

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Die Entwicklung einer beratungsorientierten Intervention zur Förderung von Hygienepraktiken für Klient:innen im niederschweligen Suchthilfebereich.

verfasst von | submitted by

Eva Krabb BScN

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree pro-
gramme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von | Supervisor:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal

DANKSAGUNG

Ein großes Danke an die Klienten und Klientinnen,
sowie an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
der Einrichtungen der Suchthilfe Wien,
die mit ihrer Expertise und ihrem Engagement dieses Projekt ermöglicht haben.

Ein Dankeschön an Stefan Hofner,
der diese Arbeit seitens der Suchthilfe Wien begleitete,
und mich mit Anregungen und Ratschlägen unterstützte.

Ein Dankeschön an Dr. Hans Haltmayer,
der dieses Projekt bewilligte und mit seinem unermüdlichen Wirken
so viel für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erreicht und geschaffen hat.
Du wirst uns immer in Erinnerung bleiben.

Meinem Betreuer und Institutsvorstand,
Herrn Assoz.-Prof. Mag. Dr. Martin Nagl-Cupal
danke ich besonders für die Begleitung dieses umfangreichen Projekts,
für seine Expertise, Unterstützung und stetige Ermutigung.

Ein Riesendankeschön an meinen Ehemann Antonio,
der mich in dieser stressbehafteten Zeit immer wieder aufgefangen hat,
mich liebevoll unterstützte, und motivierte,
sowie meinen Freunden und Freundinnen,
die mich stets mit guten Ratschlägen versorgten und
ein offenes Ohr für mich hatten.

Ein besonderes Dankeschön an Chris.

Euch allen widme ich diese Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	i
ZUSAMMENFASSUNG.....	ii
ABSTRACT	iii
I. EINLEITUNG.....	1
II. THEORETISCHE BEZÜGE.....	3
1. Sucht und Abhängigkeit.....	3
2. Substanzen und Konsum.....	6
3. Akzeptanzorientierung und Harm Reduction	8
4. Pflege im Suchthilfebereich	11
III. PROBLEMSTELLUNG	13
5. Intravenöser Konsum von Substanzen und die Risiken	13
6. Intravenöser Substanzkonsum und bakterielle Infektionen	15
7. Prävention von bakteriellen Infektionen	22
IV. FORSCHUNGSZIELE UND FORSCHUNGSFRAGEN	25
V. METHODISCHES VORGEHEN	26
8. Komplexe Interventionen	26
9. Rapid Review	28
9.1 Suchstrategie und Studienselektion	29
9.2 Studienbewertung und Datenextraktion	32
9.3 Evidenzsynthese	32
10. Problemzentrierte Interviews mit Klient:innen	33
10.1 Stichprobe und Rekrutierung	33
10.2 Datenanalyse.....	35
11. Problemzentrierte Interviews mit Mitarbeiter:innen	36
11.1 Stichprobe und Rekrutierung	37
11.2 Datenanalyse.....	37
12. Entwicklung eines Wirkmodells	39

VI. ERGEBNISSE.....	41
13. Ergebnisse aus dem Rapid Review	41
13.1 Datenbankrecherche und Studienselektion.....	41
13.2 Überblick und Charakteristika der inkludierten Studien	43
13.3 Ergebnisse der Studienbewertungen	43
13.4 Evidenzsynthese	43
14. Ergebnisse der Klient:inneninterviews	57
14.1 Kontext der Klient:innen.....	58
14.2 Aktuelle Praxis der Klient:innen	61
14.3 Probleme der Klient:innen.....	68
14.4 Bedürfnisse der Klient:innen	70
15. Ergebnisse der Mitarbeiter:inneninterviews	74
15.1 Kontext der Beratung.....	75
15.2 Aktuelle Praxis in der Beratung und die Praxis der Klient:innen.....	78
15.3 Probleme in der Beratung und der Klient:innen.....	83
15.4 Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen und der Klient:innen.....	86
15.5 Überblick der Ergebnisse der qualitativen Erhebungen.....	89
16. Erstellung des Wirkmodells	90
VII. DISKUSSION	107
17. Kritische Reflexion und Ausblick.....	117
LITERATURVERZEICHNIS.....	120
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	139
TABELLENVERZEICHNIS.....	140

ANHANG	141
Beschreibung der inkludierten Datenbanken.....	141
Studienselektion Flow-Diagramm.....	142
Inkludierte Studien 1/4	143
Inkludierte Studien 2/4	144
Inkludierte Studien 3/4	145
Inkludierte Studien 4/4	146
Beschreibung der einzelnen Interventionen:	147
Studienbewertungen anhand der JBI-Checklisten:.....	155
Gegenüberstellung der gemessenen Wirkungen der Interventionen 1/2	158
Gegenüberstellung der gemessenen Wirkungen der Interventionen 2/2	159
Gegenüberstellung der Limitationen	160
Gegenüberstellung der Interventionen nach Kontextfaktoren 1/2	161
Gegenüberstellung der Interventionen nach Kontextfaktoren 2/2	162
Gegenüberstellung nach Komponenten & didaktischen Ansätzen	163
Gegenüberstellung der Interventionen nach Inhalten	164
Interviewleitfaden Problemzentrierte Klient:inneninterviews	165
Einwilligungserklärung für Klient:inneninterviews	166
Interviewleitfaden Problemzentrierte Mitarbeiter:inneninterviews	170
Einwilligungserklärung für Mitarbeiter:inneninterviews	171
Transkriptionsregeln.....	175
Kodierleitfaden Klient:inneninterviews.....	176
Kodierleitfaden Mitarbeiter:inneninterviews	180
Verhaltensänderungstechniken (BCTs)	184

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AERLI	Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection
APA	American Psychological Association
APEASE	Acceptability, practicability, effectiveness, affordability, spill-over, equity
BCT	Behaviour Change Technique
BCW	Behaviour Change Wheel
BPSM	Bio-Psycho-Soziales Modell
CINAHL	Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (Datenbank)
COM-B	Capability, Opportunity, Motivation, Behaviour
DACH	Deutschland, Österreich, Schweiz
EBSCO	Elton B. Stephens Company (Datenbank)
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EU	Europäische Union
HCV	Hepatitis-C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	International Classification of Diseases
IDU / IVDU	Intravenous drug user
ITSESI	Individually Tailored Support and Education for Safer Injection
IV	Intravenös
JBI	Joanna Briggs Institute
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Datenbank)
MRC	Medical Research Council
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
PWID	People Who Inject Drugs
QE	Quasi Experimentell
RCT	Randomised Controlled Trial
REACT	REducing bACTerial infections
SKIN	Skin and Needle Hygiene Intervention
TDF	Theoretical Domains Framework
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Menschen, die Substanzen intravenös konsumieren, setzen sich zahlreichen Gesundheitsrisiken aus, darunter Überdosierungen, die Übertragung von Virusinfektionen, sowie bakterielle Infektionen, welche erheblich zur Morbidität und Mortalität dieser Gruppe beitragen. Menschen, die Drogen injizieren, werden aufgrund von Stigmatisierung und der negativen sozialen Folgen ihres Substanzkonsums häufig ausgegrenzt. Unter diesen Umständen ist es für Menschen, die Substanzen injizieren, schwierig, Hilfe bei injektionsbedingten Komplikationen zu erhalten oder anzunehmen. Safer-Use-Beratungen zu adäquaten Hygienepraktiken sind eine Möglichkeit der Schadensbegrenzung, die dazu beitragen können, bakteriellen Infektionen und anderen mit dieser Form des Substanzkonsums verbundene Komplikationen vorzubeugen.

Methode: Die Entwicklung einer beratungsorientierten Safer-Use-Intervention wird anhand der Schritte der Entwicklungsphase des Medical Research Council Frameworks veranschaulicht. Eine Evidenzsynthese mittels Rapid Review sowie zwölf qualitative Interviews mit Stakeholdern einer lokalen Suchthilfeeinrichtung in Wien wurden für diesen Zweck durchgeführt.

Ergebnisse: Es konnten acht Interventionen zur Thematik identifiziert werden. Die Wirkungen, sowie die Eigenschaften dieser wurden zusammengefasst und für die Entwicklung der Elemente der beratungsorientierten Intervention berücksichtigt. Das „behaviour change wheel“, das in zwei der Interventionen zur Anwendung kam, wurde für die Gestaltung der aktuellen Intervention eingesetzt. Die Ergebnisse der qualitativen Interviews wurden genutzt, um die aktuellen Verhaltensweisen zu analysieren, Theorien zur Verhaltensänderung zu entwickeln, Zielverhaltensweisen, geeignete Interventionsfunktionen und Techniken zur Verhaltensänderung zu identifizieren, um einen ersten Entwurf eines Wirkmodells zu erstellen, welches die geplanten Mechanismen der beratungsorientierten Intervention und ihrer Komponenten darstellt.

Schlussfolgerung: Um akzeptable, sichere, testbare und gut evaluierbare Interventionen zu entwickeln, müssen mehrere Quellen von Evidenz berücksichtigt werden. Der erste Schritt einer solchen Entwicklung konnte im Rahmen dieses Projekts erfolgreich dargestellt werden.

Schlüsselbegriffe: Suchtpflege, Safer-Use-Beratung, Interventionsentwicklung

ABSTRACT

Background: People who use substances intravenously expose themselves to many health risks, including overdose, the transmission of viral infections, as well as bacterial infections, which contribute greatly to a higher morbidity and mortality in this group. People who inject drugs are often marginalised due to stigma and negative social consequences, second to their substance use. These circumstances make it difficult for people who inject substances to access or accept help for injecting related complications. Safer injecting counselling regarding adequate hygiene practices is one possibility to reduce harm and have the potential to prevent bacterial infections and other complications associated with this form of substance use.

Methods: The development of a counselling orientated safer injecting intervention was demonstrated using the steps of the development phase of the Medical Research Council Framework. Evidence synthesis via a rapid review, as well as twelve qualitative interviews with stakeholders of a local addiction service in Vienna were conducted for this purpose.

Results: Eight interventions related to the topic were identified. The effects and features of these were summarized and considered for the development of the elements of the counselling orientated intervention. The “behaviour change wheel”, which was used in two of the interventions, was employed to design the current intervention. The results of the qualitative interviews were used to analyse current behaviours, develop theories regarding behaviour change, identify target behaviours, appropriate intervention functions and behaviour change techniques to develop an initial logic model, to illustrate conceived mechanisms of the intervention and its components.

Conclusions: It is necessary to consider a range of evidence sources to develop acceptable, safe, testable interventions that can be easily evaluated. This first step in the development could be successfully demonstrated with this project.

Keywords: addiction nursing, safer-use-counselling, intervention development

I. EINLEITUNG

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände“

(UN-Vollversammlung, 1948).

So lautet es im Artikel 25 der „Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte“, die am 10. Dezember 1948 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen angenommen wurde. Das Recht auf Gesundheit ist eines der fundamentalen Menschenrechte, das für so viele selbstverständlich ist. Dies ist jedoch nicht für alle Menschen gleich. Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit der Thematik von Abhängigkeitserkrankungen, und den Menschen, die davon betroffen sind, welche so oft mit Vorurteilen konfrontiert sind, vor allem wenn es darum geht, was sie für sich und die Gesellschaft tun können und was ihnen zusteht. Bei keiner anderen Gruppe wird dieses Recht so auf die Waagschale gelegt, wie bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Sie kämpfen häufig mit Vorurteilen hinsichtlich der Legitimität ihrer Erkrankung sowie des Selbstverschuldens ihrer Situation. Ihr Recht auf Gesundheit wird von ihnen selbst häufig durch die erlebte Stigmatisierung nicht wahrgenommen oder akzeptiert.

Der Fokus dieser Arbeit liegt darin, zu verdeutlichen, wie wichtig der Schutz und die Förderung der Gesundheit, vor allem von marginalisierten Gruppen, sind. Da Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oftmals schwer zu erreichen sind, sind bedarfs- und bedürfnisorientierte Programme, die ihre Gesundheit bewahren, von hoher Bedeutung. Das Projekt, das im Rahmen dieser Masterthesis vorgestellt wird, befasst sich mit der Entwicklung einer beratungsorientierten Maßnahme, die zum Zweck hat, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu befähigen, die potenziellen Schäden, die durch ihre Erkrankung verursacht werden, einschätzen zu können und zu minimieren, um ihre Gesundheit zu schützen. Im Speziellen geht es in dieser Arbeit um den intravenösen Konsum von Substanzen, der ein besonderes Risiko für diese Gruppe darstellt. Das Ziel des Projekts ist es, eine Grundlage für eine maßgeschneiderte Beratungsintervention zu schaffen, die auf die Bedürfnisse der Menschen, die

Substanzen intravenös konsumieren, unter Berücksichtigung von lokalen Ressourcen und kontextuellen Faktoren, eingeht.

Im Kapitel II. werden zunächst grundlegende Begriffe und Phänomene zur Thematik erläutert, um ein Verständnis für die Ausgangssituation und die Kontexte, in denen sich die Betroffenen befinden, zu schaffen. Kapitel III. geht näher auf die spezifische Problemstellung hinsichtlich der Risiken des intravenösen Substanzkonsums ein, und beschreibt die potenziellen Barrieren und Lösungsansätze hinsichtlich dieser. Die Ziele des Projekts und die dafür entwickelten Forschungsfragen werden in Kapitel IV. präsentiert. Für die Entwicklung eines ersten Wirkmodells für diese Intervention wurden verschiedene Modelle herangezogen. Die Einbettung der generierten Daten und die verwendete Methodik werden in Kapitel V. veranschaulicht. Diese werden durch die Anwendung des Medical Research Council Frameworks zur Entwicklung von komplexen Interventionen unterstützt. Diese Entwicklung umfasste die Durchführung eines Rapid Reviews und qualitative Interviews mit Klient:innen und Mitarbeiter:innen einer Suchthilfeeinrichtung. Das Design für die Maßnahme wurde nach einem Modell zur Interventionsentwicklung, dem „behaviour change wheel“, dem Verhaltensänderungsrads auf Deutsch, gestaltet, und bildet die Grundlage für das Wirkmodell, welches im Ergebnisteil, in Kapitel VI, erläutert wird. Sowohl die Ergebnisse der Evidenzsynthese des Rapid Reviews, als auch die Ergebnisse der qualitativen Datenerhebungen befinden sich in diesem Abschnitt. In Kapitel VII. werden die Ergebnisse hinsichtlich der aktuellen Literatur und Erkenntnisse diskutiert. Es werden die theoretischen und praktischen Implikationen sowie die wissenschaftliche Relevanz beschrieben und kritisch reflektiert. Das Projekt wird hier zusammengefasst und es werden Ausblicke für die zukünftige Arbeit hinsichtlich der beschriebenen Thematik gegeben.

Mit der Durchführung dieses Forschungsprojekts im Rahmen dieser Masterarbeit sollte ein weiterer Schritt zur Würdigung des Rechts auf Gesundheit für alle Menschen, ungeachtet ihrer Herkunft, persönlichen Umstände und Erkrankung gemacht werden. Die in dieser Arbeit enthaltenen offenen Diskussionen und Beschreibungen des Themas des intravenösen Substanzkonsums sollen einen Beitrag zur Entstigmatisierung leisten und die Entwicklung von evidenzbasierten, evaluierbaren Interventionen für diesen Fachbereich anregen.

II. THEORETISCHE BEZÜGE

1. Sucht und Abhängigkeit

Sucht wird als eine wiederholte starke Motivation, eine gezielte Handlung auszuführen, die nicht für das Überleben notwendig ist, und welche ein signifikantes Potential für ungewollten Schaden hat, beschrieben (EMCDDA, 2013). Der Begriff Sucht leitet sich aus dem Wort „siech“ ab, und hat die Bedeutung von „krank“ bzw. Krankheit (Barth, 2016). Sucht oder Suchterkrankungen, werden fachlich auch als Abhängigkeitserkrankungen bezeichnet. Sie sind chronische Erkrankungen, die in einer komplexen, dynamischen Interaktion zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren verankert sind (WHO & UNODC, 2020). Die Begriffe Sucht und Abhängigkeit werden häufig synonym verwendet. In der 10. Version der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD), das Klassifikationssystem für körperliche und psychische Störungen der World Health Organisation (WHO), wird das Abhängigkeitssyndrom, bzw. die Abhängigkeitserkrankung unter Punkt zwei (Codes F10 bis F19) folgendermaßen definiert:

„Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln, bei denen typischerweise ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen (Craving), und Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren, sowie anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen, bestehen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben und es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff, auf eine Substanzgruppe oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen beziehen“ (BfArM, 2024).

Die ICD ist eine Sammlung von menschlichen Störungen und Gesundheitsproblemen, welche in circa 180 Ländern der Welt angewandt wird (Matone et al., 2022). Um die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung zu stellen, müssen mindestens drei der oben genannten Elemente, wie zum Beispiel Toleranzentwicklung, Craving, Kontrollverlust mindestens einen Monat lang gleichzeitig, oder wiederholt innerhalb von zwölf Monaten vorhanden sein (Heinz et al., 2022). Die genannten Kriterien beziehen sich auf die sogenannten stoffgebundenen oder substanzgebundenen Abhängigkeiten. Die ICD wird von der WHO regelmäßig überarbeitet und am 1. Jänner 2022 trat eine

neue, überarbeitete, 11. Version der ICD in Kraft (Matone et al., 2022). Eine wesentliche Änderung in der letzten Überarbeitung ist, dass substanzgebundene Abhängigkeiten, wie in der ICD-10 unter den Codes F10 bis F19 beschrieben, mit den nicht-substanzgebundenen Abhängigkeiten, wie Gambling-Disorder und Gaming-Disorder, in einem Kapitel „disorders due to substance use or addictive behaviours“, auf Deutsch „Störungen aufgrund von Substanzgebrauch oder süchtigen Verhaltensweisen“, zusammengefasst wurden (WHO, 2022). Dies veranschaulicht, dass sich eine Sucht nicht zwingend auf eine oder mehrere Substanzen beziehen muss, sondern sich auch auf ein bestimmtes Verhalten beziehen kann.

Man unterscheidet hier zwischen den substanzgebundenen oder stoffgebundenen, und nicht-substanzgebundenen Abhängigkeiten, die den Charakter der psychischen, körperlichen und sozialen Abhängigkeiten beinhalten können (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022). Die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen ist ein komplexes Zusammenspiel vieler Faktoren. Kielholz und Ladewig (1973) bieten einen Überblick dieser Faktoren mit ihrem Modell zur Entstehung von Drogenabhängigkeit, dem sogenannten „Suchtdreieck“.

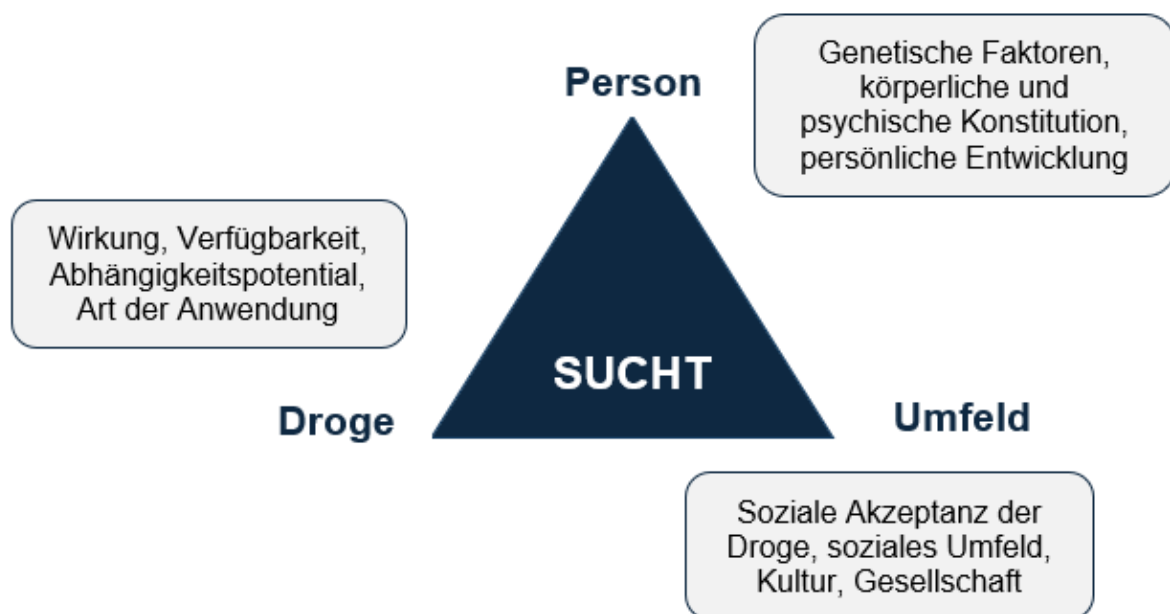


Abbildung 1 (eigene Darstellung): „Suchtdreieck“ von Kielholz und Ladewig (1973)

In diesem bio-psycho-sozialen Modell gibt es drei Bereiche: die Person (Mensch), die Droge (Mittel) und das soziale Umfeld (Milieu), die die Entstehung von Suchterkrankungen beeinflussen (Kielholz und Ladewig, 1973). Diese Bereiche lassen sich auch

in den Diagnosekriterien der ICD wiederfinden. Wie in dem Kapitel der „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ in der ICD-10 beschrieben, umfasst das Abhängigkeitssyndrom nicht nur eine psychische Abhängigkeit und den Drang trotz potenzieller negativer Konsequenzen, eine Substanz zu konsumieren, sondern ebenfalls die Dimension der körperlichen Abhängigkeit, die bei stetigem Gebrauch durch neuroadaptive Veränderungen entstehen kann (BfArM, 2024; Heinz et al., 2022). Suchterkrankungen gehören mitunter zu den schwersten der psychiatrischen Erkrankungen (Fischer & Komorowski, 2023).

Die soziale Komponente oder negative soziale Konsequenzen aufgrund von Abhängigkeitserkrankungen, seien diese substanzgebunden oder nicht, spielen eine wesentliche Rolle. Sie erhöhen die Komplexität dieser Erkrankungen und haben gleichzeitig das Potenzial, Suchtverhalten zu verstärken und die Genesung (recovery) zu erschweren (WHO & UNODC, 2020). Somit leiden Betroffene und deren Angehörige nicht nur unter den körperlichen und/oder psychischen Komplikationen, die von Suchterkrankungen verursacht und/oder begünstigt werden, sondern auch unter den potenziell negativen sozialen Auswirkungen. Diese umfassen zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Armut, unsichere Wohnsituation, oder rechtliche Schwierigkeiten, durch den Umgang mit illegalen Substanzen oder Aktivitäten (Gegenhuber, 2019). Die ICD-11 berücksichtigt diese Problematiken. Diese werden hier jedoch nicht zwingend für die Diagnose einer Abhängigkeit herangezogen, da sie nicht immer einen Krankheitswert haben.

Die neue Version der ICD bietet einen niederschwelligen Zugang zu einer Diagnose durch die Neu-Gruppierung von Schlüsselsymptomen (Heinz et al., 2022), jedoch bedeutet dies nicht, dass jede Person, die eine Substanz konsumiert, oder spielt (gaming, gambling), eine Abhängigkeitserkrankung hat. Weiters kann zwischen Gebrauch, schädlichem Gebrauch bzw. Missbrauch und Abhängigkeit differenziert werden (Gegenhuber, 2019). In der neuen Version der ICD werden auch einzelne Episoden und der schädliche Gebrauch von Substanzen kategorisiert, um frühe Identifikation und Intervention zu ermöglichen. Dies verdeutlicht, dass jeglicher Gebrauch von Substanzen mit einem potenziellen Risiko verbunden ist (Matone et al., 2022). Rund 271 Millionen aller Menschen, das sind rund 5,5% der Menschen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren weltweit, haben im Jahr 2017 zumindest einmal eine illegale

Substanz konsumiert. 35 Millionen dieser, das sind rund 0,7%, haben eine Abhängigkeitserkrankung (WHO & UNODC, 2020). Die WHO unterscheidet den schädlichen Substanzgebrauch von einer Abhängigkeit. Bei vielen der Betroffenen zeigt sich jedoch auch häufig ein fließender Übergang von vereinzelt bzw. genussorientiertem Konsum, über einen schädlichen Gebrauch, bis hin zu einer manifesten Abhängigkeitserkrankung (Fischer & Komorowski, 2023).

2. Substanzen und Konsum

Illegale sowie legale Substanzen können in verschiedenen Modalitäten konsumiert werden. Und zwar nicht nur regelmäßig oder gelegentlich, sondern auch durch die verschiedenen Möglichkeiten der Aufnahme bzw. Applikation. Dies umfasst zum Beispiel die orale, nasale, inhalative oder intravenöse Anwendung von Drogen und Substanzen, wie beispielsweise Alkohol, Kokain, Heroin oder Medikamente. Da sich diese Arbeit mit dem intravenösen Konsum von Substanzen befasst, wird auf diese Form des Konsums näher eingegangen. Intravenöser Konsum ist die Aufnahme einer oder mehrerer Substanzen über die Vene. Dabei werden Substanzen, wenn nicht bereits flüssig, in diese Form gebracht, und mittels einer Spritze und Nadel in die Vene appliziert (Gegenhuber, 2019). Der Vorteil der intravenösen Applikation ist, dass die Substanzen schneller und stärker wirken (Fischer & Komorowski, 2023). Es können verschiedene Substanzen auf diese Weise konsumiert werden, und die am häufigsten verwendeten Gruppen werden hier kurz beschrieben.

Opiate und Opioide sind legale und illegale, natürliche, halb-synthetische oder synthetische Stoffe, die zum Teil aus natürlichen Quellen, wie dem Schlafmohn, gewonnen werden, und die ihre Wirkungen durch die Bindung an Opioidrezeptoren im Gehirn entfalten. Dazu gehören Substanzen, wie Morphin, Heroin (Diacetylmorphin), Codein oder auch Substitutionsmittel, wie Morphinsulfat (Substitol) oder Methadon (Gegenhuber, 2019). In der Medizin werden Opioide häufig zur Schmerzbekämpfung und zur Narkoseeinleitung verwendet. Diese Substanzen wirken schmerzlindernd, können jedoch, vor allem nach intravenöser Aufnahme, kurzfristig Euphorie und ein Wärmegefühl auslösen sowie ein Gefühl der tiefen Entspannung. Bei längerer und regelmäßiger Anwendung kann es durch neuroadaptive Vorgänge zu einer Toleranzentwicklung kommen. Das heißt, die Person muss mehr von der Substanz einnehmen, um den gewünschten Effekt zu erleben. Besteht ein körperliches Abhängigkeitssyndrom,

kommt es bei abruptem Stopp des Konsums dieser Substanzen zu körperlichen Entzugssymptomen, wie Schwitzen, Unruhe, Schmerzen, Nausea, Frieren, Zittern, etc., welche als sehr unangenehm empfunden werden und mehrere Tage oder Wochen andauern können. Bei Einnahme hoher Dosen von Opioiden oder Opiaten besteht die Gefahr einer tödlichen Überdosis, da diese Substanzen atemdepressiv wirken (Fischer & Komorowski, 2019).

Kokain und Crack sind illegale Substanzen, die aus den Blättern des Kokastrauches gewonnen werden und zählen zur Gruppe der Stimulantien, welche euphorisierend und leistungssteigernd wirken und ein Hochgefühl auslösen. Sie können ebenfalls intravenös konsumiert werden, und wirken sich durch ihre starken anregenden Effekte negativ auf den Organismus, vor allem auf das Herz-Kreislauf-System, aus (Gegenhuber, 2019). Psychiatrische Komorbiditäten, wie Depressionen oder Psychosen, treten häufig bei chronischem Gebrauch dieser Stimulantien auf (Barth, 2016). Die Wirkungen der Substanz treten, vor allem beim intravenösen Konsum, innerhalb von wenigen Sekunden ein, dauern jedoch nur wenige Minuten. Kokain und Crack haben ein hohes Suchtpotential, da das Gehirn beim Konsum dieser durch Dopamin überflutet wird. Durch eine Abstinenz, bzw. wenn die Substanz nicht konsumiert wird, bleibt dieser Effekt aus und es kann ein neuerliches Verlangen nach der Droge entstehen (Fischer & Komorowski, 2023). Eine körperliche Abhängigkeit, wie bei chronischem Opiatkonsum, entsteht selten, jedoch kommt es häufig zu einer starken psychischen Abhängigkeit (Barth, 2016).

Amphetamine (Speed) und Methamphetamine (Crystal Meth) sind weitere illegale Substanzen der Gruppe der Stimulantien, die intravenös konsumiert werden können. Sie sind durch ihre anregenden, euphorisierenden und leistungssteigernden Effekte dem Kokain und Crack ähnlich (Gegenhuber, 2019). Ebenfalls ist die Abhängigkeit eher psychisch. Methamphetamine haben durch ihre potentere Wirkung ein höheres Abhängigkeitspotential (Fischer & Komorowski, 2023). Die negativen psychischen und körperlichen Folgen sind denen des Kokains ähnlich, jedoch kann es bei Methamphetamin wegen seiner hohen Potenz zu stärkeren Beeinträchtigungen und Schäden kommen (Gegenhuber, 2019).

Legal verordnete oder illegal erworbene Arzneimittel werden häufig missbräuchlich verwendet und können auch intravenös appliziert werden. Dazu gehören Substanzen aus den Gruppen der Beruhigungs- und Schlafmittel bzw. Sedativa, wie Benzodiazepine, Z-Substanzen oder Pregabalin, die auf die GABA (Gamma-Aminobuttersäure)-Rezeptoren im Gehirn wirken. Diese Substanzen haben eine angstlösende, beruhigende und schlaffördernde Wirkung. Ein längerer, regelmäßiger Gebrauch führt zur Toleranzentwicklung und einem körperlichen Abhängigkeitssyndrom. Entzugssymptome wie Unruhe, Herzrasen und epileptische Anfälle können beim abrupten Absetzen dieser Substanzen auftreten (Fischer & Komorowski, 2023).

3. Akzeptanzorientierung und Harm Reduction

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen kann im stationären, wie ambulanten oder extramuralem Setting stattfinden. Ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung sind psychologische Therapien. Diese werden häufig mit sozialen oder psychosozialen Beratungs- und Betreuungsangeboten, die oftmals auch mit pharmakologischen Interventionen unterstützt werden, kombiniert (WHO & UNODC, 2020). Für die Abhängigkeit von Substanzen wurden über viele Jahre abstinenzorientierte Programme und Behandlungen eingesetzt, die jedoch nicht alle Betroffenen, aufgrund ihrer Hochschwelligkeit, erreichen konnten (Gegenhuber, 2019).

Zieloffene Konzepte, die Abstinenz, sowie kontrollierten und sicheren Konsum beinhalten, bieten eine Alternative zu den traditionellen streng abstinenzfokussierten Behandlungen (Harm Reduction Coalition, 2020c). So individuell, wie die Personen, die von Abhängigkeitserkrankungen betroffen sind, sind auch die Behandlungsmodelle und -optionen. Eine Akzeptanz gegenüber dem Konsum und den Konsument:innen, die selbst über ihr Leben und ihre Lebensweisen bestimmen können, mit oder ohne den Gebrauch von Substanzen, prägt die Sichtweise, der neuen, zieloffenen und akzeptanzorientierten Behandlungsansätze (Aldrian, 2019).

Da Abstinenz bzw. eine lebenslange Symptombefreiheit für viele der Betroffenen nicht realistisch ist, und Abhängigkeitserkrankungen häufig zu zahlreichen Folgeschäden im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich führen, die sich deutlich auf die Funktionsfähigkeit, das Wohlbefinden und die Lebensgestaltung auswirken, ist die

Verbesserung von gesundheitsbezogener Lebensqualität ein zentrales Ziel der Behandlung (Lähner & Lehmann, 2020).

Ein Ansatz, der die Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität als zentrale Konzepte beinhaltet, ist die Harm Reduction, im Deutschen auch als „Schadensminimierung“, „Schadensbegrenzung“ oder „Schadensminderung“, bezeichnet. Sie beinhaltet Interventionen, Programme, Leitlinien und Standards, die versuchen, die gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden, die durch Abhängigkeitserkrankungen für Individuen, Gemeinschaften und Gesellschaften entstehen, zu minimieren (EMCDDA, 2010). Harm-Reduction-Modelle umfassen verschiedene Ansätze und Haltungen (siehe Abbildung 2, Seite 10), die prinzipiell darauf basieren, dass Abhängigkeitserkrankungen einen chronischen Charakter haben, und von stabilen und instabilen Phasen geprägt sind. Die Harm-Reduction-Bewegung akzeptiert, dass punitive Ansätze in der Drogenpolitik zu einer fortschreitenden Kriminalisierung und Stigmatisierung der Betroffenen führen können, und dass die Gesundheit aller Menschen zu schützen ist, ungeachtet ihrer Herkunft und ihrer Erkrankung (Harm Reduction International, 2020).

Seit den Anfängen der Harm-Reduction-Bewegung in den 80er- und 90er-Jahren, haben vor allem die Betroffenen selbst, trotz starker Kriminalisierung, Stigmatisierung und Marginalisierung sowie stetiger Unterfinanzierung, immer wieder neue Innovationen im Bereich der Suchthilfe und -behandlung geschaffen, und vorangetrieben (SAMHSA, 2023). Menschen mit Expert:innenwissen aus eigener Erfahrung mit der Erkrankung, auch als „Peers“ bezeichnet, sind somit häufig Teil des Behandlungs- und Unterstützungssystems und leisten hier einen positiven Beitrag (Tracy & Wallace, 2016).

Die Förderung von sozialer Gerechtigkeit und die Verteidigung der Menschenrechte sind wichtige Aspekte der Harm-Reduction-Bewegung (Knowledge Action Change, 2020). Während Harm Reduction als das erweiterte Konzept der philosophischen und politischen Bewegung zur Schadensminimierung beschrieben wird, versteht man unter „Risk Reduction“ oder „Safer Use“ die spezifischen Werkzeuge und Programme, die eingesetzt werden, um die Betroffenen über die Risiken des Substanzkonsums zu informieren, und praktische Hilfen zu bieten, um die potenziellen Schäden zu vermeiden und zu reduzieren (Harm Reduction Coalition, 2020b).



Abbildung 2 (eigene Darstellung und Übersetzung): Harm-Reduction-Prinzipien (Harm Reduction Coalition, 2022)

Schadensminderung kann zum einen durch die Bereitstellung von Substanzen oder Produkten zur Schadensbegrenzung, wie, zum Beispiel Substitutionsmittel, wie Methadon oder Nikotinersatzprodukte, stattfinden oder durch andere Strategien und Programme, die weniger schädliche Verhaltensweisen propagieren und fördern (Knowledge Action Change, 2020). Harm-Reduction-Programme werden als kosteneffektiv beschrieben und haben langfristig positive gesellschaftliche Wirkungen, wie zum Beispiel das Reduzieren von sozialen Ungleichheiten (Harm Reduction International, 2023).

„Safer-Use“-Angebote sind oftmals niederschwellige Angebote und umfassen nicht nur strukturelle Unterstützungsangebote wie Spritzentauschmöglichkeiten oder Konsumräume, sondern werden auch stets durch medizinische und psychosoziale Beratungen ergänzt, welche klientenorientiert, im Einzelkontakt oder im Gruppensetting stattfinden können (WHO & UNODC, 2020). Die Arbeit im Kontext der Suchthilfe basiert deshalb häufig auf bio-psycho-sozialen Modellen, wie jenes von George Engels (1977), welches auf der Theorie basiert, dass ein komplexes Zusammenspiel von biologischen/genetischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren zum

Substanzkonsum beitragen und diese Bereiche somit in die Entwicklung von Präventions- und Behandlungsstrategien miteinbezogen werden müssen (Skewes & Gonzalez, 2013). Das Bio-Psycho-Soziale-Modell (BPSM) wird in der Literatur als eines der besten Ansätze beschrieben, da es eine nützliche, kohärente und personenzentrierte Grundlage für das Verständnis von Sucht und Abhängigkeitserkrankungen bietet (Becoña, 2018).

4. Pflege im Suchthilfebereich

Da bei der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in den verschiedenen Bereichen meist ein bio-psycho-sozialer Ansatz verfolgt wird, findet diese gewöhnlicherweise in einem multi-professionellen Team statt. Neben Ärzt:innen, Sozialarbeiter:innen, Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und anderen Berufsgruppen, begleiten auch Pflegepersonen die Betroffenen auf ihrem Behandlungsweg (WHO & UNODC, 2020).

Pflegepersonen besitzen aufgrund ihrer Ausbildung eine Reihe an Fähigkeiten, die für die Versorgung von Klient:innen, vor allem jener, die Substanzen intravenös konsumieren, von Bedeutung sind. Dazu gehören zum Beispiel Wundversorgung, Phlebotomie, Hygiene, und Beratungen zu Themen, wie Sexualgesundheit, Infektionsprophylaxe und Gesundheitsförderung (Bartlett et al., 2013). Pflegepersonen erfüllen hier nicht nur aufgrund ihrer Nähe zu den Betroffenen in der direkten Versorgung eine wichtige Rolle, sondern auch aufgrund ihrer ethischen Verpflichtungen, die durch die Profession vorgegeben werden (International Council of Nurses, 2021).

Das heißt, dass Pflegepersonen sich auch für die Entwicklung bedürfnisorientierter Programme einsetzen und diese mit vorantreiben, vor allem im Bereich der Harm Reduction, welche präventive und gesundheitsfördernde Ansätze propagiert (Kerber et al., 2020). Aufgrund der Komplexität von Abhängigkeitserkrankungen bedarf es nicht nur spezieller Programme, sondern auch, dass Pflegepersonen selbst bestimmte Fähigkeiten und Kompetenzen besitzen, wie zum Beispiel die Fähigkeit, nicht-verurteilend oder wertend zu kommunizieren. Im englischsprachigen Raum ist die Rolle der „Addiction Nurse“ oder „Substance Misuse Nurse“ bereits etabliert, welche sich durch ein vertieftes Wissen hinsichtlich Abhängigkeitserkrankungen und deren Komplikationen sowie psychosozialen Kompetenzen in den Bereichen der Harm Reduction und

Recovery auszeichnen (Wason et al., 2021). Unumgänglich ist jedoch ein holistischer, personenzentrierter Ansatz, der die Prioritäten der Betroffenen wahrnimmt, um gesundheitsförderliche Veränderungen zu erzielen. Eine bestimmte Flexibilität in der Arbeit mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankung ist ebenfalls notwendig, um therapeutische Kontakte aufrechtzuerhalten (Seabra et al., 2023).

Eine spezialisierte Versorgung durch Pflegepersonen wäre, aufgrund der Komplexität dieser Erkrankungen, auch für den österreichischen Kontext denkbar. Bis dato existiert jedoch keine solche Rolle. Dennoch sind Pflegepersonen maßgeblich an der Beratung der Betroffenen auch in Österreich beteiligt. Beratungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention werden im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz als pflegerische Kernkompetenzen definiert und Pflegepersonen nutzen verschiedene Modelle, um diese einzusetzen. Neben personenzentrierter Gesprächsführung, systemischer oder lösungsorientierter Beratung, führen sie mitunter auch Beratungen, die Verhaltensänderungen evozieren sollen (Hacker et al., 2021).

Prävention und Strategien zur Schadensminderung werden im nächsten Kapitel näher beschrieben. Diese sind speziell auf das Phänomen des intravenösen Substanzkonsums und dessen Risiken ausgerichtet. Der Fokus liegt hier auf der Thematik der injektions-assoziierten bakteriellen Infektionen.

III. PROBLEMSTELLUNG

5. Intravenöser Konsum von Substanzen und die Risiken

Obwohl jegliche Abhängigkeit oder Sucht, in Zusammenhang mit einem bestimmten Verhalten, einer Handlung und/oder dem Konsum von einer oder mehreren Substanzen mit Risiken verbunden ist, gehört der intravenöse (IV) Konsum zu einer der risikoreichsten Formen (Tran et al., 2020; Novak & Kral, 2011) und Personen, die Substanzen intravenös konsumieren, setzen sich einer Reihe von injektions-assoziierten Risiken wie Überdosis, viralen und bakteriellen Infektionen aus (EMCDDA, 2001). Die Gruppe der Personen, die Substanzen intravenös konsumiert, ist nicht nur aufgrund der psychischen und sozialen Folgen des Suchtmittelgebrauchs, sondern vor allem aufgrund der körperlichen Risiken und Folgeschäden, die durch diese Art der Applikation erhöht sind, vulnerabel (NICE, 2012). Diese Personen werden häufig aufgrund von Vorurteilen und Stigma von der Gesellschaft ausgegrenzt und haben infolge von negativen Erfahrungen meist wenig Vertrauen in das Sozial- und Gesundheitssystem (Muncan et al., 2020).

Bei der intravenösen Applikation werden Substanzen parenteral über die Venen mit einer Injektion, durch eine Spritze mit einer Nadel, administriert. Verglichen mit anderen Anwendungen, wie intramuskulären oder subkutanen Injektionen, bietet die intravenöse Form die stärksten und schnellsten Effekte der konsumierten Substanzen, da diese das Gehirn durch den Kreislauf quasi umgehend erreichen und fast keine der Wirkungen durch metabolische Vorgänge verlieren (Wang & Maher, 2019). Dies ist jedoch nur einer der Gründe, warum Betroffene die intravenöse Anwendung bevorzugen (Guise et al., 2017).

Die Gruppe von Personen, die diese Applikationsform nutzt, wird in der Literatur auch als „people who inject drugs“ (PWID) bezeichnet, und weist mitunter wesentlich mehr Probleme im Zusammenhang mit dem Drogengebrauch auf, wie zum Beispiel eine stärkere Abhängigkeit, höhere Arbeitslosigkeitsraten und mehr körperliche, sowie psychische Komorbiditäten (Novak & Kral, 2011). Weitere Gründe für den intravenösen Konsum von Substanzen sind vor allem die Erzielung des gewünschten Effektes, sprich des „Highs“, trotz fortschreitender Toleranzentwicklung, sowie die Bewältigung von Schmerz und Trauma und die Sicherung von Verbundenheit und Identität im sozialen Kontext innerhalb der Gruppe der PWID (Guise et al., 2017). Menschen, die

Substanzen IV konsumieren, berichten jedoch nicht nur einen positiven Effekt durch die konsumierten Stoffe selbst, sondern auch durch die Rituale, die sie bei der Präparation und während des Konsums durchführen, durch welche sie Wohlbefinden erleben (Hanoa et al., 2022).

Schätzungen zur Prävalenz des IV Substanzkonsums liegen bei 15,6 Millionen Menschen weltweit (Degenhardt et al., 2017). In Österreich konsumieren geschätzt zwischen 9.300 bis 14.800 Personen regelmäßig Opiode IV (Anzenberger et al., 2023). Im niederschweligen Suchthilfesetting geben rund 64% der Betroffenen an, jemals intravenös konsumiert zu haben, und im Jahr 2022 wurden in Österreich circa 6,4 Millionen Spritzen, die für den IV Konsum verwendet wurden, getauscht (Busch et al., 2023).

Die IV Applikation von Substanzen ist mit vielen Risiken verbunden, wie das Risiko einer tödlichen Überdosis, der Ansteckung mit viralen Infektionen, wie Hepatitis oder HIV (Human Immunodeficiency Virus), und der Entstehung von bakteriellen Infektionen, die durch verunreinigte Substanzen, schlechte Injektionstechniken sowie durch unhygienische Injektionspraktiken verursacht werden können (Harm Reduction Coalition, 2020a).

Im Jahr 2020 wurden in der Europäischen Union (EU) 5.796 drogeninduzierte Todesfälle berichtet, was rund 17 Fälle pro einer Million Einwohner entspricht. In 74% der tödlichen Überdosierungen wurden Opiode nachgewiesen (EMCDDA, 2022). In Österreich wurden im Jahr 2020 191 direkt drogenbezogene Todesfälle berichtet, was rund 23 Fälle pro einer Million Einwohner entspricht. In 76% der Fälle wurden Opiode nachgewiesen. Ein beträchtlicher Risikofaktor für eine tödliche Überdosierung ist der Konsum von mehreren Substanzen gleichzeitig (Busch et al., 2021). Die Tendenz der tödlichen Überdosierungen ist steigend und im Jahr 2022 wurden in Österreich 248 Überdosierungen berichtet (Busch et al., 2023). Diese Tendenz ist ebenfalls im gesamten EU-Raum zu vermerken. Im Jahr 2021 wurden hier bereits 6.166 tödliche Überdosierungen dokumentiert (EMCDDA, 2024). Vor allem die Form der IV Applikation von Substanzen erhöht das Risiko einer tödlichen Überdosierung beträchtlich (WHO, 2014), welche nach HIV oder AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), die zweithäufigste Todesursache bei den Betroffenen ist (Degenhardt et al., 2010).

Das Risiko der Ansteckung mit einer viralen Infektion ist bei Menschen, die IV konsumieren, wesentlich erhöht (ECDC & EMCDDA, 2023) und jede Injektion stellt ein potenzielles Risiko dar. Weltweit wird geschätzt, dass 17,8% dieser Gruppe mit HIV leben (Degenhardt et al., 2017) und in Österreich befindet sich die Prävalenz bei null bis drei Prozent (Busch et al., 2021). Eine Ansteckung mit dem Hepatitis-Virus ist ein weiteres Risiko, das durch den IV Konsum ansteigt (ECDC & EMCDDA, 2023). Die Prävalenz von Hepatitis-C (HCV) Ansteckungen, verifiziert durch HCV-Antikörper-Testungen, liegt in dieser Gruppe weltweit bei 52,3 % (Degenhardt et al., 2017). In Österreich wurden HCV-Antikörper-Raten von bis zu 84% im niederschweligen Suchthilfesetting berichtet. Hepatitis-B-Infektionen (HBV) wurden in Österreich bei bis zu 28% der IV Konsument:innen beobachtet (Busch et al., 2021), im Vergleich zu rund 9,1% weltweit (Degenhardt et al., 2017). Die europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, die „European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction“ (EMCDDA) erwähnt mitunter, dass PWID nicht nur ein erhöhtes Risiko für eine Ansteckung mit HIV oder einer viralen Hepatitis haben, sondern auch mehr vulnerabel für Atemwegsinfekte, Tuberkulose, sexuell übertragbare Krankheiten und bakterielle Infektionen sind (ECDC & EMCDDA, 2023).

6. Intravenöser Substanzkonsum und bakterielle Infektionen

Bakterielle Infektionen zählen zu den führenden Komplikationen, die beträchtlich zu einer höheren Morbidität und Mortalität von Personen, die Substanzen intravenös konsumieren, beitragen (Harris et al., 2018). Die Prävalenz von bakteriellen Infektionen bei PWID, die vor allem durch mangelnde Hygiene vor und nach der Injektion verursacht werden, liegt bei rund 44% (Moradi-Joo et al., 2019).

Dwyer et al. (2009) berichten jedoch in ihrer Studie, dass rund 95% der 393 Befragten zumindest eine Erfahrung mit einer nicht-gefährlichen bakteriellen Infektion (z.B. vorübergehende Bakteriämie) und rund 40% der Befragten, zumindest eine Erfahrung mit einer gefährlichen bakteriellen Infektion (z.B. Endokarditis) gemacht hatten.

Larney et al. (2017) berichten in ihrem systematischen Review eine weit gestreute Prävalenz, der durch bakterielle Infektionen verursachten Haut- und Weichteilkomplikationen bei PWID, von sechs bis 69%. Für den österreichischen Kontext gibt es bis dato keine Zahlen zur Prävalenz der injektions-assoziierten bakteriellen Infektionen

bei PWID und es konnten auch keine spezifischen Studien zur Thematik identifiziert werden. Jedoch lässt sich unter Berücksichtigung der aktuellen Praxiserfahrung feststellen, dass bakterielle Infektionen im Zusammenhang mit dem intravenösen Substanzkonsum nicht nur ein international weit verbreitetes Phänomen sind.

Die Entstehung dieser Infektionen kann durch verschiedene Typen von Bakterien und Pilzen, die sich in der Umgebung, auf der Haut oder anderen Körperteilen der Betroffenen befinden, und die Drogen oder das Injektionsmaterial bzw. das Spritzbesteck kontaminieren, verursacht werden. Vor allem Pilze der Candidagruppe, Streptokokken und Staphylokokken-Arten, inklusive Methicillin-Resistenter Staphylococcus Aureus (MRSA) und A-Streptokokken verursachen lokale oder systemische Infektionen, wenn diese durch die Injektion in den Körper gelangen. Sie können auch durch die Bakterien Clostridium botulinum (Botulismus), Clostridium tetani (Tetanus) und Bacillus anthracis (Milzbrand) ausgelöst werden. Diese sind jedoch seltener (ECDC & EMCDDA, 2023). Pathogene können nicht nur an der Einstichstelle, in oder unter der Haut, im punktierten Blutgefäß, im subkutanen oder muskulären Gewebe, sondern auch in ferneren Organen Beschwerden herbeiführen (Sanchez et al., 2021).

Zu den lokalen Infektionen gehören Zellulitis, Follikulitis, und kutane und subkutane Abszesse, die sich durch Schwellungen, Rötungen, Irritationen und Schmerzen an der betroffenen Stelle äußern. Sie können sich in den oberen Hautschichten befinden (Erysipel), aber auch in das tiefere Gewebe eindringen (Phlegmone). Die anfänglichen Symptome können zunächst harmlos erscheinen, jedoch in weiterer Folge zu schwerwiegenden, lebensbedrohlichen Komplikationen, wie Endokarditis und Sepsis, führen (Robertson et al., 2021). Phlebitis, oder Venenentzündung, ist die Entzündung des Blutgefäßes selbst und kann mitunter zu Thrombosen führen, welche wiederum lebensbedrohliche Lungenembolien auslösen können (Visconti et al., 2019). Tiefe Venenthrombosen betreffen größere Venen, meist in den Beinen, welche zu Schwellungen, Rötungen und Schmerzen führen und eine schnelle Behandlung erfordern (Robertson et al., 2021).

„Skin Tracks“ oder auch „Track Marks“ genannt, entstehen durch thrombosierte Venen, die durch Entzündungen oder Irritationen verursacht werden. Hier kommt es zu Vernarbungen im Gewebe und einer Hyperpigmentierung der Haut (Prodinger &

Laimer, 2023). Nekrotisierende Faszitis ist eine weitere mögliche Folge der Einführung von Bakterien in den Organismus durch kontaminierte Injektionen. Diese gefährliche Infektion verbreitet sich rasch in den Muskelfaszien und führt innerhalb von wenigen Tagen zum Gewebeabbau (Nekrosen). Dies kann in kurzer Zeit lebensbedrohliche Folgen mit sich bringen (Prodinger & Laimer, 2023). Vorübergehende Bakteriämie, umgangssprachlich auch „Schüttler“ genannt, ist eine systemische Reaktion des Körpers auf Verunreinigungen, die mittels der IV Applikation in die Blutbahn gelangen. Sie drückt sich durch Symptome wie Unwohlsein, Fieber, Schüttelfrost und Schmerzen aus, die gewöhnlicherweise nur kurze Zeit anhalten. Sie können jedoch Anzeichen einer Sepsis sein, sollten diese Symptome nicht abklingen.

Chronische Veneninsuffizienz und nicht-behandelte Infektionen können mitunter zu Ulzerationen der Injektionsstelle oder anderen Hautregionen, oftmals an den Beinen, führen und sind häufig schwer zu behandeln (Robertson et al., 2021). Infektiöse Endokarditis ist eine Entzündung der Herzinnenhaut, die häufig bei Personen, die Substanzen injizieren auftritt und die ebenfalls durch Bakterien verursacht wird (Visconti et al., 2019). PWID sind aufgrund ihrer Situation meist vulnerabler und erleben schlechtere Outcomes bei dieser Erkrankung. Das heißt, sie haben höhere Raten von operativen Eingriffen, Krankenhausaufenthalten und eine höhere Mortalität (Thakrar et al., 2019).

Die Entstehung von bakteriellen Infektionen und deren Folgen wird beim intravenösen Substanzkonsum durch mehrere, komplex ineinandergreifende Faktoren begünstigt. Es besteht die Möglichkeit, dass die injizierten Drogen selbst Bakterien, Pilze und andere Partikel enthalten, vor allem, da diese häufig mit Streckmitteln vermengt und unter möglichen unhygienischen Bedingungen hergestellt und manipuliert werden. Daher wird empfohlen, jegliche Substanzen, bei der Präparation zu filtern (Jauffret-Roustide et al., 2018).

Es können auch Arzneimittel, die nicht für eine intravenöse Anwendung gedacht sind, wie zum Beispiel Morphinsulphate oder Benzodiazepine, durch Injektion in die Vene, konsumiert werden. Die in diesen Arzneimitteln enthaltenen Zusatzstoffe, wie Talkum, Stärke oder mikrokristalline Cellulose (MCC), können ebenfalls Schäden verursachen (Darke et al., 2015). Die Wirkungen oder Eigenschaften der Substanzen selbst, wie

zum Beispiel bei Kokain, das durch seinen korrosiven Charakter die Gefäße verletzt, können die Anreicherung mit Pathogenen und die Entstehung von Komplikationen begünstigen.

Substanzen können aber auch durch ihre Effekte, wie zum Beispiel der Verengung der Blutgefäße, oder einer reduzierten Wahrnehmung, aufgrund der betäubenden Wirkung (anästhetischer Effekt) sowie einer vermehrten Anzahl von Injektionen selbst, aufgrund einer kurzen Wirkdauer einer Substanz oder einer erhöhten Risikobereitschaft aufgrund von Effekten, wie Euphorie oder Enthemmtheit, zu vermehrten Schäden führen (Robertson et al., 2021). Auch andere zur Präparation benötigte Beimengungen und Lösungsmittel, wie zum Beispiel Ascorbinsäure bei Heroin, können bei übermäßigem Gebrauch die Venen irritieren und schädigen (Harris et al., 2019). Vasculäre Verletzungen und ein erschwerter venöser Zugang begünstigen die Entwicklung von Problemen, wie die Entstehung von Abszessen oder Thrombosen (Larney et al., 2017).

Intramuskuläre und subkutane Injektionen, ob beabsichtigt oder nicht, begünstigen weiter die Entstehung von lokalen Entzündungen (Phillips et al., 2010; Smith et al., 2015; Baltes et al., 2020), welche bei einer Nicht-Behandlung zu systemischen und chronischen Komplikationen, wie Sepsis oder chronischen Ulzerationen der Haut führen können (Larney et al., 2017). Das Infektionsrisiko steigt mit der Anzahl der getätigten Injektionen, und der Dauer des IV Konsums (Doran et al., 2020).

Warum Betroffene häufiger injizieren, liegt zum einen am Substanzgebrauch bzw. dem Konsummuster, das von der Substanz selbst abhängig ist, sowie an der bestehenden Venensituation und der Erfolgsquote der Injektionen. Die sogenannten Fehl-injektionen, „missed hits“ im Englischen, sind mit einer hohen Anzahl von Komplikationen verbunden und sind mit schlechter Injektionstechnik, reduziertem Venenzugang und ungenügender Hygiene assoziiert. Das Verwenden von stumpfen Nadeln durch Nadel-Teilen („Needle-Sharing“) oder dem mehrmaligen Verwenden der eigenen Nadel, erhöhen die Chance von Verletzungen (Hope et al., 2016). Fehlinjektionen können bei den Betroffenen zu negativen Gefühlen, wie Ängsten, Stress und Frustration führen. Das Injizieren in dieselbe Stelle, bzw. das Nicht-Rotieren der Venen, führt zu weiteren Schäden, da die Gefäße nach den durch die Injektion verursachten Traumata

nicht ausreichend heilen können (Harm Reduction Coalition, 2020b). Zu Beginn injizieren die Betroffenen meist in die oberen Extremitäten, sprich Arme und Hände, was mit weniger Komplikationen verbunden ist, jedoch weichen viele aufgrund von schmerzhaften und obstruierten Venen, oder um den Konsum zu verbergen, mit der Zeit auf andere Stellen, wie Beine oder die Oberschenkelvenen (Vena femoralis) aus. Dies ist mit höheren Risiken verbunden (Robertson et al., 2021).

Körperliche Faktoren, wie Venenbeschaffenheit, somatische Komorbiditäten, wie HIV oder Hepatitis, sind nicht die einzigen individuellen Aspekte, die das Risiko der injektions-assoziierten bakteriellen Infektionen erhöhen. Hierbei spielen ebenfalls psychische, kognitive und verhaltensbedingte Faktoren eine wesentliche Rolle. So sind risikante Verhaltensweisen in Zusammenhang mit dem IV Konsum bei Menschen mit psychiatrischen Komorbiditäten häufiger zu beobachten (Williams et al., 2017). Schlechte Vorbereitung, körperliche Entzugserscheinungen oder Suchtdruck (Craving) können dazu beitragen, dass die Betroffenen zum Beispiel Hygienemaßnahmen vernachlässigen (Phillips et al., 2013).

Motivation und Interesse daran, die Risiken des Drogenkonsums zu minimieren, werden vor allem durch Hoffnungslosigkeit, Ängste vor einem schmerzhaften Entzug, und einem Defizit für Selbstfürsorge negativ beeinflusst. Wissen, persönliche Erfahrungen, und die Wahrnehmung, wie einfach oder aufwändig risikoreduzierende Praktiken sind, steuern dies weiter (Westafer et al., 2024). Ein höherer Bildungsgrad und eine höhere wahrgenommene Verhaltenskontrolle sind zum Beispiel mit niedrigeren wahrgenommenen Barrieren zur Hautreinigung assoziiert (Kenney et al., 2020). Das Vernachlässigen der Hautreinigung führt mitunter zu einer signifikanten Erhöhung der Haut- und Weichteilinfektionen (Baltes et al., 2020). Andere Verhaltensweisen, wie das Teilen von Injektionsmaterialien, das Ablecken von Nadeln vor dem Gebrauch oder die Injektion durch eine andere Person, zeigen ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang mit Haut- und Weichteilinfektionen (Dahlman et al., 2017).

Diese Verhaltensweisen können von einem komplexen Zusammenspiel von sozialen und Umwelt-Faktoren beeinflusst werden. Frauen haben zum Beispiel ein höheres Risiko, Komplikationen durch bakterielle Infektionen zu entwickeln, sowie Menschen, die im familiären Kontext bzw. mit Partnern konsumieren. Dies kann vermutlich auf

wahrgenommene reduzierte Risiken, aufgrund von Gefühlen, wie Vertrauen und Sicherheit, zurückgeführt werden (Smith et al., 2015). Dies könnte jedoch auch mit Macht und Kontrolle in der jeweiligen Beziehungsstruktur zu tun haben (Harm Reduction Coalition, 2020b). Der soziale Kontext spielt mitunter eine Rolle bei der Aufrechterhaltung des IV Konsums, sowie bei der Aneignung von unsicheren Injektionspraktiken (Hanoa et al., 2022). Strukturelle Gegebenheiten, wie zum Beispiel der Zugang zu Hygienematerialien und zeitliche Ressourcen stellen weitere Barrieren zu sicheren Injektionspraktiken dar (Bonar & Rosenberg, 2014). Wohnungslosigkeit führt beispielsweise oftmals zum Konsum im öffentlichen Raum und fördert unsichere und gefährliche Konsummuster, vor allem, da ein erschwerter oder mangelnder Zugang zu Materialien und Ressourcen, wie Wasser, besteht (Harris et al., 2020). Die verschiedenen Elemente, die Einfluss auf das individuelle Risiko haben, können ebenfalls im „Suchtdreieck“ dargestellt werden, um einen Überblick über diese komplexe Thematik zu schaffen (siehe Abbildung 3).

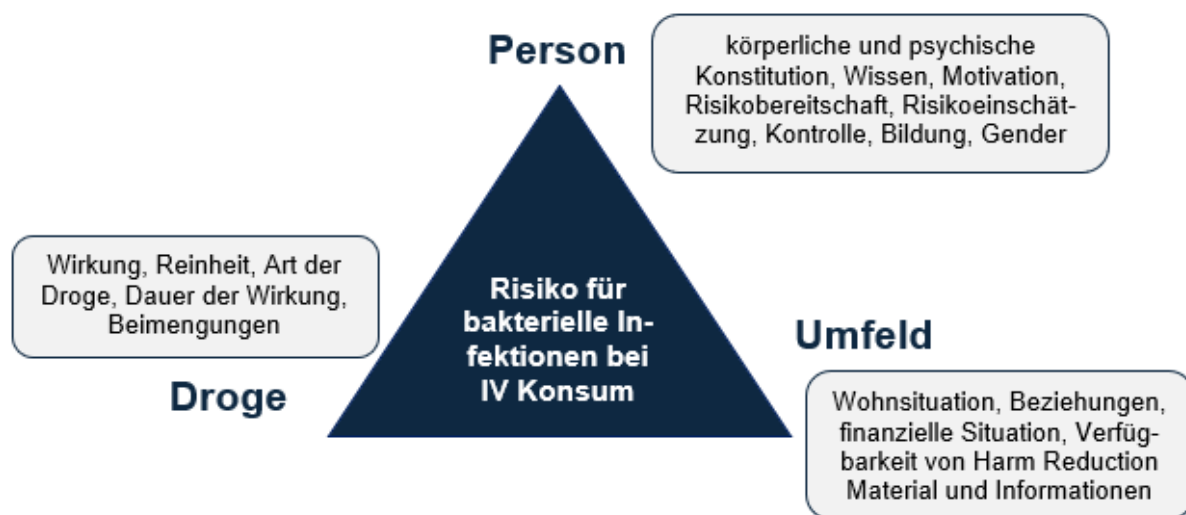


Abbildung 3 (eigene Darstellung): Risikofaktoren im „Suchtdreieck“ von Kielholz und Ladewig (1973)

Behandlungen für die Komplikationen, die durch bakterielle Infektionen entstehen, sind weitreichend. Zellulitis an der Injektionsstelle kann häufig mit oralen Antibiotika behandelt werden. Abszesse müssen jedoch oftmals mit einem chirurgischen Eingriff geöffnet und entleert werden (Robertson et al., 2021). Gibt es keine Anzeichen einer systemischen Infektion, können diese Behandlungen auch ambulant durchgeführt werden (Visconti et al., 2019). Die Behandlung von Venenthrombosen kann außer

einer Antikoagulation die chirurgische Entfernung des Thrombus erfordern. Chronische Wunden benötigen oftmals ein aufwändiges und langwieriges Wundmanagement, welches durch den fortlaufenden Konsum von Substanzen und somatischer Komorbiditäten negativ beeinflusst werden kann (Robertson et al., 2021). Die komplexe Behandlung von infektiöser Endokarditis wird in erster Linie mit Antibiotika durchgeführt, erfordert jedoch auch in manchen Fällen chirurgische Eingriffe, wie den Einsatz von künstlichen Herzklappen (Altersberger et al., 2024).

Trotz Wissen über bakterielle Infektionen und deren Risiken nehmen viele der Betroffenen, aufgrund von negativen Erfahrungen und Stigma, häufig keine professionelle Hilfe in Anspruch und versorgen sich zum Teil selbst. Dies kann zu einer Verschlechterung des Problems führen, da hier häufig nicht-verschriebene Antibiotika inkorrekt angewendet, und/oder kleine chirurgische Eingriffe, ohne richtige Schulung, Technik und Material durchgeführt werden (Gilbert et al., 2019). Ein fortwährender bzw. kontinuierlicher Substanzkonsum und die Unterschätzung der Risiken der Komplikationen sind weitere Gründe, warum PWID keine Unterstützung oder Hilfe suchen (Monteiro et al., 2020).

Hope et al. (2015) stellten in ihrer Studie fest, dass die Befragten erst nach fünf Tagen oder später nach den ersten Symptomen medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. Wright et al. (2020) fanden in ihrer Befragung von 455 PWID, dass 46% ihre schlimmsten Haut- und Weichteilinfektionen selbst versorgten und 43% der Befragten sogar zehn oder mehr Tage warteten, bis sie Hilfe suchten. Ängste bezüglich schlechter Behandlung und Vorurteile sind oftmals Gründe dafür (Figgatt et al., 2021). Das Erleben von Komplikationen kann starke negative Gefühle und Stigma verursachen, und viele ändern ihr Verhalten erst, nachdem sie eine negative Erfahrung gemacht haben (Dunleavy et al., 2019).

Die Entstehung eines großen Teils der bakteriellen Infektionen ist jedoch vermeidbar (Wright et al., 2020), und obwohl viele Suchthilfeeinrichtungen bereits präventive, schadensminimierende Harm-Reduction-Angebote, wie Spritzentauschmöglichkeiten und Harm-Reduction-Informationskampagnen anbieten, liegt der Fokus häufig auf der Prävention von viralen Infektionen und Überdosierungen (Hope et al., 2015). Diese

Angebote und Programme werden bereits ausführlich in der Literatur beschrieben und stellen einen wichtigen Teil der evidenzbasierten Behandlung dar.

7. Prävention von bakteriellen Infektionen

Wie bereits beschrieben, gibt es eine Reihe von Harm-Reduction-Angeboten, die auf die Prävention von viralen Infektionskrankheiten und Überdosierungen fokussieren, welche auch durch die Suchthilfeeinrichtungen in den österreichischen Bundesländern umgesetzt werden (EMCDDA, 2019). Weniger Fokus liegt auf den präventiven Strategien zur Vermeidung von bakteriellen Infektionen, wie auch Hrycko et al. (2022) in ihrer qualitativen Studie zu bakteriellen Infektionen bei Personen mit intravenösem Substanzkonsum feststellen konnten. Viele der Studienteilnehmer:innen berichteten hier über die Risiken und Folgen des Teilens des Injektionsbestecks Bescheid zu wissen, jedoch weniger über die Ursachen, die Prävention und die Folgen von bakteriellen Infektionen aufgeklärt gewesen zu sein.

Phillips und Stein (2010) berichteten in ihrer Studie zu Risikopraktiken für bakterielle Infektionen in PWID, dass die Befragten nur bei rund der Hälfte der Injektionen Hände- und Hauthygiene durchführten und Injektionsmaterial vor der Wiederverwendung fast nie reinigten. Da das Problem der bakteriellen Infektionen ein prävalentes ist, das beträchtlich zum Leiden der Betroffenen und der Belastung des Gesundheitssystems beiträgt, vor allem, da diese Menschen oftmals durch negative Erfahrungen nicht zeitnah Hilfe in Anspruch nehmen, kann die Entwicklung von klientenorientierten Programmen und Interventionen zu dieser Thematik als sinnvoll betrachtet werden (Phillips et al., 2013).

Um der Entstehung von Infektionen beim IV Konsum vorzubeugen, bedarf es Interventionen, die in Kombination mit gesundheitsfördernden Maßnahmen strukturelle und verhaltensbedingte Faktoren berücksichtigen. Die Verfügbarkeit von Opioid-Substitutions-Behandlungen bietet zum Beispiel die Möglichkeit, den Konsum von Substanzen zu reduzieren, sowie eine Anbindung an weitere Unterstützungsangebote zu ermöglichen (ECDC & EMCDDA, 2023).

Die Abstinenz vom oder die Reduktion des IV Konsums könnte zu einer beträchtlichen Reduktion von bakteriellen Infektionen führen (Islam et al., 2019). Dies ist jedoch nicht

für alle der Betroffenen realistisch, weil entweder die strukturellen Gegebenheiten nicht vorhanden sind oder die Personen selbst nicht in der Lage sind, den IV Konsum zu reduzieren oder zu stoppen. Wichtig sind somit weitere Angebote, die die Risiken des IV Konsums senken, wie zum Beispiel Spritzentauschmöglichkeiten, die steriles Injektionsmaterial, Filter, und andere Hygienematerialien zur Verfügung stellen (ECDC & EMCDDA, 2023).

Eine weitere Möglichkeit injektions-assoziierte bakterielle Infektionen und andere Komplikationen vorzubeugen, ist die Bereitstellung von intravenöser Substitutionstherapie, wie medizinisches Heroin (Diacetylmorphin) oder andere injizierbare Mittel, wie Hydromorphon. Diese Substanzen werden in einer kontrollierten Umgebung eingenommen, in der die Betroffenen Zugang zu adäquaten Materialien, Anlagen und psychosozialen Unterstützungsangeboten erhalten (Metrebian et al., 2014).

„Drug consumption rooms“, Konsumräume in Deutsch, oder umgangssprachlich „Druckräume“ genannt, bieten eine weitere Option für IV Konsument:innen, in einer sicheren Umgebung Substanzen zu konsumieren und Suchthilfeangebote in Anspruch zu nehmen. Die konsumierten Substanzen werden in diesem Fall von den Betroffenen selbst mitgebracht und in der Einrichtung konsumiert (ECDC & EMCDDA, 2023).

Wichtige Komponenten aller Behandlungsangebote sind jedoch die Beratung und Edukation der Betroffenen bezüglich der Risiken des Substanzkonsums. Behandlungsmodalitäten werden immer von Beratungsmaßnahmen begleitet, die vor allem in den niederschweligen Settings auf Harm Reduction spezialisiert sind, und außer den strukturellen sozialen Angeboten auch versuchen, auf der individuellen Ebene zu agieren. Dies umfasst zum Beispiel Beratungen zur Infektionsprophylaxe und Verhaltensänderungsmaßnahmen.

Interventionen, die sich im Spezifischen mit dem Thema der Hygienepraktiken beim IV Konsum als präventive Maßnahme zur Vorbeugung von bakteriellen Infektionen befassen, wurden bereits entwickelt und in verschiedenen Kontexten getestet (Mezaache et al., 2021; Ivan et al., 2016; Stein et al., 2020). Diese Vorbeugung kann auf mehreren Ebenen durch eine Vielfalt von Angeboten und Programmen erfolgen,

jedoch sind diese stark an den politischen und rechtlichen Kontext gebunden (Brothers et al., 2023).

Während in einigen Ländern, wie zum Beispiel in Deutschland oder in der Schweiz, eine Vielfalt von strukturellen Suchthilfeangeboten zur Verfügung stehen, gibt es bis dato in Österreich keine intravenöse Substitutionsmöglichkeit oder Konsumräume (Stritzek et al., 2023). Vor allem Konsumräume bieten die Möglichkeit, vulnerable Personen mit Hochrisikokonsum, welche oftmals schwer in das Behandlungssystem aufzunehmen sind, zu erreichen (Kinnard et al., 2014).

Während es in Österreich bereits Beratungsangebote gibt, die auf dem aktuellen Wissen und der besten Praxis basieren, besteht kein zielgerichtetes, evidenz-basiertes Konzept, das derzeit im niederschweligen Setting angewandt wird, und welches spezifisch auf die Prävention von bakteriellen Infektionen eingeht.

IV. FORSCHUNGSZIELE UND FORSCHUNGSFRAGEN

Das Ziel dieser Arbeit ist es, eine evidenzbasierte Grundlage für eine beratungsorientierte Intervention zu schaffen, welche die Risiken von injektionsbedingten bakteriellen Infektionen, bei Personen mit IV Substanzkonsum reduziert. Ein Fokus liegt hier auf Hygiene bzw. Hygienepraktiken, im Rahmen der Harm Reduction. Aufgrund der speziellen und komplexen Problemstellung werden verschiedene Aspekte im Detail untersucht. Dies hat zum Ziel, die potenzielle Wirksamkeit der beratungsorientierten Maßnahme zu erhöhen. Ein fundiertes, evidenzbasiertes Grundkonzept soll diese beratungsorientierte Intervention für zukünftige Evaluierungen zugänglich machen.

Folgende Fragestellungen ergeben sich für dieses Forschungsvorhaben:

- Welche Interventionen existieren bereits und welche Wirkungen lassen sich darstellen?
- Welche Inhalte werden für die Entwicklung der Intervention benötigt?
- Welche Rahmenbedingungen, in Bezug auf die Umsetzung und Didaktik, werden benötigt?
- Welche Theorien können zur Erklärung der Prozesse, die die gewünschten Veränderungen, die durch die Intervention erzielt werden sollen, herangezogen werden?
- Wie stellt sich eine logische Begründung zwischen Intervention und Wirksamkeit der Intervention dar?

V. METHODISCHES VORGEHEN

8. Komplexe Interventionen

Da eine beratungsorientierte Maßnahme für die komplexe Problemstellung des intravenösen Substanzkonsums speziell auf die Zielgruppe und das Setting ausgerichtet sein muss, wird sie in diesem Projekt als komplexe Intervention behandelt (Craig et al., 2008). Das Forschungsvorhaben orientiert sich an den Elementen der revidierten Version des Medical Research Council (MRC) Frameworks (siehe Abbildung 4) nach Skivington et al. (2021), welche die Entwicklung und Evaluierung von komplexen Interventionen beschreibt. Das MRC Framework wird gewählt, da es die notwendige Struktur bietet, die Intervention, basierend auf der verfügbaren Evidenz und in deren unmittelbaren Kontext, zu entwickeln (Craig et al., 2008). Von Vorteil ist hier die umfangreiche Literatur, die zur theoretischen und praktischen Applikation des MRC Framework identifiziert werden konnte, und die hier den Entwicklungsprozess leitet.

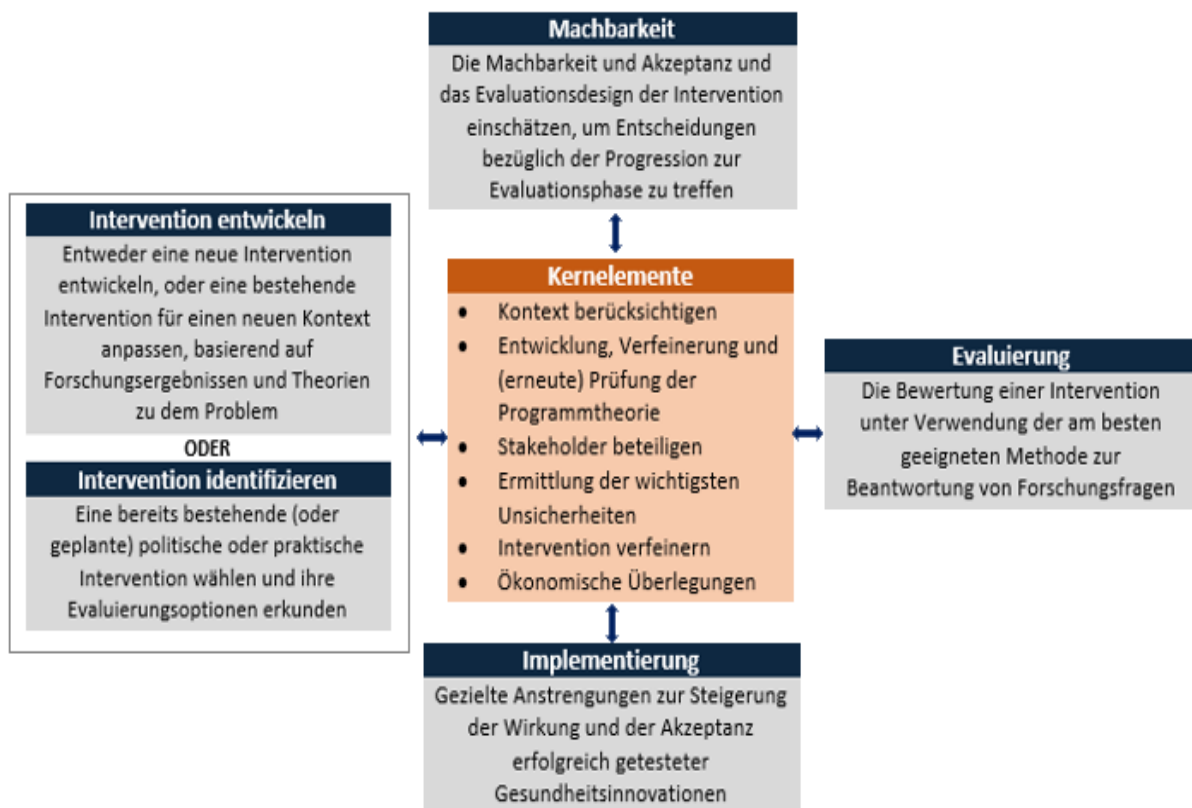


Abbildung 4 (eigene Darstellung und Übersetzung): MRC Framework

Die erfolgreiche Interventionsentwicklung umfasst nicht nur die Miteinbeziehung von Evidenz und Theorie, sondern auch die Berücksichtigung der gegebenen Strukturen und der Machbarkeit der Umsetzung in der täglichen Praxis (Turner et al., 2019). Für die Entwicklung von komplexen Interventionen sind vor allem die Perspektiven der Interventionsempfänger:innen (Klient:innen) und Anwender:innen (Mitarbeiter:innen) bereits am Beginn zu berücksichtigen, da diese das Potenzial haben, die Akzeptanz und die Anwendbarkeit der Maßnahme zu erhöhen (Croot et al., 2019).

Insbesondere für den Bereich der niederschweligen, akzeptanzorientierten Suchthilfe ist dies von Relevanz, da Menschen, die Substanzen IV konsumieren, aufgrund ihrer komplexen Situation, oftmals schwieriger zu erreichen sind und deshalb spezielle bedürfnisorientierte Programme und Interventionen benötigen. Das Modell von Bleijenberg et al. (2018), welches sich im Speziellen mit der Entwicklung von Interventionen befasst, bietet einen guten Überblick über die Kernelemente, die für diese Phase von Bedeutung sind.

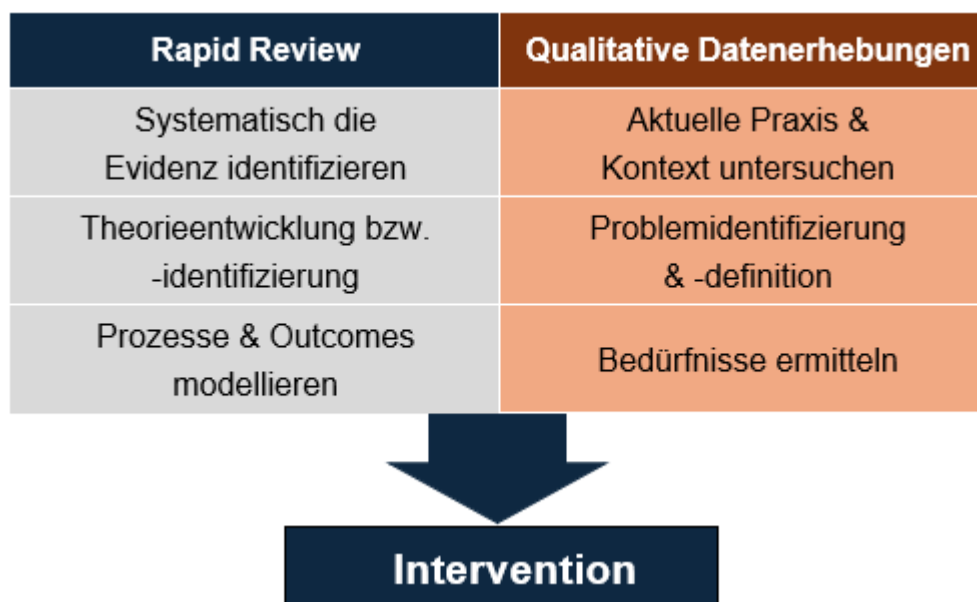


Abbildung 5 (eigene Darstellung): Entwicklungsphase MRC Framework mit den verwendeten Methoden

Die sechs Kernelemente bzw. Schritte in diesem Modell müssen nicht zwingend sequenziell absolviert werden und können auch für die Adaption bereits bestehender Interventionen genutzt werden (Corry et al., 2013). Das Modell von Bleijenberg et al. (2018) wurde vor dem letzten Update des MRC von Skivington et al. (2021) publiziert,

umfasst jedoch die in der letzten Version des MRC Frameworks enthaltenden Kernelemente, die für den Zweck dieser Arbeit für die Entwicklung der Maßnahme exploriert werden. Die Schritte des Modells von Bleijenberg et al. (2018) und die dazu verwendeten Methoden sind in Abbildung 5 abgebildet. Für einen Teil der Datengenerierung wird ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, um ein vertiefteres Bild des Phänomens des IV Substanzkonsums im niederschweligen Setting und der Bedürfnisse der Stakeholder zu erhalten (O’Cathain et al., 2019a). Um alle Komponenten des Modells von Bleijenberg et al. (2018) zu berücksichtigen, werden folgende Schritte umgesetzt:

- Die Durchführung eines Rapid Reviews
- Problemzentrierte Interviews mit sechs Klient:innen
- Problemzentrierte Interviews mit sechs Mitarbeiter:innen
- Die Synthese aller Ergebnisse zur Erstellung eines Wirkmodells

Da die Schritte im Entwicklungsmodell nicht sequenziell stattfinden müssen, und das Projekt im Rahmen einer Masterarbeit durch lediglich eine Person durchgeführt wird, werden die Ergebnisse aus dem Rapid Review und den qualitativen Datenerhebungen zur Ausarbeitung von mehreren Schritten genutzt.

9. Rapid Review

Das Rapid Review wird gewählt, da es ermöglicht, die Evidenz ressourcenschonender zu sichten, zu bewerten und zusammenzufassen. Beim Rapid Review werden bestimmte Regeln und Methoden angewandt, um den Prozess transparent darzulegen (Graf et al., 2021), welche jedoch auch, je nach Situation, flexibler eingesetzt werden können (Dobbins, 2017). Das Rapid Review soll nicht nur die aktuelle Evidenz zu Interventionen mit Fokus auf Hygienepraktiken zur Prävention von bakteriellen Interventionen identifizieren und deren Qualität beschreiben, sondern auch Daten zur Theorieentwicklung und Prozess- und Outcome-Modellierung liefern. Diese sollen zur Erklärung der Prozesse der gewünschten Veränderungen, die durch die Intervention erzielt werden sollen, beitragen (Bleijenberg et al., 2018). Die Erkenntnisse aus dem Rapid Review werden für die Erstellung eines ersten Wirkmodells miteinbezogen (O’Cathain et al., 2019b).

Rapid Review	
Systematisch die Evidenz identifizieren	Zusammenfassung der verfügbaren Evidenz zu bereits entwickelten Interventionen
Theorieentwicklung bzw. -identifizierung	Identifizierung einer passenden Theorie zur Wirkungsweise der Intervention & ihrer Komponenten
Prozesse & Outcomes modellieren	Entwicklung eines Wirkmodells für die Intervention auf Basis der Ergebnisse

Abbildung 6 (eigene Darstellung): Entwicklungsschritte aus dem Rapid Review

Um die benötigten Informationen für die Entwicklung der beratungsorientierten Intervention gezielt zu extrahieren und zu synthetisieren, werden neben den in Kapitel IV. vorgestellten Forschungsfragen auch Fragestellungen, die für die Studienbewertungen aus den Tools des Joanna Briggs Institute (2023) an die identifizierten Publikationen gestellt. Somit werden die Komponenten des Entwicklungsmodells von Bleijenbergh et al. (2018) berücksichtigt.

9.1 Suchstrategie und Studienselektion

In den Empfehlungen für Cochrane Rapid Reviews schlagen Garrity et al. (2021) vor, neben Fragestellungen ebenfalls PICO-Kriterien und weitere Ein- und Ausschlusskriterien anzuwenden. Die PICO-Kriterien dienen dazu das Thema weiters zu konkretisieren und die Fragestellung und Recherchen zu fokussieren (Dobbins, 2017). Der Buchstabe „P“ steht für „Population“, welche hier die Zielgruppe der Intervention darstellt. „I“ steht für die Intervention. „C“ steht für „Comparison“, die Vergleichsgruppe bzw. der Vergleich. „O“ steht für „Outcome“, welches in diesem Fall die Verbesserung der Hygienepraktiken ist. Neben den PICO-Kriterien werden noch weitere Einschlusskriterien angewandt, um die Recherchen zu präzisieren (siehe Tabelle 2, Seite 30).

Population	Personen, die Drogen/Substanzen intravenös konsumieren
Intervention	Beratungsmaßnahmen zu Hygienepraktiken beim IV Konsum
Comparison	Personen, die Drogen/Substanzen intravenös konsumieren und die Intervention nicht, oder eine andere Intervention erhalten
Outcome	Verbesserung der Hygienepraktiken

Tabelle 1: PICO-Kriterien für die Entwicklung der Suchbegriffe

Publikationsart	Synthesen, Leitlinien, Zusammenfassungen, Einzelne Studien
Publikations-jahre	2008-2023 (2019-2023 für Synthesen/Zusammenfassungen)
Sprachen	Englisch, Deutsch
Datenbanken	Cochrane Library, PubMed, EBSCO Datenbanken (CINAHL, SocINDEX, APA PsycInfo, PSYINDEX, MEDLINE, APA PsycArticles, DACH Information), SSOAR, Google Scholar

Tabelle 2: Einschlusskriterien für die Datenbankrecherchen

Suchbegriffe werden anhand der ersten Recherchen entwickelt und in verschiedenen Varianten kombiniert. Die Datenbankrecherchen sollten eine breite Reichweite haben, um möglichst viele Publikationen zur Thematik identifizieren zu können.

Population/Phänomen		Intervention		Outcome
"Drug Users" [Mesh] "Substance Abuse, Intra-venous" [Mesh] Substance abuse Substance use Drug abuse Drug addiction Drug use PWID IDU IVDU People who inject drugs Injectable drug users Intravenous drug users	AND	"Education" [Mesh] "Counselling" [Mesh] Advice Information Intervention* Education* Promotion Infection control Infection prevention Infection control and prevention Educational interven-tion*	AND	"Hygiene" [Mesh] Clean* Hygiene Skin Hand "bacterial infec-tion" NOT HIV HCV Hepatitis

Abbildung 7: Suchbegriffe der Datenbankrecherchen

Die Studienselektion umfasst mehrere Schritte (siehe Abbildung 8).

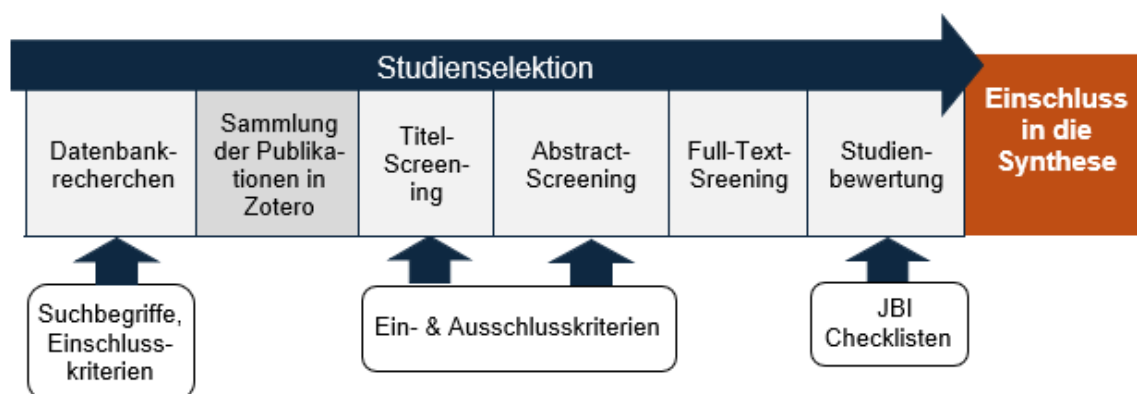


Abbildung 8: Prozess der Studienselektion

Alle Ergebnisse werden in das Literaturverwaltungsprogramm Zotero (Takats et al., 2023) übernommen und alle Titel werden auf deren Eignung gescreent.

Publikationen werden nach den folgenden Kriterien ausgewählt:

Titel-Screening	
Einschluss	Ausschluss
Erwachsene	Kinder, Säuglinge
Abhängigkeitserkrankung	Keine Abhängigkeitserkrankung
IV Konsum	Abhängigkeitserkrankung/Substanzkonsum ohne IV Konsum
Intervention für IV Konsument:innen	Berichtet die Prävalenz von IV Konsum
	Berichtet Korrelate von IV Konsum
Bakterielle Infektionen (Prävalenz, Prävention, Management)	Fokus liegt auf viralen Infektionen (Prävalenz, Prävention, Management)
Harm Reduction Safer Use Risky Injection Practice	Fokussiert nur auf HIV und Hepatitis Harm Reduction (Needle Sharing, Needle Exchange Programme)

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für das Titel-Screening

Von den ausgewählten Publikationen aus dem Titel-Screening werden die Zusammenfassungen bzw. Abstracts auf ihre Relevanz überprüft. Dies erfolgt nach den folgenden Kriterien:

Abstract-Screening	
Einschluss	Ausschluss
Intervention zu Hygienepraktiken und bakteriellen Infektionen	Keine Intervention
Harm Reduction zur Prävention von bakteriellen Infektionen	Harm Reduction zum Management von bakteriellen Infektionen
Edukative Strategien zur Förderung von Hygienepraktiken beim IV Konsum	berichtet über individuelle Erfahrungen oder Prävalenz von bakteriellen Infektionen
Strukturelle Strategien zur Förderung von Hygienepraktiken beim IV Konsum	

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien für das Abstract-Screening

Von den ausgewählten Publikationen aus dem Abstract-Screening werden die Volltexte aus den Datenbanken extrahiert und auf ihre Eignung geprüft.

9.2 Studienbewertung und Datenextraktion

Für die Prüfung der methodologischen Qualität und der Einschätzung des Biasrisikos werden die Checklisten des Joanna Briggs Institute angewandt (Aromataris & Munn, 2020). Die Publikationen werden mittels Punkten gescored und nach Stärke beschrieben. Die Publikationen werden je nach Score relativ zum Gesamtscore als niedrige (<50%), mittlere (50-70%) oder hohe (>70%) methodologische Qualität eingestuft. Je niedriger das Biasrisiko, desto höher die Punkteanzahl und somit die methodologische Qualität. Es werden alle Publikationen mit einem Score von über 50% eingeschlossen.

Die Datenextraktion orientiert sich an den Richtlinien für Rapid Reviews nach Dobbins (2017). Daten zum Publikationsjahr; Land, in dem die Studie durchgeführt wurde; Studiendesign; Stichprobe; Name der Intervention bzw. eine Kurzbeschreibung der Intervention und Kontrolle; gemessene Outcomes; Resultate und die Bewertung der Qualität (hoch – mittel - niedrig) und Punkten laut Joanna Briggs Checkliste (JBI Score) werden in eine Tabelle eingefügt, um einen Überblick über die untersuchten Interventionen zu geben (siehe Anhang, Seiten 143-146).

Autor, Jahr, Land	Studiendesign, Stichprobe	Intervention, Kontrolle	Gemessene Outcomes	Resultate	Qualität, JBI
-------------------	---------------------------	-------------------------	--------------------	-----------	---------------

Abbildung 9: Überschriften der Datenextraktion

Weiters werden die Informationen zu den theoretischen Grundlagen, den einzelnen Komponenten und Inhalten, deren prospektiven Wirkungen und erzielten Resultaten für jede Intervention in separaten Tabellen (siehe Anhang, Seiten 154 bis 160) eingefügt, um die Erkenntnisse, die für die Entwicklung des Wirkmodells benötigt werden, zusammenzufassen.

9.3 Evidenzsynthese

Wie im Rapid Review Guidebook von Dobbins (2017) empfohlen, werden die Ergebnisse aus dem Rapid Review narrativ zusammengefasst. Diese adressieren die für die Entwicklung der beratungsorientierten Intervention relevanten Forschungsfragen.

10. Problemzentrierte Interviews mit Klient:innen

Für die Problemidentifizierung und -definition, die Bedürfnisermittlung, die Untersuchung der aktuellen Praxis und des Kontextes werden Daten mittels problemzentrierter Interviews aus dem Werk von Witzel & Reiter (2022) erhoben.



Abbildung 10 (eigene Darstellung): Entwicklungsschritte aus den Klient:innen- und Mitarbeiter:inneninterviews

Die Methode des problemzentrierten Interviews wird gewählt, um die Erfahrungen und Perspektiven der Schlüssel-Stakeholder gezielt zu erfassen, ohne sie hierfür langen Befragungen auszusetzen. Personen mit Erfahrung von intravenösem Substanzkonsum werden hier als Klient:innen bezeichnet und sind hier die prospektiven Interventionsempfänger, bzw. die Zielgruppe. Sie können ihre Erfahrungen und Meinungen teilen, während sie selbst erweiterte Informationen zum Thema erhalten können.

Die Methode des problemzentrierten Interviews ist flexibel und niederschwellig anwendbar und schont Ressourcen. Sie ermöglicht einen erweiterten Erkenntnisgewinn durch das Bilden eines Arbeitsbündnisses und das Einbringen von Vorwissen durch die Forscherin (Witzel & Reiter, 2022). Ein Interviewleitfaden wird dafür anhand der verfügbaren Literatur zum Thema und den Komponenten des Entwicklungsmodells nach Bleijenberg et al. (2018) erstellt (siehe Anhang, Seite 165).

10.1 Stichprobe und Rekrutierung

Bei der Stichprobe für die Interviews handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe, da Klient:innen in einer niederschweligen Beratungsstelle direkt angesprochen und rekrutiert werden (Mayer, 2019). Die geplante Anzahl von sechs Interviews sollte somit erreicht werden. Bei der Rekrutierung wird aus ethischen und methodischen Gründen darauf geachtet, dass die befragten Klient:innen nicht in einem Behandlungsverhältnis mit der Forscherin stehen, da diese zum Zeitpunkt der Durchführung des Projekts in

der Einrichtung angestellt ist. Klient:innen müssen älter als 18 Jahre und voll einwilligungsfähig sein. Das heißt, sie sollten nicht beeinträchtigt oder intoxikiert sein und nicht unter dem Erwachsenenschutzgesetz vertreten sein. Erfahrung mit intravenösem Substanzkonsum und Opioid-Substitutionsbehandlung, aktuell oder in der Vergangenheit, sind weitere Voraussetzungen, um am Interview teilnehmen zu können.

Die Teilnahme am Interview ist freiwillig und alle Teilnehmer:innen erhalten eine Aufwandsentschädigung in Form eines 10-Euro-Einkaufs-Gutscheins und eine kleine Flasche Händedesinfektionsmittel. Das Interview wird nach Aufklärung und Unterzeichnung der Einwilligungserklärung in einem Beratungszimmer der Beratungsstelle geführt. Versorgung mit Getränken und Snacks wird von der Interviewerin angeboten, um für eine entspannte Atmosphäre zu sorgen. Das Interview wird anhand der Fragen im erstellten Leitfaden (siehe Anhang, Seite 165) durchgeführt, und verfolgt den problemzentrierten Ansatz, um gezielte Informationen über den Gegenstand zu erhalten und um die Interviewsituation kurz zu halten.

Teilnehmer:innen können frei auf die Fragen antworten, werden jedoch auch dazu aufgefordert, nicht nur ihre eigene, sondern gegebenenfalls die Situation anderer zu beschreiben. Dies wird von der Interviewerin bewusst durchgeführt, um mehr Informationen über die Thematik zu erhalten, da zu erwarten ist, dass Klient:innen aufgrund des sensiblen Themas eventuell zurückhaltender antworten könnten und sich vielleicht wohler fühlen, über die Erfahrungen der Peergruppe generell zu sprechen. Das Projekt muss von der zuständigen Ethikkommission mit einem positiven Ethikvotum bewilligt werden.

Einwilligung und Datenschutz

Alle Teilnehmer:innen werden vorab ausreichend über das Forschungsvorhaben aufgeklärt und bestätigten dies schriftlich mittels der Unterfertigung der Einwilligungserklärung (siehe Anhang, Seiten 166 bis 169). Alle Teilnehmer:innen erhalten eine Kopie der Einwilligungserklärung und die Originale werden laut Protokoll in einem sicheren Aufbewahrungsort archiviert. Die Klient:inneninterviews werden mit einem Diktiergerät aufgenommen und die Aufzeichnungen werden nach vollständiger Transkription und Auswertung gelöscht. Klarnamen werden in den Transkripten pseudonymisiert. Dies erfolgt durch Ersetzung des Klarnamens durch Codes. Die dabei verwendeten

Transkriptionsregeln, die an die Methode von Mayring (2022) angelehnt sind, werden im Anhang auf Seite 175 aufgelistet.

10.2 Datenanalyse

Die Datenanalyse, erfolgt nach strukturierter, deduktiver Kategorienanwendung nach Philipp Mayring (2022). Das Kategoriensystem leitet sich aus den Schritten des Entwicklungsmodells nach Bleijenberg et al. (2018) ab, und wird nominalskaliert. Die Analyseeinheiten sind alle Textstellen, in denen sich Aussagen zum Kontext des IV Konsums, der aktuellen Praxis der Hygiene- und Safer-Use-Praktiken, der Probleme hinsichtlich dieser und der Bedürfnisse der Klient:innen, befinden. Die kleinsten Kodiereinheiten sind einzelne Wörter, die größten ganze Absätze. Der empfohlene Ablauf für die strukturierte, deduktive Kategorienanwendung wird für die Datenanalyse adaptiert und beinhaltet folgende Schritte:

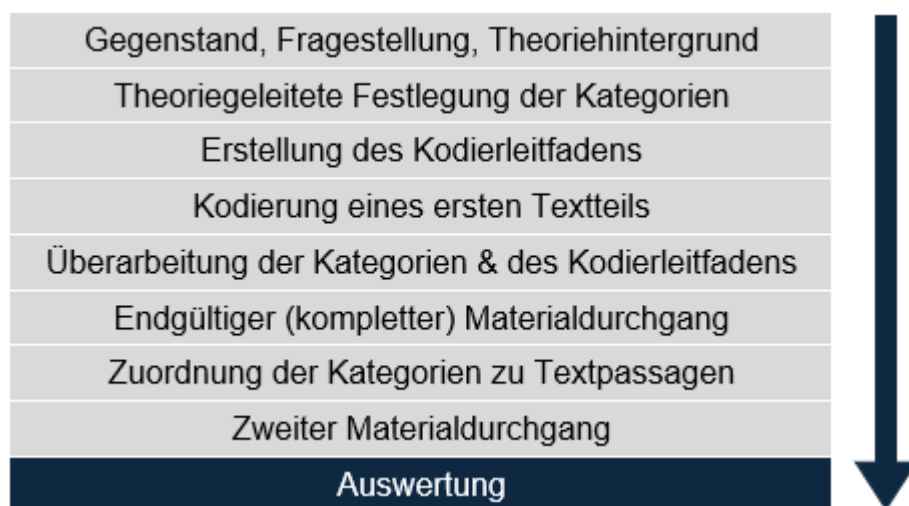


Abbildung 11: adaptiertes Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung

Im Kontrast zum vorgeschlagenen Modell im Werk von Mayring (2022) wird ein zweiter Materialdurchgang vorgenommen, da es für dieses Projekt nicht möglich ist, einen Inter-coder-Übereinstimmungstest durchzuführen.

Theoriegeleitete Festlegung der Kategorien

Die Hauptkategorien werden anhand der Schritte des Modells von Bleijenberg et al. (2018) entwickelt. Es werden somit vier Hauptkategorien festgelegt, mit Sub- bzw. Unterkategorien, die mit Hilfe der Ergebnisse aus dem Rapid Review erarbeitet werden.

Definition der Kategorien und Erstellung des Kodierleitfadens:

Für die einzelnen Kategorien und Unterkategorien werden Definitionen entwickelt, die mit Ankerbeispielen und Kodierregeln den Kodierleitfaden bilden, welcher nach dem Kodieren der ersten Textteile überarbeitet wird. Einzelne Überarbeitungen können ebenfalls bei späteren Kodierungen stattfinden (Mayring, 2022).

A: Kontext der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
A1: Ort des Konsums	Häufige Orte, an denen Klient:innen Drogen IV konsumieren, werden beschrieben, sowie die Umstände, in denen die Klient:innen konsumieren, zum Beispiel, die eigene Wohnung oder mit anderen.	„Eine Toilette ist auf jeden Fall nicht hygienisch, ja. Stiegenhäuser, ja, auf Baustellen ist es, glaube ich, am schlimmsten.“ (Interview 2, 80-81)	Merkmale der Orte und der Situation in Hinsicht auf die Möglichkeiten der Umsetzung von Hygienepraktiken werden kodiert.

Abbildung 12: Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden der Klient:inneninterviews

Der vollständige Kodierleitfaden befindet sich im Anhang (siehe Seiten 176 bis 179). Die Beschreibungen aller Kategorien und Unter- bzw. Subkategorien befinden sich im Ergebnisteil (siehe Seite 57 bis 73).

11. Problemzentrierte Interviews mit Mitarbeiter:innen

Wie im Abschnitt „10. Problemzentrierte Interviews mit Klient:innen“ ab Seite 33 beschrieben, wird ein problemzentrierter Ansatz gewählt, um die für die Entwicklung der beratungsorientierten Intervention benötigten Informationen gezielt und ressourcenschonend zu erfassen. Dies wird ebenfalls für die Erhebung der Mitarbeiter:innenperspektive umgesetzt. Die Interviews der Mitarbeiter:innen basieren gleichfalls auf den auf Seite 25 angeführten Forschungsfragen. Der dazu entwickelte Interviewleitfaden (siehe Anhang, Seite 170) beinhaltet Fragen zur aktuellen Praxis, dem Kontext und den Bedürfnissen der Mitarbeiter:innen in Bezug auf Safer-Use-Beratungen, sowie Fragen zu dem Kontext, den Problemen und den Bedürfnissen der Klient:innen hinsichtlich Hygienepraktiken beim IV Konsum und der Beratung aus der Sicht der Mitarbeiter:innen. Somit werden die Elemente aus dem Modell von Bleijenberg et al. (2018) aus der Sicht der potenziellen Interventionsanwender erfasst (siehe Abbildung 10, Seite 33).

11.1 Stichprobe und Rekrutierung

Es werden sechs Interviews mit Mitarbeiter:innen aus verschiedenen Bereichen einer niederschweligen Suchthilfeeinrichtung geplant. Das Einverständnis der jeweiligen Bereichsleitungen wird vorab eingeholt, und die Interviewpartner:innen werden danach direkt auf ihr Interesse an einer Teilnahme angesprochen. Die Stichprobe für die Mitarbeiter:inneninterviews wird bewusst aus verschiedenen Berufsgruppen und Bereichen gewählt, um die Repräsentativität zu erhöhen, und reichlich Informationen über die verschiedenen Beratungskontexte zu erhalten. Um die Diversität der Informationen zu erweitern, werden jeweils zwei Personen aus den Berufen der Sozialarbeit, Pflege und Medizin befragt. Ausschlaggebend für die Selektion sind ein regelmäßiger Klient:innenkontakt und die Erfahrung mit der Durchführung von Safer-Use-Beratungen mit Menschen, die Substanzen IV konsumieren. Es werden bewusst Personen angesprochen, die schon mehrere Jahre Erfahrung in der Arbeit mit Klient:innen aufweisen und Erfahrung diesbezüglich in verschiedenen Kontexten gemacht haben, um ein tieferes Verständnis für die Thematik zu erlangen. Alle Mitarbeiter:innen werden vorab über die Interviewsituation ausführlich aufgeklärt und unterzeichnen eine Einwilligungserklärung (siehe Anhang, Seiten 171 bis 174).

11.2 Datenanalyse

Die Datenanalyse der Mitarbeiter:inneninterviews gestaltet sich, wie in Punkt 10.2 (siehe Seite 35) beschrieben, nach einem strukturierten, deduktiven Schema, wie im Werk von Philipp Mayring (2022) vorgeschlagen. Dieselben Hauptkategorien, die auf dem Entwicklungsmodell von Bleijenberg et al. (2018) basieren und für die Auswertung der Klient:inneninterviews angewandt werden, werden ebenfalls für die Analyse der Daten der Mitarbeiter:inneninterviews verwendet. Das zur Analyse ausgewählte Material sind alle Transkripte aus den Mitarbeiter:inneninterviews und die Analyseeinheiten sind alle Textstellen mit Aussagen zum Kontext der Beratungen, die aktuelle Praxis, Probleme und Bedürfnisse hinsichtlich Beratungen und die Hygienepraktiken von Klient:innen beim IV Konsum. Wie in der Auswertung der Klient:inneninterviews können einzelne Wörter, als kleinste Kodiereinheiten oder ganze Absätze als größte Kodiereinheiten markiert werden. Die Schritte, wie im adaptierten Ablaufmodell (siehe Abbildung 11, Seite 35) abgebildet, werden auch für die Auswertung der Mitarbeiter:inneninterviews verfolgt.

Theoriegeleitete Festlegung der Kategorien

Wie im oberen Teil beschrieben, werden die vier Hauptkategorien aus den Klient:inneninterviews übernommen. Bei den Mitarbeiter:inneninterviews werden die Subkategorien adaptiert und nach Bedarf erweitert, um die Perspektiven aus der Sicht der Mitarbeiter:innen genauer abbilden zu können. Vor allem hier scheint es wichtig, deren Sicht auf die Probleme, Bedürfnisse und die aktuelle Praxis von Klient:innen in Bezug auf Hygiene beim IV Konsum zu erfassen, sowie ihre eigenen Probleme, Bedürfnisse und aktuelle Praxis in Hinsicht auf die Beratung zur Thematik darzustellen. Somit bilden sich in diesen Hauptkategorien andere und erweiterte Sub- bzw. Unterkategorien. Die ausführliche Beschreibung der Haupt- und Unterkategorien befindet sich im Ergebnisteil (ab Seite 74).

Definition der Kategorien und Erstellung des Kodierleitfadens

Für die Auswertung der Mitarbeiter:inneninterviews wird ebenfalls ein Kodierleitfaden mit Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln erstellt (siehe Anhang, ab Seite 176). Dieser wird gegebenenfalls nach der Kodierung der ersten Transkripte adaptiert.

B: Aktuelle Praxis in der Beratung und der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
B1: Beratungs-techniken	Beratungstechniken beinhaltet alle didaktischen Ansätze, die in der aktuellen Praxis genutzt werden, wie zum Beispiel Assessment oder Demonstration.	„Ich zeige bei mir und male auf, ich mache alles Mögliche.“ (Interview 8, 194).	Die Art und Weise wird kodiert, nicht die Inhalte. Inhalte werden in B3 unter Informationen kodiert.

Abbildung 13: Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden der Mitarbeiter:inneninterviews

Eine ausführliche Beschreibung der Haupt- und Unterkategorien befindet sich im Ergebnisteil unter Punkt 15. (siehe Seiten 74 bis 89).

Nach der ersten und zweiten Kodierung werden die vergebenen Codes auf ihre Verteilung über die Kategorien und Subkategorien untersucht, um häufig genannte Codes hervorzuheben, und eventuelle Unterschiede in den Nennungen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu identifizieren. Die Ergebnisse werden hernach narrativ zusammengefasst.

12. Entwicklung eines Wirkmodells

Um die Wirkungsmechanismen von komplexen Interventionen zu verstehen und evaluieren zu können, sind Programmtheorien maßgeblich, da sie verdeutlichen und erklären, wie eine Intervention die gewünschten Ziele und Outcomes erreicht (Funnel & Rodgers, 2011). Wirkmodelle oder Logikmodelle veranschaulichen eine Programmtheorie durch eine grafische Darstellung und sind vor allem in der Entwicklung von Interventionen von hoher Bedeutung, da sie die Einbindung wichtiger Stakeholder unterstützt und das Programm plausibel und legitim macht (Kellogg, 2004). Im MRC Framework wird die Erstellung von Programmtheorien, sowie Wirk- bzw. Logikmodellen empfohlen (Skivington et al., 2021).

Wesentliche Komponenten eines Wirkmodells sind:

- **Inputs:** Ressourcen, die in ein Programm investiert werden
- **Aktivitäten:** Handlungen, die bei Umsetzung des Programms ausgeführt werden
- **Outputs:** Erste Veränderungen, die durch das Programm erzeugt werden
- **Outcomes:** Intendierte Resultate des Programms
- **Impacts:** Langfristige Veränderungen für die Zielgruppe oder ein System

Diese Komponenten sind je nach Anwendung variabel und werden in verschiedenen Modellen teilweise unterschiedlich interpretiert (Funnel & Rodgers, 2011). Die obige Beschreibung ist für dieses Forschungsvorhaben gültig und umfasst somit nicht alle Definitionen dieser Elemente.

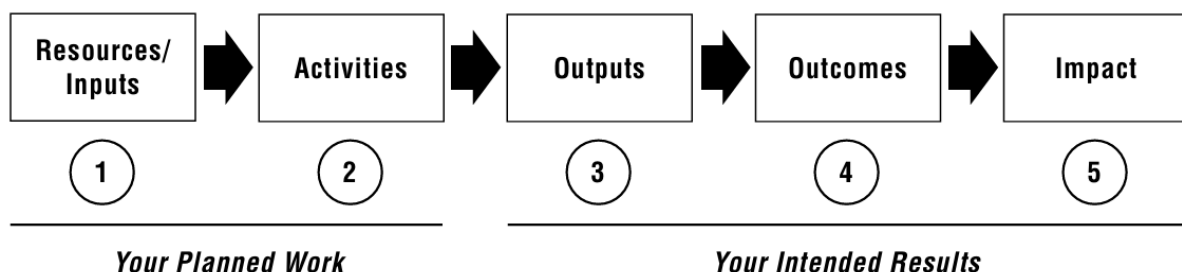


Abbildung 14: Logikmodell von W.A. Kellogg (2004)

Um die Basis für ein Grundkonzept der beratungsorientierten Intervention zu schaffen, das sich aus den Ergebnissen der Evidenzsynthese des Rapid Reviews sowie den qualitativen Daten ergibt, wird ein solches Wirkmodell erstellt, welches die benötigten Inputs und Aktivitäten darstellt, die die spezifischen Problemstellungen und

Bedürfnislagen, die sich aus den untersuchten Kontexten und der Praxis ergeben, berücksichtigt. Welche Outputs die Intervention liefern soll, sowie die gewünschten Outcomes und weitreichenderen Impacts werden hier ebenfalls visuell dargestellt. Das Logikmodell wird laut dem „W.K. Kellogg Foundation Logic Model“ (2004) erstellt. Es werden somit die Problemstellungen und Bedürfnisse der Stakeholder erörtert, auf die die beratungsorientierte Intervention mit Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen und Kontexte wirken soll, um die Interventionsziele zu erreichen, welche mittels grafischer Darstellung plausibel und machbar dargestellt und verdeutlicht werden (Kellogg, 2004).

Die spezifischen Komponenten der Intervention werden jedoch vorab mittels dem „behaviour change wheel“ (Michie et al., 2014) erarbeitet und begründet. Die daraus erarbeiteten Komponenten werden hernach auf das Modell von Kellogg (2004) übertragen und visuell im Wirkmodell dargestellt.

Die einzelnen im Wirkmodell enthaltenen Elemente werden mit schmalen und breiten Pfeilen in Beziehung gebracht. Dies dient der Veranschaulichung von Mediator- und Moderator-Wirkungen innerhalb der Intervention. Mediation erklärt, wie ein Element oder eine Variable eine andere, welche für den Programmerfolg verantwortlich ist, beeinflusst. Moderatoren beeinflussen hingegen die Stärke und die Richtung der Beziehung zwischen den Elementen oder Variablen (von Werthern, 2020). Alle Ausführungen befinden sich im Ergebnisteil, ab Seite 90.

VI. ERGEBNISSE

13. Ergebnisse aus dem Rapid Review

13.1 Datenbankrecherche und Studienselektion

Wie im Methodenteil ab Seite 28 erläutert, wurden mehrere Datenbankrecherchen durchgeführt, die folgende Ergebnisse erzielen konnten:

Mit der Recherche innerhalb der Cochrane Library wurden 35 Cochrane Reviews identifiziert, jedoch adressierte keines der Reviews die Forschungsfragen. Es wurden weitere 219 Publikationen in derselben Recherche gefunden, von denen vier relevante Publikationen ausgewählt wurden.

Die Recherche in PubMed erzielte 124 Ergebnisse. Daraus wurden nach Durchsicht 46 Artikel entfernt, da diese nicht das Phänomen des intravenösen Substanzkonsums behandelten oder zu sehr auf die Behandlung und Prävention von viralen Infektionen fokussiert waren. 78 Publikationen wurden für das Abstract-Screening selektiert.

In den EBSCO Datenbanken (CINAHL, SocINDEX, APA PsycInfo, PSYINDEX, MEDLINE, APA PsycArticles, DACH Information) wurden drei Recherchen mit verschiedenen Kombinationen der Suchbegriffe durchgeführt. Aus 123 Treffern konnten 38 Publikationen für das Abstract-Screening ausgewählt werden.

Mit dem Suchbegriff „drug use“ und dem Filter „Jahre 2000 bis 2023“ konnten aus 61 Ergebnissen in der Datenbank SSOAR (Social Science Open Access Repository) keine relevanten Publikationen gesichtet werden.

In Google Scholar wurden mit dem Suchbegriff „hygiene intervention for PWID“ (2008-2023) über 2000 Ergebnisse erzielt. Die ersten 200 Titel wurden gescreent und eine relevante Publikation von Fisher et al. (2022) konnte identifiziert werden. Diese wurde später beim Volltext-Screening ausgeschlossen, da sie die Interventionsentwicklung beschreibt, und nicht die Testung oder Evaluierung der Intervention.

Zu einem späteren Zeitpunkt (im Oktober 2023) konnte jedoch bei der Dokumentation der Ergebnisse und der Synthese der Daten die Publikation zur Pilotierung, der in Fisher et al. (2022) beschriebenen Intervention, gesichtet werden. Die im August 2023

im Harm Reduction Journal publizierte Studie von Kesten et al. (2023) wurde nachträglich in das Review mitaufgenommen, da sie wichtige Erkenntnisse für dieses Projekt beinhaltet.

Alle Ergebnisse aus den Datenbankrecherchen wurden in die Zotero-Bibliothek eingefügt (n=472). Duplikate (n=22) wurden entfernt, und die Titel von 450 Publikationen wurden auf ihre Relevanz überprüft. Nicht relevante Studien (n=356) wurden vor dem Titel-Screening anhand der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 3, Seite 31) entfernt. Die Zusammenfassungen (Abstracts) von 94 Publikationen wurden hernach gescreent, und davon konnten 62 Publikationen nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 4, Seite 31) entfernt werden. 32 Volltexte wurden auf deren Eignung überprüft und 21 Publikationen wurden danach aus folgenden Gründen nicht für die Studienbewertung und die Synthese herangezogen:

- Review von bereits eingeschlossenen Publikationen (n=3)
- Publikation fokussiert auf eine andere Problemstellung (n=8)
- Studie untersucht keine bzw. nicht die Intervention (n=7)
- Studie untersucht eine andere Zielgruppe (n=2)
- Studie untersucht andere Outcomes (n=1)

Nur drei der identifizierten Reviews waren relevant für die Beantwortung der Forschungsfragen, jedoch wurden diese aus dem Rapid Review exkludiert, da sie jeweils nur eine relevante Studie beinhalteten, die bereits in den Recherchen für dieses Rapid Review identifiziert und inkludiert werden konnten. Die Beurteilungen der einzelnen Studien in den systematischen Reviews wurden im Nachhinein mit den für diese Arbeit durchgeführten Studienbewertungen verglichen. Es konnte festgestellt werden, dass die jeweiligen Bewertungen miteinander im Einklang waren (McMullen, 2022; Bahji et al., 2020; Puszhko et al., 2022). Die Studienselektion wurde ebenfalls grafisch in einem Flow-Diagramm dargestellt (siehe Anhang, Seite 142).

13.2 Überblick und Charakteristika der inkludierten Studien

Insgesamt wurden elf Publikationen über neun durchgeführte Studien in die Synthese aufgenommen. Quasi-Experimentelles (QE) Design wurde in fünf der Publikationen verwendet, wobei zwei der Studien Mixed Methods waren und ebenfalls über eine qualitative Datengenerierung berichteten. Für diese zwei Publikationen wurde das Risk-of-Bias-Assessment für den jeweiligen Teil nach dessen Methode bewertet. Über drei randomisiert kontrollierte Studien (RCT) wurde in vier der inkludierten Publikationen berichtet. Eine Studie verwendete ausschließlich qualitative Methoden (Kesten et al., 2023).

13.3 Ergebnisse der Studienbewertungen

Die Studienbewertungen bzw. Risk-of-Bias-Assessments wurden mittels den Joanna Briggs-Institute-Checklisten (Joanna Briggs Institute, 2023) für alle elf Publikationen, sprich den neun Studien durchgeführt. Daraus ergaben sich vier Bewertungen für RCT, sechs für quasi-experimentelle und drei für qualitative Designs. Alle qualitativen Studien wurden als hohe Qualität eingeschätzt. Zwei der RCTs wurden als hochwertig eingeschätzt, mit nur einer Publikation (Phillips et al., 2012) als mittlerer Qualität aufgrund von unklarer Verblindung und Randomisierung. In keinem der drei RCTs fand eine Verblindung des Behandlungspersonals statt, da dies aufgrund des Interventionsdesigns nicht möglich war, da zur Anwendung der untersuchten Maßnahme ein spezielles Training absolviert werden musste. Das heißt, eine Verblindung war für keine der Studien möglich, was bei den Bewertungen mitberücksichtigt werden sollte. Die vollständigen Tabellen mit den Bewertungen befinden sich im Anhang (Seiten 155 bis 157).

13.4 Evidenzsynthese

Überblick der getesteten Interventionen

Insgesamt konnten acht Interventionen in den elf Publikationen identifiziert werden. Alle wurden speziell für die Zielgruppe der PWID entwickelt und mit verschiedenen Forschungsansätzen getestet.

Colon et al. (2009) testeten eine präventive Maßnahme zur Aufnahme von vier neuen Hygienepraktiken durch PWID in einem niederschweligen Community Setting. Die Intervention sollte die Präparationspraktiken der Klient:innen so verändern, dass es zu weniger Kontamination während der Drogenpräparation kommt und somit das Risiko

einer Ansteckung mit einer viralen Infektion gesenkt wird. Da diese Intervention als eine der Hygienepraktiken, Hände- und Hauthygiene umfasst, und das Aufnahmepotenzial dieser Praktiken gemessen wurde, wurde die Publikation von Colon et al. (2009) in das Rapid Review mitaufgenommen.

Phillips et al. (2012) entwickelten eine Intervention zur Verbesserung von Haut- und Nadelhygienepraktiken, die SKIN-Intervention, deren Ziel es ist, die Risiken von bakteriellen Infektionen, verursacht durch den IV Konsum, zu senken. Phillips et al. (2012) verglichen die Praktiken der Interventionsempfänger mit denen von Teilnehmer:innen, die die Intervention nicht erhielten (Assessment Only), in einer randomisiert kontrollierten Studie, welche eine Stichprobe von 48 PWID umfasste. Die Intervention wurde zwischen 2014 bis 2018 in einer größeren randomisiert kontrollierten Studie, mit 252 Teilnehmer:innen, erneut untersucht. Stein et al. (2020) und Phillips et al. (2021) berichten in ihren Publikationen über verschiedene Outcomes, die in der Studie gemessen wurden, und somit wurden diese beiden Publikationen in das Rapid Review eingeschlossen, sowie die vorherige Publikation von Phillips et al. aus dem Jahr 2012.

Bertrand et al. (2015) verglichen in ihrer randomisiert kontrollierten Studie zwei Interventionen. Die getestete Intervention basierte auf Motivational-Interviewing-Techniken und wurde, von speziell auf diese Technik geschultem Personal, durchgeführt. Die Kontroll-Intervention war eine edukative Beratungsmaßnahme, die die Demonstration von risikosenkenden Maßnahmen für den IV Konsum beinhaltete. Obwohl die Interventionen nicht spezifisch zur Verbesserung von Hygienepraktiken entwickelt wurden, sondern generelles Risikoverhalten verbessern sollten, wurde die Publikation von Bertrand et al. (2015) in das Rapid Review mitaufgenommen, da sie wichtige Erkenntnisse in Hinsicht auf die möglichen didaktischen Ansätze für die Beratung von PWID im niederschweligen Harm-Reduction-Setting bietet.

Roux et al. (2016) testeten die AERLI-Intervention (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection, im Deutschen: Unterstützung und Aufklärung über Risiken im Zusammenhang mit Injektionen) in einer quasi-experimentellen Studie in acht Harm-Reduction-Zentren in Frankreich. Die AERLI-Intervention umfasst neben Beratung, auch eine Komponente, in der die intravenöse Applikation von Drogen observiert wird. Klient:innen werden zu risikoreduzierenden Praktiken beim IV Konsum beraten,

und Hygienepraktiken zur Prävention von bakteriellen Infektionen werden mitunter besprochen. Mezaache et al. (2018) berichten in ihrer Publikation zur selben Studie im Detail, welche Wirkungen durch die AERLI-Intervention in Bezug auf Hygiene erzielt werden konnten. Die aus der Studie resultierenden positiven Effekte versuchten Roux et al. (2021) später in einer größeren europaweiten Studie zu replizieren. Die ITSESI (Individually Tailored Support and Education for Safer Injection) Intervention basiert auf der AERLI-Intervention und wurde in vier weiteren Ländern implementiert und in einer Mixed-Methods-Studie untersucht.

Ivan et al. (2016) evaluierten in einer quasi-experimentellen Studie eine Intervention zur Safer-Use-Beratung während der Blutabnahme. Die Intervention enthielt mitunter Komponenten, die zu einer Verbesserung der Hygienepraktiken führen sollten, welche akzeptabel und leicht in den Klinikalltag integrierbar sein sollten.

In 2021 publizierten Mezaache und Kollge:innen die Ergebnisse ihrer Mixed-Methods-Studie zu einer speziell entwickelten edukativen Intervention, die zur Aufnahme von und einer Verbesserung bei der Verwendung von Händedesinfektionsmittel (*MONO-RUB*) führen sollte. Die Studie beinhaltete einen quasi-experimentellen und einen qualitativen Teil.

REACT (REducing bACTerial infections) ist eine Intervention zur Risikoreduktion, die 2022 von einem Forschungsteam in Bristol in England entwickelt wurde. Diese Eins-zu-Eins edukative Maßnahme wurde mittels qualitativem Studiendesign evaluiert und wird in der Publikation von Kesten et al. (2023) beschrieben.

Tabelle 5 auf Seite 46 bietet einen Überblick über die acht Interventionen.

Interventionen							
Community Outreach	Motivational Interviewing	Educational Intervention	Blutabnahme	MonoRub	AERLI/ ITSESI	SKIN	REACT
Colon et al. (2009)	Bertrand et al. (2015)	Bertrand et al. (2015)	Ivan et al. (2016)	Mezaache et al. (2021)	Roux et al. (2016) - AERLI	Phillips et al. (2012)	Kesten et al. (2023)
Quasi-Experimentelles Design	RCT (Intervention)	RCT (Kontrolle)	Quasi-Experimentelles Design	Mixed Methods	Quasi-Experimentelles Design	RCT	Qualitativ
	Interventionen wurden in einer Studie verglichen				Mezaache et al. (2018) - AERLI	Stein et al. (2020)	
					Quasi-Experimentelles Design	RCT	
					Roux et al. (2021) - ITSESI	Phillips et al. (2021)	
					Mixed Methods	RCT	

Tabelle 5: Übersicht über die inkludierten Interventionen, Publikationen und deren Studiendesigns

Wirkungen

Colon et al. (2009) untersuchten in ihrer Studie, ob es durch intensive Klient:innenkontakte zu einer vermehrten Aufnahme bestimmter risikoreduzierender Verhaltensweisen kommen kann. Klient:innen erhielten Informationen zu vier Safer-Use-Praktiken, inklusive der adäquaten Haut- und Händereinigung, mittels einer Gruppenschulung. Hernach wurde über 16 Wochen intensives Outreach betrieben und Klient:innen erhielten neben Materialien zur Umsetzung der erlernten Techniken ebenfalls wöchentliche Einzel-Beratungen. Colon et al. (2009) konnten in ihrer Pilotstudie zeigen, dass ein partizipativer Outreach-Ansatz das Potential der Aufnahme neuer Praktiken steigern konnte. Sie konnten weiters eine Reduktion der Kontaminierung von Materialien durch die Analyse von gesammelten Proben (Injektionsmaterial) bestätigen.

Die SKIN-Intervention von Phillips et al. (2012), die aus zwei Einzel-Beratungen von 30 bis 45 Minuten besteht, konnte eine Verbesserung der Haut- und Nadelreinigungsfähigkeiten bei Klient:innen erzielen, sowohl als eine stärkere Reduktion der Hochrisiko-Praktiken, im Vergleich zur Assessment-Only Kohorte. Eine Reduktion der intramuskulären Injektionen und eine niedrigere Inzidenz von bakteriellen Infektionen nach sechs Monaten wurden in der Interventionsgruppe berichtet. In ihrem zweiten RCT (Stein et al., 2020; Phillips et al., 2021) konnten die Forscher:innen eine Reduktion der Injektionen ohne Hautreinigung beobachten. Obwohl keine signifikante Reduktion der bakteriellen Infektionen im Vergleich zur Kontrollgruppe erzielt werden konnte, wurden die Ergebnisse als bedeutsam eingestuft, da es insgesamt zu einer Reduktion von einer Infektion pro Person pro Jahr kam. Es gab Hinweise darauf, dass Besuche in der Notaufnahme aufgrund von injektionsbedingten Vorfällen reduziert werden konnten. Die beiden Studien bestätigen, dass gezielte Interventionen einen förderlichen Effekt auf die Hygienepraktiken in der Gruppe der PWID erwirken können.

Obwohl das RCT von Bertrand et al. (2015) nicht spezifische Interventionen zu Hygienepraktiken untersuchte, konnte in beiden Gruppen (Motivational Interviewing und edukative Maßnahme) eine Reduktion der riskanten Praktiken festgestellt werden. Hervorzuheben ist, dass die Maßnahme mit Motivational Interviewing nachhaltigere Resultate erzielen konnte.

Die AERLI-Intervention (Roux et al., 2016) konnte bereits nach einmaliger Anwendung positive Effekte evozieren. Klient:innen berichteten, öfter eine saubere Präparationsfläche vorzubereiten, öfter Haut- und Händereinigung durchzuführen, häufiger in die Arme zu injizieren und die Einstichstelle nach der Injektion (korrekt) zu versorgen. Die Praktiken von Nadel-Lecken und Aspiration (Flushing) konnten reduziert werden (Mezzache et al., 2018). Durch die AERLI-Maßnahme konnten in der Interventionsgruppe die risikoreichen Injektionspraktiken und Komplikationen an der Einstichstelle reduziert werden (Roux et al., 2016). Die Effektivität der ITSESI-Intervention konnte für diese beiden Outcomes ebenfalls in der europäischen Studie bestätigt werden. Weiters konnten Akzeptanz und Machbarkeit der Umsetzung der Implementierung der Intervention mittels qualitativer Daten bestätigt werden (Roux et al., 2021).

Ivan et al. (2016) konnten in ihrer Safer-Use-Kurzintervention, die während der Blutabnahme durchgeführt wird, eine signifikante Verbesserung der Händereinigung, des Gebrauchs des Stauschlauches, der Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion und eine Reduktion in Fehl-Injektionen (missed hits) beobachten. Die Intervention wurde als akzeptabel für Klient:innen und Mitarbeiter:innen bewertet, und konnte leicht in den Klinikalltag integriert werden.

Die Intervention von Mezaache et al. (2021) zur Anwendung von Alkohol-Händedesinfektionsmittel zur Händereinigung, mit dem Produkt „MONO-RUB“, erzielte eine hohe Akzeptanz bei Klient:innen sowie eine Aufnahmequote von über 50%. Teilnehmer:innen führten vermehrt Händehygiene mit dem Produkt durch und führten die in der Intervention enthaltene 3-Schritte-Händereinigungstechnik meistens korrekt durch. Die Anwendung der Maßnahme wurde als sicher bewertet, da nur wenige unerwünschte Hautreaktionen berichtet wurden. Die Intervention erzielte eine höhere Frequenz der Händehygiene bei unter 30-Jährigen, bei älteren Teilnehmer:innen und bei Teilnehmer:innen mit unsicherer Wohnsituation. Teilnehmer:innen berichteten signifikant weniger bakterielle Infektionen beim Follow-Up sechs Wochen später.

Die REACT-Intervention von Kesten et al. (2023) wurde zum Einsatz in verschiedenen Settings entwickelt und mittels einer qualitativen Studie auf Akzeptanz, Machbarkeit und Umsetzbarkeit untersucht. Die Akzeptanz war hoch bei Klient:innen sowie Anwender:innen. Die Machbarkeit der Intervention war Großteils gegeben, jedoch gaben

die Anwender:innen an, dass Zeitmangel bei der Umsetzung der Maßnahme eine Rolle spielte. Interventionsdesign und -inhalt dieser Eins-zu-Eins-Beratung wurden positiv bewertet und die Forscher:innen berichteten, dass die Interventionsmaterialien, die im Internet gratis zur Verfügung stehen, bereits 170 Mal (Stand August 2023) heruntergeladen wurden.

Eine Übersicht der bedeutsamsten Wirkungen befindet sich auf Seite 51.

Zusammenfassung der Limitationen

Über mögliche Limitationen wurde in allen Studien berichtet. Diese wurden meist in Hinsicht auf das Studiendesign verzeichnet. Die Stichprobe wurde in allen Studien, außer in den Studien von Bertrand et al. (2015) zu Motivational Interviewing und Mezaache et al. (2021) zur MONO-RUB-Anwendung, als klein beschrieben. Eine Verblindung war aufgrund des Interventionsdesigns in keiner der Studien möglich. Die interne Validität der Interventionen konnte in den meisten Publikationen nicht komplett bestätigt werden, da es in vielen der Studien keine Kontrollgruppe gab, sowie aufgrund von Messungen via Selbstangaben der Teilnehmer:innen. Es wurden über mögliche Verzerrungen durch Erinnerungseffekte (recall bias) und Hawthorne-Effekte wie sozialer Erwünschtheit (social desirability bias) berichtet.

Ein hoher Anteil an Lost-to-Follow-Ups wurde in den Studien zur AERLI/ITSESI und zur SKIN-Intervention berichtet. Die Generalisierbarkeit wurde von mehreren Autoren als umstritten eingeschätzt, da es sich, bis auf die Studien zu AERLI/ITSESI, MONO-RUB, Motivational Interviewing und REACT, um Single-Centre-Studien handelte und alle Interventionen auf die Population der PWID fokussiert waren. Es konnten jedoch in jeder der Untersuchungen positive Effekte berichtet werden, was für die schwer erreichbare Zielgruppe der PWID von hoher Bedeutung ist. Eine genauere Auflistung der Limitationen befindet sich im Anhang auf Seite 160.

Interventionskontexte und Rahmenbedingungen

Alle entwickelten Interventionen wurden in dem Setting getestet, für das sie konzipiert wurden. Dies umfasste niederschwellige Harm-Reduction-Zentren und Einrichtungen, wie Spritzentausch-Zentren, Konsumräume und Community Outreach Services (Streetwork). Die Intervention von Ivan et al. (2016) wurde in einem Primärversorgungszentrum mit HIV-Schwerpunkt getestet und Phillips et al. (2021) führten ihr

zweites RCT in einem Krankenhaus mit niederschwelligem Zugang durch. Kesten et al. (2023) pilotierten ihre Intervention in Apotheken, Notunterkünften und bei niedergelassenen Hausärzt:innen. Die AERLI/ITSESI-Intervention (Roux et al., 2021) ist die einzige Intervention, die in mehreren Ländern implementiert und getestet wurde.

Die Anwender:innen der Interventionen, sprich die Berater:innen, waren in fast allen Studien lokale Mitarbeiter:innen der involvierten Einrichtungen. In den Studien von Bertrand et al. (2015) zu Motivational Interviewing und zur SKIN-Intervention (Phillips et al., 2012; Stein et al., 2020; Phillips et al., 2021) wurden speziell geschulte Studienmitarbeiter:innen eingesetzt, um die Intervention durchzuführen. Anwender:innen in den anderen Studien waren Pfleger:innen, Sozialarbeiter:innen, Ärzt:innen, Pharmazeut:innen, Streetworker:innen, Psycholog:innen und im Fall der ITSESI-Studie (Roux et al., 2021) ebenfalls Peers.

Der Umfang der Schulungen für Anwender:innen wurde in den Publikationen für die SKIN-Intervention (Phillips et al., 2012; Stein et al., 2020; Phillips et al., 2021) und der Intervention von Colon et al. (2009) nicht berichtet. Für die AERLI/ITSESI-Intervention wurde dies angemerkt, jedoch in den Publikationen nicht genau beschrieben. Das umfangreichste Training, mit mindestens 15 Stunden, war für die Anwendung der Motivational Interviewing Intervention von Bertrand et al. (2015) vorgesehen. Gefolgt von der edukativen Maßnahme von Bertrand et al. (2015) mit drei Stunden und dem ebenfalls drei-stündigem Training für die MONO-RUB-Studie von Mezaache et al. (2021).

Die Schulung für die Anwendung der REACT-Intervention (Kesten et al., 2023) verfolgte einen pragmatischen Ansatz, da diese auch online durchgeführt werden konnte. In mehreren Publikationen wurde berichtet, dass die Anwender:innen die speziellen Schulungen als hilfreich empfanden (Ivan et al., 2016; Roux et al., 2021; Kesten et al., 2023). Frei verfügbare, leicht zugängliche Schulungsmaterialien konnten für die ITSESI-Intervention (Roux et al., 2021) und die REACT-Intervention (Kesten et al., 2023) identifiziert und heruntergeladen werden.

Intervention	Community Outreach	Motivational Interviewing	Educational Intervention	Blutabnahme	MonoRub	AERLI/ITSESI	SKIN	REACT
Wirkung								
Erhöhte Frequenz der Händehygiene								
Erhöhte Frequenz der Hauthygiene								
Reduktion der Hochrisikopraktiken (Teilen von Material, inkl. Wasser und Filter, Nadel-Lecken, Flushing)								
Hygienischere Präparationspraktiken (saubere Fläche, Technik)								
Erhöhte Frequenz der adäquaten Versorgung der Einstichstelle (Kompression)								
Erhöhte Frequenz der Verwendung von Stauung								
Reduktion der Fehlinjektionen (IM und SC Injektionen)								
Reduktion der Injektionen insgesamt								
Reduktion der Komplikationen (bakterielle Infektionen, Besuche in der Notaufnahme)								
Erhöhte Aufnahme von Hygienepraktiken								
Erhöhte Reflexionsfähigkeit von Klient:innen bezüglich Risikopraktiken								
Akzeptanz, Machbarkeit, Umsetzbarkeit und Sicherheit der Intervention								

Tabelle 6: Überblick über die Wirkungen der einzelnen Interventionen

Theoretische Hintergründe und Modelle

Die meisten der Interventionen basieren auf einem theoretischen Modell. Ivan et al. (2016) berichteten keinen theoretischen Hintergrund für ihre Intervention. Sie merkten jedoch an, dass die Inhalte der Intervention mittels der besten verfügbaren Evidenz entwickelt wurden. Diese Intervention fokussiert stark auf die Umsetzbarkeit im „real world setting“ und die Erreichbarkeit der Zielgruppe, welche mit ihrer Pilotstudie bestätigt werden konnte.

Bertrand et al. (2015) basierten ihre Motivational-Interviewing-Intervention auf den Techniken des Motivational Interviewing nach Miller & Rollnick (2013), welche im Suchthilfebereich weit verbreitet sind, und mit denen bereits gute Resultate erzielt werden konnten (Smedslund et al., 2011). Motivational Interviewing ist ein kollaborativer, zielorientierter Kommunikationsstil, der die Motivation und die Verbindlichkeit für Veränderung stärken soll (Miller & Rollnick, 2013). Für die edukative Maßnahme, die Kontroll-Intervention, wurde kein theoretisches Modell berichtet.

Colon et al. (2009) entwickelten ihre Maßnahme nach den Prinzipien der „theory of diffusion of innovations“ von Rogers (2003), die erklärt, wie neue Verhaltensweisen im sozialen Kontext aufgenommen bzw. adaptiert werden. Die „Theory of Diffusion of Innovations“ schlägt einen partizipativen Ansatz vor, der stark auf Peer-zu-Peer-Kommunikation basiert. Colon et al. (2009) involvierten somit auch Peers bzw. Klient:innen, um die Inhalte der Intervention zu entwickeln, und erwarteten mittels intensivem Community Outreach die neu entwickelten Praktiken unter den Klient:innen zu verbreiten. Die Theorie von Rogers (2003) schien angemessen für die Ziele, die Colon et al. (2009) in ihrer Studie verfolgten. Ob es ein Potential für die Aufnahme neuer Praktiken gibt und ob die Effektivität dieses Ansatzes gegeben war, konnte mit dieser Studie bestätigt werden.

Mezaache et al. (2021) basierten ihre Intervention zur Anwendung von MONO-RUB auf drei der Elemente des „behaviour change wheel“ (BCW) von Michie et al. (2011). Sie entwickelten die Intervention ebenfalls partizipativ mit Klient:innen, um auf deren Bedürfnisse reagieren zu können. Die erhöhte Verfügbarkeit von Alkoholdesinfektionsmittel (MONO-RUB) sollte die Barrieren zur Händereinigung senken (enablement). Die Eins-zu-Eins edukative Maßnahme sollte das Wissen und das Verständnis für

Händehygiene steigern (education). Das Lehren der 3-Schritte-Händereinigungstechnik sollte neue Fähigkeiten vermitteln (training).

Kesten et al. (2023) nutzten ebenfalls die Elemente aus dem BCW (Michie et al., 2011) um die REACT-Intervention zu entwickeln. Sie inkludierten fünf der Elemente aus dem Modell, um die Elemente, die für eine Verhaltensänderung beeinflusst werden können, laut Michie et al. (2011), Fähigkeit (capability), Möglichkeit (opportunity) und Motivation (motivation), zu adressieren. Sechs Interventions-Aktivitäten wurden dafür entwickelt, welche Anleitungen für das erwünschte Verhalten, Informationen über Gesundheitsrisiken und erwartete Folgen beinhalteten (training, education, persuasion). Weiters beinhaltete die Intervention Aufforderungen bzw. Stichwörter, die Abwägung von Pro und Kontra und die Umstrukturierung des Umfelds (environmental restructuring, enablement). Techniken aus der motivierenden Gesprächsführung (Motivational Interviewing) von Miller & Rollnick (2013) wurden in der Kommunikation eingesetzt.

Die SKIN-Intervention von Phillips et al. (2012) wurde ebenfalls mit Einbeziehung von Klient:innen entwickelt und basiert auf dem Information-Motivation-Behaviour-Skill-Modell von Fisher & Fisher (1992), das drei Elemente umfasst, welche Verhalten beeinflussen sollen. Information und Wissen zur Thematik, Motivation das Verhalten zu verändern, und benötigte Fähigkeiten, um das erwünschte Verhalten durchzuführen. Diese Elemente werden in der SKIN-Intervention mittels einer edukativen Maßnahme mit Informationen zum Thema in der ersten Einheit der Intervention, Motivational Interviewing mittels eines Arbeitshefts, in dem Ziele identifiziert werden, und ein Veränderungsplan dokumentiert wird, und einem Behavioural Skills Trainings, das die Demonstration des erwünschten Verhaltens, Übungen der Fähigkeiten und die Bereitstellung der benötigten Materialien vorsieht, erzielt. Diese Aktivitäten sollen die Aufnahme von Haut- und Händereinigung und adäquater Materialreinigung fördern, um bakterielle Infektionen vorzubeugen und zu reduzieren.

Die AERLI/ITSESI-Intervention basiert auf der „self-determination theory“ von Ryan & Deci (2000), die drei psychologische Grundbedürfnisse stipuliert. Autonomie (autonomy), Kompetenz (competence) und Verbundenheit (relatedness). Werden diese Grundbedürfnisse befriedigt, können die intrinsische Motivation für ein bestimmtes Verhalten und das Wohlbefinden gesteigert werden (Mezaache et al., 2018). In der

AERLI/ITSESI-Intervention werden Klient:innen bei der intravenösen Applikation von Substanzen observiert und erhalten Rückmeldungen zu ihren Praktiken. Neben Informationen durch die Berater:innen werden Klient:innen aktiv in einen edukativen Austausch bezüglich Risiko-Reduktion involviert.

Interventionskomponenten

Alle Interventionen bis auf die Maßnahmen von Ivan et al. (2016) und Mezaache et al. (2021) enthielten eine Assessment-Komponente, in der die aktuellen Praktiken der Klient:innen entweder durch Befragung (Bertrand et al., 2015; Kesten et al., 2023) oder durch direkte Beobachtung (Colon et al., 2009; Roux et al., 2016; Mezaache et al., 2018; Roux et al., 2021; Phillips et al., 2012; Stein et al., 2020; Phillips et al., 2021) exploriert wurden. Die Einschätzung des Status quo wurde bei den Interventionen von Colon et al. (2009), der AERLI/ITSESI-Intervention und bei der SKIN-Intervention zur individuellen Beratung genutzt. In der SKIN-Intervention (Phillips et al., 2012) und der Maßnahme von Colon et al. (2009) diente das Vorführen von Praktiken und die direkte Observation ebenfalls zur Einschätzung, ob die in der Beratung vereinbarten Ziele erreicht wurden. Bertrand et al. (2015) inkludierten in ihrer Motivational-Interviewing-Intervention ebenfalls eine Zielplanungs-Komponente, jedoch ohne Evaluation. Die Einschätzung der Motivation und die Identifikation von Zielen sind ebenfalls Teil dieser Interventionen.

In Hinsicht auf die Didaktik enthielten die Großzahl der Maßnahmen eine Demonstration von sicheren Injektionstechniken und die Vorführung von Safer-Use Materialien. Informationen wurden in jeder Intervention mindestens mündlich übermittelt und in fast allen Interventionen wurden auch schriftliche Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt. Visuelle Hilfen, wie Flashcards und Poster, wurden in drei der Studien verwendet (Colon et al., 2009; Ivan et al., 2016; Kesten et al., 2023). Die SKIN-Intervention sieht mitunter ein individuelles Arbeitsbuch für Klient:innen vor, das die individuelle Zielplanung dokumentiert (Phillips et al., 2012). Die Ausgabe von Safer-Use Materialien, wie Alkohol-Desinfektionsmittel und sterile Injektionsmaterialien, wurde in allen Publikationen, außer in Bertrand et al. (2015) und Ivan et al. (2016), berichtet.

Interventionsinhalte

Die genauen Inhalte der Interventionen in der Studie von Bertrand et al. (2015) werden in der Publikation nicht im Detail beschrieben. Die Motivational-Interviewing-Intervention beschreibt näher die Exploration von Barrieren zur Anwendung von Safer-Use-Techniken als Teil der Maßnahme, die die Motivation für Veränderung steigern soll, und einen Fokus auf Injektionstechniken für die edukative Maßnahme, die auf den gewöhnlichen Safer-Use-Beratungstechniken basiert und kein spezifisches theoretisches Modell verfolgt.

Colon et al. (2009) beschreiben die Exploration von Barrieren, inkludieren jedoch gezielt Inhalte zu Hände- und Hauthygiene, zur Materialreinigung und zum sicheren Gebrauch von Filtern und Wasser. Die Inhalte wurden gezielt entwickelt, um aktuelle Praktiken zu verändern. Die Vermittlung der Inhalte mittels intensivem Outreach und durch Beziehungsarbeit mit den Klient:innen erzielte die gewünschten Effekte.

In der Intervention von Ivan et al. (2016), die während der Routine-Blutabnahme stattfand, werden Hände- und Hauthygiene, das sichere Injizieren, inklusive der Anwendung des Stauschlauchs, das Ertasten der Vene, die Sitz-Position, das Rotieren der Injektionsstellen, und die adäquate Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion besprochen. Das direkte Vorführen von Techniken an Klient:innen sollte die Aufnahme sicherer Praktiken fördern und eine signifikante Verbesserung aller Schlüssel-Outcomes wurde für diese Studie berichtet.

Die Intervention zur Anwendung von MONO-RUB (Mezaache et al., 2021) fokussiert auf Händereinigung und vermittelt neben einer leicht anwendbaren 3-Schritte-Händereinigungstechnik Inhalte zu den Ursachen, Risiken und zur Prävention von bakteriellen Infektionen. Die Intervention soll das Wissen von Klient:innen zu den Risiken inadäquater Händehygiene vor der Injektion erhöhen, die Vorteile des Gebrauchs von Alkohol-Händedesinfektionsmittel vermitteln, und das Erlernen einer adäquaten Händedesinfektions-Technik erzielen.

Die AERLI/ITSESI (Roux et al., 2016), SKIN (Phillips et al., 2012) und REACT (Kesten et al., 2023) Interventionen umfassen laut den angeführten Publikationen die

umfangreichsten Inhalte. Adäquate Hände- und Hauthygiene sind fester Bestandteil dieser Interventionen.

AERLI/ITSESI bauen auf der direkten Observation von Injektionspraktiken auf, die einen edukativen Austausch zwischen Klient:innen und Berater:innen evozieren soll. Neben den Ursachen, Risiken und der Prävention von bakteriellen und viralen Infektionen werden Haut- und Händehygiene, Injektionstechnik, das Anlegen der Stauung und die Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion thematisiert. Das Signposten (Vermitteln) zu Einrichtungen zur HIV und Hepatitis-Abklärung ist eines der Kernelemente der Intervention.

Die SKIN-Intervention (Phillips et al., 2012) ist ähnlich umfangreich an Inhalten und da die Intervention im allgemeinen Krankenhaussetting angewandt wurde, werden noch mehr Informationen zu Suchthilfeeinrichtungen, Spritzentauschmöglichkeiten und Apotheken, als Teil der Maßnahme, zur Verfügung gestellt.

Die REACT-Intervention (Kesten et al., 2023) fokussiert stark auf die Prävention von bakteriellen Infektionen und sicheren Injektionspraktiken. Die Prioritäten für die Intervention wurden gemeinsam mit Klient:innen entwickelt und fokussieren auf die Erhaltung der Venengesundheit und der Reduktion von Schmerzen. Mit der Berücksichtigung der Klient:innen-Prioritäten wird eine höhere Aufnahme von sicheren Injektionspraktiken erwartet.

Eine komplette Übersicht der zusammengefassten Elemente befindet sich im Anhang (siehe Seiten 158 bis 164).

14. Ergebnisse der Klient:inneninterviews

Die Stichprobe der Klient:innen umfasste insgesamt sechs Personen im Alter zwischen 25 bis 54 Jahren. Fünf von ihnen waren männlich und eine weiblich. Die Teilnehmer:innen waren der Forscherin nicht bekannt und es konnte somit ein potenzielles Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Parteien ausgeschlossen werden. Die Länge der Interviews befand sich zwischen 10 Minuten 47 Sekunden und 25 Minuten und 15 Sekunden.

Im ersten Kodiervorgang wurden insgesamt 157 Codes vergeben, die bis auf fünf, allen Kategorien bzw. Subkategorien zugewiesen werden konnten. Codes wurden mittels Microsoft Excel (Microsoft Corporation, 2018) aufgelistet und den Kategorien zugeteilt. Mit einer zweiten Kodierung konnten weitere 46 Codes gefunden werden. Alle Codes konnten nach weiterer Analyse zu den konzipierten Haupt- und Unterkategorien zugeteilt und zusammengefasst werden. Innerhalb der Hauptkategorien konnten insgesamt 16 Unter- bzw. Subkategorien gebildet werden.

Hauptkategorien	Unterkategorien
Kontext der Klient:innen	Ort des Konsums
	Wohnform
	Zugang zu Materialien
	Zugang zu Waschmöglichkeiten
Aktuelle Praxis der Klient:innen	Haut- und Händehygiene, Versorgung der Einstichstelle
	Hygienematerialien
	Informationen
	Wissen Haut- und Händehygiene
	Wissen Risiken mangelnder Hygiene, bakterielle Infektionen
	Wissen zu anderen Risiken des IV Konsums
Probleme der Klient:innen	Probleme der Klient:innen bei der Hygiene
	Erfahrungen der Klient:innen mit Komplikationen
Bedürfnisse der Klient:innen	Allgemeine Bedürfnisse der Klient:innen
	Bedürfnisse der Klient:innen zu Beratung
	Bedürfnisse der Klient:innen zu Hygiene
	Bedürfnisse in der generellen Versorgung

Tabelle 7: Überblick Kategoriensystem der Klient:inneninterviews

14.1 Kontext der Klient:innen

Der Kontext, in dem sich Klient:innen befinden, in welchem sie IV konsumieren und welche Möglichkeiten sie dadurch haben, Hygienepraktiken anzuwenden, wird in dieser Hauptkategorie exploriert. Der Ort, wo Klient:innen gewöhnlicherweise konsumieren, und die Wohnform spielen eine wesentliche Rolle, da sie eventuelle Probleme und Barrieren zu Hygienepraktiken erklären können (Kenney et al., 2020). Zugang zu Safer-Use-Materialien und Waschmöglichkeiten sind weitere Faktoren, die die Umsetzung von Safer-Use-Praktiken beeinflussen können (Hrycko et al., 2022; Harris et al., 2020). Diese vier Thematiken bilden die Subkategorien für den Bereich Kontext.

14.1.1 Ort des Konsums

Hier wurden Nennungen und Beschreibungen von Klient:innen erfasst, die Orte sind, an denen sie gewöhnlicherweise IV konsumieren, wie zum Beispiel die eigene Wohnung oder öffentliche Toiletten. Die Wohnform wurde separat kodiert, da Personen mit eigener Unterkunft nicht zwingend und ausschließlich diese als Ort des Konsums nannten.

„Eine Toilette ist auf jeden Fall nicht hygienisch, ja. Stiegenhäuser, ja, auf Baustellen ist es, glaube ich, am schlimmsten.“ (Interview 2, 80-81)

Der Interviewpartner nennt die Orte, wo er häufig IV konsumiert, welche sich im öffentlichen Raum befinden. Er betrachtet diese als nicht hygienisch und drückt aus, dass er dies als unangenehm empfindet. Er impliziert hier ein Wissen, dass diese Umstände mit eventuellen negativen Konsequenzen verbunden sind.

Ergebnisse:

Die eigene Wohnung, die Wohnung von Freunden und öffentliche Orte, wie Stiegenhäuser, Toiletten, Baustellen, und auf der Straße werden als mögliche Orte genannt, wo Klient:innen IV konsumieren. Öffentliche Orte werden dabei als weniger hygienisch beschrieben und Klient:innen geben an, dass sie sich im privaten Setting wohler fühlen würden. Klient:innen bestätigen, dass der Ort des Konsums definitiv die Umsetzung von Hygienepraktiken beeinflusst, da je nach Ort, mehr oder weniger Ressourcen zur Verfügung stehen, um diese durchführen zu können.

14.1.2 Wohnform

Die aktuelle Wohnform der Klient:innen wurde hier erfasst, um zu untersuchen, ob und wie diese die Hygienepraktiken beim IV Konsum beeinflusst. Wohnformen können zum Beispiel eine private Mietwohnung oder eine Notunterkunft sein.

„Eigentlich bin ich da zufrieden. Ich habe eine eigene Ecke dafür... Ich war sechs Jahre auf der Straße. Jetzt habe ich endlich eine Wohnung gefunden...“ (Interview 4, 114-122)

Der Interviewpartner äußert, dass er mit seinen Hygienepraktiken zufrieden sei, da er sich in seiner Wohnung wohl fühle, und sich speziell für den IV Konsum einen eigenen Bereich geschaffen habe. Er beschreibt die positiven Aspekte, die die eigene Wohnung mit sich bringt, und die die Umsetzung von Hygienepraktiken fördern, wie zum Beispiel den direkten Zugang zu Waschmöglichkeiten, und er gibt an, dass er nur zuhause IV konsumiere.

Ergebnisse:

Die Wohnform hat wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten zur Anwendung von Hygienepraktiken. Eine stabile Wohnform kann die Umsetzung von Safer-Use-Praktiken, wie Hygienepraktiken, durch Routine fördern. Bei instabiler Wohnsituation sind Klient:innen häufig weniger gut organisiert und Hygienepraktiken werden bzw. können zum Teil nicht priorisiert oder umgesetzt werden.

14.1.3 Zugang zu Materialien

In dieser Unterkategorie wurde auf den wahrgenommenen Zugang zu Materialien eingegangen. Bei Materialien sind Safer-Use-Materialien für den IV Konsum gemeint, wie zum Beispiel sterile Nadeln oder Alkohol-Tupfer zur Desinfektion. Hier wurde keine spezielle Abgrenzung zu Materialien speziell für die Vorbeugung von bakteriellen Infektionen vorgenommen, da diese gewöhnlicherweise als Teil von Spritzensets bzw. dem Hygienematerial ausgegeben werden.

„Ich wohne im [Einrichtungsname]. Ich kann immer Tauschen gehen. Das heißt, es ist immer ein frisches Set da. Alk-Tupfer sind da.“ (Interview 6, 22-23)

Der Interviewpartner gibt an, dass er in einer Einrichtung mit Spritzentauschmöglichkeit lebe, und er somit einen einfachen Zugang zu Safer-Use-Materialien habe.

Ergebnisse:

Der Zugang zu Safer-Use-Materialien ist für Menschen, die wohnungslos sind und im öffentlichen Raum konsumieren, schwieriger. Vor allem, was Hygiene betrifft, gibt es häufig keinen Zugang zu sauberem Wasser und/oder Seife. Händedesinfektionsmittel oder Pflaster werden häufig, aufgrund von finanziellen oder organisatorischen Gründen, nicht eingesetzt. Klient:innen berichten, dass niederschwellige Angebote, trotz einfachem Zugang, oft nicht genutzt werden würden. Spezifische Gründe können sie dafür jedoch nicht nennen. Sie merken an, dass die Rolle der Streetworker im Besonderen wichtig sei, um Menschen, die auf der Straße leben, über die Möglichkeiten und den Zugang zu Materialien zu informieren.

14.1.4 Zugang zu Waschmöglichkeiten

Hier wurde erfasst, welche Möglichkeiten Klient:innen haben, Hygienepraktiken, wie zum Beispiel das Händewaschen oder Duschen, durchführen zu können. Der Zugang zu Materialien, wie Seife, wird dabei teilweise impliziert.

„Ja, also ich schaue halt, dass ich vorher, ich brauche sowieso ein Wasser.... Und dann muss ich vorher sowieso irgendwo zu einem Waschbecken kommen.“ (Interview 1, 43-45)

Der Klient berichtet, dass er immer Zugang zu Waschmöglichkeiten suche, wenn er IV konsumiert, das heißt, er plant den Konsum. Er verbindet Hygienepraktiken gleich mit dem, dass er das Wasser, das er zum Vorbereiten der Substanzen verwendet, ebenfalls aus der Leitung nimmt und somit immer dort konsumiert, wo es ein Waschbecken gibt.

Ergebnisse:

Klient:innen können sich so organisieren, dass sie dort konsumieren, wo es Zugang zu Waschmöglichkeiten gibt. Es ist schwieriger für wohnungslose Personen, im

Gegensatz zu Klient:innen mit eigener Unterkunft. Klient:innen nennen Konsumräume, als eine Möglichkeit, den Zugang zu Waschmöglichkeiten zu erleichtern.

14.2 Aktuelle Praxis der Klient:innen

Hier wurden die aktuellen Hygienepraktiken, die die Klient:innen beim IV Konsum anwenden, exploriert. Wie in der Literatur beschrieben, gibt es einen beträchtlichen Teil von IV Konsument:innen, die keine Hände- und/oder Hauthygiene durchführen, die Einstichstelle nach der Injektion nicht adäquat versorgen, und Hygienematerialien nicht, oder nicht korrekt anwenden (Bonar & Rosenberg, 2014). Weiters wurde untersucht, welches Wissen Klient:innen bezüglich bestimmter Bereiche, die sich auf das Thema Hygiene beim IV Konsum beziehen, besitzen. Hier wurde nicht nur explizites Wissen, sondern auch implizites Wissen und die Einstellung zur Thematik exploriert.

Die in dieser Kategorie enthaltenen Themen waren spezifisch für die Inhalte der konzipierten Intervention bedeutsam, da, wie in der Literatur beschrieben, adäquate Hände- und Hauthygiene zur Prävention von bakteriellen Infektionen beitragen, und somit die Risiken des IV Konsums reduzieren können (Smith et al., 2015). Wissen darüber, welche Risiken und Folgen inadäquate Hygienepraktiken und der IV Konsum generell mit sich bringen, haben weiters das Potenzial, das individuelle Verhalten von IV Konsument:innen zu beeinflussen (Dunleavy et al., 2019). Für die Entwicklung der benötigten Inhalte war es bedeutsam, die Situation der Interventionsempfänger zu verstehen und zu eruieren, welches Wissen Klient:innen in Bezug auf bakterielle Infektionen und deren Risiken haben (Westafer et al., 2024). Diese Hauptkategorie umfasst insgesamt sechs Unterkategorien.

14.2.1 Haut- und Händehygiene und die Versorgung der Einstichstelle

Diese Unterkategorie geht spezifisch auf die Haut- und Händehygiene und die Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion ein. Es wurden alle Nennungen bezüglich der Reinigung von Haut und Händen, vor und/oder nach dem IV Konsum, kodiert. Dies umfasste zum Beispiel das Händewaschen mit oder ohne Seife, die Verwendung von Händedesinfektionsmittel und die Verwendung von Alkohol-Tupfern. Die Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion wurde ebenfalls untersucht, da eine adäquate Versorgung die Risiken von bakteriellen Infektionen senken kann. Dies umfasste zum

Beispiel die Beschreibung, wie die Blutung nach der Injektion gestoppt wird, oder ob Klient:innen die Einstichstelle auch nach der Injektion mit dem Alkohol-Tupfer reinigen.

„Ja, das geht meistens leider nicht [das Händewaschen], weil ich draußen halt, wenn wir in Stiegehäusern oder so, habe ich meistens leider nur mein Wasser dabei. Da wasch ich mir so >reibt Hände aneinander<.... mit Wasser, die Hände. Wenn ich natürlich auf einem Klo bin, so wie hier, ...dann natürlich mit Seife und Desinfektionsmittel.“ (Interview 2, 12-15)

Der Interviewpartner erklärt, wie er die Händereinigung vor dem IV Konsum durchführt und dass er alle Möglichkeiten ausschöpfe, die Hände so gut wie möglich zu reinigen. Er impliziert damit, dass ihm die Händereinigung wichtig sei.

„Mit dem Alko-Pad einmal drüber.“ (Interview 1, 14)

In diesem Interview gibt der Interviewpartner an, dass er die Einstichstelle mit dem Alkohol-Tupfer säubert, indem er einmal damit über die Stelle der Haut, wo er injiziert wird, wischt. Er demonstriert hier eine korrekte Anwendung.

„Ich drücke manchmal, auf die Wunde mit Papier drauf, damit die Wunde sich schließt. Also nicht mit dem Alko-Tupfer drüber, das ist schlecht. Aber eben, wie gesagt, manchmal lass ich das auch aus, leider.“ (Interview 2, 63-65)

Der Interviewpartner beschreibt, wie er die Einstichstelle nach der Injektion versorgt. Er weiß, was eine inkorrekte Anwendung wäre, gibt jedoch ehrlich zu, dass er nicht immer konsistent sei mit der korrekten Praxis, und scheint dies zu bedauern.

Ergebnisse:

Routine ist ein wichtiger Faktor, der die Durchführung der Haut- und Händereinigung beeinflusst, sowohl als der Ort, an dem konsumiert wird, und die Möglichkeiten, die sich dadurch ergeben. Die Händereinigung wird von Klient:innen häufig mit Seife und Wasser durchgeführt, jedoch ist dies nicht immer konsistent und einige geben an, es

nicht immer zu machen. Die Händereinigung wird jedoch auch häufig vergessen, und manche Klient:innen legen eher weniger Wert darauf. Händedesinfektion wird häufig statt Händewaschen durchgeführt, entweder mit Händedesinfektionsmitteln oder mit den Alkohol-Tupfern.

Hauthygiene wird meistens mit dem Alkohol-Tupfer durchgeführt und Klient:innen berichten, dies in ihrer Routine zu haben. Es gibt jedoch auch Ambivalenzen in Hinsicht auf die Hautreinigung, sodass Klient:innen berichten, dass sie, oder andere die Haut gar nicht oder die Einstichstelle mit dem Alkohol-Tupfer erst nach der Injektion reinigen würden. Ein gewisses Unwissen zu den Risiken inadäquater Hautreinigung lässt sich feststellen.

Es gibt ein starkes Bewusstsein unter den Klient:innen, dass die Blutung nach der Injektion mittels Kompression durch ein sauberes Material, wie zum Beispiel saubere Tupfer, gestoppt werden sollte, jedoch berichten einige auch, dass sie dies mit dem Alkohol-Tupfer tun.

14.2.2 Hygienematerialien

Hier wurden die Textteile untersucht, die sich auf die Materialien beziehen, die Klient:innen verwenden oder kennen, die zur Durchführung von Hygienepraktiken beim IV Konsum verwendet werden. Dies können zum Beispiel Desinfektionsmittel oder spezielle Filter sein.

„Alk-Tupfer zu jeder Nadel reicht eigentlich, finde ich.“ (Interview 1, 85)

Der Interviewpartner äußert, dass das aktuelle Angebot, seiner Meinung nach, angemessen sei, und er keine weiteren Materialien benötige, um Hygienepraktiken korrekt durchführen zu können.

Ergebnisse:

Zu diesem Thema äußern sich Klient:innen weniger, jedoch berichten sie, dass die Hygienematerialien, die zur Verfügung stehen, nicht immer, wie vorgesehen, verwendet werden, wie zum Beispiel die Verwendung des Alkohol-Tupfers nach der Injektion. Manche Klient:innen berichten, dass sie ihr Equipment manchmal oder regelmäßig selbst reinigen und es wiederverwenden. Klient:innen weisen darauf hin, dass trotz

einfachem Zugang viele die Hygienematerialien, wie den Alkohol-Tupfer, nicht verwenden.

14.2.3 Informationen

In dieser Subkategorie wurden die verschiedenen Informationen zu Safer-Use, die Klient:innen durch Beratung oder andere Quellen erhalten, untersucht. Klient:innen berichten, welche Art von Informationsmaterial sie gesehen haben, damit sind alle Materialien mit Safer-Use-Inhalten gemeint, vor allem jene, die auf Hygienepraktiken und die Prävention von bakteriellen Infektionen hinweisen. Dies können zum Beispiel Broschüren oder Poster sein. Es wurden ebenfalls die Quellen analysiert, von denen die Klient:innen über Safer-Use-Themen, und vor allem Hygienepraktiken für den IV Konsum, erfahren haben. Informationsquellen können einzelne Personen, wie Berater:innen, Sozialarbeiter:innen, aber auch Freunde oder andere Personen, die IV konsumieren, sein. Sie können jedoch auch eine Einrichtung oder ein Medium, wie zum Beispiel eine Drogenberatungsstelle oder eine Informationskampagne im Fernsehen sein.

„Ja. In der Broschüre hier, die ich hier bekommen habe.“ (Interview 2, 41)

Der Interviewpartner berichtet, dass er eine Safer-Use-Broschüre in der Suchthilfeeinrichtung bekommen habe, und berichtet weiter im Interview, dass er diese durchgelesen habe. Er erzählt auch über die spezifischen Inhalte, die mittels Grafiken dargestellt sind.

„Ja. Einmal abgeschaut halt, und, ist ja nicht so schwer.“ (Interview 1, 20)

In diesem Interview berichtet der Klient auf die Frage, wo er die Hygienepraktiken gelernt habe, dass er sich bei anderen Klient:innen diese abgeschaut habe, und merkt an, dass es einfach gewesen sei.

Ergebnisse:

Klient:innen bringen sich häufig Hygienepraktiken selbst bei, oftmals durch den Austausch mit und das Abschauen von anderen Klient:innen. Sie kümmern sich aber auch

aktiv darum, Informationen zu Safer-Use zu bekommen. Sie erhalten Informationen beim Spritzentausch, durch Streetworker und in den Suchthilfeeinrichtungen. Sie berichten, dass Informationen durch Mitarbeiter:innen auch aktiv angeboten werden. Manche Klient:innen erhalten die Informationen erst später, weil sie die Angebote der Suchthilfeeinrichtungen erst später nutzten, nachdem sie bereits mit dem IV Konsum begonnen hatten. Safer-Use-Broschüren werden von Klient:innen gelesen und werden als hilfreich angesehen. Andere Formen von Informationsmaterialien berichten Klient:innen nicht, bzw. geben sie an, sich an bestimmte Poster oder Folder nicht erinnern zu können, jedoch werden diese Vorschläge positiv angenommen. Klient:innen möchten ihre Meinungen und Perspektiven einbringen (z.B. durch Befragungen), damit die Mitarbeiter:innen ihre Bedürfnisse besser verstehen können.

14.2.4 Wissen zu Haut- und Händehygiene

Wissen bezüglich Haut- und Händehygiene wurde anhand der Aussagen der Klient:innen hinsichtlich ihrer eigenen Praxis, und Erklärungen, warum sie es als wichtig oder unwichtig ansehen, und eventuelle Wissenslücken, die durch die Klient:innen geäußert wurden, oder durch ihre Aussagen impliziert wurden, analysiert. Dies umfasste auch ihre Begründungen für ihre Praktiken, beispielsweise, um Infektionen vorzubeugen, oder weil es ihre Gewohnheit war.

„Händewaschen? Das ist das schmutzigste Körperteil vom Menschen. Natürlich!“ (Interview 4, 63-64)

Der Klient bestätigt mit seiner Aussage, dass Händewaschen für ihn ganz selbstverständlich sei, da er wisse, dass Hände mit gefährlichen Pathogenen kontaminiert sein können, und für eine intravenöse Applikation saubere Bedingungen notwendig seien. In diesem Beispiel wird Wissen explizit geäußert sowie im Ausdruck impliziert.

„Oft vergesse ich das [Hautreinigung]. Irgendwie, glaub ich, leg ich nicht so hohen Wert darauf. ...ich weiß, dass es wichtig wäre, aber irgendwie... mache ich das nicht.“ (Interview 3, 47-49)

Die Klientin drückt mit ihrer Aussage direkt aus, dass sie das Wissen habe, dass Hauthygiene beim IV Konsum wichtig sei, jedoch keinen hohen Wert darauf lege. Sie kann ihre Einstellung jedoch in weiterer Folge nicht begründen.

Ergebnisse:

Fast alle Klient:innen bestätigen mit ihren Aussagen Wissen, dass kontaminierte Hände beim IV Konsum mit Risiken verbunden sind und haben die Einstellung, dass Händehygiene auch generell wichtig sei, um sich vor Krankheitserregern zu schützen. Abseits des oben angeführten Ankerbeispiels aus dem Kodierleitfaden besteht bei den befragten Klient:innen die generelle Einstellung, dass Hauthygiene wichtig sei. Jedoch verdeutlicht sich, hingegen der Aussagen der Klient:innen, eine gewisse Ambivalenz gegenüber des Gebrauchs des Alkohol-Tupfers zur Desinfektion der Einstichstelle vor der Injektion. Das bedeutet, es gibt Unsicherheiten bezüglich des korrekten Gebrauchs des Alkohol-Tupfers, und Klient:innen berichten, dass sie häufig auch andere Safer-Use-Praktiken priorisieren und deshalb keine Hauthygiene durchführen.

14.2.5 Wissen zu Risiken mangelnder Hygiene und bakteriellen Infektionen (B5)

Hier wurde das Wissen der Klient:innen, in Bezug auf die Risiken inadäquater Hygienepraktiken beim IV Konsum vor allem Haut- und Händehygiene, untersucht. Es ging darum, zu beleuchten, ob Klient:innen Hygienepraktiken mit den Risiken und möglichen Folgen in Zusammenhang bringen, und dies auch explizit äußern. Spezifisches Wissen zu bakteriellen Infektionen und welche Informationen sie dazu erhalten haben, werden exploriert. Dies umfasste beispielsweise Informationen zu den leichten bis lebensbedrohliche Erkrankungen, die durch unzureichende Hygiene entstehen können, wie Abszesse oder Endokarditis.

„Ja, weil es gefährlich ist, wenn man´s [die Hygiene] nicht macht?“ (Interview 1, 31)

Mit dieser Aussage bestätigt der Klient, dass das Auslassen von Hygienepraktiken Gefahren mit sich bringen kann. Er elaboriert jedoch nicht, welche die spezifischen Gründe sind, bestätigt aber ein Wissen darüber, dass mangelnde Hygiene negative Folgen mit sich bringen könnte.

„Ja, das wird dir in solche Einrichtungen, wie hier zum Beispiel, kann man das, mit den Betreuern, kann man das erfahren. Also, man hört das eh immer wieder, dass man aufpassen muss, dass es wichtig ist. Man hört das dann auch von anderen Substituierten, die vielleicht nicht ganz so genau sind...“ (Interview 6, 114-117)

Der Klient erklärt, dass er Wissen in Bezug auf bakterielle Infektionen durch Mitarbeiter:innen einer Suchthilfeeinrichtung erlangt habe, sowie durch andere Klient:innen, die negative Erfahrungen durch mangelnde Hygiene berichteten. Er impliziert mit seinen Aussagen, dass über die Risiken und Folgen ausreichend informiert wurde.

Ergebnisse:

Dass mangelnde Hygiene beim IV Konsum zu negativen Folgen, wie zum Beispiel Abszessen, führen kann, wissen die Klient:innen, jedoch lässt sich feststellen, dass viele dieses Wissen erst erlangten, nachdem sie selbst von einer, durch inadäquate Hygiene verursachten, Komplikation betroffen waren. Weiters kam in den Interviews hervor, dass viele Klient:innen dazu neigten, sich nicht dadurch betroffen zu fühlen, und den Glauben ausdrückten, es würde eher andere betreffen, und dass sie selbst Hygienepraktiken korrekt durchführen würden. Klient:innen drücken eine Meinung aus, dass sie genügend Wissen über bakterielle Infektionen haben, und sehen keinen Bedarf, weitere Informationen über das Thema zu erhalten. Jedoch wird kein explizites Wissen durch ihre Aussagen bestätigt, und nicht auf das Thema näher eingegangen.

14.2.6 Wissen zu anderen Risiken des IV Konsums

In dieser Unterkategorie wurden alle Aussagen in Zusammenhang mit injektionsbedingten Risiken im Allgemeinen erfasst, außer denjenigen, die speziell mit Hygiene und bakteriellen Infektionen in Zusammenhang stehen, wie zum Beispiel Überdosis oder Thrombose. Diese Subkategorie dient zur Abgrenzung der hygienespezifischen Safer-Use-Praktiken.

„Weil, meine Thrombose, davon hatte ich auch keine Ahnung, was das ist, bis ich im Spital gesessen bin damit.“ (Interview 2, 140-141)

Der Interviewpartner äußert, dass er das Wissen bezüglich des Thromboserisikos erst über die persönliche Erfahrung mit dieser Komplikation erlangt habe.

Ergebnisse:

Klient:innen sind sehr gut über die Prävention von viralen Infektionen durch die Verwendung von sterilen Injektionsbesteck aufgeklärt. Klient:innen heben hervor, dass die Aufklärung von Erst-Konsument:innen über die generellen Risiken des IV Konsums besonders wichtig sei.

14.3 Probleme der Klient:innen

Diese Kategorie, die aus zwei Unterkategorien besteht, ermittelt sowohl die Hürden oder Schwierigkeiten, die Klient:innen daran hindert, adäquate Hygienepraktiken durchzuführen, als auch deren Erfahrungen mit Komplikationen aufgrund von unzureichender Hygiene beim IV Konsum. Hier wurde exploriert, ob sich die in der Literatur beschriebenen Phänomene, die IV Konsument:innen daran hindern, Hygienepraktiken korrekt durchzuführen (Bonar & Rosenberg, 2014), bei Klient:innen einer niederschwelligen Suchthilfeeinrichtung in Österreich wiederfinden lassen.

14.3.1 Probleme der Klient:innen bei der Hygiene

Hier wurden die Gründe der Klient:innen, warum sie oder andere keine oder inadäquate Hygienepraktiken beim IV Konsum anwenden, analysiert. Diese könnten zum Beispiel Zeitmangel oder ein Selbstfürsorgedefizit sein.

„Ja, weil es meistens schnell gehen muss. Erstens brauche ich meinen Schuss jetzt, und nicht in einer Viertelstunde oder in zehn Minuten.“ (Interview 1, 56-57)

Der Klient erklärt, dass Hygiene aufgrund von Zeitmangel, oder Zeitdruck häufig vernachlässigt werde. Ein Grund dafür ist für ihn vor allem, dass Menschen, die auf der Straße leben, keinen Ort haben, an dem sie sicher konsumieren können und dass sie deshalb häufig unter Zeitdruck stehen, um nicht gesehen zu werden.

Ergebnisse:

Für Hygienepraktiken nehmen sich Klient:innen häufig keine Zeit, aufgrund von Entzugssymptomen, dem Konsum im öffentlichen Raum, Craving oder weil die Substanz sehr stark im Vordergrund steht, und die potentiellen Risiken deshalb nebensächlicher sind. Manche Klient:innen haben Hygienepraktiken nicht in ihrer Routine verankert und vergessen es deswegen, oder legen keinen hohen Wert darauf, weil sie andere Prioritäten haben. Es wird geäußert, dass manche Klient:innen kein Interesse oder die Motivation haben, Hygienepraktiken durchzuführen. Die psychische Verfassung spielt dabei laut den Klient:innen eine große Rolle. Klient:innen merken an, dass Konsumräume diese Problematiken reduzieren könnten, weil mehr Ressourcen, wie Material, Informationen, Unterstützung und Zeit zur Verfügung stehen würden.

14.3.2 Erfahrung der Klient:innen mit Komplikationen

Hier wurden alle Äußerungen der Klient:innen zu ihren eigenen Erfahrungen mit Komplikationen, wie Abszessen oder Phlegmonen, exploriert. Als Komplikationen wurden die körperlichen Folgen und Beeinträchtigungen, die durch inadäquate Hygiene beim IV Konsum verursacht werden, definiert.

„Das war meine erste und letzte Phlegmone, und da habe ich dann gesagt, ich benutze immer nur noch mehr frisches Besteck. Weil, wenn das ins Gewebe geht, und dann, na, puh! Furchtbar!“ (Interview 4, 52-55)

Der Klient berichtet über seine Erfahrung mit einer Komplikation und wie ihn dies betroffen hat. In seiner Beschreibung gibt er an, dass er dadurch gelernt habe, mehr auf die Hygiene zu achten.

Ergebnisse:

Nicht alle Klient:innen haben Erfahrungen mit Komplikationen, und jene, die noch keine gemacht haben, sehen häufig auch keinen Grund, ihre Hygienepraktiken zu ändern oder zu verbessern. Auch wenn Erfahrungen mit Komplikationen gemacht werden, muss es nicht zwingend bedeuten, dass Klient:innen ihre Hygienepraktiken verändern bzw. verbessern können oder wollen. Jedoch gibt es Klient:innen, die aktiv daran arbeiten, ihre Hygienepraktiken zu verbessern, oder sich besser darüber zu

informieren, nachdem sie eine negative Erfahrung gemacht haben. Komplikationen, wie Abszesse, werden als traumatisierend wahrgenommen, und sind mit anderen negativen Emotionen, wie Scham- und Schuldgefühlen, verbunden. Hilfe wird jedoch häufig erst verspätet gesucht, aufgrund von Unwissen, Ignorieren oder Verdrängung des Problems oder der Einstellung, dass man es selbst bewältigen kann und möchte.

14.4 Bedürfnisse der Klient:innen

In dieser Hauptkategorie wurden die Bedürfnisse von Klient:innen, sowohl in Bezug auf Hygiene beim IV Konsum, als auch generell in Bezug auf Beratung und Versorgung untersucht. Wie in der Literatur beschrieben, ist die Erhebung der Bedürfnisse der Interventionsempfänger:innen wesentlich für die Entwicklung von Interventionskonzepten (Skivington et al., 2021). Es wurde exploriert, ob Klient:innen den Bedarf und die Möglichkeit sahen, ihre eigenen Praktiken zu verbessern, welche strukturellen Gegebenheiten sie dazu benötigen würden, und welche Anforderungen sie an die Berater:innen oder Suchthilfeeinrichtungen dabei stellten. Es wurden die Techniken untersucht, mit denen Klient:innen Hygienepraktiken erlernten, und wie sie zum Thema Safer-Use oder Hygienepraktiken beraten wurden. Wie in der Literatur beschrieben, könnten mit verschiedenen Formen der Beratung, Informationsmaterialien und Informationsquellen bestimmte Lerneffekte oder Verhaltensänderungen erzielt werden (Hrycko et al., 2022). Die Untersuchung der Meinungen und Einstellungen der Klient:innen ist wichtig, um ein bedürfnisorientiertes Konzept entwickeln zu können.

14.4.1 Allgemeine Bedürfnisse von Klient:innen

Hier wurden die explizit geäußerten emotionalen, sozialen, psychischen und physischen individuellen Bedürfnisse der Klient:innen, sowie implizierte Bedürfnisse der Zielgruppe, die sich durch die Aussagen der Klient:innen ergaben, analysiert. Dies konnte zum Beispiel das Bedürfnis nach Gemeinschaft oder Verständnis sein.

„Das Schlimmste, was einem passieren kann, ist, alleine zu sein, unverstanden sein. Und wenn man einfach jemanden nur mit Medikamenten zuschwemmt... so stürzen Leute ab. Dafür finde ich das persönliche Gespräch, auf jemanden zugehen... wenn einer keine Hilfe will, na dann kann man eh nichts ändern.“ (Interview 6, 354-357)

Der Klient beschreibt, was für ihn in der Interaktion wichtig ist. Er erzählt, dass die materielle Versorgung allein nicht ausreichend sei, und für ihn die menschliche Komponente einen hohen Stellenwert habe, und die sozialen Bedürfnisse eine große Rolle spielen würden.

Ergebnisse:

Klient:innen geben an, generell mit der erhaltenen Beratung und den Informationen zufrieden zu sein. Wichtig sind ihnen die vertrauensvolle Beziehung und Sympathie mit den Berater:innen, welche leicht zugänglich, menschlich und authentisch sein sollen, und ihr Interesse an den Klient:innen und deren Anliegen zeigen sollen.

Suchthilfeeinrichtungen, als geschützte Räume, sind den Klient:innen wichtig, jedoch genügt ihnen die Versorgung alleine mit Räumen, Materialien, oder Medikamenten nicht, und sie geben an, dass ihnen der persönliche Kontakt sehr wichtig sei. Mitarbeiter:innen sollten aktiv auf Klient:innen zugehen, vor allem wenn sie sehen, dass es ihnen nicht gut geht. Klient:innen geben an, dass sie sich mitteilen, wenn sie bereits genügend Informationen haben, oder keine Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Klient:innen distanzieren sich häufig von anderen Personen mit Abhängigkeitserkrankungen, anderen Klient:innen, da sie sich oftmals stigmatisiert fühlen. Sie äußern den Wunsch nach Normalität und Individualität.

Motivation und Interesse für Hygiene seitens der Klient:innen sind laut ihnen ausschlaggebend für Veränderungen, da angewöhnte Routinen schwer zu durchbrechen sind. Der IV Konsum ist für manche Klient:innen essenziell, um Schmerzen zu lindern, und sich verlässlich gut fühlen zu können. Klient:innen möchten dabei unterstützt werden, zu lernen, wie sie einfach und sicher IV konsumieren können.

14.4.2 Bedürfnisse der Klient:innen zu Beratung

Diese Unterkategorie untersuchte, welche Formen der Safer-Use-Beratung die Klient:innen bevorzugten und welche Vor- und Nachteile sie in den verschiedenen Möglichkeiten sahen. Es ging spezifisch um die Art und Weise, wie Klient:innen zum Thema beraten wurden, und umfasste beispielsweise das Eins-zu-Eins-Gespräch oder Gruppenformate.

„Ich habe das selber gelernt, aber ich habe mich schon, also, informiert, durchgelesen, Safer-Use-Bücher gelesen.“ (Interview 3, 64-65)

Auf die Frage, ob sie eine Beratung zu Safer-Use erhalten habe, gibt die Klientin an, dass sie sich selbst für das Thema interessiert habe und sich schriftliche Informationen zu Safer-Use organisiert hätte.

Ergebnisse:

Alle Klient:innen geben an, persönliche Eins-zu-Eins-Beratungen zu bevorzugen. Als Vorteile des Eins-zu-Eins-Gesprächs geben sie an, dass sie offener reden können, und Berater:innen mehr Zeit haben, um auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen zu können. Gruppen werden von den Klient:innen eher abgelehnt, weil sie die Probleme der anderen als überwältigend empfinden und eventuelle negative Interaktionen bzw. Dynamiken vermeiden möchten. Jüngere Klient:innen sind offener für Gruppenformate, wie zum Beispiel Workshops. Ein aktives Zugehen auf Klient:innen wird als sehr wichtig empfunden, vor allem, um neue Klient:innen zu beraten und zu informieren.

14.4.3 Bedürfnisse der Klient:innen zu Hygiene

Hier wurden die Bedürfnisse und Möglichkeiten untersucht, die die Klient:innen haben bzw. sehen, um ihre eigenen Hygienepraktiken, oder die von anderen Klient:innen, zu verändern und/oder zu verbessern. Sie beschrieben, was eventuell noch benötigt werde, um dies umsetzen zu können. Dies konnte zum Beispiel mehr Zugang zu Waschmöglichkeiten oder die Zurverfügungstellung von Händedesinfektionsmitteln sein.

„Was ich gut finde, das ist das mit dem Händedesinfektionsmittel. Das ist vielleicht eine Sache, durch das Interview, das ich verändern werde.“ (Interview 6, 196-197)

Der Klient reflektiert die im Interview besprochenen Themen, und überlegt für sich, was er verbessern könnte. Die Verwendung von Händedesinfektionsmittel als Hygienepaxis beim IV Konsum war ihm als Möglichkeit nicht bewusst, und er gibt an, dass er es in seine Routine integrieren möchte.

Ergebnisse:

Die meisten Klient:innen empfinden, dass sie Hygiene adäquat durchführen, vor allem jene, die bis dato keine Erfahrungen mit Komplikationen gemacht hatten.

Als Strategien zur Verbesserung geben Klient:innen eine stabilere Wohnsituation, ein stabileres soziales Umfeld, häufigeres Tauschen, eine Reduktion der Häufigkeit des IV Konsums, bzw. das Stoppen des IV Konsums, mitunter durch Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten und die Verwendung alternativer Hygienematerialien, wie Händedesinfektionsmittel, an.

14.4.4 Bedürfnisse der Klient:innen in der generellen Versorgung

In dieser Unterkategorie wurden die Aussagen der Klient:innen zur generellen Versorgung im Bereich der Suchthilfe, und vor allem dem niederschweligen Bereich, untersucht. Die Organisation und Struktur der Versorgungsangebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind ein wesentlicher Teil, die zur Harm Reduction beitragen (Brothers et al., 2023) und umfasst Angebote, wie Spritzentauschmöglichkeiten oder Substitutionsprogramme. Es wurden hier die eventuellen Versorgungslücken exploriert.

„Druckräume wären ein Riesenfortschritt...“ (Interview 1, 77)

Der Interviewpartner nennt das Angebot von Konsumräumen, das derzeit in der Versorgung fehlt. Für ihn würde dies wesentlich zur Verbesserung von Safer-Use, und im Speziellen von Hygienepraktiken, beitragen.

Ergebnisse:

Klient:innen geben an, dass die aktuelle Versorgung mit Materialien im Spritzentausch adäquat sei, und sie generell mit den Informationen, die sie erhalten, und dem Beratungsangebot zufrieden seien. Sie merken jedoch an, dass eine Beratung speziell zum Thema „Hygiene beim IV Konsum“ hilfreich sein könnte. Klient:innen geben an, dass Konsumräume fehlen würden, welche eine gute Möglichkeit wären, hygienisch und sicher zu konsumieren. Klient:innen, die noch keine Angebote, wie zum Beispiel den Spritzentausch nutzen, sollten dazu motiviert werden, dies zu tun.

15. Ergebnisse der Mitarbeiter:inneninterviews

Es wurden insgesamt sechs Mitarbeiter:innen aus drei Bereichen der Suchthilfeeinrichtung interviewt. Darunter befanden sich jeweils zwei Mitarbeiter:innen aus den Berufsfeldern der Sozialarbeit, der Medizin und der Pflege. Die Interviewlänge lag zwischen 24 Minuten und 22 Sekunden und 47 Minuten und 50 Sekunden.

Im ersten Kodiervorgang wurden insgesamt 324 Codes identifiziert, die allen vier Hauptkategorien zugeteilt werden konnten. Nach Präzisierung des Kodierleitfadens konnten mehrere Codes zusammengefasst werden, sodass sich 293 Codes über die 17 Unter- bzw. Subkategorien verteilten. Die Transkripte wurden ein zweites Mal kodiert, um die vergebenen Codes zu kontrollieren, und um weitere Codes zu identifizieren. Es konnten weitere 44 Codes gefunden werden, was eine Gesamtanzahl von 337 Codes aus den Mitarbeiter:inneninterviews darstellt.

Hauptkategorien	Unterkategorien
Kontext der Beratung	Ort der Beratung
	Rolle bzw. Funktion der Berater:innen
	Situation der Beratung
	Peers
Aktuelle Praxis in der Beratung & der Klient:innen	Beratungstechniken
	Materialien zur Beratung
	Informationen
	Form der Beratung
	Hygienepraktiken der Klient:innen
	Wissen zu bakteriellen Infektionen und Hygienepraktiken
Probleme in der Beratung & der Klient:innen	Probleme in der Beratung
	Probleme der Klient:innen bei der Hygiene
	Erfahrungen mit Komplikationen
Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen & der Klient:innen	Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen für die Beratung
	Bedürfnisse der Klient:innen in der Beratung
	Bedürfnisse der Klient:innen für die Hygiene
	Bedürfnisse der Klient:innen in der generellen Versorgung

Tabelle 8: Überblick Kategoriensystem der Mitarbeiter:inneninterviews

15.1 Kontext der Beratung

Der Kontext, in dem komplexe Interventionen angewendet werden, kann deren Wirksamkeit wesentlich beeinflussen und muss daher in verschiedene Richtungen untersucht werden, wie zum Beispiel hinsichtlich ihrer räumlichen, sozialen, kulturellen, ökonomischen oder politischen Dimensionen (Skivington et al., 2021). In dieser Hauptkategorie wurde der Kontext, in dem Mitarbeiter:innen Beratungen durchführen, untersucht, um die Möglichkeiten der Berater:innen innerhalb dieser Dimensionen zu explorieren.

Der Kontext bietet Informationen zu den Rahmenbedingungen, den Rollen und Kompetenzen der Interventionsanwender:innen, die für die Entwicklung berücksichtigt werden müssen (Bleijenberg et al., 2018). In dieser Kategorie wurde neben den räumlichen, situativen und personellen Gegebenheiten ebenfalls das Thema der Peerarbeit exploriert, da eine potenzielle Einbindung von Peers förderliche Effekte in der Beratung erzielen könnte (Tracy & Wallace, 2016).

15.1.1 Ort der Beratung

Diese Unterkategorie beschreibt den Ort, wo Beratungen gewöhnlicherweise stattfinden. Diese könnten zum Beispiel Beratungszimmer in einem Tageszentrum oder Ambulatorium sein. Hier wurden diese Orte kodiert, sowie eventuelle ortsspezifische Kommentare oder Eindrücke der Mitarbeiter:innen zum Effekt auf die Klient:innen und die Beratungssituation.

„Das Tageszentrum ist halt für viele Leute ein gewohnteres Umfeld, wo sie jeden Tag ein und aus gehen, und deswegen reden Leute dort auch mehr. Bei uns [im medizinischen Setting] sind sie oft verschlossen, und möchten nicht alles preisgeben.“ (Interview 8, 101-104)

Mitarbeiter:innen beschreiben, dass die Orte, an denen Beratungen stattfinden, einen förderlichen oder hinderlichen Effekt haben können. Sie begründen dies mit dem Ausdruck, dass ein gewohnteres Umfeld besser sei, und implizieren dabei, dass dies Ängste reduziere und die Klient:innen offener über das Thema des IV Konsums sprechen können.

Ergebnisse:

Orte, an denen Klient:innen beraten werden, sind beispielsweise Beratungszimmer in den verschiedenen Bereichen, sowie die Tageszentren, am Spritzentausch und auf der Straße im öffentlichen Raum. Keine der Pflegepersonen äußerte sich in Bezug auf den Beratungsort. Ein geschützter und entspannter Rahmen ist laut den Mitarbeiter:innen förderlicher für Beratungen.

15.1.2 Rolle bzw. Funktion der Berater:innen

In dieser Subkategorie wurden die Nennungen der Mitarbeiter:innen in Hinsicht auf ihre eigene Funktion in der Einrichtung analysiert. Kommentare oder Ansichten hinsichtlich ihrer Rolle, Funktion oder ihres Berufs wurden ebenso erfasst, um die verschiedenen Fähigkeiten und Herangehensweisen, in Bezug auf die Beratung von Klient:innen, darzustellen.

„Ja, und enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, die wieder einen anderen Zugang haben. ... es ist ja nicht nur eine rein medizinische Frage.“ (Interview 12, 147-150)

Mitarbeiter:innen erkennen, dass IV Konsum ein komplexes Phänomen ist, bei dem nicht nur körperliche oder somatische Aspekte berücksichtigt werden müssen, sondern auch psychische und soziale Faktoren eine große Rolle spielen, und daher die multiprofessionelle Zusammenarbeit von hoher Bedeutung ist.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen sehen ihre Funktion darin, Klient:innen durch Beratung dabei zu unterstützen, die Schäden, die durch den Substanzkonsum entstehen können, durch reduzierten Konsum oder der Reduzierung der Risiken zu minimieren.

Mitarbeiter:innen aus medizinischen Berufen geben an, dass sie durch den Beruf bereits ein bestimmtes Wissen hinsichtlich Hygiene besitzen, das jedoch auch manchmal dazu führt, dass sie Basiswissen zu Hygiene bei anderen voraussetzen.

Mitarbeiter:innen aus den sozialen Berufen geben an, dass sie gewisse medizinische Fragen der Klient:innen nicht beantworten können, und dass der Zugang zum medizinischen Personal aufgrund von Anwesenheitszeiten und Örtlichkeiten nicht immer

möglich sei. Sozialarbeiter:innen und Ärzt:innen haben eine engere Beziehung zu den Klient:innen aufgrund von mehr zeitlichen und örtlichen Ressourcen und sind der Meinung, dass Klient:innen Informationen von Professionisten annehmen würden.

15.1.3 Situation der Beratung

Hier wurden Beschreibungen der Mitarbeiter:innen hinsichtlich der Beratung zu Hygiene oder Safer-Use und wie sich diese Situationen ergeben analysiert. Diese konnten zum Beispiel durch Fragen seitens der Klient:innen, oder durch aktives Zugehen auf die Klient:innen, entstehen.

*„... unsere Gespräche zum Thema Safer-Use, ... die sind anlassbezogen eigentlich.“
(Interview 13, 172-173)*

Die Mitarbeiterin äußert, dass Beratungen zum Thema häufig durch einen Bedarf, oder einen Anlass ausgelöst werden, und nicht willkürlich zustande kommen.

Ergebnisse:

Beratungen zu Safer-Use beim IV Konsum finden in den täglichen Kontakten, die die Mitarbeiter:innen mit Klient:innen haben, statt. Diese werden jedoch nicht pauschal angeboten, sondern finden eher statt, wenn ein klarer Bedarf festgestellt wird, und die Mitarbeiter:innen sich sicher sind, dass die jeweiligen Personen IV konsumieren. Mitarbeiter:innen äußern ein Bewusstsein, dass das Thema des IV Konsums sensibel sei, und dass sie die Beratungssituation mit Feingefühl einleiten müssen, da diese sehr situationsabhängig sein kann.

15.1.4 Peers

Diese Unterkategorie explorierte die Meinungen der Mitarbeiter:innen in Hinsicht auf die Einbindung von Peers in die Beratung. Mögliche positive und negative Effekte wurden hier von den Mitarbeiter:innen reflektiert, wie zum Beispiel eine bessere Perspektive auf die reale Situation der Klient:innen.

„...und die [Peers] wissen auch viel besser, wie wirklich die Situation jetzt auch außerhalb von einer Gesundheitseinrichtung ist, und auf was man wahrscheinlich so als, also in unserer Position, gar nicht denkt.“ (Interview 11, 194-197)

Mitarbeiter:innen reflektieren die Einbindung von Peers in die Beratungssituation und erkennen, dass diese ein anderes Wissen in Bezug auf das Thema haben könnten als sie selbst. Sie bewerten dies positiv und implizieren eine Wissenserweiterung durch die Einbindung von Peers.

Ergebnisse:

Alle der Interviewpartner:innen befürworteten die Einbindung von Peers in die Beratung von Klient:innen zum Thema Safer-Use. Mitarbeiter:innen merken an, dass Peers ein erweitertes Wissen haben könnten, und ihre Informationen eventuell mehr auf Klient:innen wirken würden, da viele der Klient:innen häufig anderen, die mehr Erfahrung mit dem IV Konsum haben, vertrauen, und von ihnen Praktiken erlernen. Mitarbeiter:innen äußern, dass die Einbindung von Peers nur mit adäquater Planung und Schulung der Beteiligten sinnvoll sei.

15.2 Aktuelle Praxis in der Beratung und die Praxis der Klient:innen

In dieser Kategorie wurde speziell auf die aktuelle Praxis der Mitarbeiter:innen bezüglich der Beratung von Klient:innen zu Safer-Use und Hygiene beim IV Konsum eingegangen, um zu untersuchen, welche Techniken, Formate, Materialien und Informationen sie dazu verwenden. Hinweise darauf, wie und in welcher Form Informationen vermittelt werden, und welche Erfahrungen Mitarbeiter:innen diesbezüglich gemacht haben, geben wichtige Erkenntnisse darüber, was berücksichtigt werden muss, um die potenzielle Intervention wirksam anwenden und implementieren zu können (Bleijenberg et al., 2018). Die aktuelle Praxis und das Wissen der Klient:innen bezüglich Hygiene beim IV Konsum aus Sicht der Mitarbeiter:innen wurde ebenfalls untersucht, um deren Perspektive zu gewinnen, und eventuelle Zusammenhänge mit ihrer aktuellen Beratungspraxis zu erörtern.

15.2.1 Beratungstechniken

In dieser Subkategorie wurden alle didaktischen Ansätze, die in der aktuellen Praxis durch die Mitarbeiter:innen utilized werden, wie zum Beispiel die Bedarfseinschätzung (Assessment) oder Demonstration von Hygienepraktiken, exploriert.

„Ich zeige bei mir und male auf, ich mache alles Mögliche.“ (Interview 8, 194)

Mitarbeiter:innen erklären, dass sie verschiedene Techniken nutzen, um ein gewisses Thema zu vermitteln. Dadurch zeigen sie, dass es ihnen wichtig ist, dass Klient:innen gut über Safer-Use-Praktiken aufgeklärt sind.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen sind proaktiv in der Beratung von Klient:innen, und gehen offen und aktiv auf sie zu. Sie explorieren die individuellen Probleme und Bedürfnisse der Klient:innen und versuchen pragmatische Lösungen zu finden. Den Mitarbeiter:innen ist es wichtig, dass sie die Klient:innen nicht verurteilen oder stigmatisieren, und sie versuchen offen und wertfrei mit den Klient:innen über das Thema Safer-Use zu sprechen. Mitarbeiter:innen äußern, dass sie die Autonomie der Klient:innen wahren möchten, und dass sie mit positiven Ansätzen die Klient:innen zu risikoärmeren Praktiken zu motivieren versuchen. Mitarbeiter:innen sind innovativ und nutzen alle ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen, um Klient:innen zu beraten.

15.2.2 Materialien zur Beratung

Hier wurden die Beschreibungen der Mitarbeiter:innen hinsichtlich der zur Beratung eingesetzten Materialien, wie zum Beispiel Safer-Use-Broschüren oder Poster, analysiert. Meinungen zu den Beratungs- oder Schulungsmaterialien wurden ebenfalls untersucht.

„Ja, ich glaube, generell sind wir gut ausgestattet.“ (Interview 13, 353)

Mitarbeiter:innen äußern die Meinung, dass sie genügend materielle Ressourcen haben, um Klient:innen zu beraten, und implizieren, dass es diesbezüglich keinen Bedarf gebe.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen verwenden nicht zwingend die Safer-Use-Broschüren, um Klient:innen zu beraten, da diese manchmal nicht zur Hand liegen, oder weil sie für manche Klient:innen zu hochschwellig ist. Hygienematerialien, wie Spritzensets, werden häufig in der Beratung eingesetzt. Mitarbeiter:innen sind sich einig, dass Materialien wichtige Unterstützungen bieten würden, um die Klient:innen gut beraten zu können. Informationsmaterialien, wie Broschüren, sollten leicht zugänglich und einfach zu verstehen sein.

15.2.3 Informationen

Hier wurde exploriert, welche Informationen zu Hygienepraktiken und bakterielle Infektionen an Klient:innen, als Teil der Beratungen vermittelt werden, wie zum Beispiel Informationen über die Komplikationen von bakteriellen Infektionen.

„Natürlich spricht man dann schon auch öfter über Abszesse und so, aber eigentlich sind die Viren im Vordergrund.“ (Interview 11, 59-60)

Mitarbeiter:innen geben an, dass Gespräche mit Klient:innen bezüglich den durch bakterielle Infektionen verursachten Komplikationen stattfinden, jedoch denen zu den Risiken von viralen Infektionen häufig untergeordnet sind.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen betrachten die Aufklärung bezüglich Hygienepraktiken und den Risiken und Folgen von bakteriellen Infektionen als wichtig, und sehen es als fixen Bestandteil von Safer-Use-Gesprächen. Mitarbeiter:innen merken an, dass die Informationen zu bakteriellen Infektionen nicht einfach zu verstehen seien, und Safer-Use-Praktiken realistisch und leicht in den Alltag integrierbar sein sollten. Mitarbeiter:innen sind der Meinung, dass viel Wissen zu Safer-Use aus der Praxis entstehe, und dass Mitarbeiter:innen von Klient:innen nützliche Informationen erhalten, und von ihnen lernen können.

15.2.4 Form der Beratung

In dieser Subkategorie wurden die Äußerungen der Mitarbeiter:innen zu den verschiedenen Formen und Formaten von Beratung analysiert. Das konnten zum Beispiel das Einzelgespräch zwischen dem Klienten und dem Arzt sein, aber auch das Safer-Use-Gruppen-Setting.

*„Ich finde es quasi ein besseres Setting im Eins-zu-Eins mit einem Klienten zu reden. Auch wenn er zum Beispiel dann auch Fragen hat, die er sich vielleicht vor anderen nicht stellen traut, oder glaubt, er hat das falsch gemacht, dann ist das Einzel-Setting zwischen mir und einem Klienten deutlich geeigneter, als in einer größeren Gruppe.“
(Interview 10, 65-69)*

Mitarbeiter:innen nennen die Gründe, warum ein persönliches Einzelgespräch passender für die Thematik ist, und warum sie es bevorzugen. Sie implizieren damit, dass das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse für sie wichtig sei.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen äußern, dass Gruppenformate ein interessantes Angebot seien, um den Austausch unter Klient:innen und Mitarbeiter:innen zu fördern, jedoch sollten diese regelmäßig, niederschwellig und multiprofessionell sein. Nachteile von Gruppen seien laut ihnen, dass sie nicht flexibel eingesetzt werden können, und dass Gruppendynamiken und eine hohe Anzahl an Gruppenteilnehmer:innen einen negativen Einfluss auf die Vermittlung der Beratungsinhalte haben könnten. Mitarbeiter:innen merken an, dass Gruppenformate für manche Klient:innen nicht geeignet seien, da dies Ängste hervorrufen könnte. Wichtig ist, abgesehen vom Format, der persönliche Kontakt mit Klient:innen, und sie schlagen vor, dass die Beratung zum Thema in mehreren Formaten angeboten werden könnte, um mehr Klient:innen zu erreichen.

15.2.3 Hygienepraktiken der Klient:innen

Diese Unterkategorie untersuchte die Nennungen der Mitarbeiter:innen zu spezifischen Hygienepraktiken, die die Klient:innen richtig oder falsch durchführen, und durch welche Faktoren, im weiteren Sinne, dies eventuell beeinflusst wird. Dies waren

zum Beispiel das Nicht-Verwenden von Alkohol-Tupfern oder die Verwendung des Alkohol-Tupfers zur Materialreinigung.

„Naja, viele desinfizieren nach dem Stechen, zum Beispiel.“ (Interview 8, 128)

Mitarbeiter:innen beschreiben eine nicht korrekt durchgeführte Hygienepraktik, die häufig von Klient:innen berichtet wird.

Ergebnisse:

Die Meinung der Mitarbeiter:innen ist, dass Hygienepraktiken durch den sozialen Kontext geprägt werden, und viele Klient:innen Praktiken von anderen Klient:innen lernen oder abschauen, und sich auch selbst falsche Praktiken beibringen und angewöhnen. Hygienematerialien werden von Klient:innen häufig inkorrekt gehandhabt, und vor allem der Alkohol-Tupfer wird häufig nicht oder falsch verwendet. Mitarbeiter:innen äußern, dass auch wohnversorgte Klient:innen nicht unbedingt alle Safer-Use-Regeln einhalten würden bzw. einhalten können.

15.2.6 Wissen zu bakteriellen Infektionen und Hygienepraktiken der Klient:innen

Hier wurde exploriert, welches Wissen Klient:innen zum Thema Hygienepraktiken und bakterielle Infektionen und deren Risiken haben. Unwissen und Mythen zum Thema IV Konsum und Safer-Use wurden ebenfalls untersucht, wie zum Beispiel die Einschätzung der Mitarbeiter:innen zum Wissensstand der Klient:innen bezüglich den Risiken unzureichender Hygiene beim IV Konsum.

„..., also auf die möglichen Risiken wird immer, das wird immer propagiert, was passieren könnte. Und, das wissen auch viele, ...“ (Interview 8, 296-297)

Mitarbeiter:innen sind der Meinung, dass Klient:innen genügend Wissen über die Risiken und Folgen haben würden, da die Informationen zum Thema in der Einrichtung regelmäßig vermittelt werden.

Ergebnisse:

Die Mitarbeiter:innen geben an, dass sie glauben, die Klient:innen seien generell über die Risiken inadäquater Hygiene beim IV Konsum informiert. Sie äußern die Meinung, dass Klient:innen die Risiken nicht gut einschätzen können, sie ihnen nicht so bewusst seien, und man genauer nachfragen müsse, um herauszufinden, wie viel Klient:innen wissen. Mitarbeiter:innen bestätigen, dass es viele Mythen zum Thema Safer-Use-Praktiken gebe würde.

15.3 Probleme in der Beratung und der Klient:innen

Wie in der Problemstellung und in den oberen Abschnitten bereits beschrieben, lassen sich eine Reihe von persönlichen, sozialen und strukturellen Problemen und Hürden in Bezug auf Hygienepraktiken beim IV Konsum feststellen (Smith et al., 2015; Hanoa et al., 2022; Bonar & Rosenberg, 2014).

Die Erörterung der Probleme aus Sicht der Mitarbeiter:innen war hier wichtig, um die Ziele, die die potenzielle Intervention verfolgt, definieren zu können (Bleijenberg et al., 2018). Die Probleme wurden in drei Bereiche bzw. Unterkategorien aufgeschlüsselt. Zum einen wurden in dieser Kategorie die Probleme der Mitarbeiter:innen hinsichtlich der Beratung beleuchtet und zum anderen die Rückmeldungen der Mitarbeiter:innen bezüglich der Probleme der Klient:innen hinsichtlich Hygienepraktiken. Die Erfahrungen der Klient:innen mit Komplikationen wurde ebenfalls in einer eigenen Unterkategorie untersucht.

15.3.1 Probleme in der Beratung

Hier wurden die Nennungen der Mitarbeiter:innen analysiert, die erschwerende Faktoren für die Beratung von Klient:innen erwähnen. Dies konnten persönliche aber auch strukturelle oder organisatorische Faktoren sein, wie zum Beispiel zeitliche Ressourcen für die Beratung oder Stigma in Bezug auf den IV Konsum.

„Vor allem, weil das [IV Konsumieren] ein intimes Thema ist, und viele Klient:innen da nicht so gern, so offen darüber reden, ...“ (Interview 11, 23-24)

Mitarbeiter:innen äußern, dass das Thema des IV Konsums ein persönliches, intimes Thema sei, und deshalb die Beratung erschwere, da Klient:innen oftmals nicht offen darüber sprechen können.

Ergebnisse:

Alle Mitarbeiter:innen sind sich einig, dass IV Konsum ein sehr intimes Thema ist, das häufig mit Scham, Schuld, Stigma und Verletzlichkeit verbunden ist, und nicht alle Klient:innen offen darüber reden wollen oder können. Auch bei Mitarbeiter:innen könnten durch das Gespräch über IV Konsum Ängste und Unsicherheiten ausgelöst werden. Laut den Mitarbeiter:innen würden Klient:innen den IV Konsum verheimlichen, um negative Konsequenzen, wie zum Beispiel den Verlust der Unterkunft oder das Auslösen von Craving zu vermeiden. Mitarbeiter:innen sind der Meinung, dass das offene Gespräch über IV Konsum mit Ängsten verbunden sein könne, und dass Klient:innen nicht immer an den Safer-Use-Beratungen interessiert seien, vor allem wenn andere Themen im Vordergrund stehen. Klient:innen können sich nicht immer auf die Beratungen einlassen und verdrängen teilweise die realen Risiken des IV Konsums. Die Prioritäten der Klient:innen sind somit nicht immer zwingend die Prioritäten der Mitarbeiter:innen, jedoch akzeptieren diese auch, dass sie nicht alle Betroffenen mit dem Thema erreichen können. Die psychische Verfassung spiele laut den Mitarbeiter:innen eine wichtige Rolle, vor allem, wie diese die Fähigkeit der Klient:innen beeinflusse, für sich selbst sorgen zu können.

Zeitliche, räumliche und personelle Ressourcen stehen nicht immer zur Verfügung, um Klient:innen zum Thema ausreichend beraten zu können. Eine multiprofessionelle Beratung ist dadurch ebenfalls nicht immer möglich. Mitarbeiter:innen äußern eine gewisse Schwierigkeit, die Klient:innen zu Safer-Use-Praktiken zu beraten, die in der Realität schwer umsetzbar sind, da es vor allem für wohnungslose Menschen keinen sauberen Ort gibt, wo sie sicher konsumieren können.

15.3.2 Probleme der Klient:innen bei der Hygiene

Gründe, warum Klient:innen beim IV Konsum keine oder unzureichende Hygiene durchführen wurden in dieser Subkategorie untersucht. Dies umfasste die persönlichen und strukturellen Ressourcen und Möglichkeiten, die die Anwendung von Hygienepraktiken beeinflussen könnten. Hier wurden die Meinungen der Mitarbeiter:innen

erfasst, was sie als Probleme der Klient:innen in Hinsicht auf Hygiene sehen, wie zum Beispiel Unwissen oder ein erschwerter Zugang zu Material.

„Also man kann auf der Straße nicht sauber konsumieren, also das geht nicht.“ (Interview 13, 232-233)

Mitarbeiter:innen äußern, dass es prinzipiell nicht möglich sei, im öffentlichen Raum hygienisch zu konsumieren.

Ergebnisse:

Laut den Mitarbeiter:innen könnten die potenziellen negativen Konsequenzen, wie zum Beispiel Entzugssymptome oder ein Konsumverbot, die Hygienepraktiken negativ beeinflussen, da Klient:innen weniger Zeit für den Konsumvorgang haben würden, und/oder es versteckt, an ungeeigneten Orten durchgeführt werden muss. Wohnungslose Klient:innen sind hier besonders vulnerabel. Klient:innen sind häufig nicht gut auf den Konsum vorbereitet, warten zum Beispiel bis Entzugssymptome einsetzen, oder haben nicht alle Utensilien zur Verfügung, die sie bräuchten. Die psychische Situation kann das Interesse und die Motivation beeinflussen, Hygienepraktiken anzuwenden. Manche Klient:innen haben Routinen und Rituale beim IV Konsum, die sie sich selbst angewöhnt haben, oder durch den Austausch mit anderen gelernt haben, und die schwer zu durchbrechen sind.

15.3.3 Erfahrungen der Klient:innen mit Komplikationen

In dieser Unterkategorie wurde untersucht, wie die Mitarbeiter:innen die Erfahrungen der Klient:innen mit Komplikationen aufgrund des IV Konsums beschreiben oder bewerten. Als Komplikationen wurden körperliche Beschwerden, vor allem bakterielle Infektionen aufgrund des IV Konsums definiert, wie Abszesse oder Endokarditis.

„... jeder [der Klient:innen] kennt irgendwen, der schon mal Endokarditis gehabt hat.“ (Interview 8, 299)

Mitarbeiter:innen deuten an, dass viele der Klient:innen sogar Erfahrungen mit den schweren, systemischen Folgen von bakteriellen Infektionen gemacht hätten, und implizieren, dass es ein weit verbreitetes Phänomen sei.

Ergebnisse:

Die Mitarbeiter:innen geben an, dass viele der Klient:innen direkte oder indirekte Erfahrungen mit Komplikationen, durch inadäquate Hygienepraktiken gemacht hätten, vor allem jene, die schon länger IV konsumieren würden und eine schlechtere Venensituation hätten. Die Mitarbeiter:innen äußern, die Klient:innen würden aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen auch darüber nicht immer offen reden wollen oder können.

15.4 Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen und der Klient:innen

Die Ermittlung der Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen in Hinsicht auf die Beratung von Klient:innen zum Thema ist ein wichtiger Schritt, um Interventionen zu entwickeln, die aus der Anwender:innenperspektive akzeptabel und machbar sind (Bleijenberg et al., 2018). Die Bedürfnisse der Klient:innen in Hinsicht auf Beratung, Hygiene und der generellen Versorgung aus Sicht der Mitarbeiter:innen sollte Hinweise darauf geben, welche Ziele die Intervention verfolgen sollte, und wie die beratungsorientierte Intervention umgesetzt werden sollte, um die gewünschten Wirkungen erzielen zu können (Turner et al., 2019).

15.4.1 Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen für die Beratung

Hier wurden die Aussagen der Mitarbeiter:innen untersucht, in denen sie die Faktoren beschreiben, die die Beratung erleichtern oder ermöglichen. Dies umfasste persönliche und strukturelle Elemente, wie zum Beispiel Schulungen zum Thema Safer-Use für Mitarbeiter:innen oder mehr Beratungsräume.

„... mehr Zeitressourcen ... Und vielleicht auch einen eigenen Raum.“ (Interview 11, 33-36)

Mitarbeiter:innen nennen zeitliche und räumliche Faktoren, die die Beratung von Klient:innen erleichtern würden, bzw. ermöglichen würden.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen äußern, dass Schulungen zum Thema Safer-Use, vor allem für neue Mitarbeiter:innen wichtig seien, um das Thema der Harm Reduction zu verankern und ihnen das Selbstbewusstsein zu geben, Klient:innen zum Thema Safer-Use beraten zu können. Weiters äußern sie das Bedürfnis nach erweiterten Möglichkeiten, wie mehr und flexiblere zeitliche, personelle und räumliche Ressourcen, um besser beraten zu können. Materialien, wie einfache Safer-Use-Informationsmaterialien, und der Zugang zu Safer-Use-Materialien, um Techniken vorführen zu können, seien ihnen wichtig. Mitarbeiter:innen sind der grundlegenden Meinung, dass etablierte Routinen beim IV Konsum verändert werden könnten, es dazu jedoch Geduld benötige, und die Mitarbeiter:innen dabei befähigt werden sollten, mit Klient:innen in Beziehung treten zu können.

15.4.2 Bedürfnisse der Klient:innen in der Beratung

Diese Unterkategorie untersucht die Meinungen der Mitarbeiter:innen, welche Bedürfnisse Klient:innen in Hinsicht auf Beratung haben, und welche Faktoren die Beratungssituation begünstigen können, wie zum Beispiel eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Berater:in und Klient:in.

„Und was auf alle Fälle förderlich ist, finde ich, ist eine Atmosphäre zu schaffen, wo auch dieser vertrauensvolle Rahmen gegeben ist.“ (Interview 13, 389-390)

Mitarbeiter:innen heben hervor, dass Vertrauen seitens der Klient:innen für die Beratung förderlich sei.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen geben an, dass die persönliche Beziehung zwischen ihnen und den Klient:innen wichtig sei, um Beratungen durchführen zu können. Wichtige Aspekte sind Vertrauen, Verständnis für die Klient:innen zu zeigen, sowohl als Kontinuität in den Kontakten. Kontinuität und ein guter Rahmen von Safer-Use-Angeboten, bei dem die Prioritäten und die aktuelle, individuelle Situation der Klient:innen berücksichtigt wird, sehen die Mitarbeiter:innen vorrangig, um für eine entspannte Atmosphäre zu sorgen, damit Klient:innen sich auf die Themen einlassen können. Die Reduktion von

Stigma sehen die Mitarbeiter:innen ebenfalls als ein Bedürfnis, um Klient:innen zu befähigen, offener über den IV Konsum sprechen zu können.

15.4.3 Bedürfnisse der Klient:innen für die Hygiene

Hier wurden die Bedürfnisse der Klient:innen in Hinsicht auf Hygienepraktiken und Safer-Use untersucht, und was eventuell noch benötigt wird, damit sie diese Praktiken besser durchführen können, wie zum Beispiel mehr Zugang zu Waschmöglichkeiten.

„Ja, aber es gibt halt nicht für alle dieselbe Lösung, ...“ (Interview 11, 185-186)

Mitarbeiter:innen merken an, dass die Bedürfnisse der Klient:innen sehr unterschiedlich seien, und implizieren, dass auch Beratung individuell gestaltet sein sollte.

Ergebnisse:

Die Mitarbeiter:innen geben an, dass Klient:innen generell risikoarm konsumieren möchten und sich einen sauberen und sicheren Ort dafür wünschen. Sie sind sich einig, dass viele der Safer-Use-Praktiken in der Praxis, aufgrund der Gegebenheiten, oft schwierig umzusetzen seien, und dass ein sicheres Setting, in dem sie IV konsumieren könnten, Hygienepraktiken durch Zugang zu mehr Ressourcen und Unterstützung fördern würde.

15.4.4 Bedürfnisse der Klient:innen in der generellen Versorgung

Diese Subkategorie untersuchte die Meinungen der Mitarbeiter:innen zur generellen Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im niederschweligen Setting. Die Versorgung bezieht sich hier auf Harm-Reduction-Leistungen, wie zum Beispiel Spritzentauschmöglichkeiten und Beratung. Hier wurden eventuelle Versorgungslücken exploriert.

„Also im öffentlichen Raum, einen Raum dafür [IV Konsum], der sauber ist, das ist, glaube ich, nicht vorhanden.“ (Interview 12, 242-243)

Mitarbeiter:innen äußern, dass es keinen hygienischen Ort im öffentlichen Raum gibt, wo Klient:innen sicher und sauber konsumieren können. Dies könnte als Versorgungslücke verstanden werden.

Ergebnisse:

Mitarbeiter:innen sind der Meinung, dass das Angebot vielfältig und generell gut sei, jedoch es einen weiteren Ausbau von niederschweligen Angeboten benötige, wie erweiterte Spritzentauschmöglichkeiten, kostenloses Natriumchlorid, mehr Abgabeboxen für benutztes Konsummaterial und Konsumtoleranz in den Wohnungsloseneinrichtungen. Mitarbeiter:innen äußern den Bedarf für Konsumräume und IV Substitution, um Klient:innen, die IV konsumieren, sichere Orte zu bieten, an denen sie Substanzen IV einnehmen können. Sie finden, dass es einen Bedarf gebe, außerhalb der Suchthilfeeinrichtungen Stigma gegenüber dem Thema IV Konsum abzubauen.

15.5 Überblick der Ergebnisse der qualitativen Erhebungen

Es konnten folgende Themengebiete aus den Klient:innen- und Mitarbeiter:innen-Interviews zusammengefasst werden:

- Erschwerter Zugang zu Ressourcen
- Bedeutung des sozialen Kontexts und der Prioritäten
- Fehlende oder falsche Routinen
- Inadäquates Wissen
- Unsicherheiten zu Praktiken und Techniken
- Fehlendes Interesse und Motivation
- Inadäquate Risikoeinschätzung
- Umsetzbarkeit von Hygiene- und Safer-Use-Praktiken
- Bedürfnis von Autonomie
- Bedürfnis von Sicherheit

16. Erstellung des Wirkmodells

Wie in Punkt 12 auf Seite 39 beschrieben, waren für dieses Forschungsvorhaben zwei Modelle wesentlich für die Erstellung des Wirkmodells. Das „behaviour change wheel“ (BCW) von Michie et al. (2014), um die einzelnen Elemente der Intervention zu identifizieren und zu konkretisieren, und das lineare Pipeline Modell der Kellogg Foundation (2004), um die Elemente in einem finalen Wirkmodell visuell darzustellen.

Aus dem Rapid Review konnten Theorien und Modelle für die Erstellung des Wirkmodells identifiziert werden. Für die Entwicklung der Komponenten und Inhalte für die potenzielle Intervention wurde die Ausarbeitung anhand der Schritte des BCW von Susan Michie und Kollegen (2014) gewählt, welches in zwei der identifizierten Interventionen (Mono-Rub und REACT) zur Anwendung kam.

Das BCW, im Deutschen „Verhaltensveränderungsrad“, dient dazu, erfolgreiche Interventionen für Verhaltensänderungen zu entwickeln und zu evaluieren. Das Modell entstand aus einer Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema Verhaltensänderung im Gesundheitswesen (Public Health), und zur Gesundheitsförderung, vor allem im Bereich der Rauchentwöhnung. Susan Michie und ihre Kolleg:innen publizierten 2011 die Ergebnisse ihres Reviews und Delphi-Befragung zur Identifizierung von Verhaltensänderungsinterventionen, und entwickelten daraus das BCW als Modell, welches auf der Grundannahme basiert, dass Verhalten (behaviour) durch drei zentrale Komponenten beeinflusst wird. Diese sind Fähigkeit (capability), die in physische und psychologische Fähigkeit unterteilt wird, Motivation (motivation), die reflektierend oder automatisch sein kann, und Gelegenheit (opportunity), die die soziale und physische Gelegenheit umfasst.

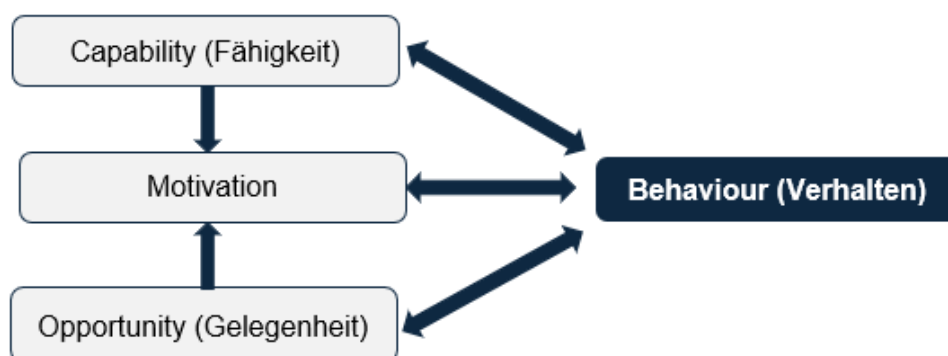


Abbildung 15 (eigene Darstellung): das COM-B System, mit deutscher Übersetzung (Michie et al., 2011)

Das COM-B System bildet den Kern des BCW (grüner Bereich). Um den Kern befinden sich Interventionstypen bzw. -funktionen, die „intervention functions“ (roter Bereich), die mit dem COM-B System zusammenhängen, und mit denen die Aspekte der COM-B Komponenten beeinflusst werden können. Sie bestimmen die Inhalte der Intervention. Die Art und Weise der Umsetzung wird durch die Politik-Kriterien, die „policy functions“ (grauer Bereich), bestimmt.

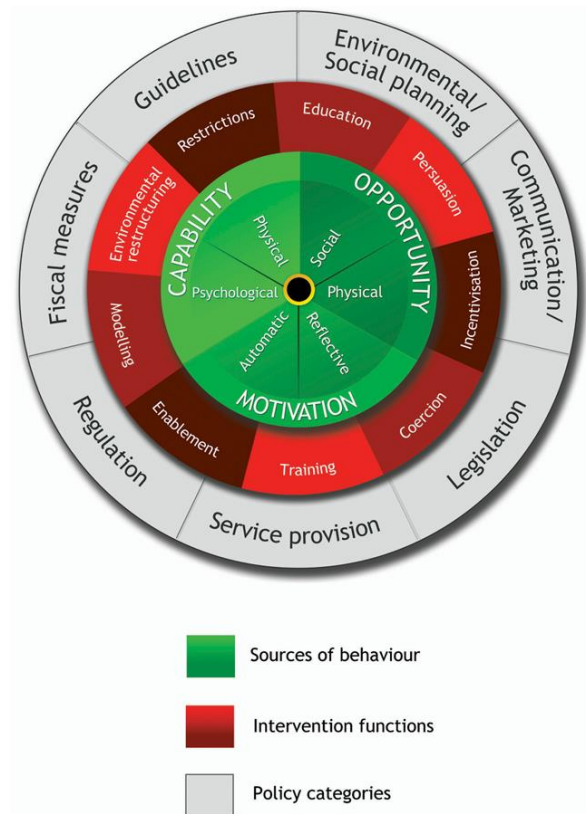


Abbildung 16: Das „behaviour change wheel“ (Michie et al., 2014).

Die COM-B Kriterien, Interventionsfunktionen und Politik-Kriterien werden in den jeweiligen Schritten mit den APEASE-Kriterien bewertet, um die geeignetsten Optionen zu identifizieren. APEASE steht abgekürzt für Akzeptanz (acceptability), Praktikabilität (practicability), Wirksamkeit (effectiveness), Finanzierbarkeit (affordability), Überschwappeffekte oder Nebenwirkungen (spill over effects, side-effects) und Gerechtigkeit (equity). Für die Entwicklung des Wirkmodells für dieses Projekt wurden die acht Schritte des BCW Modells durchgeführt. Die Ergebnisse aus dem Rapid Review und den qualitativen Datenerhebungen sowie die Recherchen für die Ausarbeitung der Problemstellung informierten die Auswahl der Funktionen und Inhalte der Intervention.

Die Verknüpfung der Phasen des BCW in Bezug auf die Schritte des MRC Entwicklungsmodells von Bleijenberg et al. (2018), und die dafür verwendeten Datenquellen, werden in Abbildung 17 auf Seite 92 verknüpft. Das BCW diene dazu, die einzelnen Schritte im MRC Modell zu präzisieren, und um Entscheidungen hinsichtlich der Interventionskomponenten und -inhalte zu treffen und diese transparent darzulegen.

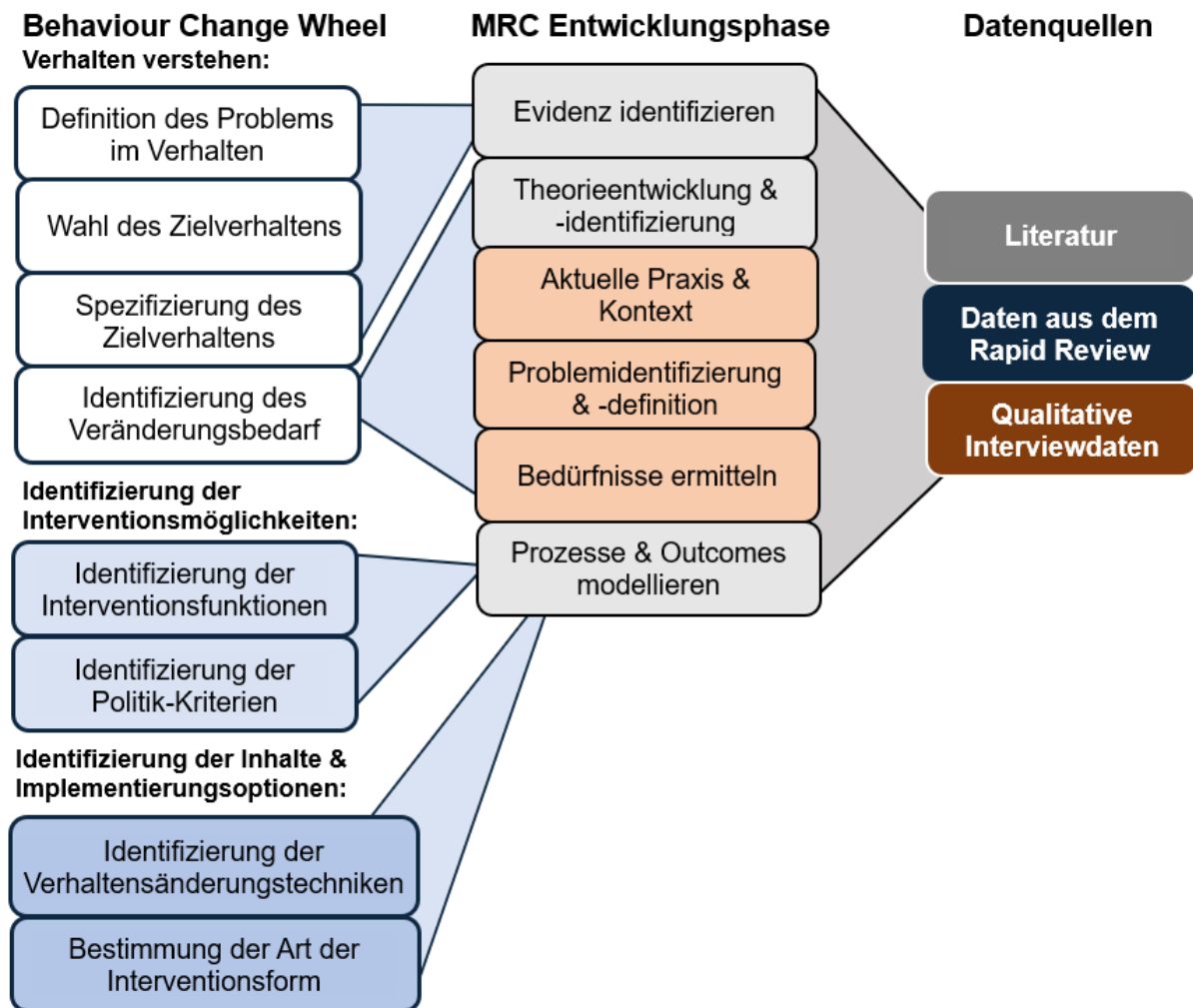


Abbildung 17: Verknüpfung von BCW, MRC Framework und Datenquellen

Im ersten Schritt wurden Verhaltensweisen analysiert, um die mit der Intervention fokussierten Zielverhalten zu bestimmen und zu begründen. Hierfür wurden mehrere Datenquellen verwendet. Zum einen die Literaturrecherchen, die für die Problemstellung in Kapitel III. durchgeführt wurden, sowie die Ergebnisse aus dem Rapid Review und den qualitativen Interviews. Wie in Abbildung 17 ersichtlich, wurden hier fünf der sechs Schritte aus dem Entwicklungsmodell von Bleijenbergh et al. (2018) bearbeitet. Die Modellierung der Prozesse und Outcomes wurde mit den weiteren Schritten des BCW durchgeführt. Hier kamen ebenfalls die oben genannten Datenquellen zum Einsatz. Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Schritte genauer beschrieben.

Verhalten verstehen:

Definition des Problems im Verhalten

Hier wurde zunächst das Problem in Bezug auf die Verhaltensweisen, die die Entstehung von bakteriellen Infektionen beim IV Konsum begünstigen, definiert. Diese wurden in der Problemstellung in Kapitel III. bereits ausführlicher erläutert. Es konnten drei Gruppierungen von Verhalten zusammengefasst werden:

- Das Injizieren von verunreinigten Substanzen (z.B. durch das Nicht-Filtern der Substanzen, häufiges Manipulieren der Substanzen in unhygienischer Umgebung, die Verwendung von schmutzigem Wasser)
- Die Schädigung der Venen (z.B. durch die Substanzen selbst, dem Übergebrauch von Lösungsmitteln, wie Ascorbinsäure, das Nicht-Rotieren der Venen, Fehlinjektionen, häufiges Injizieren, die Wiederverwendung von Injektionsmaterialien und die Verwendung stumpfer Nadeln, intramuskuläre oder subkutane Injektionen)
- Die Anwendung von inadäquaten Hygienepraktiken (z.B. unzureichende Hände- und Hautreinigung, unhygienische Präparation, schlechte Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion)

Die drei Verhaltensmuster orientierten sich an den drei häufigsten Faktoren, die die Entstehung von bakteriellen Infektionen beim IV Konsum begünstigen. Jede Gruppe beinhaltet eine weitere Reihe von Verhalten und zwischen den Gruppen gibt es überschneidende Bereiche. Diese grobe Gruppierung gab jedoch eine genauere Richtung für den Fokus der Intervention vor, um die spezifischen Funktionen für diese entwickeln zu können.

Wahl des Zielverhaltens

Um die Zielverhalten auszuwählen, wurden die drei Verhaltensmuster nach Kriterien hinsichtlich ihrer Auswirkung, Umsetzungswahrscheinlichkeit, Übertragungseffekte und Messwahrscheinlichkeit eingeschätzt (siehe Tabelle 9, Seite 94).

Potenzielles Zielverhalten	Auswirkung der Verhaltensänderung	Wahrscheinlichkeit der Verhaltensänderung	Spillover auf andere Verhaltensweisen	Messwahrscheinlichkeit
Injektion von reinen Substanzen	Nicht Vielversprechend	Inakzeptabel	Inakzeptabel	Inakzeptabel
Venengesundheit	Sehr Vielversprechend	Sehr vielversprechend	Sehr vielversprechend	Vielversprechend
Hygienepraktiken	Sehr vielversprechend	Sehr vielversprechend	Sehr vielversprechend	Sehr vielversprechend
Ausgewähltes Zielverhalten	Die Anwendung von adäquaten Hygienepraktiken.			

Tabelle 9: Wahl des Zielverhaltens

Spezifizierung des Zielverhaltens

“Die Anwendung von adäquaten Hygienepraktiken” wurde als Überbegriff für die Zielverhalten verwendet, welche folgende messbare Verhalten (Outcomes) umfassen:

- die Vorbereitung einer sauberen Fläche zur Präparation der Injektion
- die Reinigung der Haut (Hände und Einstichstelle)
- die Verwendung von sterilen Injektionsmaterialien
- die Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion

Diese Verhalten wurden aus dem Rapid Review als gut veränderbare Hygienepraktiken identifiziert (siehe „Wirkungen“ in Tabelle 6, Seite 51).

An die gewählten Zielverhalten wurden weitere Fragen gerichtet, um den Kontext der Verhaltensweisen näher zu erfassen (siehe 94).

Zielverhalten	Anwendung von adäquaten Hygienepraktiken
Wer soll es durchführen?	Menschen, die Substanzen IV konsumieren.
Was müssen sie anders machen, um die gewünschte Änderung zu erreichen?	Mehr Bewusstsein bzgl. Risiken und Hygienepraktiken entwickeln, und diese routiniert einsetzen.
Wann werden sie das machen?	Immer, wenn sie Substanzen (IV) konsumieren.
Wo werden sie das machen?	Überall, wo sie Substanzen (IV) konsumieren.
Wie oft werden sie es machen?	Immer, wenn sie Substanzen (IV) konsumieren. Vor und nach dem Konsum.
Mit wem werden sie es machen?	Alleine, oder mit den Menschen, mit denen sie Substanzen (IV) konsumieren.

Tabelle 10: Spezifizierung des Zielverhaltens

Identifizierung des Veränderungsbedarfs

Das ausgewählte Zielverhalten wurde anhand der COM-B Komponenten untersucht. Die Ergebnisse aus den qualitativen Erhebungen informierten die einzelnen Ausarbeitungen und die Einschätzung, ob ein Veränderungsbedarf bestehe.

COM-B Komponente	Was muss passieren, damit das Zielverhalten stattfinden kann?	Gibt es einen Bedarf für Veränderung?
Physische Fähigkeit	Es benötigt körperliche Fähigkeiten, um Hygienepraktiken durchführen zu können.	Nein.
Psychologische Fähigkeit	Man muss wissen, wie man Hygienepraktiken durchführt und welche Möglichkeiten es gibt.	Ja, weil es gibt ein oberflächliches oder falsches Wissen (Mythen) zu Hygienepraktiken und Risiken inadäquater Hygiene.
	Man muss für sich selbst sorgen können, um Hygienepraktiken anwenden zu können.	Ja, weil es gibt Klient:innen, die nicht für sich selbst sorgen können.
	Man muss daran denken, Hygienepraktiken durchzuführen.	Ja, weil die Anwendung von Hygienepraktiken wird häufig vergessen.
Reflektierende Motivation	Man muss Wert auf die Durchführung von Hygienepraktiken legen.	Ja, da andere Dinge häufig im Vordergrund stehen bzw. priorisiert werden.
	Es bedarf ein Bewusstsein bzgl. den Risiken.	Ja, da die Risiken häufig nicht wahrgenommen oder verdrängt werden (Risikoeinschätzung).
Automatische Motivation	Hygienepraktiken müssen Teil der Routine beim IV Konsum werden.	Ja, da der (IV) Konsum häufig nicht ausreichend geplant wird und/oder adäquate Hygienepraktiken nicht Teil der Routine sind.
Soziale Gelegenheit	Hygienepraktiken müssen vom Umfeld akzeptiert werden.	Nein.
Physische Gelegenheit	Man muss planen, um alle Materialien zur Verfügung zu haben, um Hygienepraktiken durchführen zu können.	Ja, weil der (IV) Konsum häufig nicht geplant wird, und Klient:innen oft dadurch keine Möglichkeit haben Hygienepraktiken durchzuführen.
Verhaltensdiagnose der relevanten COM-B Komponenten:	Psychologische Fähigkeit, reflektierende und automatische Motivation und physische Gelegenheit müssen verändert werden, um die gewünschte Verhaltensänderung zu erzielen.	

Tabelle 11: Veränderungsbedarf anhand der COM-B Komponenten

Die Bestimmung des Veränderungsbedarfs wurde weiters mittels dem „theoretical domains framework“ (TDF), welches die Komponenten des COM-B Systems noch detaillierter aufschlüsselt, erfasst, um ein vertieftes Verständnis des Verhaltens zu erlangen (Cane et al., 2012). Die Auflistung ist in der folgenden Tabelle ersichtlich.

COM-B Komponente	TDF	Relevanz des TDF
Psychologische Fähigkeit	Wissen	Wissen über Hygienepraktiken soll erlangt, verbessert oder korrigiert werden.
	Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Entscheidungsprozesse	Erinnerung an die Durchführung von Hygienepraktiken und Entscheidungen bzgl. den zur Verfügung stehenden Optionen, sollen verbessert werden.
	Verhaltensregulierung	Erkennung von riskanten Praktiken und Gewohnheiten und deren Unterbindung soll gefördert werden.
Reflektierende Motivation	Glaube an / Überzeugungen über die Konsequenzen	Das Bewusstsein für die Risiken von inadäquater Hygiene soll gestärkt werden.
Automatische Motivation	Bestärkung	Positive Resonanz über erfolgreiche Umsetzung von Hygienepraktiken und der Entwicklung von adäquaten Routinen soll gegeben werden.
	Emotionen und Gefühle	Ängste bezüglich negativer Konsequenzen, die mit dem IV Konsum in Verbindung gebracht werden, sollen reduziert werden (z.B. durch wertfreie Kommunikation, Verständnis).
Physische Gelegenheit	Umweltkontext und Ressourcen	Exploration der individuellen, kontextuellen Barrieren und die Planung von Strategien diese zu bewältigen, sollen unterstützt werden.

Tabelle 12: Veränderungsbedarf mittels dem „theoretical domains framework“

Identifizierung der Interventionsmöglichkeiten:

Identifizierung der Interventionsfunktionen

Mittels den auf Seite 91 beschriebenen APEASE Kriterien wurden die möglichen Interventionsfunktionen bestimmt.

Mögliche Interventionsfunktionen	Entspricht die Interventionsfunktion den APEASE Kriterien im Kontext der Anwendung von adäquaten Hygienepraktiken durch die Klient:innen?
Edukation (education)	Ja, beeinflusst psychologische Fähigkeit und reflektierende Motivation.
Überzeugung (persuasion)	Ja, beeinflusst reflektierende und automatische Motivation.
Anreize (incentivation)	Nein, dies wäre nicht finanzierbar, praktikabel und kosteneffektiv.
Training (training)	Ja, beeinflusst psychologische Fähigkeit, automatische Motivation und physische Gelegenheit.
Zwang (coercion)	Nein, dies wäre nicht akzeptabel, effektiv und gerecht.
Einschränkung (restriction)	Nein, dies wäre nicht praktikabel.
Umstrukturierung der Umwelt (environmental restructuring)	Nein, dies wäre nicht finanzierbar, praktikabel und kosteneffektiv.
Modellierung (modelling)	Nein, dies wäre nicht finanzierbar, praktikabel und kosteneffektiv.
Befähigung (enablement)	Ja, beeinflusst psychologische Fähigkeit, automatische Motivation und physische Gelegenheit.
Ausgewählte Interventionsfunktionen:	Edukation, Überzeugung, Training, Befähigung

Tabelle 13: Einschätzung der Interventionsfunktionen mittels der APEASE-Kriterien

Passende Interventionsfunktionen wurden hernach mit den COM-B Komponenten in Zusammenhang gebracht, um zu überprüfen, ob sie ausreichend das Verhalten beeinflussen können.

Interventionsfunktionen	Edukation	Überzeugung	Training	Befähigung
COM-B Komponente				
Psychologische Fähigkeit				
Reflektierende Motivation				
Automatische Motivation				
Physische Gelegenheit				

Tabelle 14: Verbindung der COM-B Komponenten mit den Interventionsfunktionen

Identifizierung der Politik-Kriterien

Da die Forscherin keinen Einfluss auf Politik-Kriterien nehmen kann, wurde dieser Schritt, wie im Buch von Michie et al. (2014) empfohlen, übersprungen.

Identifizierung der Inhalte & Implementierungsoptionen:

Identifizierung der Verhaltensveränderungstechniken

„Behaviour change techniques“ (BCT) bzw. Verhaltensveränderungstechniken wurden anhand der vier Interventionsfunktionen mit Anwendung der APEASE-Kriterien ausgewählt. Diese wurden mit den Interventionsfunktionen abgeglichen, um eine Auswahl treffen zu können (Cane et al., 2012; Michie et al., 2014). Die Barrieren zur Ausführung der Zielverhalten wurden aus den Ergebnissen der qualitativen Datenerhebungen extrahiert. Eine detailliertere Beschreibung der ausgewählten BCTs befindet sich im Anhang auf Seite 184.

Bestimmung der Interventionsform

Für die Interventionsform wurde unter Berücksichtigung der APEASE-Kriterien die Einzelberatung gewählt. Die Vermittlung der Thematik mittels eines anderen Formats, wie zum Beispiel dem Gruppenformat, oder einer multimedialen Kampagne zur Thematik ist jedoch in weiterer Folge nicht auszuschließen. Für dieses Forschungsvorhaben konnte hier, aufgrund der zur Verfügung stehenden Ressourcen, jedoch nur eine Interventionsform für ein erstes Wirkmodell erwägt werden. Aus dem Rapid Review und den qualitativen Daten ergaben sich folgende Begründungen für das Einzelberatungsformat:

Rapid Review	Klient:inneninterviews	Mitarbeiter:inneninterviews
Ist sicher	Ist persönlicher	Ist flexibel anwendbar
Ist akzeptabel	Fördert Vertrauen	Fördert Vertrauen
Ist machbar und umsetzbar	Fördert offene Diskussionen	Reduziert negative Emotionen, wie Angst und Scham
Fördert Reflexionsfähigkeit bezüglich Risikopraktiken	Berater:innen haben mehr Zeit für die Klient:innen	Klient:innen können sich auf die Inhalte besser konzentrieren
	fokussiert auf die individuellen Bedürfnisse	Prioritäten und Bedürfnisse können besser wahrgenommen werden
	Reduziert Stress und Ängste	Bietet eine entspanntere Atmosphäre ohne Störfaktoren

Tabelle 15: Begründung der Interventionsform aus den Datenquellen

Zielverhalten	Barrieren	Interventionsstrategie	COM-B und TDF	Interventionsfunktion	Verhaltensänderungstechnik (BCT)
Vorbereitung einer sauberen Präparationsfläche	Erschwerter Zugang zu einer sauberen Präparationsfläche. Inadäquate Planung des Konsums.	Bereitstellung von Materialien zur Oberflächendesinfektion. Unterstützung bei der Planung der Routine.	Psychologische Fähigkeit: Wissen, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Entscheidungsprozesse Verhaltensregulierung Reflektierende Motivation: Glaube an/Überzeugung über die Konsequenzen Automatische Motivation: Bestärkung Emotionen Physische Gelegenheit: Umweltkontext und Ressourcen	Edukation Überzeugung Training Befähigung	Ziele und Planung: Problemlösung Handlungsplanung Wissen formen: Anleitung, wie das Verhalten durchgeführt wird Natürliche Konsequenzen: Information über gesundheitliche Konsequenzen Assoziationen: Aufforderungen/ Umgebungsreize Wiederholung und Substitution: Verhaltensübung und -probe Wegbereiter: Umstrukturierung des physischen Umfelds Objekte in das Umfeld hinzufügen
Reinigung der Haut (Hände und Einstichstelle)	Erschwerter Zugang zu Waschmöglichkeiten. Fehlendes Interesse und Motivation. Vergesslichkeit. Fehlende Routine. Inadäquate Anwendung des Alkohol-Tupfers. Inadäquates Wissen zu den Risiken. Glauben, dass Techniken adäquat durchgeführt werden.	Bereitstellung von Desinfektionsmittel, Alkohol-Tupfern und Stickern (Umgebungsreize). Vorzeigen der Hautreinigungstechniken (Hände und Einstichstelle). Einfache Informationen zu den Risiken von bakteriellen Infektionen. Einschätzung der aktuellen Praxis und Erarbeitung von Strategien zur Bewältigung von Hürden.			
Verwendung von sterilem Injektionsmaterialien	Fehlendes Interesse und Motivation. Inadäquate Planung des Konsums.	Hervorheben der Vorteile risikoarmer Praktiken. Unterstützung bei der Planung der Routine.			
Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion	Erschwerter Zugang zu sauberen Materialien für die Versorgung der Einstichstelle Anwendung des Alkohol-Tupfers an der Einstichstelle nach der Injektion.	Bereitstellung von Pflastern. Informationen über die Nachteile des Gebrauch des Alkohol-Tupfers nach der Injektion. Demonstration des Gebrauchs des sterilen Kochers.			

Tabelle 16: Übersicht der Zielverhalten und der identifizierten COM-B Komponenten, Interventionsfunktionen und Verhaltensänderungstechniken

Tabelle 16 auf Seite 99 bietet einen Überblick zur Verhaltensanalyse, den Zielverhalten, den Interventionsstrategien und Interventionsfunktionen. Sie ist an das Logikmodell von Kesten et al. (2023), die ihre Intervention ebenfalls mit der Anwendung des BCW entwickelten, angelehnt.

Nachdem alle Komponenten für die beratungsorientierte Intervention ausgewählt waren, wurden diese mit weiterer Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Daten zur Erstellung des Wirkmodells genutzt. Wie in Punkt 12 auf Seite 39 beschrieben, kam hier das Modell der Kellogg Foundation (2004) zur Anwendung. Im Wirkmodell der beratungsorientierten Intervention (siehe Abbildung 18, Seite 106) werden fünf Komponenten, wie in Punkt 12 auf Seite 39 zu Methoden erläutert, dargestellt.

Beschreibung der Elemente des Wirkmodells

Inputs

Die Inputs beschreiben die Ressourcen, die notwendig sind, um die Aktivitäten der Intervention umsetzen zu können. Dies umfasst die personellen, zeitlichen und finanziellen Mittel (Kellogg, 2004). Als personelle Ressource wird in der beratungsorientierten Intervention ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin aus den Berufsfeldern der Sozialarbeit, Medizin oder Pflege benötigt, der oder die für die Anwendung der Intervention geschult ist. Zeitlich sind für die Anwendung 15 bis 30 Minuten vorgesehen. Die benötigten materiellen Ressourcen können in drei Gruppen unterteilt werden:

- Safer-Use-Materialien (inkl. Spritzen, Nadeln, Filter, sterile Kocher, Alkohol-Tupfer)
- Extra-Materialien (Ascorbinsäure, steriles Wasser/NaCl, Pflaster, Händedesinfektionsmittel, Flächendesinfektionstücher)
- Beratungsmaterialien (Alle Safer-Use-Broschüren der Einrichtung, visuelle Flashcards mit Informationen zu bakteriellen Infektionen und Hygienepraktiken, Sticker)

Visuelle Flashcards mit einfachen Informationen zu bakteriellen Infektionen und Hygienepraktiken sowie Sticker, welche die Interventionsempfänger durch Aufforderung dabei unterstützen sollen, Hygienepraktiken durchzuführen, müssten vor einer Pilotierung der Intervention entwickelt und produziert werden. Finanzielle Ressourcen wären hier ebenfalls für „Extra-Materialien“ notwendig, da nicht alle der angeführten

Materialien standardmäßig im Spritzentausch für Klient:innen zur Verfügung gestellt werden. Diese Materialien sind jedoch essenziell, um die in den qualitativen Interviews identifizierten Barrieren zu Hygienepraktiken zu adressieren, und die gewünschten Wirkungen und Effekte der Intervention zu erzeugen.

Weitere Voraussetzungen, bzw. Inputs, die für die Anwendung der Maßnahme notwendig sind, sind bestimmte Rahmenbedingungen, die ebenfalls in den qualitativen Interviews identifiziert werden konnten. Sie sollen die Wirkung der Ressourcen positiv beeinflussen. Dazu zählen eine wertfreie Kommunikationsform, der Fokus auf die Prioritäten der Klient:innen und eine entspannte Atmosphäre im Beratungssetting. Hier werden die Bedürfnisse der Klient:innen nach Sicherheit und Autonomie adressiert. Ängste bezüglich der Thematik des IV Konsums sollen dadurch abgebaut werden und es soll eine offene Diskussion der Bedürfnisse und Probleme der Klient:innen, in Bezug auf Hygienepraktiken, ermöglicht werden.

Aktivitäten

Die Aktivitäten beschreiben, wie die Intervention die Verhaltensänderung, sprich die geplanten Zielverhalten, veranlasst. Die Zielverhalten sind, das Vorbereiten einer sauberen Präparationsfläche, Hautreinigung (Hände und Haut), die Verwendung von sterilen Injektionsmaterialien, die adäquate Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion, sowie die Erkennung von Risiken und die korrekte Verwendung der Hygienematerialien. Die Interventionsfunktionen und Verhaltensänderungstechniken bilden die Aktivitäten der Intervention.

Edukation:

Aufforderungen oder Umgebungsreize sollen hier den Klient:innen angeboten werden, damit sie erlernte Praktiken einsetzen, und sich erinnern, diese durchzuführen. Aufkleber oder Sticker, die den Hinweis auf Hygiene geben, können von den Klient:innen an Orten, wie zum Beispiel einem Feuerzeug oder einem Etui, angebracht werden. Dies soll sie dabei unterstützen, Hygienepraktiken in ihre Routine zu integrieren. Aufforderungen sollten jedoch nicht pauschal angeboten werden, sondern im Fall, dass der/die Klient:in identifiziert, dass er/sie die Hygiene vergisst. Einfache Informationen über gesundheitliche Konsequenzen werden den Klient:innen vermittelt, um über die Risiken von bakteriellen Infektionen im Speziellen aufzuklären. Eigens dafür

entwickelte Beratungsmaterialien, wie die Flashcards, unterstützen diesen Prozess. Dies soll inadäquates Wissen und fehlende Risikoeinschätzung hinsichtlich der Thematik adressieren.

Überzeugung:

Die Informationen über die gesundheitlichen Konsequenzen guter oder schlechter Hygienepraktiken werden so vermittelt, dass die Vorteile guter Hygienepraktiken und der korrekte Einsatz von Hygienematerialien hervorgehoben werden. Es soll vor allem erklärt werden, welchen Beitrag dies für den Erhalt der Venengesundheit leisten kann, und wie einfach diese anzuwenden sind. Interesse und Motivation für das Thema sollen somit erhöht werden.

Training:

Diese Aktivität umfasst sowohl Anleitungen dazu, wie und wann Hygienepraktiken durchgeführt werden sollen, als auch die Möglichkeit, diese zu üben und auszuprobieren. Die Beratungsmaterialien, wie Safer-Use-Broschüren und Flashcards, kommen hier zum Einsatz. Hygienematerialien werden verwendet, um die Praktiken zu veranschaulichen, auszuprobieren oder zu üben. Dies soll Unsicherheiten bezüglich Praktiken und Techniken klären.

Befähigung:

Eine Verhaltensänderung durch Befähigung wird zum einen mit der Zurverfügungstellung von Hygienematerialien erzielt. Hier werden Objekte in das Umfeld hinzugefügt, um die Ausführung der Zielverhalten zu erleichtern. Zum Beispiel, die Bereitstellung von Desinfektionstüchern. Klient:innen erhalten ebenfalls Ratschläge darüber, welche Änderungen der physischen Umgebung sie durchführen können, um die geplanten Verhalten durchführen zu können.

Problemlösung ist ein weiteres Element der beratungsorientierten Intervention, und stellt gemeinsam mit der Handlungsplanung das Kernstück der Maßnahme dar. Klient:innen sollen, wenn möglich, selbst Probleme oder Barrieren hinsichtlich Hygienepraktiken identifizieren und analysieren. Berater:innen unterstützen Klient:innen anschließend dabei, Strategien zu entwickeln, um die Probleme und Barrieren zu überwinden. Eine detaillierte Planung für die Umsetzung dieser Strategien

(Handlungsplanung) wird eingesetzt, um die Wahrscheinlichkeit der Ausführung zu erhöhen. Je nach Situation kann eine gemeinsame Evaluierung vereinbart werden.

In diesem Element der Intervention werden mehrere Thematiken adressiert. Der Zugang zu Ressourcen, fehlende oder falsche Routinen, eventuelle soziale Einflüsse, die Prioritäten der Klient:innen, und die Umsetzbarkeit von Hygiene- und Safer-Use-Praktiken werden geklärt. Wichtig ist dabei, dass Klient:innen selbst bestimmen, welchen Aspekt sie bearbeiten möchten. Berater:innen unterstützen sie, diesen zu identifizieren, und versuchen gemeinsam mit Klient:innen realistische Lösungen zu finden. Die Planung von Routinen, die sichere Hygiene- und Injektionspraktiken beinhalten, wird hier angeregt.

Outputs

Als Outputs werden die direkten Resultate eines Programms oder einer Intervention bezeichnet (Kellogg, 2004). Im Fall der beratungsorientierten Intervention werden hier die erwarteten Veränderungen aufgelistet, die stattfinden sollten, bevor weitere Verhaltensänderungen, bzw. die eigentlichen Outcomes, erzielt werden. Diese Outputs bilden die notwendigen Veränderungen in Bezug auf Wissen, Fähigkeiten, Einstellungen und Intentionen ab (Funnell & Rogers, 2011).

Durch die Intervention soll das Bewusstsein für die Risiken inadäquater Hygiene beim IV Konsum durch Edukation und Überzeugung erhöht werden. Wissen hinsichtlich der Thematik von Hygiene und bakteriellen Infektionen soll durch die Aktivitäten Edukation, Überzeugung und Training verbessert werden. Hier wird das aktuelle Wissen der Klient:innen eingeschätzt, und inkorrektes Wissen anschließend mittels wertfreier Kommunikation korrigiert. Mit der Interventionskomponente der Befähigung sollen Klient:innen Problemlösungsstrategien erarbeiten und Routinen planen, die adäquate Hygienepraktiken beinhalten. Dies wird durch das Vorzeigen und der Ausgabe von Materialien unterstützt.

Outcomes:

Als Outcomes werden die spezifischen Verhaltensänderungen bezeichnet, die aus den Outputs resultieren sollten. Diese beinhalten die mittels dem BCW identifizierten Zielverhalten. Sie umfassen die Vorbereitung einer sauberen Präparationsfläche,

Hände- und Hautreinigung, die Verwendung von sterilen Injektionsmaterialien, die korrekte Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion, die korrekte Verwendung von Hygiene- bzw. Safer-Use-Materialien und die Erkennung von Risiken. Diese Outcomes stellen die durch die Intervention erwünschten Wirkungen dar. Das heißt, dass die Maßnahme diese Outcomes erwirken sollte, welche für eine Evaluierung gut operationalisierbar sind, da diese Zielverhalten observierbar und mit wissenschaftlichen Methoden messbar sind. Die Erkennung von Risiken und die korrekte Verwendung von Hygienematerialien wurden als weitere Outcomes explizit im Wirkmodell dargestellt, da diese als wichtige Barrieren aus den Ergebnissen der qualitativen Interviews hervorkamen.

Impacts:

In den Impacts werden die weitreichenderen Auswirkungen der Maßnahme dargestellt. Dies umfasst Auswirkungen auf Organisationen, Gemeinschaften und/oder Systeme, und sind zum Beispiel verbesserte Zustände oder Bedingungen, erhöhte Kapazitäten und/oder Veränderungen im politischen Bereich (Kellogg, 2004). Für die beratungsorientierte Maßnahme beinhaltet dies vor allem die Reduktion von injektionsbedingten bakteriellen Infektionen und die daraus resultierenden Komplikationen. Sie stellen die ultimativen Ziele der Intervention dar. Wird eine solche Reduktion erreicht, kann angenommen werden, dass sich die körperliche sowie psychische Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Diese Impacts sollten sich aus der korrekten Anwendung von Hygienepraktiken, die die messbaren Outcomes darstellen, ergeben. Eine gesteigerte Selbstwirksamkeit sollte aus der Erkennung von Risiken und der Anwendung adäquater Hygiene- und Safer-Use-Praktiken resultieren. Die konzipierten Impacts stellen ebenfalls messbare Phänomene und Konzepte dar.

Im Wirkmodell werden mediatorische Wirkungen mittels schmaler Pfeile dargestellt. Diese vermitteln den Interventionseffekt und stellen eine Beziehung zwischen den Elementen der Intervention und den erwarteten Wirkungen dar. Dies umfasst zum Beispiel die Ressourcen, die auf die Aktivitäten direkten Einfluss nehmen, da ohne Ressourcen keine Aktivitäten stattfinden können. Die einzelnen Aktivitäten beeinflussen wiederum direkt die Outputs, welche als Mediatoren in weiterer Folge die geplanten Outcomes bewirken. Die Outcomes wirken direkt auf die Selbstwirksamkeit, welche auf die Anwendung korrekter Hygienepraktiken rückwirkt. Das heißt, es wird

angenommen, je höher die Selbstwirksamkeit, umso wahrscheinlicher ist die Anwendung von adäquaten Hygiene- und Safer-Use-Praktiken und vice versa.

Moderatoren werden im Wirkmodell mit breiten Pfeilen dargestellt. Sie beeinflussen die Stärke und Richtung des Einflusses der Interventionselemente. Zum Beispiel beeinflussen die Rahmenbedingungen, wie effizient die Ressourcen für die Umsetzung der Aktivitäten eingesetzt werden können. Das Outcome der Erkennung von Risiken hat das Potenzial, die Anwendung von Hygienepraktiken zu verstärken. Die Anwendung der Hygienepraktiken verstärkt den Impact der Reduktion in injektions-assoziierten bakteriellen Infektionen, und den daraus resultierenden Komplikationen. Diese verstärken wiederum die Impacts der körperlichen und psychischen Gesundheit, sowie der Lebensqualität.

Das Wirkmodell mit den Komponenten der Intervention ist in Abbildung 18 auf der nächsten Seite 106 grafisch dargestellt.

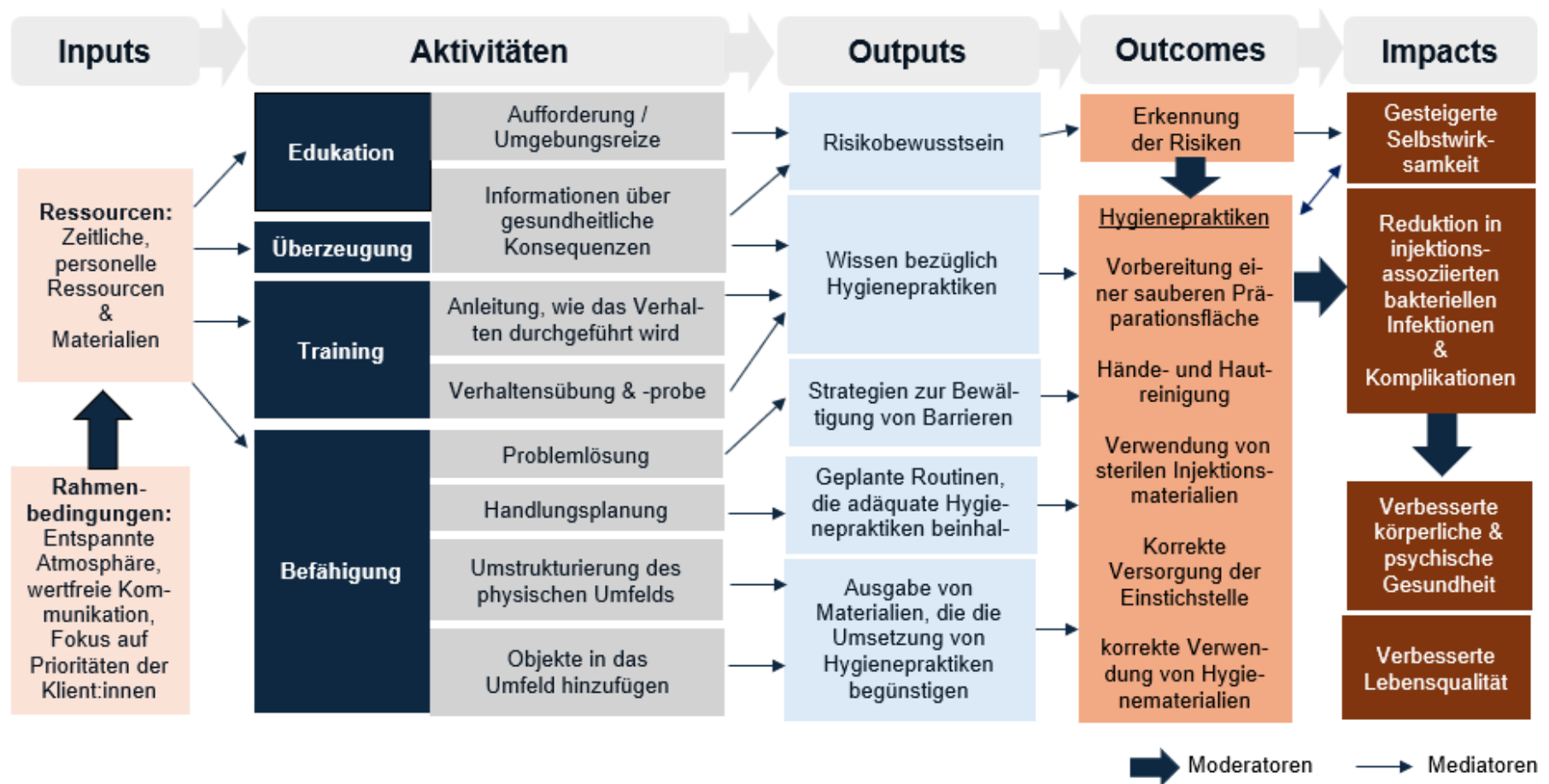


Abbildung 18: Wirkmodell der beratungsorientierten Intervention

VII. DISKUSSION

Die in dieser Arbeit präsentierte beratungsorientierte Intervention erweitert die aktuelle Verfügbarkeit an evidenzbasierten Maßnahmen im Harm-Reduction-Feld in Österreich. Erstmals wird die Prävention von injektionsbedingten bakteriellen Infektionen in einem Safer-Use-Beratungskonzept fokussiert.

Die spezielle Thematik der Hygiene vernachlässigt hier jedoch keinesfalls andere Safer-Use-Themen, wie die Prävention von viralen Infektionen oder Überdosierungen, sondern erlaubt es, durch die flexible Anwendungsmöglichkeit, diese wichtigen Themen in die individuelle Beratung mitaufzunehmen. Die Maßnahme wurde anhand evidenzbasierter Modelle unter Berücksichtigung von internationalen und lokalen Daten entwickelt, und ist für den Kontext des niederschweligen Suchthilfebereichs konzipiert. Die einzelnen Elemente der Intervention lassen sich mit den im Rapid Review identifizierten Maßnahmen vergleichen.

Die beratungsorientierte Maßnahme ist als kurze, spontan einsetzbare Einzelberatung konzipiert. Dies wurde vor allem durch die Intervention von Kesten et al. (2023), der REACT-Intervention, inspiriert. Die Ergebnisse aus den qualitativen Datenerhebungen dieses Forschungsvorhabens zeigten, dass Klient:innen die Einzelberatung bevorzugten, und Mitarbeiter:innen konnten hier ebenfalls Vorteile identifizieren. Weiters wurde die REACT-Intervention von Kesten et al. (2023) so entwickelt, dass sie von verschiedenen Berufsgruppen in verschiedenen Kontexten genutzt und angewendet werden kann, vor allem, da die Anwendung der Intervention mit 15 bis 40 Minuten relativ kurz ist. Dies wurde auch für die beratungsorientierte Intervention aus diesem Forschungsvorhaben gewählt, da die Mitarbeiter:innen der untersuchten Suchthilfeeinrichtung über Zeitmangel berichteten.

Die hier vorgestellte Maßnahme ist als einmalige Beratung vorgesehen, wie es in den meisten Studien berichtet wurde. Die SKIN-Intervention von Phillips und Kolleg:innen (2012; 2021) besteht als einzige aus zwei Teilen und Colon et al. (2009) verfolgten mit ihrem intensiven Community Outreach einen anderen Ansatz. Colon und Kolleg:innen (2009) illustrierten jedoch die Bedeutung von Beziehungsarbeit und aktivem Outreach, indem sie mit ihrer Studie bestätigten, dass das Aufnahmepotential durch regelmäßige Kontakte mit Klient:innen und dem Adressieren von individuellen Problemen beim

Safer-Use gesteigert werden kann. Der persönliche Kontakt, die individuelle Beratung, das Vertrauen in, und die Kompetenz der Berater:innen sind wichtige Faktoren, die die Beratungssituation beeinflussen können. Dies wurde auch in den Ergebnissen dieser Arbeit ersichtlich, und bietet somit ein weiteres Rationale für die Entwicklung von maßgeschneiderten Interventionen, die die Perspektiven und Bedürfnisse der Klient:innen und Anwender:innen, sowie den lokalen Kontext berücksichtigen.

Eine individuelle Beratung, die die Ziele und Prioritäten der Klient:innen berücksichtigt, hat das Potential die Motivation für die Aufnahme von Safer-Use-Praktiken zu steigern, wie Bertrand et al. (2015) ebenfalls in ihrer Studie zeigen konnten. Die theoretischen Modelle, auf denen die im Rapid Review identifizierten Interventionen basieren, enthalten ähnliche Elemente, die die Motivation, die Fähigkeiten und die Möglichkeiten der Klient:innen erhöhen sollen.

Das Behaviour Change Wheel (BCW) von Michie et al. (2011) ist ein etabliertes Modell, das einen guten Rahmen für eine potenzielle Intervention bietet, da die Komponenten flexibel auf den Interventionskontext angepasst werden können. Flexibilität ist eine wichtige Komponente, da Einrichtungen mit Harm-Reduction-Angeboten oftmals auf mehreren Ebenen agieren, um die Zielgruppe der PWID zu erreichen. Das heißt, Risiko-Reduktions-Botschaften werden in verschiedenen Kontexten durch verschiedene Berufsgruppen kommuniziert. Die REACT (Kesten et al., 2023) und die ITSESI (Roux et al., 2016) Interventionen veranschaulichen gut, wie eine Intervention für verschiedene Bereiche angepasst werden kann. Ihr pragmatischer Zugang zu Beratung hat das Potenzial, mehr Menschen zu erreichen, die von diesen Interventionen profitieren können, und fördert mitunter die Expertise der Anwender:innen, nicht nur durch die Schulung der Anwender:innen, sondern auch durch den offenen Austausch mit den Klient:innen über deren Injektionspraktiken.

Wie in der Interventionsentwicklung der REACT (Kesten et al., 2023) und MONO-Rub (Mezaache et al., 2021) Interventionen, wurde das BCW zur Entwicklung der, in dieser Arbeit präsentierten Intervention herangezogen. Das BCW wurde bewusst gewählt, da es den Entwicklungsprozess transparent und kohärent darstellt (Reid et al., 2022). Aufgrund der Abundanz der Maßnahmen, die mit diesem evidenzbasiertem Modell entwickelt wurden, lässt sich die beratungsorientierte Intervention mit anderen

vergleichen und lässt sich somit gut in den aktuellen Forschungskontext integrieren. Im Vergleich zur REACT-Intervention von Kesten et al. (2023) beinhaltet sie ähnliche Interventionsfunktionen und Verhaltensänderungstechniken. Die hier vorgestellte Maßnahme unterscheidet sich jedoch im Wesentlichen darin, dass sie Problemlösungs- und Handlungsplanungstechniken beinhaltet. Dies wurde durch die SKIN und AERLI/ITSESI-Interventionen und jene von Colon et al. (2009) inspiriert, die ein Assessment-Element beinhalten, wo aktuelle Problemlagen der Klient:innen bearbeitet werden. In der SKIN-Intervention werden ebenfalls individuelle Ziele mit den Teilnehmer:innen vereinbart, und in einer zweiten (Booster)-Einheit evaluiert.

Die Auswahl der einzelnen Interventionskomponenten ist von Kesten et al. (2023) in ihrer Publikation im Detail beschrieben, hingegen zu Mezaache et al. (2021), die ebenfalls die Interventionsfunktionen von Befähigung, Edukation und Training für ihre Maßnahme (MONO-Rub) nutzten. Der Einsatz ähnlicher oder verschiedener Interventionsfunktionen könnte zur Erforschung der Wirkmechanismen komplexer Interventionen herangezogen werden, und einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung effektiver Maßnahmen in diesem Bereich leisten. Weiters könnten Maßnahmen, die mittels des BCW entwickelt wurden, einen einfacheren Zugang zu Evaluierung und/oder Adaptierung bieten, da alle Entscheidungen nachvollziehbar dargelegt, und mit der verfügbaren Evidenz untermauert sind (Michie et al., 2014).

Das COM-B Modell des BCW bildet die theoretische Basis, die den gewünschten Verhaltensänderungen zugrunde liegt. Fähigkeiten (capability), Möglichkeiten (opportunity) und Motivation sollen hier, wie im Ergebnisteil auf Seite 90 beschrieben, zur Verhaltensänderung beitragen. Motivation bzw. die Steuerung von Motivation, ist bis auf die edukative Maßnahme von Bertrand et al. (2015), welche als Kontrollmaßnahme in ihrem RCT diente, und die Maßnahme aus der Studie von Ivan et al. (2016), die keine zugrundeliegenden Theorien beschreibt, ein wesentliches Element der im Rapid Review identifizierten Interventionen. Der Beeinflussung der Motivation wird in den übrigen Interventionen eine wesentliche Funktion für deren Wirkung zugeordnet.

Die beratungsorientierte Intervention beruht auf den Grundannahmen des COM-B Modells von Michie et al. (2011) und nutzt ebenfalls Elemente aus dem Motivational Interviewing (MI), bzw. der Motivierenden Gesprächsführung im Deutschen, von Miller

& Rollnick (2015). Die Grundhaltungen von Partnerschaftlichkeit zwischen Klient:innen und Berater:innen, Akzeptanz, welche durch eine bedingungsfreie Wertschätzung, Würdigung, Empathie und Unterstützung der Autonomie gekennzeichnet ist, werden in der beratungsorientierten Intervention berücksichtigt. Der Ausdruck von Mitgefühl wird in der Maßnahme durch die Ergründung und Priorisierung der Bedürfnisse und die Förderung des Wohlbefindens der Klient:innen gezeigt. Die Grundhaltung der Evokation ermächtigt Klient:innen, bestehende Ressourcen, die für die Verhaltensänderung benötigt werden, zu entdecken (Miller & Rollnick, 2015). Diese vier Grundhaltungen von Kooperation, Akzeptanz, Evokation und Mitgefühl werden von der Maßnahme gut mittels den Verhaltensänderungstechniken der Problemlösung und der Handlungsplanung umgesetzt. Die Rahmenbedingungen der wertfreien Kommunikation und der Fokus auf die Prioritäten der Klient:innen unterstützen dies ebenfalls und die Harm-Reduction-Prinzipien (siehe Modell auf Seite 10) werden hier berücksichtigt.

Problemlösung und Handlungsplanung sind zentrale Elemente der Intervention, die die intrinsische Motivation erhöhen und die Ambivalenz bezüglich der Verhaltensänderung verringern sollen. Diese beiden Elemente können mit den zwei Phasen von MI verglichen werden. Die Problemlösung soll sowohl reale Barrieren zu Safer-Use-Praktiken explorieren, als auch Ambivalenzen bezüglich der notwendigen Veränderungen klären. Die Handlungsplanung soll ebenfalls nicht nur umsetzbare Lösungen bieten, sondern einen Schritt hin zur Selbstverpflichtung und zur zukünftigen Ausführung von Handlungen setzen.

MI ist bereits ein etablierter Ansatz im Suchthilfebereich und wurde in mehreren Studien untersucht und als effektiv eingeschätzt (Smedslund et al., 2011). Zur selben Schlussfolgerung kamen ebenfalls Bertrand et al. (2015) in ihrem RCT zu Risikopraktiken beim IV Konsum. Obwohl diese Studie nicht ausschließlich Hygienepraktiken zur Prävention von bakteriellen Infektionen untersuchte, wurde sie jedoch trotzdem in die Evidenzsynthese des Rapid Reviews eingeschlossen, um den Effekt von MI im ähnlichen Setting bei derselben Zielgruppe zu explorieren.

Die Verbesserung von Hygienepraktiken bzw. die Reduktion von Risikoverhalten konnte im Rapid Review auch in allen Interventionen, außer der Studie zur REACT-Intervention (Kesten et al., 2023), bestätigt werden. Die REACT-Intervention wurde

erst kürzlich entwickelt und daher noch in keinem experimentellen oder quasi-experimentellen Design getestet. Jedoch werden in der Publikation von Kesten et al. (2023) eine erhöhte Reflexionsfähigkeit bezüglich Risikopraktiken, sowie Akzeptanz, Machbarkeit und Umsetzbarkeit berichtet, welche gute Voraussetzungen für eine effektive Intervention bieten könnten (Turner et al., 2019).

Wie effektiv bzw. wirksam eine Maßnahme ist, kann unter anderem experimentell getestet werden. Die AERLI/ITSESI und SKIN-Interventionen wurden mit verschiedenen Ansätzen getestet und berichteten die meisten positiven Resultate. Die Stichproben der Studien waren groß und die Umsetzung der Interventionen aufwändig. Für die beratungsorientierte Intervention wurde aufgrund des Settings, in dem diese eingesetzt werden soll, ein niederschwelliger Ansatz gewählt, ähnlich den Interventionen von Colon et al. (2009), Ivan et al. (2016) und Kesten et al. (2023). Das bedeutet, dass die Intervention einfach in den täglichen Arbeitsalltag integrierbar und spontan anwendbar sein sollte.

Die möglichen Outcomes der beratungsorientierten Maßnahme wurden anhand der Ergebnisse aus den lokal erhobenen qualitativen Daten und den Wirkungen der im Rapid Review untersuchten Studien modelliert. Vier gut veränderbare Hygienepraktiken, die zur Prävention von bakteriellen Infektionen beitragen, konnten aus der Evidenzsynthese des Rapid Reviews identifiziert werden. Diese umfassen die Vorbereitung einer sauberen Präparationsfläche, korrekte Hände- und Hautreinigung, die Verwendung von sterilem Injektionsmaterialien und die korrekte Versorgung der Einstichstelle nach der Injektion.

Das Outcome der korrekten Verwendung von Hygienematerialien wurde hinzugefügt, da aus den qualitativen Daten hervorging, dass Klient:innen häufig Hygienematerialien, wie zum Beispiel Alkohol-Tupfer, für andere Zwecke verwendeten, anstatt der Desinfektion der Einstichstelle. Dieses Phänomen wird auch in anderen Studien berichtet (Harris et al., 2020). Die Erkennung von Risiken ist ein weiteres erwünschtes Outcome. Aus den qualitativen Erhebungen ging hervor, dass Klient:innen häufig ein oberflächliches Wissen zu Hygiene und der Prävention von bakteriellen Infektionen zeigten. Dies geht einher, mit den in anderen Studien präsentierten Daten (Kesten et al., 2023; Westafer et al., 2024; Hrycko et al., 2022). Deshalb soll in der

beratungsorientierten Intervention mittels der Vermittlung von Informationen über gesundheitliche Konsequenzen und dem Angebot von Umgebungsreizen ein Risikobewusstsein zur Thematik geschaffen werden.

Aus den qualitativen Daten wurde das Bedürfnis für einfache, zielgerichtete Informationen durch die Mitarbeiter:innen identifiziert. Der Einsatz von visuellen Flashcards, wie in der REACT-Intervention, sollte diesen Prozess in der im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Intervention, unterstützen. Colon et al. (2009) und Ivan et al. (2016) verwendeten ebenfalls einfache visuelle Hilfen in Form von Postern, die den Wissenstransfer unterstützten und als hilfreich betrachtet wurden. Aufforderungen bzw. Umgebungsreize wurden auch in der REACT-Intervention verwendet. Dies gestaltete sich in Form von speziell für die Intervention entwickelten Foldern zur Thematik und der Ausgabe von Safer-Use-Materialien, wie Händedesinfektionsmittel und sterilem Wasser. Für die beratungsorientierte Intervention wird ein Umgebungsreiz in Form eines Stickers, das die Aufforderung bzw. Erinnerung zur Anwendung von Hygienepraktiken geben soll, geplant. Dies soll weiters das Bewusstsein bezüglich der Anwendung von präventiven Hygienepraktiken fördern, bis Klient:innen eine passende Routine etabliert haben, die diese integriert. Dies sollte jedoch nur angeboten werden, wenn die Person ein Defizit hinsichtlich des Bewusstseins zu den Risiken und präventiven Maßnahmen äußert. Somit soll auf die Autonomie und Würde der Klient:innen geachtet werden.

Die Ausgabe von Materialien ist Bestandteil eines Großteils der im Rapid Review identifizierten Publikationen und bildet Teil der Training-Komponente der beratungsorientierten Intervention. Hier werden anhand der zur Verfügung stehenden Materialien sowohl Anleitungen zum korrekten Gebrauch gegeben, als auch die Möglichkeit der Übung oder Probe der Verwendung der Materialien.

Diese Elemente bilden mit der Problemlösung und Handlungsplanung die Interventionsfunktion der Befähigung. Mit dem Hinzufügen von Objekten, wie neuen Hygienematerialien und der Umstrukturierung des physischen Umfelds, soll die Umsetzbarkeit von Hygienepraktiken erhöht werden. Wie in den Interventionen von Colon et al. (2009), MONO-Rub, SKIN und REACT werden Klient:innen ebenfalls dazu ermutigt, neue Materialien zu erproben. Dieses Element der beratungsorientierten Intervention

ist bedeutsam, um Klient:innen für Gespräche bezüglich Safer-Use zu interessieren, und Rückmeldungen bezüglich Safer-Use-Praktiken und Materialien zu erhalten. In den AERLI/ITSESI und SKIN-Interventionen waren die Beobachtung und Beurteilung von Hygienepraktiken der Klient:innen substanzieller Teil der Intervention. Dies ist für die entwickelte beratungsorientierte Intervention nicht der Fall, da die lokalen Daten auf eine gewisse Angst und Scham hinsichtlich des Themas des IV Konsums hindeuten und derzeit ebenfalls keine rechtliche Grundlage für den observierten Konsum in den österreichischen Suchthilfeeinrichtungen besteht. Das heißt, dass ein solches Element zwar im Einzelfall, wenn die Person es wünscht, hilfreich sein kann, jedoch keinen verpflichtenden Bestandteil der Intervention bildet. Das Ziel der Maßnahme ist viel mehr, den Dialog bezüglich des IV Konsums und den Risiken, sowie die präventiven Maßnahmen, die Komplikationen verringern, oder verhindern können, zu ermöglichen. Klient:innen sollen hier selbst benennen, welche Hürden sie hinsichtlich Safer-Use-Praktiken erleben, und werden dabei unterstützt, Strategien zur Bewältigung zu erarbeiten.

Für die Messung von Outcomes könnten Befragungen, Interviews, Beobachtungen oder speziell entwickelte Beurteilungsinstrumente, wie zum Beispiel die „Bacterial Infections Risk Scale (BIRSI)“ von Phillips & Stein (2010), die dokumentiert, welche Safer-Use-Praktiken Klient:innen anwenden, eingesetzt werden. Befragungen mittels eigens für die Studie entwickelten Fragebögen oder Umfragen und strukturierte Interviews wurden in den meisten der im Rapid Review untersuchten Studien berichtet. Die SKIN (Phillips et al., 2012) und MONO-Rub (Meezache et al., 2021) Studien beinhalten neben anderen Methoden eine offene Beobachtung der erlernten Praktiken. Fokusgruppen wurden von Roux et al. (2021) und Meezache et al. (2021) eingesetzt, um die Akzeptanz der ITSESI und MONO-Rub Interventionen zu messen. Neben den Outcome-Messungen ist es durchaus denkbar, die Outputs der beratungsorientierten Intervention zu evaluieren. Dies könnte ähnlich wie in den genannten Studien mittels Befragungen oder Interviews durchgeführt werden. Akzeptanz und Umsetzbarkeit bzw. Machbarkeit sind hier wesentliche Faktoren, die untersucht werden sollten. Diese Daten könnten mit qualitativen, sowie quantitativen Methoden erhoben werden (Sekhon et al., 2022).

Alle Interventionsaktivitäten und deren Outputs sollten die Outcomes der erfolgreichen Erkennung von Risiken und der erfolgreichen Anwendung von Hygienepraktiken erwirken, welche in weiterer Folge die Selbstwirksamkeit der Interventionsempfänger als einen der Impacts steigern sollte.

Das Konzept von Selbstwirksamkeit, das ursprünglich von Albert Bandura im Jahr 1977 vorgebracht wurde, stipuliert, dass Selbstwirksamkeit eine Voraussetzung für eine nachhaltige Verhaltensänderung sei, und dass diese durch verschiedene Aktivitäten beeinflusst werden könne. Ziele werden besser erreicht, wenn der Glaube an die eigene Selbstwirksamkeit stärker ist (Bandura, 2004). Sowohl die Vereinfachung der notwendigen Schritte, um ein bestimmtes Verhalten durchzuführen, als auch die Unterstützung und Ermutigung durch die Berater:innen, und die Verhaltensübung bzw. -probe können das Gefühl der Selbstwirksamkeit steigern (Rabani-Bavojdan et al., 2017).

Vor diesem Hintergrund werden die in der beratungsorientierten Intervention geplanten Aktivitäten ebenfalls unternommen. Klient:innen sollen hier ein Gefühl von Selbstwirksamkeit erlangen, um den Einsatz von Safer-Use-Praktiken positiv zu assoziieren, deren Motivation diese einzusetzen zu erhöhen, und Ängste bezüglich Veränderungen zu reduzieren. Ob die geplante Intervention Wirkungen hinsichtlich der Selbstwirksamkeit in Bezug auf Safer-Use-Praktiken zeigt, könnte zum Beispiel mit dem „Harm Reduction Self-Efficacy Questionnaire“ von Phillips & Rosenberg (2008) untersucht werden.

Die Impacts der Reduktion in bakteriellen Infektionen und deren Komplikationen sind ebenfalls messbare Elemente, welche in den Studien zu MONO-Rub, AERLI/ITSESI und der SKIN-Intervention als Outcomes untersucht wurden. Als ultimates Ziel der beratungsorientierten Intervention und da es bis dato keine Zahlen zur Inzidenz der injektions-bedingten bakteriellen Infektionen bei PWID in Österreich gibt, wäre eine Untersuchung dieser Thematik von großem Interesse. Dies könnte zum Beispiel durch eine einfache Befragung (survey), wie in der Studie von Dahlman et al. (2017) unternommen werden, oder mittels einer Dokumentenanalyse bei niedergelassenen Hausärzt:innen oder niederschweligen Suchthilfeeinrichtungen.

Die körperliche und psychische Gesundheit könnte mittels dem SF-36 Fragebogen (Hays et al., 1993), der ebenfalls in Deutscher Sprache zur Verfügung steht, und bereits in vielen Studien und medizinischen Feldern eingesetzt wurde, evaluiert werden.

Für die Eruiierung der Lebensqualität von Menschen, die Substanzen intravenös konsumieren, wurde von Hubley et al. (2005) die „Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL) entwickelt, welche auf die individuellen Gegebenheiten, die die Lebensqualität dieser Zielgruppe beeinflussen, eingeht. Visuelle Repräsentationen der enthaltenen Elemente unterstützen hier die Einschätzung der Befragten zu den erfassten Bereichen. In den im Rapid Review enthaltenen Studien wird auf diese Bereiche jedoch nicht eingegangen.

Die Annahme, dass die negativen Effekte des intravenösen Substanzkonsums, wie zum Beispiel Stigma, Diskriminierung und Wohnunsicherheit, die Lebensqualität negativ beeinflussen, wurde bereits in anderen Studien untersucht. Wie Gesundheit mit der Lebensqualität von PWID interagiert, untersuchten Cheng et al. (2024) in ihrer Studie zu „Health Related Quality of Life“. Sie kamen zu dem Erkenntnis, dass Menschen mit intravenösem Substanzkonsum eine niedrigere gesundheitsbedingte Lebensqualität aufwiesen und plädieren in ihrer Publikation für weitere Forschung auf diesem Gebiet, um vielfältige Versorgungsmodelle etablieren zu können, die diese Problematik in den Fokus nehmen.

Welche Elemente der prospektiven beratungsorientierten Intervention evaluiert werden, würde hier von verschiedenen Faktoren abhängen. Wie im Buch von Funnell & Rodgers (2011) beschrieben, sind Ressourcen häufig limitiert, und daher sollte eine Evaluierung gut geplant und der Fokus und das Ziel dieser genau bestimmt werden. Diese Entscheidungen werden gewöhnlicherweise innerhalb eines Projektteams getroffen und können außer der Effektivität einer Intervention, Effizienz-, Theorie- und Systemperspektiven beinhalten (Skivington et al., 2021). Für die beratungsorientierte Intervention wurden in diesem Kapitel lediglich die Möglichkeiten der Messbarkeit vorgestellt. Die darin enthaltenen Konzepte könnten zur weiteren Theorieentwicklung in diesem Feld genutzt werden.

Obwohl die Intervention für den Einsatz aller beteiligter Berufsgruppen konzipiert ist, hat sie besondere Bedeutung für die Berufsgruppe der professionellen Pflege, da diese den Betroffenen in Situationen begegnen, in denen Klient:innen eventuell aufnahmefähiger für die Inhalte der Maßnahme sind. Dies wären zum Beispiel Situationen, wie der Verbandswechsel bei einer bestehenden injektions-assoziierten Komplikation. Wie in vorrangigen Studien (Dunleavy et al., 2019) und ebenfalls in der Datenerhebung dieses Forschungsvorhabens hervorging, waren Klient:innen offener für Gespräche hinsichtlich der Anwendung von Hygienepraktiken, nachdem sie eine negative Erfahrung mit einer Komplikation erlebt hatten. Eine weitere Situation, die häufig die Berufsgruppe der Pfleger:innen betrifft, ist die Blutabnahme. Wie Ivan et al. (2016) in ihrer Studie zeigten, besteht hier ebenfalls die Möglichkeit, Safer-Use-Praktiken zu besprechen und zu demonstrieren. Aus den qualitativen Daten dieser Arbeit kam hervor, dass Mitarbeiter:innen den IV Konsum erst aktiv mit Klient:innen besprachen, wenn sie sicher waren, dass diese IV konsumierten. Die Mitarbeiter:innen versuchten damit, Stigma zu vermeiden und die Würde von Klient:innen zu wahren. Die Blutabnahme bietet eine Möglichkeit, dieses intime Thema aufzugreifen, vor allem, wenn Pflegepersonen visuelle Anhaltspunkte für den IV Konsum und mögliche Komplikationen wahrnehmen.

Ethische Aspekte in Bezug auf die beratungsorientierte Maßnahme können anhand der Harm-Reduction-Prinzipien, die im Kapitel II. auf Seite 10 in Abbildung 2 dargestellt sind, diskutiert werden. Durch die Elemente von Edukation, Training und Befähigung, die vorsehen, dass Klient:innen selbst darüber entscheiden, welche Probleme und Hürden sie bearbeiten möchten, wird die Autonomie der Betroffenen und ihr Mitspracherecht gefördert. Durch die Flexibilität der verschiedenen Elemente der Maßnahme, wie den variablen Einsatz der Verhaltensänderungstechniken, werden individuelle Bedürfnisse adressiert, und durch eine offene Haltung wird die Komplexität des Phänomens des intravenösen Substanzkonsums wahrgenommen. Das Aufzeigen und das Wahrnehmen der realen Gefahren und Schäden des Substanzkonsums sollen durch die Aktivitäten der Maßnahme erreicht werden. Selbstwirksamkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden sollen, wie bereits diskutiert, durch die beratungsorientierte Intervention als weitreichendere Outcomes bzw. Impacts gefördert, erhöht und verbessert werden. Durch die Grundhaltungen des Motivational-Interviewing-Ansatzes werden ebenfalls die professionellen Werte von Pflegepersonen eingehalten. Die

beratungsorientierte Maßnahme soll den Zugang von Menschen mit intravenösen Substanzkonsum zur Gesundheitsversorgung fördern und mehr soziale Gerechtigkeit durch den Abbau von Stigma, erwirken (International Council of Nurses, 2021).

17. Kritische Reflexion und Ausblick

Das in dieser Arbeit beschriebene Projekt wurde lediglich durch eine Person durchgeführt. Dies bedeutet, dass die jeweiligen Entscheidungen hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien im Rapid Review, inklusive der Studienbewertungen, bis hin zur Evidenzsynthese durch lediglich eine Person getätigt wurden. Einzelne Studien konnten in anderen Reviews identifiziert werden und es konnte ein grober Abgleich einiger Einschätzungen stattfinden.

Die Stichproben in den qualitativen Datenerhebungen waren aufgrund von limitierten Ressourcen relativ klein, und nicht alle Bereiche, in denen die Mitarbeiter:innen der Sozialarbeit tätig sind, konnten hier erfasst werden. Jedoch wurde mit der Wahl der Teilnehmer:innen versucht, eine hohe Varietät an Erfahrungen aus der Praxis zu erzielen.

Entscheidungen bezüglich des Wirkmodells wurden mit der Projektbetreuung der Universität abgestimmt, damit diese nicht vollständig bei einer Person lagen. Weiters wurde eine Vielfalt von etablierten und evidenzbasierten Modellen zur Anwendung recherchiert. Das MRC Framework (Craig et al., 2008) und das BCW (Michie et al., 2014), wurden mitunter gewählt, da es ausreichend Publikationen zu diesen Modellen gab, um die Entwicklung zu unterstützen. Alle Schritte der Entwicklung wurden in dieser Arbeit transparent dargelegt, um die Nachvollziehbarkeit und Replizierbarkeit zu gewährleisten. Weiters wurde das Projekt mit der ersten Ausarbeitung eines Wirkmodells abgeschlossen, um die Weiterentwicklung im multi-professionellen Kontext als weiteren Schritt zuzulassen. In diesem nächsten Schritt wäre es sinnvoll, die entwickelte beratungsorientierte Intervention in einem Expert:innen-Plenum zu präsentieren und zu diskutieren, damit besser informierte Entscheidungen, beispielsweise hinsichtlich der konkreten Inhalte und Materialien, getroffen werden können.

Machbarkeit und Nachhaltigkeit sind wichtige Aspekte, die bereits bei der Entwicklung von Interventionen berücksichtigt werden müssen. Vor allem, da Ressourcen häufig

limitiert sind, und diese nicht in unrealistische oder aufwändige Maßnahmen, mit geringer Effektivität oder wenig Akzeptanz, investiert werden sollten (Turner et al., 2019).

Es ist somit unumgänglich, relevante Stakeholder in diesen Prozess zu involvieren, um wesentliche Unsicherheiten, ökonomische Überlegungen und die Interventionsverfeinerungen zu diskutieren (Skivington et al., 2021). Ist dieser Schritt komplett, müssen die spezifischen Interventionsinhalte und Materialien sowie die Schulungsmaterialien und -einheiten für Mitarbeiter:innen entwickelt werden. Kesten et al. (2023) veranschaulichen dies in ihrer Studie zur REACT-Intervention, welche die Pilotierung dieser, im Praxis-Setting beschreibt. In der Studie von Kesten et al. (2023) wurde ein partizipativer Ansatz verfolgt. Dies geschah durch die Involvierung von Menschen mit intravenösem Substanzkonsum in die Interventionsentwicklung.

Dieser Ansatz findet sich ebenfalls in anderen, der im Rapid Review identifizierten Publikationen wieder (Colon et al., 2009; Meezache et al., 2021; Phillips et al., 2012). In den ITSESI (Roux et al., 2021; Meezache et al., 2018) und MONO-Rub (Meezache et al., 2021) Interventionen wurden mitunter Peers für den Einsatz dieser Maßnahmen geschult. Aus diesem Grund wurde für diese Arbeit der Einsatz von Peers erwägt. Jedoch wurde die Thematik aufgrund der erhobenen Daten, in denen eine gewisse Ambivalenz hinsichtlich der Einbindung von Peers sichtbar wurde, und aufgrund von limitierten Ressourcen, nicht näher exploriert. Dies schließt jedoch keinesfalls die zukünftige Involvierung von Peers für die Anwendung der präsentierten beratungsorientierten Intervention aus.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass diese Arbeit die Entwicklung einer komplexen Intervention, die zum Ziel hat, die Inzidenz und die Auswirkungen von injektions-assoziierten bakteriellen Infektionen in Menschen mit intravenösem Substanzkonsum zu reduzieren, im Detail dargestellt werden konnte. Diese Arbeit sollte nicht nur die Interventionsentwicklung exemplarisch darstellen, sondern auch einen Impetus für die Reflexion von existierenden Ansätzen und Versorgungsmodellen geben.

Die Miteinbeziehung von Betroffenen in die Erstellung von Behandlungskonzepten ist bedeutsam, wie ebenfalls in diesem Forschungsvorhaben deutlich wurde, da

Menschen, die von Abhängigkeitserkrankungen betroffen sind, ein großes Interesse daran haben, neue Behandlungswege mitgestalten zu können.

Ein Ansatz, der die Autonomie und die Prioritäten der Betroffenen in den Fokus nimmt, könnte eine Möglichkeit schaffen, diese häufig stigmatisierten und marginalisierten Menschen besser zu erreichen. Vieles davon wird bereits von denen, die sie unterstützen, mitgedacht und umgesetzt, was mit den qualitativen Daten aus diesem Forschungsvorhaben bestätigt werden konnte. Jedoch, um auch gesellschaftlichen und politischen Zuspruch für die akzeptanzorientierten Konzepte der Suchthilfe zu erlangen, benötigt es einer fortlaufenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Thematik.

Mit dieser Arbeit wurde versucht, einen weiteren Schritt in Richtung sozialer Gerechtigkeit für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu gehen. Vor allem für jene, die Substanzen IV konsumieren, und die mit so vielen (Vor-)Urteile kämpfen. Überraschend ist, wie sensibel und intim das Thema des IV Konsums ist, und wie schwierig es ist, darüber zu sprechen. Die Erfahrungen der Betroffenen und derer, die sie begleiten, sollten wahrgenommen und ernstgenommen werden, so wie es für andere Menschen mit chronischen Erkrankungen der Fall ist. Das Recht auf Gesundheit ist durchaus nicht selbstverständlich, ist nicht für alle Menschen gleich, und muss stets verteidigt und geschützt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

Aldrian, S. (2019). Illegalisierter Substanzkonsum von den Akteuren in der Suchthilfe. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Altersberger, M., Sitter, C., Cho, Y., Genger, M. (2024). Endokarditis – Blickdiagnose und Herausforderung. Das Chamäleon der Kardiologie. Journal für Kardiologie. 31 (1-2). 10-16.

Anzenberger, J., Akartuna, D., Busch, M., Klein, C., Schmutterer, I., Schwarz, T., Strizek, J. (2023). Epidemiologiebericht Sucht 2023. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Wien: Gesundheit Österreich.

Aromataris, E., Munn, Z. (Editors). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. Available from <https://synt hesismanual.jbi.global> <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>. ISBN: 978-0-6488488-0-6 JBI, 2020.

Bahji, A., Yanagawa, B., Lamba, W. (2020). Harm Reduction for Injection Drug Users with Infective Endocarditis: A Systematic Review. Canadian Society of Addiction Medicine. DOI: 10.1097/CXA.0000000000000080.

Baltes, A., Akhtar, W., Birstler, J., Olson-Streed, H., Eagen, K., Seal, D., Westergaard, R., & Brown, R. (2020). Predictors of skin and soft tissue infections among sample of rural residents who inject drugs. Harm reduction journal, 17(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00447-3>.

Bandura A. (2004). Health promotion by social cognitive means. Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>.

Barth, V. (2016). Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie. 2. Auflage. Ecomed MEDIZIN: Lansberg am Lech.

Bartlett, R., Brown, L., Shattell, M., Wright, T., & Lewallen, L. (2013). Harm reduction: compassionate care of persons with addictions. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22(6), 349–358.

Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*, Vol. 30 (3). Doi: 10.7334/psicothema2017.303.

Bertrand, K., Roy, É., Vaillancourt, É., Vandermeersch, J., Berbiche, D., & Boivin, J. F. (2015). Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs. *Addiction (Abingdon, England)*, 110(5), 832–841. <https://doi.org/10.1111/add.12867>.

Bleijenberg, N., de Man-van Ginkel, J.M., Trappenburg, J., Ettema, R., Sino, C., Heim, N., Hafensteindottir, T.B., Richards, D.A., Schuurmans, M.J. (2018). Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: Enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.001>.

Bonar, E. E., & Rosenberg, H. (2014). Injection Drug Users' Perceived Barriers to Using Self-Initiated Harm Reduction Strategies. *Addiction research & theory*, 22(4), 271–278. <https://doi.org/10.3109/16066359.2013.838225>.

Brothers, T. D., Bonn, M., Lewer, D., Comeau, E., Kim, I., Webster, D., Hayward, A., & Harris, M. (2023). Social and structural determinants of injection drug use-associated bacterial and fungal infections: A qualitative systematic review and thematic synthesis. *Addiction (Abingdon, England)*, 118(10), 1853–1877. <https://doi.org/10.1111/add.16257>.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (Hrsg.) (2021). ICD-10-GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.

Abgerufen am 30.01.24 unter: <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/block-f10-f19.htm>.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). Gesundheit und Notfälle: Sucht- Abhängigkeitserkrankung. Letztes Update: März 2022. https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/sucht.html.

Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., Schwarz, T., Strizek, J. (2021). Bericht zur Drogensituation 2021. Wien: Gesundheit Österreich.

Busch, M., Anzenberger, J., Brotherhood, A., Klein, C., Priebe, B., Schmutterer, I., Schwarz, T. (2023). Bericht zur Drogensituation 2023. Wien: Gesundheit Österreich.

Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation science* : IS, 7, 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>.

Cheng, Q., Valerio, H., Cunningham, E. B., Shih, S. T. F., Silk, D., Conway, A., Treloar, C., Murray, C., Henderson, C., Amin, J., Read, P., Dore, G. J., Grebely, J., & ETHOS Engage Study Group (2024). Health-Related Quality of Life of People Who Inject Drugs: The Enhancing Treatment of Hepatitis C in Opioid Substitution Settings Engage Study. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 27(2), 216–225. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.10.013>.

Colon, H.M., Finlinson, H.A., Negron, J., Sosa, I., Rios-Olivares, E., Robles, R.R. (2009). Pilot Trial of an Intervention Aimed at Modifying Drug Preparation Practices Among Injection Drug Users in Puerto Rico. *AIDS and behavior*, 13(3), 523–531. <https://doi.org/10.1007/s10461-009-9540-3>.

Corry, M., Clarke, M., While, A.E., Lalor, J. (2013). Developing complex interventions for nursing: a critical review of key guidelines. *Journal of Clinical Nursing*. Doi: 10.1111/jocn.12173.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*. Doi: 10.1136/bmj.a1655.

Croot, L., O´Cathain, A., Sworn, K., Yardley, L., Turner, K., Duncan, E., Hoddinott, P. (2019). Developing interventions to improve health: a systematic mapping review of international practice between 2015 and 2016. *Pilot and Feasibility Studies*. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0512-8>.

Dahlman, D., Håkansson, A., Kral, A. H., Wenger, L., Ball, E. L., & Novak, S. P. (2017). Behavioral characteristics and injection practices associated with skin and soft tissue infections among people who inject drugs: A community-based observational study. *Substance abuse*, 38(1), 105–112. <https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1263592>.

Darke, S., Duflou, J., & Torok, M. (2015). The health consequences of injecting tablet preparations: foreign body pulmonary embolization and pulmonary hypertension among deceased injecting drug users. *Addiction (Abingdon, England)*, 110(7), 1144–1151. <https://doi.org/10.1111/add.12930>.

Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. and McLaren, J. (2010). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106: 32–51. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x>.

Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M., & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet. Global health*, 5(12), e1192–e1207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3).

Dobbins, M. (2017). Rapid Review Guidebook: Steps for Conducting a Rapid Review. National Collaborating Centre for Methods and Tools. Rapid Review Guidebook. National Collaborating Centre for Methods and Tools (nccmt.ca).

Doran, J., Harris, M., Hope, V. D., Wright, T., Edmundson, C., Sinka, K., & Heinsbroek, E. (2020). Factors associated with skin and soft tissue infections among people who inject drugs in the United Kingdom: A comparative examination of data from two surveys. *Drug and alcohol dependence*, 213, 108080.

Dwyer, R., Topp, L., Maher, L., Power, R., Hellard, M., Walsh, N., Jauncey, M., Conroy, A., Lewis, J., Aitken, C. (2009). Prevalences and correlates of non-viral injecting-related injuries and diseases in a convenience sample of Australian injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 100 (2009). 9-16.

Dunleavy, K., Hope, V., Roy, K., & Taylor, A. (2019). The experiences of people who inject drugs of skin and soft tissue infections and harm reduction: A qualitative study. *The International journal on drug policy*, 65, 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.09.001>.

EMCDDA (2001). INSIGHTS. Injecting drug use, risk behaviour and qualitative research in the time of AIDS. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg.

EMCDDA (2010). EMCDDA Monographs. Harm Reduction: evidence, impacts and challenges. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9168-419-9.

EMCDDA (2013). EMCDDA Insights: Models of Addiction. Luxembourg: Publication Office of the European Union. ISBN: 978-92-9168-652-0.

EMCDDA (2022). Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union: Luxemburg. DOI: 10.2810/541855.

Engels, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 196 (4286). 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>. Reprinted in: *Psychodynamic Psychiatry* (2012). 40 (3). 377-396.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2023). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs: 2023 update. Stockholm: ECDC; 2023. doi 10.2900/854004.

EMCDDA (2024). European Drug Report 2023: Trends and Developments. EMCDDA. Zugriff am 12.02.2024 unter: https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en.

Figgatt, M. C., Salazar, Z. R., Vincent, L., Carden-Glenn, D., Link, K., Kestner, L., Yates, T., Schranz, A., Joniak-Grant, E., & Dasgupta, N. (2021). Treatment experiences for skin and soft tissue infections among participants of syringe service programs in North Carolina. *Harm reduction journal*, 18(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00528-x>.

Fischer, G., Komorowski, A. (2023). Sucht: Neue Erkenntnisse und Behandlungswege. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH: Wien.

Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological bulletin*, 111(3), 455–474. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.111.3.455>.

Fisher, H., Hussey, D., Lord, C., Roberts, L., Bayliss, J., Erswell, H., Preston, A., Telfer, M., Scott, J., Harris, M., Mellon, D., Hickman, M., MacArthus, G. (2022). Using the Person-Based Approach to develop a tailored intervention to prevent bacterial skin and soft tissue infections among people who inject drug: A participatory study. *Research Square*. <https://doi.org/10.2103/rs.3.rs-1336452/v1>.

Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models. In *Purposeful Program Theory* (Vol. 31). United States: John Wiley & Sons, Incorporated.

Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V.J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*. 130 (2021) 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>.

Gegenhuber, B. (2019). *Drogen. Vorurteile, Mythen, Fakten*. Falter Verlagsgesellschaft m.b.H: Wien.

Gilbert, A.R., Hellman, J.L., Wilkes, M.S., Rees, V.W., Summers, P.J. (2019). Self-care habits among people who inject drugs with skin and soft tissue infections: a qualitative analysis. *Harm Reduction Journal*, 16 (69). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0345-z>.

Graf, S., Kranz, J., Schmidt, S., Bellut, L., Uhlig, A. (2021). Formen der Evidenzsynthese. *Urologe* 2021. <https://doi.org/10.1007/s00120-021-010476-x>.

Guise, A., Horyniak, D., Melo, J., McNeil, R., & Werb, D. (2017). The experience of initiating injection drug use and its social context: a qualitative systematic review and thematic synthesis. *Addiction* (Abingdon, England), 112(12), 2098–2111. <https://doi.org/10.1111/add.13957>.

Hacker, M., Slobodenka, S., Titzer, H. (2021). *Edukation in der Pflege*. 2. Auflage. Facultas: Wien.

Hanaa, K., Røed Bilgrei, O., Buvik, K. & Gjersing, K. (2022). “Hooked on the needle”: Exploring the paradoxical attractions towards injecting drug use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 29:6, 667-674. DOI: 10.1080/09687637.2021.1955829.

Harm Reduction Coalition (2020a). Factsheet: Safe(r) Drug Use 101. <https://harmreduction.org/issues/safer-drug-use/facts/>. Letztes Update: 05.10.2020.

Harm Reduction Coalition (2020b). *Getting Off Right: A Safety Manual for Injection Drug Users*. Harm Reduction Coalition. New York. Zugriff am 12.02.24 unter:

<https://harmreduction.org/issues/safer-drug-use/injection-safety-manual/safer-injection-basics/manual/safer-injection-basics/>.

Harm Reduction Coalition (2020c). Principles of Harm Reduction. Harm Reduction Coalition. New York. Zugriff am 24.01.2023 unter: https://harmreduction.org/wp-content/uploads/2022/12/NHRC-PDF-Principles_Of_Harm_Reduction.pdf.

Harm Reduction Coalition (2022). Principles of Harm Reduction. <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>. November 2022.

Harm Reduction International (2020). Global State of Harm Reduction 2020. 7. Ausgabe. Harm Reduction International. London: Vereinigtes Königreich. www.hri.global.

Harm Reduction International (2023). Harm Reduction in Global Fund Cycle 7: a compilation of evidence to support advocacy. London: Harm Reduction International.

Harris, M., Brathwaite, R., McGowan, C.R., Ciccarone, D., Gilchrist, G., McCusker, M., O'Brien, K., Dunn, J., Scott, J., Hope, V. (2018). 'Care and Prevent': rationale for investigating skin and soft tissue infections and AA amyloidosis among people who inject drugs in London. Harm Reduction Journal. 15 (23). [Doi.org/10.1186/s12954-018-0233-y](https://doi.org/10.1186/s12954-018-0233-y).

Harris, M., Scott, J., Wright, T., Brathwaite, R., Ciccarone, D., Hope, V. (2019). Injecting-related health harms and overuse of acidifiers among people who inject heroin and crack cocaine in London: a mixed-methods study. Harm Reduction Journal. 16, 60 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0330-6>.

Harris, M., Scott, J., Hope, V., Wright, T., McGowan, C., Ciccarone, D. (2020). Navigating environmental constraints to injection preparation: the use of saliva and other alternatives to sterile water among unstably housed PWID in London. Harm Reduction Journal. 17, 24 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00369-0>.

Hays, R. D., Sherbourne, C. D., & Mazel, R. M. (1993). The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health economics*, 2(3), 217–227. <https://doi.org/10.1002/hec.4730020305>.

Heinz, A., Gül Halil, M., Gutwinski, S., Beck, A., & Liu, S. (2022). ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit [ICD-11: changes in the diagnostic criteria of substance dependence]. *Der Nervenarzt*, 93(1), 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01071-7>.

Hope, V. D., Ncube, F., Parry, J. V., & Hickman, M. (2015). Healthcare seeking and hospital admissions by people who inject drugs in response to symptoms of injection site infections or injuries in three urban areas of England. *Epidemiology and infection*, 143(1), 120–131. <https://doi.org/10.1017/S0950268814000284>.

Hope, V., Parry, J.V., Ncube, F., Hickman, M. (2016). Not in the vein: “missed hits”, subcutaneous and intramuscular injections and associated harms among people who inject psychoactive drugs in Bristol, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* (28). <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.11.003>.

Hrycko, A., Mateu-Gelabett, P., Ciervo, C., Linn-Walton, R., Eckhardt, B. (2022). Severe bacterial infections in people who inject drugs: the role of injection-related tissue damage. *Harm Reduction Journal*. 19 (41).

Hubley, A. M., Russell, L. B., & Palepu, A. (2005). Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): a validation study. *Health and quality of life outcomes*, 3, 43. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-43>.

International Council of Nurses (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*, International Council of Nurses: Geneva, Switzerland.

Islam, S., Piggott, D. A., Moriggia, A., Astemborski, J., Mehta, S. H., Thomas, D. L., & Kirk, G. D. (2019). Reducing injection intensity is associated with decreased risk for invasive bacterial infection among high-frequency injection drug users. *Harm reduction journal*, 16(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0312-8>.

Ivan, M., Rodgers, C., Maher, L., & van Beek, I. (2016). Reducing injecting-related injury and diseases in people who inject drugs: Results from a clinician-led brief intervention. *Australian family physician*, 45(3), 129–133.

Jauffret-Roustide, M., Chollet, A., Santos, A., Benoit, T., Péchiné, S., Duplessy, C., Bara, J. L., Lévi, Y., Karolak, S., & Néfau, T. (2018). Theory versus practice, bacteriological efficiency versus personal habits: A bacteriological and user acceptability evaluation of filtering tools for people who inject drugs. *Drug and alcohol review*, 37(1), 106–115. <https://doi.org/10.1111/dar.12564>.

Joanna Briggs Institute (2023). Critical Appraisal Tools. Zugriff am 26.06.23 unter <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>.

Kellogg, W. K. (2004). WK Kellogg Foundation Logic Model Development Guide. Battle Creek, MI: WK Kellogg Foundation.

Kenney, S. R., Phillips, K. T., Herman, D. S., Keosaian, J., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2020). Perceived Behavioral Control and Barriers to Cleaning Skin Before Injecting Drugs. *Journal of addiction medicine*, 14(3), 231–235. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000564>.

Kerber, A., Donnelly, T.T., dela Cruz, A. (2020). Harm Reduction: A Concept Analysis. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*. 4 (1). <https://doi.org/10.22374/jmhan.v4i1.39>.

Kesten, J., Hussey, D., Lord, C., Roberts, L., Bayliss, J., Erswell, A.P., Telfer, M., Scott, J., Harris, M., Mellon, D., Hickman, M., MacArthur, G., Fisher, H. (2023). Development, acceptability and feasibility of a personalised, behavioural intervention to prevent bacterial skin and soft tissue infections among people who inject drugs: a mixed-methods Person-Based Approach study. *Harm Reduction Journal*. 20:114. <https://doi.org/10.1186/s12954-023-00823-9>.

Kielholz, P. & Ladewig, D. (1973). Die Abhängigkeit von Drogen. München: Dt. Taschenbuch-Verlag.

Kinnard, E. N., Howe, C. J., Kerr, T., Skjødtt Hass, V., & Marshall, B. D. (2014). Self-reported changes in drug use behaviors and syringe disposal methods following the opening of a supervised injecting facility in Copenhagen, Denmark. *Harm reduction journal*, 11(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-29>.

Knowledge Action Change (2020). Reduzierung von durch Tabak verursachten Schäden und Recht auf Gesundheit. London: Knowledge Action Change.

Lähner, B., & Lehmann, R. (2020). Möglichkeiten und Grenzen bei der Evaluation der Effekte des bio-psycho-sozialen Modells aus der Perspektive der Sozialarbeitswissenschaft. In Rummel, C., & Gaßmann, R. (Hrsg.), *Sucht: bio-psycho-sozial. Die ganzheitliche Sicht auf Suchtfragen – Perspektiven aus Sozialer Arbeit, Psychologie und Medizin* (S. 117-125). Stuttgart: Kohlhammer.

Larney, S., Peacock, A., Mathers, B. M., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2017). A systematic review of injecting-related injury and disease among people who inject drugs. *Drug and alcohol dependence*, 171, 39–49. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.029>.

Matone, A., Gandin, C., Ghirin, S., Scafato, E. (2022). Alcohol and Substance Use Disorders Diagnostic Criteria Changes and Innovations in ICD-11: An Overview. *Clinical Psychology in Europe*. 2022 (4). DOI: <https://doi.org/10.32872/cpe.9539>.

Mayer, H. (2019). *Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. 5. Auflage. Facultas: Wien.

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 13. Überarbeitete Auflage. Beltz: Weinheim.

McMullen, E.K. (2022). Addressing Skin and Soft Tissue Infections in People Who Inject Drugs. Poster/Presentation. UMB Digital Archive. University of Maryland Baltimore. <http://hdl.handle.net/10713/20419>.

Metrebian, N., Groshkova, T., Hellier, J., Charles, V., Martin, A., Forzisi, L., Lintzeris, N., Zador, D., Williams, H., Carnwath, T., Mayet, S., & Strang, J. (2014). Drug use, health and social outcomes of hard-to-treat heroin addicts receiving supervised injectable opiate treatment: secondary outcomes from the Randomized Injectable Opioid Treatment Trial (RIOTT). *Addiction* (Abingdon, England), 110(3), 479–490. <https://doi.org/10.1111/add.12748>.

Mezaache, S., Protopopescu, C., Debrus, M., Morel, S., Mora, M., Suzan-Monti, M., Rojas Castro, D., Carrieri, P., & Roux, P. (2018). Changes in supervised drug-injecting practices following a community-based educational intervention: A longitudinal analysis. *Drug and alcohol dependence*, 192, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.028>.

Mezaache, S., Briand-Madrid, L., Rahni, L., Poireau, J., Branchu, F., Moudachirou, K., Wendzinski, Y., Carrieri, P., & Roux, P. (2021). A two-component intervention to improve hand hygiene practices and promote alcohol-based hand rub use among people who inject drugs: a mixed-methods evaluation. *BMC infectious diseases*, 21(1), 211.

Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science: IS*, 6, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>.

Michie, S., Atkins, L., West, R. (2014). *The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions*. Silverback Publishing: Great Britain.

Microsoft Corporation. (2018). Microsoft Excel. Retrieved from <https://office.microsoft.com/excel>.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch: Vol. 3. Auflage*. Labertus-Verlag.

Monteiro, J., Phillips, K.T., Herman, D.S., Stewart, C., Keosaian, J., Anderson, B.J., Stein, M.D. (2020). Self-treatment of skin infections by people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence*. Volume 206. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107695>.

Moradi-Joo, M., Ghiasvand, H., Noroozi, M., Armoon, B., Noroozi, A., Karimy, M., Rostami, A., Mirzaee, M.S., Hemmat, M. (2019). Prevalence of skin and soft tissue infections and its related high-risk behaviors among people who inject drugs: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Use*. DOI: 10.1080/14659891.2019.1572805.

Muncan, B., Walters, S.M., Ezell, J., Ompad, D.C. (2020). „They look at us like junkies”: influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>.

NICE (2012). Drug use disorders in adults. Quality standard. National Institute for Health and Care Excellence. Reviewed in 2022. Vereinigtes Königreich. ISBN: 978-1-4731-4624-2.

Novak, S.P., Kral, A.H. (2011). Comparing Injection and Non-Injection Routes of Administration for Heroin, Methamphetamine, and Cocaine Uses in the United States. *Journal of addictive diseases*, 30(3), 248–257. <https://doi.org/10.1080/10550887.2011.581989>.

O’Cathain, A., Croot, L., Duncan, E., Rousseau, N., Sworn, K., Turner, K.M., Yardley, L., Hoddinott, P. (2019a). Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*. Doi:10.1136/ bmjopen-2019-029954.

O’Cathain, A., Croot, L., Sworn, K., Duncan, E., Rousseau, N., Turner, K., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019b). Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: a systematic methods overview. *Pilot and feasibility studies*, 5, 41. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0425-6>.

Phillips, K. T., & Rosenberg, H. (2008). The development and evaluation of the Harm Reduction Self-Efficacy Questionnaire. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 22(1), 36–46. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.1.36>.

Phillips, K. T., & Stein, M. D. (2010). Risk practices associated with bacterial infections among injection drug users in Denver, Colorado. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 36(2), 92–97. <https://doi.org/10.3109/00952991003592311>.

Phillips, K. T., Stein, M. D., Anderson, B. J., & Corsi, K. F. (2012). Skin and needle hygiene intervention for injection drug users: results from a randomized, controlled Stage I pilot trial. *Journal of substance abuse treatment*, 43(3), 313–321. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.01.003>.

Phillips, K., Altman, J.K., Corsi, K.F., Stein, M.D. (2013). Development of a risk reduction intervention to reduce bacterial and viral infections for injection drug users. *Subst Use Misuse*. 48 (1-2). Doi: 10.3109/10826084.2012.722159.

Phillips, K. T., Anderson, B. J., Herman, D. S., Liebschutz, J. M., & Stein, M. D. (2017). Risk Factors Associated With Skin and Soft Tissue Infections Among Hospitalized People Who Inject Drugs. *Journal of addiction medicine*, 11(6), 461–467. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000346>.

Phillips, K. T., Stewart, C., Anderson, B. J., Liebschutz, J. M., Herman, D. S., & Stein, M. D. (2021). A randomized controlled trial of a brief behavioral intervention to reduce skin and soft tissue infections among people who inject drugs. *Drug and alcohol dependence*, 221, 108646. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108646>.

Prodinger, C., Laimer, M. (2023). Stigmata der Sucht. *Derma. OEADF – Akademie für Dermatologische Fortbildung*. Abgerufen am 06.02.24 unter: https://www.oeadf.at/images/e-learning/CCA_Derma_2021_02_S08-19_DFP.pdf.

Puzhko, S., Eisenberg, M.J., Filion, K.B., Windle, S.B., Hèbert-Losier, A., Gore, G., Praskevopoulos, E., Martel, M.O., Kudrina, I. (2022). Effectiveness of Interventions for Prevention of Common Infections Among Opioid Users: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Frontiers in Public Health* 10:749033. DOI: 10.3389/fpubh.2022.749033.

Rabani-Bavojdan, M., Rabani-Bavojdan, M., Rajabizadeh, G., Kaviani, N., Bahramnejad, A., Ghaffari, Z., & Shafiei-Bafti, M. (2017). The Effectiveness of the Harm Reduction Group Therapy Based on Bandura's Self-Efficacy Theory on Risky Behaviors of Drug-Dependent Sex Worker Women. *Addiction & health*, 9(3), 175–182.

Reid, H., Smith, R., Williamson, W., Baldock, J., Caterson, J., Kluzek, S., Jones, N., & Copeland, R. (2022). Use of the behaviour change wheel to improve everyday person-centred conversations on physical activity across healthcare. *BMC public health*, 22(1), 1784. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14178-6>.

Robertson, R., Broers, B., & Harris, M. (2021). Injecting drug use, the skin and vasculature. *Addiction* (Abingdon, England), 116(7), 1914–1924. <https://doi.org/10.1111/add.15283>.

Rogers, E.M. (2003). *Diffusion of Innovations*. Free Press, New York.

Roux, P., Le Gall, J. M., Debrus, M., Protopopescu, C., Ndiaye, K., Demoulin, B., Lions, C., Haas, A., Mora, M., Spire, B., Suzan-Monti, M., & Carrieri, M. P. (2016). Innovative community-based educational face-to-face intervention to reduce HIV, hepatitis C virus and other blood-borne infectious risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS-AERLI intervention study. *Addiction* (Abingdon, England), 111(1), 94–106. <https://doi.org/10.1111/add.13089>.

Roux, P., Donadille, C., Magen, C., Schatz, E., Stranz, R., Curado, A., Tsiakou, T., Verdes, L., Aleksova, A., Carrieri, P., Mezaache, S., Charif Ali, B., & Eurosider study group (2021). Implementation and evaluation of an educational intervention for safer injection in people who inject drugs in Europe: a multi-country mixed-methods study. *The International journal on drug policy*, 87, 102992. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102992>.

Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>.

Sanchez, D.P., Tookes, H., Pastar, I., Lev-Tov, H. (2021). Wounds and Skin and Soft Tissue Infections in People Who Inject Drugs and the Utility of Syringe Service Programs in Their Management. *Advances in Wound Care*. Vol. 10 (10). DOI: 10.1089/wound.2020.1243.

Seabra, P., Nunes, I., Sequeira, R., Sequeira, A., Simões, A., Filipe, F., Amaral, P., Abram, M., & Sequeira, C. (2023). Designing a Nurse-Led Program for Self-Management of Substance Addiction Consequences: A Modified e-Delphi Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(3), 2137. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032137>.

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2022). Development of a theory-informed questionnaire to assess the acceptability of healthcare interventions. *BMC health services research*, 22(1), 279. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07577-3>.

Skewes, M.C., Gonzalez, V.M. (2013). *The Biopsychosocial Model of Addiction. Principles of Addiction. Volume 1.* <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-398336-7.00006-1>.

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S.A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J.M., Boyd, K.A., Craig, N., French, D.P., McIntosh, E., Petticrew, M., Rycroft-Malone, J., White, M., Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ*. Doi: 10.1136/bmj.n2061.

Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 May 11;2011(5):CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2023 Dec 12;12:CD008063. PMID: 21563163; PMCID: PMC8939890.

Smith, M. E., Robinowitz, N., Chaulk, P., & Johnson, K. E. (2015). High rates of abscesses and chronic wounds in community-recruited injection drug users and associated risk factors. *Journal of addiction medicine*, 9(2), 87–93. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000093>.

Stein, M. D., Phillips, K. T., Herman, D. S., Keosaian, J., Stewart, C., Anderson, B. J., Weinstein, Z., & Liebschutz, J. (2020). Skin-cleaning among hospitalized people who inject drugs: a randomized controlled trial. *Addiction (Abingdon, England)*, 116(5), 1122–1130. <https://doi.org/10.1111/add.15236>.

Strizek, J., Brotherhood, A., Busch, M., Priebe, B., Puhm, A., Uhl, A. (2023). Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich. Ergebnisbericht einer Delphi-Befragung. *Gesundheit Österreich: Wien*.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2023). Harm Reduction Framework. Centre for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Takats, S., Stillman, D., Cheslack-Postava, F., Bagdonas, M., Jellinek, A., Najdek, T., Petrov, D., Rentka, M., & Venčkauskas, A. (2023). Zotero (6.0.26) [Windows 10]. Corporation for Digital Scholarship. <https://www.zotero.org/>.

Thakarar, K., Rokas, K. E., Lucas, F. L., Powers, S., Andrews, E., DeMatteo, C., Mooney, D., Sorg, M. H., Valenti, A., & Cohen, M. (2019). Mortality, morbidity, and cardiac surgery in Injection Drug Use (IDU)-associated versus non-IDU infective endocarditis: The need to expand substance use disorder treatment and harm reduction services. *PloS one*, 14(11), e0225460. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225460>.

Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance abuse and rehabilitation*, 7, 143–154. <https://doi.org/10.2147/SAR.S81535>.

Tran, L.T., Peacock, A., College, S., Memedovic, S., Grebely, J., Leung, J., Larney, S., Trickey, A., Stone, J., Vickerman, P., Hickman, M., Degenhardt, L. (2020). Injecting risk behaviours amongst people who inject drugs: A global multi-stage systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug Policy*. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102866>.

Turner, K.M., Rousseau, N., Croot, L., Duncan, E., Yardley, L., O’Cathain, A., Hoddinnott, P. (2019). Understanding successful development of complex health and healthcare interventions and its drivers from the perspective of developers and wider stakeholders: an international qualitative interview study. *BMJ Open*. Doi:10.1136/bmjopen-2018-028756.

UN-Vollversammlung. (1948). "Allgemeine Erklärung der Menschenrechte" (2017 [III] A). Paris. Aufgerufen über <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.

Visconti, A. J., Sell, J., & Greenblatt, A. D. (2019). Primary Care for Persons Who Inject Drugs. *American family physician*, 99(2), 109–116.

von Werthern, A. (2020). *Theoriebasierte Evaluation: Entwicklung und Anwendung eines Verfahrensmodells zur Programmentwicklung*. Wiesbaden: Springer.

Wang, S. C., & Maher, B. (2019). Substance Use Disorder, Intravenous Injection, and HIV Infection: A Review. *Cell transplantation*, 28(12), 1465–1471. <https://doi.org/10.1177/0963689719878380>.

Wason, K., Potter, A., Alves, J., Loukas, V. L., Lastimoso, C., Sodder, S., Caputo, A., & LaBelle, C. T. (2021). Addiction Nursing Competencies: A Comprehensive Toolkit for the Addictions Nurse. *The Journal of nursing administration*, 51(9), 424–429. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001041>.

Westafer, L. M., Beck, S. A., Simon, C., Potee, B., Soares, W. E., & Schoenfeld, E. M. (2024). Barriers and Facilitators to Harm Reduction for Opioid Use Disorder: A Qualitative Study of People With Lived Experience. *Annals of emergency medicine*, S0196-0644(23)01414-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.annemerg-med.2023.11.020>.

Williams, S. C., Davey-Rothwell, M. A., Tobin, K. E., & Latkin, C. (2017). People Who Inject Drugs and Have Mood Disorders-A Brief Assessment of Health Risk Behaviors. *Substance use & misuse*, 52(9), 1181–1190. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1302954>.

Witzel, A., Reiter, H. (2022). *Das problemzentrierte Interview – eine praxisorientierte Einführung*. 1. Auflage. Beltz Juventa: Weinheim.

World Health Organization & United Nations Office of Drugs and Crime (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. ISBN 978-92-4-000219-7.

World Health Organization (2014). *Community management of opioid overdose*. World Health Organization Press. Schweiz: Genf.

World Health Organization (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/>.

Wright, T., Hope, V., Ciccarone, D., Lewer, D., Scott, J., & Harris, M. (2020). Prevalence and severity of abscesses and cellulitis, and their associations with other health outcomes, in a community-based study of people who inject drugs in London, UK. *PloS one*, 15(7), e0235350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235350>.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 (eigene Darstellung): „Suchtdreieck“ von Kielholz und Ladewig (1973)	4
Abbildung 2 (eigene Darstellung und Übersetzung): Harm-Reduction-Prinzipien (Harm Reduction Coalition, 2022).....	10
Abbildung 3 (eigene Darstellung): Risikofaktoren im „Suchtdreieck“ von Kielholz und Ladewig (1973)	20
Abbildung 4 (eigene Darstellung und Übersetzung): MRC Framework.....	26
Abbildung 5 (eigene Darstellung): Entwicklungsphase MRC Framework mit den verwendeten Methoden	27
Abbildung 6 (eigene Darstellung): Entwicklungsschritte aus dem Rapid Review	29
Abbildung 7: Suchbegriffe der Datenbankrecherchen	30
Abbildung 8: Prozess der Studienselektion	30
Abbildung 9: Überschriften der Datenextraktion	32
Abbildung 10 (eigene Darstellung): Entwicklungsschritte aus den Klient:innen- und Mitarbeiter:inneninterviews	33
Abbildung 11: adaptiertes Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung	35
Abbildung 12: Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden der Klient:inneninterviews	36
Abbildung 13: Ausschnitt aus dem Kodierleitfaden der Mitarbeiter:inneninterviews	38
Abbildung 14: Logikmodell von W.A. Kellogg (2004).....	39
Abbildung 15 (eigene Darstellung): das COM-B System, mit deutscher Übersetzung (Michie et al., 2011)	90
Abbildung 16: Das „behaviour change wheel“ (Michie et al., 2014).	91
Abbildung 17: Verknüpfung von BCW, MRC Framework und Datenquellen.....	92
Abbildung 18: Wirkmodell der beratungsorientierten Intervention.....	106

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: PICO-Kriterien für die Entwicklung der Suchbegriffe	29
Tabelle 2: Einschlusskriterien für die Datenbankrecherchen	30
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien für das Titel-Screening	31
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien für das Abstract-Screening	31
Tabelle 5: Übersicht über die inkludierten Interventionen, Publikationen und deren Studiendesigns	46
Tabelle 6: Überblick über die Wirkungen der einzelnen Interventionen	51
Tabelle 7: Überblick Kategoriensystem der Klient:inneninterviews	57
Tabelle 8: Überblick Kategoriensystem der Mitarbeiter:inneninterviews	74
Tabelle 9: Wahl des Zielverhaltens	94
Tabelle 10: Spezifizierung des Zielverhaltens	94
Tabelle 11: Veränderungsbedarf anhand der COM-B Komponenten	95
Tabelle 12: Veränderungsbedarf mittels dem „theoretical domains framework“	96
Tabelle 14: Einschätzung der Interventionsfunktionen mittels der APEASE-Kriterien	97
Tabelle 13: Verbindung der COM-B Komponenten mit den Interventionsfunktionen	97
Tabelle 15: Begründung der Interventionsform aus den Datenquellen	98
Tabelle 16: Übersicht der Zielverhalten & der COM-B Komponenten, Interventionsfunktionen & Verhaltensänderungstechniken ..	99

ANHANG

Beschreibung der inkludierten Datenbanken

Cochrane Library (www.cochranelibrary.com)

Die Cochrane Library ist eine Sammlung von Datenbanken, die qualitativ hochwertige, unabhängige Evidenz zur Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen. Sie enthält die Datenbanken „Cochrane Database of Systematic Reviews“, „Cochrane Register of Controlled Trials“ (CENTRAL), „Cochrane Clinical Answers“ und weitere spezielle Sammlungen zu Gesundheitsthemen.

PubMed (www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)

PubMed ist eine Datenbank mit über 37 Millionen Titeln und Zusammenfassungen von biomedizinischer Literatur. Sie enthält die Komponenten „MEDLINE“, „PubMed Central (PMC)“ und „Bookshelf“.

EBSCO Datenbanken (www.ebsco.com)

EBSCO (Elton B. Stephens company) ist eine Such-Schnittschnelle zu mehreren Datenbanken, und beinhaltet folgende Datenbanken:

CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) ist eine kostenpflichtige bibliografische Datenbank, die Zugang zu renommierten Quellen für Literatur im Bereich der Pflege und anderen Gesundheitsbereichen bietet.

MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) bietet mehr als 31 Millionen Quellen zu biomedizinischer und naturwissenschaftlicher Literatur.

APA PsycInfo ist eine Datenbank mit Quellen aus den Verhaltens- und Sozialwissenschaften der American Psychological Association (APA).

APA PsycArticles ist eine Datenbank der APA, die Zugang zu Volltext-Artikeln für den Gegenstand der Psychologie und verwandte Bereiche bietet.

PSYINDEX ist eine Datenbank des Leibniz-Institut für Psychologie für den deutschen Sprachraum für Publikationen aus dem Bereich der Psychologie. (<http://psyindex.de>)

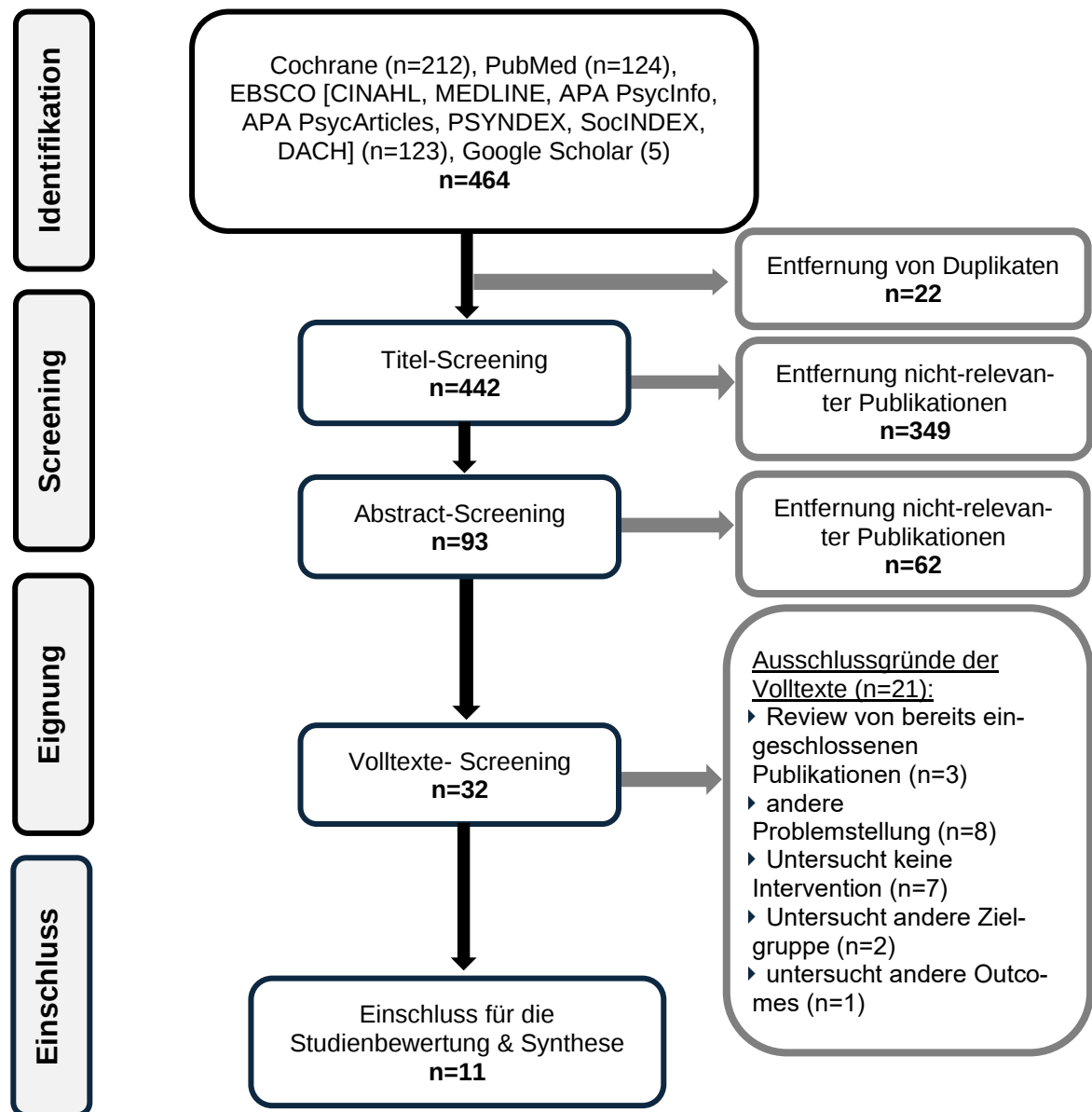
SocINDEX ist eine bibliografische Datenbank für den Bereich der Soziologie.

DACH Information ist eine Datenbank für deutschsprachige Volltexte, die eine große Reihe an Bereiche abdeckt.

Google Scholar (<http://scholar.google.com>)

Google Scholar ist eine Suchmaschine für wissenschaftliche Texte.

Studienselektion Flow-Diagramm



Anmerkung: Studien-Flow-Chart nach Aufnahme der Studie von Kesten et al. (2023)

Inkludierte Studien 1/4

Autor, Jahr, Land	Studiendesign, Stichprobe	Intervention, Kontrolle	Gemessene Outcomes	Resultate	Qualität, JBI
Colon et al., 2009, Vereinigte Staaten	Quasi-Experimentelles Studiendesign, PWID (n=37)	Intervention mit Hand- und Hautreinigungstechniken, keine Kontrollgruppe	- Aufnahmepotential der Praktiken (mind. 75% der Injektionen) - Rate der Aufnahme (zwischen 10 und 20%) - Reduktion der Kontamination der Materialien	Die Pilotstudie kann bestätigen, dass es ein Potential für die Aufnahme neuer Praktiken gibt, die eine wirksame Reduktion von Kontamination von Materialien bestätigt.	Mittel, 6
Phillips et al., 2012, Vereinigte Staaten	RCT, PWID (n=48)	SKIN-Intervention, AO (Assessment Only)	<u>Primary Outcome:</u> Verbesserung in Haut- und Nadelreinigungsfähigkeiten <u>Secondary Outcomes:</u> - Hochrisiko-Praktiken für bakterielle Infektionen und HIV - Anzahl der SC und IM Injektionen - Vorkommen von bakteriellen Infektionen - Häufigkeit von Drogenkonsum - Häufigkeit von IV-Konsum	Die Intervention konnte eine Verbesserung der Haut- und Nadelreinigungsfähigkeiten in PWIDs erzielen, sowohl als eine höhere Reduktionen in Hochrisiko Injektions-praktiken und IM Injektionen, mit einer niedrigeren Inzidenz von bakteriellen Infektionen nach 6 Monaten im Vergleich mit Assessment Only. Diese Studie bestätigt, dass gezielte Interventionen einen förderlichen Effekt auf die Hygienepraktiken in dieser Zielgruppe erzielen können.	Mittel, 8
Bertrand et al., 2015, Kanada	RCT, PWID (n=221)	Motivational Interviewing, Edukative Intervention (mit Demonstration)	<u>Primary Outcome:</u> Jedes Risiko-Verhalten beim IV Konsum im letzten Monat <u>Secondary Outcomes:</u> - Teilen der Spritze - Teilen des Containers - Teilen des Filters - Teilen des Wassers - Back-/Front-loading der Spritze - Teilen anderer Utensilien, außer der Spritze	PWIDs berichteten in beiden Gruppen weniger häufig riskante Praktiken beim IV Konsum. Es konnten bessere/nachhaltigere Resultate bei der MI Gruppe gemessen werden.	Hoch, 11

Inkludierte Studien 2/4

Autor, Jahr, Land	Studiendesign, Stichprobe	Intervention, Kontrolle	Gemessene Outcomes	Resultate	Qualität, JBI
Roux et al., 2016, Frankreich	Quasi-Experimentelles Studiendesign, PWID (n=271)	AERLI-Intervention (direkte Observation und Beratung), keine Intervention	<u>Primary Outcome:</u> Unsichere HIV-HCV Übertragungspraktiken (z.B. Teilen von Utensilien) <u>Secondary Outcome:</u> Komplikationen an der Einstichstelle (Abszesse, etc.)	Eine edukative Maßnahme, die direkte Observation von Injektionstechniken beinhaltet kann gefährliche Praktiken, die das Risiko einer HIV-HCV Übertragung erhöhen, reduzieren und Komplikationen an der Einstichstelle durch verbesserte Injektionspraktiken reduzieren.	Hoch, 9
Ivan et al., 2016, Australien	Quasi-Experimentelles Studiendesign, PWID (n=45)	Safer-Use Beratung während der Blutabnahme, keine Kontrolle	▪ Händereinigung ▪ Gebrauch des Stauschlauchs ▪ Fehlinjektionen ▪ Kompression, von 1-2 Minuten nach Injektion	Alle Schlüssel-Outcomes konnten signifikant verbessert werden. Die Intervention war akzeptabel für Patient:innen und Mitarbeiter:innen und konnte leicht und kosteneffizient in den Klinikalltag integriert werden.	Mittel, 5
Mezaache et al., 2018, Frankreich	Quasi-Experimentelles Studiendesign, PWID (n=78)	AERLI-Intervention (direkte Observation und Beratung), keine Intervention	Die 17 Outcomes in den Bereichen (Hygiene, Utensilien, Drogenpräparation, Injektionstechniken) wurden als eine von zwei Kategorien eingestuft (sichere/nicht-sichere Praktiken) Hygiene: saubere Fläche vorbereiten, Händereinigung, Hautreinigung, Nadel-Lecken Utensilien: Spritze, Kocher, Wasser Drogenpräparation: den Finger in den Kocher geben, Mix-Technik, Filtern, Filter für später aufbewahren Injektionstechniken: Injektionsstelle, Methode, um Vene zu finden, Anzahl der Versuche, Stauschlauchentfernung, Flushing, Versorgung der Einstichstelle nach Injektion	Positive Effekte konnten bereits nach einmaliger Intervention verzeichnet werden. Teilnehmer:innen berichteten öfters eine saubere Präparationsfläche vorzubereiten, öfter Hände zu säubern, öfter die Haut zu reinigen, öfter in die Arme zu injizieren und die Injektionsstelle besser nach der Injektion zu versorgen. Eine Reduktion Nadel-Lecken und Flushing wird berichtet.	Hoch, 7

Inkludierte Studien 3/4

Autor, Jahr, Land	Studiendesign, Stichprobe	Intervention, Kontrolle	Gemessene Outcomes	Resultate	Qualität, JBI
Stein et al., 2020, Vereinigte Staaten	RCT, PWID (n=252)	SKIN-Intervention, Assessment Only	- Reduktion der Besuche in der Notaufnahme im Jahr nach der Index-Hospitalisierung. - Die Gesamtanzahl der Hospitalisierungen im Jahr nach der Index-Hospitalisierung.	Die Intervention während der Hospitalisierung konnte nicht die Besuche in der Notaufnahme oder Hospitalisierungen signifikant reduzieren. Es gab etwas Evidenz dazu, dass Besuche in der Notaufnahme aufgrund von injektionsbedingten Vorfällen reduziert werden konnten.	Hoch, 10
Phillips et al., 2021, Vereinigte Staaten	RCT, PWID (n=252)	SKIN-Intervention, Assessment Only	- Häufigkeit von SSTI - Häufigkeit der Injektionen - Häufigkeit der Injektionen ohne Hautreinigung - Relative Häufigkeit der Injektionen ohne Hautreinigung	Die Intervention reduzierte die Anzahl der Injektionen ohne Hautreinigung. Es konnte jedoch kein signifikanter Effekt bei der Reduktion der bakteriellen Infektionen im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Dies wurde jedoch von den Forscher:innen als bedeutsam eingestuft, da es insgesamt eine Infektion weniger pro Jahr pro Person bedeutete.	Hoch, 10
Roux et al., 2021, Frankreich, Holland, Rumänien, Bulgarien, Griechenland, Portugal, Kanada	Mixed Methods (Quasi-Experimentelles Studiendesign, Qualitatives Studiendesign), PWID (n=307)	ITSESI-Intervention (direkte Observation und Beratung), keine Intervention	- Reduktion von Nadel-Teilen - Reduktion von Hautabszessen - Akzeptanz der Intervention durch Anwender (Peers, Sozialarbeiter, Pflege, etc.)	Die ITSESI-Intervention konnte wirksam Injektions-techniken zur Risiko-Reduktion von HCV und HIV Transmission verbessern, sowie eine Reduktion in Hautabszessen bewirken. Ein positiver Effekt auf die Praxis von Anwendern konnte in der qualitativen Auswertung verzeichnet werden. Barrieren zur Implementierung der Intervention waren stark an den lokalen Kontext gebunden (Ressourcen, rechtliche Bedingungen). Übertragbarkeit konnte durch den Einsatz in vier europäischen Ländern gezeigt werden.	QE: Hoch, 8 QUAL: Hoch, 9

Inkludierte Studien 4/4

Autor, Jahr, Land	Studiendesign, Stichprobe	Intervention, Kontrolle	Gemessene Outcomes	Resultate	Qualität, JBI
Mezaache et al., 2021, Frankreich	Mixed Methods (Quasi-Experimentelles Studiendesign, Qualitatives Studiendesign), PWID (n=59)	MONO-RUB-Intervention (Hände-desinfektion), keine Kontrolle	<u>Primary Outcome:</u> Akzeptanz der Intervention <u>Secondary Outcomes:</u> - Sicherheit und Zweckmäßigkeit der Intervention - Analyse von Adverse Events Vergleich von Pre- und Post-Interventions Frequenz von Händehygiene und Komplikationen	Die Intervention erzielte eine hohe Akzeptanz und wurde von über 50% der Teilnehmer aufgenommen, die 3-Schritte-Händereinigungs-Technik zeigte ebenfalls gute Compliance. Die Intervention bewies sich als sicher, da nur wenige unerwünschte Hautreaktionen berichtet wurden (2-6%). Es gibt Hinweise darauf, dass die Intervention die Häufigkeit der Händehygiene erhöhen und injektionsbedingte Komplikationen reduzieren kann.	QE: Mittel, 5 QUAL: Hoch, 8
Kesten et al., 2023, Vereinigtes Königreich	Qualitatives Studiendesign, PWID (n=13)	REACT (Beratung und Ausgabe von Material), keine Kontrolle	- Akzeptanz - Machbarkeit / Umsetzung	Die Akzeptanz war hoch bei PWID, sowie Anwender:innen und die Machbarkeit der Umsetzung war Großteils gegeben. Zeit spielte dabei eine Rolle (auch bei der Auswahl der Teilnehmer:innen). Das Interventionsdesign und die Inhalte wurden positiv bewertet. Die Interventionsmaterialien wurden gratis im Internet zur Verfügung gestellt und wurden bis August 2023 170 mal heruntergeladen. Die Autoren befürworten einen pragmatischen Ansatz zur weiteren Implementierung.	Hoch, 10

Beschreibung der einzelnen Interventionen:

Intervention mit Hand- und Hautreinigungstechniken (Colon et al., 2009)
--

Die Intervention fokussiert primär auf die Prävention von viralen Infektionen, verursacht durch Equipment Sharing, jedoch ein Teil der Intervention (Teil 1) beschäftigt sich mit Hand- und Hauthygiene und versucht Praktiken im Experiment zu modifizieren. Das Ziel der Studie war nicht, die Wirksamkeit der Intervention zu testen, sondern vielmehr das Potential der Aufnahme neuer Praktiken und das Potential der Reduktion von Materialien-Kontamination zu testen. Die Studie wurde basierend auf der „Theory of Diffusion of Innovations“ (Rogers, 2003) entworfen, um die Rate der Aufnahme von neuen Praktiken zu ermitteln.

Die Intervention bestand aus vier Teilen:

1. Reinigen der Hände und Injektionsstelle mit Händedesinfektionsmittel
2. Direktes tropfen von Wasser aus einer Flasche mit Tropfmesser in den „Kocher“ (cooker)
3. Aufziehen von Drogen mit einer Vorbereitungsspritze mit Plastiknadel und Nadelfilter, statt Aufziehen mit der Injektionsspritze
4. Backload-Spülen der Injektionsspritze nach der Injektion mit dem Fluss der Wasserflasche

Die erste Einheit bestand aus einer 45-minütigen Gruppe zur Orientierung bezüglich neuer Praktiken und dem Gebrauch des neuen Materials. Teilnehmer erhielten Material und die Information, dass Outreach Worker täglich in der Community unterwegs sind, um Material zu tauschen/zur Verfügung zu stellen und Fragen zu beantworten. Posters mit den Anleitungen wurden ebenfalls in den Zonen angebracht, in denen Menschen gewöhnlicherweise spritzten (shooting galleries, etc.). Die Pilot-Intervention dauerte 16 Wochen. Die ersten 4 Wochen waren fokussiert auf die Angewöhnung der neuen Praktiken und Materialien. Die zweiten 4 Wochen waren fokussiert, die Bedenken und Probleme bezüglich den Materialien zu adressieren. Die nächsten 8 Wochen fokussierten auf das Adressieren von Einwänden gegen die Intervention, durch das Hervorheben der Vorteile der neuen Praktiken und der fortlaufenden Versorgung mit Materialien.

SKIN-Intervention
(Phillips et al., 2012; Stein et al., 2020; Phillips et al., 2021)

Die SKIN-Intervention ist eine Risk-Reduction Intervention mit dem Ziel, bakterielle und virale Infektionen zu reduzieren, und basiert auf dem Information-Motivation-Behavioral Skills (IBM) Modell von Fisher & Fisher (1992), ein etabliertes theoretisches Framework, dass bereits erfolgreich in der Prävention von HIV eingesetzt wurde. Das Modell arbeitet nach der Annahme, dass Risikoverhalten aus einem Mangel von Informationen über eine bestimmte Krankheit, und die Wege dieser vorzubeugen, niedriger Motivation Risikoverhalten zu verändern, und einem Mangel von Fähigkeiten Risiko-Reduktion durchführen zu können, besteht. Diese drei Domänen bilden die Kernelemente der SKIN Intervention. Motivational-Interviewing-Ansätze (Miller & Rollnick, 2012) wurden zur Anwendung der Intervention verwendet.

Die SKIN-Intervention besteht aus zwei Einheiten, mit vier Wochen Abstand. Die erste Einheit (60 Minuten) besteht aus psychoedukativen Informationen über bakterielle Infektionen (Hautinfektionen, Abszesse, Endokarditis, etc.) und virale Infektionen (HIV, HCV), die durch das Injizieren entstehen können, und deren Ursachen und präventive Strategien, um diese vorzubeugen und das Risiko zu reduzieren. Durch diesen Teil der Intervention sollen die Teilnehmer:innen Informationen erhalten, wie sie das Risiko von Infektionen reduzieren können, und es sollen die bisherigen Annahmen (Mythen) bezüglich den Risiken adaptiert werden. Danach werden mit den Teilnehmer:innen die individuellen Injektionsrisikofaktoren für bakterielle Infektionen (z.B. keine Hautdesinfektion) und HIV (z.B. Teilen von Spritzen), und ebenfalls die aktuellen Hygienepraktiken der Teilnehmer:innen besprochen. Aufgrund dieser Informationen beurteilten Berater:innen den Veränderungsstatus für das Verhalten der Teilnehmer:innen und explorieren Barrieren für Haut- und Nadelhygiene (z.B. Entzug, Craving). Für die Risikoanalyse und den Veränderungsplan werden nur die Risikopraktiken, die für die einzelnen Teilnehmer:innen relevant sind, besprochen. Eine Entscheidungstabelle wird für jedes Risikoverhalten verwendet, um den Teilnehmer:innen dabei zu helfen die positiven und negativen Aspekte der Verhaltensänderung abzuwägen. Teilnehmer:innen die einen Veränderungswunsch äußern, dokumentieren dies in einem „change plan worksheet“ in einem „client workbook“. Zum Abschluss werden Schritt-für-Schritt Anweisungen für Chlor-Reinigung von Nadeln, und Hauthygiene gegeben. Teilnehmer:innen werden gebeten, nach Beobachtung der Demonstration und

Anweisungen, die Schritte zu wiederholen bzw. vorzuführen. Werden dabei Fehler gemacht, werden die Teilnehmer:innen gebeten diese zu wiederholen, bis sie korrekt durchgeführt werden, um den Informationstransfer zu garantieren. Alle Teilnehmer:innen erhalten ein Hygienekit, damit sie die gelernten Schritte auch durchführen können. Diese Hygienekits bestehen aus Chlor- und Wasser-Kits zur Reinigung von Nadeln und Injektionsmaterialien, Alkohol-Desinfektionsmittel zur Hautreinigung, Alkohol-Tupfer, trockene Tupfer (Watte), „risk reduction workbook“ mit der Beschreibung der Chlor-Reinigung des Injektionsmaterials, Anleitungen für Hände- und Hauthygiene, Informationen über Zugang zu HIV Testungen und Beratung, Spritzentauschmöglichkeiten, Suchthilfeeinrichtungen und Apotheken mit Spritzenkaufmöglichkeit und andere Gesundheitseinrichtungen.

Die zweite Einheit oder „Booster“-Einheit (30 Minuten) findet einen Monat später mit der/dem gleichen Berater/in statt. Hier wird der individuelle Risiko-Reduktionsplan evaluiert, und Fortschritte und Probleme werden besprochen. Risiko-Reduktions-Strategien, inkl. Haut- und Nadel-Reinigung werden evaluiert, und nicht-geglückte Versuche von Risiko-Reduktion werden als Lernerfahrungen besprochen. Teilnehmer:innen werden unterstützt neue Ziele zu setzen. Ein Skills-Training bzw. eine Demonstration wird nicht durchgeführt.

Motivational Interviewing und edukative Maßnahme (Bertrand et al., 2015)
--

Die Interventionen von Bertrand und Kolleg:innen sind keine, spezifisch zu Hygienepraktiken, jedoch vergleichen sie zwei didaktische Ansätze in einem niederschweligen Harm Reduction Setting im Rahmen eines RCTs. Das RCT beschreibt gut, dass beide Interventionen die gewünschte Wirkung für diese Zielgruppe zeigen.

Maßnahme mit Motivational Interviewing:

Diese basiert auf den Techniken des Motivational Interviewing Ansatzes von Miller & Rollnick (2012) und besteht aus einem 30 bis 45 Minuten Gespräch mit Klient:innen in dem ihre Wünsche, Bedürfnisse und Gründe für eine Verhaltensänderung exploriert werden. Das Gespräch soll ihre Motivation dies zu tun, stärken und ihnen Unterstützung bieten, ihren Veränderungsplan umzusetzen.

Edukative Maßnahme:

Klient:innen erhalten ein 30 bis 45 Minuten Gespräch mit Simulationen, Demonstration und Übungen. Teilnehmer:innen beschreiben ihre aktuelle Injektionspraxis. Berater:innen geben Informationen zu den zur Verfügung stehenden Injektionsmaterialien und verknüpfen diese mit den, von den Teilnehmer:innen beschriebenen aktuellen Praktiken, um risikoreiche Praktiken zu modifizieren bzw. neu zu umrahmen, und sicherere Injektionstechniken zu etablieren. Sicherere Injektionstechniken werden mittels Demonstration vermittelt oder anhand eines Folders erklärt, falls Teilnehmer:innen sich nicht wohl mit der Demonstration fühlen. Der Folder wurde den Teilnehmer:innen am Ende der Einheit mitgegeben.

**AERLI / ITSESI Intervention
(Roux et al., 2016; Mezaache et al., 2018; Roux et al., 2021)**

Die AERLI-Intervention (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection / Unterstützung und Aufklärung über Risiken im Zusammenhang mit Injektionen) ist eine edukative Maßnahme, die die direkte Observation von Injektionstechniken beinhaltet. Sie wurde entwickelt, um gefährliche Praktiken, die das Risiko einer HIV-HCV Übertragung erhöhen, zu reduzieren und Komplikationen an der Einstichstelle durch verbesserte Injektionspraktiken zu senken. Sie basiert auf der „self-determination-theory“ von Deci & Ryan (2000), die drei psychologische Bedürfnisse berücksichtigt: Autonomie, Kompetenz und Bezug bzw. Bezogenheit (autonomy, competence, relatedness), um Motivation und Wohlbefinden zu steigern. Werden diese Bedürfnisse erfüllt, kann es zu einer Steigerung der Motivation und des Wohlbefindens kommen. Die Intervention besteht aus einer ein-stündigen Einzelberatung, die folgende Komponenten umfasst:

1. Die direkte Observation der Injektion.
2. Die Analyse der Injektionspraktiken, die Identifizierung von Risiken und die Erklärung von sicherer Injektionspraktiken.
3. Einem edukativen Austausch zwischen Teilnehmer:innen und Mitarbeiter:innen in Bezug auf die Injektionspraktiken und die Beantwortung von Fragen.

Folgende Themen sind der Fokus der Intervention:

- Identifikation und Prävention von Injektions-Risikopraktiken
- Hygienepraktiken & Injektionstechniken

- HIV und HCV Testungen und Behandlungsmöglichkeiten
- Andere injektionsbedingte Komplikationen

In der Studie konnten die Teilnehmer:innen so viele Interventions-Einheiten in Anspruch nehmen, wie sie wollten. Durchschnittlich kam es zu 3 Einheiten pro Teilnehmer/in.

Die ITSESI-Intervention (Individually Tailored Support and Education for Safer Injection) ist eine Erweiterung der in Frankreich erfolgreich getesteten AERLI-Intervention. Die ITSESI-Intervention enthält die direkte Beobachtung der Injektion von Drogen durch geschultes Personal (z.B. Peers, Sozialarbeiter, Pflege), was in einigen Ländern (Bulgarien, Griechenland und Rumänien), in dem das Projekt (Eurosider Project) durchgeführt wurde, aus rechtlichen Gründen nicht möglich war. Daher wurde dieser Teil für diese Länder adaptiert, indem entweder die Injektion gefilmt wurde oder die Teilnehmer:innen den Prozess vorführten, ohne wirklich zu injizieren.

ITSESI ist, wie AERLI eine individuelle, optimierte, maßgeschneiderte Face-to-Face edukative Maßnahme mit geschultem Personal (field workers) für PWID, welche Unterstützung bei ihren Injektionspraktiken benötigen. Teilnehmer:innen haben Zugang zu allen Hygiene- und Injektionsmaterialien, die sie benötigen. Die Intervention wird folgendermaßen umgesetzt:

1. Ein Interview, mit festgesetzten Fragen vor der Injektion
2. Direkte Beobachtung der Injektion mit Checkliste, die diese 5 Bereiche abdeckt:
 - a) vor der Injektionszubereitung (Hygiene von Hände, Haut, Umgebung; Drogenpräparation); b) direkt vor dem Injizieren (Hautreinigung, Nadel-Lecken, Suche der Vene); c) Injektion (Injektionsstelle, Versuche, Geschwindigkeit, etc.); d) Erfolg der Injektion (ja/nein; wenn nein, warum nicht injiziert); e) nach der Injektion (Versorgung der Einstichstelle und benütztem Injektionsmaterial, Händereinigung)
3. Edukativer Austausch bezüglich der Injektionspraktiken: Identifikation von Risiken und Erklärungen von Safer-Injektion-Techniken mit dem Fokus auf HIV und HCV Prävention

Die zur Verfügungstellung von Informationen bezüglich der Wichtigkeit von HCV Tests und Behandlungsoptionen. Überweisung zum HCV Service, wenn Teilnehmer:innen es wünschen.

Safer-Use-Beratung während der Blutabnahme Ivan et al. (2016)
--

Diese Intervention wird während der Blutabnahme durchgeführt, und Klient:innen werden zu Safer-Use-Themen beraten. Die Intervention besteht aus mündlichen, schriftlichen oder visuellen Informationen und dem Vorführen von Techniken. Auf welchen theoretischen Hintergrund bzw. Modell sich die Intervention bezieht, wird in dieser Publikation nicht beschrieben.

Ablauf und Komponenten der Intervention:

- Die Vorbereitung auf die Injektion wird beschrieben und vorgeführt: Händewaschen mit Seife und Wasser für mind. 15 Sekunden, oder Alkohol-Desinfektionsmittel oder Alko-Pads. Komfortable Position einnehmen, mit dem Arm nach unten hängend, damit diese leichter zu stechen sind.
- Die richtige Anwendung des Stauschlauchs wird vorgeführt: Der Druck des Stauschlauches soll den arteriellen Druck nicht übersteigen, damit die Durchblutung zur Extremität nicht beeinträchtigt ist, jedoch fest genug sein, damit die Vene gestaut ist. Demonstration des Öffnens des Stauschlauches und Information, dass die Droge langsam injiziert werden soll, damit die Venenwand nicht beschädigt wird und die Droge nicht in das umliegende Gewebe kommt.
- Richtige Injektionstechnik wird besprochen: ein Diagramm der Venen der oberen Extremitäten wird gezeigt und die Position der Vena mediana cubiti wird gezeigt, und die Information gegeben, dass diese Vene größer ist, näher an der Oberfläche ist, und sich nicht so viel bewegt. Sie ist daher leichter zu treffen und weniger wahrscheinlich, dass ein Hämatom entsteht. Andere Optionen und die Notwendigkeit, Stellen zu rotieren, werden ebenfalls besprochen.
- Teilnehmer:innen werden informiert, dass die Einstichstelle im Umkreis von 4-6 cm mit kreisender Bewegung für 30 Sekunden gereinigt werden soll, und für 30 bis 60 Sekunden trocknen sollte.
- Während der Blutabnahme zeigen die Berater:innen wo die Öffnung der Nadel beim Einstechen (nach oben zeigend) sein soll, und führen den 15 bis 30 Grad Winkel vor und zeigen, wie nach etwas Resistenz, die Nadel in die Vene eintritt.

Die Berater:innen zeigen, wie Druck mit einem Wattebausch oder Gaze für zwei Minuten an der Einstichstelle ausgeübt werden soll, nachdem die Nadel entfernt wurde. Der Arm soll dabei ausgestreckt bleiben.

Mono-Rub-Intervention Mezaache et al. (2021)

Die Intervention ist eine Eins-zu-Eins edukative Maßnahme, die aus der zur Verfügung-Stellung von Mono-Rub-Händedesinfektionsmittel und einer Einschulung zum Gebrauch des Produkts besteht. Sie basiert auf drei der fünf Schritte des „behaviour change wheel“ (Michie et al., 2011):

1. Enablement (Ermöglichung) durch die Erhöhte Verfügbarkeit von Alkohol-Desinfektionsmittel
2. Education (Edukation) durch Erhöhtes Wissen und Verständnis über Händehygiene
3. Training (Übung) durch das Lehren angemessener Händedesinfektionstechniken bzw. - praktiken

Mono-Rub sind kleine Portionen (3,5ml Säckchen mit einfacher Öffnung) von Alkohol-Desinfektionsmittel, die hautschonende Wirkstoffe enthalten. Teilnehmer:innen bekommen genug Mono-Rub, um bis zur nächsten Visite für alle Injektionen versorgt zu sein.

Es erfolgt eine kurze Eins-zu-Eins Beratung durch ausgebildete Mitarbeiter:innen (Sozialarbeiter, Pflege, Peers) wo erklärt wird, warum der Einsatz von Alkohol-Desinfektionsmittel wichtig ist.

Eine Einschulung in den Gebrauch des Produkts erfolgt ebenfalls. Die 3-Schritte Hände-Reiben-Technik wird erklärt und demonstriert. Die Teilnehmer:innen bekommen eine kleine Broschüre, die die Anwendung der 3 Schritte-Technik zeigt.

Zuerst wird das Produkt in eine Handfläche geschüttet. Die Fingerspitzen der anderen Hand werden eingetaucht und eingerieben. Die restliche Flüssigkeit wird in die andere Handfläche geschüttet und die Fingerspitzen der anderen Hand werden eingetaucht. Danach werden beide Hände komplett aneinander gerieben, für mindestens 15 Sekunden.

REACT (REducing bACTerial infections) Kesten et al. (2023)

Die REACT-Intervention ist eine Eins-zu-Eins edukative Maßnahme, die drei Ziele verfolgt:

1. Die Prioritäten der Klient:innen zu berücksichtigen, indem Verhaltensänderungen, die die Venen gesünder für länger halten, und Schmerzen reduzieren, erzielt werden sollen (z.B. Venen rotieren, Hygiene)
2. Die Reduktion von strukturellen Barrieren durch die Bereitstellung von Ressourcen, die sicheres Injizieren ermöglichen (z.B. steriles Wasser)
3. Einen flexiblen Zugang zu Beratung zu schaffen, der auf die Bedürfnisse der Klient:innen eingeht (z.B. der Einsatz von Flascards, um bestimmte Diskussionen einzuleiten)

Die REACT-Intervention basiert auf dem COM-B-Modell (capability, opportunity, motivation-behaviour) des BCW (Michie et al., 2011).

Sechs Interventions-Funktionen des Behaviour Change Wheels werden in den folgenden Verhaltensänderungs-Techniken verwendet:

- Anleitung, wie das Verhalten ausgeführt wird (education, training)
- Information über Gesundheitsrisiken (persuasion)
- Erwartete Reue/erwartetes Bedauern (persuasion)
- Aufforderungen/Stichwörter (environmental restructuring)
- Pros und Cons (environmental restructuring)
- Die Umstrukturierung des sozialen Umfelds (enablement)

Die Intervention fokussiert sich auf fünf Bereiche zur Prävention von bakteriellen Infektionen:

1. Schlechte Hände- und Hautreinigung
2. Die Verwendung von zu viel Acetyl-Säure
3. Der Gebrauch von nicht-sterilem Wasser
4. Die Wiederverwendung von Injektionsbesteck
5. Das Nicht-Rotieren von Injektionsstellen

Studienbewertungen anhand der JBI-Checklisten:

RCTs (Barker et al., 2023):

Autor(en)		Phillips et al. 2012	Bertrand et al. 2015	Stein et al. 2020	Phillips et al. 2021
Fragen					
1	Wurde bei der Zuweisung der Teilnehmer zu den Behandlungsgruppen eine echte Randomisierung durchgeführt?	?	+	+	+
2	Wurde die Zuweisung zu den Behandlungsgruppen verblindet?	?	+	-	-
3	Waren die Behandlungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	+	+	+	+
4	Waren die Teilnehmer blind zur Behandlungszuweisung?	?	+	-	-
5	War das Personal, das die Behandlung durchführte, blind zur Behandlungszuweisung?	-	-	-	-
6	Wurden die Behandlungsgruppen, abgesehen von der getesteten Intervention, identisch behandelt?	+	+	+	+
7	Waren die Beurteiler der Wirkungen (outcome-assessors) blind zur Behandlungszuweisung?	+	+	+	+
8	Wurden die Wirkungen (Outcomes) in den Behandlungsgruppen auf die gleiche Weise gemessen?	+	+	+	+
9	Wurden die Wirkungen auf zuverlässige Weise gemessen?	+	+	+	+
10	War Follow-Up vollständig, und wenn nicht, wurden die Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf ihr Follow-Up angemessen beschrieben und analysiert?	-	-	+	+
11	Wurden die Teilnehmer in den Gruppen analysiert, in die sie randomisiert wurden?	+	+	+	+
12	Wurde eine angemessene statistische Analyse durchgeführt?	+	+	+	+
13	War das Studiendesign angemessen und wurden etwaige Abweichungen vom Standard-RCT-Design (individuelle Randomisierung, Parallelgruppen) bei der Durchführung und Analyse der Studie berücksichtigt?	+	+	+	+
Score / Punkte		8	11	10	10
Einschätzung der Qualität		Mittel	Hoch	Hoch	Hoch

(0-6=niedrig; 7-9=mittel; 10-13=hoch)

Quasi-Experimentelle Studien (Tufanaru et al., 2020):

Autor(en)		Colon et al. 2009	Roux et al. 2016	Ivan et al. 2016	Mezaache et al. 2018	Mezaache et al. 2021	Roux et al. 2021
Fragen							
1	Ist in der Studie klar, was die "Ursache" und was die "Wirkung" ist (d. h. es gibt keine Verwirrung darüber, welche Variable zuerst kommt)?	+	+	+	+	+	+
2	Waren die Teilnehmer, die an einem Vergleich teilnahmen, ähnlich?	+	-	-	-	-	+
3	Wurden die Behandlungsgruppen, abgesehen von der getesteten Intervention, identisch behandelt?	+	+	-	+	-	+
4	Gab es eine Kontrollgruppe?	-	+	-	-	+	+
5	Wurden mehrere Messungen der Wirkungen vor und nach der Intervention durchgeführt?	+	+	+	+	+	+
6	War Follow-Up vollständig, und wenn nicht, wurden die Unterschiede zwischen den Gruppen in Bezug auf ihr Follow-Up angemessen beschrieben und analysiert?	+	+	+	+	+	+
7	Wurden die Wirkungen (Outcomes) in den Behandlungsgruppen auf die gleiche Weise gemessen?	-	+	-	-	-	+
8	Wurden die Wirkungen auf zuverlässige Weise gemessen?	?	+	+	+	+	+
9	Wurde eine angemessene statistische Analyse durchgeführt?	+	+	+	+	+	+
Score / Punkte		6	9	5	7	5	9
Einschätzung der Qualität		Mittel	Hoch	Mittel	Hoch	Mittel	Hoch

(0-4=niedrig; 4-6=mittel; 7-9=hoch)

Qualitative Studien (Lockwood et al., 2015)

Autor(en)		Mezaache et al. 2021	Roux et al. 2021	Kesten et al. 2023
Fragen				
1	Sind die angegebene philosophische Perspektive und die Forschungsmethodik stimmig (kongruent)?	+	+	+
2	Ist die Forschungsmethodik mit der Forschungsfrage bzw. den Forschungszielen stimmig (kongruent)?	+	+	+
3	Sind die Forschungsmethodik und die Erhebungsmethoden stimmig (kongruent)?	+	+	+
4	Ist die Forschungsmethodik mit der Darstellung und Analyse der Daten kongruent?	+	+	+
5	Sind die Forschungsmethodik und die Interpretation der Ergebnisse kongruent?	+	+	+
6	Gibt es eine Aussage, die den Forscher kulturell oder theoretisch verortet?	?	-	+
7	Wird der Einfluss des Forschers auf die Forschung und umgekehrt angesprochen?	?	-	+
8	Sind die Teilnehmer und ihre Stimmen (Meinungen, Perspektiven) angemessen vertreten?	+	+	+
9	Ist die Forschung nach den geltenden Kriterien ethisch vertretbar, oder liegt eine ethische Genehmigung durch eine geeignete Stelle vor?	+	+	+
10	Sind die im Forschungsbericht gezogenen Schlussfolgerungen aus der Analyse bzw. Interpretation der Daten schlüssig?	+	+	+
Score / Punkte		8	8	10
Einschätzung der Qualität		Hoch	Hoch	Hoch

(0-5=niedrig; 5-7=mittel; 8-10=hoch)

Gegenüberstellung der gemessenen Wirkungen der Interventionen 1/2

Intervention	Colon et al. 2009	Bertrand et al. 2015 (MI)	Bertrand et al. 2015 (EI)	Ivan et al. 2016	MONO-RUB	AERLI/ ITSESI	SKIN	REACT
Wirkung								
Reduktion von Risiko-Verhalten allgemein		+						
Sicherheit der Intervention								
Zweckmäßigkeit der Intervention								
Hauthygiene								
Erhöhung der Häufigkeit der Hautreinigung mit Desinfektionsmittel								
Händehygiene								
Häufigere Händereinigung vor Injektion								
Drogenpräparation								
Verbesserte Hygiene bei der Verwendung des Wassers (z.B. nicht Teilen)								
Häufigere Verwendung einer Aufziehspritze mit Filter								
Reduktion von Front-/Backloading der Spritze								
Reduktion von Filter-Teilen								
Reduktion von Behälter-Teilen		+						
Saubere Fläche zur Präparation vorbereiten								
Technik und Applikation								
Reduktion von Spritze-Teilen								
Reduktion von Material-Teilen (exkl. Spritze)		+						
Häufigeres Treffen der Vene								
Korrekte Stauung / Verbesserung der Stauung								
Verbesserte Versorgung der Einstichstelle Post-Injektion								
Reduktion von Nadel-Lecken								
Auswahl einer sichereren Injektionsstelle								
Reduktion von booting/flushing								
Rotieren der Injektionsstellen								

Gegenüberstellung der gemessenen Wirkungen der Interventionen 2/2

Intervention	Colon et al. 2009	Bertrand et al. 2015 (MI)	Bertrand et al. 2015 (EI)	Ivan et al. 2016	MONO-RUB	AERLI/ITSESI	SKIN	REACT
Wirkung								
Material								
Verbesserte Materialreinigung (Spritzen)								
Reduktion der Kontamination von Injektionsmaterial								
Bakterielle Infektionen								
Reduktion von bakteriellen Infektionen								
Reduktion der Injektionen								
Reduktion von Notaufnahme-Besuchen aufgrund von injektionsbedingten Komplikationen								
Akzeptanz der Intervention								
PWID / Klient:innen								
Anwender								
Machbarkeit								

Gegenüberstellung der Limitationen

Intervention	Colon et al. 2009	Bertrand et al. 2015 (MI)	Bertrand et al. 2015 (EI)	Ivan et al. 2016	MONO-RUB	AERLI/ITSESI	SKIN	REACT
Wirkung								
Design								
Keine Kontrollgruppe								
Keine Kontrollgruppe ohne Intervention								
Kleine Stichprobe								
Keine Modelle/Daten zu Langzeit-Effekten								
Datenerhebung erfolgt durch Interventionisten								
Keine Verblindung des Assessors								
Anwender Training nicht beurteilt								
Generalisierbarkeit								
Single-Centre								
Population								
Hoher Lost to Follow-Up								
Mögliche Bias								
Soziale Erwünschtheit (social desirability)								
Erinnerungseffekt (recall bias)								
Hawthorne Effekt								

Gegenüberstellung der Interventionen nach Kontextfaktoren 1/2

	Colon et al. 2009	Bertrand et al. 2015 (MI)	Bertrand et al. 2015 (EI)	Ivan et al. 2016	MONO-RUB	AERLI/ ITSESI	SKIN	REACT
Setting	Streetwork, Konsumräume	Harm Reduction Zen- tren	Harm Reduction Zen- tren	Primär- versorgungs- zentrum mit HIV Schwer-punkt	Harm Reduction Zent- rum mit Street- work	Harm Reduction Zent- rum und Sprit- zentausch	Streetwork (2012), Krankenhaus mit Notauf- nahme	Apotheke mit Spritzentausch, Hausarzt, Not- unter-kunft, Streetwork
Anwender	Outreach-Wor- ker, Mitarbeiter:in- nen	Studienteam	Studienteam	Mitarbeiter:in- nen	Sozialarbei- ter:innen, Pfler- ger:innen, Peers	Sozialarbei- ter:innen, Ärzt:innen, Pfler- ger:innen, Psycholog:in- nen), Peers	Studienteam	Pfleger:innen, Pharmazeut:in- nen, Mitarbei- ter:innen Haus- arzt (Shared Care) und Frau- enhostel
Anwender-Training	Nicht beschrie- ben. Wöchentliche Besprechungen zwischen Outreach-Wor- ker und For- scher:innen	Mind. 15 Stun- den Motivational Interviewing (MI) Training und regelmä- ßige Supervi- sion	3 Stunden Schulung bzgl. Infomaterial und Safer-Use- Equipment	Blutabnahme- Training und Safer-Injektions- Techniken-Trai- ning	3 Stunden Trai- ning mit dem Forschungs- Pharmazeuten	Ja, aber nicht in der Publikation beschrieben	Für die Pilot- Studie basierte das Training auf dem Indigenous Leader Outreach Mo- del, Training für späteres RCT nicht näher be- schrieben	Online- Training mit Harm Reduction Spe- zialisten

Gegenüberstellung der Interventionen nach Kontextfaktoren 2/2

	Colon et al. 2009	Bertrand et al. 2015 (MI)	Bertrand et al. 2015 (EI)	Ivan et al. 2016	MONO-RUB	AERLI/ ITSESI	SKIN	REACT
Einsatz	geplant & spontan	geplant	geplant	spontan	spontan	spontan	geplant	spontan
Format	Gruppe & Einzel	Einzel	Einzel	Einzel	Einzel	Einzel	Einzel	Einzel
Dauer in Minuten	45 & Nicht beschrie- ben	30-45	30-45	Dauer der Blut- abnahme	nicht beschrieben	60	60 & 30	15-40
Einheiten	Zwei & Wöchentliche Kontakte	Eine	Eine	Eine	Eine	Mindestens eine	Zwei	Eine
Ziele	4 neue Safer- Use-Praktiken zu etablieren	Reduktion von Hoch- Risiko- Praktiken	Reduktion von Hoch- Risiko- Praktiken	Verbesserung von Safer-Use- Praktiken	Verbesserung der Hände-hy- giene	Verbesserung von Safer-Use- Praktiken	Reduktion von bakteriellen In- fektionen durch Verbesserung der Hygiene- praktiken	Reduktion von bakteriellen In- fektionen durch Verbesserung von Safer-Use- Praktiken
Entwick- lung	partizipativ				partizipativ		partizipativ	partizipativ
Theorien	Theory of Diffusion of In- novations (Rogers, 2003)	Motivational In- terviewing (Mil- ler & Rollnick, 2012)	nicht beschrieben	nicht beschrieben	Behaviour Change Wheel (Michie et al., 2011)	Self-Determi- nation-Theory (Ryan & Deci, 2000)	Information- Motivation-Beha- viour-Skills- Model (Fisher & Fisher, 1992), Motivational In- terviewing	Behaviour Change Wheel (Michie et al., 2011)

Gegenüberstellung der Interventionen nach Komponenten & didaktischen Ansätzen

	Colon et al. 2009	Bertrand et al. 2015 (MI)	Bertrand et al. 2015 (EI)	Ivan et al. 2016	MONO-RUB	AERLI/ITSESI	SKIN	REACT
Assessment								
mündlich								
schriftlich								
durch Beobachtung								
durch Demonstration								
der aktuellen Praktiken								
von individuellen Risiken								
von Wissen								
von Motivation								
von individuellen Zielen								
Zielplanung								
Evaluation								
Demonstration								
von Technik								
von Material								
Informationsweitergabe								
mündlich								
schriftlich								
visuell (Flash-Cards/Posters)								
Bereitstellung								
von Info-Material (z.B. Broschüre)								
eines Work-Books								
von Safer-Use Material								

Gegenüberstellung der Interventionen nach Inhalten

	Colon et al. 2009	Bertrand et al. 2015 (MI)	Bertrand et al. 2015 (EI)	Ivan et al. 2016	MONO-RUB	AERLI/ITSESI	SKIN	REACT
Bakterielle Infektionen – Ursachen/Risiken								
Bakterielle Infektionen - Prävention								
Virale Infektionen – Ursachen/Risiken								
Virale Infektionen - Prävention								
Mythen zu Risiken des Injizierens								
Barrieren zu Safer-Use								
Hauthygiene								
Händehygiene								
Material-Reinigung								
Injektionstechnik								
Position beim Injizieren								
Verwendung des Stauschlauchs								
Rotieren der Venen								
Versorgung der Einstichstelle								
Teilen von Injektions-Material								
Wiederverwendung von Injektions-Material								
Filtern								
Wasser								
Nadel-Lecken								
Alternative Applikation								
Ascorbinsäure								
Signposting/Weitervermittlung zu								
Spritzentausch-Möglichkeiten								
Suchthilfeeinrichtungen								
anderen Gesundheitseinrichtungen								
HIV/HCV Abklärung								
Apotheken								

** zu Bertrand et al. (2015): Themengebiete sind nicht in der Publikation beschrieben und waren nicht für alle Teilnehmer:innen gleich

Interviewleitfaden Problemzentrierte Klient:inneninterviews

Leitfaden für ein problemzentriertes Interview

Die Entwicklung einer beratungsorientierten Intervention zur Förderung von Hygienepraktiken für Klient*innen im niederschweligen Suchthilfebereich.

Begrüßung und House-Keeping (ca. 10 Minuten)		
- Aufklärungs- und Informationsgespräch und Unterzeichnung der Einwilligung - Hinweis auf den Start der Tonbandaufnahme		
Gesprächseröffnung (ca. 10-25 Minuten)		Rationale
Einführung der Problemstellung	„Wie im Informationsgespräch beschrieben, geht es im Projekt darum, Maßnahmen zu entwickeln, die die Risiken des intravenösen (IV) Substanzkonsum reduzieren sollen. Eine solche Maßnahme ist zum Beispiel die Beratung in Bezug auf Hygienepraktiken, wie Haut- und Händereinigung.“	soll Fokus verdeutlichen
Einstiegsfrage bzw. Erzählauforderung	„Bitte beschreiben Sie kurz, welche Hygienemaßnahmen Sie beim IV Konsum gewöhnlicherweise anwenden bzw. angewendet haben und erzählen Sie mir bitte, wo Sie diese gelernt haben, und ob Sie bereits eine Beratung dafür erhalten haben und wenn ja, welche Informationen Sie über Hygiene und die Risiken und Folgen von bakteriellen Infektionen erhalten haben.“	soll aktuelle Praxis und Kontext beschreiben
Verständnissicherung und Rückfragen (ca. 5 Minuten)		Rationale
„Danke für Ihre Erzählung.“		
Detailfragen (falls nicht in der Erzählung enthalten)	„Welche Hygienematerialien haben Sie verwendet?“ (z.B. Alko-Tupfer, Desinfektion) „Wie führten Sie die Händereinigung durch?“ (z.B. Seife und Wasser) „Wie reinigten Sie Ihre Haut vor der Injektion?“ „Wie versorgten Sie die Einstichstelle nach der Injektion?“ „Wie sauber war die Umgebung, in der Sie konsumiert haben?“	soll aktuelle Praxis und Kontext beschreiben
Ad-hoc-Fragen (ca. 10 Minuten)		Rationale
(falls nicht in der Erzählung enthalten)	„Nachdem Sie Ihre Erfahrungen geschildert haben, habe ich noch einige Fragen.“ „Welche Problematiken oder Hürden ergeben sich Ihrer Meinung nach in Hinsicht auf Hygienepraktiken beim IV-Konsum?“ (z.B. kein Zugang zu Waschmöglichkeiten) „Gibt es Ihrer Meinung nach Dinge, die Sie bei der Durchführung von Hygienepraktiken verbessern möchten? Bzw. gibt es Dinge, die Sie noch benötigen?“ „Sind Sie zufrieden mit den Informationen, die Sie über Hygienemaßnahmen und die Risiken von bakteriellen Infektionen bekommen haben?“ „Welche Form der Beratung bevorzugen Sie?“ (z.B. Einzelberatung) „Gibt es Bereiche in der Versorgung, die Ihrer Meinung nach verbessert werden könnten?“	soll Probleme und Bedürfnisse identifizieren
Abschluss (ca. 10 Minuten)		
„Vielen Dank für Ihre Zeit. Haben Sie noch Fragen, die Sie stellen möchten?“ - Hinweis, dass die Tonbandaufnahme gestoppt wird - Befindlichkeit abfragen - Information über Weiterverarbeitung der Daten und über den weiteren Ablauf des Projekts - Übergabe der Entschädigung (Händedesinfektionsmittel und €10,- Sodexo-Gutschein) - Verabschiedung		

Einwilligungserklärung für Klient:inneninterviews

Klient*inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem akademischen Forschungsprojekt

Die Entwicklung einer beratungsorientierten Intervention zur Förderung von Hygienepraktiken für Klient*innen im niederschweligen Suchthilfebereich.

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient!

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien führt in Zusammenarbeit mit der [Einrichtungsnamen] ein Forschungsprojekt zum Thema Hygienepraktiken beim intravenösen Substanzkonsum durch. Dieses Forschungsprojekt soll im Rahmen der Masterarbeit von Frau [Name], Studentin für Pflegewissenschaft, durchgeführt werden. Frau [Name] ist eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (Fachbereich Psychiatrie) mit mehrjähriger Erfahrung in der Betreuung von Klient*innen mit Sucht- bzw. Abhängigkeitserkrankungen.

Wir laden Sie ein an dem oben genannten Projekt teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch mit Frau [Name].

Ihre Teilnahme an diesem akademischen Forschungsprojekt erfolgt freiwillig und Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus dem Projekt ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus diesem Projekt hat keine nachteiligen Folgen für Ihre Betreuung.

Akademische Forschungsprojekte generieren wichtige Erkenntnisse, die zur Weiterentwicklung und Bereicherung der aktuellen Praxis herangezogen werden können. Voraussetzung für die Durchführung solcher Projekte ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur:

- wenn Sie Art und Ablauf des Projekts vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer*in an diesem Projekt im Klaren sind.

Zu diesem akademischen Forschungsprojekt, sowie zur Klient*inneninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

1. Was ist der Zweck des Forschungsprojektes?

Zweck dieses Projektes ist es, eine beratungsorientierte Intervention bzw. Maßnahme zur Förderung von Hygienepraktiken zu entwickeln, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und in der Praxis gut anwendbar ist. Die Zielgruppe der geplanten Intervention sind Menschen, die Substanzen intravenös konsumieren. Für die Entwicklung einer beratungsorientierten Intervention ist es notwendig die Meinungen und Sichtweisen der Menschen miteinzubeziehen, die davon betroffen sind.

2. Warum werden Sie um Ihre Teilnahme gebeten?

Aufgrund Ihrer Erfahrungen können Sie uns einen Einblick in Ihre Situation geben. Gespräche darüber, was Sie momentan erleben oder bereits erlebt haben, können uns helfen, Ihre Bedürfnisse besser zu verstehen und wahrzunehmen. Ihre Meinungen und Sichtweisen zum Thema bilden einen wichtigen Bestandteil der Entwicklung neuer Beratungsangebote.

3. Wie sieht die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt konkret aus?

Sollten Sie sich dazu entscheiden an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, wird Frau [Name] mit Ihnen ein einmaliges Gespräch (Interview) von circa einer halben bis einer Stunde führen. Dies wird an einem der Standorte der [Einrichtungsname] stattfinden. Dabei werden Ihnen einige Fragen zu Ihren Erfahrungen zu Hygienepraktiken beim intravenösen Substanzkonsum gestellt, welche Sie im Laufe des Gesprächs beantworten können. Das Gespräch wird auf Tonband aufgenommen und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

Als Dankeschön für Ihre Teilnahme wird Ihnen eine Entschädigung in Form eines Händedesinfektionsmittels und eines 10,- Euro Sodexo-Gutscheines bereitgestellt.

4. Worin liegt der Nutzen dieses Forschungsprojektes?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus der Teilnahme des Gesprächs einen direkten Nutzen für sich haben. Das, was Sie uns in dem Gespräch mitteilen, trägt jedoch zur Entwicklung einer Intervention bzw. Maßnahme bei, die Menschen, die intravenös Substanzen konsumieren dabei helfen soll, die Risiken des Substanzkonsums zu reduzieren.

5. Worin liegen die Risiken in der Teilnahme?

Die Teilnahme an dem Interview ist grundsätzlich mit keinen Risiken verbunden. Wenn Sie sich jedoch durch das Gespräch in irgendeiner Form unwohl oder belastet fühlen, kann ein Kontakt mit einer unabhängigen Fachperson (z.B. Psychotherapeut*in) für Sie organisiert werden.

6. Welche Rechte haben Sie?

Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Gesprächs, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung an Frau [Name] abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach Abschluss des Interviews haben Sie das Recht, Ihre Daten bei Frau [Name] in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, sodass die Tonbandaufnahme und die Verschriftlichung gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet werden.

Für Fragen in Bezug auf Ihre Rechte, Datenschutz und Beschwerden in Zusammenhang mit diesem Projekt, wenden Sie sich bitte an die:

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft (WPPA)

[Telefonnummer]

[E-Mail]

[Adresse]

[Adresse]

7. Was geschieht mit den gesammelten Informationen?

Bei den Daten, die über Sie im Rahmen dieses Projekts erhoben und verarbeitet werden, ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen:

- 1) jenen personenbezogenen Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (z.B. Name und Geburtsdatum) und
- 2) pseudonymisierten (verschlüsselten) personenbezogenen Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen, durch einen Code (z. B. eine Zahl oder einen Decknamen) ersetzt werden. Dies bewirkt, dass die Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen und ohne unverhältnismäßig großen Aufwand nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können. Tonbandaufnahmen werden nach Verschriftlichung gelöscht und die darin enthaltenen Namen werden pseudonymisiert. Der Code bzw. Deckname zur Verschlüsselung wird von den verschlüsselten Datensätzen streng getrennt aufbewahrt.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten Daten unterliegt ausschließlich Frau [Name]. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Beauftragte von inländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen können in die nicht verschlüsselten Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Projekts notwendig bzw. vorgeschrieben ist. Für etwaige Publikationen werden nur die verschlüsselten Daten verwendet.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Im Rahmen dieses Projekts ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU vorgesehen.

Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen des Projekts verwendet werden.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben Sie außerdem, sofern dies nicht die Durchführung des Projekts voraussichtlich unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, das Recht auf Einsicht in die Ihre Person betreffenden Daten und die Möglichkeit der Berichtigung, falls Sie Fehler feststellen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

Die voraussichtliche Dauer des Projekts beträgt 1 Jahr. Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende des Projekts hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

8. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Falls Sie Fragen zum Umgang mit Ihren Daten haben, wenden Sie sich bitte an Frau [Name]. Auf Wunsch wird Sie Frau [Name] auch gerne nach Ende des Projekts auch über die Ergebnisse informieren.

Frau [Vorname, Name]

[Telefonnummer]

[Einrichtungsname]

[Adresse]

[Adresse]

9. Einwilligungserklärung

Name Klientin/Klient

(Druckbuchstaben):

Geburtsdatum: Code:

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Mit meiner persönlich datierten Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis, dass meine Daten gespeichert und ohne direkten Personenbezug für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden und der Ethikkommission, sowie mit der Kontrolle der Datenqualität beauftragte Personen Einblick in meine personenbezogenen Daten nehmen dürfen.

Ich weiß, dass ich diese Zustimmungen jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Eine Kopie dieser Klient*inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei Frau [Name].

.....
(Datum und Unterschrift des/der Klient*in)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der verantwortlichen Studentin)

(Der/die Klient*in erhält eine unterschriebene Kopie der Klient*inneninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt bei der Studentin.)

Interviewleitfaden Problemzentrierte Mitarbeiter:inneninterviews

Leitfaden für ein problemzentriertes Interview (Mitarbeiter*innen)

Die Entwicklung einer beratungsorientierten Intervention zur Förderung von Hygienepraktiken für Klient*innen im niederschweligen Suchthilfebereich.

Begrüßung und House-Keeping (ca. 10 Minuten)		
- Aufklärungs- und Informationsgespräch und Unterzeichnung der Einwilligung - Hinweis auf den Start der Tonbandaufnahme		
Gesprächseröffnung (ca. 10-15 Minuten)		Rationale
Einführung der Problemstellung	„Wie im Informationsgespräch beschrieben, geht es im Projekt darum, Maßnahmen zu entwickeln, die die Risiken des intravenösen (IV) Substanzkonsum für Klient*innen reduzieren sollen. Eine solche Maßnahme ist zum Beispiel die Beratung in Bezug auf Hygienepraktiken, wie Haut- und Händereinigung.“	soll Fokus verdeutlichen
Einstiegsfrage bzw. Erzählauforderung	„Bitte beschreiben Sie kurz, in welcher Funktion und welchem Kontext Sie Klient*innen in der Suchthilfeeinrichtung beraten und welche Beratungen und Unterstützungen Sie bezüglich Hygiene und Prävention von bakteriellen Infektionen anbieten.“	soll aktuelle Praxis und Kontext beschreiben
Verständnissicherung und Rückfragen (ca. 10 Minuten)		Rationale
Detailfragen (falls nicht in der Erzählung enthalten)	- Was erschwert oder begünstigt Ihrer Meinung nach die Beratungssituation? (z.B. Infomaterial, Beziehungsarbeit) - Welche Beratungstechniken und Materialien verwenden Sie dabei? (z.B. Safer-Use Broschüre, Vorführen von Techniken) - Gibt es Themen, die Sie in der Beratung hervorheben? (z.B. die Folgen von bakteriellen Infektionen) - Gibt es Dinge, die Sie noch benötigen würden, um Klient*innen zum Thema beraten zu können? (z.B. Zeitressourcen)	soll aktuelle Praxis und Kontext beschreiben
Ad-hoc-Fragen (ca. 10-15 Minuten)		Rationale
(falls nicht in der Erzählung enthalten)	„Nachdem Sie Ihre Erfahrungen zur Beratung von Klient*innen geschildert haben, habe ich noch einige Fragen zu Hygiene beim IV Konsum generell.“ - Was sind Ihrer Meinung nach häufige Probleme oder Barrieren, die Klient*innen daran hindern eine adäquate Hygiene beim IV Konsum durchzuführen? (z.B. zu wenig Wissen, kein Zugang zu Material) - Welche förderlichen Faktoren können Sie identifizieren? (z.B. Interesse Neues zu Lernen) - Welche Bedürfnisse haben Ihrer Meinung nach Klient*innen in Hinblick auf Hygienepraktiken? (z.B. mehr Beratung zu bakteriellen Infektionen) - Was würden sich Ihrer Meinung nach Klient*innen wünschen, wenn es um Hygiene beim IV Konsum geht? (z.B. Materialien)	soll Probleme und Bedürfnisse identifizieren
Abschluss (ca. 10 Minuten)		
„Vielen Dank für Ihre Zeit. Haben Sie noch Fragen, die Sie stellen möchten?“ - Hinweis, dass die Tonbandaufnahme gestoppt wird - Information über Weiterverarbeitung der Daten und über den weiteren Ablauf des Projekts - Verabschiedung		

Einwilligungserklärung für Mitarbeiter:inneninterviews

Mitarbeiter*inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem akademischen Forschungsprojekt

Die Entwicklung einer beratungsorientierten Intervention zur Förderung von Hygienepraktiken für Klient*innen im niederschweligen Suchthilfebereich.

Sehr geehrte Mitarbeiterin, sehr geehrter Mitarbeiter!

Das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien führt in Zusammenarbeit mit der [Einrichtungsname] ein Forschungsprojekt zum Thema Hygienepraktiken beim intravenösen Substanzkonsum durch. Dieses Forschungsprojekt soll im Rahmen der Masterarbeit von Frau [Name], Studentin für Pflegewissenschaft, durchgeführt werden.

Wir laden Sie ein an dem oben genannten Projekt teilzunehmen. Die Aufklärung darüber erfolgt in einem ausführlichen Gespräch mit Frau [Name].

Ihre Teilnahme an diesem akademischen Forschungsprojekt erfolgt freiwillig und Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen aus dem Projekt ausscheiden. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus diesem Projekt hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Akademische Forschungsprojekte generieren wichtige Erkenntnisse, die zur Weiterentwicklung und Bereicherung der aktuellen Praxis beitragen können. Voraussetzung für die Durchführung solcher Projekte ist jedoch, dass Sie Ihr Einverständnis zur Teilnahme schriftlich erklären. Bitte lesen Sie den folgenden Text als Ergänzung zum Informationsgespräch sorgfältig durch und zögern Sie nicht Fragen zu stellen.

Bitte unterschreiben Sie die Einwilligungserklärung nur:

- wenn Sie Art und Ablauf des Projekts vollständig verstanden haben,
- wenn Sie bereit sind, der Teilnahme zuzustimmen und
- wenn Sie sich über Ihre Rechte als Teilnehmer an diesem Projekt im Klaren sind.

Zu diesem akademischen Forschungsprojekt, sowie zur Mitarbeiter*inneninformation und Einwilligungserklärung wurde von der zuständigen Ethikkommission eine befürwortende Stellungnahme abgegeben.

10. Was ist der Zweck des Forschungsprojektes?

Zweck des Projektes ist es, eine beratungsorientierte Intervention zur Förderung von Hygienepraktiken zu entwickeln, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert und in der Praxis gut anwendbar ist. Die Zielgruppe der geplanten Intervention sind Menschen, die Substanzen intravenös konsumieren. Für die Entwicklung einer beratungsorientierten Intervention ist es nicht nur notwendig die Meinungen und Perspektiven der Zielgruppe miteinzubeziehen, sondern auch die Sichtweisen derer, die in der Versorgung

und Betreuung dieser Menschen beteiligt sind und bereits im Rahmen ihrer Tätigkeit Beratungen und Maßnahmen zum Thema durchführen.

11. Warum werden Sie um Ihre Teilnahme gebeten?

Aufgrund Ihrer Erfahrungen können Sie uns einen Einblick in Ihren beruflichen Alltag in der Beratung und Betreuung von Klient*innen im Suchthilfebereich geben. Gespräche darüber, was Sie momentan erleben oder bereits erlebt haben, können uns helfen, Probleme in Hinsicht auf die Hygienepraktiken von Klient*innen, die Substanzen intravenös konsumieren, zu identifizieren und zu benennen, die Bedürfnisse der Zielgruppe aus Ihrer Sichtweise besser zu verstehen und wahrzunehmen, sowohl als Ihre eigenen Bedürfnisse in Bezug auf Beratungssituationen zu explorieren. Ihre Teilnahme soll dabei helfen, die aktuelle Praxis zum Thema im Kontext der niederschweligen Suchthilfearbeit zu untersuchen. Ihre Erfahrungen bilden einen wichtigen Bestandteil für die Entwicklung von Beratungsangeboten.

12. Wie sieht die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt konkret aus?

Sollten Sie sich dazu entscheiden an diesem Forschungsprojekt teilzunehmen, wird Frau [Name] mit Ihnen ein Interview von circa einer halben bis einer Stunde führen. Dies wird an einem der Standorte der [Einrichtungsname] stattfinden. Dabei werden Ihnen einige Fragen zu Ihren Erfahrungen in der Beratung von Klient*innen in Bezug auf Hygienepraktiken gestellt, welche Sie im Laufe des Gesprächs beantworten können. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

13. Worin liegt der Nutzen dieses Forschungsprojektes?

Es ist nicht zu erwarten, dass Sie aus der Teilnahme des Gesprächs einen direkten Nutzen für sich haben. Das, was Sie in dem Gespräch mitteilen, trägt jedoch dazu bei, eine beratungsorientierte Intervention zu entwickeln, die Menschen, die intravenös Substanzen konsumieren dabei helfen soll, die Risiken des Drogenkonsums zu reduzieren.

14. Worin liegen die Risiken in der Teilnahme?

Die Teilnahme am Interview ist mit keinen Risiken verbunden.

15. Welche Rechte haben Sie?

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Sie können jederzeit, auch nach Beginn des Interviews, durch mündliche oder schriftliche Mitteilung an Frau [Name] abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden hat keine nachteiligen Folgen für Sie. Auch nach Abschluss des Interviews haben Sie das Recht, Ihre Daten bei Frau [Name] in mündlicher oder schriftlicher Form zurückzuziehen, sodass die Tonbandaufnahme und die Verschriftlichung gelöscht werden. Dies ist jedoch nicht mehr möglich, sobald Ihre Daten ausgewertet werden.

16. Was geschieht mit den in diesem Forschungsprojekt gesammelten Informationen?

Bei den Daten, die über Sie im Rahmen dieses Projekts erhoben und verarbeitet werden, ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen:

- 3) jenen personenbezogenen Daten, anhand derer Sie direkt identifizierbar sind (z.B. Name und Geburtsdatum) und
- 4) pseudonymisierten (verschlüsselten) personenbezogenen Daten, bei denen alle Informationen, die direkte Rückschlüsse auf Ihre Identität zulassen, durch einen Code (z. B. eine Zahl oder einen Decknamen) ersetzt werden. Dies bewirkt, dass die Daten ohne

Hinzuziehung zusätzlicher Informationen und ohne unverhältnismäßig großen Aufwand nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können. Der Code bzw. Deckname zur Verschlüsselung wird von den verschlüsselten Datensätzen streng getrennt aufbewahrt.

Zugang zu Ihren nicht verschlüsselten Daten unterliegt ausschließlich Frau [Name]. Die Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Beauftragte von inländischen Gesundheitsbehörden und jeweils zuständige Ethikkommissionen können in die nicht verschlüsselten Daten Einsicht nehmen, soweit dies für die Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Projekts notwendig bzw. vorgeschrieben ist. Für etwaige Publikationen werden nur die verschlüsselten Daten verwendet.

Sämtliche Personen, die Zugang zu Ihren verschlüsselten und nicht verschlüsselten Daten erhalten, unterliegen im Umgang mit den Daten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie den österreichischen Anpassungsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung.

Im Rahmen dieses Projekts ist keine Weitergabe von Daten in Länder außerhalb der EU vorgesehen.

Sie können Ihre Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit widerrufen. Nach Ihrem Widerruf werden keine weiteren Daten mehr über Sie erhoben. Die bis zum Widerruf erhobenen Daten können allerdings weiter im Rahmen des Projekts verwendet werden.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben haben Sie außerdem, sofern dies nicht die Durchführung des Projekts voraussichtlich unmöglich macht oder ernsthaft beeinträchtigt, das Recht auf Einsicht in die Ihre Person betreffenden Daten und die Möglichkeit der Berichtigung, falls Sie Fehler feststellen.

Sie haben auch das Recht, bei der österreichischen Datenschutzbehörde eine Beschwerde über den Umgang mit Ihren Daten einzubringen (www.dsb.gv.at).

Die voraussichtliche Dauer des Projekts beträgt 1 Jahr. Die Dauer der Speicherung Ihrer Daten über das Ende des Projekts hinaus ist durch Rechtsvorschriften geregelt.

17. Möglichkeit zur Diskussion weiterer Fragen

Für weitere Fragen im Zusammenhang mit diesem Projekt steht Ihnen Frau [Name] gerne zur Verfügung.

Frau [Vorname, Name]

[Telefonnummer]

[Einrichtungsname]

[Adresse]

[Adresse]

18. Einwilligungserklärung

Name Mitarbeiterin/Mitarbeiter

(Druckbuchstaben):

Geburtsdatum: Code:

Ich habe dieses Informationsblatt gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Mit meiner persönlich datierten Unterschrift gebe ich hiermit freiwillig mein Einverständnis, dass meine Daten gespeichert und ohne direkten Personenbezug für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Mir ist bekannt, dass zur Überprüfung der Richtigkeit der Datenaufzeichnung Beauftragte der zuständigen Behörden und der Ethikkommission, sowie mit der Kontrolle der Datenqualität beauftragte Personen Einblick in meine personenbezogenen Daten nehmen dürfen.

Ich weiß, dass ich diese Zustimmungen jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Eine Kopie dieser Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei Frau [Name].

.....
(Datum und Unterschrift des/der Mitarbeiter*in)

.....
(Datum, Name und Unterschrift der verantwortlichen Studentin)

(Der/die Mitarbeiter*in erhält eine unterschriebene Kopie der Mitarbeiter*inneninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt bei der Studentin.)

Transkriptionsregeln

- ✓ Vollständige und wörtliche Transkription mit Belassung von Unvollständigkeiten und Wiederholungen
- ✓ Der Inhalt ist vordergründig, d.h. „äh“ und „ähm“ wird weggelassen, außer es hat eine Bedeutung für das Inhaltliche
- ✓ Dialektfärbungen werden eingedeutscht und echte, nichtübersetzbare Dialektausdrücke werden beibehalten und nach Gehör geschrieben
- ✓ Bei Unklarheiten wird der vermutete Wortlaut mit Fragezeichen vor- und nachher in Klammern gesetzt, z.B. (?Wort?)
- ✓ Bei längeren Pausen wird in Klammer die Dauer der Pause mit einer Zahl eingefügt, z.B. (4) bedeutet vier Sekunden
- ✓ Auffälligkeiten, wie Lachen, auffälliges Räuspern oder Ähnliches wird in spitzen Klammern angegeben, z.B. >lacht<
- ✓ Alle anderen nonverbalen Merkmale, die zum inhaltlichen Verständnis wichtig sind, werden ebenso in spitzen Klammern angegeben, z.B. >klatscht Hände zusammen<
- ✓ Starke Betonungen von Wörtern oder Sätzen werden unterstrichen, z.B. natürlich!
- ✓ Ein Wortabbruch wird mit einem Minus gekennzeichnet, z.B. Wortlau-
- ✓ Schrift ist „Times New Roman“, Punkt 12; Zeilenabstand 1,2; Ränder 4 links und 2,5 rechts; alle Zeilen sind nummeriert
- ✓ Die befragte Person ist mit IP (Interviewpartner) gekennzeichnet; die Interviewerin mit I und die Schrift ist hier kursiv

Kodierleitfaden Klient:inneninterviews

A: Kontext der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
A1: Ort des Konsums	Häufige Orte, an denen Klient:innen Drogen IV konsumieren, werden beschrieben, sowie die Umstände, in denen die Klient:innen konsumieren, zum Beispiel, die eigene Wohnung oder mit anderen.	<i>„Eine Toilette ist auf jeden Fall nicht hygienisch, ja. Stiegenhäuser, ja, auf Baustellen ist es, glaube ich, am schlimmsten.“ (Interview 2, 80-81)</i>	Merkmale der Orte und der Situation in Hinsicht auf die Möglichkeiten der Umsetzung von Hygienepraktiken werden kodiert.
A2: Wohnform	Beschreibt die aktuelle Wohnform Klient:innen, zum Beispiel, dass er/sie wohnungslos ist, in einer Notunterkunft oder Gemeindewohnung lebt und wie dies die Hygiene beim IV Konsum beeinflusst.	<i>„Eigentlich bin ich da zufrieden. Ich habe eine eigene Ecke dafür... Ich war sechs Jahre auf der Straße. Jetzt habe ich endlich eine Wohnung gefunden...“ (Interview 4, 114-122)</i>	Klient:innen beschreiben den Einfluss der Wohnform auf das Konsumverhalten und die Hygienepraktiken.
A3: Zugang zu Materialien	Bei Materialien, sind Safer-Use Materialien für den IV Konsum wie z.B. sterile Spritzen, Nadeln, SteriCups, Tupfer, Alko-Tupfer, Wasser, Seife, Desinfektionsmittel gemeint.	<i>„Ich wohne im [Einrichtungsname]. Ich kann immer Tauschen gehen. Das heißt, es ist immer ein frisches Set da. Alk-Tupfer sind da.“ (Interview 6, 22-23)</i>	Können auch von anderen Klient:innen sprechen, d.h. müssen nicht zwingend über ihre eigenen Erlebnisse erzählen.
A4: Zugang zu Waschmöglichkeiten	Als Waschmöglichkeit wird ein Waschbecken, Dusche oder Bad mit Zugang zu frischem Wasser bezeichnet. Zugang zu anderen Materialien, wie Seife wird in diesem Fall impliziert.	<i>„Ja, also ich schaue halt, dass ich vorher, ich brauche sowieso ein Wasser.... Und dann muss ich vorher sowieso irgendwo zu einem Waschbecken kommen.“ (Interview 1, 43-45)</i>	Die Interviewpartner:innen können auch von anderen Klient:innen sprechen, d.h. müssen nicht zwingend über ihre eigenen Erlebnisse erzählen.

B: Aktuelle Praxis der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
B1: Haut- und Händehygiene und Versorgung der Einstichstelle.	Hier wird beschrieben, wie Menschen, die Substanzen konsumieren, Haut- und Händehygiene beim IV Konsum durchführen. Dies umfasst zum Beispiel das Händewaschen mit Seife und Wasser, nur Wasser oder die Verwendung von Desinfektionsmittel zur Hände- bzw. Hautreinigung. Bei der Hautreinigung ist die Reinigung der Stelle der Haut gemeint, wo injiziert wird, d.h. die ausgewählte Einstichstelle. Die Haut-hygiene kann entweder Waschen mit Seife und	<i>„Ja, das geht meistens leider nicht, weil ich draußen halt, wenn wir in Stiegenhäusern oder so, habe ich meistens leider nur mein Wasser dabei. Da wasch ich mir so >reibt Hände aneinander<.... mit Wasser, die Hände. Wenn ich natürlich auf einem Klo bin, so wie hier, ...dann natürlich mit Seife und Desinfektionsmittel.“ (Interview 2, 12-15)</i>	Beschreibt seine/ihre eigene Technik und Zeitpunkte der Händereinigung. Beschreibt seine/ihre eigene Technik und Zeitpunkte der Hautreinigung.

	Wasser, Desinfektion, Waschen nur mit Wasser, Speichel oder Anderes sein. Beschreibt den Umgang mit der Einstichstelle durch die Klient:innen oder anderer nach Injektion der Substanz, d.h. wie die Blutung nach Entfernung der Nadel gestoppt wird und wie die Einstichstelle hernach versorgt wird. Zum Beispiel mit einem Pflaster.	<i>„Mit dem Alko-Pad einmal drüber.“ (Interview 1, 14)</i> <i>„Ich drücke manchmal, auf die Wunde mit Papier drauf, damit die Wunde sich schließt. Also nicht mit dem Alko-Tupfer drüber, das ist schlecht. Aber eben, wie gesagt, manchmal lass ich das auch aus, leider.“ (Interview 2, 63-65)</i>	Beschreibt seine/ihre eigene Technik und die verwendeten Materialien.
B2: Hygiene-Materialien	Bezieht sich auf die Materialien, die zur Durchführung von Hygiene für den IV Konsum verwendet werden, wie zum Beispiel Seife und Wasser, Desinfektionsmittel, saubere Filter, Alko-Tupfer.	<i>„Alk-Tupfer zu jeder Nadel reicht eigentlich, finde ich.“ (Interview 1, 85)</i>	Kann jegliche Beschreibung von Hygienematerialien beinhalten, inklusive Anmerkungen zu den Materialien, die im Spritzentausch erhältlich sind.
B3: Informationen	Informationen, sind Inhalte hinsichtlich Safer-Use, im Speziellen Hygienepraktiken beim IV Konsum. Die Beschreibungen umfassen, wie, wo und von wem Informationen erhalten oder weitergegeben wurden, wie zum Beispiel aus einer Safer-Use-Broschüre, die vom Berater ausgehändigt wurde.	<i>„Ja. In der Broschüre hier, die ich hier bekommen habe.“ (Interview 2, 41)</i> <i>„Ja. Einmal abgesehen halt, und, ist ja nicht so schwer.“ (Interview 1, 20)</i>	Kodiert die Art von Informationen, die sie erhalten haben, und in welcher Form und von wem dies vermittelt wurde. Alle Anmerkungen hinsichtlich des Modus werden kodiert, auch ob Klient:innen selbst Informationen gesucht haben oder ob Berater:innen es proaktiv angeboten haben.
B4: Wissen Haut- und Händehygiene	Wissen bezüglich Haut- und Händehygiene bezieht sich auf die Aussagen der Klient:innen hinsichtlich ihrer eigenen Praxis, Erklärungen, warum sie es als wichtig oder unwichtig ansehen, eventuelle Wissenslücken, die durch die Klient:innen ausgedrückt werden oder durch ihre Aussagen impliziert werden.	<i>„Händewaschen? Das ist das schmutzigste Körperteil vom Menschen. Natürlich!“ (Interview 4, 63-64)</i> <i>„Oft vergesse ich das. Irgendwie, glaub ich, leg ich nicht so hohen Wert darauf. ...ich weiß, dass es wichtig wäre, aber irgendwie, ...mache ich das nicht.“ (Interview 3, 47-49)</i>	Klient:innen bestätigen oder implizieren Wissen hinsichtlich Haut- und Händehygiene. Kodiert werden ebenfalls Meinungen und Einstellungen diesbezüglich. Wissen zu den Risiken mangelnder Hygiene wird in B5 kodiert.

B5: Wissen Risiken mangelnder Hygiene und bakterielle Infektionen	Schlechte bzw. unzureichende Hände- und Hauthygiene beim IV Konsum erhöhen das Risiko von gefährlichen Infektionen und deren Folgen. Bakterielle Infektionen sind die leichten bis lebensbedrohlichen Erkrankungen, wie Abszesse oder Endokarditis, die durch unzureichende Hygiene beim IV Konsum entstehen können. Diese Unterkategorie untersucht das Wissen der Klient:innen zu diesen Themen.	„Ja, weil es gefährlich ist, wenn man's [die Hygiene] nicht macht?“ (Interview 1, 31) „Ja, das wird Dir in solche Einrichtungen, wie hier zum Beispiel, kann man das, mit den Betreuern, kann man das erfahren. Also, man hört das eh immer wieder, dass man aufpassen muss, dass es wichtig ist. Man hört das dann auch von anderen Substituierten, die vielleicht nicht ganz so genau sind...“ (Interview 6, 114-117)	Klient:innen verknüpfen die Umsetzung von Hygienemaßnahmen beim IV Konsum mit der Reduktion von Risiken. Klient:innen haben Wissen über die Risiken mangelnder Hygiene und bakterielle Infektionen und deren Auswirkungen.
B6: Wissen zu anderen Risiken des IV Konsums	Alle injektionsbedingten Risiken, außer jene, die mit Hygiene und bakteriellen Infektionen zu tun haben, wie zum Beispiel Überdosis. Es wird überprüft, ob Klient:innen sich den allgemeinen Risiken des IV Konsums bewusst sind.	„Weil, meine Thrombose, davon hatte ich auch keine Ahnung, was das ist, bis ich im Spital gesessen bin damit.“ (Interview 2, 140-141)	Alle erwähnten Risiken außer Hygiene und bakterielle Infektionen, die mit der IV Applikation in Verbindung stehen.

C: Probleme der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
C1: Probleme und Hürden bei der Hygiene	Beschreibt die Gründe, warum Klient:innen Hygienepraktiken beim IV Konsum nicht oder nicht adäquat durchführen, bzw. durchführen können, wie zum Beispiel, mangelnde Motivation oder Zeitdruck.	„Ja, weil es meistens schnell gehen muss. Erstens, brauche ich meinen Schuss <u>jetzt</u> , und nicht in einer Viertelstunde oder in zehn Minuten.“ (Interview 1, 56-57)	Beschreiben eigenen Hürden und Probleme, können jedoch auch über andere Klient:innen sprechen und Hypothesen dazu aufstellen.
C3: Erfahrungen mit Komplikationen	Als Komplikationen werden körperliche Beschwerden (vor allem bakterielle Infektionen) aufgrund des IV Konsums definiert, wie zum Beispiel Abszesse oder Endokarditis. Alle Eindrücke und Meinungen zum Erlebnis mit Komplikationen werden in dieser Unterkategorie aufgenommen.	„Das war meine erste und letzte Phlegmone, und da habe ich dann gesagt, ich benutze immer nur noch mehr frisches Besteck. Weil, wenn das ins Gewebe geht, und dann, na, puh! Furchtbar!“ (Interview 4, 52-55)	Klient:innen sprechen über ihre eigenen Erfahrungen, können jedoch auch die Erfahrungen anderer Klient:innen schildern.

D: Bedürfnisse der Klient:innen

Unter- kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
D1: allgemeine Bedürfnisse von Klient:innen	Mit allgemeinen Bedürfnissen sind die explizit geäußerten emotionalen, sozialen, psychischen und physischen individuellen Bedürfnisse der Klient:innen, sowie implizierte Bedürfnisse, die sich durch die Aussagen der Klient:innen ergeben. Dies kann zum Beispiel das Bedürfnis nach Gemeinschaft oder Verständnis sein.	<i>„Das Schlimmste, was einem passieren kann, ist, alleine zu sein, unverstanden sein. Und wenn man einfach jemanden nur mit Medikamenten zu schwemmt... so stürzen Leute ab. Dafür finde ich das persönliche Gespräch, auf jemanden zugehen... wenn einer keine Hilfe will, na dann kann man eh nichts ändern.“ (Interview 6, 354-357)</i>	Werte und Normen der Klient:innen können ebenfalls kodiert werden. Bedürfnisse in Hinsicht auf Beratung werden in D2 kodiert.
D2: Bedürfnisse der Klient:innen zu Beratung	Kodiert die Bedürfnisse der Klient:innen zu Beratung, vor allem die Form der Beratung. Darunter versteht man die Art, in der Informationen vermittelt werden, wie zum Beispiel das Eins-zu-Eins-Gespräch. Die Bedürfnisse der Klient:innen hinsichtlich des Beratungssettings und der Beratungssituation werden ebenfalls erfasst.	<i>„Ich habe das selber gelernt, aber ich habe mich schon, also, informiert, durchgelesen, Safer-Use Bücher gelesen.“ (Interview 3, 64-65)</i>	Klient:innen beschreiben, wie sie beraten werden möchten, was sie motiviert sich zu informieren und was sie von den Berater:innen als Personen benötigen.
D3: Bedürfnisse der Klient:innen zu Hygiene	Beschreibt die Bedürfnisse der Klient:innen in Hinsicht auf Hygienepraktiken beim IV Konsum und was sie noch benötigen, um diese umsetzen zu können, wie zum Beispiel mehr Zugang zu Waschmöglichkeiten.	<i>„Was ich gut finde, das ist das mit dem Händedesinfektionsmittel. Das ist vielleicht eine Sache, durch das Interview, das ich verändern werde.“ (Interview 6, 196-197)</i>	Klient:innen beschreiben, was sie verbessern möchten, oder was sie noch benötigen würden.
D4: Bedürfnisse der Klient:innen in der generellen Versorgung	Unter genereller Versorgung wird die Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im niederschweligen Setting verstanden. Die Versorgung bezieht sich auf Harm Reduction Leistungen, wie Spritzentauschmöglichkeiten, Beratung, etc. Hier werden die Meinungen zu eventuellen Versorgungslücken exploriert.	<i>„Druckräume wären ein Riesenfortschritt...“ (Interview 1, 77)</i>	Hier wird kodiert, was in der generellen Versorgung fehlt, um die in der Beratung empfohlenen Hygienepraktiken umsetzen zu können.

Kodierleitfaden Mitarbeiter:inneninterviews

A: Kontext der Beratungen

Unter- kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
A1: Ort der Beratung	Beschreibt den Ort, wo Beratungen stattfinden. Dies kann zum Beispiel ein Beratungszimmer in einem Tageszentrum oder einem Ambulatorium sein.	„Das Tageszentrum ist halt für viele Leute ein gewohnteres Umfeld, wo sie jeden Tag ein und aus gehen, und deswegen reden Leute dort auch mehr. Bei uns sind sie oft verschlossen, und möchten nicht alles preisgeben.“ (Interview 8, 101-104)	Es werden die Orte selbst kodiert, sowie die Eindrücke der Berater:innen zum Effekt auf die Klient:innen und die Beratungssituation.
A2: Rolle / Funktion der Berater:innen	Erfasst die Rolle und Funktion, in der Mitarbeiter:innen innerhalb der Einrichtung beraten und Aspekte, die damit zusammenhängen, wie zum Beispiel Blindflecke in der Beratung, aufgrund des Berufes.	„Ja, und enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, die wieder einen anderen Zugang haben. ... es ist ja nicht nur eine rein medizinische Frage.“ (Interview 12, 147-150)	Kodiert werden Aussagen, die mit der Rolle oder Funktion zusammenhängen, wie Fähigkeiten und Wissen aufgrund des Berufs.
A3: Situation der Beratung	Beschreibt, wie sich die Beratung zu Hygiene oder Safer-Use im Kontakt ergibt oder entwickelt. Dies kann zum Beispiel durch Fragen der Klient:innen entstehen, oder aufgrund einer Erfahrung mit einer Komplikation.	„... unsere Gespräche zum Thema Safer-Use, ... die sind anlassbezogen eigentlich.“ (Interview 13, 172-173)	Kodiert wird der Prozess der Beratung, nicht die Einflüsse. Diese werden in den Kategorien C1, D1 und D3 erfasst.
A4: Peers	Erfasst die Meinungen der Mitarbeiter:innen in Hinsicht auf die Einbindung von Peers in die Beratung. Mögliche positive und negative Effekte werden von den Mitarbeiter:innen reflektiert.	„... und die [Peers] wissen auch viel besser, wie wirklich die Situation jetzt auch außerhalb von einer Gesundheitseinrichtung ist, und auf was man wahrscheinlich so als, also in unserer Position, gar nicht denkt.“ (Interview 11, 194-197)	Kodiert die Antworten auf die Frage bezüglich der Einbindung von Peers in die Beratung, aber auch wenn Mitarbeiter:innen über den Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Klient:innen sprechen.

B: Aktuelle Praxis in der Beratung und der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
B1: Beratungs-techniken	Beratungstechniken beinhaltet alle didaktischen Ansätze, die in der aktuellen Praxis genutzt werden, wie zum Beispiel Assessment oder Demonstration.	<i>„Ich zeige bei mir und male auf, ich mache alles Mögliche.“ (Interview 8, 194).</i>	Die Art und Weise wird kodiert, nicht die Inhalte. Inhalte werden in B3 unter Informationen kodiert.
B2: Materialien zur Beratung	Beschreibt, welche Beratungsmaterialien zur Verfügung stehen und exploriert, welche die Mitarbeiter:innen in der Beratung anwenden. Dies umfasst zum Beispiel Safer-Use-Broschüren oder Poster.	<i>„Ja, ich glaube generell sind wir gut ausgestattet.“ (Interview 13, 353)</i>	Kodiert werden nicht nur die verschiedenen Materialien und Hilfsmittel, die zur Beratung eingesetzt werden, sondern auch Kommentare zu den Vor- und Nachteilen, oder andere Besonderheiten, die mit den Materialien zusammenhängen.
B3: Informationen	Beschreibt, welche Informationen an Klient:innen als Teil der Beratungen vermittelt werden, wie zum Beispiel Informationen über die Risiken von mangelnder Hygiene beim IV Konsum.	<i>„Natürlich spricht man dann schon auch öfter über Abszesse und so, aber eigentlich sind die Viren im Vordergrund.“ (Interview 11, 59-60)</i>	Kodiert werden die Inhalte und Themen der Informationen, nicht die Art der Vermittlung.
B4: Form der Beratung	Mit Form der Beratung ist das Format gemeint, in dem die Informationen vermittelt werden, das „wie“ sozusagen, das können zum Beispiel das Einzelgespräch zwischen dem Klienten und dem Arzt sein, aber auch das Safer-Use-Gruppen-Setting.	<i>„Ich finde es quasi ein besseres Setting im Eins-zu-Eins mit einem Klienten zu reden. Auch wenn er zum Beispiel dann auch Fragen hat, die er sich vielleicht vor anderen nicht stellen traut, oder glaubt, er hat das falsch gemacht, dann ist das Einzel-Setting zwischen mir und einem Klienten deutlich geeigneter, als in einer größeren Gruppe.“ (Interview 10, 65-69)</i>	Kodiert werden nicht nur die verschiedenen Formen bzw. Formate, sondern auch Kommentare zu den Vor- und Nachteilen, oder andere Besonderheiten, die mit den Formaten verbunden sind.
B5: Hygienepraktiken der Klient:innen	Nennt spezifische Hygienepraktiken, die Klient:innen richtig oder falsch anwenden, und welche Faktoren im weiteren Sinne dies eventuell beeinflusst, wie zum Beispiel das Nicht-Verwenden von Alkohol-Tupfern oder die Verwendung des Alkohol-Tupfers zur Materialreinigung.	<i>„Naja, viele desinfizieren nach dem Stechen, zum Beispiel.“ (Interview 8, 128)</i>	Kodiert die konkreten Praktiken und nicht die Gründe, warum Klient:innen inadäquate Hygiene durchführen. Diese werden in C2 kodiert. Mythen zu Hygiene werden ebenfalls in C2 „Probleme der Klient:innen bei der Hygiene“ kodiert.

B6: Wissen zu bakteriellen Infektionen und Hygienepraktiken	Beschreibt, welches Wissen Klient:innen zum Thema Hygienepraktiken und bakterielle Infektionen und die Risiken haben, aber auch Unwissen und Mythen zum Thema IV Konsum, wie zum Beispiel die Einschätzung der Mitarbeiter:innen zum Wissensstand der Klient:innen bezüglich den Risiken unzureichender Hygiene beim IV Konsum.	<i>„..., also auf die möglichen Risiken wird immer, das wird immer propagiert, was passieren könnte. Und, das wissen auch Viele, ...“ (Interview 8, 296-297)</i>	Kodiert die Meinungen der Mitarbeiter:innen zum Wissen der Klient:innen, aber auch konkrete Aussagen zu falschem Wissen bzw. Mythen.
--	---	--	--

C: Probleme in der Beratung und der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
C1: Probleme in der Beratung	Nennt die Faktoren, die die Beratung von Klient:innen erschwert. Diese können persönliche, aber auch strukturelle oder organisatorische Faktoren sein, wie zum Beispiel keine Zeitressourcen für die Beratung oder Stigma in Bezug auf IV Konsum	<i>„Vor allem, weil das [IV Konsumieren] ein intimes Thema ist, und viele Klient:innen da nicht so gern, so offen darüber reden, ...“ (Interview 11, 23-24)</i>	Kodiert werden die Schwierigkeiten in der Beratung, die die Interviewpartner:innen nennen, aus ihrer Sicht und was sie denken, die Hürden von der Klient:innen-seite sind.
C2: Probleme der Klient:innen bei der Hygiene	Beschreibt die Gründe, warum jemand beim IV Konsum keine oder unzureichende Hygiene durchführt, wie zum Beispiel Unwissen oder erschwerter Zugang zu Material. Umfasst persönliche und strukturelle Ressourcen und Möglichkeiten, die Hygienepraktiken negativ beeinflussen.	<i>„Also ich kann auf der Straße nicht sauber konsumieren, also das geht nicht.“ (Interview 13, 232-233)</i>	Kodiert die Erfahrungen und Meinungen der Mitarbeiter:innen zu den Problematiken der Klient:innen Hygiene adäquat durchführen zu können.
C3: Erfahrungen mit Komplikationen	Als Komplikationen werden körperliche Beschwerden (vor allem bakterielle Infektionen) aufgrund des IV Konsums definiert, wie Abszesse oder Endokarditis.	<i>„... jeder [der Klient:innen] kennt irgendwen, der schon mal Endokarditis gehabt hat.“ (Interview 8, 299)</i>	Kodiert Stellen, wo die körperlichen Konsequenzen mangelnder Hygienepraktiken genannt werden, nicht die psychischen oder sozialen negativen Assoziationen mit dem IV Konsum. Diese werden in C1 kodiert.

D: Bedürfnisse der Mitarbeiter:innen und der Klient:innen

Unter-kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
D1: Bedürfnisse der Mitar- beiter:innen zu Beratung	Beschreibt die Faktoren, die für Mitarbeiter:innen die Beratung erleichtern bzw. ermöglichen. Dies umfasst persönliche und strukturelle Elemente, wie zum Beispiel Schulungen zum Thema Safer-Use für Mitarbeiter:innen, oder mehr Beratungsräume.	<i>„... mehr Zeitressourcen ... Und vielleicht auch einen eigenen Raum.“ (Interview 11, 33-36)</i>	Kodiert, was Mitarbeiter:innen fehlt, oder ihre Situation in Hinsicht auf Beratung begünstigen würde.
D2: Bedürfnisse der Klient:innen zu Beratung	Beschreibt die Bedürfnisse von Klient:innen in Hinsicht auf Beratung und welche Faktoren die Beratungssituation begünstigen können, wie z.B. eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Berater:in und Klient:in.	<i>„Und was auf alle Fälle förderlich ist, finde ich, ist eine Atmosphäre zu schaffen, wo auch dieser vertrauensvolle Rahmen gegeben ist.“ (Interview 13, 389-390)</i>	Kodiert nicht, wie die Beratung zustande kommt oder den Prozess (siehe Kategorie A3), sondern was die Mitarbeiter:innen glauben, für die Klient:innen wichtig ist.
D3: Bedürfnisse der Klient:innen zu Hygiene	Beschreibt die Bedürfnisse von Klient:innen in Hinsicht auf Hygiene und was eventuell noch benötigt wird, damit sie diese besser durchführen können. Z.B. mehr Zugang zu Waschmöglichkeiten.	<i>„Ja, aber es gibt halt nicht für alle dieselbe Lösung, ...“ (Interview 11, 185-186)</i>	Kodiert werden die Meinungen der Mitarbeiter:innen zu den Bedürfnissen der Klient:innen für die Umsetzung von Hygiene-Praktiken beim IV Konsum.
D4: Bedürfnisse der Klient:innen in der generellen Versorgung	Unter genereller Versorgung wird die Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im niederschweligen Setting verstanden. Die Versorgung bezieht sich auf Harm Reduction Leistungen, wie Spritzentauschmöglichkeiten, Beratung, etc. Hier werden die Meinungen zu eventuellen Versorgungslücken exploriert.	<i>„Also im öffentlichen Raum, einen Raum dafür [IV Konsum], der sauber ist, das ist, glaube ich, nicht vorhanden.“ (Interview 12, 242-243)</i>	Hier wird kodiert, was in der generellen Versorgung fehlt, um die in der Beratung empfohlenen Hygienepraktiken umsetzen zu können.

Verhaltensänderungstechniken (BCTs)

BCTs	Definition
1. Ziele und Planung:	
1.2 Problemlösung	Analyse der Faktoren, die das Verhalten beeinflussen, oder Aufforderung an die Person, diese zu analysieren, und die Entwicklung oder Auswahl von Strategien, die die Überwindung von Hindernissen und/oder die Erhöhung von Erleichterungen beinhalten.
1.4 Handlungsplanung	Aufforderung der detaillierten Planung der Durchführung des Verhaltens (muss mindestens einen der Punkte Kontext, Häufigkeit, Dauer und Intensität beinhalten). Der Kontext kann umweltbezogen (physisch oder sozial) oder intern (physisch, emotional oder kognitiv) sein.
4. Wissen formen:	
4.1 Anleitung, wie das Verhalten durchgeführt wird	Beratung oder Vereinbarung, wie das Verhalten durchgeführt wird.
5. Natürliche Konsequenzen	
5.1 Information über gesundheitliche Konsequenzen	Bereitstellung von Informationen (z. B. schriftlich, mündlich, visuell) über die gesundheitlichen Folgen der Durchführung des Verhaltens.
7. Assoziationen	
7.1 Aufforderungen/ Umgebungsreize	Einführen oder Definieren von Umwelt- oder sozialen Reizen, um das Verhalten zu veranlassen oder auszulösen. Die Aufforderung oder der Hinweis erfolgt normalerweise zum Zeitpunkt oder am Ort der Durchführung.
8. Wiederholung und Substitution	
8.1 Verhaltensübung und -probe	Aufforderung zum Üben oder Einüben des Verhaltens ein oder mehrere Male in einem Kontext oder zu einem Zeitpunkt, zu dem das Verhalten möglicherweise nicht erforderlich ist, um die Gewohnheit und die Fähigkeiten zu verbessern.
12. Wegbereiter	
12.1 Umstrukturierung des physischen Umfelds	Veränderung der physischen Umgebung oder Ratschläge zur Veränderung dieser, um die Ausführung des erwünschten Verhaltens zu erleichtern oder Hindernisse für das unerwünschte Verhalten zu schaffen.
12.5 Objekte in das Umfeld hinzufügen	Hinzufügen von Objekten in der Umgebung, um die Ausführung des Verhaltens zu erleichtern.