher gehen-weiter sehen: Selbsttest zur Sturzgefahr im Alter: Bausteine für mehr Gangsicherheit und Mobilität.
- RHEE, M. K., JANG, Y., KIM, S. Y. & CHANG, S. 2020. The moderating role of social factors in the relationship between an incident of fall and depressive symptoms: a study with a national sample of older adults in South Korea. *Aging Ment Health*, 1-8.
- SANTOS, V. R. D., CHRISTOFARO, D. G. D., GOMES, I. C., FREITAS JÚNIOR, I. F. & GOBBO, L. A. J. F. E. M. 2017. Factors associated with mobility of the oldest old. 30, 69-76.
- SASIDHARAN, D. K., VIJAYAKUMAR, P., RAJ, M., SOMAN, S., ANTONY, L., SUDHAKAR, A. & KABALI, C. J. B. O. 2020. Incidence and risk factors for falls among community-dwelling elderly subjects on a 1-year follow-up: a prospective cohort study from Ernakulam, Kerala, India. 10, e033691.
- SCHAEFFER, D., BERENS, E.-M. & VOGT, D. J. D. Ä. I. 2017. Health literacy in the German population: results of a representative survey. 114, 53.
- SCHMITZ, A., LINS, S., KRÜGER, C., SEGMÜLLER, T., ADLER, K. & MEYER, G. 2010. "Who is glossary?"- Focus-group evaluation of an evidence-based consumer information brochure on risk of falling and fall prevention in the elderly. *Pflege*, 23, 267-74.
- SCHÖBERER, D. 2017. Enhancement of Patient Education. Information Material for Hospitals and Nursing Homes., 1-220.
- SCHÖBERER, D., BREIMAIER, H. E., MANDL, M., HALFENS, R. J. & LOHRMANN, C. 2016. Involving the consumers: An exploration of users' and caregivers' needs and expectations on a fall prevention brochure: A qualitative study. *Geriatr Nurs*, 37, 207-14.
- SCHÖBERER, D., EGLSEER, D., HALFENS, R. J. G. & LOHRMANN, C. 2018a. Development and evaluation of brochures for fall prevention education created to empower nursing home residents and family members. *Int J Older People Nurs*, 13, e12187.
- SCHÖBERER, D., FINDLING, E., BREIMAIER, H., SCHAFFER, S., ZUSCHNEGG, J., ARCHAN, T., FRIEBNEGG, S., KOLL, I., PALLI, C. & STIASNY, G. 2018b. Evidenzbasierte Leitlinie Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeiteinrichtungen. 3. Aktualisierte und methodisch adaptierte Auflage.
- SCHREIER, M. 2012. *Qualitative content analysis in practice*, London, Sage publications.
- SCHUBBE, D., SCALIA, P., YEN, R. W., SAUNDERS, C. H., COHEN, S., ELWYN, G., VAN DEN MUIJSENBERGH, M. & DURAND, M.-A. 2020. Using pictures to convey health information: A systematic review and meta-analysis of the effects on patient and consumer health behaviors and outcomes. *Patient Education and Counseling*, 103, 1935-1960.
- SOUSA, L. M., MARQUES-VIEIRA, C. M., CALDEVILLA, M. N., HENRIQUES, C. M., SEVERINO, S. S. & CALDEIRA, S. M. 2017. Risk for falls among

- community-dwelling older people: systematic literature review. *Rev Gaucha Enferm*, 37, e55030.
- STECKELBERG, A., BERGER, B., KÖPKE, S., HEESSEN, C. & MÜHLHAUSER, I. J. Z. F. Ä. F. U. Q. I. G. 2005. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen. 99, 6.
- TILLE, F., WEISHAAR, H., GIBIS, B. & SCHNITZER, S. 2019. Patients' understanding of health information in Germany. *Patient Prefer Adherence*, 13, 805-817.
- VON RENTELN-KRUSE, W. & KRAUSE, T. J. Z. F. G. U. G. 2004. Fall events in geriatric hospital in-patients. Results of prospective recording over a 3 year period. 37, 9-14.
- VONNES, C. & WOLF, D. J. B. O. Q. 2017. Fall risk and prevention agreement: engaging patients and families with a partnership for patient safety. 6.
- WHITING, P., LEEFLANG, M., DE SALIS, I., MUSTAFA, R. A., SANTESSO, N., GOPALAKRISHNA, G., COONEY, G., JESPER, E., THOMAS, J. & DAVENPORT, C. 2018. Guidance was developed on how to write a plain language summary for diagnostic test accuracy reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 103, 112-119.
- WILKINSON, A., MEIKLE, N., LAW, P., YONG, H. J., BUTLER, P., KIM, J., MULLIGAN, H. & HALE, L. 2018. How older adults and their informal carers prevent falls: An integrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*, 82, 13-19.
- WIZOWSKI, L., HARPER, T. & HUTCHINGS, T. 2014. Writing health information for patients and families. A guide to developing educational materials that promote health literacy., 1-144.
- WKO. 2021. *Corona-Infos für Gesundheitsbetriebe. Info-Service zu Covid-19 für betroffene Firmen*. [Online]. Available: <https://www.wko.at/branchen/tourismus-freizeitwirtschaft/gesundheitsbetriebe/corona-infos-gesundheitsbetriebe.html> [Accessed 29.03.2021].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2004. *What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?* [Online]. Available: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/74700/E82552.pdf [Accessed 08.03.2021].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018a. *Ageing and health* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Accessed 25.04.2021].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018b. *Falls, Fact Sheet* [Online]. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> [Accessed 08.03.2021].

Wie kann ich meine Umgebung in Bezug auf Sturzrisiken sicherer machen?



Überprüfen Sie häusliche Umgebung in Bezug auf Sturzrisiken. ++

Entfernen Sie **Hindernissen** wie Vorleger, Teppiche oder herumliegende Kabeln. Lassen Sie beschädigte Stufen und Böden reparieren. Verwenden Sie rutschfeste Badematten. +



Sorgen Sie für gute **Beleuchtung** zu jeder Tageszeit. Installieren Sie beispielsweise ein Nachtlicht am Gang. Kennzeichnen Sie Stufen und Stolperfallen mit in im Dunkeln leuchtendem Klebeband. +



Achten Sie darauf, dass sie Ihre **Hilfsmittel** (Stock, Gehhilfen, Handy, Rufhilfen) immer bei sich haben. Bringen Sie bei Bedarf Handläufen an. Passen Sie Ihr WC durch eine Sitzerrhöhung an, sodass Sie leicht aufstehen können. +



Meiden Sie schlechte (unebene) Wege im Freien. Benützen Sie im Winter nur gesalzene/gestreute Wege. Lassen Sie sich gegebenenfalls bei Winterarbeiten im Freien helfen (Schneeschieben und Streuarbeiten). +

Was kann ich persönlich noch tun um mein Sturzrisiko zu reduzieren?

Achten Sie auf Ihre Bekleidung und auf Ihr Schuhwerk. +



- Achten Sie darauf festes Schuhwerk zu tragen. Die Schuhe sollten gut passen und Ihnen einen sicheren Halt geben. Die Sohle sollte rutschfest sein und die Absätze nur so hoch, dass Sie sicher damit gehen können. Tragen Sie auch im Haus feste Schuhe (keine Schlapfen!). +



- Hosen und Röcke sollten nicht zu lange sein. Weder im Gehen noch im Stehen sollten sie hinten oder vorne den Boden berühren. +

Nehmen Sie Hilfe in Anspruch. +



- Ihre Familie und Freunde unterstützen Sie bei schwereren Arbeiten oder Überkopparbeiten sicher gerne. Lassen Sie sich beim Anbringen von Vorhängen, Schneiden von Hecken oder Arbeiten auf Leitern helfen. +

Fördern Sie Ihre körperliche Fitness++



- Durch regelmäßiges Kraft- und Gleichgewichtstraining können Stürze reduziert werden. +++



- Jede Art von körperlicher Bewegung (spazieren gehen, Körperübungen) ist gut für Ihre körperliche Fitness. Wenn jedoch Ihre Gehfähigkeit eingeschränkt ist, so bedarf es spezieller Übungen. Diese sollten individuell für Sie von einem Experten/einer Expertin zusammengestellt werden. ++

- Sprechen Sie mit einem Experten/einer Expertin (Physiotherapie, Ergotherapie, Bewegungstrainer/Bewegungstrainerin) über für Sie geeignete Übungen. +



- Ist es zu einem Sturz gekommen, lassen Sie Ihr persönliches Sturzrisiko durch einen Experten/eine Expertin (neu) einschätzen. So können gemeinsam mit Ihnen Maßnahmen, um weitere Stürze zu vermeiden, geplant werden. ++
- Sprechen Sie offen mit Ihren Angehörigen über das Thema Sturz. +
- Nehmen Sie die Unterstützung, sowohl von Expert*innen, als auch von Ihren Angehörigen/Freunden an. +

Bei Unklarheiten oder offenen Fragen wenden Sie sich an eine Pflegeperson oder Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt.

Kontaktdaten für Rückfragen (Stempel):

Platz für Ihre Notizen:

6.2 Gesundheitsinformation für die Angehörigen



Information für Angehörige zur Vermeidung von Stürzen im häuslichen Umfeld

Patient*innen-Etikett
aufkleben

In dieser Information werden Ihnen die Risikofaktoren für Sturz erklärt und Ihnen einige Tipps gegeben wie Sie helfen können, das Risiko zu stürzen zu vermindern. Stürze treten im höheren Alter häufiger auf als bei jüngeren Personen. Eine von drei Personen über 65 Jahren stürzt mindestens einmal im Jahr. Gründe dafür können ein verändertes Gangbild, die Einnahme von Medikamenten oder eine Krankheit sein. Durch einen Sturz kann es auch zu Verletzungen kommen. Diese können die Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig machen. Stürze sind nicht nur für die betroffene Person belastend, sondern auch für die Familie und Freunde. Deshalb ist es wichtig, dass man Stürzen vorbeugt.

Viele Stürzen können durch geringe Veränderungen vermieden werden!

WANN HAT MEIN ANGEHÖRIGER/ MEINE ANGEHÖRIGE EIN ERHÖHTES RISIKO ZU STÜRZEN?

Wenn eine der folgenden Umstände zutrifft, dann ist das Risiko ihres Angehörigen/ ihrer Angehörigen zu stürzen erhöht. ++

- o Erkrankung die die Gedächtnisleistung beeinflusst (zum Beispiel Demenz)
- o Erkrankung die sich auf das Gangbild und Gleichgewicht auswirkt (zum Beispiel Parkinsonerkrankung)
- o Blasenschwäche
- o Stürze im vergangenen halben Jahr
- o Ohnmachtsanfälle und Schwindel
- o Eingeschränkte Sehkraft
- o Einnahme von Medikamenten (zum Beispiel Schlafmittel, Beruhigungsmittel)
- o Tragen von Schuhen ohne festen Halt (zum Beispiel Patschen)

Nicht alle diese Umstände lassen sich beeinflussen. Einigen Risiken kann jedoch, durch geringfügige Anpassungen oder Verhaltensänderungen, entgegengewirkt werden. ++

WER KANN EIN STURZRISIKO EINSCHÄTZEN?

Das persönliche Sturzrisiko sollte regelmäßig von Expertinnen oder Experten überprüft werden. Dies kann eine Hausärztin/ein Hausarzt oder eine Pflegeperson sein. Diese beurteilen unter anderem das Gangbild, das Gleichgewicht und überprüfen die Medikamente Ihres Angehörigen/Ihrer Angehörigen.

++

Mit Ihrer Hilfe können Risiken ausgeschaltet und Stürze reduziert werden!

Erstellt von: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, LKH-Univ. Klinikum Graz
Finanziert durch: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz, LKH-Univ. Klinikum Graz
Datum der Erstellung: 09.01.2020
Interessenkonflikte: Keine
Legende der Evidenz: # Organisatorische Information, + Expert*innen-Tipps,
++ Ausgewählte wissenschaftliche Studien,
+++ Höchste wissenschaftliche Evidenz

Hier finden Sie mehr Informationen:
<http://www.klinikum-graz.at/sonstige/1035822320082024>
Version Nr. VI



WIE KANN ICH MEINEN ANGEHÖRIGEN/ MEINE ANGEHÖRIGE UNTERSTÜTZEN?



Motivation ist ein wichtiger Faktor damit Menschen geplante Veränderungen in Ihrem täglichen Leben auch wirklich durchführen. ++



Motivieren Sie Ihren Angehörigen/Ihre Angehörige die Umgebung sicherer zu gestalten, in dem Sie gemeinsam einen Plan mit möglichen Veränderungen aufstellen. Beginnen sie am besten in einem Raum. +



Motivieren Sie zur körperlichen Aktivität, sodass gewisse Risikofaktoren für Stürze nicht entstehen. +



Hat Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige Einschränkungen beim Gehen oder Gleichgewichtsprobleme, so motivieren Sie diese professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Therapeut*innen können passende Kraft- und Balanceübungen individuell für Ihren Angehörigen/Ihre Angehörige zusammenstellen. +



Es gibt einige Tätigkeiten, die das Risiko zu stürzen erhöhen (Überkopfarbeiten, Arbeiten auf unebenem/rutschigem Untergrund). Ermutigen Sie Ihren Angehörigen/Ihre Angehörige Hilfe anzunehmen. +

WICHTIG!

- **Ist es zu einem Sturz gekommen, ermutigen Sie Ihren Angehörigen das Sturzrisiko einschätzen zu lassen. ++**
- **Sprechen Sie offen mit Ihren Angehörigen über das Thema Sturz. +**

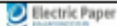


Bei Unklarheiten oder offenen Fragen wenden Sie sich an eine Pflegeperson oder Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt.

Kontaktdaten für Rückfragen (Stempel):

Platz für Ihre Notizen:

6.3 Feedbackfragebogen

EvaSys	Patient*innen-Information - Sturzvermeidung	
Stmk. KAGes / Befragungsmanagement		
LKH-Univ. Klinikum Graz		Feedbackbogen Patient*inneninformation - Sturzvermeidung

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Allgemeine Informationen

Sagen Sie uns, was Sie denken!

Nachdem Sie die beiliegende Gesundheitsinformation gelesen haben, antworten Sie bitte auf die folgenden Aussagen. Ihre Antworten und Kommentare werden uns helfen, die Gesundheitsinformation zu verbessern. Diese Befragung erfolgt anonym und lässt durch das unbeschriftete Kuvert keinen Rückschluss auf Ihre Person zu. Die Teilnahme ist freiwillig und eine Nicht-Teilnahme hat keinen Einfluss auf Ihre Behandlung.

Wir danken ganz herzlich für Ihren Beitrag zur Qualitätssicherung.

1.1 Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
1.2 Altersgruppe:	<input type="checkbox"/> 6-14 Jahre	<input type="checkbox"/> 15-20 Jahre	<input type="checkbox"/> 21-30 Jahre
	<input type="checkbox"/> 31-40 Jahre	<input type="checkbox"/> 41-50 Jahre	<input type="checkbox"/> 51-60 Jahre
	<input type="checkbox"/> 61-70 Jahre	<input type="checkbox"/> 71-80 Jahre	<input type="checkbox"/> ≥ 81 Jahre
1.3 Höchste abgeschlossene Schulbildung:	<input type="checkbox"/> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> Lehre	<input type="checkbox"/> Matura
	<input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Sonstiges	



2. Feedback zur Patient*innen-Information**Kreuzen Sie bitte an, inwiefern Sie den folgenden Aussagen zustimmen.***Stimme nicht zu (1)**Stimme voll zu (5)*

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 Die Sätze sind einfach zu lesen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 Die Gesundheitsinformation ist einfach zu verstehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 Die Gesundheitsinformation zu lesen ist für mich hilfreich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 Die Gesundheitsinformation hilft mir, mein Wissen zum Thema Sturzrisiko zu erweitern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 Die Gesundheitsinformation unterstützt mich dabei, wie ich Sturzrisiken reduzieren kann. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 Die Gesundheitsinformation hat meine Fragen beantwortet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 Ich würde diese Gesundheitsinformation anderen Personen und/oder Patient*innen in einer ähnlichen Situation empfehlen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 Durch die Zeichnungen, Bilder und Piktogramme verstehe ich die Gesundheitsinformation besser. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 Die Gestaltung ist für mich ansprechend. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



2. Feedback zur Patient*innen-Information [Fortsetzung]

2.10 Ich hätte mir mehr Information gewünscht zu:

2.11 Andere Kommentare und Vorschläge:

Nicht gut (1)

Sehr gut (5)

2.12 Wie gut finden Sie die Information gesamt
(Aufbereitung, Inhalt, Anwendbarkeit)?

Vielen Dank!



6.4 Kodierrahmen der Haupt- und Subkategorien

Tabelle 16: Kodierrahmen der Haupt- und Subkategorien der Inhaltsanalyse

	Kategorien	Definition	Beispiel
Hauptkategorie			
	Layout	Jegliche Anmerkung zur Verbesserung der Gestaltung der Gesundheitsinformationen und der Darstellung der Ergebnisse.	
Subkategorie			
	Farbliche Gestaltung	Vorschläge zur Veränderung der farblichen Gestaltung der Gesundheitsinformationen.	ID 32: mehr Farbe
	Schrift	Anmerkungen zur Schriftart und/oder Schriftgröße.	ID 32: größere Schrift
	Art der Information	Anmerkungen zur Art der Aufbereitung der Information.	ID 43: Aufbereitung als Broschüre
	Design	Anmerkungen zur Aufbereitung der Gesundheitsinformationen in Bezug auf Bilder, Grafiken und Tabellen.	ID 31: mehr Bilder
Hauptkategorie			
	Zusätzliche Informationen	Jegliche Anmerkungen zum Inhalt der Gesundheitsinformationen und der enthaltenen Strategien.	
Subkategorie			
	Konkrete Beispiele	Anmerkungen zu weiteren Beispielen zur Sturzvermeidung.	ID 31: Konkreten Beispielen (Teppich z.B.) (Bewegung z.B.)
	Aktivierende Informationen	Anmerkungen zu Informationen, die zum Handeln animieren sollen.	ID 15: Nehmen Sie einen Gehstock zur Abstützung
	Informationen zur Sicherheit im Wohnbereich	Anmerkungen zu weiteren Informationen, die sich auf die Verbesserung der Sicherheit im Wohnbereich beziehen.	ID 4: Sicherheit im Bad-Dusche
	Weitere Hinweise zur Sturzvermeidung	Anmerkungen zu zusätzlichen Hinweisen, wie Stürze vermieden werden können.	ID 4: schlecht beleuchtete Wege
	Informationen zu Ansprechpersonen	Anmerkungen zu den Berufsgruppen, welche Betroffenen bezüglich der Sturzvermeidung weiterhelfen können.	ID 16: Die Experten sind nicht bekannt? Ärzte oder Experten fühlen sich nicht kompetent ???? Haben keine Zeit u s. W!!!
	Hintergrundinformation	Anmerkungen zu allgemeinen Informationen in Bezug auf Sturz.	ID 52: Wichtig für Patienten ist: die Diagnose zu kennen vom Arzt zu erhalten!
Hauptkategorie			
	Verständnis	Anmerkungen zu Unklarheiten bezüglich Inhaltes, Darstellung der Ergebnisse und/oder Aufbereitung der Informationen.	D 31: Wozu '+' Zeichen? Gesamt gut, alleine als Anregung 'spricht darüber'.
Hauptkategorie			
	Positive Rückmeldung	Jegliche unspezifische, positive Rückmeldung bezüglich der Gesundheitsinformationen.	ID 46: Im Ganzen sehr gute Info!

6.5 Inhaltsanalyse

Tabelle 17: Inhaltsanalyse der Frage 2.10 – Patient*innen und Angehörige.

2.10 Ich hätte mir mehr Information gewünscht zu:			
Patient*innen	Phrase	Kategorie	Kommentar
ID 4	Körperpflege - ältere Leute 'vergessen' das oft.		Kein Bezug zu Sturz.
ID 4	Sicherheit im Bad- Dusche	Zusätzliche Information Informationen zur Sicherheit im Wohnbereich	
ID 44	Wichtig wäre viele Menschen zu erreichen		Nicht relevant.
ID 46	Keine		
ID 61	Ich weiß, dass ich ein Problem habe aber ich weiß nicht wie ich es hinbekomme	Zusätzliche Informationen Aktivierende Informationen	Patient*in weiß über das Probleme Bescheid, braucht aber Lösungen/Unterstützung wie damit umgegangen werden sollen → hätte gerne noch persönlich relevantere/praxisorientierte Hinweise. Patient*in möchte wissen was konkret zu tun ist – Aufforderungen.
Angehörige	Phrase	Kategorie	Kommentar
ID 28	Pflege	Zusätzliche Informationen Weitere Hinweise zur Sturzvermeidung	Information zur Pflege von sturzgefährdeten Personen.
ID 31	Konkreten Beispielen (Teppich z.B.) (Bewegung z.B.)	Zusätzliche Information Konkrete Beispiele	
ID 34	den momentanen Besuchszeiten von Patienten		Bezieht sich auf die allgemeinen Gegebenheiten im Krankenhaus und nicht auf die Gesundheitsinformation.

Tabelle 18: Inhaltsanalyse der Frage 2.11 – Patient*innen und Angehörige

2.11 Andere Kommentare und Vorschläge:			
Patient*innen	Phrase	Kategorie	Kommentar
ID 4	PKt 3: unebene und schlecht beleuchtete Wege	Zusätzliche Informationen Weitere Hinweise zur Sturzvermeidung	
ID 14	Mehr Fragen zu bereits erfolgten Stürzen.	Zusätzliche Informationen Weiter Hinweise zur Sturzvermeidung	Das Thema „bereits erfolgte Stürze“ soll genauer behandelt werden.
ID 15	Nehmen Sie einen Gehstock zur Abstützung	Zusätzliche Informationen Aktivierende Information	
ID 16	Die Experten sind nicht bekannt? Ärzte oder Experten fühlen sich nicht kompetent ??? Haben keine Zeit u s. W!!!	Zusätzliche Informationen Informationen zu Ansprechpersonen	Bezieht sich auf die Empfehlung in der Broschüre „Lassen Sie Ihr persönliches Sturzrisiko regelmäßig von Expert*innen überprüfen. Dies kann Ihre Hausärzt*in oder eine Pflegeperson sein.“ Person hat das Gefühl, dass es schwer umsetzbar ist, da die Expert*innen für ihn/sie nicht klar dargestellt sind – welche Berufsgruppe kann wobei genau helfen? Beziehungsweise besteht das Gefühl, dass sie sowieso keine Zeit haben. Bedeutung für die Broschüre: Konkretisieren z.B. Medikamente von dem/der Hausärzt*in überprüfen lassen. Das Sturzrisiko im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes evaluieren lassen.
ID 32	mehr Bilder	Layout Design	
ID 32	kürzere Sätze	Verständnis	

ID 32	größere Schrift	Layout Schrift	
ID 32	mehr Farbe	Layout Farbliche Gestaltung	
ID 44	Wichtig wäre, Patienten die um ca 8 Uhr nüchtern zu den Untersuchungen kommen, die nicht zu lange warten lassen. Der Kreislauf kann kollabieren oder andere Probleme (Venen oder Sauerstoffmangel) können in der Wartezeit auftreten!		Bezieht sich auf die Strukturen im Krankenhaus und nicht auf die Gesundheitsinformation.
ID 46	Im Ganzen sehr gute Info!	Positive Rückmeldung	
ID 52	Wichtig für Patienten ist: die Diagnose zu kennen vom Arzt zu erhalten!	Zusätzliche Informationen Hintergrundinformation	Patient*innen sollen über ihre „Probleme“ und/oder Erkrankungen Bescheid wissen. Bedeutung für die Broschüre: Information über die Diagnose beziehungsweise über das Problem geben. Was ist Sturz, was wird darunter verstanden – warum ist dies ein Problem oder eine Gefahr.
ID 60	Schrift zu klein	Layout Schrift	
ID 80	Im Alter muss man immer 'erst' das Hirn benützen und dann erst handeln!!!!		Nicht relevant.
Angehörige	Phrase	Kategorie	Kommentar
ID 31	Wozu '+' Zeichen?	Verständnis	
ID 31	Gesamt gut, alleine als Anregung 'sprecht darüber'.	Positive Rückmeldung	
ID 43	Aufbereitung als Broschüre	Layout Art der Information	