

MASTERARBEIT

Strategien und Interventionen zur PatientInnenbeteiligung an der Implementierung von Forschungsergebnissen – eine Literaturübersichtsarbeit

eingereicht von

Marlene Schader, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
(MSc)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung der Betreuerinnen:

Univ.-Ass.ⁱⁿ Helga E. Breimaier, BScN. MScN

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur. Christa Lohrmann

Graz, 7. Februar 2015

Ehrenwörtliche Erklärung

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

Graz, 7. Februar 2015

Marlene Schader eh

Danke an ...

- Helga E. Breimaier
 - Christa Lohrmann
- ... für die fachlichen Anregungen und Hilfestellungen.

Inhalt

Glossar	I
Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	V
Zusammenfassung	VI
Abstract.....	VII
1. Hintergrund	1
1.1. Lücke zwischen Theorie und Praxis	1
1.2. Forschungsanwendung und Evidence based Practice (EBP).....	2
1.2.1. Formen von Forschungsergebnissen für die Praxis.....	2
1.2.2. Der `Knowledge into Action` Prozess.....	3
1.3. Forschungsimplementierung.....	5
1.3.1. Strategien um Forschungswissen zu implementieren.....	5
1.4. PatientInnenbeteiligung – eine Strategie um Forschungswissen in die Praxis zu implementieren.....	7
1.4.1. Interventionen zur PatientInnenbeteiligung nach EPOC.....	7
1.4.2. Interventionen zur PatientInnenbeteiligung nach CCRG	8
1.4.3. PatientInnenbeteiligung – eine Begriffsbestimmung	9
1.4.4. PatientInnenbeteiligung – eine Möglichkeit die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis zu verbessern?	11
1.5. PatientInnenbeteiligung und die Implementierung von Forschungsergebnissen - .. eine Darstellung	13
2. Zielsetzung und Forschungsfrage.....	14
3. Methode.....	15

3.1.	Auswahl der Studien/Forschungsarbeiten	15
3.2.	Auswahl der StudienteilnehmerInnen (Population).....	16
3.3.	Auswahl der Intervention oder Einflussgröße	16
3.4.	Auswahl der Ergebnismessung	16
3.5.	Suchwörter	17
3.6.	Datenbanken	18
3.7.	Datenextraktion.....	20
3.8.	Kritische Bewertung der inkludierten Studien.....	20
4.	Ergebnisse	22
4.1.	Charakteristika der inkludierten Forschungsarbeiten	22
4.2.	Evidenzlevel und Qualität der inkludierten Forschungsarbeiten	23
4.3.	Ergebnisse aus den quantitativen Forschungsarbeiten.....	33
4.4.	Ergebnisse aus den qualitativen Forschungsarbeiten.....	35
4.5.	Ergebnisse aus den qualitativ-quantitativen Forschungsarbeiten	38
4.6.	Ergebnisse aus der systematischen Übersichtarbeit.....	41
4.7.	PatientInnenbeteiligung im Rahmen des Implementierungsprozesses - eine Übersicht.....	42
5.	Diskussion	45
5.1.	Limitationen.....	49
5.2.	Empfehlungen für die Praxis	49
5.3.	Empfehlungen für weitere Forschung.....	51
6.	Schlussfolgerung	52
	Literaturverzeichnis	53
	Anhang I.....	62
	Suchstrategie in den Datenbanken	62
	Anhang II.....	64

Ausgeschlossene Studien nach Abstractscreening:	64
Anhang III	72
Kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien nach Studiendesign:	72

Glossar

Assessment: Beurteilung, Bewertung (dict.cc 2014)

Boole'sche Operatoren: Boole'sche Logik definiert Beziehungen zwischen Begriffen in einer Suche. Boole'sche Operatoren sind AND, OR und NOT. Mit deren Hilfe kann eine sehr breite oder enge Suche durchgeführt werden (EBSCO 2014).

Delphi-Methode: eine Technik zur Sammlung von Informationen von ExpertInnen über ein bestimmtes Thema mittels Fragerunden (Polit & Beck 2012, p. 725)

Evidenz: Nachweis und Beweis, bezieht sich auf Informationen klinischer Studien

experimentelles Design: eine Studie, in der die ForscherInnen die unabhängige Variable kontrolliert mittels randomisierter Zuteilung der StudienteilnehmerInnen (Polit & Beck, p. 727)

Fokusgruppeninterview: Interview mit einer Gruppe, mit dem Ziel eine Fragestellung zu beantworten (Polit & Beck 2012, p. 728)

graue Literatur: nicht publizierte, schwer zugängliche Schriften oder Forschungsberichte (Polit & Beck 2012, p. 729)

Mixed Method Research (MM): Forschung, in der qualitative und quantitative Daten gesammelt und ausgewertet werden um verschiedene relevante Forschungsfragen zu beantworten (Polit & Beck 2012, p. 734)

p-Wert (p): gibt bei statistischen Tests die Wahrscheinlichkeit an, mit welcher ein Ergebnis auf dem Zufall beruht (Polit & Beck 2012, p. 736)

Partizipative Aktionsforschung (PAR): ein Forschungsansatz der die Zusammenarbeit von ForscherInnen und TeilnehmerInnen fördert (Polit & Beck 2012, p. 737)

qualitative Forschung: Untersuchung eines Phänomens in tiefgründiger und ganzheitlicher Weise durch die Sammlung von ergiebigen und narrativen Daten unter der Verwendung eines flexiblen Forschungsdesigns (Polit & Beck 2012, p. 739)

Quality adjusted life year (QALY): Das qualitätskorrigierte Lebensjahr (QALY) ist das arithmetische Produkt von Lebenserwartung und der Qualität der verbleibenden Lebensjahre (WHO 2003, p. 29)

quantitative Forschung: Untersuchung eines Phänomens durch präzise Messung und Quantifizierung oft unter der Verwendung eines rigorosen und kontrollierten Forschungsdesigns (Polit & Beck 2012, p. 739)

quasi-experimentelles Design: Design von Interventionsstudien, in dem StudienteilnehmerInnen nicht randomisiert den Gruppen zugeteilt werden (Polit & Beck 2012, p. 739)

Randomisiert kontrollierte Studie (RCT): experimentelle Überprüfung einer Intervention mit randomisierter Zuteilung der TeilnehmerInnen in Gruppen (Polit & Beck, p. 740)

Randomisierung: die zufällige Zuteilung von StudienteilnehmerInnen zu einer Gruppe (Polit & Beck 2012, p. 740)

Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance (RE-AIM): Ein Modell zur Entwicklung und Evaluation von Interventionsstudien (Polit & Beck 2012, p. 739)

Semistrukturiertes Interview: Interview, bei dem die ForscherInnen eine Liste mit Themen als Vorlage einer Befragung verwenden (Polit & Beck 2012, p. 742)

Setting: Ort und Bedingungen, unter denen die Datensammlung der Studie stattfindet (Polit & Beck 2012, p. 743)

Stakeholder: Mitglieder einer Interessensgruppe (dict.cc 2014)

Abkürzungsverzeichnis

bzw.	beziehungsweise
CBPR	Community Based Participatory Research
CCRG	Cochrane Consumers and Communication Review Group
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CPG	Clinical Practice Guideline
DA	Decision Aid
EBP	Evidence based Practice
EPOC	Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
et al.	und andere (et alii)
FE	Forschungsergebnis
FIM	Forschungsimplementierung
G-I-N	Guideline International Network
HbA1c	Glykohämoglobin; Koppelung von Glukose an das Hämoglobin A
MM	Mixed Method
MS	Multiple Sklerose
n	Stichprobengröße
NHS	National Health Services
NRCT	nicht randomisiert kontrollierte Studien
p	p-Wert
PAR	Participatory Action Research
Pat.	PatientInnen
PPI	Patient Public Involvement
QALY	quality-adjusted life year, qualitätskorrigiertes Lebensjahr
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
RE-AIM	Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance

RU	Research Utilization
SDM	Shared Decision Making
SR	Systematic Review
u.v.m.	und viele mehr
UI	Urin Inkontinenz
USA	United States of Amerika
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: <i>Knowledge into Action</i> – Prozess	4
Abbildung 2: PatientInnenbeteiligung an der Implementierung von FE.....	13
Abbildung 3: Flussdiagramm der Literatursuche und des Reviewprozesses	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verortung der PatientInnen orientierten Interventionen nach EPOC.....	8
Tabelle 2: Modell der Beteiligung.....	10
Tabelle 3: Evidenzebenen.....	15
Tabelle 4: Suchwörter der Literaturrecherche bezogen auf die Hauptkonzepte	17
Tabelle 5: Darstellung der inkludierten Studien sowie deren Charakteristika und Bewertung.....	25
Tabelle 6: PatientInnenbeteiligung – Strategien und Interventionen im Rahmen des Implementierungsprozesses von Forschungsergebnissen in die Praxis	43

Zusammenfassung

Hintergrund: Entscheidungen im klinischen Kontext sollten auf Grundlage von Forschungserkenntnissen, klinischer Expertise sowie der Berücksichtigung von PatientInnenpräferenzen und Werten getroffen werden. Die Realität zeigt jedoch, dass bereits die Übertragung von Forschungsergebnissen in die Praxis häufig fehlschlägt und es eine Schwierigkeit darstellt, Forschungsergebnisse (Leitlinien, systematische Übersichtsarbeiten, Entscheidungshilfen etc.) mit den Werten und Präferenzen der PatientInnen in Einklang zu bringen. Um dem entgegenzuwirken sollen PatientInnen am Implementierungsprozess (Entwicklung, Durchführung und Evaluation) der Forschungsergebnisse beteiligt werden, um die Anwendbarkeit der Forschungsergebnisse in der Praxis und die Versorgung der PatientInnen zu verbessern.

Zielsetzung: Die vorliegende Literaturübersichtsarbeit zielt darauf ab, effektive Strategien und Interventionen aus internationalen Forschungsarbeiten zu identifizieren, die PatientInnen am Implementierungsprozess von Forschungsergebnissen in die (pflegerische) Praxis beteiligen.

Methode: Relevante Forschungsarbeiten wurden mittels systematischer Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken, Internetrecherche und Durchsicht von Referenzlisten relevanter Studien identifiziert, kritisch bewertet sowie die Daten daraus extrahiert.

Ergebnisse: Zwölf Forschungsarbeiten (5 qualitative, 4 qualitativ-quantitative, 2 quantitative, 1 systematische Übersichtsarbeit) wurden zur weiteren Datenextraktion eingeschlossen. Es konnten verschiedenste Strategien und Interventionen zur PatientInnenbeteiligung in den Forschungsarbeiten identifiziert werden. Nur in einer Forschungsarbeit wurden Angaben zur Effektivität der eingesetzten Strategien und Interventionen gemacht.

Schlussfolgerung: Die vorliegende Übersichtsarbeit identifiziert Strategien und Interventionen zur PatientInnenbeteiligung an Forschungsimplementierungsprozessen aus internationalen Forschungsarbeiten. Weitere Forschungsarbeiten sind notwendig, um den Effekt von PatientInnenbeteiligung und einzelner Strategien im Rahmen von Implementierungsprozessen auf die Verbesserung der Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis sowie der Versorgung zu erforschen.

Abstract

Background: Decisions in a clinical context should be made according to research results, clinical expertise as well as considering the preferences and values of patients. Reality shows however that the practical application of research results is often unsuccessful. It proves to be problematical unifying values and preferences of patients with research results (guidelines, systematic reviews, decision aids etc.). To counteract this problem patients should be involved in the entire implementation process (development, procedure and evaluation) thus improving the usability of research results and the health care of patients.

Aim: This literature review seeks to identify effective strategies and interventions from international research papers which involve patients in the implementation process of research results into (nursing) practice.

Methods: Relevant research studies were identified through systematic literature searches in appropriate databases, internet research and the checking of reference lists of relevant studies. These were critically assessed and the data was extracted from them.

Results: 12 research papers were selected for further data extraction (5 qualitative, 4 qualitative-quantitative, 2 quantitative studies, 1 systematic review). Diverse strategies and interventions for patient participation were identified in research findings. Only one research paper offered information about the effect of the strategies and interventions which were used.

Conclusion: This literature review identifies strategies and interventions for patient participation in the process of the implementation of research findings in international research studies. Further research studies are necessary in order to realize the effect of patient participation and certain strategies and interventions on the implementation of research results.

1. Hintergrund

Menschen nehmen Wissen in verschiedenster Weise auf, immer mit dem Anspruch die reale Welt zu reflektieren. Pflegepersonen erwerben ihr Wissen unter anderem durch Traditionen, Erfahrung, Intuition und (Pflege-)Forschung (Grove et al. 2013). Die Pflegeforschung ist eine mit systematischen Methoden durchgeführte Untersuchung oder Beobachtung. Ziel ist es, Wissen über relevante Fragestellungen in der Pflegepraxis zu erzeugen um letztendlich mit der Anwendung (besten) wissenschaftlicher Evidenz die Versorgung, Gesundheit und Lebensqualität der PatientInnen zu verbessern (Polit & Beck 2012). In Österreich fordert das Gesundheitsqualitätsgesetz (§ 3) die Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in der klinischen Entscheidungsfindung und Praxis (Gesundheitsqualitätsgesetz 2014).

Pflegepersonen stellen die größte Berufsgruppe im Gesundheitsbereich dar und deren Arbeit hat einen bedeutenden Einfluss auf die Qualität der Betreuung der PatientInnen (Blegen et al. 2011; Estabrooks et al. 2005). Häufig wird jedoch von Berufsgruppen im Gesundheitswesen, so auch in der Pflege, das Ziel, PatientInnen nach besten wissenschaftlicher Evidenz zu betreuen, verfehlt (Grimshaw et al. 2012; Thompson et al. 2007).

1.1. Lücke zwischen Theorie und Praxis

Weltweit werden große Summen von Geldern in die Gesundheits- und Pflegeforschung investiert (Grimshaw et al. 2012), was eine Vielzahl an Informationen und Ergebnissen hervorbringt. Es gelingt den Gesundheitssystemen allerdings häufig nicht, die Ergebnisse aus der Forschung in die Praxis zu bringen (Grimshaw et al. 2012; Grol & Grimshaw 2003; Straus et al. 2009). ForscherInnen aus den USA und den Niederlanden stellten fest, dass 30 bis 45% der PatientInnen Behandlungen erhalten, die nicht auf Forschungserkenntnissen basieren und 20 bis 25% der erhaltenen Therapien sogar unnötig oder potenziell schädlich sind (Grol 2001; McGlynn et al. 2003; Schuster et al. 1998). Diese Tatsache verursacht weiterführend hohe Kosten für die Gesundheitssysteme und vermeidbares Leid für betroffene PatientInnen (Grimshaw et al. 2012). Die Realität zeigt deutlich auf, dass eine bedeutende Lücke zwischen Theorie und Praxis besteht und die Übertragung von

Forschungsergebnissen in die Praxis häufig fehlschlägt (Grol & Grimshaw 2003; Straus et al. 2009).

1.2. Forschungsanwendung und Evidence based Practice (EBP)

Die Anwendung von Forschungsergebnissen (Research Utilization) und Evidence based Practice (EBP) werden in der Literatur oft als übergreifende Konzepte beschrieben (Estabrooks 1998; Grove et al. 2013; Polit & Beck 2012). Das Konzept der Forschungsanwendung wird mit dem englischen Begriff Research Utilization (RU) bezeichnet und wie folgt definiert: *'Research Utilization (RU) is the process of synthesizing, disseminating, and using research-generated knowledge to make an impact on or a change in the existing practices in society.'* (Grove et al. 2013, p. 708).

Evidence based Practice (EBP) hingegen, hat den Anspruch Forschungsevidenz und klinische Expertise verbunden mit PatientInnenpräferenzen anzuwenden, mit dem Ziel die bestmögliche Behandlung für die PatientInnen gewährleisten zu können (Polit & Beck 2012). Präferenzen, Erfahrungen und Werte von PatientInnen im Bezug auf deren Gesundheit sollen von Gesundheitsprofessionen, neben wissenschaftlichen Erkenntnissen, klinischer Expertise und Kontextfaktoren im Rahmen der klinischen Entscheidungsfindung, als Evidenz gewertet werden (Rycroft-Malone et al. 2004). EBP kann ohne einer systematischen Beteiligung von PatientInnen dem Anspruch, die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, nicht gerecht werden (Haynes et al. 2002).

Beide Konzepte (RU & EBP) vertreten das Bestreben Erkenntnisse aus der Forschung als Basis für klinische Entscheidungen zu nutzen. Ein Unterschied zwischen EBP und RU ist der zusätzliche Fokus des EBPs auf PatientInnenpräferenzen und klinischer Expertise (Polit & Beck 2012).

1.2.1. Formen von Forschungsergebnissen für die Praxis

Zu den vorhandenen Möglichkeiten Forschungserkenntnisse für die Praxis aufzubereiten, um auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende Entscheidungen treffen zu können, zählen unter anderem: Systematische Übersichtsarbeiten (Systematic Reviews – SR),

evidenzbasierte Leitlinien (Clinical Practice Guidelines – CPGs) und Werkzeuge zur Unterstützung in klinischer Entscheidungsfindung (Clinical Decision Support Tools) (Polit & Beck 2012).

Eine systematische Übersichtsarbeit (SR) ist eine mit im Vorfeld festgelegten Kriterien, sorgfältige, von mindestens zwei ForscherInnen durchgeführte, systematische Synthese und kritische Bewertung bestehender Literatur zu einem Thema, mit dem Ziel die beste verfügbare Evidenz bezogen auf eine Forschungsfrage zu gewinnen. In Folge werden Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die (pflegerische) Praxis abgeleitet. Der Prozess der Erstellung eines SR muss dokumentiert und nachvollziehbar sein (Higgins & Green 2011).

Evidenzbasierte Leitlinien (CPGs) basieren in der Regel auf systematischen Übersichtsarbeiten und beinhalten spezifische Handlungsempfehlungen zur Unterstützung der evidenzbasierten Entscheidungsfindung. Die Leitlinien werden, anders als systematische Übersichtsarbeiten, nicht nur von ForscherInnen, sondern von einem multidisziplinären Team bestehend aus ForscherInnen, ExpertInnen, PraktikerInnen und PatientInnen entwickelt (Eccles et al. 2012; Shekelle et al. 1999). CPGs gelten aufgrund der aus Erkenntnissen wissenschaftlicher Literatur und der Expertise verschiedener Fachpersonen und Beteiligten formulierten Empfehlungen, als effektive Werkzeuge die Pflegequalität zu verbessern, unerwünschte Ereignisse zu minimieren und Kosten einzusparen (Woolf et al. 1999).

Werkzeuge zur Unterstützung in klinischer Entscheidungsfindung (Clinical Decision Support Tools) wurden entwickelt, um die Gesundheitsprofessionen darin zu unterstützen, Informationen zu organisieren, Assessments zu beurteilen und daraus angemessene Interventionen auszuwählen. Hinter diesen Werkzeugen stehen klinische Entscheidungsregeln (clinical decision rules), welche die beste verfügbare Evidenz eines Themas zu einem praktischen Leitfaden synthetisieren (Polit & Beck 2012).

1.2.2. Der *‘Knowledge into Action’* Prozess

Der Prozess, wie die Forschungsergebnisse in die Praxis gebracht werden können, wird von Graham et al. (2006) im *‘Knowledge into Action’* Prozess veranschaulicht. Hierbei wurden Erkenntnisse aus sechzig bestehenden Theorien rund um das Thema *‘Knowledge*

Translation` von den ForscherInnen synthetisiert. Die Abbildung 1 bietet eine Übersicht des „*Knowledge into Action*“ Prozesses.

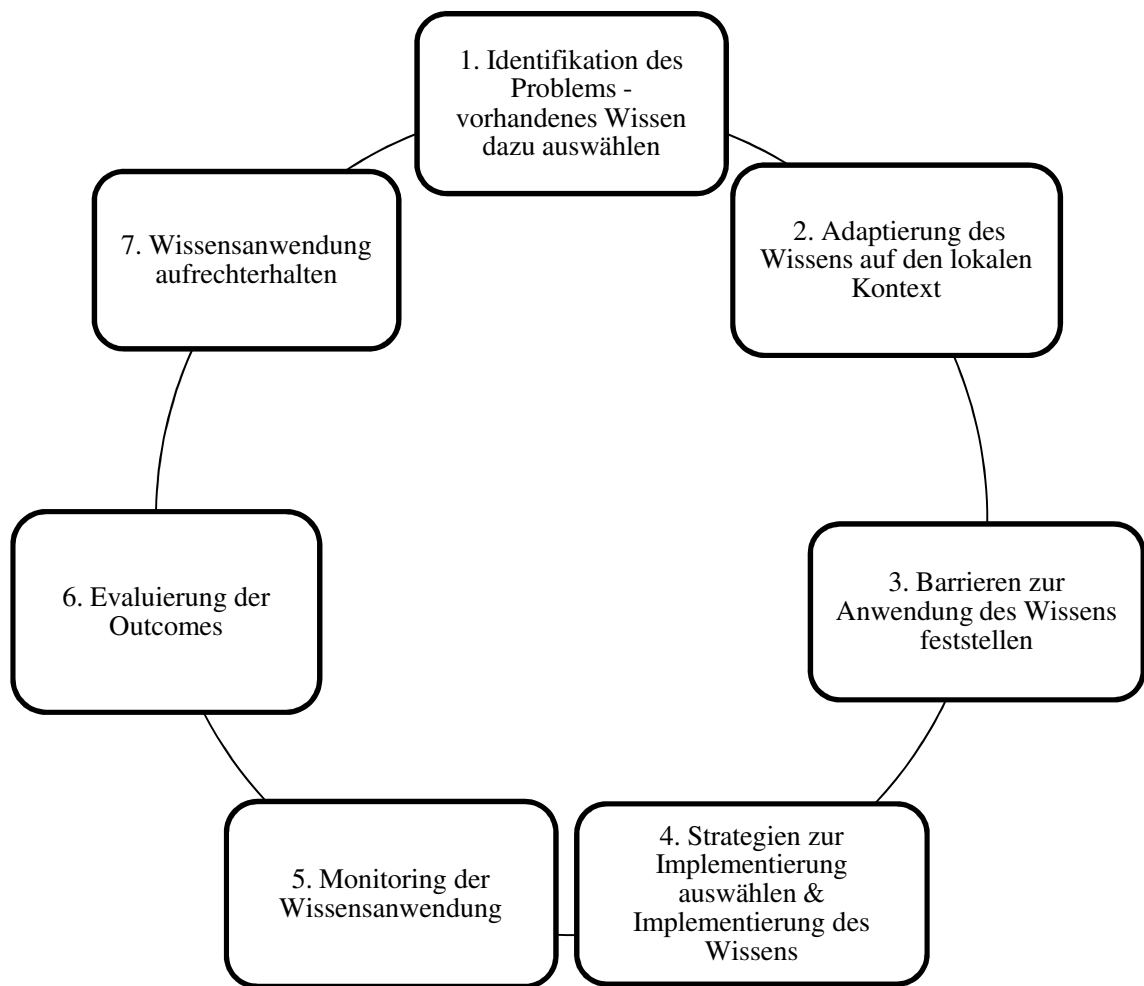


Abbildung 1: *Knowledge into Action* – Prozess*
*in Anlehnung an Graham et al. 2006, p. 19

1.3. Forschungsimplementierung

Forschungsimplementierung (FIM) ist die aktive Durchführung, der vorausgegangenen Entscheidung, Innovationen und Forschungsergebnisse in die Praxis zu bringen (University of Alberta 2014).

Seit den 1970er Jahren werden Modelle und Methoden entwickelt, Forschung zu verbreiten und in die Praxis zu implementieren (Estabrooks 1998). Drei der bekanntesten Modelle zur Forschungsimplementierung sind das Stetler Modell, das Iowa Modell und das Roger's Diffusion of Innovation Modell (Polit & Beck 2012).

Der Prozess der Implementierung ist durch die Komplexität, die Innovationen, Erneuerungen und Veränderungen sowie gesamte soziale Systeme und Organisationen mit sich bringen, geprägt und stellt eine große Herausforderung für die Beteiligten dar (Bradley et al. 2004; Estabrooks 1998; Estabrooks et al. 2003; Kitson 2001). Die erfolgreiche Implementierung von Forschungsergebnissen erfordert die Berücksichtigung der Interessen involvierter Stakeholder, welche als die „8 P's“ definiert werden: *public, patients, press, physicians, policy makers, private sector, payers and public health* (Larkin et al. 2007, p. 1044). Larkin und KollegInnen (2007) beschreiben zudem die Wichtigkeit der Berücksichtigung von PatientInneninteressen und dem eigenen Gewissen im Rahmen von Implementierungsprozessen als „moralischen Kompass“ für ForscherInnen. Dieser soll helfen *das richtige Wissen, für die richtige Patientin, den richtigen Patienten, am richtigen Platz, zur richtigen Zeit und zum richtigen Preis in die Praxis zu bringen* (Larkin et al. 2007, p. 1046).

1.3.1. Strategien um Forschungswissen zu implementieren

Bestehende Literatur zur Implementierung von Forschungsergebnissen in die Praxis empfiehlt, förderliche Faktoren, Hindernisse und Barrieren (auf organisationaler, sozialer und professioneller Ebene) im Vorfeld zu identifizieren (diagnostische Analyse) und weiterführend Strategien und Interventionen auszuwählen, um diesen adäquat zu begegnen (Grol 2001; Grol & Grimshaw 2003; Hakkennes & Dodd 2008). Die Anwendung einer Kombination aus zwei oder mehr Interventionen gleichzeitig (multifaceted interventions) wird als effektive Methode beschrieben (Bero et al. 1998; Robertson & Jochelson 2006). Grimshaw und Eccles (2004) betrachten den Effekt von „multifaceted interventions“ in

ihrer systematischen Übersichtarbeit kritisch, mit dem Argument, nur in wenigen der von ihnen untersuchten Studien Beschreibungen gefunden zu haben, wie diese zusammengesetzt waren. Werden aber mehrere Interventionen bezogen auf bestehende Barrieren ausgewählt, sind diese jedoch effektiver als einzelne Interventionen (Grimshaw & Eccles 2004).

Die Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Gruppe ist eine Review Gruppe der Cochrane Collaboration, welche sich auf Strategien zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung fokussiert. Die EPOC Gruppe stellt eine Klassifikation von Implementierungsstrategien bereit, welche mögliche Interventionen in vier Ebenen unterteilt: professionelle, finanzielle, organisationale (einrichtungsbezogene) und regulative Strategien (EPOC 2002). Professionelle Strategien beinhalten Interventionen, die sich an Gesundheitsprofessionen richten, wie beispielsweise Audit und Feedback, Marketing, Bildungsveranstaltungen sowie der Einsatz von MeinungsführerInnen. Finanzielle Interventionen sind z.B. Einzelleistungsgebühren oder finanzielle Anreize. Organisationale Interventionen können Veränderungen in der Anzahl oder Qualifikation der Angestellten sein und regulative Interventionen bewirken Veränderungen in Gesundheitssystemen durch Gesetzesänderungen (EPOC 2002).

Am häufigsten werden bei Implementierungsprozessen Interventionen aus der Ebene der professionellen und organisationalen Strategien angewendet, wobei professionelle Interventionen bedeutend häufiger vorkommen als Interventionen der Ebene der organisationalen Strategien (Medves et al. 2010; Robertson & Jochelson 2006). Finanzielle und regulative Strategien sind wenig verbreitet (Breimaier et al. 2013; Mazza et al. 2013; Meesterberends et al. 2010).

Das Forschungsfeld der Implementierungsstrategien und Interventionen hat sich seit dem letzten Jahrzehnt entwickelt. Thompson und KollegInnen (2007) zeigen in einer systematischen Übersichtsarbeit auf, dass nur wenige, methodisch starke Studien zur Überprüfung von Strategien und Interventionen zur Forschungsimplementierung im pflegerischen Kontext existieren (Thompson et al. 2007). Überdies wurde der Rolle individueller PatientInnen und PatientInnengruppen als Beteiligte an Implementierungsprozessen wenig Aufmerksamkeit geschenkt (Staniszewska et al. 2013).

1.4. PatientInnenbeteiligung – eine Strategie um Forschungswissen in die Praxis zu implementieren

Rycroft-Malone (2004) schreibt der Beteiligung einzelner PatientInnen sowie PatientInnengruppen an Implementierungsprozessen eine wichtige Rolle zu, um Forschungsergebnisse effektiv in die Praxis übertragen zu können (Rycroft-Malone 2004). Ziel ist es, die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis sowie die Versorgung der PatientInnen zu verbessern. Die Beteiligung von PatientInnen wird an der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Implementierungsstrategien empfohlen (Greenhalgh et al. 2014; Staniszewska et al. 2013). Mögliche Strategien, um PatientInnen am Implementierungsprozess zu beteiligen, wurden von der EPOC Gruppe (2002) und Cochrane Consumers and Communication Review Group (CCRG) beschrieben und Interventionen dazu formuliert.

1.4.1. Interventionen zur PatientInnenbeteiligung nach EPOC

Die EPOC Gruppe (2002) beschreibt auf Ebene der organisationalen Strategien, PatientInnen orientierte Interventionen zur Steuerung und Beeinflussung von Implementierungsprozessen. Tabelle 1 visualisiert die Einbettung dieser Interventionen in die Taxonomie von EPOC.

Tabelle 1: Verortung der PatientInnen orientierten Interventionen nach EPOC*

Strategie	Interventionen
Professionell	...
Finanziell	...
Organisational	<ul style="list-style-type: none"> • Provider (AnbieterInnen) orientierte Interventionen • <i>PatientInnen orientierte Interventionen</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Förderung einer individuellen PatientInnenbeteiligung in Entscheidungssituationen ○ Förderung der Beteiligung von PatientInnengruppen ○ Management von PatientInnenbeschwerden ○ Briefkastenapotheken im Vergleich zu traditionellen Apotheken • Strukturelle Interventionen
Regulativ	...

*in Anlehnung an Breimaier et al. 2011

Die Förderung einer individuellen Beteiligung von PatientInnen in Entscheidungssituationen könnte beispielsweise eine persönliche Beratung in der Dekubitusprophylaxe sein. Die Beteiligung von einzelnen PatientInnengruppen ist unter anderem durch Fokusgruppen, PatientInnenforen, PatientInnen- und Pflegeombudsmänner/-frauen beziehungsweise PatientInnenanwältInnen möglich. Das Management von Beschwerden und Problemen im Bezug auf die PatientInnenzufriedenheit könne durch ein PatientInnenkomitee erwirkt werden (Breimaier 2014). Der Punkt Briefkastenapotheken im Vergleich zu traditionellen Apotheken ist für diese Masterarbeit nicht relevant.

1.4.2. Interventionen zur PatientInnenbeteiligung nach CCRG

Die Cochrane Consumers and Communication Review Group (CCRG) entwickelte eine Taxonomie von Interventionen um Forschungswissen in die Praxis zu bringen, welche die Interaktion zwischen KonsumentInnen/PatientInnen und dem Gesundheitswesen, Gesundheitspersonal sowie ForscherInnen betreffend klassifiziert (CCRG 2014). Folgende Kategorien wurden als relevant angesehen und Interventionen dazu angeführt: Kommunikation und Entscheidungsfindung (Decision Aids, Risikokommunikation, Kommunikation vor Konsultation); Interventionen, um eine Verhaltensveränderung zu

erwirken (interaktive Kommunikation, neue Kommunikationsformen, Interventionen zur Verbesserung der Therapietreue, Verträge) sowie Informations- und Bildungsinterventionen (schriftliche Informationsmaterialien und Selbstmanagementprogramme) (Grimshaw et al. 2012).

Decision Aids (DAs) sind hervorzuheben, denn diese werden in der Literatur different beschrieben: einerseits als Intervention oder Strategie, Forschungsergebnisse unter Einbezug von PatientInnenpräferenzen in die Praxis zu implementieren (Grimshaw et al. 2012); andererseits werden DAs von Brouwers und Kolleginnen (2009) als in „patientInnenfreundliche“ Sprache übersetzte Forschungsergebnisse bezeichnet.

1.4.3. PatientInnenbeteiligung – eine Begriffsbestimmung

PatientInnen haben ein ethisches und demokratisches Recht, sich im Gesundheitswesen auf allen Ebenen zu beteiligen (Coulter 2011; Consumer Focus Collaboration 2000). Die Weltgesundheitsorganisation schreibt bereits 1978 in der Deklaration von Alma Ata fest, dass *‘Menschen das Recht und die Verpflichtung haben, sich individuell und kollektiv an der Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen’* (WHO 1978). Ab diesem Zeitpunkt findet eine sehr langsame aber stetige Veränderung statt, PatientInnen als PartnerInnen im Gesundheitswesen anzuerkennen und zu beteiligen (NSQHS 2012). Überdies wollen PatientInnen zunehmend als aktive PartnerInnen an der eigenen Versorgung beteiligt werden (Schünemann et al. 2006). Dennoch herrscht im Gesundheitswesen Unklarheit über die in der englischsprachigen Literatur vorkommenden Begrifflichkeiten: *‘patient participation, user or consumer involvement, collaborative care and partnership’* und sie verfügen über keine einheitlichen Definitionen (Allen 2000; Longtin et al. 2010).

Die US National Library of Medicine definiert PatientInnenbeteiligung wie folgt: *‘the involvement of the patient in the decision-making process regarding health issues’* (US National Library of Medicine 1978). Diese Definition bildet allerdings nur einen Teil der Bedeutung von PatientInnenbeteiligung im Gesundheitswesen ab und schließt andere Aspekte, die über die individuelle Entscheidungsfindung hinausgehen, aus (Longtin et al. 2010).

Sherry Arnstein (1969), differenziert das Konzept der Beteiligung in dem von ihr entwickelten Stufenmodell. Arnstein's Stufenmodell ist eines der ersten in diesem Bereich und bildet die Grundlage vieler Denkansätze und weiterer Modelle im Bereich der PatientInnenbeteiligung (Tritter 2009). In ihrem Modell ist in der obersten Stufe der Hierarchie die Entscheidungsmacht über Veränderungen den BürgerInnen vorbehalten. Dies wird von Arnstein als die höchste Form der Beteiligung angesehen (Arnstein 1969). Gemäß Tritter (2009) scheitert das Stufenmodell allerdings darin, die Komplexität und Ausprägungen des Konzepts der PatientInnenbeteiligung abbilden zu können.

Tritter (2009) hingegen greift diese Komplexität auf und differenziert PatientInnenbeteiligung in folgende Formen und Bereiche: individuelle (einzelne PatientInnen) oder kollektive (PatientInnengruppen oder Organisationen), direkte (PatientInnen nehmen an Entscheidungsfindung teil) und indirekte (Informationen zu Sichtweisen der PatientInnen werden von Gesundheitsprofessionen gesammelt und an andere Stellen weitergegeben, Entscheidungen werden von ManagerInnen getroffen) sowie reaktive (auf bestehende Konzepte antworten) und proaktive (an der Entwicklung von Konzepten mitzuarbeiten) Beteiligung (Tritter 2009). Tabelle 2 visualisiert die einzelnen Formen der Beteiligung nach Tritter (2009):

Tabelle 2: Modell der Beteiligung*

	Direkt	Indirekt
Individuell	Proaktiv	Reaktiv
Kollektiv	Proaktiv	Reaktiv

*in Anlehnung an Tritter (2009)

PatientInnenbeteiligung kann in folgenden Bereichen stattfinden: Entscheidungsfindung über Behandlungen, Evaluation und Entwicklung von Dienstleistungen, Bildung sowie Forschung und kann in den oben dargestellten Formen und Dimensionen (individuell, kollektiv, pro- oder reaktiv, direkt und indirekt) auftreten (Tritter 2009). Tritter (2009) sieht die von ihm beschriebenen Formen und Dimensionen der Beteiligung nicht als Hierarchie.

1.4.4. PatientInnenbeteiligung – eine Möglichkeit die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis zu verbessern?

Eine Barriere der Anwendung von Clinical Practice Guidelines (CPGs) in der Praxis ist unter anderem die Schwierigkeit, Empfehlungen aus Leitlinien mit PatientInnenpräferenzen und Werten sowie sozialen Normen in Einklang zu bringen (Grol et al. 1998). CPGs wurden auch immer wieder kritisiert, nicht für die steigenden Ansprüche der PatientInnen, in Entscheidungen einbezogen zu werden, geeignet zu sein. Auch den erhöhten Anforderungen durch die steigende Anzahl von PatientInnen, die mit einer chronischen Krankheit leben und deren Bedeutung für Entscheidungen im klinischen Kontext, können viele CPGs nicht gerecht werden (Légaré et al. 2009). Die Anwendung von CPGs in der Praxis verbessert sich nachweislich, wenn Empfehlungen auf die PatientInnenpräferenzen und Werte flexibel reagieren können und Leitlinien Informationen darüber enthalten, wie PatientInnen aktiv in den klinischen Entscheidungsfindungsprozess involviert werden können (Gagliardi et al. 2011; Schünemann et al. 2006).

In den vergangenen Jahren wurden bereits vermehrt PatientInnen an der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien beteiligt, mit dem Bestreben, Werte und Präferenzen der PatientInnen in die Empfehlungen einfließen zu lassen, um diese adäquat abbilden zu können (Légaré et al. 2009). Im Jahr 2007 gründete das Guideline International Network (G-I-N) die Arbeitsgruppe `G-I-N PUBLIC` mit dem Ziel, PatientInnen effektiv in die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien zu involvieren (G-I-N 2014). In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff „*Patient & Public Involvement*“ (PPI) sowie ein Werkzeug (*G-I-N Toolkit, Patient & Public Involvement in Guidelines*) entstanden. PatientInnenbeteiligung durch Konsultation, Partizipation und Kommunikation sind in diesem Werkzeug beschreiben, die in allen Phasen der Leitlinienerstellung und Implementierung anwendbar sind (G-I-N 2014). Die Empfehlungen in dem genannten Werkzeug basieren jedoch nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf internationalen Erfahrungen und Beispielen (G-I-N 2014).

Bestehende Literatur empfiehlt, PatientInnen an der Verbreitung von Forschungsergebnissen zu beteiligen (Coulter 2011; Rycroft-Malone 2004; Staniszewska et al. 2013). Der potentielle Nutzen erweist sich in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung (Boivin et al. 2014) und es wird eine Verbesserung der Umsetzung und Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis sowie der Gesundheit und

Lebensqualität der PatientInnen erwartet (Nilsen et al. 2013). Derzeit können allerdings keine evidenzbasierten Aussagen über den Effekt der Beteiligung von PatientInnen an der Verbreitung von Forschungsergebnissen auf die Verbesserung der Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis oder der Lebensqualität und Gesundheit der PatientInnen gemacht werden (Abma & Broerse 2009; Nilsen et al. 2013).

1.5. PatientInnenbeteiligung und die Implementierung von Forschungsergebnissen – eine Darstellung

Die Synthese der theoretischen Grundlagen zum Konzept der PatientInnenbeteiligung (Tritter 2009) sowie verschiedener Implementierungsstrategien (EPOC 2002; CCRG 2014) ergibt folgende Darstellung (Abbildung 2) der einzelnen Bereiche und Formen von PatientInnenbeteiligung im Rahmen von Implementierungsprozessen von Forschungsergebnissen.

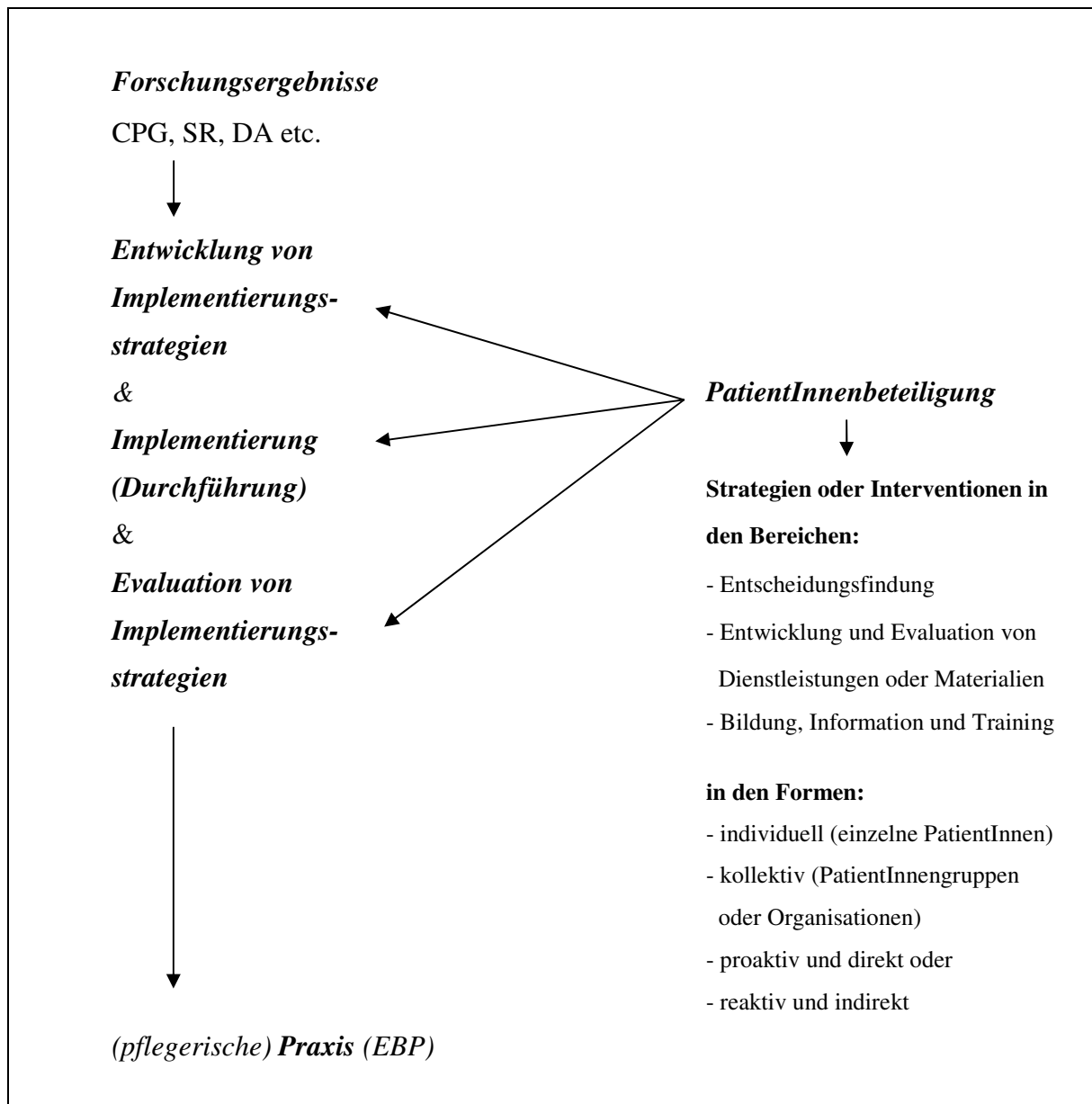


Abbildung 2: PatientInnenbeteiligung an der Implementierung von Forschungsergebnissen*

*in Anlehnung an CCRG (2014), EPOC (2002), Grimshaw et al. (2012) und Tritter (2009)

2. Zielsetzung und Forschungsfrage

Diese Masterarbeit fokussiert darauf, Interventionen zur PatientInnenbeteiligung am Implementierungsprozess (Entwicklung, Durchführung und Evaluation) von Forschungsergebnissen sowie Angaben zu deren Effektivität aus der internationalen Literatur zu erfassen. Dabei sind individuelle (einzelne PatientInnen) wie auch kollektive (durch PatientInnenorganisationen oder Gruppen) sowie direkte und proaktive wie auch indirekte und reaktive PatientInnenbeteiligungsformen von Interesse.

Die Erkenntnisse zur internationalen Forschungslage sollen EntscheidungsträgerInnen, ForscherInnen und PraktikerInnen evidenzbasierte Informationen zur Verfügung stellen. Es soll ein Beitrag geleistet werden, um die Anwendung von Forschungsergebnissen in der (pflegerischen) Praxis sowie die Versorgung der PatientInnen zu verbessern.

Es ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Welche Strategien und Interventionen der PatientInnenbeteiligung werden zur Implementierung von Forschungsergebnissen in Einrichtungen des Gesundheitswesens, bzw. in der Pflege eingesetzt?

Werden Angaben zur Effektivität der PatientInnenbeteiligung am Implementierungsprozess gemacht, wenn ja in welchem Ausmaß?

3. Methode

Da in der vorausgegangenen Recherche keine Übersichtsarbeit zur PatientInnenbeteiligung an der Implementierung von Forschungsergebnissen identifiziert werden konnte, stellt diese Masterarbeit eine Übersichtsarbeit von bestehender Literatur zum Thema dar. Das nachfolgende Kapitel beinhaltet detaillierte Beschreibungen zur Vorgehensweise in Literatursuche, Auswahl der Forschungsarbeiten und Datenextraktion der inkludierten Studien und Forschungsarbeiten.

3.1. Auswahl der Studien/Forschungsarbeiten

Da es sich im Bereich der PatientInnenbeteiligung, wie auch der Implementierung von Forschungsergebnissen um sehr junge Forschungsfelder handelt (Nilsen et al. 2013; Thompson et al. 2007) wurden Artikel und Forschungsarbeiten aus allen Evidenzebenen nach Polit & Beck (2012) eingeschlossen, um eine möglichst breite Erfassung verschiedener Beteiligungsstrategien oder Interventionen zu erzielen.

Tabelle 3: Evidenzebenen*

Evidenzebenen	Studientypen
Ebene I	Systematische Übersichtsarbeiten von randomisiert kontrollierten Studien Systematische Übersichtsarbeiten von nicht randomisiert kontrollierten Studien
Ebene II	Einzelne RCT Einzelne nicht randomisiert kontrollierte Studie
Ebene III	Systematische Übersichtsarbeit von Korrelations- und Beobachtungsstudien
Ebene IV	Einzelne Korrelations- und Beobachtungsstudien
Ebene V	Systematische Übersichtsarbeit von beschreibenden und/oder qualitativen Studien
Ebene VI	Beschreibende und/oder qualitative Studien
Ebene VII	Meinungen von ExpertInnen oder Autoritäten

*in Anlehnung an Polit & Beck 2012, p 28

Darüber hinaus wurden Forschungsarbeiten und Studien aus jedem Setting des Gesundheitswesens, bzw. der Pflege zur weiteren Bewertung in die Übersichtsarbeit eingeschlossen, welche:

- Strategien und Interventionen der Beteiligung von PatientInnen am Implementierungsprozess von Forschungsergebnissen (SR, CPG, DA etc.) in die Praxis beschreiben,
- die Anwendung und Entwicklung von Strategien und Interventionen zur Beteiligung von PatientInnen im Implementierungsprozess beschreiben,
- die angewendeten Strategien und Interventionen der PatientInnenbeteiligung bei Implementierungsprozessen evaluieren oder mit einer anderen oder keiner Intervention, Methode oder Strategie vergleichen,
- oder Implementierungsprozesse oder -strategien unter Beteiligung von PatientInnen evaluieren.

3.2. Auswahl der StudienteilnehmerInnen (Population)

Eingeschlossen wurden Studien, in denen individuelle PatientInnen oder PatientInnengruppen aus jedem Setting des Gesundheitswesens, bzw. der Pflege in den Implementierungsprozess von Forschungsergebnissen in die Praxis involviert wurden.

3.3. Auswahl der Intervention oder Einflussgröße

Folgende Interventionen oder Einflussgrößen wurden für den Einschluss in diese Masterarbeit festgelegt: Strategien und Interventionen, PatientInnen am Implementierungsprozess von Forschungsergebnissen in die Praxis zu beteiligen.

3.4. Auswahl der Ergebnismessung

Die Ergebnismessung, wenn vorhanden, bezieht sich auf den Effekt der PatientInnenbeteiligung auf den Implementierungsprozess von Forschungsergebnissen in der Praxis. Die Ergebnisse sollten auf einer der drei Ebenen von Ergebnissen nach Proctor

et al. (2011) untersucht worden sein: *implementation outcomes, service outcomes, client outcomes*.

3.5. Suchwörter

Die Suchwörter wurden zu den drei Hauptkonzepten des Themas lukriert (PatientInnen-Beteiligung, Implementierung und Forschungsergebnisse). Die ausgewählten Suchwörter wurden anschließend mit Hilfe von webbasierten Übersetzungsseiten in die englische Sprache übersetzt und mit dem Boole'schen Operator „OR“ kombiniert sowie mit „AND“ miteinander verbunden. Tabelle 4 bietet eine Darstellung der Suchwörter und deren Kombinationen. Eine detaillierte Abbildung der Suche in den einzelnen Datenbanken findet sich im Anhang I.

Tabelle 4: Suchwörter der Literaturrecherche bezogen auf die Hauptkonzepte

Konzept	Suchwörter in englischer Sprache
PatientInnen - Beteiligung	patient OR consumer OR respondent particip* OR involv* AND
Implementierung	(research implement*) OR utilizat* OR utilisat* OR disseminat* OR diffus* OR transf* OR (knowledge transl*) OR uptak* OR adopt* AND
Forschungsergebnis	(research outcome) OR knowledg* OR (evidence base*)

Es wurde kein Setting (ambulanter, stationärer oder häuslicher Bereich, Akut- oder Langzeitpflege, medizinischer oder pflegerischer Bereich) in die Suchstrategie integriert, da der Fokus auf die Strategien und Interventionen gelegt wurde, welche PatientInnen am Implementierungsprozess beteiligen und diese Masterarbeit eine breite Erfassung von Forschungsarbeiten zur Thematik zum Ziel hatte.

3.6. Datenbanken

Um relevante Studien zu identifizieren wurde eine elektronische Suche in folgenden Datenbanken durchgeführt: All EBM Reviews - Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness), CCTR (Cochrane Controlled Trails Register), CMR, HTA (Health Technology Assessment), and NHSEED und Embase 1996 to 2014 Week 38 via OVID, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and allied health literature), MEDLINE(R) via PubMed und WEB OF SCIENCE. Darüber hinaus wurde eine Internetrecherche in der Metasuchmaschine MetaCrawler sowie die Sichtung nach weiteren Studien in den Referenzlisten relevanter Forschungsarbeiten vorgenommen.

Gesucht wurde mit den im Vorfeld festgelegten Suchwörtern (siehe Tabelle 4) nach deutsch- und englischsprachigen Publikationen. Es wurden keine weiteren Limitationen festgelegt. Die Thematik dieser Masterarbeit erforderte eine möglichst breite Suche, um den generellen Forschungsstand zum Thema zu identifizieren. Die Suche wurde von Anfang März bis Ende Juli 2014 durchgeführt. Abbildung 3 veranschaulicht die Literatursuche und Auswahl der Forschungsarbeiten und den Reviewprozess.

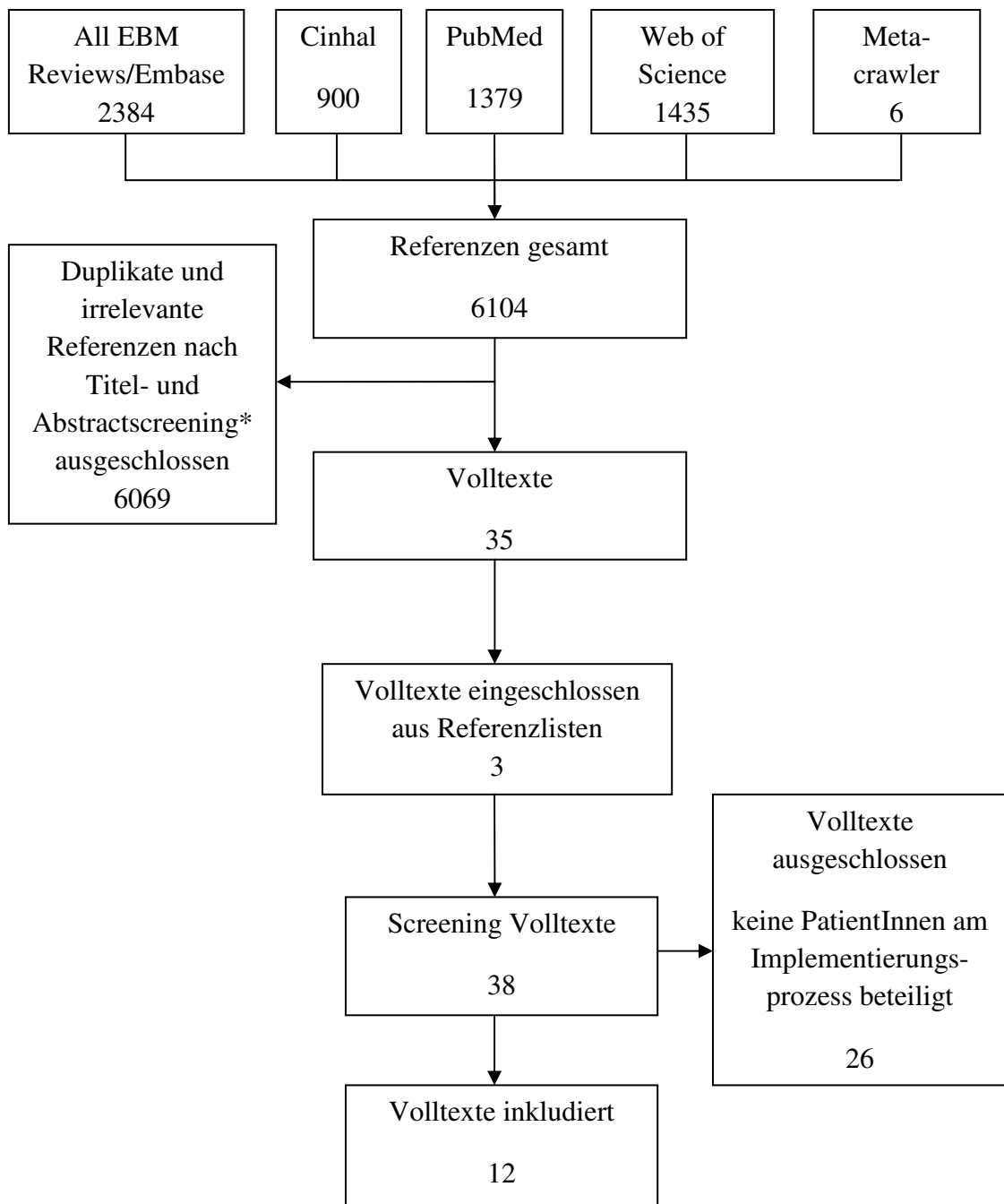


Abbildung 3: Flussdiagramm der Literatursuche und des Reviewprozesses

*Gründe Ausschluss nach Titelscreening: ungeeigneter Fokus, ungeeignete Population (5296 Volltexte ausgeschlossen nach Titelscreening)
 Gründe Ausschluss nach Abstractscreening: ungeeignets Forschungsziel, ungeeignete Population (154 Abstracts ausgeschlossen nach Abstractscreening)

Hauptgründe für den Ausschluss, der für diese Masterarbeit nicht relevanten Forschungsarbeiten, waren eine ungeeignete Intervention, bzw. ein ungeeignetes Forschungsziel der Arbeiten. Ein weiterer häufiger Grund war die Beteiligung von Personen aus den Gesundheitsprofessionen am Implementierungsprozess anstatt der Beteiligung von PatientInnen. Eine Auflistung der nach dem Schritt „Sichtung der Abstracts“ ausgeschlossenen Studien inklusive der Angabe der Ausschlussgründe findet sich im Anhang II.

3.7. Datenextraktion

Die Daten der eingeschlossenen Studien und Forschungsarbeiten wurden von der Autorin dieser Masterarbeit nach folgenden Kategorien extrahiert: ErstautorIn, Land und Jahr der Publikation, Forschungsziel(e), Studiendesign und angewendete Methode(n), Strategie oder Intervention der Beteiligung von PatientInnen, Anzahl der PatientInnen, die beteiligt wurden, Angaben zur Effektivität der eingesetzten Strategien und Interventionen und Setting der Forschungsarbeit.

3.8. Kritische Bewertung der inkludierten Studien

Die inkludierten Studien wurden je nach Studiendesign mit unterschiedlichen Instrumenten bewertet. Folgende Instrumente wurden zur kritischen Bewertung der inkludierten Studien und Forschungsarbeiten nach deren Design ausgewählt:

- **Quantitativ:** Guide to an overall critique of a Quantitative Research Report (Polit & Beck 2012, pp. 112-114),
 - **Pilotstudie:** Critiquing planning aspects of a study (Polit & Beck, p. 196)
- **Qualitativ:** Guide to an overall critique of a Qualitative Research Report (Polit & Beck 2012, pp. 115-117)
- **Mixed Method (MM) (quantitativ und qualitatives Design):** Guide for critiquing a Mixed Method Study (Polit & Beck 2012, p. 626) inklusive der allgemeinen Teile des Guide to an overall critique (Polit & Beck 2012, pp. 112-117)
- **Systematic Review:** Guidelines for critiquing Systematic Reviews (Polit & Beck 2012, p. 674)

Die Auswahl der Bewertungsinstrumente der relevanten Forschungsarbeiten fiel auf jene aus der Pflegeforschung stammenden Bewertungsbögen von Polit & Beck (2012). Diese wurden aufgrund der verbesserten Möglichkeit die Qualität der Forschungsarbeiten miteinander in Beziehung zu setzen, ausgewählt.

Alle Instrumente von Polit und Beck (2012) enthalten Fragestellungen zur kritischen Bewertung der folgenden Bereiche der Forschungsarbeiten: Abstract, Einleitung, Methode, Ergebnisse und Diskussion. Ziel ist es, die Stärken und Schwächen einer Studie oder Forschungsarbeit zu identifizieren. Nach der Bewertung der einzelnen Studien wurden Gesamtbewertungen von 1 bis 6 (1 – sehr gut, 2 – gut, 3 – befriedigend, 4 – genügend, 5 – mangelhaft, 6 – ungenügend) im Bezug auf die Qualität der Forschungsarbeiten von der Autorin dieser Masterarbeit vergeben. Die Gesamtbewertung erfolgte nach Häufigkeit der auf die Fragen im Bewertungsbogen vergebenen „ja“, „nein“ oder „k.A.“ (keine Angabe), welche folgende Bedeutungen aufweisen (mehr als zwei „nein“ oder „k.A.“ pro Frageblock ergibt eine Bewertung schlechter):

- ja – Informationen zur Beantwortung der Fragen vorhanden, Kriterien der Fragestellung erfüllt;
- k.A. – keine Informationen zur Beantwortung der Fragestellung vorliegend;
- nein – Kriterien der Fragestellung nicht erfüllt.

Ebenso wurde nach Wichtigkeit der Frage oder des Frageblocks gewertet. Ungereimtheiten im methodischen Vorgehen der Forschungsarbeit wurden bereits nach einmaligen Vorkommen von „k.A.“ und „nein“ mit einer Bewertungsstufe schlechter bewertet als andere Bereiche, wo erst ab zweimaligem Vorkommen von „k.A.“ und „nein“ eine Bewertungsstufe schlechter vergeben wurde. Artikel und Forschungsarbeiten die mindestens die Bewertung 4 aufwiesen, wurden in diese Masterarbeit eingeschlossen, Arbeiten mit der Bewertung 5 und 6 wurden ausgeschlossen.

4. Ergebnisse

Von insgesamt 6104 identifizierten Forschungsarbeiten wurden nach Ausschluss der Duplikate, Sichtung der Titel, Abstracts und Volltexte zwölf Forschungsarbeiten zur Beantwortung der Forschungsfrage der vorliegenden Literaturübersichtsarbeit inkludiert. Alle zwölf Forschungsarbeiten wurden mit den entsprechenden Instrumenten bewertet und konnten aufgrund der positiven Bewertung zur Datenextraktion herangezogen werden.

Der Forschungsansatz der zwölf inkludierten Forschungsarbeiten war folgend verteilt:

- **fünf qualitative Forschungsarbeiten** (Bhavnani & Fisher 2009; Boivin et al. 2010; Harrington et al. 2013; Légaré et al. 2012; Koch et al. 2000),
- **vier quantitativ-qualitative Forschungsarbeiten** (Abad-Corpa et al. 2012; Diaz del Campo et al. 2011; Glasson et al. 2006; Tapp et al. 2014),
- **zwei quantitative Forschungsarbeiten** (Bach et al. 2013; Dijkstra et al. 2005) und
- **eine systematische Übersichtsarbeit** von qualitativen und quantitativen Forschungsarbeiten sowie grauer Literatur (Légaré et al. 2011)

wurden zur weiteren Datenextraktion herangezogen.

4.1. Charakteristika der inkludierten Forschungsarbeiten

Bis auf eine Studie (Koch et al. 2000) wurden alle Studien innerhalb der letzten 10 Jahre publiziert. Jeweils drei Studien aus Kanada und Australien, jeweils zwei aus den USA und Spanien sowie eine aus den Niederlanden und eine aus England stammende Forschungsarbeit wurden in die vorliegende Masterarbeit eingeschlossen.

Vier Forschungsarbeiten stammen aus dem stationären pflegerischen Setting, vier aus unterschiedlichen ambulanten Bereichen. Vier Forschungsarbeiten (Diaz del Campo et al. 2011; Boivin et al. 2010; Légaré et al. 2011; Légaré et al. 2012), stammen aus dem Setting der Leitlinienentwicklung und Implementierung im medizinischen und pflegerischen Bereich.

Unterschiedliche gesundheitliche Probleme wurden in den inkludierten Studien und Forschungsarbeiten adressiert: Diabetes, Krebs, Urininkontinenz (UI) und Multiple

Sklerose (MS), chronische Schmerzen, Asthma und Gebrechlichkeit sowie Angst, Schlafstörungen, Autismus und Schlaganfall, Herzerkrankungen, Osteoporose, Osteoarthritis und Brustkrebs.

Forschungsergebnisse, welche in die Praxis implementiert und/oder evaluiert wurden lagen in den inkludierten Studien in folgenden Formen vor: CPGs, DAs, Empfehlungen aus der Forschung (z.B. Chlorhexidine bei KrebspatientInnen), ein Pflegemodell, „intentional rounding“ (regelmäßige Runden der Pflegekräfte zu den PatientInnen), eine Shared Decision Making (SDM) Intervention und ein Selbstmanagementprogramm. An den Implementierungsprozessen, neben PatientInnen und ForscherInnen, beteiligte Fachkräfte waren: Pflegepersonen, AllgemeinmedizinerInnen und PhysiotherapeutInnen.

Fünf Forschungsarbeiten (Abad-Corpa et al. 2012; Bach et al. 2013; Dijkstra et al. 2005; Glasson et al. 2006; Tapp et al. 2014) evaluierten die Implementierung von Forschungsergebnissen.

4.2. Evidenzlevel und Qualität der inkludierten Forschungsarbeiten

Eine detaillierte Darstellung der Bewertung der einzelnen Studien und Forschungsarbeiten sowie deren Stärken und Schwächen sind dem Anhang III beigelegt.

Die inkludierten Forschungsarbeiten sind von unterschiedlicher Qualität, bezogen auf den Bewertungsbogen von Polit und Beck (2012) und weisen unterschiedliche Evidenzlevel nach der aus der Pflegeforschung stammenden Hierarchie von Polit und Beck (2012) (siehe Absatz 3.1.) auf. Neun (Abad-Corpa et al. 2012; Bach et al. 2013; Bhavnani & Fisher 2009; Diaz del Campo et al. 2011; Glasson et al. 2006; Harrington et al. 2013; Koch et al. 2000; Légaré et al. 2012; Tapp et al. 2014) der inkludierten Forschungsarbeiten dieser Übersichtsarbeit sind in der Evidenzebene VI (beschreibende und/oder qualitative Studien) angesiedelt. Eine Studie (Dijkstra et al. 2005) konnte aus dem Evidenzlevel II (randomisiert kontrollierte Studie) lukriert werden, eine systematische Übersichtsarbeit aus dem Evidenzlevel V (Légaré et al. 2011). Die Forschungsarbeit von Boivin und KollegInnen (2010) ist in Evidenzlevel VII (ExpertInnenmeinungen) angesiedelt.

Die in diese Übersichtsarbeit eingeschlossenen quantitativen Forschungsarbeiten (Bach et al. 2013; Dijkstra et al. 2005) weisen eine sehr gute Qualität (Bewertung: 1) auf.

Anzumerken ist, dass die Ergebnisse aus der Forschungsarbeit von Bach et al. (2013) nur bedingt generalisierbar sind, da es sich um eine Pilotstudie handelt.

Drei qualitative Forschungsarbeiten (Boivin et al. 2010; Légaré et al. 2012; Koch et al. 2000) weisen ebenso eine sehr gute Qualität auf (Bewertung: 1). Die qualitative Studie von Bhavnani und Fisher (2009) weist eine gute Qualität (Bewertung: 2) auf; Harrington und KollegInnen (2013) weisen aufgrund von bedeutenden Schwächen in der methodischen Vorgehensweise eine genügende Qualität (Bewertung: 4) auf.

Vier Forschungsarbeiten wurden mit der Anwendung von qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen durchgeführt. Glasson et al. (2006) und Tapp et al. (2014) weisen eine sehr gute Qualität (Bewertung: 1) auf, Abad-Corpa et al. (2012) (Bewertung: 2) eine gute und Diaz del Campo et al. (2011) eine befriedigende Qualität (Bewertung: 3).

Eine systematische Übersichtsarbeit (Légaré et al. 2011) aus qualitativen und quantitativen Artikeln sowie grauer Literatur (Berichten von relevanten Organisationen) weist eine gute Qualität auf (Bewertung: 2).

Tabelle 5 bietet eine Übersicht der Charakteristika (Forschungsansatz, Bewertung, Ziel, Strategie und Intervention der Beteiligung, Phase des Implementierungsprozesses, Anzahl der beteiligten PatientInnen, Setting und Angaben zur Effektivität) der zwölf inkludierten Studien und Forschungsarbeiten. Die Anordnung der Forschungsarbeiten erfolgt alphabetisch nach ErstautorIn.

Tabelle 5: Darstellung der inkludierten Studien sowie deren Charakteristika und Bewertung

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Abad-Corpa 2012 Spanien Bewertung: 2	Quantitativ und Qualitativ Prospektiv, quasi- experimentell	Evaluation der Effektivität der Implementierung von Evidenz (Chlorhexidine etc.) mittels PAR	Assessment von Symptomen der Pat. Ausarbeitung von Karten für PatientInnen zur Unterstützung in Entscheidungsfindung Entwicklung und Durchführung 69 PatientInnen (onkologische PatientInnen)	Isolationsstation onkologische Hämatologie; Pflege	NEIN
Bach 2013 USA Bewertung: 1	Quantitativ Deskriptive Kohortenstudie (Feasibility & Acceptability)	Pilotstudie über die Machbarkeit und Akzeptanz eines Schmerz- Selbstmanagement- Programms bei PhysiotherapeutInnen und PatientInnen	Bereitstellen von illustrierten Handouts für PatientInnen Feedback durch wöchentliche Telefoninterviews Durchführung und Evaluation 21 PatientInnen (SchmerzpatientInnen)	Hauskran- kenpflege Visiting Nurse Service of New York	NEIN

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Bhavnani 2009 UK Bewertung: 2	Qualitativ Fokusgruppen mit semistrukturierten Interviews	PatientInnensicht über verschiedene DAs zu erfassen, um eine geeignete Strategie für deren Implementierung zu entwickeln	Persönlicher Kontakt Fokusgruppe Entwicklung 77 PatientInnen (verschiedene Erkrankungen)	Praxen von Allgemein- medizinerInnen	NEIN

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Boivin 2010 Kanada Bewertung: 1	Qualitativ Fokusgruppen- diskussion	Entwicklung einer internationalen Forschungs- und Praxisagenda zur PatientInnen- und BürgerInnenbeteiligung an der Entwicklung und Implementierung von CPG´s	Austausch von Informationen mit Pat.(vertreterInnen) PatientInnen in Forschergruppen Beratung durch PatientInnen, Fokusgruppen PatientInnenversionen von CPG´s (webbasiert oder Broschüre) Verbreitung der CPG´s durch PatientInnenorganisationen Entwicklung, Durchführung und Evaluation Anzahl der beteiligten PatientInnen unbekannt	International G-I-N Public Workinggroup	NEIN

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Dijkstra 2005 Niederlande Bewertung: 1	Quantitativ Cluster-randomisierte kontrollierte Studie	Kosten-Nutzen Vergleich zweier Implementierungs- strategien (eine PatientInnen orientierten und eine auf die Gesundheits- professionen gerichtete Strategie) für Diabetes CPGs	Persönliche Schulung PatientInneninformationsmaterial, Poster Diabetespässe – entwickelt mit einer Pat.organisation Entwicklung und Durchführung 240 Diabetespat. (Typ II)	Diabetes- ambulanzen in Krankenhäusern	JA

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Diaz del Campo 2011 Spanien Bewertung: 3	Qualitativ und Quantitativ Fokusgruppe Tiefeninterview SR Semistr. Fragebogen	Entwicklung einer methodologischen Herangehensweise zur Beteiligung von Pat. in allen Phasen von CPG Entwicklung und Implementierung	Konsultation von Pat. durch Fokusgruppen, Interviews Mitarbeit an Erstellung der CPGs und Pat. Versionen der CPGs Verbreitung der CPGs durch PatientInnenorganisationen Entwicklung und Durchführung 13 Pat. und 7 Pat. Organisationen (Angst, Schlafstörungen, Autismus und Schlaganfall)	Spanish National CPG Development Programm (Guiasalud) (CPGs zu: Angst, Schlafstörungen, Autismus und Schlaganfall)	NEIN
Glasson 2006 Australien Bewertung: 1	Quantitativ und Qualitativ Mixed method Triangulated	Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Pflegemodells für ältere Menschen mittels PAR	Informationsberatungen über Medikation durch Pflegende, Karten mit Informationen zur Medikation der PatientInnen Feedback, Zufriedenheitsumfragen Entwicklung und Durchführung 60 PatientInnen	Akute medizinische Station, Pflege	NEIN

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Harrington 2013 Australien Bewertung: 4	Qualitativ Fokusgruppen Umfragen	Implementierung von „intentional rounding“ mittels PAR	Fokusgruppe Zufriedenheitsumfragen Evaluation 7 PatientInnen (ältere PatientInnen, Frailty)	Medizinische Abteilung in einem Krankenhaus, Pflege	NEIN
Koch 2000 Australien Bewertung: 1	Qualitativ Fokusgruppe PAR	Implementierung von „best practice“ in der Urininkontinenzversorg ung	Treffen mit PatientInnen und ForscherIn Feedback Entwicklung 4 Patienten mit Multipler Sklerose und Urininkontinenz	Pflege	NEIN

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Légaré 2012 Kanada Bewertung: 1	Qualitativ Semistrukt. Interviews	Verbesserung von Strategien zur PatientInnenbeteiligung – Interviews mit FachexpertInnen	Teilnahme von Pat. an Arbeitsgruppen Überprüfung/Formulieren von Empfehlungen durch Pat.; Informationsweitergabe von PatientInnen; Fokusgruppen, Interviews Fragebögen, PatientInnenversionen von CPGs Entwicklung, Durchführung und Evaluation Anzahl der PatientInnen unbekannt	CPG Entwicklung und Implementierung international	NEIN
Légaré 2011 Kanada Bewertung: 2	Systematische Übersichtsarbeit (SR) von quantitativen, qualitativen Studien sowie von Berichten	Synthese zu Programmen der Pat. und BürgerInnenbet. in CPGs (von der Erstellung bis zur Implementierung)	Teilnahme von Pat. oder BürgerInnen an Arbeitsgruppen, Fokusgruppen Interviews, Umfragen Entwicklung und Durchführung Anzahl der PatientInnen unbekannt	CPG Entwicklung und Implemen- tierung international	NEIN

ErstautorIn Jahr Herkunftsland Bewertung	Forschungs- ansatz Methode(n)	Forschungsziel(e)	Identifizierte Strategie oder Intervention der PatientInnenbeteiligung PatientInnenbeteiligung in welcher Phase der Implementierung (Entwicklung, Durchführung oder Evaluation) Anzahl der Pat. die beteiligt wurden	Setting	Angaben zur Überprüfung der Effektivität der PatientInnen- beteiligung JA oder NEIN
Tapp 2014 USA Bewertung: 1	Qualitativ und Quantitativ Community based participatory research (CBPR)	Implementierung einer SDM Intervention für PatientInnen die mit Asthma leben mittels CBPR, Evaluierung der Implementierung mittels RE-AIM	Poster mit Informationen über die Implementierung in den Warteräumen zur Rekrutierung von TeilnehmerInnen Teilnahme von PatientInnen an ForscherInnengruppe Einbindung in Entscheidungsfindung durch Informationsblatt (SDM-Intervention) Fokusgruppe Entwicklung und Durchführung 3 PatientInnen in beratender ForscherInnengruppe 125 PatientInnen Teilnahme SDM (Intervention)	6 Ambulanzen (Asthma)	NEIN

4.3. Ergebnisse aus den quantitativen Forschungsarbeiten

Dijkstra et al (2005): Beteiligung von PatientInnen in der Entwicklungs- und Durchführungsphase der Implementierung, Angabe zur Effektivität

Eine (Dijkstra et al. 2005) von zwölf inkludierten Forschungsarbeiten überprüft die Effektivität einer Implementierungsstrategie mit PatientInnenbeteiligung verglichen mit einer Strategie, welche sich an die Gesundheitsprofessionen richtet und einer Kontrollgruppe. Die niederländischen ForscherInnen Dijkstra und KollegInnen führten im Jahr 2005 im Rahmen einer randomisiert kontrollierten Studie eine Kosten-Nutzen Analyse zweier Implementierungsstrategien einer Leitlinie, verglichen mit gängiger Versorgung, durch. PatientInnen, erkrankt an Diabetes Typ II, aus 13 niederländischen Krankenhäusern, genauer deren Diabetes Ambulanzen, wurden randomisiert einer Kontrollgruppe (n=276), einer auf die Gesundheitsprofessionen gerichteten (n=248) oder einer patientInnenorientierten Interventionsgruppe (n=240) zugeteilt.

In der auf die Gesundheitsprofessionen gerichteten Gruppe erhielten Pflegekräfte und ÄrztInnen Schulungen (educational meetings) organisiert von einer Meinungsführerin oder einem Meinungsführer (opinion leader), um aktuelle Leitlinien zur Diabetesversorgung zu besprechen. ÄrztInnen erhielten Feedback, welches auf PatientInnenbefragungen basierte. Die PatientInnen in der patientInnenorientierten Gruppe (n=240) erhielten Schulungen und einen Diabetespass, welcher auf einer aktuellen, nationalen Leitlinie basierte. Der Pass wurde in Zusammenarbeit mit einer PatientInnenorganisation entwickelt mit dem Ziel, gemeinschaftliches Disease-Management zu fördern. Darüber hinaus wurden in den Wartebereichen Poster und Informationszettel für PatientInnen angebracht. Die Pflegekräfte und ÄrztInnen in der patientInnenorientierten Interventionsgruppe erhielten ebenfalls Schulungen und Feedback. Die Ergebnisse zeigten, dass die Kosten der patientInnenorientierten Strategie bei 3,50 Euro pro PatientIn lagen, die auf die Gesundheitsprofessionen gerichtete Strategie kostete 2 Euro pro PatientIn. Die Hauptmessgröße, der Hämoglobin A1c (HbA1c) Wert, sank nach einem Jahr in der patientInnenorientierten Gruppe um 0,3%, in der auf die Gesundheitsprofessionen gerichteten Interventionsgruppe um 0,1%, der Wert in der Kontrollgruppe hingegen stieg um 0,2% an ($p < 0,001$).

Beide Implementierungsstrategien erwiesen sich als effektiv, bezogen auf die Kosten-Nutzen-Analyse, die ambulante Versorgung von DiabetespatientInnen zu verbessern.

Dijkstra und KollegInnen zeigen auf, dass beide Strategien gegenüber den geringen Kosten (beide belaufen sich auf unter 5 Euro pro PatientIn) einen Nutzen in der PatientInnenversorgung und Lebensqualität der PatientInnen aufweisen. Die Lebenserwartung der PatientInnen in den Interventionsgruppen stieg um 0,34 in der auf die Gesundheitsprofessionen gerichteten Interventionsgruppe und um 0,63 Jahre in der auf die PatientInnen gerichteten Gruppe. Die qualitätskorrigierten Lebensjahre (QALY) stiegen um 0,29 in der auf die Gesundheitsprofessionen gerichteten Interventionsgruppe und 0,59 Jahre in der auf die PatientInnen gerichteten Gruppe. Die ForscherInnen unterstreichen den Nutzen der PatientInnenbeteiligung in der Versorgung chronisch erkrankter Menschen und empfehlen aufgrund der Ergebnisse die Anwendung der patientInnenorientierten Strategie bei der Implementierung von Leitlinien (Dijkstra et al. 2005).

Bach et al. (2013): Beteiligung in der Durchführungs- und Evaluationsphase der Implementierung

Bach und KollegInnen (2013) implementierten ein kognitives, auf das Verhalten der PatientInnen ausgerichtetes Schmerz-Selbstmanagementprogramm. Die deskriptive Kohortenstudie untersuchte die Akzeptanz und Machbarkeit des Selbstmanagementprogramms an beteiligten PhysiotherapeutInnen (n=32) und PatientInnen. 21 PatientInnen aus dem Setting der häuslichen Pflege konnten rekrutiert werden. Ziel des Programmes war es, dass PatientInnen mit Hilfe der von PhysiotherapeutInnen abgehaltenen Sitzungen das Selbstmanagementprogramm erlernten, um die Techniken anschließend eigenständig weiterzuführen. Diese Sitzungen wurden von den PhysiotherapeutInnen aufgezeichnet und von den ForscherInnen ausgewertet. Die Beteiligung der PatientInnen gestaltete sich in Form wöchentlicher Telefoninterviews während der Implementierungsphase, in denen die PatientInnen Feedback über die durch PhysiotherapeutInnen durchgeführten Einschulungen in das Selbstmanagementprogramm abgaben. Die Fragestellungen bezogen sich ebenso auf die Techniken im Programm, die Interaktionen mit den PhysiotherapeutInnen und darauf, ob die PatientInnen die Techniken des Programmes als hilfreich bewerteten mit den chronischen Schmerzen umzugehen oder diese zu lindern. Am Ende der Interviews wurden die PatientInnen mit einer offenen Frage nach möglichem Verbesserungspotenzial des Selbstmanagementprogrammes befragt. Die Interviews wurden von ForschungsassistentInnen durchgeführt. Überdies wurden

illustrierte Handouts zum Selbstmanagementprogramm für PatientInnen erstellt und verteilt. Genauere Angaben zu den Inhalten der Handouts wurden in der Studie keine gemacht (Bach et al. 2013).

4.4. Ergebnisse aus den qualitativen Forschungsarbeiten

Bhavnani und Fischer (2009): Beteiligung in der Entwicklungsphase der Implementierung

Bhavnani und Fisher (2009) untersuchten in deren qualitativen Forschungsarbeit die Sicht der PatientInnen (n=77) über Entscheidungshilfen (DAs) zu den Erkrankungen Osteoporose, Osteoarthritis, Herzkrankheiten und Brustkrebs. Zwölf Fokusgruppeninterviews wurden mit semistrukturierten Interviews abgehalten mit dem Ziel, eine Strategie zu entwickeln, DAs effektiv in die Praxis zu implementieren. Die PatientInnen wurden über Praxen von AllgemeinmedizinerInnen rekrutiert und erhielten im Vorfeld einen Ausdruck der betreffenden DAs, Website-Adressen und eine Anleitung für die Überprüfung der Website und DA. Anschließend wurden Fokusgruppen abgehalten. PatientInnen wurden auch Einzelinterviews angeboten, sollte Bedarf bestehen. Die PatientInnen evaluierten pro Fokusgruppensitzung mehrere Entscheidungshilfen bezogen auf deren Erkrankung. Die Diskussionen wurden aufgenommen und die ForscherInnen machten Notizen. Die Analyse der Fokusgruppen zeigte, dass PatientInnen Problembereiche identifizieren konnten, die eine erfolgreiche Implementierung von DAs hindern könnten. Ein Problembereich ist vor allem die zeitliche Beschränkung in den Beratungen durch das Gesundheitspersonal. PatientInnen gaben an, dass die Zeit von der Diagnose bis zur Therapie gegenwärtig zu kurz sei, um die DAs kennenzulernen und anwenden zu können (Bhavnani & Fisher 2009).

Boivin et al. (2010): Beteiligung in Entwicklungs-, Durchführungs- und Evaluationsphase der Implementierung

Boivin et al. (2010) fassen in deren Forschungsarbeit Ergebnisse aus Gruppendiskussionen von Fachpersonen internationaler Organisationen zur Leitlinienentwicklung und Implementierung zusammen. Alle befragten ExpertInnen stimmten der Wichtigkeit der Beteiligung von PatientInnen im Prozess der Leitlinienentwicklung und Implementierung

zu. Durch PatientInnenbeteiligung ist eine Möglichkeit gegeben, die Autonomie und Selbstbestimmung der PatientInnen zu wahren und die Versorgung patientInnenorientiert zu gestalten. Einige ExpertInnen gaben an, dass in deren Organisationen Fokusgruppeninterviews angewendet werden, da diese eine gute Möglichkeit darstellen, PatientInnenpräferenzen zu erfassen, um Empfehlungen zu testen und weiterführend deren Potenzial für eine erfolgreiche Implementierung in die Praxis zu verbessern. Weitere ExpertInnen gaben an, PatientInnenversionen von CPGs zu erstellen sowie mit PatientInnenorganisationen zusammen zu arbeiten, um die Implementierung und Verbreitung der CPGs zu verbessern. Auch die Förderung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen PatientInnen und Gesundheitspersonal durch das Bereitstellen von Instrumenten (DAs aus Empfehlungen von CPGs) oder der Anwendung von SDM wird als Strategie angesehen, die die Implementierung von CPGs verbessern (Boivin et al. 2010).

Harrington et al. (2013): Beteiligung in der Evaluationsphase der Implementierung

Harrington und KollegInnen (2013) implementierten in ihrer Studie „intentional rounding“ welches die ForscherInnen als regelmäßige Kontrollen (meistens stündlich) einzelner PatientInnen durch Pflegepersonen definierten. Mit der Durchführung der regelmäßigen Runden durch Pflegepersonen zu den PatientInnen wurde das Ziel verfolgt, die PatientInnenzufriedenheit und die Produktivität und Zufriedenheit der Pflegepersonen zu erhöhen. Die Innovation wurde auf einer Station eines öffentlichen Krankenhauses im Setting der Pflege mit dem Fokus auf ältere und gebrechliche PatientInnen, die verringerte kognitive Fähigkeiten aufweisen, implementiert. Zur Implementierung wurde der Ansatz der partizipativen Aktionsforschung (PAR) angewendet, welcher die Partizipation aller für die Implementierung relevanten Zielgruppen vorsah. Die Beteiligung der PatientInnen gestaltete sich in Form von Umfragen über deren Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung in der Implementierungsphase. In den vier Wochen der Implementierungsphase wurden 21 Umfragen mit PatientInnen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, abgehalten. Die Umfragen wurden bei der Entlassung der PatientInnen aus dem Krankenhaus durchgeführt. Die Forschungsarbeit enthält keine näheren Angaben über die befragten PatientInnen oder die genauen Inhalte der Umfrage. Es wird angegeben, dass die

meisten befragten PatientInnen diese Station weiterempfehlen würden (Harrington et al. 2013).

Légaré et al. (2012): Beteiligung in der Entwicklungs-, Durchführungs- und Evaluationsphase der Implementierung

Im Jahr 2012 führten Légaré und KollegInnen mit elf ExpertInnen aus dem Bereich der PatientInnenbeteiligung bei der Entwicklung und Implementierung von CPG's semistrukturierte Interviews durch. Neben Barrieren und förderlichen Faktoren zur PatientInnenbeteiligung wurden Methoden und Strategien zur Beteiligung im Implementierungsprozess identifiziert. Die von den ExpertInnen angegebenen Methoden und Interventionen waren: Entwicklung von PatientInnenversionen der CPG's (n=6), Empfehlungen aus CPG's wurden von PatientInnen formuliert oder überprüft (n=5) und Entwürfe von Empfehlungen von PatientInnen überprüft (n=5) (Légaré et al. 2012).

Koch et al. (2000): Beteiligung in der Entwicklungsphase der Implementierung

Koch und Kolleginnen (2000) führten ein Forschungsprojekt mit partizipativer Aktionsforschung (PAR) durch, an dem vier Männer mit Multipler Sklerose (MS) und Urininkontinenz (UI) sowie zwei auf Inkontinenz spezialisierte Pflegekräfte teilnahmen. Ziel der Studie war es, mittels eines deskriptiv-explorativen Ansatzes herauszufinden wie Männer mit MS und UI leben, um weiterführend Interventionen zum Management von UI zu implementieren. Die Beteiligten (4 Männer mit UI und MS, 2 Pflegekräfte auf UI spezialisiert sowie 3 ForscherInnen) hielten fünf Treffen ab in denen die Männer die Möglichkeit hatten über das Leben mit MS und UI zu erzählen. An vier Treffen wurden einleitende Fragestellungen von den ForscherInnen kommuniziert, das fünfte Treffen bot die Möglichkeit einer offenen Diskussion in der die Männer Themen besprechen konnten, die ihnen wichtig waren. Die Daten wurden analysiert und anschließend wieder mit den Beteiligten besprochen. Die vier Männer und die Pflegekräfte hatten die Möglichkeit in regelmäßigen Feedback Runden die ausgewerteten Informationen gegenzulesen und Anregungen einzubringen. In dieser Forschungsarbeit wurden PatientInnen bereits in der Planungsphase einer Implementierung beteiligt. Aus den Treffen konnten relevante Themenbereiche identifiziert werden, welche bei einer Implementierung von Interventionen zur UI-Versorgung berücksichtigt werden sollten (Koch et al. 2000).

4.5. Ergebnisse aus den qualitativ-quantitativen Forschungsarbeiten

Abad-Corpa et al. (2012): Beteiligung in der Entwicklungs- und Durchführungsphase der Implementierungsphase

Die aus Spanien stammende ForscherInnengruppe Abad-Corpa und KollegInnen (2012) evaluierten die Effektivität der Implementierung von evidenzbasierten Interventionen (Chlorhexidine, Evaluation von Symptomen mit validen Instrumenten, Assessment von ExpertInnen zu Mangelernährung, Musiktherapie, Einbezug der PatientInnenpräferenzen in den Entscheidungsfindungsprozess). Als Forschungsansatz wurde partizipative Aktionsforschung (PAR) unter der Anwendung von qualitativen und quantitativen Methoden ausgewählt. Die Implementierung der Interventionen fand auf einer spanischen onkologischen Station im Setting der Pflege statt. Zur Evaluation der implementierten Interventionen wurde eine Reihe von Variablen an PatientInnen vor der Implementierung (n=56) und von PatientInnen, die nach der Implementierung auf der betreffenden Station waren (n=69), gemessen: klinische und soziodemografische Variablen, Durchführung der Symptomkontrolle durch Pflegekräfte sowie PatientInnen bezogene Variablen (psychosozialer Status, Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung und Nebenwirkungen). Zur Einbeziehung der PatientInnenpräferenzen in klinische Entscheidungen wurden für die PatientInnen Karten entwickelt, welche Behandlungsalternativen darstellten. Darüber hinaus wurden PatientInnen aktiv in das Assessment verschiedener Symptome einbezogen. Ergebnisse der Evaluation zeigten, dass im psychosozialen Bereich und im Bereich der Nebenwirkungen signifikante Verbesserungen in der PatientInnengruppe nach der Implementierung gegenüber der Gruppe vor der Implementierung der Interventionen erzielt werden konnten (Abad-Corpa et al. 2012).

Diaz del Campo et al. (2011): Beteiligung in der Entwicklungs- und Durchführungsphase der Implementierung

Diaz del Campo und KollegInnen (2011) präsentierten mit deren Forschungsarbeit eine Strategie, PatientInnen bei der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien zu beteiligen. Neben der Beteiligung von individuellen PatientInnen in CPGs Entwicklungsgruppen wurde im Bereich der Verbreitung der CPGs mit sieben PatientInnenorganisationen zusammengearbeitet, welche die CPGs auf Konferenzen vorstellten und in Schulungsprogrammen für PatientInnen integrierten. Überdies wurde

eine PatientInnenversion der CPG unter Beteiligung von PatientInnen erstellt (Diaz del Campo et al. 2011).

Glasson et al. (2006): Beteiligung in der Entwicklungs- und Durchführungsphase der Implementierung

Glasson und Kolleginnen (2006) hatten in deren Forschungsarbeit die Verbesserung der pflegerischen Versorgung von älteren, akut erkrankten PatientInnen im stationären Setting durch die Entwicklung, Implementierung und Evaluierung eines neuen Pflegemodells (basierend auf Orem's Modell der Selbstpflege) zum Ziel. Zur Evaluierung der Implementierung des Pflegemodells wurde die partizipative Aktionsforschung (PAR) mit der Anwendung von qualitativen und quantitativen Methoden ausgewählt. Das Pflegemodell wurde für akut kranke PatientInnen im Alter von über 65 Jahren entwickelt, implementiert und evaluiert. Ziel war es unter anderem herauszufinden, ob PatientInnen auf der Station während der Implementierung des Pflegemodells (n=60) eine höhere Zufriedenheit in der Versorgung aufweisen, als PatientInnen (n=41) die vor der Implementierung auf der Station waren. Zwei Aspekte der Pflegeversorgung, die in einer vorangegangenen Befragung von PatientInnen lukriert wurden, sollten mit Implementierung des Modells adressiert werden: PatientInnen möchten von den Pflegepersonen Informationen und Schulungen zu deren Medikation nach Entlassung erhalten und PatientInnen möchten ermutigt werden, mehr Verantwortung für die Selbstpflege während eines stationären Aufenthalts zu übernehmen. Interventionen dazu wurden entwickelt und implementiert. Die Aktivitäten des täglichen Lebens der PatientInnen wurden mittels dem Barthel „Activity of Daily Living Index“ erfasst. Das Wissen der PatientInnen bezogen auf deren Medikation wurde im Rahmen des stationären Aufenthaltes und nach Entlassung mit Hilfe eines evidenzbasierten Instrumentes (Medication Regime Assessment) erhoben. Ebenso wurde die Zufriedenheit der PatientInnen mit einem Instrument (Caregiving activities scale questionnaire) erfasst. An die PatientInnen in der Interventionsgruppe wurden Medikamentenkarten mit einer Zusammenfassung der jeweiligen Medikation der PatientInnen und Informationen über deren Einnahme am ersten Tag der Aufnahme verteilt. Es erfolgte zudem eine zusätzliche Schulung der PatientInnen in Form von Bildungsveranstaltungen durch Pflegekräfte. Die Evaluation zeigt, dass durch die Implementierung der Interventionen des neuen

Pflegemodells (Bildungsveranstaltungen, Medikamentenkarten) signifikante Verbesserungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens der PatientInnen, dem Wissen über die eigene Medikation und einer höheren Zufriedenheit mit der pflegerischen Versorgung erzielt werden konnten. Die Beteiligung der PatientInnen erfolgte in dieser Forschungsarbeit bereits vor der Implementierungsphase, durch die Befragung der PatientInnen über Themen, die Verbesserungspotenzial aus Sicht der PatientInnen aufweisen. Ebenso wurden PatientInnen im Implementierungsprozess durch Schulung, Informationsmaterialien über Medikationen und Zufriedenheitsumfragen beteiligt (Glasson et al. 2006).

Tapp et al. (2014): Beteiligung in der Entwicklungs- und Durchführungsphase der Implementierung

Tapp und KollegInnen (2014) implementierten mittels Community based participatory research (CBPR) mit qualitativen und quantitativen Methoden eine SDM-Intervention für PatientInnen die mit Asthma leben, im ambulanten Setting. Die Implementierung der Intervention wurde nach Implementierung mittels der RE-AIM Methode (Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance) evaluiert. Bereits vor Beginn der Implementierung wurden Informationsposter für PatientInnen in den Wartebereichen angebracht um TeilnehmerInnen für die Implementierung zu gewinnen. Die zu implementierende Intervention war ein einfaches Arbeitsblatt, mit Hilfe dessen ÄrztInnen und PatientInnen Vor- und Nachteile einzelner Asthmabehandlungen besprechen und abwägen konnten. PatientInnen wurde dadurch auch die Möglichkeit gegeben, deren Wünsche, Bedürfnisse und Werte in den Entscheidungsprozess einzubringen um die beste Versorgung für die PatientInnen zu erreichen. Im Rahmen der Implementierung wurde ein beratendes Team zusammengestellt, welches die ForscherInnen unterstützte und auch in Entscheidungen einbezogen war. Das Team bestand aus drei PatientInnen, sechs ÄrztInnen, sechs Personen aus der Managementebene, eine Person aus der Verwaltungsebene, vier PharmazeutInnen sowie vier Personen aus dem Bereich der Gesundheitsbildung. Das Beratungsteam war an allen Phasen der Implementierung beteiligt. Mittels RE-AIM wurde der Erfolg der Implementierung und die erreichte Ebene der Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen evaluiert. Aus den Ergebnissen der Evaluierung konnte die Wichtigkeit der Zusammenarbeit aller Beteiligten im Implementierungsprozess untermauert werden (Tapp et al. 2014).

4.6. Ergebnisse aus der systematischen Übersichtarbeit

Legare et al. (2011): Beteiligung in der Entwicklungs- und Durchführungsphase der Implementierung

Légaré und KollegInnen (2011) synthetisierten in deren systematischer Übersichtsarbeit Informationen zu PatientInnen- und BürgerInnenbeteiligung in CPG's. Insgesamt wurden 31 publizierte Forschungsarbeiten verschiedener Designs und 40 Dokumente und Berichte (graue Literatur) zur Synthese herangezogen. Die ForscherInnen gaben an, dass bis auf eine Studie keine der publizierten Forschungsarbeiten detaillierte und genaue Beschreibungen enthielten, wie sich die Methoden und Interventionen der Beteiligung der PatientInnen gestaltete. Dokumente und Berichte hingegen lieferten dazu genauere Beschreibungen. Sieben der 71 in die Übersichtsarbeit inkludierten Forschungsarbeiten und Berichte hatten eine Verbesserung der Implementierung der CPG durch die Beteiligung von PatientInnen zum Ziel. Dafür angewandte Methoden, Interventionen und Strategien waren: PatientInnen in Entwicklungs- und Arbeitsgruppen der CPG, Informationstreffen mit PatientInnen, das Erstellen von PatientInneninformationsmaterial oder Versionen für PatientInnen der CPGs (auch dies geschah wieder unter Beteiligung von PatientInnen) sowie schriftliche Befragung von PatientInnen (Légaré et al. 2011).

4.7. PatientInnenbeteiligung im Rahmen des Implementierungsprozesses – eine Übersicht

Tabelle 6 zeigt die aus den in diese Masterarbeit inkludierten Forschungsarbeiten identifizierten Strategien und Interventionen der PatientInnenbeteiligung unterteilt in die im Vorfeld identifizierten möglichen Bereiche (siehe Abbildung 2) im Rahmen von Implementierungsprozessen. Je nach Zielsetzung wurden die Interventionen und Strategien zur PatientInnenbeteiligung in der Entwicklungs-, Durchführungs- und Evaluationsphase der Implementierung von Forschungsergebnissen eingesetzt.

Tabelle 6: PatientInnenbeteiligung – Strategien und Interventionen im Rahmen des Implementierungsprozesses von Forschungsergebnissen in die Praxis

Bereich der Strategie oder Intervention der Beteiligung (direkt und proaktiv oder indirekt und reaktiv)	
Entwicklung von Dienstleistungen und Materialien	
<i>Direkt und proaktiv</i>	<i>Indirekt und reaktiv</i>
<ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen oder VertreterInnen in Forschergruppen - PatientInnen arbeiten bei Erstellung von CPGs, oder deren Versionen für PatientInnen mit - Formulieren von Empfehlungen durch PatientInnen - PatientInnen (individuell) oder VertreterInnen (kollektiv) in ForscherInnengruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Fokusgruppen - Überprüfung von Empfehlungen durch PatientInnen - Feedback - Austausch von Informationen (Symptome) - Beobachtung - Interviews - Beratung durch PatientInnen - Umfragen - Fragebögen
Bildung, Information und Training	
<i>Direkt und proaktiv</i>	<i>Indirekt und reaktiv</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Verbreitung der CPGs durch PatientInnenorganisationen (kollektiv) - Informationsmaterial mit PatientInnenorganisationen entwickelt (kollektiv) 	<ul style="list-style-type: none"> - Illustrierte Handouts - Informationsmaterial (Pässe, Poster, Kärtchen) - PatientInnenversionen von CPGs - Informationsberatungen

Bereich der Strategie oder Intervention der Beteiligung (direkt und proaktiv oder indirekt und reaktiv)	
Entscheidungsfindung	
<i>Direkt und proaktiv</i>	<i>Indirekt und reaktiv</i>
<ul style="list-style-type: none"> - die Anwendung eines Arbeitsblattes für PatientInnen zur Förderung von SDM 	<ul style="list-style-type: none"> - Informationsmaterial (Pässe, Poster, Kärtchen) - PatientInnenversionen von CPGs (auch webbasiert)
Evaluation von Dienstleistungen und Materialien	
<i>Direkt und proaktiv</i>	<i>Indirekt und reaktiv</i>
<ul style="list-style-type: none"> - PatientInnen oder VertreterInnen (kollektiv) in Forschergruppen 	<ul style="list-style-type: none"> - Fokusgruppen - Überprüfung von Empfehlungen durch PatientInnen - Feedback - Austausch von Informationen (Symptome) - Beobachtung - Interviews - Beratung durch PatientInnen - Umfragen - Fragebögen

5. Diskussion

Zwölf Forschungsarbeiten, die PatientInnen im Kontext von Forschungsimplementierungsprozessen beteiligten, wurden in diese Masterarbeit zur Beantwortung der Forschungsfragen eingeschlossen.

Elf der zwölf inkludierten Forschungsarbeiten weisen eine niedrige Evidenzebene nach der Hierarchie von Polit und Beck (2012) auf. Neun Forschungsarbeiten (Abad-Corpa et al. 2012; Bach et al. 2013; Bhavnani & Fisher 2009; Diaz del Campo et al. 2011; Glasson et al. 2006; Harrington et al. 2013; Légaré et al. 2012; Koch et al. 2000; Tapp et al. 2014) stammen aus dem Evidenzlevel VI. Eine systematische Übersichtsarbeit von Légaré und KollegInnen (2011) aus qualitativen und quantitativen Artikeln sowie grauer Literatur (Berichten von relevanten Organisationen) (Evidenzlevel V) wurde eingeschlossen. In der qualitativen Studie von Boivin et al. (2010) wurden ExpertInnen zum Thema befragt. Diese Forschungsarbeit wurde somit in Evidenzlevel VII (ExpertInnenmeinungen) eingestuft. Obgleich des niedrigen Evidenzlevels der Forschungsarbeit werden die Sichtweisen und die Erfahrungen der ExpertInnen von der Autorin dieser Masterarbeit als eine wichtige Perspektive erachtet. Die Effektivität der PatientInnenbeteiligung bezogen auf die Verbesserung der Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis, die Versorgung oder Lebensqualität und Gesundheit der PatientInnen wurde in keiner dieser elf Forschungsarbeiten überprüft.

Lediglich eine randomisiert kontrollierte Studie (Dijkstra et al. 2005) konnte identifiziert werden. Dijkstra und KollegInnen (2005) untersuchten zwei Implementierungsstrategien, wovon eine der Strategien PatientInnen beteiligte und stellt Informationen zur Effektivität der PatientInnenbeteiligung am Implementierungsprozess einer Leitlinie zur Verfügung. Verglichen wurden beide Strategien mit der üblichen Versorgung der PatientInnen. Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigen den Nutzen der PatientInnenbeteiligung an der Implementierung einer Leitlinie zur Diabetesversorgung auf Ebene der PatientInnenergebnisse auf. Dennoch spielt das *'black box'* Phänomen, welches in der Forschungsarbeit von Thompson und KollegInnen (2007) beschrieben wird, hier eine Rolle. Aus der Forschungsarbeit von Dijkstra und KollegInnen (2005) geht nicht eindeutig hervor, ob ausschließlich die auf die PatientInnen gerichteten Interventionen (Schulung und Informationsmaterial, entwickelt in Zusammenarbeit mit PatientInnen, für

PatientInnen) einen positiven Effekt auf die PatientInnenoutcomes hatten, oder andere Faktoren das Ergebnis beeinflussten.

Ein Mangel an experimentellen und quasi-experimentellen Forschungsarbeiten im Bereich der Beteiligung von PatientInnen wird auch durch andere ForscherInnen bestätigt. Nilsen und KollegInnen (2013) erforschten in deren systematischer Übersichtsarbeit, einer aktualisierten Version der Übersichtsarbeit der ForscherInnen aus dem Jahr 2006, den Effekt von PatientInnenbeteiligung. Untersucht wurde der Vergleich verschiedener Methoden zur PatientInnenbeteiligung in folgenden Bereichen: Entwicklung der Gesundheitsversorgung, Forschung und CPGs. Insgesamt wurden sechs RCTs mit moderater Qualität in die Übersichtsarbeit eingeschlossen. Keine randomisiert kontrollierte Studie konnte zur PatientInnenbeteiligung im Bereich der Entwicklung und Implementierung von CPGs identifiziert werden. Die ForscherInnen zeigen jedoch auf, dass RCTs zuverlässig sind, um Erkenntnisse über den Effekt von PatientInnenbeteiligung zu liefern, allerdings wenige Forschungsarbeiten dazu existieren (Nilsen et al. 2013).

Ähnlich dem Bereich der PatientInnenbeteiligung, wurde auch bei der Implementierung von Forschungsergebnissen in die pflegerische Praxis ein Mangel an randomisiert kontrollierten Studien zur Überprüfung der Effektivität von Interventionen in der systematischen Übersichtsarbeit von Thompson und KollegInnen aufgezeigt (Thompson et al. 2007).

ExpertInnen empfehlen, PatientInnen an der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Implementierungsstrategien von Forschungsergebnissen zu beteiligen (Greenhalgh et al. 2014; Staniszewska et al. 2013, Oliver et al. 2004). Gemäß der Angaben in inkludierten Forschungsarbeiten dieser Masterarbeit wird empfohlen, PatientInnen schon in einer frühen Phase des Implementierungsprozesses zu beteiligen (Boivin et al. 2010; Diaz del Campo et al. 2011; Légaré et al. 2012). PatientInnen wurden in neun Forschungsarbeiten (Bach et al. 2012; Bhavnani & Fisher 2009; Boivin et al. 2010; Diaz del Campo et al. 2012; Dijkstra et al. 2005; Glasson et al. 2006; Légaré et al. 2012; Légaré et al. 2011; Tapp et al. 2014) bereits vor Implementierung der Innovation in die Praxis beteiligt, um PatientInnenfaktoren im Implementierungsprozess berücksichtigen zu können. Ein weiterer Grund der Beteiligung von PatientInnen in einer frühen Phase war, um Problembereiche in der Versorgung zu identifizieren können, welche in weiterer Folge durch die Implementierung einer Innovation adressiert werden konnten. Ob der frühe Zeitpunkt der

Beteiligung von PatientInnen im Implementierungsprozess einen Effekt auf die Anwendung der Forschungsergebnisse in der Praxis oder der Versorgung der PatientInnen hatte, wurde von den ForscherInnen nicht überprüft.

Tritter (2009) beschreibt in seinem Modell unter anderem zwei Formen der Beteiligung, die individuelle (einzelne PatientInnen) und kollektive (PatientInnengruppen, VertreterInnen und Organisationen) Beteiligung von PatientInnen. Bis auf zwei Forschungsarbeiten (Diaz del Campo et al. 2011; Dijkstra et al. 2005) wurden in allen in diese Masterarbeit eingeschlossenen Forschungsarbeiten PatientInnen in individueller Form beteiligt. Diaz del Campo und KollegInnen (2011) beteiligten PatientInnen kollektiv durch PatientInnenorganisationen an der Verbreitung von Leitlinien, indem Leitlinien auf Konferenzen vorgestellt und in Schulungsprogrammen für PatientInnen integriert wurden. Dijkstra und KollegInnen (2005) entwickelten Informationsmaterialien für PatientInnen in Zusammenarbeit mit einer PatientInnenorganisation. Es geht aus keiner der beiden Forschungsarbeiten hervor, welchen Effekt die kollektive Beteiligung von PatientInnen im Implementierungsprozess auf Verbesserung der Versorgung oder die Lebensqualität der PatientInnen hat.

Im Rahmen von Beteiligungsprozessen ist es notwendig, sich Gedanken darüber zu machen, was involvierte PatientInnen(-gruppen), aber auch an Implementierungsprozessen beteiligten ForscherInnen an Kompetenzen und Fähigkeiten mitbringen sollten, um eine erfolgreiche Beteiligung zu erreichen (Oliver et al. 2004; Telford et al. 2004). Außer in der Forschungsarbeit von Boivin und KollegInnen (2010) wurden in keiner, der in diese Masterarbeit inkludierten Forschungsarbeiten, Angaben über die Kompetenzen von Beteiligten, Beteiligungsgruppen sowie ForscherInnen gemacht, um einen positiven Effekt auf den Implementierungsprozess zu erzielen. Gemäß Boivin und KollegInnen (2010) wird darauf hingewiesen, bei der Auswahl von beteiligten PatientInnen auf deren soziodemografische Repräsentativität zu achten.

Die Autorin dieser Masterarbeit sieht nach ausführlicher Recherche der theoretischen Grundlagen zum Konzept der PatientInnenbeteiligung (Tritter 2009) sowie verschiedener Implementierungsstrategien (EPOC 2002; CCRG 2014) (siehe Absatz 1.4. und 4.7.) folgende Bereiche der PatientInnenbeteiligung an Implementierungsprozessen als relevant an: Entscheidungsfindung; Evaluation und Entwicklung von Dienstleistungen und Materialien; Bildung, Information und Training.

Aus dem Bereich „Entscheidungsfindung“ wurden Arbeits- und Informationsmaterialien (PatientInnenversionen von CPGs, Kärtchen etc.) zur Unterstützung der PatientInnen in individuellen Entscheidungssituationen und SDM eingesetzt. Die Erkenntnisse aus der Forschung wurden so in die Praxis gebracht und angewendet (Boivin et al. 2010; Diaz del Campo et al. 2011; Dijkstra et al. 2005; Légaré et al. 2012; Légaré et al. 2011; Tapp et al. 2014).

Im Bereich „Bildung, Information und Training“ wurde PatientInnen mittels Beratungen, Schulungen oder Informationsmaterialien Wissen, den eigenen Gesundheitszustand und die Erkrankung betreffend, vermittelt (Abad-Corpa et al. 2012; Bach et al. 2013; Dijkstra et al. 2005; Glasson et al. 2006). Doch wurde in keiner der inkludierten Forschungsarbeiten beschrieben, in welcher Form das Wissen für die PatientInnen hilfreich war um einen positiven Effekt auf deren Gesundheitszustand zu haben. Es werden auch keine Angaben dazu gemacht, ob oder in welcher Form das erlernte Wissen der PatientInnen zurück zum Gesundheitspersonal gelangte, um in weiterer Folge die Versorgung der PatientInnen positiv zu beeinflussen.

Auch in der „Entwicklung und Evaluation von Dienstleistungen oder Materialien“ wurden PatientInnen beteiligt, mit dem Ziel, eine erfolgreiche Implementierung zu fördern (Bach et al. 2013; Bhavnani & Fisher et al. 2009; Boivin et al. 2010; Diaz del Campo et al. 2011; Glasson et al. 2006; Harrington et al. 2013; Koch et al. 2000; Légaré et al. 2012; Légaré et al. 2011; Tapp et al. 2014;). Es wurden auch hier keine Angaben gemacht, in welcher Form die Erkenntnisse aus den Interventionen zur Beteiligung von PatientInnen (Fokusgruppen, Interviews, Befragungen, Fragebögen etc.) in die weitere Planung und Gestaltung des Implementierungsprozesses eingeflossen sind und ob diese die Praxis verändert haben.

In den zwölf inkludierten Forschungsarbeiten wurden direkte und proaktive wie auch indirekte und reaktive sowie individuelle oder kollektive Beteiligungsformen nach Tritter (2009) eingesetzt um PatientInnen an Implementierungsprozessen zu beteiligen. Tritter (2009) sieht keine Wertung oder Rangordnung innerhalb der Formen von Beteiligung. Direkte Beteiligung ist nicht besser zu werten als indirekte Beteiligung von PatientInnen. So können indirekte und reaktive Methoden, wie etwa Feedback und Zufriedenheitsumfragen von PatientInnen sehr wertvoll sein, um Ergebnisse daraus in den Implementierungsprozess einfließen zu lassen.

Die Auswahl einer geeigneten Strategie oder Intervention zur PatientInnenbeteiligung an der Implementierung von Forschungsergebnissen ist sehr stark von der Zielsetzung, dem Kontext der Implementierung sowie den einzelnen Stakeholdern abhängig. Wichtig ist, dass Präferenzen, Werte und Erfahrungen von PatientInnen in den Prozess der Implementierung einfließen, mit dem übergeordneten Ziel, die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis und die Versorgung der PatientInnen zu verbessern.

5.1. Limitationen

Da es sich im Bereich der PatientInnenbeteiligung, wie auch der Implementierung von Forschungsergebnissen um sehr junge Forschungsfelder handelt (Nilsen et al. 2013; Thompson et al. 2007) wurden Artikel und Forschungsarbeiten aus allen Evidenzebenen nach Polit & Beck (2012) (siehe Absatz 3.1.) eingeschlossen, um eine möglichst breite Erfassung der Beteiligungsstrategien oder Interventionen zu erzielen. Eine Limitation dieser Masterarbeit ist, dass elf der zwölf eingeschlossenen Studien und Forschungsarbeiten ein sehr niedriges Evidenzlevel aufweisen (Level V, VI und VII).

Die eingesetzten Strategien und Interventionen zur PatientInnenbeteiligung wurden in den inkludierten Forschungsarbeiten sehr knapp beschrieben. Dadurch war es nicht möglich, die einzelnen Interventionen und Strategien sowie der Zielsetzung der PatientInnenbeteiligung detailliert darzustellen und zu beschreiben. Darüber hinaus wurden in keiner inkludierten Forschungsarbeit, bis auf einer (Dijkstra et al. 2005), Angaben über die Effektivität der PatientInnenbeteiligung gemacht, oder diese explizit untersucht.

Die inkludierten Forschungsarbeiten wurden nur von der Autorin dieser Masterarbeit kritisch bewertet und nicht von zwei unabhängigen ForscherInnen.

5.2. Empfehlungen für die Praxis

„Den einen richtigen Weg“ zur Beteiligung von PatientInnen am Implementierungsprozess von Forschungsergebnissen in die (pflegerische) Praxis gibt es derzeit nicht. Im Rahmen dieser Masterarbeit konnte keine Intervention oder Strategie identifiziert werden, deren Effektivität eindeutig nachgewiesen wurde.

Vielmehr hängt die Entscheidung nach der auf die Zielsetzung bezogene, effektive und richtige Strategie und Intervention vom Kontext der Implementierung sowie den Charakteristika des zu implementierenden Forschungsergebnisses ab.

Aus den aus dieser Masterarbeit hervorgehenden Erkenntnissen, empfiehlt es sich, im Rahmen der PatientInnenbeteiligung an der Implementierung von Forschungsergebnissen folgende Fragestellungen zu berücksichtigen und bereits in der Planung einer Implementierung PatientInnenbeteiligung zu berücksichtigen und zeitliche, finanzielle sowie personelle Ressourcen dafür einzuplanen.

- Was ist der Zweck und das Ziel der Beteiligung?
- Wer soll beteiligt werden?
- Welche Kompetenzen zur erfolgreichen Beteiligung sollen ForscherInnen und PatientInnen mitbringen?
- Wann ist der richtige Zeitpunkt der Beteiligung?
- Welche Strategie oder Intervention der Beteiligung ist geeignet?

5.3. Empfehlungen für weitere Forschung

Die Masterarbeit bietet eine Übersicht über die in der Literatur angewendeten Strategien und Interventionen zur PatientInnenbeteiligung, im Rahmen von Implementierungsprozessen von Forschungsergebnissen. Über die Identifikation der dargestellten Strategien und Interventionen hinaus ist es notwendig, diese genauer zu untersuchen, um zu überprüfen, welche der einzelnen Strategien oder Interventionen effektiver, bezogen auf die jeweilige Zielsetzung, sind.

Weitere Forschungsarbeiten, insbesondere experimentelle oder quasi-experimentelle Studien sind notwendig, um den Effekt von PatientInnenbeteiligung auf die Implementierung und Anwendung von Forschungsergebnissen in die (pflegerische) Praxis sowie den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der PatientInnen zu untersuchen. Überdies ist es notwendig, Barrieren und förderliche Faktoren einer PatientInnenbeteiligung zu erforschen um Strategien für eine erfolgreiche PatientInnenbeteiligung (weiter-)entwickeln zu können.

6. Schlussfolgerung

Die identifizierten Interventionen und Strategien zur Beteiligung von PatientInnen an Implementierungsprozessen sind unterschiedlich und vielfältig. Sie reichen von indirekter und proaktiver Beteiligung von PatientInnen in Form von Befragungen, bis hin zu einer aktiven und direkten Beteiligung durch das Involvieren von PatientInnen in ForscherInnengruppen. PatientInnen wurden in kollektiver oder individueller Form an der Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Implementierungsstrategien beteiligt.

Anhand der Ergebnisse kann keine eindeutige Empfehlung abgegeben werden, welche der Strategien und Interventionen als effektiv gelten, um einen positiven Effekt auf die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis und die Gesundheit und Lebensqualität der PatientInnen zu erzielen.

Diese Masterarbeit stellt die erste Literaturübersichtsarbeit im Bereich der PatientInnenbeteiligung an der Implementierung von Forschungsergebnissen in die (pflegerische) Praxis dar. Es stehen verschiedene Implementierungsstrategien zur Verfügung, PatientInnenbeteiligung als Strategie wurde jedoch sehr selten eingesetzt um Forschungswissen in die Praxis zu implementieren. Die Anzahl methodisch starker Studien zum Thema ist sehr gering.

Dennoch könnte die Nutzung der bisher weitgehend ungenutzten Ressource „PatientIn“ in Implementierungsprozessen eine Möglichkeit darstellen, um die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis zu verbessern. Neben den potentiellen Vorteilen die das Konzept der Beteiligung mitbringt, ist die Beteiligung von PatientInnen ein weiterer Schritt in die Richtung einer auf die PatientInnen orientierten Gesundheitsversorgung und eine Möglichkeit, die Autonomie und Selbstbestimmung der PatientInnen zu wahren.

Literaturverzeichnis

Abad-Corpa, E, Cabrero-Garcia, J, Delgado-Hito, P, Carrillo-Alcaraz, A, Meseguer-Liza, C, Martinez-Corbalán, JT 2012, *'Effectiveness of participatory-action-research to put in practice evidence at nursing onco-hematology unit'* *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 20, no. 1, pp. 59-67.

Abma, T & Broerse, J 2009, *'Patient participation as dialogue: setting research Agendas'*, *Health Expectations*, vol. 13, pp.160-173.

Allen D 2000, *'I'll tell you what suits me best if you don't mind me saying': 'lay participation' in health-care'*, *Nursing Inquiry* 2000, vol. 7, pp. 182-190.

Arnstein SR, 1969 *'A Ladder of Citizen Participation'* *JAIP* 1969, Vol. 35, no. 4, pp. 216-224.

Australian Commission on Safety and Quality on Health Care (NSQHS) 2012, *'Partnering with Consumers. Safety and Quality Improvement Guide'*, Commonwealth of Australia, October 2012, viewed 11. October 2014, <http://www.safetyandquality.gov.au/wpcontent/uploads/2012/10/Standard2_Oct_2012_WEB.pdf>

Bach, E, Beissner, K, Murtaugh, C, Trachtenberg, M & Reid MC 2013, *'Implementing a Cognitive-Behavioral Pain Self-Management Programm In Home Health Care Part 2: Feasibility and Acceptability Cohort-Study'* *Journal of Geriatric Physical Therapy*, vol. 36, no. 3, pp. 130-137.

Bero, AL, Grilli, R, Grimshaw, JM, Harvey, E, Oxman, AD & Thomson, MA, 1998, *'Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings'*, *British Medical Journal*, 1998, vol. 317, pp. 465-468.

Blegen, MA, Goode, CJ, Spetz, J, Vaughn, T and Park, SH 2011, *'Nurse Staffing Effects on Patient Outcomes Safety-Net and Non-Safety-Net Hospitals'*, *Medical Care*, vol. 49, no. 4, pp. 406-414.

Bhavnani, V & Fisher, B 2009, *'Patient factors in the implementation of decision aids in general practice: a qualitative study'* *Health expectations*, vol. 13, pp. 45-54.

Boivin, A, Currie, K, Fervers, B, Gracia, J, James, M, Marshall, C, Sakala, C, Sanger, S, Strid, J, Thomas, V, van der Weijden, T, Grol, R & Burgers, J, 2010, *'Patient and public involvement in clinical guidelines: international experiences and future perspectives'*, *Qual Saf Health Care* 2010, pp. 19-22.

Boivin, A, Lehoux, P, Lacombe, R, Burgers, J & Grol, R, 2014, *'Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: a cluster randomized trial'*, *Implementation Science* 2014, vol. 9, no. 24, viewed 05. April 2014,
<<http://www.implementationscience.com/content/9/1/24>>

Bradley, EH, Schlesinger, M, Webster, RT, Baker, D & Inouye, SK 2004, *'Translating Research into Clinical Practice: Making Change Happen'*, *Journal of American Geriatrics Society*, 2004, vol. 52, pp. 1875-1882.

Breimaier, HE 2014, *'Strategien zur Beeinflussung und Steuerung von Implementierungsprozessen'* unveröffentlichtes Manuskript, 2014.

Breimaier, HE, Halfens, RJG & Lohrmann, C 2011, *'Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria'* *Journal of Clinical Nursing*, 2011, vol. 20, pp. 1744–1756.

Breimaier, HE, Halfens, RJG, Wilborn, D, Meesterberends, E, Haase Nielsen, G & Lohrmann C, 2013 *'Implementation interventions used in nursing homes and hospitals: A descriptive, comparative study between Austria, Germany and the Netherlands'*, *Hindawi publishing corporation, ISRN Nursing*, 2013, vol. 6, pp. 706054-706054.

Brouwers, M, Stacey, D & O'Connor, A 2009, *'Knowledge creation: synthesis, tools and products'*, *Canadian Medical Association or its licensors*, 2010, vol. 182, no. 2, pp. E68-E72.

Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen *'Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG'* viewed 12. May 2014,
<<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True>>

Cochrane Consumers and Communication Review Group (CCRG) 2014, viewed 12. September 2014, <<http://cccrg.cochrane.org/>>

Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC) 2002, `Data Collection Checklist`, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, viewed 28. May 2014, <<http://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/uploads/datacollectionchecklist.pdf>>

Consumer Focus Colloboration 2000, `Improving Health Services trough Consumer Participation – A Resource Guide for Organisations.`, Produced by the Department of Public Health, Flinders University and the South Australian Community Health Research Unit, viewed 04. May 2014, <<http://www.healthissuescentre.org.au/documents/items/2008/08/226533-upload-00001.pdf>>

Coulter, A 2011, `Engaging Patients in Healthcare` Open University Press, New York.

Diaz del Campo, P, Garcia, J, Blasco, JA & Andradas, E 2011, `A strategy for patient involvement in clinical practice guidelines: methodological approaches` *British Medical Journal Quality and Safety*, vol. 20, pp. 779-784.

dict.cc, Deutsch-Englisch-Wörterbuch 2014, viewed 03. December 2014, <<http://www.dict.cc/>>

Dijkstra, RF, Niessen, LW, Braspenning, JCC, Adang, E & Grol RTPM 2005, `Patient-centered and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis` *Diabetic Medicine*, vol. 23, pp.164-170.

EBSCOhost 2014, Research Databases, viewed 20. June 2014, <http://support.ebsco.com/help/?int=ehost&lang=en&feature_id=&TOC_ID=Always&SI=0&BU=0&GU=1&PS=0&ver=&dbs=cin20>

Eccles, M, Grimshaw, JM, Shekelle, P, Schünemann, HJ & Woolf, S 2012, `Developing clinical practice guidelines: target audiences, identifying topics for guidelines, guideline

group composition and functioning and conflicts of interest, *Implementation Science* 2012, vol. 7, no. 60, viewed 03. October 2014,

<http://www.implementationscience.com/content/7/1/60>

Estabrooks, CA 1998, *The Conceptual Structure of Research Utilization*, *Research in Nursing & Health*, 1999, vol. 22, pp. 203-216.

Estabrooks, CA, Midodzi, WK, Cummings, GG, Ricker, KL & Giovannetti, P 2005, *The Impact of Hospital Nursing Characteristics on 30-Day Mortality*, *Nursing Research*, vol. 54, no. 2, pp. 74-84.

Estabrooks, CA, Scott-Findlay, S, O'Leary, KA & Gushta, M 2003, *Individual determinants of research utilization: a systematic review*, *Journal of Advanced Nursing* 2003, vol. 43, no. 5, pp. 506-520.

Gagliardi, AR, Brouwers, MC, Palda, VA, Lemieux-Charles, L & Grimshaw, JM 2011, *How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability* *Implementation Science* 2011, vol. 6, no. 26, viewed 22. August 2014,

<http://www.implementationscience.com/content/6/1/26>

Glasson, J, Chang, E, Chenoweth, L, Hancock, K, Hall, T, Hill-Murray, F & Collier, L 2006, *Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward* *Journal of Clinical Nursing*, vol. 15, pp. 588-598.

Graham, ID, Logan, J, Harrison, MB, Straus, SE, Tetroe, J, Caswell, W & Robinson, N, 2006, *Lost in Knowledge Translation: Time for a Map?* *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, Vol. 26, pp. 13-24.

Greenhalgh, T, Howick, J & Maskrey, N 2014, *Evidence based Medicine: a movement in crisis?* *British Medical Journal*, vol. 348, no. g3725.

Grimshaw, JM & Eccles, MP 2004, *Is evidence-based implementation of evidence-based care possible?* *Medical Journal of Australia*, vol. 180, pp. 50-51.

Grimshaw, JM, Eccles, MP, Lavis, JN, Hill, SJ & Squires, JE 2012, *Knowledge translation of research findings*, *Implementation Science*, 2012, vol. 7, no. 50, pp. 1-15.

Grol, R & Grimshaw, JM, 2003, *'From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care'*, THE LANCET 2003, vol. 362, pp. 1225-1230.

Grol, R 2001, *'Successes and Failures in the Implementation of Evidence-Based Guidelines for Clinical Practice'*, MEDICAL CARE, vol. 39, no. 8, Supplement 2, pp II-46–II-54.

Grol, R, Dalhuijsen, J, Thomas, S, in 't Veld, C, Rutten, G, Mokkink, H 1998, *'Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study'*, British Medical Journal, vol 317, pp. 858-861.

Grove, SK, Burns, N & Gray, JR 2013, *'The Practice of Nursing Research – Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence'* Elsevier Saunders, 7th Edition.

Guidelines International Network (G-I-N), 2014, viewed 22. August 2014, <<http://www.g-i-n.net/>>

Hakkennes, S & Dodd, K 2008, *'Guideline implementation in allied health professions: a systematic review of the literature'*, Quality Safety Health Care, vol. 17, pp. 296–300.

Harrington, A, Bradley, S, Jeffers, L, Linedale, E, Kelman, S & Killington, G 2013, *'The implementation of intentional rounding using participatory action research'* International Journal of Nursing Practice, vol. 19, pp. 523-529.

Haynes, RB, Deveraux, PJ & Guyatt, GH 2002, *'Physician's and patient's choices in evidence based practice. Evidence does not make decisions – people do.'* British Medical Journal, vol. 324, p. 1350.

Higgins, JPT & Green, S 2011, *'Chochrane Handbook for Systematic Reviews of interventions'*, Version 5.1.0, viewed 28. August 2014, <<http://www.cochrane-handbook.org/>>

Kitson, AL 2001, *'Approaches used to implement research findings into nursing practice. Report of a study tour to Australia and New Zealand'*, International Journal of Nursing Practice, vol. 7, pp. 392-405

Koch, T, Kralik, D & Kelly, S 2000, *'We just don't talk about it: Men living with urinary incontinence and multiple sclerosis'* *International Journal of Nursing Practice*, vol. 6, pp. 253-260.

Larkin, G, L, Hamann, C, J, Monico, E, P, Degutis, L, Schuur, J, Kantor, W & Graffeo, C, S 2007, *'Knowledge translation at the macro level: Legal and ethical considerations.'*, *Academic Emergency Medicine*, vol, 14, no, 11, pp, 1042-1046.

Légaré, F, Boivin, A, van der Weijden, T, Pakenham, T, Tapp, S & Burgers, J 2009, *'A knowledge synthesis of patient and public involvement in clinical practice guidelines: study protocol'* *Implementation Science*, vol. 4, no. 30, viewed 02. May, 2014, <<http://www.implementationscience.com/content/4/1/30>>

Légaré, F, Boivin, A, Gagnon, S & Robitaille, H 2012, *'Patient and public involvement in the development and implementation of clinical practice guidelines: what do developers say?'* *The International Journal of Person Centered Medicine*, vol. 2, no. 4, pp. 862-869.

Légaré, F, Boivin, A, van der Weijden, T, Pakenham, C, Burgers, J, Légaré J, St-Jaques, S & Gagnon, S 2011, *'Patient and Public Involvement in Clinical Practice Guidelines: A Knowledge Synthesis of Existing Programs'*, *Medical Decision Making*, vol. 31, no. 6, pp. E45-74.

Longtin, Y, Sax, H, Leape, LL, Sheridan, S, Donaldson, L & Pittet, D 2010, *'Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety'* *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 85, no. 1, pp. 53-62.

Mazza, D, Bairstow, P, Buchan, H, Chakraborty, SP, Van Hecke, O, Grech, C & Kunnamo I, 2013 *'Refining a taxonomy for guideline implementation: results of an exercise in abstract classification'*, *Implementation Science*, vol. 8, no. 32, viewed 19. November 2014, <<http://www.implementationscience.com/content/8/1/32>>

McGlynn, EA, Asch, SM, Adams, J, Keeseey, J, Hicks, J, DeCristofaro, A, Kerr, E 2003, *'The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States'*, *New England Journal of Medicine*, vol. 348, pp. 2635-2645.

Medves, J, Godfrey, C, Turner, C, Paterson, M, Harrison, M, MacKenzie, L & Durando, P, 2010, *'Systematic review of practice guideline dissemination and implementation*

strategies for healthcare teams and team-based practice`, *International Journal of Evidence based Health Care*, vol. 8, pp. 79-89.

Meesterberends, E, Halfens, R, Lohrmann, C & de Wit, R, 2010, `Pressure ulcer guideline development and dissemination in Europe`, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, pp. 1495-1503.

Nilsen, ES, Myrhaug, HT, Johansen, M, Oliver, S & Oxman, AD 2013, `Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material (Review)` The Cochrane Library 2013, Issue 2 <<http://www.thecochranelibrary.com>>

Oliver, S, Clarke-Jones, L, Rees, R, Milne, R, Buchanan, P, Gabbay, J, Gyte, G, Oakley, A & Stein, K 2004 `Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach` *Health Technology Assessment*, vol. 8, no. 15.

Polit, DF & Beck, CT 2012, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Proctor, E, Shilmere, H, Raghavan, R, Hovmand, P, Aarons, G, Bunger, A, Griffey, R & Hensley 2011 `Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda` *Adm Policy Mental Health*, vol. 38, pp. 65-76.

Robertson, R & Jochelson, K, 2006 `Interventions That Change Clinician Behaviour: Mapping the Literature`, NICE, London, 2006.

Rycroft-Malone, J, Seers, K, Titchen, A, Harvey, G, Kitson, A & McCormack, B 2004, `What counts as evidence in evidence-based practice?` *Journal of Advanced Nursing*, vol. 47, no. 1, pp. 81–90.

Schuster, MA, McGlynn, EA, Brook, RH 1998, `How good is the quality of health care in the United States?` *The Milbank Quaterly*, vol. 76, no. 4, pp. 517-563.

Schünemann, HJ, Fretheim, A & Oxman, AD 2006, `Improving the use of research evidence in guideline development: 10. Integrating values and consumer involvement`

Health Research Policy and Systems 2006, vol. 4, no. 22. viewed 11. September 2014, <<http://www.health-policy-systems.com/content/4/1/22>>

Shekelle, PG, Woolf, SH, Eccles, M, Grimshaw, J 1999, `Clinical Guidelines: Developing guidelines`, *British Medical Journal*, 1999, vol 318, pp. 593-596.

Staniszewska, S, Thomas, V & Seers, K 2013, `Patient and public involvement in the implementation of evidence into practice`, *Evidence Based Nursing*, vol. 16, no. 4, p. 97.

Straus, SE, Tetroe, J, Graham, I 2009, `Defining knowledge translation`, *Canadian Medical Association or its licensors*, 2009, vol. 181, no. 3-4, pp. 165-168.

Tapp, H, Kuhn, L, Alkhazraji, T, Steuerwald, M, Ludden, T, Wilson, S, Mowrer, L, Mohanan, S & Dulin, M, F 2014, `Adapting community based participatory research (CBPR) methods to the implementation of an asthma shared decision making intervention in ambulatory practices` *Journal of Asthma*, vol. 51, no. 4, pp. 380-390.

Telford, R, Boote, JD & Cooper, CL 2004 `What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study`, *Health Expectations*, 2004, vol. 7, pp. 209–220.

Thompson, DS, Estabrooks, CA, Scott-Findlay, S, Moore, K & Wallin, L 2007, *Interventions aimed at increasing research use in nursing: a systematic review.*, *Implementation Science*, vol. 2, no. 15, viewed 02. October 2014, <<http://www.implementationscience.com/content/2/1/15>>

Tritter, JQ 2009, `Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world` *Health Expectations*, vol. 12, pp. 275–287.

University of Alberta, Faculty of Nursing 2014, `Knowledge Utilization Studies Programm – Glossary` viewed 04. October 2014, <<http://www.kusp.ualberta.ca/Resources/Glossary.aspx>>

US National Library of Medicine 1978, `Definition of patient participation` viewed 11. October, 2014, < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>>

Woolf, SH, Grol, R, Hutchinson, A, Eccles, M & Grimshaw, J 1999, `*Clinical guidelines Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines`*, *British Medical Journal*, vol. 318, pp. 527-530.

World Health Organization (WHO) 1978, `*Declaration of Alma-Ata, 1978`*, viewed: 11. May 2014, <<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata.-1978>>

World Health Organization (WHO) 2003, `*The Global Burden of Disease Concept`*, viewed 12. October 2014, <http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/en/9241546204chap3.pdf>

Anhang I

Suchstrategie in den Datenbanken

- *All EBM Reviews – Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CMR, HTA und NHSEED; und Embase 1996 to 2014 Week 38 via OVID* – Suche am 28.7.2014 in Titel und Abstract, Sprache: englisch und deutsch

(participat* OR involve*)

AND

(patient OR consumer OR respondent)

AND

((research implement*) OR utilizat* OR utilisat* OR disseminat* OR diffus* OR transf* OR (knowledg* transl*) OR uptake OR adopt)

AND

((research outcome) OR knowledg* OR (evidence base*))

- *Cinahl*: Suche am 25.7.2014 in Abstract, Sprache: englisch und deutsch

(MM consumer participation OR AB (patient OR respondent))

AND

(participat* OR involve*)

AND

((research implementat*) OR utilizat* OR utilisat* OR disseminat* OR diffus* OR transf* OR (knowledg* transl*) OR uptak* OR adopt*))

AND

((research outcome) OR knowledg* OR (evidence base*))

- *MEDLINE(R) via PubMed*: am 25.7.2014 in Titel und Abstract, Sprache: englisch und deutsch

(participat* OR involve)

AND

(patient OR consumer OR respondent)

AND

((research implement*) OR utilizat* OR utilisat* OR disseminat* OR diffus* OR transf* OR (knowledg* transl*) OR uptake OR adopt)

AND

((research outcome) OR knowledg* OR (evidence based practice [MeSh]))

- *WEB of SCIENCE*: am 26.7.2014, Sprache: englisch und deutsch

TOPIC: ((patient OR consumer OR respondent) AND (participat* OR involve*))
AND

TOPIC: ((research implementat*) OR utilizat* OR utilisat* OR disseminat* OR
diffus* OR transf* OR (knowledg* transl*) OR uptak* OR adopt*)

AND

TOPIC: ((research outcome) OR knowledg* OR (evidence base*))

Refined by: WEB OF SCIENCE CATEGORIES: (HEALTH CARE SCIENCES
SERVICES OR PUBLIC ENVIRONMENTAL OCCUPATIONAL HEALTH OR
MEDICINE GENERAL INTERNAL OR NURSING) AND DOCUMENT
TYPES: (ARTICLE OR REVIEW) AND LANGUAGES: (ENGLISH OR
GERMAN)

Anhang II

Ausgeschlossene Studien nach Abstractscreening:

Ausgeschlossene Studien nach Level 2: Abstract Screening

Kürzel: U/FZ – Ungeeignetes Forschungsziel; U/P_ST - ungeeignete Population, Stichprobe, U/STD – Ungeeignetes Studiendesign (Study Protocoll oder Bericht)

ErstautorIn, Jahr der Veröffentlichung	Titel	Grund für Ausschluss (Kürzel)
Abelson, J, 2009	Examining the role of context in the implementation of a deliberative public participation experiment: Results from a Canadian comparative study	U/FZ
Abernethy, A P, 2013	Delivery strategies to optimize resource utilization and performance status for patients with advanced life-limiting illness: results from the "palliative care trial" ISRCTN 81117481	U/UFZ
Ahmadi, M, 2013	Development of an evidence-based prosthodontic record: an action research study	U/FZ
Alanen, S, 2008	Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study	U/FZ
Anderson, R M, 2005	Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm	U/FZ
Archambault, P M, 2011	WikiBuild: a new application to support patient and health care professional involvement in the development of patient support tools	U/ FZ
Archambault, P M, 2012	Health Care Professionals' Beliefs About Using Wiki-Based Reminders to Promote Best Practices in Trauma Care	U/ FZ
Audrey, S, 2011	Qualitative research in evidence-based medicine: Improving decision-making and participation in randomized controlled trials of cancer treatments	U/ FZ
Baghbanian, A, 2012	Adaptive decision-making: how Australian healthcare managers decide	U/ FZ
Baker, D W, 2005	Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation	U/ FZ
Baker, R, 2010	Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes	U/ FZ
Barber, R, 2012	Can the impact of public involvement on research be evaluated? A mixed methods study	U/ FZ
Barbui, C, 2014	Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care [Systematic Review]	U/ FZ
Bardet Blochet A, 2008	Self-help group in health: solidarity partnership and request	U/FZ
Barnsteiner, J H, 2010	Promoting evidence-based practice and translational research	U/ FZ
Barratt, A, 2008	Evidence based medicine and shared decision	U/ FZ

	making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care	
Benbow, M, 1996	Wound care clinic. Pressure sore guidelines: patient/carer involvement and education	U/ FZ
Bettes, B, A, 2007	Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns	U/ FZ
Bilman, E, M, 2012	Consumer understanding, interpretation and perceived levels of personal responsibility in relation to satiety-related claims	U/ FZ
Biswas, R, 2008	User-driven health care - answering multidimensional information needs in individual patients utilizing post-EBM approaches: a conceptual model	U/ FZ
Blomkalns, A, L, 2007	Guideline implementation research: exploring the gap between evidence and practice in the CRUSADE Quality Improvement Initiative	U/ FZ
Borgetto, B, 2009	Patient self-help, user perspective and health services research	U/ FZ
Breimaier, H, E, 2011	Nurses' wishes, knowledge, attitudes and perceived barriers on implementing research findings into practice among graduate nurses in Austria	U/ FZ
Bridges, J F, 2007	Patient-based health technology assessment: a vision of the future	U/ FZ
Camerini, L, 2013	Do participation and personalization matter? A model-driven evaluation of an Internet-based patient education intervention for fibromyalgia patients	U/ FZ
Carlsen, B, 2008	"What lies beneath it all?"--an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines	U/ FZ
Carlson, A, 1990	Locally developed plans for quality diabetes care: worker and consumer participation in the public health-care system	U/ FZ
Carson, K, V, 2012	Consumer guidelines for chronic disease management [Protocol]	U/STD, U/ FZ
Cegala, D, J, 2009	The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication	U/ FZ
McCormack, L, 2013	Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence	U/ FZ
Grimshaw, JM, 2004	Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies	U/ FZ
Chaillet, N, 2006	Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review	U/ FZ
Jepson, R, 2000	The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review	U/ FZ
Rebeck, T, 2006	Evaluating two implementation strategies for whiplash guidelines in physiotherapy: a cluster-randomised trial	U/P_ST
Perlstein, P, 2000	Sustaining the implementation of an evidence-based guideline for bronchiolitis	U/ FZ
Chaboyer, W, 2010	Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes	U/ FZ
Charles, C, 1994	Involving stakeholders in health services research: developing Alberta's resident classification system	U/P_ST

	for long-term care facilities	
Chenot, J, F, 2008	Acceptance and perceived barriers of implementing a guideline for managing low back in general practice	U/P_ST
Civita, M, 2007	Using diffusion of innovations theory to guide diabetes management program development: an illustrative example	U/ FZ
Clancy, C, 2013	Collaborative networks for both improvement and research	U/ FZ
Close, K, 2010	Barriers to the adoption and implementation of preventive dental services in primary medical care	U/ FZ
Coleman, E, 2013	Disseminating Evidence-Based Care into Practice	U/ FZ
Coyne, I, 2013	Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer	U/ FZ
Crane, J, 1989	Factors associated with the use of research-based knowledge in nursing	U/FZ
Cristofalo, M, A, 2013	Implementation of health and mental health evidence-based practices in safety net settings	U/ FZ
Crocker, C, 2010	Weaning from ventilation needs to be tailored to individual patients and involve them	U/ FZ
Curran, G, M, 2008	A process for developing an implementation intervention: QUERI Series	U/ FZ
Dalmas, M, 2011	Involving clinicians in hospital management roles: towards a functional integrative approach	U/ FZ
Damschroder, L, J, 2009	Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science	U/ FZ
Desroches, S, 2008	Implementing shared decision-making in nutrition clinical practice: A theory-based approach and feasibility study	U/ FZ
Deverka, P, A, 2012	Stakeholder participation in comparative effectiveness research: defining a framework for effective engagement	U/ FZ
Dobbins, M, 2007	Information transfer: what do decision makers want and need from researchers?	U/ FZ
Doherty, St, 2006	Evidence-based implementation of evidence-based guidelines	U/ FZ
Dolan, J, G, 2008	Shared decision-making--transferring research into practice: the Analytic Hierarchy Process (AHP)	U/ FZ
Doran, D, 2007	Outcomes-focused knowledge translation: a framework for knowledge translation and patient outcomes improvement	U/ FZ
Elissen, A, 2013	Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches	U/ FZ
Embi, P, J, 2013	Evidence generating medicine: redefining the research-practice relationship to complete the evidence cycle	U/ FZ
Emmert, M, 2012	Public reporting in health care: the impact of publicly reported quality data on patient steering	U/ FZ
Esposito, M, B, 1998	An exploration of the nature of nursing practice in patient-focused care	U/ FZ
Evron, L. 2009	Barriers to participation in a hospital-based falls assessment clinic programme: an interview study	U/FZ, U/STD

	with older people	
Eldh, A, C, 2004	The phenomena of participation and non-participation in health care--experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure	U/ FZ, U/STD
Eldh, A, C, 2006	The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure	U/ FZ
Farin, E, 2012	Conceptual and methodological challenges in participation research] [German]	U/ FZ
Farnik, M, 2012	Instrument development and evaluation for patient-related outcomes assessments	U/ FZ
Fattal, J, 2008	Health technology assessment use and dissemination by patient and consumer groups: why and how?	U/ FZ
Fields, B, L, 2002	Client-professional interaction and level of participation in preventive health screenings in community-dwelling African American older adults: Testing a middle-range theory derived	U/ FZ
Flink, M, 2012	Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care--a qualitative study of patient perspectives	U/ FZ , U/STD
Flodgren, G, 2013	Tools developed and disseminated by guideline producers to promote the uptake of their guidelines [Protocol]	U/ FZ, U/STD
Floer, B, 2004	Shared decision making - the patients' perspective	U/ FZ
Florin, J, 2007	Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions	U/ FZ
Florin, J, 2008	Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care	U/ FZ
Friesen-Storms, J, H, 2014	Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing	U/ FZ
Gagliardi, A, R, 2012	Integrating guideline development and implementation: analysis of guideline development manual instructions for generating implementation advice	U/ FZ
Gaul, Ch, 2012	Motivation of Patients to Participate in Clinical Trials. An Explorative Survey	U/ FZ
Glasziou, P, 2005	The paths from research to improved health outcomes [EBM Trends]	U/ FZ
Goodyear-Smith, F, 2011	Practising alchemy: the transmutation of evidence into best health care	U/ FZ
Goud, R, 2010	The effect of computerized decision support on barriers to guideline implementation: A qualitative study in outpatient cardiac rehabilitation	U/ FZ
Hansen, H, P, 2011	Exploring Qualitative Research Synthesis The Role of Patients' Perspectives in Health Policy Design and Decision Making	U/STD
Harrison, M, B, 2012	Roadmap for a participatory research-practice partnership to implement evidence	U/STD, U/ FZ
Hirsh, J, 1993	Transforming Evidence into Practice: Evidence-based Consensus [EBM Trends]	U/ FZ
Hubbard, G, 2007	A review of literature about involving people affected by cancer in research, policy and planning and practice	U/ FZ

Ireland, S, 2013	The Real World Journey of Implementing Fall Prevention Best Practices in Three Acute Care Hospitals: A Case Study	U/ FZ, U/P_ST
Isfort, J, 2006	EbM and patient perspective--a 5-step approach	U/ FZ
Jamtvedt,, I, N, 2012	Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes [Systematic Review]	U/ FZ
Iyer, S, 2013	A qualitative study of experiences with and perceptions regarding long-acting injectable antipsychotics: Part I-patient perspectives	U/ FZ
Jacob, J, 2010	Voice of the patient: the essence of patient-centered care	U/ FZ
Jobin, G, 2010	User's perspectives of barriers and facilitators to implementing quality colonoscopy services in Canada: a study protocol	U/STD
Johnston, S, 2012	The patient's voice: an exploratory study of the impact of a group self-management support program	U/ FZ
Kilbourne, A, M, 2013	Cluster randomized adaptive implementation trial comparing a standard versus enhanced implementation intervention to improve uptake of an effective re-engagement program for patients with serious mental illness	U/ FZ
Kimber, M, 2014	Decision-making processes for the uptake and implementation of family-based therapy by eating disorder treatment teams: A qualitative study	U/P_ST
Larsson, I, 2011	Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care	U/ FZ
Le Shaw, 2005	Empowering consumers toward greater participation in rehabilitation processes	U/ FZ
Legare, F, 2008	Patient decision aid on natural health products for menopausal symptoms: randomized controlled trial	U/ FZ
Letts, L, 2003	Occupational therapy and participatory research: a partnership worth pursuing	U/ FZ
Lillehagen, I, 2013	Protocol for a qualitative study of knowledge translation in a participatory research project	U/P_ST, U/ FZ
Liu, S, S, 2007	Building customer capital through knowledge management processes in the health care context	U/ FZ
Longtin, Y, 2010	Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety	U/ FZ
Herie, M, 2012	Motivational Interviewing in Respiratory Health Care: A Knowledge Translation Initiative	U/ FZ
Martin, H, 2013	Involvement of patients with cancer in patient safety: a qualitative study of current practices, potentials and barriers	U/ FZ
McCalman, J, R, 2013	The transfer and implementation of an Aboriginal Australian wellbeing program: a grounded theory study	U/ FZ
McCormack, L, 2011	Translating Medical Evidence to Promote Informed Health Care Decisions	U/ FZ
McGregor, M, 2005	End-user involvement in Health Technology Assessment (HTA) development: A way to increase impact	U/ FZ
McKenzie, J, 2008	IMPLEmenting a clinical practice guideline for acute low back pain evidence-based management in general practice (IMPLEMENT): cluster randomised	U/ FZ

	controlled trial study protocol	
McKillop, A, 2004	Evaluation of the implementation of a best practice information sheet: tracheal suctioning of adults with an artificial airway	U/ FZ
Melnyk, B, M, 2006	Consumer preferences and values as an integral key to evidence-based practice	U/ FZ
Millat, B, 2005	Patient's preference and randomization: new paradigm of evidence-based clinical research	U/ FZ
Nambisan, P, 2009	Models of consumer value cocreation in health care	U/ FZ
Ng, C, 2013,	An overview of patient involvement in healthcare decision-making: a situational analysis of the Malaysian context	U/ FZ
Nguyen, T, 2006	Community-based participatory research increases cervical cancer screening among Vietnamese-Americans	U/ FZ
Nilsen, E. S, 2007	Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material	U/ FZ
Nilsen, E. S, 2013	Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research clinical practice guidelines and patient information material [Systematic Review]	U/ FZ
Nugus, P, 2012	The politics of action research: "if you don't like the way things are going, get off the bus"	U/ FZ
O'Connor, A, 2001	Using patient decision aids to promote evidence-based decision making [EBM Trends]	U/ FZ
Odell, M, 2010	Call 4 Concern: patient and relative activated critical care outreach	U/ FZ
Oliver, S, 2004	Involving consumers in research and development agenda setting for the NHS: developing an evidence-based approach	U/ FZ
Orem, J, 2013	Perspectives on the role of stakeholders in knowledge translation in health policy development in Uganda	U/ FZ
Ottmann, G, 2013	A systematic narrative review of consumer-directed care for older people: implications for model development	U/ FZ
Ottmann, G, 2010	Developing consumer-directed care for people with a disability: 10 lessons for user participation in health and community care policy and program development	U/ FZ
Penston, J, 2007	Patients' preferences shed light on the murky world of guideline-based medicine	U/ FZ
Pepe, P, E, 2009	Clinical trials in the out-of-hospital setting: rationale and strategies for successful implementation	U/ FZ
Pickles, J, 2008	Experience based design: a practical method of working with patients to redesign services	U/ FZ
Pinch, W, J, 1995	Implementation of the Patient Self-Determination Act: a survey of Nebraska hospitals	U/ FZ
Pinto, A, V, 2013	A qualitative exploration of patients' attitudes towards the 'Participate Inform Notice Know' (PINK) patient safety video	U/ FZ, U/STD
Piper, St, 2010	Patient empowerment: Emancipatory or technological practice?	U/ FZ

Pluye, P, 2014	Development and content validation of the information assessment method for patients and consumers	U/ FZ
Rask, K, J, 2009	Patient activation is associated with healthy behaviors and ease in managing diabetes in an indigent population	U/ FZ
Rome, P, L, 2013	A Critical Analysis of Evidence-Based Practice -- Moving Towards a More Patient-Oriented EBP Model... Evidence-Based Practice	U/ FZ
Salvalaggio, G, 2013	Enhancing screening, brief intervention, and referral to treatment among socioeconomically disadvantaged patients: study protocol for a knowledge exchange intervention involving	U/ FZ
Santesso, N, 2008	Evidence that patients can understand and use?	U/ FZ
Santesso, N, 2006	Knowledge transfer to clinicians and consumers by the Cochrane Musculoskeletal Group	U/ FZ
Saunders, C, 2010	Status, challenges and facilitators of consumer involvement in Australian health and medical research	U/FZ, U/STD
Scott, I, 2007	The evolving science of translating research evidence into clinical practice [EBM Trends]	U/ FZ
Sepucha, K, 2009	A perspective on the patient's role in treatment decisions	U/ FZ
Smith, E, 2009	Getting ready for user involvement in a systematic review	U/ FZ
Smith, E, 2008	Service user involvement in nursing, midwifery and health visiting research: A review of evidence and practice	U/ FZ
Synnot, A, 2014	Audio-visual presentation of information for informed consent for participation in clinical trials	U/ FZ
Teal, R, 2012	Implementing community-based provider participation in research: an empirical study	U/ FZ
Thomson, R, G, 2007	A patient decision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: randomised controlled trial	U/ FZ
Timmons, V, 2007	Knowledge translation case study: a rural community collaborates with researchers to investigate health issues	U/I, U/STD
Topol, E, J, 2010	The consumer movement in health care	U/ FZ
Travers, R, 2008	The greater involvement of people living with AIDS principle: theory versus practice in Ontario's HIV/AIDS community-based research sector	U/FZ , U/STD
Tritter, J, Q, 2009	Revolution or evolution: the challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world	U /FZ , U/STD
Trummer, U, 2006	Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study	U/ FZ
Tucker, C, A, 2014	Concept Analysis of the Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS((R))) and the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)	U/ FZ
Tugwell, P, S, 2007	Knowledge translation for effective consumers	U/ FZ
Ubbink, D, T, 2011	Implementation of evidence-based practice: outside	U/ FZ

	the box, throughout the hospital	
Urquhart, R, 2012	Exploring the interpersonal-, organization-, and system-level factors that influence the implementation and use of an innovation-synoptic reporting-in cancer care	U/ FZ
Verhoef, M, J, 2005	Integrative health care: how can we determine whether patients benefit?	U/ FZ
Vickrey, B, G, 2007	When the patient knows best: a challenge in translating clinical trial evidence into practice	U/ FZ
Waibel, S, 2012	What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of qualitative studies	U/ FZ
Wallen, G, R, 2010	Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted mentorship programme	U/P_ST, U/ FZ
Warne, T, 2007	Passive patient or engaged expert? Using a Ptolemaic approach to enhance mental health nurse education and practice	U/ FZ
Zhang, M, 2002	Chinese consumer involvement in evidence-based medicine: current status and strategies	U/ FZ

Anhang III

Kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien nach Studiendesign:

Qualitative Studien Bewertung nach Polit & Beck (2012) Guide for overall Critique (qual.) (pp. 115-117) nach Alphabet (Name des/der ErstautorIn):

- 1) Bhavnani & Fisher (2009): **Patient factors in the implementation of decision aids in general practice: a qualitative study**

Aspekt des Artikels Bhavnani & Fisher	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key phenomenon and the group or community under study?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	ja
Introduction	~
Statement of the problem? –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	Ja
Research questions?	nein
Literature Review? 15 zitierte Forschungsarbeiten älter als 10 Jahre	ja
Conceptual underpinnings?	nein
Method	+
Protection of participants rights?	Ja
Research design and tradition?	Ja
Sample and Setting?	ja
Data collection?	ja
Procedures?	Ja
Enhancement of trustworthiness?	nein
Results	+
Data analysis?	ja
Findings?	ja
Theoretical Integration?	nein
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications/Recommendations?	ja
Global Issues	+
Presentation?	ja
Researcher credibility?	ja
Summary Assessment?	ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues: **+gute Qualität**
 ~moderate Qualität –unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 2

Stärken: Decision Aids ausführlich und gut beschrieben; gute Argumentation, warum qualitatives Design bei der Problemstellung wichtig ist;

Schwächen: Keine soziodemografischen Merkmale der PartizipantInnen beschrieben (Bildungsstand wäre hier interessant gewesen); die meisten der PartizipantInnen waren Frauen; die Studie wurde konzeptionell nicht untermauert (keine philosophische Basis, kein konzeptioneller

Rahmen); die PatientInnen die teilnahmen, hatten die Diagnose schon längere Zeit, Sicht der PatientInnen bei Erstdiagnose fehlt

2) Boivin et al. (2010): **Patient and public involvement in clinical guidelines: international experiences and future perspective**

Aspekt des Artikels Boivin et al.	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key phenomenon and the group or community under study?	Ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	Ja
Introduction	+
Statement of the problem? –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	Ja
Research questions?	Ja
Literature Review?	Ja
Conceptual underpinnings?	Ja
Method	+
Protection of participants rights?	Ja
Research design and tradition?	Ja
Sample and Setting? Keine Angabe zur Datensättigung	k.A
Data collection?	Ja
Procedures?	Ja
Enhancement of trustworthiness?	Ja
Results	+
Data analysis?	Ja
Findings?	Ja
Theoretical Integration?	Ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	Ja
Implications/Recommendations?	Ja
Global Issues	+
Presentation?	Ja
Researcher credibility?	Ja
Summary Assessment?	Ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues: **+gute Qualität**
 ~moderate Qualität –unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 1

Stärken: gute Beschreibung der Ergebnisse und visuelle Darstellung

Schwächen: keine Angaben über Datensättigung

3) Harrington et al. (2013): **The implementation of intentional rounding using participatory action research**

Aspekt des Artikels Harrington et al.	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key phenomenon and the group or community under study?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	ja
Introduction	+
Statement of the problem? –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	Ja
Research questions?	ja
Literature Review?	ja
Conceptual underpinnings?	ja
Method	~/-
Protection of participants rights?	Ja
Research design and tradition?	Ja
Sample and Setting? Ungenaue Beschreibung der TeilnehmerInnen und deren Auswahl	nein
Data collection? keine Angaben über den Inhalt der Zufriedenheitsbefragung	k.A.
Procedures?	Ja
Enhancement of trustworthiness?	nein
Results	~
Data analysis?	k.A.
Findings?	ja
Theoretical Integration?	nein
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications/Recommendations?	ja
Global Issues	~
Presentation?	ja
Researcher credibility?	ja
Summary Assessment?	nein

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues: **+gute Qualität**
 ~moderate Qualität –unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 4

Stärken: Gute Einleitung, Hinleitung zum Thema;

Schwächen: keine Beschreibung der PartizipantInnen, keine Erläuterungen über den Inhalt der Zufriedenheitsbefragungen; keine Angaben zur Auswertung der Befragungen

4) Légaré et al. (2012): **Patient and public involvement in the development and implementation of clinical practice guidelines: what do developers say?**

Aspekt des Artikels Légaré et al. 2012	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key phenomenon and the group or community under study?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	ja
Introduction	+
Statement of the problem? –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	Ja
Research questions?	Ja
Literature Review?	Ja
Conceptual underpinnings?	Ja
Method	+
Protection of participants rights?	Ja
Research design and tradition?	Ja
Sample and Setting? Datensättigung wurde nicht erreicht	Nein
Data collection?	Ja
Procedures?	Ja
Enhancement of trustworthiness?	Ja
Results	+
Data analysis?	Ja
Findings?	Ja
Theoretical Integration?	Ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	Ja
Implications/Recommendations?	Ja
Global Issues	+
Presentation?	Ja
Researcher credibility?	Ja
Summary Assessment?	Ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues: **+gute Qualität**
 ~moderate Qualität –unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 1

Stärken: gute Beschreibung der Schritte, gute Herangehensweise an die Thematik (Feld sehr neu, deshalb Interviews), objektive Einschätzung der Qualität der Ergebnisse und Implikationen für die Praxis (aus Ergebnissen können nur Vorschläge gemacht werden)

Schwäche: keine Datensättigung erreicht (aber in Limitationen beschrieben)

5) Koch et al. (2000): **We just don't talk about it: Men living with urinary incontinence and multiple sclerosis**

Aspekt des Artikels Koch et al. 2000	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key phenomenon and the group or community under study?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report?	ja
Introduction	+
Statement of the problem? –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	Ja
Research questions?	Ja
Literature Review?	Ja
Conceptual underpinnings?	Ja
Method	+
Protection of participants rights?	Ja
Research design and tradition?	Ja
Sample and Setting? Keine Angabe zur Datensättigung	k.A.
Data collection?	Ja
Procedures?	Ja
Enhancement of trustworthiness?	Ja
Results	+
Data analysis?	Ja
Findings?	Ja
Theoretical Integration?	Ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	Ja
Implications/Recommendations?	Ja
Global Issues	+
Presentation?	Ja
Researcher credibility?	Ja
Summary Assessment?	Ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues: **+gute Qualität**
~moderate Qualität –unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 1

Stärken: ausführliche Beschreibung der Forschungsschritte und Ergebnissen

Schwächen: keine Angaben über Datensättigung

Bewertung der Mixed-Method Studien nach Polit & Beck (2012) Kombination aus Guide for overall Critique (quant. & qual.) (pp. 112-117) und Guide for Mixed Methods Study (p. 626) nach Alphabeth (Name des/der ErstautorIn):

1) Abad-Corpa et al. (2012): **Effectiveness of participatory-action-research to put in practice evidence at a nursing onco-hematology unit**

Aspekt des Artikels Abad-Corpa et al. 2012	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	ja
Introduction	+
Statement of the problem –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	ja
Hypotheses or research questions	ja
Literature Review	ja
Conceptual/theoretical Framework/underpinnings	ja
Method	+
Protection of human rights?	ja
Research design and tradition?	nein
Population, sample, Setting?	ja
Data collection and Measurement?	ja
Procedures?	ja
Results	+
Data analysis?	Ja
Findings?	Ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications/Recommendations?	ja
Global Issues	+
Presentation?	ja
Researcher credibility?	ja
Summary Assessment?	ja
Guideline for Critiquing Mixed Method Studies	~
1) Researcher state MM objective, explicite MM questions? Kein Hinweis in Titel oder Abstract, dass es sich um eine MM Studie handelt!	nein
2) Clearly identify research design?	nein
3) Design appropriate?	ja
4) Components of the design fit together?	ja
5) Sampling strategy?	ja
6) Study data gathered?	nein
7) Design fidelity?	ja
8) Integration of the strands occur?	ja
9) Analytic techniques adequate?	ja
10) Analytic adequacy to achieve integration?	ja
11) Interpretive consistency?	ja
12) Theoretical consistency? Interpretive agreement?	ja
13) Interpretive distinctiveness?	ja
14) Integrative efficacy?	ja
15) Interpretive Correspondence?	ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues und Critiquing
Mixed Method: **+gute Qualität ~moderate Qualität –unzureichende Qualität**

Gesamtbewertung: 2

Schwäche: kein Hinweis im Titel oder Abstract, dass es sich um eine MM Studie handelt. Daten von 2 PatientInnen wurden verloren.

Stärke: objektive Beschreibung der Limitationen der Studie; PAR Prozess wurde mit den Interventionen sehr gut grafisch dargestellt.

2) Glasson, J. et al. (2006): **Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward**

Aspekt des Artikels Glasson et al.	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	ja
Introduction	+
Statement of the problem –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	ja
Hypotheses or research questions	ja
Literature Review Literatur sehr alt; 13 Studien älter als 10 Jahre!	nein
Conceptual/theoretical Framework/underpinnings	ja
Method	+
Protection of human rights?	ja
Research design and tradition?	ja
Population, sample, Setting?	ja
Data collection and Measurement?	ja
Procedures?	ja
Results	+
Data analysis?	ja
Findings?	ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications/Recommendations?	ja
Global Issues	
Presentation?	ja
Researcher credibility?	ja
Summary Assessment?	ja
Guideline for Critiquing Mixed Method Studies	+
1) Researcher state MM objective, explicite MM questions?	ja
2) Clearly identify research design?	ja
3) Design appropriate?	ja
4) Components of the design fit together?	ja
5) Sampling strategy?	ja
6) Study data gathered?	ja
7) Design fidelity?	ja
8) Integration of the strands occur?	ja
9) Analytic techniques adequate?	ja

10) Analytic adequacy to achieve integration?	ja
11) Interpretive consistency?	ja
12) Theoretical consistency? Interpretive agreement?	ja
13) Interpretive distinctiveness?	ja
14) Integrative efficacy?	ja
15) Interpretive correspondence?	ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues und Critiquing
Mixed Method: **+gute Qualität ~moderate Qualität –unzureichende Qualität**

Gesamtbewertung: 1

Stärken: gute Beschreibung der Forschungsschritte, Link zu Orem's Theorie der Selbstpflege -
gute Verknüpfung zu Evidence based Practice und Participatory Action Research

Schwäche: altes Literature Review (15 zitierte Arbeiten sind älter als 15 Jahre)

3) Diaz del Campo et al. (2011): A strategy for patient involvement in clinical practice guidelines: methodological approaches

Aspekt des Artikels Diaz del Campo et al. 2011	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	ja
Introduction	~
Statement of the problem –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	ja
Hypotheses or research questions	ja
Literature Review	ja
Conceptual/theoretical Framework/underpinnings	k.A.
Method	+
Protection of human rights?	ja
Research design and tradition?	ja
Population, sample, Setting?	ja
Data collection and Measurement?	ja
Procedures? Vorgehensweise nicht ausreichend beschrieben	k.A.
Results	~
Data analysis?	ja
Findings? Keine genaue Beschreibung der Ergebnisse, nur oberflächlich	nein
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications/Recommendations?	ja
Global Issues	+
Presentation?	ja
Researcher credibility?	ja
Summary Assessment?	ja
Guideline for Critiquing Mixed Method Studies	~
1) Researcher state MM objective, explicite MM questions? Keine expliziten MM Fragen.	nein
2) Clearly identify research design?	ja
3) Design appropriate?	ja

4) Components of the design fit together?	ja
5) Sampling strategy?	ja
6) Study data gathered?	ja
7) Design fidelity?	ja
8) Integration of the strands occur?	ja
9) Analytic techniques adequate?	ja
10) Analytic adequacy to achieve integration?	ja
11) Interpretive consistency?	ja
12) Theoretical consistency? Interpretive agreement?	ja
13) Interpretive distinctiveness?	ja
14) Integrative efficacy?	ja
15) Interpretive Correspondence?	ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues und Critiquing
Mixed Method: **+gute Qualität ~moderate Qualität –unzureichende Qualität**

Gesamtbewertung: 3

Stärken: gute visuelle Darstellung der Forschungsschritte

Schwächen: ungenaue Beschreibung der Vorgehensweise und Ergebnisse und TeilnehmerInnen
(PatientInnen und Professionals)

- 4) Tapp et al. (2014): **Adapting community based participatory research (CBPR) methods to the implementation of an asthma shared decision making intervention in ambulatory practices**

Aspekt des Artikels Tapp et al. 2014	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	ja
Introduction	+
Statement of the problem –Signifikanz für die Pflege; oder klinische Praxis	ja
Hypotheses or research questions	ja
Literature Review	ja
Conceptual/theoretical Framework/underpinnings	ja
Method	+
Protection of human rights?	k.A.
Research design and tradition?	ja
Population, sample, Setting? Ungenaue Beschreibung der teilnehmenden PatientInnen	nein
Data collection and Measurement?	ja
Procedures?	ja
Results	+
Data analysis?	ja
Findings?	ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	ja
Implications/Recommendations?	ja
Global Issues	+

Presentation?	ja
Researcher credibility?	ja
Summary Assessment?	ja
Guideline for Critiquing Mixed Method Studies	~
1) Researcher state MM objective, explicite MM questions? CBPR impliziert die Anwendung von qual. und quant. Methoden	ja
2) Clearly identify research design?	ja
3) Design appropriate?	ja
4) Components of the design fit together?	ja
5) Sampling strategy?	ja
6) Study data gathered?	ja
7) Design fidelity?	ja
8) Integration of the strands occur?	ja
9) Analytic techniques adequate?	ja
10) Analytic adequacy to achieve integration?	ja
11) Interpretive consistency?	ja
12) Theoretical consistency? Interpretive agreement?	ja
13) Interpretive distinctiveness?	ja
14) Integrative efficacy?	ja
15) Interpretive Correspondence?	ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues und Critiquing Mixed Method: **+gute Qualität ~moderate Qualität –unzureichende Qualität**

Gesamtbewertung: 1

Stärken: ausführlich und nachvollziehbarer Forschungsprozess,

Schwächen: keine Angabe zu ethischen Belangen oder informierter Zustimmung, keine Beschreibung der PatientInnen, die teilnahmen

Bewertung der quantitativen Studien nach Polit & Beck (2012) mit Guide for overall Critique (quant.) (pp. 112-114) nach Alphabet (Name des/der ErstautorIn):

1) Bach et al. 2013: **Implementing a Cognitive–Behavioral Pain Self-Management Program In Home Health Care Part 2: Feasibility and Acceptability Cohort Study**

Anmerkung: hier handelt es sich um eine **Pilotstudie**; Polit und Beck (2012, p. 196) beschreiben, dass die methodologischen Entscheidungen einer Pilotstudie sehr wohl mit folgenden Fragen kritisch bewertet werden können. Allgemeine Teile aus dem Guide for overall Critique wurden ergänzt (Titel, Abstract, Method, Results, Discussion, Global Issues).

Aspekt des Artikels Bach et al. 2013	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	Ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	Ja
Methodologic decisions (nach Polit & Beck p. 196)	+
Evidence of careful conceptualization, that the project was well planned?	Ja
Was the comparison group strategy designed to reflect a realistic practice concern?	k.A.
Was the setting one, that maximizes potential of the generalizability of the findings?	Ja
Did the timeframes for data collection correspond to clinically important milestones?	Ja
Was the intervention sensitive to the constraints of a typical practice environment?	Ja
Method	+
Protection of human rights?	Ja
Research design?	Ja
Population and sample?	Ja
Data collection and measurement?	Ja
Procedures?	Ja
Results	+
Data analysis?	Ja
Findings?	Ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	Ja
Implications, Recommendations?	Ja
Global Issues	+
Presentation?	Ja
Researcher Credibility?	Ja
Summary Assessment?	Nein

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues: **+gute Qualität**
~moderate Qualität –unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 1

Schwäche: keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse, da es sich hier um eine Pilotstudie handelt. Randomisiert kontrollierte Studie dazu ist in Planung; PatientInnen geben an, wie häufig sie die Übungen zu Hause gemacht haben – Gefahr einer Verzerrung, da möglicherweise die Angaben der PatientInnen nicht der Wahrheit entsprechen könnten.

Stärke: gute Planung und ausführliche Beschreibung der Forschungsschritte und Methoden

2) Dijkstra et al. (2005): **Patient-centred and professional-directed implementation strategies for diabetes guidelines: a cluster-randomized trial-based cost-effectiveness analysis**

Aspekt des Artikels Dijkstra et al. 2005	Bewertung
Titel	+
Is the title a good one, succinctly suggesting key variables and the study population?	Ja
Abstract	+
Does the abstract clearly and concisely summarize the main features of the report (problem, methods, results, conclusions)?	Ja
Introduction	+
Statement of the problem?	Ja
Hypothesis or research questions?	Ja
Literature Review?	Ja
Conceptual/theoretical framework?	nein
Method	+
Protection of human rights?	k.A.
Research design?	Ja
Population and sample?	Ja
Data collection and measurement?	Ja
Procedures?	Ja
Results	+
Data analysis?	Ja
Findings?	Ja
Discussion	+
Interpretation of the findings?	Ja
Implications, Recommendations?	Ja
Global Issues	+
Presentation?	Ja
Researcher Credibility?	Ja
Summary Assessment?	Ja

Beurteilung von Introduction, Method, Results, Discussion und Global Issues: **+gute Qualität**
 ~moderate Qualität –unzureichende Qualität

Gesamtbewertung: 1

Schwäche: keine Angabe über Zustimmung einer Ethikkommission

Stärken: gute Darstellung der Baseline und der Ergebnisse

1) Légaré et al. (2010): **Patient and public involvement in the development and implementation of clinical practice guidelines: A knowledge synthesis of existing Programs**

Aspekt des SR's Légaré et al. 2010	Bewertung
The Problem	+
Problem statement/research question?	ja
Is the topic important for clinical practice?	Ja
Defining concepts, variables, phenomena adequately?	Ja
Integration approach defined?	ja
Search Strategy	+
Clearly described criteria for selecting studies?	Ja
Bibliographic databases appropriate?	Ja
Supplementary efforts to identify relevant studies?	Ja
Flow Chart (PRISMA type)?	Ja
The Sample	+
Inclusion and exclusion criteria clearly?	Ja
Search strategy yield a strong and comprehensive sample of studies?	Ja
Contact the researchers of the studies?	Nein
Reasons for excluded studies?	Ja
Quality appraisal	+
Appraisal of the quality of the studies?	Ja
Two or more people for appraising the studies?	Ja
Was the appraisal information used in a well-defined manner?	Nein
Data extraction	+
Adequate information about the aspects of the studies?	Ja
Was sufficient information extracted about study findings?	Ja
Integrity of the dataset?	Ja
Data analysis general	+
Method of pooling and integrating the data?	Ja
Was the analysis of data thorough and credible?	Ja
Were tables, figures and text used to summarize findings?	Ja
Conclusions	+
Reasonable conclusions?	Ja
Were limitations noted?	Ja
Implications for practice or further research?	Ja

Beurteilung von Problem, Search Strategy, Sample, Quality Appraisal, Data Extraction, Data Analysis und Conclusions: **+gute Qualität ~moderate Qualität -unzureichende Qualität**

Gesamtbewertung: 2

Stärken: gute visuelle Darstellung der Ergebnisse und Suchstrategie, gute Synthese der Ergebnisse aus den verschiedenen Studiendesigns.

Schwächen: keine Angabe darüber, womit die Arbeiten kritisch bewertet wurden.