

"Ich brauche eine Tablette" – Schmerzen oder Abhängigkeit?

Die Rolle von Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei
Personen mit einer Opioidabhängigkeit - eine systematische
Literaturrecherche

Ursula Bachmann

Shannon Marty

Departement Gesundheit

Institut für Pflege

Studienjahr: PF19

Eingereicht am: 03.05.2022

Begleitende Lehrperson: Azra Karabegovic

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Problemstellung und Praxisrelevanz.....	2
1.2	Ziel und Fragestellung.....	3
2	Theoretischer Hintergrund	4
2.1	Definitionen der zentralen Begriffe	4
2.2	Modell der Evidence-Based Practice	7
3	Methode	9
3.1	Literaturrecherche	9
3.2	Instrumente zur kritischen Würdigung der Studien	12
4	Ergebnisse	14
4.1	Übersicht der inkludierten Studien	14
4.2	Kritische Würdigung der inkludierten Studien	19
4.3	Kategorisieren der Ergebnisse.....	20
4.3.1	Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung für ein gelungenes Schmerzmanagement	21
4.3.2	Einnehmen einer wertfreien Haltung.....	24
4.3.3	Engagement in der Wissensaneignung in der Ausbildung und im Praxisalltag.....	25
4.3.4	Nutzung der interprofessionellen Zusammenarbeit	27
5	Diskussion	29
5.1	Diskussion der Ergebnisse.....	29
5.1.1	Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung für ein gelungenes Schmerzmanagement	29
5.1.2	Einnehmen einer wertfreien Haltung.....	31
5.1.3	Engagement in der Wissensaneignung in der Ausbildung und im Praxisalltag.....	32

5.1.4	Nutzung der interprofessionellen Zusammenarbeit	35
5.2	Bezug zum Modell "Erwartungen an Pflegefachpersonen im Umgang mit Personen mit OUD und Schmerzen"	36
5.3	Limitationen	37
6	Theorie – Praxis – Transfer	39
7	Schlussfolgerung	42
	Literaturverzeichnis	45
	Abbildungsverzeichnis	50
	Tabellenverzeichnis	50
	Abkürzungsverzeichnis	50
	Wortzahl	50
	Danksagung	51
	Eigenständigkeitserklärung	52
	Anhang A: Suchstrings.....	53
	Anhang B: AICAs.....	54

Abstract

Hintergrund

Pflegende begegnen in der Praxis oft Patientinnen und Patienten mit Schmerzen, welche an einer Opioidabhängigkeit leiden. Im Schmerzmanagement übernehmen Pflegefachpersonen aufgrund ihres unmittelbaren Kontakts zu Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle. Dabei ist es für Pflegende eine Herausforderung, Betroffenen die Schmerzäußerung zu glauben und eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.

Fragestellung

Welche Rolle nehmen Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei Personen mit einer Opioidabhängigkeit ein?

Methode

Mittels einer systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken CINHAL, MEDLINE und PsycINFO wurden sechs Studien und ein Review selektiert und kritisch gewürdigt. Anhand des Modells der Evidence-Based Practice nach Rycroft-Malone et al. (2004) wurden Implikationen für die Praxis dargelegt.

Ergebnisse

Es wurden vier Erwartungen ermittelt, welche an die Rolle von Pflegefachpersonen im Umgang mit Personen mit einer Opioidabhängigkeit und Schmerzen gestellt werden. Diese lauten wie folgt: Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung für ein gelungenes Schmerzmanagement, Einnehmen einer wertfreien Haltung, Engagement in der Wissensaneignung in der Ausbildung und im Praxisalltag und Nutzung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Schlussfolgerung

Damit Pflegefachpersonen ein gutes Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit einer Opioidabhängigkeit gelingt, sollten sie den beschriebenen Erwartungen möglichst gerecht werden. So ist eine kollaborative, patientenzentrierte und mehrdimensionale Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung möglich.

Keywords

opiod related disorders, opiod use disorder, substance use disorder, pain, pain management, nurses, role

1 Einleitung

Werden Schmerzen nicht ausreichend behandelt, kann es zu einer Abnahme der Lebensqualität und der Selbstständigkeit kommen (Brunkert & Zúñiga, 2018). Zugleich können Symptome einer Depression oder herausfordernde Verhaltensweisen zunehmen oder ein sozialer Rückzug stattfinden. Laut Thomm (2016) ist für Pflegefachpersonen der erste Schritt in der Schmerzbehandlung die Schmerzerkennung. Teilweise geben auch wache, kooperative Patientinnen und Patienten ihre Schmerzen nicht von sich aus an. Sie haben beispielsweise das Gefühl, die Schmerzen lassen sich nicht vermeiden oder sie meinen, den Pflegenden zur Last zu fallen. Patientinnen und Patienten sollten daher immer wieder bezüglich Schmerzen befragt und die Schmerzintensität mit Hilfe geeigneter Instrumente erfasst werden. Pflegefachpersonen nehmen diese Schmerzerfassung vor und leiten eine Schmerzbehandlung ein.

Des Weiteren beschreibt Thomm (2016), dass der Einsatz von Medikamenten eine Möglichkeit ist, Schmerzen zu behandeln. Eines der bekanntesten starken Schmerzmedikamente ist das Morphin, welches aus Schlafmohn gewonnen wird und ein Bestandteil von Opium ist (Orthmayr, 2018). Mohn war als Nutzpflanze angedacht, man entdeckte jedoch früh den berauschenden und medizinischen Nutzen. Weiter wird aufgezeigt, dass bereits Hippokrates (460-377 v. Chr.) über den medizinischen Gebrauch von Opium schrieb. Hippokrates widersprach der dazumal gängigen Meinung, dass Opium eine magische Eigenschaft habe. Er schrieb dem Opium eine schlaffördernde und blutstillende Wirkung zu. Im Jahr 1803 isolierte der Apotheker Friedrich Sertürner Morphin aus Opium. Er benannte Morphin nach dem griechischen Gott der Träume, Morpheus. Es dauerte nicht lange, bis das Morphin grosse Bekanntheit erlangte und Opium als wichtigstes Medikament in der Schmerztherapie ablöste.

Chemische Substanzen mit morphinähnlichen Eigenschaften, werden unter dem Begriff Opiode zusammengefasst (Foley, 1993). Dazu gehören sowohl natürliche und synthetische Verbindungen als auch körpereigene Stoffe, welche mit Opioidrezeptoren im zentralen und peripheren Nervensystem interagieren. Laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2021) werden schwache Opiode dann eingesetzt, wenn nicht opioidhaltige Schmerzmittel keine Schmerzlinderung bringen. Um sehr starke Schmerzen zu lindern, werden starke Opiode eingesetzt. Die ärztlichen

Verschreibungen von starken Opioiden in der Schweiz haben im Zeitraum zwischen 2013 und 2018 um 42,2% zugenommen. Die Verschreibung von Opioiden in der Schweiz ist mit dem Betäubungsmittelgesetz geregelt (Ecoplan, 2019). Die korrekte Verschreibung der Dauer und der richtigen Dosierung ist wichtig.

Man weiss, dass bei der Einnahme von Opioiden Dopamin ausgeschüttet und das Belohnungssystem des Körpers aktiviert wird (Scherbaum & Bonnet, 2018). Die Einnahme wird somit als positiv erlebt. Diese positive Wirkung kann sich in einem euphorischen Affekt zeigen oder auch eine Reduktion des Angsterlebens auslösen. Auch Orthmayr (2018) beschreibt die Ausschüttung von Glücksgefühlen und die Unterdrückung der Schmerzangst bei der Einnahme von Opioiden. Dieser Effekt wird für die Abhängigkeitsentwicklung verantwortlich gemacht. Laut Scherbaum und Bonnet (2018) sind Menschen nämlich dazu veranlagt, Handlungen mit einem als positiv bewerteten Ergebnis zu wiederholen. Es wird zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden (Orthmayr, 2018). Unter psychischer Abhängigkeit versteht man das übermächtige, unwiderstehliche Verlangen nach einer bestimmten Substanz. Die physische Abhängigkeit beschreibt die Toleranzentwicklung und das Auftreten von Entzugserscheinungen. Eine Toleranz tritt auf, wenn sich der Körper an den Opioidkonsum gewöhnt (D'Arcy, 2010). Dabei ist die schmerzlindernde Wirkung der Opioide abnehmend. Betroffene, die sich an die Einnahme eines Opioids gewöhnt haben, brauchen höhere Dosen von Schmerzmedikamenten, um eine Schmerzlinderung zu erreichen. Die Toleranz ist eine normale physiologische Reaktion, wenn Opioide über einen längeren Zeitraum eingenommen werden.

1.1 Problemstellung und Praxisrelevanz

Die Zahl der opioidabhängigen Personen in der Schweiz wurde im Jahr 2013 vom (BAG, 2013) auf 22-27'000 Personen geschätzt. Schmerzen sind laut Ellis et al. (2021) eine bedeutende Begleiterkrankung einer Opioidabhängigkeit (im Englischen "opioid use disorder" [OUD]). Pflegefachpersonen nehmen bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Schmerzen und OUD eine zentrale Rolle ein (Van Cleave et al., 2021). Arnstein (2010) ist der Meinung, dass die Pflegenden die Verantwortung für die Beurteilung von Schmerzen, die Verabreichung von Schmerzmedikamenten und auch für die Bewertung und Dokumentation der Wirksamkeit der Medikamente tragen.

Des Weiteren beschreibt Arnstein (2010), dass alle Patientinnen und Patienten, welche eine langfristige Opioidtherapie erhalten, eine körperliche Abhängigkeit von den Medikamenten entwickeln und Entzugssymptome erleben, wenn die Dosis verringert wird. Die Patientinnen und Patienten entwickeln zudem eine Toleranz gegenüber dem Opioid und benötigen immer höhere Dosierungen, um eine optimale Schmerzkontrolle zu erreichen. Kann keine Schmerzkontrolle erreicht werden, erhöht dies das Stresslevel und das Verlangen nach den Medikamenten kann sich dadurch verstärken. Hierdurch kann dann auch ein illegaler Drogenkonsum ausgelöst oder eine Abhängigkeitserkrankung verschlimmert werden.

Die Betreuung, Begleitung und Pflege von Menschen mit einer Abhängigkeit ist eine anspruchsvolle Aufgabe und stellt hohe Anforderungen an Pflegefachpersonen (Münzel & Klos, 2012). Morley et al. (2015) äussern, dass Betroffene viel Zeit und Aufmerksamkeit von Pflegenden erfordern. Von den Pflegefachpersonen wird zudem Fachwissen, hohe Professionalität, Ausdauer und eine reflektierte und respektvolle Haltung gefordert (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], 2020).

Um die Komplexität der Schmerzbehandlung für die Patientengruppe der Personen mit OUD verstehen zu können, braucht es mehr Engagement im klinischen Alltag, in der Forschung und der Ausbildung (Morley et al., 2015). Weitere Forschung soll sich laut Bell und McCurry (2020) auf die Perspektive der Pflegenden und mit ihrer Rolle bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit OUD konzentrieren, im Spezifischen in Bezug auf mögliche Barrieren.

1.2 Ziel und Fragestellung

Pflegende werden im Alltag immer wieder mit dem Thema Abhängigkeit in Kombination mit Schmerzen konfrontiert (Morley et al., 2015). Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es mittels einer systematischen Literaturrecherche die Rolle von Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit einer Opioidabhängigkeit aufzuzeigen.

Die Fragestellung lautet: Welche Rolle nehmen Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei Personen mit einer Opioidabhängigkeit ein?

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt werden die zentralen Begriffe der Fragestellung definiert. Im Anschluss wird das Evidence-Based Practice Modell nach Rycroft-Malone et al. (2004) vorgestellt. Anhand dieses Modells werden in Kapitel 6 Implikationen für die Praxis abgeleitet.

2.1 Definitionen der zentralen Begriffe

Im Folgenden werden, zum besseren Verständnis der Fragestellung, die zentralen Begriffe definiert.

Opioide

Aus der Pflanze Schlafmohn kann ein Saft gewonnen werden, welcher unter anderem Opiumalkaloide enthält (Orthmayr, 2018). Die zentrale Wirkung der Opiumalkaloide ist die Schmerzstillung. Das wohl bekannteste unter den Opiumalkaloiden ist Morphin, welches der Wirkstoff vieler starker Schmerzmittel ist. Bönisch et al. (2016) beschreiben, dass Opiode der Sammelbegriff für alle natürlichen, halbsynthetischen (z.B. Heroin) sowie vollsynthetischen (z.B. Methadon) Stoffe mit morphinartiger Wirkung ist. Morphin selbst und andere Stoffe, welche natürlich im Opium vorkommen (z.B. Codein), werden unter dem Begriff Opiate zusammengefasst. Die Opiode wirken über Opioidrezeptoren (Orthmayr, 2018). Diese befinden sich vor allem im Gehirn, im Rückenmark und im Verdauungstrakt. Körper eigene Stoffe wie Endorphin und Enkephalin interagieren mit den gleichen Rezeptoren (Schulz, 1978). An den Opioidrezeptoren wird die Ausschüttung von Neurotransmittern und die Erregbarkeit der Neuronenmembran vermindert, was zur Unterdrückung des Schmerzempfindens führt (Orthmayr, 2018). Die körpereigenen Stoffe reagieren auf Stresssituationen, in welchen die Schmerzunterdrückung ebenfalls eine Rolle spielt (Bönisch et al., 2016).

Opioidabhängigkeit

Schnoll und Weaver (2003) definieren Abhängigkeit wie folgt: "Abhängigkeit ist eine primäre, chronische, neurobiologische Erkrankung, deren Entstehung und Ausprägung von genetischen, psychosozialen und umweltbedingten Faktoren beeinflusst wird" (S. 527).

Die international classification of disease (ICD) der World Health Organisation (WHO) (2018) ordnet die OUD den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope (auf die Psyche wirkenden) Substanzen zu (F10-F19). Darin werden alle zugeführten, psychotropen Substanzen mit oder ohne ärztliche Verordnung zusammengefasst. Dazu gehören auch Opioide, welche unter dem Code F11 eingeordnet werden. Der Code F11.2 steht für das zugehörige Abhängigkeitssyndrom. Dieses definiert sich durch kognitive, körperliche und verhaltensbezogene Phänomene, welche sich nach wiederholtem Substanzkonsum entwickeln. Dabei besteht ein Wunsch, die Substanz einzunehmen und gleichzeitig eine Schwierigkeit, den Konsum zu kontrollieren. Zusätzlich nehmen Betroffene die Substanz trotz schädlicher Folgen weiterhin ein. Der Substanzgebrauch ist dabei ein zentraler Aspekt im Leben von Betroffenen. Es wird zwischen psychischer Abhängigkeit, ein starkes Verlangen nach Beschaffung und Einnahme des Suchtmittels, und physischer Abhängigkeit, der Toleranzentwicklung, unterschieden (Stoeber & Vogt, 2013). Das Abhängigkeitssyndrom (F10-F19) kann sich auf einzelne Stoffe, wie Tabak oder Alkohol, oder auch auf Substanzgruppen (z.B. opiatähnliche Substanzen) beziehen (WHO, 2018). In diesem Fall wird auch von einer Substanzabhängigkeit (im Englischen "substance use disorder" [SUD]) gesprochen (Oliver et al., 2012).

Schmerz

Die International Association for the Study of Pain (IASP) (IASP, 1994) definiert Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, welches mit einer möglichen oder tatsächlichen Gewebeschädigung verbunden ist. Schmerzen sind stets subjektiv, da sie nur von der Person, die den Schmerz erfährt, bewertet werden können (Bornemann-Cimenti & Lang-Ilievich, 2019). Sie können beispielsweise als bohrend, brennend oder auch stechend beschrieben werden. Intensität und Dauer sind dabei variabel. Das jeweilige Schmerzempfinden kann verschiedene Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen haben.

Es kann zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden werden (von Wachter, 2012). Akuter Schmerz kann meist gut lokalisiert und der Auslöser identifiziert werden (Kröner-Herwig et al., 2017). Er ist zeitlich begrenzt und hat eine Warnfunktion. Die Aufmerksamkeit wird auf den Schmerz geleitet und führt dazu, dass weitere schmerzauslösende Aktivitäten vermieden werden. Ursachen von

akuten Schmerzen können beispielsweise Verletzungen oder Verspannungen sein (von Wachter, 2012). Der chronische Schmerz lässt sich oft schwieriger beschreiben, ist dumpf und manchmal wechselhaft (Bornemann-Cimenti & Lang-Illievich, 2019). Er hat meist keine Schutzfunktion. Es kann sogar zu einer Verschlimmerung der Schmerzen kommen, wenn Betroffene Aktivitäten vermeiden. Von chronischen Schmerzen wird gesprochen, wenn die Schmerzen länger als drei bis sechs Monate anhalten. Die Ursachen sind entweder unbekannt, beziehungsweise vielschichtig oder bekannt und nicht therapierbar.

Schmerzmanagement

Der Expertenstandard für Schmerzmanagement in der Pflege (Blumenberg et al., 2020) betont, dass ein individuell angepasstes pflegerisches Schmerzmanagement die Grundlage für eine effektive Schmerzbehandlung ist. Pflegefachpersonen erheben dabei mittels Assessmenttools die Schmerzen von Betroffenen und deren Auswirkungen auf den Alltag. Sie planen mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen geeignete Massnahmen zur Schmerzlinderung und evaluieren diese in regelmässigen Abständen. Pflegendende wenden medikamentöse, wie auch nicht-medikamentöse Massnahmen an und beraten Betroffene und deren Angehörige. Thomm (2016) zeigt auf, dass durch ein angemessenes Schmerzmanagement den Betroffenen unnötiges Leiden erspart werden soll. Grundvoraussetzung für ein effektives Schmerzmanagement ist eine enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst und anderen patientennahen Berufsgruppen, sowohl im Erfassen als auch in der Therapie von Schmerzen.

Pflegefachperson

Um in der Schweiz als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann berufsbefähigt zu sein, braucht es ein vom Schweizerischen Roten Kreuz anerkanntes Diplom. Diese Diplome reihen sich alle auf der Tertiärstufe des schweizerischen Bildungssystem ein (Schweizerischen Roten Kreuzes, 2016).

Rolle

Dahrendorf (2006) spricht dann von einer sozialen Rolle, wenn eine Person in der Gesellschaft eine Position einnimmt, welche mit gewissen Erwartungen verbunden ist. Rollen können durch eigene Leistungen erworben werden, wie beispielsweise die

Berufsrolle.

In Bezug auf die Rolle der Pflegenden, orientiert sich diese Bachelorarbeit an der Definition von professioneller Pflege (SBK, 2020). Professionelle Pflege basiert auf Evidenz und reflektierter Erfahrung von Patientinnen und Patienten und erfolgt in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Weiter fördern und erhalten Pflegefachpersonen die Gesundheit und beugen gesundheitliche Schäden vor. Auch unterstützen sie Betroffene in der Behandlung und im Umgang von Krankheit und deren Therapien. Das Ziel ist es, die bestmögliche Lebensqualität in allen Lebenslagen für die betroffenen Personen zu erzielen. Professionelle Pflege beruht auf einer Beziehung zwischen Betroffenen und Pflegenden. Sie umfasst Zuwendung und Anteilnahme und richtet sich an alle Menschen.

2.2 Modell der Evidence-Based Practice

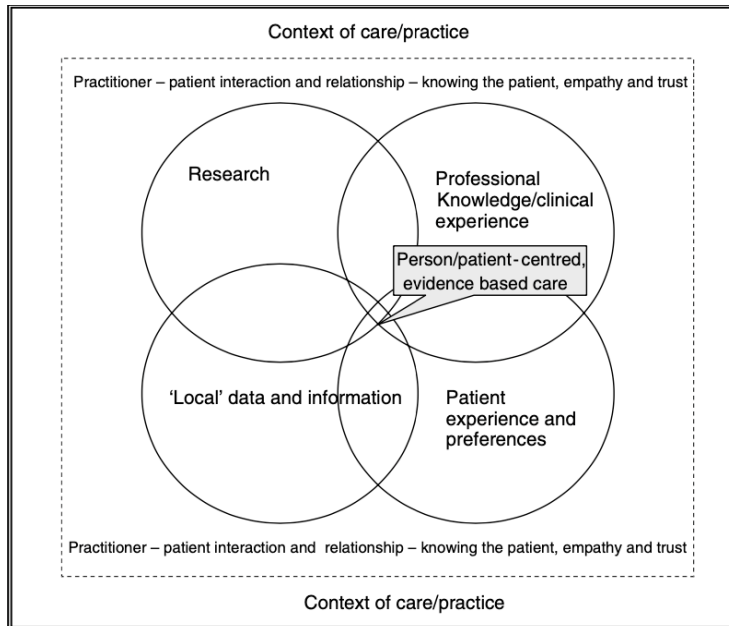
Zur Übertragung der aus der Literatur gewonnenen Ergebnisse in die Praxis wird das Evidence-Based Practice Modell nach Rycroft-Malone et al. (2004) verwendet.

Sie beschreiben vier Arten der Evidenz: Die Forschung, die klinische Erfahrung, die Erfahrung von Patientinnen oder Patienten und den lokalen Kontext. Um evidenzbasierte, personenzentrierte Pflege zu gewährleisten, braucht es diesen mehrdimensionalen Ansatz. Das Modell ist in Abbildung 1 dargestellt.

Das Wissen aus der Forschung liefert stichhaltige Ergebnisse, welche für die Verbesserung der Patientenversorgung wichtig sind. Der Forschungsstand kann sich ändern, wenn neue Forschungsergebnisse vorliegen und ist nicht alleinig ausreichend, um Entscheidungen in der Praxis zu treffen. Das Wissen aus klinischer Erfahrung, also durch die berufliche Praxis und Lebenserfahrung, bildet den zweiten Teil des Modells. Dieses Wissen ist oft intuitiv. Der dritte Teil der Evidenz ist die persönlichen Erfahrungen und das Wissen der Betroffenen. Es ist wichtig, die Werte und persönlichen Erfahrungen der Betroffenen als Wissensquelle anzusehen, um fürsorglich und therapeutisch zu handeln. Neben dem Wissen, das aus der Forschung, der klinischen Praxis und der Erfahrung von Patientinnen und Patienten stammt, spielt auch das Wissen aus dem lokalen Kontext eine Rolle. Dabei können sich Pflegefachpersonen auf die lokale und nationale Politik, Wissen über die Kultur innerhalb der Organisation und soziale und berufliche Netzwerke stützen.

Abbildung 1

*Vier Quellen der Evidenz für eine patientenorientierte, evidenzbasierte Praxis
(Rycroft-Malone et al., 2004)*



3 Methode

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematische Literaturrecherche im Zeitraum zwischen Oktober 2021 und Februar 2022 durchgeführt.

3.1 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken MEDLINE, CINHAL und PsycINFO durchgeführt. Die beiden Datenbanken MEDLINE und CINHAL liefern pflegewissenschaftliche Literatur und PsycINFO bietet Literatur zu psychischen Erkrankungen an. Deshalb eignen sich diese Datenbanken zur Beantwortung der Fragestellung. Zusätzlich wurde, wo angebracht, mittels Handsuche weitere Literatur durchforstet. Die Forschungsfrage wurde in die zwei Komponenten "Population" und "Phänomen" eingeteilt. Anhand dieser ergaben sich Schlüsselwörter, welche ins Englische übersetzt wurden und in der Tabelle 1 ersichtlich sind. Die von den Datenbanken vorgeschlagenen Schlagwörter sind ebenfalls in der Tabelle 1 aufgeführt. Zu Anfang der Literatursuche wurde eine Grobrecherche zur Stärkung der Suchstrategie in den ausgewählten Datenbanken sowie auf Google und Google Scholar durchgeführt. Die Keywords wurden während der Grobrecherche erweitert und die jeweiligen Schlagwörter der verschiedenen Datenbanken ermittelt.

Tabelle 1

Keywords

Elemente der Fragestellung	Stichwörter	Keywords	MeSH-Terms (MEDLINE, PsycINFO)	Subject Headings (CINHAL)
Phänomen	Schmerz	pain	Pain	Pain
	Schmerz-management	pain management	Pain management	Pain management
	Opioid-abhängigkeit	opiod related disorders, opiod use disorder, opiod addiction	Analgesics, opiod Addiction medicine Substance-related disorders	Analgesics, opiod Substance use disorder

	Rolle	role	Nurse`s role	Nursing role
Population	Pflegefach- personen	nurse nursing nurs*	Nurses	Nurses

Mithilfe der MeSH-Terms oder Subject Headings wurden Suchstrings erarbeitet. Dafür wurden Keywords und MeSH-Terms oder Subject Headings mit den Booleschen Operatoren "AND", "OR" und "NOT" verknüpft. Zusätzlich wurde, bei Bedarf, mit Trunkierungen gearbeitet. Die gefundenen Treffer wurden zusammen mit dem Suchstring in einer Tabelle festgehalten. Die detaillierte Darstellung der Suchstrings ist im Anhang A ersichtlich.

Limitationen

Zur Eingrenzung der Suchstrategie wurden Limitationen definiert. Um die Aktualität der Studien sicherzustellen, wurden Studien ab den Jahren 2000 bis 2021 inkludiert. Die Studien sollten ausserdem, aufgrund der Sprachkenntnisse der Autorinnen, in deutscher oder englischer Sprache verfasst sein.

Ein- und Ausschlusskriterien

Das Setting wurde nicht eingegrenzt, da grundsätzlich wenig Literatur zu den Themen der Fragestellung vorliegt. Die Bereiche der Palliative Care, Onkologie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Pflege von Menschen mit Demenz wurden ausgeschlossen, da es sich um spezifische Bereiche handelt. Weiter wurde bei der Studienauswahl darauf geachtet, dass nur Studien eingeschlossen wurden, welche sich konkret mit Opioidabhängigkeit befassten. Dies, weil beim Thema Substanzabhängigkeit oft nicht deklariert ist, ob Opioide zu den eingenommenen Substanzen gehören. Wenn keine Deklaration der eingenommenen Substanzen vorlag, wurde die Studie ausgeschlossen. Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in der Tabelle 2 genauer abgebildet.

Tabelle 2*Ein- und Ausschlusskriterien*

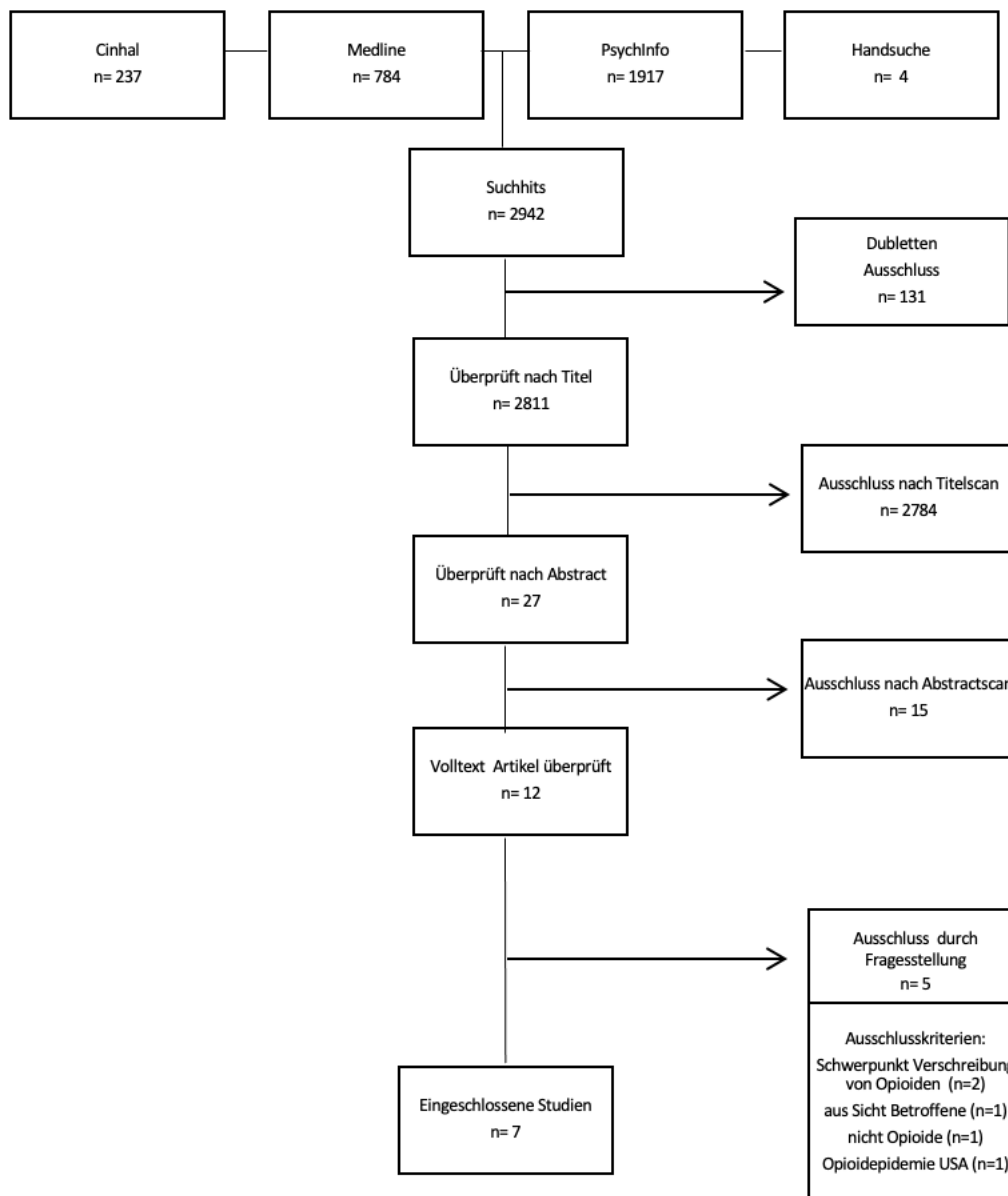
	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Setting	Alle	Palliative Care, Onkologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pflege von Personen mit Demenz
Opioid-abhängigkeit	Opioidabhängigkeit oder Substanzabhängigkeit, wobei Opiode mit eingeschlossen wurden	Substanzabhängigkeit, wobei nicht klar ist ob Opiode mit eingeschlossen wurden
Rolle	Pflegefachpersonen und ergänzende Ausbildungen	Niedrigere pflegerische Ausbildungsabschlüsse

Selektionsprozess

In der Abbildung 2 ist das genaue Vorgehen des Selektionsprozesses anhand eines Flowcharts genau abgebildet. Es zeigt auf, wie bei der Auswahl der Literatur vorgegangen wurde. Für die Beantwortung der Fragestellung wurden sieben Studien in die Arbeit inkludiert.

Abbildung 2

Selektionsprozess der eingeschlossenen Studien



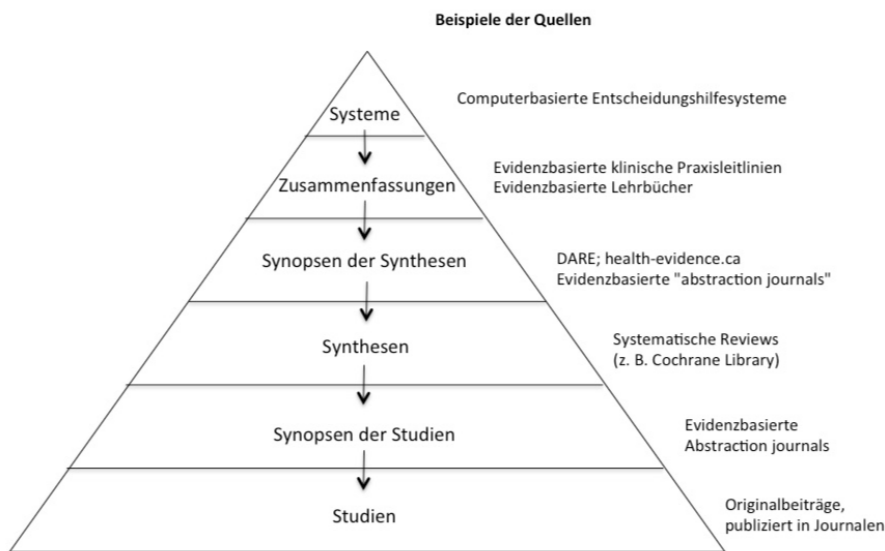
3.2 Instrumente zur kritischen Würdigung der Studien

Die ausgewählten Studien wurden mittels des Arbeitsinstruments critical appraisal (AICA) zusammengefasst und kritisch gewürdigt (Anhang B). Das AICA basiert auf Lincoln & Guba, 1985; LoBiondo-Wood & Haber, 2005; Burns & Grove 2005, zusammengefasst von Ris & Preusse-Bleuler, 2015. Die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1986) wurden für die Einschätzung der Güte von qualitativen Studien verwendet. Für quantitative Studien wurden die Gütekriterien nach Flick (2017) gebraucht. Das Review wurde anhand des Critical Appraisal Skills Programm

(CASP) (2018) kritisch gewürdigt. Zuletzt wurde das Evidenzlevel anhand der 6-S-Pyramide nach DiCenso et al. (2009) festgelegt, diese ist in der Abbildung 3 dargestellt. Die ausgewählten Studien befinden sich auf der sechsten Stufe der Pyramide, mit Ausnahme des Reviews, welches sich auf Stufe vier befindet.

Abbildung 3

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)



Anmerkung. Unterstes Level entspricht Stufe 6, oberstes Level Stufe 1

4 Ergebnisse

Es wurden insgesamt sieben Studien zur Beantwortung der Fragestellung ausgewählt. Diese sind in der Tabelle 3 ersichtlich und kurz zusammengefasst. Im Kapitel 4.2 werden die Studien kritisch gewürdigt und im Kapitel 4.3 wird die Kategorisierung der Ergebnisse beschrieben.

4.1 Übersicht der inkludierten Studien

Die Tabelle 3 gibt eine Übersicht über die inkludierten Studien.

Tabelle 3

Übersicht Studien

Autor/in Jahr	Titel	Fragestellung / Ziel	Design / Methode	Setting	Stichprobe	Hauptresultate	Evidenz-level
Bell & McCurry (2020)	Opioid use disorder education for acute care nurses: An integrative review	1) Welche Art von Ausbildung erhalten Pflegekräfte in der Akutversorgung in Bezug auf OUD? 2) Welche Methoden werden zur Messung der Wirksamkeit von OUD-Aufklärungsmassnahmen verwendet?	integratives Review Suche in der Literatur nach Bildungsangeboten für Pflegende	diverse Settings, USA und Australien	9 inkludierte Studien	- Pflegende sind nicht darauf vorbereitet, Patientinnen und Patienten mit OUD zu behandeln - möglichst praxisnahe Ausbildung wird gewünscht - 8 der 9 inkludierten Studien zeigen, dass sich das Wissen bezüglich OUD nach einer Intervention verbessert. Zu den Interventionen gehörten Simulationen, Echtzeit-Coaching, Fallstudien, etc.	4
Bohm et al. (2019)	Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden	Beschreibung der Erfahrungen von Notfallpflegenden (PENs) bei der Schmerzlinderung von Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik	qualitativ, deskriptiver Ansatz mit induktiver Inhaltsanalyse Halbstrukturierte Interviews	Notaufnahme, Västerorrland, Schweden	n = 8 Notfallpflegende	- Es besteht ein Misstrauen der Pflegenden über dem Schmerzempfinden von Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik - Es benötigt Vertrauen in Betroffene, um ethisch vertretbare und qualitativ gute Pflege zu leisten - Pflegende sind unsicher über Richtig und Falsch bei Entscheidungen zur Schmerzbehandlung und	6

						sind frustriert, nicht die gleichen Behandlungsziele wie die Betroffenen zu haben	
Horner et al. (2019)	"You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder	Die Einstellungen, Wahrnehmungen und der Schulungsbedarf von Pflegefachpersonen, welche mit OUD Patientinnen und Patienten arbeiten zu verstehen	qualitativer Ansatz, Grounded Theory Halbstrukturierte Interviews	Ambulante medizinische Zentren, USA	n = 22 Pflegefachpersonen	- Stigmatisierung der Pflegenden hat einen negativen Einfluss auf die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit OUD - Es besteht eine Spannung zwischen Betroffenen und Pflegenden, bei der Frage, ob der Schmerz oder die Abhängigkeit im Vordergrund steht - Wunsch nach standardisierter Pflege und emotionalem Support für Pflegenden und Betroffene sowie alltagsnahe Fortbildung zu OUD	6
Krokmyrdal & Andenaes (2015)	Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study	1) Wie schätzen Pflegenden ihre Kompetenzen und ihr Wissen im Schmerzmanagement bei Opioid-Abhängigkeit ein? 2) Woher nehmen Pflegenden ihr Wissen?	quantitativer, deskriptiver Ansatz, Querschnittsdesign Selbsteinschätzung via Fragebogen	zwei öffentliche Spitäler, Norwegen	n = 98 Pflegefachpersonen	- Die meisten Pflegenden haben die Kompetenz, Opiode zu verabreichen, gleichzeitig sagen sie aber, dass sie kein suffizientes Wissen bezüglich Schmerzmanagement bei OUD haben - Pflegenden haben oft das Gefühl, Betroffene sind nicht ehrlich in der Schmerzaussprache - Erfahrungen am Arbeitsplatz wirken sich	6

						am meisten auf die Kompetenz der Pflegenden aus	
Langford et al. (2019)	Evaluation of an interprofessional active learning session on acute pain and opioid use disorder using the interprofessional collaborative competency attainment scale	Welchen Effekt haben IPE-Sessions auf das Erreichen der interprofessionellen Kernkompetenzen im Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen und OUD bei Studierenden?	quantitativer Ansatz, Querschnittsdesign Durchführung geführter IPE-Sitzungen mit Selbsteinschätzung	Befragung von Studierenden der Universität Washington, USA	n = 160 Studierende im Gesundheitswesen, davon Studierende Pharmazie: 30,9% Sozialarbeit: 21,9% Zahnmedizin: 16,3% Krankenpflege: 14,4% Medizin: 9,4% Weitere: 7,4%	- Interprofessionelle Sitzungen haben einen signifikanten Einfluss auf die Entwicklung von interprofessionellen Kernkompetenzen in Zusammenhang mit OUD - Offene und konsequente Kommunikation zwischen den Professionen, wird von den Teilnehmenden in die Praxis mitgenommen - Es besteht ein Wunsch von anderen Professionen zu lernen und weitere Disziplinen miteinzubeziehen	6
Lewis & Jarvis (2019)	Undergraduate nursing students' experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting: A qualitative content analysis	1) Welche Erfahrungen und Einstellungen haben Pflegestudierende im Grundstudium, die mit Patientinnen und Patienten mit OUD arbeiten? 2) Wie gut fühlen sich die Pflegestudierende auf die Pflege dieser Patientengruppe vorbereitet?	qualitative Inhaltsanalyse Halbstrukturierte Interviews	Befragung Studierende öffentliche Universität Neu-England, USA	n = 11 Pflegefachpersonen in Ausbildung	- Spannung zwischen Schmerz und Abhängigkeit, oft schwierig, gerade in der Rolle als Studierende - Der Wille besteht, die eigene stigmatisierende Haltung abzulegen - Lernen an realen Szenarien hilft	6
Morley et al. (2015)	Nurses' Experiences of Patients with Substance- Use	Erfahrungen des Pflegepersonals mit Schmerzpatientinnen und -patienten, die an	phänomenologischer Ansatz	diverse Settings, London, England	n = 11 Pflege-Studierende	- Schmerzpatientinnen und -patienten mit SUD werden oft als "schwierig" erlebt, dennoch sind sich	6

Disorder in Pain: A Phenomenological Study	einer SUD leiden, zu erforschen. Es sollen Herausforderungen, die sich bei der Behandlung ihrer Schmerzen ergeben, ermittelt und Unterstützungs- und Schulungsbedarf für Pflegende bestimmt werden	Halbstrukturierten Interviews	Pfleger bewusst, dass sie eine ganzheitliche und individuelle Betreuung benötigen - Pfleger haben das Gefühl, dass Schmerzangaben von Betroffenen nicht stimmen - Erfahrung ist ein positiver Faktor, um Situationen mit SUD-Betroffenen zu managen - Patientinnen und Patienten haben meist komplexe soziale und psychologische Bedürfnisse
---	--	-------------------------------	---

4.2 Kritische Würdigung der inkludierten Studien

Würdigung der qualitativen Studien

Die Studien von Morley et al. (2015) und Bohm et al. (2019) erfüllen alle Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1986). In beiden Studien hatten die Forschenden schon Vorwissen, was als Stärke angesehen wird, da sie "Insiderwissen" besaßen, welches sie einbringen konnten. Die Bestätigbarkeit ist gegeben, da sie eine reflektierte Haltung mitbringen und dies unter anderem durch das Aufzeigen von Limitationen deutlich machen. In der Studie von Morley et al. (2015) wurde ein Forschungstagebuch geführt, was die Bestätigbarkeit zusätzlich erhöht. In Bezug auf die Glaubwürdigkeit haben sich Forschende in beiden Studien bereits zuvor mit der Thematik auseinandergesetzt. Die Transkripte der Interviews wurden in beiden Studien mehrfach gelesen und in der Studie von Bohm et al. (2019) zusätzlich im Forschungsteam diskutiert. In beiden Studien wurden Cluster gebildet und Hauptthemen definiert. Es ist nicht klar, inwiefern in beiden Studien die Teilnehmenden dieser Einteilung zugestimmt haben. Eine ethische Genehmigung wurde in beiden Studien erteilt und die Datenerhebung und -analyse ist nachvollziehbar beschrieben. Diese Studien sind somit zuverlässig und übertragbar. Die Übertragbarkeit ist zudem durch die detaillierte Beschreibung des Settings gewährleistet. In der Studie von Bohm et al. (2019) fehlen genaue Beschreibungen der Teilnehmenden, was die Übertragbarkeit einschränkt.

Die Studien von Lewis und Jarvis (2019) und Horner et al. (2019) erfüllen die Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1986) nur bedingt. Die Bestätigbarkeit in der Studie von Lewis und Jarvis (2019) ist eingeschränkt, da die Teilnehmenden nicht genau beschrieben werden. Es werden jedoch Limitationen angegeben, was eine Reflektion der Forschenden deutlich macht. Die Ergebnisse wurden im Forschungsteam und mit zwei Teilnehmenden besprochen und werden mit wörtlichen Zitaten aufgezeigt. Folglich ist die Studie zuverlässig und glaubwürdig. Die Übertragbarkeit ist eher schwierig, da es sich um eine kleine Stichprobengröße handelt und die Teilnehmende alle im gleichen Alter und an derselben Universität sind. Auch die Studie von Horner et al. (2019) lässt sich schwierig übertragen, da sich die Studie nur auf eine Institution bezieht und das Setting nicht klar beschrieben ist. Weiter wird nicht angegeben, inwiefern die Transkripte innerhalb des Forschungsteams besprochen wurden. Somit ist auch nicht nachvollziehbar, wie die

Forschenden auf die Hauptthemen kamen. Dies macht die Bestätigbarkeit, wie auch die Zuverlässigkeit, schwierig.

Würdigung quantitativer Studien

Die Studien von Krokmyrdal und Andenæs (2015) und Langford et al. (2019) wurden nach den Gütekriterien nach Flick (2017) ausgewertet. Beide Studien sind objektiv, da die Datenerhebung und -analyse nachvollziehbar dargelegt ist. Die Messinstrumente werden ausserdem genau beschrieben. Die Reliabilität ist ebenfalls in beiden Studien gegeben, da das Setting und die Teilnehmenden detailliert beschrieben sind. Die Validität in der Studie von Krokmyrdal und Andenæs (2015) ist eingeschränkt, da der gewählte Fragebogen nicht auf die Validität geprüft wurde. Zusätzlich wäre eine Mehrfachmessung sinnvoll gewesen, da ihre Ergebnisse zeigen, dass nach fünf Jahren der Effekt von Arbeitserfahrung auf die Kompetenz abnimmt. Die Validität in der Studie von Langford et al. (2019) ist gegeben, da das Messinstrument valide ist. Ein Pre-Test wurde durchgeführt und das Design ist angemessen.

Review

Das Review von Bell und McCurry (2020) wurde anhand des CASP (2018) kritisch gewürdigt. Das Review hat eine klare Fragestellung und die eingeschlossenen Studien sind passend für ein integratives Review. Der Searchstring und die Literaturrecherche sind nachvollziehbar aufgeführt, somit kann davon ausgegangen werden, dass alle relevanten Studien eingeschlossen wurden. Die kritische Würdigung der inkludierten Studien ist dargelegt und mit den Ergebnissen kombiniert aufgeführt (Sektion A). Die Ergebnisse sind klar und deutlich aufgezeigt und die Studien werden im Fliesstext miteinander verglichen (Sektion B). Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist gewährleistet, es werden genaue Aussagen zu den Ergebnissen der inkludierten Studien gemacht und die Übertragung auf das internationale Setting angesprochen. Der Nutzen übersteigt die möglichen Kosten. Alle wichtigen Resultate werden diskutiert (Sektion C).

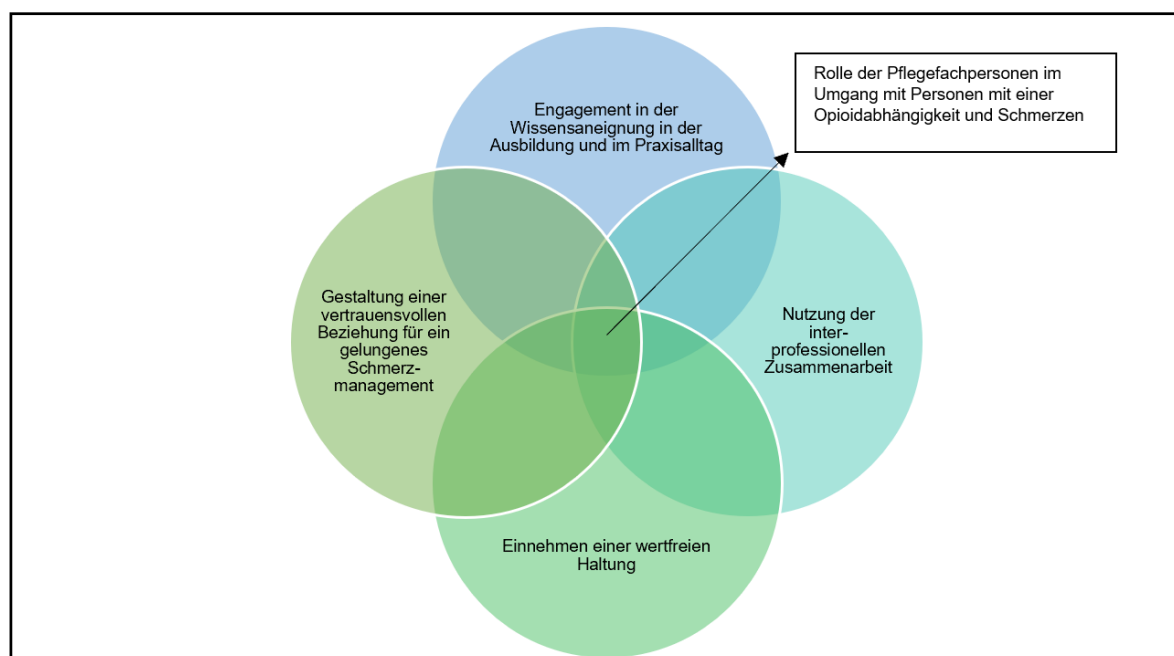
4.3 Kategorisieren der Ergebnisse

Die Fragestellung dieser Arbeit möchte die Rolle von Pflegenden im Schmerzmanagement bei Personen mit OUD beleuchten. Wie in der Einleitung

bereits aufgezeigt, wird die Rolle laut Dahrendorf (2006) durch verschiedene Erwartungen an eine Person definiert. In der Auseinandersetzung mit den inkludierten Studien konnten die Ergebnisse der Studien in vier Erwartungen an die Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei Personen mit OUD eingeteilt werden. Diese bilden eine mögliche Erklärung, was die Rolle der Pflegefachpersonen im Umgang mit Personen mit OUD und Schmerzen ist. Zur Veranschaulichung wurde ein Modell erstellt, welche in der Abbildung 4 ersichtlich ist. Die vier Erwartungen sind: Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung für ein gelungenes Schmerzmanagement, Einnehmen einer wertfreien Haltung, Engagement in der Wissensaneignung in der Ausbildung und im Praxisalltag und Nutzung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Abbildung 4

Erwartungen an Pflegefachpersonen im Umgang mit Personen mit OUD und Schmerzen



4.3.1 Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung für ein gelungenes Schmerzmanagement

Betroffene, welche an einer SUD leiden, werden von den Pflegenden in der Studie von Morley et al. (2015) als "schwierig" bezeichnet. Dies, da Patientinnen und

Patienten teilweise als aggressiv, manipulativ und unhygienisch erlebt werden. Gemäss Horner et al. (2019) und Morley et al. (2015) sind SUD-Betroffene oft noncompliant und lassen sich beispielsweise nicht waschen oder lehnen Therapien ab. Studierende im Bereich der Pflegewissenschaften beschreiben erste Begegnungen mit OUD-Betroffenen als unangenehm, seltsam, überfordernd und traurig (Lewis & Jarvis, 2019). Weibliche Pflegende sorgen sich um ihre eigene Sicherheit und müssen teilweise auch auf den Sicherheitsdienst zurückgreifen (Horner et al., 2019).

Morley et al. (2015) beschreiben, dass sich alle befragten Pflegefachpersonen bewusst sind, dass nicht alle Patientinnen und Patienten mit SUD gleich sind. Die Pflegefachpersonen sind sich einig, dass Betroffene eine ganzheitliche und individuelle Betreuung erhalten sollen. Dennoch stehen Pflegende den Schmerzangaben der Patientinnen und Patienten, welche von einer SUD betroffen sind, kritisch gegenüber. Diese verlangen mehr Schmerzmedikamente oder auch genaue Dosen. Auch Lewis und Jarvis (2019), beschreiben das Phänomen, dass Patientinnen und Patienten nach Schmerzmedikamenten drängen oder nur ein spezifisches Präparat einnehmen wollen. Die Notfallpflegenden aus der Studie Bohm et al. (2019) äussern, dass Personen, die ein spezifisches Schmerzmittel und genaue Dosierungen wünschen, wahrscheinlich abhängig sind. Patientinnen und Patienten ohne eine Abhängigkeitserkrankung spezifizieren das Medikament jeweils nicht, wollen lediglich etwas, um den Schmerz zu hemmen. Wenn keine Wunden, Missbildungen oder veränderte Vitalparameter vorlagen fiel es den Pflegenden schwierig den Betroffenen zu vertrauen und ihren Schmerzangaben zu glauben. Horner et al. (2019) beschreiben die Spannungssituation, in der sich die Pflegefachpersonen befinden, den Betroffenen die Schmerzen zu glauben oder nicht. Insbesondere, da der Ursprung und die Intensität des Verlangens nach Opioiden möglicherweise nicht auf Schmerzen, sondern auf eine Abhängigkeit zurückzuführen ist.

In Krokmyrdal und Andenæs (2015) wird auf die Kompetenz, Schmerz zu erkennen, eingegangen, wobei 80% der Pflegefachpersonen in einer Stichprobe (n = 98) äussern, diese Kompetenz zu besitzen. 65% geben an, den Grund für die Schmerzen erkennen zu können, und 45% geben an, den Schmerzgrad einschätzen zu können. Mit 55% äussert eine knappe Mehrheit, dass Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit keine genügende Schmerzbehandlung erleben. Über 90%

äussern zudem, dass von Opioiden abhängige Personen mehr Schmerzmittel benötigen, um schmerzfrei zu sein.

Die Studierenden aus der Studie von Lewis und Jarvis (2019) empfinden es als Herausforderung, Schmerzen zu erkennen und zu behandeln, da sie nicht sicher waren, ob die Schmerzen echt sind oder sie durch die Betroffenen manipuliert werden. Mehr als die Hälfte der befragten Pflegenden, äusserte in der Studie von Krokmyrdal und Andenæs (2015), dass Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit absichtlich eine höhere Schmerzintensität angeben, um Medikamente zu erhalten. Pflegende glauben ausserdem, dass Betroffene nicht ehrlich bezüglich der Wirkung der Schmerzmedikamente sind. Die Pflegenden in der Studie von Bohm et al. (2019) waren der Meinung, dass Betroffenen eine Behandlung angeboten werden sollte, dass aber schmerzlindernde Medikamente keine Lösung seien. Schwierig sei laut Horner et al. (2019), dass Patientinnen und Patienten mit OUD oft versuchen, die Pflegenden untereinander aufzuspalten, um so an mehr Medikamente zu kommen. Zusätzlich kommt es zu Situationen, in welchen vermutet wird, dass, Betroffene bereits andere Substanzen eingenommen haben (Bohm et al., 2019). Die Unsicherheit für die Pflegefachpersonen besteht dann darin, dass sie nicht wissen, welche Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten und Substanzen auftreten können. In Krokmyrdal und Andenæs (2015) geben 30% der Befragten an, dass die Einnahme von Opioiden zur Schmerzeinstellung die Abhängigkeit verstärkt. Auch die Pflegefachpersonen in der Studie von Horner et al. (2019) hatten das Gefühl die Abhängigkeit mit der Gabe von Opioiden zu verstärken.

Gemäss Bohm et al. (2019) erleben die Pflegenden oft Frustration, weil sie nicht die gleichen Behandlungsziele wie die Patientinnen und Patienten haben. Es sei wichtig, Vertrauen aufzubauen und Sicherheit zu vermitteln. Zur Beruhigung der Betroffenen sollen eine ruhige Umgebung und ein freundlicher Service dienen. Gemäss Morley et al. (2015) sehen Betroffene das Spital als "safe space" und wollen diesen im Umkehrschluss nicht mehr verlassen. Dies führte sowohl auf Seiten der Pflegefachpersonen als auch bei Patientinnen und Patienten zu Frustration. Bohm et al. (2019) beschreiben weiter, dass die Pflegenden ein Bewusstsein für die Lebenserfahrung von Betroffenen zeigen sollen.

Weiter zeigen Bohm et al. (2019) auf, dass die Anwesenheit und das Zeigen von Respekt für Erfahrungen und die verletzlichen Situationen der Betroffenen führt zu ruhigeren Patientinnen und Patienten mit weniger Schmerzen. Ebenso seien auch

Positionsveränderungen hilfreich, um die Schmerzen zu lindern. Pflegefachpersonen, welche in der Studie von Horner et al. (2019) teilgenommen haben, loben den "Schmerzvertrag". Dieser wird zwischen den Leistungserbringenden und den Patientinnen und Patienten gemacht. Bei diesem Vertrag werden Erwartung hinsichtlich der Schmerzkontrolle und der Patientensicherheit für die Dauer des Krankenhausaufenthalts festgelegt. So müssen die Pflegenden nicht ständig "nein" sagen, sondern können sich auf die vereinbarten Bedingungen beziehen.

4.3.2 Einnehmen einer wertfreien Haltung

Pflegende treffen im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit OUD oft auf viele Herausforderungen, so beschreiben die Teilnehmenden in der Studie von Horner et al. (2019) zum Beispiel die Hoffnungslosigkeit, die sie manchmal empfinden. Eine Teilnehmerin sagte, dass es manchmal schwer sei, Aussagen von Betroffenen mit OUD nicht persönlich zu nehmen. Das Gefühl von Enttäuschung wurde ebenfalls thematisiert, da die Pflegefachpersonen den Patientinnen und Patienten vertrauen wollten, aber oft enttäuscht wurden. Bohm et al. (2019) beschreiben die Frustration von Notfallpflegenden, da sie oft nicht dasselbe Ziel wie die Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik haben. Die Notfallpflegenden sehen Personen mit einer SUD als grosse berufliche Herausforderung. Die Schwierigkeit bestand darin, den Betroffenen zu vertrauen und sie richtig einzuschätzen, um eine gute, ethische und qualitative Pflege zu gewährleisten. Lewis und Jarvis (2019) beschrieben, dass Studierende im Gesundheitswesen in ihrem Praxisumfeld oft negative Einstellungen von Pflegenden erleben. Von den Studierenden wurde zusätzlich berichtet, dass Betroffene durch die Pflegende stigmatisiert werden. So stellte beispielsweise eine Teilnehmerin eine Frage zur Dosierung von Schmerzmedikamenten und erlebte, dass die begleitende Pflegende nicht auf die Frage einging, sondern antwortete, dass der Patient manipulativ sei, da er süchtig ist. Es wurde jedoch auch von positiven Einflüssen berichtet. So gab es Pflegende, welche ohne die Situation zu werten und empathisch auf Patientinnen und Patienten zugingen. Eine Studentin äusserte, dass das Thema der Sucht oft wie ein "Elefant im Raum" sei. Wenn es darum ging, die Abhängigkeit mit Betroffenen zu thematisieren, seien die Studierenden oft peinlich berührt. Mehrere Studierende hatten das Gefühl, zu diesem Zeitpunkt nicht über die Fähigkeiten zu verfügen, mit Patientinnen und Patienten über ihre Abhängigkeit zu sprechen. Sie hatten Angst, dass die Gespräche

Bachmann Ursula, Marty Shannon

über OUD "beleidigend" oder "anklagend" wirken könnten. Es wird auch in der Studie erwähnt, dass es schwierig sei, die ganzheitlichen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten wahrzunehmen, wenn Pflegende sich nicht trauen, über OUD zu sprechen. Acht der elf Teilnehmenden gaben an, sich ihrer eigenen Voreingenommenheit bewusst zu sein. Wenn Pflegefachpersonen eine stigmatisierende Haltung gegenüber Betroffenen mit OUD haben, hat dies einen negativen Einfluss auf das Schmerzmanagement (Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Krokmyrdal und Andenæs (2015) halten fest, dass 87% der von ihnen befragten Pflegenden angeben, kein suffizientes Wissen bezüglich Schmerzmanagement bei OUD zu haben. Die Ergebnisse von Horner et al. (2019) betonen, dass Wissen der beste Weg sei, angemessen mit dieser Patientengruppe umgehen zu können. Eine Teilnehmerin äusserte, dass die Stigmata aufgrund von Wissensmangel entstehen. Mehrere Pflegekräfte versuchten, die Sucht als Krankheit und nicht als persönliche Entscheidung darzustellen, um die Sorgen der Patientinnen und Patienten als echt und angemessen zu behandeln. Eine Pflegende meint auch, dass diese Unterscheidung nicht wichtig sei, sondern nur, dass Betroffene auf Hilfe angewiesen sind. Morley et al. (2015) halten fest, dass Patientinnen und Patienten mit SUD komplexe soziale und psychologische Bedürfnisse haben und daher auf kollaborative, ganzheitliche und personenzentrierte Pflege angewiesen sind. Bohm et al. (2019) zeigen auf, dass den Schmerzbedürfnissen der Patientinnen und Patienten gegenüber flexibel und tolerant begegnet werden soll.

4.3.3 Engagement in der Wissensaneignung in der Ausbildung und im Praxisalltag

Es ist wichtig, Erfahrungen an Patientinnen und Patienten zu machen, um aus diesen Begegnungen für künftige Situationen mit Betroffenen mit OUD und Schmerzen zu lernen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Lewis & Jarvis, 2019; Morley et al., 2015). Krokmyrdal und Andenæs (2015) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Kompetenz von Pflegenden und verschiedenen Faktoren, wie zum Beispiel Kurse, Erfahrungen am Arbeitsplatz und Internetnutzung. Nur die Erfahrungen am Arbeitsplatz zeigten ein signifikantes Ergebnis, was darauf hinweist, dass dies der Faktor war, der am meisten zur Kompetenz der Pflegefachpersonen beitrug. Die Pflegefachpersonen in Ausbildung aus der Studie von Lewis und Jarvis (2019) kannten zwar die Anzeichen und Symptome von OUD, wussten aber nicht, wie sie in

Bachmann Ursula, Marty Shannon

der Praxis Betroffenen gegenüber auftreten sollen. Einzelne Studierende, welche bereits privat Kontakt zu Menschen mit OUD gehabt hatten, wiesen mehr Sicherheit im Umgang mit den Patientinnen und Patienten auf. Weiter beschreiben die Studierenden, dass es für sie sehr hilfreich war, die Geschichte der Betroffenen mit ihrer Abhängigkeit zu hören und so die Seite der Betroffenen besser zu verstehen. Notfallpflegende haben laut Bohm et al. (2019) nicht nur zu wenig Informationen und Wissen über die Abhängigkeiten der Patientinnen und Patienten, sondern auch bezüglich der Drogen, welche aktuell auf der der Strasse erhältlich sind. Dieser Wissensmangel wirkt sich negativ auf die Behandlung und Schmerzlinderung aus. Wissen beziehen die Pflegenden laut Krokmyrdal und Andenæs (2015) vor allem aus Erfahrungen und Kollegen am Arbeitsplatz. Quellen wie Ausbildung, Kurse, Forschungsliteratur und Informationstechnologie wurden als weniger wichtig angesehen. Mehr als 50% der Pflegefachpersonen antworteten, dass Suchmaschinen wie Google und professionelle Internetseiten keine bedeutende Wissensquellen darstellen. Eine Studie des Reviews von Bell und McCurry (2020) bestätigte einen Mangel an Wissen und Kompetenz des Pflegepersonals in Bezug auf die Erkennung und den Umgang mit substanzbezogenen Problemen (Tran et al., 2009a, zitiert in Bell & McCurry, 2020). Die Studie kommt zum Schluss, dass eine passive Ausbildung unwirksam sei und dass das Pflegepersonal in der Akutversorgung in Zukunft aktiver in seine Ausbildungsprogramme eingebunden werden muss.

Die befragten Studierenden in der Studie von Lewis und Jarvis (2019) sind der Meinung, dass die Begegnung mit Betroffenen und das Erfahren ihres Hintergrundes ihre Perspektive positiv verändert hat. Daher meinten sie, dass ein Gastvortrag von Betroffenen eine wichtige pädagogische Erfahrung sein kann. Im Allgemeinen wünscht sich die Mehrheit der Pflegenden eine OUD-spezifische Ausbildung. Horner et al. (2019) beschreibt, dass bereits ausgebildete Pflegende eine standardisierte Pflege für notwendig erachten. Sie sind zudem der Meinung, dass alltagsnahe Fortbildungen für Pflegende zum Thema OUD angeboten werden sollen. Auch brauche es Schulungen betreffend der Frage, ob oder wann mit dem Entzug im Spital begonnen werden sollte und wie Patientinnen und Patienten am besten über verschiedene Schmerzbehandlungen und mögliche Wechselwirkungen von Medikamenten aufgeklärt werden können.

Im integrativen Review von Bell und McCurry (2020) wird beschrieben, dass sich in acht von neun eingeschlossenen Studien eine Besserung des Wissens bezüglich OUD nach einer Intervention zeigte. Die Interventionen waren Bildungsprogramme, unter anderem in Form von Workshops, Online-Modulen, Fallstudien und Simulationssitzungen. Eine Studie im Review beschreibt, dass sich Pflegefachpersonen trotz verbesserten Wissens durch gezielte Schulung weiterhin unsicher im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit OUD fühlen (Tran et al., 2009b, zitiert in Bell & McCurry, 2020). Die Pflegefachpersonen meldeten weiterhin einen Mangel von wahrgenommenem Wissen und Erfahrung auch nach der Ausbildung. Die Studierenden in der Studie von Lewis und Jarvis (2019) schildern diese Unsicherheit anhand der ersten Begegnungen mit Patientinnen und Patienten mit OUD. Sie fühlten sich wohler, nachdem sie ihre Fähigkeiten durch Erfahrungen erweitern konnten.

4.3.4 Nutzung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Studie von Langford et al. (2019) befasst sich mit der interprofessionellen Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit OUD. Die Stichprobe umfasste dabei Studierende aus verschiedenen Studiengängen der Gesundheitswissenschaften. Die Studie ergab, dass nach einer einmaligen interprofessionellen Schulungssequenz eine signifikante Zunahme beinahe aller interprofessionellen Kernkompetenzen zu beobachten war. Keine signifikante Besserung zeigte sich in der Kompetenz des aktiven Zuhörens. Eine besonders grosse Effektstärke hatte die Ausbildung in Form von interprofessionellen Studierendengruppen auf die Kompetenzen der Rolle und Verantwortung und des interprofessionellen Teamansatzes. Zur Kompetenz der Rolle gehört: Verantwortlich sein für Beiträge, Verstehen, Erkennen, wie sich die Fähigkeiten/Kenntnisse ergänzen/überschneiden und den IP-Team-Ansatz mit Betroffenen anwenden. Die in der Studie befragten Studierenden äusserten, dass jeder Einzelne in einem medizinischen Gesundheitsteam unterschiedliches Wissen mitbringt und eine andere Perspektive auf die Patientensituationen hat. Daher soll eine offene und konsequente Kommunikation unter den verschiedenen Professionen angestrebt werden. Horner et al. (2019) kommen zum Ergebnis, dass die Kommunikation unter den Leistungserbringenden meist als positiv erlebt wird. Innerhalb der eigenen Profession jedoch fehle die Kontinuität der Schmerzbehandlung über die Schichten hinweg, da

Bachmann Ursula, Marty Shannon

zum Beispiel im Nachtdienst teilweise nur kurzfristige Entscheidungen für die Schmerzbehandlung getroffen werden. Ebenfalls auf positive Zusammenarbeit im interprofessionellen Team schliessen Bohm et al. (2019). Durch die Unterstützung von anderen Professionen auf dem Notfall war es für Pflegefachpersonen viel einfacher, mit der herausfordernden Pflegesituation umzugehen und sie zu lösen. Sie hatten dann das Gefühl, Entscheidungen nicht allein treffen zu müssen.

Morley et al. (2015) versuchten, Herausforderungen im Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit OUD zu ermitteln und beschreiben die Diskrepanz zwischen Pflege und dem ärztlichen Dienst. Pflegende haben das Gefühl, dass der ärztliche Dienst allein über die Schmerzbehandlung entscheidet. So werden aus Sicht der Pflegenden teilweise nicht genügend Schmerzmedikamente verordnet. Auch scheinen Ärztinnen und Ärzte SUD heilen zu wollen und nicht primär die Schmerzen zu behandeln. Pflegefachpersonen äussern das Gefühl, dass Assistenzärztinnen und Assistenzärzte Schwierigkeiten hatten, mit Patientinnen und Patienten mit einer SUD und Schmerzen umzugehen. Horner et al. (2019) drücken die Wichtigkeit aus, dass das gesamte interprofessionelle Team über die Grenzen bei einzelnen Patientinnen und Patienten informiert sind und wissen, welche Medikamente bewusst nicht abgegeben werden sollen.

Als positiv erlebten die Studierenden aus der Studie von Langford et al. (2019) die Unterrichtssequenzen zum Thema OUD und Schmerzen, in kleinen interprofessionellen Gruppen. Besonders erwähnen sie, die Möglichkeit von anderen Professionen zu lernen und in der Diskussion verschiedene Perspektiven zu erfahren. Für weitere solche Lerneinheiten wünschen sich die Studierenden mehr Zeit und dass auch Berufsgruppen wie Physio- oder Ergotherapie hinzugezogen werden. In der Studie von Horner et al. (2019) schlug eine Pflegefachperson vor, Treffen und Diskussionen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und Spezialistinnen und Spezialisten, die in Entzugs- und Rehabilitationszentren arbeiten, zu veranstalten. So können Pflegefachpersonen Informationen zum Umgang mit Patientinnen und Patienten mit OUD einholen.

5 Diskussion

Die Kernergebnisse der systematischen Literaturrecherche werden im folgenden Abschnitt mit bereits vorhandener Literatur diskutiert. Im Anschluss wird ein Bezug zum erstellten Modell gemacht und die Limitationen dieser Arbeit werden aufgezeigt.

5.1 Diskussion der Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden die kategorisierten Hauptergebnisse mit bereits vorhandener Literatur diskutiert.

5.1.1 Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung für ein gelungenes Schmerzmanagement

Wie bereits in der Einleitung beschrieben, ist die Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit für Pflegende eine Herausforderung (Münzel & Klos, 2012). Die Pflegenden haben Mühe, Schmerzen zu erkennen (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Morley et al., 2015). Zudem stehen sie der Schmerzeinschätzung der Patientinnen und Patienten kritisch gegenüber (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015) und suchen nach handfesten Anzeichen, dass diese tatsächlich unter Schmerzen leiden (Bohm et al., 2019). Dabei verlassen sie sich auf Anzeichen, wie veränderte Vitalwerte, Wunden oder auch Deformationen. Arnstein (2010) beschreibt jedoch, dass Schmerzen oft ohne objektive Anzeichen, wie abnorme Testergebnisse oder Vitalzeichen vorhanden sind. Der Schmerz kann weiterhin bestehen, nachdem sich die Vitalzeichen des Betroffenen wieder normalisiert haben und Entzündungen abgeklungen sind.

In vier Studien beschreiben die Pflegenden, Patientinnen und Patienten als "drug-seeking" (im Deutschen "suchend nach Substanzen") zu erleben (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Langford et al., 2019; Morley et al., 2015). Morley et al. (2015) beschreiben, dass nicht gelinderte Schmerzen jene Merkmale verstärken können, die als drug-seeking angesehen werden. Das als drug-seeking wahrgenommene Verhalten kann dann dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten stigmatisiert und als schwierig bezeichnet werden. Morgan (2014) beschreibt Faktoren, welche dazu führen, dass Patientinnen und Patienten als drug-seeking betitelt werden. Diese sind zum Beispiel: Forderung nach bestimmten Schmerzmedikamenten, Fokus auf die Schmerzen und kein Austausch über andere Teile der Pflege oder auch die

Einnahme hoher Dosen von Schmerzmedikamenten im Allgemeinen. Arnstein (2010) beschreibt, dass Patientinnen und Patienten, die nicht gelinderte, unerträgliche Schmerzen haben, als Copingstrategie immer mehr Schmerzmedikamente verlangen und emotional verzweifeln. Daraus lässt sich ableiten, dass Pflegefachpersonen Patientinnen und Patienten nicht als drug-seeking abstempeln sollen, sondern Gründe für das Verhalten von Betroffenen ermitteln sollen.

Den Patientinnen und Patienten mit OUD wird ausserdem zugeschrieben, dass sie jeweils spezifische Präparate und Dosen verlangen (Bohm et al., 2019; Lewis & Jarvis, 2019; Morley et al., 2015). Laut Oliver et al. (2012) ist Abhängigkeit eine chronische Erkrankung. Chronisch kranke Menschen sind oft die Experten ihres Leidens. Im Verlauf der Erkrankung erlangen sie viel Wissen über die Krankheit und die bereits erhaltenen medikamentösen Therapien (Ludwig, 2005). Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass Betroffene daher am besten wissen, welches Präparat ihnen hilft, um die Schmerzen zu lindern.

Pflegende haben das Gefühl, die Abhängigkeit mit dem Verabreichen von Opioiden zu verstärken (Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Arnstein (2010) widerspricht diesem Gefühl. Er ist der Meinung, dass nicht gelinderte Schmerzen das Stresslevel erhöhen und das Verlangen nach Medikamenten verstärkt, was dann einen illegalen Drogenkonsum auslösen oder eine Suchterkrankung verschlimmern kann. Ein weiterer beachtenswerter Faktor ist, dass Patientinnen und Patienten, welche über einen längeren Zeitraum Opiode einnehmen, als physiologische Folge eine Toleranz entwickeln (D'Arcy, 2010). Daraus kann abgeleitet werden, dass Patientinnen und Patienten mit einer Opioid-Langzeittherapie mehr Medikamente zur Schmerzlinderung benötigen können und nicht zwingend eine psychische Abhängigkeit vorliegt.

Morley et al. (2015) kommen zum Schluss, dass Patientinnen und Patienten mit einer SUD einem höheren Risiko für unzureichende Schmerzbehandlung ausgesetzt sind. Daher sei es wichtig, dass Betroffene eine ganzheitliche, individuelle Pflege erhalten. Laut dem SBK (2020) beruht professionelle Pflege auf einer Beziehung zwischen Menschen und Pflegenden, welche Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme umfasst. Die Beziehung ermöglicht auch das Festlegen gemeinsamer Ziele.

Pflegefachpersonen nehmen zudem Bedürfnisse und Interessen der Patientinnen und Patienten wahr und setzen sich für diese ein. Um diese Bedürfnisse erfassen zu können, zeigte es sich als zwingend notwendig, dass Pflegende in einen Dialog mit

den Betroffenen treten. Qualitativ gute Pflege ist erst möglich, wenn Pflegende den Betroffenen vertrauen (Bohm et al., 2019). St. Marie (2015) äussert, dass Patientinnen und Patienten besser in der Lage waren, mit ihren Schmerzen umzugehen und sich an ihre Opioid-Medikationstherapie hielten, wenn sie Vertrauen in die Gesundheitsversorgung hatten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine Vertrauensbasis in Bezug auf die Schmerzerfassung dann geschaffen werden kann, wenn sich Betroffene mit ihrer Schmerzwahrnehmung ernst genommen fühlen. Auch sollte ihr gesammeltes Wissen zu ihrer Erkrankung und den Therapien miteinbezogen und gemeinsame Behandlungsziele gesetzt werden. Eine Möglichkeit, einen Konsens in den Behandlungszielen zu erreichen, ist der in der Studie von Horner et al. (2019) erwähnte Schmerzvertrag. In diesem werden Erwartungen hinsichtlich der Schmerzkontrolle und der Patientensicherheit festgehalten.

5.1.2 Einnehmen einer wertfreien Haltung

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegende oft eine stigmatisierende Haltung gegenüber Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen haben (Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Lewis & Jarvis, 2019). Dies beeinträchtigt die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten und hat einen negativen Einfluss auf das Schmerzmanagement (St. Marie, 2016). Laut Morgan (2006) fühlen sich Betroffene mit einer Abhängigkeit im Spital nicht selten stigmatisiert und unfair behandelt. Morgan (2014) ist der Meinung, dass Pflegende ermutigt werden sollten, ihre eigene Voreingenommenheit gegenüber Patientinnen und Patienten mit SUD zu erkennen. Dies ermöglicht den Pflegefachpersonen, ihre Reaktionen besser steuern zu können. Daraus kann abgeleitet werden, dass so auch der Stigmatisierung von Betroffenen entgegengewirkt werden kann.

Ein weiteres Problem ist, dass Patientinnen und Patienten oft negative Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleistenden gemacht haben (D'Arcy, 2010; St. Marie, 2016). Dies führt dazu, dass sie gegenüber Vorschlägen zur Schmerzlinderung negativ eingestellt sind (D'Arcy, 2010). Eine vertrauensvolle und respektvolle Beziehung ist daher wichtig, um ein effektives Schmerzmanagement zu gewährleisten (Morgan, 2006). Die Studierenden in der Studie von Lewis und Jarvis (2019) beschrieben, dass es ihnen peinlich war, die OUD mit den Betroffenen zu thematisieren. Arnstein (2010) empfindet es als hilfreich, Patientinnen und Patienten direkte Fragen zum

Konsum in einer respektvollen, nicht wertenden Weise zu stellen. Betroffenen sollte erklärt werden, dass eine Offenlegung des Konsums zu einer Verbesserung und nicht zu einer Verschlechterung der Behandlung führt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachpersonen sich oft unsicher im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen fühlen (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Lewis & Jarvis, 2019) und dass ein Wissensmangel besteht (Bell & McCurry, 2020; Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Daraus kann abgeleitet werden, dass Pflegende besser über das Schmerzmanagement und SUD aufgeklärt werden sollten und darüber, wie effektiver mit dem Verhalten von Patientinnen und Patienten umgegangen werden kann (Morgan, 2014). Ebenso sollte die Auseinandersetzung mit den Vorurteilen von Pflegenden in die Curricula aufgenommen werden, um die Outcomes für Patientinnen und Patienten zu verbessern (Lewis & Jarvis, 2019).

Laut dem SBK (2020) richtet sich professionelle Pflege an alle Menschen, unabhängig davon, in welcher Lebensphase sie sich befinden oder ob sie krank oder gesund sind. Dafür ist eine neutrale, nicht stigmatisierende Haltung erforderlich. In den Ergebnissen dieser Arbeit zeigt sich, dass Pflegefachpersonen sich der eigenen Voreingenommenheit bewusst sein müssen, sich trauen müssen, die Abhängigkeit mit Patientinnen und Patienten zu thematisieren, und sich Wissen bezüglich Abhängigkeit und Schmerz aneignen sollten. So können Pflegende eine professionelle, nicht stigmatisierende Haltung einnehmen. Es zeigte sich, dass die Voreingenommenheit von Pflegefachpersonen gegenüber Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen dazu führen kann, dass das Schmerzmanagement unzureichend ausgeführt wird. Professionelle Pflege sollte jedoch, laut dem SBK, alle Massnahmen zur Gesundheitserhaltung und -förderung umfassen. Es lässt sich sagen, dass zu diesen Massnahmen die Behandlung von Schmerzen gehört.

5.1.3 Engagement in der Wissensaneignung in der Ausbildung und im Praxisalltag

Um OUD-Wissen zu vermitteln eignen sich am besten Erfahrung an Patientinnen und Patienten (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Lewis & Jarvis, 2019; Morley et al., 2015) oder Bildungsmassnahmen, die diesen Erfahrungen nahe kommen, wie beispielsweise Simulationen (Bell & McCurry, 2020; Lewis & Jarvis, 2019). Bell und Bachmann Ursula, Marty Shannon

McCurry (2020) kommen zum Schluss, dass zum Zeitpunkt ihrer Studie kein standardisiertes Verfahren für die Ausbildung von Pflegenden zum Thema OUD vorliegt. Die im Review untersuchten Studien legen aber auch nahe, dass jede Art von OUD-Aufklärung das Wissen verbessert. Pflegende wünschen sich eine praxisnähere Ausbildung, um der Realität von OUD im Alltag näher zu kommen. In der Studie von Horner et al. (2019) machten Pflegende Vorschläge, wie OUD-spezifisches Wissen in den Praxisalltag implementiert werden kann. Unter anderem wurden folgende Vorschläge genannt: Referate von Personen, die über ihre Erfahrungen mit dem Leben in der Genesung berichten können, sowie Schulungen im Schmerzmanagement und bezüglich Arzneimittelinteraktionen. In der Studie von Lewis und Jarvis (2019) werden Vorschläge zur Ausbildung von Studierenden gemacht. Durch das Besprechen von Werten und Erfahrungen in Gruppen können Pflegedozentinnen und Pflegedozenten die Studierenden auf ethische Dilemmata vorbereiten und bei der Minimierung von moralischem Stress unterstützen. Zusätzlich können reale Szenarien als Fallstudien diskutiert und meditatives Schreiben angewendet werden.

Die aktuelle Ausbildung baut darauf auf, so Bell und McCurry (2020), dass die Pflegenden in der Praxis von erfahrenen Pflegefachpersonen lernen sollen. Diese äussern jedoch selbst einen Mangel an Fähigkeiten und Kenntnissen bezüglich der Behandlung von SUD. Krokmyrdal und Andenæs (2015) beschreiben, dass die Erfahrung am Arbeitsplatz einen grossen Einfluss auf die Kompetenz hat. Wie sinnvoll es jedoch ist, das Wissen von anderen Pflegenden zu beziehen, ist abhängig davon, welche Pflegequalität im Status quo einer Abteilung angestrebt wird.

Aufgrund dieser Ergebnisse ist anzunehmen, dass sowohl bei der Ausbildung von Pflegestudierenden, als auch bei Pflegefachpersonen in der Praxis, Bildungsmaßnahmen zum Thema OUD und Schmerzen notwendig sind.

Die Studie von St. Marie (2016) beschreibt die Rolle von "advanced practice registered nurses" (APRNs) im Schmerzmanagement bei Personen mit SUD. APRNs in den Vereinigten Staaten von Amerika schulen unter anderem auch Pflegefachpersonen und schaffen so eine Möglichkeit, wie Wissen zu SUD auch im klinischen Setting weitergegeben werden kann. Der Einsatz von "advanced practice nurses" (APNs) in einer Beratungsrolle ist eine Möglichkeit, Patientinnen und Patienten fachkundig zu betreuen (Morgan, 2006). Gleichzeitig dienen sie den Pflegefachpersonen als Vorbild und die Beziehung zwischen Pflege und Patientin

oder Patient wird in den Mittelpunkt gestellt. Die Pflege ist aufgrund klinischer Herausforderungen komplex und die Pflegekräfte fühlen sich für diese oft unterqualifiziert (Ford, 2011). Als beratende Instanz können die APNs zusätzlich das Personal schulen und unterstützen, damit es sein Verständnis für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen verbessert (Morgan, 2006).

Laut der Definition vom SBK (2020) basiert professionelle Pflege auf Evidenz und reflektierter Erfahrung und Präferenzen der Patientinnen und Patienten. Horner et al. (2019) kommen zum Schluss, dass Pflegefachpersonen motiviert waren, die Pflege für Patientinnen und Patienten mit OUD qualitativ zu verbessern. Es fehlt ihnen jedoch an den Fähigkeiten und der Unterstützung, dies zu tun. Es sind Weiterbildungsmöglichkeiten erforderlich, um die Outcomes für eine häufig vernachlässigte Patientengruppe optimieren zu können. Die vorliegenden Ergebnisse der Studie lassen darauf schliessen, dass im Allgemeinen mehr Ausbildung zum Thema OUD notwendig ist. Es liegt ein Mangel an evidenzbasiertem Wissen vor, welcher sowohl Studierende als auch Pflegende in der Praxis betrifft (Bohm et al., 2019). Durch Bildung kann zudem der Stigmatisierung von Betroffenen durch Pflegenden entgegengewirkt werden (Bell & McCurry, 2020; Horner et al., 2019). Die Rhein-Mosel-Akademie in Andernach, Deutschland, bietet eine Fachweiterbildung für Pflegefachpersonen, welche in Kontakt mit Personen mit einer Abhängigkeit kommen und bietet so eine Möglichkeit, mehr evidenzbasiertes Wissen zu erhalten (Münzel & Klos, 2012). Die Ausbildung umfasst fünf Module. Im Ersten werden die Grundlagen der Sucht, wie beispielsweise verschiedene Formen der Abhängigkeit, diagnostische Kriterien oder auch Erklärungsmodelle zu Ursachen und Verlauf, behandelt. Weiter werden unter anderem folgende Kompetenzen erarbeitet: Psychopathologie, Beziehungserfahrungen/-muster, Bewältigungsstrategien, persönliche Erfahrungen und individuelles Verhältnis zur Abhängigkeit, professionelle Fähigkeiten und Fertigkeiten, berufliche Rollen, Ressourcen und Psychohygiene, professionelle pflegerische Beziehung, Pflegeplanung, Krisenintervention, Fallbeispiele aus der Praxis, Behandlungsformen, Behandlungsangebote im Suchthilfesystem, Umgang mit Rückfällen und Rückfallprophylaxe. Die Teilnehmenden dieser Weiterbildung äusserten einen Zuwachs der selbstzugeschriebenen Kompetenz nach Abschluss der Ausbildung.

5.1.4 Nutzung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit hat im Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit OUD einen hohen Stellenwert (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Langford et al., 2019). Dabei ist es wichtig, dass das interdisziplinäre Team einheitlich vorgeht (Horner et al., 2019). Ein Behandlungsplan muss auf einfühlsame und ausgewogene Weise erstellt werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass niemand eine SUD in seinem Leben haben möchte (St. Marie, 2016). Ein Beispiel dafür ist der bereits erwähnte "Schmerzvertrag" (Horner et al., 2019). Wenn im interprofessionellen Team unterschiedliche Prioritäten gesetzt werden, schadet das der Beziehung zwischen Pflegenden und Betroffenen. Daher sollte eine offene und konsequente Kommunikation angestrebt werden (Langford et al., 2019). Horner et al. (2019) beschreiben auch die Wichtigkeit, dass alle Akteure des interprofessionellen Teams über die Grenzen bei Patientinnen und Patienten informiert sind. Langford et al. (2019) zeigen auf, dass eine interprofessionelle Schulungssequenz die interprofessionelle Kompetenz erhöht. Treffen im interprofessionellen Team sind bei der Behandlung von Betroffenen mit OUD und Schmerzen wichtig, denn so können Pflegende von anderen Professionen und deren Erfahrungen lernen (Horner et al., 2019; Langford et al., 2019). Arbeiten im interprofessionellen Team führt dazu, dass Pflegende das Gefühl haben, Entscheidungen nicht alleine treffen zu müssen, dies erleichtert auch den Umgang mit herausfordernden Situationen (Bohm et al., 2019). Durch einen interprofessionellen Teamansatz zur Entwicklung effektiver Versorgungspläne und der Klärung der Verantwortlichkeiten innerhalb der Aufgabenbereiche kann eine kooperative, patienten- und familienzentrierte Versorgung gewährleistet werden (Langford et al., 2019). Ebenso braucht es bei der Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für die klinische Praxis einen interprofessionellen Ansatz, um die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen zu verbessern (Van Cleave et al., 2021).

In Bezug auf die Beziehung zwischen dem ärztlichen Dienst und der Pflege zeigen die Ergebnisse der Studie von Morley et al. (2015), dass dabei oft eine Diskrepanz in den Ansichten besteht. Eine mögliche Lösung dafür bietet St. Marie (2016). Sie zeigt auf, dass APRNs in der Lage sind, sowohl Betroffene als auch andere Gesundheitsfachpersonen über den Umgang mit Schmerzen zu informieren. Gleichzeitig minimieren sie das Risiko für Schäden an Patientinnen und Patienten,

zum Beispiel durch einen multidimensionalen Ansatz in der Schmerztherapie. Es besteht jedoch ein Mangel an Spezialistinnen und Spezialisten in diesem Bereich. Das Einbeziehen von Betroffenen und aller behandelnden Ärztinnen und Ärzte in die Entwicklung von Behandlungsplänen über die ganze Zeitspanne der Behandlung fördert eine sichere und wirksame Schmerzlinderung sowie die Kontinuität (Huxtable et al., 2011).

Laut dem SBK (2020) erfolgt professionelle Pflege in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Pflegende können dabei eine Leitungsfunktion einnehmen oder unter Leitung von anderen arbeiten. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass ein interprofessioneller Ansatz das Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit einer Opioidabhängigkeit verbessern kann. Pflegefachpersonen spielen dabei aufgrund ihres unmittelbaren Kontakts zu Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle (Thomm, 2016).

5.2 Bezug zum Modell "Erwartungen an Pflegefachpersonen im Umgang mit Personen mit OUD und Schmerzen"

Das erarbeitete Modell zeigt auf, dass es verschiedene Erwartungen an Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit OUD gibt. Wie bereits erwähnt, wird eine soziale Rolle durch verschiedene Erwartungen, welche an eine Person gestellt werden, bestimmt (Dahrendorf, 2006). Die folgende Gegenüberstellung der ermittelten Erwartungen ist ein Versuch aufzuzeigen, dass die Erwartungen in gewisser Weise miteinander interagieren und nur gemeinsam zum bestmöglichen Ziel führen.

Aus den Ergebnissen wird deutlich, dass eine wertfreie Haltung der Pflegenden dem Patienten gegenüber ermöglicht, dass eine Beziehung entstehen kann. Diese Beziehung ist elementar, um die Schmerzerfassung und in einem weiteren Schritt die Schmerzbehandlung vornehmen zu können. Münzel und Klos (2012) beschreiben, dass Menschen mit einer Abhängigkeit in ihrem Leben in der Regel oft problematische Beziehungserfahrungen gemacht haben. Da die Beziehungsgestaltung von Misstrauen, Abwertung oder auch Inkonsistenz geprägt sein kann, braucht es eine hohe Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit der Pflegefachpersonen. Die Ergebnisse dieser Arbeit deuten darauf hin, dass das interprofessionelle Team da hilfreich sein kann, um die Situationen aus Sicht verschiedener Professionen zu analysieren und mögliche Strategien für den

Beziehungsaufbau auszuarbeiten. Je nach Situation haben andere Professionen einen guten Bezug zur Patientin oder zum Patienten. Durch den Austausch und der Klärung der Verantwortlichkeiten innerhalb der Aufgabenbereiche des interprofessionellen Teams wird die Eingrenzung der eigenen Rolle möglich. Somit kann eine kooperative, patientenzentrierte Versorgung entstehen. Die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team kann auch Auswirkungen auf die persönliche Einstellung und Haltung haben. Durch den Austausch kommt es zu einem Wissenszuwachs, was wiederum Stigmata reduzieren kann. Die Ausbildung macht es den Pflegefachpersonen erst möglich, Schmerzen im Praxisalltag mit Instrumenten einzuschätzen und Vorschläge zur Schmerzbehandlung zu machen. Zusätzlich können, wie bereits angedeutet, durch die Bildung stigmatisierende Haltungen reduziert werden und so die Haltung von Pflegefachpersonen positiv beeinflusst werden. Die Ausbildung wiederum wird von der Grundhaltung der Pflegenden beeinflusst. Es lässt sich ableiten, dass die Pflegefachpersonen Offenheit dafür zeigen müssen, Neues zu lernen, Stigmata abzulegen und ihre Kommunikationskompetenzen laufend zu erweitern. Der Einbezug der interprofessionellen Zusammenarbeit in die Ausbildung kann es Pflegefachpersonen ermöglichen, sich auch später im Praxisalltag gewinnbringend ins interprofessionelle Team einzubringen.

Es ist anzumerken, dass möglicherweise nicht alle Erwartungen, die an die Rolle der Pflegefachpersonen im Umgang mit OUD und Schmerzen gestellt werden, innerhalb dieser Arbeit ermittelt werden konnten. Deshalb erhebt dieses Modell keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch ist anzumerken, dass eine wertfreie Haltung der Pflegenden nicht messbar ist. Es muss davon ausgegangen werden, dass Pflegenden ihre Werte authentisch kommunizieren und den Patientinnen und Patienten gegenüber neutral auftreten können.

5.3 Limitationen

Durch die Einschränkung von Umfang und Zeit dieser Arbeit wurden möglicherweise nicht alle relevanten Ergebnisse miteinbezogen. Zudem wurde keine der inkludierten Studien in der Schweiz durchgeführt, was die Übertragbarkeit auf das lokale Setting erschwert. Andere Länder haben einen anderen Zugang zu den Themen Abhängigkeit und Schmerz. Faktoren, wie die Unterschiede in der Ausbildung, der

gesundheitspolitischen Lage und der Kultur spielen hierbei eine Rolle. Somit ist auch die Vergleichbarkeit der Studien untereinander bedingt möglich. Aufgrund dessen, dass in der Fragestellung das Setting nicht eingeschränkt wurde, sind die Ergebnisse nur bedingt auf spezifische Fachbereiche übertragbar. Zudem wird die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit durch das Fehlen einer einheitlichen Definition von OUD und SUD eingeschränkt. Zudem lassen sich teilweise Wörter, wie zum Beispiel "drug", nicht treffend ins Deutsche übersetzen.

6 Theorie – Praxis – Transfer

Rycroft-Malone et al. (2004) beschreiben in ihrem Modell zur Evidence-Based Practice, dass es vier Arten der Evidenz braucht, um eine personenzentrierte Pflege zu gewährleisten. Eine genauere Beschreibung des Modells ist in Kapitel 2.2 zu finden. Evidenzbasierte Pflege führt zu einer professionelleren Betreuung von Betroffenen und ermöglicht einen übergeordneten Zugang zu Problemstellungen. Im Folgenden werden die vier Quellen der Evidenz mit den inkludierten Studien und zusätzlicher Literatur genauer beschrieben und einzelne Implikationen für die Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten mit OUD hergeleitet.

Forschung

Es zeigte sich eine Zunahme der Literatur in den letzten zehn Jahren zum Thema Schmerz und Opioidmissbrauch (Van Cleave et al., 2021). Dabei zeigt sich, dass Pflegefachpersonen ausreichend in der Rolle als Autorinnen und Autoren in der Literatur zur Behandlung von Schmerzen bei Patientinnen und Patienten mit einer Opioidabhängigkeit vertreten sind.

Die Ergebnisse aller eingeschlossenen Studien zeigen, dass Pflegende eine wichtige Funktion im Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit einer Opioidabhängigkeit einnehmen. Dabei wurden unterschiedliche beeinflussende Faktoren, welche förderlich für ein gutes Schmerzmanagement sind, angesprochen. Dazu gehören die positive Beziehungsgestaltung zwischen Betroffenen und Pflege (Bohm et al., 2019; St. Marie, 2016), die wertfreie Haltung der Pflegefachpersonen (Bell & McCurry, 2020; D'Arcy, 2010; Horner et al., 2019; Morgan, 2006; St. Marie, 2016), das Know-How zu OUD und Schmerzmanagement (Bell & McCurry, 2020; Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015), die interprofessionelle Zusammenarbeit (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Langford et al., 2019) und das Aufnehmen dieser Themen in den Lehrplan für Pflegende (Bell & McCurry, 2020; Lewis & Jarvis, 2019). Pflegende standen dabei in allen inkludierten Studien im Mittelpunkt und galten als nächste Kontaktperson zu den Patientinnen und Patienten.

Klinische Erfahrung

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Pflegende im Praxisalltag als Studierende und diplomierte Pflegefachperson oft unsicher fühlen und teilweise eine

voreingenommene Haltung gegenüber Betroffenen zeigen (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Lewis & Jarvis, 2019). Dies beeinflusst das Schmerzmanagement negativ (St. Marie, 2016) und hat zur Folge, dass der Beziehungs- und Vertrauensaufbau zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten erschwert ist (D'Arcy, 2010; Morgan, 2006). Eine vertrauensvolle Beziehung wäre jedoch wichtig, da Betroffene meist zuvor schon negative Erfahrungen mit Gesundheitsdienstleistenden gemacht haben (St. Marie, 2016). Die Erfahrung mit Patientinnen und Patienten mit OUD ist ein wichtiger Faktor dafür, dass Pflegefachpersonen sich im Umgang mit dieser Patientengruppe sicher fühlen (Krokmyrdal & Andenæs, 2015; Lewis & Jarvis, 2019; Morley et al., 2015). So zeigt auch die Studie von Krokmyrdal und Andenæs (2015), dass die Erfahrung am Arbeitsplatz den grössten Einfluss auf die selbst wahrgenommene Kompetenz von Pflegefachpersonen hat. Dieser Effekt schien jedoch nach fünf Jahren Berufserfahrung abzunehmen. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Qualität der Erfahrungen am Arbeitsplatz insbesondere in den ersten Jahren nach dem Studienabschluss das Kompetenzniveau bestimmt.

Erfahrung der Patientin oder des Patienten

Laut der amerikanischen Studie von Ellis et al. (2021) ist der häufigste Beweggrund für den Opioidkonsum bei Personen mit chronischen Schmerzen die Selbstbehandlung körperlicher Schmerzen. Morgan (2006) versuchte die Sicht von Patientinnen und Patienten mit einer SUD im Spital zu beschreiben. Betroffene berichteten darüber, dass sie sich nicht respektiert fühlten. Sie hatten das Gefühl, von Pflegenden als drug-seeking abgestempelt zu werden. Das in der Studie entwickelte Modell zeigte auf, dass es Patientinnen und Patienten einfacher fiel, Strategien zur Schmerzlinderung zu erarbeiten und sie sich wohler fühlten, wenn sie sich respektiert fühlten. Ludwig (2005) betont, dass Patientinnen und Patienten mit einer Abhängigkeit Expertinnen und Experten ihrer Erkrankungen sind und bereits viel Wissen im Umgang mit ihren Erkrankungen und den bereits erhaltenen medikamentösen Therapien gesammelt haben. Man sollte diesem Wissen Beachtung schenken, um ein effektives Schmerzmanagement gewährleisten zu können.

Lokaler Kontext

Laut Thomm (2016) gehört das Erkennen, Erfassen und Dokumentieren von Schmerzen in den Tätigkeitsbereich der Pflegefachpersonen. Diese nutzen dabei Assessmentinstrumente, um die Schmerzintensität einschätzen zu können. Das Verschreiben von Medikamenten gehört in den Tätigkeitsbereich des ärztlichen Dienstes (Ludwig, 2005). Im klinischen Alltag besteht oft eine Diskrepanz zwischen Pflege und dem ärztlichen Dienst, der Austausch ist erschwert (Morley et al., 2015). Der Grund dafür besteht darin, dass Ärztinnen und Ärzte oft den Fokus darauf legen, die Abhängigkeit zu therapieren, statt die Schmerzen zu behandeln. Pflegende gaben dabei oft ein Gefühl von Ohnmacht an, da sie nicht in der Lage sind, Rezepte auszustellen und sie die vorhandenen Verordnungen oftmals als unzureichend empfinden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wäre jedoch gerade bei Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen wichtig, um ein effektives Schmerzmanagement gewährleisten zu können (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Langford et al., 2019). Weiter wird in den Ergebnissen deutlich, dass oft ein Wissensmangel über OUD und die Behandlung von Schmerzen besteht. Laut Horner et al. (2019) sollte die Wissensvermittlung in Form von Schulungen und Referaten von Betroffenen stattfinden. Zusätzlich sollte die Auseinandersetzung mit den Vorurteilen von Pflegenden gegenüber Patientinnen und Patienten mit OUD in die Pflegeausbildung aufgenommen werden, um ein besseres Resultat für die Betroffenen zu erzielen (Lewis & Jarvis, 2019). Auch interprofessionelle Sitzungen oder Fallbesprechungen sind laut Langford et al. (2019) eine Methode, um einen Wissenszuwachs zu generieren.

7 Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pflegende im Pflegealltag automatisch die Rolle der betreuenden Instanz von Betroffenen einer OUD und Schmerzen einnehmen. Inwiefern sie dieser Rolle gerecht werden, ist abhängig davon, wie gut sie die an sie gestellten Erwartungen erfüllen können. Das entwickelte Modell "Erwartungen an Pflegefachpersonen im Umgang mit Personen mit OUD und Schmerzen" zeigt mögliche Erwartungen an Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit OUD auf. Wenn die Pflegenden diesen Erwartungen gerecht werden, wird ein wirksames Management der Schmerzen ermöglicht.

Thomm (2016) sagt, dass Pflegende im unmittelbaren Kontakt mit Betroffenen stehen und ihre nächste Ansprechperson sind. In dieser Arbeit wird deutlich, dass für eine suffiziente Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflege und Betroffenen nötig ist. Bohm et al. (2019) erwähnen, dass wenn Pflegende den Betroffenen vertrauen dies eine qualitativ gute Pflege möglich ist. Zusätzlich erläutert St. Marie (2015), dass Betroffene eine bessere Adhärenz gegenüber der Behandlung zeigen, wenn sie der Gesundheitsversorgung vertrauen. Die Erwartung an die Pflegefachpersonen ist daher, dass sie sich dafür einsetzen, vertrauensvolle Beziehungen entstehen zu lassen und evaluieren, welche Bezugspersonen die betroffene Person braucht. Die Ergebnisse zeigen auf, dass Pflegefachpersonen zwar meist Erfahrung mit Patientinnen und Patienten mit Schmerzen und OUD mitbringen, jedoch das Wissen zum Thema OUD und dem Umgang mit Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen fehlt (Bell & McCurry, 2020; Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Krokmyrdal & Andenæs, 2015). Wissen kann zum Beispiel durch Ausbildung und Kurse (Bell & McCurry, 2020), wie auch durch interprofessionelle Sitzungen generiert werden (Langford et al., 2019). Das entwickelte Modell zeigt auf, dass eine der Erwartungen an die Pflegefachpersonen ist, dass sie sich in der Ausbildung und im Praxisalltag Wissen aneignen (Bell & McCurry, 2020; Lewis & Jarvis, 2019). Pflegende sollten unter anderem Wissen bezüglich Diagnosekriterien von OUD, Ursachen und Verlauf, sowie zum professionellen pflegerischen Beziehungsaufbau, der Pflegeplanung und möglichen Kriseninterventionen erwerben (Münzel & Klos, 2012). Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass Wissen, Stigmata reduziert und so ein professioneller Beziehungsaufbau ermöglicht wird (Horner et al., 2019). Gemäss St.

Marie (2016) machen Patientinnen und Patienten nämlich in Gesundheitsinstitutionen oft negative Erfahrungen. So fühlen sie sich beispielsweise unfair und stigmatisiert behandelt. Das Vertrauen in die Pflegefachpersonen fehlt. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Pflegende sich unsicher fühlen und sich nicht trauen, die Abhängigkeit mit Betroffenen zu thematisieren. Morgan (2006) zeigt auf, dass sich Betroffene oft auf die Abhängigkeit reduziert fühlen. Es lässt sich also eine weitere Erwartung an Pflegefachpersonen ableiten. Pflegende sollen den Patientinnen und Patienten gegenüber wertfrei auftreten, ihre Bedürfnisse ernst nehmen und versuchen, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu ergründen. Auch sollen sie die Abhängigkeit offen ansprechen (Arnstein, 2010), um auf die ganzheitlichen Bedürfnisse von Betroffenen eingehen zu können (Lewis & Jarvis, 2019). Ein interprofessioneller Ansatz im Umgang mit Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen hat sich ebenfalls als wichtig erwiesen (Bohm et al., 2019; Horner et al., 2019; Langford et al., 2019). Als zusätzliche Erwartung wird beschrieben, dass Pflegende das interprofessionelle Team nutzen sollen. So kann ein Wissensaustausch stattfinden und die eigene Rolle eingegrenzt werden (Langford et al., 2019). Aus den Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass durch den Austausch und die Diskussion über unterschiedliche Standpunkte zur Patientensituation, eine multidimensionale (Schmerz-) Behandlung möglich wird.

Es besteht weiterer Forschungsbedarf, um die Sicht von Betroffenen genauer zu untersuchen. Dies hätte den Nutzen, dass die Erwartungen der Betroffenen an das Pflegepersonal transparent gemacht werden können. Weitere Forschung sollte sich zusätzlich auf die physiologische Toleranzbildung und der dazugehörigen pflegerischen Schmerzbehandlung fokussieren. Damit könnte eine Abgrenzung von Toleranz zur psychischen Abhängigkeit gemacht werden und aufgezeigt werden, ob eine unterschiedliche Herangehensweise im Schmerzmanagement notwendig ist. Da ein Mangel an Literatur zum Thema OUD und Schmerzen in spezifischen Settings besteht, ist auch diesbezüglich mehr Forschung notwendig, um settingsspezifische Empfehlungen für das pflegerische Schmerzmanagement machen zu können. Randomisierte, kontrollierte Studien zur Testung konkreter Interventionen zur Schmerzbehandlung bei Patientinnen und Patienten mit OUD in der Schweiz wären sinnvoll, um einen Bezug zur lokalen Gesundheitsversorgung herzustellen. Um die

Wichtigkeit des Themas OUD im lokalen Kontext besser aufzeigen zu können, müssten aktuelle Zahlen zur Prävalenz von OUD in der Schweiz erhoben werden. Zusätzlich ist es empfehlenswert, dass in dieser Bachelor-Thesis entwickelte Modell zu erproben und bei Bedarf durch weitere Erwartungen zu ergänzen. Folglich besteht das Potential, daraus die Rolle von Pflegefachpersonen im Schmerzmanagement bei Patientinnen und Patienten mit OUD und Schmerzen genauer eingrenzen zu können.

Literaturverzeichnis

- Arnstein, P. (2010). Is my patient drug-seeking or in need of pain relief? *Nursing*, 40(5), 60–61. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000371136.70791.13>
- Bell, C. A. F., & McCurry, M. (2020). Opioid use disorder education for acute care nurses: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3122–3135. <https://doi.org/10.1111/jocn.15372>
- Blumenberg, P., Krebs, M., & Stehling, H. (2020). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege*. Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
- Bohm, K., Lund, R., Nordlander, J., & Vicente, V. (2019). Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden. *International Emergency Nursing*, 46, 100779. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.002>
- Bönisch, H., Graefe, K.-H., & Lutz, W. (Hrsg.). (2016). *Duale Reihe Pharmakologie und Toxikologie* (2. vollständig überarb. Aufl.). Thieme.
- Bornemann-Cimenti, H., & Lang-Ilievich, K. (Hrsg.). (2019). *Schmerz: Ein facettenreiches Phänomen*. Maudrich.
- Brunkert, T., & Zúñiga, F. (2018). *Faktenblatt zu Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Schmerz: Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung*. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen im Alter. <https://www.curaviva.ch/Fachwissen/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/PR0oS/?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2021). *Faktenblatt Entwicklung der Verschreibung von Schmerz- und Schlafmedikamenten in der Schweiz*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/medikamentenmissbrauch/opioidhaltige-schmerzmittel.html>
- Bundesamtes für Gesundheit BAG. (2013). *Substitutionsgestützte Behandlungen bei Opioidabhängigkeit*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/suchtberatung-therapie/substitutionsgestuetzte-behandlung.html>
- Critical Appraisal Skills Programm CASP. (2018). *CASP Checklist*. <https://www.casp-uk.net>
- Dahrendorf, R. (2006). *Homo sociologicus: Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle* (16. Aufl.). VS Verl. für

Sozialwissenschaften.

- D'Arcy, Y. (2010). How to manage pain in addicted patients. *Nursing*, 40(8), 60–64.
<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000383898.65472.8f>
- 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>
- Ecoplan. (2019). *Auslegeordnung zum problematischen Gebrauch psychoaktiver Medikamente*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-sucht/forschungsberichte-medikamente.html>
- Ellis, M. S., Kasper, Z., & Cicero, T. (2021). Assessment of Chronic Pain Management in the Treatment of Opioid Use Disorder: Gaps in Care and Implications for Treatment Outcomes. *The Journal of Pain*, 22(4), 432–439. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2020.10.005>
- Flick, U. (2017). Gütekriterien qualitativer Forschung in der Psychologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 1–17). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5_30-1
- Foley, K. M. (1993). *Opioids*. *Neurologic Clinics*.
[https://www.neurologic.theclinics.com/article/S0733-8619\(18\)30135-X/fulltext](https://www.neurologic.theclinics.com/article/S0733-8619(18)30135-X/fulltext)
- Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses' care of patients who use illicit drugs. *Contemporary Nurse*, 37(2), 241–252. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.37.2.241>
- Horner, G., Daddona, J., Burke, D. J., Cullinane, J., Skeer, M., & Wurcel, A. G. (2019). “You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PLOS ONE*, 14(10), e0224335.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
- Huxtable, C. A., Roberts, L. J., Somogyi, A. A., & Macintyre, P. E. (2011). Acute Pain Management in Opioid-Tolerant Patients: A Growing Challenge. *Anaesthesia and Intensive Care*, 39(5), 804–823.
<https://doi.org/10.1177/0310057X1103900505>
- International Association for the Study of Pain ISAP. (1994). *IASP Terminology*.
<https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

- Krokmyrdal, K. A., & Andenæs, R. (2015). Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study. *Nurse Education Today*, 35(6), 789–794. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.022>
- Kröner-Herwig, B., Frettlöh, J., Klinger, R., & Nilges, P. (Hrsg.). (2017). *Schmerzpsychotherapie*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-50512-0>
- Langford, D. J., Gordon, D. B., Loeseer, J. D., Tauben, D. J., & Doorenbos, A. Z. (2019). Evaluation of an interprofessional active learning session on acute pain and opioid use disorder using the interprofessional collaborative competency attainment scale. *Journal of Interprofessional Care*, 34(2), 193–201. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1629398>
- Lewis, L. F., & Jarvis, L. (2019). Undergraduate nursing students' experiences and attitudes towards working with patients with opioid use disorder in the clinical setting: A qualitative content analysis. *Nurse Education Today*, 73, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.001>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Directions for Program Evaluation*, 1986(30), 73–84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Ludwig, A. (2005). *Herausforderungen komplexer Medikamenten- regime bei chronischen Erkrankungen*. 68. <https://uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ipw/downloads/ipw-130.pdf>
- Morgan, B. D. (2006). Knowing How to Play the Game: Hospitalized Substance Abusers' Strategies for Obtaining Pain Relief. *Pain Management Nursing*, 7(1), 31–41. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2005.12.003>
- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165–175. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
- Morley, G., Briggs, E., & Chumbley, G. (2015). Nurses' Experiences of Patients with Substance-Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study. *Pain Management Nursing*, 16(5), 701–711. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
- Münzel, B., & Klos, H. (2012). Pflege von Menschen mit Suchterkrankungen. *Psych. Pflege Heute*, 18(04), 218–221. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1321930>

- Oliver, J., Coggins, C., Compton, P., Hagan, S., Matteliano, D., Stanton, M., St. Marie, B., Strobbe, S., & Turner, H. N. (2012). American Society for Pain Management Nursing Position Statement: Pain Management in Patients with Substance Use Disorders. *Pain Management Nursing*, 13(3), 169–183. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.07.001>
- Orthmayr, M. (2018). *Opium, Opiate, Opiode und Abhängigkeit*. (Dissertation, Medizinischen Universität Graz). https://devline.medunigraz.at/mug_dev/wbAbs.showThesis?pThesisNr=54127&pOrgNr=1
- Ris, I., & Preusse- Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rycroft-Malone, J., Titchen, A., Harvey, G., & Seers, K. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Scherbaum, N., & Bonnet, U. (2018). Neurobiologie der Opioidabhängigkeit. *Der Schmerz*, 32(6), 483–494. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0304-8>
- Schnoll, S. H., & Weaver, M. F. (2003). Addiction and Pain. *The American Journal on Addictions*, 12, 27-35. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2003.tb00554.x>
- Schulz, R. (1978). Körper eigene Opiate—Endorphine. *Deutsches Ärzteblatt*, 40, 2255-2260. <https://www.aerzteblatt.de/app/print.asp?id=148956>
- Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. (2020). *Professionelle Pflege Schweiz*. <https://www.sbk.ch/online-shop/sbk-publicationen>
- Schweizerischen Roten Kreuzes. (2016). *Wer ist berechtigt, welchen Titel zu tragen?* CURAVIVA Schweiz. <https://www.curaviva.ch/Fachwissen/Bildung/Pzf5N/?lang=de>
- St. Marie, B. (2015). Primary care experiences of people who live with chronic pain and receive opioids to manage pain: A qualitative methodology. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(8), 429–435. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12342>
- St. Marie, B. (2016). The Experiences of Advanced Practice Nurses Caring for Patients with Substance Use Disorder and Chronic Pain. *Pain Management Nursing*, 17(5), 311–321. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.06.001>

- Stoever, H., & Vogt, I. (2013). *Sucht / Abhängigkeit*.
https://www.researchgate.net/publication/295967792_Sucht_Abhangigkeit
- Thomm, M. (Hrsg.). (2016). *Schmerzmanagement in der Pflege*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-45414-5>
- Van Cleave, J. H., Booker, S. Q., Powell-Roach, K., Liang, E., & Kawi, J. (2021). A Scoping Review of Nursing's Contribution to the Management of Patients with Pain and Opioid Misuse. *Pain management nursing : official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 22(1), 58–68.
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2020.11.007>
- von Wachter, M. (2012). *Chronische Schmerzen*. Springer Berlin Heidelberg.
<https://doi.org/10.1007/978-3-642-19613-3>
- World Health Organization WHO. (2018). International statistical classification of diseases and related health problems (10. Aufl.). <https://icd.who.int/>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Vier Quellen der Evidenz für eine patientenorientierte, evidenzbasierte Praxis (Rycroft-Malone et al., 2004)</i>	8
Abbildung 2 <i>Selektionsprozess der eingeschlossenen Studien</i>	12
Abbildung 3 <i>Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009)</i>	13
Abbildung 4 <i>Erwartungen an Pflegefachpersonen im Umgang mit Personen mit OUD und Schmerzen</i>	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Keywords</i>	9
Tabelle 2 <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	11
Tabelle 3 <i>Übersicht Studien</i>	15

Abkürzungsverzeichnis

AICA	Arbeitsinstruments critical appraisal
APRN	Advanced practice registered nurse
APN	Advance practice nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CASP	Critical Appraisal Skills Progammm
ICD	International classification of disease
ISAP	International Association for the Study of Pain
OUD	Opioid use disorder
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SUD	Substance use disorder
WHO	World Health Organisation

Wortzahl

Abstract: 197

Arbeit: 10044

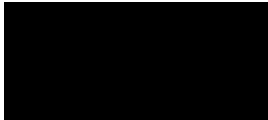
Danksagung

Wir bedanken uns bei Frau A. Karabegovic für die kompetente Unterstützung und Beratung bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit. Ebenfalls bedanken wir uns bei Frau [REDACTED] und Herr [REDACTED] für das Gegenlesen der Arbeit und die hilfreichen Inputs. Abschliessend bedanken wir uns auch bei unseren Familien und Freunden für die motivierende mentale Unterstützung.

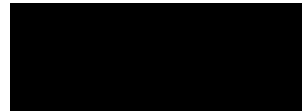
Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, 29.04.2022



Ursula Bachmann



Shannon Marty

Anhang A: Suchstrings

Datenbank	Suchsting	Hits	Treffer in Titel	Abstract Scanning	Fulltext Scan	eingeschlossene Studien
Cinhal 22.01.22	(pain management or pain) AND (opioid use disorder or opioid addiction or substance use disorder) AND (nurse or nurses role or nursing)	237	7	5	4	(Krokmydral & Andenaes, 2015) (Morley, 2015)
PsychINFO 22.01.22	nurs* and opioid addiction or substance use disorder or opioid use disorder and pain or pain management	1917	15	13	2	(Krokmydral & Andenaes, 2015)
Medline 25.02.2022	((pain management and (addiction medicine or opioid related disorders or analgesics, opioid) and (nurs* or nurse's role)) not (dementia or cancer or palliative care)) Limits: englisch/deutsch, ab 2000	784	62	8	5	(Longford et al. 2019) (Krokmydral & Andenaes, 2015) (Morley, 2015)
Handsuche		4	4	4	4	(Levis & Jarvis, 2019) (Bell & McCurry, 2020) (Horner et al., 2019) (Bohm et. al., 2019)

Anhang B: AICAs

Zusammenfassung der Studie: Opioid use disorder education for acute care nurses: An integrative review (Bell & McCurry, 2020)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Die Opioidkonsumstörung (OUD) ist eine wachsende globale Herausforderung für das Gesundheitswesen. Patienten mit OUD sind immer wieder im stationären Setting anzutreffen. Studien belegen, dass Pflegekräfte aufgrund mangelnder Ausbildung nicht auf die Pflege von Patienten mit OUD vorbereitet sind. Das mangelnde Wissen des Pflegepersonals, führt zu unnötigem Leiden und potenziell schlechten Ergebnissen für die Patienten.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Das globale Bildungsangebot für Pflegefachpersonen im Akutbereich, die Patienten mit OUD betreuen, soll erkundet werden. Dann werden Ergebnisse oder Methoden zur Bewertung ihrer Wirksamkeit zu ermitteln.</p>	<p>Design: integratives Review</p> <p>Stichprobe: Studien zum Thema OUD und die Ausbildung von Pflegenden im Akutbereich</p> <p>Datenerhebung: Es wurde die integrative Überprüfung verwendet, um frühere empirische und theoretische Literatur zusammenzufassen. Es wurden qualitative als auch quantitative Studien bewerten. Es wurde entlang den Phasen: Prozessidentifizierung, Literatursuche, Datenauswertung, Datenanalyse und Präsentation vorgegangen. Verwendung der Datenbanken CINAHL, ERIC, PsycINFO und MEDLINE. Einschlusskriterien: englischsprachige Artikel, Jahre 1995 bis 2019, entlang Guidelines for Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). 365 Hits, neun full-text die alle Kriterien erfüllten. Bewertung anhand neun kritische Komponenten wie bspw. Einleitung, Ziele und Implikation. Vergabe Noten von 1 (sehr schlecht) - 4 (gut) bewertet. Die Studien zeigten Qualitätscores von 2.6 bis 4.0.</p> <p>Aus der Auswertung der Literatur ergaben sich drei Hauptthemen: (a) OUD-Aufklärung wird häufig mit Alkoholaufklärung verknüpft (b) Pflegefachpersonen haben Schwierigkeiten, ihre Rolle bei den Patienten mit OUD zu definieren und (c)</p>	<p>Studiendesigns:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwei Qualitätsverbesserung Projekte - vier quasiexperimentelle Studien ohne Kontrollgruppen, eine Pilotstudie - zwei randomisierte Kontrollgruppenstudien <p>Messinstrumente der Studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sieben Prä-Test-Post-Test Design zur Bewertung von Wissen/Kompetenz - ein Chart-Audit, Dokumentation des Screenings auf Alkohol und andere Substanzen vor und nach einer Änderung der Praxisrichtlinien, die ein Aufklärungsprogramm beinhaltet - eine Messung der Ergebnisse nach einem Simulationsprogramm <p>Studienumgebungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwei kommunale/ ländliche Einrichtungen - sechs medizinische Zentren in einer Grossstadt - ein Weiterbildungskurs online <p>Veröffentlichungsdatum: 1997-2018</p> <p>Herkunft der Studien: USA (n = 7), Australien (n = 2)</p> <p>Intervention: 8 von 9 Studien berichteten über ein verbessertes OUD-Wissen nach der jeweiligen Intervention. Zu den Bildungsprogrammen gehörten interaktive Workshops und Fallstudien, Online-Module, Live-Sitzungen im Klassenzimmer, Simulationssitzungen und Echtzeit-Coaching, Szenario versus Szenario mit Simulation und Nachbesprechung und ein Online Weiterbildungsangebot.</p> <p>Resultate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegenden weltweit nicht darauf vorbereitet Patienten mit OUD zu behandeln - Fehlen eines Modelles zur Behandlung stationären OD Patienten 	<p>Seit mehr als drei Jahrzehnten wird das Thema OUD in der Literatur diskutiert. Einen internationalen Ansatz gibt es jedoch nicht, um die vielzähligen Pflegenden an vorderster Front mit Wissen auszustatten, um eine angemessene Betreuung für Betroffene zu gewährleisten. Jüngste Veränderungen in der Ätiologie, der Behandlung und dem Verständnis von OUD tragen zum mangelnden Verständnis und zur Rollenverwirrung bei. So kommt es zur nicht ausreichender Behandlung und zu schlechten Behandlungsergebnissen bei stationär behandelten Patienten mit OUD. Aktuelles Wissen und Fertigkeiten, einschließlich Beurteilungs- und Bewertungsstrategien und therapeutischer Maßnahmen sind nötig. Auch braucht es validierte und zuverlässige Instrumente, um das Wissen zu messen. Durch die Förderung der Aufklärung und den Abbau negativer Haltungen gegenüber Patienten, die an OUD leiden, sollen diese</p>

<p>Folgende Fragestellungen wurden aufgestellt:</p> <p>1. Welche Art von Ausbildung erhalten Pflegekräfte in der Akutversorgung in Bezug auf OUD?</p> <p>2. Welche Methoden werden zur Messung der Wirksamkeit von OUD-Bildungsmaßnahmen verwendet?</p>	<p>Online-Schulungen sind eine praktikable Option</p> <p>Messinstrumente: Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA</p> <p>Datenanalyse: Die Studien wurden bezüglich den Designs, demographische Daten der Teilnehmer usw. verglichen. Diese sind in der Sparte Ergebnisse ersichtlich</p> <p>Ethik: es wird kein Komitee genannt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - An kanadischen Unis erhalten Pflegefachpersonen schätzungsweise 31 Stunden Unterricht zum Thema Schmerz, in britischen Programmen sind es durchschnittlich 10,2 Stunden - Studierende sollen in der klinischen Praxis von erfahrenen Pflegekräfte lernen, diese äussern selbst Mangel an Fähigkeiten und Kenntnisse bezüglich der Behandlung von Substanzkonsumstörungen - Unklarheit der Pflegenden ihrer Rolle gegenüber - Die meisten Studien massen Kenntnisse/Kompetenz anhand Selbsteinschätzung, dies jedoch ungenau und nicht objektiv - Simulation und Bewertung von Verhalten als bester Bezug zur echten Kompetenz. <p>Rolle der Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pflegende in Akutversorgung äussern fehlendes Wissen/Kompetenz in der Betreuung von OUD-Patienten - Pflegende sehen gewisse Teile der OUD-Versorgung, wie z.B. die Überweisung an Behandlungen, nicht als Teil ihres beruflichen Handlungsspielraum. - Wissen zu OUD nimmt in Ausbildung zu, Selbstvertrauen im Umgang jedoch nicht - Pflegefachpersonen haben mehr Wissen zu Alkoholkonsum als zu OUD - Patienten mit OUD meist mit weiteren Problemen im Spital - Pflegende wünschen sich eine praxisnahe Ausbildung, um der Realität von OUD im Alltag näher zu kommen. - Bildung als Reduktion von Stigmatisierung 	<p>einen besseren Zugang zur Versorgung erhalten.</p> <p>Weitere Studien sind erforderlich, die das Wissen objektiv und im Längsschnitt messen, um die Nachhaltigkeit zu bewerten.</p>
---	--	---	--

Würdigung der Studie: Opioid use disorder education for acute care nurses: An integrative review (Bell & McCurry 2020)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Das Problem wird mit empirischer Literatur gestützt und verständlich geschildert. Es wird aufgezeigt welchen Beitrag das Paper zum für die globale Gesellschaft bringen soll.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Die Fragestellungen bauen sinnvoll auf der Problembeschreibung auf.</p> <p>Bezug zur Bachelorarbeit: Das Review geht zweimal vertieft auf die Rolle der Pflegenden ein und liefert damit klare Ergebnisse für die Fragestellung der BA.</p>	<p>Design: das Design ist passend gewählt</p> <p>Sample: Die Stichprobengröße innerhalb der Studien ist eher klein, dies wird in den Limitationen diskutiert. Die Anzahl inkludierten Studien scheint angemessen.</p> <p>Datenerhebung: Die Datenerhebung bzw. die Literaturrecherche ist genau und nachvollziehbar beschrieben. Es wird ein Flussdiagramm verwendet um den Forschungsprozess zu visualisieren.</p> <p>Messinstrumente: Die eingeschlossenen Studien wurden einzeln kritisch gewürdigt.</p> <p>Datenanalyse: Im Untertitel der Datenanalyse werden die verschiedenen Studiendesigns verglichen, es werden keine neuen Daten analysiert.</p> <p>Ethik: Es wird kein Komitee genannt. Es wird deklariert, dass kein Interessenkonflikt unter den Forschenden bestand. Ethische Themen werden nicht diskutiert.</p>	<p>Die wichtigsten Punkte der Ergebnisse der Studien werden aufgezeigt. Die Hauptresultate werden zusätzlich in der Tabelle dargestellt.</p> <p>Alle neun Studien werden in einer Tabelle übersichtlich zusammengefasst und bezüglich ihrer Datenqualität eingestuft. Die Datenqualität wird nur mit Hoch oder Tief angegeben - die genaue Messung der Qualität anhand der beschriebenen Benotung (1-4) wird nicht erwähnt.</p>	<p>Die Diskussion ist sehr ausführlich, fasst alle Resultate zusammen und macht einen Exkurs zur Rolle der Pflegenden. Auch werden Vorschläge für die weitere Forschung gemacht. Die Limitationen sind sehr ausführlich und hinterfragen das Geschriebene kritisch.</p> <p>Limitationen: Die Stichproben innerhalb der Studien waren klein n=21 bis n = 98. Dies führte zu einer Stichprobe von n= 618 RNs, welche im Vergleich mit rund 1.6 Millionen RNs welche in den USA in Akutspitälern mit medizinisch-chirurgischer Versorgung arbeiten, klein ausfällt. Bei mehreren der Studien handelte es sich um Zufallsstichproben, QI-Projekte, institutionelle Bildungsprogramme mit Kreditangeboten und Aufstiegsprogramme, die somit einer Verzerrung der Stichprobe unterlagen. Auch schränkt das Fehlen von Kontrollgruppen die Interpretation der Ergebnisse ein. Weitere Limitationen der Studien sind Verwendung von Instrumenten welche von den Forschern selbst entwickelt wurden, gemischte Stichprobengruppen und die Verwendung von für die Studie geänderten, gültigen und zuverlässigen Instrumenten.</p>

Gesamtschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels:

Critical Appraisal Skills Programme, CASP (2018):

- **Section A:** Vier von fünf der Kriterien können mit Ja beantwortet werden. Ob alle relevanten Studien eingeschlossen wurden kann nicht beantwortet werden. Es wurden passende Studien ausgewählt und die Fragestellung konnte damit beantwortet werden.
- **Section B:** Die Ergebnisse sind klar und deutlich aufgezeigt und die Studien werden im Fließtext miteinander verglichen.
- **Section C:** Drei von drei Fragen konnten mit Ja beantwortet werden. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist gewährleistet, es werden sehr genaue Aussagen gemacht und die Übertragung auf das internationale Setting angesprochen.

Die Studie befindet sich auf dem **vierten Level der 6S Pyramide** (DiCenso et al., 2009), da es sich um ein „Review“ handelt.

Zusammenfassung der Studie: Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden (Bohm et al. 2019)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Menschen mit Suchtproblemen suchen häufig eine Notfallversorgung auf, und Schmerzen sind dabei ein häufiges Symptom. Untersuchungen zeigen, dass das medizinische Personal Schmerzen oft ungenügend behandelt und mit Patienten mit Suchtproblemen anders umgeht.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Beschreibung der Erfahrungen von Notfallpfleger (PENs) bei der Schmerzlinderung von Patienten mit einer Abhängigkeitsproblematik.</p>	<p>Design: qualitativ, deskriptiver Ansatz mit induktiver Inhaltsanalyse</p> <p>Sample: n = 8</p> <p>Population: PENs - spezielle Ausbildung für Pflegefachpersonen im Rettungsdienst</p> <p>Setting: grössere Ambulanzwachen in Västernorrland, Schweden</p> <p>Einschlusskriterien: min. zwei Jahre in der Notfallpflege und Erfahrungen bei der Schmerzlinderung von Suchtpatienten.</p> <p>Datenerhebung: Halbstrukturierte Interviews, welche aufgenommen wurden. Die Fragen waren: "Können Sie mir eine Situation schildern, in der Sie mit der Schmerzlinderung bei einem Patienten mit Substanzmissbrauch konfrontiert waren? Nach der Hauptfrage wurden die Interviews in dieser Studie mit Folgefragen wie "Können Sie das näher ausführen?" und "Wie haben Sie sich gefühlt?" fortgesetzt. Dies sollte den PEN helfen, sich auf die Erfahrung und den Zweck der Studie zu konzentrieren. Abschließend wurden die Antworten zusammengefasst und die PENS gefragt, ob sie zusätzliche Informationen oder Kommentare beisteuern wollten</p> <p>Methodische Reflexion: Die Datensättigung wird diskutiert, der induktive Ansatz wird begründet, da damit eine Schlussfolgerung aus empirischen Daten generiert werden kann.</p> <p>Datenanalyse: Induktive Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman (2004), Codes und Themen wurden herausgearbeitet. Korrektur der Übersetzung von schwedisch auf englisch durch einen autorisierten Übersetzer. Die Interviews wurden von drei unabhängigen Forschern gelesen, und die Cluster vom gesamten Forschungsteam reflektiert.</p> <p>Ethik: Regionale Ethikkommission am Karolinska Institut, Stockholm (Nr. 2016/727-31/5).</p>	<p>Teilnehmende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 Männer wie auch Frauen zwischen 25-60 Jahre. <p>Hauptthemen : Ein Thema zwei Kategorien und vier Unterthemen wurden identifiziert</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Misstrauen</u> über das Schmerzwempfinden des Patienten zusammen mit <u>ethisch gute/vertretbare Behandlung</u> (Vertrauensbasis schaffen)um Schmerzen zu lindern ergab die Kategorie: → <u>Vertrauen in den Patienten</u> und diesem qualitative und ethisch gute Pflege zu gewährleisten - Die zweite Kategorie war: <u>Unsicherheit und Frustration</u> bei der Schmerzbehandlung und den Pflegezielen für den Patienten, Unterthemen dabei waren: <u>Ungewissheit</u> über richtig oder falsch bei der Entscheidung über die Behandlung und <u>Frustration</u> darüber, dass sie nicht die gleichen Behandlungsziele wie der Patient haben 	<p>PENs fühlten sich unsicher in der Schmerzbehandlung und was dabei richtig oder falsch ist. Eine andere Studie beschreibt, dass sich die illegalen Substanzen wie auch deren Stärke und Wirkungen sich immer wieder ändern. Dies schafft eine schwierige Situation für das Behandlungsteam. Auch andere Studien untermauern die Annahme, dass das Pflegepersonal zu wenig Fachwissen über Drogenkonsum und den Umgang damit hat. Pflegende vertrauen mehr auf ihre Erfahrung als auf evidenzbasiertes Wissen. Es wird mit Literatur begründet, dass Pflegende jeden Patienten nach seinen Bedürfnissen pflegen sollte, ohne eigene Interpretation. Pflegende sollten ihre eigenen Vorurteile kennen und sich mit diesen auseinandersetzen um eine bessere Behandlung zu gewährleisten.</p> <p>Genannter Widerspruch der Ergebnisse dieser Studie: Einerseits sind PENs zurückhaltend bei der Verabreichung von schmerzlindernden Medikamenten bei Patienten mit Substanzabhängigkeit (bei Verdacht auf eingenommene Substanzen). Andererseits waren die PENs der Meinung, dass alle gut behandelt werden sollen, unabhängig davon, ob ein Abhängigkeitsproblem vorlag oder nicht.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Schmerzbehandlung bei Menschen mit Suchtproblematiken ist eine komplexe Aufgabe welche hohe Kompetenz erfordert. Die Behandlungsrichtlinien sind unzureichend obwohl PENs häufig mit dieser Patientengruppe konfrontiert sind. Die Behandlung ist individuell und kann nicht auf alle Patienten verallgemeinert werden. Bessere Kenntnis wäre nötig aber auch Änderung der Einstellung zu Schmerzen und Abhängigkeit der PENs.</p>

Würdigung der Studie: Ambulance nurse's experience to relieve pain in patients with addiction problems in Sweden (Bohm et al. 2019)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Das Problem wird nicht sehr ausführlich, jedoch verständlich geschildert und mit Literatur gestützt.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel Das Ziel der Studie ist klar und wird mit Literatur begründet.</p> <p>Bezug zur Bachelorarbeit: Die Studie geht auf die Erfahrungen der Notfallpfleger ein. Dies könnte man insofern auf die Rolle beziehen, dass es wichtig ist durch Vertrauen, eine professionelle Beziehung aufzubauen und sich den eigenen Schwierigkeiten bewusst zu werden. Die Studie geht auf Patienten mit Abhängigkeitsproblematik ein und nicht direkt auf Opioidabhängigkeit.</p>	<p>Design: Das Design ist passend, es werden keine anderen Möglichkeiten diskutiert.</p> <p>Sample: Die Population ist klar definiert, es wird darauf eingegangen wie die Aufgaben der verschiedenen Professionen in Schweden aussehen. Auch wird das Setting klar beschrieben und es werden Einschlusskriterien genannt. Das Sample scheint eher klein, jedoch wird es mit einer Theorie begründet, dass die Informationssättigung wichtiger ist, als die tatsächliche Anzahl Teilnehmer.</p> <p>Datenerhebung: ist passend aufgrund des Design und wird klar beschrieben.</p> <p>Methodische Reflexion: es werden keine anderen Methoden in Betracht gezogen. Die Methoden werden im Diskussionsteil genauer beleuchtet und auch mit Quellen argumentiert.</p> <p>Datenanalyse: ist eher knapp beschrieben, es wurde mit Codierungen gearbeitet und die Interviews wurden von drei unabhängigen Forschern gelesen und im Team reflektiert. Es wird nicht beschrieben, ob die Teilnehmer diesen Clustern zugestimmt haben.</p> <p>Ethik: Bewilligt durch ein Ethikkomitee. Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmer wird beschrieben. Ethische Themen werden nicht diskutiert.</p>	<p>Der Hintergrund der Teilnehmenden wird nicht genauer beschrieben.</p> <p>Die Ergebnisse werden klar und in Themen präsentiert und mit Zitaten unterstützt sowie mittels einer Grafik visualisiert.</p>	<p>Die wichtigsten Ergebnisse werden diskutiert und mit anderen Studien verglichen. Auf die Limitationen wird wenig eingegangen.</p> <p>Limitationen: Kleine Stichprobe mit viel Fachwissen wird als Vorteil angesehen. Verteilung an verschiedenen Alter und Geschlecht sei ebenfalls ein Vorteil. Drei von vier Autoren arbeiten als PENs und haben daher möglicherweise eine eigene Meinung zur Thematik.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels:

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1986):

- **Bestätigung:** Die Autoren hatten bereits ein Vorwissen, dies wurde als Stärke angesehen da sie bereits Insiderwissen haben, jedoch kann dies auch eine Schwäche sein, da sie evtl. nicht objektiv gehandelt haben. Die Forscher geben Limitationen an und reflektieren ihren eigenen Prozess.
- **Zuverlässigkeit:** Die drei Forscher haben die Interviews unabhängig voneinander gelesen und die Cluster wurden im gesamten Forschungsteam reflektiert. Es ist ersichtlich wie die Forscher zu diesen Ergebnissen kamen.
- **Glaubwürdigkeit:** Die Codes wurden im Team besprochen, jedoch ist nicht klar ob die Teilnehmer diesen zugestimmt haben oder nicht.
- **Übertragbarkeit:** Kleine Stichprobengröße und keine genauen Angaben über die Teilnehmer, dies macht die Übertragbarkeit schwierig. Das Setting wie auch der Aufbau der verschiedenen Gesundheitsberufen ist detailliert angegeben.

Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide** (DiCenso et al., 2009), da es sich um eine „single Studie“ handelt.

Zusammenfassung der Studie: "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder (Homer et al. 2019)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: In Massachusetts sind schätzungsweise ca. 5% der Einwohner von OUD betroffen und generell nimmt dieser Anteil zu. Immer mehr kommen diese Klienten ins Spital. Stigmata, komplexe Medizinische Diagnosen und auch komplexe soziale Situationen führen dazu, dass das Spital schlecht auf diese Patientengruppe vorbereitet ist. OUD wird oft als Wahl und nicht als Krankheit angesehen. Pflegende arbeiten an vorderster Front mit Betroffenen.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Ziel dieser Studie war es, die Haltungen, Wahrnehmungen und den Schulungsbedarf von Pflegefachpersonen im stationären Bereich bei der Betreuung von Patienten mit OUD zu ermitteln.</p>	<p>Design: qualitativ, Grounded Theory</p> <p>Stichprobe: n = 22 Population: Pflegefachpersonen, wurden per E-Mail und Schneeballsystem rekrutiert. Setting: Medizinisches Zentrum in Boston, USA Ein- und Ausschlusskriterien: es werden keine beschrieben</p> <p>Datenerhebung: Einzelgespräche in Form von halbstrukturierten Interviews. Wenn möglich face to face, auch telefonisch möglich. Mündliche Zustimmung zur Befragung.</p> <p>Methodische Reflexion: Es wird nicht begründet warum diese Methode gewählt wurde.</p> <p>Datenanalyse: Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert, mittels der Grounded Theory nach Birks und Mills ausgewertet und in der letzten Phase wurde eine theoretische Kodierung angewendet. Aufgrund des letzten Schrittes wurde das SEM- Modell gewählt.</p> <p>Ethik: Das Institutional Review Board (IRB) der Tufts University für Sozial-, Verhaltens- und Bildungsforschung hat diese Studie genehmigt (#1707004 & #1707003).</p>	<p>Teilnehmende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 73% waren weiblich - durchschnittliche Anz. Jahre in dieser Institution 7.6 - durchschnittliche Anz. Jahre in der Pflege 10.5 <p>Hauptthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Stigma</u> als schlechter Einfluss auf Behandlung - mangelndes <u>Sicherheitsgefühl</u> besonders bei weiblichen Pflegenden - <u>Beurteilung und Behandlung von Schmerzen</u>->inneren Konflikt bezüglich der Schmerzbehandlung und der Befürchtung Verabreichung von Schmerzmitteln trägt zur Abhängigkeit bei - <u>Spannung:</u> Glaubwürdigkeit des Schmerz, echt oder Sucht. - <u>Kommunikation zwischen den Leistungserbringern</u> wird meist positiv erlebt, Fehlen von Kontinuität von guter Schmerzbehandlung über die Schichten hinweg (Bsp. Nachtdienst). Aufspalten der Patienten der Pflegenden um an mehr Medikamente zu kommen. - <u>Gefühle von Burnout</u> - <u>Möglichkeiten für Veränderungen</u> wenn Patienten in ein sicheres Umfeld entlassen werden/ standardisierte Pflege/ emotionalen Support für Pflegende und Patienten/Alltagsnahe Fortbildung zu OUD <p>Die Themen wurden in den SEM-Rahmen eingeordnet, einschliesslich, gesellschaftlicher Kontext, Krankenhausumfeld, zwischenmenschliche Interaktionen, individuelle Faktoren.</p> <p>Weiteres: "Schmerzvertrag" wurde gelobt. Zwischen Leistungserbringern und Patienten und zielt darauf ab: Erwartungen hinsichtlich der Schmerzkontrolle und der Patientensicherheit für die Dauer des Krankenhausaufenthalts festzulegen→ bietet Möglichkeit, den Pflegenden nicht ständig "nein" sagen zu müssen.</p>	<p>Ein interprofessioneller Ansatz wäre nötig, um den Herausforderungen im Umgang mit den Schmerzen der Patienten, der allgemeinen Kommunikation und der Bedrohung der persönlichen Sicherheit entgegenzuwirken und um Burnouts zu verringern. Es braucht eine multifaktorielle Strategien zur Stärkung der Rolle des Pflegepersonals und seiner Motivation, die Versorgung von Patienten mit OUD im stationären Bereich zu verbessern. Es soll dabei in der Ausbildung begonnen werden und durch organisatorische Veränderungen unterstützt werden. Die Betreuung von OUD Patienten soll menschlicher werden, um Burnouts und Stigmatisierung zu verringern. Um dem Mangel von Autonomie entgegenzuwirken, welchen OUD Patienten begegnen, soll das Pflegemodell von Roper, Logan & Tierney verwendet werden. So wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich und Betroffene erleben ein gesteigertes Selbstwertgefühl.</p> <p>Schlussfolgerung: Pflegefachpersonen sind motiviert, den Umfang und die Qualität der Pflege für Patienten mit OUD zu erweitern, ihnen fehlt aber an die Fähigkeiten und der Unterstützung, dies zu tun.</p>

Würdigung der Studie:“You’re kind of at war with yourself as a nurse”: Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder (Horner et al. 2019)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Das Problem wird sinnvoll und nachvollziehbar aufgezeigt und anhand empirischer Literatur gestützt.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Das Ziel der Studie ist klar formuliert.</p> <p>Bezug zur Bachelorarbeit: Die Studie geht auf die Wichtigkeit der nicht stigmatisierenden Einstellung der Pflegefachpersonen ein. Weiter werden Möglichkeiten, wie der Schmerzvertrag genannt welche in der Pflege umgesetzt werden könnte, um das Schmerzmanagement bei OUD besser zu gestalten.</p>	<p>Design: ist passend zur Forschungsfrage gewählt</p> <p>Sample: Die Stichprobe ist aufgrund ihrer kleinen Grösse nicht repräsentativ, sie ist nur auf eine Klinik bezogen, was die Ergebnisse nicht verallgemeinern lässt. Es wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien definiert.</p> <p>Datenerhebung: Ist klar beschrieben, der Leitfaden für die halbstrukturierten Interviews sind im Anhang der Studie erwähnt, jedoch nicht öffentlich einsichtbar.</p> <p>Methodische Reflexion: Es wird erwähnt, dass der Induktive Ansatz geeignet ist, um aus empirischen Daten Ergebnisse zu generieren. Weiter wird das Methodische Vorgehen nicht begründet.</p> <p>Datenanalyse: Sie ist klar und deutlich beschrieben, jedoch wird nicht begründet warum diese Art der Datenanalyse gewählt wurde. Es wird nicht beschrieben wer die Datenanalyse durchführen und ob die Forscher dies unabhängig voneinander machten.</p> <p>Ethik: Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmer wird beschrieben. Ethische Themen werden nicht diskutiert.</p>	<p>Die Ergebnisse werden mit vielen wortwörtlichen Zitaten begründet und sind klar und nachvollziehbar aufgezeigt.</p> <p>Die Unterthemen sind sinnvoll ausgewählt und in einem weiteren Schritt ins SEM-Raster eingefügt.</p> <p>Die Tabellen sind vollständig und stimmen mit dem Fliesstext überein. Es werden nicht alle Daten aus den Tabellen diskutiert.</p>	<p>Die Ergebnisse werden ausführlich mit anderen Studien und Modellen verglichen. Es werden praxisnahe Erkenntnisse beschrieben und diese wiederum mit empirischer Literatur gestützt.</p> <p>Limitationen: Möglicherweise keine Übertragbarkeit auf andere Teile des Landes machbar da Befragung nur in einer Institution. Alle Teilnehmer arbeiteten stationär und waren größtenteils weisse Frauen. Soziale Erwünschtheit da Forscher und Befragte im gleichen Spital arbeiteten. kleine Stichprobengröße nicht repräsentativ</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels:

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1986):

- **Bestätigung:** Es wird nicht beschrieben ob die Transkripte gegengelesen wurden oder ob die Befragten anschliessend der thematischen Zuordnung zugestimmt haben. Es werden verschiedene Limitationen angegeben und die erhobenen Daten sind nachvollziehbar dargestellt.
- **Zuverlässigkeit:** Ethischer Genehmigung wurde erteilt und der Interviewleitfaden deklariert, es wird nicht genau beschrieben, wie die Autoren auf diese Hauptthemen kamen oder warum sie diese gewählt haben.
- **Glaubwürdigkeit:** Es wird angegeben das eine 100% Antwortrate bestand, jedoch wird nicht beschrieben ob die Kodierung besprochen oder kritisch hinterfragt wurde.
- **Übertragbarkeit:** Da die Studie begrenzt auf eine Institution war ist die Übertragung schwierig, auch da es sich um einen Teil der USA handelt. Es werden viele direkte Zitate verwendet, das Setting wird kurz beschrieben.

Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide** (DiCenso et al., 2009), da es sich um eine „single Studie“ handelt.

Zusammenfassung der Studie: Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study (Krokmyrdal& Andenæs, 2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Der Konsum von verschiedenen Substanzen ist ein Thema überall auf der Welt, speziell opioidabhängige Personen stellen im Gesundheitswesen eine Herausforderung dar. Es gibt jedoch wenige Forschung dazu. Opioidabhängige Personen haben diverse gesundheitliche Probleme und nehmen Schmerzen auch anders wahr, als nicht Abhängige, auch gibt es wenig Forschung über die Kompetenzen der Pflegenden im Schmerzmanagement von Opiatabhängigen Personen.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Wie schätzen Pflegende ihre Kompetenzen und ihr Wissen im Schmerzmanagement bei Opioid-Abhängigkeit ein? Woher nehmen Pflegende ihr Wissen?</p>	<p>Design: Quantitatives, deskriptives Querschnittsdesign</p> <p>Stichprobe: n= 98 <u>Population:</u> Pflegefachpersonen, welche mit opiatabhängigen Personen gearbeitet haben. <u>Setting:</u> Zwei öffentliche Spitäler im Westen Norwegens <u>Einschlusskriterium:</u> Pflegende die mit Patienten mit Opioidabhängigkeit gearbeitet haben. <u>Ausschlusskriterien:</u> keine</p> <p>Datenerhebung: Selbsteinschätzung via Fragebogen. 54% der verteilten Fragebögen wurden zurückgeschickt, es wird nicht begründet, warum die anderen nicht retourniert wurden.</p> <p>Messinstrumente: Selbst entwickelter Fragebogen, bestehend aus vier Teilen, welche das Wissen, die Skills und die Haltung einschätzen. Es wurde ein Pre-Test durchgeführt und die Fragebögen dementsprechend angepasst und nochmals geprüft.</p> <p>Genauer zum Fragebogen: Part 1: soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, wie viel Stellenprozent die Pflegende arbeiten, ob sie Zusatzausbildungen haben, wie viele Jahre sie in der Pflege arbeiten und wie viele Jahre Erfahrungen sie haben in der Zusammenarbeit mit Opioid-Abhängigen Personen.) Part 2: Fragen zu wo Pflegende ihr Wissen über Schmerz, Schmerzmanagement bei Opioid-Abhängigen Personen holen (Kurse, Internet,..)</p>	<p>Die Teilnehmenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 90,8% Frauen • 9,2% Männer • 65,3% Mitarbeitende Medizinisches Departement • 34,7% Mitarbeitende Orthopädisches Departement • 85% arbeiten in einem Pensum von über 75% • 85% Pflegende mit Bachelorabschluss • 15% Pflegende mit einer zweiten Qualifikation wie bspw. einem Master. • Die meisten Pflegenden haben weniger oder zwei Jahre Berufserfahrung • Die meisten Pflegenden (23,7%) arbeiten seit weniger oder fünf Jahren mit Opioid-Abhängigen <p>Selbstevaluation Kompetenz versus Inkompetenz: 80%, der Befragten können Schmerz erkennen, den Grund dafür erkennen 65% und den Schmerzgrad feststellen 45% der Befragten. Rund 90% der Befragten brauchen nicht-opioide Schmerzmedikamente und kombinieren diese mit Opiaten. Der Kompetenz des Verwendens von Opiaten allein stimmten 80% zu. 87% der Befragten hingegen, äussern kein suffizientes Wissen bezüglich dem Schmerzmanagement zu haben.</p> <p>60% der Befragten äußern, dass Opiate zu mehr Schmerzen führen. 30% meint, dass die Einnahme von Opiaten zur Schmerzeinstellung die Abhängigkeit verstärkt. Mit 55% äussert eine knappe Mehrheit, dass Patienten mit einer Abhängigkeit keine genügende Schmerzbehandlung erleben. Über 90% äussern, dass von Opiaten Personen mit einer Abhängigkeit mehr Schmerzmittel benötigen, um schmerzfrei zu sein. Auch äussert mehr als die Hälfte, dass Personen mit einer Abhängigkeit</p>	<p>Pflegefachpersonen fühlen sich nicht ausreichend kompetent bei der Betreuung von Patienten mit einer Opioidabhängigkeit. Die Studie geht davon aus, dass das Wissen und die Einstellung der Pflegenden die Versorgung negativ beeinflussen kann. Die Schmerzbehandlung bei einer Personen mit einer Opioidabhängigkeit sei eine komplexe Aufgabe, welche ein hohes Mass an Kompetenz erfordert. Es fehlt bei den Pflegenden bei der Beurteilung des Ausmasses und der Ursache der Schmerzen an Wissen. Erfahrungen am Arbeitsplatz hat am meisten Einfluss auf die Kompetenz, dieser Effekt zeigt sich nach mehr als fünf Jahren Berufserfahrung aber als abnehmend. Wie sinnvoll es ist das Wissen von anderen Pflegenden zu beziehen, ist davon abhängig welche Pflegequalität im Status quo einer Abteilung angestrebt wird. Die meisten Pflegenden setzen auf die Erfahrungen der Kollegen, was aber nicht signifikant mit der Kompetenz korreliert. Eine signifikante Korrelation</p>

	<p>Part 3: Aussagen über Skills um Schmerzen zu erkennen und evaluieren. Zusätzlich zu Schmerzmanagement bei Abhängigkeit</p> <p>Part 4: Aussagen über Einschätzung der Pflegenden über die Lebensweise von Abhängigen Personen, Die Schmerzerfahrung von Opiatabhängigen, Einstellung gegenüber dem Arbeiten mit Opiatabhängigen Personen.</p> <p>Part 3 und 4: Skalafrage von Trifft völlig zu bis trifft nicht zu</p> <p>Datenanalyse: Mit SPSS Statistics 19, Summenscore, Correlations- Analysen und multiple regressions Analyse</p> <p>Ethik: Bewilligt durch Ethik- und Forschungsbehörde, Norwegen</p>	<p>absichtlich höhere Schmerzen angeben um Medikamente zu erhalten. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten, sind der Meinung, dass die Betroffenen nicht ehrlich sind bezüglich der Wirkung der Schmerzmedikamente.</p> <p>Informationsquellen: Kurse, Forschungsliteratur und Informationstechnologie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mehr als die Hälfte der Befragten sind sich einig, dass Suchmaschinen wie Google und professionelle Internetseiten keine repräsentativen Quellen sind. - Die Erfahrung am Arbeitsplatz hatte den stärksten Einfluss auf die Kompetenz. Erfahrung mit opioidabhängigen Patienten korreliert mit der Kompetenz zeigte eine Spearman-Rangkorrelation ($p = 0.001$). - Somit ist das einzige signifikante Ergebnis, ist die Erfahrung am Arbeitsplatz was darauf hinweist, dass die Erfahrung am Arbeitsplatz der Faktor war, der am meisten zur Kompetenz der Pflegefachpersonen beitrug. 	<p>zeigte sich zwischen Kursen und Kompetenz.</p>
--	---	---	---

Würdigung der Studie: Nurses' competence in pain management in patients with opioid addiction: A cross-sectional survey study (Krokmyrdal& Andenæs, 2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung/Bezugsrahmen: Das Problem / Thema ist mit empirischer Literatur gestützt und beschrieben</p> <p>Forschungsfrage: Die Forschungsfrage ist klar definiert wie auch das Ziel der Forschung. Forschungsfrage ist beantwortet mit der Forschung.</p> <p>Bezug zur Bachelorarbeit: Die Ergebnisse zeigen, welche Vorurteile die Pflegenden bei der Behandlung von Opiatabhängigen Personen mitbringen. Um den Patienten eine gute Schmerzbehandlung bieten zu können und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen ist es wichtig – evidenzbasiertes Wissen bezüglich Schmerzmanagement und Abhängigkeit beizuziehen und Fortbildungen zu diesem Thema zu besuchen.</p>	<p>Design: Das Design wird nicht begründet, ist jedoch soweit passend.</p> <p>Datenerhebung: Fragebogen, einmalig erhoben, macht Sinn da es sich um Selbsteinschätzung handelt. Der Fragebogen ist nicht im Anhang ersichtlich.</p> <p>Messverfahren: Methodisches Vorgehen ist sinnvoll, grosse Anzahl Teilnehmer, was wichtig ist bei diesem Design, damit möglichst allgemeine Aussagen getroffen werden können. Vorgehen wird nicht durch die Autoren diskutiert. Es wird keine Aussage darüber getroffen, ob die Pflegenden alle Fragen komplett beantwortet hatten. Der Fragebogen wurde mit einem Pre-Test vorgängig geprüft, jedoch wurde keinen Retest durchgeführt.</p> <p>Datenanalyse: Die Analyseverfahren werden angegeben und begründet. Das Signifikanzniveau wird nicht angegeben.</p> <p>Ethik: Genehmigung wurde eingeholt. Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmer ist nicht beschrieben. Ethische Themen werden nicht beschrieben.</p>	<p>Die Ergebnisse werden übersichtlich und vollständig Dargestellt. Die verschiedenen Teile der Fragestellung (Wissensquellen und Kompetenz) werden in jeweils einem Abschnitt beschrieben. Die Ergebnisse sind in Tabellen dargestellt, nicht ganz alle Ergebnisse werden im Text noch einmal aufgegriffen. Die Bilder sind korrekt beschriftet und sinnvoll eingebettet.</p> <p>In der Tabelle 1 scheint ein Fehler vorzuliegen. Laut der Tabelle sind 19 Personen weniger als 50% arbeitstätig was 2% entsprechen soll. Die Gesamtsumme aller aufgeschrieben Probanden beim Unterpunkt wäre dann n=115.</p>	<p>Die wichtigsten Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen und genauer erläutert. Es werden Limitationen beschrieben und Empfehlungen für die Praxis gemacht. Die Studie wiegt die Stärken und Schwächen nicht gegeneinander auf.</p> <p>Limitationen: Der genutzte Fragebogen wurde nicht bezüglich seiner Validität geprüft und kein Retest verwendet.</p> <p>Die Befragung wurde auf ein Gebiet in Norwegen beschränkt und ist möglicherweise nicht repräsentativ mit anderen somatischen Krankenhäusern in Norwegen. Die Teilnehmeranzahl (n=98) ist gering und die Befragten stammen auf verschiedenen Fachrichtungen.</p> <p>Kompetenz ist schwer messbar, Verfälschungen durch falsche Angaben und Fehlklassifizierungen sind möglich.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend der Gütekriterien und des Evidenzlevel:

Gütekriterien nach Flink (2017):

- **Validität:** Es wird anhand des Fragebogens das untersucht, was in der Fragestellung aufgeführt ist. Die einmalige Messung ist anhand der Resultaten der Studie nicht sinnvoll gewählt, da sich die Einstellung der Pflegenden nach einer gewissen Zeit von Arbeitserfahrung zu ändern scheint. Der Fragebogen wurde nicht auf seine Validität hin überprüft.
- **Reliabilität:** Die Studie wäre in einem ähnlichen Setting wiederholt durchführbar, der Fragebogen kann erneut angewendet werden. Das Setting und die Teilnehmer sind detailliert beschrieben.
- **Objektivität:** Es ist klar wer die Datenerhebung durchgeführt hat, das Messinstrument wird genau beschrieben. Die benutzten Begriffe werden erklärt.

Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide** (DiCenso et al., 2009), da es sich um eine „single Studie“ handelt.

Zusammenfassung der Studie: Evaluation of an interprofessional active learning session on acute pain and opioid use disorder using the interprofessional collaborative competency attainment scale (Langford et al. 2019)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Rund 100 Millionen Erwachsene in den USA leiden an Schmerzen. Da diese Schmerzen viele verschiedene Dimensionen einnehmen können, ist ein interprofessioneller (IP) Ansatz zur Behandlung der Schmerzen sehr wichtig. Es sind jedoch wenige Gesundheitsfachpersonen dazu ausgerüstet in solchen IP-Teams zu funktionieren. Die Herausforderung Schmerz ist bei Patienten mit OUD noch größer. Die Zusammenarbeit im IP-Team und die IP-Ausbildung scheinen am meisten nützlich für gute Outcomes bei den Patienten.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Um Studenten der Gesundheitswissenschaften vor ihrer Approbation auf die Betreuung von Patienten mit akuten Schmerzen und OUD im IP-Team vorzubereiten wurde folgende Fragestellung entwickelt:</p>	<p>Design: quantitativ, Querschnittsdesign</p> <p>Stichprobe: n = 160 Population: Studierende von sechs Gesundheitswissenschaften (Zahnmedizin, Medizin, Krankenpflege, Pharmazie, öffentliche Gesundheitswesen, Sozialarbeit), rekrutiert via E-Mail oder IPE Pflichtfach Setting: University of Washington, USA Einschlusskriterien: Studierende vor der Approbation</p> <p>Datenerhebung: Durchführung zweier IPE-Sitzungen, wobei jeder Studierende nur einmal teilnahm. IPE-Sitzung: fallbasiert (Video über einen Betroffenen), interaktiv, 110 Minuten, Gruppe von acht bis zehn Studierenden, Diskussion durch Dozenten geleitet - welche einen Leitfaden erhielten. Dozenten mit Fachkenntnissen in den Bereichen Schmerz und Substanzkonsumstörung und/oder interprofessioneller Zusammenarbeit. Drei Lernziele über Wissen und Rolle, Kommunikation, Ziele und Herausforderungen. Die Lernsitzung umfasste eine Fallbesprechung und eine Kleingruppendiskussionen zum Thema Kommunikation zwischen interprofessionellen Teammitgliedern und der Kommunikation mit Patienten.</p> <p>Vor und nach IPE-Sitzung: Ausfüllen ICCAS durch Studierende, zweimalige Befragung zur Reduktion von Erinnerungsfehler.</p> <p>Messinstrumente: ICCAS zur Messung der Selbsteinschätzung. SPSS v.25 zur Auswertung der Daten.</p>	<p>Teilnehmende: Studierende Pharmazie: 30,9% Sozialarbeit: 21,9% Zahnmedizin: 16.3% Krankenpflege: 14.4% Medizin: 9.4% Weitere: 7.4%</p> <p>Wichtigste Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein statistisch signifikanter Anstieg der wahrgenommenen Fähigkeit wurde für beinahe jedes ICCAS-Item beobachtet ($p = .002$ für "aktiv auf interprofessionelle Teammitglieder hören"; $p < .001$ für alle anderen Items) - Grosse Effektstärken bei Kernkompetenzen: Fähigkeiten und Beiträge zum interprofessionellen Team identifizieren und beschreiben ($d = 0,80$)/ Rolle und Verantwortung ($d = 1,02$) bei "Einen interprofessionellen Teamansatz mit dem Patienten anwenden, um die Gesundheitssituation zu bewerten" und ($d = 0,95$) bei "Einen interprofessionellen Teamansatz zu verwenden, um die Pflege des ganzen Menschen zu gewährleisten"/ kollaborativer, patienten-/familienzentrierter Ansatz - ($d = 0,84$) bei "Effektiven Pflegeplan entwickeln" und ($d = 0,98$) Verantwortlichkeiten innerhalb überlappender Aufgabenbereiche"/ Teamarbeit - Geringere Effektstärken bei Kernkompetenzen: "Aktives Zuhören bei interprofessionellen Teammitgliedern" 	<p>Der Umgang mit akuten Schmerzen und gleichzeitigem OUD kann eine Herausforderung für die Gesundheitsfachpersonen, aber auch für den Patienten darstellen. Ein interprofessionelles Team kann die multimodale Analgesie maximieren, eine konsistente Kommunikation sicherstellen und sichere Übergänge in der Versorgung erleichtern. IPE-Sitzungen ermöglichen, dass Studierende interprofessionelle Kernkompetenzen erreichen können, und ermöglicht eine Reduktion von Voreingenommenheit und Stigmatisierung in der Ausbildung. Die Studierenden haben bereits Respekt für die anderen Berufsgruppen, gewisse Berufsgruppen könnten mehr inkludiert werden (Pharmazie, Sozialarbeit etc.).</p> <p>Die fallbasierte IPE-Sitzung zum Thema Schmerz und OUD, zeigt alltagsnah die Perspektiven der anderen Professionen und des Patienten auf. Studierende</p>

<p>Welche Auswirkungen haben Sitzungen im Rahmen einer Interprofessionellen Ausbildung (IPE) auf das Erreichen von interprofessionellen Kernkompetenzen?</p>	<p>Datenanalyse: Es wurden Häufigkeitsverteilungen für die beruflichen Zugehörigkeiten erstellt. Mit Hilfe von t-Tests für gepaarte Stichproben wurden die Unterschiede zwischen den wahrgenommenen Kompetenzen vor und nach der Sitzung zu ermitteln. Fehlende Daten wurden durch paarweise Deletion behandelt. Cohen's Effektgrößen wurden berechnet. Zur Interpretation des Ausmaßes der Veränderung der wahrgenommenen Kompetenzen wurden $d < 0,50$, $0,50 \leq d < 0,80$, als kleine, mittlere bzw. große Effekte betrachtet. Zur Ermittlung der Unterschieden zwischen Gesundheitswissenschaften hinsichtlich der wahrgenommenen Erreichung der Kernkompetenzen (Prä-, Post- und Änderungs Werte), wurden Varianzanalysen (ANOVAs) für jedes der ICCAS-Erhebungselemente durchgeführt.</p> <p>Ethik: Es wird kein Ethikkomitee genannt, jedoch wurde die Studie vom National Institute of Health, USA finanziert. Für das fallbasierte Lernen wurden fiktive Personen verwendet und es wurden keine identifizierbaren Daten von den studentischen Teilnehmern erhoben. Der im Video dargestellte Patient hat der Verwendung seiner Geschichte für Unterrichtszwecke zugestimmt.</p>	<p>zuhören" ($d = 0,26$) und "Meine Ideen und Bedenken äußern, ohne zu urteilen" ($d = 0,44$)/ Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> - ($d = 0,41$) bei "Aktives Zuhören, um die Perspektiven der interprofessionellen Teammitglieder anhören"/ Konfliktlösung. - <u>Prä-, Post- und Change-Scores für ICCAS-Kompetenzen:</u> Studierende soziale Arbeit hatten niedrigere Werte in Rolle und Verantwortlichkeit und Teamfähigkeit im Vergleich zu der Krankenpflege. - <u>Take home Messages</u> von Studierenden: offene und konsequente Kommunikation mit anderen Mitgliedern des interprofessionellen Teams und mit dem Patienten, die Bedeutung von Empathie gegenüber dem Patienten und die Behandlung von Schmerzbehandlung aus einer ganzheitlichen Perspektive. - <u>Kleine Gruppe als positiven Effekt,</u> lernen von anderen Berufen, Wunsch nach lokalen Ressourcen für Personen mit einer Opioidabhängigkeit, Anleitungen für Überweisungen, Wunsch Einbeziehung weiterer Disziplinen in künftige IP-Lernaktivitäten. 	<p>erlernen so, dass die Arbeit im IP-Team eine ganzheitliche, kooperative, patienten- und familienzentrierte Pflege ermöglicht. Besonders die Schwerpunkte Kommunikation und Rolle/Verantwortlichkeit zeigen eine Verbesserung nach den IPE- Sitzungen. IPE soll zunehmend in die Lehrpläne eingebettet werden.</p>
--	--	---	--

Würdigung der Studie: Evaluation of an interprofessional active learning session on acute pain and opioid use disorder using the interprofessional collaborative competency attainment scale (Langford et al. 2019)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Das Problem wird ausführlich aufgezeigt und mit empirischer Literatur gestützt. Auch wird gut beschrieben welche Lücke die Studie in der Forschung schliessen möchte.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Die Fragestellung wird in der Studie beantwortet. Sie zeigt ausserdem auf welche Kompetenzen die Pflegefachpersonen in ein IP-Team mitbringen und in welchen sie geschult werden muss.</p> <p>Bezug zur Bachelorarbeit: Um die Rolle der Pflegenden bei der Behandlung von OUD Patienten aufzuzeigen, ist das IP-Team ein wichtiger Faktor. Nur so scheint eine vollumfängliche Versorgung möglich.</p>	<p>Design: Studie zeigt bereits mit einem Querschnittsdesign aussagekräftige Ergebnisse. Die Ergebnisse wären jedoch mehr repräsentativ wenn die Studierenden über eine längere Zeit hinweg untersucht worden wären.</p> <p>Sample: passende Stichprobengrösse, kaum Beschränkung der Einschlusskriterien</p> <p>Datenerhebung: Ist klar und ausführlich beschrieben, alle Punkte werden erwähnt.</p> <p>Messinstrumente: Ist passend gewählt, Validität des Instrumentes wird innerhalb der Studie nicht geprüft. ICCAS wurde ursprünglich anhand eines retrospektiven Pre-Test/Post-Test-Design validiert.</p> <p>Datenanalyse: Ist klar beschrieben, es werden passende Tests gewählt. Auswertung durch unabhängige Personen. Das Signifikanzniveau wird nicht definiert, jedoch ab $p=0.002$ von signifikanten Resultaten gesprochen.</p> <p>Ethik: keine Bewilligung durch ein Ethikkomitee, Finanzierung wird aufgezeigt. Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmer ist nicht beschrieben. Ethische Themen werden diskutiert.</p>	<p>Von den Teilnehmenden ist nur der Studiengang aufgezeigt, es werden keine demografisch oder andere Daten zu den Teilnehmenden aufgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Fließtext aufgeführt. Der Text wird von übersichtlichen und vollständigen Tabellen gestützt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden ausführlich diskutiert und mit eher wenig Literatur gestützt. Es werden Vorschläge zur weiteren Forschung gemacht.</p> <p>Limitationen: Vorherige klinische Erfahrungen der Studierenden wurden nicht ausgewertet. Eine weitere Einschränkung ist das die Lerneinheit auf 110 Minuten beschränkt wurde. Mit nur einer einzigen Messung der Veränderung der selbst wahrgenommenen Kompetenz und der Rückgriff auf Selbsteinschätzung, vermindert die Übertragbarkeit auf andere Settings.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend der Gütekriterien und des Evidenzlevel:

Gütekriterien nach Flink (2017):

- **Objektivität:** Die Datenerhebung und - analyse ist detailliert beschrieben. Die Daten der Fragebogen wurden von unabhängigen Personen ausgewertet. Die Beziehung der Forschenden zu den Teilnehmer wird nicht erläutert.
- **Reliabilität:** Die Validität des ICCAS wird nur anhand einer Quelle, dass dieser ursprünglich validiert wurde, beschrieben. Das methodische Vorgehen wird klar erläutert. Die Untersuchung wäre in einem ähnlichen Setting gut wiederholbar.
- **Validität:** Das deskriptive Querschnittsdesign ist soweit passend gewählt, für weitere Forschungen wären Untersuchungen über eine längere Zeit angemessen. Das Messinstrument untersuchte das Erstrebte.

Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide** (DiCenso et al., 2009), da es sich um eine „single Studie“ handelt

Zusammenfassung der Studie: Nurses' Experiences of Patients with Substance- Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study (Morley et al., 2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Unzureichende Schmerzbehandlung in Akutspitäler ist ein bekanntes Problem. Die Anzahl von SUD (= substance use disorder) im Vereinigten Königreich ist deutlich zunehmend. Pflegende werden dementsprechend zunehmend in die Schmerzbehandlung von Patienten mit einer SUD involviert sein. Oft werden die Patienten die von einer Abhängigkeit betroffen sind stigmatisiert und sind einem höheren Risiko ausgesetzt nicht ausreichend behandelt zu werden.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Das Ziel der Studie war es, die Erfahrungen des Pflegepersonals mit Schmerzpatienten die an einer Substanzabhängigkeit leiden zu erforschen. Es sollen Herausforderungen die sich bei der Behandlung ihrer Schmerzen ergeben, ermittelt werden und Unterstützungs- und Schulungsbedarf für</p>	<p>Design: deskriptiver, phänomenologischer Ansatz, mit halb-strukturierten Interviews</p> <p>Stichprobe: n = 5 Pflege - Studierende am King's College mit Erfahrungen mit SUD Patienten. (Gelegenheitsstichprobe und Probandensuche mit Schneeball-System)</p> <p>Population: Pflegefachpersonen Setting: London - Vereinigtes Königreich, 2015 Einschlusskriterium: Studierende am King's College, Kontakt mit SUD-Patienten mit Schmerzen</p> <p>Datenerhebung: 5 Halb-Strukturierte Interviews (40-80 min) mit Hilfe des Fragebogens von Morgan (2013). Kriterien nach Lincoln und Guba (1985) um die Güte zu prüfen.</p> <p>Die Teilnehmer wurden gebeten eine Situation zu beschreiben, in welcher sie einen SUD Patienten betreut haben welcher an Schmerzen gelitten hat. Anschliessend wurde dann auf die Erfahrungen eingegangen.</p> <p>Methodische Reflexion: Es wurde ein deskriptiver phänomenologischer Ansatz gewählt nach Edmund Husserl.</p> <p>Die Phänomenologie zielt darauf ab, das dynamische Ganze der menschlichen Erfahrung zu entdecken.</p>	<p>Teilnehmende Pers. 1: Notaufnahme, <5 Jahre Berufserfahrung (BE), Diplom in Krankenpflege für Erwachsene Pers. 2: Gefäßmedizin & Ausbildung, >20 BE, Master Ausbildung für Krankenpflege Pers. 3: Trauma & Orthopädie, <5 BE, CAS in Krankenpflege für Erwachsene Pers. 4: Unfall- und Notaufnahme & Justizvollzugsdienst, >10 BE, Master als Notfall Pflegefachfrau Pers. 5: Palliativpflege & Schmerzdienste, >10 BE, Master in Schmerzmanagement</p> <p>Die Aussagen der Befragten wurden in Folgende Themen und Unterthemen gegliedert: <u>Patientenmerkmale</u> Schmerzpatienten mit SUD sind "schwierig" - aggressive, manipulative, unhygienische Patienten Patienten mit SUD sind noncompliant - Patienten lassen sich bspw. nicht waschen Patienten mit SUD sind nicht alle gleich - ganzheitliche und individuelle Betreuung - Befragte sind sich einig, dass man SUD Patienten nicht verallgemeinern kann</p> <p><u>Patientenmanagement</u> Erfahrung hilft bei besserem Management - Erfahrene Pflegende geben eher höhere Dosis von Opiaten - Auch Assistenzärzte haben mühe beim Einstellen von Schmerzen bei SUD</p> <p>Das "Richtige" tun - Patienten, die eine Substitutionstherapie machen, sind beliebter - da sie das "Richtige" tun - Das Richtige als Pflegende zu machen ist sehr schwer</p> <p>Diskrepanzen im Management zwischen Ärzten und Pflegepersonal</p>	<p>Patienten mit einer SUD sind einem höheren Risiko für unzureichende Schmerzbehandlung ausgesetzt. Das Risiko wird verstärkt wahrgenommen wenn Patienten "drogensüchtige" Eigenschaften zeigten. Vorbestehende Literatur beschreibt, dass "drogensüchtiges" Verhalten dazu beiträgt, dass ein Patient stigmatisiert und als schwierig eingestuft wird. Die vorliegende Studie hat in ihren Befragungen Belege dazu gefunden, dass Patienten mit einer SUD als schwierig und unkooperativ wahrgenommen werden. Allerdings waren sich die Teilnehmer bewusst, dass Patienten mit einer SUD unterschiedlich und mit einer Vielzahl komplexer klinischer Probleme konfrontiert sind. Die beschriebenen klinischen Probleme sind opioid-induzierte Hyperalgesie, Toleranz und die Auswirkungen auf psychosoziale Faktoren. In der Schmerzbehandlung spielen mehrer Faktoren, wie die Diskrepanz zwischen Arzt und Pflegefachpersonen, mangelnde Erfahrung und Druck von Aussen, eine Rolle.</p>

<p>Pflegende bestimmt werden.</p>	<p>Die gelebten Erfahrungen der Krankenschwestern wurden in den Mittelpunkt der Studie gestellt.</p> <p>Datenanalyse: Giorgi's (2009) Fünf-Stufen Ansatz für die Datenanalyse</p> <p>Ethik: King's College London - Forschungsethikkommission (PNM/12/13-140)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegende haben das Gefühl, dass der Arzt allein über die Schmerzbehandlung entscheidet - Teils nicht genügend verordnete Schmerzreserve - Ärzte wollen SUD heilen und nicht die Schmerzen behandeln <p>Verdacht auf drogensüchtiges Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten verlangen mehr Schmerzmedikamente oder auch genaue Dosen - Pflegende stehen der Schmerzangabe kritisch gegenüber <p>Klinische Probleme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Analgesie bei Toleranz - nur Schmerzspezialistin sprach von Hyperanalgesie <p><u>Druck und Ziele, die den Schmerz beeinflussen</u></p> <p>Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und Personalausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhöhter Aufwand und Druck durch SUD Patienten - Fordernde Patienten zur bereits vorbestehendem Arbeitsaufwand <p>Externer Druck</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patienten sollen schnell wieder austreten - Heilung der SUD und Austritt im Vordergrund anstelle guter Schmerzeinstellung <p><u>Psychosoziale Faktoren</u></p> <p>Psychologische & soziale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spital als Safespace - Patienten mit SUD haben komplexe soziale und psychologische Bedürfnisse und brauchen kollaborative, ganzheitliche und personenzentrierte Pflege - Es ist wichtig, flexibel und tolerant gegenüber den Schmerzbedürfnissen der Patienten zu sein. 	<p>Es ist mehr Forschung und Aufklärung der Pflegefachpersonen notwendig um die Komplexität des Schmerzmanagement für Patienten mit SUD zu verstehen.</p>
-----------------------------------	---	--	---

Würdigung der Studie: Nurses' Experiences of Patients with Substance- Use Disorder in Pain: A Phenomenological Study (Morley et al., 2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung: Das Problem wird verständlich geschildert und anhand eines literatur reviews mit viel empirischer Literatur gestützt.</p> <p>Forschungsfrage/Ziel: Die Forschungsfrage ist klar definiert.</p> <p>Bezug zur Bachelorarbeit: Die Studie beantwortet die Fragestellung der Bachelorarbeit teilweise. Die Rolle der Pflegenden wird nicht genauer beleuchtet. Es kann aus den Herausforderungen jedoch hergeleitet werden, was alles zu einem guten Schmerzmanagement gehört und wie die Herausforderungen angegangen werden können. In der Studie wird von SUD gesprochen und nicht direkt von Opioidabhängigkeit.</p>	<p>Design: Der phänomenologische Ansatz ist sinnvoll, die Interviews sind passend zur Forschungsfrage.</p> <p>Sample: Kleine Sempelgrösse, das einzige Einschlusskriterium (Kontakt mit SUD-Patienten mit Schmerzen) ist sehr allgemein gehalten - die Teilnehmenden von ihrem Arbeitsfeld und dem Ausbildungsstand hingegen sehr passend.</p> <p>Datenerhebung: Es wird beschrieben, dass Interviews durchgeführt wurden und anschliessend hat eine Datenanalyse nach Giorgi (2009) stattgefunden. Während der Befragung wurde eine reflektive analysis durchgeführt um die Vorurteile des Forschenden festzuhalten und sich auf die Erfahrungen der Befragten zu fokussieren.</p> <p>Methodische Reflexion: Es wird begründet wieso der deskriptive-phänomenologischer Ansatz gewählt wird, es wird kein Vergleich zu einem anderen Ansatz gemacht.</p> <p>Datenanalyse: Die Daten wurden nach einem vorgegeben Schema ausgewertet und ausgearbeitet. Die Zitate wurden ziemlich ein zu eins übernommen. Der Interviewleitfaden ist der Studie angehängt. Die vollständigen Interviews sind nicht im Anhang einzusehen. Die Gütekriterien werden alle genau aufgeführt und erläutert wie diese in der Studie umgesetzt wurden.</p> <p>Ethik: Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmer ist nicht beschrieben. Ethische Themen werden nicht beschrieben.</p>	<p>Die Ergebnisse werden zum einem im Fliesstext aufgeführt und wenn zwei Personen das Gleiche ausgesagt haben, zusammen geführt. Teils werden die Probanden wortwörtlich zitiert und so entsteht keine Interpretation der Forschenden. Die Unterthemen sind sehr sinnvoll gewählt und beleuchten die Fragestellung von diversen Seiten.</p> <p>Es fehlt eine Ausführung im Fliesstext oder in Zitatform des folgenden Thema und den dazugehörigen Unterthemen: <u>Bildungs- und Unterstützungsbedarf</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Besprechung von Patienten mit SUD bei Schmerzen an obligatorischen Schmerzstudientagen - Wert des Schmerzteams 	<p>Die Ergebnisse sind sinnvoll aufgegliedert und werden in der Diskussion wiederum strukturiert aufgegriffen. Die Überlegungen werden mit Literatur gestützt und runden die Unterthemen der Ergebnisse gut ab. Es werden Vorschläge und Anregungen für die Implikationen in den klinischen Alltag und die Forschung gemacht.</p> <p>Limitationen: Die Population ist mit fünf Teilnehmer klein. Die Befragten stammen alle aus einem bestimmten geografischen Gebiet Englands. Auch wird nur mit Beschreibungen der Praxis und nicht mit genauen Beobachtungen gearbeitet. Auch können die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden, da sie auf subjektiven Eindrücken beruhen.</p>

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien und des Evidenzlevels:

Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1986):

- **Bestätigung:** Erreicht durch das Führen eines reflexiven Forschungstagebuchs (audit-trail), das die moralische, soziale und politische Haltung des Forschers festhält. Ob eine Überprüfung durch externe Fachpersonen stattgefunden hat, wird nicht erwähnt.
- **Zuverlässigkeit:** Reflexiven Forschungstagebuch, ethischer Genehmigung und Interviewleitfaden

- **Glaubwürdigkeit:** Die Forscherin hat sich ein Jahr lang mit dem Forschungsthema beschäftigt und führte eine gründliche Literatur, Datenerhebung, -analyse und Schlussfolgerungen durch. Die Datenanalyse wurde nach der Methode von Giorgi durchgeführt: Das Transkript wird mehrfach gelesen, wobei "Bedeutungseinheiten" identifiziert und zu Themen gruppiert wurden.
- **Übertragbarkeit:** Um einer anderen Person ein Urteil darüber zu ermöglichen, ob die Ergebnisse übertragbar sind, wurde eine dichte Beschreibung der Interviews mit direkten Zitaten verwendet. Die eingeschränkte Übertragbarkeit aufgrund der kleinen Samplegrösse und der Einschränkung des geografischen Gebietes, wird in den Limitationen beschrieben.
Die Studie befindet sich auf dem **untersten Level der 6S Pyramide** (DiCenso et. al. (2009)), da es sich um eine „single Studie“ handelt.