

Masterarbeit

Qualität von deutsch- und englischsprachigen Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz – eine deskriptive Vergleichsstudie

eingereicht von
Nina Laura Krofika, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades
**Master of Science
(MSc)**

an der
Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am
Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von
Dr.ⁱⁿ Daniela Schoberer
Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann

Graz, 19.01.2018

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 19. Jänner 2018

Nina Laura Krofika, BScN eh.

Danksagungen

Für die Betreuung und Unterstützung meiner Masterarbeit bedanke ich mich bei Frau Dr.ⁱⁿ Daniela Schoberer und Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann ganz herzlich. Zudem danke ich dem ganzen Team des Instituts für Pflegewissenschaft, da ich viel Expertise durch die Arbeit am Institut erlangen konnte.

Im Weiteren bedanke ich mich bei meinen Freundinnen Carina, Anna, Sabrina, Selina, Jolana, Isabell und Lilly, mit denen ich eine schöne Studienzeit verbrachte und die mir den Weg durchs Studium deutlich vereinfacht haben.

Ein herzlicher Dank gilt auch meiner Familie, welche mir das Studium ermöglichte und mich stets unterstützte.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meinem Freund Bernhard, der immer an mich geglaubt hat und mich vor allem in stressigen Zeiten immer wieder ermutigt hat. Ohne seine Unterstützung wäre das Studium nicht machbar gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Glossar	V
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Zusammenfassung	X
Abstract	XII
1. Einleitung	1
1.1. Harninkontinenz.....	2
1.1.1. Formen der Harninkontinenz.....	3
1.1.2. Diagnostik von Harninkontinenz	4
1.1.3. Evidence-basierte Maßnahmen bei Harninkontinenz	4
1.2. Shared Decision Making und Informationsverhalten bei Harninkontinenz.....	7
1.3. Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren und Gütekriterien.....	9
1.4. Zielsetzung und Forschungsfragen	13
2. Methode	14
2.1. Design	14
2.2. Datensammlung.....	14
2.3. Ein- und Ausschlusskriterien	15
2.4. Instrumente.....	16
2.5. Analyse	18
3. Ergebnisse	20
3.1. Charakteristika	23
3.2. Ensuring Quality Information for Patients (EQIP) Global Score	23
3.3. Inhalt.....	24
3.4. Transparenz	27
3.5. Struktur.....	28
3.6. Motivation/Empowerment.....	32
3.7. Übereinstimmung der Reviewer.....	35
4. Diskussion	38
4.1. Implikationen für die Forschung.....	46
4.2. Implikationen für die Praxis.....	49
5. Schlussfolgerung	50
6. Literaturverzeichnis	51
Anhang	58

Abkürzungsverzeichnis

CI	<i>Confidence Interval (Konfidenzintervall)</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
EQIP	<i>Ensuring Quality Information for Patients</i>
HLS	<i>Health Literacy Survey</i>
HON	<i>Health on the Net</i>
ICC	<i>Intra-Class-Correlation (Intra-Klassen-Korrelation)</i>
ICIQ	<i>International Consultation on Incontinence Questionnaire</i>
MKÖ	Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich
NICE	<i>National Institut for Clinical Excellence</i>
PEMAT	<i>Patient Education Materials Assessment Tool</i>
PEMAT-P	<i>Patient Education Materials Assessment Tool for printable materials</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
SD	<i>standard deviation (Standardabweichung)</i>
SPSS	<i>The Statistical Package for the Social Sciences</i>
TVT	<i>Tension-free Vaginal Tape</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

Glossar

Actionability: Ein Gütekriterium für Broschüren, welches Anwenderinnen und Anwendern ermöglicht sich besser mit dem Material zu identifizieren und somit steigt die Motivation für die Umsetzung der Interventionen (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a).

Boolesche Operatoren: Diese können bei der Literaturrecherche angewendet werden, um die Suche zu erweitern oder einzuschränken z.B. durch AND und OR (Polit & Beck 2012).

Deskriptives Design: Ein Studiendesign, welches auch beschreibende Forschung genannt werden kann, mit dem Ziel, Phänomene, Verhaltensweisen, Ist-Zustände etc. möglichst vollständig zu beschreiben und zu analysieren, um zu neuer Erkenntnis zu kommen (Gray, Grove & Sutherland 2017).

Empowerment: Der Prozess, mit welchem die Fähigkeiten von Personen gestärkt werden, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden. Zudem erlangen die Personen dadurch das Gefühl stark genug zu sein, um Kontrolle über ihr persönliches Leben zu haben (Gibson 1991).

Health Literacy Survey: Eine Erhebung der Gesundheitskompetenz in acht europäischen Ländern (Pelikan, Röthlin & Ganahl 2012).

Item: Eine Einzelfrage eines Instruments (Polit & Beck 2012).

Konfidenzintervall: Der Bereich von Werten, welcher die Genauigkeit eines untersuchten Parameters schätzt (Gray, Grove & Sutherland 2017).

Mean: Ist der Mittelwert, das heißt die Summe der Merkmalswerte, geteilt durch die Zahl der Merkmalswerte (Gray, Grove & Sutherland 2017).

Patientinnen- und Patientenedukation: Eine geplante Interaktion zwischen Patientinnen- und Patienten und dem Gesundheitspersonal, welche das Selbstmanagement fördert und das Patientinnen- und Patienten-Empowerment steigert (Stenberg et al. 2016; Wizowski, Harper & Hutchings 2014)

Prävalenz: Der Anteil Erkrankter an der Gesamtzahl einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Cochrane Collaboration 2017a).

p-Wert: Ein Wert, der die Wahrscheinlichkeit ausdrückt, dass die gewonnenen Daten nicht auf Zufall beruhen. Er drückt die Signifikanz von Ergebnissen aus (Mayer 2014).

Reliabilität: Das Ausmaß, in dem wiederholte Messungen eines Objekts mit einem Messinstrument dieselben Werte liefern (Gray, Grove & Sutherland 2017).

Reviewer: Werden Personen genannt, die begutachten und bewerten (Cochrane Collaboration 2017b).

Shared Decision Making: Ein Prozess, bei dem das Gesundheitspersonal zusammen mit den Patientinnen und Patienten gemeinsam Forschungsergebnisse heranziehen, um mit diesem Wissen die Betroffenen bei ihrer Behandlungsentscheidung zu unterstützen und anschließend zusammen eine Entscheidung zu treffen (Elwyn et al. 2012).

Standardabweichung: Das Maß für die Streuung von Messwerten um den Durchschnittswert (Cochrane Collaboration 2017a).

Statistische Signifikanz: Ein statistisch signifikantes Ergebnis ist ein Ergebnis, welches die Nullhypothese ablehnt. Diese Aussage basiert auf dem Ergebnis eines statistischen Tests, der zur Überprüfung einer vorab definierten Hypothese mit einer vorab festgelegten Irrtumswahrscheinlichkeit durchgeführt wird (Cochrane Collaboration 2017a).

Stichprobe: Eine Gruppe von Elementen, aus denen sich die Grundgesamtheit zusammensetzt (Gray, Grove & Sutherland 2017).

t-Test: Ein parametrisches Testverfahren, um zu bestimmen, ob zwei Stichproben sich statistisch signifikant voneinander unterscheiden (Gray, Grove & Sutherland 2017).

Trunkierungen: Die Verwendung eines Symbols (*) am Ende eines Suchbegriffes bei der Literaturrecherche, dadurch kann der Begriff mit verschiedenen Wortenden gefunden werden (Mayer 2014).

Validität: Das Ausmaß, in dem ein Messinstrument das misst, was es messen soll (Gray, Grove & Sutherland 2017).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Suche nach deutschsprachigen Broschüren	21
Abbildung 2 Suche nach englischsprachigen Broschüren.....	22
Abbildung 3 Gegenüberstellung des <i>EQIP Global Score</i> mit Bezug auf die Sprache	24
Abbildung 4 Gegenüberstellung des <i>EQIP Global Score</i> in der Subkategorie <i>Inhalt</i> mit Bezug auf die Sprache.....	25
Abbildung 5 Häufigkeiten der verschiedenen genannten Interventionen	27
Abbildung 6 Gegenüberstellung des <i>EQIP Global Score</i> in der Subkategorie <i>Transparenz</i> mit Bezug auf die Sprache	28
Abbildung 7 Gegenüberstellung des <i>EQIP Global Score</i> in der Subkategorie <i>Struktur</i> mit Bezug auf die Sprache	29
Abbildung 8 Gegenüberstellung des <i>PEMAT Scores (Actionability)</i> in der Subkategorie <i>Motivation/Empowerment</i> mit Bezug auf die Sprache	33

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Genannte Interventionen in den Broschüren.....	26
Tabelle 2 <i>EQIP Global Score</i> : Unterschiede mit Bezug auf die Sprache.....	30
Tabelle 3 <i>PEMAT Score (Actionability)</i> : Unterschiede mit Bezug auf die Sprache	34
Tabelle 4 <i>EQIP Fragen</i> : Übereinstimmung der <i>Reviewer</i>	35
Tabelle 5 <i>PEMAT Items (Actionability)</i> : Übereinstimmung der <i>Reviewer</i>	37

Zusammenfassung

Hintergrund: Harninkontinenz ist ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem mit schweren Folgen für Betroffene und das Gesundheitssystem. Die Tabuisierung hindert harninkontinente Menschen eine klinische Konsultation in Anspruch zu nehmen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt eine aktive Integration der Betroffenen in die eigene Gesundheitsversorgung, welche für Menschen mit Harninkontinenz daher häufig nicht gewährleistet werden kann. Patientinnen- und Patientenedukation sollte ein fundamentaler Schwerpunkt im Inkontinenzmanagement sein, um das Empowerment und Selbstmanagement der Betroffenen zu fördern. Für die Umsetzung dieser können Informationsbroschüren eine zentrale Rolle darstellen. Die Hauptinformationsquelle für allgemeine Informationen über Gesundheit ist das Internet. Das Identifizieren qualitativ hochwertiger und seriöser Online-Quellen ist für Betroffene schwierig. Angenommen wird, dass unterschiedlich sprachige Online-Patientinnen- und Patienteninformationen Qualitätsunterschiede aufweisen. Daher ist das Ziel dieser Arbeit, einerseits die Feststellung der Qualität von deutsch- und englischsprachigen Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz und andererseits der Qualitätsvergleich hinsichtlich der verwendeten Sprache.

Methode: Die Datensammlung erfolgte in zwei Schritten, um realitätsnah eine Patientinnen- und Patientensuche zu simulieren. Im ersten Schritt wurde in drei Suchmaschinen (Google, Bing und Yahoo) nach Informationsbroschüren gesucht. Im zweiten Schritt wurden alle weiterführenden Links der Webseite der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) nach weiteren Broschüren durchsucht. Die Qualität der Broschüren (n=45) wurde primär durch die erweiterte Version des *Ensuring Quality Information for Patients* (EQIP) Instruments und zusätzlich durch die Dimension *Actionability* des *Patient Education Materials Assessment Tool* (PEMAT) evaluiert. Die Gesamtscores von PEMAT (*Actionability*) und EQIP wurden berechnet und sprachenspezifisch analysiert.

Ergebnisse: Anhand des Gesamtscores von EQIP wurde kein signifikanter Unterschied zwischen deutsch- und englischsprachigen Broschüren festgestellt

($p=0,378$). Dennoch zeigte die Analyse der EQIP Subkategorien, dass deutschsprachige Broschüren eine signifikant höhere Qualität hinsichtlich der Struktur ($p=0,046$) aufwiesen als Englischsprachige. Keine signifikanten Unterschiede wurden hinsichtlich Inhalt und Transparenz festgestellt ($p=0,868$; $p=0,812$). Die deutschsprachigen Broschüren wiesen einen signifikant höheren PEMAT Score (*Actionability*) in der Subkategorie Motivation/Empowerment auf als Englischsprachige ($p=0,005$).

Schlussfolgerung: Obwohl deutschsprachige Harninkontinenzinformationsbroschüren für Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Struktur und Motivation/Empowerment eine höhere Qualität als Englischsprachige aufweisen, konnte aufgezeigt werden, dass die Broschüren durchschnittlich nur von mittlerer Qualität sind. Daher wird empfohlen, die Informationsbroschüren hinsichtlich des Inhalts und der Transparenz zu überarbeiten und in Englischsprachige zudem aktivierende Elemente zu integrieren.

Schlüsselwörter: Broschüren, Inkontinenz, Online-Informationsquellen, Qualitätsevaluation

Abstract

Background: Urinary incontinence is a global health problem with serious consequences for patients and healthcare systems. Due to the tabooing, patients often avoid clinical consultation and the active integration into their individual healthcare, as recommended by the World Health Organization (WHO), cannot be ensured. Brochures for patient education are important in incontinence management to provide patient empowerment and self-management. The internet is the main information source on health-related topics. Nevertheless, for affected people it is difficult to identify high-quality material. Studies indicate that there are quality differences between information materials written in various languages. Therefore, the aim of this study is to determine the quality of online patient information brochures on urinary incontinence written in German and English in general and moreover to compare those with respect to the used language.

Method: The data collection was made in two steps to simulate a patient search. Firstly, searches for patient information brochures in three search engines (Google, Bing and Yahoo) were conducted. Secondly, all links, provided on the website of the *Medizinische Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ)*, were searched for further eligible brochures. The quality of the brochures (n=45) was evaluated by deploying the extended version of the Ensuring Quality Information for Patients (EQIP) and the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT). The total scores of EQIP and PEMAT (Actionability) were calculated and analysed concerning the used language.

Results: There was no significant quality difference regarding the overall EQIP score between German and English brochures (p=0.378). However, the analysis of the EQIP subcategories revealed, that German brochures reached significantly higher mean scores for structure (p=0.046) than the English brochures. The difference in EQIP global score for content and identification between the languages was not significant (p=0.868; p=0.812). The German brochures reached a significantly higher PEMAT mean score (Actionability) than the English ones (p=0.005).

Conclusion: Although German brochures on urinary incontinence were of higher quality regarding structure and motivation/empowerment than English brochures, in general brochures had moderate quality. Based on these outcomes, it is recommended to adapt the patient information brochures with respect to content and identification data and moreover to add actionable elements to English brochures.

Keywords: brochures, incontinence, online information sources, quality evaluation

1. Einleitung

Harninkontinenz ist ein häufig auftretendes und somit weit verbreitetes Gesundheitsproblem bei Männern und insbesondere Frauen (Minassian, Bazi & Stewart 2017). Die Anzahl der Menschen, die mit einer Harninkontinenz konfrontiert sind, steigt stetig. 2010 betrug in den USA die Anzahl der Frauen, bei denen die Diagnose Harninkontinenz gestellt wurde 18,3 Millionen. Angenommen wird, dass die Anzahl der Betroffenen bis zum Jahre 2050 auf 28,4 Millionen ansteigen wird (Wu et al. 2009). In Österreich sind schätzungsweise 850.000 Frauen und 150.000 Männer von einer Harninkontinenz betroffen (Enzelsberger 2011). Die österreichischen Pflegequalitätserhebungen zeigen, dass die Prävalenzrate von Harninkontinenz in allgemeinen Krankenhäusern im Jahr 2015 bei 13 % bzw. im Jahr 2016 bei 10,4 % und in Pflegeheimen bei bis zu 66,1 % lag (Lohrmann 2015; Lohrmann 2016).

Die Prävalenz von Harninkontinenz steigt mit zunehmenden Alter an (Abrams et al. 2013; Gibson & Wagg 2017; Minassian, Bazi & Stewart 2017). Aufgrund des Geburtenrückgangs und der steigenden Lebenserwartung der Menschen wird davon ausgegangen, dass im Jahre 2050 jede dritte Person in Österreich über 65 Jahre alt sein wird (Enzelsberger 2011). Daher wird in Zukunft die Bedeutung des Themas Harninkontinenz durch die zu erwartenden zunehmenden Prävalenzzahlen weiter steigen (Enzelsberger 2011). Durch Harninkontinenz entstehen zudem hohe finanzielle Aufwendungen für das Gesundheitssystem (Coyne et al. 2014; Irwin et al. 2008) und für die Betroffenen selbst (Chong, Khan & Anger 2011; Coyne et al. 2014). In Deutschland belaufen sich die Gesundheitsausgaben für die Harninkontinenz auf etwa 396 Millionen Euro pro Jahr (Graf von der Schulenburg et al. 2007).

Die Inkontinenz kann zu zahlreichen Folgeerscheinungen bei den Betroffenen führen, wie etwa massive Einschränkungen der eigenen Gesundheit (Mendes et al. 2017; Yip et al. 2013). Durch die gesellschaftliche Tabuisierung dieser Erkrankung, Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten, negative Auswirkung auf die Psyche und Sexualität, sowie aus Scham kommt es häufig zum sozialen Rückzug der Betroffenen (Akkus & Pinar 2015; Mendes et al. 2017; Yip et al. 2013). Menschen

mit einer Harninkontinenz verfügen häufig über unzureichendes Wissen über diese Erkrankung bzw. identifizieren die Symptome nicht als Krankheit, sondern als unklaren Zustand (Mendes et al. 2017).

Harninkontinente Menschen sind folglich in ihrem täglichen Leben häufig sehr eingeschränkt und ihre Lebensqualität kann so erheblich beeinträchtigt sein (Akkus & Pinar 2015; Avery et al. 2013; Bedretdinova et al. 2016; Pereira et al. 2016). Die eingeschränkte soziale Interaktion und das unzureichende Wissen zeigt sich auch darin, dass nur 5 bis 10 % der betroffenen Frauen bezüglich ihrer Harninkontinenz eine ärztliche Konsultation in Anspruch nehmen (Enzelsberger 2011). Die Studie von Akkus und Pinar (2015) zeigt, dass die Lebensqualität von Frauen, die bisher keine Informationen und Therapien bezüglich der Harninkontinenz erhielten, signifikant niedriger ist als jene, die bereits in medizinischer Behandlung sind. Zudem sind die Betroffenen bereits vor der Behandlung der Harninkontinenz verunsichert und wollen aufgrund der gesellschaftlichen Tabuisierung der Erkrankung häufig nicht darüber sprechen (Wang et al. 2015; Wójtowicz et al. 2014). Aus diesen Gründen benötigen die Betroffenen eine adäquate Versorgung mit Informationen, die auf die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche abgestimmt und leicht zugänglich ist (Mendes et al. 2017; Pereira et al. 2016). Menschen mit einer Harninkontinenz sollten daher in Behandlungsentscheidungen einbezogen werden, um das Selbstmanagement der Erkrankung gewährleisten zu können (Mendes et al. 2017; Wang et al. 2015).

1.1. Harninkontinenz

Die Urin- oder Harninkontinenz ist der medizinische Terminus für die Blasenschwäche. Die *International Continence Society* (Abrams et al. 2013, S. 27) definiert Harninkontinenz als

„unfreiwilligen Verlust von Urin“.

Die Harninkontinenz zeigt sich häufig in komplexen Krankheitsbildern (Abrams et al. 2013). Es gibt verschiedene Formen der Harninkontinenz, welche abhängig von den Ursachen und Symptomen sind. Um die Ätiologie dieser Erkrankung begründen

zu können, ist ein umfassendes Verständnis der Risikofaktoren nötig. Faktoren, wie Alter, Übergewicht, Diabetes, Rauchen, Medikamente und Beckenoperationen, erhöhen das Erkrankungsrisiko (Minassian, Bazi & Stewart 2017). Aufgrund dessen variieren die Behandlungsmöglichkeiten je nach Harninkontinenzform. Um eine erfolgreiche Therapie gewährleisten zu können, ist eine umfassende Diagnostik notwendig (Abrams et al. 2013; Lucas et al. 2015).

1.1.1. Formen der Harninkontinenz

Nachfolgend werden die drei am häufigsten auftretenden Formen der Harninkontinenz beschrieben:

- Dranginkontinenz bzw. Überaktive Blase

Die Dranginkontinenz, welche auch als überaktive Blase bezeichnet wird, kennzeichnet sich durch einen häufigen, starken und überfallsartigen Harndrang, der kaum unterdrückbar ist (Miernik 2017; Minassian, Bazi & Stewart 2017).

- Stress- bzw. Belastungsinkontinenz

Bei Frauen tritt diese Form der Harninkontinenz am häufigsten auf. Typischerweise kommt es bei der Stressinkontinenz oder auch Belastungsinkontinenz genannt, zum ungewollten Harnverlust bei bestimmten Aktivitäten, wie etwa beim Husten, Lachen, Niesen, Heben schwerer Lasten oder auch bei sportlichen Aktivitäten (Abrams et al. 2013; Minassian, Bazi & Stewart 2017).

- Mischinkontinenz

Bei dieser Form der Harninkontinenz treten Symptome sowohl von der Dranginkontinenz als auch der Stressinkontinenz auf (Abrams et al. 2013; Minassian, Bazi & Stewart 2017).

Neben diesen drei Harninkontinenzformen existieren weitere eher selten auftretende Formen, wie die Überlaufinkontinenz, extraurethrale Inkontinenz und Enuresis (Abrams et al. 2013).

1.1.2. Diagnostik von Harninkontinenz

Bereits bei der Diagnostik können die Betroffenen eine aktive Rolle einnehmen, da für die Diagnosestellung eine exakte Schilderung der Symptome notwendig ist. Hierfür können unterschiedliche Assessmentinstrumente, wie beispielsweise das *International Consultation on Incontinence Questionnaire* (ICIQ) eingesetzt werden, um Miktionsfrequenz, Menge, Leidensdruck und somit die Auswirkungen der Harninkontinenz zu erheben (Bettez et al. 2012; National Institut for Clinical Excellence [NICE] 2015). Im Zuge der Untersuchung wird zudem empfohlen eine Harnanalyse durchzuführen und den allgemeinen Gesundheitszustand der Personen, wie die Mobilität, den kognitiven Status und das Körpergewicht, zu erheben (Svan & Brucker 2016).

Neben der Anamnese und einer körperlichen Untersuchung werden die Betroffenen gebeten ein Miktions- und Trinkprotokoll (auch Blasentagebuch genannt) zu führen, um das Trink- und Miktionsverhalten einschätzen zu können (Lucas et al. 2015). Internationale Guidelines empfehlen für die erste Einschätzung einer Harninkontinenz über mindestens drei Tage ein Blasentagebuch zu führen (Lucas et al. 2015; NICE 2015).

Eine weitere Empfehlung für die Diagnostik ist der sogenannte Pad-Test oder auch Vorlagentest, bei dem die Vorlage dazu verwendet wird, das Vorhandensein und den Schweregrad der Harninkontinenz einschätzen zu können (Lucas et al. 2015).

Darüber hinaus wird in Guidelines empfohlen, dass eine Restharnbestimmung im Rahmen der Diagnostik durchgeführt werden soll (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015; NICE 2015). Hierfür wird nach dem Harnlassen mittels Katheterisation oder Ultraschall untersucht, ob und wieviel Restharn sich noch in der Blase befindet (Lucas et al. 2015).

Eine urodynamische Untersuchung wird erst nach Unwirksamkeit von invasiven Behandlungen empfohlen (Svan & Brucker 2016).

1.1.3. Evidence-basierte Maßnahmen bei Harninkontinenz

Anhand der umfassenden Diagnostik vor Therapiebeginn können vom Gesundheitspersonal anschließend mögliche therapeutische Maßnahmen objektiv aufgezeigt werden. Hierbei ist es wichtig, die Interventionen mit den Vor- und Nachteilen gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten zu besprechen, um

realistische Therapieziele, entsprechend deren Wünschen und Bedürfnissen, formulieren zu können (Abrams et al. 2013; Lucas et al. 2015). Speziell bei der Harninkontinenz ist es notwendig, auch den Motivationsgrad der Betroffenen zu erheben, da der Großteil der Behandlungsmaßnahmen ein hohes Maß an Eigenverantwortung, Konsequenz und Compliance erfordern (NICE 2015).

Pflegepersonen können einen wesentlichen Teil zur individuellen Therapiefindung beitragen, indem sie aktiv und beratend den Betroffenen zur Seite stehen und zu einer Entscheidungsfindung motivieren (Abrams et al. 2013; George 2013).

Durch die Vermittlung von *evidence*-basiertem Wissen über die Blasenfunktion und die Harninkontinenz kann die Compliance der Betroffenen erhöht werden. Dadurch kann beispielsweise ein Verständnis für das eigene Trink- und Miktionsverhalten erzielt werden. Im Rahmen dieser offenen Aufklärung können Informationsbroschüren als Hilfsmittel für die gemeinsame Entscheidungsfindung verwendet werden (Abrams et al. 2013).

Die Therapie setzt sich aus drei Säulen (konservative, pharmakologische und operative Maßnahmen) zusammen, die jeweils verschiedene Interventionen beinhalten und von der jeweiligen Form der Harninkontinenz abhängig sind (Lucas et al. 2015; Syan & Brucker 2016).

- Konservative Maßnahmen

Internationale Guidelines zum Thema Harninkontinenz empfehlen zuerst eine konservative Behandlung zu versuchen, bevor eine invasive Therapie eingeleitet wird (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015; NICE 2015; Syan & Brucker 2016). Zu der konservativen Therapie zählen die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen, die physiotherapeutischen Behandlungen und das Blasentraining (Syan & Brucker 2016).

Die verhaltenstherapeutischen Maßnahmen umfassen eine Anpassung des Miktions- und Trinkverhaltens, so soll sowohl eine exzessive Flüssigkeitsaufnahme als auch ein Flüssigkeitsmangel vermieden werden. Internationale Guidelines empfehlen zudem den Koffeinkonsum zu reduzieren oder gänzlich darauf zu verzichten (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015; NICE 2015). Darüber hinaus sollte

Übergewicht vermieden werden, da eine Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Personen die Kontinenz begünstigen kann (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015).

Ein Blasentraining inklusive Anpassung des Trink- und Stuhlverhaltens, Koffeinreduktion und geplante Blasenentleerungen in zeitlichen Intervallen sind vor allem bei der Drang- und Mischinkontinenz indiziert (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015).

Beckenbodentraining bewirkt eine Stärkung der Unterleibsmuskulatur und verbessert den Blasenverschluss (Syan & Brucker 2016). Diese Intervention wird bei allen drei Formen der Harninkontinenz empfohlen (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015; NICE 2015).

Bei Betroffenen, die nicht in der Lage sind diese aktiven Interventionen durchzuführen, wird eine Beratung über die verschiedenen Inkontinenzprodukte durch Expertinnen und Experten empfohlen, um eine individuelle Kontinenzversorgung gewährleisten zu können (Lucas et al. 2015).

- Pharmakologische Maßnahmen

Die medikamentöse Einstellung hängt von der jeweiligen Harninkontinenzform ab. Die zwei am häufigsten verwendeten Medikamente bei Harninkontinenz sind Serotonin- Noradrenalin- Wiederaufnahmehemmer (Duloxetin) und Anticholinergika (Antimuskarinika). Duloxetin wird beispielsweise bei der Stress- und Mischinkontinenz von Frauen angewendet (Lucas et al. 2015; NICE 2015). Diese Medikation bewirkt eine Verbesserung des Tonus und der Kontraktilität des Blasenverschlusses (Lucas et al. 2015). Eine Guideline zeigt, dass diverse Anticholinergika als medikamentöse Therapie bei Dranginkontinenz empfohlen werden (Lucas et al. 2015).

- Operative Maßnahmen

Das primäre Ziel von operativen Behandlungsmaßnahmen ist eine Verbesserung oder Heilung der Harninkontinenz. Die operativen Interventionen werden nur empfohlen, wenn andere Therapieformen keine Verbesserung gebracht haben (Syan & Brucker 2016). Im Zuge der Operationen wird versucht die normale

Anatomie der Blase und des Beckenbodens wiederherzustellen. Je nach Geschlecht der Betroffenen können verschiedene operative Eingriffe durchgeführt werden (Abrams et al. 2013).

Bei Stressinkontinenz kann eine Kolposuspension durchgeführt werden, die entweder offen oder laparoskopisch erfolgen kann. Bei dieser operativen Methode wird der Blasen Hals und die obere Harnröhre angehoben, um einen Harnröhrenverschluss zu erzielen (Abrams et al. 2013; NICE 2015). Eine weitere Operationstechnik bei Harninkontinenz ist das spannungsfreie Vaginalband (*TVT – Tension-free Vaginal Tape*). Hierbei werden die zerrissenen Bandstrukturen der Beckenbodenmuskulatur wieder künstlich ersetzt (Abrams et al. 2013; NICE 2015). Des Weiteren zählen Schlingenoperationen zu den möglichen operativen Maßnahmen bei Harninkontinenz. Es gibt diverse Schlingentechniken, mithilfe dieser soll der Blasen Hals oder die Harnröhre wieder angehoben und befestigt werden (Abrams et al. 2013; Lucas et al. 2015).

1.2. Shared Decision Making und Informationsverhalten bei Harninkontinenz

Bereits im Jahr 2008 betonte die Weltgesundheitsorganisation (WHO), im Zuge einer Konferenz mit der Thematik Gesundheitssysteme, dass Patientinnen und Patienten in ihre eigene Gesundheitsversorgung aktiv miteinbezogen werden sollen. Deshalb sollte die Patientinnen- und Patientenedukationen ein fundamentaler Schwerpunkt in der Gesundheitspolitik sein (Coulter, Parson & Askham 2008). Die Patientinnen- und Patientenedukation wird als eine geplante Interaktion zwischen Patientinnen- und Patienten und dem Gesundheitspersonal bezeichnet (Wizowski, Harper & Hutchings 2014). Patientinnen- und Patientenedukation fördert nicht nur das Selbstmanagement, sondern kann auch das Patientinnen- und Patienten-Empowerment steigern (Stenberg et al. 2016). Empowerment ist ein Prozess, in welchem die Fähigkeiten von Personen gestärkt werden, um deren Bedürfnissen gerecht zu werden. Zudem erlangen die Personen dadurch das Gefühl stark genug zu sein, um Kontrolle über ihr persönliches Leben zu haben (Gibson 1991). Empowerment kann in Form von Kontinenzberatungen für Menschen mit Harninkontinenz angeboten werden, um durch individuelle

Informationen das Selbstmanagement zu gewährleisten und der sozialen Isolation vorzubeugen.

Damit die Patientinnen- und Patienten Gesundheitskompetenz erlangen und aktiv eine individuelle Entscheidung bezüglich der Behandlung treffen können, werden bereits verschiedene Strategien angewandt. Hierzu zählt beispielsweise schriftliches Material, welches die Inhalte klinischer Konsultationen untermauert (Coulter, Parson & Askham 2008). Trotz alledem zeigt die Literatur, dass nur wenige Informationsbroschüren für Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörige in österreichischen Pflegeheimen verfügbar sind (Mandl, Halfens & Lohrmann 2015; Schoberer et al. 2015). In nur drei von 16 österreichischen Pflegeheimen waren Broschüren zum Thema Harninkontinenz verfügbar (Mandl, Halfens & Lohrmann 2015).

In Österreich ist die aktive Mitwirkung bei der Behandlung rechtlich festgehalten, da das Selbstbestimmungsrecht in Österreich zu den Patientinnen- und Patientenrechten zählt. Darunter wird verstanden, dass Personen, die vor Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit und Krankheit stehen, das Recht haben über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten, sowie deren Risiken und Folgen aufgeklärt zu werden, um bei klinischen Entscheidungen aktiv mitentscheiden zu können (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2015).

Diese aktive Rolle der Patientinnen und Patienten kann nur durch Unterstützung des Gesundheitspersonals mit adäquaten bzw. aktuellen *evidence*-basierten Informationen gewährleistet werden (Mühlhauser, Meyer & Steckelberg 2010). *Shared Decision Making* oder die Partizipative Entscheidungsfindung ist ein Prozess, bei dem das Gesundheitspersonal zusammen mit den Patientinnen und Patienten Forschungsergebnisse heranziehen, um aufbauend auf diesem Wissen die Betroffenen bei der Behandlungsentscheidung zu unterstützen. Durch das Aufzeigen der möglichen Behandlungsoptionen kann anschließend unter Berücksichtigung der Präferenzen der Betroffenen zusammen eine Entscheidung getroffen werden (Elwyn et al. 2012).

Trotz alledem belegen die Ergebnisse des Gesundheitsbarometers 2015, bei dem rund 3.000 Österreicherinnen und Österreicher befragt wurden, dass die Hauptinformationsquelle für allgemeine Informationen über die Gesundheit das

Internet ist (Mark 2016; Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2016). Beinahe alle Österreicherinnen und Österreicher haben Zugang zum Internet – im Jahr 2017 sind es laut Statistik Austria (2017) bereits 88,8 % aller österreichischen Haushalte. Demnach informieren sich mehr als 55 % aller Befragten mithilfe des Internets zu Gesundheitsthemen, wobei die Anzahl dieser Personen stetig ansteigt (Mark 2016; Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2016). Diese Zahl deckt sich auch mit den Ergebnissen einer Untersuchung, die in sieben Ländern in Europa durchgeführt wurde. Die länderübergreifende Untersuchung zeigte, dass 44 % aller Befragten beziehungsweise 71 % aller befragten Internetnutzerinnen und -nutzer, das Internet für Gesundheitsthemen verwendet haben (Andreassen et al. 2007).

Das Problem dabei ist, dass Patientinnen und Patienten häufig nicht über genügend Expertise oder Zeit verfügen, um qualitativ hochwertige und seriöse Quellen aus der breiten Masse an verfügbaren Informationsquellen über Gesundheitsthemen zu identifizieren (Fahy et al. 2014; Kim & Xie 2017). Beim Vergleich von internationalen Informationswebseiten für Patientinnen und Patienten anhand des *Health on the Net (HON) Code* sind vor allem Qualitätsunterschiede hinsichtlich der Sprache erkennbar (Chen et al. 2014; Lawrentschuk et al. 2012; Saraswat et al. 2016). Der *HON Code* ist ein Verhaltenskodex, welcher humanmedizinische Webseiten auf deren Sachverständigkeit, Komplementarität, Datenschutz, Quellenangaben, Belegbarkeit, Transparenz, Offenlegung der Finanzierung und Werbepolitik überprüft (Health on the Net Foundation [HON] 2017).

Eine Studie von Saraswat et al. (2016) untersuchte die Qualität von unterschiedlich sprachigen Gesundheitswebseiten zum Thema Harninkontinenz. Anhand der HON Prinzipien wurde aufgezeigt, dass lediglich 5 % der deutschsprachigen Webseiten zum Thema Harninkontinenz diese Zertifizierung erhielten, im Vergleich zu spanisch- (7 %), englisch- (16 %) und französischsprachigen (18 %) Webseiten (Saraswat et al. 2016).

1.3. Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren und Gütekriterien

Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit (Stacey et al. 2017) hat gezeigt, dass durch die Verwendung von Entscheidungshilfen das Wissen, das Gefühl der

Informiertheit, die Erwartungen der Risiken, die Klarheit über die eigenen Werte und die aktive Teilnahme an der klinischen Entscheidungsfindung bei den Betroffenen gesteigert werden kann. Darüber hinaus untermauern und unterstützen schriftliche Patientinnen- und Patienteninformationen die Kommunikation zwischen den Betroffenen und dem Gesundheitspersonal (Stacey et al. 2017). Wagg et al. (2007) belegt, dass eine Selbsthilfebroschüre gleich effektiv ist wie eine strukturierte Hilfestellung durch eine spezialisierte Pflegeperson für die Kontinenzversorgung im Hinblick auf die Reduktion von Symptomen der Harninkontinenz bei Frauen.

Eine Voraussetzung, um die Patientinnen und Patienten aktiv in die eigene Gesundheitsversorgung einbeziehen zu können, ist eine umfassende Informiertheit über den eigenen Gesundheitszustand (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg 2010; Wizowski, Harper & Hutchings 2014). Für die Gewährleistung kontinuierlicher und korrekter Patientinnen- und Patientenedukation können Informationsbroschüren eine zentrale Rolle spielen (Elsevier Clinical Solutions 2015). Informationsbroschüren werden benötigt, um Fachgespräche mit den Patientinnen und Patienten zu verbessern, da Beratung alleine nicht ausreicht. Durch konstante Informationen in schriftlicher Form z.B. als Broschüren, kann die verbale Kommunikation bestärkt werden. Die Patientinnen und Patienten haben durch schriftliches Informationsmaterial die Möglichkeit, wichtige Inhalte der klinischen Konsultation, nachzulesen (Wizowski, Harper & Hutchings 2014).

Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren können als Entscheidungshilfen im klinischen Alltag dienen. Diese Entscheidungshilfen können in schriftlicher Form vorliegen und enthalten explizite Informationen und Definitionen bezüglich des Gesundheitszustandes der Betroffenen und der Behandlungsoptionen inklusive deren Vor- und Nachteile (Stacey et al. 2017).

Die Qualität von Informationsbroschüren für Patientinnen und Patienten kann durch verschiedene Gütekriterien festgestellt werden. Qualitativ hochwertige Patientinnen- und Patienteninformationsmaterialien sollen auf geprüfter aktueller *Evidence* beruhen, um Betroffene adäquat informieren zu können (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg 2010; Elsevier Clinical Solutions 2015).

Im Allgemeinen soll der Inhalt der Broschüren leicht verständlich und einfach aufbereitet sein (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg 2010; Wizowski, Harper & Hutchings 2014). Durch diese verständliche Darstellung des Inhaltes wird gewährleistet, dass die Betroffenen durch die Broschüren aktiviert werden, beschriebene Handlungen eigenständig umzusetzen (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a; Wizowski, Harper & Hutchings 2014). Durch dieses Gütekriterium *Actionability* können sich die Anwenderinnen und Anwender besser mit dem Material identifizieren und die Motivation für die Umsetzung der Interventionen steigt (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a; Wizowski, Harper & Hutchings 2014). Fragebögen, Abbildungen, Blasentagbücher, Beckenbodenübungen und Platz für Notizen in Broschüren sind Strategien, um die Betroffenen zu befähigen aktiv zu werden (Wizowski, Harper & Hutchings 2014). *Actionability* steht daher im engen Zusammenhang mit dem Patientinnen- und Patienten-Empowerment.

Im Rahmen der Studie *Health Literacy Survey* (HLS) im Jahre 2012 wurde festgestellt, dass die Mehrheit der Österreicherinnen und Österreicher eine mangelnde Gesundheitskompetenz aufweisen (Pelikan, Röthlin & Ganahl 2012). Genauer betrachtet schnitt Österreich bei dieser Erhebung im Durchschnitt schlechter ab als andere EU Staaten (Pelikan, Röthlin & Ganahl 2012). Daher ist das Gütekriterium in Bezug auf die einfache Darstellung und Sprache von Broschüren in Österreich von großer Bedeutung.

Insbesondere bei der Darstellung der Ergebnisse sollen verwendete Zahlen durch natürliche Häufigkeiten anstatt Prozentzahlen dargestellt werden. Für ein besseres Vorstellungsvermögen können zudem Angaben von Bezugsgrößen hilfreich sein. Die Angaben zu Risiken sollen sowohl mittels Wörter, wie beispielsweise „selten“ oder „häufig“ beschrieben sein, als auch durch genaue Zahlen untermauert werden. Für ein besseres Verständnis können auch Grafiken und Tortendiagramme verwendet werden. Das Layout des schriftlichen Informationsmaterials sollte ansprechend und ebenso an die jeweilige Zielgruppe angepasst sein (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg 2010).

Die Studie von Schoberer et al. (2016) zeigt, dass Informationsbroschüren anwenderinnen- und anwenderorientiert aufbereitet werden sollen, da unterschiedliche Wünsche und Erwartungen verschiedener Zielgruppen an den Inhalt gestellt werden. Durch Einbindung der Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in die Entwicklung der Broschüre können auch deren Bedürfnisse und

Wünsche berücksichtigt werden (Wizowski, Harper & Hutchings 2014). Zudem sollte nach der Anwendung des Materials, Feedback von den Betroffenen eingeholt werden, um den Inhalt und die Darstellung entsprechend adaptieren zu können (Wizowski, Harper & Hutchings 2014).

Ein weiteres Gütekriterium für qualitativ hochwertige Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren ist die Transparenz. Diese wird durch Angaben der Autorinnen und Autoren, des Publikationsdatums, der Finanzierung und der Referenzen gewährleistet (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg 2010).

Für die Feststellung des Vorhandenseins dieser Gütekriterien in Patientinnen- und Patienteninformationen wurden verschiedene Instrumente entwickelt. Für die Evaluierung der Qualität von Broschüren können beispielsweise der HON Code (Health on the Net Foundation [HON] 2017), DISCERN (Charnock et al. 1999), *Ensuring Quality Information for Patients* (EQIP) (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008) oder *Patient Education Materials Assessment Tool* (PEMAT) (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a) verwendet werden.

Die erweiterte Version des EQIP Instruments mit 36 Items bewertet mehrere dieser Gütekriterien anhand seiner drei Subkategorien (Inhalt, Transparenz und Struktur) (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008).

Eine umfassende Qualitätsbewertung von Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz wurde anhand dieser Gütekriterien bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht durchgeführt. Qualitätsvergleiche von Online-Informationen für Patientinnen und Patienten aus anderen Quellen (z.B. Webseiten) zeigen jedoch, dass Unterschiede hinsichtlich der verwendeten Sprache erkennbar sind. Aufgrund der Tabuisierung des Themas Harninkontinenz in der Gesellschaft und des sozialen Rückzuges der Betroffenen, ist anzunehmen, dass viele Betroffene sich hauptsächlich im Internet anonym über diese Erkrankung informieren. Hierbei hochwertiges und somit *evidence*-basiertes Informationsmaterial aus der Vielzahl von verfügbaren Informationsquellen aus dem Internet herauszufiltern, kann für Laien eine Herausforderung darstellen. Jedoch zeigen internationale Guidelines, dass eine umfassende Informiertheit bei Harninkontinenz wesentlich ist, um eine effektive Behandlung und das

Selbstmanagement der Erkrankung gewährleisten zu können. Aus diesen Gründen bedürfen Menschen mit einer Harninkontinenz frei zugänglichen und *evidence*-basierten Online-Informationsmaterial, sowohl vor, bei als auch nach der Konsultation durch Expertinnen und Experten des Gesundheitswesens, um aktiv an der Behandlung mitwirken zu können.

1.4. Zielsetzung und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit ist die Qualität von Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz, welche über Suchmaschinen oder weiterführende Links auf der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich Webseite gefunden werden können, festzustellen. Darüber hinaus werden deutsch- und englischsprachige Informationsbroschüren für Personen mit Harninkontinenz bezüglich deren Qualität verglichen.

Daraus resultieren folgende zwei Forschungsfragen für die vorliegende Arbeit:

- Welche Qualität weisen deutsch- und englischsprachige Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz auf?
- Welche Unterschiede hinsichtlich der Qualität zeigen sich in deutschsprachigen im Vergleich zu englischsprachigen Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren zum Thema Harninkontinenz?

2. Methode

Im folgenden Kapitel werden die Vorgehensweise der Datensammlung und die Instrumente zur kritischen Bewertung der Broschüren beschrieben.

2.1. Design

Für die Evaluation der Qualität hinsichtlich Inhalt, Transparenz, Struktur und Motivation/Empowerment von deutsch- und englischsprachigen Online-Patientinnen- und Patientenbroschüren zum Thema Harninkontinenz wurde ein deskriptives vergleichendes Design gewählt.

2.2. Datensammlung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine Suchstrategie bestehend aus zwei Schritten gewählt.

Im ersten Schritt wurde im Mai 2017 eine systematische Recherche in den Suchmaschinen Google, Bing und Yahoo durchgeführt. Diese allgemeinen Suchmaschinen wurden einer Suche in Datenbanken, wie *PubMed*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Cochrane* etc. präferiert, da dies den Suchvorgang der Patientinnen und Patienten besser widerspiegelt (Provost et al. 2003). Diese drei Datenbanken wurden ausgewählt, da diese den höchsten Internet-Traffic zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Arbeit aufwiesen (eBizMBA 2017). Um Verzerrungen durch zuvor besuchte Webseiten vorzubeugen, wurden vor der Internetrecherche die Browser Cookies gelöscht.

Aufgrund der gezielten Suche nach Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren zum Thema Harninkontinenz wurden als Suchbegriffe „Broschüre Harninkontinenz“, „Patientenbroschüre Harninkontinenz“ bzw. „Brochure urinary incontinence“ und „Patient brochure urinary incontinence“ verwendet. Wie in Untersuchungen (Bruce et al. 2015; Kuenzel et al. 2017; Sehgal et al. 2016) zuvor, wurden diese Begriffe bewusst einfach gehalten und auf Boolesche Operatoren und Trunkierungen wurde verzichtet, um den Suchvorgang von Patientinnen und Patienten möglichst realitätsnah zu reproduzieren. Zuerst wurde eine Suche mittels dieser Keywords auf Deutsch in jeder der drei Suchmaschinen durchgeführt und anschließend erfolgte eine äquivalente Recherche mit den englischen Begriffen. Insgesamt wurden zwölf Recherchen

(4x Google, 4x Bing, 4x Yahoo) nach Broschüren mit jeweils einer Seitendichte von zehn durchgeführt.

Im zweiten Schritt wurden alle weiterführenden Links der Webseite der Medizinischen Kontinenzgesellschaft Österreich (MKÖ) (<http://www.inkontinenz.at/>) nach weiteren Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren durchsucht. Diese weitere Suche auf spezifischen Webseiten wurde durchgeführt, um eine zusätzliche Recherchestrategie von Betroffenen abzudecken. Denn Patientinnen und Patienten informieren sich häufig gezielt auf Webseiten, welche Inhalte bezüglich deren Erkrankungen vermitteln (Coulter et al. 2006; LaValley, Kiviniemi & Gage-Bouchard 2016).

2.3. Ein- und Ausschlusskriterien

Der Fokus dieser Arbeit liegt ausschließlich auf der Qualitätsbewertung von Informationsbroschüren für Patientinnen und Patienten mit Harninkontinenz, daher wurden nur Broschüren eingeschlossen, die diese Thematik behandeln. Die eingeschlossenen Broschüren mussten kostenlos und online frei zugänglich sein. Das bedeutet, es durfte kein Login oder eine Bestellung für den Erhalt der Broschüren notwendig sein, da dies für viele Betroffene eine Barriere zur Informationsgewinnung darstellt. Broschüren, welche keine Intervention oder nur eine Intervention zum Thema Harninkontinenz (z.B. reine Beckenbodengymnastikbroschüren) beinhalteten, wurden exkludiert, da der Fokus dieser Arbeit auf allgemeinen Informationen zum Thema Harninkontinenz liegt.

Darüber hinaus wurden Broschüren ausgeschlossen, welche folgende Kriterien aufwiesen: Fokus auf Enuresis oder allgemein Inkontinenz (inklusive Stuhlinkontinenz), reine Produktpräsentation, ältere Version von gleichen Herausgeberinnen und Herausgebern, unvollständig (fehlende Seiten), nicht deutsch- oder englischsprachig oder nur für Angehörige und nicht für Patientinnen und Patienten entwickelt.

Auch Videos, Powerpoint Präsentationen und allgemeine Informationen zum Thema Harninkontinenz auf Webseiten, wurden ausgeschlossen.

2.4. Instrumente

Für die Qualitätsmessung hinsichtlich der Kategorien allgemeine Qualität, Inhalt, Transparenz, Struktur und Motivation/Empowerment der Informationsbroschüren wurden folgende zwei Instrumente verwendet:

- *Ensuring Quality Information for Patients (EQIP) Scale*

Für die Bewertung der Qualität der Broschüren wurde primär die erweiterte Version des EQIP Instruments ausgewählt. Das EQIP Instrument wurde ausgewählt, da dieses hinsichtlich der psychometrischen Eigenschaften bereits mehrfach getestet wurde (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008; McCool et al. 2015; Moulton, Franck & Brady 2004). EQIP umfasst insgesamt 36 Items und eignet sich zur Qualitätsbewertung von schriftlichen Patientinnen- und Patienteninformationen im Gesundheitswesen (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008).

In der erweiterten Version wurden die einzelnen Items in drei Subkategorien aufgeteilt: Inhalt (18 Items), Transparenz (6 Items) und Struktur (12 Items) (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008).

Die ursprüngliche Version des EQIP Instrumentes wurde auf Konstrukt- und Kriteriumsvalidität und Interrater-Reliabilität geprüft. Im Zuge dessen wurde EQIP (20 Items) mit DISCERN, einem anderen Instrument für die Beurteilung von schriftlichen Gesundheitsinformationen für Patientinnen- und Patienten, verglichen. Die Untersuchung zeigte, dass EQIP eine angemessene Korrelation mit DISCERN (Kendall's $\tau B = 0,56$, $P = 0,001$) aufweist. Zudem wurde eine hohe Übereinstimmung zwischen der intuitiven Bewertung der Expertinnen und Experten und der Bewertung mithilfe des EQIP Instruments festgestellt (Kendall's $\tau B = 0,78$, $P = 0,009$). Anhand des Cronbach Alpha (α) Koeffizient wurde eine gute interne Konsistenz festgestellt ($\alpha = 0,8$). Die Interrater-Reliabilität wies eine moderate Übereinstimmung auf (Cohens Kappa *mean* $\kappa = 0,06$, $SD = 0,18$) (Moulton, Franck & Brady 2004).

McCool et al. (2015) untersuchten erneut die Reliabilität des EQIP Instruments (20 Items). Die Untersuchung zeigte ebenfalls eine moderate Interrater-Reliabilität mit einem Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) von 72,1 % (95 % CI : 33,5 – 88,8). Des Weiteren wurde eine exzellente Intrarater- Reliabilität mit ICC = 91,5 % (95 % CI : 79,9 – 96,6) festgestellt.

Basierend auf den Ergebnissen einer Literaturrecherche wurde die ursprüngliche Version von EQIP modifiziert und um weitere 16 Items ergänzt. Die neue Version von EQIP mit insgesamt 36 Items weist eine bessere Inhaltsvalidität und Interrater-Reliabilität (*mean* $\kappa = 0,84$, *SD* = 0,16) als die Vorgängerversion auf. Wie bei der Vorgängerversion kann jedes der 36 Items mithilfe einer 4-Punkt Skala (*yes, partly, no & does not apply*) bewertet werden (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008).

Schoberer (2017) kritisiert jedoch, dass das EQIP Instrument, die Dimension Motivation/Empowerment nicht berücksichtigt, daher wurde die Kategorie *Actionability* zusätzlich anhand des Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) bewertet, da besonders dieser Aspekt laut internationalen Guidelines für Patientinnen und Patienten mit Harninkontinenz wesentlich ist (NICE 2015).

- *Patient Education Materials Assessment Tool for printable materials (PEMAT-P)*

Damit alle wichtigen Kriterien der Qualitätsbewertung von Patientinnen- und Patientenbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz gemessen werden konnten, wurde die Dimension *Actionability* anhand von PEMAT festgestellt. Anhand der *Actionability* wird gemessen, wie sehr sich die Patientinnen und Patienten mit den Anweisungen der Interventionen in den Broschüren identifizieren und folglich wie gut sie diese umsetzen können (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a). Von diesem Instrument existieren zwei Versionen: PEMAT-A/V für audiovisuelles Material und PEMAT-P für schriftliches Material. Shoemaker, Wolf & Brach (2014a) empfehlen die Version PEMAT-P für schriftliches Material mit insgesamt 26 Items für die Bewertung von Broschüren und PDF-Dateien. Die Kategorie *Actionability*, welche relevant für diese Arbeit ist, beinhaltet sieben Items für die Bewertung. Je nach Item kann dieses mit *Agree, Disagree* oder *Not applicable* beantwortet werden (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a).

Im Zuge der Entwicklung wurde auch dieses Instrument auf dessen psychometrischen Eigenschaften getestet. Die Interrater-Reliabilität für *Actionability* gemessen anhand des Cohens Kappa betrug zwischen 0,35 und 0,76. PEMAT wies zudem eine starke interne Konsistenz ($\alpha = 0,71$) auf. Des Weiteren konnte eine Konstruktvalidität für *Actionability*, basierend auf einer signifikanten Korrelation

zwischen Konsumentinnen- und Konsumententests und PEMAT Bewertungen, belegt werden (Shoemaker, Wolf & Brach 2014b).

2.5. Analyse

Vor der Analyse wurde jeder eingeschlossenen Broschüre ein Code zugeordnet. Alle Broschüren wurden unabhängig von zwei *Reviewern* (Pflegewissenschaftlerinnen) bewertet. Um eine einheitliche und transparente Durchführung der Qualitätsbewertung zu gewährleisten, wurde im Vorfeld der Analyse ein Handbuch (siehe Anhang) erstellt, welches die einzelnen Items der verwendeten Bewertungstools (EQIP, PEMAT) näher erläutert. Das für diese Arbeit erstellte Handbuch basiert auf zwei bereits bestehende Richtlinien: *EQIP Guidance - 20 Items* (Moult 2005) und *PEMAT User's Guide* (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a).

Da in dieser Arbeit die erweiterte Version des EQIP Instruments mit 36 Items verwendet wurde, wurden Bewertungsregeln für die übrigen 16 Items von den zwei *Reviewern* erstellt. Für die Beantwortung der Frage 18 (EQIP), ob die Broschüre alle relevanten Aspekte zum Thema beinhaltet, wurde eine Gewichtung nach Punkten erstellt. Diese Gewichtung wurde basierend auf internationalen Guidelines (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015; NICE 2015; Syan & Brucker 2016) erstellt (siehe Handbuch – Question 18).

Im Zuge einer Pilottestung wurden jeweils drei deutsch- und englischsprachige Broschüren von den zwei unabhängigen *Reviewern* bewertet, um einerseits die Vorgehensweise und mögliche Unstimmigkeiten bei der Bewertung zu klären und andererseits um die Anwendbarkeit des Handbuchs zu überprüfen. Diese sechs Broschüren wurden zufällig ausgewählt. Anschließend fand ein Konsensustreffen vor dem Beginn der restlichen Qualitätsevaluierungen mithilfe der EQIP und PEMAT Tools statt, um aufgetretene Unklarheiten hinsichtlich der Bewertung zu klären. Danach wurde das erstellte Handbuch adaptiert, um einer subjektiven oder variablen Bewertung vorzubeugen.

Die Übereinstimmung der Qualitätsbewertung beider verwendeten Instrumente wurde berechnet, um die Variabilität der Antworten zwischen den zwei

unabhängigen *Reviewern* aufzuzeigen. Die Übereinstimmung der Bewertungen durch die *Reviewer* wurde separat für EQIP und PEMAT für die finale Bewertung (nach dem Konsensustreffen) berechnet. Bei Diskordanz bzw. unterschiedlichen Bewertungen einzelner Items wurde diskutiert bis ein Konsens erreicht wurde.

Für die Qualitätsdarstellung wurde für jede Patientinnen- und Patientenbroschüre ein *EQIP Global Score* folgendermaßen berechnet:

$$\text{Score}_{EQIP} = ([\text{'yes'} \times 1 + \text{'partly'} \times 0.5] / [36 - \text{'does not apply'}] \times 100)$$

Darüber hinaus wurde dieser Gesamtscore auch für die drei Subkategorien (Inhalt, Transparenz und Struktur) berechnet. Der *EQIP Global Score* kann Werte zwischen 0 % und 100 % annehmen, wobei je höher dieser Prozentwert, desto besser ist die Qualität der Broschüre.

Der PEMAT Score für die Kategorie *Actionability* wurde ebenfalls für jede Broschüre berechnet:

$$\text{Score}_{PEMAT} = ([\text{'agree'} \times 1 + \text{'disagree'} \times 0] / [7 - \text{'not applicable'}] \times 100)$$

Der Wert für die *Actionability* kann ebenfalls zwischen 0 % und 100 % liegen. Je höher dieser Wert, desto besser können sich die Patientinnen und Patienten mit den Anweisungen der Interventionen in der Broschüre identifizieren und können diese folglich besser umsetzen.

Für die statistische Analyse der Daten wurde *The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 24* (IBM Corp. 2016) verwendet. Der Mittelwert (*mean*), die Standardabweichung (SD) und der Minimum- bzw. Maximumwert des gesamten *EQIP Global Scores* und dessen Subkategorien inklusive PEMAT (*Actionability*) wurden berechnet. Für die grafische Darstellung wurden zusätzlich Boxplots erstellt. Des Weiteren wurde für die Berechnung der Unterschiede des *Global EQIP Scores* zwischen deutsch- und englischsprachigen Broschüren und somit der Beantwortung der zweiten Forschungsfrage der t-Test für zwei unabhängige Stichproben verwendet. Dieser statistische Test wurde ausgewählt, da es sich um

zwei unverbundene Stichproben, welche einer normalverteilten Grundgesamtheit mit derselben Varianz entstammen, ausgewählt. Für die Feststellung der statistischen Signifikanz wurde der p-Wert für zweiseitige Fragestellungen herangezogen. Als statistisch signifikant wurden p-Werte unter 0,05 erachtet.

Im Zuge der Bewertung der Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren wurden alle beschriebenen Interventionen mitdokumentiert, um die Häufigkeiten dieser auswerten zu können. Angelehnt an internationale Guidelines (Lucas et al. 2015; Syan & Brucker 2016) wurden alle genannten Interventionen anschließend in konservative, pharmakologische und operative Maßnahmen gegliedert. Darüber hinaus wurden die Broschüren nach Zielgruppe kategorisiert: (1) Frauen, (2) Männer und (3) Frauen und Männer. Weitere Charakteristika der einzelnen Broschüren, wie das Produktions- oder Aktualisierungsdatum (sofern angegeben) und die Seitenanzahl, wurden mitdokumentiert.

Die Gliederung der vorliegenden Arbeit erfolgt daher folgendermaßen: Charakteristika der Broschüren, *EQIP Global Scores* inklusive dessen Subkategorien (Inhalt, Transparenz, Struktur) und die Subkategorie des PEMAT Instruments (*Actionability*) Motivation/Empowerment.

3. Ergebnisse

Im nachfolgenden Teil dieser Arbeit erfolgt die Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse der Qualitätsbewertung der Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz.

Unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten durch die Recherche in den Suchmaschinen und auf den weiterführenden Webseiten 25 deutsch- und 20 englischsprachige Broschüren identifiziert und somit für die Ergebnis- bzw. Qualitätsdarstellung dieser Arbeit eingeschlossen werden.

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen den Ablauf der systematischen Recherche in Anlehnung an das *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)-Schema (Moher et al. 2009). Die eingeschlossenen Broschüren sind bei der Autorin einsehbar.

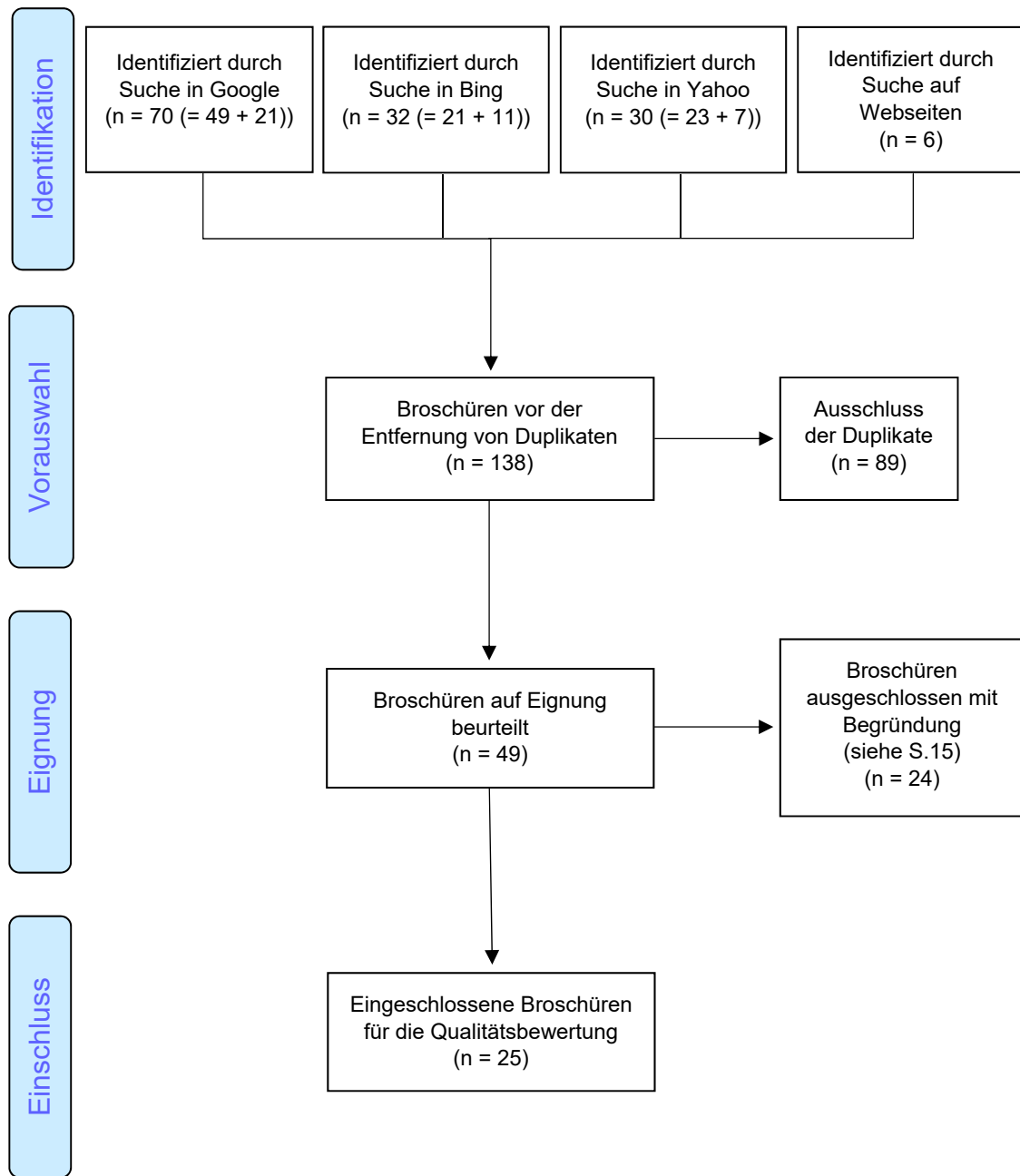


Abbildung 1 Suche nach deutschsprachigen Broschüren jeweils mit Suchbegriffen „Broschüre Harninkontinenz“ und „Patientenbroschüre Harninkontinenz“ inkl. Webseiten (in Anlehnung an Moher et al. 2009).

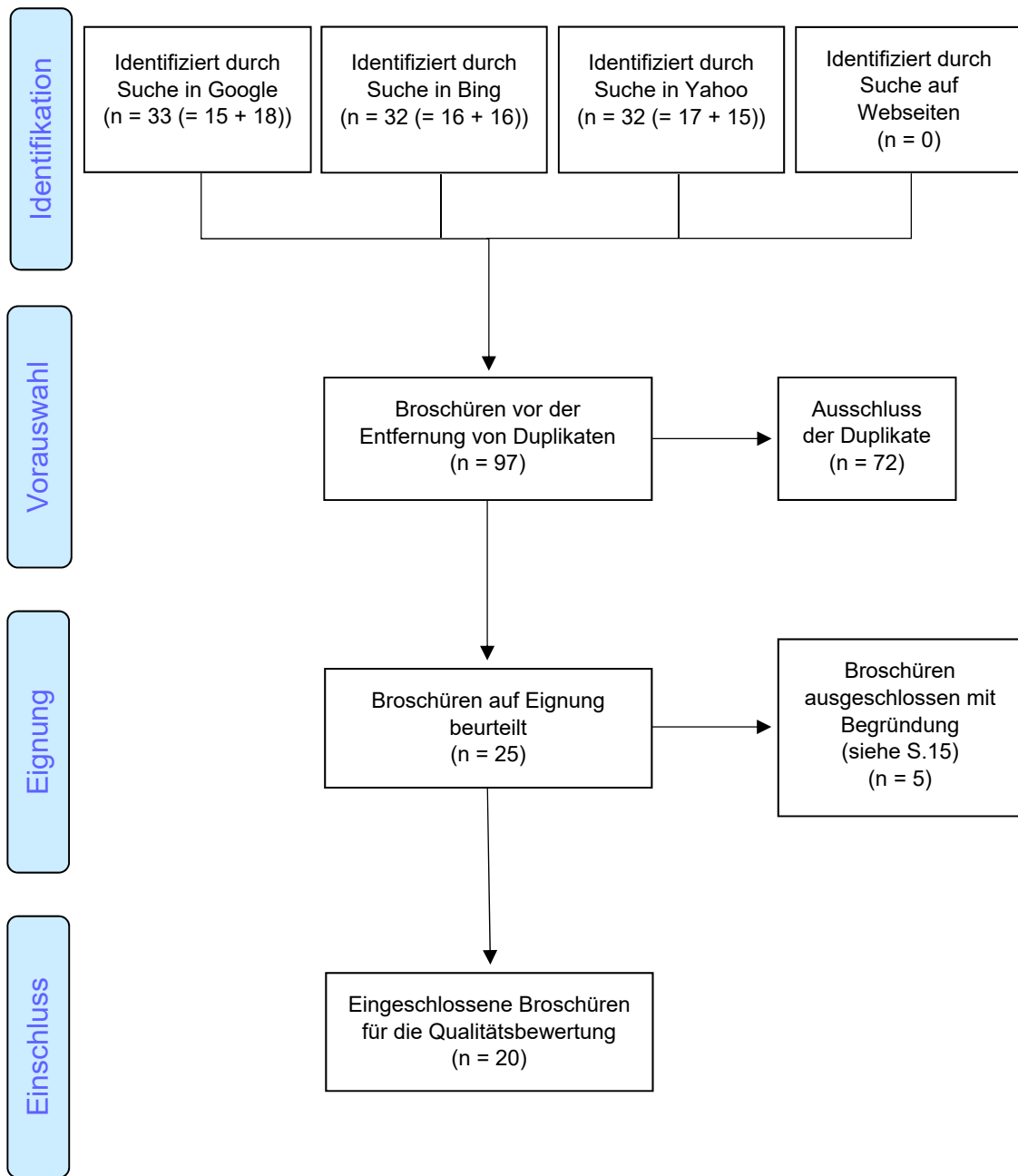


Abbildung 2 Suche nach englischsprachigen Broschüren jeweils mit Suchbegriffen „Brochure urinary incontinence“ und „Patient brochure urinary incontinence“ inkl. Webseiten (in Anlehnung an Moher et al. 2009).

3.1. Charakteristika

Die Veröffentlichungs- bzw. Überarbeitungsjahre der identifizierten Online-Broschüren lagen im Zeitraum zwischen 2007 und 2016, wobei in 42,2 % aller Broschüren keine Angaben hierzu gemacht worden sind. Die deutschsprachigen Broschüren, bei denen ein Erscheinungsjahr angegeben war (48,0 %), wurden im Mittel im Jahre 2012 publiziert oder überarbeitet. 70,0 % der englischsprachigen Broschüren enthielten eine Angabe bezüglich Aktualität der Informationen. Die englischsprachigen Broschüren bzw. überarbeiteten Versionen dieser erschienen durchschnittlich im Jahre 2013.

Hinsichtlich der Seitenanzahl aller eingeschlossenen Broschüren waren Unterschiede erkennbar. Das Minimum der Seitenanzahl lag bei einer Seite und das Maximum war ein Umfang von 76 Seiten. Das deutschsprachige Informationsmaterial hatte im Durchschnitt um sechs Seiten mehr als die englischsprachigen Broschüren (15 und 9 Seiten).

Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte aller Broschüren (55,6 %) kein spezifisches Geschlecht als Zielgruppe fokussierte. Neun der 20 englischsprachigen Broschüren (45,0 %) wurden für Frauen entwickelt, jedoch nur eine speziell für Männer (5,0 %). Die restlichen 50,0 % der englischsprachigen Patienten- und Patientinneninformationsbroschüren machten keine geschlechterspezifischen Angaben. Beinahe ein Drittel (28,0 %) der deutschsprachigen Broschüren gaben Frauen als Zielgruppe an. Drei von insgesamt 25 deutschsprachigen Broschüren (12,0 %) wurden speziell für Männer und 15 dieser 25 (60,0 %) für beide Geschlechter entwickelt.

3.2. Ensuring Quality Information for Patients (EQIP) Global Score

Der *EQIP Global Score* (Gesamtscore) aller eingeschlossenen Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz über die Subkategorien hinweg variierte zwischen 30,3 % und 71,2 %. Werden die Minimal- bzw. Maximalwerte sprachenspezifisch betrachtet, nahmen die deutschsprachigen Broschüren Gesamtwerte zwischen 30,3 % und 71,2 % und die englischsprachigen Broschüren Gesamtwerte zwischen 30,3 % und 58,8 % an (siehe Abbildung 3).

Der Mittelwert des Gesamtscores aller Broschüren betrug 46,3 % (SD = 10,4 %). Beim Vergleich der Mittelwerte deutsch- und englischsprachiger Broschüren (47,6 %, SD = 12,0 % und 44,8 %, SD = 7,8 %) wurde kein signifikanter Qualitätsunterschied ($p = 0,364$) festgestellt.

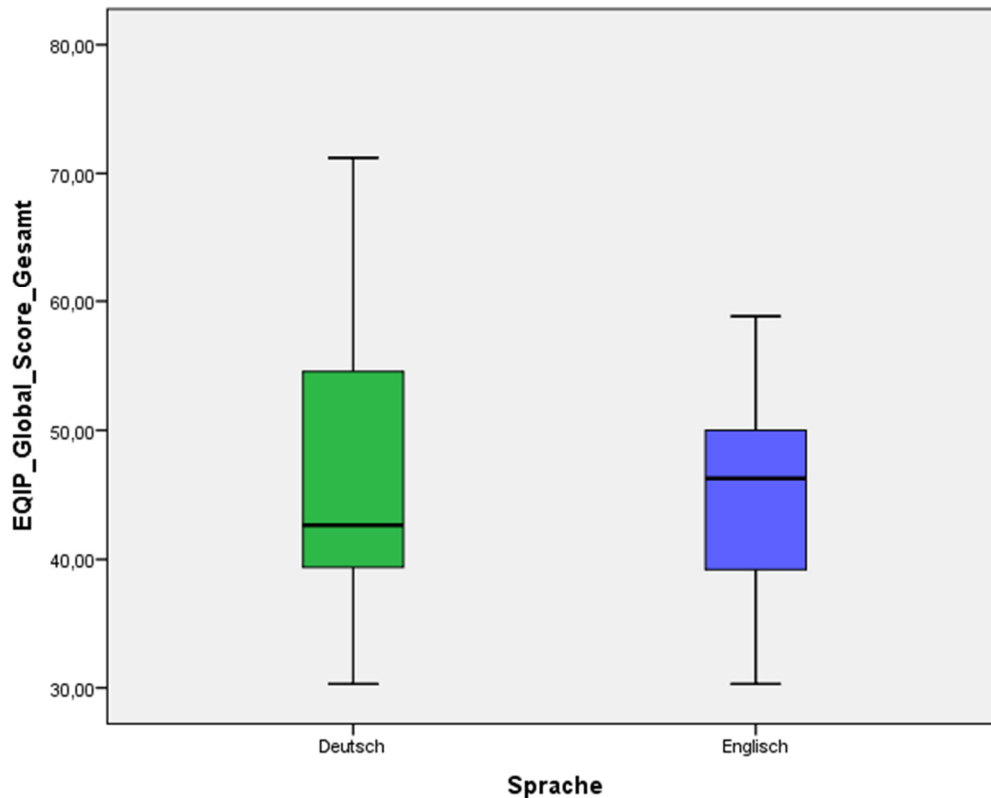


Abbildung 3 Gegenüberstellung des EQIP Global Score mit Bezug auf die Sprache

Die Broschüre, welche von den *Reviewern* am besten bewertet wurde, erreichte 71,2 % des EQIP Global Scores. Die Broschüren mit der zweit- und drithöchsten Qualitätsbewertung erzielten beide 67,6 % des maximal erreichbaren Scores. Diese drei qualitativ hochwertigsten Broschüren, gemessen am gesamten EQIP Global Score, wurden in Deutschland veröffentlicht.

3.3. Inhalt

In der Subkategorie Inhalt (18 Items) erreichten alle Broschüren Gesamtwerte zwischen 18,8 % und 79,4 %, wobei das englischsprachige Material Werte zwischen

21,9 % und 67,7 % erreichte (siehe Abbildung 4). Der Mittelwert des *EQIP Global Score* hinsichtlich des Inhalts aller Broschüren lag bei 43,8 %. Die Qualität des Inhaltes zwischen deutsch- und englischsprachiger Broschüren (*mean* 44,1 %, *SD* = 16,2 % und 43,3 %, *SD* = 12,6 %) unterschied sich nicht signifikant ($p = 0,847$) (siehe Tabelle 2).

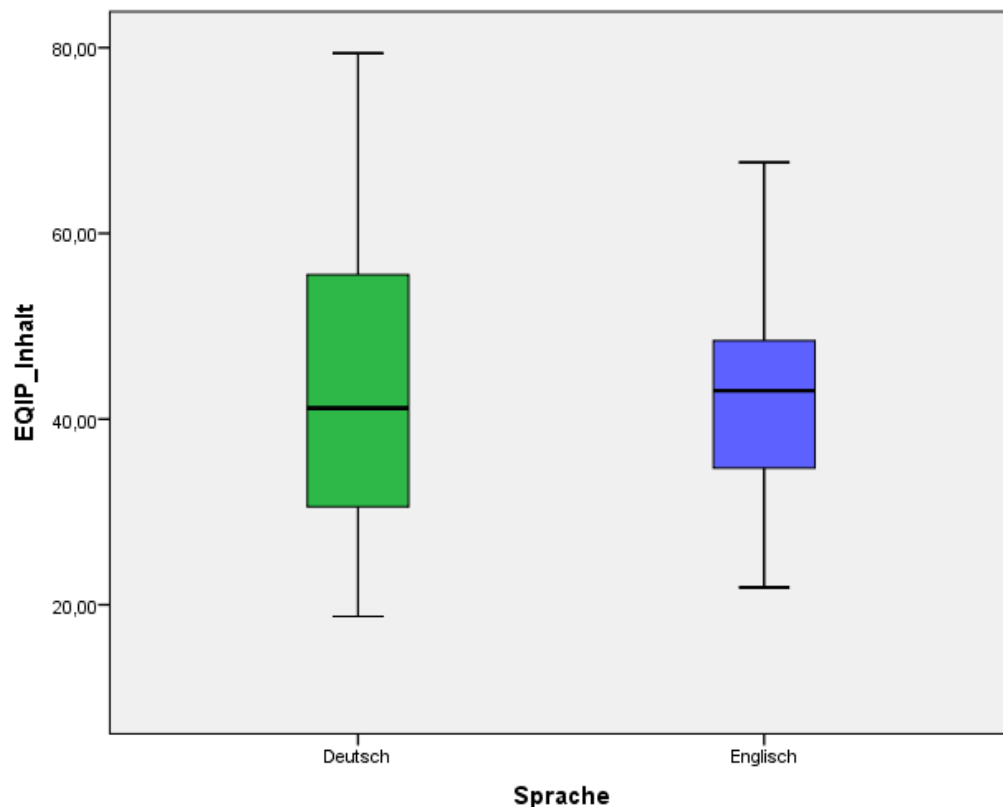


Abbildung 4 Gegenüberstellung des *EQIP Global Score* in der Subkategorie Inhalt mit Bezug auf die Sprache

Im Zuge der Qualitätsbewertung wurden alle eingeschlossenen Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren auf deren beschriebene Interventionen untersucht und die Häufigkeiten dieser mitdokumentiert (siehe Tabelle 1). Anhand dessen lässt sich feststellen, dass in jeder Broschüre mindestens eine konservative Intervention beschrieben worden ist, wobei in 93,3 % aller Broschüren die Beckenbodengymnastik als Intervention angeführt wurde. Dreiviertel aller Broschüren (75,6 %) enthielten mindestens eine operative Maßnahme zur Behandlung von Harninkontinenz. In beinahe der Hälfte aller Broschüren (47,1 %),

die eine operative Intervention beinhalten, wird die Schlingenoperation beschrieben. Pharmakologische Interventionen zum Thema Harninkontinenz wurden in 68,9 % aller Broschüren genannt. Wurden diese medikamentösen Therapien in den Broschüren näher bezeichnet, wurden am häufigsten hormonelle Maßnahmen mit 45,2 % benannt.

Tabelle 1 Genannte Interventionen in den Broschüren

Intervention	Deutschsprachig (n=25)	Englischsprachig (n=20)	Gesamt (n=45)
<i>Konservativ</i>	25 (100,0%)	20 (100,0%)	45 (100,0%)
Alternative Methoden	4 (16,0%)	2 (10,0%)	6 (13,3%)
Anpassung der Kleidung	8 (32,0%)	2 (10,0%)	10 (22,2%)
Anpassung der Umgebung	3 (12,0%)	2 (10,0%)	5 (11,1%)
Beckenbodentraining	23 (92,0%)	19 (95,0%)	42 (93,3%)
Biofeedback	10 (40,0%)	9 (45,0%)	19 (42,2%)
Blasentraining	18 (72,0%)	10 (50,0%)	28 (62,2%)
Elektrostimulation	16 (64,0%)	8 (40,0%)	24 (53,3%)
Hilfsmittel (z.B. Einlagen)	17 (68,0%)	10 (50,0%)	27 (60,0%)
Lebensstilveränderung	15 (60,0%)	14 (70,0%)	29 (64,4%)
Magnetstuhl	3 (12,0%)	0 (0,0%)	3 (6,7%)
Vibrationstraining	2 (8,0%)	0 (0,0%)	2 (4,4%)
<i>Pharmakologisch</i>	20 (80,0%)	11 (55,0%)	31 (68,9%)
Alpha-Blocker	1 (4,0%)	1 (5,0%)	2 (4,4%)
Alpha-Sympathomimetika	4 (16,0%)	1 (5,0%)	5 (11,1%)
Anticholinergika	1 (4,0%)	1 (5,0%)	2 (4,4%)
Beta-Sympathomimetika	0 (0,0%)	1 (5,0%)	1 (2,2%)
Hormone	12 (48,0%)	2 (10,0%)	14 (31,1%)
Medikamente (nicht spezifiziert)	16 (64,0%)	9 (45,0%)	25 (55,6%)
<i>Operativ</i>	19 (76,0%)	15 (75,0%)	34 (75,6%)
Blasenschrittmacher	1 (4,0%)	1 (5,0%)	2 (4,4%)
Bulking-Agents	4 (16,0%)	10 (50,0%)	14 (31,1%)
Burch-Kolposuspension	1 (4,0%)	3 (15,0%)	4 (8,9%)
Operation (nicht spezifiziert)	13 (52,0%)	7 (35,0%)	20 (44,4%)
Schließmuskelerersatz	2 (8,0%)	2 (10,0%)	4 (8,9%)
Schlingenoperation	7 (28,0%)	9 (45,0%)	16 (35,6%)

In Abbildung 5 werden die Häufigkeiten der verschiedenen Interventionen (konservativ, pharmakologisch, operativ) zur Behandlung von Inkontinenz getrennt für deutsch- und englischsprachige Broschüren dargestellt. Bezüglich der Häufigkeit der Beschreibung konservativer und operativer Maßnahmen waren keine Unterschiede zwischen deutsch- und englischsprachigen Broschüren ersichtlich. Ein Unterschied zwischen den Häufigkeiten in diesen verschiedensprachigen Broschüren ist jedoch bei den pharmakologischen Interventionen sichtbar. Während in 80,0 % der deutschsprachigen Broschüren medikamentöse Behandlungsmethoden beschrieben wurden, wurden diese in nur 55,0 % der englischsprachigen Broschüren erwähnt.

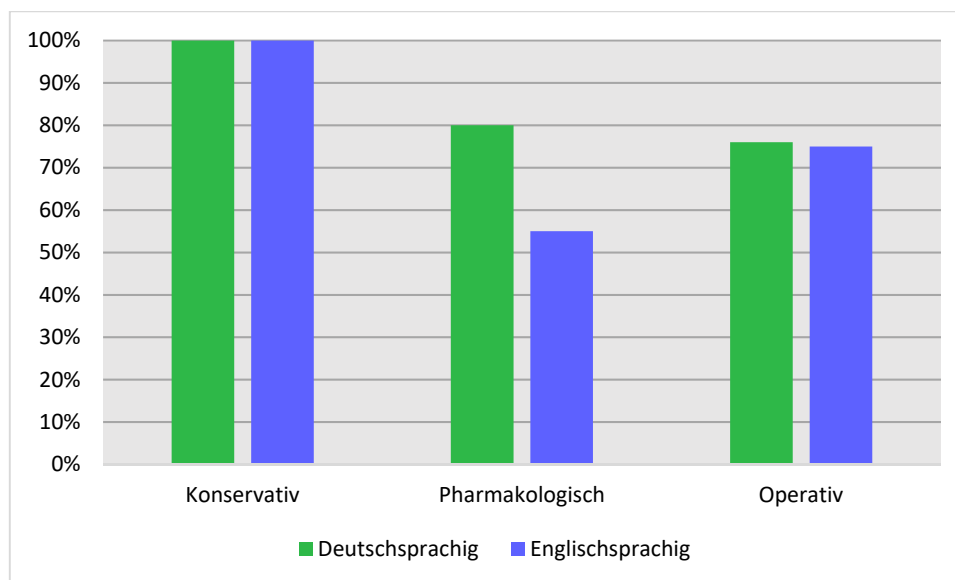


Abbildung 5 Häufigkeiten der verschiedenen genannten Interventionen

3.4. Transparenz

Die deutschsprachigen Broschüren erreichten Gesamtwerte hinsichtlich der Transparenz (6 Items) im Bereich von 0 bis 83,3 %. Bei den Broschüren in englischer Sprache lag der niedrigste Wert bei 16,7 % und der höchste bei 66,7 % (siehe Abbildung 6). Der Mittelwert des *EQIP Global Score* aller eingeschlossenen Online-Patientinnen- und Patientenbroschüren lag in dieser Subkategorie bei 37,2 % (SD = 17,2 %). Der Gesamtwert hinsichtlich der Transparenz unterschied sich zwischen den deutsch- und englischsprachigen Broschüren (*mean* 36,7 %, *SD* 17,2 %).

SD = 19,7 % und 37,9 %, SD = 13,9 %) nicht signifikant ($p = 0,812$) (siehe Tabelle 2).

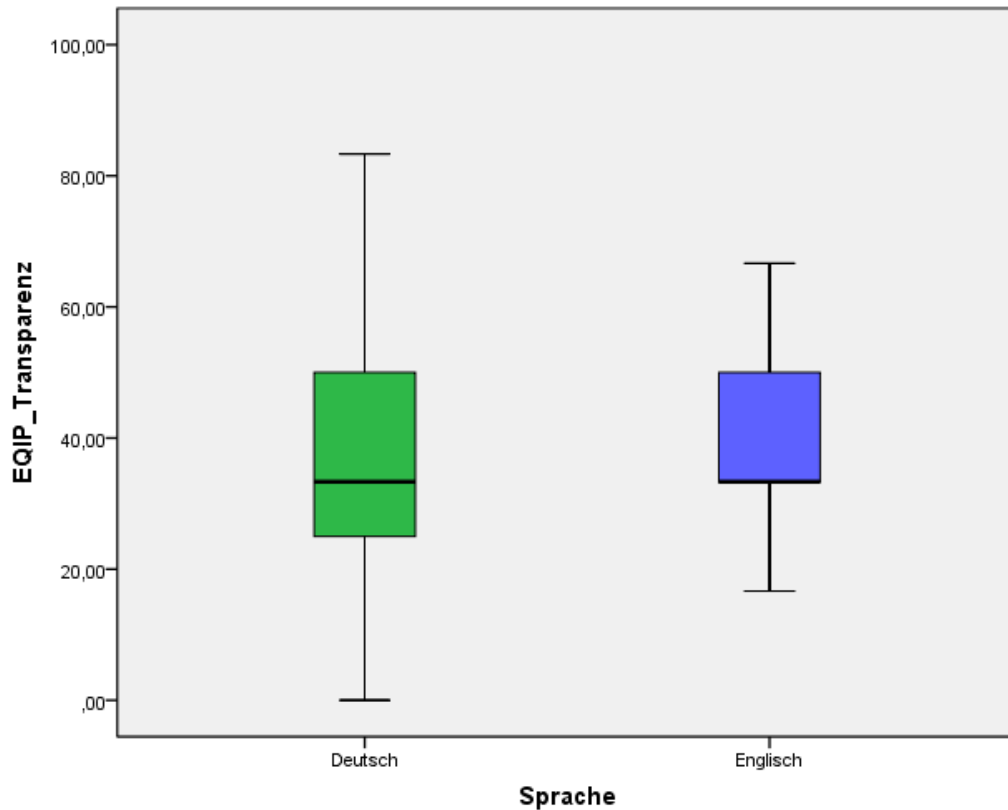


Abbildung 6 Gegenüberstellung des *EQIP Global Score* in der Subkategorie Transparenz mit Bezug auf die Sprache

3.5. Struktur

In der Subkategorie Struktur (12 Items) des *EQIP Global Scores* wurden durchschnittlich die höchsten Werte erreicht (*mean* 56,2 %, SD = 13,8 %). Wie in Tabelle 2 ersichtlich, unterschied sich die Qualität der Struktur signifikant ($p = 0,046$) hinsichtlich der verwendeten Sprache. Die deutschsprachigen Broschüren erreichten einen Mittelwert von 59,9 % (SD = 13,2 %), wobei das englischsprachige Material durchschnittlich nur 51,7 % (SD = 13,6 %) aller erreichbaren Punkte in dieser Subkategorie erzielte. Die Gesamtwerte der deutschsprachigen Broschüren lagen zwischen 40,0 % und 90,0 % und die der englischsprachigen Broschüren zwischen 20,0 % und 70,0 % (siehe Abbildung 7).

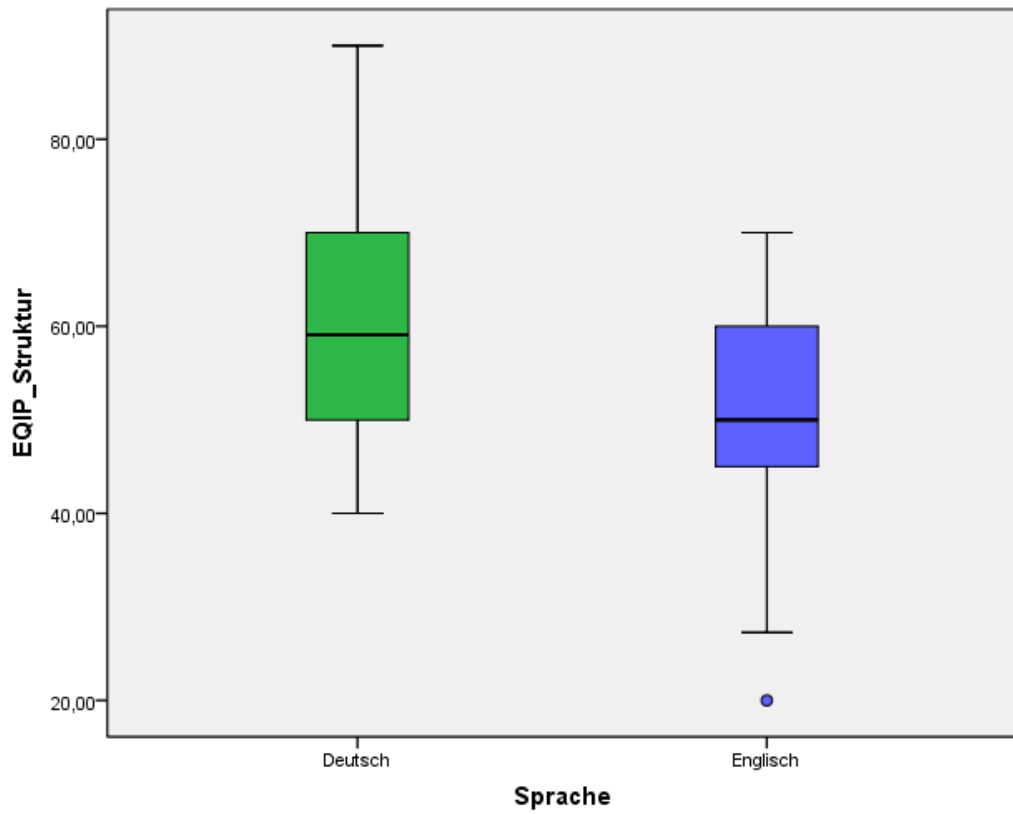


Abbildung 7 Gegenüberstellung des EQIP Global Score in der Subkategorie Struktur mit Bezug auf die Sprache

Tabelle 2 EQIP Global Score: Unterschiede mit Bezug auf die Sprache

Question	Deutsch (n=25)				Englisch (n=20)			
	Yes (%)	Partly (%)	No (%)	Does not apply (%)	Yes (%)	Partly (%)	No (%)	Does not apply (%)
1. Initial definition of subjects will be covered	24,0	48,0	28,0	0,0	15,0	25,0	60,0	0,0
2. Coverage of the above-defined subjects	60,0	12,0	0,0	28,0 ^a	35,0	5,0	0,0	60,0 ^a
3. Description of the medical problem	84,0	16,0	0,0	0,0	55,0	40,0	5,0	0,0
4. Definition of the purpose of the medical intervention	60,0	28,0	12,0	0,0	55,0	40,0	5,0	0,0
5. Description of the treatment alternatives	28,0	44,0	28,0	0,0	35,0	25,0	40,0	0,0
6. Description of the sequence of the medical procedure	16,0	28,0	48,0	8,0 ^b	20,0	5,0	70,0	5,0 ^b
7. Description of qualitative benefits	40,0	40,0	20,0	0,0	65,0	30,0	5,0	0,0
8. Description of quantitative benefits	0,0	20,0	80,0	0,0	10,0	25,0	65,0	0,0
9. Description of qualitative risks and side-effects	8,0	32,0	60,0	0,0	45,0	10,0	45,0	0,0
10. Description of quantitative risks and side-effects	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	5,0	95,0	0,0
11. Addressing quality of life issues	48,0	24,0	28,0	0,0	60,0	10,0	30,0	0,0
12. Description of how potential complications will be dealt with	0,0	0,0	100,0	0,0	5,0	25,0	70,0	0,0
13. Description of precautions that the patient may take	24,0	8,0	68,0	0,0	15,0	5,0	80,0	0,0
14. Mention of alert signs that the patient may detect	28,0	4,0	68,0	0,0	30,0	5,0	65,0	0,0
15. Addressing medical intervention costs and insurance issues	4,0	24,0	72,0	0,0	0,0	25,0	75,0	0,0
16. Specific contact details for hospital services	40,0	4,0	4,0	52,0 ^c	25,0	10,0	5,0	60,0 ^c
17. Specific details of other sources of reliable information/support	36,0	12,0	52,0	0,0	15,0	35,0	50,0	0,0
18. The document covers all relevant issues on the topic	68,0	32,0	0,0	0,0	55,0	40,0	5,0	0,0
<i>Global score for content (0-100)</i>	<i>Mean (SD)=44,1 (16,2)</i>				<i>Mean (SD)=43,3 (12,6)</i>			

19. Date of issue or revision	48,0	0,0	52,0	0,0	70,0	0,0	30,0	0,0
20. Logo of the issuing body	96,0	0,0	4,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
21. Name of persons or entities that produced the document	32,0	28,0	40,0	0,0	25,0	5,0	70,0	0,0
22. Name of persons or entities that financed the document	4,0	0,0	96,0	0,0	5,0	0,0	95,0	0,0
23. Short biography of evidence-based data used in the document	20,0	0,0	80,0	0,0	15,0	0,0	85,0	0,0
24. The document states if and how patients were involved/consulted in its production	4,0	4,0	92,0	0,0	5,0	10,0	85,0	0,0
<i>Global score for identification data (0-100)</i>	<i>Mean (SD)=36,7 (19,7)</i>				<i>Mean (SD)=37,9 (13,9)</i>			
25. Use of everyday language, explain complex words or jargon	32,0	56,0	12,0	0,0	20,0	40,0	40,0	0,0
26. Use of generic names for all medications or products	24,0	0,0	32,0	44,0	10,0	0,0	35,0	55,0
27. Use of short sentences (<15 words on average)	24,0	72,0	4,0	0,0	5,0	75,0	20,0	0,0
28. The document personally addresses the reader	88,0	4,0	8,0	0,0	50,0	45,0	5,0	0,0
29. The tone is respectful	64,0	32,0	4,0	0,0	80,0	20,0	0,0	0,0
30. Information is clear (no ambiguities or contradictions)	52,0	48,0	0,0	0,0	26,3	68,4	5,3	0,0
31. Information is balanced between risks and benefits	16,0	12,0	72,0	0,0	15,8	36,8	47,4	0,0
32. Information is presented in a logical order	76,0	24,0	0,0	0,0	84,2	15,8	0,0	0,0
33. The design and layout are satisfactory (excluding figures or graphs)	28,0	48,0	24,0	0,0	15,8	57,9	26,3	0,0
34. Figures and graphs are clear and relevant	24,0	44,0	20,0	12,0 ^d	31,6	31,6	15,8	21,1 ^d
35. The document has a named space for the reader's notes	12,0	28,0	60,0	0,0	0,0	15,0	85,0	0,0
36. The document includes a consent form, contrary to recommendations	0,0	0,0	0,0	100,0 ^e	0,0	0,0	0,0	100,0 ^e
<i>Global score for structure (0-100)*</i>	<i>Mean (SD)=59,9 (13,2)</i>				<i>Mean (SD)=51,7 (13,6)</i>			

SD...standard deviation (Standardabweichung)

^a wurde die Frage 1 mit *No* beantwortet, dann Frage 2 *Does not apply*

^b wurden keine Körperübungen oder Medikamente beschrieben, dann mit *Does not apply* beantwortet

^c wenn Broschüre nicht von einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung entwickelt wurde, dann mit *Does not apply* beantwortet

^d waren keine Abbildungen oder Grafiken enthalten, dann mit *Does not apply* beantwortet

^e für Broschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz nicht relevant, daher *Does not apply*

*p < 0,05

3.6. Motivation/Empowerment

Das Qualitätskriterium Motivation/Empowerment (7 Items), welches mithilfe des PEMAT-P (*Actionability*) Instrumentes evaluiert wurde, wies signifikante Unterschiede ($p = 0,005$) hinsichtlich englisch- und deutschsprachigen Broschüren auf (siehe Tabelle 3). Der Mittelwert aller Broschüren lag bei 45,3 % (SD = 29,2 %). Während die deutschsprachigen Broschüren einen durchschnittlichen Score von 55,9 % (SD = 28,5 %) aufwiesen, erreichten die Broschüren in englischer Sprache nur etwa die Hälfte des deutschsprachigen Gesamtscores (32,2 %, SD = 25,0 %). Wie in Abbildung 8 ersichtlich, erzielten sowohl deutsch- als auch englischsprachige Broschüren den minimalsten Gesamtwert von 0 %. Hingegen den maximal möglichen PEMAT Score (*Actionability*) von 100 % konnten zwei deutschsprachige Broschüren erreichen. Bei einer dieser zwei deutschsprachigen Broschüren handelt es sich um dieselbe Broschüre, welche bereits bei der Qualitätsbewertung, gemessen anhand des allgemeinen *EQIP Global Scores*, den höchsten Wert (71,2 %) erreichte. Die zweithöchste Qualität hinsichtlich der Kategorie Motivation/Empowerment mit einem PEMAT Score (*Actionability*) von 83,3 % erreichten eine deutsch- sowie eine englischsprachige Broschüre. Das bedeutet, dass drei von vier der am motivierendsten Broschüren in Deutsch verfasst wurden.

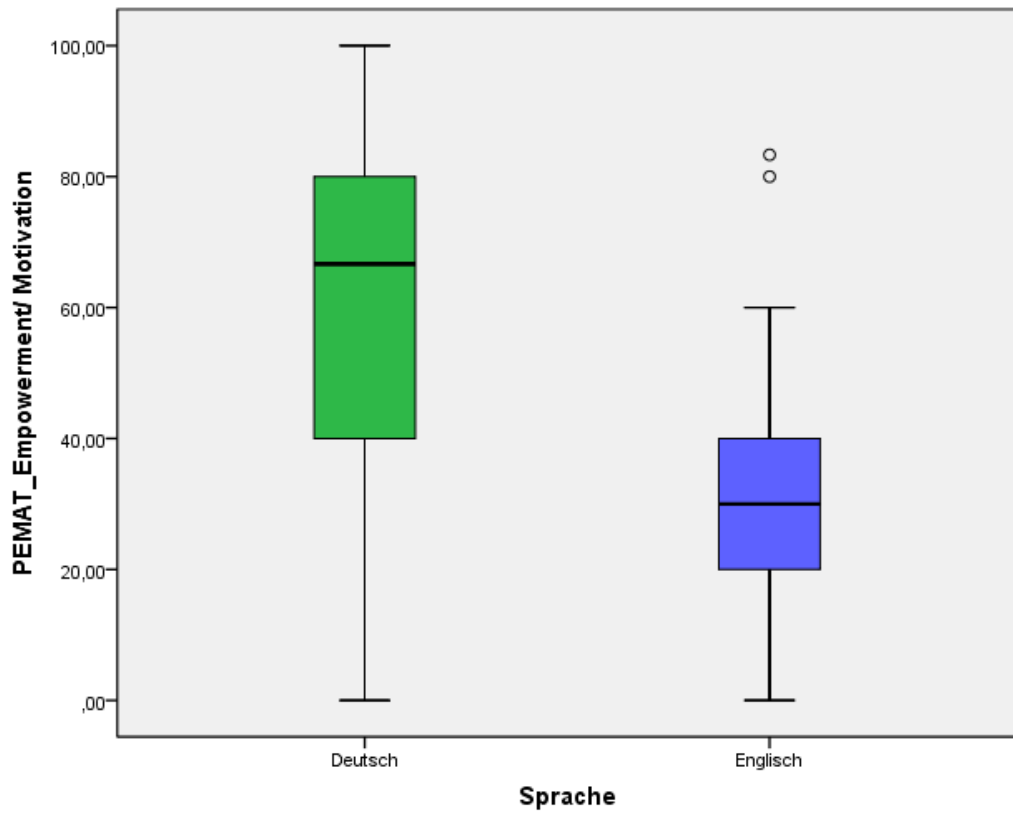


Abbildung 8 Gegenüberstellung des PEMAT Scores (*Actionability*) in der Subkategorie Motivation/Empowerment mit Bezug auf die Sprache

Tabelle 3 PEMAT Score (*Actionability*): Unterschiede mit Bezug auf die Sprache

Question	Deutsch (n=25)			Englisch (n=20)		
	Agree (%)	Disagree (%)	NA (%)	Agree (%)	Disagree (%)	NA (%)
1. The material clearly identifies at least one action the user can take	80,0	20,0	-	30,0	70,0	-
2. The material addresses the user directly when describing actions	84,0	16,0	-	80,0	20,0	-
3. The material breaks down any action into manageable, explicit steps	28,0	72,0	-	20,0	80,0	-
4. The material provides a tangible tool (e.g., menu planners, checklists) whenever it could help the user take action	40,0	60,0	-	25,0	75,0	-
5. The material provides simple instructions or examples of how to perform calculations	12,0	0,0	88,0 ^a	0,0	0,0	100,0 ^a
6. The material explains how to use the charts, graphs, tables, or diagrams to take actions	16,0	4,0	80,0 ^b	5,0	0,0	95,0 ^b
7. The material uses visual aids whenever they could make it easier to act on the instructions	44,0	56,0	-	5,0	95,0	-
<i>Score for actionability (0-100)*</i>	<i>Mean (SD)=55,9 (28,5)</i>			<i>Mean (SD)=32,2 (25,0)</i>		

NA.... Not Applicable (nicht zutreffend)

^a waren keine Anleitungen für selbstständige Berechnungen durch die Anwenderinnen und Anwender enthalten, dann mit *Not Applicable* beantwortet

^b waren keine grafischen Auswertungen, Tabellen, Diagramme enthalten, dann mit *Not Applicable* beantwortet

*p < 0,05

3.7. Übereinstimmung der *Reviewer*

Die ersten sechs Broschüren wurden zur Testung des Handbuchs und zur Klärung etwaiger Unklarheiten zwischen den beiden *Reviewern* verwendet. Die Broschüren der Pilottestung (n = 6) wurden folglich für die Berechnung der Übereinstimmung vernachlässigt. Bei den übrigen 39 Broschüren wurde eine Übereinstimmung der *Reviewer* vor dem Konsens von 96,0 % bei PEMAT (*Actionability*) und 86,5 % bei EQIP erzielt. Die Tabellen 4 und 5 zeigen die Übereinstimmungen in den einzelnen Items auf.

Tabelle 4 EQIP Fragen: Übereinstimmung der *Reviewer*

Question	Agreement (%)
1. Initial definition of subjects will be covered	79,5
2. Coverage of the above-defined subjects	79,5
3. Description of the medical problem	89,7
4. Definition of the purpose of the medical intervention	74,4
5. Description of the treatment alternatives	98,3
6. Description of the sequence of the medical procedure	84,6
7. Description of qualitative benefits	71,8
8. Description of quantitative benefits	94,9
9. Description of qualitative risks and side-effects	87,2
10. Description of quantitative risks and side-effects	97,4
11. Addressing quality of life issues	79,5
12. Description of how potential complications will be dealt with	84,6
13. Description of precautions that the patient may take	87,2
14. Mention of alert signs that the patient may detect	84,6
15. Addressing medical intervention costs and insurance issues	94,9
16. Specific contact details for hospital services	100,0
17. Specific details of other sources of reliable information/support	89,7
18. The document covers all relevant issues on the topic	89,7
<i>Agreement for content (0-100)</i>	<i>Mean = 87,1</i>
19. Date of issue or revision	97,4
20. Logo of the issuing body	100,0
21. Name of persons or entities that produced the document	74,4
22. Name of persons or entities that financed the document	97,4
23. Short biography of evidence-based data used in the document	97,4

24. The document states if and how patients were involved/consulted in its production	100,0
<hr/>	
<i>Agreement for identification data (0-100)</i>	<i>Mean = 94,4</i>
<hr/>	
25. Use of everyday language, explain complex words or jargon	53,8
26. Use of generic names for all medications or products	97,4
27. Use of short sentences (<15 words on average)	69,2
28. The document personally addresses the reader	89,7
29. The tone is respectful	82,1
30. Information is clear (no ambiguities or contradictions)	64,1
31. Information is balanced between risks and benefits	92,3
32. Information is presented in a logical order	84,6
33. The design and layout are satisfactory (excluding figures or graph,s see below)	74,4
34. Figures and graphs are clear and relevant (if absent, "does not apply")	79,5
35. The document has a named space for the reader's notes	92,3
36. The document includes a consent form, contrary to recommendations	100,0
<hr/>	
<i>Agreement for structure (0-100)</i>	<i>Mean = 81,6</i>
<hr/>	

Tabelle 5 PEMAT Items (*Actionability*): Übereinstimmung der Reviewer

Question	Agreement (%)
1. The material clearly identifies at least one action the user can take	87,2
2. The material addresses the user directly when describing actions	97,4
3. The material breaks down any action into manageable, explicit steps	94,9
4. The material provides a tangible tool (e.g., menu planners, checklists) whenever it could help the user take action	97,4
5. The material provides simple instructions or examples of how to perform calculations	97,4
6. The material explains how to use the charts, graphs, tables, or diagrams to take actions	97,4
7. The material uses visual aids whenever they could make it easier to act on the instructions	100,0
<i>Score for actionability (0-100)</i>	<i>Mean = 96,0</i>

4. Diskussion

Diese Arbeit wurde verfasst, um die Qualität von deutsch- und englischsprachigen Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz aufzuzeigen. Nach einer realitätsnahen Simulation einer Patientinnen- und Patientensuche nach Inkontinenzinformationsbroschüren in drei Suchmaschinen konnten insgesamt 45 Broschüren für die Qualitätserhebung eingeschlossen werden. Mithilfe zweier Instrumente (EQIP und PEMAT) wurde die Qualität der Broschüren anhand der Subkategorien Inhalt, Transparenz, Struktur und Motivation/Empowerment bewertet.

Die kritische Bewertung zeigte, dass keine der identifizierten Broschüren zum Thema Harninkontinenz den maximalen allgemeinen *EQIP Global Score* und nur zwei Broschüren den maximalen *PEMAT Score (Actionability)* erreichen konnten. Die Analyse belegte, dass die drei am qualitativ hochwertigsten Broschüren nicht einmal drei Viertel aller Punkte des EQIP Gesamtscores erlangen konnten. Insgesamt kann hervorgehoben werden, dass Online-Patientinnen- und Patientenbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz generell nur von mittlerer Qualität sind.

Die Ergebnisse der Qualitätsbewertung verdeutlichen, dass deutschsprachige Patientinnen- und Patientenbroschüren eine signifikant höhere Qualität in den Subkategorien Struktur und Motivation/Empowerment als das englischsprachige Material aufwiesen (59,9 % vs. 51,7 % und 55,9 % vs. 32,2 % des Gesamtscores). Hinsichtlich des allgemeinen EQIP Gesamtscores des Inhaltes und der Transparenz wurden keine signifikanten Qualitätsunterschiede in den unterschiedlich sprachigen Broschüren festgestellt.

In Anbetracht der signifikant besseren Qualität der deutschsprachigen Broschüren mit Bezug auf die Subkategorien Struktur und Motivation/Empowerment, fällt auf, dass diese im Durchschnitt sechs Seiten mehr umfassen als das englischsprachige Material. Der Grund dafür ist der vermehrte Einsatz von Grafiken, Abbildungen, Veranschaulichungen und Platz für Notizen in den deutschsprachigen Broschüren. Darüber hinaus enthalten 44 % der deutsch- und nur 5 % der englischsprachigen Broschüren visuelle Hilfsmittel zur Umsetzung von Interventionen. Dies spiegelt sich

ebenso in einer durchschnittlich höheren Seitenanzahl wider. Durch fehlende oder ungenaue Angaben können die Interventionen von den Anwenderinnen und Anwendern nicht korrekt durchgeführt werden und haben folglich keinen oder womöglich einen negativen Effekt auf deren Gesundheit. Anhand des PEMAT Instruments (*Actionability*) wurde jedoch festgestellt, dass nur 28 % der deutsch- und 20 % der englischsprachigen Broschüren zumindest eine Intervention, in realistischen und erreichbaren Unterschritten zur eigenständigen Umsetzung, erklärten. Des Weiteren war in keiner der englischsprachigen Broschüren ein explizit vorgesehener Platz für Notizen für Anwenderinnen und Anwender enthalten. Durch individuelle Notizen könnte jedoch die Kommunikation zwischen den Betroffenen und dem Gesundheitspersonal verbessert werden, da Unklarheiten, welche bei der Durchsicht der Broschüren aufgetreten sind, unmittelbar notiert und im gemeinsamen Gespräch mit dem Gesundheitspersonal geklärt werden könnten (Moult 2005).

Diese Gütekriterien (Layout, Grafiken, Abbildungen, Veranschaulichungen, visuelle Hilfsmittel und Platz für Notizen) werden mithilfe der Instrumente in den Subkategorien Struktur (EQIP) und Motivation/Empowerment (PEMAT) bewertet. Da in den englischsprachigen Broschüren gänzlich auf den Platz für Notizen und auf weitere dieser Gütekriterien verzichtet wurde, sind die deutschsprachigen Broschüren in diesen Subkategorien von signifikant besserer Qualität. Die Umsetzung dieser Qualitätskriterien hinsichtlich Struktur und Motivation/Empowerment benötigt Platz in den Broschüren, wodurch eine gewisse Seitenanzahl erforderlich ist, um qualitativ hochwertige Broschüren zu erhalten.

In der Subkategorie Struktur wurden zusätzlich die Verwendung von Alltagssprache und die einfache Darstellung des Inhaltes beurteilt. Die Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz erzielten in dieser Subkategorie durchschnittlich den höchsten EQIP Score. Dieses Ergebnis belegt auch die Studie von Schoberer et al. (2015), welche die Qualität von österreichischen und niederländischen schriftlichen Patientinnen- und Patientenbroschüren zum Thema Sturzprävention mittels der erweiterten Version des EQIP Instrumentes verglichen. Ein Grund hierfür könnte sein, dass die Autorinnen und Autoren die Broschüren für Personen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz entwickeln, da ein großer Anteil an Personen in Österreich

(Pelikan, Röthlin & Ganahl 2012) und auch in Deutschland (Schaeffer, Berens & Vogt 2017) eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweist.

Im Rahmen der Bewertung der Subkategorie Inhalt wurden die Häufigkeiten der beschriebenen Interventionen dokumentiert. In jeder der eingeschlossenen Broschüren wurde mindestens eine konservative Intervention genannt, wobei das Beckenbodentraining beinahe in allen Broschüren erwähnt wurde. Dieses Ergebnis ist konsistent mit den Empfehlungen internationaler Guidelines zum Thema Harninkontinenz, da diese nahelegen zuerst eine konservative Behandlung durchzuführen, bevor eine operative Therapie in Erwägung gezogen wird (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015; NICE 2015; Syan & Brucker 2016). Darüber hinaus ist anzumerken, dass das Beckenbodentraining bei allen drei Formen der Harninkontinenz empfohlen wird (Bettez et al. 2012; Lucas et al. 2015; NICE 2015). Gleichermaßen stimmen die übrigen beschriebenen Interventionen zum Großteil mit den in den internationalen Guidelines empfohlenen Maßnahmen bei Harninkontinenz überein. Daher kann angenommen werden, dass der Inhalt der Broschüren auf Forschungsergebnissen oder Empfehlungen von Guidelines basieren könnte, jedoch die Autorinnen und Autoren zumeist keine Literaturangaben anführten.

In den deutsch- sowie in den englischsprachigen Broschüren werden konservative und operative Interventionen gleich häufig erwähnt. Hingegen auffallend ist, dass die dritte Gruppe an Interventionen, der Einsatz von pharmakologischen Maßnahmen, in den deutschsprachigen Broschüren um 25 % häufiger beschrieben wurde als in den Englischsprachigen. Dieses Ergebnis könnte auf einen Interessenkonflikt zurückzuführen sein, da nur in 4 % der deutschsprachigen Broschüren angegeben war, wie die Erstellung der Broschüre finanziert wurde. Aufgrund zahlreicher Inkontinenzprodukte und Medikamente verschiedener Firmen und Pharmaunternehmen könnte der Inhalt der Broschüren durch diese nicht angegebenen Sponsoren beeinflusst worden sein.

Als Folge dieser nicht objektiv dargelegten Behandlungsmöglichkeiten, könnten die Anwenderinnen und Anwender der Broschüre dazu tendieren, eine womöglich für sie ungeeignete Behandlungsoption zu wählen (Coulter et al. 2006).

Die Subkategorie Inhalt beschreibt wie detailliert die einzelnen Interventionen und ihre Vor- und Nachteile beschrieben wurden und an wen sich Betroffene wenden können. Von diesem Gütekriterium der Broschüren hängt ab, inwieweit es den Betroffenen ermöglicht wird, sich am Behandlungsprozess zu beteiligen. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit (Stacey et al. 2017) zeigt, dass Patientinnen und Patienten, die sich umfassend informiert fühlen, die Risiken der Erkrankung oder der Behandlung besser abschätzen können. Dadurch werden die Ängste vor den Interventionen genommen und die Selbstständigkeit gefördert (Stacey et al. 2017). Durch individuell passende Behandlungsentscheidungen, welche mithilfe von Entscheidungshilfen getroffen werden, können zudem Kosten im Gesundheitssystem eingespart werden (Stacey et al. 2017).

In der Subkategorie Inhalt erreichten die Informationsbroschüren zum Thema Harninkontinenz, unabhängig von der verwendeten Sprache, durchschnittlich lediglich 43,8 % des EQIP Scores. Neben den unzureichenden Beschreibungen der Vor- und Nachteile, Risiken, Nebenwirkungen und Komplikationen der Interventionen kann dieser moderate EQIP Score durch die nicht angegebenen Kosten der Interventionen begründet werden. Aufgrund der großen Auswahl an Hilfsmittel in der Kontinenzversorgung wäre eine Beschreibung der verschiedenen Produkte in den Broschüren indiziert. Zudem sollen die jeweiligen Vor- und Nachteile beschrieben werden, um individuell passende Hilfsmittel zu finden. Eine große Rolle für die Produktentscheidung spielen die Kosten, da nur eine kleine Auswahl und eine gewisse Anzahl an Produkten von den Krankenkassen in Österreich finanziert wird (WGKK [Wiener Gebietskrankenkasse] 2017). Dennoch enthielt nur eine der eingeschlossenen deutschsprachigen Broschüren genaue Informationen bezüglich Kosten oder Kostenersatz von Krankenkassen. In keiner der englischsprachigen Broschüren waren diese Informationen angegeben.

In der Subkategorie Inhalt des EQIP Instruments wird ein weiterer wichtiger Aspekt für Menschen mit Harninkontinenz, die Lebensqualität der Betroffenen, überprüft. Die Ergebnisse von Studien belegen, dass Menschen mit einer Harninkontinenz häufig aufgrund der Auswirkungen im täglichen Leben sehr eingeschränkt sind (Akkus & Pinar 2015; Mendes et al. 2017; Yip et al. 2013). Dies kann sich in weiterer Folge auf die Psyche und die Lebensqualität der Betroffenen auswirken (Akkus & Pinar 2015; Avery et al. 2013; Bedretdinova et al. 2016; Pereira et al. 2016). Trotzdem beinhalteten etwa 30 % der Broschüren zum Thema Harninkontinenz

keinerlei Informationen bezüglich Faktoren, welche die Lebensqualität beeinträchtigen oder verbessern können. Das bedeutet, dass dieser wichtige Aspekt in diesen Broschüren nicht berücksichtigt wurde und die Betroffenen somit keinerlei Hilfestellung zur Verbesserung der Lebensqualität erhalten. Aufgrund der fehlenden Angaben kann in weiterer Folge das Selbstmanagement der Menschen mit Harninkontinenz im Alltag durch Broschüren nicht unterstützt werden.

Ein weiteres Gütekriterium für qualitativ hochwertige Informationsbroschüren ist die Transparenz, welche die Involvierung der Betroffenen in die Entwicklung der Broschüre und die Angabe der Autorinnen und Autoren, des Publikationsdatums, der Finanzierung und der Referenzen, beinhaltet. Diese Informationen sind wichtig, um die Glaubwürdigkeit der Broschüren für die Anwenderinnen und Anwender zu erhöhen (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg 2010). Trotzdem wiesen die Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren zum Thema Harninkontinenz in dieser Subkategorie die niedrigste Qualität auf. Nur bei 4 bis 5 % der Broschüren wurden klare Angaben gemacht, dass Patientinnen und Patienten oder deren Angehörige in den Prozess der Erstellung der Broschüre involviert wurden. Dieser geringe Grad an Einbeziehung der Betroffenen in die Erstellung der Broschüren wurde bereits in anderen Qualitätsbewertungen von schriftlichen Informationsmaterialien, welche ebenso mit Hilfe des EQIP Instrumentes bewertet wurden, festgestellt (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008; Schoberer 2015). Werden Betroffene bei der Erstellung von Broschüren vernachlässigt, kann nicht gewährleistet werden, dass der Inhalt auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet ist. Demnach ist die Akzeptanz der Broschüren von Seiten der Betroffenen und folglich auch die Nutzung dieser eingeschränkt (Wizowski, Harper & Hutchings 2014). Aus den Ergebnissen geht hervor, dass in etwa ein Drittel der deutschsprachigen und etwa die Hälfte der englischsprachigen Online-Broschüren speziell für Frauen entwickelt wurden. Dies erscheint sinnvoll, da insbesondere Frauen von der Harninkontinenz betroffen sind (Minassian, Bazi & Stewart 2017) und somit die Inhalte zielgruppenspezifisch aufbereitet wurden. Eine Analyse von Sturzpräventionsbroschüren zeigte, dass diese ebenso in der Subkategorie Transparenz nur etwa ein Drittel der maximal erreichbaren Werte erzielten (Schoberer et al. 2015). Diesen geringen Qualitätsstandard mit Bezug auf

die Transparenz verdeutlichen ebenso die Ergebnisse einer aktuellen Studie von Keinki et al. (2017), welche die Qualität von deutschsprachigen Informationsbroschüren für Patientinnen und Patienten mit malignen Erkrankungen evaluierten. Dieses Ergebnis der niedrigsten Qualität in der Subkategorie Transparenz in deutschsprachigen Broschüren, deckt sich daher mit anderer Literatur. Infolgedessen lässt sich darauf schließen, dass dieses Ergebnis eine starke Aussagekraft hat.

Beim Vergleich der Qualitätswerte in den jeweiligen Subkategorien, gemessen anhand von EQIP, sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen den österreichischen Sturzpräventionsbroschüren (Schoberer et al. 2015) und den deutschsprachigen Harninkontinenzinformationsbroschüren erkennbar. Daher kann angenommen werden, dass die Autorinnen und Autoren deutschsprachiger Broschüren auf gewisse Gütekriterien bei der Erstellung von Broschüren Wert legen und andere Gütekriterien, wie die Transparenz, vernachlässigen.

In Zuge der Datensammlung fiel auf, dass der Großteil der frei zugänglichen deutschsprachigen Online-Patientinnen- und Patientenbroschüren, welche in den Suchmaschinen gefunden werden können, in Deutschland publiziert wurde. Das bedeutet, dass lediglich ein kleiner Anteil dieser Online-Broschüren in Österreich oder der Schweiz veröffentlicht wurde, wobei zum Produktionsland nicht immer Angaben gemacht wurden. Dies deckt sich mit dem Ergebnis der Studie von Mandl, Halfens & Lohrmann (2015), welche aufzeigten, dass trotz der hohen Prävalenzzahlen von Harninkontinenz in österreichischen Pflegeheimen, dort ebenfalls ein Mangel an Broschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz vorliegt. Diese Tatsache weist darauf hin, dass das Pflegeproblem Harninkontinenz in der Patientinnen- und Patientenedukation bisher wenig Aufmerksamkeit erhält. Erklärungen für den Mangel an Broschüren zu dieser Thematik in Österreich könnten die gesellschaftliche Tabuisierung (Mendes et al. 2017; Wang et al. 2015), eventuell fehlende finanzielle Ressourcen und eine bisher mangelhafte aktive Integration der Betroffenen in deren Behandlungsentscheidungen, sein. Adäquate Patientinnen- und Patientenedukation kann jedoch nur gewährleistet werden, wenn die Betroffenen Gesundheitskompetenz durch *evidence*-basierte Informationen erlangen (Mühlhauser, Meyer & Steckelberg 2010).

Beim Vergleich der Interrater-Reliabilität zwischen den Entwicklern (Charvet-Berard, Chopard & Perneger 2008) der erweiterten Version von EQIP hinsichtlich der einzelnen Items und der Übereinstimmung vor dem Konsens zwischen den beiden *Reviewern* dieser Arbeit ist auffallend, dass die Werte der Übereinstimmungen ähnlich sind. Obwohl für die EQIP Version mit 36 Items kein offizielles Handbuch existiert, stimmten in der vorliegenden Arbeit die Bewertungen von 24 Items zwischen den *Reviewern* und den Entwicklern sehr gut überein (Abweichung $\leq 10\%$). Weitere sieben Items (Frage 5, 11, 13, 17, 18, 25 & 28) wiesen eine gute Übereinstimmung beim Vergleich mit den Entwicklern auf, mit Abweichungen im Bereich von 10 bis 20 %. Bei fünf Items (Frage 1, 21, 27, 29 & 32) unterschieden sich die Bewertungen der *Reviewer* und der Entwickler um mehr als 20 %.

Werden die drei Items (Frage 25, 27 & 30) der vorliegenden Arbeit, deren Bewertungen zwischen den *Reviewern* am wenigstens übereinstimmten betrachtet, fällt auf, dass die Entwickler bei zwei dieser Items (Frage 25 & 30) ebenso eine niedrige Interrater-Reliabilität erzielten, wobei die Interrater-Reliabilität für das dritte Item (Item 27) von den Entwicklern damals nicht berechnet wurde. Diese Limitation der hohen Abweichung in diesen drei Items entstand durch die unpräzise Formulierung der Fragestellungen, wie die Bewertung von der Verwendung von Alltagssprache oder der Klarheit der Informationen. Diese Fragen objektiv ohne universellem Handbuch der erweiterten Version des EQIP Instruments zu bewerten, scheint schwierig. Hingegen weisen die hohen Übereinstimmungswerte der PEMAT (*Actionability*) Bewertungen auf konkretere Formulierungen der Fragestellungen im offiziellen Handbuch hin, welche weniger Interpretationsspielraum lassen. Trotz der explizit formulierten Fragestellungen und der folglich guten Übereinstimmung zwischen den *Reviewern* wurde die vollständige Version des PEMAT nicht für die gesamte Qualitätsevaluierung der Broschüren verwendet, da dieses Instrument wichtige Gütekriterien, wie die Involvierung der Anwenderinnen und Anwender in die Broschürenerstellung und *Evidence*-Basierung der Informationen, nicht misst.

Trotz der angewendeten systematischen Suchstrategie in den drei Suchmaschinen mit dem höchsten Internet-Traffic und der zusätzlichen Suche auf krankheitsspezifischen Webseiten, kann nicht sichergestellt werden, dass alle frei

zugänglichen Online-Broschüren zum Thema Harninkontinenz identifiziert wurden. Eine Limitation dieser Arbeit könnte durch die verwendeten Schlüsselwörter bei der Recherche nach Broschüren in den Suchmaschinen entstanden sein. Im Zuge der Bewertung der Broschüren fiel auf, dass häufig der Begriff „Blasenschwäche“ anstatt von Harninkontinenz verwendet wurde. Möglicherweise könnten durch die Verwendung des Begriffes „Blasenschwäche“ weitere deutschsprachige Online-Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz bei der Suche identifiziert werden. Eine weitere Schwäche dieser Arbeit könnte durch den Einschluss von Broschüren mit sehr unterschiedlichem Seitenumfang entstanden sein. Es wurden alle Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren eingeschlossen und verglichen, unabhängig von ihrer Seitenanzahl, da keine allgemein gültige Definition für Broschüren und deren Seitenumfang im Vorfeld der Erstellung dieser Arbeit gefunden werden konnte. Durch eine Definition und somit einer Einschränkung des Seitenumfanges der Broschüren wäre die Stichprobe homogener gewesen.

Die Stärke dieser Arbeit stellt der Neuigkeitswert dar. Nach dem Wissenstand der Autorin ist dies die erste deskriptive vergleichende Studie, welche die Qualität von Online-Informationsbroschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz nach einer simulierten Patientinnen- und Patientensuche evaluiert und hinsichtlich der verwendeten Sprache vergleicht. Des Weiteren wurde ein zusätzliches Instrument (PEMAT) hinzugezogen, da die erweiterte Version von EQIP das Gütekriterium Motivation/Empowerment nicht bewertet. Diese Vorgehensweise erhöht die Aussagekraft über die Qualität der Broschüren, da dieses Gütekriterium aufgrund der gesellschaftlichen Tabuisierung und folglich des sozialen Rückzugs wesentlich für Menschen mit Harninkontinenz ist. Um die Objektivität der vorliegenden Arbeit zu gewährleisten, erfolgte die Qualitätsbewertung der identifizierten Broschüren durch zwei unabhängige *Reviewer*. Bei Unstimmigkeiten im Zuge der Bewertung wurden diese diskutiert bis ein Konsens erreicht wurde.

4.1. Implikationen für die Forschung

Durch die Qualitätsanalyse von Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren zum Thema Harninkontinenz ergeben sich zukünftig einige Implikationen für die Forschung und Praxis.

Das Ergebnis dieser Qualitätsanalyse zeigt, dass Broschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz nur von mittlerer Qualität sind, daher ist die Überarbeitung des Informationsmaterials empfehlenswert. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf die Kategorien Inhalt und Transparenz gelegt werden, da diese bei der Analyse sowohl bei den deutsch- als auch bei den englischsprachigen Broschüren die meisten Mängel aufwiesen.

Für die Qualitätsverbesserung zukünftiger Broschüren mit dem Fokus auf Harninkontinenz in der Subkategorie Inhalt sollen die Autorinnen und Autoren objektiv effektive und nicht effektive Interventionen mit deren Vor- und Nachteilen, Risiken und Nebenwirkungen darstellen und diese mit Zahlen untermauern. Zudem sollen auch Angaben zu Kosten oder Kostenersatz durch die Krankenkasse der Produkte gemacht werden.

Um die Transparenz zukünftiger Broschüren zu gewährleisten, ist die Angabe der Autorinnen und Autoren, des Publikationsdatums, der Finanzierung und der Referenzen, sowie die Involvierung der Betroffenen in die Entwicklung und in die Evaluierung des Informationsmaterials, anzuraten.

Aufgrund der schlechteren Qualität von englischsprachigen Broschüren in der Kategorie Motivation/Empowerment ist es zudem zu empfehlen, aktivierende Elemente in diese zukünftig zu integrieren. Die Verwendung von beispielsweise Fragebögen, visuellen Hilfsmitteln und Blasentagebüchern in den Broschüren ermöglicht den Anwenderinnen und Anwendern eine bessere Identifikation mit dem Material und die Motivation für die Umsetzung der Interventionen steigt (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a; Wizowski, Harper & Hutchings 2014).

Aufgrund der Annahme, dass sich Menschen mit Harninkontinenz aus Scham primär anonym im Internet über deren Krankheit informieren, sind frei zugängliche Informationsmaterialien von hoher Qualität notwendig. Der erste Schritt, um es den Betroffenen zu erleichtern, qualitativ hochwertige Informationsmaterialien aus der

breiten Masse an verfügbaren Online-Quellen zu identifizieren, ist durch die HON Zertifizierung von Webseiten bereits umgesetzt worden. Darüber hinaus sind zur Schaffung von Transparenz für die Anwenderinnen und Anwender weitere Qualitätsanalysen von Online-Informationsbroschüren notwendig. Angesichts der gesellschaftlichen Tabuisierung von Harninkontinenz und des öffentlichen Wachstums der Internetnutzung in den vergangenen Jahren wäre die Verbreitung von hochwertigen Broschüren in sozialen Medien, Blogs oder Online-Selbsthilfegruppen zu empfehlen. Das Ziel wäre möglichst viele Betroffene dadurch zu erreichen und sie somit zur Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Gesundheit durch *evidence*-basiertes Informationsmaterial zu motivieren.

Um die Existenz von *evidence*-basierten Online-Materialien zum Thema Harninkontinenz, welche alle Gütekriterien treffen, sicherzustellen, sollen diese im multidisziplinären Team erstellt werden. Das bedeutet, dass auch die Betroffenen und deren Angehörigen als Teil dieses multidisziplinären Teams, bestehend aus Urologinnen und Urologen, Pflegepersonen, Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, fungieren sollen. Um der sozialen Isolation vorzubeugen und die Nutzung der Broschüren zu fördern, sollen die Betroffenen Informationen erhalten, die auf deren persönliche Bedürfnisse und Wünsche abgestimmt sind. Insbesondere da sich die Harninkontinenz in individuellen und komplexen Krankheitsbildern zeigt (Abrams et al. 2013). Hierfür wird empfohlen die Broschüren anwenderinnen- und anwenderorientiert aufzubereiten und diese in den Entwicklungsprozess zu involvieren (Bunge, Mühlhauser & Steckelberg 2010; Schoberer et al. 2016). Die Autorinnen und Autoren zukünftiger Broschüren sollen daher die Involvierung von Betroffenen bei der Erstellung und der Evaluation des Informationsmaterials berücksichtigen, um adäquate Patientinnen- und Patientenedukation anbieten zu können. Die Einbeziehung von Betroffenen ist bei dieser sensiblen Thematik besonders wichtig, um relevante Aspekte bezüglich der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität, basierend auf Alltagserfahrungen, abzudecken. Die Erstellung und Evaluierung von Broschüren könnte im Zuge von regelmäßigen Konsensustreffen im multidisziplinären Team erfolgen.

Des Weiteren ist bei der Erstellung von Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren zum Thema Harninkontinenz zu beachten, dass effektive Interventionen bei Harninkontinenz nur selbstständig und korrekt von den

Anwenderinnen und Anwendern durchgeführt werden können, wenn diese explizite Angaben und Abbildungen zur Umsetzung enthalten. Beispielsweise wurde das Beckenbodentraining in beinahe jeder Broschüre erwähnt, jedoch fehlten häufig detaillierte Beschreibungen und visuelle Hilfsmittel zur Durchführung der einzelnen Übungen. Um adäquate Patientinnen- und Patientenedukation durch Broschüren gewährleisten zu können, müssen die Interventionen zum einen genauer beschrieben werden und zum anderen die Anwenderinnen und Anwender direkt ansprechen. Auf Angaben mit Interpretationsspielraum bei der Beschreibung von Interventionen, wie „regelmäßig“ oder „mehrmals“ sollte daher verzichtet werden, da diese Unsicherheit bei den Betroffenen auslösen können und infolgedessen die Motivation für die Umsetzung der Interventionen sinkt.

Darüber hinaus wird empfohlen die Broschüren zielgruppenspezifisch zu gestalten, da sich die Harninkontinenz in komplexen Krankheitsbildern äußert und sich die empfohlenen Behandlungsinterventionen je nach Geschlecht der betroffenen Person und vorliegender Form der Harninkontinenz unterscheiden. Durch Online-Informationsbroschüren sollten die Betroffenen aktiv bestärkt werden, sich von einer Expertin oder einem Experten beraten zu lassen. Denn schriftliches Informationsmaterial kann nur als Teil der Patientinnen- und Patientenedukation gesehen werden und sollte die Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal und den Betroffenen unterstützen, jedoch nicht ersetzen.

Im Allgemeinen kann festgehalten werden, dass sich die erweiterte Version von EQIP gut für eine umfassende Qualitätsbewertung von Patientinnen- und Patienteninformationsbroschüren eignet, hingegen für die Anwendbarkeit im klinischen Setting, aufgrund der zeitaufwendigen Bewertung von 36 Items, als zu umfassend erachtet wird. Die ursprüngliche Version von EQIP mit 20 Items evaluiert jedoch wichtige Gütekriterien, wie die Verwendung von *evidence*-basierten Daten, nicht. Um zukünftig objektiv, einfach und schnell Informationsbroschüren bewerten zu können, ist es zu empfehlen, eine kompaktere Version von EQIP zu entwickeln, welche die bisherigen Items zusammenfasst und diese konkreter beschreibt, sowie das Gütekriterium Motivation/Empowerment enthält. Ein Instrument, dessen Eigenschaften psychometrisch überprüft sind, sollte zur Erhebung aller Gütekriterien von Broschüren verwendet werden können, um der Verwendung eines zusätzlichen Instruments vorzubeugen.

Zudem wäre die Erstellung eines allgemein anwendbaren Handbuchs mit klar formulierten Beispielen für das erweiterte EQIP Instrument, wie beim PEMAT Instrument, empfehlenswert. Aufgrund der hohen Abweichungen zwischen den Bewertungen verschiedener *Reviewer* bei den Fragen 25, 27 und 30 wäre zudem eine Anpassung dieser Fragestellungen bzw. eine detaillierte Beschreibung im Handbuch indiziert.

4.2. Implikationen für die Praxis

Pflegepersonen stehen im ständigen Kontakt mit Menschen mit Harninkontinenz. Die Betroffenen selbst identifizieren die Symptome von Harninkontinenz häufig nicht als Krankheit, sondern als unklaren Zustand, da sie unzureichend informiert sind (Mendes et al. 2017). Deshalb ist es die Aufgabe von Pflegepersonen, die Betroffenen aufmerksam zu machen und über mögliche Behandlungsinterventionen zu informieren, sobald sie erste Defizite in der Kontinenz bemerken. Auch präventiv sollen Pflegepersonen den Patientinnen und Patienten bzw. den Bewohnerinnen und Bewohnern über effektive Präventionsmaßnahmen Auskunft erteilen, um der Tabuisierung der Harninkontinenz und dem sozialen Rückzug entgegenzuwirken. Entscheidungshilfen, wie Broschüren, können eine tragende Rolle spielen, um Betroffene adäquat über effektive Interventionen, Angebote und hilfreiche Kontakte zu informieren. Das Ziel ist nicht, dass das Pflegepersonal mithilfe von Broschüren zu einer bestimmten Intervention rät, sondern Behandlungsmöglichkeiten sollen dadurch objektiv aufgezeigt werden. Als Folge können die Betroffenen ihre Einstellungen und Werte reflektieren und eine individuell passende Behandlungsentscheidung treffen. Daher ist es notwendig, dass sich Pflegepersonen auf dem Gebiet der Patientinnen- und Patientenedukation weiterbilden, um qualitativ hochwertige Broschüren durch in der Praxis anwendbare Methoden und Instrumente identifizieren zu können. Nur dann können Pflegepersonen mithilfe von Broschüren den Betroffenen die bestmögliche Unterstützung im Rahmen des *Shared Decision Making* Prozess bieten. Um Interessenskonflikte zu vermeiden und Unsicherheiten vorzubeugen, soll die Ausgabe von Broschüren nicht wahllos und ohne ein Beratungsgespräch mit den Betroffenen erfolgen.

5. Schlussfolgerung

Insgesamt zeigt die Qualitätsevaluierung von Online-Patientinnen- und Patientenbroschüren für Menschen mit Harninkontinenz, dass die deutsch- und englischsprachigen Broschüren durchschnittlich nur von mittlerer Qualität sind. Dennoch wiesen die deutschsprachigen Informationsbroschüren eine signifikant höhere Qualität hinsichtlich der Gütekriterien Struktur (z.B. einfache Darstellung des Inhalts und Verwendung von Alltagssprache) und Motivation/Empowerment (z.B. klare Anweisungen für Umsetzung der Interventionen und Verwendung von aktiver Sprache) auf.

Die niedrigste Qualität wiesen die Broschüren in der Subkategorie Transparenz des EQIP Instruments auf, welche wichtige Gütekriterien, wie die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Broschürentwicklung und die Angabe der Autorinnen und Autoren, enthält. Zusätzlich wurde häufig auf einen expliziten Verweis auf die Verwendung von *evidence*-basierter Literatur, wie durch Angabe eines Literaturverzeichnisses oder Quellenangaben in den Fußzeilen, verzichtet.

Zusammenfassend muss hervorgehoben werden, dass insbesondere Menschen mit Harninkontinenz Informationen, welche auf deren persönliche Bedürfnisse angepasst sind, benötigen. Damit die Betroffenen sich mit den Informationsmaterialien identifizieren können, ist zum einen die Einbeziehung in den Entwicklungs- und Evaluierungsprozess der Broschüren und zum anderen die Motivation für die Umsetzung von Interventionen, notwendig. Durch die Integration der Betroffenen in die Erstellung des Informationsmaterials kann zudem der sozialen Isolation der Menschen mit Harninkontinenz entgegengewirkt werden. Um dies zu gewährleisten sind frei zugängliche und qualitativ hochwertige Online-Informationsbroschüren, welche die Betroffenen aktiv zu einem Gespräch mit einer Expertin oder einem Experten motivieren, notwendig.

6. Literaturverzeichnis

- Abrams, P, Cardozo, L, Khoury, S, Wein, A & the Members of the Committees 2013, *5th International Consultation on Incontinence*, Februar, Paris, gesichtet am 16. Dezember 2017, https://www.ics.org/Publications/ICI_5/INCONTINENCE.pdf
- Akkus, Y & Pinar, G 2015, „Evaluation of the prevalence, type, severity, and risk factors of urinary incontinence and its impact on quality of life among women in Turkey“, *International Urogynecology Journal*, Vol. 27, Nr. 6, S. 887-893, doi: 10.1007/s00192-015-2904-5
- Andreassen, HK, Bujnowska-Fedak, MM, Chronaki, CE, Dumitru, RC, Pudule, I, Santana, S, Voss, H & Wynn, R 2007, „European citizens' use of E-health services: a study of seven countries“, *BMC Public Health*, Vol. 7, Nr. 53, doi: 10.1186/1471-2458-7-53
- Avery, JC, Stocks, NP, Duggan, P, Braunack-Mayer, AJ, Taylor, AW, Goldney, RD & MacLennan, AH 2013, „Identifying the quality of life effects of urinary incontinence with depression in an Australian population“, *BMC Urology*, Vol. 13, Nr. 11, doi: 10.1186/1471-2490-13-11
- Bedretdinova, D, Fritel, X, Zins, M & Ringa, V 2016, „The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Woman?“, *Urology*, Vol. 91, S. 83-89, doi: 10.1016/j.urology.2015.12.034
- Bettez, M, Tu, LM, Carlson, K, Corcos, J, Gajewski, J, Jolivet, M & Bailly, G 2012, „2012 update: Guidelines for adult urinary incontinence collaborative consensus document for the Canadian“, *Canadian Urological Association Journal*, Vol. 6, Nr. 5, S. 354-363, doi: 10.5489/cuaj.12248
- Bruce, JG, Tucholka, JL, Steffens, NM & Neuman, HB 2015, „Quality of Online Information to Support Patient Decision-Making in Breast Cancer Surgery“, *Journal of Surgical Oncology*, Vol. 112, S. 575–580, doi: 10.1002/jso.24046
- Bunge, M, Mühlhauser, I & Steckelberg, A 2010, „What constitutes evidence-based patient information? Overview of discussed criteria“, *Patient Education and Counseling*, Vol. 78, Nr. 3, S. 316-328, doi: 10.1016/j.pec.2009.10.029
- Charnock, D, Shepperd, S, Needham, G & Gann, R 1999, „DISCERN: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices“, *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 53, Nr. 2, S. 105-111.
- Charvet-Berard, AI, Chopard, P & Perneger, TV 2008, „Measuring quality of patient information documents with an expanded EQIP scale“, *Patient Education and Counseling*, Vol. 70, Nr. 3, S. 407–411, doi: 10.1016/j.pec.2007.11.018
- Chen, EC, Manecksha, RP, Abouassaly, R, Bolton, DM, Reich, O & Lawrentschuk, N 2014, „A multilingual evaluation of current health information on the Internet for the treatments of benign prostatic hyperplasia“, *Prostate International*, Vol. 2, S. 161-168, doi: 10.12954/PI.14058

- Cochrane Collaboration 2017a, *Cochrane-Glossar*, gesichtet am 20. September 2017, <http://www.cochrane.de/de/cochrane-glossar>
- Cochrane Collaboration 2017b, *Glossary*, gesichtet am 20. September 2017, <http://community.cochrane.org/glossary>
- Coulter, A, Ellins, J, Swain, D, Clarke, A, Heron, P., Rasul, F, Magee, H & Sheldon H 2006, „Assessing the quality of information to support people in making decisions about their health and healthcare“, Picker Institute Europe, Oxford.
- Coulter, A, Parsons, S & Askham, J 2008, „Where are the patients in decision-making about their own care?“ Konferenzartikel der WHO European Ministerial Conference on Health Systems, 25.-27. Juni, Tallinn, gesichtet am 16. Dezember 2016, <http://www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf>
- Chong, E, Khan, A & Anger, J 2011, „The financial burden of stress urinary incontinence among women in the United States“, *Current Urology Reports*, Vol. 12, Nr. 5, S. 358-362, doi: 10.1007/s11934-011-0209-x
- Coyne, KS, Wein, A, Nicholson, S, Kvasz, M, Chen, CI & Milsom, I 2014, „Economic Burden of Urgency Urinary Incontinence in the United States: A Systematic Review“, *Journal of Managed Care Pharmacy*, Vol. 20, Nr. 2, S. 130-140, doi: 10.18553/jmcp.2014.20.2.130
- eBizMBA 2017, *Top 15 Most Popular Search Engines*, gesichtet am 23. Mai 2017, <http://www.ebizmba.com/articles/search-engines>
- Enzelsberger, H 2011, „Inkontinenz der Frau“, *Österreichische Ärztezeitung*, Vol. 3, S. 34-45.
- Elsevier Clinical Solutions 2015, *How to Develop and Use Effective Patient/Consumer Education Materials*, gesichtet am 16. Dezember 2017, https://www.elsevier.com/__data/assets/pdf_file/0006/139902/Elsevier_WP_PatientEducationWhitepaper5_29_15WEB.pdf
- Elwyn, G, Frosch, D, Thomson, R, Joseph-Williams, N, Lloyd, A, Kinnersley, P, Cording, E, Tomson, D, Dodd, C, Rollnick, S, Edwards, A & Barry, M 2012, „Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice“, *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 27, Nr. 10, S. 1261-1267, doi: 10.1007/s11606-012-2077-6
- Fahy, E, Hardikar, R, Fox, A & Mackay, S 2014, „Quality of patient health information on the Internet: reviewing a complex and evolving landscape“, *Australasian Medical Journal*, Vol. 7, Nr. 1, S. 24-28, doi: 10.4066/AMJ.2014.1900
- George, T 2013, „How nurses can encourage shared decision making“, *Nursing 2013*, Vol. 43, S. 65-66, doi: 10.1097/01.NURSE.0000431767.44118.c3
- Gibson, CH 1991, „A concept analysis of empowerment“, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 16, Nr. 3, S. 354-361.

- Gibson, W & Wagg, A 2017, „Incontinence in the elderly, ‘normal’ ageing, or unaddressed pathology?“, *Nature Reviews Urology*, Vol. 14. Nr. 7, S.440-448, doi: 10.1038/nrurol.2017.53
- Graf von der Schulenburg, JM, Mittendorf, T, Clouth, J, Stoeber, Y & Greiner, W 2007, „Kosten der Harninkontinenz in Deutschland“, *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, Vol. 12, Nr. 5, S. 301-309, doi: 10.1055/s-2007-963204
- Gray, JR, Grove, SK, & Sutherland, S 2017, *Burns and Grove's The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, 8. Aufl., Saunders/Elsevier, St.Louis.
- Health on the Net Foundation (HON) 2017, *The HON Code of Conduct for medical and health Web sites (HONcode)*, gesichtet am 16. Dezember 2017, <https://www.hon.ch/HONcode/Patients/Conduct.html>
- IBM Corp. 2016, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Irwin, DE, Mungapen, L, Mungapen, L, Milsom, I, Kopp, Z, Reeves P & Kelleher, C 2008, „The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries“, *British Journal of Urology Internation*, Vol.103, S. 202-209.
- Keinki, C, Rudolph, I, Ruetters, D, Kuenzel, U, Lobitz, J, Schaefer, M, Hanaya, H & Huebner, J 2017, „The Quality of Patient Information Booklets for Cancer Patients – an Evaluation of Free Accessible Material in German Language“, *American Association for Cancer Education*, doi: 10.1007/s13187-017-1224-5
- Kim, H & Xie, B 2017, „Health literacy in the eHealth era: A systematic review of the literature“, *Patient Education and Counseling*, Vol. 100, Nr. 6, S. 1073-1082, doi: 10.1016/j.pec.2017.01.015
- Kuenzel, U, Monga Sindeu, T, Schroth, S, Huebner, J & Herth, N 2017, „Evaluation of the Quality of Online Information for Patients with Rare Cancers: Thyroid Cancer“, *Journal of Cancer Education*, doi: 10.1007/s13187-017-1173-z
- LaValley, SA, Kiviniemi, MT & Gage-Bouchard, EA 2016, „Where people look for online health information“, *Health Information & Libraries Journal*, Vol. 34, Nr. 2, S. 146-155, doi: 10.1111/hir.12143
- Lawrentschuk, N, Sasges, D, Tasevski, R, Abouassaly, R, Scott, AM & Davis, ID 2012, „Oncology health information quality on the Internet: a multilingual evaluation“, *Annals of Surgical Oncology*, Vol. 19, Nr. 3, S. 706-713, doi: 10.1245/s10434-011-2137-x
- Lohrmann, C 2015, Europäische Pflegequalitätserhebung 14.April 2015, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- Lohrmann, C 2016, Europäische Pflegequalitätserhebung 12.April 2016, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.

- Lucas, MG, Bedretdinova, D, Berghmans, LC, Bosch, JLHR, Burkhard, FC, Cruz, F, Nambiar, AK, Nilsson, CG, Tubaro, A & Pickard, RS 2015, Guidelines on Urinary Incontinence, gesichtet am 16. Dezember 2017, http://uroweb.org/wp-content/uploads/20-Urinary-Incontinence_LR1.pdf
- Mandl, M, Halfens, RJG & Lohrmann, C 2015, „Incontinence care in nursing homes: a cross-sectional study“, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 71, Nr. 9, S. 2142-2152, doi: 10.1111/jan.12676
- Mark, CM 2016, „Doktor Google ist Spitzenreiter bei der Patientenberatung“, *DerStandard*, 14. Februar, gesichtet am 16. Dezember 2017, <http://derstandard.at/2000030958119/Doktor-Google-als-Spitzenreiter-in-Sachen-Patientenberatung>
- Mayer, H 2014, *Pflegeforschung kennenlernen, Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung*, 6. Aufl., Facultas Verlag, Wien.
- McCool, ME, Wahl, J, Schlecht, I & Apfelbacher, C 2015, „Evaluating Written Patient Information for Eczema in German: Comparing the Reliability of Two Instruments, DISCERN and EQIP“, *PLoS ONE*, Vol. 10, Nr. 10, S. e0139895, doi: 10.1371/journal.pone.0139895
- Mendes, A, Hoga, L, Gonçalves, B, Silva, P & Pereira, P 2017, „Adults women’s experiences of urinary incontinence: a systematic review of qualitative evidence“ *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, Vol. 15, Nr. 5, S. 1350-1408, doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003389
- Miernik, A 2017, *Pschyrembel Online*, e-Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH, Berlin, gesichtet am 17. Juli 2017, <https://www.pschyrembel.de/harninkontinenz/K09G4/doc/>
- Minassian, VA, Bazi, T & Stewart, WF 2017, „Clinical epidemiological insights into urinary incontinence“, *International Urogynecology Journal*, Vol. 28, Nr. 5, S. 687-696, doi: 10.1007/s00192-017-3314-7
- Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG & The PRISMA Group 2009, „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement“, *PLoS Medicine*, Vol. 6, Nr. 7, S. e1000097, doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Moult, B, Franck, LS & Brady, H 2004, „Ensuring quality information for patients: Development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information“, *Health Expectations*, Vol. 7, Nr. 2, S. 165–175, doi: 10.1111/j.1369-7625.2004.00273.x
- Moult, B 2005, *EQIP - Ensuring Quality Information for Patients*, gesichtet am 16. Dezember 2017, <https://www.centralcancernetwork.org.nz/file/fileid/30183>
- Mühlhauser, I, Meyer, G & Steckelberg, A 2010, „Patienten wollen mitentscheiden, doch Informationsbasis und Strukturen fehlen.“, *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Vol. 86, S. 412–417, doi: 10.3238/zfa.2010.0412

- National Institut for Clinical Excellence (NICE) 2015, *Urinary incontinence in women: management*, gesichtet am 16. Dezember 2017, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171/evidence/full-guideline-updated-november-2015-pdf-191581165>
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2015, *Patientencharta*, gesichtet am 16. Dezember 2017, https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_patientencharta.html#headline31
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs 2016, *Wie die Bevölkerung ihr Gesundheitswesen sieht*, gesichtet am 16. Dezember 2017, <https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/archiv-2016/gesundheitsbarometer>
- Pelikan, JM, Röthlin, F & Ganahl, K 2012, „Comparative Report on Health Literacy in eight EU Member States (Second extended and revised version)“, gesichtet am 16. Dezember 2017, http://lbihpr.lbg.ac.at.w8.netzwerk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
- Pereira, MG, Lynch, B, Hall-Faul, M & Pedras, S 2016, „Quality of life of woman with urinary incontinence in rehabilitation treatment“, *Journal of Health Psychology*, doi: 10.1177/1359105316650615
- Polit, DF & Beck CT 2012, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. Aufl., Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Provost, M, Perri, M, Baujard, V & Boyer, C 2003, „Opinions and e-health behaviours of patients and health professionals in the U.S.A. and Europe“, *Studies in Health Technology and Informatics*, Vol. 95, S. 695-700.
- Saraswat, I, Abouassaly, R, Dwyer, P, Bolton, DM & Lawrentschuk, N 2016, „Female urinary incontinence health information quality on the Internet: a multilingual evaluation“, *International Urogynecology Journal*, Vol. 27, Nr. 1, S. 69-76, doi: 10.1007/s00192-015-2742-5
- Schaeffer, D, Berens, EM & Vogt, D 2017, Health literacy in the German population - results of a representative survey, *Deutsches Ärzteblatt International*, Vol. 114, S. 53-60, doi: 10.3238/arztebl.2017.0053
- Schoberer, D, Mijnaerends, DM, Fliedner, M, Halfens, RJG & Lohrmann, C 2015, „Quality of Austrian and Dutch falls-prevention information: A comparative descriptive study“, *Health Education Journal*, Vol. 75, Nr. 2, S. 220-234, doi: 10.1177/0017896915573045f
- Schoberer, D, Breimaier, HE, Mandl, M, Halfens, RJG & Lohrmann, C 2016, „Involving the consumers: An exploration of users' and caregivers' needs and expectations on a fall prevention brochure: A qualitative study“, *Geriatric Nursing*, Vol. 37, Nr. 3, S. 207-214, doi: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.011

- Schoberer, D 2017, Enhancement of Patient Education – Information Material for Hospital and Nursing Homes, Dissertation, Medizinische Universität, Graz.
- Sehgal, A, Scott, FAM, Joshi, HM & Gosselink, MP 2016, „Quality of patient information online for rectal prolapse“, *Techniques in Coloproctology*, Vol. 20, Nr. 5, S. 333-335, doi: 10.1007/s10151-016-1434-6
- Shoemaker, SJ, Wolf, MS & Brach, C 2014a, *The Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) and User's Guide - An Instrument To Assess the Understandability and Actionability of Print and Audiovisual Education Materials*, gesichtet am 16. Dezember 2017, https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pemat_guide.pdf
- Shoemaker, SJ, Wolf, MS & Brach, C 2014b, „Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): A new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information“, *Patient Education and Counseling*, Vol. 93, Nr. 3, S. 395-403, doi: 10.1016/j.pec.2014.05.027
- Stacey, D, Légaré, F, Lewis, K, Barry, MJ, Bennett, CL, Eden, KB, Holmes-Rovner, M, Llewellyn-Thomas, H, Lyddiatt A, Thomson, R & Trevena, L 2017, „Decision aids for people facing health treatment or screening decisions“, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 12, Nr. 4, S. CD001431, doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.
- Statistik Austria 2017, *IKT-Einsatz in Haushalten 2017*, gesichtet am 16. Dezember 2017, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/energie_umwelt_innovation_mobilitaet/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html
- Stenberg, U, Haaland-Øverby, M, Fredriksen, K, Westermann, KF & Kvisvik, T 2016, „A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness“, *Patient Education and Counseling*, Vol. 99, Nr. 11, S. 1759-1771, doi: 10.1016/j.pec.2016.07.027
- Syan, R & Brucker, BM 2016, „Guideline of guidelines: urinary incontinence“, *BJU International*, Vol. 117, Nr. 1, S. 20-33, doi: 10.1111/bju.13187
- Wagg, AR, Barron, D, Kirby, M, Stott, D & Corlett, K 2007, „A randomised partially controlled trial to assess the impact of self-help vs. structured help from a continence nurse specialist in women with undiagnosed urinary problems in primary care“, *International Journal of Clinical Practice*, Vol. 61, Nr. 11, S. 1863-1873, doi: 10.1111/j.1742-1241.2007.01552.x
- Wang, C, Li, J, Wan, X, Wang, X, Kane, RL & Wang, K 2015, „Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence“, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 24, Nr. 7-8, S. 1112-1121, doi: 10.1111/jocn.12729

- Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) 2017, *Inkontinenz*, gesichtet am 16. Dezember 2017, <http://www.wgkk.at/portal27/wgkkversportal/content?contentid=10007.724565&portal:componentId=gtn42c80019-4070-474f-b395-71645241a469&viewmode=content>
- Wizowski, L, Harper, T & Hutchings, T 2014, *Writing health information for patients and families*, gesichtet am 16. Dezember 2017, http://www.hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/PATIENT_ED/Writing_HI_Edition4.pdf
- Wójtowicz, U, Plaszczyńska-Zywko, L, Stangel-Wojcikiewicz, K & Basta, A 2014, „Barriers in entering treatment among women with urinary incontinence”, *Ginekologia Polska*, Vol. 85, Nr. 5, S. 342-347.
- Wu, JM, Hundley, AF, Fulton, RG & Myers, ER 2009, „Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. Woman: 2010 to 2050“, *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 114, Nr. 6, S. 1278-1283, doi: 10.1097/AOG.0b013e3181c2ce96
- Yip, S, Dick, MA, McPencow, AM, Martin, DK, Ciarleglio, M & Erekson, EA 2013, „The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older woman“, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 208, Nr. 2, S. e1-7, doi: 10.1016/j.ajog.2012.11.010

Anhang

Handbook for appraisal urinary incontinence patient information brochures EQIP and a part of PEMAT (actionability)

This handbook was created to rate the different items for evaluating the quality of patient brochures. The content of this handbook is based on two existing guides from the 20-item EQIP Tool (Mount 2004) and PEMAT (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a), as well as on assessment rules from the two reviewers.

EQIP (36 Items)

General information – in case of doubt: rate the lesser.

Content

Question 1: Initial definition of which subject will be covered (Mount 2004)

It is important to have an introduction or scope note at the start of a piece of written information to explain about the coverage of the information and the intended audience. It can also help staff to select the right information for the patient and family. The title might be descriptive but an introduction or scope note should build on this to give further detail.

Yes: Content of the brochure is clearly described (nearly all points are mentioned).

Partly: Good introduction but the brochure does not set out the content clearly (e.g. introduction about urinary incontinence in general) OR content is only generally stated (e.g. This brochure explains about risk factors and treatments of urinary incontinence)

No: Does not contain outline of coverage OR no introduction at all.

Question 2: Coverage of the above-defined subjects (if “no” above -> does not apply) (Mount 2004)

Yes: The content of the brochure is the same information as in the introduction.

Partly: The brochure does not contain all information mentioned in the introduction.

No: The content in the brochure is different from the information in the introduction.

Question 3: Description of the medical problem

Yes: Detailed description of the relevance of urinary incontinence including definition, numbers and facts.

Partly: Short description of the relevance of urinary incontinence without numbers and facts OR description of the relevance with numbers and facts but no definition.

No: No description of the relevance and no definition of urinary incontinence.

Question 4: Definition of the purpose of the medical intervention (Mount 2004)

Information should explain why the interventions/ procedures/treatments are needed (e.g. bladder diary, pelvic floor muscle training). This will enable the reader to make an informed choice.

Yes: Clearly explain the purpose of the intervention (e.g. "Electrical stimulation is a probe placed on the pelvic floor muscles that delivers a low-grade electrical current, causing the muscles to contract" OR "Pelvic floor muscle Kegel exercise is designed to strengthen the muscles of the pelvic floor so that the bladder is kept in place and the urethra stays shut tight").

Partly: General information of the purpose of the intervention (e.g. no description of the purpose of a medication).

No: No explanation of purpose is included.

Question 5: Description of treatment alternatives (including no treatment) (Mount 2004)

Information should give the reader a realistic expectation of what alternatives to the investigation/procedure/intervention are available.

Yes: A lot of interventions for urinary incontinence treatment/prevention are described. Furthermore alternatives are clearly stated. The reader should get enough information to make a balanced and informed decision.

Partly: A lot of interventions for urinary incontinence treatment/prevention are described but no alternatives are mentioned OR a lot of interventions and alternatives are mentioned but not clearly described.

No: Less than 5 or 5 interventions for urinary incontinence treatment/prevention are briefly described. Moreover no alternatives are mentioned.

Question 6: Description of the sequence of the medical procedure/interventions

Relevant for interventions like body exercises → if not → does not apply

Yes: Information like “Tighten the muscles for 5 to 10 seconds. Make sure you keep breathing normally. Now relax the muscles for about 10 seconds. Repeat 12–20 times, three to five times a day“

Partly: No clear description of the sequence of the interventions.

No: Sequences are not described.

Question 7: Description of qualitative benefits (e.g. improved mobility) (Mount 2004)

Information should give the reader a realistic expectation of what benefits (if any) are expected from the investigation/procedure/intervention.

Yes: Benefits of the interventions are explained.

Partly: Only one benefit is described.

No: No benefits are described.

Question 8: Description of quantitative benefits (e.g. “40% of patients regain hand mobility”)

The same as Question 7, but it should contain facts like numbers.

Yes: Benefits of the interventions are explained with numbers.

Partly: Only one benefit is described with numbers OR general information on the success rate is provided.

No: No benefits are described with numbers.

Question 9: Description of qualitative risks and side-effects (Mount 2004)

Information should give the reader a realistic expectation of what risks are associated with the test, operation, investigation, procedure, drug, medication or product.

Yes: Risks and side-effects of the interventions are explained.

Partly: The risks and side-effects are not specified OR only one risk is described.

No: No risks and side-effects are described.

Question 10: Description of quantitative risks and side-effects (e.g. “two thirds of patients experience headache”)

The same as Question 9, but it should contain facts like numbers.

Yes: Risks and side-effects of the interventions are explained with numbers.

Partly: The risks and side-effects are not specified OR only one risk is described with numbers.

No: No risks and side-effects are described with numbers.

Question 11: Addressing ‘quality of life’ issues (may not apply if very short intervention) (Mount 2004)

For a piece of written information to be complete, it should address ‘quality of life’ issues that are likely affect on the patient and family. These could include mention of missing school, avoidance of reduced mobility situations, and care needed by the patient or family.

Yes: Explanation of limitations on activities OR description of potential behavior changes that could affect the patient’s quality of life OR advises to increase the quality of life

Partly: Gives an instruction but does not explain why.

No: No mention is made of any quality of life issues.

Question 12: Description of how potential complications will be dealt with (e.g. “if you feel nauseous we will change the medication”)

Yes: Potential complications and coping strategies of the interventions are clearly explained.

Partly: Potential complications and coping strategies are not specified OR only one coping strategy is described.

No: No potential complications and coping strategies are described.

Question 13: Description of precautions that the patient may take (e.g. “do not eat 6 hours before anaesthesia or training”)

Yes: Precautions are clearly explained.

Partly: Precautions are not specified.

No: No precautions are given.

Question 14: Mention of alert signs that the patient may detect (e.g. “if you feel a burning sensation call the nurse”)

Yes: Alert signs and how to react are clearly explained OR a questionnaire for alert signs of urinary incontinence is given.

Partly: Alert signs and how to react are not specified.

No: No alert signs are described.

Question 15: Addressing medical intervention costs and insurance issues

Information on costs (or how you can avoid costs) of devices like disposable pads, pants etc should be given.

Yes: Costs and advices are clearly demonstrated.

Partly: Costs and advices are not specified.

No: No information on costs are provided.

Question 16: Specific contact details for hospital services (Mount 2004)

A contact number should be included in a piece of written information so that he or she can talk to someone in person in the case a problem arises.

Does not apply → if the brochure is not from a hospital or a care organisation

Yes: Contains a clear contact number for the ward OR clear instructions for contacting the relevant ward (e.g. Email).

Partly: Difficult for patient to figure out whom to contact (one number but different interventions like surgery, drugs...).

No: No contact details are contained.

Question 17: Specific details of other sources of reliable information/support (Mount 2004)

Giving the reader further sources of information such as how to contact a support organisation or look at a reputable website is an integral part of providing high quality comprehensive information. However, not all organisations or websites are reputable or reliable so all references to other sources of information should be evaluated by a content expert before being recommended. When mentioning websites, it can be helpful to state the country of origin of the information, as health care can differ from country to country

Yes: Contains all details necessary for contacting the website/organisation (name of the organisation, address, phone number, website).

Partly: Gives a website address but no further information (like whether the organisation is an Austrian organization or not)

No: No support organisations OR websites are mentioned.

Question 18: The document covers all relevant issues on the topic (summary item for all content criteria)

Relevant issues on urinary incontinence

- Relevance of urinary incontinence - 1 point
- Definition of urinary incontinence - 2 points
- Causes OR risk factors of urinary incontinence - 1 point
- Types OR symptoms of urinary incontinence - 1 point
- Diagnostic evaluation (patient questionnaires, bladder diaries, etc.) - 2 points
- Disease management
 - Conservative management (behavioural therapy like restriction of fluid, smoking cessation, avoidance of caffeine, weight loss AND physical therapy like pelvic floor muscle training AND bladder training AND posterior tibial nerve stimulation) - 2 points
 - Pharmacological management (Antimuscarinics, Duloxetine...) - 1 point
 - Surgical management (mid-urethral slings, single-incision synthetic sling, colposuspension...) - 1 point

Yes: Nearly all relevant issues are covered. (9-11 points)

Partly: Most relevant issues are covered. (8-5 points)

No: Only a few issues are covered. (< 5 points)

Identification data

Question 19: Date of issue or revision (Mount 2004)

Information can become out of date very quickly. Every piece of written information should contain the year it was produced, and the month if possible.

Yes: Clear indication of age of information OR identification number implies date of production.

Partly: -

No: No indication of age of information.

Question 20: Logo of the issuing body

Yes: Logo is available.

Partly: -

No: No Logo is available.

Question 21: Name of the persons or entities that produced the document (Mount 2004)

The department that authored or authorised the piece of written information should be stated clearly for credibility and accountability (logo is not enough).

Yes: Clear indication of author of document OR clear indication that information is collaboration between teams at two hospitals.

Partly: Assumption that the contact number is the author.

No: No statement of the author of the document is given.

Question 22: Name of the persons or entities that financed the document

It is important to declare conflicting interests. There are a lot of sponsored brochures especially in urinary incontinence by pharmaceutical companies.

Yes: Clear indication of persons or entities that financed the brochure.

Partly: -

No: No statement of persons or entities that financed the brochure.

Question 23: Short biography of evidence-based data used in the document

Yes: References are specified OR in the content there are hints that the information is evidence-based.

Partly: -

No: No references or hints of evidence-based information are in the brochures OR only one reference is given.

Question 24: The document states if and how patients were involved/consulted in its production (Mount 2004)

It is good practice to involve patients and families in producing information.

Yes: Clear statement that patient or carers were involved.

Partly: Case studies give patients view of process.

No: No clear indication of patient or carer involvement.

Structure

Question 25: Use of everyday language, explain complex words or jargon (Mount 2004)

It is important to use everyday English/German in information for patients and families. Too often, healthcare professionals speak and write in jargon or use overly complicated ways of explaining things, which leads to confusion and anxiety. Where a medical term or unusual word is used, it should always be explained.

Yes: The information is presented in everyday language and medical terms are explained.

Partly: The information is not presented in everyday language and there is an attempt to explain medical words.

No: The information is not presented in everyday language and there is no attempt to explain medical terms.

Question 26: Use of generic names for all medications or products (Mount 2004)

It is good practice to use generic names for medications or products in written information to eliminate any suggestion of bias towards a particular company. However, if a medication or product is more well-known by its brand name, it should be included as well as clearly designated as a brand name by using the ® symbol.

Yes: Generic names used instead of brand names OR brand name and generic name are given. Brand names are designated as such by using the ® symbol.

No: Generic as well as brand names are used but brand names are not designated as such. Does not make it clear that other brands would be suitable as well OR only brand name is given.

Does not apply: No medications or medical products are contained in the brochure OR medications or products are not namely mentioned by product name, only the term "medication".

Question 27: Use of short sentences (<15 words on average) (Mount 2004)

It is important to use short sentences, as it can be confusing to have too many concepts in one sentence. An average of 15 words is considered best. However, clarity of expression is the aim, not achieving a certain word count. It is possible to have longer sentences in which the meaning is clear or much shorter ones that give a confusing message.

Yes: Less than 15 words and one sentence contains one concept.

Partly: One sentence contains one concept but more than 15 words. It would be better split into two sentences.

No: The sentences contain too many unnecessary words and do not explain concept clearly and concisely.

Question 28: The document personally addresses the reader (Mount 2004)

Writing in personal terms can make a piece of written information easier to read. It may also help persuading the reader to follow the course of action suggested.

Yes: Active sentences are used and address the reader as “You”.

Partly: Passive sentences are used and address the reader as “You”.

No: Passive sentences are used and do not address the reader as “You”. (e.g. it is advised to...)

Question 29: The tone is respectful (Mount 2004)

Some information seems to ‘talk down’ to the reader, which can put him or her off reading any further. The information should be carefully screened for obvious or subtle use of stereotypes or derogatory, discriminatory or patronising language.

Yes: The information encourages involvement, not patronising.

Partly: Rather patronising.

No: Talks down to the reader.

Question 30: Information is clear (no ambiguities or contradictions)

Yes: The whole information in the brochure is clear.

Partly: The information is clear, but there are some sentences that are not completely clear.

No: A lot of ambiguities and contradictions.

Question 31: Information is balanced between risks and benefits

It is necessary that not only the benefits of an intervention are given but also the risks.

Yes: Information on risk and benefits are balanced.

Partly: There are much more benefits described than risks.

No: No risks OR benefits are mentioned.

Question 32: Information is presented in a logical order (Mount 2004)

The information in the brochure should be in a logical order. For instance the introduction should contain the relevance, definition, aims and consequences of urinary incontinence.

Yes: The information is presented in a logical order. Introduction - Diagnostic Evaluation - Disease management/prevention

Partly: Information is mainly in the right order, but one or two sections are out of place.

No: Information follows no logical order at all.

Question 33: The design and layout are satisfactory (excluding figures and graphs) (Mount 2004)

The font should be of an adequate size and novelty typefaces should be avoided. The color of the leaflet should provide sufficient contrast between the paper and type. The design should not be cluttered and allow easy navigation between sections.

Yes: Clear font, not cluttered, easy to understand, sections broken up clearly.

Partly: Novelty font (difficult to read), not cluttered, sections broken up clearly.

No: Font too small, Chart too small and cluttered, not immediately clear what it is representing.

Question 34: Figures and graphs are clear and relevant (if absent: 'does not apply') (Mount 2004)

Any illustrations, diagrams or photos included in a piece of written information should add to or clarify the information. All diagrams should be labelled, using the terms used in the information itself. Photographs can also help to deliver the message, but it is better to use 'natural' photographs rather than clinical ones.

Yes: Illustrations are labelled using terms from the document, clear diagrams, relevant to subject matter of document.

Partly: Not very clear diagrams but labelled using terms from the document.

No: Illustrations are not relevant to subject matter, not very clear diagrams, lack of labels.

Question 35: The document has a named space for the reader's notes (Mount 2004)

It is helpful for the patient to have a space on a piece of written information to make additional notes or for the nurse or doctor to add instructions specific to that patient. Checklists and tick boxes can also make a consultation easier for the patient by offering reminders.

Yes: The brochure offers a designated space for notes OR a checklist is available.

Partly: There is a space (on the back page) but it is not designated as a "note" page.

No: There is no space on the piece of information to make notes or checklists.

Question 36: The document includes a consent form, contrary to recommendations

'Does not apply' for brochures about urinary incontinence

PEMAT (only one dimension of PEMAT - 7 Items) (Shoemaker, Wolf & Brach 2014a)

Actionability

Item 1: The material clearly identifies at least one action the user can take

For the user to take action, the material needs to clearly identify at least one action.

Examples:

Agree: Practice regularly. Try to repeat the pelvic floor muscle training exercises as much as possible. 20 minutes would be ideal, but 15 minutes are also enough at the beginning.

Disagree: Physical activity increases your chances of living a longer, healthier life.

Item 2: The material addresses the user directly when describing actions

To help the user know what actions he or she should take, the material should address the user directly. Choose "Disagree" if no actions are described.

Examples:

Agree: You can do the exercises at home OR drink at least 2-3 litres of water per day.

Disagree: Patients can do the exercises at home OR patients should drink at least 2-3 litres of water per day.

Item 3: The material breaks down any action into manageable, explicit steps

For any actions in a material, the action should be broken down into manageable, explicit steps. The material should tell the user *how* to take the action, especially if the action is big or broad, such as increase exercise or lose weight. The material should not use terms that can be left to interpretation (e.g., frequently, regularly, deeply, strong, weak). If a material uses ambiguous terms, or suggests health goals without advice on how to achieve them, choose “Disagree.”

Examples:

Agree: Exercise regularly.

- Start by doing at least 10 minutes of physical activity at least 3 times a week. For example, you could walk the dog, take a walk at lunch, get off the bus one stop early and walk, or use the stairs instead of taking the elevator.
- Increase the number of minutes and the number of times you do your physical activity. Gradually work your way up to getting 2,5 hours of exercise over the course of a week.
- While you are increasing the amount of time you spend exercising, start making some of your activities more demanding, such as aerobic dancing, bicycling, or jogging.

Disagree: Engage in moderate exercise regularly OR no action is described.

Item 4: The material provides a tangible tool (e.g., menu planners, checklists) whenever it could help the user take action

Whenever a tool could make it easier for the user to take action, a tool is provided. If you can think of a tool that would help users take action and the material does not provide that tool, you should choose “Disagree.”

Examples:

Agree: A bladder diary OR a questionnaire is available.

Disagree: No bladder diary OR questionnaire is available.

Item 5: The material provides simple instructions or examples of how to perform calculations

A calculation is when a material asks the user to add, subtract, multiply or divide, or perform some other mathematical operation. Ideally, materials do not expect users to perform calculations. When they do, they should provide simple instructions or examples of how to perform the calculation in order to be actionable.

Examples:

N/A: No calculations

Agree: Sum up the score of the questionnaire OR

You can figure out how many days your inhaler will last with regular use.

- Firstly, estimate how many times a day you take your medicine and multiply that number by how many puffs you take each time. This is the number of puffs you take each day.
- Secondly, look on the inhaler to see how many puffs of medicine are in it.
- Finally, divide the number of puffs in the inhaler by the number of puffs you use each day. This will give you the number of days your inhaler should last to help you know when to refill it.

For example, if you use 2 puffs each time you use your inhaler and use it 4 times a day, and your inhaler has 200 puffs in it, then your inhaler should last 25 days. Here is the math:

$2 \text{ puffs} \times 4 \text{ times per day} = 8 \text{ puffs per day}$

$200 \text{ puffs in inhaler} \div 8 \text{ puffs per day} = 25 \text{ days}$

Disagree: You can figure out how many days your inhaler will last with regular use by determining the number of puffs in your inhaler (e.g., 200 puffs) divided by how many puffs you use per day. This will give you the number of days your inhaler should last to help you know when to refill it.

Item 6: The material explains how to use the charts, graphs, tables, or diagrams to take actions

If the user needs to use a chart, graph, table, or diagram to take an action, the material should explain how to use the chart, graph, table or diagram.

Examples:

N/A: No charts, graphs, tables or diagrams.

Agree: A table with description like a larger number of stars is a better rating.

Disagree: A table without any description.

Item 7: The material uses visual aids whenever they could make it easier to act on the instructions

The material should include a visual aid if one could make it easier to act on the instructions or information presented. If you can think of a meaningful visual aid that could have been added to make instructions easier to follow, you should disagree with this item.

Examples:

Agree: Pictures and visual aids are available. For instance pictures showing how to do the pelvic floor muscle training.

Disagree: No meaningful visual aids are available OR only operation graphics are shown.