



«Was ist das nun wieder für ein Medikament?»

Das Erleben von geriatrischen Patientinnen und Patienten der Informationsgabe zur Medikation in Akutspital und Rehabilitationsklinik.

Cornelia Berger-Thommen
20-654-406

Edith Holik
20-658-365

Departement G
Institut für Pflege
Studienjahr: 2019
Studienrichtung: Bachelor of Science Pflege
Eingereicht am: 14.04.2022
Begleitende Lehrperson: E. Willi

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1 Einleitung	4
1.1. Darstellung des Themas	4
1.1.1 Situation in der Schweiz	4
1.1.2 Situation International.....	4
1.1.3 Relevanz für die Praxis	4
1.2. Zielsetzung.....	6
1.3. Fragestellung	6
2 Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Begriffsdefinitionen.....	7
2.2 Das Evidence Based Nursing Modell	10
2.2.1 Forschung	10
2.2.2 Klinische Erfahrung	11
2.2.3 Expertise und Präferenzen der Patientinnen und Patienten.....	11
2.2.4 Lokaler Kontext	11
3 Methodik	11
3.1 Systematisierte Literaturrecherche.....	11
3.1.1 Recherche in den Datenbanken	11
3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien und Limitationen	13
3.2 Selektionsprozess	16
3.3 Beurteilung der Studien.....	17
4 Ergebnisse	18
4.1 Beschreibung und Beurteilung der Studie Bagge et al. (2014).....	22
4.2 Beschreibung und Beurteilung der Studie Knight et al. (2011).....	24
4.3 Beschreibung und Beurteilung der Studie Ozavci et al. (2021a).....	26
4.4 Beschreibung und Beurteilung der Studie Ozavci et al. (2021b).....	29
4.5 Beschreibung und Beurteilung der Studie Stauffer et al. (2015)	31
4.6 Beschreibung und Beurteilung der Studie Tobiano et al. (2021).....	33
4.7 Beschreibung und Beurteilung der Studie Tomlinson et al. (2020)	38
5 Diskussion	41
5.1 Diskursive Gegenüberstellung der Studiendesigns.....	42

5.2	Diskursive Auseinandersetzung der Methodik	43
5.3	Diskursive Auseinandersetzung mit der Güte der Studien nach Lincoln & Guba (1985) 45	
5.3.1	Bestätigung	45
5.3.2	Zuverlässigkeit	45
5.3.3	Glaubwürdigkeit.....	45
5.3.4	Übertragbarkeit.....	46
5.3.5	Gesamteinschätzung.....	46
5.4	Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen/Resultaten	46
5.5	Ergebnisse in Verbindung mit dem EBN-Modell (Rycroft-Malone et al., 2004)	50
5.5.1	Forschung	50
5.5.2	Klinische Erfahrung	51
5.5.3	Lokaler Kontext	51
5.5.4	Expertise und Präferenzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten	52
5.6	Beantwortung der Forschungsfrage	53
5.7	Limitationen.....	54
6	Theorie-Praxis-Transfer.....	55
6.1	Klinische Erfahrung	55
6.2	Lokaler Kontext	56
6.3	Expertise und Präferenzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten	58
7	Schlussfolgerungen.....	58
7.1	Forschungsausblick	59
	Literaturverzeichnis.....	60
	Abbildungsverzeichnis.....	64
	Tabellenverzeichnis.....	64
	Anhänge	65
	Danksagung.....	66
	Wortzahl.....	66
	Eigenständigkeitserklärung.....	66
	Tabelle 1: Keywords	67
	Tabelle 2: Suchstrategie und Suchprotokolle.....	68
	Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien	73

Abstract

Hintergrund

Aufgrund Multimorbidität sind Menschen über 65 Jahre häufig dazu gezwungen, viele Medikamente einzunehmen. Polypharmazie bedingt gute Kenntnisse über die einzunehmenden Medikamente. Daher ist es essenziell, dass geriatrische Patientinnen und Patienten eine korrekte Informationsgabe im Akutspital und in der Rehabilitationsklinik zur Medikation erhalten, um möglichen Gesundheitsschäden vorzubeugen. Pflegefachpersonen nehmen darin eine wichtige Rolle und Verantwortung ein.

Fragestellung

Wie erleben geriatrische Patientinnen und Patienten die Informationsgabe zu ihrer Medikation durch das Gesundheitspersonal des Akutspitals oder der Rehabilitationsklinik?

Methode

Anhand einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL wurden Studien identifiziert und kritisch gewürdigt. Die Resultate wurden mittels des Evidence-based Nursing Modells nach Rycroft-Malone et al. (2004) diskutiert sowie Empfehlungen für die Praxis abgeleitet.

Ergebnisse

Es wurden sieben Studien in die Arbeit eingeschlossen. Anhand dieser konnten Präferenzen und die Expertise der geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Informationsgabe zur Medikation, sowie hinderliche und förderliche Faktoren festgestellt werden.

Schlussfolgerungen

Verschiedene Faktoren beeinflussen die Informationsgabe zur Medikation, welche sich Pflegefachpersonen bewusst sein sollten. Präferenzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten müssen erfasst, die Informationsgabe daran angepasst und Interventionen zur Verbesserung der Informationsgabe erarbeitet werden.

Keywords

experience, geriatric patient, medication, information, hospital, rehabilitationcenter

1 Einleitung

1.1. Darstellung des Themas

1.1.1 Situation in der Schweiz

Das Bundesamt für Statistik (BfS) hat im Jahr 2017 in der Akutsomatik 962'735 Hospitalisationen erfasst. Davon war nahezu jede zweite Person über 75 Jahre alt und mehr als zwei Drittel waren mindestens 65 Jahre alt. Zudem wurde die Hälfte (50.8%) mindestens viermal innerhalb eines Jahres hospitalisiert (BfS, 2021). Die Falscheinahme von Medikamenten wird bei dieser Statistik nicht als Hauptgrund aufgeführt. Jedoch wurde erst kürzlich eine der Autorinnen durch ein internes Mail darauf aufmerksam gemacht, dass eine interne Umfrage im Kantonsspital Winterthur ergeben hat, dass sich die Patientinnen und Patienten meist zu wenig über ihre Medikamente und Änderungen informiert fühlten (persönliche Mitteilung, Februar 20, 2021).

1.1.2 Situation International

Im Jahr 2017 wies die World Health Organisation auf dieses Problem hin. In einem Artikel des Bull World Health Organ wurden Gesundheitsminister dazu aufgefordert nationale Pläne zu initiieren, um Schäden durch falsche Medikamenteneinnahmen zu verringern (Sheikh et al., 2017).

1.1.3 Relevanz für die Praxis

In ihrer Literaturanalyse zeigten Marengoni et al. (2011) auf, dass gerade in der Altersspanne von 65 Jahren und mehr ca. 55-98% der Patientinnen und Patienten multimorbid sind. Damit geht häufig die Polypharmazie einher, was eine Einnahme von mehr als fünf Medikamenten am Tag bedeutet (Jaehde, 2016).

Das BfS zeigte im Jahr 2017 auf, dass 71.2% der 65-74-jährigen Personen in der Schweiz pro Woche ein Medikament eingenommen hatten, davon waren 37.4% Antihypertonika, 23.7% Cholesterinsenker, 16.1% Herzmedikamente usw., bei den Personen im Alter von 75+ waren es 83.8% von denen 54.5% Antihypertonika, 29.8% Cholesterinsenker, 28.5% Herzmedikamente usw. einnahmen (BfS, 2017). Dies sind in der Regel Medikamente, welche nicht einmalig, sondern täglich eingenommen werden. Diese Zahlen heben hervor, dass gerade für geriatrische Patientinnen und Patienten eine korrekte Informationsgabe zu ihrer Medikation essenziell ist, um möglichen Gesundheitsschäden durch ein fälschliches Medikamentenmanagement vorzubeugen.

Berger-Thommen Cornelia
Holik Edith

Ein weiteres Indiz für eine mangelnde oder fehlerhafte Informationsgabe bezüglich der Medikation gibt die Studie von Rodrigue et al. (2017), darin gaben geriatrische Patientinnen und Patienten an, dass sie Mühe hatten die ärztlichen Medikamentenverordnungen zu verstehen oder nach dem Austritt nicht genügend Medikamente hatten, um ihre Symptome zu managen. Zudem hob die Studie von Mortelmans et al. (2021) hervor, dass die geriatrischen Patientinnen und Patienten kaum Informationen zu möglichen Nebenwirkungen erhalten hatten und weiter, dass 23% von 393 geriatrischen Patientinnen und Patienten, welche Teil der Studie waren, ihre verschriebenen Medikamente früher als angeordnet abgesetzt hatten und 25% hatten die Einnahme der Medikamente nach ihrem Gutdünken geändert. Dies wiederum kann zu einem Gesundheitsrisiko oder gar zu einer erneuten Hospitalisation führen (Gillam et al., 2016). Bastable (2010) hob gleichermassen hervor, dass viele Studien darauf verwiesen, dass informierte Patientinnen und Patienten die ärztliche Anordnung mehr befolgen und zufriedener waren, wenn sie angepasst informiert wurden. Dies sind Fakten, welche erneut die Wichtigkeit der Informationsgabe bezüglich der Medikation bei geriatrischen Patientinnen und Patienten aufzeigen. Die Pflegefachpersonen werden dabei als wichtige Rolle in der Medikamentenedukation, wozu des Weiteren die Informationsgabe zählt, bezeichnet und haben darin eine Verantwortung (Bucknall et al., 2019). Bowen et al. (2017) schilderte, dass die Pflegefachpersonen dieser Aufgabe gegenüber positiv eingestellt sind. Es sollte den Patientinnen und Patienten, gerade auch geriatrischen, stets ermöglicht werden eine informierte Entscheidung zu treffen, dafür benötigen sie nebst Informationen zu ihren Therapien ebenfalls welche zu ihrer Medikation. Dagegen steht, dass Patientinnen und Patienten häufig während des Spitalaufenthaltes das Medikamentenmanagement entzogen und durch die Pflegepersonen übernommen wird (Bucknall et al., 2019; Mortelmans et al., 2021).

Castro et al. (2016) fanden in ihrem Review Studien, welche feststellten, dass das aktive Teilnehmen am Behandlungsprozess und den Entscheidungen insbesondere im Medikamentenmanagement zu einer Erhöhung der Lebensqualität beiträgt. O'Leary et al. (2010) erläuterten, dass es gerade den geriatrischen Patientinnen und Patienten wichtig ist, dass sie ihre Eigenständigkeit in ihrem Medikamentenmanagement behalten und als ebenbürtige Partnerinnen und Partner mit ihrem Wissen zu ihren eigenen Medikamenten behandelt werden.

Obwohl dies bekannt ist, scheint es den Pflegefachpersonen an Wissen zu fehlen, welche Informationen die geriatrischen Patientinnen und Patienten genau benötigen und wie diese Informationen dieser Population am geeignetsten überbracht werden. Dieses Wissen könnte die Selbstständigkeit der geriatrischen Patientinnen und Patienten im Bereich ihrer Medikation sowie einer informierten Entscheidung fördern und sie befähigen. In der eigenen beruflichen Praxis haben die Autorinnen bereits festgestellt, dass dies wiederum zu Zeiteinsparnissen für die Pflegefachpersonen führen könnte, da damit gerade am Austrittstag Stresssituationen mit Unsicherheitsfaktoren für die Patientinnen und Patienten bezüglich ihrer Medikation vermieden werden könnten.

Damit man dieses Wissen gewinnen kann, muss zuerst das Erleben der geriatrischen Patientinnen und Patienten in diesem Bereich mittels einer Literaturrecherche untersucht werden. Daraus können dann Empfehlungen gezogen werden, die den Pflegefachpersonen einen Ansatzpunkt liefern, an dem sie im Pflegealltag anknüpfen und Optimierungen vornehmen können.

1.2. Zielsetzung

Mittels einer systematisierten Literaturrecherche wird der wissenschaftliche Stand bezüglich des Erlebens der Informationsgabe zu Medikamenten von geriatrischen Patientinnen und Patienten im Akutspital oder in einer Rehabilitationsklinik untersucht. Aus den Ergebnissen wird eine literarische Übersicht erstellt, welche den Informationsbedarf sowie Verbesserungspotenzial in der Informationsgabe zur Medikation dieser Patientengruppe aufzeigt. Pflegefachpersonen sollen sensibilisiert werden, worauf bei der Informationsgabe zur Medikation bei geriatrischen Patientinnen und Patienten geachtet werden soll.

1.3. Fragestellung

Basierend auf der Praxisrelevanz und der Zielsetzung, lässt sich die folgende Fragestellung ableiten:

Wie erleben geriatrische Patientinnen und Patienten die Informationsgabe zu ihrer Medikation durch das Gesundheitspersonal des Akutspitals oder der Rehabilitationsklinik?

2 Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel enthält die notwendigen theoretischen Grundlagen zum Thema. Im Kapitel 2.1 werden zentrale Begriffe definiert. Anschliessend wird im Kapitel 2.2 das Evidence Based Nursing Modell von Rycroft-Malone et al. (2004) erläutert. Dieses bildet den theoretischen Hintergrund der Arbeit sowie die Basis für die Diskussion im Kapitel 5.5 und den Theorie-Praxis-Transfer im Kapitel 6.

2.1 Begriffsdefinitionen

Um ein einheitliches Verständnis sicherzustellen, werden in diesem Kapitel zentrale Begriffe definiert.

Geriatrische Patientinnen und Patienten

Hierbei handelt es sich um Patientinnen und Patienten, welche eine Multimorbidität aufweisen und 70 Jahre oder älter sind. Die Altersspanne von 60-70 Jahren kann auch dazu gezählt werden, wenn ebenfalls eine ausgeprägte Multimorbidität vorhanden ist (Ernst et al., 2020). Die Autorinnen beschränken sich in ihrer Arbeit auf das Alter von 65 Jahren aufwärts.

Erleben

Dabei geht es um die mehr oder weniger bewusste subjektive Wahrnehmung eines Individuums, sowie der Wechselwirkung des Menschen mit sich und seiner Umgebung. Es gehört zu den elementaren Eigenschaften des menschlichen Bewusstseins und der Informationsverarbeitung (Wirtz, 2021).

Medikament/Arzneimittel

Ein Medikament oder Arzneimittel ist ein Arzneistoff, welcher durch die Pharmazie z.B. als Tablette, Infusionslösung usw. hergestellt wurde (Aktories et al., 2009).

Polypharmazie

Dies meint die parallele Einnahme von mehr als fünf Medikamenten über eine längere Zeitspanne oder dauerhaft (Jaehde, 2016).

Akutspital

Darunter wird ein Spital verstanden, welches medizinische, diagnostische, chirurgische Verrichtungen und Geburtshilfe leistet. Diese Leistungen werden stationär und häufig auch ambulant durch Fachpersonen wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und durch andere medizinische Fachpersonen durchgeführt (Porta et al., 2018).

Rehabilitationsklinik

Dabei handelt es sich laut (Warmbrunn, 2016) um eine Institution, welche anschliessend an Spitalaufenthalte oder ähnliches die Rehabilitation durchführt. Unter Rehabilitation wird die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit, welche die betroffene Person vor der Verletzung hatte, verstanden. Diese startet in der heutigen Zeit meist gleichzeitig wie die Behandlung und beginnt teils schon im Spital und wird danach in einer darauf spezialisierten Rehabilitationsklinik fortgeführt (Kent, 2007).

Multimorbidität

Hierbei handelt es sich um das zeitgleiche Vorhandensein von mehreren Erkrankungen. Die Polymedikation geht häufig damit einher (Braun, 2016).

Patientenzentrierte Pflege

Laut dem Review von Louw et al. (2017) wird darunter eine ganzheitliche Betrachtung der Patientin oder des Patienten sowie ihres/seines Krankheitserlebens und ihrer/seiner Autonomie verstanden. Diese beinhaltet einen respektvollen Umgang und Zusammenarbeit zwischen der Pflegefachperson und der Patientin oder dem Patienten und eine Pflege, welche individuell auf die Patientin oder den Patienten angepasst ist und sie/ihn darin befähigt, dass sie/er Entscheidungen bezüglich ihrer/seiner Behandlungen oder ihrer/seinen Medikamenten selbst treffen kann.

Gesundheitspersonal:

Pflegefachpersonen

Laut Schäfer et al. (2013) werden unter dem Begriff die Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung auf der Stufe Tertiär B der Abschluss Diplomierte Pflegefachfrau und Pflegefachmann HF und auf der Stufe Tertiär A der Abschluss Pflegefachfrau und Pflegefachmann FH verstanden. Zu ihren Hauptaufgaben zählt die Verantwortung über den gesamten Pflegeprozess, hinzu kommen die Ausführungen organisatorischer,
Berger-Thommen Cornelia
Holik Edith

medizinisch-technischer und weiterer Aufgaben. Die Autorinnen beziehen sich in dieser Bachelorarbeit mit dem Begriff Pflegefachperson ausschliesslich auf diplomierte Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner HF und FH.

Apothekerinnen und Apotheker

Der Beruf der Apothekerin und des Apothekers wird durch das Apothekengesetz, das Apothekennotdienstsicherstellungsgesetz und der Apothekenbetriebsordnung geregelt. Die Ausbildung in der Schweiz beinhaltet ein dreijähriges Grundstudium bis zum Bachelorabschluss und ein anschliessend zweijähriges Studium bis zum Masterabschluss. Die Aufgaben liegen im Bereich der Entwicklung, Prüfung, Herstellung und Abgabe von Arzneimitteln sowie der Beratung und Informationsgabe zu Arzneimitteln (Haustein & Friedrich, 2018).

Ärztinnen und Ärzte

In der Schweiz beinhaltet die Ausbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt ein dreijähriges Bachelorstudium und ein darauffolgendes dreijähriges Masterstudium in Humanmedizin. Anschliessend wird die eidgenössische Prüfung in Humanmedizin absolviert. Nach Abschluss der Assistenzzeit erfolgt die Spezialisierung in einem Fachgebiet. Die Tätigkeiten in diesem Berufsfeld beginnen bei der Untersuchung von Patientinnen und Patienten, dem Stellen von Diagnosen, der Verordnung von Medikamenten sowie dem Erklären deren Anwendung und gehen über zur Begleitung am Lebensende und der Beteiligung bei Präventivmassnahmen in der Gesellschaft (SDBB, 2021).

Begründung: Die Autorinnen verstehen unter dem Begriff des Gesundheitsfachpersonals folgende Berufe: Ärztin und Arzt, Pflegefachperson und Apothekerin und Apotheker. Dies wurde von den Autorinnen so entschieden, da sich die Aufgaben von Pflegefachpersonen, Apothekerinnen und Apothekern sowie Ärztinnen und Ärzten im Bereich der Informationsgabe zur Medikation von Patientinnen und Patienten überschneidet. Daher werden Studien miteingeschlossen, in welchen diese Berufspersonen als Informantinnen und Informanten fungieren, um ein möglichst breites Spektrum dieses Phänomens zu erfassen und zum Schluss eine Empfehlung für die Pflegepraxis abgeben zu können.

2.2 Das Evidence Based Nursing Modell

Anhand des Evidence-Based Nursing (EBN) Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) sollen in dieser Arbeit evidenzbasierte Faktoren, welche Einfluss auf das Erleben der Informationsgabe zur Medikation bei geriatrischen Patientinnen und Patienten haben, aufgezeigt und Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden. Evidenz wird als Wissen angesehen, welches aus folgenden Quellen bezogen wird: Forschung, klinische Erfahrung, dem lokalen Kontext und der Expertise sowie der Präferenzen der Patientinnen und Patienten (Rycroft-Malone et al., 2004). Überträgt man dies nun auf die Informationsgabe bei geriatrischen Patientinnen und Patienten zu ihrer Medikation, wird das Wissen über die Forschung dazu aus aktuellen Studien gezogen. Die klinische Erfahrung setzt sich bei jeder Pflegefachperson individuell aus ihrem Wissen über die Diagnose der Patientin und des Patienten, der Wichtigkeit der Informationsgabe zur Medikation und dem Wissen über die Medikamente zusammen. Der lokale Kontext wird in dieser Bachelorarbeit auf das Spital- und Rehabilitationssetting bezogen, er setzt sich daher aus den dort vorhandenen Hilfsmitteln und Ressourcen zusammen. Dazu kommt, dass das Wissen der Patientinnen und Patienten zu diesem Thema berücksichtigt wird, sie als Beteiligte miteinbezogen werden (O'Leary et al., 2010) und daraus ihre Expertise sowie Präferenzen gewonnen werden. Daraus entsteht nun gemäss Rycroft-Malone et al. (2004) die Herausforderung diese vier Quellen zusammenzuführen, zu verstehen und daraus eine patientenzentrierte und evidenzbasierte Empfehlung zur Medikamenten-Informationsgabe herzuleiten. Die vier Quellen werden in den folgenden Abschnitten noch genauer erläutert.

2.2.1 Forschung

Die Quelle der Forschung setzt sich wie bereits im oberen Abschnitt erwähnt aus dem aktuellen Forschungsstand zusammen, welcher wissenschaftliche Artikel und Studien beinhaltet und ermöglicht somit eine evidenzbasierte Pflege. Jedoch sollten es sich bei diesen um valide, reliable sowie kritisch überprüfte Artikel handeln, damit entschieden werden kann, ob deren Ergebnisse in die Praxis umgesetzt werden sollen. Des Weiteren ist die Forschungsevidenz für die Praxis selten konstant, sondern entwickelt sich weiter, sodass immer wieder neue wissenschaftliche Artikel und Studien berücksichtigt werden sollten (Rycroft-Malone et al. 2004).

2.2.2 Klinische Erfahrung

Darunter wird das in der beruflichen Praxis erworbene Wissen und die Lebenserfahrung der Pflegefachperson verstanden, welche häufig intuitiv sind. Dies setzt sich aber nicht nur aus dem eigenen Wissen der Pflegefachperson zusammen, sondern auch aus dem Wissen ihrer Teamkolleginnen und Teamkollegen. Genau wie bei der Forschung sollte hier ebenfalls eine kritische Reflexion des eigenen Wissens und Handelns stattfinden, damit sich die Pflegefachperson weiter entwickeln kann (Rycroft-Malone et al. 2004).

2.2.3 Expertise und Präferenzen der Patientinnen und Patienten

Weitere Quellen der Evidenz stellen das Wissen und die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten dar. Dabei geht es konkret um frühere Erfahrungen mit der Pflege und um ihr Wissen über sich selbst, ihren Körper, ihre medizinischen Belange, und ihr soziales Umfeld. Dies sollte in die Praxis miteinbezogen werden, um eine individuelle Pflege zu ermöglichen und eine verallgemeinerte Pflege zu vermeiden (Rycroft-Malone et al. 2004).

2.2.4 Lokaler Kontext

Die vierte Quelle der Evidenz stellt der Kontext der Versorgung dar und beinhaltet systematisch erhobene Lokaldaten mithilfe von Audits, Patientenrückmeldungen, sozialen und beruflichen Plattformen, lokale und nationale Politik sowie Wissen über die Kultur der Organisation und jeder einzelnen Person innerhalb der Institution (Rycroft-Malone et al. 2004). Gemäss Behrens & Langer (2016) werden darunter auch die strukturellen Gegebenheiten der jeweiligen Institutionen verstanden wie z.B. Arbeitsbedingungen, Personalqualifikation, Hilfsmittel, Ressourcen usw.

3 Methodik

3.1 Systematisierte Literaturrecherche

3.1.1 Recherche in den Datenbanken

Die systematisierte Literaturrecherche wird in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. PubMed enthält über 33 Millionen Studien, welche sich mit gesundheitspezifischen sowie pflegerelevanten Themen befassen. CINAHL wird ausgewählt, da diese Datenbank pflegewissenschaftliche Artikel umfasst. Die Suche wird von September 2021 bis Januar 2022 durchgeführt. Die Keywords, die dazu verwendet werden, sind in der Tabelle 1 im Anhang ersichtlich. Diese werden mit den Bool'schen Operatoren AND, OR und

NOT miteinander verbunden. Die Truncation wird verwendet, um das Suchfeld zu vergrößern und alle möglichen Studien einzuschliessen. Eine mögliche Truncation kann z.B. patient* sein. Bei der Grobrecherche zeichnet sich ab, dass jeweils im Zusammenhang mit «aged» die Begriffe «incontinence» und «fall» häufig auftraten. Um die Suche zu präzisieren, werden diese mit dem Bool'schen Operator NOT ausgegrenzt. Die Suchstrategie ist in der Tabelle 2 im Anhang ersichtlich.

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien und Limitationen

Die Ein- und Ausschlusskriterien der Studien sowie deren Begründungen sind in Tabelle 1 ersichtlich. Die Limitationen in der Recherche wurden gemäss der gewählten Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.

Tabelle 1

Ein- und Ausschlusskriterien der Studien und Begründung

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Population im Alter von 65 Jahren oder mehr	Population jünger als 65 Jahre	Die Autorinnen möchten sich in dieser Arbeit auf die Population von über 65-jährigen Patientinnen und Patienten fokussieren, daher werden alle jüngeren Populationen ausgeschlossen.
Setting Akutspital und Rehabilitationsklinik	Setting Langzeitinstitution, Spitex, Psychiatrie	Beim Setting der Studie sollte es sich um Patientinnen und Patienten handeln, welche das Erleben in Bezug auf das gewählte Phänomen aus einem Akutspital oder einer Rehabilitationsklinik wiedergeben können. Bei der Grobrecherche stellten die Autorinnen dieser Arbeit fest, dass zu wenige Studien mit dem Setting des Akutspitals vorhanden sind, daher erweiterten sie die Forschungsfrage

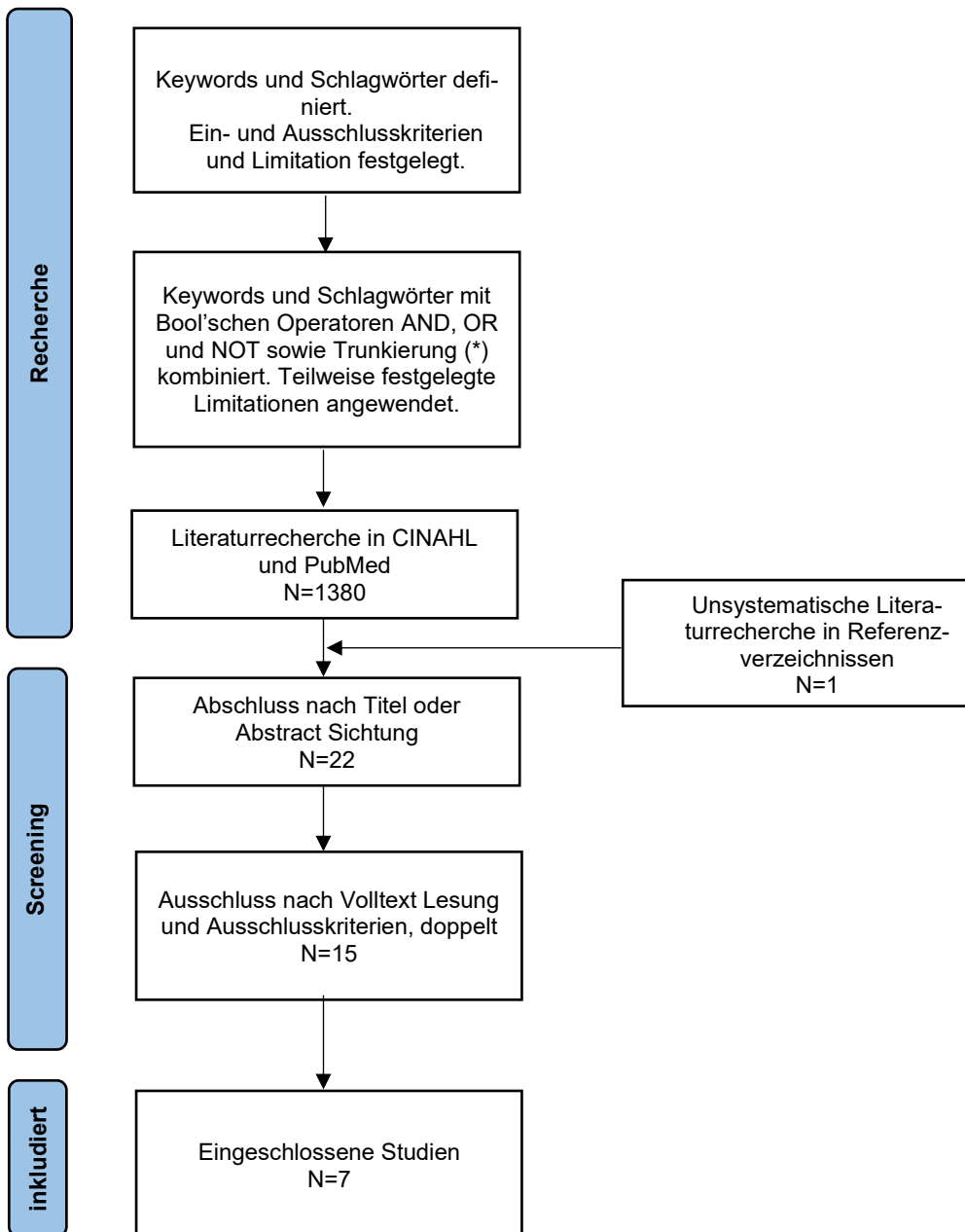
Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Population ohne kognitive Einschränkungen	Population mit kognitiven Einschränkungen	<p>durch das Setting der Rehabilitationsklinik, um möglichst aussagekräftige Ergebnisse darstellen zu können.</p> <p>Da Personen mit einer kognitiven Einschränkung andere Bedürfnisse bezüglich der Informationsgabe zu ihrer Medikation haben, beschränken sich die Autorinnen auf geriatrische Patientinnen und Patienten ohne kognitive Einschränkung.</p>
Studien in englischer und deutscher Sprache	Studien in anderen Sprachen als Englisch und Deutsch	Aus Gründen der sprachlichen Verständlichkeit werden nur Publikationen in englischer und deutscher Sprache berücksichtigt.
Studien aus europäischen Ländern, USA, Kanada, Australien und Neuseeland	Studien aus anderen Ländern	Damit die Ergebnisse aus den jeweiligen Publikationen auf die Schweiz übertragen werden können, werden nur Publikationen aus Ländern berücksichtigt, welche einem ähnlichen Kulturkreis und Gesundheitswesen entsprechen.

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
Primärstudien mit Peer-Review	Keine graue Literatur, die fünf Bereich welche laut DiCenso et al. (2009) der Pri- märstudie übergeordnet sind.	Es werden nur Primärstudien verwendet und somit andere Publikationen ausge- schlossen, welche gemäss DiCenso et al. (2009) der Primärstudie übergeordnet sind. Graue Literatur wird ausgeschlos- sen, da die Autorinnen nur qualitativ hochstehende Literatur verwenden möchten.
Studien von 2011-2021	Studien vor 2011	Um die Aktualität der Evidenz zu gewähr- leisten, werden nur Studien im Zeitrah- men zwischen 2011-2021 berücksichtigt.

3.2 Selektionsprozess

Für die Darstellung des Selektionsprozesses wurde ein Flussdiagramm, welches in der Abbildung 1 ersichtlich ist, erstellt. Das vollständige Rechercheprotokoll ist im Anhang ersichtlich.

Abbildung 1
Flussdiagramm nach Page et al. (2021)



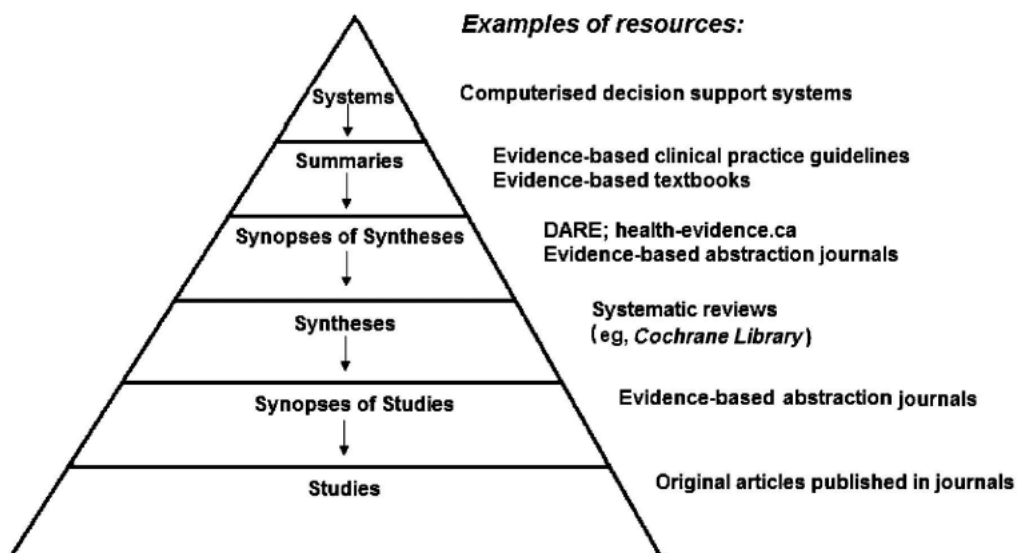
Anmerkung. Flussdiagramm zur Darstellung der Suchstrategie (N=Anzahl Studien)

3.3 Beurteilung der Studien

Um die qualitativen Studien auf ihre Güte zu prüfen, werden die Gütekriterien von Flick et al. (2010) und zur Würdigung Lincoln und Guba (1985) und Burns und Grove (2005) verwendet. Beim quantitativen Anteil der mixed-method Studie wird die Würdigung anhand LoBiondo-Wood et al. (2005) und Burns und Grove (2005) systematisch durchgeführt. Zur Überprüfung der Güte, werden die Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) verwendet. Um das Evidenzlevel der Publikationen zu bestimmen, wird die 6S-Pyramide von DiCenso et al. (2009) verwendet. Da das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) von Ris und Preusse-Bleuler (2015) auf den oben genannten Gütekriterien basiert, die 6S-Pyramide (DiCenso et al., 2009) beinhaltet und die Autorinnen bereits damit gearbeitet haben, werden sie dies als Hilfsmittel verwenden und die Studien anhand des EMED (Einleitung, Methode, Ergebnis, Diskussion) tabellarisch darstellen.

Abbildung 2

6-S-Evidenzpyramide (DiCenso et al., 2009, S. 100)



Anmerkung. Das Evidenzlevel «Studies, original articles published in journals» der 6-S-Evidenzpyramide entspricht dem ersten Evidenzlevel.

4 Ergebnisse

Die Literaturrecherche ergab sechs qualitative Studien und eine mixed-method Studie. Dem Recherche-Protokoll ist zu entnehmen, dass viele Studien im Volltext gelesen jedoch viele als unpassend eingestuft wurden. Somit wurden lediglich sieben Studien zur Bearbeitung der Fragestellung eingeschlossen. Im Folgenden werden die Studien tabellarisch dargestellt, einzeln und prägnant in Kapitel 4 zusammengefasst sowie ihre zentralen Ergebnisse in Bezug auf das Erleben der geriatrischen Patientinnen und Patienten der Informationsgabe zur Medikation aufgezeigt. Die Beurteilung der Güte wird anschliessend erneut tabellarisch dargestellt.

Tabelle 2*Übersicht der Studien*

Autor (Jahr)	Land	Ziel der Studie	Design	Sample (n)	Setting	EL
(Bagge et al., 2014)	Neuseeland	Zu erforschen, wie ältere Patientinnen und Patienten über 75, welche kürzlich aus dem Spital nach Hause entlassen wurden, ihre Medikamentenänderungen, welche im Spital gemacht wurden, managen.	qualitativ	n=40	Patientinnen und Patienten zweier medizinischer Abteilungen eines Spitals in Neuseeland	1
(Knight et al., 2011)	England	Erfahrungen älterer Menschen und ihrer Betreuungspersonen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im Hinblick auf patientenzentrierte Pflege, gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die Organisation und Verwaltung von Medikamenten zu erforschen.	qualitativ	n=19	älteren, in England lebenden Menschen, welche unabhängig oder mit pflegenden Angehörigen zusammenleben	1
(Ozavci et al., 2021a)	Australien	Erforschung von Kommunikationsprozessen zwischen älteren Patientinnen und Patienten, Familienmitgliedern und Gesundheitsfachpersonen bezüglich der Medikation im Rahmen der	qualitativ, ethnografisch	n=81	Patientinnen und Patienten sowie pflegende Angehörige zweier Grossstadtkrankenhäuser, zwei	1

Autor (Jahr)	Land	Ziel der Studie	Design	Sample (n)	Setting	EL
		Entlassung, der Möglichkeiten von älteren Patientinnen und Patienten sowie soziokultureller und umweltbedingter Einflüsse in solchen Situationen.			medizinische und eine allgemeinmedizinische Stationen sowie zwei Rehabilitationsstationen und drei Altenpflegestationen.	
(Ozavci et al., 2021b)	Australien	Erforschung von Strategien, um eine patientenzentrierte Medikamentenkommunikation an Versorgungsübergängen zu ermöglichen.	Qualitativ, fokussiert ethnografisch	n=79	Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsfachpersonen zweier Grossstadt-krankenhäuser, zwei medizinische und eine allgemeinmedizinische Stationen sowie zwei Rehabilitationsstationen und drei Altenpflegestationen.	1
(Stauffer et al., 2015)	Schweiz	Die Sicht und das Erleben älterer, multimorbider Personen bezüglich der komplexen und teilweise neuen	qualitativ, deskriptiv-explorativ	n=10	Patientinnen und Patienten eines Universitätsspitals auf fünf	1

Autor (Jahr)	Land	Ziel der Studie	Design	Sample (n)	Setting	EL
		Medikamententherapien nach dem Spitalaustritt und ihren Umgang damit zu untersuchen.			verschiedenen allgemeinmedizinischen Abteilungen	
(Tobiano et al., 2021)	Australien	Untersuchung der Beteiligung von älteren medizinischen Patientinnen und Patienten und ihrer Familien in der Austritts Medikamentenkommunikation.	mixed-method	n=42	Patientinnen und Patienten zweier auf Atmung und auf medizinische Patientinnen und Patienten spezialisierte Abteilungen eines australischen Krankenhauses	1
(Tomlinson et al., 2020)	England	Strategien zur Gewährleistung des Medikamentenmanagements älterer Patientinnen und Patienten und deren pflegenden Angehörigen zu erforschen	qualitativ	n=42	Patientinnen und Patienten zweier grösserer Spitäler in Nordengland	1

Anmerkung. EL= Evidenzlevel, N= Anzahl Teilnehmende

4.1 Beschreibung und Beurteilung der Studie Bagge et al. (2014)

Bagge et al. (2014) hatten das Ziel mit ihrer Forschungsarbeit zu untersuchen wie ältere Personen im Alter von 75 Jahren oder älter, welche kürzlich aus dem Spital nach Hause ausgetreten waren, mit Änderungen in ihrer Medikation umgehen. Mögliche Teilnehmende wurden in einem neuseeländischen Spital durch die Pflegefachpersonen identifiziert und durch die Forschenden zur Teilnahme angefragt. Die Einschlusskriterien waren: 75-jährig oder älter, Einnahme von vier oder mehr Medikamenten, mindestens eine Medikamentenänderung während des Spitalaufenthaltes und dem Austritt nach Hause. Von 115 möglichen konnten schlussendlich 40 Teilnehmende ein bis zwei Wochen nach dem Spitalaustritt mittels semi-strukturierter Interviews zu ihrem Erleben in diesem Bereich befragt werden. Die Forschenden analysierten die Interviews und bildeten daraus vier Kategorien und stellten mittels einer Tabelle die Änderungen der Medikation während des Spitalaufenthaltes dar. Die Kategorien, welche sich aus den Interviews ergeben hatten, waren: «Vertrauen in die Ärztin oder den Arzt», «Zurückhaltung in der Befragung des Spitalpersonals», «nicht informiert über Medikamentenänderungen» und «Sorgen wegen Medikamentenänderungen».

Die Forschenden kamen zum Schluss, dass es klare und einfach verständliche Austrittspapiere für ältere wie auch andere Generationen benötigt. Zudem könnte es von Vorteil sein, wenn eine Gesundheitsfachperson spezifisch die Aufgabe zugeteilt bekäme, die Patientinnen und Patienten über Medikamentenänderungen zu informieren. Limitationen, welche die Forschenden selbst benannten, waren, dass die Population des gewählten Spitals vorwiegend aus neuseeländischen Europäern bestand und damit die Ergebnisse in einem nördlicher liegenden Spital in Neuseeland, wo es mehr Maori und Pazifikinsulaner gibt, wahrscheinlich anders ausgefallen wäre. Des Weiteren handelte es sich nur um eine relativ kleine Stichprobe aus einem einzelnen Spital, was die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die breitere Bevölkerung der über 75-Jährigen mindert. Zudem könnte es sein, dass die Teilnehmenden Informationen zurückbehielten, weil sie diese als unwichtig betrachteten (Bagge et al., 2014).

Zentrale Ergebnisse

Bagge et al. (2014) gaben in ihrer Studie an, dass gerade ältere Patientinnen und Patienten zurückhaltend darin sind, dem Personal Fragen zu ihrer Medikation zu stellen, da sie das Personal nicht stören oder ihre Entscheidungen nicht hinterfragen wollten. Andere Patientinnen und Patienten äusserten, dass sie die Erklärungen des Personals nicht verstehen würden und daher nicht nachfragten. Zudem gaben die Patientinnen und Patienten an, dass sie nur teilweise in die Entscheidung bezüglich Änderungen zu ihrer Medikation miteinbezogen wurden, gewisse waren darüber froh. 39 der befragten Patientinnen und Patienten wussten, dass sich etwas bei ihrer Medikation geändert hatte, jedoch wussten lediglich 14 was genau sich geändert hatte. Dies löste nach dem Austritt Unsicherheit und Sorgen bei den Patientinnen und Patienten aus, denn niemand sprach mit ihnen vor dem Austritt über diese Änderungen. Des Weiteren verstanden 10 Patientinnen und Patienten die Austrittspapiere nur begrenzt oder fanden sie unklar, dies unter anderem wegen der Fachausdrücke und Abkürzungen (Bagge et al., 2014).

Tabelle 3

Einschätzung der Güte der Studie von Bagge et al. (2014) anhand von Lincoln & Guba (1985).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Confirmability (Bestätigung)	-Feldnotizen während des Analyseprozesses. -Unabhängige Überprüfung und Interpretation des Analysecodes.	-Der Einbezug von externen Forschenden wird nicht erwähnt. -Keine Erwähnung, ob der Analyseprozess durch eine/einen oder mehrere Forscherinnen oder Forscher durchgeführt wurde.
Dependability (Zuverlässigkeit)	-Verständlich geschilderter und begründeter Analyseprozess. -Unabhängige Überprüfung des Analyseprozesses wird erwähnt.	-Unklar ob Forschungsschritte oder Analyse durch verschiedene Forschende durchgeführt wurden. -Prüfung der Analyse oder der Ergebnisse durch externes Gremium wird nicht erwähnt.

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Credibility (Glaubwürdigkeit)	-Triangulation mittels Feldnotizen. -Wiederholtes lesen, Kontrollierung und Codierung der Transkripte.	-Einbusse der Glaubwürdigkeit durch Unklarheit, ob eine/einer oder mehrere Forscherinnen oder Forscher beteiligt waren. -Keine Datensättigung wurde beschrieben. -Kein Member-Checking -Kein Peer-Debriefing
Transferability (Übertragbarkeit)	-Zitate aus den Interviews bekräftigen die Resultate. -Ausreichende Beschreibung des Settings.	-Minimale Beschreibung der Stichprobe.

4.2 Beschreibung und Beurteilung der Studie Knight et al. (2011)

In ihrer Studie untersuchten Knight et al. (2011) die Erfahrungen von älteren Menschen und ihren Betreuungspersonen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus. Der Fokus lag auf einer patientenzentrierten Pflege, gemeinsamer Entscheidungsfindung sowie Organisation und Verwaltung von Medikamenten. Die Studie wurde in England in lokalen Freiwilligengruppen, Entlassungsprogrammen, Krankenhäusern sowie Arztpraxen beworben. Die Einschlusskriterien waren: 75 Jahre oder älter, Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb des letzten Monats sowie Einnahme von vier oder mehr Medikamenten. Zu ihren Erfahrungen wurden 19 Teilnehmende sowie ihre Angehörigen mittels halbstrukturierten Interviews befragt. 13 Teilnehmende führten für eine Woche ein Tagebuch bezüglich der Medikamenteneinnahme. Die Analyse der Interviews ergab die folgenden fünf Themen: «Entlassung im Allgemeinen», «Beschaffung von Medikamenten für die Entlassung», «Informationen zur Entlassungsmedikation», «Medikamentenlisten» und «Kommunikation zur Medikation im Krankenhaus». Die Forschenden kamen zum Schluss, dass ältere Patientinnen und Patienten in Entscheidungen bezüglich ihrer Medikamente und dem Entlassungsprozess miteinbezogen werden sollten. Informationen über Medikamente sollten patientengerecht kommuniziert und mit Hilfslisten ergänzt werden. Als Limitation der Studie

gaben die Forschenden an, dass die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind, da es sich um eine kleine Studie handle (Knight et al., 2011).

Zentrale Ergebnisse

Einige Teilnehmende gaben an, während des Krankenaufenthalts falsche Medikamente erhalten zu haben oder benötigte Arzneimittel nicht erhalten zu haben und dass dies erst bei Austritt bemerkt worden sei. 14 von 19 Teilnehmenden gaben an, unzufrieden mit der Art und Weise der Informationsgabe gewesen zu sein. Dabei hätten vor allem Pflegefachpersonen keine Zeit für eine angemessene Informationsgabe und teilweise wurden Medikationsänderungen nicht kommuniziert. Wurde nach Informationen gefragt, erhielten die Teilnehmenden stellenweise inadäquate Informationen, was Misstrauen und Unsicherheit aufkommen liess. Dies führte wiederum dazu, dass unbekannte Medikamente oder solche mit unklarer Wirkung zu Hause nicht eingenommen wurden. Daher wünschten sich die Teilnehmenden mehr in den Entlassungsprozess miteinbezogen zu werden (Knight et al., 2011).

Tabelle 4

Einschätzung der Güte der Studie von Knight et al. (2011) anhand von Lincoln & Guba (1985).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Confirmability (Bestätigung)	-Interviews wurden transkribiert.	-Einbezug von externen Forschenden wird nicht beschrieben. -Unklar, ob Transkripte von allen Forschenden gelesen wurden. -Eine Reflexion der Studie, kann nicht entnommen werden.
Dependability (Zuverlässigkeit)	-Verwendung von N6 Programm zur Analyse.	-Beschreibung des Analyseprozesses beschränkt

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Credibility (Glaubwürdigkeit)	-Triangulation durch Kombination von Interviews und Tagebüchern.	sich auf die Verwendung der Software. -Ein Member-Checking wurde lediglich bei den ersten beiden Interviews durchgeführt. -Es wird keine Nachbesprechung der Ergebnisse mit externen Fachkolleginnen oder Fachkollegen erwähnt.
Transferability (Übertragbarkeit)	-Originale und aussagekräftige Zitate werden verwendet. -Ausführliche tabellarische Darstellung der Stichprobe.	-Keine Beschreibung des Interviewleitfadens vorhanden. -Keine Ausschlusskriterien. -Unklar, ob es sich um eine ländliche oder städtische Gegend handelt.

4.3 Beschreibung und Beurteilung der Studie Ozavci et al. (2021a)

Das Ziel der Studie von Ozavci et al. (2021a) war es, die Dynamik der Medikamentenkommunikation zwischen älteren Personen, deren pflegenden Angehörigen und Gesundheitsfachpersonen im Kontext eines Versorgungswechsels zu erforschen. Die Studie wurde an zwei Grossstadtkrankenhäusern in Melbourne Australien durchgeführt. Die Einschlusskriterien waren: Personen im Alter von 65 Jahren oder älter, welche auf den für die Studie ausgewählten Stationen aufgenommen wurden, Personen mit leichten oder mittleren kognitiven Beeinträchtigungen, wenn sie in der Lage waren mündlich einzuwilligen und ihre Angehörigen anwesend waren, Gesundheitsfachpersonen, welche mindestens einen Tag pro Woche auf den ausgewählten Stationen tätig waren sowie Angehörige, welche eine ältere Person betreuten, die sich im Spital befand und englisch sprach. Insgesamt wurden

50 ältere Personen und 31 pflegende Angehörige zu ihren Erfahrungen in halbstrukturierten Interviews befragt. Die Ergebnisse wurden anschliessend mittels einer Fokusgruppe reflektiert. Zusätzlich wurden medikamentenbezogene Situationen beobachtet. Die Ergebnisse wurden von den Forschenden in drei Kategorien aufgeteilt: «Soziokulturelle Einflüsse auf Machtverhältnisse», «Einflüsse von Wissen und Machtverhältnisse auf die Kommunikation» und «Auswirkungen von Wissen und Machtverhältnissen auf die Arzneimittelsicherheit». Die Forschenden kamen zum Schluss, dass das Wissen älterer Personen zu ihren Medikamenten eruiert werden sollte und dass Gespräche bezüglich der Entlassung während des Aufenthalts wiederholt stattfinden sollten. Die Forschenden benannten bezüglich der Limitationen, dass ihre Anwesenheit und die Beobachtungen dazu geführt haben könnten, dass die Teilnehmenden aufmerksamer waren. Da die Beobachtungen über einen längeren Zeitraum durchgeführt wurden, konnte Vertrauen zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden aufgebaut werden. Des Weiteren war die Übertragbarkeit der Studie auf Spitäler mit anderen Gesundheitssystemen eventuell nicht möglich sowie auch nicht auf kognitiv eingeschränkte Personen (Ozavci et al., 2021a).

Zentrale Ergebnisse

Ozavci et al. (2021a) berichteten, dass sich die Teilnehmenden für sich selbst einsetzten, wenn sie über Wissen zu ihren Medikamenten verfügten. Die jahrelange Einnahme der gleichen Medikamente vermittelte ihnen Sicherheit. Die Anwesenheit von Angehörigen war vor allem dann wichtig, wenn sich die Teilnehmenden aufgrund des Gesundheitszustandes oder einer Sprachbarriere nicht an Gesprächen beteiligen konnten. Ärztinnen und Ärzte neigten zu einer autoritären Umgangsform, wenn es um die Medikamente ging sowie dazu, deren Kommunikation anderen Gesundheitsfachpersonen zu überlassen. Teilnehmende hatten oftmals keine Gelegenheit, sich zu Medikamentenänderungen zu äussern, da ihnen diese meist kurz vor der Einnahme mitgeteilt wurden. Pflegefachpersonen nahmen zwischen diesen beiden Parteien eine Vermittlerrolle ein und stufte aufgrund von Zeitmangel die Medikamentenkommunikation oft als niedrige Priorität ein. Apothekerinnen und Apotheker fokussierten sich vor allem im Entlassungsgespräch auf die Patientensicherheit. Die Teilnehmenden berichteten nach Gesprächen mit Apothekerinnen und Apothekern davon, sich verantwortlich für Probleme bezüglich der Medikamente zu fühlen, was wiederum zu Überforderung führte (Ozavci et al., 2021a).

Tabelle 5

Einschätzung der Güte der Studie von Ozavci et al. (2021a) anhand von Lincoln & Guba (1985).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Confirmability (Bestätigung)	<ul style="list-style-type: none">-Es wurden Interviews und Beobachtungen durchgeführt.-Die Transkripte wurden durch alle Forschenden gelesen.-Der Analyseprozess wurde gemeinsam im Team durchgeführt.-Reflexion der Analyse wird beschrieben.	<ul style="list-style-type: none">-Teilnahme einer externen Person bei der Analyse wird nicht beschrieben.
Dependability (Zuverlässigkeit)	<ul style="list-style-type: none">-Die Art der Datenerhebung ist literaturgestützt.-Zeitnahe Reflexion mittels Feldnotizen.-Zur Analyse wurde ein Softwareprogramm verwendet.	<ul style="list-style-type: none">-Datenanalyse und -ergebnisse wurden nicht von einem Gremium überprüft.
Credibility (Glaubwürdigkeit)	<ul style="list-style-type: none">-Eine Triangulation hat stattgefunden.-Peer-Debriefing und Member-Checking wurde durchgeführt.	<ul style="list-style-type: none">-Der Zeitraum der Datenerfassung wird nicht erwähnt.
Transferability (Übertragbarkeit)	<ul style="list-style-type: none">-Ergebnisse werden klar und deutlich dargestellt sowie mit Fotos ergänzt.-Verwendete Zitate sind plausibel und passend.	<ul style="list-style-type: none">-Mangelhafte Beschreibung der Stichprobe.

4.4 Beschreibung und Beurteilung der Studie Ozavci et al. (2021b)

Ziel der Studie von Ozavci et al. (2021b) war es, Strategien zu erforschen, welche eine patientenzentrierte Medikamentenkommunikation an Versorgungsübergängen ermöglichen. Die Einschlusskriterien waren: Personen im Alter von 65 Jahren oder älter, Personen mit nicht-englischsprachigem Hintergrund in Anwesenheit von Familienmitgliedern oder Dolmetscherinnen und Dolmetscher, Pflegefachpersonen, Apothekerinnen und Apotheker, qualifizierte Ärztinnen und Ärzte, welche mindestens einen Tag pro Woche auf den betreffenden Stationen gearbeitet haben, sowie in die Pflege involvierte Familienangehörige, welche Englisch sprachen. Dazu wurden 50 Teilnehmende sowie 29 Gesundheitsfachpersonen interviewt und beobachtet. Die Studie wurde an zwei Grossstadtkrankenhäusern in Melbourne, Australien durchgeführt. Nach der Analyse konnten die Forschenden die folgenden drei Kategorien bilden: «Interesse an der Beteiligung der Entscheidungsfindung», «Überzeugung der Wirksamkeit von Medikamenten» und «Herstellung der Patientenzufriedenheit in der Kommunikation über Medikamente». Die letzte Kategorie wurde in drei Strategien aufgeteilt: «Einfühlsames Gespräch mit Priorität der Vorlieben und Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten», «Informative Gespräche durch Gesundheitsfachpersonen» sowie «Ermutigungsgespräche, um die gemeinsame Entscheidungsfindung zu verbessern». Die Forschenden kamen zum Schluss, dass Gesundheitsfachpersonen die Vorlieben und Erfahrungen von älteren Personen berücksichtigen müssen, um eine individuelle und angepasste Kommunikation anbieten zu können. Als Limitation deklarieren die Forschenden, dass es während der Gespräche zu einem Detection-Bias gekommen sein kann. Da die Forschenden viel Zeit mit den Teilnehmenden verbracht hatten, konnte eine Beziehung und Vertrautheit aufgebaut werden. Die Forschenden betonten, dass sie lediglich die Kommunikation zwischen den Patientinnen und Patienten sowie dem Gesundheitsfachpersonal beobachten nicht aber beurteilen wollten (Ozavci et al. 2021b).

Zentrale Ergebnisse

Ozavci et al. (2021b) beschrieben, dass nicht alle Teilnehmenden an der Entscheidungsfindung beteiligt sein wollten. Einerseits, weil sie auf das Wissen und die Erfahrungen des Gesundheitspersonals vertrauten und andererseits, weil sie der Meinung waren, nicht das notwendige Fachwissen zu haben, um dieses in Frage zu stellen. Andere Teilnehmende beteiligten sich aktiv an Medikamentenentscheidungen, weil sie zu Hause die

Verantwortung selbst übernehmen wollten und bereits einige Krankenhausaufenthalte erlebt hatten. Bezüglich der Wirksamkeit ihrer Medikamente hatten die Teilnehmenden teilweise die Vorstellung, dass einige unnötig oder unwirksam waren. Es wurde versucht einige Darreichungsformen zu vermeiden. Trotzdem wurden die Medikamente wie verordnet aufgrund der Autorität des Gesundheitspersonals eingenommen. Teilnehmende berichteten davon, sich in einem Gespräch gut aufgehoben gefühlt zu haben, wenn keine Fachausdrücke, keine Generika und keine Medikamentennamen genannt wurden. Weniger gut aufgehoben fühlten sie sich, wenn nicht auf ihre Bedürfnisse eingegangen wurde oder das Gespräch von Gesundheitsfachpersonen dominiert wurde (Ozavci et al. 2021b).

Tabelle 6

Einschätzung der Güte der Studie von Ozavci et al. (2021b) anhand von Lincoln & Guba (1985).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Confirmability (Bestätigung)	-Kontextuelle Merkmale der einzelnen Stationen wurden in der Analyse berücksichtigt. -Transkripte sowie Audioaufnahmen wurden zu den Interviews erstellt. -Transkripte wurden mehrmals gelesen.	-Keine Überprüfung der Analyse durch eine externe Person. -Transkripte wurden mehrmals nur durch die Feldforscherinnen gelesen.
Dependability (Zuverlässigkeit)	-Analyseergebnisse wurden durch das ganze Forschungsteam diskutiert. -In der Analyse wurde eine Software verwendet. -Eine Kodierung wurde während der Datenerhebung durchgeführt.	-Keine Prüfung durch ein Gremium.

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Credibility (Glaubwürdigkeit)	-Triangulation mittels Interviews und Beobachtungen und ein Peer-Debriefing haben stattgefunden.	
Transferability (Übertragbarkeit)	-Fotos vor Ort wurden gemacht. -Verwendete Zitate sind plausibel.	-Mangelhafte Beschreibung der Stichprobe.

4.5 Beschreibung und Beurteilung der Studie Stauffer et al. (2015)

In der Studie von Stauffer et al. (2015) wurde die Sicht, das Erleben und der Umgang von älteren, multimorbiden Personen in Bezug auf ihre komplexe und nach Spitalaustritt teilweise veränderte Medikamententherapie untersucht. Die Studie wurde in der Schweiz durchgeführt und Teilnehmende aus einem Universitätsspital rekrutiert. Die Einschlusskriterien waren: 65-jährig oder älter, multimorbid, mehr als drei Medikamente täglich, kurz zuvor hospitalisiert, Medikamentenmanagement zuhause ohne Unterstützung und die Medikamente mussten sich im Spital verändert haben. Ausgeschlossen wurde, wer kein Deutsch sprach und psychisch oder kognitiv bedingt nicht teilnehmen konnte. Es wurden 10 Teilnehmende rekrutiert, welche mit semi-strukturierten Interviews in den 14 Tagen nach Spitalaustritt zuhause befragt wurden, die Interviews dauerten 40-70 Minuten. Daraus ergaben sich nach der Datenanalyse fünf Hauptkategorien mit bis zu drei Unterkategorien, diese lauteten «Multimorbidität», «Einstellung zu Medikamenten und deren Bedeutung», «Verantwortung für die Medikamenteneinnahme» mit den zwei Unterkategorien «zu Hause» und «im Spital». Eine weitere Hauptkategorie war «Medikamentenmanagement», welche drei Unterkategorien umfasste, diese wurden wie folgt bezeichnet, «Kennen der Medikamente und deren Wirkung», «Richten der Medikamente», «Erhalt und Wiedererlangen von Routine bei der Medikamenteneinnahme». Die letzte Hauptkategorie war «Unterstützung durch Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachpersonen» mit den Unterkategorien «im Spital» und «durch Hausärztinnen und Hausärzte». Die Schlussfolgerung der Forschenden war, dass Pflegefachpersonen eine Schlüsselfunktion in der Unterstützung des Medikamentenmanagements bei älteren Patientinnen und Patienten einnehmen könnten,

indem sie diese gezielt nach ihren Bedürfnissen darin befragen und Beratung anbieten. Zudem sollten sie gemeinsam mit den älteren Patientinnen und Patienten nach Lösungen für ein gelingendes Medikamentenmanagement im häuslichen Umfeld suchen. Limitationen, welche die Forscherinnen und Forscher benannten, waren die kleine heterogene Stichprobe, sowie teilweise anwesende Partnerinnen oder Partner der Teilnehmenden bei Interviews, was das Antwortverhalten eventuell beeinflusst haben könnte und dass die Stichprobe nur aus einem Spital rekrutiert wurde (Stauffer et al., 2015).

Zentrale Ergebnisse

Aus den Interviews ergab sich, dass sich die Teilnehmenden während des Spitalaufenthaltes genügend informiert fühlten. Jedoch beschrieben sie, dass sie am Austrittstag die Medikamente nicht erklärt bekamen, es teils zu Diskrepanzen zwischen unterschiedlichen Gesundheitspersonen in ihren Aussagen kam und dies zur Verunsicherung führte (Stauffer et al., 2015).

Tabelle 7

Einschätzung der Güte der Studie von Stauffer et al. (2015) anhand von Lincoln & Guba (1985).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Confirmability (Bestätigung)	-Externe Personen (Studierende, Mentorin) wurden in den Forschungsprozess mit- einbezogen und diskutierten gemeinsam den Analyseprozess. -Selbstreflexion mittels Memos und Feldnotizen.	
Dependability (Zuverlässigkeit)	-Präzise und verständliche Beschreibung der Analyse. -Datenerhebung- und Auswertung fanden parallel statt.	-Eine Überprüfung der Datenanalyse und der Ergebnisse durch ein externes Gremium wird nicht erwähnt.

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Credibility (Glaubwürdigkeit)	-Peer-Debriefing fand in der Analyse durch das Besprechen mit Studierenden und der Mentorin statt. -Member-Checking fand statt.	-Keine Triangulation durch verschiedene Daten.
Transferability (Übertragbarkeit)	-Passende Zitate aus den Interviews zu den Resultaten. -Ausreichende Beschreibung der Stichprobe und des Settings. -Homogene Stichprobe.	-Fehlende Angaben über Wohngebiet der Teilnehmenden.

4.6 Beschreibung und Beurteilung der Studie Tobiano et al. (2021)

Tobiano et al. (2021) führten eine mixed-method Studie durch, um die Beteiligung von älteren Menschen und ihrer Familien in der Austrittsmedikamenten-Kommunikation zu untersuchen. Ihre spezifischen Forschungsfragen waren: Wie nehmen ältere Patientinnen und Patienten und ihre Familien an der Austrittsmedikamenten-Kommunikation teil und welche Faktoren förderten oder hinderten sie darin. Sie rekrutierten 42 ältere Patientinnen und Patienten aus einem australischen Spital von einer auf Atmung spezialisierten und medizinischen Abteilung, davon nahmen 30 an der Studie teil. Die Einschlusskriterien waren, dass sie 65-jährig oder älter waren, dass sie mehr als eine chronische Erkrankung und mehr als sechs verschriebene Medikamente hatten. Die Medikamente mussten durch sie selbst oder durch ihre Familien gemanagt werden und sie mussten am Tag der Beobachtung das Einverständnis für den Austritt erhalten haben. Ausgeschlossen wurden Patientinnen und Patienten, welche physiologisch instabil, geistig nicht fähig zur Teilnahme waren und eine Kommunikation in Englisch nicht möglich war. Die Forschenden führten zwei Phasen in der Datenerhebung durch. In der ersten Phase führten sie Beobachtungen auf der Abteilung am Austrittstag der jeweiligen Patientinnen und Patienten durch. Sie beobachteten die Gespräche der Teilnehmenden mit dem Gesundheitspersonal und zeichneten diese

auf. Zudem wurden den Patientinnen und Patienten ein Fragebogen bezüglich ihrer Charakteristika und Präferenzen in Bezug auf ihre Teilnahme in der Medikamentenkommunikation abgegeben. Dazu kam noch eine weitere Umfrage, welche Fragen dazu enthielt, welche Probleme nach dem Austritt mit den Medikamenten auftraten, diese konnten sie mit drei Antwortmöglichkeiten beantworten. In der zweiten Phase führten sie mit acht Patientinnen und Patienten und/oder Familienangehörigen nach dem Austritt semi-strukturierte Interviews durch. Die Ergebnisse der ersten Phase waren, dass 26 von 30 Teilnehmenden angaben, dass sie nicht von medikamenteninduzierten Problemen betroffen seien und 30% gaben an, dass sie mässig besorgt seien bezüglich möglicher Nebenwirkungen. In den Beobachtungen konnten 71 Gespräche beobachtet werden. 93% dieser Gespräche fanden in den Patientenzimmern und die restlichen im öffentlichen Raum wie dem Korridor statt. 43 dieser Gespräche fanden mit Apothekerinnen oder Apothekern, 26 mit Pflegefachpersonen und zwei mit Ärztinnen oder Ärzten statt. In vier Gesprächen äusserte das Personal, dass die Patientin oder der Patient rasch austreten musste und in acht Gesprächen, war die Patientin oder der Patient während des Gesprächs mit Packen beschäftigt. Während den Gesprächen wurden 25 Unterbrechungen registriert, dabei beeinflussten die Gespräche am meisten die Hintergrundgeräusche (in 36 von 71 Gesprächen). Die Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Gesprächen war folgendermassen, in 21 Gesprächen wurde keine Beteiligung festgestellt und in den restlichen fanden Hinweise der Beteiligung statt. 34 Patientinnen und Patienten zeigten Hinweise auf eine Informationssuche beim Gesundheitspersonal, 41 auf eine Informationsvermittlung, 24 wiesen eine gemeinsame Entscheidungsfindung auf und zwei eine autonome Entscheidungsfindung. In der Informationsvermittlung wurden 19 Fälle festgestellt, bei denen es um Auskünfte über medikamentöse Probleme ging. In 16 Fällen der gemeinsamen Entscheidungsfindung, handelte sich um Diskussionen zum Zugang zu Medikamenten in der Gemeinde wie z.B. bevorzugte Apotheken.

Aus der zweiten Phase konnten aus den Interviews drei Hauptkategorien mit jeweils ein bis drei Unterkategorien gebildet werden. Die erste Hauptkategorie war «Erlangung umfassender medizinischer Informationen» mit den Unterkategorien «Erhalten eines umfassenden Bildes über die Medikamente durch verschiedene Personen des Gesundheitspersonals des Spitals» und «Bestätigende Informationen durch unterschiedliche Gesundheitsfachpersonen». Die zweite Hauptkategorie war «Bevorzugte Ansätze für den Erhalt von

Information» mit den Unterkategorien «Der Kontakt zum Gesundheitspersonal fördert die Medikamentenkommunikation» und «Wertschätzung von geschriebenen Medikamenteninformationen». Die dritte Hauptkategorie war «Gespräche über Medikamente im Spital» mit den Unterkategorien «Informationssuche beim Spitalpersonal, wenn nötig», «Mitgestaltung der Entscheidungen des Gesundheitspersonals durch das Teilen der Sorgen» und «Teilen von Informationen als Fürsprecher für die Patientinnen und Patienten». Das Fazit der Forschenden war, dass das Gesundheitspersonal in der Lage ist, die Medikamentenkommunikation mit den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu fördern. Des Weiteren sollte patientenzentrierter gearbeitet werden und nicht einseitig mit den Patientinnen und Patienten kommuniziert werden. Damit könnte das Wissen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen genutzt und schlussendlich die Medikamentensicherheit erhöht werden. Die wichtigsten Limitationen von Seiten der Forschenden waren, dass nur wenig Ärztinnen und Ärzte Begegnungen mit den Patientinnen und Patienten beobachtet worden waren. Zudem war ein neu kreierte Datenerfassungsinstrument verwendet worden und die Interviews fanden zwei bis vier Tage nach der Entlassung statt, was zu einer möglichen Verzerrung der Erinnerung der Teilnehmenden geführt haben könnte. Hinzu kam, dass einige Teilnehmende, die Teilnahme verweigerten, da sie bereits zu frustriert über den Austrittsprozess waren. Dies könnte dazu geführt haben, dass die Ergebnisse der Studie nur zufriedene Patientinnen und Patienten widerspiegeln. Ebenfalls bemängelten sie, dass die Studie nur an einem Standort durchgeführt wurde, was die Verallgemeinerung der Ergebnisse mindern könnte (Tobiano et al., 2021).

Zentrale Ergebnisse

Die durch Tobiano et al. (2021) gemachten Beobachtungen zu der Dauer der jeweiligen Gespräche zu den Medikamenten, sowie der Ort der Durchführung, die Umstände und die Störfaktoren sind zentrale Ergebnisse für die Forschungsfrage der Autorinnen. Aus den Interviews ergab sich, dass die älteren Patientinnen und Patienten, die Kommunikation zur Medikation während der Stationsvisiten schätzten und daraus lernten. Weiter gaben sie an, dass wenn eine gute Beziehung zu den Pflegepersonen bestand, sie sich wohl fühlten, mit ihnen über Medikamente zu sprechen. Zudem schätzten sie die ausgedruckte Medikamentenliste, welche ihnen durch die Apothekerin oder den Apotheker ausgehändigt wurde, um zu Hause ihre Medikamente zu überprüfen. Es ergab sich jedoch auch, dass die

älteren Patientinnen und Patienten es herausfordernd fanden Fragen zu stellen, da sie nicht wussten, ob dies akzeptiert wird oder sie vergassen die Fragen, wenn jemand vom Gesundheitspersonal zugegen war. Zudem waren sie zögerlich beim Mitteilen von Medikamenteninformationen, weil sie annahmen, dass das Gesundheitspersonal bereits ihre Kranken- und Medikamentengeschichte kannte oder es in früheren Erlebnissen keinen Unterschied bei der Entscheidung des Gesundheitspersonal in Bezug auf die Medikamentenverabreichung machte. Trotzdem konnten aufgrund der geäußerten Sorgen, der Bestellmethoden oder der doppelten Überprüfung der Medikamentenaufnahme durch Patientinnen und Patienten klärende Gespräche mit dem Gesundheitspersonal geführt werden und Änderungen in der Medikation vorgenommen werden (Tobiano et al., 2021).

Tabelle 8

Einschätzung der Güte der Studie von Tobiano et al. (2021) anhand von Lincoln & Guba (1985).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Confirmability (Bestätigung)	-Externe Person wurde für die Datensammlung der Beobachtungen hinzugezogen	-Unklar, welche Expertise die externe Person aufweist.
Dependability (Zuverlässigkeit)	-Durchführung und Analyse der Interviews fanden zeitnah statt. -Wiederholte Durchführung des Analyseprozesses. -Analyseprozess wurde nur durch einen Forscher durchgeführt.	-Keine Erwähnung einer Überprüfung durch ein externes Gremium.
Credibility (Glaubwürdigkeit)	-Triangulation am Ende der Datenanalyse durch Forschungsteam. -Fortlaufende Überprüfung der Interpretation mit den Rohdaten.	-Kein Member-Checking der Ergebnisse.

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Transferability (Übertragbarkeit)	<ul style="list-style-type: none"> -Ergebnisse werden übersichtlich und verständlich dargestellt. -Ergebnisse werden durch Zitate unterstrichen. -Stichprobe wird ausreichend beschrieben. -Stichprobe spiegelt die Population wider. 	

Tabelle 9

Einschätzung der Güte der Studie von Tobiano et al. (2021) anhand von Bartholomeyczik et al. (2008).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Objektivität	-Forschungsarbeit ist nachvollziehbar und übersichtlich.	<ul style="list-style-type: none"> -Neu entwickeltes Beobachtungsinstrument, daher unklare Validität und Reliabilität. -Möglichkeit eines Detection-Bias. -Möglichkeit eines Selektions-Bias.
Reliabilität, Zuverlässigkeit	<ul style="list-style-type: none"> -Wiederholung in einem anderen Spital möglich, da Beobachungskriterien und Durchführung klar erläutert wurde. -Referenz der Studie, aus welcher die 8 Items des Fragebogens entnommen wurde, ebenfalls aufgeführt, so dass diese ebenfalls 	-Reliabilität des neu entwickelten Beobachtungsinstruments nicht klar bestätigt.

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
	übernommen werden könnten. -Forscher gaben an, dass die Reliabilität und Validität durch unabhängige Einsetzung des Beobachtungsinstrument mit 98.7% Übereinstimmung gestärkt werden konnte.	
Validität, Gültigkeit	-Forschungsdesign ist angemessen. -Durch Ein- und Ausschlusskriterien Erhöhung der internen Validität.	-Validität des neuen Beobachtungsinstruments unzureichend erwiesen.

4.7 Beschreibung und Beurteilung der Studie Tomlinson et al. (2020)

Tomlinson et al. (2020) hatten das Ziel mit ihrer Forschung die Strategien älterer Menschen und ihrer Familienangehörigen bezüglich ihres Medikamentenmanagements zu untersuchen. Zudem wollten sie ihr Erleben im eigenen Medikamentenmanagement nach dem Spitalaustritt ergründen und welche Faktoren für die älteren Menschen dabei hinderlich oder förderlich waren. Dies wollten sie anhand von semi-strukturierten Interviews mit einem Themenleitfaden mit den, aus zwei Spitälern in Nordengland rekrutierten 42 Teilnehmenden untersuchen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden betrug 84 Jahre. Die Einschlusskriterien waren: 75-jährig oder älter, Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten, leben mit einer Langzeit-Erkrankung und mindestens eine Medikamentenänderung während des Spitalaufenthaltes. Ausgeschlossen wurde, wer sich nicht verbal verständigen konnte und in eine Langzeiteinrichtung übertreten sollte. Die Familienangehörigen, welche die Teilnehmenden bei ihrem Medikamentenmanagement zuhause unterstützten, wurden ebenfalls zur Teilnahme an die Interviews eingeladen. Nach 27 Interviews mit den Teilnehmenden sowie neun Familienmitgliedern wurde die Datensättigung erreicht. Aus den Interviews konnten drei Hauptkategorien und acht Unterkategorien gebildet werden.

Die erste Hauptkategorie war «Auswirkung des Übertrittes vom Spital nach Hause» mit den Unterkategorien «Unterbrechung» und «Erfahrungslücken». Die zweite Hauptkategorie war «Sicherheitsstrategien» mit den Unterkategorien «Anpassung», «Gerüst» und «Fehlervermeidung». Die letzte Hauptkategorie war «Rolle im Medikamentenmanagement» mit den Unterkategorien «Anpassung der eigenen Rolle», «Beziehung mit Gesundheitsprofessionen» und «Wahrnehmung der Pflegekoordination». Die Schlussfolgerung der Forschenden war, dass ältere Patientinnen und Patienten sowie ihre Familienbetreuer gezielt während des Spitalaufenthaltes und nicht nur beim Austritt über ihre Medikamente informiert werden sollten. Dies könnte zu einer Verringerung von Unsicherheiten bei den Patientinnen und Patienten und Fehlern in der Medikation führen. Die von den Forschenden benannten Limitationen waren, dass die Stichprobe eine geringe ethnische Diversität hatte, da sie vorwiegend aus weissen Engländer bestand und somit wahrscheinlich nicht auf andere Gruppen oder die Population Englands als Ganzes übertragbar ist. Zudem war die Forscherin, welche die Interviews durchführte, Justine Tomlinson, eine Apothekerin für ältere Patientinnen und Patienten, was vielleicht zu einer Beeinflussung der Interviews und deren Analyse führte. Die Interviews wurden zwei Wochen nach dem Austritt mit den Teilnehmenden durchgeführt, dies könnte zu einer Erinnerungsverzerrung geführt haben (Tomlinson et al., 2020).

Zentrale Ergebnisse

In den Interviews von Tomlinson et al. (2020) gaben die Teilnehmenden an, dass sie sich unsicher fühlten, welche, oder ob es Medikamentenänderungen während des Spitalaufenthaltes gegeben hatte. Dies führte bei ihnen zu Enttäuschungen oder Verwirrung bei ihren Austrittsmedikamenten. Zudem führte ihr verschlechterter Gesundheitszustand nach dem Spitalaustritt dazu, dass sie Mühe hatten ihre Medikamente wieder korrekt zu verwalten, weil sie sich nicht gut genug fühlten oder vergassen ihre Medikamente einzunehmen. Während des Spitalaufenthaltes gaben sie an, dass es zu wenig Gespräche gab und sie nicht wussten, was passiert war und Medikamentenänderungen ohne ihre Zustimmung durchgeführt wurden. Gerade am Austrittstag fanden nur kurze Gespräche statt und teilweise erhielten die Teilnehmenden ihre Medikamententasche ohne jegliche Erklärungen. Die Teilnehmenden und ihren Familienmitgliedern hatten unbeantwortete Fragen und es fehlten Informationen über ihren Zustand, welcher sich geändert hatte, weshalb

Medikamentenänderungen gemacht wurden und wie das weitere Vorgehen war. Dies wiederum führte zu Problemen zu Hause, wo Teilnehmende teils zu wenige Medikamente hatten, Medikamente zu spät erhielten, oder eine zu hohe Dosis einnahmen usw. Der Wunsch am Medikamentenmanagement im Spital beteiligt, vollständig informiert und in Entscheidungen miteinbezogen zu sein, war nicht bei allen Teilnehmenden gleich vorhanden. Diejenigen, bei denen dieser Wunsch im Vordergrund stand, hatten kein Problem sich Gehör zu verschaffen und zu sagen, wenn sie mit etwas bezüglich ihrer Medikation unzufrieden waren, und sie fühlten sich befähigt, Fragen zu stellen. Gewisse Teilnehmende wussten sehr gut über ihre Medikamente Bescheid und konnten genau sagen, was sich geändert hatte, während andere ihre Medikamente zwar selbstständig managten, sich aber weiter keine Gedanken darüber machten, diese einfach einnahmen und Änderungen einfach hinnahmen (Tomlinson et al., 2020).

Tabelle 10

Einschätzung der Güte der Studie von Tomlinson et al. (2020) anhand von Lincoln & Guba (1985).

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Confirmability (Bestätigung)	-Die Forscherinnen und Forscher gaben an, dass es keine Interessenskonflikte gab.	-Es wurden keine externen Personen in den Analyseprozess miteinbezogen.
Dependability (Zuverlässigkeit)	-Der Analyseprozess wird nachvollziehbar erläutert und begründet. -Eine Triangulation mittels gemeinsamer Diskussionen hat stattgefunden. -Ein Computerprogramm zur Datenanalyse wurde angewendet.	-Es gibt keine Angaben darüber, dass die Analyse und die Ergebnisse durch ein externes Gremium überprüft wurden.

Gütekriterien	Stärken	Schwächen
Credibility (Glaubwürdigkeit)	<ul style="list-style-type: none"> -Es fand ein Vergleich der Rohdaten mit den Schlüsselthemen statt. -Die Interviews wurden mit aussenstehenden älteren Patientinnen und Patienten und Familienangehörigen evaluiert. -Die Datenerhebung fand über einen passenden Zeitraum statt. 	<ul style="list-style-type: none"> -Eine Triangulation durch andere Daten wie Beobachtungen fand nicht statt. -Ein Member-Checking durch die Teilnehmenden fand nicht statt. -Ein Peer-Debriefing wird nicht erwähnt.
Transferability (Übertragbarkeit)	<ul style="list-style-type: none"> -Anhand der semi-strukturierten Interviews und der Beschreibung der Stichprobe wird die Übertragbarkeit gefördert. 	<ul style="list-style-type: none"> -Es fehlen Angaben darüber, ob die Teilnehmenden aus einer ländlichen oder städtischen Gegend stammten. -Die Homogenität der Stichprobe ist durch die vor allem weiblichen Teilnehmenden reduziert.

5 Diskussion

Das Ziel dieses Literaturreviews war es, das Erleben von geriatrischen Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Informationsgabe zur Medikation im Akutspital- oder Rehabilitationsklinik-Setting zu erfassen. Die sieben eingeschlossenen Studien gaben ein breites Spektrum des Erlebens der geriatrischen Patientinnen und Patienten wieder und ermöglichten somit ein tieferes Verstehen der Faktoren, welche für die Informationsgabe zur Medikation förderlich oder hinderlich waren. In diesem Kapitel werden die Studien sowie deren wichtigste Ergebnisse einander gegenübergestellt, kritisch diskutiert und ihre Stärken und Schwächen aufgezeigt. Des Weiteren werden die Ergebnisse des Literaturreviews in Verbindung mit dem EBN-Modell von Rycroft-Malone et al. (2004) gebracht und erlauben eine Beantwortung der Forschungsfrage. Zum Schluss werden die Limitationen des Literaturreviews aufgezeigt.

5.1 Diskursive Gegenüberstellung der Studiendesigns

Bei sechs der einbezogenen Studien handelt es sich um qualitative Designs (Bagge et al., 2014; Knight et al., 2011; Ozavci et al., 2021a; Ozavci et al., 2021b; Stauffer et al., 2015; Tomlinson et al., 2020a). Bei der Studie von Tobiano et al. (2021) handelt es sich als Einzige um ein mixed-method Design. Das qualitative Design basiert auf einem verstehenden Ansatz, wodurch individuelles Erleben von Menschen erkundet und wiedergegeben wird. Da Pflege Themen bereits ein großes Maß an Komplexität mitbringen, werden ihnen ausschließlich qualitative oder quantitative Forschungsdesigns häufig nicht gerecht. Das Verwenden beider Designs ermöglicht ein gegenseitiges Bestärken und ein möglichst differenziertes sowie tiefgreifendes Verstehen des Forschungsobjektes (Brandenburg et al., 2018). Lediglich Stauffer et al. (2015a) beschreiben, dass es sich um einen deskriptiv-explorativen Ansatz und Tomlinson et al. (2020) erklären, dass es sich um einen deskriptiven Ansatz handelte. Dieser stellt eine sinnhafte Zusammensetzung von Stichproben-, Datenerfassung-, Analyse- sowie Präsentationstechniken dar. Des Weiteren eignet sich dieser besonders gut, um wesentlich nicht verzerrte Antworten auf Fragen zu erhalten, welche überwiegend für Praktikerinnen und Praktiker relevant sind (Brandenburg et al., 2018). Ozavci et al. (2021a) sowie Ozavci et al. (2021b) beschreiben eine fokussiert ethnografische Methodologie. Die ethnografische Methodologie ermöglicht es den Forschenden nicht nur, sich in der Nähe der gewählten Population aufzuhalten, sondern sich in deren Kultur oder Gruppe zu integrieren. Somit können die Forschenden Verhaltensweisen, Sprachen, etc. in dieser Kultur oder Gruppe beschreiben und interpretieren. Dafür müssen die Forschenden jedoch lange im Feld sein (Brandenburg et al., 2018). In den Studien von Ozavci et al. (2021a) und Ozavci et al. (2021b) fehlt die Angabe, wie lange die Forschenden sich im Feld befanden. Bagge et al. (2014) und Tobiano et al. (2021) begründeten ihre Wahl bezüglich des Designs nicht, während in den fünf anderen Studien die Wahl des Forschungsdesigns mittels dem Erfassen des Erlebens der geriatrischen Patientinnen und Patienten erläutert wurde. Ozavci et al. (2021b) erläuterten ihre Wahl damit, dass sie das Phänomen in einem bestimmten Kontext und einem festgelegten Zeitraum untersuchen konnten. Damit ist die Wahl des Forschungsdesigns logisch nachvollziehbar. Die Ergebnisse spiegeln durch die unterschiedlichen Methodologien ein breites Spektrum wider.

5.2 Diskursive Auseinandersetzung der Methodik

Setting

Das Setting der Studien wird in jeder Studie ausreichend beschrieben und war passend zur Forschungsfrage gewählt. Die Studien von Ozavci et al.(2021a) und Ozavci et al. (2021b) wurden als einzige in zwei Krankenhäusern und einer Rehabilitationsklinik durchgeführt. Die Studie von Tomlinson et al. (2020) wurde ebenso in zwei Krankenhäusern durchgeführt. Die Ergebnisse dieser drei Studien geben somit einen breiteren Überblick über die Erfahrungen der Teilnehmenden. Die Abteilungen in den Krankenhäusern waren bei den meisten Studien medizinische Abteilungen (Bagge et al., 2014; Ozavci et al., 2021a; Ozavci et al., 2021b; Stauffer et al., 2015; Tobiano et al., 2021). In der Studie von Tobiano et al. (2021) waren zwei auf Atmung spezialisierte Abteilungen dabei und bei den Studien von Ozavci et al.(2021a) und Ozavci et al. (2021b) Altenpflegeabteilungen und Rehabilitationsabteilungen. Die Autorinnen nehmen an, dass die unterschiedlichen Settings die spezifischen Anforderungen an die Gesundheitsfachpersonen aufzeigen. Die Informationsgabe zur Medikation vor Austritt ist jedoch eine Gemeinsamkeit.

Stichprobe

Das Verfahren der Rekrutierung der Stichprobe war bei allen Studien passend zum Design gewählt. Bei der Studie von Tobiano et al. (2021) könnte es zu einem Selektionsbias gekommen sein, da die Stichprobe gezielt gewählt wurde und dies einen Einfluss auf die Beobachtungssequenz gehabt haben könnte (Brandenburg et al., 2018). Die Stichprobengröße variierte von 10 (Stauffer et al., 2015) bis zu 50 Teilnehmenden (Ozavci et al., 2021a; Ozavci et al., 2021b), jedoch hat die Stichprobengröße keinen Einfluss auf die Aussagekraft der Ergebnisse bei qualitativen Studien, vorausgesetzt die Datensättigung wurde erreicht (Brandenburg et al., 2018). Das Kriterium, dass mindestens eine Änderung der Medikation während des Aufenthalts stattgefunden haben muss (Bagge et al., 2014; Stauffer et al., 2015; Tomlinson et al., 2020), erscheint den Autorinnen in Anbetracht des Forschungsziels sinnvoll.

Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden in allen Studien Einschlusskriterien ausgeführt, welche passend zur Forschungsfrage gewählt wurden. Bei zwei Studien wurden keine Ausschlusskriterien erläutert (Bagge et al., 2014; Knight et al., 2011). Die Autorinnen nehmen an, dass dies

möglicherweise so gehandhabt wurde, um die Stichprobe nicht zu sehr einzuschränken. In der Studie von Tomlinson et al. (2020) wurden Teilnehmende ausgeschlossen, welche nach dem Spitalaufenthalt in eine Langzeiteinrichtung verlegt wurden. Hier vermuten die Autorinnen, dass dies so war, weil sie dort ihre Medikamente nicht selbst managten. Die Ein- und Ausschlusskriterien wurden in drei Studien nicht begründet (Bagge et al., 2014; Knight et al., 2011; Stauffer et al., 2015), was die Nachvollziehbarkeit der Wahl dieser Ein- und Ausschlusskriterien für die Leserschaft erschwert, was jedoch keine Einbusse für die Studien bedeutet, da vor allem die Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Übertragbarkeit wichtig ist, da man dadurch weiss, auf welche Personengruppe sich die Ergebnisse beziehen (Brandenburg et al., 2018).

Datenerhebung

Sämtliche Studien wählten zum Studiendesign passende Instrumente zur Datenerhebung und in allen Studien wurden semi-strukturierte Interviews geführt. Drei Studien führten ergänzend noch Beobachtungen durch (Ozavci et al., 2021a; Ozavci et al., 2021b, Tobiano et al., 2021) und in einer Studie wurde ein Tagebuch geführt (Knight et al., 2011). Die Ergänzung der Datenerhebung mittels verschiedener Instrumente war der Zuverlässigkeit zuträglich (Lincoln & Guba 1985).

Datenanalyse

Während in den Studien von Ozavci et al. (2021a), Ozavci et al. (2021b), Stauffer et al. (2015), Tobiano et al. (2021) und Tomlinson et al. (2020) die Datenanalyse verständlich und nachvollziehbar beschrieben wurde, ist sie in der Studie von Bagge et al. (2014) spärlich und in der Studie von Knight et al. (2011) gar nicht erläutert. Im Kapitel 5.3 wird noch genauer auf die Datenanalyse eingegangen.

Ethik

Jede Studie wurde durch ein Ethikkomitee genehmigt. Die Einwilligung der Teilnehmenden wurde in allen Studien eingeholt, es wird jedoch nur in den Studien von Ozavci et al. (2021a), Ozavci et al. (2021b) Tobiano et al. (2021) und Tomlinson et al. (2020) eine informierte Einwilligung beschrieben. In der Studie von Tobiano et al. (2021) wird zusätzlich geschrieben, dass die Gesundheitsfachpersonen keine schriftlich informierten Einwilligungen zu den Beobachtungssequenzen gaben, obwohl die informierte Einwilligung für die

ethische Vertretbarkeit wichtig ist (SAMW, 2015). Was mit den Rohdaten der Studien, nach deren Abschluss passierte, wird in keiner der Studien erwähnt, dabei wäre die Erwähnung einer sicheren Aufbewahrung gemäss SAMW (2015) wünschenswert gewesen. Die Daten aller Studien wurden anonymisiert, so dass Rückschlüsse auf Personen nicht möglich sind.

5.3 Diskursive Auseinandersetzung mit der Güte der Studien nach Lincoln & Guba (1985)

5.3.1 Bestätigung

Einzig in den Studien von Stauffer et al. (2015) und Tobiano et al. (2021) wurden externe Personen in den Forschungsprozess hinzugezogen, was ihre Bestätigung erhöht. Da bei Tobiano et al. (2021) nicht beschrieben wird, welche Expertise die jeweilige Person hat, ist unklar welchen Mehrwert dieser Einbezug zur Bestätigung beiträgt. In keiner Studie wird eine Überprüfung der Analyse oder der Ergebnisse durch ein externes Gremium erwähnt, was die Bestätigung der Studien senkt.

5.3.2 Zuverlässigkeit

In der Datenanalyse verwendeten alle Studien unterschiedliche Softwares. Da es sich bei allen um valide und reliable Softwares handelt, ist dies für die Zuverlässigkeit förderlich. Bagge et al. (2014) und Knight et al. (2011) beschreiben den Analyseprozess eher mager, wodurch teilweise unklar ist, wie viele Forschende an der Kodierung der Daten beteiligt waren (Bagge et al., 2014) oder wie die Tagebücher analysiert wurden (Knight et al., 2011). Dies mindert die Zuverlässigkeit.

5.3.3 Glaubwürdigkeit

Bei zwei Studien (Stauffer et al., 2015; Tomlinson et al., 2020) wurden die Ergebnisse einigen Teilnehmenden oder älteren Personen, welche bei der Erstellung des Interviews geholfen haben, zur Überprüfung vorgelegt, was der Glaubwürdigkeit zuträglich ist. Drei Studien (Ozavci et al., 2021a; Ozavci et al., 2021b; Tobiano et al., 2021) reicherten ihre Daten zusätzlich mit Beobachtungen und Feldnotizen an. Bei Knight et al. (2011) führten 13 von 19 Teilnehmenden ein Tagebuch. Diese Triangulationen tragen zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit bei.

5.3.4 Übertragbarkeit

Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist bei einigen Studien aufgrund einer mageren Beschreibung der Stichprobe (Bagge et al., 2014; Ozavci et al., 2021a; Ozavci et al., 2021b), Fokussierung auf den britischen Entlassungs-Prozess (Knight et al., 2011) sowie einer heterogenen Stichprobe (Tomlinson et al., 2020) erschwert. In den anderen Studien wurde die Stichprobe ausreichend beschrieben. Bei zwei Studien war ein Ausschlusskriterium bei der Stichprobe, dass Personen, welche die Landessprache des Forschungslandes nicht sprachen, nicht miteinbezogen wurden (Stauffer et al., 2015; Tobiano et al., 2021). Dies erscheint in Anbetracht der Forschungsfrage sinnvoll, tut jedoch der Übertragbarkeit einen Abbruch (Greenhalgh et al., 2015).

5.3.5 Gesamteinschätzung

In Bezug auf die Datenerhebung beschreiben lediglich Ozavci et al. (2021b), Tobiano et al. (2021) und Tomlinson et al. (2020) eine Datensättigung erreicht zu haben, wodurch nicht mit Sicherheit gesagt werden kann, ob alle Aspekte der Thematik in den anderen Studien abgebildet wurden oder die Stichprobengrößen ausreichend waren (Brandenburg et al., 2018). Alle eingeschlossenen Studien sind Peer reviewed. Aus den Ergebnissen der Studien geht hervor, dass keine einheitliche Erkenntnis gewonnen werden konnte. Die Autorinnen vermuten, dass dies daran liegt, dass der Fokus der einzelnen Studien unterschiedlich war.

5.4 Kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen/Resultaten

Medikamente

In den Studien von Bagge et al. (2014), Knight et al. (2011), Stauffer et al. (2015) und Tobiano et al. (2021) ist unter den Charakteristika der Teilnehmenden aufgeführt, dass zwischen sechs bis neun Medikamente beim Eintritt registriert wurden und dass bei Austritt zwischen sieben bis 10 Medikamente verordnet worden waren (Bagge et al., 2014; Stauffer et al., 2015). Ebenfalls wurde in zwei Studien erfasst, dass durchschnittlich vier Medikamentenänderungen während des Spitalaufenthalts vorgenommen wurden (Bagge et al., 2014; Tomlinson et al., 2020). Dies verdeutlicht die im Kapitel 1.1.3 erwähnte Polypharmazie und Komplexität des Medikamentenmanagements in dieser Altersspanne.

Beteiligung am Entscheidungsprozess

Bagge et al. (2014), Ozavci et al. (2021b) und Tobiano et al. (2021) stellten fest, dass ältere Patientinnen und Patienten bei Medikamentenänderungen häufig Entscheidungen nicht hinterfragten oder sich nicht am Entscheidungsprozess beteiligten. Als Gründe wurde von den Teilnehmenden genannt, dass sie sich nicht in der Position sahen, die Autorität der Gesundheitsfachpersonen zu hinterfragen, nicht mit ihnen streiten wollten, nicht wussten wie akzeptiert dies war, sie auf die Erfahrungen der Gesundheitsfachpersonen vertrauten oder ihr eigenes Fachwissen als zu niedrig einstufen (Bagge et al., 2014; Ozavci et al. 2021b; Tobiano et al., 2021). Im Gegensatz dazu zeigte sich in der Studie von Stauffer et al. (2015), dass es älteren Personen durchaus wichtig war, ihre Medikamente selbstständig managen zu können und in Entscheidungen zu Medikamentenänderungen miteinbezogen zu werden. Ozavci et al. (2021a) nahmen jedoch wahr, dass vorhandenes Wissen zur Medikation die Teilnehmenden zwar dazu befähigte, sich an der Kommunikation bezüglich der Medikamente zu beteiligen, sie sich trotzdem in Gesprächen mit Apothekerinnen oder Apotheker überfordert fühlten, wenn sie sich für die Lösung der Probleme bezüglich der Medikamente alleine verantwortlich fühlten. Diese Ergebnisse verdeutlichen die unterschiedlichen Wünsche älterer Personen bezüglich der Beteiligung am Entscheidungsprozess.

Informationen zur Medikation vor Austritt

In der Studie von Tomlinson et al. (2020) und Stauffer et al. (2015) berichteten ältere Personen über mangelhafte Erklärungen vor dem Austritt. Gleichermassen wurde in der Studie von Bagge et al. (2014) erfasst, dass bei 29 von 40 Teilnehmenden niemand vor dem Austritt mit den älteren Personen über die Medikamente gesprochen hatte. Dieses mangelnde Wissen bezüglich der Einnahme der Medikation, könnte bei älteren Personen zur Nichteinhaltung der Medikamentenverordnung führen (Knight et al., 2011).

Wissen über die eigenen Medikamente

Stauffer et al. (2015) erkannten, dass ältere Personen über Wissen zu ihren Medikamenten verfügten und sich über neue Medikamente informierten. Jedoch zeigte sich in der Studie von Ozavci et al. (2021b), dass ältere Personen unterschiedliche Vorstellungen bezüglich ihrer Medikamente hatten, wie beispielsweise, dass einige Medikamente für unwirksam oder unnötig gehalten wurden und bestimmte Applikationsformen wie Injektionen

vermieden wurden, da sie annahmen, dass sie mehr Schaden als Nutzen bringen würden. Laut Stauffer et al. (2015) informierten sich die geriatrischen Patientinnen und Patienten weniger über Nebenwirkungen, da ihnen diese eher Angst machten. Diese Ergebnisse lassen die Autorinnen annehmen, dass dies auf eine mangelhafte Aufklärung über die Medikamente zurückzuführen sein könnte.

Routine in der Medikamenteneinnahme

Knight et al. (2011), Stauffer et al. (2015) und Tomlinson et al. (2020) stellten weiter fest, dass die Routine in der Medikamenteneinnahme für ältere Personen sehr wichtig war und dass Unterbrechungen zum Vergessen der Einnahme führen könnten. Im Gegensatz dazu beschreiben Bagge et al. (2014), dass sich ältere Personen nach Eintritt dem Spitalalltag anpassten und ihre Routine zurückstellten, auch wenn dies bedeutete, dass sie ihre Medikamente viel zu spät erhielten. Dies könnte daher rühren, dass ältere Personen Vertrauen in das Gesundheitspersonal haben und ihr Medikamentenmanagement im Spital diesen selbstverständlich überlassen (Stauffer et al. 2015).

Austrittspapiere

In Bezug auf die Austrittspapiere wurden unterschiedliche Aussagen gemacht. In den Studien von Bagge et al. (2014) und Knight et al. (2011) wurden die Austrittspapiere von älteren Personen aufgrund vieler Fachausdrücke und Abkürzungen oftmals nicht verstanden oder sie erhielten gar keine. Es kam ebenfalls vor, dass wegen mangelnden Informationen das Medikamentenrezept nicht als ein solches erkannt wurde (Stauffer et al., 2015). Als Kontroverse stehen dazu die Ergebnisse aus der Studie von Tobiano et al. (2021), in der die Austrittspapiere von den geriatrischen Patientinnen und Patienten gut verstanden wurden. Dies lässt die Autorinnen mutmassen, dass es daran liegen könnte, dass es sich dabei um Medikamentenzusammenfassungen von Apothekerinnen oder Apothekern handelt, obwohl in den anderen Studien nicht erwähnt wird, von wem die Austrittspapiere verfasst wurden.

Informationen zur Medikation während des Spitalaufenthalts

Knight et al. (2011) stellten fest, dass 5 von 19 älteren Teilnehmenden die Informationsgabe zu den Medikamenten während des Spitalaufenthalts als zufriedenstellen empfanden, jedoch 14 von 19 älteren Teilnehmenden unzufrieden waren. 17 von 19 älteren

Teilnehmenden gaben an, dass Änderungen in ihrer Medikation ohne Information erfolgten. Zugleich stellte Tomlinson et al. (2020) fest, dass ältere Personen während des Spitalaufenthalts mangelhaft bezüglich der Medikamente informiert wurden und Bagge et al. (2014), dass Erklärungen des Gesundheitspersonals nicht verstanden wurden. Tobiano et al. (2021) berichteten, dass in 7% der beobachteten Begegnungen, in welchen es um die Kommunikation zu Medikamenten ging, in öffentlichen Räumen wie dem Stationsbüro oder dem Korridor stattfanden. Des Weiteren wurden in insgesamt 71 Begegnungen 25 Unterbrechungen registriert und in 31 herrschten Hintergrundgeräusche. Tobiano et al. (2021) beschreiben nicht, ob diese Umstände hinderlich oder förderlich waren, grundsätzlich kann aber davon ausgegangen werden, dass diese nicht förderlich für die Kommunikation waren (Hausmann, 2020).

Angehörige

Knight et al. (2011) und Ozavci et al. (2021a) zeigten auf, dass Angehörige sowohl während des Aufenthalts in Bezug auf die Medikamente eine Unterstützung für ältere Personen darstellten, indem sie Verantwortung bei der Medikamenteneinnahme übernahmen und Kommunikationslücken in Gesprächen mit Gesundheitsfachpersonen schlossen. Diese Ergebnisse verdeutlichen ebenfalls, dass anwesende Angehörige eine wichtige Ressource in der Informationsgabe zur Medikation darstellen (Manias et al., 2015) und die Patientinnen und Patienten zu Hause ebenfalls häufig im Medikamentenmanagement unterstützen (Roux et al., 2019).

Verhalten von Gesundheitsfachpersonen

Ozavci et al. (2021a) beobachteten, dass Gesundheitsfachpersonen zu autoritärem Verhalten neigten, wenn es um Medikamentenänderungen ging und es jeweils anderen Gesundheitsfachpersonen überlassen wurde, diese Änderungen zu kommunizieren. Ozavci et al. (2021a) und Tobiano et al. (2021) stellten dazu fest, dass die Kommunikation über Medikamente weder für Ärztinnen und Ärzte noch Pflegefachpersonen eine Priorität darstellte und Pflegefachpersonen jedoch eine Vermittlungsrolle darin übernahmen. Tobiano et al. (2021) zeigten weiter auf, dass Gespräche mit Pflegefachpersonen, zu denen die älteren Personen eine gute Beziehung hatten, zwar geschätzt jedoch aufgrund von häufigem Personalwechsel und Zeitdruck selten zustande kamen. Ozavci et al. (2021a) bemerkten weiter, dass ein Austausch zwischen den älteren Personen und

Gesundheitsfachpersonen bezüglich der Medikamente am wenigsten an Visiten stattfand. Dagegen stehen jedoch die Ergebnisse von Tobiano et al. (2021), in der die geriatrischen Patientinnen und Patienten äusserten, dass sie während der Stationsvisiten viel vom Pflegefachpersonal über die Medikamente lernten. Des Weiteren entdeckten Ozavci et al. (2021a), dass Apothekerinnen und Apotheker als einzige die Kommunikation über die Medikamente priorisierten, die Bedürfnisse und Vorlieben der älteren Personen Vorrang hatten und dass sie dabei zu kreativen Mitteln griffen. Ozavci et al. (2021b) stellten fest, dass sich ältere Personen in Gesprächen mit Gesundheitsfachpersonen gut aufgehoben gefühlt hatten, wenn keine Fachausdrücke, Generika oder Medikamentennamen genannt und ihre Bedenken ernst genommen wurden. Diese Resultate verdeutlichen, dass nicht geklärt ist, in wessen Aufgabenbereich die Kommunikation über Medikamente tatsächlich fällt.

5.5 Ergebnisse in Verbindung mit dem EBN-Modell (Rycroft-Malone et al., 2004)

Die Ergebnisse aus den sieben Studien werden in diesem Kapitel in Verbindung mit den vier Kategorien des EBN-Modell von Rycroft-Malone et al. (2004) gebracht.

5.5.1 Forschung

Mittels einer systematisierten Literaturrecherche wurden sieben Studien gefunden, welchen den Ein- und Ausschlusskriterien entsprachen. Wie man den Publikationsdaten der Studien ansieht, handelt es sich um ein aktuelles Thema, welche zunehmend an Bedeutung gewinnt und noch viel Raum nach oben für weitere Forschungen und Fragestellungen zur Informationsgabe der Medikation gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten lässt. Bei den eingeschlossenen Studien handelte es sich um sechs qualitative und eine mixed-method Studie. Diese Studien konnten einen Einblick in das Erleben der geriatrischen Patientinnen und Patienten ermöglichen und können die Basis für die Entwicklung von Interventionen oder Hilfsmittel zur Verbesserung der Informationsgabe zur Medikation bei geriatrischen Patientinnen und Patienten darstellen. Des Weiteren sind ihre Resultate auf den Schweizer Kontext übertragbar, da es sich bei den Studienländern um Länder handelte, bei welchen die Gesundheitssysteme dem Schweizer System nahe kommen und bei der Studie von Stauffer et al. (2015) handelt es sich um eine Schweizerstudie. Schlussendlich kann den sieben Studien entnommen werden, dass die Ergebnisse nicht auf jede Patientin und jeden Patienten übertragen werden können. Die individuelle

patientenzentrierte Pflege steht im Vordergrund und die Ergebnisse sollten auf die jeweiligen Patientensituationen spezifiziert werden (Rycroft-Malone et al., 2004).

5.5.2 Klinische Erfahrung

Aus den eingeschlossenen Studien kann der Umgang von Ärztinnen und Ärzten, Apothekerinnen und Apothekern sowie Pflegefachpersonen mit den geriatrischen Patientinnen und Patienten entnommen werden. Daraus geht hervor, dass die Verantwortung der Informationsgabe zur Medikation nicht klar einer dieser Berufsgruppen zugeteilt ist und sich somit wahrscheinlich keiner dieser bewusst dafür verantwortlich fühlt. Die Autorinnen dieser Arbeit möchten jedoch das Augenmerk auf die klinische Erfahrung der Pflegefachpersonen legen und die gefundenen Ergebnisse vorwiegend auf diese Berufsgruppe übertragen.

In den Studien von Knight et al. (2011), Ozavci et al. (2021b) und Stauffer et al. (2015) äusserten die geriatrischen Patientinnen und Patienten, dass sie teilweise inadäquate Informationen zu den Medikamenten erhalten hatten oder es Diskrepanzen in den Aussagen der Pflegefachpersonen zu den Medikamenten gab, was bei ihnen zu Unsicherheiten und Misstrauen führte. Die geriatrischen Patientinnen und Patienten schätzten es teils sehr, dass sie während der Stationsvisiten von den Pflegefachpersonen Wissen zu ihren Medikamenten erlernen konnten (Tobiano et al., 2021). In der Studie von Ozavci, et al. (2021a) wurde erläutert, dass das Pflegefachpersonal die Medikamentenkommunikation häufig nicht als Priorität betrachteten und zudem bemängelten die Patientinnen und Patienten, dass die Gesundheitsfachpersonen auf der Visite häufig in Fachjargon sprachen und sie teils keine Möglichkeit bekamen, Fragen zu stellen. Des Weiteren wurde die Wichtigkeit einer guten und vertrauensvollen Beziehung zu den Pflegefachpersonen betont, da diese Gespräche über mögliche Fragen oder Unsicherheiten bezüglich der Medikamente ermöglichen (Stauffer et al., 2015; Tobiano et al., 2021; Tomlinson et al., 2020).

5.5.3 Lokaler Kontext

In den Ergebnissen der einbezogenen Studien konnten durch die Autorinnen verschiedene Faktoren gefunden werden, welche die Informationsgabe zur Medikation an geriatrische Patientinnen und Patienten beeinträchtigte oder teils verunmöglichte.

In den Studien von Ozavci et al. (2021a) und Tobiano et al. (2021) wurde bei Kommunikation zur Medikation der Geräuschpegel in der Umgebung als hinderlicher Faktor

wahrgenommen. Weitere nicht förderliche Faktoren waren, wenn die Patientin oder der Patient während der Informationsgabe mit anderen Tätigkeiten beschäftigt war oder wenn es zu Unterbrechungen der Informationsgabe kam (Tobiano et al., 2021). Ebenso wurde das Mitführen eines Computers auf der Visite von den geriatrischen Patientinnen und Patienten dann als störend empfunden, wenn der Fokus auf der elektronischen Krankenakte lag und sie keine Möglichkeit sahen, sich am Gespräch zu beteiligen (Ozavci et al., 2021a). Ebenfalls negativ auswirkend auf die Medikamentenkommunikation wurde der Zeitmangel des Pflegepersonals erlebt, da sich dadurch die Patientinnen und Patienten weniger in der Lage fühlten Fragen zu stellen oder Informationen vermittelt zu bekommen (Knight et al., 2011; Ozavci et al., 2021b; Tobiano et al., 2021). Der häufige Personalwechsel beim Pflegefachpersonal wurde gleichermassen als kontraproduktiv empfunden, da dieser den Aufbau einer guten und vertrauensvollen Beziehung zu den Patientinnen und Patienten erschwerte (Tobiano et al., 2021).

Abgesehen davon konnten durch die Autorinnen folgende Personen oder Hilfsmittel als förderliche Faktoren festgestellt werden: Angehörige welche über die Medikamente der geriatrischen Patientinnen und Patienten informiert waren, konnten dazu beitragen Kommunikationslücken zu schliessen und waren somit eine wichtige Informationsquelle und Ressource (Ozavci et al., 2021a). Die Medikamentenliste, welche die geriatrischen Patientinnen und Patienten beim Austritt erhielten wurde als sehr nützlich und hilfreich empfunden (Tobiano et al., 2021), vorausgesetzt sie waren für Laien verständlich und unkompliziert (Bagge et al., 2014; Knight et al., 2011).

5.5.4 Expertise und Präferenzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten

Die Expertise der geriatrischen Patientinnen und Patienten zu ihrer Medikation beeinflusst ihre Compliance in der Medikamenteneinnahme. Wenn sie nicht adäquat informiert sind, kann dies dazu führen, dass sie Medikamente, welche sie nicht kennen oder deren Wirkungen unklar sind, einfach nicht einnehmen (Knight et al., 2011; Ozavci et al., 2021b). In der Studie von Stauffer et al. (2015) hoben die geriatrischen Patientinnen und Patienten hervor, dass es ihnen wichtig war, ihre Medikamente selbst zu managen und als gleichgestellt zum Pflegefachpersonal in ihrem Wissen betrachtet werden. Ebenso wurde die Routine der geriatrischen Patientinnen und Patienten in ihrem Medikamentenmanagement unterstrichen, welche verhinderte, dass Medikamente nicht eingenommen wurden (Stauffer

et al., 2015; Tomlinson et al., 2020). Dagegen steht, dass es für die geriatrischen Patientinnen und Patienten klar ist, dass sie ihm Spital die Verantwortung für ihre Medikamente an das Pflegefachpersonal abgeben (Stauffer et al., 2015) und somit das Einhalten einer Routine erschwert wird. Trotz alldem haben sie teilweise ein umfassendes Wissen über die Wirkung ihrer Medikamente und informieren sich selbst über neu angeordnete Medikamente (Stauffer et al., 2015). In der weiteren Auseinandersetzung in dieser Kategorie, stellten die Autorinnen folgende Faktoren, welche einen Einfluss auf Informationsgabe hatten, fest. Der Wunsch nach Beteiligung im Entscheidungsprozess bei Medikamentenänderungen erscheint nicht einstimmig - während in der Studie von Stauffer et al. (2015) dieser sehr vordergründig ist, stellen die Studien von Ozavci et al.(2021b) und Tomlinson et al. (2020) fest, dass dabei die Präferenzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten in diesem Thema sehr auseinandergehen, von gar keiner erwünschten Beteiligung bis zum Wunsch der aktiven Mitbestimmung. Ebenso wurde in drei Studien betont, dass die geriatrischen Patientinnen und Patienten das Gesundheitsfachpersonal als Autorität betrachten und sich daher häufig nicht trauen, Fragen zu stellen, Entscheidungen zu hinterfragen und die Änderungen einfach hinnehmen (Bagge et al., 2014; Ozavci et al., 2021b; Tobiano et al., 2021). Andere waren verunsichert, ob sie ihr Wissen mit dem Gesundheitspersonal teilen sollten, da sie annahmen, dass das Gesundheitspersonal bereits ihre Medikamentengeschichte kannten (Tobiano et al., 2021). Dennoch gab es geriatrische Patientinnen und Patienten, welche ihr Wissen über ihre Medikamente nutzten, um für sich selbst einzutreten (Ozavci et al. 2021a).

5.6 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage war:

Wie erleben geriatrische Patientinnen und Patienten die Informationsgabe zu ihrer Medikation durch das Gesundheitspersonal des Akutspitals oder der Rehabilitationsklinik?

In den sieben Studien wurde die Informationsgabe zur Medikation von den geriatrischen Patientinnen und Patienten unterschiedlich erlebt. Positiv erlebten sie diese, wenn sie während der Stationsvisiten von den Pflegefachpersonen Wissen zu den Medikamenten vermittelt bekamen und eine vertrauensvolle Beziehung zu den Pflegefachpersonen bestand, so dass sie sich in der Lage fühlten, Fragen zu stellen oder Unsicherheiten anzusprechen. Des Weiteren wurde die Anwesenheit von Angehörigen als förderlich

empfunden, da diese dazu beitragen konnten, Kommunikationslücken zur Medikation der Patientinnen und Patienten zu schliessen und Informationen zu geben. Ebenso wurde die Medikamentenliste, welche die geriatrischen Patientinnen und Patienten beim Austritt erhielten als hilfreich erachtet. Negativ wurden hingegen die teils inadäquaten Informationen erlebt, welche die geriatrischen Patientinnen und Patienten erhielten oder Diskrepanzen in den Aussagen zur Medikation, ebenso der häufig verwendete Fachjargon während den Visiten und dass teils keine Möglichkeit zum Stellen von Fragen vorhanden war. Der Zeitmangel des Pflegepersonals wurde gleichermassen als negativ erlebt, da sich die Patientinnen und Patienten dadurch nicht in der Lage sahen Fragen zu stellen. Weiter wurde der häufige Personalwechsel als schwierig erachtet, da dieser den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung erschwerte und somit die Sicherheit, um Fragen zu stellen.

Dazwischen stand der unterschiedliche Wunsch nach Beteiligung der geriatrischen Patientinnen und Patienten im Medikamentenmanagement, von gar keiner gewünschten bis zur aktiven Beteiligung.

Darüber hinaus konnten die Autorinnen hinderliche Faktoren, wie das Betrachten der Gesundheitsfachperson als Autoritätsperson, was das Stellen von Fragen verhinderte, sowie Unsicherheiten darüber, ob die Patientinnen oder Patienten das Wissen zu ihrer Medikamentengeschichte teilen sollten, erkennen. Gleichermassen konnte die geräuschvolle Umgebung, Unterbrechungen während der Informationsgabe oder Patientinnen und Patienten, die währenddessen mit anderen Dingen beschäftigt waren usw., als hinderliche Faktoren festgestellt werden. Diese vertiefte Auseinandersetzung mit den sieben Studien, ermöglichte den Autorinnen ein tieferes Verständnis und neue Erkenntnisse bezüglich des Erlebens der Informationsgabe zur Medikation geriatrischer Patientinnen und Patienten. Dennoch muss gesagt werden, dass die Forschungsfrage nicht abschliessend beantwortet werden kann, die Schwächen und Limitationen der gewählten Studien zeigen auf, dass noch ein Forschungsbedarf in diesem Themengebiet von Nöten ist, um die Forschungsfrage vollständig zu beantworten. Im Kapitel 7.1 Forschungsausblick wird noch genauer auf die vorhandenen Forschungslücken eingegangen.

5.7 Limitationen

Bei dieser Arbeit wurde vor allem das Erleben der gewählten Population in Bezug auf die Informationsgabe der Medikation im Akutspital oder der Rehabilitationsklinik untersucht.

Das Erleben der Angehörigen oder des Pflegefachpersonals wurde dabei nicht beachtet und dies könnte noch weitere Aspekte für ein umfassendes Verständnis liefern. Aus den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien können nur Empfehlungen abgeleitet werden, welche im folgenden Kapitel 6 Theorie-Praxis-Transfer aufgeführt sind, da keine Interventionen zur Verbesserung der Informationsgabe zur Medikation untersucht wurden, deren Entwicklung wäre ein weiterer Schritt. Zudem handelt es sich bei dieser Arbeit um eine systematisierte Literaturrecherche, welche auf zwei Datenbanken begrenzt wurde, daher kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass alle möglichen Studien in dieser Arbeit inkludiert wurden. Die Literaturrecherche gestaltete sich allgemein als schwierig, da es nur wenige Studien zum Setting des Akutspitals gab und die Autorinnen somit das Setting um die Rehabilitationsklinik erweiterten. Ebenso ist die kritische Würdigung der Studien durch die fehlende Erfahrung und das beschränkte Hintergrundwissen der Autorinnen limitiert.

6 Theorie-Praxis-Transfer

Anhand der im Kapitel 5.3. beschriebenen Kategorien des EBN-Modell von Rycroft-Malone et al. (2004): klinische Expertise, lokaler Kontext und Expertise der geriatrischen Patientinnen und Patienten, werden Empfehlungen für die Praxis aus den Ergebnissen der sieben bearbeiteten Studien durch die Autorinnen dieser Arbeit gebildet, wie die Pflegefachpersonen die Informationsgabe zur Medikation optimieren können, welche teils durch weitere Studien belegt werden konnten. Auf die vierte Kategorie Forschung, wird im Kapitel 8.1. Forschungsausblick eingegangen.

6.1 Klinische Erfahrung

Obwohl in den sieben Studien auf die Professionen Ärztinnen, Ärzte, Apothekerinnen, Apotheker und Pflegefachpersonen eingegangen wird, hebt die Studie von Stauffer et al. (2015) hervor, dass gerade die Pflegefachpersonen eine Schlüsselfunktion in der Informationsgabe zur Medikation einnehmen oder einnehmen können. Somit sollten die Pflegefachpersonen die Kommunikation zur Medikation priorisieren und sie nicht wie in der Studie von Ozavci, et al. (2021a) als unwichtig betrachten. Die Kommunikation mit den geriatrischen Patientinnen und Patienten im Allgemeinen und spezifisch über ihre Medikamente sollte auf diese angepasst und ohne Fachjargon stattfinden, was die Patientinnen und Patienten schätzen (Ozavci et al., 2021b).

Weiter kann aus den Ergebnissen geschlossen werden, dass es wichtig ist, dass alle Pflegefachpersonen ein spezifisches Wissen zu den Medikamenten haben sollten, welches die Wirkung, häufigste Nebenwirkungen, Applikationsart und Zeitpunkt der Einnahme umfasst (Tobiano et al., 2021), damit sie den Patientinnen und Patienten sich deckende Informationen darüber vermitteln können und somit Unsicherheiten wie Unzufriedenheiten von Seiten der Patientinnen und Patienten verhindert werden können. Hinzu kommt, dass es den Pflegefachpersonen ein Anliegen sein sollte, eine vertrauensvolle und gute Beziehung zu den Patientinnen und Patienten aufzubauen, da dies die Kommunikation zur Medikation erleichtert und den geriatrischen Patientinnen und Patienten eine Ebene schafft, in der sie sich trauen Fragen zu stellen und ihre Bedenken zu äussern (Stauffer et al., 2015; Tobiano et al., 2021; Tomlinson et al., 2020). Zudem sollten die Pflegefachpersonen die medikationsspezifischen Bedürfnisse der geriatrischen Patientinnen und Patienten erfragen, darin Beratung anbieten und gemeinsame Lösungen suchen (Stauffer et al., 2015). Schlussendlich ist es wichtig, dass die Pflegefachpersonen Patientinnen- und patientenzentriert arbeiten und nicht vom Allgemeinen auf die einzelnen Patientinnen- und Patientensituationen schliessen sollten. Abschliessend kann zur klinischen Erfahrung gesagt werden, dass es gemäss Rycroft-Malone et al. (2004) wichtig ist, dass sich die Pflegefachpersonen reflektieren, sich in den erläuterten Punkten hinterfragen und feststellen, wo es nötig ist ihre Handlungsweisen zu ändern oder zu erweitern. Dies wiederum würde zu einer Erweiterung ihrer klinischen Erfahrung und ihres Wissens führen.

6.2 Lokaler Kontext

Bei der Informationsgabe zur Medikation sollte im lokalen Kontext darauf geachtet werden, dass dieser in einem Umfeld stattfindet, in dem die Kommunikation mit den geriatrischen Patientinnen und Patienten nicht durch Hintergrundgeräusche beeinträchtigt wird (Ozavci et al., 2021a; Tobiano et al., 2021). Zudem sollte die Informationsgabe in Ruhe durchgeführt werden und nicht dann, wenn Patientinnen oder Patienten mit anderen Dingen, wie z.B. dem Einpacken ihrer Sachen, beschäftigt sind (Tobiano et al., 2021). Es sollte darauf geachtet werden, dass es während der Informationsgabe zu möglichst wenig Unterbrechungen kommt (Tobiano et al., 2021), dies könnte mit einem Schild an der Patientenzimmertür oder durch das Informieren des Teams ermöglicht werden, so dass die Pflegefachperson für eine bestimmte Zeit in einem Gespräch mit der Patientin oder dem Patienten

ist, da der Zeitmangel des Pflegefachpersonals als Hinderungsgrund genannt wurde (Knight et al., 2011; Ozavci et al., 2021b; Tobiano et al., 2021), wäre es wichtig, dass sich die Pflegefachperson explizit die Zeit dafür reserviert und in ihrem Tagesgeschehen einplant, so dass sich die Patientin oder der Patient beim Gespräch nicht gestresst fühlt und ein Klima entsteht, in dem sie/er ihre/seine Fragen und Bedenken äussern kann (Hausmann, 2020). Grundsätzlich wäre es diesbezüglich wichtig, die Informationsgabe zu den Medikamenten an die Patientinnen und Patienten in den Kompetenzkatalog der Pflegefachpersonen aufzunehmen, ein Augenmerk darauf zu richten und ihnen die nötige Zeit dafür zu ermöglichen. Hinzu kommt, dass eine vertrauensvolle Beziehung die Kommunikation zur Medikation zwischen dem Pflegefachpersonal und den Patientinnen und Patienten fördert, dies würde durch einen häufigen Personalwechsel erschwert (Tobiano et al., 2021). Eine Empfehlung daraus wäre, dass darauf geachtet wird, dass die gleiche Pflegefachperson für mehrere Tage den gleichen Patientinnen und Patienten zugeteilt ist, um einen Beziehungs- und Vertrauensaufbau zu ermöglichen. Bei der Visite sollten die Pflegefachpersonen darauf achten, als Vermittlungspersonen zu fungieren und den Fokus auf der Patientin oder dem Patienten zu haben und nicht auf dem mitgeführten Computer (Bagge et al., 2014; Knight et al., 2011; Ozavci et al., 2021a; Tobiano et al., 2021), so dass sich die Patientin oder der Patient aktiv am Gespräch beteiligen und bei Änderungen mitbestimmen können. Des Weiteren sollten Ressourcen wie die Nutzung von Angehörigen, welche beim Medikamentenmanagement der Patientinnen und Patienten involviert sind, da sie häufig ebenfalls ein breites Wissen mitbringen und sich als Informationsquelle eignen, genutzt werden (Ozavci et al., 2021a). So können Informationslücken geschlossen werden und die Sicherheit im Medikamentenmanagement erhöht werden, indem die erhaltenen Informationen von den Patientinnen und Patienten bei Bedarf mit denen der Angehörigen abgeglichen werden. Ein häufig angewendetes Hilfsmittel waren Medikamentenlisten bei den Austrittspapieren (Bagge et al., 2014; Knight et al., 2011; Tobiano et al., 2021), bei diesen sollte jedoch darauf geachtet werden, dass sie den Patientinnen und Patienten erklärt werden, sie sollten keine Fachausdrücke und keine Abkürzungen enthalten, sodass sie leicht verständlich sind, auch auf die Schriftgrösse sollte gerade bei geriatrischen Patientinnen und Patienten geachtet werden.

6.3 Expertise und Präferenzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten

Gerade in der Studie von Stauffer et al. (2015) wird vermehrt darauf hingewiesen, dass die geriatrischen Patientinnen und Patienten als Expertinnen und Experten in ihrer Medikation betrachtet werden sollen, damit sie sich in den Gesprächen zur Medikation als gleichgestellt zum Gesundheitspersonal fühlen, so dass sie ihre Meinungen, Bedenken und Fragen äussern können. Zudem sollten sie zu ihren Medikamenten befragt werden, da sie so dazu beitragen können, Fehler beim Medikamentenmanagement zu vermeiden und um sie vor potenziellen Gefahren wie einer Unverträglichkeitsreaktion zu schützen (Knight et al., 2011; Ozavci et al., 2021a, Tobiano et al., 2021). Jedoch zeigte sich in den Studien von Ozavci et al. (2021b) und Tomlinson et al. (2020), dass es wichtig ist, die Präferenzen der geriatrischen Patientinnen und Patienten in Sachen Beteiligung an den Entscheidungen zum Medikamentenmanagement zu erfragen und sie gemäss diesen miteinzubeziehen. Zudem sollte es den geriatrischen Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, ihr Medikamentenmanagement gemäss ihrer Routine im Spital gleichermassen selbstständig zu übernehmen, wie in ihrem gewohnten Umfeld, sodass es zu keiner Unterbrechung ihrer Routine kommt und ein Verlust dieser Ressource sowie einem fehlerhaftem Medikamentenmanagement nach dem Austritt vorgebeugt wird (Mortelmans et al., 2021).

7 Schlussfolgerungen

Anhand der gewonnenen Erkenntnisse lässt sich abschliessend sagen, dass es viele Faktoren gibt, welche die Informationsgabe beeinflussen wie z.B. das Erleben der geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Beziehung zu den Gesundheitspersonen, ob sie diesen vertrauen oder nicht, worauf die Gesundheitsfachpersonen ihren Fokus legen, der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten und ihren Präferenzen auf das involviert sein in den Entscheidungsprozessen und dem Medikamentenmanagements. Es hat sich dazu gezeigt, dass sich keine, der in dieser Arbeit beschriebenen Berufsgruppen explizit für diese Aufgabe zuständig fühlt und diese somit vom einen zum nächsten geschoben wird. Daher sollte eine klare Zuteilung dieser Kompetenz zu einer Berufsgruppe stattfinden oder die einzelnen Schritte von der Verordnung bis zur Einnahme des Medikamentes und alle Schritte dazwischen spezifisch erfasst werden, sodass jede Berufsgruppe schlussendlich ihre Zuständigkeit kennt und die Patientinnen und Patienten die für sie nötigen Informationen erhalten.

Die Informationsgabe zur Medikation wird klar als ein Problem wahrgenommen, doch nehmen die Autorinnen bis jetzt keine Massnahmen dazu in der Praxis wahr, obwohl es wahrscheinlich nicht nur ein Problem bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, sondern vermutlich ein weitreichenderes Problem ist, welches alle multimorbiden Patientinnen und Patienten mit Polypharmazie betrifft. Dennoch sollten die Pflegefachpersonen ein Augenmerk darauf haben, inwiefern die Patientinnen und Patienten in ihrem Medikamentenmanagement integriert und die Informationen dazu erhalten wollen. Somit steht die patientenzentrierte Pflege im Vordergrund. Die Autorinnen halten fest, dass den Pflegefachpersonen die verschiedenen Faktoren, welche die Informationsgabe zur Medikation beeinflussen, bewusst sein, sie sich darin reflektieren und in den Prozessen darauf eingegangen werden sollte. Mittels dem EBN-Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) konnten die Autorinnen bereits wichtige Anhaltspunkte und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, welche sie in ihre Praxis mitnehmen.

7.1 Forschungsausblick

Um offene Fragen noch beantworten zu können, sollten weitere Forschungen in folgenden Punkten durchgeführt werden:

- Eine genauere Untersuchung des Erlebens der geriatrischen Patientinnen und Patienten in Bezug auf die Informationsgabe durch Pflegefachpersonen wäre gerade für den Pflegekontext aufschlussreich.
- Mangel an Studien, welche in Schweizer Spitälern durchgeführt wurden, um genauere Empfehlungen für den lokalen Kontext der Schweiz herzuleiten.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen sollten zudem klare Implikationen für die Praxis abgeleitet werden, diese sollten mittels Forschung getestet und in die pflegerische Arbeit eingeführt werden. Eine spezifischere Forschung bezüglich der Forschungsfrage, wie die geriatrischen Patientinnen und Patienten die Informationsgabe zur Medikation im Spital erleben, wäre wünschenswert, da die Studien in dieser Arbeit meist einen breiteren Fokus hatten.

Literaturverzeichnis

- Aktories, K., Förstermann, U., Hofmann, F., & Starke, K. (Hrsg.). (2009). *Repetitorium allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie* (2., überarbeitete Auflage). Elsevier, Urban & Fischer.
- Bagge, M., Norris, P., Heydon, S., & Tordoff, J. (2014). Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(5), 791–800. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.005>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie* (Print-on-Demand Ausgabe der 1. Auflage). Urban & Fischer in Elsevier.
- Bastable, S. B. (2010). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice*. Jones and Bartlett.
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der «Wissenschaft» (4., überarbeitete und ergänzte Auflage). Hogrefe.
- Bowen, J. F., Rotz, M. E., Patterson, B. J., & Sen, S. (2017). Nurses' attitudes and behaviors on patient medication education. *Pharmacy Practice*, 15(2), 930–930. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.02.930>
- Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H., & Schrems, B. (Hrsg.). (2018). *Pflegewissenschaft 2* (3. Aufl.). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85739-000>
- Braun, V. (2016). Multimorbidität. In *Pschyrembel*. <https://www.pschyrembel.de/Multimorbidit%C3%A4t/K0EKK/doc/>
- Bucknall, T., Digby, R., Fossum, M., Hutchinson, A. M., Considine, J., Dunning, T., Hughes, L., Weir-Phyland, J., & Manias, E. (2019). Exploring patient preferences for involvement in medication management in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2189–2199. <https://doi.org/10.1111/jan.14087>
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Medikamentenkonsument insgesamt, Konsum einzelner Medikamente*. Bundesamt für Statistik. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2017/files/de/02a6.xml>

- Bundesamt für Statistik. (2021). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser, 2017–2019 Personen mit einer hohen Anzahl Hospitalisierungstage*. Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.asset-detail.16324078.html>
- Burns, N., Grove, S. K., & Burns, N. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden* (1. Aufl.). Elsevier, Urban & Fischer.
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Ernst, F., Lübke, N., Meinck, M., & Renz, J.-C. (2020). *Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie: Empfohlen vom Kompetenz-Centrum Geriatrie der Medizinischen Dienste* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Springer.
- Flick, U., Kardorff, E. von, & Steinke, I. (Hrsg.). (2010). *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (8. Auflage, Originalausgabe). rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gillam, S. W., Gillam, A. R., Casler, T. L., & Curcio, K. (2016). Education for medications and side effects: A two part mechanism for improving the patient experience. *Applied Nursing Research*, 31, 72–78. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.11.017>
- Greenhalgh, T., Beifuss, K., Greenhalgh, T., & Greenhalgh, T. (2015). *Einführung in die evidenzbasierte Medizin* (3., vollständig überarb. und erw. Aufl.). Huber.
- Hausmann, C. (2020). *Kommunikation in der Pflege Grundlagen für die Praxis*. <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.24989/9783991110668>
- Jaehde, U. (2016). Polymedikation. In *Hunnius Pharmazie*. <https://www.pschyrembel.de/Polymedikation/H0GDJ/doc/>
- Kent, M. (2007). *The Oxford dictionary of sports science & medicine*. Oxford University Press. <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780198568506.001.0001/acref-9780198568506>

- Knight, D. A., Thompson, D., Mathie, E., & Dickinson, A. (2011). 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital: Older people and their carer's experiences. *Health Expectations*, 16(3), 277–291. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00714.x>
- Louw, J. M., Marcus, T. S., & Hugo, J. F. M. (2017). Patient- or person-centred practice in medicine? – A review of concepts. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1455>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Nohl, A., & LoBiondo-Wood, G. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2., [erw.] Aufl). Elsevier, Urban & Fischer.
- Manias, E., Rixon, S., Williams, A., Liew, D., & Braaf, S. (2015). Barriers and enablers affecting patient engagement in managing medications within specialty hospital settings. *Health Expectations*, 18(6), 2787–2798. <https://doi.org/10.1111/hex.12255>
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430–439. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
- Mortelmans, L., De Baetselier, E., Goossens, E., & Dilles, T. (2021). What Happens after Hospital Discharge? Deficiencies in Medication Management Encountered by Geriatric Patients with Polypharmacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7031. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137031>
- O'Leary, K. J., Kulkarni, N., Landler, M. P., Jeon, J., Hahn, K. J., Englert, K. M., & Williams, M. V. (2010). Hospitalized Patients' Understanding of Their Plan of Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 47–52. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0232>
- Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., Joseph, K., & Manias, E. (2021a). Knowledge and Power Relations in Older Patients' Communication About Medications Across Transitions of Care. *Qualitative Health Research*, 31(14), 2678–2691. <https://doi.org/10.1177/10497323211043494>

- Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., & Manias, E. (2021b). Towards patient-centred communication in the management of older patients' medications across transitions of care: A focused ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, jocn.16162. <https://doi.org/10.1111/jocn.16162>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Porta, M. S., Last, John M, & Oxford University Press. (2018). *A dictionary of public health*. Oxford University Press. <http://proxy.library.brocku.ca/login?url=http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780191844386.001.0001/acref-9780191844386>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW*.
- Rodrigue, N., Laizner, A. M., Tze, N., & Sewitch, M. (2017). Experiences of Older Adult Trauma Patients Discharged Home From a Level I Trauma Center. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 182–192. <https://doi.org/10.1097/JTN.000000000000288>
- Roux, P., Verloo, H., Santiago-Delefosse, M., & Pereira, F. (2019). The spatial dimensions of medication management by home-dwelling older adults after hospital discharge. *Health & Place*, 60, 102230. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102230>
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- SAMW. (2015). *Forschung mit Menschen, Ein Leitfaden für die Praxis* (2. Aufl.). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Leitfaden-fuer-die-Praxis.html>
- Schäfer, M., Scherrer, Adrian, Burla, Laila. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung systematische Übersichtsarbeit*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. <https://repository.publisso.de/resource/frl:5313255>
- SDBB. (2021). *Arzt/Ärztin UH*. <https://www.berufsbertung.ch/dyn/show/1900?id=7110>

- Sheikh, A., Dhingra-Kumar, N., Kelley, E., Kieny, M. P., & Donaldson, L. J. (2017). The third global patient safety challenge: Tackling medication-related harm. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(8), 546-546A. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.198002>
- Stauffer, Y., Spichiger, E., & Mischke, C. (2015). Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt – eine qualitative Studie. *Pflege*, 28(1), 7–18. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000400>
- Tobiano, G., Chaboyer, W., Teasdale, T., Cussen, J., Raleigh, R., & Manias, E. (2021). Older patient and family discharge medication communication: A mixed-methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 898–906. <https://doi.org/10.1111/jep.13494>
- Tomlinson, J., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Fylan, B. (2020). Post-discharge medicines management: The experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expectations*, 23(6), 1603–1613. <https://doi.org/10.1111/hex.13145>
- Warmbrunn, A. (2016). Rehabilitationszentrum. In *Pschyrembel*. <https://www.pschyrembel.de/Rehabilitationszentrum/T036V/doc/>
- Wirtz, M. A. (2021). Erleben. In *Dorsch Lexikon der Psychologie*. Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/erleben>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Flussdiagramm.....	16
Abbildung 2 6-S-Evidenzpyramide (DiCenso et al., 2009, S. 100).....	17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien der Studien und Begründung.....	13, 14, 15
Tabelle 2 Übersicht der Studien.....	19, 20, 21
Tabelle 3 Einschätzung der Güte der Studie von Bagge et al. (2014) anhand von Lincoln & Guba (1985).....	23, 24
Tabelle 4 Einschätzung der Güte der Studie von Knight et al. (2011) anhand von Lincoln & Guba (1985).....	25, 26
Tabelle 5 Einschätzung der Güte der Studie von Ozavci et al. (2021a) anhand von Lincoln & Guba (1985).....	28

Tabellenverzeichnis

Tabelle 6 Einschätzung der Güte der Studie von Ozavci et al. (2021b) anhand von Lincoln & Guba (1985).....	30, 31
Tabelle 7 Einschätzung der Güte der Studie von Stauffer et al. (2015) anhand von Lincoln & Guba (1985).....	32, 33
Tabelle 8 Einschätzung der Güte der Studie von Tobiano et al. (2021) anhand von Lincoln & Guba (1985).....	36, 37
Tabelle 9 Einschätzung der Güte der Studie von Tobiano et al. (2021) anhand von Bartholomeyczik et al. (2008).....	37, 38
Tabelle 10 Einschätzung der Güte der Studie von Tomlinson et al. (2020) anhand von Lincoln & Guba (1985).....	40, 41

Anhänge

- Danksagung
- Wortzahl
- Eigenständigkeitserklärung
- Tabelle 1: Keywords
- Tabelle 2: Suchstrategie und Suchprotokoll
- Zusammenfassungen der Studien anhand der AICA-Tabelle nach Ris & Preusse-Bleuler (2015)
- Würdigungen der Studien anhand der AICA-Tabelle nach Ris & Preusse-Bleuler (2015)
- Einschätzung der Güte der Studien nach Lincoln & Guba (1985) oder Bartholomeyczik et al. (2008)

Danksagung

Wir möchten uns an dieser Stelle bei allen Bedanken, die uns bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Wir danken Frau Willi für ihre guten Ratschläge, ihr stets offenes Ohr und ihre Zeit.

Weiter danken wir unseren Familien und Freunden für die moralische Unterstützung, sowie allen Kollegen und Kolleginnen für das kritische Lesen dieser Arbeit.

Wortzahl

Abstract: 189

Arbeit: 11'959

Die Zählung der Wörter der Arbeit erfolgte unter Ausschluss des Abstracts, Tabellen, Abbildungen, Literatur-, Tabellen- und Abbildungsverzeichnis und Anhänge.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Winterthur, 14. April 2022

Cornelia Berger-Thommen

Edith Holik



Tabelle 1: Keywords

Keyword Deutsch	Keyword Englisch	MeSH und Subject Headings
erleben, wahrnehmen, empfinden, erfahren, fühlen, Eindruck	experience, feel, encounter, perceive	-
geriatrisch, ältere Menschen	geriatric, aged, elderly	"Geriatric Nursing"[Mesh], "Aged"[Mesh], (MH "Aged"), (MH "Gerontologic Nursing"), "aged, hospitalized" [subject heading]
Patient	patient*, inpatient	"Patients"[Mesh]
Informationen, Auskunft, Erklärungen, Mitteilungen, Angaben, Gespräch	information, facts, details, report, news, message, communication	-
Medikament, Arzneimittel, Präparat, Heilmittel, Arznei, Medizin	medication, medicine, pill*	"Patient Medication Knowledge"[Mesh], "Medication Therapy Management"[Mesh], "Polypharmacy"[Mesh], "Medication Adherence"[Mesh] (MH "Medication Management"), (MH "Polypharmacy")
Gesundheitspersonal, Pflegefachperson	health care workers, nurs*, caregiver, health professional, medical care, car*	"Nursing"[Mesh] "nursing" [Subheading] (MH "Nursing Interventions") (MH "Medical Care")
Akutspital, Hospital, Klinik, Krankenhaus	hospital, clinic, medical center	"Hospitals"[Mesh]
Rehabilitationsklinik, Rehabilitationszentrum	rehabilitation*	"Rehabilitation Centers"[Mesh] "Hospitals, Rehabilitation"[Mesh] (MH "Rehabilitation") (MH "Rehabilitation, Geriatric")

Tabelle 2: Suchstrategie und Suchprotokolle

OR	AND	OR	AND	OR	AND	OR	AND	OR	AND	OR	AND	NOT
experience, feel, encoun- ter, perceive	geriatric, aged, elderly, older "Geriatric Nursing"[Mesh], "Aged"[Mesh], (MH "Aged"), (MH "Gerontologic Nurs- ing")	patient*, inpatient, "Patients"[Mesh]	information, communica- tion	medication, medicine, pill*, "Patient Medication Knowledge"[Mesh], "Medication Therapy Management"[Mesh], "Polypharmacy"[Mesh], "Medication Adher- ence"[Mesh], (MH "Medication Man- agement"), (MH "Polypharmacy")	car*, nurs*, health profes- sional*, health care work- ers, caregiver, health pro- fessional, medical care "Nursing"[Mesh] "nursing" [Subheading] (MH "Nursing Interven- tions") (MH "Medical Care")	hospital, clinic, medical center, "Hospitals"[Mesh] OR "Rehabilitation Centers"[Mesh] "Hospitals, Reha- bilitation"[Mesh] (MH "Rehabilita- tion") (MH "Reha- bilitation, Geriat- ric"), rehabilita- tion*	fall*, incontinence					

Datum Literatur-recherche	Datenbank	Keywords, MeSH Terms, Eingrenzungen	Anzahl Treffer	Titel-screening	Abstract gelesen	Volltext gelesen	Eingeschlossene Ergebnisse
18.11.2021	PubMed	(experience) AND ("aged"[MeSH Terms]) OR (geriatric) AND ("medication") OR ("Medication Therapy Management"[Mesh]) AND (nurs*) AND (discharge) NOT (fall) NOT (incontinence) <i>Eingrenzung:</i> •Publikationsdatum: ab 2011	149	149	10	2	(Stauffer et al., 2015)
22.11.2021	PubMed	"medication management" AND nurs* AND hospital AND aged AND experience <i>Eingrenzung:</i> •Publikationsdatum: ab 2011	23	23	4	1	(Stauffer et al., 2015)
15.01.2022	PubMed	"medication" AND information AND nurs* AND hospital OR rehabilitationcenter AND aged AND experience <i>Eingrenzung:</i> •Publikationsdatum: ab 2011	132	132	8	4	(Stauffer et al., 2015) (Knight et al., 2011) (Ozavci et al., 2021a) (Ozavci et al., 2021b)
22.11.2021	PubMed	(((((("experience") AND ("aged"[MeSH Terms])) OR ("elderly")) OR ("older")) AND (information)) AND ("medication")) OR (medication therapy management[MeSH	39	39	1	2	(Tobiano et al., 2021)

Datum Literatur-recherche	Datenbank	Keywords, MeSH Terms, Eingrenzungen	Anzahl Treffer	Titel-screening	Abstract gelesen	Volltext gelesen	Eingeschlossene Ergebnisse
		Terms])) AND (nurs*)) AND (hospitals[MeSH Terms]) <i>Eingrenzung:</i> •Publikationsdatum: ab 2011					
22.11.2021	PubMed	(((((("experience") AND ("aged"[MeSH Terms])) OR ("elderly")) OR ("older")) AND (information)) AND (medication)) OR (medication therapy management[MeSH Terms])) AND (nurs*)) AND (hospitals[MeSH Terms]) NOT fall NOT incontinence <i>Eingrenzung:</i> •Publikationsdatum: ab 2011	169	169	0	2	(Tobiano et al., 2021)
29.11.2021	PubMed	"medication management" AND older people AND hospital <i>Eingrenzung:</i> •Publikationsdatum: ab 2011	173	173	4	3	(Tomlinson et al., 2020) (Stauffer et al., 2015)
15.01.2021	CINAHL Complete	((MH "Rehabilitation") OR (MH "Rehabilitation, Geriatric") OR hospital) AND (elderly or aged or older or elder or geriatric) AND (experiences or perceptions or attitudes or	43	43	1	1	(Ozavci al., 2021a)

Datum Literatur-recherche	Datenbank	Keywords, MeSH Terms, Eingrenzungen	Anzahl Treffer	Titel-screening	Abstract gelesen	Volltext gelesen	Eingeschlossene Ergebnisse
		views or feelings) AND medication information <i>Eingrenzung:</i> • Publikationsdatum: ab 2011					
15.01.2022	CINAHL Complete	("elderly" or "geriatric" or "older people" or "aged +65") AND (experiences or perceptions or feelings) AND medication AND (information or communication) NOT fall* <i>Eingrenzung:</i> • Publikationsdatum: ab 2011	136	136	7	3	(Tomlinson et al., 2020) (Knight et al., 2011)
15.01.2022	CINAHL Complete	aged AND hospitalized AND rehabilitation AND information AND medication <i>Eingrenzung:</i> • Publikationsdatum: ab 2011	125	125	3	1	
15.01.2022	CINAHL Complete	Information AND medication AND hospital AND rehabilitation AND experience <i>Eingrenzung:</i> • Publikationsdatum: ab 2011 • Alter: 65+	93	93	7	7	(Knight et al., 2011) (Ozavci et al., 2021a)

Datum Literatur-recherche	Datenbank	Keywords, MeSH Terms, Eingrenzungen	Anzahl Treffer	Titel-screening	Abstract gelesen	Volltext gelesen	Eingeschlossene Ergebnisse
15.01.2022	CINAHL Complete	geriatrics OR older adults OR elderly AND information AND experience AND medication <i>Eingrenzung:</i> <ul style="list-style-type: none"> •Publikationsdatum: ab 2011 •Sprache: englisch 	106	106	5	4	(Tomlinson et al., 2020)
15.01.2022	CINAHL Complete	geriatrics OR older adults OR elderly AND information AND adherence AND medication NOT falls NOT incontinence <i>Eingrenzung:</i> <ul style="list-style-type: none"> •Publikationsdatum: ab 2011 •Länder: Europa, USA, UK & Irland, Australien & Neuseeland, Kanada 	104	104	8	4	
15.01.2022	CINAHL Complete	geriatrics OR older adults OR elderly AND information AND medication NOT falls NOT incontinence <i>Eingrenzung:</i> <ul style="list-style-type: none"> •Publikationsdatum: ab 2011 •Länder: USA, UK & Irland, Europa •Alter: 65+ 	88	88	4	1	
27.12.2021	Schneeballsuche	Aus dem Review von (Tobiano et al., 2019)				1	(Bagge et al., 2014)

Zusammenfassungen und Würdigungen der Studien

Zusammenfassung der Studie: Bagge, M., Norris, P., Heydon, S., & Tordoff, J. (2014). Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(5), 791–800. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.005>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Während eines Spitalaufenthalts kommt es häufig zu Medikamentenänderungen. Dabei haben gerade ältere Menschen ein höheres Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen nach einem Spitalaufenthalt, da sie häufig multimorbid sind und meist mehr Medikamente einnehmen.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Das Ziel der Studie ist es zu erforschen, wie ältere Patienten über 75, welche kürzlich aus dem Spital nach Hause entlassen wurden, mit ihren Medikamentenänderungen, welche im Spital gemacht wurden, umgehen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Forscher nehmen in der Einleitung Bezug auf verschiedene Literatur und zeigen auf, dass die Kommunikation mit älteren Patienten bezüglich ihrer Medikation mangelhaft ist.</p> <p>Argumentation Forschungsbedarf: Die Forscher begründen ihre Forschung damit, dass es bisher nur wenig qualitative Studien darüber gibt, wie die Sichtweise von älteren Menschen gegenüber Medikamentenänderungen nach dem Spitalaustritt ist und wie sie mit dem Gesundheitspersonal, welche darin involviert sind, umgehen. Zudem gibt es nur wenig Informationen über die Weite</p>	<p>Forschungsansatz: Ein qualitatives Studiendesign wurde gewählt.</p> <p>Stichprobe: Probanden (N=40) wurden von zwei medizinischen Abteilungen eines Spitals aus Neuseeland rekrutiert.</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75-jährig oder älter – Begründung: diese Personengruppe ist häufiger multimorbid und nehmen mehr verschriebene Medikamente ein. • Einnahme von vier oder mehr Medikamenten – Begründung: Diese Personen sind an eine grosse Anzahl an Medikamenten gewöhnt, was wiederum dem Interviewer ermöglicht zu erfragen, wie ihr Umgang mit Medikamentenänderungen ist. Zudem besteht ein grösseres Risiko für unerwünschte Medikamentenwirkungen oder Interaktionen. • Mindestens eine Medikamentenänderung während des Spitalaufenthaltes • Austritt nach Hause <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine benannt <p>115 Probanden wurden von den Pflegefachpersonen der jeweiligen Abteilungen als mögliche Probanden ausgewählt, davon erfüllten 76 die Einschlusskriterien und gaben ihr Einverständnis für einen Telefonanruf Zuhause. Von diesen 76 konnten 40 interviewt werden, die anderen 16 wurden ausgeschlossen, da sie die Einschlusskriterien nicht mehr erfüllten. 19 Probanden waren männlich und 21 weiblich. Das Durchschnittsalter war 82 bei den männlichen und 86 bei den weiblichen Probanden. 38 Probanden hatten eine neuseeländisch-europäische Abstammung und 2 waren Maori. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital war 7 Tage. Die durchschnittliche Anzahl von Medikamenten am Tag war 9 bei Eintritt und 10 bei Austritt. Die durchschnittliche Medikamentenänderungsanzahl war 4.</p> <p>Datenerhebung: Einmalig wurden semi-strukturierte Interviews ein bis zwei Wochen nach dem Austritt der Probanden bei ihnen Zuhause durch einen der Forscher durchgeführt. Diese wurden digital aufgezeichnet und anschließend wortwörtlich transkribiert.</p> <p>Methodologische Reflexion:</p>	<p>Tabellen: Eine Tabelle zeigt die Anzahl verschriebener Medikamente der Probanden bei Eintritt und Austritt auf. Eine zweite Tabelle gibt einen Überblick über die Medikamentenänderungen während dem Spitalaufenthalt.</p> <p>Ergebnisse: Es ergaben sie 4 Kategorien.</p> <p>1. Kategorie: Vertrauen in den Arzt: Die Probanden gaben an, dass sie dem Arzt vertrauen und daher Medikamentenänderungen akzeptieren. Dies führte bei einer Probandin zu einer Unverträglichkeitsreaktion, obwohl sie diese Unverträglichkeit dem Spitalarzt gemeldet hatte.</p> <p>2. Kategorie: Zurückhaltung in der Befragung des Spitalpersonals: Die Probanden passen sich dem Spitalablauf an, obwohl sie Medikamente häufig zu spät erhalten. Ihre Medikamentenänderungen hinterfragen sie meist nicht, da sie nicht mit dem Personal streiten oder hinterfragen möchten. Einige wurden in die Entscheidungen bezüglich ihrer Medikamente miteinbezogen andere nicht. Die Probanden gaben auch an, dass sie nicht wissen, was sie fragen sollen, da sie zu wenig über ihre Medikamente wissen oder die Erklärungen des Personals nicht verstehen. Viele Probanden gaben an, dass sie sich nicht in der Position sehen Fragen zu stellen.</p> <p>3. Kategorie: Nicht informiert über Medikamentenänderungen: 39 Probanden wussten, dass es Medikamentenänderungen gegeben hatte, 16 davon wussten nicht genau, was sich geändert hat. Von 14 Probanden wurden die Medikamente nach dem Austritt durch die Apotheke in einem Dispenser gerichtet, so dass sie nicht genau wussten, was sich geändert hat und diese einfach so einnahmen. 29 Probanden gaben an, dass niemand mit ihnen über Medikamentenänderungen vor dem Austritt gesprochen hat. Die Probanden die später am Nachmittag austraten, erhielten keinerlei Erklärungen zu ihren Austrittspapieren. 10 Probanden gaben an, dass sie die Austrittspapiere wegen des Fachjargons und der Abkürzungen nicht verstehen konnten. 3 gaben an, dass sie ihre Familie um Erklärungen der Austrittspapiere baten und andere lasen diese nicht.</p>	<p>Allgemein: Die Forschenden konnten die Sichtweise der älteren Population in Bezug auf die Medikamentenänderungen im Spital mittels der Ergebnisse aus der Datenanalyse der Interviews darlegen und Probleme aufzeigen. Diese zeigten sich darin, dass die geriatrischen Patienten nicht wussten, was für Medikamentenänderungen stattgefunden haben da sie darin nicht involviert wurden. Weiter hatten die Patienten das Gefühl, dass Fragen zu ihrer Medikation unangebracht sind bzw. als negativ aufgefasst werden. Diese Forschungsergebnisse wurden mit weiterer Literatur bestätigt.</p> <p>Limitationen: Bei der Stichprobenpopulation handelte es sich vorwiegend um europäische Neuseeländer, daher wären die Ergebnisse in einem nördlicheren Spital in Neuseeland, wo es mehr Ureinwohner und pazifische Neuseeländer gibt, wahrscheinlich anders ausgefallen. Zudem handelte es sich um eine relativ kleine Stichprobe aus nur einem Spital, was die Übertragung der Ergebnisse auf die breitere Bevölkerung der über 75-Jährigen vermindert. Zudem könnte es sein, dass Probanden Informationen zurückbehielten, weil sie sie als nicht wichtig betrachteten.</p> <p>Empfehlungen: Es besteht ein Bedarf für klar und einfach verständliche Austrittspapiere für ältere wie auch andere Generationen. Weiter könnte es von Vorteil sein, einen Mitarbeiter gezielt für die Aufgabe, Patienten über ihre</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>und Arten von Medikamentenänderungen in diesem Setting.</p>	<p>Ein induktiver Ansatz wurde gewählt, damit aus den Rohdaten durch mehrmaliges Lesen und Interpretieren Themen entstehen können. Zudem sagen die Forscher, dass der Ansatz auch einen deduktiven Anteil enthält, da er durch die Forschungsziele bestimmt wird.</p> <p>Datenanalyse: Aus den Transkripten wurden mit der NVivo 8 Softwarecodes gebildet, zuerst für alle unterschiedlichen Fragen und deren Antworten. Danach wurden Codes zu den breiteren Themen erstellt, welche sich aus den Codes der Antworten der Probanden ergaben. Es wurden während dem Vorgang Feldnotizen aufgeschrieben und wiederholt gelesen. Die Transkripte wurden zweimal gelesen, überprüft und Codes gebildet. Die Überprüfung der Codes fand unabhängig statt.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch das Lower South Regionale Ethikkomitee und das Gesundheitsforschungsbüro, Otagi District Health Board genehmigt. Um die Anonymität der Probanden zu gewährleisten, wurden in der Studie Pseudonyme verwendet. Die Einwilligung zur Teilnahme wurde schriftlich eingeholt. Das Einverständnis zur Aufnahme der Interviews wurde mündlich eingeholt.</p>	<p><u>4. Kategorie: Sorgen wegen Medikamentenänderungen:</u> Drei Probanden waren besorgt über die vielen Änderungen und suchten das Gespräch mit ihrem Hausarzt. Zwei Probanden waren besorgt wegen der Menge an Medikamenten, die sie einnehmen mussten. Die meisten Probanden gaben an, dass sie nur wenig bis keine Schwierigkeiten hatten, die Medikamente Zuhause wieder selbst einzunehmen. Sie mussten teils ihre Routine den Medikamentenänderungen anpassen. Gewisse waren unsicher bezüglich der Änderungen und es kam zu Fehlern bei der Einnahme. Die Kategorien wurden mit Zitaten aus den Interviews belegt.</p>	<p>Medikamentenänderungen zu informieren, einzusetzen.</p> <p>Schlussfolgerung: Es sollten mündlich wie schriftlich verständliche Erklärungen zu Medikamentenänderungen bei älteren Patienten gemacht werden. Das Gesundheitspersonal sollte darauf achten, dass gerade ältere Patienten sich nicht trauen, Fragen zu stellen und daher darauf achten.</p>

Würdigung der Studie: Bagge, M., Norris, P., Heydon, S., & Tordoff, J. (2014). Older people's experiences of medicine changes on leaving hospital. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(5), 791–800. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.10.005>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In der Einleitung wird gezielt das Phänomen und die damit verbundene Forschungsfrage aufgezeigt. Das Phänomen wird klar beschrieben und dessen Wichtigkeit aufgezeigt. Das Ziel der Studie ist klar und verständlich beschrieben. Der aktuelle Stand der Forschung wird mit Studie im Alter von 1992 bis 2013 dargelegt.</p>	<p>Forschungsansatz: Da es darum geht, die Sichtweise der Probanden zum Phänomen zu erfassen, erscheint der qualitative Forschungsansatz als passend und logisch gewählt. Ein bestimmtes Studiendesign wird nicht benannt und eine Begründung für den Forschungsansatz, kann der Studie nicht entnommen werden.</p> <p>Stichprobe: Die Probanden werden durch Pflegefachpersonen selektioniert und dann gezielt durch die Forscher angefragt. Dies ist ein gewohntes Verfahren in der qualitativen Forschung. Die Stichprobe spiegelt die zu untersuchende Population wider und kann somit übertragen werden. Die Stichprobengröße erscheint mit 40 Probanden angemessen, jedoch wird nicht begründet, weshalb man es bei dieser Größe beließ. Das Setting ist ausreichend beschrieben. Die Probanden werden spärlich beschrieben, viele Angaben (Beziehungs- und Bildungsstand, Wohnort usw.) welche für eine Übertragbarkeit förderlich wären, fehlen. Ebenso werden keine Ausschlusskriterien, wie sprachliche Hinderungsgründe usw. benannt. Die Probanden scheinen als Informanten geeignet zu sein und somit auch für die Forschungsfrage, da sie das Phänomen erst kürzlich durch den Spitalaufenthalt erlebt haben, die Forscher begründen jedoch die Auswahl der Probanden nicht. Es gab keine verschiedene Studiengruppen.</p> <p>Datenerhebung: Bei der Datenerhebung ging es darum die Sichtweise der Probanden in Bezug auf das Phänomen zu erfassen. Die Vorgehensweise der Datenerhebung kann nachvollzogen werden und ist verständlich beschrieben. Es wird keine Datensättigung beschrieben. Eine Selbstbestimmung der Probanden wird ebenfalls nicht erwähnt. Die Medikamenteninformationen zu den Probanden wurden den medizinischen Notizen der Spitalsärzte und den Austrittspapieren entnommen. Dem Anhang können die Interviewleitfragen entnommen werden, was ein besseres Verstehen ermöglicht.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es ist kein philosophischer Hintergrund oder Standpunkt der Forscher erkennbar. Das methodische Vorgehen entspricht dem Forschungsansatz und passt zum Forschungsziel.</p> <p>Datenanalyse: Das Vorgehen bei der Analyse ist verständlich und nachvollziehbar beschrieben und wird referenziert. Die analytischen Schritte sind dürftig beschrieben und wurden nur durch einen Forscher durchgeführt. Die Glaubwürdigkeit wird in der Güte erläutert. Die Überprüfung der Codes fand zwar unabhängig statt, aber durch welche oder wie viele der Forscher wird nicht erläutert.</p> <p>Ethik: Alle ethischen Aspekte wurden berücksichtigt, sowie geeignete Massnahmen durchgeführt. Alle Probanden gaben am Telefon eine mündliche und vor dem Interview eine schriftliche Einwilligung. Ob die Probanden Informationen zu der Studie erhalten haben, wird nicht beschrieben. Die Daten wurden anonymisiert. Was mit den Rohdaten sowie Personendaten nach Abschluss der Studie passiert, wird nicht beschrieben. Die Forscher geben an, dass sie nicht durch andere Interessen voreingenommen waren und die finanziellen Unterstützer nicht in den Forschungsprozess involviert waren. Es werden keine weiteren ethischen Fragen diskutiert.</p>	<p>Abweichungen: Es werden keine Abweichungen beschrieben.</p> <p>Zusammensetzung der Stichprobe: Die Forscher bemängeln in ihrer Stichprobe, dass es sich vorwiegend um europäische Neuseeländer gehandelt hat und die Stichprobe nur aus einem Spital rekrutiert wurde. Zudem geben sie an, dass Probanden welche kognitive Einschränkungen hatten oder sehr verwirrt bezüglich ihren Medikamenten waren, ihre Einwilligung zur Studie vielleicht nicht gaben. Möglicherweise gaben Probanden erwünschte Antworten oder hielten Informationen, welche sie für irrelevant hielten, zurück.</p> <p>Kategorien: Die vier Kategorien werden verständlich beschrieben und mit passenden Zitaten veranschaulicht. Sie geben die verschiedenen Sichtweisen der Probanden wieder und zeigen somit die Reichhaltigkeit der Daten auf. Die Kategorien führen zu einem vertieften Verständnis des Phänomens. Die Kategorien sind schlüssig und inhaltlich unterscheidbar.</p>	<p>Beantwortung der Forschungsfrage: Das Forschungsziel wurde erreicht, die Sichtweise der Probanden konnte mittels der Ergebnisse aufgezeigt und verständlich dargestellt werden. Dadurch kann ein tieferes Verständnis für das Phänomen erreicht werden.</p> <p>Verhältnis zum bekannten Forschungsstand: Die Forscher konnten ihre Ergebnisse mit anderen Studienergebnissen vergleichen und ähnliche Resultate feststellen. Bei einer Studie konnten sie deren Ergebnis in Frage stellen. Weiter konnten die Forscher neue Erkenntnisse und Annahmen aufzeigen.</p> <p>Empfehlungen für weitere Forschungen: Es werden keine Empfehlungen für weitere Forschungen abgegeben.</p> <p>Nutzen für die Pflege: Die Wichtigkeit der Ergebnisse wird vor allem für die Probanden aufgezeigt, diese werden jedoch vorwiegend durch die Pflegepersonen betreut, somit sind die Ergebnisse für die Pflege relevant.</p> <p>Schlussfolgerung: In den Schlussfolgerungen sind Implikationen und Empfehlungen für das Spitalsetting enthalten, welche sich auch auf andere Settings übertragen lassen. Die Schlussfolgerungen werden logisch aus den Ergebnissen abgeleitet und spiegeln diese somit wieder.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

Es wurde keine externe Person erwähnt, welche in den Forschungsprozess miteinbezogen wurden. Feldnotizen des Forschers wurden während des Analyseprozesses aufgezeichnet und in die Analyse miteinbezogen. Die Forscher geben an, dass Teile der Analysecodes unabhängig überprüft und interpretiert wurden. Es wird jedoch nicht geschildert, ob dies durch einen oder zwei Forscher geschah.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Die Durchführung des Analyseprozesses wird verständlich geschildert und begründet. Unklar ist, ob die Forschungsschritte durch verschiedene Forschende durchgeführt wurden, da nur der Erstautor in der Analyse erwähnt wird. Es wird jedoch von einer unabhängigen Überprüfung gesprochen, jedoch wird auch dort nicht erwähnt, ob diese durch zwei oder einen Forscher erfolgte. Eine Überprüfung der Analyse oder der Ergebnisse durch ein externes Gremium wird nicht erwähnt.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Es wurden nebst den Interviews, Feldnotizen während der Datenanalyse verwendet, somit findet eine Triangulation durch verschiedene Methoden statt. Die Transkripte wurden wiederholt gelesen, kontrolliert und gecodet. Die Datenanalyse büsst dadurch, dass es unklar ist, ob sie nur durch einen oder mehrere Forscher durchgeführt wurde, einen Teil Glaubwürdigkeit ein. Weitere Einbussen in ihrer Glaubwürdigkeit weist die Studie dadurch auf, dass keine Datensättigung beschrieben wurde und somit wahrscheinlich keine umfassende Datenerhebung gewährleistet war. Zudem findet keine Validierung der Daten durch die Probanden also kein Member-Checking statt. Ein Peer-Debriefing wird ebenfalls nicht erwähnt.

Transferability (Übertragbarkeit):

Die Resultate werden mit passenden Zitaten aus den Interviews bekräftigt. Das Setting wird ausreichend beschrieben, die Beschreibung der Stichprobe fällt jedoch zu minimal aus (in der Würdigung der Studie genauer erläutert), so dass eine Übertragbarkeit erschwert wird.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Der Forschungsprozess ist logisch gegliedert und klar dargestellt. Es bestehen einige Fragen, welche aus den fehlenden Informationen und unklaren Erläuterungen, welche in den Gütekriterien und der Würdigung erwähnt werden, formuliert sind. Die Forscher werden nur mit Funktion aufgeführt, der Arbeitsort wird nicht erwähnt. Während der Studie werden nur Schritte beschrieben, in denen der Erstautor beteiligt war, wie die Beteiligung der anderen Forschungsmitglieder war, ist unklar. Ein Referenzverzeichnis ist am Ende der Studie aufgeführt. Der Artikel erschien im Journal Research in Social and Administrative Pharmacy von Elsevier, dieses ist peer reviewed und hat einen Impact Factor von 2.569 (2020).

Evidenzlage:

Es handelt sich um eine Originalstudie. Die Studie befindet sich im untersten Evidenzlevel der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Knight, D. A., Thompson, D., Mathie, E., & Dickinson, A. (2011). 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital: Older people and their carer's experiences. *Health Expectations*, 16(3), 277–291. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00714.x>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung und Argumentation des Forschungsbedarf: Die Einnahme von Medikamenten bei älteren Menschen steigt. Aufgrund von Multimorbidität und komplizierter Medikamentenregime ist ihre Fähigkeit die Einnahme zu managen beeinträchtigt. Dies führt zu wiederholten Hospitalisationen und zur Verordnung von neuen Medikamenten, was wiederum zu hohen Kosten und der Verschwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen führt.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrungen älterer Menschen und ihrer Betreuungspersonen bei der Entlassung aus dem Krankenhaus im Hinblick auf patientenzentrierte Pflege, gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die Organisation und Verwaltung von Medikamenten zu erforschen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: In England sind rund die Hälfte aller Medikamente des National Health Systems (NHS) an über 60 jährige Menschen aufgrund von Langzeiterkrankungen verordnet. Schätzungen zufolge werden jährlich 100 Millionen Pfund für Medikamente ausgegeben, welche später an die Apotheken zurückgegeben werden. Bis zu 50% der älteren Menschen nehmen Studien zufolge ihre Medikamente nicht wie verordnet ein.</p>	<p>Design: Es handelt sich um eine qualitative Studie. Eine Begründung wird nicht beschrieben.</p> <p>Setting: Die Studie wurde mit älteren, in England lebenden Menschen, welche unabhängig oder mit pflegenden Angehörigen zusammenleben, durchgeführt. Die Studie wurde in lokalen freiwilligengruppen, Entlassungsprogramme von Krankenhäusern und lokalen Arztpraxen beworben.</p> <p>Stichprobe: Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alter über 75 Jahre - Entlassung aus dem Krankenhaus innerhalb des letzten Monats - Einnahme von vier oder mehr Medikamenten <p>Es wurden fünf Männer und 14 Frauen in die Studie eingeschlossen.</p> <p>Datenerhebung/Messverfahren: Es wurden einmalig halbstrukturierte Interviews geführt. Bei Vorhandensein von pflegenden Angehörigen wurden die Interviews teils gemeinsam geführt. Des Weiteren konnte für eine Woche ein Tagebuch in Bezug auf die Medikamenteneinnahme entweder von der älteren Person oder den Angehörigen geführt werden. Die Teilnehmenden durften selbst entscheiden, ob sie nur am Interview teilnehmen wollten oder das Tagebuch schreiben wollten oder beides. Es sollten auch nicht verordnete Medikamente dokumentiert werden. Sechs Teilnehmer_innen entschieden sich dagegen das Tagebuch zu führen, weil sie das Gefühl hatten jede Woche das Gleiche zu schreiben oder weil es zu aufwändig war, wenn es zu einer Verschlechterung kam. Das Interview basierte auf vier Hauptthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erfahrungen mit dem Krankenhausentlassungsprozess - Wissen, Verwaltung und Verständnis der Medikamente - Weiterer Kontext; weitere Personen, welche am Medikamentenmanagementprozess beteiligt sind 	<p>Hauptcharakteristika der erhobenen Stichprobe: An der Studie nahmen 19 Personen teil. Sieben der älteren Personen lebten unabhängig und 12 lebten mit pflegenden Angehörigen zusammen. Bei sechs Interviews nahmen die pflegenden Angehörigen gemeinsam mit den Probanden am Interview teil. Die restlichen sechs Interviews der mit Probanden lebenden Angehörigen, wurden nur mit Angehörigen geführt, da der Gesundheitszustand der älteren Person eine Teilnahme nicht zuließ. Insgesamt wurden fünf Männer und 14 Frauen in die Studie miteingeschlossen. Das Durchschnittsalter betrug 84 Jahre.</p> <p>Zentrale Ergebnisse: Insgesamt wurden 13 Tagebücher ausgefüllt, welche zeigten, dass die Teilnehmenden eine Reihe von Medikamenten für unterschiedliche Langzeiterkrankungen einnehmen mussten und deren Einnahme komplex war. Der Medianwert der Medikamenteneinnahme lag bei sieben pro Person (Spanne 5-15). Zur Unterstützung wurden Dosierungshilfen, Listen und andere visuelle Erinnerungshilfen verwendet. Pflegende Angehörige übernahmen dabei eine große Verantwortung. Zwei Teilnehmer_innen gaben an, die Medikamenteneinnahme ihrem täglichen Leben angepasst zu haben und sie deshalb nicht wie ursprünglich verordnet eingenommen zu haben. Bei den restlichen Teilnehmer_innen war eine Nichteinhaltung unbeabsichtigt. Als Grund wurde ein mangelndes Bewusstsein oder mangelndes Wissen zu der Einnahme genannt. Bei 17 Personen wurde während des letzten Krankenhausaufenthalts eine Änderung in der Medikation vorgenommen. Fünf Teilnehmer_innen gaben an, den Entlassungsprozess als positiv wahrgenommen zu haben, während die restlichen Teilnehmer_innen negative oder wechselhafte Erfahrungen erlebt hatten. Die Ergebnisse der Tagebücher werden mittels einer Tabelle dargestellt.</p> <p>Im Zusammenhang mit der Medikation und dem Entlassungsverfahren kristallisierten sich fünf Themen heraus, welche mit Zitaten der Angehörigen oder Teilnehmer belegt werden:</p> <p>Entlassung im Allgemeinen: Die Ungewissheit bezüglich der Entlassungszeit und des Datums wird als angstbesetzt Zeit beschrieben und ist aus Sicht der Teilnehmer_innen verbesserungsdürftig. Berichtet wurde von langen Wartezeiten und wiederum plötzlicher Nachricht der Entlassung.</p> <p>Beschaffung von Medikamenten für die Entlassung: Auch auf die Entlassungsmedikamente mussten die Teilnehmer_innen häufig lange warten. Dies wurden zwar in der internen Apotheke vorbereitet, jedoch hing der Transport auf die Station von der Auslastung des Pflegepersonals ab. Auch von Wartezeiten vor der Krankenhausaapotheke wurde berichtet. Insgesamt wurde von einer Wartezeit zwischen einer und sechs Stunden berichtet.</p> <p>Informationen zur Entlassungsmedikation: Fünf von 19 Teilnehmer_innen gaben an, zufrieden mit der Art und Weise zu sein, wie Informationen bezüglich der Medikamenten vermittelt wurden, gewesen zu sein., auch wenn teilweise aktiv danach gefragt werden musste und diese teilweise nicht detailliert waren. Die restlichen 14 Teilnehmer_innen äußerten Unzufriedenheit in Bezug auf die erhaltenen Informationen. Es wurden nur wenig oder</p>	<p>Allgemein: Trotz politischer Leitlinien machten die meisten Teilnehmer_innen schlechte Erfahrungen während des Entlassungsprozesses. Eine partnerschaftliche Zusammenarbeit ist für die korrekte Einnahme der Medikamente unerlässlich und könnte zur Senkung von Kosten führen.</p> <p>Empfehlungen: Ältere Menschen und ihre pflegenden Angehörigen sollten in Entscheidungen bezüglich ihrer Medikamente sowie den Entlassungsprozess miteinbezogen werden. Informationen über Medikamente sollten angemessen und für die betroffenen Verständlich abgegeben sowie mit Hilfslisten ergänzt werden. Ob betroffenen in der Lage sind die Medikamente selbstständig einzunehmen sollte überprüft werden.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Studie deutet darauf hin, dass festgelegte Standards im Entlassungsprozess in Bezug auf Medikamente nicht eingehalten werden. In der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Primärversorgung besteht im Bereich der Kommunikation Verbesserungspotenzial. Das Fehlen von mündlichen und schriftlichen Erklärungen zur Entlassungsmedikation führt zu Verwirrung und Ängsten. Besonders in der ersten Zeit nach der Entlassung ist das Risiko des</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>- Weitere Themen in Bezug auf die Medikamente, welche für die Teilnehmer_innen wichtig sind, jedoch nicht im Interview enthalten sind</p> <p>Die Interviews dauerten durchschnittlich eine Stunde. Nach Abschluss der ersten beiden Interviews und Tagebücher wurden anhand der Feedbacks der Probanden Änderungen am Tagebuch vorgenommen. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert.</p> <p>Methodologische Reflexion: Eine Diskussion der Forscher über den Forschungsansatz ist nicht ersichtlich.</p> <p>Datenanalyse: Eine qualitative thematische Analyse wurde mit der Software N6 durchgeführt. Der Vorgang bei der Analyse der Tagebücher wird nicht erwähnt.</p> <p>Ethik: Die ethische Genehmigung wurde von der örtlichen Forschungsethikkommission des NHS eingeholt. Das Einverständnis aller Teilnehmer_innen wurde schriftlich eingeholt.</p>	<p>gar keine Informationen vermittelt. Nach allgemeiner Auffassung hatte vor allem das Pflegepersonal keine Zeit, um angemessenen Informationen zu vermitteln. Bei 17 Teilnehmer_innen wurde die Medikation beim letzten Krankenhausaufenthalt geändert und teilweise, ohne dies zu kommunizieren. Fünf Teilnehmer_innen gaben an bei Nachfrage inadäquate Informationen erhalten zu haben, was zu Misstrauen und Unsicherheit führte. Wurden Medikamente nicht erkannt oder war dessen Wirkung unklar wurden sie teils zuhause nicht eingenommen.</p> <p>Medikamentenlisten: Es stellte sich heraus, dass die meisten Teilnehmer_innen keinen schriftlichen Leitfaden für ihre Entlassungsmedikamente erhalten haben. Diejenigen die eine Liste erhalten haben, gaben an, dass diese kompliziert und schwer verständlich war. Zwei pflegende Angehörige entschieden sich dafür, eine eigene Übersichtsliste zu erstellen, auch da sich mehrere Angehörige die Betreuung teilten.</p> <p>Kommunikation zur Medikation im Krankenhaus: Einige Teilnehmer_innen gaben an, während ihres Krankenhausaufenthalts falsche Medikamente oder benötigte Medikamente nicht erhalten zu haben. Bemerkte worden sei dies erst bei der Entlassung. All Teilnehmer_innen betonten die Notwendigkeit einer klaren und zeitnahen Kommunikation zwischen dem Krankenhaus und ihren Hausärzten sowie Apothekern. Die Verantwortung dafür zu tragen, sei eine besondere Belastung. Auch der Einbezug im Entlassungsprozess sei ihnen wichtig.</p>	<p>Medikamentenmissbrauchs hoch.</p> <p>Limitationen: Da es sich um eine kleine Studie handelt, sollen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden.</p>

Würdigung der Studie: Knight, D. A., Thompson, D., Mathie, E., & Dickinson, A. (2011). 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital: Older people and their carer's experiences. *Health Expectations*, 16(3), 277–291. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00714.x>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Das Problem wird ausführlich und nachvollziehbar beschrieben und grosszügig mit Literatur untermauert.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Statt einer Frage wurde ein Ziel formuliert. Dieses Ziel ist präzise beschrieben.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Einleitung wird in vielen Aspekten ausreichend mit Literatur untermauert.</p> <p>Argumentation Forschungsbedarf: Der Forschungsbedarf ist mit einer wachsenden Problematik ausführlich und nachvollziehbar begründet.</p>	<p>Design: Ein qualitatives Design eignet sich gut, um Erfahrungen von Betroffenen zu untersuchen.</p> <p>Setting: Das Setting wird klar beschrieben sowie auch die Rekrutierung der Teilnehmenden, welche dem Forschungsansatz entspricht.</p> <p>Stichprobe: Die Anzahl der geführten Interviews ist passend für ein qualitatives Forschungsdesign. Die Einschlusskriterien werden ausführlich beschrieben und sind mit dem Forschungsziel kongruent. Es werden keine Ausschlusskriterien genannt. Die Teilnehmer eignen sich durch ihre Erfahrungen kürzliche Spitalerfahrung als Stichprobe für die Studie. Die Gruppe ist mit fünf Männern und 14 Frauen eher unausgewogen. Dies könnte die Verallgemeinbarkeit beeinträchtigen. Zudem wird nicht erwähnt, weshalb diese Stichprobengrösse gewählt wurde, die Forscher meinen zudem, dass es eher eine kleine Stichprobe war.</p> <p>Datenerhebung/Messverfahren: Das Ausfüllen des Tagebuchs wurde den Teilnehmer_innen ausführlich erklärt. Dabei wurde betont, dass Informationen zur täglichen Medikamentenroutine hilfreich wären, auch wenn die Teilnehmer_innen nicht in der Lage wären, das Tagebuch die gesamten sieben Tage lang auszufüllen. Der Interviewleitfaden wird knapp beschrieben. Eine Datensättigung wird nicht erwähnt.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es ist kein philosophischer Hintergrund der Forschenden ersichtlich. Der Forschungsansatz ist mit dem Forschungsziel kongruent und entspricht dem zu untersuchenden Phänomen.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wurde mithilfe der N6 Software durchgeführt, welche nicht weiter referenziert wird. Der Analyseprozess wird nicht beschrieben. Es ist unklar, ob alle Autor_innen beim Analyseprozess teilgenommen haben. Eine Reflexion von Seiten der Forscher wird nicht beschrieben. Die Datenanalyse kann somit nicht als glaubwürdig oder präzise beschrieben werden.</p> <p>Ethik: Ethische Genehmigungen und Einverständnisse aller Betroffener wurden eingeholt. Den Teilnehmer_innen wurde vorgängig das Interview ausführlich erklärt. Eine Anonymisierung der Daten kann der Studie entnommen werden, was mit den Rohdaten nach Abschluss der Studie geschah, wird nicht erläutert. Die Forscher geben an, dass kein Interessenkonflikt in Bezug auf die Studie besteht.</p>	<p>Es werden keine Abweichung während des Forschungsprozesse erwähnt.</p> <p>Die Charakteristiken sowie die einzelnen Medikamente der Teilnehmenden werden separat detailliert tabellarisch dargestellt.</p> <p>Die Kategorien werden nachvollziehbar in einem Fließtext beschrieben und mit vielen originalen Zitaten untermauert.</p>	<p>Das Forschungsziel konnte erreicht werden. Zusammenhänge zu bekannten Forschungsergebnissen werden gemacht und referenziert. Die Resultate werden nochmals zusammengefasst und breitflächige Empfehlungen für die Praxis beschrieben. Eine Diskussion im klassischen Sinn wird nicht beschrieben. Es werden keine Empfehlungen für weitere Forschungen gemacht. Zu den Limitationen der Studie wird erwähnt, dass es sich um eine kleine Studie handelt und daher die Resultate vorsichtig interpretiert werden sollten. Weitere Limitationen werden nicht erwähnt.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung): Zur Dokumentation der Interviews wurden Transkripte erstellt. Es ist unklar, ob diese von allen Autor_innen gelesen wurden. Die Autor_innen weisen zwar unterschiedliche berufliche Rollen auf, jedoch wird nicht beschrieben, ob diese Rollen Einfluss auf den Analyseprozess hatten. Es wird nicht beschrieben ob externe Forschende miteinbezogen wurden.

Dependability (Zuverlässigkeit): Zur Analyse wurde ein Softwareprogramm für qualitative Forschung verwendet. Da der Analyseprozess nicht weiter beschrieben wird, wird davon ausgegangen, dass der Analyseprozess nur mittels Softwareprogramm stattgefunden hat und es keinen Austausch zwischen den Autor_innen gegeben hat. Es wird nicht erwähnt, ob die Analyse und/ oder Ergebnisse von einem Externen Gremium geprüft wurden.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Eine Triangulation im Sinne einer Kombination verschiedener Daten hat durch die Verwendung von Tagebüchern und Interviews stattgefunden, was die Glaubwürdigkeit stärkt. Eine Nachbesprechung der Ergebnisse mit externen Fachkollegen wird nicht erwähnt. In welchem Zeitraum die Studie stattfand, wird ebenfalls nicht erwähnt. Ein Member-Checking der Resultate wird nicht erläutert, aber die Forschenden holten nach den ersten beiden Interviews und Tagebüchern ein Feedback von den Teilnehmern ein, worauf sie die Anleitung für die Tagebücher ein wenig anpassten. Es wird nicht beschrieben, dass Negative oder Kontrastfälle berücksichtigt wurden.

Transferability (Übertragbarkeit): Die Resultate werden umfassend dargestellt und erklärt. Originale und aussagekräftige Zitate werden hinterlegt und können anonymisiert mit den Teilnehmer_innen in Verbindung gebracht werden. Es werden keine Materialien des Ortes dargestellt. Der Interviewleitfaden wird nicht näher beschrieben. Das Setting und die Rekrutierung sind ausführlich beschrieben. Es werden keine Ausschlusskriterien der Stichprobe genannt. Details zur Stichprobe werden ausführlich tabellarisch dargestellt. Wo genau die Studie durchgeführt wurde, ist nicht beschrieben, wodurch unklar ist, ob es sich um eine städtische oder ländliche Gegend handelt, was die Übertragbarkeit mindert. Die Studie wurde auf den Entlassungsprozess in England ausgelegt, zu welchem nationale Leitlinien vorhanden sind. Dies schränkt die Generalisierbarkeit ein. Trotzdem lassen die Sachverhalte einen Praxistransfer in angepasster Form zu und die Ergebnisse können für weitere Forschungen zu diesem Thema genutzt werden.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung: Die Studie zeigt einige Schwachstellen im Analyseprozess auf und hinterlässt beim Leser einige offene Fragen. Interessenskonflikte werden verneint und die Finanzierung der Studie wird transparent erwähnt. Alle beteiligten Autor_innen werden mit Name und akademischen Grad angegeben. Bei zwei Autor_innen wird der Arbeitsort nicht beschrieben. Der Artikel erschien im Health Expectations, einer internationalen Zeitschrift für die Beteiligung der Öffentlichkeit an der Gesundheitsversorgung und der Gesundheitspolitik, einen Impact Factor von 3.377 (2020) aufweist und peer reviewed ist.

Evidenzlage: Da es sich um eine Originalstudie handelt befindet sie sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., Joseph, K., & Manias, E. (2021). Knowledge and Power Relations in Older Patients' Communication About Medications Across Transitions of Care. *Qualitative Health Research*, 31(14), 2678–2691. <https://doi.org/10.1177/10497323211043494>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Ältere Menschen müssen oftmals bedingt durch Multimorbidität viele Medikamente einnehmen. Bei Versorgungsübergängen kann es dabei zu Zwischenfällen kommen, welche die Gesundheit der älteren Patienten_innen gefährden kann. In der Literatur wird eine wirksame Kommunikation mit älteren Personen bei Versorgungsübergängen beschrieben. Jedoch gibt es nur wenig Literatur über die Perspektive der Betroffenen.</p> <p>Argumentation Forschungsbedarf: Die WHO hat festgestellt, dass die Ursache dieser Zwischenfälle eine fehlerhaften Kommunikation zwischen den Gesundheitsfachpersonen, den Betroffenen und Familienmitglieder ist. Zudem besteht nur wenig Wissen darüber, wie die Dynamik der Medikamentenkommunikation zwischen älteren Patienten_innen, Ärzten_innen, Apotheker_innen und Pflegefachpersonen in Kontext eines Versorgungswechsel des Patienten_in ist.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Um dies zu erforschen wurden die folgenden drei Fragen formuliert: Wie sehen die Kommunikationsprozesse zwischen älteren Patientinnen und Patienten, Familienmitgliedern und medizinischen Fachkräften in Bezug auf den Umgang mit Medikamenten bei Übergängen in der Pflege aus? Welche Möglichkeiten haben ältere Menschen in Bezug auf die Kommunikation über die Medikation an den Übergängen der Versorgung?</p>	<p>Forschungsansatz: Ein ethnografischer Ansatz wurde für diese Studie gewählt. Das spezifische Soziale Phänomen umfasst in dieser Studie die Perspektiven älterer Patientinnen und Patienten bezüglich der Kommunikation über Medikamente bei Versorgungsübergängen.</p> <p>Setting Die Studie wurde in zwei Grossstadtkrankenhäusern in Melbourne Australien durchgeführt. Bei der ersten Institution handelte es sich um ein öffentliches Lehr- und Akutkrankenhäuser und Daten wurden auf zwei medizinischen Fachabteilungen sowie einer allgemeinmedizinischen Abteilung gesammelt. Bei der zweiten Institution handelt es sich um ein geriatrisches Rehabilitationskrankenhaus, in welchem Daten auf zwei Rehabilitationsstationen und drei Stationen für Altenpflege gesammelt wurden.</p> <p>Stichprobe: Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personen im Alter von 65 Jahren oder älter, welche auf den genannten Stationen aufgenommen wurden - Personen mit leichten oder mittleren kognitiven Beeinträchtigungen, wenn sie in der Lage waren mündlich einzuwilligen und ihre Angehörigen anwesend waren - Gesundheitsfachpersonen, welche mind. einen Tag pro Woche auf den genannten Stationen tätig waren - Angehörige, welche eine ältere Person betreuen, die sich im Krankenhaus befindet und englisch sprechen <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientinnen und Patienten mit schwerer Demenz <p>Datenerhebung/Messverfahren: Zur Datenerhebung wurden zunächst halbstrukturierte Interviews und anschließend Beobachtungen durchgeführt, welche abschließend mittels Fokusgruppen und Einzelinterviews reflektiert wurden. Die semi-strukturierten Interviews wurden aufgenommen und zunächst einzeln mit Probanden durchgeführt. Dazu folgten die Forschenden einem Interviewleitfaden und nutzten prüfende Fragen zum Anregen einer Diskussion. Konkret wurden die Probanden nach ihren Eindrücken bezüglich der Medikamentenkommunikation und welche Auswirkungen der Wechsel der Umgebung auf sie hatte. Die Beobachtungen fokussierten sich auf die Beteiligung der Probanden an Gesprächen bezüglich der Medikation mit dem Gesundheitsfachpersonal, dem Verhalten und der Äußerungen der Probanden, dem</p>	<p>Hauptcharakteristika der erhobenen Stichprobe: Das Alter der älteren Probanden lag zwischen 65 und 104 Jahren. Insgesamt haben 50 ältere Patienten_innen teilgenommen. Die Ursachen des Krankenhausaufenthalts waren Muskel-Skelett-Erkrankungen (34%), Atemwegserkrankungen (22%), Erkrankungen des zentralen Nervensystems (12%), des Herz-Kreislauf-Systems (10%) sowie des Magen-Darm-Trakts (8%). Insgesamt haben 31 Familienmitglieder teilgenommen, deren Alter zwischen 51 und 97 Jahren lag. An der Reflexion in den Fokusgruppen nahmen 20 ältere Patienten_innen und 13 Familienmitglieder teil. Die Interviews dauerten jeweils ca. 30 Minuten und die Reflexionen ca. 20 Minuten. 203 Beobachtungsstunden mit 29 Gesundheitsfachpersonen und 111 älteren Personen wurden erfasst.</p> <p>Zentrale Ergebnisse: Soziokulturelle Einflüsse auf Machtverhältnisse: Ältere Personen, die wussten, wie sie ihre Medikamente einnehmen mussten, nutzen dieses Wissen, um für sich selbst einzutreten. Die jahrelange Einnahme der gleichen Medikamente vermittelte Vertrauen. Angehörige, welche über die Medikamente der älteren Probanden Bescheid wussten, trugen dazu bei, Kommunikationslücken zu schließen. Ihre Anwesenheit war vor allem dann wichtig, wenn sich die älteren Probanden aufgrund intrinsischer und extrinsischer Faktoren nicht am Gespräch beteiligen konnten.</p> <p>Einflüsse von Wissen und Machtverhältnissen auf die Kommunikation: Ärzte neigten zu autoritärem Verhalten bezüglich Medikamentenänderungen, ohne Patienten mit einzubeziehen und verwendeten häufig Fachjargon. Oft trat dies in Situationen auf, in welchen die Patienten wenig Wissen über ihre Medikamente besaßen, sowie wenn intrinsische oder extrinsische Faktoren seitens der Patienten ihre Teilnahme beeinträchtigten. Auch tendierten Ärzte dazu, Änderungen vorzunehmen und die Kommunikation mit den Patienten anderen Gesundheitsfachpersonen zu überlassen. Die Möglichkeit, Computer an das Krankbett mitzunehmen, führt dazu, dass der Fokus während des Gesprächs auf der elektronischen Krankenakte statt dem Patienten liegt. Es kommt zu einer Machtausübung seitens der Ärzte, da sie dadurch den Verlauf des Gesprächs bestimmen und Patienten keine Gelegenheit zum Fragen stellen sehen. Gesundheitsfachpersonen der Pflege nehmen dadurch die Rolle als Vermittler_innen</p>	<p>Allgemein: Vorhandenes Wissen über ihre Medikamente bei den älteren Patienten und die Anwesenheit von Angehörigen führte zu gleichen Machtverhältnissen während den Gesprächen mit Gesundheitsfachpersonen und eine gleichzeitige Beteiligung. Somit konnten Fehler bei den Übergängen vermieden werden. Umgekehrt führte Unwissen und der Einsatz von hinderlichen Hilfsmitteln zu einem Ungleichgewicht der Machtverhältnisse und begünstigte autoritäres Verhalten seitens der Ärzte und hinderliche Prioritätensetzungen seitens der Pflegefachpersonen. Dies deckte sich mit früheren Studien.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis: Damit es zu einem Gleichgewicht der Machtverhältnisse kommt, sollten Gesundheitsfachpersonen proaktiver im Teilen von Informationen zu den Medikamenten mit älteren Patienten_innen während Gesprächen sein. Zur Verbesserung der Medikamentenkommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und älteren Patienten sowie ihren Angehörigen, könnten Strategien und Hilfsmittel eingesetzt werden. Beispielsweise könnten Tablets direkt am Bett so eingesetzt werden, dass ältere Patienten und ihre Angehörigen Zugriff auf visuelle Informationen hätten, auch während den Gesprächen. Das Wissen von älteren Patienten bezüglich ihrer Medikamente sollte erfasst werden. Gespräche bezüglich der Entlassung sollten immer wieder während des Aufenthalts stattfinden.</p> <p>Schlussfolgerung: Ist Wissen über ihre Medikamente vorhanden, führt</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Welches sind die soziokulturellen und umweltbedingten Einflüsse, die die Beteiligung älterer Patientinnen und Patienten an der Kommunikation über Medikamente beeinflussen?</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Norman Fairclough's kritische Diskursanalyse (CDA) wurde als theoretischer Bezugsrahmen gewählt.</p>	<p>Gesprächsort, der Registrierung der anwesenden Personen sowie auf hinderliche Faktoren im Gespräch. Beobachtungen wurden durch Audioaufnahmen dokumentiert sowie mit Feldnotizen ergänzt. Die anschließende Reflexion wurde mit einigen Probanden und deren Angehörige oder mittels Einzelinterviews am Krankenbett durchgeführt. Bei den teilnehmenden Angehörigen handelte es sich um Ehepartner (n=9) oder Kinder (n=4). Es wurden offene Fragen, welche auf einer Voranalyse der bereits erhobenen Daten basierten, gestellt. Die Forschenden stellten in den Fokusgruppen sicher, dass sich alle Teilnehmenden äußern konnten. Die Reflektion wurde aufgenommen.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die Forschenden stellten den theoretischen Bezugsrahmen „Kritische Diskussion Analyse“ (CDA) vor, welcher darum geht verschiedenen Aspekte eines Diskurses zu analysieren.</p> <p>Datenanalyse: Die Audioaufnahmen der Interviews und der Reflektion wurden von einem professionellen Transkriptionsdienst transkribiert. Die Beobachtungen wurden von den Forschenden selbst transkribiert. Auch Feldnotizen wurden analysiert, um nonverbale Gesten zu erfassen. Für die Datenverwaltung und -analyse wurden diese in NVivo 12 (QRS International) eingespeist. Die Forschungsdaten wurden von allen Forschenden separat interpretiert. Anschließend wurde gemeinsam eine thematische Analyse aller Transkripte nach Braun und Clarke (2006) durchgeführt. Als konzeptionelle Perspektive wurde das Modell der Medikamentenkommunikation verwendet und mit Norman Fairclough's kritische Diskursanalyse (CDA) in Verbindung gebracht. Das analytische Vorgehen wurde durch das gesamte Forschungsteam festgelegt. An regelmäßigen Sitzungen wurden Fortschritte präsentiert und diskutiert.</p> <p>Ethik: Von der Ethikkommission des Krankenhauses sowie der Universität wurden ethische Genehmigungen eingeholt. Alle Teilnehmenden Personen gaben ihr schriftliches Einverständnis. Die in den Fokusgruppen verwendeten Daten wurden pseudonymisiert präsentiert.</p>	<p>zwischen Patientinnen und Patienten und Ärzte ein. Des Weiteren hatten die älteren Patient_innen keine Gelegenheit gehabt, sich zu Medikamentenänderungen zu äußern, da ihnen oftmals erst kurz vor der Einnahme davon berichtet wurde. Auch von Seiten der Pflege wurde die Kommunikation über Medikamente nicht als Priorität erachtet. Gesundheitsfachpersonen der Pharmazie schienen als einzige die Kommunikation über Medikamente zu priorisieren. Dies vor allem vor Austritt. Dabei wurden den älteren Patienten alle Informationen patientengerecht vermittelt wodurch ein ausgewogenes Machtverhältnis entstand. Auch die Anwesenheit von Angehörigen führte zu einem Ausgleich des Machtverhältnisses, vor allem dann, wenn ältere Patienten aufgrund eines veränderten Allgemeinzustandes nicht gänzlich in der Lage waren, für sich selbst zu sprechen.</p> <p>Auswirkungen von Wissen und Machtverhältnissen auf die Arzneimittelsicherheit: Waren ältere Personen gut über ihre Medikamente informiert, trugen sie dazu bei, potenzielle und tatsächliche Fehler bei Ein- und Austritt zu vermeiden, indem sie sich an der Kommunikation bezüglich der Medikamente beteiligten. Auch führte ihr Wissen dazu, dass sie in Gesprächen mit Apothekern das Gefühl bekamen, sie seien für die Lösung des Problems verantwortlich. Dies führte wiederum zu Überforderung. In der Kommunikation bezüglich der Medikamente beteiligten sich ältere Patienten insofern, als das sie überwiegend ihre Bedenken äußerten. Ein Austausch zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den älteren Personen fand am wenigsten während der Visiten statt. Gesundheitsfachpersonen der Pharmazie griffen noch am ehesten zu kreativen Mitteln bei der Erklärung der Medikation.</p>	<p>dies bei älteren Personen dazu, dass sie sich an der Kommunikation über diese beteiligen und für sich einstehen. Ärztinnen und Ärzte tendieren zu einer autoritären Umgangsform wenn es um die Medikamente von älteren Patienten geht. Pflegefachpersonen nehmen eine Vermittlungsrolle zwischen Arzt und Patienten ein und neigen dazu, Gespräche über Medikamente als eine niedrige Priorität einzustufen. Bei Entlassungsgesprächen legen Apotheker_innen vor allem einen Fokus auf die Patientensicherheit bezüglich der Medikamente. Um Patientensicherheit bezüglich Medikamente zu verbessern, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitspersonals notwendig.</p> <p>Limitationen: Die Anwesenheit der Forschenden und die Beobachtungen könnten dazu führen, dass die Probanden aufmerksamer waren. Da die Beobachtungen jedoch über einen längeren Zeitraum durchgeführt wurden, konnte Vertrauen zwischen den Forschenden und den Probanden aufgebaut werden. Des Weiteren ist die Studie möglicherweise nicht auf andere Krankenhäuser in regionaleren oder ländlichen Gegenden oder Länder aufgrund eines anderen Gesundheitssystems anwendbar sowie auch nicht auf kognitiv eingeschränkte ältere Patienten.</p>

Würdigung der Studie: Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., Joseph, K., & Manias, E. (2021). Knowledge and Power Relations in Older Patients' Communication About Medications Across Transitions of Care. *Qualitative Health Research*, 31(14), 2678–2691. <https://doi.org/10.1177/10497323211043494>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Problem und die Argumentation des Forschungsbedarfs werden ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Der bisherige Forschungsstand wird mit Studien aus einem Zeitrahmen zwischen 2003-2021 abgebildet. Es wurden drei Forschungsfragen formuliert, welche miteinander in Verbindung stehen und dasselbe Ziel verfolgen. Der gewählte theoretische Bezugsrahmen ist passend und mit fachlicher Literatur hinterlegt.</p>	<p>Forschungsansatz: Der ethnografische Ansatz erlaubte es den Forschenden, ein spezifisches soziales Phänomen zu untersuchen und ist somit kongruent mit den drei Forschungsfragen.</p> <p>Setting und Stichprobe: Das Setting und die Rekrutierung der Stichprobe werden ausführlich beschrieben. Eine Begründung für die Stichprobengröße fehlt.</p> <p>Datenerhebung/Messverfahren: Die Art und Weise der Datenerhebung wird nachvollziehbar und transparent beschrieben. Die Abläufe der Beobachtungen und Interviews basieren auf früheren Forschungsarbeiten und wurden abgeändert, um der Stichprobe zu entsprechen. Es werden Beispiele für Fragen beschrieben. Die Forschenden folgten zwar einem vorgegebenen Ablauf, stellten jedoch auch weiterführende Fragen, um die Diskussion zu lenken. Die Interviews wurden am Krankenbett geführt, was dem Wohlbefinden der Probanden zuträglich war. Im Anschluss an jede Beobachtung wurden Feldnotizen reflektiert und elektronisch zusammengefasst. Die Fokussierung in den Interviews und während der Beobachtungen ist kongruent mit dem Forschungsziel. Eine Datensättigung wird nicht beschrieben. Die Dauer, in welcher die Datenerhebung stattfand, wird nicht erwähnt.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es wird kein philosophischer Hintergrund der Forschenden dargestellt. Das methodische Vorgehen ist mit dem gewählten Forschungsansatz kongruent und passende zu dem zu erforschenden Phänomen gewählt.</p> <p>Datenanalyse: Der gesamte Analyseprozess wird nachvollziehbar und transparent dargestellt sowie mit Literatur gestützt. Ein Softwareprogramm wurde verwendet. Die drei Dimensionen nach Fairclough werden ausführlich und verständlich beschrieben. Die Interviews wurden durch zwei Forschende und die anschließende Analyse durch das ganze Forschungsteam durchgeführt.</p> <p>Ethik: Von allen Teilnehmenden wurde ein schriftliches Einverständnis eingeholt sowie auch ethische Genehmigungen zur Durchführung. Aussagen wurden in den Fokusgruppen anonymisiert wiedergegeben. Unklar ist, was nach der Durchführung mit den Rohdaten der Probanden geschehen ist.</p>	<p>Abweichungen: Es werden keine Abweichungen erwähnt.</p> <p>Zusammensetzung der Stichprobe: Die Stichprobe wird insofern beschrieben, als dass die Anzahl, das Alter, die Erkrankung und die Bereiche der Gesundheitsfachpersonen nachvollziehbar sind. Die Beschreibung der Stichprobe fällt somit sehr knapp aus. Da keine Details bezüglich des Geschlechts aufgeführt werden, ist unklar, ob es sich um eine homogene oder heterogene Gruppe handelt.</p> <p>Kategorien: Die Aufteilung der Kategorien wird ausführlich beschrieben und mit passenden Zitaten und Beobachtungen untermauert. In den Ausführungen wird auf alle involvierte Bereichsgruppen der Gesundheitsfachpersonen eingegangen, wodurch eine spezifische Ableitung für die Praxis möglich wird.</p>	<p>Beantwortung der Forschungsfrage: Aus der Diskussion geht hervor, dass alle drei Forschungsfragen beantwortet werden konnten.</p> <p>Verhältnis zum bekannten Forschungsstand: Einige Ergebnisse stimmen mit bereits bekanntem Forschungsstand überein.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Schlussfolgerung ergibt sich klar aus den Ergebnissen.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschungen: Für die Praxis werden ausführliche Empfehlungen für alle involvierte Gesundheitsfachpersonen beschrieben. Für weitere Forschungen werden keine Empfehlungen beschrieben.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

Es wird nicht beschrieben, ob eine externe Person in den Analyseprozess miteinbezogen wurde. Beobachtungen und Interviews sowie die Reflektion mittels einer Fokusgruppe wurden durch dieselben zwei Forschenden durchgeführt. Diese standen jedoch in keiner Verbindung zum Forschungsort. Auch wurden die Daten unabhängig voneinander gelesen sowie die Analyse durch das gesamte Forschungsteam durchgeführt.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Die Art der Datenerhebung ist literaturgestützt. Mittels Feldnotizen wurden Daten zeitnah reflektiert. Ausserdem wurde zur Analyse ein Softwareprogramm eingesetzt. Es wird nicht beschrieben, ob die Datenanalyse und -ergebnisse von einem Gremium überprüft wurden.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Daten aus den Interviews wurden mit Daten aus den Beobachtungen kombiniert, wodurch eine Triangulation stattgefunden hat. Ein Peer-Debriefing und Member-Checking hat mittels Austausch zwischen Forschenden und Probanden stattgefunden. Es wird nicht erwähnt in welchem Zeitraum die Erfassung der Daten stattgefunden hat oder ob Negativ- und Kontrastfälle berücksichtigt wurden.

Transferability (Übertragbarkeit):

Die Ergebnisse werden nachvollziehbar und transparent dargestellt und diskutiert sowie mit Fotos vor Ort angereichert. Verwendete Zitate sind passend und plausibel. Die Unklarheit bezüglich der Homo- oder Heterogenität sowie die mangelnde Beschreibung der Stichprobe tut der Übertragbarkeit einen Abbruch. Trotzdem erlauben es die Ergebnisse, dass Sachverhalte für die eigene Praxis reflektiert und interpretiert werden können sowie für weitere Forschungen verwendet werden können.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Der Forschungsprozess wird klar und deutlich dargestellt. Daher bleibt der Leserschaft nur wenige Fragen offen. Das gewählte Design scheint sinnvoll für die Beantwortung der formulierten Fragen. Interessenkonflikte werden von den Autoren verneint. Die Finanzierung der Studie wird offengelegt. Alle Forschenden werden mit Namen und Arbeitsort angegeben. Der Hintergrund der Forschenden liegt in den Bereichen Pflege, Pharmazie, Medizin, Gesundheitssoziologie und -kommunikation. Der Artikel erschien im Qualitative Health Research, welches einen Impact Factor von 2.623 (2019) aufweist und peer reviewed ist.

Evidenzlage: Da es sich um eine Originalstudie handelt befindet sie sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., & Manias, E. (2021). Towards patient-centred communication in the management of older patients' medications across transitions of care: A focused ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, jocn.16162. <https://doi.org/10.1111/jocn.16162>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung und Argumentation des Forschungsbedarfs: Ältere Menschen haben Probleme in der Kommunikation bezüglich ihrer Medikamente in den Übergängen der Versorgung. Diese Schwierigkeiten sind auf mehrfache Interaktion mit Gesundheitsfachpersonen, einem wahrgenommenen Mangel an Unterstützung sowie Probleme, Informationen bezüglich Medikamentenänderungen zu behalten, zurückzuführen. Zudem fehlt es an vertieften Auseinandersetzungen mit Kommunikationsstrategien, die eine patientenzentrierte Medikamentenkommunikation aus diskursanalytischer Perspektive ermöglichen. Weiter gibt es nur begrenzte Forschungsarbeiten, die die Ansätze verschiedener Personen des Gesundheitswesens bezüglich patientenzentrierter Medikamentenkommunikation untersucht.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Frühere Studien zeigten, dass ältere Patienten eine wichtige Informationsquelle bezüglich Medikamentenänderungen waren, jedoch begrenzt Möglichkeit hatten, ihre</p>	<p>Design: Es handelt sich um eine qualitative, fokussiert ethnografische Studie mit einer Fokusgruppe. Dies wurde damit begründet, dass sie es den Forschern ermöglicht ein bestimmtes soziales Phänomen in einem bestimmten Kontext für einen festgelegten Zeitraum mit einem zuvor angesetzten Ziel zu untersuchen. Zudem ist der Forscher mit dem Forschungsfeld vertraut und kann kurzfristig Feldbesuche durchführen, welche durch audiovisuelle Technologien unterstützt werden, um eine möglichst große Datenmenge zu sammeln.</p> <p>Setting: Die Studie wurde in zwei Großstadt Krankenhäusern durchgeführt, einem Akutkrankenhaus und einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung. Im Krankenhaus wurden die Daten auf zwei medizinischen Fachabteilungen und einer allgemeinmedizinischen Station gesammelt. In der Rehabilitationseinrichtung wurden Daten auf zwei Rehabilitationsabteilungen und auf drei Altenpflegeabteilungen erhoben.</p> <p>Stichprobe: Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter - Patienten mit nicht-englischsprachigem Hintergrund in Anwesenheit von Familienmitgliedern oder Dolmetschern - Pflegefachpersonen, Apotheker, qualifizierte Ärzte, welche mindestens einen Tag pro Woche auf den betreffenden Stationen gearbeitet haben - in die Pflege involvierte Familienangehörige, welche englisch sprachen und verstanden <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit schwerer Demenz <p>Die Teilnehmer_innen wurden anhand von Patientenlisten, welche das Alter, das Eintrittsdatum und den Eintrittsgrund enthielten ausgewählt. Ihre Eignung wurde von den Forschenden mit den Pflegefachpersonen und Stationsleitungen der Abteilungen abgesprochen.</p> <p>Datenerhebung/Messverfahren: Es wurden persönliche halbstrukturierte Interviews und Beobachtungen an beiden Krankenhäusern von April 2018 bis Oktober 2019 durchgeführt. Die Interviews dauerten ungefähr 20 Minuten, wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Während medikamentenbezogener Aktivitäten wie beispielsweise Medikamentenverabreichung, Stationsvisiten, Übergaben sowie Aufnahme- und Entlassungsgespräche fanden Beobachtungen statt. Diese wurden mit Tonaufnahmen und Feldnotizen erfasst. Die Feldnotizen wurden nach jeder Beobachtung zusammengefasst. Auch wurden Fotos gemacht und die Medikation der Teilnehmenden dokumentiert. Nach einer vorläufigen thematischen Analyse wurden</p>	<p>Hauptcharakteristika der erhobenen Stichprobe Interview wurden insgesamt 50 ältere Patientinnen und Patienten sowie 29 Gesundheitsfachpersonen. Darunter waren Ärzte, Apotheker und Pflegefachpersonen. Beobachtungen wurden insgesamt über 203 Stunden mit 29 Gesundheitsfachpersonen und 111 älteren Patientinnen und Patienten durchgeführt. Fokusgruppen wurden insgesamt mit 20 Patientinnen und Patienten sowie 131 Familienmitgliedern durchgeführt.</p> <p>Zentrale Ergebnisse Interesse an der Beteiligung der Entscheidungsfindungen: Einige Probanden zogen es nach der Krankenhauseinweisung vor, nicht in an der Entscheidungsfindung beteiligt zu sein. Dies einerseits, weil sie auf das Wissen und die Erfahrungen des Gesundheitspersonals vertrauten und andererseits, weil sie der Meinung waren, nicht das notwendige Fachwissen zu haben, um das Gesundheitspersonal und dessen Autorität in Frage zu stellen. Diese Probanden fühlten sich durch Familienmitglieder oder häuslichen Pflegedienst gut unterstützt. Andere Probanden beteiligten sich aktiv an Medikamentenentscheidungen, weil sie einerseits nach der Entlassung die Verantwortung über ihre Medikamente übernehmen wollten und andererseits bereits mehrere Krankenhausaufenthalte erlebt hatten. Insgesamt hatte das Gesundheitspersonal in der Akutversorgung weniger Zeit, um mit den Probanden über die Medikamente zu sprechen, wodurch diese auch keine Zeit hatten, Fragen zu stellen. An erster Stelle stand die Organisation des Austritts. Zwar haben interdisziplinäre Visiten stattgefunden. Doch auch hier lagen die Schwerpunkte jeweils bei den klinischen Problemen der Probanden.</p> <p>Überzeugungen der Wirksamkeit von Medikamenten: Die Probanden hatten bezüglich der Wirksamkeit ihrer Medikamente unterschiedliche Vorstellungen, welche daraus bestanden, dass einige Medikamente für unwirksam oder unnötig gehalten wurden und bestimmte Applikationsformen wie Injektionen mehr Schaden als Nutzen bringen könnten. Einige Probanden versuchten diese Darreichungsformen zu vermeiden und erhielten dabei unzureichende Erklärungen oder unterschiedliche Ratschläge von Gesundheitsfachpersonen. Trotz dieser</p>	<p>Allgemein: Die Patientenzentrierte Kommunikation wurde sowohl von den Probanden als auch den Gesundheitsfachpersonen beeinflusst. Gesundheitsfachpersonen setzten verschiedene Kommunikationsstrategien ein um die Vorlieben der Probanden zu verstehen, Informationen zur Medikation angepasst zu vermitteln und die Beteiligung an Entscheidungsfindungen zu fördern. Die Probanden zeigten unterschiedliche Vorlieben bezüglich der Beteiligung an Entscheidungen und der Kontrolle über das Management ihrer eigenen Medikation. Frühere Studien haben gezeigt, dass Angehörige mehr in das Management der Medikation miteinbezogen werden müssen, da sie die Betroffenen oftmals Betreuer oder an Gesprächen übersetzten. Rivalisierende Interessen zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den Patienten sowie ein hoher Arbeitsanfall beeinträchtigen eine patientenzentrierte Kommunikation. Frühere Studien haben gezeigt, dass dies zu einer Distanz zwischen den Gesundheitsfachpersonen und Patienten führt und der Eindruck entsteht, diese seien zu beschäftigt. Dies steht jedoch im Widerspruch zu einer patientenorientierten Praxis. Die Pflegefachkräfte waren der Meinung, dass es die Aufgabe der Apotheker_innen sei, Gespräche mit den Patienten über ihre Medikation zu führen.</p> <p>Empfehlungen: Auszubildende des Gesundheitswesens sollten mehr in Bezug auf</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ansichten zu diskutieren oder es vorzogen zu schweigen, um mögliche Meinungsverschiedenheiten mit dem Gesundheitspersonal zu vermeiden. Das Ziel der Studie war es Strategien, welche ein patientenzentrierte Medikamentenkommunikation an Übergängen in der Pflege ermöglichen, zu erforschen. Dies mithilfe eines diskursiven Ansatzes.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Autoren verweisen mittels verschiedener Studien auf den Forschungsbedarf im Bereich der Medikamentenkommunikations-Strategien und dass gerade die Patienten eine wichtige Informationsquelle darstellen.</p>	<p>Schlüsselthemen für die Interviews und ein Zeitplan für die Beobachtungen für die Fokusgruppe erstellt. Die Fokusgruppe bestand aus anderen Teilnehmer_innen als die für die Interviews und Beobachtungen. Auch hier wurden alle Daten aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert. Nach jeder Beobachtung wurden detaillierte Feldnotizen erstellt. Traten Muster von Praktiken, Erfahrungen und Wahrnehmungen wiederholt auf, wurde dies als eintritt der Datensättigung betrachtet.</p> <p>Methodologische Reflexion: Durch mehrmaliges Lesen der Transkripte, das Anhören der Audiodateien und der Untersuchung von Schlüsselideen und -themen fand eine thematische Analyse durch die beiden Feldforscherinnen statt.</p> <p>Datenanalyse: Mit der Kodierung wurde bereits während der Datenerhebung begonnen. Feldnotizen und Codes wurden während der Datenerhebung regelmäßig überprüft. Nach der methodologischen Reflexion wurden die wortwörtlichen Transkriptionen der Interviews, Fokusgruppen und Beobachtungen in NVivo12 zur Datenverwaltung importiert. Anschließend kodierten zwei Forscher_innen unabhängig voneinander alle Transkripte, indem sie diese Zeile für Zeile durchlasen. Die erste thematische Analyse half dem Forschungsteam, den Daten einen Sinn zu geben, indem die anfänglichen Codes untersucht wurden. Das Forschungsteam sich alle 14 Tage, um die Ergebnisse zu diskutieren und Gemeinsamkeiten zwischen den Daten zu identifizieren. Diese wurden zu potenziellen Themen zusammengefasst. Sobald potenzielle Themen bestätigt waren, wurden diese durchgearbeitet, um die verschiedenen analytischen Elemente zu identifizieren, die sich auf die drei Dimensionen der kritischen Diskursanalyse (CDA) und das Modell der Medikamentenkommunikation beziehen. Die drei Dimensionen der CDA, Ebene der diskursiven Praxis, Textebene und die Ebene der sozialen Praxis, wurden den drei Ebenen des Modells der Medikamentenkommunikation, Antezedenzien, Attributen und Konsequenzen, zugeordnet.</p> <p>Auf der Ebene der diskursiven Praxis wurde untersucht, wie der Text produziert, kommuniziert und von Einzelpersonen konsumiert wurde. Auf der Textebene wurden der Inhalt und die Struktur des Textes identifiziert und die sprachlichen Mittel, die dazu beitragen zu verstehen, wie die Angehörigen der Gesundheitsberufe die Präferenzen, Bedürfnisse und Überzeugungen der älteren Patienten kommunizierten, untersucht.</p> <p>Die thematische Analyse und die kritisch Diskursanalyse waren kongruent zueinander. Zur Erleichterung des Datenanalyseprozesses erstellte das Forschungsteam ein Codebuch und Leitfragen.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde von der Ethikkommission des Gesundheitswesens beider Krankenhäuser und das universitäre Ethikkomitee genehmigt. Die schriftlichen Einwilligungen aller Teilnehmenden wurden eingeholt. Daten wurden anonymisiert.</p>	<p>Überzeugungen wurden Medikamente eingenommen da die Autorität des Gesundheitspersonal anerkannt wurde.</p> <p>Herstellung der Patientenzufriedenheit in der Kommunikation über Medikamente: Diese Kategorie lässt sich in die folgenden drei Strategien aufteilen:</p> <p>Einfühlsames Gespräch mit Priorität der Vorlieben und Bedürfnisse der Patientin/des Patienten: Bei der Aufnahme oder der Aufklärung der Medikation wurde diese Strategie vor allem im Gesprächen zwischen Apothekern und den Probanden beobachtet. In Gesprächen zwischen Pflegefachpersonen oder Ärztinnen/Ärzten wurde dies nicht beobachtet. Bei Probanden, denen mehrere Medikamente verschrieben oder mehrere Änderungen vorgenommen wurden zeigte das Gesundheitspersonal Sensibilität für die Bedenken der Probanden, indem Gesagtes wiederholt wurde.</p> <p>Informative Gespräche durch Gesundheitsfachpersonen: In diesen Gesprächen wurden die Probanden in einer ihnen angepassten Form über die Medikamente aufgeklärt. Dabei handelt es sich um Probanden, welche dies aktiv einforderten weil sie zu Hause die Verantwortung für ihre Medikamente übernehmen wollten. Diese Informationen wurde erst nach einer Besserung des Allgemeinzustandes eingefordert. Ein Dolmetscher Dienst war zwar vorhanden, wurde jedoch selten genutzt da geringe Verfügbarkeit. Meist übersetzten Familienmitglieder. Probanden fühlten sich gut aufgehoben, wenn in diesen Gesprächen keine medizinischen Fachausdrücke, keine Generika oder Markennamen erwähnt und auf ihre Sorgen eingegangen wurde. Nicht gut aufgehoben fühlten sich die Probanden, wenn während dem Gespräch nicht auf ihre Bedürfnisse eingegangen und das Gespräch durch die Gesundheitsfachperson dominiert wurde.</p> <p>Ermutigungsge-spräche, um die gemeinsame Entscheidungsfindung zu verbessern: Diese Strategie wurde vor allem vor Entlassungen angewendet, wenn die Medikation während des Aufenthalts geändert wurde, wenn Apotheker glaubten, dass in Zukunft eine Dosierhilfe benötigt werden würde oder wenn Probanden bei der Einnahme bestimmter Medikamente zaghafte waren. Die Probanden wurden in die Entscheidungen bezüglich neu zugeordneter Medikamente miteinbezogen indem nach ihren Präferenzen gefragt wurde.</p>	<p>Kommunikationsfähigkeiten und Strategien unterrichtet werden. Die Vorstellungen und Erfahrungen von Patienten in Bezug auf ihre Medikamente sollten zwischen Aufnahme und Entlassung priorisiert und ermitelt werden. Die Kommunikation bezüglich der Medikamente sollten alle Gesundheitsfachpersonen als ihre Aufgabe betrachten und durchführen.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Präferenzen, Vorstellungen und Erfahrungen der Patienten müssen von Gesundheitsfachpersonen berücksichtigt werden, um eine individuelle und angepasste Kommunikation anbieten zu können. Um Entscheidungen gemeinsam zu treffen, muss ein partnerschaftlicher Diskurs vorhanden sein.</p> <p>Limitationen: Es könnte zu einem Detection-Bias während der Gespräche gekommen sein. Da die Beobachter_innen viel Zeit mit den Probanden verbrachten, konnte eine Beziehung und Vertrautheit aufgebaut werden. Dabei betonten die Beobachter_innen, lediglich die Kommunikation zwischen den Gesundheitsfachpersonen und den Probanden beobachten und nicht beurteilen zu wollen.</p>

Würdigung der Studie: Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., & Manias, E. (2021). Towards patient-centred communication in the management of older patients' medications across transitions of care: A focused ethnographic study. *Journal of Clinical Nursing*, jocn.16162. <https://doi.org/10.1111/jocn.16162>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung und Argumentation des Forschungsbedarfs: Das Problem wird ausführlich beschrieben und mit ausreichend Literatur untermauert. Dabei handelt es sich um ein aktuelles und relevantes Thema für die Praxis. Der Argumentationsaufbau des Forschungsbedarfs ist nachvollziehbar formuliert.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Zwar wurde keine Forschungsfrage formuliert. Diese kann jedoch vom Forschungsziel abgeleitet werden.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Veröffentlichungen der angegebenen Literatur befindet sich zwischen 2006-2020 und sind somit grösstenteils aktuell.</p>	<p>Design: Der fokussiert ethnografische und qualitative Ansatz ist in Bezug auf die Forschungsfrage passend, da es den Forschenden ermöglicht, ein soziales Phänomen und Erfahrungen von Betroffenen zu untersuchen.</p> <p>Setting: Das Setting ist mit dem Forschungsziel und dem Design kongruent.</p> <p>Stichprobe: Die Stichprobe wird im Forschungsziel nicht erwähnt. Jedoch wird darauf eingegangen, dass nur wenig Aufmerksamkeit auf die Interaktion des Gesundheitspersonals mit älteren Patienten in der Medikamentenkommunikation gelegt wurde. Dazu ist die gewählte Stichprobe passend gewählt. Die Grösser der Stichprobe ist einer qualitativen Studie angemessen, wird jedoch nicht weiter begründet. Das Setting wird beschrieben, jedoch nicht, wo die Interviews und die Fokusgruppen stattfanden. Es finden sich zudem keinerlei genauere Informationen zu den Stichproben, abgesehen davon, dass es sich um Patienten, Familienangehörige, Ärzte usw. handelte.</p> <p>Datenerhebung/Messverfahren: Die Daten wurden durch die Erstautorin und einer Forschung Stipendiat mit pharmazeutisch bzw. pflegerischem Hintergrund gesammelt. Beide Forscherinnen hatten eine Ausbildung in qualitativer Forschungsmethodik auf Doktoranden- und Masterniveau. Die Datenerhebung wird schlüssig und verständlich dargestellt. Die Datensättigung wird beschrieben.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die thematische Analyse ermöglichte es induktive Muster in den Daten zu erkennen und die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den sozialen Interaktionen zwischen Individuen zu erfassen. Die kombinierte Anwendung der thematischen Analyse und der kritischen Diskuranalyse erleichtern einen komplementären Ansatz zur Datenanalyse.</p> <p>Datenanalyse: Bei der Analyse wurde darauf geachtet, die Daten der einzelnen Stationen einzeln zu analysieren um spezifische kontextuelle Merkmale umfassend zu untersuchen. Das Codebuch und die Leitfragen orientierten sich an früheren Studien zur Medikamentenkommunikation zwischen Gesundheitspersonal und Patienten. Die Integration des Medikamentenkommunikationsmodells mit CDA bot dem Forschungsteam einen fokussierten Ansatz zur Untersuchung der Komplexität der Medikamentenkommunikation, indem die Einflüsse verschiedener soziokultureller und umweltbedingter Dynamiken bewertet wurden.</p> <p>Ethik: Jegliche Einwilligungen und Genehmigungen wurden eingeholt. Die Forscherinnen hatten sich den Patientinnen und Patienten mit Funktion vorgestellt. Zu den teilnehmenden Personen hatten die Forscherinnen zuvor keine Beziehung. Interessenskonflikte wurden verneint.</p>	<p>Beschreibung der Stichprobe: Die Stichprobe wird im Fließtext kurz beschrieben und entspricht den festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Es werden keine näheren Informationen zu den Probanden beschrieben.</p> <p>Ergebnisse der Analyse/Reichhaltigkeit: Die Ergebnisse werden anhand einer Abbildung übersichtlich dargestellt sowie im Fließtext ausreichend mit passenden Zitaten untermauert. Die einzelnen Kategorien werden mithilfe von Patientensituationen ausführlich erklärt.</p>	<p>Allgemein: Eine Diskussion im klassischen Sinne wird nicht beschrieben. Die Ergebnisse werden zusammenfassend interpretiert und mit früheren Studien untermauert.</p> <p>Beantwortung der Forschungsfrage: Mit den Ergebnissen kann das Forschungsziel beantwortet werden.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschungen: Empfehlungen für die Praxis werden nachvollziehbar und sinnvoll formuliert. Empfehlungen für weitere Forschungen werden nicht gemacht.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Schlussfolgerungen sind kongruent mit den Ergebnissen und nachvollziehbar formuliert. Diese beinhaltet Empfehlungen für die Praxis, wobei der Fokus vor allem auf die Qualität der Kommunikation liegt.</p> <p>Limitationen: Die Limitationen der Studie werden nachvollziehbar beschrieben und sind reflektiert.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung): In die Analyse wurden keine externen Personen hinzugezogen. Der unterschiedliche Hintergrund der einzelnen Forschungsmitglieder (Medizin, Pflege, Pharmazie, Gesundheitskommunikation und Soziologie) ist förderlich hinsichtlich der Nähe des zu diskutierenden Themas. Zur Dokumentation der Interviews wurden Transkripte erstellt sowie Audioaufnahmen gemacht. Bei der Analyse wurde darauf geachtet, die Daten der einzelnen Stationen einzeln zu analysieren um spezifische kontextuelle Merkmale umfassend zu untersuchen. Die Transkripte wurden zwar mehrmals jedoch nur durch die beiden Feldforscherinnen gelesen. Des Weiteren wurde zur Analyse die NVivo12 Software verwendet.

Dependability (Zuverlässigkeit): Der Analyseprozess wird klar und nachvollziehbar dargestellt. Ob die Analyse durch ein höheres Gremium geprüft wurde, wird nicht erwähnt. Die Kodierung wurde bereits während der Datenerhebung durch die beiden Feldforscherinnen durchgeführt. Die Analyseergebnisse wurden durch das gesamte Forschungsteam diskutiert.

Credibility (Glaubwürdigkeit): Eine Triangulation hat stattgefunden da Daten mithilfe durch Interviews und Beobachtungen durchgeführt wurden. Ein Peer-Debriefing fand insofern statt, als das vor der Datensammlung mit der Fokusgruppe Schlüsselthemen aus den bereits erhobenen Daten für die Interviews identifiziert wurden. Es wird nicht erwähnt, ob Negative oder Kontrast Fälle berücksichtigt wurden.

Transferability (Übertragbarkeit): Die Ergebnisse sind mit früheren Studien kongruent. Während der Datenerhebung wurden Fotos der Medikamente aufgenommen sowie Feldnotizen erstellt. Die Zitate wurden plausibel gewählt. Die übersichtliche Beschreibung erlaubt es, Sachverhalte für die eigene Praxis sowie weitere Forschungen anzuwenden. Die Übertragbarkeit wird jedoch durch die kaum vorhandene Beschreibung der Stichprobe vermindert.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung: Der Forschungsprozess wurde klar und nachvollziehbar dargestellt sodass der Leserschaft wenige Fragen offenbleiben. Interessenskonflikte werden verneint. Die Finanzierung der Studie wird deklariert. Alle Forschenden werden mit Namen und Beschäftigungsgrad angegeben. Lediglich drei Forschenden werden mit Beschäftigungsort

angegeben. Der Artikel erschien im Journal of clinical nursing, welches einen Impact Factor von 3.036 (2020) aufweist und peer reviewed ist.

Evidenzlage: Da es sich um eine Originalstudie handelt befindet sie sich auf dem untersten Level der 6S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Stauffer, Y., Spichiger, E., & Mischke, C. (2015). Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt – eine qualitative Studie. *Pflege*, 28(1), 7–18. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000400>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Ältere multimorbide Personen nehmen häufig eine Vielzahl von Medikamenten ein, damit steigt die Gefahr einer fehlerhaften Einnahme. Gerade im Spital kommt es häufig zu Unterbrüchen in der gewohnten Routine bezüglich Medikamenteneinnahme, was die Fehlerquote erneut erhöhen kann. Zusätzlich kommt es dort beinahe täglich zu Änderungen der Medikation.</p> <p>Forschungsfrage/-Zweck: Das Ziel der Forschung ist es die Sicht und das Erleben der älteren, multimorbiden Personen bezüglich der komplexen und zum Teil neuen Medikamententherapie nach dem Spitalaustritt und ihren Umgang damit zu untersuchen.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Forscher unterstreichen mit verschiedener Literatur die Problemstellung und Wichtigkeit des Themas. Sie weisen darauf, dass Fehler im Medikamentenmanagement zur Verschlechterung des Krankheitsverlaufs sowie zu Rehospitalisationen und sozio-ökonomischen Auswirkungen führen können. Diese Fehlerquote kann durch Spitalaufenthalte und somit die Unterbrechung der gewohnten Routine erhöht werden.</p> <p>Argumentation Forschungsbedarf: Die Forscher erläutern Forschungslücken in Bezug auf die Untersuchung des Erlebens von älteren multimorbiden Personen bezüglich des Problems</p>	<p>Forschungsansatz: Es wurde ein qualitativer deskriptiv-explorativer Forschungsdesign gewählt, da sie mit ihrer Forschung die Sicht der Population erfassen und ein besseres Verständnis darüber erlangen wollten.</p> <p>Stichprobe: Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Über 65-jährig • Multimorbid • Mehr als drei Medikamente täglich • Kurz zuvor hospitalisiert • Zuhause Medikamentenmanagement ohne externe Unterstützung • Medikamentenregime mussten sich im Vergleich zum Spitaleintritt verändert haben <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen welche kein Deutsch sprachen • Kognitiv bzw. psychisch nicht in der Lage teilzunehmen <p>Die Informationen zum Ausschluss aus der Studie, wurden dem Patientendossier entnommen. Die Rekrutierung fand in einem Universitätsspital auf fünf verschiedenen allgemein medizinischen Abteilungen statt. 12 Probanden wurden kurz vor Austritt gezielt durch die Forscher zur Teilnahme angefragt, wobei 10 einer Teilnahme zustimmten. Die Anzahl der Stichprobe wurde auf 10 beschränkt, dies sei aus pragmatischen Gründen gemacht worden.</p> <p>Datenerhebung: Es wurden einmalige semi-strukturierte Experteninterviews im häuslichen Umfeld der Probanden in den ersten 14 Tagen nach dem Spitalaustritt durchgeführt. Das Interview fand in Schweizerdeutsch statt und dauerte 40-70 Minuten. Es wurde eine Tonaufnahme gemacht, diese wurde anonymisiert und ins Schriftdeutsch transkribiert. Zudem wurden soziodemographische Daten erfasst und medizinische dem Patientendossier entnommen.</p> <p>Methodologische Reflexion: Die Forscher erläutern, dass sie den deskriptiv-explorativen Ansatz gewählt haben, da dieser mittels mehrere Kodierungsphasen eine tiefere Analyse der Ergebnisse ermöglicht.</p> <p>Datenanalyse: Es wurde ein induktives-offenes Vorgehen gewählt. Es wurden verschiedene Kodierungsphasen durchgeführt. Zusätzlich wurden Feldnotizen und Memos in den Analyseschritten erfasst, damit Reflexionen stattfinden und diese in</p>	<p>Hauptcharakteristika der erhobenen Stichprobe: Die Stichprobe bestand auf vier Männern und sechs Frauen. Das Durchschnittsalter bei den Männern war 72.2 und bei den Frauen 82.2 Jahre. Fünf davon waren verwitwet, zwei davon hatten einen Lebenspartner und fünf waren verheiratet. Acht hatten eine Berufsbildung abgeschlossen und bis zur Pensionierung gearbeitet. Die Probanden hatten 4-9 Hauptdiagnosen und dazu Nebendiagnosen. In der Tabelle 1 wurden Informationen zu ihrer Medikamenteneinnahme aufgezeigt.</p> <p>Zentrale Ergebnisse: Aus den Interviews ergaben sich fünf Hauptkategorien mit keiner oder bis zu drei Unterkategorien.</p> <p>1.Hauptkategorie: Multimorbidität – Erleben und Umgang: Den Probanden ist es wichtig, dass sie ihre Multimorbidität und ihre Medikamente selbstmanagen können. Sie lernen damit umzugehen und die Einschränkungen, welche sie mit sich bringen zu akzeptieren.</p> <p>2.Hauptkategorie: Einstellung zu Medikamenten und deren Bedeutung: Die Probanden wissen, dass die Medikamente lebensnotwendig sind und wissen, um deren Bedeutung, trotzdem hinterfragen sie diese aber auch mal. Hier wird ebenfalls die Wichtigkeit der Selbstständigkeit in der Medikamenteneinnahme hervorgehoben.</p> <p>3.Hauptkategorie: Verantwortung für die Medikamenteneinnahme. Hier gibt es zwei Unterkategorien, da sie dies zu Hause oder im Spital unterscheidet.</p> <p>Zu Hause: Die Probanden möchte die Verantwortung für die Medikamenteneinnahme selbst tragen. Sie schätzen sich kognitiv als gut ein, ob sie Hilfe bei einer kognitiven Verschlechterung beim Medikamentenmanagement akzeptieren, ist bei den Probanden unterschiedlich.</p> <p>Im Spital: Für die Probanden ist es selbstverständlich, dass sie dort das Medikamentenmanagement der Pflege überlassen, sie vertrauen dem Pflegepersonal.</p> <p>4.Hauptkategorie: Medikamentenmanagement: Diese umfasst drei Unterkategorien.</p> <p>Kenntnis der Medikamente und deren Wirkung: Die Probanden kennen ihre Medikamente und wenn neue hinzukommen informieren sie sich darüber. Nebenwirkungen werden weniger nachgeschaut, da diese Angst machen können.</p> <p>Richten der Medikamente: Verschiedene Hilfsmittel werden zum Richten der Medikamente verwendet. Die</p>	<p>Allgemein: Im Vordergrund stand die Wichtigkeit der Selbstständigkeit der älteren Personen im Bereich des Medikamentenmanagements. So wurde die Polypharmazie auch nicht als einschränkend erlebt, solange diese selbst bewerkstelligt werden kann. Somit zeigte sich, dass ältere Personen einen aktiven Part in ihrem Medikamentenmanagement einnehmen und als gleichwertige Partner darin gesehen werden möchten. Die älteren Personen entwickelten eigene Routinen, um das Medikamentenmanagement zu bewältigen. Die Informationsgabe zur Medikation durch Gesundheitsfachpersonen fand teils zu einem falschen Zeitpunkt oder unzureichend statt. Jedoch fühlten sich die Probanden dieser Studie bezüglich ihrer medikamentösen Therapien genügend informiert. Diese Erkenntnisse wurden durch andere Studie unterstrichen oder sie widerlegten die Ergebnisse anderer Studien.</p> <p>Forschungsbedarf: Die Aspekte weshalb ältere Menschen ihr Medikamentenmanagement nicht an Dritte abgeben möchten sollten untersucht werden. Weiter wie ältere Menschen, welche im Medikamentenmanagement Unterstützung erhalten, ihre Autonomie und Eigenverantwortung darin erleben. Erfahrungen des Gesundheitsfachpersonals und Angehörigen wurden nicht berücksichtigt, diese könnten in Fallstudien erfasst werden. Zudem zeigt sich ein Forschungsbedarf bezüglich Angeboten zur Unterstützung und Förderung des Medikamentenmanagements von älteren Personen.</p> <p>Limitationen: Es handelte sich nur um eine kleine heterogene Stichprobe.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>und dass mehrheitlich die Sicht des Gesundheitspersonals abgebildet wurde, aber kaum die Sicht der Patienten.</p>	<p>die Kodierung miteinbezogen werden konnten. Der Analyseprozess wurde in zwei Zyklen aufgeteilt, welche wiederholend durchgeführt, bis sich klare Kategorien abbildeten und voneinander abgrenzten. Zur Auswertung wurde ein Computerprogramm MAXQDA angewendet. Die Datenerhebung und Datenanalyse fanden parallel statt, falls neue Themen in der Datenanalyse auftraten, wurden diese in die Datenerhebung in die nachfolgenden Interviews eingespeist.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch den Prüfungsausschuss des zuständigen Spitals genehmigt. auch bezüglich ethischer Grundsätze genehmigt.</p>	<p>Probanden benötigen dabei Ruhe und Konzentration. Teils wird das Unterscheiden der aus dem Blister gedrückten Medikamente als schwierig angesehen.</p> <p><i>Erhalt und Wiedererlangen von Routine bei der Medikamenteneinnahme:</i> Routine ist für die Probanden zur Medikamenteneinnahme wichtig, damit sie keine vergessen. Unterbrechungen in dieser können zum Vergessen der Medikamenteneinnahme führen.</p> <p>5. Hauptkategorie: Unterstützung durch Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachpersonen: Diese wird in zwei Unterkategorien unterteilt, es wird betont, dass es den Probanden wichtig ist, dass sie als gleichgestellt betrachtet werden und Vertrauen wie strukturelle Gegebenheiten spielen eine wichtige Rolle.</p> <p><i>Im Spital:</i> Während des Spitalaufenthalts fühlten sich die Probanden genügend informiert. Im Vordergrund stehen die fehlenden Informationen am Austrittstag, die Medikamente werden nicht erklärt, das Medikamentenrezept wird nicht als das erkannt, es herrschen Diskrepanzen zwischen Aussagen von verschiedenen Gesundheitskräften und die Probanden fühlten sich teils verunsichert. Weiter kommt es vor, dass die Medikamente nach Austritt nicht organisierbar waren, weil sie sich zu schwach fühlten oder die Probanden diese zuerst mit ihrem Hausarzt besprechen wollten.</p> <p><i>Durch Hausärzte/Hausärztinnen:</i> Diese wird als wichtigste Vertrauensperson bezüglich der Medikation beschrieben. Bei Unsicherheiten nach dem Spitalaustritt wendeten sie sich an diese, erhalten Ratschläge oder diskutieren Änderungen.</p> <p>Die Haupt- und Unterkategorien sind mittels einer Tabelle dargestellt und werden im Fliesstext erläutert, sowie mit Zitaten belegt.</p>	<p>Weiter waren bei einigen Interviews der Partner oder die Partnerin anwesend, was das Antwortverhalten der Teilnehmenden eventuell beeinflusste. Die Stichprobe wurde nur aus einem Spital rekrutiert, was die Übertragbarkeit auf andere Spitäler fraglich macht.</p> <p>Empfehlungen: Es sollten Konzepte zu Medikamentenregime entwickelt werden, die über das Spital hinaus gehen. Zudem sollte der individuelle Bedarf der älteren Menschen geklärt und Therapie auf ihren häuslichen Alltag abgestimmt werden.</p> <p>Schlussfolgerung: Pflegefachpersonen können eine Schlüsselfunktion im unterstützen des Medikamenten-managements bei älteren Personen einnehmen, in dem sie gezielt Bedürfnisse darin erfassen und Beratungen darin anbieten, sowie gemeinsam nach Lösungen für das häusliche Umfeld zu suchen.</p>

Würdigung der Studie: Stauffer, Y., Spichiger, E., & Mischke, C. (2015). Komplexe Medikamentenregime bei multimorbiden älteren Menschen nach Spitalaufenthalt – eine qualitative Studie. *Pflege*, 28(1), 7–18. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000400>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beschreibt ein wichtiges Problem, welche durch die hochaltrige Gesellschaft, welche einen Hauptteil der Spitalpatienten ausmacht, sehr relevant für die Pflege ist. Die Beschreibung des Phänomens ist sehr ausführlich und teils zu ausschweifend formuliert. Jedoch kann daraus das Phänomen und die Relevanz für die Pflege entnommen werden. Das Thema wird mit Statistiken und verschiedener empirischer Literatur erläutert und der aktuelle Forschungsstand dargestellt. Die Forschungen weisen ein Publikationsrange zwischen 1994 bis 2012 auf. Die Wichtigkeit der Arbeit wird durch mangelndes vorhanden sein von Studien aus der Sicht der Population aufgezeigt. Das Ziel der Studie wird differenziert und verständlich beschrieben.</p>	<p>Forschungsansatz: Der qualitative deskriptiv-explorative Forschungsansatz ist geeignet, wenn es darum geht das Erleben einer Population in Bezug auf ein bestimmtes Thema zu erfassen, was in dieser Studie der Fall war. Somit wird der Forschungsansatz als passen gewertet.</p> <p>Stichprobe: Die gezielte Auswahl der Stichprobe ist passen zum Forschungsansatz. Es wurden keine Begründungen für die Ein- und Ausschlusskriterien benannt. Die Stichprobe spiegelt die Population wider und können mittels der demographischen Daten, sowie Einschlusskriterien übertragen werden. Die Stichprobengrösse ist mit 10 Probanden klein und die Begründung «pragmatisch» ist nicht verständlich. Das Setting ist angemessen beschrieben. Die Daten der Probanden werden ausreichend erläutert. Die Probanden sind für das Erfassen der Daten geeignet, da es sich um kürzlich ausgetreten Patienten handelt, welche das Phänomen aktuell erlebt und wiedergeben können. Es gab keine verschiedenen Studiengruppen.</p> <p>Datenerhebung: Bei der Datenerhebung wurde die Sicht und das Erleben der Probanden erhoben. Die Datenerhebung wird ausführlich und schlüssig erläutert. Unklar ist durch wen die Interviews erfolgten. Es wird keine Datensättigung beschrieben. Eine Einverständniserklärung wurde durch die Probanden unterschrieben, ansonsten wird nichts beschrieben.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es wird kein philosophischer Hintergrund beschrieben. Die Forscher gehen davon aus, dass die Probanden die Experten bezüglich ihres Medikamentenmanagements sind. Das methodische Vorgehen entspricht dem Forschungsansatz. Der Forschungsansatz passt zur Forschungsfrage.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird genau erläutert und ist nachvollziehbar. Die Analyse wurde durchgeführt und referenziert. Die Analyseschritte sind umfassend dargestellt. Die Analyse wurde mit einer Mentorin, sowie Studierenden diskutiert, was die Glaubwürdigkeit erhöht. Zudem wurden die Ergebnisse den Probanden zur Überprüfung vorgelegt, was die Glaubwürdigkeit zusätzlich erhöht. Die Forscher hielten Feldnotizen und Memos während der Datenanalyse zur Reflexion fest und bezogen diese in die Kodierprozesse mit ein.</p> <p>Ethik: Eine schriftliche Einwilligung wurde eingeholt, darüber ob die Probanden schriftliche oder mündliche Informationen zur Studie erhielten wird nichts erwähnt. Die Daten wurden während dem Transkribieren anonymisiert. Was mit den Rohdaten sowie Personendaten nach Abschluss der Studie passierte, wird nicht beschrieben. Es wird nirgends erwähnt ob die Autoren durch eigene Interessen voreingenommen waren. Es wurden keine weiteren ethischen Fragen diskutiert.</p>	<p>Abweichungen: Es werden keine Abweichungen benannt.</p> <p>Zusammensetzung der Stichprobe: Die Stichprobe wird aufgrund ihrer Heterogenität durch die Forscher bemängelt. Ansonsten war die Stichprobe aufgrund des Geschlechts und des Berufstandes homogen.</p> <p>Kategorien: Die Kategorien wurden durch eine vielfältigen Analyseprozess gebildet. Die Ergebnisse geben einen detaillierten Überblick über die Daten und fördern das Verständnis. Die Kategorien werden klar beschrieben, weisen einen Bezug zum Kontext auf und sind jeweils mit 1-2 passenden Zitaten belegt. Die Kategorien sind klar unterscheidbar und logisch gegliedert. Die Verbindung der Kategorien wird erläutert und wird mehrmals erwähnt.</p>	<p>Beantwortung der Forschungsfrage: Durch die Diskussion der Ergebnisse wird ein vertieftes verstehen des Phänomens ermöglicht, Aspekte des Phänomens werden aufgegriffen und verständlich dargestellt. Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden.</p> <p>Verhältnis zum bekannten Forschungsstand: In der Diskussion werden Ergebnisse der Studie mit denen von anderen Studien verglichen. So konnten bisherige Forschungsergebnisse weiter gestützt oder durch die Studie widerlegt werden. Die Forscher diskutieren gegensätzliche Forschungsliteratur. Die Relevanz für die Pflege wird aufgezeigt und diskutiert.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschungen: Es werden Implikationen für die Pflegefachpersonen im Spital und deren wichtige Rolle in Bezug zum Phänomen aufgezeigt. In der Schlussfolgerung werden die Ergebnisse prägnant und schlüssig abgebildet.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

Externe Personen (Studierende, Mentorin) wurden in den Forschungsprozess miteinbezogen und haben gemeinsam den Analyseprozess diskutiert. Eine Selbstreflexion fand mittels Memos und Feldnotizen statt und diese wurden in den Kodierungsprozess miteinbezogen.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Das Vorgehen der Datenanalyse wird präzise und verständlich aufgeführt. Die Datenerhebung und -analyse fanden parallel und somit zeitnah statt, somit fand eine Triangulation statt. Zur Auswertung der Daten wurde ein Softwareprogramm beigezogen. Eine Überprüfung der Datenanalyse und Ergebnisse durch ein externes Gremium wird nicht erwähnt.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Es fand keine Triangulation durch eine Kombination von verschiedenen Daten (wie z.B. Beobachtungen kombiniert mit Interviews) statt. Ein Peer-Debriefing fand in der Analyse durch das Besprechen des Prozesses mit anderen Studierenden und einer Mentorin statt. Die Ergebnisse der Analyse wurden den Probanden zur Bestätigung vorgelegt, somit fand ein Member-Checking statt.

Transferability (Übertragbarkeit):

Die Resultate werden passend mit Zitaten untermauert. Die Stichprobe und das Setting werden ausreichend beschrieben, sodass eine Übertragbarkeit ermöglicht wird. Jedoch fehlen Angaben, ob die Probanden aus einem ländlichen oder städtischen Gebiet stammten, was der Übertragbarkeit zuträglich gewesen wäre. Die Stichprobe wird als homogen bewertet, was die Übertragbarkeit fördert.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Der Forschungsprozess ist klar erläutert und nachvollziehbar. Unklar ist, weshalb nur 10 Probanden in die Stichprobe miteinbezogen wurden. Eine Datensättigung wurde nicht erwähnt, somit besteht die Möglichkeit, dass nicht alle mögliche Aspekte des Phänomens erfasst wurden. Die Forscher werden am Anfang der Studie mit Funktion und Arbeitsort aufgeführt und am Ende der Studie

wird deren Beteiligung genauer beschrieben. Am Ende der Studie ist ein Referenzverzeichnis aufgeführt. Die Studie wurde in der Zeitschrift Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe, des Hogrefe Verlag in Bern publiziert. Der Impact Faktor der Zeitschrift beträgt 0.655 (2019) und ist peer reviewed.

Evidenzlage: Es handelt sich um eine Originalstudie. Die Studie befindet sich im untersten Evidenzlevel der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Tobiano, G., Chaboyer, W., Teasdale, T., Cussen, J., Raleigh, R., & Manias, E. (2021). Older patient and family discharge medication communication: A mixed-methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 898–906. <https://doi.org/10.1111/jep.13494>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Unstimmigkeiten in der Medikation sind ein Risiko für Patienten. Die Medikamentensicherheit zu erhöhen und Schäden zu verhindern, ist eine Herausforderung für hospitalisierte Patienten. Gerade für ältere Patienten ist es wichtig Lösungen zur Verbesserung der Medikamentensicherheit zu finden, da sie häufig von Multimorbidität und Polypharmazie betroffen sind.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Das Ziel der Studie war die Untersuchung der Beteiligung von älteren medizinischen Patienten und ihren Familien in der Austritts Medikation-kommunikation. Die spezifischen Forschungsfragen waren: Wie nehmen Patienten und ihre Familie in der Austritts Medikation-kommunikation teil? Welche Faktoren fördern oder hindern die Teilnahme der Patienten und Familien an der Austritts Medikation-kommunikation.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Die Forscher nehmen Bezug auf verschiedene empirische Forschungen, welche das Problem weiter erläutern und den Bedarf für die Forschung in diesem Bereich aufzeigen.</p> <p>Argumentation Forschungsbedarf: Durch zwei qualitative systematische Reviews zum Thema Integration älterer Patienten in der Medikation-kommunikation, wurde die Notwendigkeit einer</p>	<p>Forschungsansatz: Es handelt sich um eine erklärende mixed-method Studie. Die Forscher begründen dies dadurch, dass die quantitativen Ergebnisse durch die qualitativen besser verstanden und erklärt werden können.</p> <p>Stichprobe: 42 Patienten wurden von zwei auf Atmung und auf medizinische Patienten spezialisierten Abteilungen eines australischen Krankenhauses auf ihre Eignung für die Studie geprüft und in den informierten Einwilligungprozess involviert.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter >65 • Mehr als eine chronische Erkrankung • Mehr als 6 verschriebene Medikamente am Tag, welche die Patienten selbst oder ihre Familie managten • Mit dem Einverständnis nach Hause zu gehen am Tag der Beobachtung <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Physiologisch instabile Patienten • Geistig nicht fähig teilzunehmen • Kommunikation in Englisch nicht möglich <p>Es stellte sich heraus, dass die Familien der Patienten zur Entlassungskommunikation beitrugen, somit wurden diese, wenn die Patienten sie als Ersatz für sie vorschlugen, als weitere Probanden gewählt, da sie laut den Forschern nicht von der eigentlichen Zielgruppe getrennt betrachtet werden können. Somit wurden diese der Stichprobe der Phase 2 zugeordnet.</p> <p>Datenerhebung/Messverfahren: <u>Phase 1:</u> Beobachtungen wurden vom Montag bis Freitag durch die Erstautorin und einen externen Forscher, während des normalen Stationsbetriebes, wenn es zu kommunikativen Begegnungen am Austrittstag zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patienten kam, durchgeführt. Diese Begegnungen wurden mit einem Audio-recorder aufgenommen. Die Aufnahmen dauerten maximal zwei Stunden oder bis der Proband die Abteilung verließ. Weiter wurde den Probanden ein Fragebogen über ihre Charakteristika und ihre Präferenzen bezüglich ihrer Teilnahme in der Kommunikation zu ihren Medikamenten. Dazu wurde noch acht Items aus einer anderen Umfrage verwendet, um die Probleme, welche nach dem Austritt mit den Medikamenten auftraten zu erfassen, diese waren beantwortbar mit 3 Antwortmöglichkeiten: nicht besorgt, mäßig besorgt oder sehr besorgt.</p> <p><u>Phase 2:</u> Einmalig wurden semi-strukturierte Interviews mit einem Interview-Guide nach Austritt mit den Probanden und</p>	<p>Zentrale Ergebnisse quantitativ: Von den 42 möglichen, nahmen 30 Probanden an der Studie teil. Diese wurden in 71 Medikamentenkommunikations-Begegnungen beobachtet. Im Durchschnitt wurden pro Patient 2 Begegnungen beobachtet.</p> <p>Fragebogen: 26/30 Probanden gaben bei Fragen zu medikamenteninduzierten Problemen an, nicht davon betroffen zu sein. 30% der Probanden gaben an, mäßig besorgt bezüglich möglicher Nebenwirkungen zu sein.</p> <p>Beobachtungen: Gespräche zur Entlassungsplanung dauern im Durchschnitt 1 Minute, Medikamentenberatungen 7 Minuten (n=31), Beratung durch spezialisierte Gesundheitspersonen 11 bis 16 Minuten (n=2) und Medikamentenabstimmung 17 Minuten (n=1). 93% dieser Begegnungen fanden im Patientenzimmer statt, welches privat (n=54) oder mit einem anderen Patienten geteilt wurde (n=12), die restlichen fanden im öffentlichen Räumen wie dem Korridor oder Stationsbüro statt. Von diesen 71 Begegnungen fanden 43 durch Apotheker, 26 durch Pflegefachpersonen und 2 durch Ärzte statt. Bei 7 Probanden waren, während 12 Begegnungen Familienmitglieder dabei, welche in 9 Begegnungen an der Medikation-kommunikation beteiligt waren. 8 Probanden mussten zu einer bestimmten Zeit austreten. In 4 Begegnungen äußerte das Personal, dass der Proband rasch austreten/verlegt werden soll. In 8 Begegnungen war der Proband mit anderen Dingen wie packen beschäftigt während der Kommunikation. 25 Unterbrechungen wurden registriert. In 66/71 Begegnungen wurden Hilfsmittel oder Techniken von Probanden genutzt. Bei 29 Probanden wurde eine ausgedruckte Austrittsmedikamentenliste verwendet. In 36/71 Begegnungen wurden keine Hilfsmittel verwendet. Die Kommunikation mit den Probanden fand immer von Angesicht zu Angesicht statt, bei vier Familienmitgliedern per Telefon. Der Umgebungs-Faktor war in 36/71 Hintergrundgeräusche.</p> <p>Tonaufnahmen: In 21/71 waren die Probanden nicht beteiligt, in den restlichen wurden mehrere Hinweise der Beteiligung auch in gleichen Begegnungen festgestellt. 34 wiesen Hinweise auf Informationssuche auf, 41 auf Informationsvermittlung, 24 wiesen eine gemeinsame Entscheidungsfindung auf und 2 wiesen eine autonome Entscheidungsfindung auf. In der Informationsvermittlung gab es in 19 Fällen Hinweise auf Auskunft über</p>	<p>Allgemein: Die Forscher konnten in der ersten Phase Faktoren, welche die Medikation-kommunikation fördern oder hindern aufzeigen. In der 2 Phase wie Patienten und Familienmitglieder im Spital etwas über ihre Medikamente lernen und was ihre Wünsche sind. Zudem konnten sie aufzeigen, dass das Gesundheitspersonal gute kommunikative Fähigkeiten in der herausfordernden Spitalumgebung benötigt und dass es wichtig ist, dass die Patienten und Angehörigen in den Arbeitsprozess miteinbezogen werden.</p> <p>Forschungsbedarf: Es sollten Forschungen dazu durchgeführt werden, was Patienten im Spital ermutigt über ihre Medikamentenprobleme zu sprechen. Des Weiteren sollte die Rolle der Ärzte in der Austritts Medikation-kommunikation und die Familienbeteiligung in der Medikation-kommunikation untersucht werden. Zudem weisen die Forscher darauf hin, dass die Beobachtungen während der normalen Arbeitszeit stattfanden. Daher könnte erforscht werden, ob die Beteiligung der Patienten sich anhand der Tageszeit unterscheidet.</p> <p>Limitationen: Folgende Limitationen der Studie wurden durch die Forschenden aufgezeigt, es wurden nur wenige Arzt-Patienten Begegnungen beobachtet, die Beteiligung der Familie wurde in der Phase 1 nicht berücksichtigt, zudem wurde ein neues Datenerfassungstool verwendet, die Interviews fanden 2-4 Tage nach Entlassung per Telefon statt, was zu einer Verzerrung der Erinnerung führen könnte. Eine Probandin wollte nicht an der Studie teilnehmen, weil sie zu frustriert über das Austritts-prozedere war, somit könnte das Ergebnis der Studie nur die Wahrnehmung der</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Studie mit Beobachtungsmethoden beschrieben.</p>	<p>ihren Familien per Telefon durch zwei Forscher durchgeführt und aufgenommen. Nach 11 Patienten und Familien wurde die Datensättigung erreicht und keine weiteren Interviews durchgeführt.</p> <p>Datenanalyse: Phase 1: Die Daten der Beobachtung und des Fragebogens wurden mittels einer Software auf ihre Genauigkeit und Verteilung überprüft. Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistik inklusive Häufigkeit, Prozentsätze, Median und Interquartils-Abstand, der Mittelwert und Standardabweichung beschrieben. Die Aufnahmen aus den Beobachtungen wurden mittels einer deduktiven Inhaltsanalyse analysiert. Mittels einer Kategorisierungsmatrix, welche mit Hilfe der Kategorienmatrix einer anderen Studie gestaltet wurde. Die Probanden wurden dann als nicht beteiligt, Informationssuche, Informationsgabe oder geteilt/autonom Entscheidung treffend eingestuft. Der Patient wurde darin eingestuft, wenn er dies während einer Begegnung mind. 1x aufwies. Die Aufnahmen wurden durch zwei Forscher unabhängig den Kategorien zugeteilt. Bei nicht vorhandener Übereinstimmung fand eine Diskussion statt um die Diskrepanz zu lösen.</p> <p>Phase 2: Die Interviews wurden durch einen professionellen transkribier Service transkribiert. Die Erstautorin führte eine induktive qualitative Inhaltsanalyse durch. Das Transkript wurde zuvor in die NVivo qualitative Datenanalyse Software eingespeist, danach fand eine Linie für Linie Kodierung statt. Codes wurden zu Subkategorien gruppiert. Flussdiagramme unterstützten diesen Schritt. Zum Schluss wurden die Subkategorien, welche zusammenpassten zu Kategorien zusammengefügt. Der gesamte Prozess wurde mehrfach wiederholt und die Rohdaten jeweils miteinbezogen. Das gesamte Forschungsteam überprüfte die entstandenen Subkategorien und Kategorien, hinterfragte sie und bestätigten den Analyseprozess.</p> <p>Ethik: Eine informierte Einwilligung wurde von den Probanden eingeholt. Die Familienmitglieder, welche durch die Probanden vorgeschlagen wurden, gaben ihre Zustimmung zur Teilnahme. Vom Gesundheitspersonal wurde keine schriftliche informierte Einwilligung eingeholt, da der Fokus laut dem Ethik Komitee auf der Teilnahme der Probanden lag. Das Gesundheitspersonal wurde jedoch über die Studie informiert und hatten die Möglichkeit die Beobachtung durch die Forscher abzulehnen. Die ethische Genehmigung wurde vom teilnehmenden Krankenhaus und der Universität erteilt.</p>	<p>medikamentöse Probleme. In 16 Fällen der gemeinsamen Entscheidungsfindung, handelte es sich um Diskussionen zum Zugang zu Medikamenten in der Gemeinde, wie bevorzugte Apotheken.</p> <p>Zentrale Ergebnisse qualitativ: Von 23 möglichen Probanden, gaben 12 ihre Einwilligung und davon wurden 8 interviewt. Das Durchschnittsalter war 71.5 und die Hälfte davon war männlich. Das Alter der Familienmitglieder lag zwischen 60-87, zwei davon waren Ehemänner und eine war eine Tochter. Die Interviews dauerten durchschnittlich 18 min. Drei Kategorien mit 2-3 Subkategorien wurden gebildet und in einer Tabelle dargestellt und mit Zitaten belegt:</p> <p>Erlangung umfassender medizinischer Informationen: Die Probanden gaben an, dass sie viel über die Medikamente während der Stationsvisite von den Pflegefachpersonen lernten, z.B. über die Wirkung, die Nebenwirkungen und wie sie diese selbst einsetzen können. Ärzte gaben ebenfalls Informationen zu Medikamentenänderungen weiter. Von den Apothekern erhielten sie bei Austritt eine Zusammenfassung aller Medikamente und wann sie diese einnehmen sollen. Etwa die Hälfte der Probanden gaben an, dass sie nach dem Austritt wegen fehlender Informationen bei Apothekern oder dem Hausarzt nachfragten oder im Internet recherchierten. Ein Anteil fühlte sich jedoch ausreichend informiert durch die Informationen des Gesundheitspersonals des Spitals.</p> <p>Bevorzugte Ansätze für den Erhalt von Informationen: Die Probanden nahmen wahr, dass die Kommunikation über Medikamente bei den Ärzten keine Priorität hatte, sie hätten sich aber mehr Gespräche darüber gewünscht. Zudem schätzten sie Gespräche über Medikamente mit dem Pflegefachpersonal zu welchem sie eine gute Beziehung hatten. Jedoch gaben sie an, dass dies durch den häufigen Personalwechsel, deren Zeitdruck und vollen Zeitplan schwierig war. Die Medikamentenzusammenfassung durch den Apotheker bei Austritt schätzten sie sehr und empfanden ihn als hilfreich.</p> <p>Gespräche über Medikamente im Krankenhaus: Hier gaben die Probanden an, dass sie es herausfordernd fanden Fragen zu stellen, da sie nicht wussten, wie akzeptiert dies war oder sie vergaßen zu Fragen, wenn jemand vom Gesundheitspersonal anwesend war. Teilweise waren sie unsicher bezüglich dem Teilen von Medikamenteninformationen, da sie Annahmen, dass das Gesundheitspersonal ihre Medikamentengeschichte bereits kennt. Dies wurde durch vergangene Erlebnisse gefördert, in denen sie dem Arzt Informationen über ihre</p>	<p>Probanden darstellen, welche zufriedener mit dem Austrittsprocedure waren. Die Studie wurde nur an einem Standort durchgeführt, was die Verallgemeinerung einschränkt.</p> <p>Empfehlungen: Es sollte ein Wandel in der Arbeitskultur stattfinden, sodass Patienten und Angehörige gezielt in Entscheidungen und Aktivitäten involviert werden und nicht länger Aufgabenorientiert gearbeitet wird.</p> <p>Schlussfolgerung: Das Gesundheitspersonal ist in der Lage, die Medikamentenkommunikation mit den Patienten und Angehörigen zu fördern. Es sollte patientenzentriert gearbeitet und nicht einseitig mit den Patienten kommuniziert werden. So kann das Wissen der Patienten und Angehörigen genutzt und schlussendlich die Medikamentensicherheit erhöht werden.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
		<p>Medikamentengeschichte gaben, dies aber keine Änderung bei der Entscheidung des Arztes oder der Pflegefachperson in der Medikamentenadministration bewirkte. Teilweise äußerten Probanden ihre Sorgen/Ängste bzgl. der Medikation, was zu klärenden Gesprächen oder Medikamentenänderungen führten.</p>	

Würdigung des quantitativen Studienteils: Tobiano, G., Chaboyer, W., Teasdale, T., Cussen, J., Raleigh, R., & Manias, E. (2021). Older patient and family discharge medication communication: A mixed-methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 898–906. <https://doi.org/10.1111/jep.13494>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung und Theoretischer Bezugsrahmen: Die Studie zeigt mittels aktueller Literatur die Wichtigkeit des Themas und den aktuellen Forschungsstand auf. Sie nimmt Bezug auf die Berufspraxis und zeigt auf, dass Lösungen in Bezug auf das Forschungsthema gefunden werden sollen.</p> <p>Relevanz für die Berufspraxis und die Bachelorarbeit (BA): Es ist wichtig für die Pflege zu wissen, welche Faktoren hinderlich oder förderlich für die Beteiligung der Patienten und deren Familien in der Medikamentenkommunikation sind, zudem sollten sie erkennen, inwiefern diese sich daran beteiligen oder beteiligen können, um die Medikamentensicherheit zu stärken.</p> <p>Forschungsfrage: Das Forschungsziel und die Fragen werden prägnant und verständlich beschrieben.</p>	<p>Forschungsansatz: Ein quantitativer Ansatz mit deskriptiver Statistik und deduktiver Inhaltsanalyse ist passend, wenn es darum geht ein Phänomen mit Zahlen zu beschreiben, was in dieser Studie der Fall war.</p> <p>Stichprobe: Es fand eine gezielte Auswahl der Stichprobe durch vorherige Abklärung der Eignung für die Studie statt, dies könnte zu einem Selektionsbias geführt haben. Die Stichprobe entsprach der Population der Forschungsfrage und könnte somit auf diese übertragen werden. Es handelt sich um eine kleine Stichprobengrößen von 30 Probanden, weshalb nur so eine kleine Stichprobe gewählt wurde, wird nicht begründet. Solche kleinen Stichproben sind für quantitative Forschungsansätze eher untypisch. Die Drop-Outs werden angegeben und erläutert. Die Forscher geben an, dass die Drop-Outs einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnten, da zwei der Drop-Outs zu frustriert mit dem Austrittsprozess waren und daher die Teilnahme ablehnten. Es wurde keine Vergleichsgruppe erstellt.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung wird klar beschrieben und scheint für die Forschungsfrage angemessen. Bei allen Probanden wurden Beobachtungen und Tonaufnahmen durchgeführt. Die Daten sind komplett in einer Tabelle oder den Ergebnissen ersichtlich.</p> <p>Messverfahren: Das Beobachtungsinstrument wurde als valides Messinstrument durch verschiedene Personen bestätigt. Da es sich um ein neu entwickeltes Messinstrument handelt, scheint die Reliabilität unklar. Es wird jedoch benannt, dass durch die Prüfung der Inhaltsvalidität sowie die Testung der Reliabilität durch zwei Forscher, die Interraterreabilität und die Validität gestärkt wurden. Es wird nicht begründet, weshalb ein neues Beobachtungsinstrument entwickelt, und ein Teil eines bereits vorhandenen Fragebogen verwendet wurde. Es wurden keine möglichen Verzerrungen oder Einflüsse erwähnt.</p> <p>Datenanalyse: Das Verfahren der Datenanalyse wird klar erläutert. Bei den Auswertungen handelte es sich nur beim Alter um metrisch-verhältnisskalierte Variablen bei der Mittelwert und die Standardabweichung berechnet wurden. Ansonsten handelte es sich jeweils um ordinale oder nominale Variablen. Das Verfahren wurde also sinnvoll angewendet und die statistischen Test entsprechen dem Datenniveau. Es wird kein Signifikanzniveau benannt oder berechnet.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch das Ethikkomitee genehmigt und die Zustimmung der Probanden eingeholt. Keine weiteren ethischen Fragen werden diskutiert. Bezüglich der Anonymisierung wird nichts erwähnt, sie kann aber den Interviewauszügen entnommen werden. Was mit den Rohdaten sowie Personendaten nach Abschluss der Studie passiert, wird nicht beschrieben.</p>	<p>Die Ergebnisse sind präzise und verständlich. Die Ergebnisse des quantitativen und qualitativen Teils wurden mittels des SEIPS 2.0 Modells als Grafik dargestellt und erläutert.</p> <p>Fragebogen: Die Charakteristika sowie ihre Präferenz bezüglich Teilnahme in der Medikamentenkommunikation, welche mittels Fragebogen erhoben wurden, wurden tabellarisch abgebildet.</p> <p>Tonaufnahmen: Damit wurde das Kontinuum der Beteiligung der Probanden an der Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal, während der 71 Begegnungen eingeschätzt.</p>	<p>Die Forscher fassen die Ergebnisse klar zusammen und vergleichen diese mit anderen Studien. Der Diskussionsteil fällt eher kurz aus, trotzdem ist ein Diskurs erkennbar und die Interpretationen stimmen mit den Resultaten überein. Die Forschungsfragen können beantwortet werden. Es werden keine alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Die Forscher beschreiben Limitationen und beschreiben darin jeweils den Bedarf für weitere Forschung. Es wird jedoch nicht auf die Stichprobengröße eingegangen, welche durch ihre kleine Größe eine Übertragbarkeit stark verkleinert. Mögliche Bias werden nicht erläutert.</p> <p>Die Ergebnisse können in die Praxis integriert werden, da die patientenzentrierte Pflege bereits bekannt und aktuell ist.</p> <p>Die Möglichkeit diese Studie in einem anderen Krankenhaus auf anderen Abteilungen zu wiederholen besteht. Für andere Settings scheint sie jedoch ungeeignet, da zum Beispiel andere Orte, an welchen Kommunikationen über Medikamente stattfinden, nicht ohne Bias durch den Beobachtenden, welcher zuvor das Einverständnis einholen müsste, z.B. in einer Apotheke, durchgeführt werden könnte.</p>

Einschätzung Güte des quantitativen Teils nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Objektivität:

Die Forschungsarbeit wird nachvollziehbar und übersichtlich erläutert. Das verwendete Beobachtungsinstrument wurde für die Forschungsarbeit neu entwickelt, somit sind die Validität und Reliabilität nicht nachweislich erwiesen. Einen möglichen Einfluss auf die Ergebnisse könnte durch das Wissen der Probanden und des Gesundheitspersonals über die Beobachtungen haben, was zu einem Detection-Bias führen kann.

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

Eine Wiederholung der Studie in einem anderen Krankenhaussetting erscheint möglich, da die Beobachtungskriterien und deren Durchführung erläutert wird. Die Referenz der Studie, aus welcher die 8 Items des Fragebogens entnommen wurde, ist aufgeführt, sodass diese ebenfalls übernommen werden könnten. Da es sich um ein neu entwickeltes Beobachtungsinstrument handelte, kann die Reliabilität nicht klar bestätigt werden. Die Forscher sprechen von einer Reliabilität- und Validität-Testung, welche dadurch erfolgte, dass zwei Forscher, während der ersten acht Beobachtungen das Beobachtungsinstrument zeitgleich und unabhängig anwendeten und eine Übereinstimmung von 98.7% hatten.

Validität, Gültigkeit:

Das Forschungsdesign mit deskriptiver Statistik und deduktiver Inhaltsanalyse ist angemessen (Phänomen mit Zahlen zu beschreiben). Durch die Ein- und Ausschlusskriterien wird eine erhöhte interne Validität erreicht. Das Beobachtungsinstrument wurde als valides Messinstrument durch verschiedene Personen bestätigt, da es sich aber um ein neues Beobachtungsinstrument handelt, welches erstmals in dieser Studie getestet wurde, scheint die Validität unzureichend erwiesen.

Evidenzlage:

Es handelt sich um eine Originalstudie. Die Studie befindet sich im untersten Evidenzlevel der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Würdigung des qualitativen Studienteils: Tobiano, G., Chaboyer, W., Teasdale, T., Cussen, J., Raleigh, R., & Manias, E. (2021). Older patient and family discharge medication communication: A mixed-methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 898–906. <https://doi.org/10.1111/jep.13494>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie zeigt mittels anderer empirischer Studien, Daten und Literatur die Wichtigkeit der Forschungsfrage auf. Das Phänomen der Forschung wird klar dargestellt und zeigt sich mit Bezug zum Gesundheitspersonal und deren Aufgaben als relevant für die Pflege. Das Ziel sowie die Forschungsfragen sind verständlich und klar formuliert. Die Einleitung wird mit aktueller Literatur mit einem Publikationsrange von 2005 bis 2020 dargestellt und gibt somit den aktuellen Forschungsstand wieder.</p>	<p>Forschungsansatz: Die Forscher wollten mittels dem qualitativen Ansatz zur Verständlichkeit des quantitativen Ansatzes beitragen. Der qualitative induktive Ansatz eignet sich dann, wenn es darum geht, das Erleben der Probanden zu erfassen. Dies wurde durch die Interviews erreicht, wodurch der Ansatz passend ist.</p> <p>Stichprobe: Die Bildung der Stichprobe entspricht dem qualitativen Forschungsansatz. Die Stichprobe entsprach der gewählten Population im Forschungsziel und den Fragen. Die Stichprobengröße ist angemessen, da die Datensättigung erreicht wurde. Das Setting wird beschrieben, die Charakteristika der Probanden werden mittels einer Tabelle dargestellt. Die Forscher begründeten die Wahl der Angehörigen als Probanden, aber weitere Begründungen für die Stichprobe werden nicht benannt. Es wurden keine Studiengruppen erstellt. Die Probanden waren als Informanten geeignet, da sie direkt aus ihrem Erleben nach dem Spitalaustritt berichten konnten.</p> <p>Datenerhebung: Bei der Durchführung der semi-strukturierte Interviews ging es um das Erfassen des Erlebens der Probanden und Familienmitglieder. Die Vorgehensweise wurde klar beschrieben und der Interview-Guide kann dem Anhang der Studie entnommen werden. Die Datensättigung wird nach 11 Interviews beschrieben. Vor den Interviews wurde eine Einwilligung eingeholt.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es wird kein philosophischer Hintergrund oder Standpunkt der Forscher erläutert. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem Forschungsansatz überein und ist für die Untersuchung und Darstellung des Phänomens geeignet.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird kurz jedoch verständlich und präzise beschrieben. Die Analysemethoden werden referenziert. Die Analyseschritte werden zwar kurz beschrieben, scheinen dennoch glaubwürdig und präzise. Die analytischen Entscheidungen sind nachvollziehbar und werden laut dem Forscher wiederholend und konstant in Bezug zu den Rohdaten durchgeführt. Der gesamte Prozess wird durch das Team überprüft, was die Glaubwürdigkeit weiter steigert. Es wurden keine Gespräche analysiert, welche nicht auf die Medikamente bezogen waren.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch das Ethikkomitee genehmigt und die Zustimmung der Probanden eingeholt. Keine weiteren ethischen Fragen werden diskutiert. Bezüglich der Anonymisierung wird nichts erwähnt, sie kann aber den Interviewauszügen entnommen werden. Was mit den Rohdaten sowie Personendaten nach Abschluss der Studie passiert, wird nicht beschrieben.</p>	<p>Die Kategorien und Unterkategorien sind verständlich und übersichtlich mittels einer Tabelle dargestellt und werden im Fließtext genauer beschrieben. Kategorien und Subkategorien werden mit Zitaten belegt, was die Reichhaltigkeit der Daten zeigt. Die Kategorien und Unterkategorien geben einen Überblick über das zu erfassende Phänomen und sind logisch aufgegliedert. Die Kategorien sind inhaltlich gut unterscheidbar. Mittels des SEIPS 2.0 Model, wird der Bezug der einzelnen Kategorien zu den quantitativen Ergebnissen plausibel dargestellt.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse: Die Interpretation der Ergebnisse gibt einen Überblick zum Phänomen und trägt zu einem besseren Verständnis bei. Das Ziel der Forschung und die Forschungsfragen konnten mit den Ergebnissen beantwortet und veranschaulicht werden. Dadurch, dass die Beteiligung der Probanden und deren Familienmitglieder in der Austritts-Medikamentenkommunikation aufgezeigt werden konnte, sowie diese sich zeigt und welche Faktoren hinderlich und förderlich dafür sind. Die Bedeutung der Ergebnisse für die Gesundheitsberufe wird erläutert und diskutiert.</p> <p>Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis: Es werden mögliche Implikationen für die Befunde der Studie aufgezeigt, welche in jedem Kontext in dem Gesundheitspersonal mit Patienten über Medikamente kommuniziert. Die Schlussfolgerung ist kongruent mit den Ergebnissen.</p>

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

Eine externe Person wurde für die Datensammlung der Beobachtungen hinzugezogen. Unklar ist, welche Expertise diese Person hat, da sie nur namentlich erwähnt wird. Bei der Datenanalyse wurde keine externe Person erwähnt.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Die Durchführung und Analysierung der Interviews fand zeitnah statt. Zur Analyse wurde ein Computer Programm hinzugezogen. Der Analyseprozess wurde wiederholend durchgeführt. Es wird nicht erwähnt, dass die Analyse durch ein zusätzliches Gremium überprüft wurde. Der Analyseprozess wurde nur durch einen Forscher durchgeführt, was die Zuverlässigkeit senkt.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Es fand eine Triangulation am Ende der Datenanalyse durch das gesamte Forschungsteam statt. Zudem wird deklariert, dass die Interpretation der Daten fortlaufend mit den Rohdaten überprüft wurde. Es fand keine Validierung (Member-Checking) der Ergebnisse durch die Probanden statt.

Transferability (Übertragbarkeit):

Die Ergebnisse werden übersichtlich und verständlich dargestellt, sie werden durch Zitate unterstrichen. Die Stichprobe wird ausreichend wie angemessen beschrieben und spiegelt die Population wider, was die Übertragbarkeit erhöht.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Der Forschungsprozess ist klar erläutert und nachvollziehbar. Dem Leser bleiben wenige offene Fragen. Der quantitative und qualitative Teil der Forschungsarbeit sind separat voneinander aufgeführt und übersichtlich dargestellt, der Forschungsprozess ist somit für beide Teile nachvollziehbar und die Ergebnisse werden mittels eines Modells prägnant und aussagekräftig zusammengebracht. Die Forscher werden mit Funktion und Arbeitsort, zu Beginn der Studie aufgelistet. Sie geben an, dass sie frei von Interessenskonflikten sind. Die Studie erschien im Journal of Evaluation in Clinical Practice, dieses ist peer reviewed und hat einen Impact Factor von 2.431 (2020). Ein Referenzverzeichnis ist am Ende der Studie aufgeführt.

Evidenzlage:

Es handelt sich um eine Originalstudie. Die Studie befindet sich im untersten Evidenzlevel der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Zusammenfassung der Studie: Tomlinson, J., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Fylan, B. (2020). Post-discharge medicines management: The experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expectations*, 23(6), 1603–1613. <https://doi.org/10.1111/hex.13145>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Ältere Patienten sind häufig nach dem Austritt bezüglich ihrer Medikation verunsichert. Werden Medikamente nicht richtig eingenommen, stellt dies ein Risiko für die Gesundheit da. Zudem werden sie im Spital häufig nicht in Änderungen bezüglich ihrer Medikation miteinbezogen.</p> <p>Forschungsfrage / Zweck: Die Studie möchte die Strategien älterer Patienten und ihre Familienbetreuer bezüglich ihres Medikamentenmanagement untersuchen, sowie deren Erleben in Bezug auf ihr Medikamentenmanagement nach dem Spitalaustritt und den dazugehörigen förderlichen und hinderlichen Faktoren.</p> <p>Theoretischer Bezugsrahmen: Frühere Studien ergaben, dass ältere Personen verwirrt und ängstlich bezüglich ihrer Medikamente nach dem Austritt waren und oft nicht in medikamentenbezogene Entscheidungen involviert wurden.</p> <p>Argumentation Forschungsbedarf: Es besteht eine Forschungslücke bezüglich der Strategien, welche ältere Patienten und ihre Familienbetreuer nutzen, um ihr Medikamentenmanagement zu gewährleisten. Diese Untersuchung ermöglicht es die Lücke zu schließen und die Bedürfnisse der geriatrischen Patienten in Bezug auf das Thema zu erfassen.</p>	<p>Forschungsansatz: Es wurde eine beschreibende qualitative Forschungsansatz gewählt, da es um das Erfassen der Meinungen, Gefühle, die Ansichten und das Erleben der Patientinnen und Patienten geht.</p> <p>Stichprobe: Probanden (N=42) wurden aus zwei größeren Spitälern von Nordengland rekrutiert. Die Rekrutierung fand anhand einer maximalen Stichprobentechnik statt, damit Probanden mit möglichst verschiedenen Eigenschaften und Hilfe in der Pflege rekrutiert werden konnten.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 75-jährig oder älter • Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten • Leben mit einer Langzeit-Erkrankung • Mindestens eine Medikamentenänderung während des Spitalaufenthaltes <p><u>Ausschlusskriterien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sich nicht verbal verständigen können • Austritt in eine Langzeitpflegeeinrichtung → da sie sich in dieser Studie nicht auf diese Population konzentrieren wollten <p>Die jeweiligen Familienbetreuer, welche ihnen Zuhause beim Medikamentenmanagement halfen, wurden ebenfalls eingeladen teilzunehmen.</p> <p>Datenerhebung: Die Probanden wurden während des Spitalaufenthaltes durch die Forscher zur Teilnahme angefragt und sie erhielten die Forschungsinformationen. Es wurden einmalig semi-strukturierte Interviews mit einem Themenleitfaden bei den Probanden Zuhause durchgeführt. Der Themenleitfaden wird in der Studie genauer beschrieben, dieser wurde mit Hilfe von vier älteren Patienten und Familienbetreuern entwickelt. Den Probanden wurde ein narratives Erzählen ermöglicht. Die Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert. Demographischen Daten wurden erfasst und in einer Tabelle aufgelistet. Die Datensättigung wurde nach 27 Interviews erreicht, als sich keine neuen Codes mehr ergaben.</p> <p>Methodologische Reflexion: Interviews werden als Mittel angesehen um Meinungen, Gefühle und Ansichten der Probanden zu erfassen.</p> <p>Datenanalyse:</p>	<p>Beschreibung der Stichprobe: Gesamthaft wurden 27 Probanden und neun Familienmitglieder interviewt. Es waren 21 weibliche und sieben männliche Probanden, das Durchschnittsalter betrug 84, die Durchschnittsspitalaufenthaltsdauer war 11 Tage und der Durchschnitt der Medikamentenänderungen während des Spitalaufenthaltes betrug 4.6. Von den 27 Probanden lebten 19 alleine, sieben mit ihren Ehepartnern und einer in anderen Verhältnissen. 18 lebten in einem Haus, vier in einer Wohnung und fünf in einem betreuten Wohnen. Sechs hatten keine Hilfe beim Medikamentenmanagement, 17 hatten Unterstützung durch ihre Familienangehörigen, drei durch den sozialen Erwachsenendienst und einer eine Kombination aus Familie und sozialem Erwachsenen Dienst.</p> <p>Ergebnisse: Es ergaben sie drei Haupt- und acht Unterthemen.</p> <p>1. Hauptthema: Die Auswirkung des Übertritts vom Spital nach Hause mit den Unterthemen: Unterbrechung und Erfahrungslücken. Diese beschrieben die Unsicherheit der Patienten mit ihren Medikamentenänderungen nach dem Austritt, die Unterbrechung ihrer gewohnten Routinen mit ihren Medikamenten durch den Spitalaufenthalt und den Mangel an Informationen über Medikamentenänderungen während des Spitalaufenthaltes. Sowie die mangelnden Erklärungen beim Austritt bzgl. ihrer Medikamente.</p> <p>2. Hauptthema: Sicherheitsstrategien mit den Unterthemen: Anpassung, Gerüst und Fehlervermeidung. Darin wurden die Routinen der Probanden beschrieben, welche ihnen halfen Zuhause ihre Medikamente zu managen, die Unterstützung, welche sie durch die Familie oder andere Unterstützer erhielten, damit sie ihre Medikamente korrekt einnahmen, genügend Vorrat hatten usw. und Aktivitäten, welche der Patient oder die Familienbetreuer zur Vermeidung von Medikamentenfehler durchführten.</p> <p>3. Hauptthema: Rolle im Medikamentenmanagement mit den Unterthemen: Auffassung der eigenen Rolle, Beziehung mit Gesundheitsprofessionen und Wahrnehmung der Pflegekoordination. Darin wurde beschrieben, welche Rollen Patienten in Bezug auf ihr Medikamentenmanagement einnahmen, ob sie sich daran beteiligten, Fragen stellten oder nicht interessiert waren. Weiter wurde</p>	<p>Allgemein: Die Wichtigkeit der Informationsgabe und Erklärungen der Medikamente gegenüber älteren Patienten wird hervorgehoben und durch andere Studien ebenfalls bestätigt. Es wird aufgezeigt, inwiefern sich ältere Patienten selbst engagieren können. Das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitspersonal sollte gestärkt werden, durch sorgfältige Informationsgabe zur Medikation.</p> <p>Forschungsbedarf: Es werden Studien benötigt, welche untersuchen, wie ältere Patienten und ihre Familienbetreuer besser auf den Austritt vorbereitet werden können. Weiter hat sich in früheren Studien gezeigt, dass Patienten und ihre Familienbetreuer in die Pflege involviert sein möchten, unklar ist aber wie und wie weit.</p> <p>Limitationen: Die Stichprobe war in ihrer ethnischen Diversität limitiert und spiegelte nicht die bereitere Population von England wider, da es sich bei der Stichprobe vor allem um weisse Briten handelte. Zudem war der Forscher, welche die Interviews durchführte, Justine Tomlinson, ein Apotheker für ältere Patientinnen und Patienten, dies könnte die Interviews und die spätere Analyse beeinflusst haben. Die Interviews wurden zwei Wochen nach dem Austritt durchgeführt, dies könnte zu einem Recall-Bias bei den Probanden geführt haben.</p> <p>Empfehlungen: Das Maß des Engagements sollte bei den Patienten individuell erfasst werden, dafür existieren nur wenig valide Strategien. Damit ältere Patienten besser in ihrem Medikamentenmanagement involviert werden können, sollte ein Service zur Verfügung gestellt</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>Eine induktive thematische Analyse, welche ein Identifizieren, Interpretieren und Veranschaulichen von qualitativen Daten ermöglicht, wurde verwendet.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Daten aller einzelnen Teilnehmer wurden miteinander verglichen. 2. Die Interviews wurden vom Erstautor kodiert und in Gruppe von jeweils 7 Interviews verwaltet, damit die gleichzeitige Datenerhebung und -analyse handhabbar war. 3. Ein Viertel der Interviews wurden unabhängig durch Beth Fylan kodiert und mit dem Erstautor diskutiert, um die thematische Entwicklung zu besprechen. 4. Es wurde kein deduktiver Ansatz verwendet, damit alle wichtigen Faktoren der Interviews berücksichtigt werden konnten. 5. Der Analyseplan wurde von allen Autoren überprüft und angepasst, damit die Kodierungen passten. 6. Zur Erstellung der Matrizen wurde das NVivo 11 Programm verwendet. Damit wurden sechs Matrizen gebildet. 7. Die Transkripts der Interviews wurden erneut gelesen und Schlüsselthemen zu den Matrizen zusammengefasst. Themen, welche nicht passten, wurden von den Autoren diskutiert und der Analyseplan ggf. angepasst. Dieser Prozess wurde bis zur Datensättigung fortgeführt. Die Analyse gewisser Transkript Auszüge wurde durch vier ältere Patienten und Familienbetreuer unterstützt. 8. Zum Schluss wurden die einzelnen Matrizen besprochen, um daraus Haupt- und Unterthemen zu bilden, diese wurden dann nochmals durch die Autoren diskutiert. <p>Die Studie wurde vom August 2018 – November 2019 durchgeführt.</p> <p>Ethik: Die Studie wurde durch Yorkshire und Humber, Bradford Leeds lokale Forschungs- und Ethikkomitee genehmigt. Eine schriftliche informierte Zustimmung wurde eingeholt. Zwei Wochen nach dem Spitalaustritt wurden die Probanden erneut kontaktiert und eine erneute Zustimmung eingeholt.</p>	<p>beschrieben, welchen Einfluss die Erfahrung der Patienten mit dem Gesundheitspersonal darauf hatten, ob sie diese um Rat fragten oder nicht und wie die Probanden die Pflegekoordination wahrnahmen, gerade die Weitergabe von Informationen von der einen Instanz zur nächsten.</p> <p>Die Kategorien wurden mit Zitaten aus den Interviews belegt.</p>	<p>werden, welcher die Patienten gezielt und individuell darin unterstützt.</p> <p>Schlussfolgerung: Ältere Patienten und ihre Familienbetreuer sollten gezielt während des Spitalaufenthaltes und nicht nur beim Austritt über ihre Medikamente informiert werden. Damit können Unsicherheiten und mögliche Fehler verhindert werden.</p>

Würdigung der Studie: Tomlinson, J., Silcock, J., Smith, H., Karban, K., & Fylan, B. (2020). Post-discharge medicines management: The experiences, perceptions and roles of older people and their family carers. *Health Expectations*, 23(6), 1603–1613. <https://doi.org/10.1111/hex.13145>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Einleitung ist prägnant formuliert. Der Argumentationsaufbau ist mittels empirischer, wie konzeptionelle Literatur ausreichend belegt. Die Wichtigkeit und Bedeutung des Themas sind nachvollziehbar. Forschungslücken werden aufgezeigt. Der aktuelle Stand der Forschung wird umfassend mit Studien, welche ein Publikationsdatumsrange von 2005 bis 2020 haben, dargestellt. Das Ziel der Studie wird differenziert und verständlich beschrieben.</p>	<p>Forschungsansatz: Die Forschungsfrage und der Forschungsansatz waren logisch und nachvollziehbar miteinander verknüpft, da es sich bei der Forschungsfrage um das Erleben der ältere Patienten und ihren Familienbetreuern sowie um die Strategien bezüglich des Medikamentenmanagements handelte. Ein bestimmtes Studiendesign wird allerdings nicht benannt, nur dass es sich um eine deskriptive qualitative Studie handelt. Um das Erleben der Probanden und ihrer Familienbetreuer vertieft zu verstehen und ihr erleben zu erfassen, erscheint der qualitative Forschungsansatz als passend.</p> <p>Stichprobe: Die Probanden wurden gezielt von den Forschern angefragt, dies entspricht dem Forschungsansatz. Die Probanden entsprachen der Forschungsfrage, da ihr Alter, dem von älteren Patienten entsprach, sie aus dem Spitalsetting rekrutiert wurden und somit fähig waren anhand der Interviews, zu der Beantwortung der Forschungsfrage beizutragen. Die Stichprobengröße ist angemessen, da eine Datensättigung erreicht wurde. Die Stichprobe wird anhand einer Tabelle ausführlich beschrieben. Das Setting ist ausreichend erläutert.</p> <p>Datenerhebung/Messverfahren: Dadurch dass das Erleben der Probanden und ihrer Familienbetreuer erfasst werden sollte und welche Strategien diese entwickelt haben, ist der qualitative Forschungsansatz mit Interviews passend gewählt worden. Es wurden semi-strukturierte Interviews mit einem Themenleitfaden verwendet, dessen Entwicklung in der Studie beschrieben wird. Die Entwicklung der Interviews wurde zudem von vier älteren Patienten und Familienbetreuern unterstützt, was ein bedürfnisorientiertes Entwickeln ermöglichte. Zudem wird beschrieben, dass es Platz für narratives und offenes erzählen gab, was dem Gespräch und den Ergebnissen wahrscheinlich zuträglich war. Die Interviews wurden bei den Probanden Zuhause durchgeführt, dies erhöhte wahrscheinlich deren Selbstsicherheit, was die Offenheit bestimmt nochmals förderte. Die Datensättigung wird beschrieben. Die Probanden wurden zweimal nach ihrer Einwilligung gefragt.</p> <p>Methodologische Reflexion: Es ist kein philosophischer Hintergrund erkennbar. Das methodische Vorgehen entspricht dem Forschungsansatz und lässt sich stimmig aus der Forschungsfrage ableiten.</p> <p>Datenanalyse: Das beschriebene Vorgehen der Analyse erscheint als sinnvoll. Alle Daten miteinander zu vergleichen, sowie das Aufteilen der Interviews in Gruppen für eine einfachere Handhabung sind schlüssig und ermöglichen ein geordnetes Arbeiten. Dreiviertel der Interviews wurden durch den Erstautor kodiert, was zu einer einseitigen Auslegung der Resultate führen könnte, da nur ein Viertel von einem weiteren Autor kodiert wurde. Diese beiden diskutierten fortlaufend gemeinsam, was zu einer Reflexion und dem Ausschliessen von unbewusst eingeflossenen Aspekten führen kann, was wiederum förderlich ist und die Glaubwürdigkeit steigert. Teile der transkribierten Interviews wurden vier älteren Patienten und Familienbetreuern vorgelegt, welche ihre Interpretationen dazu weitergeben konnten.</p>	<p>Abweichungen: Ursprünglich waren 42 Probanden für die Interviews rekrutiert worden, durch erneute Hospitalisationen, Zustandsverschlechterung oder Todesfälle, wurde die Zahl auf 27 reduziert, dies ist somit nachvollziehbar.</p> <p>Zusammensetzung der Stichprobe: Die Forscher schätzen ihre Stichprobengröße als mässig ein und bemängeln zudem, dass es nur eine limitierte ethnische Diversität hatte und somit nicht die allgemeine Population von England wiedergibt. Weiter wurden vorwiegend Frauen interviewt, was die Homogenität der Stichprobe und eine Übertragbarkeit herabsetzt. Dafür geben die Forscher an, dass sie eine vielfältige Stichprobe in Bezug auf die Anforderungen an das Medikamentenmanagement hatten. Die Probanden entsprechen dem Forschungsziel.</p> <p>Kategorien: Die Haupt- und Unterthemen werden detailliert und verständlich beschrieben, sowie mit passenden Zitaten aus den Interviews belegt, so wird dem Leser ein gutes Verständnis ermöglicht. Sie stellen das Phänomen verständlich und umfänglich dar. Die Kategorien sind durch die Gliederung und ihre Inhalte unterscheidbar jedoch konsistent.</p>	<p>Beantwortung der Forschungsfrage: Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden. Sie konnten mittels den Haupt- und Unterkategorien beantwortet werden. Die Forscher konnten Defizite in der Kommunikation zu den Medikamenten gegenüber den älteren Patienten und deren Auswirkungen feststellen. Somit kann ein besseres Verständnis des Phänomens generiert werden.</p> <p>Verhältnis zum bekannten Forschungsstand: Die Forscher konnten Bereiche aufzeigen, welche die älteren Patienten in ihrem Medikamentenmanagement beeinflussen, welche die bereits vorhandenen Studien ergänzen können. Sie konnten somit den aktuellen Forschungsstand stützen und durch neue Erkenntnisse erweitern.</p> <p>Empfehlungen für die Praxis und weitere Forschungen: Die Forscher geben Empfehlungen bezüglich Verbesserungen in der Praxis und für weitere Forschungen ab und zeigen Bereiche auf in welchen ebenfalls eine Mangel an validen Instrumenten besteht. Zudem werden noch Empfehlungen für landesweite Änderungen gemacht.</p> <p>Schlussfolgerung: Es werden Empfehlungen für die Praxis gemacht, die sich im Spitalkontext benutzen lassen und spiegeln die Ergebnisse wider.</p>

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
	<p>dies trug vermutlich zu einem breiteren Blickwinkel bei und erhöhte ebenfalls die Glaubwürdigkeit. Während dem Entwickeln des Analyseplans und den Haupt- und Subthemen fand die Diskussion mit dem gesamten Forschungsteam statt, dies erhöht die Glaubwürdigkeit des Forschungsprozesses. Die Datensättigung wurde erreicht, somit kann davon ausgegangen werden, dass keine wichtigen Ergebnisse verloren gingen.</p> <p>Ethik: Alle ethischen Aspekte wurden berücksichtigt, sowie geeignete Massnahmen durchgeführt. Alle Probanden wurden mündlich wie schriftlich über die Studie informiert und eine schriftlich informierte Einwilligung wurde eingeholt. Diese Einwilligung wurde zwei Wochen später nochmals eingeholt, somit hatten die Probanden die Möglichkeit diese zurück zu ziehen. Bezüglich der Anonymisierung wird nichts erwähnt, sie kann aber den Interviewauszügen entnommen werden. Was mit den Rohdaten sowie Personendaten nach Abschluss der Studie passiert, wird nicht beschrieben. Die Forscher geben an, dass sie nicht durch andere Interessen voreingenommen waren. Es werden keine weiteren ethischen Fragen diskutiert.</p>		

Einschätzung der Güte nach Lincoln & Guba (1985)

Confirmability (Bestätigung):

Es wurde keine externe Person erwähnt, welche in den Analyseprozess miteinbezogen wurde. Die Forscher gaben an, dass sie nicht durch andere Interessen voreingenommen waren.

Dependability (Zuverlässigkeit):

Die Durchführung des Analyseprozesses wird nachvollziehbar erläutert und jeweils begründet. Eine Triangulation mittels gemeinsamer Diskussionen hat stattgefunden. Ein Computerprogramm zur Datenanalyse wurde angewendet. Es wird nicht erwähnt, dass die Analyse und Ergebnisse durch ein externes Gremium überprüft wurden.

Credibility (Glaubwürdigkeit):

Die Glaubwürdigkeit ist mittelmässig vorhanden. Die Interviewdaten wurden nicht mit weiteren Daten kombiniert (zum Beispiel zusätzliche Beobachtungen). Im Analyse Prozess wird beschrieben, dass nach dem Bilden der Matrizen der Interview-Transkripts erneut gelesen wurden, somit wurden die Rohdaten und die Schlüsselthemen verglichen. Die Interviews wurden nicht mit den Probanden evaluiert, allerdings mit aussenstehenden älteren Patienten und Familienbetreuern. Die Datenerhebung fand über einen passenden Zeitraum sowie auch eine Triangulation statt. Ein Peer-Debriefing wird nicht erwähnt.

Transferability (Übertragbarkeit):

Mittels den semi-strukturierten Interviews und der Beschreibung der Stichprobe ist die Übertragbarkeit möglich. Es fehlen jedoch Angaben darüber, ob die Probanden von einer städtische oder ländlichen Gegen stammten, da dies für die Übertragbarkeit ebenfalls wertvoll gewesen wäre. Zudem ist die Homogenität durch die vorwiegend weiblichen Probanden reduziert, was die Übertragbarkeit weiter erschwert.

Zusammenfassende Gesamteinschätzung:

Der Forschungsprozess ist logisch gegliedert und klar dargestellt. Das IMRaD wird mit anderen Bezeichnungen und somit schlüssig verwendet. Es entstehen nur wenige Fragen. Auffällig ist, dass die Datensättigung genau nach den 27 möglichen Interviews aufgetreten ist. Die Forscher werden mit Funktion und Arbeitsort aufgeführt. Ein Referenzverzeichnis ist am Ende der Studie aufgeführt. Der Artikel erschien im Journal Health Expectations, dieses ist peer reviewed und hat einen Impact Factor von 3.22 (2020).

Evidenzlage:

Es handelt sich um eine Originalstudie. Die Studie befindet sich im untersten Evidenzlevel der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).