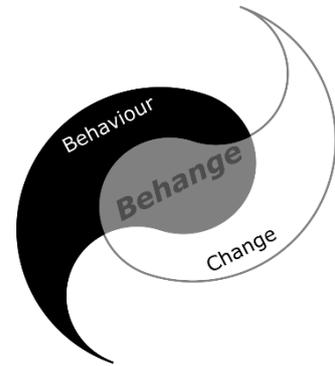


Behaviour Change **(«Behange»)**



Ein Projekt zur Förderung von Verhaltensänderungen bei
Menschen nach Schlaganfall

Masterarbeit – MAS in Ergotherapie, Neurologie

Malena Lötscher

S14639405

Departement Gesundheit, Institut für Ergotherapie, Weiterbildung

Modulverantwortliche: Astrid Koch

Begleitende Dozierende: Andrea Weise

Neurorehabilitation, Ergotherapie

Eingereicht am: 02.08.2023

Management Summary

Das «Behange Projekt» wurde als Praxisentwicklungsprojekt in der Ergotherapie in der stationären Neurorehabilitation im Spital Riggisberg implementiert. Die Zahl von Menschen mit einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung nimmt aufgrund der stark ansteigenden Weltbevölkerung und demografischen Alterung sowohl weltweit als auch in der Schweiz stetig zu. Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung sind aufgrund verloren gegangener Fertigkeiten häufig dazu gezwungen, ihren Lebensstil zu verändern. Ausserdem möchten viele Betroffene alte «ungesunde» Lebensgewohnheiten ablegen und sich auf neue «gesunde» Verhaltensweisen einlassen, um ein weiteres Ereignis verhindern zu können. Dabei fühlen sie sich während der Akut-Rehabilitation von Fachpersonen häufig alleine gelassen oder unzureichend begleitet. Denn, Verhaltensänderungen einzugehen und insbesondere aufrechtzuerhalten, stellt eine grosse Herausforderung dar. Im Ergotherapie-Team waren Fertigkeiten, um Betroffene bei Verhaltensänderungen adäquat zu begleiten, vor der Durchführung des Projektes unzureichend vorhanden. Ebenso bestand im Team die Ansicht, dass sich Betroffene in der Akut-Phase noch nicht mit Verhaltensänderungen auseinandersetzen wollen und können.

Das Projekt wurde als «Stabs-Projektorganisation» geplant und bis zum jetzigen Projektstand in dieser Organisationsform durchgeführt. Die Vorgesetzten als Auftraggeberinnen, die Steuergruppe, die Projektgruppe sowie das Ergotherapie-Team wirkten aktiv am Projekt mit. Es wurde in fünf Phasen mit insgesamt zehn Meilensteinen gegliedert. Das Projekt soll in einem Zeitraum von Anfang April 2022 bis Ende Oktober 2024 stattfinden.

Mit Hilfe der Projektgruppe wurde ein multimediales Dossier über Theorien, Modelle und Konzepte zu Verhaltensänderungen anschaulich zusammengestellt, sowie Arbeitsblätter für Schlaganfallüberlebende entworfen und in das Dossier inkludiert. Ebenso wurde ein Schulungsvideo auf der Basis von «Sketchnotes» über das multimediale Dossier entwickelt. Anhand des Dossiers und des Schulungsvideos wurde dem Ergotherapie-Team komplexes Fachwissen über Verhaltensänderungen einfacher zugänglich gemacht. Des Weiteren fanden zwei Schulungen im gesamten Ergotherapie-Team statt. Dadurch wurde ein adäquater Theorie-Praxis-Transfer gewährleistet und die Kompetenzen zu dieser Thematik im gesamten Team erweitert und gefestigt. Die Praktikabilität des Dossiers muss bis zum Abschluss der Einführungsphase Ende Oktober 2023 durch das Ergotherapie-Team evaluiert werden. Mit dem Projekt wurden bis zum jetzigen Projektstand die strategischen Ziele «Patientenorientierung» und «Erfolgsfaktor Mitarbeitende» der Institution erfolgreich verfolgt.

Inhaltsverzeichnis

1.	Abbildungsverzeichnis.....	V
2.	Tabellenverzeichnis.....	VI
3.	Einleitung	1
3.1	Problemstellung und Theoretischer Hintergrund.....	1
3.2	Fragestellungen	4
3.2.1	Fragestellung an die Literatur.....	4
3.2.2	Fragestellung an das Projekt.....	4
3.3	Projektumfeld	5
3.3.1	Institution / Setting.....	5
3.3.2	Ergotherapie	5
3.3.3	Strategien und Zielsetzungen der Institution.....	5
3.3.4	Multiprojektlandschaft.....	6
4.	Projektplanung	7
4.1	Zielsetzungen.....	7
4.1.1	Grobziele/ Leitziele.....	7
4.1.2	Feinziele.....	7
4.2	Projektnutzen	8
4.3	Projektrisiken	9
4.3.1	Allgemeine Risikoanalyse	9
4.3.2	Stakeholderanalyse.....	10
4.3.3	Ist-Zustand	11
4.4	Projektorganisation	13
4.4.1	Auftraggeberinnen.....	14
4.4.2	Steuergruppe	14
4.4.3	Projektleitung	14
4.4.4	Projektgruppe.....	15
5.	Methodisches Vorgehen.....	16
5.1	Systematische Literaturrecherche in Datenbanken	16

5.2	Fachbücher und Sekundärliteratur	18
5.3	Kritische Würdigung der verwendeten Studien	19
6.	Erkenntnisse aus der Literatur	21
6.1	Gewohnheiten/ Verhaltensänderung	22
6.2	Selbstmanagement	23
6.3	Sozialkognitive Theorie und Selbstwirksamkeitserwartung	23
6.4	Transtheoretisches Modell (TTM)	25
6.5	Motivierende Gesprächsführung	26
6.6	Das Rad der Verhaltensänderung, Theoretical Domains Framework (TDF) und Verhaltensänderungstechniken	26
6.6.1	Phase 1: Das Verhalten verstehen	28
6.6.2	Phase 2: Interventionsmöglichkeiten identifizieren	29
6.6.3	Phase 3: Inhalt identifizieren	29
7.	Multimediales Dossier inklusive Schulungsvideo	31
7.1	Aufbau und Inhalt des multimedialen Dossiers	31
7.1.1	Selbstwirksamkeitserwartung	32
7.1.2	Transtheoretisches Modell (TTM)	34
7.1.3	Motivierende Gesprächsführung	35
7.1.4	Das Rad der Verhaltensänderung	36
7.1.5	Vertiefte Theorieinputs für Fachpersonen	39
7.1.6	Kopiervorlagen	39
7.2	Schulungskonzept und Schulungsvideo	40
8.	Inhaltlicher Projektverlauf und Zielerreichung	43
8.1	Meilensteindefinitionen und Projektziele	43
8.2	Definitionsphase	44
8.2.1	Meilenstein 1 und 2: Projektskizze ist erstellt und genehmigt	44
8.3	Planungsphase	45
8.3.1	Meilenstein 3 und 4: Projektantrag ist fertiggestellt und genehmigt	45
8.4	Ausführungsphase	45

8.4.1	Meilenstein 5: Theorien und Konzepte für das Dossier sind festgelegt.....	45
8.4.2	Meilenstein 6: Dossier ist fertiggestellt	46
8.5	Einführungsphase	46
8.5.1	Meilenstein 7: Ergotherapie-Team ist geschult.....	46
8.5.2	Meilenstein 8: Abgabe Masterarbeit	47
8.5.3	Meilenstein 9: Jedes Teammitglied nutzt einmal das Dossier.....	47
8.5.4	Meilenstein 10: Fertigstellung des Projektberichtes und Klärung des weiteren Vorgehens	47
9.	Organisatorischer Projektverlauf	49
9.1	Projektkommunikation	49
9.2	Projektorganisation und -steuerung.....	50
9.2.1	Auftraggeberinnen.....	50
9.2.2	Steuergruppe	50
9.2.3	Projektleitung	50
9.2.4	Projektgruppe.....	51
10.	Projektevaluation.....	52
10.1	Reflexion	52
10.1.1	Projektrisiken	52
10.1.2	Projektorganisation	53
10.1.3	Methodisches Vorgehen.....	53
10.1.4	Ergebnisse	54
10.1.5	Projektverlauf	54
10.2	Projektaufwand und -kosten.....	55
10.3	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	57
11.	Literaturverzeichnis	VII
12.	Anhang.....	XV
I.	Eigenständigkeitserklärung	XV
II.	Bewilligung Projektantrag.....	XVI
III.	Einverständniserklärung zur Aufhebung der Anonymität	XVII

IV.	Fragebogen inklusive Antworten	XVIII
V.	Allgemeine Risikoanalyse	XXI
VI.	Stakeholderanalyse.....	XXII
VII.	Einfluss und Interesse der Stakeholderanalyse	XXIV
VIII.	Multiprojektlandschaft, Sensitivitätsanalyse nach Vester	XXVI
IX.	CASP	XXVIII
X.	AICA-Raster	XXXI
XI.	Projektstrukturplan	XXXIV
XII.	Detaillierter Zeitplan	XXXV
XIII.	Detaillierte Kostenschätzung	XXXVIII
XIV.	Suchbegriffsprotokoll.....	XL
XV.	Suchmatrix	XLI
XVI.	Taxonomie der Verhaltensänderungstechniken.....	XLVIII

1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Projektorganisation	13
Abbildung 2: Selektionsprozess während der systematischen Literaturrecherche	18
Abbildung 3: Die Quellen der «Selbstwirksamkeitserwartung»	24
Abbildung 4: Das «Rad der Verhaltensänderung» und das «TDF».....	27
Abbildung 5: Prozess von Verhaltensänderungen	27
Abbildung 6: «COM-B» Modell	28
Abbildung 7: Hinweise zu Theorieinputs, Kopiervorlagen und weiterführende Literatur	32
Abbildung 8: Stufen des «TTM's» und Therapieempfehlungen.....	35
Abbildung 9: Skala zur Erfassung der «Selbstwirksamkeitserwartung» und Interventionsinhalte	36
Abbildung 10: Verknüpfung zwischen «COM-B», «TDF» und Interventionsfunktionen	37
Abbildung 11: Verknüpfung zwischen Interventionsfunktionen und «BCTs» inklusive Therapieempfehlungen.....	38
Abbildung 12: Ausschnitt aus dem Schulungsvideo.....	41
Abbildung 13: Kurzform Zeitplan	43

2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zusammenfassung Fragebogen	11
Tabelle 2: Einschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien	16
Tabelle 3: Einstufung der Güte	17
Tabelle 4: Sach- und Fachbücher inklusive Beschreibung.....	19
Tabelle 5: Übersicht der Hauptstudien und -reviews.....	21
Tabelle 6: Die sieben Schlüsselprinzipien des «Bridges-Programms» und Therapieempfehlungen.....	33
Tabelle 7: Meilensteindefinitionen und Projektziele	43

3. Einleitung

„Change will not come if we wait for some other person or if we wait for some other time. We are the ones we've been waiting for. We are the change that we seek.“ (Obama, 2008)

Die Autorin dieser Arbeit hat während ihrer Tätigkeit als diplomierte Ergotherapeutin mit neurologisch erkrankten Menschen die Erfahrung gemacht, dass das Annehmen von neuen Verhaltensweisen vielen Betroffenen schwerfällt. Allein die Einsicht, dass alte Verhaltensmuster nicht mehr gleich ausgeführt werden können wie vor der Erkrankung, fehlt häufig. Viele Betroffene gelangen mit dem Wunsch, Hilfe bei der Umsetzung von Verhaltensänderung in den Alltag zu erhalten, an die Fachpersonen im Gesundheitswesen. Einige werden durch das Ereignis auch «wachgerüttelt» und möchten gerne einen gesünderen Lebensstil annehmen, da sie auf keinen Fall ein weiteres Ereignis erleben möchten. Diese Erfahrungen decken sich mit aktueller Literatur, beispielsweise mit Mälstam et al. (2022). Diese Betroffenen wünschen sich, bereits während der Akut-Rehabilitation, Unterstützung von Fachpersonen zu erhalten, um neue Lebensweisen und Gewohnheiten erfolgreich in ihren Alltag zu integrieren.

3.1 Problemstellung und Theoretischer Hintergrund

Die Weltbevölkerung wächst stetig an und die demografische Alterung, insbesondere in entwickelten Ländern, stellt die Gesellschaft vor neue Herausforderungen (World Health Organization [WHO], 2014). Die folgenden Fakten in diesem Abschnitt zur Situation in der Schweiz beruhen auf den Statistiken des Bundesamts für Statistik [BFS] (2022). Auch die Zahl der Schweizer Wohnbevölkerung steigt kontinuierlich. Von 1990 bis ins Jahr 2020 wuchs die Wohnbevölkerung um 28%. Auch die demografische Alterung ist ein Phänomen, welches in der Schweiz bereits seit über 100 Jahren andauert und die Bevölkerungsstruktur auch zukünftig stark prägen wird. Aufgrund der Bevölkerungszunahme und -alterung nehmen wiederum Leiden, wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, zu denen Schlaganfälle, Bluthochdruck und ein zu hoher Cholesterinspiegel gezählt werden, stellen den dritthäufigsten Hospitalisierungsgrund und die häufigste Todesursache in der Schweiz dar. Seit dem Jahr 2002 ist die Zahl an Spitäleinweisungen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen um 22% gestiegen. Im Jahr 2019 wurden in der Schweiz 67'351 Männer und 49'766 Frauen aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung hospitalisiert, davon sind 9'114 Männer und 10'787 Frauen gestorben. Ein Anstieg der Hospitalisierungen hat wiederum zur Folge, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz ansteigen.

Global betrachtet, ist die Zahl der «disability-adjusted life-years» (Lebensjahre mit Behinderung) aufgrund von neurologischen Erkrankungen seit den letzten 30 Jahren um

15% gestiegen (Feigin et al., 2020). Denn neurologische Erkrankungen haben in den meisten Fällen ausschlaggebende Auswirkungen auf den Alltag von Betroffenen (Feigin et al., 2020). Ein Schlaganfall beispielsweise, ist ein plötzliches gesundheitliches Ereignis, welches erhebliche Auswirkungen auf die Betroffenen und deren persönliches Umfeld haben kann (Ekstam et al., 2011). Durch einen Schlaganfall können kognitive, körperliche, sprachliche und emotionale Fertigkeiten und Fähigkeiten verloren gehen (Walder & Molineux, 2017; Wassenius et al., 2022). Obwohl ein Schlaganfall akut auftritt, hat er in den meisten Fällen längerfristige Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und ist einer der Hauptursachen für bleibende Einschränkungen im Alltag und auf die Selbstständigkeit (Norrving et al., 2018). Menschen nach einem erlittenen Schlaganfall sind meist längerfristig gezwungen, alte Gewohnheiten und Lebensweisen abzulegen und sich auf neue Verhaltensweisen einzulassen und anzunehmen (Walder & Molineux, 2017; Wassenius et al., 2022). Während der Akut-Rehabilitation liegt der Behandlungsschwerpunkt auf dem Wiedererlangen von verlorenen Fertigkeiten (Jones et al., 2013). Betroffene haben dabei jedoch auch mit dem Verlust dieser Fertigkeiten und ihrer eigenen Betätigungsidentität zu kämpfen (Wassenius et al., 2022). Dieser Thematik wird in der Akut-Phase meistens zu wenig Beachtung geschenkt (Jones et al., 2017). Viele Fachkräfte im Gesundheitswesen haben dabei das Gefühl, dass betroffene Menschen in dieser Phase noch nicht bereit sind, sich der Tatsache zu stellen, dass sie ihr Leben umstellen müssen (Feigin et al., 2020). Des Weiteren fehlen im akuten Setting meistens die Zeit und Ressourcen, um diese Problematik anzugehen (Feigin et al., 2020). Jedoch fühlen sich viele Patient:innen am Ende ihrer stationären Rehabilitation mit dem Management ihres veränderten Lebens allein gelassen und sind danach noch lange auf externe Hilfe angewiesen (Jones et al., 2017). Es ist unbedingt notwendig, dass bereits während der Akutversorgung, nebst dem Training von kognitiven, physischen und/ oder sprachlichen Fertigkeiten, auch die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen und Selbstmanagement-Strategien thematisiert werden (Brouwer-Goossensen et al., 2021; Elf et al., 2022; Jones et al., 2017; Wolf et al., 2016).

Neurologische Erkrankungen erfordern somit ein effektives Selbstmanagement, um während der Beteiligung an Aktivitäten des täglichen Lebens, die Symptome und die körperlichen und psychosozialen Folgen eines Schlaganfalles zu bewältigen (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2015). Beim Selbstmanagement geht es darum, das eigene Leben selbst «in die Hand zu nehmen» und den eigenen Zustand selbst zu managen, statt davon beherrscht zu werden (AOTA, 2015). Selbstmanagement wird als wirksamer Ansatz für den Umgang mit chronischen Erkrankungen anerkannt, indem Patient:innen befähigt werden, ihre Erkrankungen zu verstehen und Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen (National Institutes of Health [NIH], 2010). Die ergotherapeutische Arbeitsweise der Klientenzentrierung ist ideal, um das Selbstmanagement bei Betroffenen zu unterstützen

(AOTA, 2015). In der Schweiz gibt bis anhin kein Weiterbildungsangebot für Ergotherapeut:innen, welches Verhaltensänderungen im Schlaganfallbereich thematisiert (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2022).

Aufgrund der zuvor genannten Problematik des Anstiegs der gesamten Weltbevölkerung und des Phänomens der demografischen Alterung und des daraus resultierenden Aufwärtstrends der Zahlen von Menschen mit neurologischen Erkrankungen, sollten während der Rehabilitation von Schlaganfallüberlebenden unbedingt auch die Relevanz eines gesunden Lebensstils und präventive Massnahmen vermehrt an Bedeutung gewinnen. Dies deckt sich mit den Gesundheits-Zielen und Strategien der WHO (2013):

- Reduzierung von nicht-übertragbaren Krankheiten sowie chronischen Erkrankungen
- Das Selbstmanagement von Gesundheit
- Das Streben nach allgemeiner Gesundheit und Wohlbefinden (WHO, 2013)

Ergotherapeut:innen können einen wichtigen Teil beim Erreichen der WHO-Ziele und -Strategien einnehmen (Dahl-Popolizio et al., 2018).

Das Ablegen von bekannten Gewohnheiten, sich auf Neues einlassen und dies in den Alltag zu integrieren, ist ein langwieriger Prozess und auch für Menschen ohne neurologische Erkrankung nicht einfach (Siebert, 2012). Gesunde Lebensgewohnheiten, welche Risikofaktoren für einen Schlaganfall oder eine Hirnblutung reduzieren, in den Alltag zu integrieren und insbesondere aufrechtzuerhalten, stellt eine grosse Herausforderung dar (Mälstam et al., 2022; Patomella et al., 2021).

Viele Fachpersonen sowie auch die Ergotherapeut:innen in Riggisberg fühlen sich bei der adäquaten Begleitung von Verhaltensänderungen zu wenig kompetent. Das Fokusgruppeninterview mit vier Mitgliedern aus dem Ergotherapie-Team ergab, dass vor allem das Wissen und wichtige Fertigkeiten, um Betroffene adäquat bei Verhaltensänderungen zu begleiten, mangelhaft sind oder sogar fehlen. Auch der Transfer des Fachwissens in die Praxis fehlt ihnen dabei. Die Begleitung von Verhaltensänderungen erfordert vertiefte Kenntnisse in theoriegestützten Methoden (Kählin & Haglund, 2022). Teammitglieder finden es wichtig, die Notwendigkeit von Verhaltensänderungen mit Betroffenen, während der Rehabilitation, zu thematisieren. Ein mangelndes Zeitbudget wurden dabei als grösste Herausforderung genannt, um Verhaltensänderungen und auch daraus resultierende Selbstmanagement-Strategien bei Patient:innen anzugehen. Insbesondere bei Betroffenen, welche schwerwiegende körperliche, sprachliche und/ oder kognitive Defizite aufweisen, stünden viele andere Behandlungsschwerpunkte im Vordergrund. Ausserdem gaben die Interviewteilnehmenden an, dass viele Betroffene noch gar nicht dazu bereit sind, sich der Tatsache zu stellen, dass eine Rückkehr zum früheren

Lebensstil eher unwahrscheinlich ist. Dies deckt sich mit therapeutischen Erfahrungen im stationären neurologischen Setting (Nedbal, 2011). Die Interviewteilnehmenden waren sich einig, dass ein strukturiertes schriftliches Dossier über verschiedene Konzepte und Theorien zu «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» hilfreich wäre, um die Thematik mit Betroffenen in der Therapie anzugehen. Auch wiederkehrende Schulungen dazu empfinden sie als sinnvoll. Ein weiterer wichtiger Punkt, welcher während des Interviews mehrmals genannt wurde, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Teilnehmenden sehen es als äusserst wichtig, dass im interdisziplinären Team das Bewusstsein dieser Angelegenheit gefördert wird und dass dabei auch die Zusammenarbeit eine wichtige Rolle spielt. Dabei spielt auch die Ärzteschaft eine wichtige Rolle. Denn diese muss den Auftrag erteilen, damit Verhaltensänderungen und Selbstmanagement-Strategien während der Therapie mit Betroffenen thematisiert werden dürfen. Durch die Erarbeitung von Strategien im Energiemanagement von Menschen mit einer Fatigue hat die Ergotherapie eine neue Rolle eingenommen und an neuem Stellenwert gewonnen. Dies wird von der Ärzteschaft respektiert und wertgeschätzt. Da das «Behange Projekt» einen ähnlichen Behandlungsansatz verfolgt, kann dies die Akzeptanz des Projekts begünstigen. In der Ergotherapie im Spital Riggisberg gibt es bis anhin kein strukturiertes Dossier über Theorien und Konzepte zu Verhaltensänderungen. Ausserdem gibt es bis dato keine Schulungen für das Ergotherapie-Team, mit welchen ein angemessener Theorie-Praxis-Transfer gewährleistet werden kann. Des Weiteren ist die Dringlichkeit der Thematisierung von Verhaltensänderungen in der Therapie im Ergotherapie-Team unzureichend vertreten.

3.2 Fragestellungen

Ausgehend von der Problemstellung wurden die folgenden Fragestellungen formuliert.

3.2.1 Fragestellung an die Literatur

Wie kann die Ergotherapie, basierend auf aktuellem Fachwissen, Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung bei einer Verhaltensänderung unterstützen?

3.2.2 Fragestellung an das Projekt

Wie kann komplexes Fachwissen zu Verhaltensänderungen an das Ergotherapie-Team übermittelt werden? Wie können die Teammitglieder ihr «Wissen», ihre «Haltung» und ihre «Kompetenzen» bezüglich Verhaltensänderungen in der Akut-Phase nachhaltig verbessern?

3.3 Projektumfeld

3.3.1 Institution / Setting

Das «Behange Projekt» wird in der universitären Neurorehabilitation im Spital Riggisberg durchgeführt. In der neurorehabilitativen Abteilung werden Patient:innen im stationären Setting betreut. Die Abteilung verfügt seit September 2016 über 35 Betten. Von Juli bis Oktober 2022 wurde die Neurorehabilitation schrittweise auf insgesamt 45 Betten vergrössert. Das interdisziplinäre Neurorehabilitations-Team betreut Patient:innen mit Schädelhirnverletzungen, Hirnblutungen, Schlaganfällen, Hirnentzündungen, Sauerstoffmangeln oder Tumoroperationen. Zudem bietet es stationäre Behandlungen für Menschen, die an Multiple Sklerose (MS) oder einer Post-Covid-Erkrankung leiden. Die Aufenthaltsdauer beträgt normalerweise zwischen zwei Wochen und drei Monaten, in seltenen Fällen aber auch bis zu sechs Monaten. Das interdisziplinäre Team besteht aus folgenden Fachbereichen: Pflegefachpersonen, Ärzteschaft, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, Sozialdienst, Seelsorger (nur bei Indikation), Hunde Therapie (nur bei Indikation).

3.3.2 Ergotherapie

Am Standort Riggisberg sind momentan neun Ergotherapeut:innen angestellt (die PL ist dabei nicht mitgerechnet). Sie decken jedoch nur 715 der bewilligten 720 Stellenprozenten ab. Wegen eines Unfalls einer Vorgesetzten, fehlen zur Zeit weitere 20 Stellenprozent. Aufgrund ihrer Kündigung arbeitet die PL des «Behange Projektes» seit Februar 2023 nicht mehr am Durchführungsort des Projektes.

Das Hauptziel der Ergotherapie in der stationären Neurorehabilitation ist es, Menschen nach einer Hirnverletzung zu befähigen, für sie bedeutungsvolle und zweckdienliche Aktivitäten des täglichen Lebens wieder auszuführen. Sie werden dadurch unterstützt, in ihren persönlichen Alltag zurückzukehren. Die therapeutischen Aktivitäten können folgende Inhalte umfassen: Körperpflege, Essen, Aktivitäten in der Küche, im Haushalt, im Garten oder in der Werkstatt, Arbeiten am Computer, Mobilität im und ausser Haus, Freizeitgestaltung, Anpassen der Tagesstruktur an veränderte Lebensumstände, Belastungssteigerung im Alltag, Erproben von spezifischen Fertigkeiten für das Berufsleben (Insel Gruppe, 2020).

3.3.3 Strategien und Zielsetzungen der Institution

Die Institution, in welcher das «Behange Projekt» implementiert wird, beschreibt ihre strategischen Ziele folgendermassen: „Patientenorientierung, Qualitätsführerschaft, Erfolgsfaktor Mitarbeitende, Digitale Medizin, Innovation in Diagnostik und Therapie sowie

Alter und Gesundheit.“ (Insel Gruppe, 2020). Mit dem «Behange Projekt» werden zwei dieser Unternehmensstrategien verfolgt:

- Patientenorientierung: „Wir optimieren unsere Dienstleistung unter kontinuierlicher Berücksichtigung der Bedürfnisse unserer Patient:innen sowie ihrer Angehörigen.“
- Erfolgsfaktor Mitarbeitende: „Unsere Mitarbeitenden und deren Fachexpertise sind die wichtigsten Erfolgsfaktoren der Institution.“ (Insel Gruppe, 2020)

3.3.4 Multiprojektlandschaft

Die Analyse der Multiprojektlandschaft (siehe Anhang VIII) ergab, dass das «Behange Projekt» im Vergleich zu anderen Projekten in der Institution eine eher niedrige Aktivsumme aufweist. Dies bedeutet, dass es nur wenig Einfluss auf die Durchführung parallel laufender Projekte hat. Jedoch weist das «Behange Projekt» unter allen Projekten die höchste Passivsumme auf. Dadurch läuft das Projekt Gefahr, stark von anderen Projekten abhängig zu sein. Das «Behange Projekt» zeigt während der Einführungsphase Schnittstellen mit fünf weiteren Projekten. Der Ausbau der Neurorehabilitation ist grösstenteils erfolgreich abgeschlossen und fordert deutlich weniger Ressourcen als noch während der Planungsphase des «Behange Projektes». Die Einführung eines neuen Abrechnungs- und Dokumentationssystem hat bereits begonnen und wird in naher Zukunft enorm viel Ressourcen binden. Dieses Projekt hat in Riggisberg höchste Priorität. Die Gefahr besteht, dass bei erneuten Personal-Engpässen, das «Behange Projekt» in den Hintergrund gerät und Ressourcen abgezogen werden müssen. Basierend auf dieser Analyse wird das «Behange Projekt» so terminiert, dass es sich nicht mit dem ressourcenintensivsten Zeitraum des Projekts mit der höchsten Aktivsumme ("Einführung neues Dokumentationssystem") überschneidet. Das Projekt «interdisziplinäres Fatigue-Management» wurde bereits gut in die Institution integriert und nimmt zukünftig wenig Ressourcen ein. Die «Bachelor-Arbeit/ Projektwerkstatt» von Studierender der ZHAW wurde im Mai 2023 erfolgreich abgeschlossen und benötigt keine Ressourcen mehr. Das neu anstehende Projekt «Schwindel» könnte zukünftig mehr Ressourcen in Anspruch nehmen und eine Gefahr für die erfolgreiche Umsetzung des «Behange Projektes» darstellen.

4. Projektplanung

4.1 Zielsetzungen

In den folgende beiden Unterkapiteln werden die Grobziele und die Feinziele, unterteilt in Output und Outcome, des «Behange Projektes» dargestellt.

4.1.1 Grobziele/ Leitziele

- Das gesamte Ergotherapie-Team kennt bis im Oktober 2024 die Relevanz von Verhaltensänderungen und deren Therapiemöglichkeiten bei Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung.
- Das gesamte Ergotherapie-Team wendet das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» bis im Oktober 2024 in der Therapie an.
- Patient:innen mit einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung sind bis Ende Oktober 2024 mit der Begleitung von Verhaltensänderungen durch das Ergotherapie-Team zufrieden.

4.1.2 Feinziele

Output

- a. Bis Ende Februar 2023 ist die Literaturrecherche abgeschlossen sowie Empfehlungen von Expertinnen und Experten aus Fach- und Sachbüchern sind eingeholt und Theorien/ Konzepte zu Verhaltensänderungen sind gebündelt und sortiert.
- b. Bis Ende Mai 2023 ist das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» inklusive Arbeitsblätter für die Anwendung mit Betroffenen erstellt.
- c. Bis Ende Mai 2023 ist ein Schulungsvideo über das multimediale Dossier für das Ergotherapie-Team entwickelt.
- d. Bis Ende Juli 2023 wird das gesamte Ergotherapie-Team in «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» geschult, sodass jedes Teammitglied das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» in der Therapie selbstständig anwenden kann.
- e. Bis Anfang Oktober 2023 nutzt jedes Ergotherapie Mitglied während der Therapie mindestens einmal das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten».

- f. Bis Ende Oktober 2023 wird das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» vom gesamten Ergotherapie-Team auf seine Praktikabilität evaluiert und gegebenenfalls angepasst.

Outcome

- g. Bis nach der Einführungsphase Mitte Oktober 2023 hat sich das gesamte Ergotherapie-Team Wissen über «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» angeeignet.
- h. Bis Ende Oktober 2024 sind alle Teammitglieder des Ergotherapie-Teams mit dem multimedialen Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» und dem dazugehörigen Schulungsvideo zufrieden und motiviert Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung bei Verhaltensänderungen zu begleiten.
- i. Bis Ende Dezember 2024 fühlt sich jedes Mitglied des Ergotherapie-Teams sicher Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung bei Verhaltensänderungen zu begleiten.

4.2 Projektnutzen

Durch eine erfolgreiche Wissensweitergabe von evidenzbasierten Theorien und Konzepten zu «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» soll eine Kompetenzentwicklung des gesamten Ergotherapie-Teams auf der Ebene «Wissen» erzielt werden. Durch die dadurch erzielte Sensibilisierung der Thematik soll wiederum eine Veränderung in der «Haltung» bei allen Teammitgliedern erzielt werden. Mit Hilfe von internen Schulungen durch die Projektleitung (PL) sollen die Fertigkeiten zu «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» von jedem Teammitglied etabliert und gestärkt werden. Ein strukturiertes, multimediales Dossier über evidenzbasierte Theorien und Konzepte, bestehend aus Texten, anschaulichen Tabellen und Grafiken, sowie Arbeitsblättern für Patient:innen, soll dem Ergotherapie-Team ein nachhaltiger Transfer des neu erworbenen Wissens in die Praxis gewährleisten. Ein anschauliches Schulungsvideo über das multimediale Dossier und den darin enthaltenen Theorien soll den Theorie-Praxis-Transfer im Ergotherapie-Team weiter begünstigen. Das Schulungsvideo kann jederzeit von jedem Teammitglied angeschaut werden und dadurch innerhalb kurzer Zeit Wissen aufgefrischt werden. Ausserdem kann das Schulungsvideo genutzt werden, um neue Mitarbeitende auf einfache Art und Weise zu schulen. Auch mit Hilfe der geplanten regelmässigen Intervisionen zum Thema «Verhaltensänderungen» soll das gewonnen Wissen durch das «Behange Projekt» im Ergotherapie-Team aufrechterhalten und weiter gefestigt werden. Mit Hilfe der Schulungen, des multimedialen Dossiers und des Schulungsvideos festigt und erweitert das Team stetig seine Kompetenzen, theoretisches Wissen erfolgreich in der Therapie umzusetzen. Da das

multimediale Dossier auf aktueller Literatur basiert, wird ausserdem ein evidenzbasiertes Therapiemittel für Menschen nach Schlaganfall in die Institution implementiert. Dadurch ist die Qualitätssicherung der ergotherapeutischen Behandlungen längerfristig gewährleistet. Durch die Kompetenzerweiterung des gesamten Ergotherapie-Teams fühlen sich Betroffene beim Eingehen und bei der Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen adäquat begleitet, wodurch deren Wohlbefinden und Lebensqualität gesteigert werden kann. Das «Behange Projekt» bewirkt somit einen Mehrwert sowohl für die behandelnden Ergotherapeut:innen als auch für die Patient:innen. Dadurch ist eine Deckung mit den institutionellen Zielen «Patientenorientierung» sowie «Erfolgsfaktor Mitarbeitende» garantiert (Insel Gruppe, 2020).

Auch die berufspolitische Ebene kann durch das «Behange Projekt» gestärkt werden. Das Projekt zeigt die Wichtigkeit auf, Verhaltensänderungen bei Menschen nach einem Schlaganfall anzugehen. Die ergotherapeutische Berufsgruppe stellt mit ihrem holistischen Ansatz sowie ihrem Fachwissen über Betätigungen und Gewohnheiten, eine äusserst wichtige Rolle dar, diese Thematik anzugehen (Lau et al., 2022; Mälstam et al., 2022).

4.3 Projektrisiken

4.3.1 Allgemeine Risikoanalyse

Die allgemeine Risikoanalyse (siehe Anhang V) ergab, dass die Personal-Engpässe im Ergotherapie-Team sowie die Kündigung der PL auf Ende Januar 2023 ein grosses Risiko für die Umsetzung und Durchführung des «Behange Projektes» darstellten. Die daraus resultierenden knappen Zeit- und Personalressourcen verlangen eine gut durchdachte Planung des Projektes. Wichtig dabei ist ein gutes Controlling und ein rechtzeitiges Eskalieren, damit allfällige Korrekturen frühzeitig eingeleitet werden können. Daher wurden Arbeitspakete, bei welchen die Projektgruppenmitglieder involviert sind, nicht in den Monat Februar 2023 geplant, da während dieser Zeit die Personalressourcen sehr knapp waren. Da es durch den Weggang einer Aushilfe und aufgrund einer Schwangerschaft im Ergotherapie-Team ab Oktober 2023 zu weiteren personellen Engpässen kommen wird, soll mit der Vorgesetzten in der Steuergruppe das weitere Vorgehen abgesprochen werden. Sie soll die Verantwortung übernehmen, dass regelmässig Interventionen zum Thema «Verhaltensänderungen» stattfinden, damit das erlernte Fachwissen und die gewonnenen Fertigkeiten durch das «Behange Projekt» im Ergotherapie-Team erhalten bleiben. Auch die Vergrösserung der Neurorehabilitation seit Juli 2022 und die daraus entstandenen Neustrukturierungen haben viel Unruhe ins gesamte Ergotherapie-Team und ins interdisziplinäre Team gebracht. Diese Neustrukturierung wurde jedoch bis im Frühling 2023 grösstenteils erfolgreich in die Institution implementiert und stellt kein grosses Risiko mehr

für die erfolgreiche Umsetzung des «Behange Projektes» dar. Ausserdem steht auch die intensive Einführung eines neuen Abrechnungs- und Dokumentationssystems kurz bevor, wodurch das Risiko besteht, dass das Team für weitere Neuerungen unempänglich ist. Daher wurde die intensive Einführungszeit des «Behange Projektes» so geplant, dass sich diese nicht mit der intensiven Einführungszeit des neuen Dokumentationssystems, welche ab Januar 2023 startet, überschneidet. Es besteht zudem die Gefahr, dass die stets steigende Arbeitsbelastung aufgrund von Personal-Engpässen negative Auswirkungen auf die Motivation des Ergotherapie-Teams haben kann. Ausgeklügelte Kommunikationsweisen (Team während Teamsitzungen und mit Hilfe von E-Mails gut informiert halten) sollen diese Risiken minimieren. Ausserdem wurde frühzeitig vor dem Start des Projektes mit dem gesamten Ergotherapie-Team inklusive der beiden Vorgesetzten geklärt, ob das Interesse, das Projekt, trotz Kündigung der PL, durchzuführen, überhaupt noch besteht. Dies wurde bereits während einer Teamsitzung im November 2022 gemacht und das gesamte Ergotherapie-Team zeigt weiterhin grosses Interesse und Motivation das «Behange Projekt» umzusetzen. Falls die Wissensvermittlung und der Theorie-Praxis-Transfer nach den zwei geplanten Schulungen unzureichend sind, wird in Absprache mit den Vorgesetzten eine weitere Schulung im Rahmen der internen Weiterbildung geplant. Des Weiteren soll das gesamte Team in Entscheidungen miteinbezogen werden, um die Motivation für das Projekt aufrechtzuerhalten und Bedürfnisse und Bedenken aller Teammitglieder stets berücksichtigen zu können.

4.3.2 Stakeholderanalyse

Die wichtigsten Stakeholder im «Behange Projekt» stellen die beiden Vorgesetzten und das Ergotherapie-Team dar. Diese beiden Gruppen sind dem «Behange Projekt» gegenüber positiv eingestellt und haben ein hohes Interesse sowie einen hohen Einfluss darauf. Dies erfordert eine intensive Betreuung. Die Ärzteschaft hat ein mittleres Interesse und einen mittleren Einfluss auf das Projekt. Diese Stakeholdergruppe muss über das «Behange Projekt» aufgeklärt und für die Thematik sensibilisiert werden. Dadurch wird ihnen die Relevanz dafür bewusst gemacht, damit sie Ergotherapie Einheiten verordnen, um die Thematik mit Betroffenen angehen zu können. Sie muss bei der Umsetzung des «Behange Projektes» in das Ergotherapie-Team nicht in Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden. Falls das «Behange Projekt» im Rahmen eines weiteren Teilprojektes auf das interdisziplinäre Team ausgeweitet werden soll, nimmt die Ärzteschaft bezüglich Entscheidungen eine wichtige Rolle ein. Patient:innen, Angehörige und das interdisziplinäre Team haben einen geringen Einfluss darauf, wie das Projekt umgesetzt wird. Das Interesse dieser Stakeholder am Endergebnis ist zwar sehr gross, jedoch nicht am

Verlauf des Projekts. Deshalb werden sie «nur» als Beobachter eingestuft. Die Stakeholderanalyse ist in Anhang VI und VII ersichtlich.

4.3.3 Ist-Zustand

Um zu Beginn des Projektes im Januar 2023 den «Ist-Zustand» des gesamten Ergotherapie-Teams bezüglich «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» zu erfassen, wurde von der von der PL ein Fragebogen erarbeitet (siehe Anhang IV).

Sie entschied sich bei der Erarbeitung des Fragebogens einerseits für geschlossene und halboffene Fragen, andererseits auch für offenen Fragen. Die offenen Fragen wurden hinzugezogen, um zu verhindern, dass die Teammitglieder voreingenommen oder durch die Meinung der PL beeinflusst, antworten. Dadurch konnten Meinungen der anderen Teammitglieder unvoreingenommen mit denjenigen der PL abgestimmt werden oder weitere Ideen und Aspekte evaluiert werden, welche die PL bislang nicht berücksichtigt hatte. Das gesamte Ergotherapie-Team hatte vom 05.01.2023 bis 20.01.2023 Zeit den Fragebogen auszufüllen. Von den acht Teammitgliedern haben alle den Fragebogen termingerecht ausgefüllt. Die PL fasste die Antworten des Fragebogens bis Ende Januar 2023 zusammen. Die Übersicht davon ist in Tabelle 1 dargestellt. Der Fragenbogen mit den detaillierten Antworten ist im Anhang IV einsehbar.

Tabelle 1: Zusammenfassung Fragebogen

Fragen	Zusammenfassung der Antworten
Sollen Verhaltensänderungen mit Patient:innen während der Akut-Phase (in Riggisberg) thematisiert werden (nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung)?	Alle Teammitglieder haben diese Frage mit «Ja» beantwortet. Die Hälfte des Teams merkte an, dass die Betroffenen jedoch auch bereit sein müssen für eine Verhaltensänderung, um diese während der Therapie zu thematisieren.
Hast Du dafür genügend Zeit während der Therapie?	Ein Grossteil des Teams geht davon aus, dass zu wenig Zeit besteht, die Thematik während der Therapie zu berücksichtigen. Insbesondere bei schwer betroffenen Individuen.
Wie sicher fühlst du dich während der Zusammenarbeit mit Patient:innen, bei welchen du eine Verhaltensänderung begleiten möchtest?	Ein Grossteil des Teams fühlt sich dabei «eher unsicher».
Wie zufrieden bist du mit den aktuellen Unterlagen, welche wir dazu haben (SelMa)?	Die Hälfte des Teams ist mit den momentanen Unterlagen «zufrieden» und die andere Hälfte ist «eher unzufrieden».
Wie beurteilst du die Wichtigkeit der folgenden möglichen Dossier-Inhalte?	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr wichtig: <ul style="list-style-type: none"> ○ Theoretische Grundlagen zum Umgang mit Verhaltensänderungen ○ Aufgaben-Bögen für Patient:innen • Wichtig: <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturierte Konzepte/ Leitfäden/ Behandlungsansätze ○ Unterlagen für Angehörige ○ Weiterführende Literatur • Eher wichtig: <ul style="list-style-type: none"> ○ Assessments

	<ul style="list-style-type: none"> Wichtig/ eher wichtig (60%); eher unwichtig/ unwichtig (40%): <ul style="list-style-type: none"> Videos
Hast du weitere Wünsche / Anregungen / Vorschläge, die im Dossier unbedingt behandelt werden sollten?	<ul style="list-style-type: none"> Hintergrundinformationen für Patient:innen Evaluationsbogen zur Umsetzung nach einer gewissen Zeit (von Patient:innen ausgefüllt) Austausch von Betroffenen fördern, um sich gegenseitig Mut zu machen
<ul style="list-style-type: none"> Wie kann sichergestellt werden, dass sich alle Teammitglieder die Schulungsinhalte aneignen können? Wie kann sichergestellt werden, dass das Fachwissen zu dieser Thematik bei allen Teammitgliedern langfristig gesichert und aktuell gehalten werden kann? 	<ul style="list-style-type: none"> Detailliertes schriftliches Dossier zur Thematik (Ordner mit Informationen, Materialien, etc. anlegen) Aufnahme (Video) der Weiterbildung und genügend Zeit erhalten (sollen fix von Vorgesetzten eingeplant werden), um sich in die Unterlagen einlesen zu können regelmässige Weiterbildungen im Team Zusammenfassung der Weiterbildung bei neuen Mitarbeitenden: Thematik während der Einführung integrieren regelmässige Diskussionen/ regelmässiger Fachaustausch/ Fallbesprechungen im Team (in Form von Interventionen)
<ul style="list-style-type: none"> Würdest du eine interdisziplinäre Ausweitung dieser Thematik befürworten? In welcher Reihenfolge würdest du die interdisziplinäre Ausweitung angehen? 	Ein Grossteil des Teams befürwortet eine interdisziplinäre Ausweitung der Thematik. Die Disziplinen «Pflege» und «Neuropsychologie» sollen dabei als erstes integriert werden, gefolgt von der Physiotherapie, Ärzteschaft und der Logopädie.

Quelle: eigene Darstellung

Die Rückmeldungen aus dem Fragebogen sagen aus, dass jedes Teammitglied der Ergotherapie die Thematisierung von Verhaltensänderungen bei Menschen nach einem Schlaganfall während ihres stationären Aufenthaltes in Riggisberg als wichtig empfinden. Die Hälfte meint jedoch auch, dass sich die Betroffenen bereit fühlen müssen, um Verhaltensänderungen zu thematisieren und anzugehen. Ein Grossteil des Teams befürchtet, dass während des stationären Aufenthaltes eines jeden Individuums zu wenig Zeit dafür zur Verfügung steht. Auch fühlen sich die meisten eher unsicher, Verhaltensänderungen mit Patient:innen zu thematisieren. Die Zufriedenheit mit den vorhandenen Unterlagen vor der Implementation des «Behange Projektes» (SelMa = Manual-Empfehlung aus einem Modul zu Verhaltensänderungen, welches die PL während ihrer MAS Ausbildung besucht hat) ist zweigeteilt. Die eine Hälfte ist zufrieden damit, die andere eher unzufrieden. Aus dem Fokusgruppeninterview, welches im Jahr 2022 mit vier Teammitgliedern durchgeführt wurde und den Erkenntnissen aus dem Fragebogen, schloss die Autorin, dass Unterlagen zur Thematik von Grund auf neu gestaltet und das Team dazu geschult werden muss. Diese besagen, dass das gesamte Team "Theoretische Grundlagen zum Umgang mit Verhaltensänderungen» und «Aufgaben-Bögen für Patient:innen» als «sehr wichtige» Dossier-Inhalte empfinden. «Strukturierte Konzepte/ Leitfäden/ Behandlungsansätze», «Unterlagen für Angehörige» und «Weiterführende Literatur» wurde von den meisten als «wichtige» und «Assessments» als «eher wichtige» Inhalte definiert.

«Videos» wurden von 60% des Teams als «wichtige»/ «eher wichtige» und von 40% als «eher unwichtige»/ «unwichtig» Dossier-Inhalte bewertet.

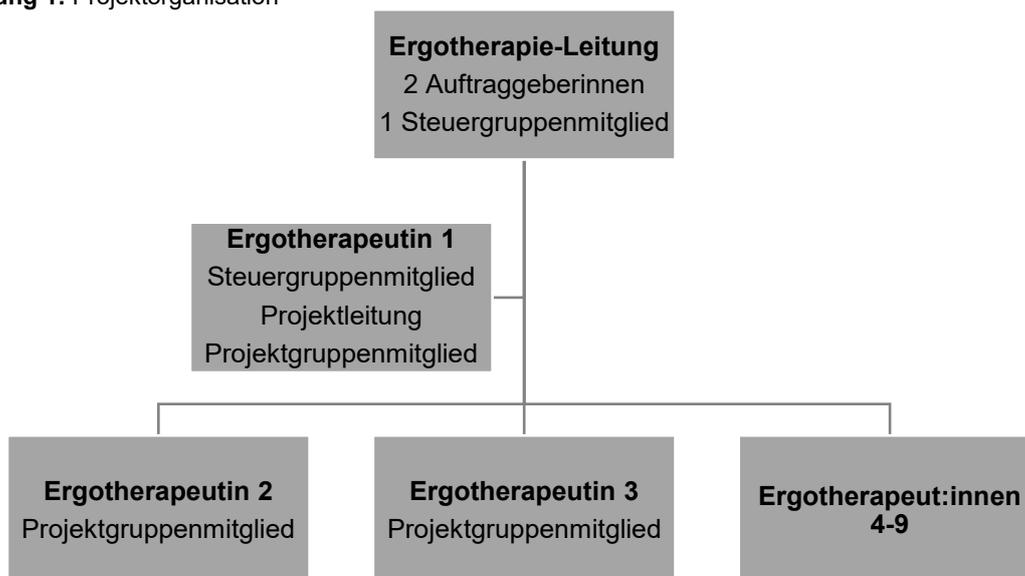
Damit sich alle Teammitglieder das Fachwissen zur Thematik aneignen können und dieses auch aufrechterhalten wird, gaben die Teammitglieder Empfehlungen ab, welche sich grösstenteils mit den Ideen der PL decken. Empfehlungen dazu sind, ein detailliertes schriftliches Dossier zu erstellen, genügend Zeit zu erhalten, um sich ins Dossier einzulesen, eine Video-Aufnahme der Weiterbildung oder eine Zusammenfassung davon zu haben, regelmässige Weiterbildungen oder Interventionen im Team abzuhalten und bei neuen Mitarbeitenden die Materie während der Einführung zu integrieren.

Ein Grossteil des Ergotherapie-Teams ist der Meinung, dass Verhaltensänderungen bei Menschen nach Schlaganfall gemeinsam im interdisziplinären Team thematisiert und angegangen werden sollen. Die Pflege und Neuropsychologie sollen dabei als erstes integriert werden, gefolgt von der Physiotherapie, Ärzteschaft und der Logopädie.

4.4 Projektorganisation

Das «Behange Projekt» wird als «Stabs-Projektorganisation» nach Gächter (2019) geführt (siehe Abbildung 1). Diese Organisationsform wurde gewählt, da die PL keine Leitungsposition innehat. Sie fungiert in einer Stabsfunktion und übernimmt die Projektkoordination. Die beiden Vorgesetzten des Ergotherapie-Teams und alle Teammitglieder bleiben in einer Linie und zur Realisierung und Durchführung des Projektes benötigt es keine organisatorischen Umstellungen.

Abbildung 1: Projektorganisation



Quelle: Eigene Darstellung

4.4.1 Auftraggeberinnen

Die beiden Vorgesetzten des Ergotherapie-Teams stellen die Auftraggeberinnen des Projektes dar. Mit ihnen wurde die Projektidee im April 2022 frühzeitig besprochen und gutgeheissen. Sie sind ausserdem dafür verantwortlich, dass finanzielle und personelle Ressourcen gesprochen werden.

4.4.2 Steuergruppe

In der Steuergruppe sind die PL und eine der beiden Vorgesetzten, welche anfangs des Jahres 2023 ihren Master of Science Abschluss (MSc) absolvierte, vertreten. Die Vorgesetzte in der Steuergruppe hat Erfahrung im Projektmanagement sowie fundiertes Wissen in evidenzbasiertem Arbeiten. Sie stellt somit eine geeignete Person dar, um bei wichtigen Entscheidungen im Projekt mitzuwirken. Mit ihrer Leitungsfunktion hat sie zudem die Befugnis, projektunabhängige Entscheidungen zu treffen, welche das «Behange Projekt» beeinflussen können. Sie, wie auch die zweite Vorgesetzte, sollen bei der Implementation des Projektes ins Ergotherapie-Team eine unterstützende Funktion einnehmen. In der Steuergruppe werden strategische und organisatorische Entscheidungen thematisiert. Dabei werden laufend der Projektstand und allfällige Beschlüsse besprochen, sowie Termine genehmigt.

4.4.3 Projektleitung

Die PL übernimmt grundsätzlich die Planung, Steuerung und Kontrolle des Projektes. Sie bringt Erfahrung in Projektmanagement mit, da sie bereits mehrere kleine Projekte in der Institution geleitet und gesteuert hat. Zudem hat sie durch ihre Master of Advanced Studies (MAS) Weiterbildung bereits ein fundiertes Wissen über Theorien und Konzepte zu Verhaltensänderungen. Ihr ist es wichtig, das «Behange Projekt» nach den «Erfolgsfaktoren» nach Gächter (2019) zu leiten. So sollen alle Teammitglieder laufend in das Projekt miteinbezogen werden. Mit Hilfe eines Fragebogens zu Beginn und nach der Implementation des Projektes sollen sie ihre Bedürfnisse zur Thematik äussern dürfen und während Teamsitzungen Ideen zur Umsetzung des Projektes sowie Inputs und Wünsche zur Gestaltung des multimedialen Dossiers äussern. Des Weiteren sollen die Teammitglieder während der Schulung aktiv mitwirken, indem gewünschte Fallbeispiele aus dem gesamten Team zusammen erarbeitet werden. Dadurch soll ein «Wir-Gefühl» im Team entstehen und ein adäquater Theorie-Praxis-Transfer gewährleistet werden. Denn, «je mehr ein Thema emotional verankert ist, desto nachhaltiger wird gelernt» (Siebert, 2012). Die emotionale Verankerung soll mit Hilfe der gewünschten Fallbeispiele des Teams erreicht werden. Ausserdem soll die Thematik «Verhaltensänderungen» regelmässig im Rahmen von internen Weiterbildungen oder Intervisionen im Team aufgenommen und aufgefrischt werden. Dies

soll verhindern, dass die erlangten Fähigkeiten und Fertigkeiten nicht wieder verloren gehen. Denn neu Erlerntes, welches nicht ständig angewendet wird, wird auch schnell wieder verlernt („use it or lose it“) (Siebert, 2012).

4.4.4 Projektgruppe

In der Projektgruppe sollen neben der PL zwei Ergotherapeutinnen (zum Zeitpunkt, als diese angefragt wurden, bestand das Team nur aus Frauen) vertreten sein, welche zu mindestens 80% und seit mindestens einem Jahr angestellt sind. Durch die hochprozentige und länger bestehende Anstellung ist gewährleistet, dass sie mit den Abläufen der Institution genaustens vertraut sind. Zudem wurden diejenigen Ergotherapeutinnen angefragt, welche Neuerungen kritisch hinterfragen, jedoch auch stets konstruktive Lösungsansätze bereit haben. Dadurch sind zwei fähige Ergotherapeutinnen in der Projektgruppe vertreten (Gächter, 2019). In der Projektgruppe werden Theorien und Konzepte zu Verhaltensänderungen, welche durch die PL durch eine strukturierte Literaturrecherche evaluiert wurden, zusammen besprochen und es wird beschlossen, welche davon in das multimediale Dossier miteinbezogen werden sollen. Somit ist eine partizipative Ausarbeitung des Dossiers gesichert (Gächter, 2019).

5. Methodisches Vorgehen

5.1 Systematische Literaturrecherche in Datenbanken

Im Zeitraum zwischen Anfang April 2022 und Ende April 2023 wurde eine systematische Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragestellung durchgeführt. Es wurden die medizinischen Datenbanken «PubMed», «CINAHL» und «MEDLINE» genutzt und nach passenden Studien gesucht. Die ausführliche Auflistung der dabei verwendeten Keywords ist im Anhang XIV ersichtlich. Nach der Durchsicht passender Titel wurden die Abstracts dazu quergelesen. Des Weiteren wurden unter Verwendung des Schneeballsystems auch referenzierte Studien in bereits eingeschlossenen Studien überprüft. Die erzielten Treffer wurden anhand bestimmter Einschlusskriterien zu Studienverfügbarkeit, Erscheinungsjahr, Population, Setting, Zielformulierung sowie Studienqualität geprüft und als Hauptstudie ein- oder ausgeschlossen. Diese Einschlusskriterien inklusive Begründung sind in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Einschlusskriterien zur Auswahl der Hauptstudien

Kriterium	Einschlusskriterium	Begründung
Studienverfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> Die Studie ist in elektronischer Form als Volltext verfügbar Die Studie ist in deutscher oder englischer Sprache verfasst 	<ul style="list-style-type: none"> Sprachverständnis der Autorin
Erscheinungsjahr	<ul style="list-style-type: none"> Die Literatur ist nicht älter als zehn Jahre. Es werden daher nur Studien ab dem Jahr 2013 berücksichtigt 	<ul style="list-style-type: none"> Die Masterarbeit soll auf aktueller Evidenzlage basieren
Population	<ul style="list-style-type: none"> Die Studie untersucht Frauen und Männer in erwachsenem Alter nach einem Schlaganfall, Hirnblutung, einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder mit einem hohen Schlaganfallrisiko Das Ereignis liegt vorzugsweise nicht länger als 1 Jahr zurück. Es werden jedoch auch Studien berücksichtigt, welche gemischte Populationen untersuchen (Betroffene in der akuten und chronischen Phase) 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Studien, welche sich rein auf eine Schlaganfallpopulation in der akuten Phase beschränkt, ist gering. Mit Einbezug gemischter Populationen (akut und chronisch) können die Ergebnisse der Masterarbeit grösstenteils auch auf Betroffene in der chronischen Phase übertragen werden
Setting	<ul style="list-style-type: none"> Die Studie wird in einem industrialisierten Land mit ähnlichen soziodemographischen Gegebenheiten wie in der Schweiz durchgeführt Die Studie untersucht vorzugsweise Menschen im stationären Setting, es werden jedoch auch Studien berücksichtigt, welche Menschen im ambulanten Setting untersuchen 	<ul style="list-style-type: none"> Gewährleistung der Übertragbarkeit auf die Schweiz Übertragbarkeit der Ergebnisse auf ein stationäres sowie ambulantes Setting soll gewährleistet sein
Zielformulierung	<ul style="list-style-type: none"> Verhaltensänderungen werden untersucht 	<ul style="list-style-type: none"> Fragestellung der Masterarbeit soll beantwortet werden
Studienqualität	<ul style="list-style-type: none"> Die Güte der Studie wird als «Hoch» oder «Gut» eingestuft 	<ul style="list-style-type: none"> Masterarbeit soll auf qualitativ hoher Evidenzlage basieren

Quelle: Eigene Darstellung

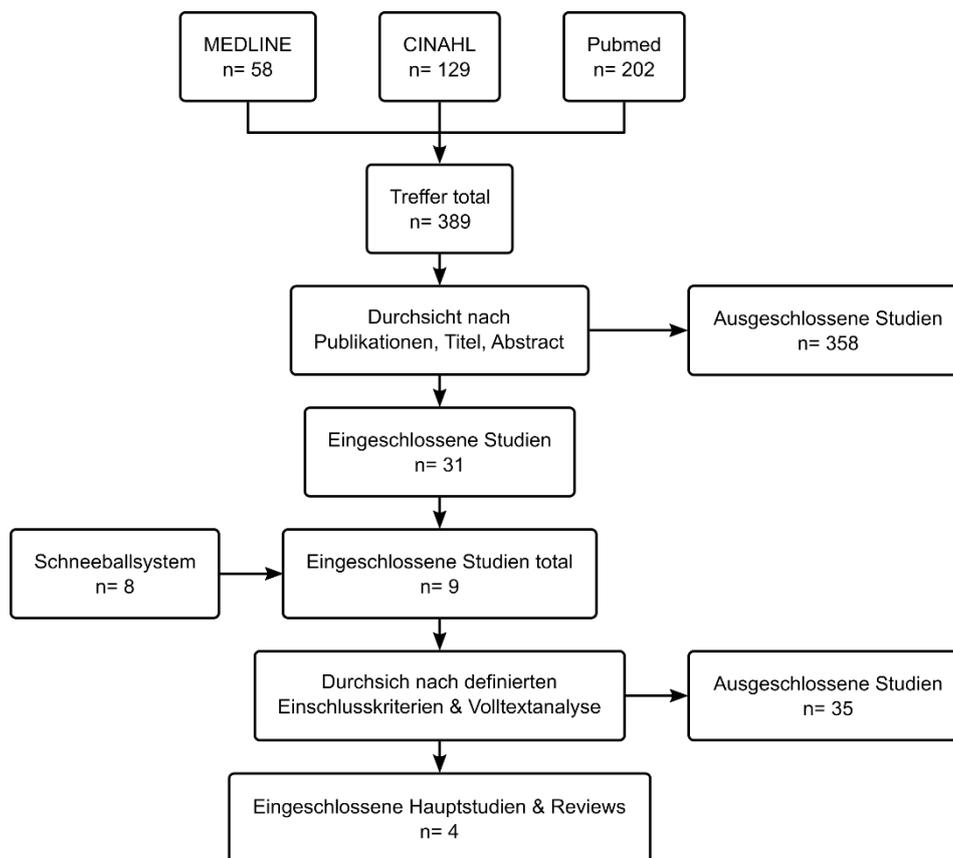
Die passenden Studien mit einem qualitativen und quantitativen Design wurden mit Hilfe des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal (AICA) (Ris et al., 2022) und die Reviews mit Hilfe des Critical Appraisal Skills Programm (CASP) (Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd, 2018) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Dabei wurden die eingeschlossenen qualitativen Studien anhand der vier Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Zur Würdigung der quantitativen Studie wurden die drei Gütekriterien «Objektivität», «Reliabilität / Zuverlässigkeit» und «Validität / Gültigkeit» verwendet. Die Reviews wurden anhand der zehn Fragen beziehungsweise Kriterien des CASP gewürdigt. Von allen in Frage kommenden Hauptstudien wurde definiert, ob sie die jeweiligen Gütekriterien «erfüllen», «teilweise erfüllen» oder «nicht erfüllen». Je nachdem, wie viele Kriterien einer Studie/ eines Reviews erfüllt waren, wurde die methodologische Qualität als «hoch», «gut», «mässig» oder «tief» eingestuft (siehe Tabelle 3). Exemplarisch sind die Analysen einer qualitativen Studie mit Hilfe des AICA Rasters und eines Reviews anhand des CASP im Anhang IX und X dargestellt.

Tabelle 3: Einstufung der Güte

Studienart	Güte	
Qualitative Studie	Hoch	Vier von Vier Kriterien sind erfüllt
	Gut	Drei von Vier Kriterien sind erfüllt, kein Kriterium ist nicht erfüllt
	Mässig	Eins von vier Kriterien ist erfüllt, nicht mehr als zwei Kriterien sind nicht erfüllt
	Tief	Alle Kriterien sind nicht erfüllt, sondern nur teilweise oder nicht erfüllt
Quantitative Studie	Hoch	Drei von drei Kriterien sind erfüllt
	Gut	Zwei von drei Kriterien sind erfüllt, kein Kriterium ist nicht erreicht
	Mässig	Eins von drei Kriterien ist erfüllt, nicht mehr als ein Kriterium ist nicht erfüllt
	Tief	Alle Kriterien sind nicht erfüllt, sondern nur teilweise oder nicht erfüllt
Review	Hoch	Mindestens acht von zehn Kriterien sind erfüllt, kein Kriterium ist nicht erfüllt
	Gut	Mindestens sechs von zehn Kriterien sind erfüllt, kein Kriterium ist nicht erfüllt
	Mässig	Mindestens drei von zehn Kriterien sind erfüllt, nicht mehr als zwei Kriterien sind nicht erfüllt
	Tief	Alle Kriterien sind nicht erfüllt, sondern nur teilweise oder nicht erfüllt

Quelle: Eigene Darstellung

Mit Hilfe dieses Selektionsprozesses wurden von 389 Treffern schlussendlich drei Studien sowie ein Review zur Beantwortung der Fragestellung eingeschlossen (siehe Abbildung 2). Die Suchmatrix zu den erzielten Treffern aus jeder Datenbank ist im Anhang XV ersichtlich. Um das Evidenzlevel der Hauptstudien zu ermitteln, wurde die 6 S Pyramide von DiCenso et al. (2009) verwendet.

Abbildung 2: Selektionsprozess während der systematischen Literaturrecherche

Quelle: Eigene Darstellung

5.2 Fachbücher und Sekundärliteratur

Nach der umfangreichen Literaturrecherche in den Datenbanken wurden des Weiteren Fach- und Sachbücher zum vertieften Verständnis zu einzelnen Verhaltensänderungstheorien und zu Verhaltensänderungen hinzugezogen. In der Tabelle 4 sind die entsprechenden Literaturhinweise sowie eine kurze Beschreibung davon ersichtlich. Es wurden Fach- und Sachbücher zu «Selbstwirksamkeitserwartung», «Motivierender Gesprächsführung», Gewohnheitsbildung, Verhaltensänderungstheorien und zum Modell «Das Rad der Verhaltensänderung» gelesen.

Tabelle 4: Sach- und Fachbücher inklusive Beschreibung

Literatur	Beschreibung
Self-efficacy: The exercise of control. (Bandura, 1997)	Fachbuch mit detaillierter Beschreibung der Theorie der Selbstwirksamkeit sowie der vier Quellen (Eigene Erfolgserlebnisse, Stellvertretende Erfahrungen, Verbale Überzeugungen, Körperliche & affektive Verfassung) der Selbstwirksamkeit
Motivational interviewing (Miller & Rollnick, 2015)	Fachbuch über die «Motivierende Gesprächsführung»: Personen- und zielorientierter Beratungsansatz zur Stärkung der intrinsischen Motivation und die Bereitschaft für eine bestimmte Veränderung
Good habits, bad habits: Gewohnheiten für immer ändern (Wood, 2022)	Sachbuch von der Psychologieprofessorin und eine der weltweit renommiertesten Forscherinnen auf dem Gebiet der Verhaltenspsychologie, Wendy Wood, über Gewohnheitsbildung
ABC of behaviour change theories (Michie, West, Robert, et al., 2014)	Fachbuch über 83 verschiedene relevante Theorien zu Verhaltensänderungen, welches als Grundlage für die Gestaltung von Massnahmen und Strategien zu Verhaltensänderungen dient
The Behaviour Change Wheel: A guide to designing interventions (Michie, Atkins, et al., 2014)	Fachbuch mit detaillierter Beschreibung über das Verhaltensänderungs-Modell das «Rad der Verhaltensänderung»

Quelle: Eigene Darstellung

5.3 Kritische Würdigung der verwendeten Studien

Die Forschenden des Reviews von Lau et al. (2022) untersuchten ausschliesslich Studien mit Schlaganfallüberlebende, welche sich nicht in einer stationären Rehabilitation befanden. Ein Grossteil dieser Studien untersuchte dabei jedoch Personen, bei welchen das Ereignis nicht mehr als vier Monate zurückliegt. Dadurch können die Ergebnisse des Reviews grösstenteils auf die Schlaganfallpopulation in der Neurorehabilitation in Riggisberg übertragen werden. Jedoch muss auch berücksichtigt werden, dass die Gesamtstichprobe von nur 13 Studien eher klein ist. Ausserdem wurden in den untersuchten Studien Schlaganfallbetroffene mit starken kognitiven Beeinträchtigungen ausgeschlossen. Dies schränkt eine Generalisierbarkeit ein, da kognitive Beeinträchtigungen in der Schlaganfallpopulation weit verbreitet sind. Nach genauer Prüfung der bestimmten Kriterien wurde die methodologische Qualität des systematischen Reviews von Lau et al. (2022) als «hoch» eingestuft.

Mälstam et al. (2022) untersuchten in ihrer qualitativen Studie Menschen im ambulanten Setting nach einer Transitorischen ischämischen Attacke (TIA), welche nicht länger als 15 Monate zurück lag und welche ein hohes Risiko für einen Schlaganfall hatten. Aufgrund des hohen Schlaganfallrisikos der Studienteilnehmenden lassen sich die Ergebnisse der Studie grösstenteils auf Schlaganfallüberlebe im stationären Rehabilitationssetting in Riggisberg übertragen. Denn das Risiko, einen weiteren Schlaganfall zu erleiden, ist nach einem ersten Ereignis deutlich erhöht. Jedoch untersuchten Mälstam et al. (2022) nur Personen, welche

für eine Verhaltensänderung motiviert waren. Ausserdem war die Stichprobengrösse mit nur sechs Teilnehmenden sehr klein, was eine Generalisierbarkeit auf die allgemeine Schlaganfallpopulation einschränkt. Die methodologische Qualität der Studie von Mälstam et al. (2022) wurde nach genauer Prüfung der bestimmten Gütekriterien als «gut» bewertet.

Brouwer-Goossensen et al. (2018) untersuchten in ihrer quantitativen Studie 92 Personen nach Schlaganfall oder einer TIA. Das Ereignis der untersuchten Teilnehmenden lag nur ein bis zwei Wochen zurück. Dies lässt darauf schliessen, dass die Ergebnisse der Studie auf die Schlaganfallpopulation in Riggisberg grösstenteils übertragen werden kann. Es muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass Personen mit einer starken Aphasie ausgeschlossen, sowie nur Teilnehmende mit maximal leichten kognitiven Defiziten untersucht wurden. Diese Umstände lassen eine vollumfängliche Generalisierbarkeit auf die allgemeine Schlaganfallpopulation nicht zu. Die methodologische Qualität der Studie von Brouwer-Goossensen et al. (2018) wurde anhand der Prüfung der bestimmten Gütekriterien als «gut» eingestuft.

Hall et al. (2020) entwickelten im Rahmen ihrer Studie ein Interventionskonzept mit dem Ziel Verhaltensänderungen bezüglich sitzenden Tätigkeiten in Schlaganfallüberlebenden zu unterstützen. Sie nutzen dabei die Prinzipien des Verhaltensmodells «Behaviour Change Wheel» («Das Rad der Verhaltensänderung») (Michie, Atkins, et al., 2014) und führen zwei Workshopreihen in zwei unterschiedlichen Institutionen mit zwei unterschiedlichen Gruppen durch. Insgesamt nahmen 43 Personen, aufgeteilt auf die zwei Gruppen, an den Workshops teil, darunter 17 Mitarbeitende, 14 Schlaganfallüberlebende, sechs Pflegekräfte und sechs Forscher. Die durchschnittliche Zeit seit dem Ereignis des Schlaganfalls lag bei zehn Monaten (Spanne von vier bis 15 Monaten). Zum Personal gehörten unter anderem auch Ergotherapeut:innen. Die Mitarbeitenden arbeiteten in einem stationären Schlaganfallsetting oder in einem angeschlossenen Schlaganfalldienst. Die Stichprobe wurde gezielt gewählt, um sicherzustellen, dass eine gewisse Heterogenität der Gruppen gewährleistet war. Es wurden ausserdem Betroffene mit Aphasie eingeschlossen. Aufgrund diese Studiengegebenheiten lassen sich die Ergebnisse der Studie grösstenteils auf das stationäre Setting der Neurorehabilitation in Riggisberg transferieren. Jedoch muss bei der Verwendung der Ergebnisse der Studie berücksichtigt werden, dass es sich bei den Teilnehmenden um eine rein stark motivierte Gruppe handelte. Eine grosse Stärke der Studie ist die ausführliche Darstellung, wie Interventionen mit dem Rahmen des «Rads der Verhaltensänderung» gestaltet werden können. Ausserdem werden mögliche Inhalte der einzelnen Interventionen und «Verhaltensänderungstechniken» diskutiert und veranschaulicht. Diese können auf das Setting von Riggisberg übertragen werden. Die methodologische Qualität der Studie von Hall et al. (2020) wurde anhand der Prüfung der definierten Gütekriterien als «hoch» bewertet.

6. Erkenntnisse aus der Literatur

Im folgenden Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Hauptstudien sowie den verwendeten Sach- und Fachbüchern kurz zusammengefasst und auf die Hauptthemen näher eingegangen. Eine Kurzübersicht der verwendeten Hauptstudien sowie Reviews, inklusive deren Evidenzlevel, sind in der Tabelle 5 ersichtlich. Bei der Zusammenfassung aller Hauptstudien und der eingeschlossenen Reviews wurden zur Beantwortung der Fragestellung von der Autorin folgende Hauptthemen eruiert:

- Gewohnheiten/ Verhaltensänderung
- Selbstmanagement
- «Sozialkognitive Theorie»/ «Selbstwirksamkeitserwartung»
- «Rad der Verhaltensänderung»/ «Theoretical Domains Framework» (TDF)
- «Behaviour Change Technics» (BCTs = «Verhaltensänderungstechniken»)
- «Transtheoretisches Modell» (TTM)
- «Motivierende Gesprächsführung»

Tabelle 5: Übersicht der Hauptstudien und -reviews

Hauptthemen	Autoren	Jahr	Titel	Evidenzlevel/ Design	Zusammenfassung
Selbstmanagement und «Selbstwirksamkeitserwartung»	Brouwer-Goossensen, D., van Genugten, L., Lingsma, H. F., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., & den Hertog, H. M.	2018	Self-efficacy for health-related behaviour change in patients with TIA or minor ischemic stroke	Unterste Stufe der 6 S Pyramide Güte: Gut Design: Quantitative Studie	Eine hohe «Selbstwirksamkeitserwartung» ist die Voraussetzung für das erfolgreiche Eingehen von gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen. Die Methode der «Motivierenden Gesprächsführung» kann genutzt werden, um Menschen nach Schlaganfall bei gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen zu unterstützen.
	Mälstam, E., Asaba, E., Åkesson, E., Guidetti, S., Patomella, A.-H.	2022	'Weaving lifestyle habits': Complex pathways to health for persons at risk for stroke	Unterste Stufe der 6 S Pyramide Güte: Gut Design: Qualitative Studie	Die Teilhabe an Selbstmanagement Programmen und die Ausführung von bedeutungsvollen Betätigungen sind bedeutende Förderer für die intrinsische Motivation sowie für die Entwicklung und Aufrechterhaltung gesunder Lebensgewohnheiten bei Menschen nach Schlaganfall.
«Rad der Verhaltensänderung» «TDF»	Hall, J., Morton, S., Hall, J., Clarke, D. J., Fitzsimons, C. F., English, C., Forster, A.,	2020	A co-production approach guided by the behaviour change wheel to develop an	Unterste Stufe der 6 S Pyramide Güte: Hoch Design: Qualitative Studie	Kombinierter Ansatz bestehend aus partnerschaftlicher Zusammenarbeit und dem Rahmenmodell das «Rad der Verhaltensänderung» führt zu durchführbaren, akzeptablen und wirksamen Interventionen, um sitzende Tätigkeiten bei

	Mead, G. E., Lawton, R.		intervention for reducing sedentary behaviour after stroke		Schlaganfallüberlebenden zu minimieren.
«Sozialkognitive Theorie» «BCTs» «TTM»	Lau et al.	2022	Theory- Based Self- Management Interventions for Community- Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta- Analysis	3. Stufe der 6S Pyramide Güte: Hoch Design: Systematisches Review	Die «Sozialkognitive Theorie» nach Bandura wurde bis anhin am meisten von Forschern verwendet, um Selbstmanagement- Programme bei Schlaganfallüberlebenden zu gestalten. Auch das «TTM» stellt eine effektive Theorie für Verhaltensänderungen dar. Bei Selbstmanagement- Programmen wurden die «BCTs», «soziale Unterstützung» und «Problemlösung» am häufigsten verwendet.

Quelle: Eigene Darstellung

6.1 Gewohnheiten/ Verhaltensänderung

Lebensgewohnheiten, welche bereits über eine lange Zeitspanne ausgeübt wurden, sind nur schwer zu durchbrechen (Mälstam et al., 2022; Wood, 2022). Neue Gewohnheiten hingegen sind meist schwer zu etablieren und insbesondere aufrechtzuerhalten (Wood, 2022). Eine neue Gewohnheit, welche erst vor kurzem Teil des täglichen Lebens geworden, aber noch nicht vollständig als Teil der Identität der Person etabliert ist, kann leichter unterbrochen werden als alte Gewohnheiten, die mit der Identität der Person verbunden ist (Mälstam et al., 2022).

Die Kontrolle von Stimuli, in Bezug auf einen Verhaltensänderungsprozess aus dem «TTM», spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung neuer Gewohnheiten und Routinen (Michie, West, Robert, et al., 2014). Sie können dazu beitragen, neue Verhaltensweisen aufrechtzuerhalten (Michie, West, Robert, et al., 2014). Doch je stärker frühere Gewohnheiten sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass die betroffene Person in das frühere Verhalten zurückfällt (Mälstam et al., 2022). Die Entfernung von Reizen aus der Umwelt, die ein ungesundes Verhalten auslösen können, unterstützt die Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens mit Hilfe von Reizkontrolle (Michie, West, Robert, et al., 2014; Wood, 2022).

Der folgende Abschnitt bezieht sich auf die Erkenntnisse der Studie von Mälstam et al. (2022). Teilnehmende der Studie machten dabei die Erfahrung, dass die Teilhabe an sinnvollen Betätigungen, das Ablegen von ungesunden Gewohnheiten förderte und unterstützte. Die aktive Teilnahme an Betätigungen war ein wichtiger und unterstützender Faktor für die Entwicklung gesunder Lebensgewohnheiten. Das Ausführen von bedeutungsvollen Betätigungen wurde ausserdem mit positiven Gefühlen, Wohlbefinden,

Zufriedenheit und einem Gefühl intensiver Beteiligung in Verbindung gebracht. Auch die soziale Unterstützung nimmt dabei eine wichtige Rolle ein. Die Ausführung der gesundheitsfördernden Betätigungen in der Gruppe wurden mit «Regelmässigkeit», «Verbindlichkeit» und «Gruppenzugehörigkeit» verbunden und als unterstützend bei der Etablierung gesundheitsfördernder Gewohnheiten angesehen. Der gemeinsame Austausch und die soziale Unterstützung der Gruppe wirkte sich des Weiteren belohnend aus und war ein starker Motivator.

Bei der Entwicklung und Umsetzung von Verhaltensänderungen ist es wichtig, den sozialen Kontext und die umfassenderen soziokulturellen und ökologischen Bedingungen zu berücksichtigen (Mälstam et al., 2022; Wood, 2022). Ergotherapeut:innen haben die Möglichkeit mit ihrem Wissen über Betätigung, Gewohnheiten und Umwelt, Menschen nach Schlaganfall bei gesundheitsfördernden Betätigungen zu unterstützen (Mälstam et al., 2022).

6.2 Selbstmanagement

In diversen Studien wurden Prinzipien des Selbstmanagements verwendet, um Verhaltensänderungen im Schlaganfallbereich zu unterstützen und zu fördern (Brouwer-Goossensen et al., 2018; Lau et al., 2022; Mälstam et al., 2022). Selbstmanagement-Strategien sind wirksam bei der Verbesserung der «Selbstwirksamkeitserwartung» und der funktionalen Unabhängigkeit bei Menschen nach Schlaganfall (Lau et al., 2022). Lau et al. (2022) empfehlen Ergotherapeut:innen die Prinzipien von Selbstmanagement-Strategien, wie Reflexion, Selbstfindung und Zielsetzung, während der Therapie zu nutzen, damit Schlaganfallüberlebende besser lernen, mit ihrem neuen «Ich» umzugehen. Solche Strategien bieten Unterstützung, um die Herausforderungen von kognitiven sowie körperlichen Beeinträchtigungen zu bewältigen (Lau et al., 2022).

6.3 Sozialkognitive Theorie und Selbstwirksamkeitserwartung

Die «Sozialkognitive Theorie» nach Bandura (1986) beschreibt, wie kognitive, verhaltensbezogene, persönliche und umweltbedingte Faktoren Verhalten und Motivation bestimmen. Diese Theorie wurde von Forschenden, welche in der Schlaganfallrehabilitation auf eine Verhaltensänderung abzielen, bei der Gestaltung von Interventionen bis anhin am häufigsten verwendet (Lau et al., 2022). Eine zentrale Rolle der «Sozialkognitiven Theorie» spielt dabei die wahrgenommene «Selbstwirksamkeitserwartung» (Bandura, 1997). Bandura (1997) definiert die «Selbstwirksamkeitserwartung» als subjektive Überzeugung, eine schwierige Lebenssituation zu meistern. Die «Selbstwirksamkeitserwartung» ist darüber hinaus eine wichtige Voraussetzung für gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen (Brouwer-Goossensen et al., 2018).

Die «Selbstwirksamkeitserwartung» wird mit Hilfe der vier Quellen, «Eigene Erfolgserfahrungen», «Stellvertretende Erfahrungen», «Verbale Verstärkung» und «Physiologische und affektive Zustände» gebildet (Bandura, 1997) (siehe Abbildung 3). Brouwer-Goossensen et al. (2018) besagen, dass die Steigerung der «Selbstwirksamkeitserwartung» eine Möglichkeit darstellt, um gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen bei Menschen nach Schlaganfall zu unterstützen.

Abbildung 3: Die Quellen der «Selbstwirksamkeitserwartung»



Anmerkung: Die Pfeilstärken geben an, wie stark die einzelnen Quellen auf die Selbstwirksamkeit wirken

Quelle: In Anlehnung an Bandura et al., 1997, S. 79

Laut der «Selbstwirksamkeitstheorie» nach Bandura (1997) ist für das erfolgreiche Eingehen und Gelingen einer Verhaltensänderung das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entscheidend. Eine tiefe «Selbstwirksamkeitserwartung» kann demzufolge deutliche negative Folgen auf ein bestimmtes Verhalten haben:

- Stärkeres Erleben von Stress, da die Situation als unüberwindbar statt als bewältigbare Herausforderung empfunden wird
- Rascheres Aufgeben im Falle des Auftauchens von Hindernissen und Problemen
- Vermeidungsverhalten: dadurch werden keine Erfolgserlebnisse erfahren und die Selbstwirksamkeit sinkt dadurch noch mehr (Bandura, 1997)

Die vier Quellen der «Selbstwirksamkeitserwartung» können folgendermassen gestärkt und dadurch Verhaltensänderungen unterstützt werden:

- Eigene Erfolgserfahrungen:
 - Ziele herunterbrechen und dadurch machbare Schritte definieren, welche erfolgsversprechend sind
 - Die Aufmerksamkeit auf bereits gelungene Schritte lenken
- Stellvertretende Erfahrungen: Vergleichbare Personen in einer ähnlichen Situation als Vorbild nehmen → Lernen am Modell

- Verbale Verstärkung:
 - Ermutigendes Coaching
 - Zuspruch eines persönlich wichtigen Menschen
- Physiologische und affektive Verfassung:
 - Körperliche Verfassung verbessern
 - Stressniveau und negative emotionale Neigungen reduzieren (Bandura, 1997)

6.4 Transtheoretisches Modell (TTM)

Folgender Abschnitt über das «TTM» basiert auf dem Buch über Verhaltensänderungstheorien von Michie, West, Robert, et al. (2014).

Das «TTM» von Prochaska und DiClemente ist das am häufigsten angewendete Phasenmodell. Es stellt ein nützliches Werkzeug dar, um zu erfassen, in welcher Phase sich ein Individuum während einer Verhaltensänderung gerade befindet. Das Modell geht davon aus, dass ein Mensch sein Verhalten stufenweise (fünf bis sechs Stufen), ändert:

1. Absichtslosigkeit: Kein Nachdenken darüber, das Verhalten zu ändern
2. Absichtsbildung: Verhaltensänderungen in Erwägung ziehen
3. Vorbereitung: Pläne für Verhaltensänderungen machen
4. Handlung: Beginn einer Verhaltensänderung
5. Aufrechterhaltung: Verändertes Verhalten wird über eine längere Zeitspanne beibehalten
6. Stabilisierung: Zielverhalten wird automatisiert ausgeführt

In den unterschiedlichen Phasen wirken unterschiedliche Einflüsse und spezifische Faktoren spielen dabei eine wichtige Rolle. Personen reagieren dabei nur auf für sie «passende» Reize und können dadurch auf die nächste Stufe wechseln. Dies bedingt, dass Interventionen der jeweiligen Phase entsprechend gestaltet werden. «Bewusstseinsbildung», «Neubeurteilung der Umwelt», «Selbsteinschätzung», «Selbstbefreiung», «helfende Beziehungen», «Gegenkonditionierung», «Stimulus-Kontrolle», «Verstärkungsmanagement» und «gesellschaftliche Befreiung» sind dabei passende Strategien für Verhaltensänderungsprozesse.

Im Review von Laut et al. (2022) untersuchten die Forschenden unter anderem eine Studie, welche das «TTM» nutzte, um Selbstmanagement bei Schlaganfallüberlebenden zu fördern. Das «TTM» stellt dabei ein nützliches Modell dar, um Verhaltensänderungen positiv zu beeinflussen.

6.5 Motivierende Gesprächsführung

Die «Motivierende Gesprächsführung» stellt ein kooperativer und zielorientierter Beratungsansatz zur Stärkung der intrinsischen Motivation und des Engagements für Verhaltensänderungen dar (Miller & Rollnick, 2015).

Die therapeutische Definition von «Motivierender Gesprächsführung» lautet nach Miller und Rollnick (2015, S. 50) folgendermassen:

„Motivierende Gesprächsführung ist ein personenzentrierter therapeutischer Stil, der sich dafür eignet, mit dem häufigsten Problem der Ambivalenz gegenüber Veränderung umzugehen“.

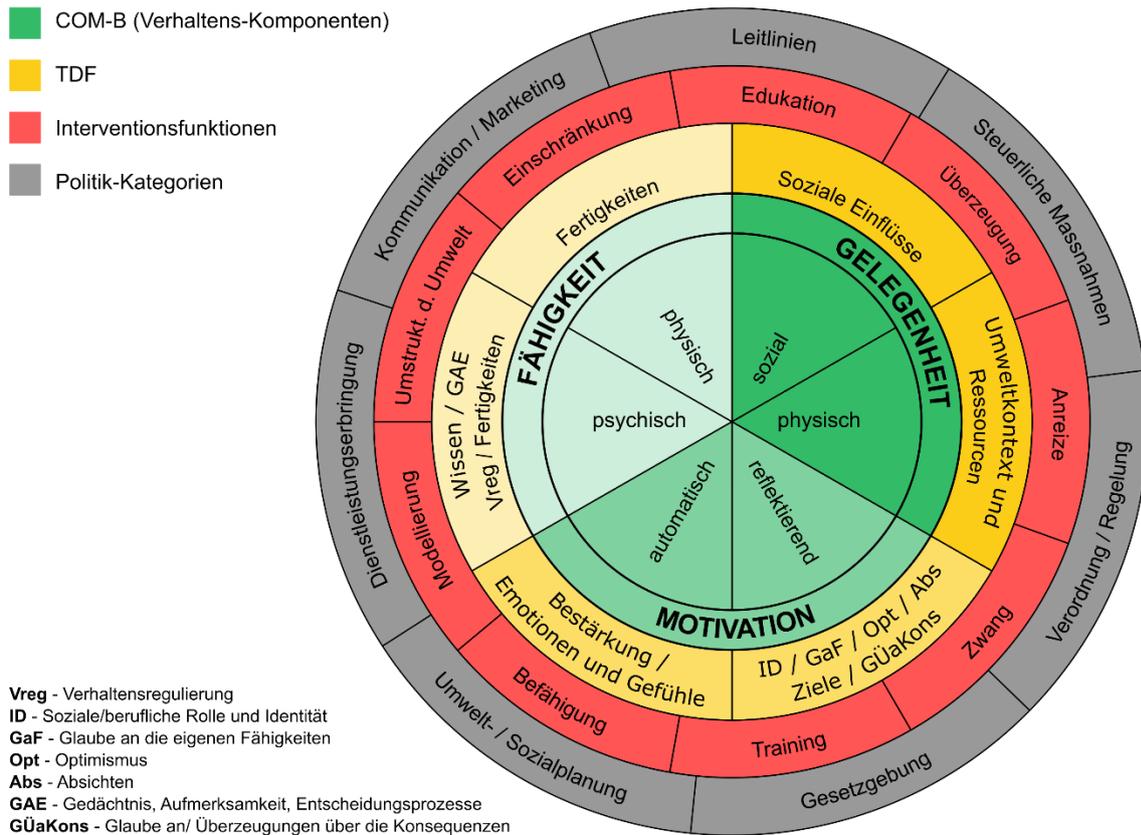
Somit ist die «Motivierende Gesprächsführung» ein Gespräch über Veränderungen und kann bei der Unterstützung während veränderten Lebensbedingungen, wie beispielsweise des Erleidens eines Schlaganfalles und den daraus resultierenden Einschränkungen durch die chronische Erkrankung (Miller & Rollnick, 2015), wertvoll sein.

Laut Brouwer-Goossensen et al. (2018) ist die «Motivierende Gesprächsführung» eine vielversprechende Methode, um Betroffene nach einem Schlaganfall bei gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen zu unterstützen.

6.6 Das Rad der Verhaltensänderung, Theoretical Domains Framework (TDF) und Verhaltensänderungstechniken

Da es keine Bezugsrahmenmodelle gab, welche die gesamte Bandbreite der verfügbaren Interventionsmöglichkeiten zu Verhaltensänderungen abdecken, haben die Autoren Michie et al. (2011) im Rahmen einer systematischen Suche 19 Modelle über Verhaltensänderungen identifiziert und überprüft. Sie entwickelten daraus das Bezugsrahmenmodell «The Behaviour Change Wheel» («Das Rad der Verhaltensänderung»), welches alle relevanten Komponenten der untersuchten Modelle zusammenfasst und miteinander verknüpft. Das «Rad der Verhaltensänderung» ist ein Modell (siehe Abbildung 4), welches relevante Verhaltensaspekte eines Individuums identifiziert, um in einem weiteren Schritt daraus gezielte und effektive Interventionen zur Förderung einer Verhaltensänderung zu gestalten (Michie, Atkins, et al., 2014). Hall et al. (2020) evaluierten in ihrer Studie die Wirksamkeit von einer Workshopreihe für Schlaganfallüberlebende, deren Interventionen auf den Prinzipien des Modells «Das Rad der Verhaltensänderung» und auf der partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure basieren. Interventionen, welche auf diesen beiden Ansätzen beruhen, führen zu durchführbaren, akzeptablen und wirksamen Interventionen, um Verhaltensänderungen bei Schlaganfallüberleben zu fördern und sitzende Tätigkeiten zu minimieren (Hall et al., 2020).

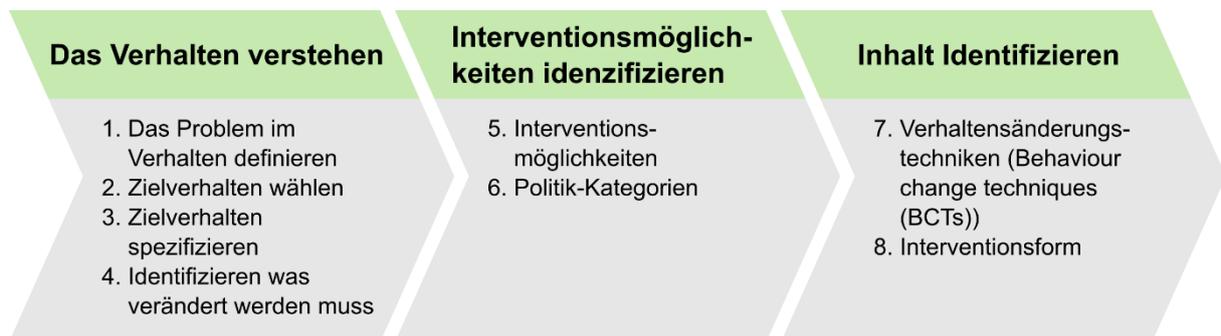
Abbildung 4: Das «Rad der Verhaltensänderung» und das «TDF»



Quelle: in Anlehnung an Hall et al., 2020, S. 3 und Michie, Atkins et al., 2014, S. 18

Das «Rad der Verhaltensänderung» besteht aus drei Phasen mit insgesamt acht Schritten (siehe Abbildung 5).

Abbildung 5: Prozess von Verhaltensänderungen

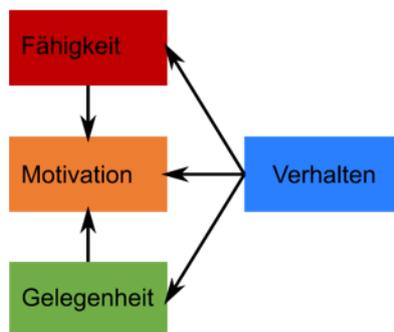


Quelle: in Anlehnung an Michie, Atkins, et al., 2014, S. 25

6.6.1 Phase 1: Das Verhalten verstehen

Dieses Kapitel basiert auf den Prinzipien des «Rads der Verhaltensänderung» nach Michie, Atkins, et al. (2014) und Michie et al. (2011). Während der ersten Phase geht es darum, das momentane Verhalten einer Person zu verstehen und das Problem beziehungsweise die Probleme darin zu identifizieren. Denn die Forschenden argumentieren, dass das erfolgreiche Eingehen und Aufrechterhalten einer Verhaltensänderung eine genaue Analyse des Verhaltens bedingt. Anschliessend soll ein Zielverhalten definiert und spezifiziert werden. Zur Identifikation, was genau verändert werden muss, hilft der Kern des Modells, das sogenannte «COM-B» Modell. Das «COM-B» Modell steht für «Capability» (Fähigkeit), «Opportunity» (Gelegenheit), «Motivation» (Motivation) und «Behaviour» (Verhalten). Das Modell basiert auf der Annahme, dass das Verhalten ein System ist, das aus drei interagierenden Komponenten besteht (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: «COM-B» Modell



Quelle: in Anlehnung an Michie, Atkins et al., 2014, S. 62

Die Fähigkeit wird dabei in physische und psychische Fähigkeit, die Gelegenheit in physische und soziale Gelegenheit und die Motivation in reflektierende und automatische Motivation unterteilt.

Um das Verhalten noch weiter im Detail verstehen zu können, können die Komponenten des «COM-B» mit Hilfe der 14 Domänen des «TDF» (Cane et al., 2012) genauer erfasst werden (Michie, Atkins, et al., 2014). Das «TDF» beinhaltet die Domänen «Wissen», «Fertigkeiten», «Gedächtnis/ Aufmerksamkeit/ Entscheidungsprozesse», «Verhaltensregulierung», «Soziale/ berufliche Rolle und Identität», «Glaube an die eigenen Fähigkeiten», «Optimismus», «Glaube an/ Überzeugungen über die Konsequenzen», «Absichten», «Ziele», «Bestärkung», «Emotionen/ Gefühle», «Umweltkontext und Ressourcen» und «Soziale Einflüsse» (Cane et al., 2012).

6.6.2 Phase 2: Interventionsmöglichkeiten identifizieren

Auch dieses Kapitel bezieht sich auf die Erkenntnisse der Forschenden Michie, Atkins, et al. (2014) und Michie et al. (2011).

Während der zweiten Phase werden neun mögliche Interventionsfunktionen evaluiert: «Edukation», «Überzeugung», «Anreize», «Zwang», «Training», «Einschränkung», «Umstrukturierung der Umwelt», «Modellierung» und «Befähigung». Jede dieser neun Interventionsfunktion kann mit den «COM-B» Komponenten sowie den 14 Domänen des «TDF» verlinkt werden. Ausserdem berücksichtigt das «Rad der Verhaltensänderung» während der zweiten Phase sieben verschiedene Politik-Kategorien: «Kommunikation/ Marketing», «Leitlinien», «Steuerliche Massnahmen», «Verordnung/ Regelung», «Gesetzgebung», «Umwelt-/ Sozialplanung» und «Dienstleistungserbringung». Dabei soll überlegt werden, welche politischen Massnahmen die Umsetzung der bestimmten Interventionsfunktionen unterstützen würden. Auch hier schreiben die Forschenden eine bestimmte Verlinkung zwischen den verschiedenen Interventionsfunktionen und den Politik-Kategorien vor.

6.6.3 Phase 3: Inhalt identifizieren

Während der dritten Phase wird der genaue Inhalt der entsprechenden Interventionen bestimmt. Dabei sollen die «BCTs» aus der «Taxonomie der Verhaltensänderungstechniken» von Michie et al. (2013) genutzt werden (Michie, Atkins, et al., 2014). Diese 93 «Verhaltensänderungstechniken» wurden von den Forschenden in Bezug auf bestimmte Verhaltensweisen wie körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Praktiken und Medikamenteneinnahme ermittelt (Michie et al., 2013). Da 93 Techniken zu viele waren, um sie im Gedächtnis zu behalten, wurden sie in 16 Kategorien eingeteilt (Michie et al., 2013): «Zielsetzung/ Planung», «Feedback und Überwachung/ Kontrolle», «Soziale Unterstützung», «Wissen bilden», «Natürliche Konsequenzen», «Vergleich des Verhaltens», «Assoziationen», «Wiederholung und Substitution», «Vergleich der Ergebnisse», «Belohnung und Bedrohung», «Verordnung», «Vorgeschichte», «Identität», «Geplante Konsequenzen», «Selbstvertrauen» und «Verdecktes Lernen». Die Forschenden ermittelten auch in diesem Bereich eine effektive Verlinkung zwischen den Interventionsfunktionen und den «BCTs» (Michie, Atkins, et al., 2014). Die gesamte Taxonomie wurde von der Autorin dieser Arbeit ins Deutsche übersetzt und ist im Anhang XVI ersichtlich.

Lau et al. (2022) evaluierten in ihrem Review «Soziale Unterstützung» (aus der Kategorie «Soziale Unterstützung»), «Hinzufügen von Objekten zur Umgebung» (aus der Kategorie «Vorgeschichte»), «Problemlösung» und «Zielsetzung» (aus der Kategorie «Zielsetzung/

Planung») als die am häufigsten verwendeten BTCs bei Schlaganfallüberlebenden, um eine Verhaltensänderung zu begünstigen. Auch in der Studie von Mälstam et al. (2022) wurden von Teilnehmenden Strategien zu Verhaltensänderungen genannt, welche sich mit den «Verhaltensänderungstechniken» aus der «BCT-Taxonomie» von Michie et al. (2013) decken. So wurde mit Hilfe der Verwendung einer App, die Selbstbeobachtung von Gewohnheiten durch die Visualisierung und Erinnerung gefördert (Mälstam et al., 2022). Diese Strategie ist mit der «BCT» «Selbstbeobachtung des Verhaltens» aus der Kategorie «Feedback und Überwachung/ Kontrolle» zu vergleichen (Michie et al., 2013). Ausserdem machten die Teilnehmenden der Studie positive Erfahrungen bezüglich gesunder Ernährung, indem sie Gemüse und Früchte gut ersichtlich zu Hause und bei der Arbeit hinstellten und ungesunde Snacks gar nicht mehr einkauften (Mälstam et al., 2022). Diese Strategie ist der «BCT» «Hinzufügen von Objekten zur Umgebung» aus der Kategorie «Vorgeschichte» gleichzustellen (Michie et al., 2013). Diese vielversprechende Strategie deckt sich des Weiteren mit der jahrelangen Erfahrung der Forscherin im Gebiet der Verhaltenspsychologie Wendy Wood (2022).

Hall et al. (2020) identifizierten in ihrer Studie 11 der 16 **Kategorien** als zielführend.

Folgende «BCTs» reduzieren sitzende Tätigkeiten bei Schlaganfallüberlebenden nachhaltig:

- **Zielsetzung und Planung:** Problemlösung, Handlungsplanung
- **Feedback und Überwachung:** Selbstbeobachtung des Verhaltens
- **Soziale Unterstützung:** Soziale Unterstützung
- **Wissensvermittlung:** Anweisung, wie ein Verhalten auszuführen ist
- **Natürliche Konsequenzen:** Informationen über gesundheitliche Folgen
- **Vergleich des Verhaltens:** Informationen über die Zustimmung anderer
- **Assoziationen:** Aufforderungen/ Umgebungsreize
- **Wiederholung und Substitution:** Abgestufte Aufgaben
- **Vergleich der Ergebnisse:** Glaubwürdige Quelle
- **Vorgeschichte:** Umstrukturierung des physischen und/ oder sozialen Umfelds
- **Selbstvertrauen:** Verbale Überzeugungsarbeit über die Fähigkeit (Hall et al., 2020)

Während der dritten Phase muss neben der Identifizierung der verwendeten «BCTs» evaluiert werden, welche Interventionsform verwendet werden soll (Michie, Atkins, et al., 2014). Es gilt zu überlegen, ob die Interventionen persönlich oder aus der Distanz stattfinden sollen (Michie, Atkins, et al., 2014). Des Weiteren, ob sie im Einzel- oder Gruppensetting stattfinden und mit welchem Mittel (Telefon, App, Internet, Radio, Printmedien, Fernseher, etc.) die Verhaltensänderungen angegangen werden sollen (Michie, Atkins, et al., 2014).

7. Multimediales Dossier inklusive Schulungsvideo

Um des Weiteren die Fragestellung an das Projekt anzugehen, wurde eruiert, wie ein multimediales Dossier zur Thematik für das Ergotherapie-Team inhaltlich gestaltet werden soll. In einem weiteren Schritt wurde mit Hilfe der gewonnenen Erkenntnisse aus der verwendeten Literatur sowie aus der Zusammenarbeit in der Projektgruppe das Dossier gestaltet. Ausserdem wurde zur Übermittlung und Aufrechterhaltung des Fachwissens an das Ergotherapie-Team ein Schulungskonzept, welches unter anderem ein selbst kreiertes Schulungsvideo enthält, entwickelt.

Im nächsten Kapitel wird die Auswahl der Theorien/ Konzepte/ Modelle für das multimediale Dossier sowie der Aufbau und Inhalt des Dossiers begründet.

7.1 Aufbau und Inhalt des multimedialen Dossiers

Erkenntnisse aus der Literatur haben gezeigt, dass Interventionen, welche auf Selbstmanagement-Strategien beruhen und die Prinzipien der Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura, 1997) nutzen, Schlaganfallüberlebende bei Verhaltensänderungen unterstützen können (Brouwer-Goossensen et al., 2018; Jones et al., 2016; Lau et al., 2022; Mälstam et al., 2022; McKenna et al., 2015; Nott et al., 2021). Eine wertvolle Ergänzung bietet ein strukturiertes Arbeitsbuch (Jones et al., 2016; McKenna et al., 2015) welches auf diesen Strategien/ Theorien aufbaut. Gestützt auf diesen Quellen entwickelte die PL in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe ein multimediales Dossier zu «Verhaltensänderungen bei Menschen nach Schlaganfall therapeutisch begleiten» für das Ergotherapie-Team in Riggisberg.

Um das Ergotherapie-Team auf die Problematik von Verhaltensänderungen bei Menschen nach Schlaganfall zu sensibilisieren, folgt zu Beginn des Dossiers eine kurze Zusammenfassung zur Thematik «Schlaganfall und Verhaltensänderungen» sowie zur «Allgemeinen Problematik von Verhaltensänderungen», welche auf aktueller Literatur basiert.

Als theoretische Grundlage von Verhaltensänderungen wurden im Dossier die Theorie der «Selbstwirksamkeitserwartung» aus der «Sozialkognitiven Theorie» von Bandura (1997) und das «TTM» von Prochaska und DiClemente (1984) verwendet.

Des Weiteren wurde das Verhaltensmodell «Das Rad der Verhaltensänderung» (Michie et al., 2011) in das Dossier miteinbezogen.

Bei der Auswertung des Fragebogens, welcher im Januar 2023 vom gesamten Ergotherapie-Team ausgefüllt wurde, hat sich ergeben, dass sich ein Grossteil des Teams bei der Begleitung von Verhaltensänderungen unsicher fühlt. Ausserdem hat sich gezeigt, dass im Team grundsätzlich zu wenig Wissen zu Verhaltensänderungstheorien vorhanden ist.

Aufgrund dieser beiden Tatsachen wurden im Dossier vertiefte Theorieinputs für Therapeut:innen zu einzelnen Verhaltensänderungstechniken zusammengetragen. Auf diese Theorieinputs wird später in diesem Kapitel eingegangen.

Des Weiteren wurden aufgrund der Auswertungsergebnisse des Fragebogens und auch aufgrund von Gesprächen in der Projektgruppe Therapieempfehlungen für den Arbeitsalltag mit Schlaganfall-Betroffenen in das multimediale Dossier inkludiert. Es wurden ausserdem, auf Wunsch des gesamten Ergotherapie-Teams, Kopiervorlagen, welche Fachpersonen für die Zusammenarbeit mit Schlaganfallüberleben nutzen können, erstellt. Die Therapieempfehlungen sowie Kopiervorlagen basieren auf diversen Quellen zu Verhaltenstheorien, welche später näher beschrieben werden. Grundsätzlich wurden im gesamten multimedialen Dossier Hinweise für Fachpersonen auf vertiefte Theorieinputs, Kopiervorlagen sowie weiterführende Literatur visuell dargestellt (siehe Abbildung 7).

Abbildung 7: Hinweise zu Theorieinputs, Kopiervorlagen und weiterführende Literatur

- Vertiefte Theorieinputs für Fachpersonen 
- Kopiervorlagen für Patient:innen 
- Weiterführende Literatur für Fachpersonen 

Quelle: Eigene Darstellung

7.1.1 Selbstwirksamkeitserwartung

Die PL hat sich unter vielen Verhaltensänderungstheorien für die Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura, 1997) entschieden, da diese bis heute die am häufigsten verwendete Theorie bei der Unterstützung von Verhaltensänderungen ist (Lau et al., 2022). Sie zeigte ausserdem bereits in diversen Forschungsarbeiten signifikante positive Auswirkungen auf das Eingehen und Aufrechterhalten von Verhaltensänderungen (Brouwer-Goossensen et al., 2018; Lau et al., 2022; McKenna et al., 2015; Nott et al., 2021). Auch wurde diese Theorie für das Dossier gewählt, da alle Teammitglieder der Ergotherapie diese Theorie bereits ansatzweise kennen. Im Dossier wurde detailliert auf die vier Quellen der Selbstwirksamkeit eingegangen, da die Stärkung dieser Quellen mit positiven Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeit verbunden ist (Bandura, 1997; Brouwer-Goossensen et al., 2018) und eine gute Selbstwirksamkeit eine wichtige Voraussetzung für das Eingehen von Verhaltensänderungen darstellt (Brouwer-

Goossensen et al., 2018). Eine randomisierte Kontrollstudie von McKenna et al. (2015) untersuchte die Durchführbarkeit des «Bridges-Selbstmanagementprogramms» bei Schlaganfallüberlebenden in der akuten Phase, welches von der Physiotherapeutin Fiona Jones im Jahr 2006 in Grossbritannien entwickelt wurde. Das «Bridges-Programm» basiert auf der Grundlage von Selbstwirksamkeitsprinzipien (Bandura, 1997). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe bessere Ergebnisse in Bezug auf die Selbstwirksamkeit erzielte (McKenna et al., 2015). Das «Bridges-Programm» beruht auf den sieben Schlüsselprinzipien «Problemlösung», «Reflexion», «Zielsetzung», «Zugang zu Ressourcen», «Selbstentdeckung», «Aktivität» und «Wissen», welche sich wiederum auf die Selbstwirksamkeit und deren vier Quellen beziehen (Jones et al., 2016). Die Beschreibung der einzelnen Schlüsselprinzipien und entsprechende Beispiele zu Therapieinhalten sind in der Tabelle 6 ersichtlich. Ebenfalls als vorteilhaft empfundene Techniken, die im Rahmen des Programms angewendet wurden, waren die Verwendung eines Arbeitsbuchs sowie die persönliche Unterstützung durch medizinisches Fachpersonal (McKenna et al., 2015). Auch Nott et al. (2021) besagen, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen die Möglichkeit besitzen, das Selbstwirksamkeitsgefühl einer Person nach Schlaganfall während der Rehabilitation zu beeinflussen.

Tabelle 6: Die sieben Schlüsselprinzipien des «Bridges-Programms» und Therapieempfehlungen

Schlüsselprinzip	Therapieempfehlung
Problemlösung: Die Person wird ermutigt, eigen Ideen und Strategien zu entwickeln, ohne Lösungen vorzugeben	Die Person daran erinnern oder sie danach fragen, wie sie kürzlich auftretende Herausforderungen oder Probleme bewältigt hat
Reflexion: Fortschritte auf persönliche Bemühungen zurückführen (nicht auf die Fähigkeiten der Therapierenden)	Die Person alle Fortschritte, seien sie noch so klein, aufschreiben lassen
Zielsetzung: Ermutigung von kleinen Schritten, um Erfolgserlebnisse zu erzielen	Person dazu ermutigen, an kleine Dinge zu denken, welche sie für die Zielerreichung tun kann: «Was können Sie diese Woche tun, das Ihnen hilft, Ihr Ziel zu erreichen?»
Zugang zu Ressourcen: Verfügbare Ressourcen nutzen, um persönliche Ziele zu erreichen	Offene Coaching-Fragen nutzen: «Welche Unterstützung benötigen Sie, um Ihr Ziel zu erreichen?»
Selbstentdeckung: Neue Wege entdecken und verschiedene Aktivitäten ausprobieren	Sich darüber erkundigen, wie die Person vor ihrem Schlaganfall schwierige Aufgaben bewältigt hat und welche Strategien dabei erfolgreich waren
Aktivität: Ermutigung zur Aktivität, auch wenn sie noch so klein ist	Bei der Person nachfragen, was sie letzte Woche geschafft hat, worüber sie sich am meisten freut: «Was haben Sie während der letzten Woche gemeistert, worüber freuen Sie sich wirklich?»
Wissen: Wissen über den Schlaganfall, jedoch auch über sich selbst	Bei der Person erkundigen, was sie über ihren Schlaganfall weiss, was sie gerne darüber wissen möchte und welche Bedenken sie bezüglich der Rehabilitation hat

Quelle: Jones et al., (2016, S. 3)

Auch für das Bewegungsverhalten nach Schlaganfall stellen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bedeutende Faktoren dar (Morris et al., 2012). Aufgrund der genannten starken Evidenz der «Selbstwirksamkeitserwartung» bei Verhaltensänderungen wurde dieser Theorie im multimedialen Dossier viel Raum gewidmet.

7.1.2 Transtheoretisches Modell (TTM)

Im multimedialen Dossier wird auf das «TTM» von Prochaska und DiClemente (1984) Bezug genommen, da es in der Literatur das am häufigsten angewendete Phasenmodell ist (Michie, West, Robert, et al., 2014). Aus der Vielzahl von Phasenmodellen wurde dieses auserkoren, da es im Ergotherapie-Team nicht völlig unbekannt ist. Laut Morris et al. (2012) stellt es ausserdem ein passendes Verhaltensmodell dar, welches die Aufnahme und Aufrechterhaltung von physischer Aktivität bei Menschen mit Schlaganfall begünstigt. Auch das Review von Jiménez-Zazo et al. (2020) empfiehlt die Strategien zu Verhaltensänderungsprozessen aus dem «TTM» für das Eingehen von Verhaltensänderungen in Bezug auf physische Aktivität nach Schlaganfall zu nutzen. Norcross et al. (2011) evaluierten folgende Therapieimplikationen in Bezug auf Verhaltensänderungen:

- Durch gezielte Fragestellungen erfassen, in welcher Phase sich die betroffene Person gerade befindet und die Verhaltensänderungsprozesse entsprechend anpassen
- Berücksichtigen, dass sich nicht alle Personen bereits auf der Stufe «Handlung» befinden
- Betroffenen Unterstützung bieten, realistische Ziele zu setzen
- Behutsam mit der Phase «Absichtsbildung» umgehen und die Prinzipien der «Motivierenden Gesprächsführung» (Miller & Rollnick, 2015) dazu nutzen
- Vermeidung der Verwechslung der verschiedenen Phasen und den darin empfohlenen Therapieprozessen
- Rückfallprävention in die Behandlung miteinbeziehen (Norcross et al., 2011)

Die verschiedenen Phasen und die darin empfohlenen Verhaltensänderungsprozesse, um auf eine nächste Stufe zu gelangen, sind im multimedialen Dossier ausführlich beschrieben. Ausserdem wurden sie von der PL mit Therapieempfehlungen erweitert. Diese basieren dabei auf den Prinzipien der Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura, 1997), der «Motivierenden Gesprächsführung» (Miller & Rollnick, 2015) und den Verhaltensänderungsprozessen des «TTM's» (Jiménez-Zazo et al., 2020; Norcross et al., 2011; Prochaska & DiClemente, 1984). Ein exemplarischer Ausschnitt davon ist in Abbildung 8 ersichtlich.

Abbildung 8: Stufen des «TTM's» und Therapieempfehlungen

- Vier-Felder-Entscheidungsmatrix erstellen lassen
→ Je mehr Vorteile und je weniger Nachteile einer Person mit der Veränderung ihres Verhaltens verbindet, desto wahrscheinlicher erreicht sie alle Stufen



- Intrinsische Motivation aufbauen
- Selbstwirksamkeitserwartung stärken



- IST-/ SOLL-Diskrepanz fördern mit Hilfe von Steigerung des Risikobewusstseins oder Verbindung zu Wertevorstellungen
- Vermittlung von Informationen, um Bewusstsein zu fördern, dass es überhaupt ein Zielverhalten gibt
- Motivierende Gesprächsführung

**Absichtsbildung**

Person erwägt eine Verhaltensänderung innerhalb der nächsten 6 Monate einzugehen. Sie setzt sich bewusst mit den Risiken ihres momentanen Verhaltens auseinander. Sie ergreift jedoch noch keine Massnahmen das Verhalten zu ändern.

Absichtslosigkeit

Person denkt nicht darüber nach, ihr Verhalten zu verändern. Personen sind unbesorgt und blenden negative Informationen über gesundheitsschädliches Verhalten aus. Diese Stufe ist am stabilsten, da die nächste Stufe kaum ohne Interventionen von aussen (Arzt, soziales Umfeld) erreicht wird.

Quelle: in Anlehnung an Bandura, 1997; Jiménez-Zazo et al., 2020; Miller und Rollnick, 2015; Norcross et al., 2011; Prochaska & DiClemente, 1984

7.1.3 Motivierende Gesprächsführung

Die Prinzipien der «Motivierenden Gesprächsführung» (Miller & Rollnick, 2015) wurden bei der Inhaltsgestaltung des Dossiers mitberücksichtigt, da sie wertvolle Methoden darstellen, um Verhaltensänderungen bei Menschen nach Schlaganfall zu unterstützen (Auton et al., 2016; Brouwer-Goossensen et al., 2018; Prior & Suskin, 2018). Die Stärkung der intrinsischen Motivation spielt dabei eine zentrale Rolle (Miller & Rollnick, 2015). Morris et al. (2012) unterstreichen in ihrem Review deren Wichtigkeit, um körperliche Aktivität bei Menschen mit Schlaganfall zu etablieren und aufrechtzuerhalten. Die Planung kleinschrittiger Ziele führte dabei zu Erfolgserlebnissen, was die intrinsische Motivation für das Zielverhalten weiter bestärkte. Dies deckt sich mit den Quellen der «Selbstwirksamkeitserwartung», welche einen wichtigen Bestandteil der «Motivierenden Gesprächsführung» einnimmt (Bandura, 1997; Miller & Rollnick, 2015), sowie eine bedeutende Rolle bei der Etablierung von körperlicher Aktivität nach Schlaganfall darstellt (Brouwer-Goossensen et al., 2018).

Ergotherapeut:innen sollen Veränderungen in der Gesundheit und Partizipation bei Menschen mit Schlaganfall festhalten (Lau et al., 2022). Gestützt auf dieser Empfehlung integrierte die PL Skalen zur Erfassung der «Selbstwirksamkeitserwartung», der «Wichtigkeit der Veränderung» und der «Veränderungsbereitschaft» in das multimediale Dossier (Miller & Rollnick, 2015). Exemplarisch ist die Skala zur Erfassung der «Selbstwirksamkeitserwartung» und entsprechende Interventionsinhalte in Abbildung 9 ersichtlich.

Abbildung 9: Skala zur Erfassung der «Selbstwirksamkeitserwartung» und Interventionsinhalte

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nein		eher nein - skeptisch			ambivalent			Ja - zuversichtlich		
- Aktiv zuhören - Neugierig sein auf (gute) Gründe - Hypothetische Fragen stellen				- Die beiden Seiten der Ambivalenz erkunden; beiden Stimmen zuhören			- Nächste machbare Schritte prüfen - Aktionsplan entwickeln			

Quelle: In Anlehnung an Miller & Rollnick, 2015, S. 207

7.1.4 Das Rad der Verhaltensänderung

Das Verhaltensmodell «Das Rad der Verhaltensänderung» (Michie et al., 2011) wurde für das multimediale Dossier gewählt, da es ein passendes Werkzeug darstellt, um Interventionen zu gestalten, welche auf eine Verhaltensänderung abzielen. Mit Hilfe des Modells werden relevante Aspekte des Verhaltens einer Person identifiziert und daraufhin effektive Interventionen für eine Verhaltensänderung gezielt gestaltet (Michie, Atkins, et al., 2014; Michie et al., 2011). Dies kann Therapeut:innen dabei unterstützen, eine gewisse Struktur bei der Interventionsgestaltung zu erhalten (Hall et al., 2020). Im multimedialen Dossier wurden der 6. Schritt während der 2. Phase (Politik-Kategorien) und der 8. Schritt aus der 3. Phase (Interventionsform) nicht berücksichtigt. Der 6. Schritt (Politik-Kategorien) ist bei der Interventionsgestaltung in der Zusammenarbeit mit Schlaganfallüberlebenden im Ergotherapie-Team in Riggisberg nicht relevant. Dies deckt sich mit Erfahrungen der Teilnehmenden der Studie von Hall et al. (2020). Der 8. Schritt (Interventionsform) wird im Dossier nicht beschrieben, da die Ergotherapeut:innen in Riggisberg gute Fähigkeiten darin besitzen, die passende Interventionsform für eine Verhaltensänderung zu ermitteln. Ausserdem wurde das Modell «Das Rad der Verhaltensänderung» im Dossier stark gekürzt und teilweise zusammengefasst. Dadurch ist das Dossier im Arbeitsalltag der Ergotherapie im stationären Setting praktikabler. Die Erfahrungen der Studie von (Kardakis et al., 2018) befürworten diese Vorgehensweise, welche unter anderem den Faktor der fehlenden Zeit als Hauptproblematik bei der Implikation von neuen Leitlinien in die Praxis beschrieben. Die 14 Domänen des «TDF»'s (Cane et al., 2012) wurden im multimedialen Dossier beschrieben. Dies bietet Ergotherapeut:innen die Möglichkeit das Verhalten neben dem «COM-B» Modell noch detaillierter zu erfassen (Michie, Atkins, et al., 2014; Wilkinson et al., 2015). Die Verknüpfung zwischen den einzelnen «COM-B» Komponenten, den «TDF-Domänen» und den Interventionsfunktionen wurde anhand einer Tabelle visualisiert. Mit dem Ziel, die Verknüpfungen dem Therapieteam einfach verständlich darzustellen. Ein Ausschnitt dieser Tabelle ist in Abbildung 10 ersichtlich.

Abbildung 10: Verknüpfung zwischen «COM-B», «TDF» und Interventionsfunktionen

COM-B Komponente		TDF-Domänen	Interventionsfunktionen
Fähigkeit	Physisch	(Physische) Fertigkeiten	Training
		Wissen	Edukation
	Psychisch	Kognitive und zwischenmenschliche Fertigkeiten	Training
		Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Entscheidungsprozesse	Training
			Umstrukturierung der Umwelt
		Verhaltensregulierung	Befähigung
			Edukation
			Training
		Modellierung	
		Befähigung	

Quelle: In Anlehnung an (Michie, Atkins, et al., 2014, S. 113–115)

Ausserdem wurde im Dossier eine Übersicht zur Verknüpfung der Interventionsfunktionen und den «BCTs» erstellt. Diese wurde auf Empfehlung der Projektgruppe durch die PL deutlich gekürzt, indem nicht relevante «BCTs» für Riggisberg weggelassen wurden. Diese Anpassung deckt sich mit Erfahrungen diverser Studien, welche Verhaltensänderungen mit Hilfe von «BCTs» untersuchten (Ahmed et al., 2021; Hall et al., 2020; Lau et al., 2022; Moore et al., 2018). Ausserdem wurde die Übersicht mit Therapieempfehlungen erweitert. Diese Therapieempfehlungen nehmen Bezug zu den entsprechenden «BCTs» und basieren auf der Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura, 1997), den Prinzipien der «Motivierenden Gesprächsführung» (Miller & Rollnick, 2015) und den Verhaltensänderungsprozessen des «TTM's» (Prochaska & DiClemente, 1984). Des Weiteren nahm die PL beim Erstellen der Therapieempfehlungen Bezug zu den Ergebnissen des Reviews von Kwasnicka et al. (2016), in welchem die Forschenden Verhaltenstheorien untersuchten, welche die Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen fördern. Obwohl in diesem Review keine Schlaganfallüberlebende untersucht wurden, leitete die PL Empfehlungen daraus ab. Denn, ein Grossteil dieser Empfehlungen decken sich mit den «BCTs» aus der «Taxonomie der Verhaltensänderungstechniken» (Michie et al., 2013), welche in diversen Studien zu Schlaganfallüberlebenden positive Wirkung zeigten (Ahmed et al., 2021; Hall et al., 2020; Lau et al., 2022; Moore et al., 2018). Empfehlungen zur Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen aus dem Review (Kwasnicka et al., 2016) sind folgende:

- Unterstützung bei:
 - der Aufrechterhaltung positiver Motive für eine Verhaltensänderung
 - der Hervorhebung positiver Ergebnisse eines neuen Gesundheitsverhaltens

- der Bereitstellung von Verhaltensoptionen, die Spass machen
- sich mit den neuen Grundsätzen einer neuen Lebensweise neu zu definieren
- Erleichterung der Selbstregulierung des Verhaltens:
 - Selbstbeobachtung des Verhaltens
 - Unterstützung bei der Entwicklung wirksamer Strategien zur Überwindung von Verhaltensbarrieren
 - Unterstützung bei der Entwicklung wirksamer Strategien zur Vermeidung von Rückfällen
- Erleichterung der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Gewohnheiten:
 - Umgestaltung des Umfelds
 - Aufzeigen von gesunden Optionen
 - Anreize für gesundes Verhalten schaffen
- Bereitstellung von Ressourcen, um das neue Verhalten aufrechtzuerhalten:
 - Physische Ressourcen: Sportanalgen, Gesundheitsprodukte
 - Psychologische Ressourcen: Achtsamkeits- und Entspannungsmethoden
- Umgestaltung des Umfelds auf individueller, sozialer und gemeinschaftlicher Ebene, um die Aufrechterhaltung positiver Gesundheitsverhaltensweisen aufrechtzuerhalten (Kwasnicka et al., 2016)

Ein Ausschnitt der gekürzten Übersicht von der Verknüpfung zwischen den Interventionsfunktionen und den «BCTs» inklusive Therapieempfehlung ist in Abbildung 11 ersichtlich.

Abbildung 11: Verknüpfung zwischen Interventionsfunktionen und «BCTs» inklusive Therapieempfehlungen

Kategorie	Verhaltensänderungstechnik	Therapieempfehlungen
Befähigung		
1. Zielsetzung und Planung	1.1 Zielsetzung (Verhalten) 1.3 Zielsetzung (Ergebnis)	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützen, realistische Ziele zu setzen  2  7 • Annäherungs- statt Vermeidungsziele formulieren  1
	1.2 Problemlösung 1.4 Handlungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Faktoren analysieren, welche das Verhalten beeinflussen und Strategien entwickeln oder auswählen, welche die Überwindung von Hindernissen und/ oder die Stärkung von Erleichterungen/ Unterstützern beinhalten • Detaillierte Planung der Durchführung des Verhaltens  3  9
	1.5 Überprüfung der Verhaltensziele 1.7 Überprüfung der Ergebnisziele	<ul style="list-style-type: none"> • In Anbetracht des Erreichten die Strategien zur Verhaltensänderung ändern/ anpassen

Quelle: In Anlehnung an Michie, Atkins, et al., 2014, S. 151–155

7.1.5 Vertiefte Theorieinputs für Fachpersonen

Zu folgenden Themen wurden im multimedialen vertiefte Theorieinputs verfasst:

- Intrinsische Motivation
- Kleinschrittige/ realistische Ziele
- Pläne machen (Aktionsplanung), welche auf der «WOOP» Methode basieren (Wish = Wunsch, Outcome = Ergebnis, Obstacle = Hindernis, Plan = Plan)

Der Theorieinput zur intrinsischen Motivation wurde basierend auf den Prinzipien der «Motivierenden Gesprächsführung» (Miller & Rollnick, 2015) zusammengestellt. Beim Theorieinput zu den Zielen bezog sich die PL auf diverse Quellen (Fugazzaro et al., 2021; Miller & Rollnick, 2015; Nott et al., 2021). Bei den vertieften theoretischen Grundlagen zu «Pläne machen» fasste die PL mehrere Quellen zusammen (Fugazzaro et al., 2021; Hall et al., 2020; Krott et al., 2019; Marquardt et al., 2017; Michie, Atkins, et al., 2014; Wang et al., 2021).

7.1.6 Kopiervorlagen

Im multimedialen Dossier wurden Kopiervorlagen für Fachpersonen entwickelt. Diese sollen in Zusammenarbeit mit Patient:innen bei der Begleitung von Verhaltensänderungen verwendet werden. Jede behandelnde Fachperson soll selber entscheiden, welche Arbeitsblätter für die jeweilige Behandlung sinnvoll und gewinnbringend sind.

- Erfassungsskalen: zur «Selbstwirksamkeitserwartung»/ Wichtigkeit der Veränderung/ Veränderungsbereitschaft (Bandura, 1997; Miller & Rollnick, 2015)
- 4-Felder-Entscheidungsmatrix: Pro- und Contra-Liste erstellen, um die Absicht für eine Verhaltensänderung zu stärken (Miller & Rollnick, 2015)
- Werteliste: Förderung der Ist-/ Soll-Diskrepanz und Evaluation der intrinsischen Motivation, welche sich hinter einer Tätigkeit verbirgt (Miller & Rollnick, 2015)
- Ziele: Zielverhalten spezifizieren und kleinschrittige Ziele formulieren (Fugazzaro et al., 2021; Michie, Atkins, et al., 2014; Nott et al., 2021)
- «COM-B» Modell: Identifizieren, was verändert werden muss (Michie, Atkins, et al., 2014)
- Pläne machen: zur Unterstützung der Problemlösung und Handlungsplanung (Fugazzaro et al., 2021; Hall et al., 2020; Krott et al., 2019; Marquardt et al., 2017; Michie, Atkins, et al., 2014; Wang et al., 2021)

Damit die Kopiervorlagen auch für Menschen mit einer Aphasie genutzt werden können, berücksichtigte die PL die Empfehlungen der Studie von Wray et al. (2021) und verwendete bei der Erstellung der Arbeitsblätter eine möglichst einfache Sprache und kurze Sätze.

Bei Schlaganfallüberlebenden mit kognitiven Defiziten können die Empfehlungen der Studie von Wondergem et al. (2020) über «BCTs» bei Schlaganfallüberlebenden berücksichtigt werden:

- Fünf «BCTs» sollen bei der gesamten Schlaganfallpopulation eingesetzt werden:
 - Zielsetzung
 - Handlungsplanung
 - soziale Unterstützung
 - Problemlösung
 - Umstrukturierung des sozialen Umfelds
- Bei Betroffenen ohne kognitive Defizite sollen folgende «BCTs» angewendet werden:
 - Selbstbeobachtung
 - Feedback zum Verhalten
 - Information über gesundheitliche Folgen
 - Zielsetzung (Ergebnis)
- Bei Betroffenen mit kognitiven Defiziten sollen folgende «BCTs» angewendet werden:
 - Aufforderungen/ Umgebungsreize
 - abgestufte Aufgaben
 - Umstrukturierung der physischen Umgebung
 - soziale Unterstützung in der Praxis (Wondergem et al., 2020)

7.2 Schulungskonzept und Schulungsvideo

In Bezug auf die Schulung des Ergotherapie-Teams hat sich die PL entschieden, diese in zwei Teile zu unterteilen, damit die Teammitglieder nicht zu viel neues Wissen auf einmal aufnehmen müssen. Während der ersten Schulung wird das multimediale Dossier mit den Theorien/ Konzepten und Modellen der verschiedenen Verhaltenstheorien von der PL vorgestellt. Zu Beginn der ersten Schulung werden die Mitglieder des Ergotherapie-Teams dazu aufgefordert, sich zu überlegen, ob sie in der Vergangenheit bereits einmal probiert haben, eine Verhaltensänderung einzugehen. Sie werden angehalten, sich zu folgenden Fragen schriftliche Notizen zu machen:

- Was hast du genau ausprobiert, um eine Verhaltensänderung einzugehen?
- Was hat dir dabei geholfen?
- Was hat nicht geholfen?
- Was war schwierig?

Dieser Einstieg soll die Teammitglieder unterstützen, sich in der Thematik zurechtzufinden und durch die Verknüpfung zu den eigenen Emotionen das Interesse zu wecken (Siebert, 2012).

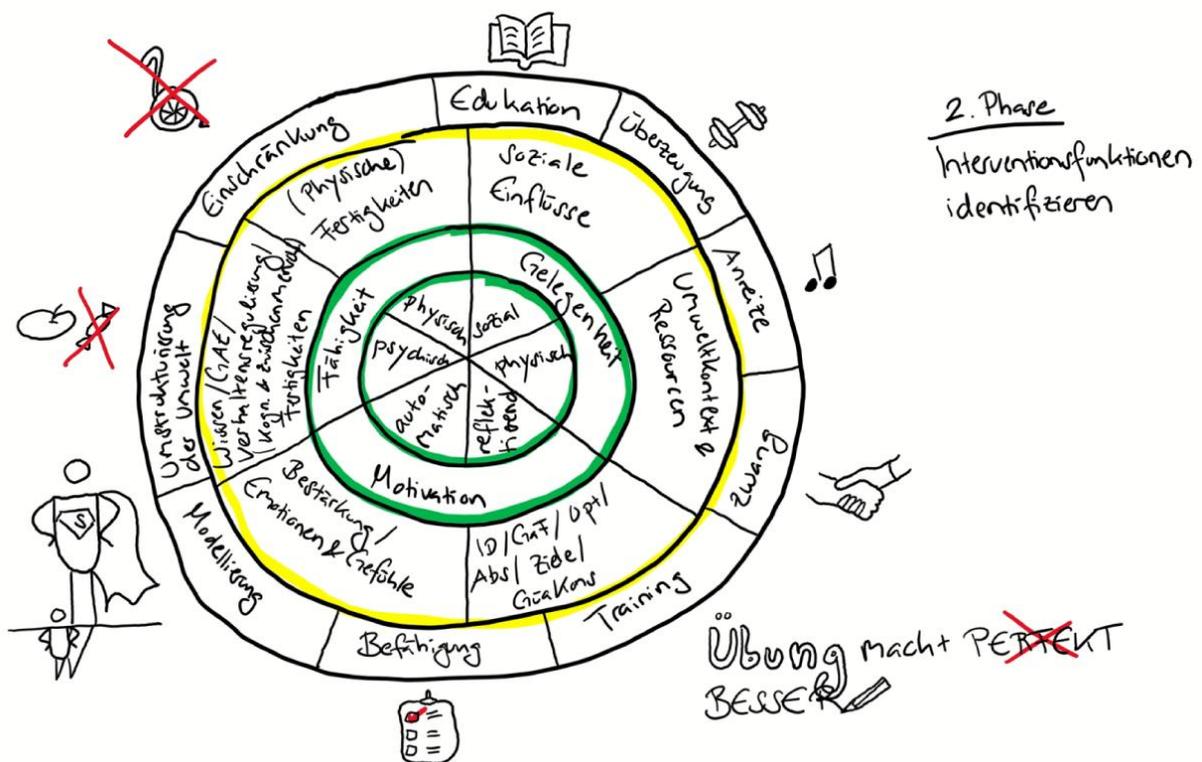
Damit die Teammitglieder das komplexe Fachwissen einfacher aufnehmen können, entwickelte die PL ein Schulungsvideo über das multimediale Dossier. Die wichtigsten Informationen des Dossiers werden den Zuschauenden kurz, aber verständlich erklärt. Dabei unterstützen selbstgezeichnete «Sketchnotes» (Skizze und Notizen) das Gesagte.

«Sketchnotes» beinhalten Schlüsselmerkmale des visuellen Denkens und bieten Unterstützung komplexe Inhalte besser zu verstehen (Fernández-Fontecha et al., 2019).

Dadurch bleiben die vermittelten Informationen besser in Erinnerung.

In Abbildung 12 ist ein Ausschnitt des Schulungsvideos ersichtlich.

Abbildung 12: Ausschnitt aus dem Schulungsvideo



Quelle: In Anlehnung an Michie, Atkins, et al. 2014, S. 18

Nachdem sich die Teammitglieder durch das Ansehen des Schulungsvideos einen ersten Überblick verschaffen konnten, geht die PL detailliert auf den Aufbau und Inhalt des Dossiers ein. Am Ende der ersten Schulung erhalten alle den Auftrag, die schriftlichen Notizen vom Beginn über die eigenen Erfahrungen zu Verhaltensänderungen hervorzunehmen und mit dem Gehörten aus der Schulung abzugleichen. Die Teilnehmenden werden zudem aufgefordert, schriftlich zu dokumentieren, welche Ansätze sie während der Zeitspanne bis zur nächsten Schulung ausprobieren möchten. Als Vorbereitung für die nächste Schulung wird erwartet, dass jedes Teammitglied ein aktuelles Fallbeispiel mitbringt.

Im Rahmen der zweiten Schulung werden die mitgebrachten Fallbeispiele zusammen besprochen und mit Hilfe des Dossiers diskutiert, welche Verhaltenstheorien und Vorgehensweisen genutzt werden könnten. Des Weiteren kann evaluiert werden, welche Arbeitsblätter für den jeweiligen Fall in Betracht gezogen werden können.

8. Inhaltlicher Projektverlauf und Zielerreichung

Das Projekt wurde anhand der fünf Phasen – Definition, Planung, Ausführung, Einführung, Abschluss – geplant (Gächter, 2019). Das «Behange Projekt» wurde von Anfang April 2022 bis Ende Oktober 2024 geplant. Der detaillierte Zeitplan ist im Anhang XII und die gekürzte Form davon in Abbildung 13 ersichtlich. Das Projekt ist in insgesamt 10 Meilensteine, welche sich mit den Projektzielen decken, unterteilt. In diesem Kapitel wird festgehalten, wie die zu Beginn definierten Meilensteine umgesetzt, welche Ziele bereits erreicht und welche Anpassungen während des Projektverlaufs vorgenommen wurden. Ausserdem wird auf den weiteren geplanten Projektverlauf Bezug genommen.

Abbildung 13: Kurzform Zeitplan

Phasenplanung	Soll Ist	2022										2023										2024
		Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Mär.	Apr.	Mai	Jun.	Jul.	Aug.	Sept.	Okt.	Okt.	
Definition		■					■			■		■										
Planung				■																		
Ausführung											■		■									
Einführung															■							
Abschluss																					■	
Meilensteine		M1		M2						M3	M4.1	M4.2		M5			M6	M7	M8	M9	M10	
Projektadmin.		laufend										laufend										

Quelle: Eigene Darstellung

8.1 Meilensteindefinitionen und Projektziele

Zur besseren Übersichtlichkeit sind in Tabelle 7 einerseits die Meilensteindefinitionen, andererseits die dazugehörigen Projektziele und -Definitionen ersichtlich.

Tabelle 7: Meilensteindefinitionen und Projektziele

Meilensteine	Meilensteindefinition	Projektziele	Projektzieldefinition
M 1	Projektskizze ist erstellt.	-	-
M 2	Projektskizze ist genehmigt.	-	-
M 3	Projektantrag ist fertiggestellt.	-	-
M 4.1	Projektantrag ist durch die ZHAW genehmigt.	-	-
M 4.2	Projektantrag ist durch die Auftraggeberinnen genehmigt.	-	-
M 5	Theorien und Konzepte für das Dossier sind in Zusammenarbeit mit der Projektgruppe festgelegt.	Feinziel a	Bis Ende Februar 2023 ist die Literaturrecherche abgeschlossen sowie Empfehlungen von Expertinnen und Experten aus Fach- und Sachbüchern sind eingeholt und Theorien/ Konzepte zu Verhaltensänderungen sind gebündelt und sortiert.
M 6	Dossier ist fertiggestellt.	Feinziel b	Bis Ende Mai 2023 ist das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten»

			inklusive Arbeitsblättern für die Anwendung mit Betroffenen erstellt.
M 7	Ergotherapie-Team ist geschult.	Feinziel c	Bis Ende Mai 2023 ist ein Schulungsvideo über das multimediale Dossier für das Ergotherapie-Team entwickelt.
		Feinziel d	Bis Ende Juli 2023 wird das gesamte Ergotherapie-Team in «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» geschult, sodass jedes Teammitglied das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» in der Therapie selbstständig anwenden kann.
M 8	Abgabe Masterarbeit.	-	-
M 9	Jedes Teammitglied nutzt mindestens einmal das multimediale Dossier in der Therapie.	Feinziel e	Bis Anfang Oktober 2023 nutzt jedes Ergotherapie Mitglied während der Therapie mindestens einmal das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten».
		Feinziel f	Bis Ende Oktober 2023 wird das multimediale Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» vom gesamten Ergotherapie-Team auf seine Praktikabilität evaluiert und gegebenenfalls angepasst.
		Feinziel g	Bis nach der Einführungsphase Mitte Oktober 2023 hat sich das gesamte Ergotherapie-Team Wissen über «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» angeeignet.
M 10	Finaler Projektbericht ist fertig gestellt und weiteres Vorgehen ist geklärt.	Feinziel h	Bis Ende Oktober 2024 sind alle Teammitglieder des Ergotherapie-Teams mit dem multimedialen Dossier «Verhaltensänderungen therapeutisch begleiten» und dem dazugehörigen Schulungsvideo zufrieden und motiviert Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung bei Verhaltensänderungen zu begleiten.
		Feinziel i	Bis Ende Oktober 2024 fühlt sich jedes Mitglied des Ergotherapie-Teams sicher Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung bei Verhaltensänderungen zu begleiten.

Quelle: Eigene Darstellung

8.2 Definitionsphase

8.2.1 Meilenstein 1 und 2: Projektskizze ist erstellt und genehmigt

Im Zuge der Definitionsphase wurde die Projektskizze von der PL erstellt und wie geplant am 30.05.2022 eingereicht. Am 15.06.2023 genehmigte die Mentorin der ZHAW die Projektidee. Mit Hilfe dieses Dokuments wurde das Projekt in der Neurorehabilitation Riggisberg vorgestellt.

Durch den Abschluss dieser beiden Meilensteine war die erste «Hürde» überwunden und es konnte mit der Planungsphase gestartet werden.

8.3 Planungsphase

8.3.1 Meilenstein 3 und 4: Projektantrag ist fertiggestellt und genehmigt

Die Planungsphase wurde bis Ende Dezember 2022 geplant. Während dieser Phase wurde das in der Projektskizze vorgestellte Vorhaben konkretisiert. Es wurde eine grobe Literaturrecherche durchgeführt, Projektanalysen erstellt und das Projektumfeld sowie die Problemstellung genauer beschrieben.

Der Projektantrag wurde von der PL wie geplant bis am 25.11.2022 fertiggestellt und von ihrer Mentorin am 10.12.2022 genehmigt. Die Genehmigung des Projektantrages durch die beiden Auftraggeberinnen hat sich, aufgrund von Abwesenheiten und Ferien leicht verzögert. Sie unterschrieben den Projektantrag am 17.01.2023. Zu diesem Zeitpunkt wurde ausserdem auch der leitende Arzt über das «Behange» Projekt informiert.

Da die Auftraggeberinnen aber bereits mündlich die Zusage zur Durchführung des Projektes gegeben haben, konnte die PL bereits mit der nächsten Phase beginnen und somit verhindern, dass es zu einer Verzögerung im Projektverlauf kommt.

8.4 Ausführungsphase

8.4.1 Meilenstein 5: Theorien und Konzepte für das Dossier sind festgelegt

Meilenstein 5 hätte bis Ende der Kalenderwoche 11/2023 (19.03.2023) erreicht werden sollen. Da die systematische Literaturrecherche sowie -analyse und -würdigung mehr Zeit in Anspruch genommen hat als vorgesehen, konnte dieser Meilenstein nicht termingerecht erfüllt werden. Darüber hinaus ist es kaum möglich, einen exakten Termin für das Ende einer Literaturrecherche zu definieren. Während der ersten Projektgruppensitzung am 15.03.2023 stellte die PL den anderen beiden Gruppenmitgliedern verschieden Theorien und Konzepte zu Verhaltensänderungen vor. Diese wurden dabei zusammen diskutiert, jedoch noch keine definitive Auswahl getroffen.

Erst während der zweiten Projektgruppensitzung am 03.05.2023 wurden die Inhalte des Dossiers definitiv festgelegt. Spätestens dann war Meilenstein 5 und demzufolge Feinziel a des Projektes erreicht.

In der Detailplanung (siehe Anhang XII) ist ersichtlich, dass die Literaturrecherche, das Festlegen der Theorien/Konzepte und die Gestaltung des Dossiers ursprünglich seriell geplant wurden (Gächter, 2019). In der Realität stellte sich aber heraus, dass diese Arbeitspakete überschneidend (parallel) angegangen werden konnten. Folge dessen fiel der Verzug bei der Literaturrecherche nicht zu sehr ins Gewicht und es musste kein allgemeiner Projektverzug angemeldet werden.

8.4.2 Meilenstein 6: Dossier ist fertiggestellt

Aufgrund von kurzfristig geplanten Ferien und Weiterbildungen von Teammitgliedern im Juli 2023, konnte die zweite Schulung nicht wie geplant Ende Juli stattfinden. Es stand zur Debatte, die Anwendungs-Schulung später im Jahr durchzuführen. Die PL setzte sich aber dafür ein, dass die Schulung bereits vor den grossen Ferienabwesenheiten stattfinden konnte. Der PL war es ein Anliegen, dass die Schulung noch vor Abgabe der Masterarbeit stattfindet. Dieser Wunsch wurde berücksichtigt und die zweite Schulung konnte am 21.06.2023 (Kalenderwoche 25) gehalten werden. Da die erste Schulung ursprünglich in dieser Woche geplant war, musste diese folglich auch vorgezogen werden. Die Basis-Schulung fand somit am 31.05.2023 (Kalenderwoche 22) statt.

Die Fertigstellung des Dossiers war zwangsläufig vom Zeitpunkt der ersten Schulung abhängig. Meilenstein 6 musste also bis spätestens Ende Mai erreicht werden. Da die Finalisierung des Dossiers und die Vorbereitung für die erste Schulung wiederum parallel stattfand, konnte die neue Zeitschiene erfolgreich eingehalten werden.

Während den beiden Sitzungen mit der Projektgruppe wurden Arbeitsblätter als äusserst wichtig und hilfreich bewertet. Bestätigt wurde das ausserdem durch die Auswertungsergebnisse des im Januar 2023 vom Ergotherapie-Team ausgefüllten Fragebogens. Daher wurde die Notwendigkeit von Arbeitsblättern im Feinziel *b* ergänzt.

8.5 Einführungsphase

8.5.1 Meilenstein 7: Ergotherapie-Team ist geschult

Wie bereits im vorherigen Kapitel eingangs beschrieben, wurden die beiden Schulungen vorverschoben. Mit der Durchführung der Anwendungs-Schulung am 21.06.2023 wurde Meilenstein 7 frühzeitig erreicht.

Da der PL für jede Schulung jeweils nur eine Stunde zur Verfügung stand, zog die Autorin ein Schulungsvideo in Betracht. Resultierend aus Diskussionen vom «Aktionslernen» mit anderen Mitstudierenden an der ZHAW am 17.05.2023, entschied sich die PL für das Entwickeln eines Schulungsvideos mit «Sketchnotes». Um dieser Entscheidung mehr Gewicht zu verleihen, wurde neu das Feinziel *c* definiert: «Bis Ende Mai 2023 ist ein Schulungsvideo über das multimediale Dossier für das Ergotherapie-Team entwickelt.» Das Feinziel *c* wurde mit dem Abhalten der ersten Schulung am 30.05.2023 erreicht. Feinziel *d* wurde mit der Durchführung der zweiten Schulung am 21.06.2023 erfüllt.

Teammitgliedern, welche nicht an den Schulungen teilnehmen konnten, wurde von deren Vorgesetzten Zeit eingeplant, um das Schulungsvideo und das multimediale Dossier

anzuschauen. Somit konnte gewährleistet werden, dass das gesamte Ergotherapie-Team adäquat geschult ist.

8.5.2 Meilenstein 8: Abgabe Masterarbeit

Die Masterarbeit wurde, trotz Stellenwechsel der PL Anfang Februar 2023, wie geplant am 02.08.2023 abgegeben und Meilenstein 8 somit erreicht.

8.5.3 Meilenstein 9: Jedes Teammitglied nutzt einmal das Dossier

Weil Meilenstein 7 um einen Monat vorverschoben wurde, überlegte die PL, ob auch die Meilensteine 9 und 10 dementsprechend umgeplant werden sollen. Sie entschied sich jedoch, die Planung so zu belassen. Aufgrund der erwähnten (kurzfristigen) Ferienabwesenheiten und Weiterbildungen sollten die Teammitglieder dennoch genügend Zeit haben, um das Dossier anzuwenden. Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass es für den weiteren Projektverlauf nicht schädlich ist, wenn zur Anwendung genügend Zeit vorhanden ist.

Wie in Tabelle 7 ersichtlich ist, deckt sich Meilenstein 9 mit den Feinzielen *e*, *f* und *g*. Da zum Zeitpunkt der Abgabe dieser Masterarbeit, die Anwendungsphase des Dossiers in Riggisberg im Gange ist, kann noch keine Aussage zur Ziel- bzw. Meilensteinerreichung gemacht werden. Durch Rücksprachen mit Teammitgliedern kann zum jetzigen Zeitpunkt davon ausgegangen werden, dass die Anwendungsphase auf Kurs ist.

Um die Feinziele *e*, *f* und *g* sowie Meilenstein 9 evaluieren zu können, wird der Fragebogen vom Januar 2023 von der PL bis Ende September 2023 leicht angepasst. Diesen lässt sie danach vom gesamten Ergotherapie-Team bis Mitte Oktober 2023 ausfüllen. Basierend auf den Auswertungsergebnissen des Fragebogens passt die PL das multimediale Dossier an. Des Weiteren gibt die PL anhand der Ergebnisse Empfehlungen an die beiden Auftraggeberinnen bezüglich der Weiterführung des Projektes in der neurologischen Neurorehabilitation in Riggisberg ab.

8.5.4 Meilenstein 10: Fertigstellung des Projektberichtes und Klärung des weiteren Vorgehens

Der formelle Abschluss des Projekts (Meilenstein 10) soll ein Jahr nach der Einführung stattfinden. Dies gewährt jedem Teammitglied genügend Zeit, das Dossier anzuwenden und eigene Erfahrungen damit zu machen. Vielleicht stossen in dieser Zeit ausserdem neue Therapierende zum Team, die dann wiederum selbstständig das Schulungsvideo schauen, das Dossier durchlesen und ihre eigenen Erfahrungen damit machen.

Ob die Teammitglieder in einem Jahr mit dem Dossier und dem Video zufrieden sind (Feinziel *h*) und sich sicher fühlen, Verhaltensänderungen zu begleiten (Feinziel *i*), wird sich zeigen. Zur Evaluation von Meilenstein 10 und den beiden letzten Feinzielen, soll der Fragebogen Ende Oktober 2024 erneut vom gesamten Ergotherapie-Team ausgefüllt werden.

9. Organisatorischer Projektverlauf

9.1 Projektkommunikation

Gestützt auf den «Erfolgsfaktor» «Kommunikation» nach Gächter (2019) ist es während der Durchführung eines Projektes essentiell, dass eine transparente, offene und aktuelle Kommunikation vorherrscht. Der PL ist es wichtig, die Kommunikation während des gesamten Projektverlaufs daher stets nach den besten Möglichkeiten zu pflegen. Anfänglich war geplant, dass das «Behange Projekt» ab Start der Ausführungsphase im Januar 2023 als Dauer-Traktandum in die zweiwöchentlich stattfindenden Teamsitzungen aufgenommen wird. Dies wurde von der PL jedoch wieder verworfen, da sie anhand der Risikoanalyse und mit Hilfe des Austauschs mit Mitstudierenden im Rahmen des «Aktionslernens» an der ZHAW, den gewählten Zeitpunkt als zu früh erachtete. Sie entschied sich, das gesamte Ergotherapie-Team nur punktuell über den aktuellen Stand des Projektes zu informieren, um eine unnötige Informationsflut zu verhindern. Denn frühere Erfahrungen haben gezeigt, dass Informationen, welche für das Team erst in ferner Zukunft relevant waren, schnell wieder vergessen gehen oder sogar ermüdend sein können. Daher wurde das gesamte Team erst Mitte März 2023 über die Auswertungsergebnisse des Fragebogens informiert und grob über das weitere Vorgehen im Projekt in Kenntnis gesetzt. Ausserdem wurde dem Team zum gleichen Zeitpunkt mitgeteilt, dass die PL bestrebt ist, die Wünsche des Teams aus dem Fragebogen während des Projektes bestmöglich zu berücksichtigen und miteinzubeziehen. Das Aufzeigen der Berücksichtigung einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit im «Behange Projekt» hatte unter anderem das Ziel, die Motivation für das Projekt im Team zu erhalten und zu steigern (O’Cathain et al., 2019). Dieser Informationsfluss erfolgte per Mail. Den Zeitpunkt wählte die PL, da kurz darauf die erste Sitzung mit der Projektgruppe stattfand. Die Projektgruppensitzungen fanden vor Ort in Riggisberg statt. Die beiden Sitzungen wurden so gewählt, dass danach noch ein gemeinsames Mittagessen mit dem Team stattfinden konnte. Dadurch wurde den Teammitgliedern die Präsenz des «Behange Projektes» aufgezeigt.

Die Vorgesetzte in der Steuergruppe wurde von der PL regelmässig über den Stand des Projektes per Mail informiert. Ausserdem standen die beiden in regem Austausch über die Terminkoordination bezüglich der Projektgruppensitzungen und der beiden Schulungen für das Ergotherapie-Team. Dadurch konnten die Sitzungen und die Schulungen erfolgreich geplant werden. Steuergruppensitzungen fanden nach der Kündigung der PL keine statt. Alle Beschlüsse wurden schriftlich per Mail geregelt, was als ausreichend empfunden wurde. Alle wichtigen Beschlüsse, welche dabei besprochen wurden, wurden dem gesamten Ergotherapie-Team in Form einer E-Mail zugeschickt. Dies geschah durch die PL oder durch

die Vorgesetzte. Zusätzlich wurden die wichtigsten Beschlüsse während der Teamsitzung nochmals von der Vorgesetzten mündlich an das gesamte Team kommuniziert. Die PL bot mehrmals an, dass sie sich bei Bedarf online zu einer Teamsitzung dazu schalten kann. Dies wurde von der Vorgesetzten jedoch nicht als notwendig erachtet und daher nicht umgesetzt.

Als Wiedererkennungsmerkmal des Projekts wurde das «Behange-Logo» in sämtlichen Dokumenten und E-Mails verwendet. Dadurch war sofort erkennbar, um welches Projekt es sich handelt.

9.2 Projektorganisation und -steuerung

Das «Behange» Projekt wurde bis anhin in einer «Stabs-Projektorganisation» nach Gächter (2019) geführt. Die zu Beginn des Projekts definierten Rollen konnten wie geplant, von den entsprechenden Personen ausgeführt werden. Genauere Details dazu werden in den nächsten Unterkapiteln erläutert.

9.2.1 Auftraggeberinnen

Die beiden Vorgesetzten des Ergotherapie-Team bewilligten den Projektantrag und sprachen die zeitlichen und personellen Ressourcen für das Projekt. So wurden zwei einstündige Projektgruppensitzungen und zwei Schulungen für das gesamte Ergotherapie-Team bewilligt. Darüber hinaus sorgten sie dafür, dass die Teammitglieder, die nicht an den Schulungen teilnehmen konnten, Arbeitszeit gutgesprochen bekommen haben, um das Schulungsvideo anzusehen und sich mit dem multimedialen Dossier vertraut zu machen.

9.2.2 Steuergruppe

Alle wichtigen Entscheidungen und Beschlüsse wurden in der Steuergruppe partnerschaftlich geregelt. Die Zusammenarbeit zwischen PL und Vorgesetzter funktionierte bis anhin reibungslos und die Termine konnten für beide Parteien (für die Institution sowie für die PL) passend geplant werden. Dies trug zu einem positiven Projektverlauf bei und die Meilensteine konnten grösstenteils termingerecht eingehalten werden.

9.2.3 Projektleitung

Trotz der örtlichen Distanz der PL ist es ihr bis anhin gelungen, das «Behange Projekt», wie vorgesehen, nach den «Erfolgsfaktoren» nach Gächter (2019) in Riggisberg zu planen, zu steuern und zu kontrollieren. Neben diesen drei Hauptaufgaben übernahm die PL einen Grossteil, der im Projekt geplanten Arbeitspakete, selbstständig. Die Erstellung des multimedialen Dossiers, die Entwicklung des Schulungsvideos sowie das Halten der Schulungen führte sie komplett selbstständig durch. Durch die Erfassung des Ist-Zustandes des gesamten Ergotherapie-Teams mit Hilfe des Fragebogens und der Berücksichtigung der

Wünsche und Anregungen aller Teammitglieder, ist es ihr gelungen, stets eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zu gewährleisten (O’Cathain et al., 2019).

9.2.4 Projektgruppe

Die Projektgruppe konnte anhand der zu Beginn definierten Einschlusskriterien zusammengestellt werden. Die beiden Ergotherapeutinnen, welche dafür von der PL angefragt wurden, waren von Anfang an motiviert, bei der inhaltlichen und teilweise auch formalen Gestaltung des multimedialen Dossiers mitzuwirken. Während den beiden Projektgruppensitzungen gaben sie kritisches Feedback sowie konstruktive Empfehlungen über den Inhalt und die Gestaltung des Dossiers.

10. Projektevaluation

In diesem Kapitel werden die Erfahrungen der PL mit der Planung, Durchführung und Evaluation des «Behange Projektes» festgehalten.

10.1 Reflexion

10.1.1 Projektrisiken

Wie aus der Multiprojektlandschaft-Analyse hervorgeht, ist die Einführung eines neuen Dokumentations- und Abrechnungssystems im Spital Riggisberg, der grösste Konkurrent des «Behange Projektes». Bis jetzt wurden lediglich erste Testläufe durchgeführt, die problemlos parallel zu diesem Projekt abliefen. Hilfreich dabei war, dass während der Planungsphase darauf geachtet wurde, dass sich die beiden Projekte so wenig wie möglich tangieren.

Durch den unfallbedingten Ausfall einer Angestellten war der Verlauf des «Behange Projektes» im März 2023 kurzzeitig gefährdet. Die dadurch entstandene Mehrbelastung des Teams hatte jedoch keine negativen Auswirkungen auf das Projekt und die Motivation zur Umsetzung blieb weiterhin hoch. Aufgrund der Tatsache, dass die PL das Projekt grösstenteils selbstständig umgesetzt hat, konnte die zusätzliche Belastung für das Team in Riggisberg so gering wie möglich gehalten werden. Die anfängliche Befürchtung, dass die Kündigung der PL einen negativen Einfluss auf die Motivation und Bereitschaft zur Durchführung des Projektes hat, bewahrheitete sich nicht.

Zum Zeitpunkt der Stakeholderanalyse wurde das Ergotherapie-Team als wichtigen Stakeholder definiert. Infolgedessen sollte diese Gruppe von Anfang an regelmässig über den Projektstand informiert werden. Während des Projektverlaufs hat sich aber gezeigt, dass das Team erst kurz vor der Einführungsphase des Projektes intensiver informiert werden musste. Jahrelanges Zusammenarbeiten und das Pflegen von Beziehungen während dieser Zeit verliehen den Teammitgliedern das Vertrauen in die PL, dass sie deren Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt. Die «reduzierte» Kommunikation und die beiden ungezwungenen Mittagessen, bei welchen ein informeller Informationsaustausch stattfand, wurden vom Team geschätzt und als adäquat empfunden. Eine intensive Kommunikation mit den Vorgesetzten war hingegen gut und wichtig, um sie konstant über den Projektverlauf auf dem Laufenden zu halten. So konnten sie auf Fragen hinsichtlich des Projektes innerhalb der Institution angemessen Auskunft geben. Wie erwartet, kam es mit der Ärzteschaft zu wenigen Berührungspunkten. In Anbetracht der Tatsache, dass das «Behange Projekt» (vorerst) nur in das Ergotherapie-Team implementiert wird, war bis anhin auch keine intensivere Zusammenarbeit notwendig.

Die Ergebnisse der Erfassung des Ist-Zustandes des gesamten Ergotherapie-Teams mit Hilfe des Fragebogens, haben die Überlegungen der PL bestätigt. Darüber hinaus deckten sich diese grösstenteils mit der Problemstellung. Dieser Umstand trug massgeblich dazu bei, dass dieses Projekt auf Akzeptanz stösst und dem Spital Riggisberg einen Mehrwert bietet.

10.1.2 Projektorganisation

Die Zusammenarbeit zwischen der PL und den Auftraggeberinnen verlief gut. Die beiden erkannten bereits bei der ersten Vorstellung der Projektidee den Nutzen für die Institution und waren deshalb motiviert und dem Vorhaben gegenüber positiv eingestellt. Da die Situation durch die Kündigung der PL verkompliziert wurde, hätte sie sich etwas mehr Unterstützung und Entgegenkommen der Auftraggeberinnen gewünscht.

Die organisatorischen Fähigkeiten der Vorgesetzten in der Steuergruppe waren während des Projektverlaufs äusserst hilfreich. Ihre Kenntnisse über die Auslastung und die Stimmung im Team halfen dabei, die Termine entsprechend zu planen.

Die PL ist der Meinung, dass sie das Projekt bis jetzt gemäss den «Erfolgsfaktoren» nach Gächter (2019) erfolgreich durchgeführt hat. Die Bewertung gestaltet sich schwierig, es gibt jedoch keine Anzeichen, die dagegen sprechen. Des Weiteren hat sich die PL vom Team und den Auftraggeberinnen in der Rolle als PL und als «Fachexpertin» stets respektiert gefühlt.

Die Hochprozentige Anstellung sowie längere Berufserfahrung der Projektgruppenmitglieder in Riggisberg haben sich bewährt. Dadurch kannten sie sich bestens mit den internen Prozessen aus, konnten abschätzen welche Ansätze praktikabel sind und welche Hilfestellungen dem Team zur Verfügung gestellt werden müssen. Die PL legte grossen Wert auf die wertvollen und konstruktiven Rückmeldungen der Projektgruppenmitglieder, um die zielführende Ausrichtung und Entwicklung des Dossiers zu gewährleisten.

10.1.3 Methodisches Vorgehen

Um das Feinziel *a* erreichen zu können, musste der Literaturrecherche etwas mehr Zeit eingeräumt werden. Der PL war es wichtig, eine fundierte Grundlage, die auf ein breites Fachwissen abgestützt ist, zu schaffen. Sie geht davon aus, dass durch das Kondensieren der unterschiedlichen Quelleninhalte ein qualitativ hochwertigeres Ergebnis erzielt werden kann. Durch das Studium von Fachbüchern erwarb die PL ein vertieftes Verständnis der Verhaltensforschung und der Gewohnheitsbildung, was ihr dabei half, zusätzliche Aspekte im Dossier zu beleuchten. Durch die Würdigung und die hohen Qualitätsanforderungen an die Studien, konnte sichergestellt werden, dass die theoretischen Grundlagen für das Projekt und diese Masterarbeit fundiert, evidenzbasiert und von hoher Güte sind. Davon profitieren

auch die behandelnden Ergotherapeut:innen und letztendlich die Patient:innen. Die Therapierenden wissen, dass ihre Behandlungen auf soliden Untersuchungen beruhen. Dies hilft ihnen dabei, selbstsicherer und kompetenter aufzutreten. Dadurch fühlen sich die Patient:innen wiederum «verstanden» und «gut aufgehoben».

10.1.4 Ergebnisse

Feinziel *b* war es ein multimediales Dossier inklusive Arbeitsblätter zu gestalten. Die übersichtliche Zusammenstellung des theoretischen Fachwissens wurde vom Team positiv bewertet. Die vertieften Theorieinputs bieten hilfreiche Empfehlungen für die ergotherapeutische Behandlung. Während eines ersten mündlichen Feedbacks des Teams wurden die Arbeitsblätter im Dossier als ansprechend und praktikabel eingestuft. Die im Dossier verwendeten Symbole helfen dabei, sich im Dossier schnell zurechtzufinden. Die verwendeten Theorien im Dossier konnten mit den Erkenntnissen aus den Hauptstudien untermauert werden.

Mit Hilfe der Erstellung eines Schulungsvideos (Feinziel *c*) konnte komplexes Fachwissen zu Verhaltensänderungen anschaulich dargestellt werden. Während kurzer Zeit konnte dadurch Wissen erfolgreich an das Team übermittelt werden. Dies wurde vom Ergotherapie-Team ausserordentlich geschätzt.

Das Schulungsvideo bietet einen grossen Nutzen für die Institution. Denn es bietet eine effiziente Möglichkeit, Wissen aufzufrischen und neue Mitarbeitende zu schulen. Zusätzlich kann es als «Bewerbungsvideo» genutzt werden, um eine Ausweitung auf andere Berufsdisziplinen oder Institutionen zu ermöglichen.

Das Schulungskonzept leistete einen wichtigen Beitrag zur Erreichung des Feinziels *d*. Durch die Integration persönlicher Erfahrungen mit Verhaltensänderungen wurde eine fundierte Einstimmung auf den Sachverhalt ermöglicht. Die gemeinsame Erarbeitung aktueller Fallbeispiele rief Emotionen hervor und trug zur besseren Sensibilisierung des Teams bei. Die dadurch entstandene emotionale Verankerung kann zu einem effektiven Theorie-Praxis-Transfer beitragen (Siebert, 2012). Das Video bietet neben der Wissensvermittlung einen umfassenden Überblick über das Dossier.

10.1.5 Projektverlauf

Anhand der Projektziele wurden wichtige Meilensteile definiert, welche dem Zeitplan eine Struktur gaben. Die Ziele und Meilensteine stellten wichtige Messinstrumente dar, um den Projektverlauf laufend evaluieren zu können. Sie hatte diese stets im Überblick und konnte so feststellen, ob der Zeitplan eingehalten wurde. Dabei übernahm sie im Rahmen des Führungskreislaufs erfolgreich die Kontrolle (Gächter, 2019). Die Zeitplanung stellte sich bis zum jetzigen Projektstand als grösstenteils realistisch heraus. Einzig Feinziel *a*, welches auf

Ende Februar 2023 geplant wurde, war deutlich zu knapp berechnet. Durch den Stellenwechsel der PL auf Anfang Februar 2023 und den daraus resultierenden begrenzten physischen und psychischen Kapazitäten, hatte die PL während dieser Zeit wenig Energie für die systematische Literaturrecherche und das Zusammentragen relevanter Verhaltensänderungstheorien.

Wie in Kapitel 8.4.2 bereits beschrieben, wurde das Feinziel *b* (multimediales Dossier) um einen Monat vorverschoben, leicht angepasst (neu inklusive Arbeitsblättern) und das Feinziel *c* (Schulungsvideo) neu hinzugefügt. Diese Anpassung und Neudefinierung der entsprechenden Ziele konnten nur realisiert werden, da die PL die Erstellung und Entwicklung des multimedialen Dossiers sowie des Schulungsvideos in ihrer Freizeit ausführte. Die PL stand während dieser Zeit unter enormen Zeitdruck. Wäre die PL weiterhin in der entsprechenden Institution angestellt gewesen, hätte die PL die Rahmenbedingungen neu ausgehandelt. Beispielsweise hätte aufgrund der neu definierten Ziele mehr und nicht weniger (!) Zeit eingeplant werden müssen. Ausserdem hätte die Projektgruppe mehr Unterstützung bieten können. Die Zeitplanung zur Erreichung des Feinziels *d* (Gesamtes Team ist geschult) war realistisch. Bedingt durch die Verschiebung der beiden Schulungen, war der Zeitabstand zwischen der ersten und der zweiten Schulung von nur drei Wochen, etwas knapp. Nicht jedes Teammitglied konnte ein passendes Fallbeispiel mitbringen. Jedoch erwies sich dies als unerheblich, da in einer Stunde ohnehin nur eine begrenzte Anzahl von Fallbeispielen durchexerziert werden konnte. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der Grösse der neurorehabilitativen Abteilung, jedes Teammitglied über Kenntnisse zu sämtlichen Patient:innen verfügt.

10.2 Projektaufwand und -kosten

Wie in Anhang XIII ersichtlich ist, wurden für die Umsetzung des Projektes insgesamt 312.3 Stunden vorangeschlagen. Da aber von Beginn an vereinbart wurde, dass die PL einen Grossteil der Arbeitspakete in ihrer Freizeit umsetzt, wurden in Riggisberg effektiv nur 132.8 Stunden budgetiert. Bis zur Abgabe dieser Masterarbeit wurden jedoch erst 56.4 Arbeitsstunden aufgewendet. Dies entspricht rund CHF 3'400.-. Für den restlichen Projektverlauf wird geschätzt, dass noch weitere 20 Arbeitsstunden (ca. CHF 800) investiert werden müssen, die nicht im Rahmen von Behandlungen abgerechnet werden können.

Die PL hat zum Zeitpunkt der zweiten Schulung für das «Behange Projekt» bereits rund 200 Stunden investiert. Darin enthalten sind die in dieser Arbeit beschriebenen Arbeitspakete.

Die Arbeitsstunden, welche für das Verfassen der Masterarbeit aufgewendet werden mussten, sind nicht darin enthalten. Wenn das Projekt nicht im Rahmen einer Masterarbeit ausgeführt worden wäre, hätte trotzdem ein Projektbericht erstellt werden müssen. Die PL

geht davon aus, dass dafür ungefähr weitere 60 Stunden hätten aufgewendet werden müssen. Demzufolge würde sich die Gesamtzahl der geleisteten Stunden auf 260 belaufen, was Personalkosten von rund CHF 13'000.- bedeuten würden. Um das Projekt bis zum offiziellen Abschluss zu begleiten, müssten nochmals ungefähr 15 Stunden (ca. CHF 750.-) geleistet werden.

Zusammengefasst heisst das, dass sich die effektiven Kosten für Riggisberg bisher auf CHF 3'400.- belaufen und vermutlich noch auf rund CHF 4'200.- ansteigen werden. Die budgetierten Kosten von CHF 4'700 werden somit nicht ausgeschöpft.

Würde der Arbeitsaufwand der PL allerdings mitberechnet, müssten weitere CHF 13'750 addiert werden. Somit würden sich die Gesamtkosten auf CHF 17'950 belaufen. Da für die Umsetzung des «Behange Projektes» kaum Material- und Sachkosten benötigt werden, können diese Zusatzkosten vernachlässigt werden.

10.3 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Projekte «Neues Dokumentationssystem» und «Schwindel» werden im Spital Riggisberg künftig mehr Ressourcen binden. Wann und wie viele ist zum jetzigen Zeitpunkt allerdings noch nicht definiert. Da das Ergotherapie-Team geschult ist und das neu gewonnene Wissen zu Verhaltensänderungen in der Therapie nutzen können, geht die PL davon aus, dass diese beiden Projekte keinen grossen Einfluss auf den weiteren erfolgreichen Verlauf des «Behange Projektes» haben werden.

Die Feinziele *e* bis *i* konnten bis anhin noch nicht erreicht werden. Es ist geplant, dass die Ziele *e*, *f* und *g* nach der ersten Anwendungsphase des multimedialen Dossiers bis Ende Oktober 2023 erreicht werden können. Die PL und die Projektgruppe haben zusammen definiert, dass die verwendeten Theorien und Modelle zu Verhaltensänderungen teilweise in vereinfachter und gekürzter Form im Dossier dargestellt werden sollen. Ob sich diese Anpassungen im Arbeitsalltag bewähren, wird sich mit Hilfe einer ersten Evaluation im Oktober 2023 zeigen. Die Ziele *h* und *i* hängen mit dem Abschluss des Projektes im Oktober 2024 zusammen. Die PL sieht diese Planung der Zielerreichung als realistisch an.

Da die PL auf Ende Januar 2023 die Institution in Riggisberg verlassen hatte und nicht mehr als Angestellte dort arbeitet, wurde während des Verfassens des Projektantrages definiert, dass sie einen Grossteil der Arbeitspakete in ihrer Freizeit durchführt. Die investierte Zeit zur Erstellung der Unterlagen wurde ihr von der Institution nicht vergütet. Unter den gegebenen Umständen war diese Vereinbarung akzeptabel. Jedoch sollte erwähnt werden, dass Riggisberg von diesen nicht ganz fairen Bedingungen profitieren konnte, dabei einen grossen Nutzen zu günstigen Konditionen erlangte und kaum Aufwand dafür betreiben musste.

Mithilfe der Einführung des «Behange Projekts» in Riggisberg konnte ein wesentlicher Beitrag zu den Unternehmenszielen «Patientenorientierung» und «Erfolgsfaktor Mitarbeitende» geleistet werden. Ersteres, zielt darauf ab, «Dienstleistungen unter kontinuierlicher Berücksichtigung der Bedürfnisse unserer Patient:innen sowie ihrer Angehörigen», zu optimieren. Aufgrund der Implementierung des «Behange Projektes» können Patient:innen bereits in der Akut-Rehabilitation bei Verhaltensänderungen begleitet werden. Dadurch kann in erster Linie deren Lebensqualität gesteigert werden, die der Angehörigen wird darüber hinaus aber ebenfalls positiv beeinflusst. Die neu eingeführten Behandlungsmethoden stehen und fallen aber mit dem «Erfolgsfaktor Mitarbeitende». Die Insel Gruppe sagt dazu: «Unsere Mitarbeitenden und deren Fachexpertise sind die wichtigsten Erfolgsfaktoren der Institution» (2020). Aufgrund des strukturierten Dossiers, des Schulungsvideos und den Arbeitsblättern, denen fundierte Studien zu Grunde liegen,

könnten die Ergotherapeut:innen ihre «Fachexpertise» in diesem Bereich aufbauen und so zum Erfolg der Institution und der angebotenen Behandlungen beitragen. Des Weiteren stellt die Integration von individuellen Selbstmanagement-Interventionen in den «normalen» Rehabilitationsprozess eine klinisch wertvolle und kosten-effiziente Lösung dar (Jones et al., 2016).

Der Chefarzt wurde zum Zeitpunkt der Genehmigung des Projektantrages durch die Auftraggeberinnen über das «Behange Projekt» informiert. Er ist begeistert davon und sieht dessen Relevanz in der stationären Neurorehabilitation. Sein Wunsch ist es, das Projekt auch interdisziplinär zu implementieren. Nach erfolgreicher Einführung des «Behange Projektes» in das Ergotherapie-Team soll die Thematik «Verhaltensänderungen» im Rahmen eines weiteren Teilprojekts auf das interdisziplinäre Team ausgeweitet werden, was auch vom Ergotherapie-Team befürwortet wird. Auch diverse aktuelle Studien belegen, dass dieser Sachverhalt interdisziplinär gehandhabt werden sollte (Mälstam et al., 2022; McKenna et al., 2015).

Auch die Möglichkeit, Verhaltensänderungen im Gruppensetting zu beleuchten, soll ins Auge gefasst werden. Zusammen erleben und reflektieren führt zu mehr Motivation, um beispielsweise gesundheitsfördernde Betätigungen auszuführen (Mälstam et al., 2022). Des Weiteren bereitet das Training in der Gruppe Spass, bietet soziale Möglichkeiten und motiviert wiederum durch Gruppendruck und Hoffnung auf Genesung (Morris et al., 2012). Dies deckt sich auch mit einem der vier Quellen der «Selbstwirksamkeitserwartung», der stellvertretenden Erfahrung (Modelllernen) nach Bandura (1997). Ausserdem wurde das Gruppensetting als wichtiger Aspekt, um Verhaltensänderungen anzugehen, bereits in der Umfrage durch das Ergotherapie-Team erwähnt.

Obwohl bei der Erstellung der Kopiervorlagen für Patient:innen bereits eine möglichst einfache Wortwahl und Sprache gewählt wurden, müssen die Vorlagen teilweise noch weiter angepasst werden. Damit soll gewährleistet werden, dass diese noch besser bei Schlaganfallüberlebenden mit Aphasie genutzt werden können (Wray et al., 2021). Während der Zusammenstellung des Dossiers war die Evidenzlage zu Verhaltensänderungen in Bezug auf Schlaganfallüberlebende mit starken kognitiven Defiziten stark limitiert. Es wurde genau eine passende Studie gefunden, welche passende «Verhaltensänderungstechniken» untersuchten, welche bei kognitiven Defiziten angewendet werden sollen (Wongergem et al., 2020). Darüber hinaus wurden nur Studien gefunden, welche Schlaganfallüberlebende untersucht haben, die motiviert waren, eine Verhaltensänderung anzugehen. Gestützt auf der Evidenzlage zur «Motivierenden Gesprächsführung» bezog sich die PL im Dossier auf diese Gesprächstechnik, um Verhaltensänderungen auch bei nicht motivierten Betroffenen zu fördern (Brouwer-Goossensen et al., 2018; Miller & Rollnick, 2015). Künftige

Forschungsergebnisse über sprachliche und kognitive Defizite sowie über demotivierte Patient:innen sollen laufend in das multimediale Dossier integriert werden, da diese Aspekte in der gegenwärtigen Version noch unzureichend berücksichtigt werden konnten.

Während der Durchführung der beiden Schulungen im Ergotherapie-Team wurde von den Teammitgliedern geäußert, dass das multimediale Dossier sicherlich auch in der Zusammenarbeit mit Betroffenen mit anderen neurologischen Erkrankungen passend und anwendbar wäre. Die Übertragbarkeit des Dokuments auf beispielsweise MS oder Long Covid, muss zuerst anhand fundierter Studien untersucht werden. Dies bedingt eine weitere systematische Literaturrecherche in Bezug auf diese Krankheitsbilder.

Das «Behange Projekt» wird im Oktober 2023 bereits an der neuen Arbeitsstelle der PL im ambulanten Setting und im interdisziplinären Team (Ergotherapie, Physiotherapie, Neuropsychologie) implementiert. Denkbar ist, dass das Projekt noch auf weitere stationäre und/ oder ambulante Institutionen ausgeweitet wird.

Es wurden ausserdem bereits erste Überlegungen in Bezug auf ein Weiterbildungsangebot über Verhaltensänderungen an der ZHAW gemacht. Im Falle positiver Erfahrungen mit dem multimedialen Dossier und dem Schulungsvideo in den ersten beiden Institutionen ist das Halten von Weiterbildungen über das Thema durchaus denkbar.

Das Abstract der Masterarbeit wird bis Ende August 2023 für den Ergotherapie Kongress im Mai 2024 eingereicht. Das Ziel ist es, die Ergotherapie in der Schweiz einerseits auf die Implementation des «Behange Projektes» in die Praxis aufmerksam zu machen und andererseits auf die Thematik «Verhaltensänderungen» zu sensibilisieren.

11. Literaturverzeichnis

- Ahmed, S., Heaven, A., Lawton, R., Rawlings, G., Sloan, C., & Clegg, A. (2021). Behaviour change techniques in personalised care planning for older people: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 71(703), e121–e127.
<https://doi.org/10.3399/bjgp20X714017>
- American Occupational Therapy Association. (2015). *Occupational Therapy's Role with Chronic Disease Management: Fact Sheet*. https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/HW/Facts/FactSheet_ChronicDiseaseManagement.pdf
- Auton, M. F., Patel, K., Carter, B., Hackett, M., Thornton, T., Lightbody, C. E., Leathley, M. J., & Watkins, C. L. (2016). Motivational Interviewing Post-Stroke: An Analysis of Stroke Survivors' Concerns and Adjustment. *Qualitative Health Research*, 26(2), 264–272. <https://doi.org/10.1177/1049732315582197>
- Bandura. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Brouwer-Goossensen, D., Lingsma, H. F., Koudstaal, P. J., & den Hertog, H. M. (2021). The optimal timing of supporting patients in health-related behavior change after TIA or ischemic stroke: A prospective cohort study to determinants of health-related intention to change over time. *International Journal of Rehabilitation Research*, 44(1), 32–37. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000443>
- Brouwer-Goossensen, D., van Genugten, L., Lingsma, H. F., Dippel, D. W. J., Koudstaal, P. J., & den Hertog, H. M. (2018). Self-efficacy for health-related behaviour change in patients with TIA or minor ischemic stroke. *Psychology & Health*, 33(12), 1490–1501. <https://doi.org/10.1080/08870446.2018.1508686>
- Bundesamt für Gesundheit. (2022). *Konzept Selbstmanagement-Förderung bei nichtübertragbaren Krankheiten, Sucht und psychischen Erkrankungen*.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/selbstmanagement-foerderung-chronische-krankheiten-und-sucht.html>

Bundesamt für Statistik (BFS) (Hrsg.). (2022). *Demografisches Porträt der Schweiz: Bestand, Struktur und Entwicklung der Bevölkerung im Jahr 2020*.

Cane, J., O'Connor, D., & Michie, S. (2012). Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implementation Science*, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-37>

Dahl-Popolizio, S., Doyle, S., & Wade, S. (2018). The role of primary health care in achieving global healthcare goals: Highlighting the potential contribution of occupational therapy. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 74(1), 8–16. <https://doi.org/10.1080/14473828.2018.1433770>

DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

Ekstam, L., Tham, K., & Borell, L. (2011). Couples' approaches to changes in everyday life during the first year after stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(1), 49–58. <https://doi.org/10.3109/11038120903578791>

Elf, M., Klockar, E., Kylén, M., von Koch, L., Ytterberg, C., Wallin, L., Finch, T., Gustavsson, C., & Jones, F. (2022). Tailoring and Evaluating an Intervention to Support Self-management After Stroke: Protocol for a Multi-case, Mixed Methods Comparison Study. *JMIR Research Protocols*, 11(5), e37672. <https://doi.org/10.2196/37672>

Feigin, V. L., Vos, T., Nichols, E., Owolabi, M. O., Carroll, W. M., Dichgans, M., Deuschl, G., Parmar, P., Brainin, M., & Murray, C. (2020). The global burden of neurological disorders: Translating evidence into policy. *The Lancet Neurology*, 19(3), 255–265. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30411-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30411-9)

- Fernández-Fontecha, A., O'Halloran, K. L., Tan, S., & Wignell, P. (2019). A multimodal approach to visual thinking: The scientific sketchnote. *Visual Communication, 18*(1), 5–29. <https://doi.org/10.1177/1470357218759808>
- Fugazzaro, S., Denti, M., Accogli, M., Costi, S., Pagliacci, D., Calugi, S., Cavalli, E., Taricco, M., Bardelli, R., & on behalf of Look after Yourself Project. (2021). Self-Management in Stroke Survivors: Development and Implementation of the Look after Yourself (LAY) Intervention. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11), 5925. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115925>
- Gächter, H. P. (2019). *Projektmanagement konkret: Nachschlagen - Verstehen - Umsetzen* (4. überarbeitete Auflage). hep der bildungsverlag.
- Hall, J., Morton, S., Hall, J., Clarke, D. J., Fitzsimons, C. F., English, C., Forster, A., Mead, G. E., & Lawton, R. (2020). A co-production approach guided by the behaviour change wheel to develop an intervention for reducing sedentary behaviour after stroke. *Pilot and Feasibility Studies, 6*(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s40814-020-00667-1>
- Insel Gruppe. (2020). *Kurzporträt Insel Gruppe*.
https://www.inselgruppe.ch/fileadmin/Insel_Gruppe/Dokumente/Publikationen/Kurzportraet-Insel-Gruppe-deutsch-20.pdf
- Jiménez-Zazo, F., Romero-Blanco, C., Castro-Lemus, N., Dorado-Suárez, A., & Aznar, S. (2020). Transtheoretical Model for Physical Activity in Older Adults: Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 9262. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249262>
- Jones, F., Gage, H., Drummond, A., Bhalla, A., Grant, R., Lennon, S., McKeivitt, C., Riazi, A., & Liston, M. (2016). Feasibility study of an integrated stroke self-management programme: A cluster-randomised controlled trial. *BMJ Open, 6*(1), e008900. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008900>
- Jones, F., McKeivitt, C., Riazi, A., & Liston, M. (2017). How is rehabilitation with and without an integrated self-management approach perceived by UK community-dwelling

- stroke survivors? A qualitative process evaluation to explore implementation and contextual variations. *BMJ Open*, 7(4), e014109. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014109>
- Jones, F., Riazi, A., & Norris, M. (2013). Self-management after stroke: Time for some more questions? *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 257–264.
<https://doi.org/10.3109/09638288.2012.691938>
- Kåhlin, I., & Haglund, L. (2022). Diary-based survey of lifestyle habits in everyday activities and support for the process of change – a utility study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2034942>
- Kardakis, T., Jerdén, L., Nyström, M. E., Weinehall, L., & Johansson, H. (2018). Implementation of clinical practice guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare – a two-year follow up. *BMC Health Services Research*, 18(1), 227. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3023-z>
- Krott, N. R., Marheinecke, R., & Oettingen, G. (2019). Mentale Kontrastierung und WOOP fördern Einsicht und Veränderung. In S. Rietmann & P. Deing (Hrsg.), *Psychologie der Selbststeuerung* (S. 187–212). Springer Fachmedien Wiesbaden.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-24211-4_9
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S. U., White, M., & Sniehotta, F. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review*, 10(3), 277–296.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
- Lau, S. C. L., Judycki, S., Mix, M., DePaul, O., Tomazin, R., Hardi, A., Wong, A. W. K., & Baum, C. (2022). Theory-Based Self-Management Interventions for Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 76(4), 7604205010.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049117>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.

- Mälstam, E., Asaba, E., Åkesson, E., Guidetti, S., & Patomella, A.-H. (2022). 'Weaving lifestyle habits': Complex pathways to health for persons at risk for stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(2), 152–164.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2021.1903991>
- Marquardt, M. K., Oettingen, G., Gollwitzer, P. M., Sheeran, P., & Liepert, J. (2017). Mental contrasting with implementation intentions (MCII) improves physical activity and weight loss among stroke survivors over one year. *Rehabilitation Psychology*, 62(4), 580–590. <https://doi.org/10.1037/rep0000104>
- McKenna, S., Jones, F., Glenfield, P., & Lennon, S. (2015). Bridges Self-Management Program for People with Stroke in the Community: A Feasibility Randomized Controlled Trial. *International Journal of Stroke*, 10(5), 697–704.
<https://doi.org/10.1111/ijss.12195>
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The behaviour change wheel: A guide to designing interventions*. Silverback Publishing.
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M. P., Cane, J., & Wood, C. E. (2013). The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(1), 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- 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*, 6(1), 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Michie, S., West, Robert, Campell, Rona, Brown, Jamie, & Gainforth, Heather. (2014). *ABC of behaviour change theories: An essential resource for researchers, policy makers and practitioners; 83 theories*. Silverback Publishing.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivational interviewing* (J. Reuß & C. Trunk, Übers.; 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch). Lambertus.

- Moore, S. A., Hrisos, N., Flynn, D., Errington, L., Price, C., & Avery, L. (2018). How should long-term free-living physical activity be targeted after stroke? A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12966-018-0730-0>
- Morris, J., Oliver, T., Kroll, T., & MacGillivray, S. (2012). The Importance of Psychological and Social Factors in Influencing the Uptake and Maintenance of Physical Activity after Stroke: A Structured Review of the Empirical Literature. *Stroke Research and Treatment*, 2012, 1–20. <https://doi.org/10.1155/2012/195249>
- Nedbal, A. (2011). *Stark für den Alltag: Selbstmanagement nach Schlaganfall*. physiopraxis. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-1277694.pdf>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Norving, B., Barrick, J., Davalos, A., Dichgans, M., Cordonnier, C., Guekht, A., Kutluk, K., Mikulik, R., Wardlaw, J., Richard, E., Nabavi, D., Molina, C., Bath, P. M., Stibrant Sunnerhagen, K., Rudd, A., Drummond, A., Planas, A., & Caso, V. (2018). Action Plan for Stroke in Europe 2018–2030. *European Stroke Journal*, 3(4), 309–336. <https://doi.org/10.1177/2396987318808719>
- Nott, M., Wiseman, L., Seymour, T., Pike, S., Cuming, T., & Wall, G. (2021). Stroke self-management and the role of self-efficacy. *Disability and Rehabilitation*, 43(10), 1410–1419. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1666431>
- Obama, Barack. (2008, 5. Februar). *Campaign Speech*.
- O’Cathain, A., Croot, L., Sworn, K., Duncan, E., Rousseau, N., Turner, K., Yardley, L., & Hoddinott, P. (2019). Taxonomy of approaches to developing interventions to improve health: A systematic methods overview. *Pilot and Feasibility Studies*, 5(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s40814-019-0425-6>
- Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd. (2018). *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*. www.casp-uk.net

- Patomella, A.-H., Farias, L., Eriksson, C., Guidetti, S., & Asaba, E. (2021). Engagement in Everyday Activities for Prevention of Stroke: Feasibility of an mHealth-Supported Program for People with TIA. *Healthcare*, 9(8), 968.
<https://doi.org/10.3390/healthcare9080968>
- Prior, P. L., & Suskin, N. (2018). Exercise for stroke prevention. *Stroke and Vascular Neurology*, 3(2), 59–68. <https://doi.org/10.1136/svn-2018-000155>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Dow Jones-Irwin.
- Ris, I., Preusse-Bleuer, B., & Huber, E. (2022). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW.
- Siebert, H. (2012). *Lernen und Bildung Erwachsener* (2. aktualisierte und überarbeitete Aufl). W. Bertelsmann.
- Walder, K., & Molineux, M. (2017). Occupational adaptation and identity reconstruction: A grounded theory synthesis of qualitative studies exploring adults' experiences of adjustment to chronic disease, major illness or injury. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 225–243. <https://doi.org/10.1080/14427591.2016.1269240>
- Wang, G., Wang, Y., & Gai, X. (2021). A Meta-Analysis of the Effects of Mental Contrasting With Implementation Intentions on Goal Attainment. *Frontiers in Psychology*, 12, 565202. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.565202>
- Wassenius, C., Claesson, L., Blomstrand, C., Jood, K., & Carlsson, G. (2022). Integrating consequences of stroke into everyday life – Experiences from a long-term perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 29(2), 126–138.
<https://doi.org/10.1080/11038128.2020.1857433>
- Wilkinson, S., Thomas, S., Phillips, C. J., Marshall, A. P., Chaves, N. J., Jankelowitz, S. K., Lin, I., Loy, C. T., Rees, G., Sakzewski, L., To, T.-P., & Michie, S. (2015). Experiences of using the Theoretical Domains Framework across diverse clinical

- environments: A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 139.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S78458>
- Wolf, T. J., Baum, C. M., Lee, D., & Hammel, J. (2016). The Development of the Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS): An Exploratory Randomized Clinical Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(4), 284–292.
<https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1155278>
- Wongergem, R., Hendrickx, W., Wouters, E., Bie, R. D., Visser, J., Veenhof, C., & Pisters, M. (2020). *Selecting behaviour change techniques to reduce sedentary behaviour in people with stroke using the Behaviour Change Wheel* [Preprint]. In Review.
<https://doi.org/10.21203/rs.2.10822/v2>
- Wood, W. (2022). *Good habits, bad habits: Gewohnheiten für immer ändern* (H. Lutosch, Übers.). Piper.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>
- World Health Organization. (2014). *World health statistics 2014*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112738>
- Wray, F., Clarke, D., Cruice, M., & Forster, A. (2021). Development of a self-management intervention for stroke survivors with aphasia using co-production and behaviour change theory: An outline of methods and processes. *PLOS ONE*, 16(11), e0259103.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259103>

12. Anhang

I. Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Alle sinngemäss und wörtlich übernommenen Textstellen aus fremden Quellen wurden kenntlich gemacht.

Belp, den 01.08.2023

Malena Lötscher

II. Bewilligung Projektantrag

Das Praxisentwicklungsprojekt «Behange» wurde mit allen Beteiligten hinreichend besprochen. Dieser Projektantrag beinhaltet die Ausgangslage, die Zielsetzungen, die geplanten Meilensteine, Projektaufwand, -nutzen, die -abhängigkeiten, -risiken sowie die -kommunikation in der zur Erteilung des Projektauftrags benötigten Genauigkeit. Die universitäre Neurorehabilitation des Landspitals ist ab dem Zeitpunkt der Entwicklung einer Projektidee involviert und ist mit dem Vorhaben einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Auftraggebende

Ort und Datum

Unterschrift Projektleiterin

III. Einverständniserklärung zur Aufhebung der Anonymität

Verwendung des Namens der Institution

Hiermit erteilen wir als Co-Leitung der Ergotherapie die Erlaubnis und geben unser Einverständnis, dass Malena Lötscher die stationäre Neurorehabilitation des Spitals Riggisberg im Rahmen ihrer schriftlichen Masterarbeit namentlich nennen darf.

Riggisberg, 25.07.2023



IV. Fragebogen inklusive Antworten



Behaviour-Change-Projekt

Das «Behange Projekt» wird als Praxisentwicklungsprojekt in einer stationären Neurorehabilitation in der Ergotherapie implementiert. Die Zahl von Menschen mit einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung nimmt aufgrund der stark ansteigenden Weltbevölkerung und demografischen Alterung sowohl weltweit als auch in der Schweiz stetig zu. Menschen nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung sind aufgrund verloren gegangener Fertigkeiten häufig dazu gezwungen, ihren Lebensstil zu verändern. Ausserdem möchten viele Betroffene alte «ungesunde» Lebensgewohnheiten ablegen und sich auf neue «gesunde» Verhaltensweisen einlassen, um ein weiteres Ereignis verhindern zu können. Dabei fühlen sie sich von Fachpersonen während der Akut-Rehabilitation häufig alleine gelassen oder unzureichend begleitet. Denn Verhaltensänderungen einzugehen, wie beispielsweise gesunde Lebensgewohnheiten in den Alltag zu integrieren und insbesondere aufrechtzuerhalten, stellt eine grosse Herausforderung dar.

Ziel des «Behange-Projektes» ist es, ein multimediales Dossier über Theorien und Konzepte zu Verhaltensänderungen zusammenzustellen, um das Fachwissen darüber dem Ergotherapie-Team einfacher zugänglich zu machen. Des Weiteren sollen durch Schulungen ein adäquater Theorie-Praxis-Transfer gewährleistet werden und die Kompetenzen zu dieser Thematik im Ergotherapie-Team erweitert und gefestigt werden. Denn die Ergotherapie stellt mit ihrem holistischen Ansatz sowie ihrem Fachwissen über Betätigungen und Gewohnheiten, eine äusserst wichtige Rolle dar, um Betroffene bei Verhaltensänderungen zu begleiten und zu unterstützen.

Frage	Antworten																																			
<p>1. Sollen Verhaltensänderungen mit Patientinnen und Patienten in der Akut-Phase thematisiert werden (nach einem Schlaganfall oder einer Hirnblutung)? *</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Weiss nicht</p> <p><input type="radio"/> Sonstiges <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">● Ja</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">● Nein</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">● Weiss nicht</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">● Sonstiges</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%; text-align: left;">ID ↑</th> <th style="width: 20%; text-align: left;">Name</th> <th style="width: 75%; text-align: left;">Antworten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>anonymous</td> <td>Akut oder in der Rehapphase? Reha hier in Riggli ja, Akut unten im ASH noch zu früh aus meiner Sicht</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>anonymous</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>anonymous</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>anonymous</td> <td>Wenn vom Pat. gewünscht und er in der Momentanen Situation Kapazität für das Thema hat</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>anonymous</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>anonymous</td> <td>Wenn der Patient schon bereit ist. Meine Erfahrung zeigt, die Patienten sind nicht immer schon bereit dazu.</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>anonymous</td> <td>Ja</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>anonymous</td> <td>im Verlaufe der Reha eher ja, jedoch nicht allzu sehr im "akuten" Setting (da geht es für mich erstmal um die Verarbeitung und Umgang des Ereignis)</td> </tr> </tbody> </table>	● Ja	4	● Nein	0	● Weiss nicht	0	● Sonstiges	4	ID ↑	Name	Antworten	1	anonymous	Akut oder in der Rehapphase? Reha hier in Riggli ja, Akut unten im ASH noch zu früh aus meiner Sicht	2	anonymous	Ja	3	anonymous	Ja	4	anonymous	Wenn vom Pat. gewünscht und er in der Momentanen Situation Kapazität für das Thema hat	5	anonymous	Ja	6	anonymous	Wenn der Patient schon bereit ist. Meine Erfahrung zeigt, die Patienten sind nicht immer schon bereit dazu.	7	anonymous	Ja	8	anonymous	im Verlaufe der Reha eher ja, jedoch nicht allzu sehr im "akuten" Setting (da geht es für mich erstmal um die Verarbeitung und Umgang des Ereignis)
● Ja	4																																			
● Nein	0																																			
● Weiss nicht	0																																			
● Sonstiges	4																																			
ID ↑	Name	Antworten																																		
1	anonymous	Akut oder in der Rehapphase? Reha hier in Riggli ja, Akut unten im ASH noch zu früh aus meiner Sicht																																		
2	anonymous	Ja																																		
3	anonymous	Ja																																		
4	anonymous	Wenn vom Pat. gewünscht und er in der Momentanen Situation Kapazität für das Thema hat																																		
5	anonymous	Ja																																		
6	anonymous	Wenn der Patient schon bereit ist. Meine Erfahrung zeigt, die Patienten sind nicht immer schon bereit dazu.																																		
7	anonymous	Ja																																		
8	anonymous	im Verlaufe der Reha eher ja, jedoch nicht allzu sehr im "akuten" Setting (da geht es für mich erstmal um die Verarbeitung und Umgang des Ereignis)																																		

2. Hast du dafür genügend Zeit während der Therapie? *

Ja
 Eher ja
 Eher nein
 Nein
 Weiss nicht
 Sonstiges

ID ↑	Name	Antworten
1	anonymous	je nach dem was sonst noch für Defizite vorhanden sind
2	anonymous	Eher nein
3	anonymous	Nein
4	anonymous	Ja
5	anonymous	Nein
6	anonymous	Eher nein
7	anonymous	Eher nein
8	anonymous	kommt individuell darauf an was es alles an Themen gibt und was gemeinsam mit dem Pat als Schwerpunkt gewählt wird. Bei zu vielen Themen wird es sicher enq...

3. Wie sicher fühlst du dich während der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten, bei welchen du eine Verhaltensänderung begleiten möchtest? *

Sehr sicher
 Sicher
 Eher Sicher
 Eher unsicher
 Unsicher

Antwort	Anzahl
Sehr sicher	0
Sicher	1
Eher Sicher	1
Eher unsicher	6
Unsicher	0

4. Wie zufrieden bist du mit den aktuellen Unterlagen, welche wir dazu haben (SelMa)?

Sehr zufrieden
 Zufrieden
 Eher zufrieden
 Eher unzufrieden
 Unzufrieden

Antwort	Anzahl
Sehr zufrieden	0
Zufrieden	4
Eher zufrieden	0
Eher unzufrieden	4
Unzufrieden	0

5. Wie beurteilst du die Wichtigkeit der folgenden möglichen Dossierinhalte? *

	Sehr wichtig	Wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Videos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Strukturierte Konzepte / Leitfäden / Behandlungsansätze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assessments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufgaben-Bögen für Patientinnen und Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weiterführende Literatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Theoretische Grundlagen zum Umgang mit Verhaltensänderungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterlagen für Angehörige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dossierinhalt	Sehr wichtig	Wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Videos	0	1	1	1	1
Strukturierte Konzepte / Leitfäden / Behandlungsansätze	4	0	0	0	0
Assessments	0	1	1	1	1
Aufgaben-Bögen für Patientinnen und Patienten	0	1	1	1	1
Weiterführende Literatur	0	1	1	1	1
Theoretische Grundlagen zum Umgang mit Verhaltensänderungen	0	1	1	1	1
Unterlagen für Angehörige	0	1	1	1	1

V. Allgemeine Risikoanalyse

Risiko	WS	TW	RW	Massnahme
Zu wenig Zeitressourcen aufgrund von Personalmangel durch Erkrankungen und oder Unfällen des Personals (Grippe, Corona, etc.)	3	10	30	<ul style="list-style-type: none"> • Fixe Zeiten für Teamschulung im Rahmen von internen Ergotherapie Weiterbildungen mit Auftraggeberinnen festlegen und fix einplanen
Team sieht Mehrwert des Projektes nicht und arbeitet gegen das Projekt, zeigt zu wenig Motivation für das Projekt	5	9	45	<ul style="list-style-type: none"> • Fachwissen über die Thematik frühzeitig verständlich dem Team erklären, um Bewusstsein und Wichtigkeit der Thematik zu fördern • Das gesamte Ergotherapie-Team in das Projekt miteinbeziehen: bei Entscheidungen miteinbeziehen mit Hilfe von einem Fragebogen zu Beginn des Projektes und nach der Einführungsphase und Austausch während Team-Sitzungen • Gute Kommunikationsweise überlegen und umsetzen: Überlegen, welche Stakeholder wann informiert werden müssen und mit welchem Mittel. Zu frühe und zu viele Informationen können ermüdend wirken, insbesondere wenn Einführungsphase noch in ferner Zukunft liegt.
Personal­mangel im Februar 2023 im Ergotherapie-Team durch Kündigungen, ausserdem Kündigung der PL auf Ende Januar 2023	10	10	100	<ul style="list-style-type: none"> • Mit Auftraggeberinnen sowie dem gesamten Ergotherapie-Team besprechen, ob das «Behange Projekt» trotzdem eingeführt werden soll und zudem zusammen klären, welcher Zeitrahmen am besten geeignet ist dafür • Mit Vorgesetzten schriftliche Absprachen halten, dass das Projekt während internen Weiterbildungen Raum einnehmen darf, auch wenn die PL nicht mehr in der Institution angestellt ist
Personal­mangel aufgrund Weggang Aushilfe (ab Anfang Oktober 2023) und Ausfall Mitarbeiterin aufgrund Schwangerschaft (ab ca. November 2023)	10	10	100	<ul style="list-style-type: none"> • Mit Vorgesetzter in der Steuergruppe absprechen, dass sie Verantwortung übernimmt, dass im Rahmen von Interventionen das Thema «Verhaltensänderungen» regelmässig Raum einnehmen darf und dadurch das Fachwissen im Team erhalten bleibt
Schulung des Ergotherapie-Teams gelingt unzureichend und der Theorie-Praxis-Transfer gelingt nicht zufriedenstellend	5	10	50	<ul style="list-style-type: none"> • Weitere Schulungen in Absprache mit Auftraggeberinnen planen im Rahmen der internen Ergotherapie Weiterbildungen
Einführung neues Dokumentations- und Abrechnungssystem ab Ende 2022 (EPIC, Kiss): Team Mitglieder haben keine Ressourcen, um noch mehr Neuerungen im Arbeitsalltag umzusetzen	10	4	40	<ul style="list-style-type: none"> • Bei allfälliger Überbelastung der Mitarbeitenden in der Steuergruppe Zeitplan entsprechend anpassen - > Intensive Einführungszeit des «Behange Projektes» soll sich nicht mit intensiver Einführungszeit des neuen Dokumentationssystem überschneiden (ab März 2023)

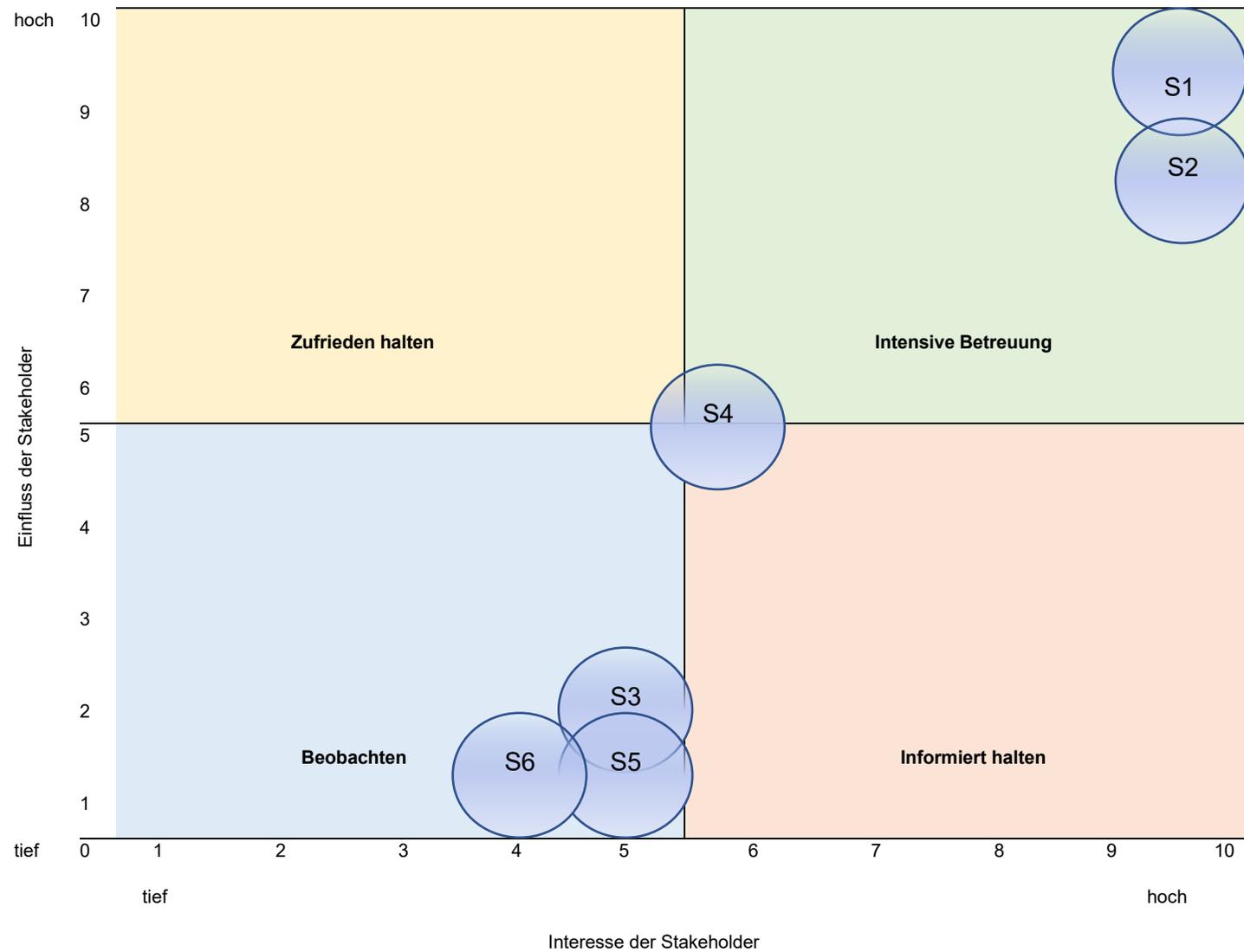
Erläuterung	Berechnung
WS = Wahrscheinlichkeit	WS: 1 = trifft sicher nicht ein, 10 = trifft sicher ein
TW = Tragweite	TW: 1 = keinen Einfluss, 10 = kann das Projekt zum Scheitern bringen
RW = Risikowert	RW: WS x TW

VI. Stakeholderanalyse

Nr.	Anspruchsgruppe	Stärke der Interessen 1-10	Höhe des Einflusses 1-10	Art und Weise der Beeinflussung	Grösse der Einflussgruppe (Power/Kraft)	Chance (+) für das Projekt Gefahr (-) für das Projekt	Mögliche Gegenmassnahmen	Status Visueller Marker Ampel-system
S1	Auftraggebende (Vorgesetzte)	10	10	Genehmigen Zeiten und Ressourcen	2	+ können sich im Ergotherapie-Team positiv für das Projekt aussprechen - Aufgrund des Personalmangels ab Anfang 2023 könnten sie sich gegen die Implementation des Projektes entscheiden, um die Ressourcen des Personals zu schonen	<ul style="list-style-type: none"> Vorgesetzte in der Steuergruppe regelmässig informieren Zusammen nach Lösungswegen suchen, wie das Projekt geplant werden kann, damit das Projekt trotz Kündigung der PL im Jahr 2023 durchgeführt werden kann Beschlüsse schriftlich festhalten und Termine für die Schulung des Teams in Absprache mit Steuergruppenmitglied planen 	
S2	Ergotherapie-Team	10	8	Das Team könnte gegen das Projekt arbeiten und die Implementierung verzögern, wenn sie die Relevanz des Projektes nicht sehen	9	+/- das Team ist entscheidend für die erfolgreiche Implementation des Projektes - durch Personalmangel und daraus resultierende schwindende Ressourcen der Teammitglieder, könnte die Implementation des Projektes stark gefährdet sein	<ul style="list-style-type: none"> Das Team frühzeitig (vor der Kickoff-Sitzung) über das Projekt informieren Während einer Teamsitzung zusammen besprechen ob und in welchem Zeitrahmen das Projekt durchgeführt werden soll In das Projekt miteinbeziehen und mitentscheiden lassen 	
S3	Patient:innen	5	2	Die Relevanz des Projektes kann gesteigert werden, indem Patient:innen den Wunsch äussern passende Werkzeuge und Unterstützung	Bis 45	+		

				durch das Therapie Team zu Verhaltensänderungen zu erhalten				
S4	Ärztenschaft	6	5	Ärzte können keinen Auftrag erteilen (nicht verordnen), um diese Thematik mit Patient:innen anzugehen	6	+/- falls die Ärzte die Relevanz der Thematik nicht sehen, verordnen sie keine Ergotherapie Einheiten dafür	<ul style="list-style-type: none"> • Ärzte über die Thematik aufklären, damit diese die Relevanz sehen, dass die Thematisierung von Verhaltensänderungen in der Therapie einen wichtigen Stellenwert einnehmen soll, damit diese Ergotherapie Einheiten dazu verschreiben 	
S5	Angehörige der Patient:innen	5	1	Haben Interesse daran, dass ihre Angehörigen Betroffene ihre Gesundheit im Alltag zu Hause möglichst selbstständig managen können	-	+	<ul style="list-style-type: none"> • Nach Implementation des Projektes bei Bedarf den Angehörigen Informationen weiterleiten 	
S6	Interdisziplinäres Team	4	1	Das interdisz. Team hat Interesse daran, dass Patient:innen ihre Gesundheit selbstständig managen	Ca. 100	+ können unterstützend bei Prozess der Verhaltensänderung mitwirken	<ul style="list-style-type: none"> • Nach Implementation des Projektes ins Ergotherapie-Team das «Behange Projekt» eventuell auch auf das interdisziplinäre Team ausweiten 	

VII. Einfluss und Interesse der Stakeholderanalyse



Legende:

S1 = Auftraggeber (Vorgesetzte)

S2 = Ergotherapie-Team

S3 = Patient:innen

S4 = Ärzte

S5 = Angehörige der Patient:innen

S6 = interdisziplinäres Team

VIII. Multiprojektlandschaft, Sensitivitätsanalyse nach Vester

	Projekt 1	Projekt 2	Projekt 3	Projekt 4	Projekt 5	Projekt 6	AS	Quotient Q = AS/PS x 100
Projekt 1	Keine Interaktion	0	1	0	1	1	3	50
Projekt 2	1		0	1	1	0	3	150
Projekt 3	0	0		0	0	0	0	0
Projekt 4	1	0	0		0	0	1	33
Projekt 5	3	1	1	1		3	9	300
Projekt 6	1	1	1	1	1		5	125
PS	6	2	3	3	3	4		
Produkt P = AS x PS	18	6	0	3	27	20		

Projektnummer	Projektname
Projekt 1	«Behange»
Projekt 2	Ausbau Neurorehabilitation
Projekt 3	Projektwerkstatt/ Bachelorarbeit ZHAW durch Studierende
Projekt 4	Interdisziplinäres Fatigue-Management
Projekt 5	Einführung neues Dokumentationssystem (Kiss, Epic)
Projekt 6	Schwindel

Die Bewertung erfolgt über die Werte:
 0 = keine Einwirkung, oder zeitlich stark verzögerte Beeinflussung
 1 = schwache Einwirkung
 2 = mittlere Einwirkung
 3 = starke Einwirkung

AS = Aktivsumme (=Addition der Reihe von links nach rechts). Eine hohe Aktivsumme ist ein hoher Einflussfaktor auf Ihr Vorhaben und könnte eine Gefahr darstellen (Starken Einfluss auf das Gesamte System/Multiprojektlandschaft).

PS = Passivsumme (=Addition der Spalte von oben nach unten). Ist die Passivsumme hoch, bedeutet dies, dass dieses Projekt äusserst sensibel auf Systemveränderungen reagiert, sozusagen ob es schnell ins Wanken kommt, wenn das System mehr Ressourcen einnimmt (Empfindlichkeit auf Veränderungen).

Für jede Variable sind die Berechnungen vgl. Tabelle durchzuführen. Die Ergebnisse daraus sind:

Aktives Element: höchstes Q: 300, Projekt 5, Einführung neues Dokumentationssystem

Passives Element: niedrigstes Q: 0, Projekt 3, Projektwerkstatt/ Bachelorarbeit ZHAW durch Studierende

Kritisches Element: höchstes P: 27, Projekt 5, «Behange»

Pufferndes Element: niedrigstes P: 0, Projekt 3, Projektwerkstatt/ Bachelorarbeit ZHAW durch Studierende

IX. CASP



Paper for appraisal and reference: **Lau et al. (2022)**
 Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments: > Untersuchung, welche Theorien bei der Entwicklung theoriebasierter Selbstmanagement-Interventionen für Schlaganfallüberlebende angewandt wurden
 > Identifizierung, welche Behaviour Change Techniques (BCTs) in diesen Interventionen enthalten waren
 > Untersuchung, inwieweit diese Interventionen die Teilnehmer zur Umsetzung von Verhaltensänderungen ermutigen
 > Wirksamkeit der Interventionen zur Verbesserung der SWE, QoL und funktionalen Unabhängigkeit

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments: + Autoren suchten Literatur mit Konzepten für Schlaganfall und Selbstmanagement -> stimmt mir ihren Zielen des Reviews überein
 + untersuchten ausschliesslich RCTs

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments: > 13 Studien wurden verwendet, davon 8 für die Meta-Analyse
 - nur englischsprachige Studien untersucht
 + passende Datenbanken wurden durchsucht
 - kein persönlicher Kontakt zu Experten
 - nur publizierte Studien wurden untersucht

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified.
Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glitters is not gold"
Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments: + die Qualität aller Studien wurde mit der PEDro Skala bewertet, der Durchschnitt alle inkludierten Studien betrug 6.2.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments: + verwendete Theorien in den Studien wurden miteinander verglichen und klar jeder Studie zugeteilt
+ Grosse Unterschiede bezüglich Verwendung der BCT's in den jeweiligen Studien wurde diskutiert und begründet (wenig Erfahrung zur Verwendung von BCT's)

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments: > verwendetet Theorien: sozialkognitive Theorie (7 Studien), Familiensystemtheorie (1), Health empowerment Theorie (1), Selbstbestimmungstheorie (1), Transtheoretisches Modell (1), Pflegekoordinationsmodell (1)
> Techniken zu Verhaltensänderungen:
Die am häufigsten angewandten BCT-Kategorien waren Ziele und Planung (12 von 13 Studien), die



7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments: + die Resultate werden mit Hilfe des confidence interval (CI) genau dargestellt
- die verwendeten BCT's und die Theorien werden klar jeder Studie zugeteilt

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments: + erwachsene Menschen nach Schlaganfall wurden untersucht
- Schlaganfall-Betroffene mit kognitiven Defiziten wurden ausgeschlossen (-> daher dieses Kriterium nur teilweise erreicht)

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do you think?

Comments: Wird nicht vom Review beantwortet. Eigene Meinung: Selbstmanagement-Strategien sowie die Verwendung von passenden BCT's sind vielversprechend, um Verhaltensänderungen bei Menschen nach Schlaganfall zu erreichen.

X. AICA-Raster

Zusammenfassung der Studie: ‘Weaving lifestyle habits’: Complex pathways to health for persons at risk for stroke (Mälstam et al., 2022)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problem und Forschungsbedarf: Betätigungen und Lebensgewohnheiten von Menschen spielen bei der Entstehung und auch bei der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (inkl. Schlaganfall) eine wesentliche Rolle. Betätigungen als Mittel für Prävention oder Gesundheitsförderung werden bis jetzt häufig ausser Acht gelassen. Es herrscht eine grosse Wissenslücke darüber, wie gesunde Lebensgewohnheiten und gesundheits-fördernde Betätigungen bei Menschen mit Schlaganfall-Risiko gefördert und aufrechterhalten werden können. Viele Betroffene sind sich den verschiedenen Risikofaktoren bewusst, wissen jedoch nicht, wie sie diese Risiken im Alltag managen können. Die Eigenschaften von Betätigungen (hohe Bedeutung, positiver Sinn, Gefühl von Partizipation, genau die richtige Herausforderung an eine Person) werden als wichtig für Verhaltensänderungen angesehen. Über den Einsatz von bedeutungsvollen Betätigungen in Präventionsprogrammen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird nur selten berichtet und deren Beitrag zur Förderung gesunder Lebensgewohnheiten wird in der Forschung nicht berücksichtigt. Es gibt zudem nur wenige Forschungsarbeiten, welche sich auf Interventionen konzentrieren, bei welchen Betätigungen eingesetzt werden, um mehrere veränderbare Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen anzugehen (schlechte Ernährungs- und Alkoholgewohnheiten, Tabakkonsum, Bewegungsmangel, Übergewicht, Bluthochdruck, psychosozialer Stress). Diese Thematik ist dennoch wichtig, da Risikofaktoren in Gewohnheiten und alltägliche Tätigkeiten eingebettet sind, was einer der Gründe ist, warum es so schwierig ist, diese zu verändern. Das Ziel dieser Studie war es, das Wissen darüber zu erweitern, welche Auswirkungen die Teilnahme an bedeutungsvollen Betätigungen von Personen</p>	<p>Design: deskriptive Mehrfachfallstudie, die Wahl des Designs wird nicht begründet Stichprobe: In die Studie wurden Personen mit Schlaganfallrisiko aufgenommen, welche eine transitorische ischämische Attacke (TIA) erlitten hatten oder bei denen eine TIA diagnostiziert worden war. Für die Auswahl der potenziellen Teilnehmer wurde ein Schlaganfall-Risiko-Screening verwendet, dessen Auswahl mit einer Studie begründet wurde. 17 Personen wurden mit Hilfe von Ärzten zweier Spitäler in Stockholm und einem TIA Register mittels bestimmter Ein- und Ausschlusskriterien gewählt. Davon stimmten 8 der Teilnahme zu, von welchen später 2 aus der Studie ausgeschieden wurden (aufgrund fehlendem Zugang zu drahtlosem Gerät und fehlender Zeit). Schlussendlich nahmen 6 Personen an der Studie teil. 4 Männer und 2 Frauen im Alter zwischen 59-70 Jahren. Neben einer TIA, die 1-15 Monate vor der Teilnahme am Präventionsprogramm aufgetreten war, wiesen die Teilnehmer zwischen 2 und 5 Schlaganfall-Risikofaktoren auf, die der Stroke Risk Score Card als hoch eingestuft wurden. Die Teilnehmer verfügten einen Bildungsstand von 9-15 Jahren und ein Jahreinkommen zwischen >19'3000 und >58'0000 Euro. 3 Teilnehmer lebten alleine und die anderen 3 mit einem Partner oder einem Kind zusammen. Die Teilnehmer der Studie wurden mittels einer Zufallsstichprobe rekrutiert. Es gibt nur eine Studiengruppe. Die Stichprobenauswahl wird nicht begründet. Datenerhebung: Es wurden ausführliche Interviews auf Grundlagen der Grounded Theory zu drei Zeitpunkten durchgeführt (Interview 1 nach Ende des Präventionsprogramms und Interview 2 und 3 über einen Zeitraum von 12 Monaten, hier wurde nicht genannt zu welchem Zeitpunkt die beiden letzten Interviews gemacht wurden). Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen. Die Daten wurden mittels verbatim Transkription verarbeitet Methodologische Reflexion: Die Einzelinterviews waren semistrukturiert mit offenen Fragen und bezogen sich auf Themen, mit denen sich die Teilnehmer während des Präventionsprogramms intensiv beschäftigt hatten. Datenanalyse: Alle Interviews wurden nach der Transkription mit der Methode des ständigen Vergleichs ausgewertet. Bei der Analyse der Interviewdaten wurde die Grounded Theory angewandt (Kodierung, analytische Notizen, Memos). Alle Autoren, welche die Daten analysiert haben, haben Erfahrung in qualitativer Forschung.</p>	<p>> Die Ergebnisse in Form von Tabellen und Fliesstext dargestellt und mit passenden Zitaten untermauert. Die Ergebnisse wurden in drei Haupt- und sechs Unterkategorien eingeteilt: > Bewusstsein für Gesundheit, Betätigung und Risikofaktoren > Stärkung des Bewusstseins für die Gesundheit und die Art und Weise, wie man sein Leben lebt > Betätigungen und Gesundheit kennenlernen und wahrnehmen -> betätigungsfokussiertes Präventionsprogramm und die mHealth App haben zu einem besseren Gesundheitsbewusstsein beigetragen; Stärkung des Bewusstseins über Risikofaktoren und Gesundheit resultierte gleichzeitig zu einer intensiven Auseinandersetzung von Betätigungen > Konditionierte Wege zur Gesundheit > Abstrakte Gesundheitsvisionen und greifbare Belohnungen > Kontextuelle Bedingungen für Betätigungen und Lebensgewohnheiten -> interne Faktoren: Vision von gesundem Altern, Angst vor Krankheit, Erfahrung von Belohnungen; externe Faktoren: Lebensstil Gewohnheiten anderer Menschen, soziale Unterstützung, instabile wirt. Lage, fehlender Zugang zu gesundheitsfördernder physischer Umgebung > Veränderte Handlungsweisen durch Erfahrung > Betätigungen (neu) entdecken und</p>	<p>Die Ergebnisse wurden in der Diskussion zusammengefasst, mit bereits bestehender Literatur untermauert und mit dem Ziel der Studie in Verbindung gebracht: > Aktive Teilnahme an Betätigungen war ein wichtiger und unterstützender Faktor für die Entwicklung gesunder Lebensgewohnheiten Das Ausführen von bedeutungsvollen Betätigungen wurde mit positiven Gefühlen, Wohlbefinden, Zufriedenheit und einem Gefühl intensiver Beteiligung verbunden. > Bedeutungsvolle Betätigungen wurden als Motivator für die Änderung von Lebensgewohnheiten beschrieben -> intrinsische Motivation wird auch in vielen Theorien zu Verhaltensänderung als wichtig empfunden > bedeutungsvolle Betätigungen werden normalerweise regelmässig durchgeführt, was unterstützend wirkte > Barrieren und Förderfaktoren: saisonale Veränderungen, soziale Unterstützung, gesundheitsförderndes Umfeld, Finanzen, Wissen, Motivation, soziale Beziehungen > Bei der Entwicklung und Umsetzung von Verhaltensänderungen ist es wichtig, den sozialen Kontext und die umfassenderen soziokulturellen und ökologischen Bedingungen zu berücksichtigen > Um mit alten nicht gesundheitsfördernden Gewohnheiten zu brechen, brauchten die Teilnehmenden eine ebenso sinnvolle und lohnende Ersatzbetätigung -> das Wissen oder Bewusstsein über Risikofaktoren allein reichen nicht aus, um ein Verhalten erfolgreich ändern zu können > Gesundheitskompetenz und Betätigungen sind ein wichtiger Faktor für die Gestaltung gesunder Lebensgewohnheiten</p>

<p>mit Schlaganfallrisiko auf Veränderungen ihrer Lebensgewohnheiten haben, welche zuvor an einem betätigungs-fokussierten Schlaganfallpräventions-Programm teilgenommen haben.</p>	<p>Ethik: Die Interviewstudie wurde vom regionalen ethischen Prüfungsausschuss in Stockholm genehmigt. Teilnahme an der Studie beruhte auf einer schriftlichen und mündlichen Einverständniserklärung, die bei jedem Interview erneut bestätigt wurde. Die erfassten Daten sind anonymisiert.</p>	<p>Gewohnheiten durch Tun verändern >Umgang mit Gewohnheiten und Störungen durch Engagement und Unterstützung -> Teilnahme an Betätigungen wichtig für Prozess gesunde Lebensgewohnheiten zu entwickeln; aktiv gegen Störungen vorgehen, wurde unterstützt durch Unterstützung anderer und starker Einbezug in die Betätigungen</p>	<p>Implikation für die Praxis: Ergos haben die Möglichkeit mit ihrem Wissen über Betätigung, Gewohnheiten und Umwelt Menschen bei gesundheitsfördernden Betätigungen zu unterstützen.</p>
---	--	---	---

Würdigung der Studie: 'Weaving lifestyle habits': Complex pathways to health for persons at risk for stroke (Mälstam et al., 2022)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>+ Die Studie behandelt eine äusserst wichtige und aktuelle Thematik in der Berufspraxis (Sekundärprophylaxe nach Schlaganfall und die Bedeutung von Betätigungen auf einen gesunden Lebensstil bzw. Veränderungen von ungesunden Lebensgewohnheiten)</p> <p>+ Das Ziel der Studie ist klar formuliert</p> <p>+ Die Autoren stützen sich auf breit gefächerte bereits vorhandene Literatur.</p>	<p>Design: + Die Verbindung zwischen dem Forschungsziel und dem Ansatz (deskriptive Mehrfachfallstudie) ist logisch und nachvollziehbar. Die Wahl von Einzelinterviews ist passend, um Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmenden zu erfassen.</p> <p>Stichprobe: + Zufallsstichprobe ist für das Design angebracht + die Stichprobe repräsentiert die Zielgruppe -> bereits eine TIA erlitten und hohes Schlaganfall-Risiko) + Die Stichprobengrösse ist mit 6 Teilnehmern für eine Mehrfachfallstudie geeignet (bei einer Mehrfachfallstudie müssen mind. 4 Teilnehmende eingeschlossen werden). Eine ideale Stichprobengrösse wird von den Autoren nicht erwähnt. +/- das Setting (Gesundheitsversorgung in der Region Stockholm), die Teilnehmenden und das Präventionsprogramm werden nur knapp beschrieben (-), für deren genauere Beschreibung wird auf eine frühere Studie über das Präventionsprogramm verwiesen, in welcher alles detailliert beschrieben ist (+). Es ist jedoch nicht klar ersichtlich, ob die Co-Autoren am Präventionsprogramm beteiligt waren oder nur bei der Mithilfe der Datenanalyse + Teilnehmende (haben alle ein hohes Schlaganfall-Risiko) sind geeignet für die Forschung und erleben zudem das zu beforschende Phänomen</p> <p>Datenerhebung: + Bei der Datenerhebung handelt es sich um menschliches Erleben + Die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung (Interviews, Memos und analytische Notizen) wurden grösstenteils explizit beschrieben. Es wurde jedoch nicht beschrieben, wann genau die letzten beiden Interviews gehalten wurden (-) + Die Selbstbestimmung aller Teilnehmenden wurde diskutiert: semistrukturierte Interviews mit offenen Fragen, um individuelle Antworten zu erhalten</p> <p>Methodologische Reflexion: + Die Studie erforscht Themen der Sozialwissenschaft (Verhaltensänderungen bei Personen mit Schlaganfallrisiko -> philosophischer Hintergrund ist deutlich gemacht). Ontologie (Sozialwissenschaften)- Epistemologie (persönlich) – Methodologie (qualitativ) sind kongruent. + Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein und die Methode ist auch für das Phänomen geeignet. -> Datenerhebung mittels Einzelinterviews zur Erfassung von persönlichen Erfahrungen</p> <p>Datenanalyse: + Das Vorgehen bei der Analyse ist nachvollziehbar beschrieben und glaubwürdig + Analysemethoden nach «so und so» wurden entsprechend referenziert</p>	<p>+ die zusammengetragenen, zahlreichen Ergebnisse sind sehr vielseitig und haben Bedeutung für die Ergotherapie</p> <p>+ die Ergebnisse sind präzise und sinnvoll in 3 Haupt- und 6 Unterkategorien gegliedert -> zahlreich dargestellt und passend im Kontext eingebettet</p> <p>+ die Kategorien sind mit passenden Zitaten der Teilnehmenden dargestellt</p> <p>+ die Kategorien sind inhaltlich gut unterscheidbar und logisch dargestellt</p> <p>+ die Ergebnisse bzw. Erfahrungen der Teilnehmenden werden immer wieder mit der Kernkategorie der Studie, „Weben von Lebensgewohnheiten“ in Verbindung gebracht: Beim Weben werden unterschiedliche Fäden</p>	<p>+ die Diskussion fasst die wichtigsten Ergebnisse zusammen + das Ziel der Studie wurde erreicht: die Forschenden konnten diverse Auswirkungen von der Ausübung von bedeutungsvollen Betätigungen auf das Verhalten aufzeigen + Die Ergebnisse wurden diskutiert und mit bereits bestehender Literatur in Verbindung gebracht + anhand vieler Zitate wurden die Erfahrungen der Teilnehmenden eindeutig aufgezeigt und das Phänomen konnte dadurch besser verstanden werden + die Bedeutung der Ergebnisse für die Ergotherapie wurden diskutiert und sind für die Berufsgruppe sehr relevant -> Verhaltensänderungen können als Sekundärprophylaxe bei Menschen mit Schlaganfallrisiken mit betätigungsfokussierten Programmen in der Ergotherapie angegangen werden + Limitationen werden genannt: homogene Stichprobe (keine Menschen mit Migrationshintergrund, keine Menschen, die nicht zu einer Veränderung motiviert waren, keine Menschen ohne technischen Zugang) + Forschende weisen darauf hin, dass bei künftigen Studien eine breitere Einbeziehung, die speziell auf gefährdete Gruppen abgezielt ist, notwendig sei + Schlussfolgerung spiegelt die wichtigsten Ergebnisse der Studie: Ein hohes Mass an Wissen über</p>

	<p>+ Glaubwürdigkeit der Analysen: lange Zeitdauer zwischen den Interviews -> Möglichkeit der Reflexion und Überprüfung der Genauigkeit, Diskussionen der Analysen unter allen Autoren mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen sowie Erfahrungen in der qualitativen Forschung + analytische Entscheidungen sind dokumentiert und überprüfbar (Memos, analytische Notizen) Ethik: + Anonymität aller Teilnehmenden wurde gewährleistet und Studie wurde von Ethik-Kommission genehmigt + Alle Interviews wurden von der Erstautorin, welche nicht am Präventionsprogramm beteiligt war, durchgeführt -> keine Beziehung. Es ist nicht ersichtlich, ob die Co-Autoren, welche bei der Datenanalyse mitgeholfen haben, keinen Bezug zu den Studienteilnehmenden hatten (-).</p>	<p>aus unterschiedlichen Materialien verwendet. Die Fäden wirkten sich dabei sowohl auf den Prozess der Förderung gesunder Lebensgewohnheiten (-> das Weben) als auch auf den gesamten Lebensstil der Teilnehmenden (-> das Gewebe) aus.</p>	<p>Gesundheit und Betätigungen und das Ausführen von bedeutungsvollen Betätigungen waren die wichtigsten Faktoren, um Verhaltensänderungen erfolgreich zu erreichen. Ebenso wichtig waren ein unterstützendes soziales und ökologisches Umfeld, zu welchem das Präventionsprogramm „Make my day“ gehörte.</p>
--	---	--	---

Evidenzlevel (Dicenso et al., 2009): Qualitative Studie -> 1. Stufe der 6 S Pyramide

Güte (nach Lincoln & Guba, 1985): Gut

Confirmability (Bestätigung):

> die 17 semi-strukturierten Interviews wurden aufgenommen und transkribiert (+), zudem wurden analytische Notizen und Memos gemacht (+)

-> gut, Confirmability erreicht

Dependability (Zuverlässigkeit):

> es wurde zu drei verschiedenen Zeitpunkten Daten erhoben (Interviews), welche immer wieder miteinander analysiert wurden (+)

> kodifizierte Methode nach der Grounded theory wurde angewandt (+)

> Zeitspanne zwischen Datenerhebung und -analyse ist nicht bekannt (-)

> Es ist nicht ersichtlich, ob die Datenergebnisse und -analysen von einem externen Gremium geprüft wurden (-)

-> teilweise gut, Dependability teilweise erreicht

Credibility (Glaubwürdigkeit)

> Member-Checking wurde mehrmals durchgeführt (+) durch Co-Autoren mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen und zahlreichen Erfahrungen in der qualitativen Forschung (+)

> Interviewerin war nicht am Präventionsprogramm beteiligt, so konnte gewährleistet werden, dass keinerlei Beziehung zu den Studienteilnehmenden bestand (+)

> Studie wurde von Ethik-Kommission anerkannt (+)

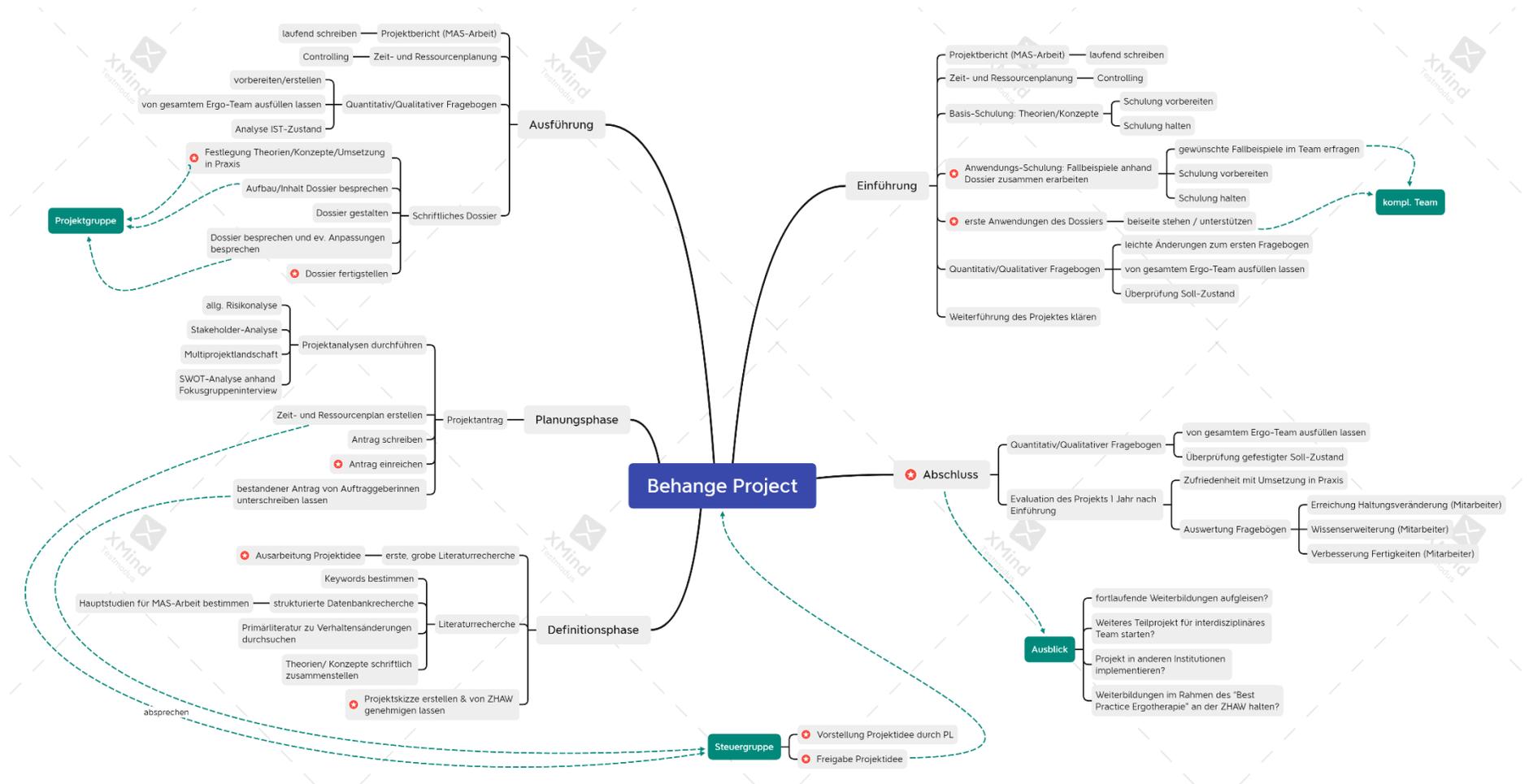
-> gut, Credibility erreicht

Transferability (Übertragbarkeit)

> Ergebnisse wurden ausreichend beschreiben und mit passenden, zahlreichen Zitaten untermauert (+)

-> gut, Transferability erreicht

XI. Projektstrukturplan



Detailplanung			2022										2023																				
			November					Dezember					Januar		Februar			März			April			Mai									
Phase	Task		44	45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Ausführung	Fragebogen erstellen	Soll																															
		Ist																															
	Fragebogen ausfüllen lassen	Soll																															
		Ist																															
	Analyse des Fragebogens	Soll																															
		Ist																															
	Festlegen Theorien/Konzepte/Inhalt Dossier mit Projektgruppe	Soll																															
		Ist																															
	Meilenstein 5	Soll																															
	zu verwendende Theorien und Konzepte sind mit Projektgruppe festgelegt																																
	Aufbau und Inhalt von Dossier sind definiert	Ist																															
	Dossier gestalten	Soll																															
		Ist																															
	Dossier mit Projektgruppe besprechen	Soll																															
	Ist																																
Meilenstein 6	Soll																																
Dossier ist gemäss Definitionen von Projektgruppe fertiggestellt	Ist																																

XIII. Detaillierte Kostenschätzung

Phase	Task	Verantw.	Personen-anzahl	Zeitaufwand pro Person [h]	Zeitaufwand Total [h]	Material-kosten [CHF]	Sach-kosten [CHF]	Bemerkungen
Definition	erste grobe Literaturrecherche	PL	1	5	5			
	Formulieren der Projektidee	PL	1	2	2			
	Projektidee mit Vorgesetzten absprechen und genehmigen lassen	PL (Arbeitszeit)	1	0.5	0.5			
		Auftraggeberinnen	2	0.5	1			
	Literaturrecherche (inkl. Zusammenfassung und Würdigung Hauptstudien)	PL	1	60	60			erste Literaturrecherche: 10 h zweite Recherche und erste Würdigung: 20 h Hauptstudien auswählen/zusammenfassen/würdigen: 3x10 h
Projektskizze erstellen	PL (MAS)	1	5	5				
Planung	Fokusgruppeninterview	PL (Arbeitszeit)	1	1	1			
		MA	4	1	4			
	SWOT-Analyse	PL	1	1	1			
	Risikoanalyse	PL	1	1	1			
	Stakeholderanalyse	PL	1	1	1			
	Multiprojektlandschaft (Sensitivitätsanalyse)	PL	1	2	2			
	Projektantrag schreiben	PL	1	20	20			
	Projektantrag genehmigen	Auftraggeberinnen	2	1.5	3			
Chefarzt		1	0.5	0.5				
Ausführung	Fragebogen erstellen	PL	1	3	3			
	Fragebogen ausfüllen lassen	MA	6	0.3	1.8			Fragebogen wird elektronisch zugestellt und ausgefüllt
		Auftraggeberinnen	2	0.3	0.6			
	Analyse des Fragebogens	PL	1	5	5			
	Festlegen Theorien/Konzepte/Inhalt	PL	1	3	3			
	Dossier mit Projektgruppe	MA	2	1	2		15	Sachkosten = Raumkosten
	Dossier gestalten	PL	1	20	20			
	Dossier mit Projektgruppe besprechen	PL	1	3	3		15	Sachkosten = Raumkosten Materialkosten für Ausdruck Dossier: vernachlässigbar (ca. 10 Seiten, A4, s/w)
MA		2	1	2				
Dossier fertigstellen	PL	1	3	3				

Phase	Task	Verantw.	Personen-anzahl	Zeitaufwand pro Person [h]	Zeitaufwand Total [h]	Materialkosten [CHF]	Sachkosten [CHF]	Bemerkungen
Einführung	Basis-Schulung vorbereiten	PL (Arbeitszeit)	1	3	3			
	Basis Schulung im Ergoteam halten	PL (Arbeitszeit)	1	1	1	10	15	Sachkosten = Raummiete Materialkosten = Druckkosten für ausgedruckte Dossiers neuer Mitarbeiter, deshalb neu 7 Teammitglieder Für Schulung muss keine zusätzliche Zeit geplant werden. Da diese während regulären internen Weiterbildungen stattfindet
		MA	6	1	6			
		Auftraggeberinnen	2	1	2			
	Anwendungs-Schulung vorbereiten	PL (Arbeitszeit)	1	1	1			
	Fallbeispiele im Ergoteam erfragen	MA	6	0.25	1.5			
		Auftraggeberinnen	2	0.25	0.5			
	Anwendungs-Schulung im Ergoteam halten	PL (Arbeitszeit)	1	1	1		15	Sachkosten = Raummiete neuer Mitarbeiter, deshalb neu 7 Teammitglieder Für Schulung muss keine zusätzliche Zeit geplant werden. Da diese während regulären internen Weiterbildungen stattfindet
		MA	7	1	7			
	erste Anwendungsphase	PL (Arbeitszeit)	1	0	0			wird während regulären Therapieeinheiten durchgeführt. Keine Mehrkosten
		MA	7	0	0			
		Auftraggeberinnen	2	0	0			
	Fragebogen überarbeiten	PL	1	1	1			
	Fragebogen ausfüllen lassen	MA	7	0.3	2.1			Fragebogen wird elektronisch zugestellt und ausgefüllt
		Auftraggeberinnen	2	0.3	0.6			
Weiterführung des Projekts im Team klären	PL (Arbeitszeit)	1	0.5	0.5		7.5	Sachkosten = Raummiete Für Besprechung muss keine zusätzliche Zeit geplant werden. Da diese während regulären internen Teammeetings stattfindet	
	MA	7	0.5	3.5				
	Auftraggeberinnen	2	0.5	1				
Abschluss	Fragebogen erneut ausfüllen lassen	MA	7	0.3	2.1		7.5	Sachkosten = Raummiete
		Auftraggeberinnen	2	0.3	0.6			
	Schlussevaluation	PL	1	5	5			
	Definition weiteres Vorgehen/Weiterentwicklung	PL	1	0.5	0.5			
		MA	7	0.5	3.5			
Finaler Projektbericht, schriftlicher Abschluss	Auftraggeberinnen	2	0.5	1				
	Chefarzt	1	0.5	0.5				
Projektadministration	Zeit- und Ressourcenplanung	PL	1	10	10			
		Auftraggeberinnen	1	2	2			
	Projektbericht (MAS-Arbeit)	PL (MAS)	1	50	50			
	Projekt begleiten und protokollieren	PL	1	25	25			
		PL	1	6	6			
	Projektkommunikation	MA	7	2	14			
		Auftraggeberinnen	2	2	4			
		Chefarzt	1	1	1			
	Meetings mit Mentorin	PL (MAS)	1	5	5			

Annahme: Personalkosten beinhalten: Lohnkosten MA, Arbeitsmittel (inkl. Büroeinrichtung), Strom, Internet, bei Kadermitarbeitern: Büro

Funktion	Zeitaufwand [h]	Kostensatz [CHF]	Personalkosten [CHF]	Materialkosten [CHF]	Sachkosten [CHF]
PL	179.5	50	8975	10	75
PL (Arbeitszeit)	8	50	400		
PL (MAS)	55	0	0		
MA	49.5	50	2475		
Auftraggeberinnen	18.3	80	1464		
Chefarzt	2	125	250		

Total komplett	312.3		13564	10	75	CHF 13'700.00 Gesamtkosten
Total reduziert	132.8		4589	10	75	CHF 4'700.00 Gesamtkosten

XIV. Suchbegriffsprotokoll

Deutsches Wort	Stichwörter	Schlagwörter
Ergotherapeuten Ergotherapie	occupational therapist*, ergotherapist* occupational therapy ergotherapy	«Occupational Therapy»[Mesh]
Schlaganfall Hirnblutung	Stroke brain bleeding brain haemorrhage (Br.) brain hemorrhage (Am.)	"Stroke"[Mesh]) OR "Hemorrhagic Stroke"[Mesh] OR "Ischemic Stroke"[Mesh]
neurologische Erkrankung	neurological disease* neurological disorder*	"Nervous System Diseases"[Mesh]
Herz-Kreislauf-Erkrankung	cardiovascular disease	
Verhaltensänderung	behavior change (Am.) behavior modification (Am.) behavioral change (Am.) behaviour change (Br.) behaviour modification (Br.) behavioural change (Br.) change in behavior (Am.) change in behaviour (Br.) change of behavior (Am.) change of behaviour (Br.)	
Selbstmanagement	self-management	
Techniken zur Verhaltensänderung	behavior change techniques	

XV. Suchmatrix

Datenbank	Suchkombination	Treffer	Relevante Treffer / Definitive Hauptstudie Duplex: *
Medline	occupational therapy and stroke and behavior change or behaviour change	Volltext: 1'275 -> zu viele, daher nicht durchgesehen; Schlaganfall wurde bei den ersten Studien ausser Acht gelassen	0
	Occupational therapy and behavior change or behaviour change and support	Volltext: 16	Petterson et al. (2021). Older Adults' Experiences of Behavior Change Support in a Digital Fall Prevention Exercise Program: Qualitative Study Framed by the Self-determination Theory Mögliche Hauptstudie: Nein, untersucht keine Menschen nach Schlaganfall
			McCluskey et al. (2016). A behavior change program to increase outings delivered during therapy to stroke survivors by community rehabilitation teams: The Out-and-About trial. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht
	occupational therapy and behavior change or behaviour change and stroke and support	Volltext: 3	* McCluskey et al. (2016). A behavior change program to increase outings delivered during therapy to stroke survivors by community rehabilitation teams: The Out-and-About trial. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht
	occupational therapy and neurological diseases or neurological disorders and behavior change or behaviour change	0	
behavior change techniques or behaviour change techniques and nervous system diseases or stroke		Volltext: 7	Ahmed et al. (2021). Behaviour change techniques in personalised care planning for older people: A systematic review. Mögliche Hauptstudie: Ja Inhalt: Review über allgemeine Techniken zu Verhaltensänderungen bei älteren Menschen (inkl. Schlaganfall). Gut, um eine Übersicht der verschiedenen Techniken zu erhalten.
			Kanejima et al. (2019). Self-monitoring to increase physical activity in patients with cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalte: Selbstbeobachtung der körperlichen Aktivität durch Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen hat einen positiven Effekt
			Heron et al. (2017). Secondary prevention lifestyle interventions initiated within 90 days after TIA or 'minor' stroke: A systematic review and meta-analysis of rehabilitation programmes.

			<p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalt: Gute Übersicht über mögliche Techniken zu Verhaltensänderungen. Sie haben aber nur sehr wenige Studien mit starker Evidenz gefunden</p>
	behavior change or behaviour change and stroke and support	Volltext: 28	<p>Li et al. (2022). Comparisons of Stroke Knowledge and Health Behaviors in Patients With Hypertensive Stroke at Different Recurrence Risk Strata: The Comprehensive Reminder System Based on the Health Belief Model Study.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht, da Studie aus China Inhalte: Kommunikation über ihr zukünftiges Schlaganfall-Risiko kann ihr Wissen über Schlaganfälle und ihr Gesundheitsverhalten verbessern</p> <p>Brouwer-Goossensen et al. (2021). The optimal timing of supporting patients in health-related behavior change after TIA or ischemic stroke: A prospective cohort study to determinants of health-related intention to change over time</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Ja Inhalt: optimaler Zeitpunkt für den Beginn von Interventionen zu gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen ist gleich nach dem Schlaganfall</p> <p>Brouwer-Goossensen et al. (2021). Patient perspectives on health-related behavior change after transient ischemic attack or ischemic stroke.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Ja</p> <p>(Brouwer-Goossensen et al., 2018). Self-efficacy for health-related behaviour change in patients with TIA or minor ischemic stroke.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Ja</p> <p>Hall et al. (2020). Factors influencing sedentary behaviours after stroke: Findings from qualitative observations and interviews with stroke survivors and their caregivers.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Ja</p> <p>Gong et al. (2019). System-integrated technology-enabled model of care to improve the health of stroke patients in rural China: Protocol for SINEMA—a cluster-randomized controlled trial.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht</p> <p>Moore et al. (2018). How should long-term free-living physical activity be targeted after stroke? A systematic review and narrative synthesis.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nur teilweise</p> <p>Mansfield et al. (2017). Promoting Optimal Physical Exercise for Life (PROPEL): Aerobic exercise and self-management early after stroke</p>

			<p>to increase daily physical activity—study protocol for a stepped-wedge randomised trial.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nur teilweise</p> <p>Ezeugwu et al. (2017). Reducing sedentary behaviour after stroke: Perspectives of ambulatory individuals with stroke.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht, da nicht als Volltext erhältlich</p> <p>Plow et al. (2014). A systematic review of behavioural techniques used in nutrition and weight loss interventions among adults with mobility-impairing neurological and musculoskeletal conditions: Weight loss in mobility-impairing conditions.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht</p> <p>Patomella et al. (2021). Engagement in Everyday Activities for Prevention of Stroke: Feasibility of an mHealth-Supported Program for People with TIA.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht</p>
	occupational therapy and stroke and self-management	Volltext: 4	<p>Pallesen et al. (2018). "Stroke - 65 Plus. Continued Active Life": A study protocol for a randomized controlled cross-sectoral trial of the effect of a novel self-management intervention to support elderly people after stroke.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nur teilweise</p>
CINAHL	occupational therapy and stroke and behavior change or behaviour change	<p>Eingrenzung Volltext und ab Jahr 2012</p> <p>Volltext: 4'478</p> <p>Nur die ersten 50 Studien durchgeschaut</p>	<p>Lau et al. (2022). Theory-Based Self-Management Interventions for Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Ja</p> <p>Kringle et al. (2020). Activating Behavior to Reduce Sedentary Behavior After Stroke: A Nonrandomized Pilot Feasibility Study. Activating Behavior for Lasting Engagement (ABLE).</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nur teilweise</p>
	Occupational therapy and behavior change or behaviour change and support	Volltext: 21	<p>Setoguchi et al. (2020). A review of mobile applications to enhance coaching in occupational therapy.</p> <p>Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalt: diverse Apps für die Ergotherapie für die Unterstützung von Verhaltensänderungen</p> <p>* Lau et al. (2022). Theory-Based Self-Management Interventions for Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis.</p>

			Mögliche Hauptstudie: Ja Poulsen et al. (2014). 'I Think I can': Measuring Confidence in Goal Pursuit. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalte: allgemein Selbstwirksamkeit, um Ziele zu erreichen; nicht auf Schlaganfall; gut für theoretischen Hintergrund
occupational therapy and behavior change or behaviour change and stroke and support	Volltext: 1		* Lau et al. (2022). Theory-Based Self-Management Interventions for Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mögliche Hauptstudie: Ja
occupational therapy and neurological diseases or neurological disorders and behavior change or behaviour change	0		
behavior change techniques or behaviour change techniques and nervous system diseases or stroke	Volltext: 22		* Lau et al. (2022). Theory-Based Self-Management Interventions for Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mögliche Hauptstudie: Ja
behavior change or behaviour change and stroke and support	Volltext: 15		* (Brouwer-Goossensen et al., 2018). Self-efficacy for health-related behaviour change in patients with TIA or minor ischemic stroke. Mögliche Hauptstudie: Ja Mälstam et al. (2021). mHealth to support healthy lifestyle in early stroke prevention. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht, da nicht als Volltext erhältlich Lin et al. (2021). Perceptions of recurrence risk and behavioural changes among first-ever and recurrent stroke survivors: A qualitative analysis. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalt: Es ist wichtig, Betroffene über Rückfall aufzuklären. Es ist notwendig einen Plan zur Risikokommunikation während des stationären Aufenthaltes zu entwickeln. Dies könnte gesundheitsfördernde Verhaltensweise und eine langfristige Genesung fördern -> Für Einleitung, Bedarf an Projekt nutzen * Lau et al. (2022). Theory-Based Self-Management Interventions for Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mögliche Hauptstudie: Ja
occupational therapy and stroke and self-management	Volltext: 20		(Nott et al., 2021). Stroke self-management and the role of self-efficacy. Mögliche Hauptstudie: Ja

Pupmed	occupational therapy and stroke and behavior change or behaviour change	Volltext und nur Studien ab Jahr 2012: 10'798 Zu viele, daher nur die ersten 50 Studien durchgeschaut	Michie et al. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht, Modell soll aber in Betracht gezogen werden
			Kwasnicka et al. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht, da kein Bezug zu Schlaganfall Inhalt: Auflistung von diversen Theorien zur Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen -> Bezugnahme dazu soll in Betracht gezogen werden.
			Kelly & Barker (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalt: Gutes Hintergrundwissen über das Verhalten. Was bis anhin falsche Überlegungen dazu waren und wie wir Verhaltensänderungen begleiten können
			Moore et al. (2020). A feasibility, acceptability and fidelity study of a multifaceted behaviour change intervention targeting free-living physical activity and sedentary behaviour in community dwelling adult stroke survivors. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalt: Super Zusammenstellung diverser Techniken zu gesundheitsbezogenen Verhaltensänderungen
	Occupational therapy and behavior change or behaviour change and support	Volltext und nur Studien der letzten 10 Jahre: 6'278 Zu viele, daher nur die ersten 50 Studien durchgeschaut	* Kwasnicka et al. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht, da kein Bezug zu Schlaganfall
occupational therapy and behavior change or behaviour change and stroke and support	Volltext und nur Studien der letzten 10 Jahre: 1'384 Zu viele, daher nur die ersten 50 Studien durchgeschaut	* Kringle et al. (2020). Activating Behavior to Reduce Sedentary Behavior After Stroke: A Nonrandomized Pilot Feasibility Study. Activating Behavior for Lasting Engagement (ABLE) Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nur teilweise	
occupational therapy and neurological diseases or neurological disorders and behavior change or behaviour change	Volltext und nur Studien der letzten 10 Jahre: 28'771 Viel zu viele Ergebnisse, daher nicht durchgeschaut und Suche angepasst		
behavior change techniques or behaviour change	Volltext und nur Studien der letzten 10 Jahre: 167'159		

techniques and nervous system diseases or stroke	Viel zu viele Ergebnisse, daher nicht durchgeschaut und Suche angepasst	
behavior change or behaviour change and stroke and support	Volltext und nur Studien der letzten 10 Jahre: 215'129 Viel zu viele Ergebnisse, daher nicht durchgeschaut und Suche angepasst	<p>* Kwasnicka et al. (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: A systematic review of behaviour theories. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht, da kein Bezug zu Schlaganfall</p> <p>* Kelly & Barker (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht</p> <p>* Moore et al. (2020). A feasibility, acceptability and fidelity study of a multifaceted behaviour change intervention targeting free-living physical activity and sedentary behaviour in community dwelling adult stroke survivors. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht</p>
occupational therapy and stroke and self-management	Volltext und nur Studien der letzten 10 Jahre: 52	<p>* Lau et al. (2022). Theory-Based Self-Management Interventions for Community-Dwelling Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Mögliche Hauptstudie: Ja</p> <p>Elf et al. (2022). Tailoring and Evaluating an Intervention to Support Self-management After Stroke: Protocol for a Multi-case, Mixed Methods Comparison Study. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nur teilweise Inhalt: «Bridges-Programm» aus UK wird in Schweden getestet</p> <p>Wolf et al. (2016). The Development of the Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS): An Exploratory Randomized Clinical Study. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nur teilweise</p> <p>* Pallesen et al. (2018). "Stroke - 65 Plus. Continued Active Life": A study protocol for a randomized controlled cross-sectoral trial of the effect of a novel self-management intervention to support elderly people after stroke. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht</p> <p>* Patomella et al. (2021). Engagement in Everyday Activities for Prevention of Stroke: Feasibility of an mHealth-Supported Program for People with TIA. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht</p>

Schneeballsystem			<p>Fitzsimons et al. (2022). Stroke survivors' perceptions of their sedentary behaviours three months after stroke. Mögliche Hauptstudie: ja Inhalt: beruht auf Behaviour Change Wheel</p> <p>Wang et al. (2021). A Meta-Analysis of the Effects of Mental Contrasting With Implementation Intentions on Goal Attainment. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalt: WOOP Methode -> im Dossier verwenden</p> <p>Marquardt et al. (2017). Mental contrasting with implementation intentions (MCII) improves physical activity and weight loss among stroke survivors over one year. Mögliche Hauptstudie: Nein Begründung: erfüllt Einschlusskriterien nicht Inhalt: Woop verbessert physische Aktivität sowie Gewichtsverlust bei Schlaganfall Überlebenden.</p> <p>Jones et al. (2017). How is rehabilitation with and without an integrated self-management approach perceived by UK community-dwelling stroke survivors? A qualitative process evaluation to explore implementation and contextual variations. Mögliche Hauptstudie: Ja Inhalt: «Bridges-Programm» aus UK</p> <p>McKenna et al. (2015). Bridges Self-Management Program for People with Stroke in the Community: A Feasibility Randomized Controlled Trial. Mögliche Hauptstudie: Ja</p> <p>Jones et al. (2016). Feasibility study of an integrated stroke self-management programme: a cluster-randomised controlled trial. Mögliche Hauptstudie: Ja Inhalt: «Bridges-Programm» aus UK</p> <p>Hall et al. (2020). A co-production approach guided by the behaviour change wheel to develop an intervention for reducing sedentary behaviour after stroke. Mögliche Hauptstudie: Ja Inhalt: Behaviour Change Wheel und «TDF»</p> <p>Morris et al. (2012). The importance of psychological and social factors in influencing the uptake and maintenance of physical activity after stroke: a structured review of the empirical literature. Mögliche Hauptstudie: Ja</p>
------------------	--	--	--

XVI. Taxonomie der Verhaltensänderungstechniken

Bezeichnung	Definition	Beispiele
1. Zielsetzung und Planung (Goals and planning)		
1.1 Zielsetzung (Verhalten) (Goal setting (behavior))	Ein Ziel setzen, welches in Bezug auf das zu erreichende Verhalten definiert ist	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare zusammen mit der betroffenen Person ein tägliches Gehziel (bsw. 3 km)
1.2 Problemlösung (Problem solving)	Faktoren analysieren, welche das Verhalten beeinflussen und Strategien entwickeln oder auswählen, welche die Überwindung von Hindernissen und/ oder die Stärkung von Erleichterungen/ Unterstützern beinhalten (inkludiert «Rückfallprävention» und «Bewältigungsplanung»)	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstütze Betroffene dabei spezifische Auslöser zu identifizieren (bsw. Kneipenbesuch, Angstgefühle), welche den Drang/ das Verlangen/ das Bedürfnis nach Alkohol auslösen, und Strategien zur Vermeidung umweltbedingter Auslöser zu entwickeln oder negative Emotionen (bsw. Angstgefühle, die zum Trinken motivieren) zu bewältigen • Fordere Betroffene auf, Hindernisse zu benennen, welche sie daran hindern, ein neues Trainingsprogramm zu beginnen (bsw. mangelnde Motivation) und bespreche mit ihnen, wie sie diese Hindernisse überwinden können (bsw. indem man mit einem Freund ins Fitnessstudio geht.)
1.3 Zielsetzung (Ergebnis) (Goal setting (outcome))	Ein Ziel setzen, welches als positives Ergebnis eines gewünschten Verhaltens definiert ist	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe Betroffenen ein Ziel für die Gewichtsabnahme zu setzen (bsw. 0,5 Kg in einer Woche) als Ergebnis des veränderten Essverhaltens
1.4 Handlungsplanung (Action planning)	Detaillierte Planung der Durchführung des Verhaltens (dabei muss mindestens einer der folgenden Aspekte beinhaltet sein: Kontext, Häufigkeit, Dauer, Intensität) (inkludiert "Umsetzungsabsichten")	<ul style="list-style-type: none"> • Aufforderung zur Planung der Durchführung einer bestimmten körperlichen Aktivität (bsw. Laufen) zu einer bestimmten Zeit (bsw. vor der Arbeit) an bestimmten Wochentagen
1.5 Überprüfung der Verhaltensziele (Review behavior goal(s))	In Anbetracht des Erreichten die Verhaltensziele oder Strategien zur Verhaltensänderung ändern/ anpassen	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstütze die betroffene Person bei der Überprüfung wie gut die erbrachte Leistung den gesetzten Zielen entspricht und bei der entsprechenden Anpassung zukünftiger Verhaltensziele (bsw. durch Erhöhung oder Verringerung des Alkoholziels oder Änderung der Art des konsumierten Alkohols)
1.6 Diskrepanz zwischen aktuellem Verhalten und Ziel (Discrepancy between current behavior and goal)	Diskrepanzen zwischen dem aktuellen Verhalten und den zuvor festgelegten Ergebniszielen, Verhaltenszielen oder Aktionsplänen analysieren und bewusst machen	<ul style="list-style-type: none"> • Weise die betroffene Person darauf hin, dass das gesetzte Ziel anhand der vorgenommenen Pläne nicht erreicht wurde

1.7 Überprüfung der Ergebnisziele (Review outcome goal(s))	In Anbetracht des Erreichten die Ergebnisziele ändern/ anpassen. Dies kann dazu führen, dass dasselbe Ziel neu gesetzt wird, eine kleine Änderung dieses Ziels vorgenommen wird oder ein neues Ziel anstelle des ersten oder zusätzlich zu diesem gesetzt wird.	<ul style="list-style-type: none"> Überprüfe, wie viel Gewicht verloren wurde, und erwäge zusammen mit der betroffenen Person eine entsprechende Änderung der Ergebnisziele (bsw. durch Erhöhung oder Verringerung der Gewichtsabnahmeziele)
1.8 Verhaltensvertrag (Behavioral contract)	Einen schriftlichen Vertrag über das auszuführende Verhalten erstellen und von einer anderen Person bezeugen lassen	<ul style="list-style-type: none"> Unterschreibe einen Vertrag mit der betroffenen Person, in welchem bsw. festgelegt wird, dass sie eine Woche lang keinen Alkohol trinken wird
1.9 Verpflichtung (Commitment)	Aussagen bestätigen oder bekräftigen, welche auf die Verpflichtung zur Verhaltensänderung hinweisen	<ul style="list-style-type: none"> Bitte die betroffene Person, mit einer "Ich will"-Erklärung eine starke Verpflichtung zu bekräftigen
2. Feedback und Überwachung/ Kontrolle (Feedback and monitoring)		
2.1 Überwachung des Verhaltens von anderen ohne Feedback (Monitoring of behavior by others without feedback)	Beobachtung oder Aufzeichnung von Verhalten mit dem Wissen der Person als Teil einer Strategie zur Verhaltensänderung	<ul style="list-style-type: none"> Das Händewaschverhalten des Gesundheitspersonals beobachten und sich Notizen zu Kontext, Häufigkeit und angewandter Technik machen
2.2 Feedback zum Verhalten (Feedback on behavior)	Überwachung des Verhaltens und informative oder bewertende Rückmeldungen zur Durchführung des Verhaltens geben (bsw. zu Form, Häufigkeit, Dauer, Intensität)	<ul style="list-style-type: none"> Informiere die betroffene Person darüber, wie viele Schritte sie pro Tag gegangen ist (wie auf einem Schrittzähler aufgezeichnet) oder wie viele Kalorien sie pro Tag zu sich genommen hat (auf der Grundlage eines Fragebogens zur Nahrungsaufnahme).
2.3 Selbstbeobachtung des Verhaltens (Self-monitoring of behavior)	Einführung einer Methode, mit der das eigene Verhalten überwacht und aufgezeichnet wird. Dies soll Teil einer Strategie zur Verhaltensänderung sein.	<ul style="list-style-type: none"> Bitte die betroffene Person, täglich in einem Tagebuch festzuhalten, ob sie sich vor dem Schlafengehen mindestens zwei Minuten lang die Zähne geputzt hat Gib der betroffenen Person einen Schrittzähler und ein Formular zur Erfassung der täglichen Gesamtschrittzahl
2.4 Selbstbeobachtung von Verhaltensergebnissen (Self-monitoring of outcome(s) of behavior)	Einführung einer Methode, mit der die Ergebnisse des eigenen Verhaltens überwacht und aufgezeichnet wird. Dies soll Teil einer Strategie zur Verhaltensänderung sein.	<ul style="list-style-type: none"> Bitte die betroffene Person, sich über einen Zeitraum von zwei Wochen am Ende jedes Tages zu wiegen und ihr tägliches Gewicht in einem Diagramm festzuhalten, um das Bewegungsverhalten zu verbessern.
2.5 Überwachung der Verhaltensergebnisse durch andere ohne	Beobachtung oder Aufzeichnung von Verhaltensergebnissen mit dem	<ul style="list-style-type: none"> Aufzeichnung von Blutdruck, Blutzucker, Gewichtsverlust oder körperlicher Fitness

Rückmeldung (Monitoring outcome(s) of behavior by others without feedback)	Wissen der Person als Teil einer Strategie zur Verhaltensänderung	
2.6 Biofeedback (Biofeedback)	Feedback über den Körper mit Hilfe eines externen Überwachungsgeräts als Teil einer Strategie zur Verhaltensänderung geben	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere die betroffene Person über ihre Blutdruckwerte, damit sie ihr Gesundheitsverhalten besser anpassen kann
2.7 Feedback zu den Verhaltensergebnissen (Feedback on outcome(s) of behavior)	Überwachung und Rückmeldung über das Ergebnis der Durchführung des Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere die betroffene Person darüber, wie viel Gewicht sie nach der Einführung eines neuen Sportprogramms verloren hat
3. Soziale Unterstützung (Social support)		
3.1 Soziale Unterstützung (nicht spezifiziert) (Social support (unspecified))	Beratung, Vermittlung oder Bereitstellung von sozialer Unterstützung (bsw. durch Freunde, Verwandte, Kollegen, oder Mitarbeiter) oder nicht abhängiges Lob oder Belohnung für die Ausführung des Verhaltens. Dazu gehören auch Ermutigung und Beratung, aber nur, wenn sie auf das Verhalten gerichtet sind. (inkludiert «Motivierende Gesprächsführung» und «Kognitive Verhaltenstherapie»)	<ul style="list-style-type: none"> • Rate der betroffenen Person, einen Freund anzurufen, wenn sie einen Drang zum Rauchen verspürt • Empfiehl der betroffenen Person, einen guten Freund mit ins Boot zu holen, um sie beim Programm zur Verhaltensänderung zu unterstützen
3.2 Soziale Unterstützung (praktikabel) (Social support (practical))	Beratung, Vermittlung oder Bereitstellung praktikabler Unterstützung für die Durchführung des Verhaltens (bsw. von Freunden, Verwandten, oder Mitarbeitern)	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte den Partner der betroffenen Person, die Tablette auf das Frühstückstablett zu legen, damit der Patient an die Einnahme denkt.
3.3 Soziale Unterstützung (emotional) (Social support (emotional))	Beratung, Vermittlung oder Bereitstellung emotionaler sozialer Unterstützung für die Durchführung des Verhaltens (bsw. durch Freunde, Verwandte, oder Personal)	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehl der betroffenen Person, einen Partner oder Freund zu einer unangenehmen Untersuchung mitzunehmen
4. Wissen bilden (Shaping knowledge)		
4.1 Anweisung, wie ein Verhalten auszuführen ist (Instruction on how to perform a behaviour)	Empfehlungen abgeben oder zusammen vereinbaren, wie das Verhalten auszuführen ist (inkludiert "Training von Fertigkeiten")	<ul style="list-style-type: none"> • Die betroffene Person beraten/ anleiten wie sie einen Transfer korrekt ausführen soll

4.2 Informationen über Vorgeschichten (Information about antecedents)	Informationen über Vorgeschichten anbieten/ bereitstellen, welche die Ausführung des Verhaltens zuverlässig vorhersagen (bsw. soziale und umweltbedingte Situationen und Ereignisse, Emotionen, Kognitionen)	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehle der betroffenen Person Buch darüber zu führen, wann sie Süßigkeiten zu sich nimmt und Ereignisse/ Situationen welche kurz davor geschehen sind, festzuhalten
4.3 Rückübertragung (Re-attribution)	Ermittlung der wahrgenommenen Ursachen für das Verhalten und Findung alternativer Erklärungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wenn die betroffene Person ihr übermäßiges Essen auf das häufige Vorhandensein von leckerem Essen zurückführt, stelle die Frage in den Raum, ob die "wahre" Ursache die Unaufmerksamkeit der Person gegenüber den körpereigenen Hunger- und Sättigungssignalen sein könnte
4.4 Verhaltensexperimente (Behavioural experiments)	Beratung bei der Ermittlung und Prüfung von Hypothesen über das Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte einen Hausarzt, evidenzbasierte Ratschläge zu geben, anstatt Antibiotika zu verschreiben, und halte fest, ob die betroffene Person dankbar oder verärgert ist
5. Natürliche Konsequenzen (Natural consequences)		
5.1 Informationen über gesundheitliche Folgen (Information about health consequences)	Bereitstellung von Informationen über die gesundheitlichen Folgen eines Verhaltens (bsw. schriftlich, mündlich, visuell)	<ul style="list-style-type: none"> • Erkläre, dass bei einer Armparese das Nichtbeachten eines adäquaten Armhandlings zu Schmerzen und weiteren Komplikationen führen kann
5.2 Tragweite der Konsequenzen (Saliency of consequences)	Einsatz von Methoden, die speziell darauf ausgerichtet sind, die Konsequenzen des Verhaltens hervorzuheben, um sie einprägsamer zu machen (dies geht über das Informieren über die Konsequenzen hinaus)	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellung von Zigarettenpackungen mit Bildern von gesundheitsschädigenden Folgen (bsw. kranke Lungen, um auf die Gefahren des Rauchens hinzuweisen)
5.3 Informationen über soziale und umweltbedingte Folgen (Information about social and environmental consequences)	Bereitstellung von Informationen über die sozialen und umweltbedingten Folgen des Verhaltens (bsw. schriftlich, mündlich, visuell)	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere betroffene Personen über die finanzielle Vergütung für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen
5.4 Überwachung emotionaler Konsequenzen (Monitoring of emotional consequences)	Unverzögliche Bewertung der Gefühle nach den Versuchen, das Verhalten auszuführen	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare zusammen mit der betroffenen Person, dass sie aufzeichnet, wie sie sich nach ihrem täglichen Spaziergang fühlt
5.5 Erwartetes Bedauern (Anticipated regret)	Das erwartete Bedauern über die Ausführung des unerwünschten Verhaltens hervorrufen oder bewusst machen	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte die Person, den Grad des Bedauerns einzuschätzen, den sie empfinden wird, wenn sie das Rauchen nicht aufgibt

5.6 Informationen über emotionale Konsequenzen (Information about emotional consequences)	Informationen über die emotionalen Konsequenzen des Verhaltens bereitstellen (bsw. schriftlich, mündlich, visuell)	<ul style="list-style-type: none"> • Erkläre, dass die Raucherentwöhnung das Glück und die Lebenszufriedenheit erhöht
6. Vergleich des Verhaltens (Comparison of behaviour)		
6.1 Demonstration des Verhaltens (Demonstration of behaviour)	Bereitstellung eines beobachtbaren Beispiels zur Ausführung des Verhaltens (bsw. mit Hilfe von anderen Personen, Filmen, Bildern), damit man danach streben oder es nachahmen kann (inkludiert "Modelling")	<ul style="list-style-type: none"> • Anhand eines Rollenspiels demonstrieren, wie man für sich einstehen und gegenüber anderen seine Grenzen aufzeigen kann
6.2 Sozialer Vergleich (Social comparison)	Die Aufmerksamkeit auf die Leistung anderer lenken, um einen Vergleich mit der eigenen Leistung zu ermöglichen	<ul style="list-style-type: none"> • Zeige dem Arzt den Anteil der Patienten auf, die von anderen Ärzten Antibiotika gegen eine Erkältung verschrieben bekommen haben, und vergleiche Sie ihn mit seinen eigenen Daten.
6.3 Informationen über die Zustimmung anderer (Information about others' approval)	Auskunft darüber geben, was andere Menschen über das Verhalten denken. Die Informationen verdeutlichen, ob andere Menschen das, was die Person tut oder tun wird, mögen, gutheißen oder missbilligen werden	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere das Personal der Krankenhausstation darüber, dass das Personal aller anderen Stationen das Händewaschen gemäß den Richtlinien gutheißt
7. Assoziationen (Associations)		
7.1 Aufforderungen/ Umgebungsreize (Prompts/ cues)	Einführen oder Definieren von Umwelt- oder sozialen Reizen mit dem Ziel, ein erwünschtes Verhalten auszulösen	<ul style="list-style-type: none"> • Einen Aufkleber am Badezimmerspiegel anbringen, um an das Zähneputzen zu erinnern
7.2 Signalisierung von Belohnungen (Cue signalling reward)	Identifizierung eines Umweltreizes, der zuverlässig vorhersagt, dass dem Verhalten eine Belohnung folgen wird (inkludiert "Unterscheidungsmerkmal")	<ul style="list-style-type: none"> • Kündige an, dass Zahnärzten für eine bestimmte zahnärztliche Behandlung von 6- bis 8-jährigen, aber nicht von älteren Kindern eine Gebühr gezahlt wird, um die Durchführung dieser Behandlung zu fördern (die 6- bis 8-jährigen Kinder sind der Umweltreiz)
7.3 Aufforderungen/ Umgebungsreize reduzieren (Reduce prompts/ cues)	Schrittweise Rücknahme von Aufforderungen, das Verhalten auszuführen (inkludiert "Fading")	<ul style="list-style-type: none"> • Reduziere schrittweise die Anzahl der Erinnerungen an die Medikamenteneinnahme
7.4 Zugang zur Belohnung entfernen (Remove access to the reward)	Veranlassen, dass man von Situationen getrennt wird, in denen unerwünschtes Verhalten belohnt	<ul style="list-style-type: none"> • Sorge dafür, dass der Schrank mit kalorienreichen Snacks für einen bestimmten Zeitraum verschlossen wird, um den Verzehr von zuckerhaltigen Lebensmitteln zwischen den Mahlzeiten zu reduzieren

	werden kann, um dieses Verhalten zu reduzieren (inkludiert "Time out")	
7.5 Vermeidungsreiz entfernen (Remove aversive stimulus)	Veranlassung der Beseitigung von Vermeidungsreizen, um eine Verhaltensänderung zu erleichtern (inkludiert "Fluchtlernen")	<ul style="list-style-type: none"> Vereinbaren mit einem Fitnessstudio-Freund, dass er aufhört, die Person zu drängen, mehr Sport zu treiben, um das gewünschte Bewegungsverhalten zu steigern
7.6 Sättigung (Satiation)	Veranlassung einer wiederholten Exposition gegenüber einem Reiz, der den Drang nach dem unerwünschten Verhalten verringert oder auslöscht	<ul style="list-style-type: none"> Sorge dafür, dass die betroffene Person große Mengen an Schokolade isst, um ihren Appetit auf Süßes zu dämpfen
7.7 Exposition (Exposure)	Systematische Konfrontation mit einem gefürchteten Reiz, um die Reaktion auf eine spätere Begegnung zu reduzieren	<ul style="list-style-type: none"> Vereinbaren einen Zeitplan mit einer Person, die Angst vor einer Operation hat, das Krankenhaus zu besuchen, in dem sie operiert werden soll
7.8 Assoziatives Lernen (Associative learning)	Einen neutralen Stimulus zusammen mit einem Stimulus, der das Verhalten bereits auslöst, so lange präsentieren, bis der neutrale Stimulus das Verhalten auslöst (inkludiert "Klassische/ Pavlowsche Konditionierung")	<ul style="list-style-type: none"> Präsentiere wiederholt fetthaltige Lebensmittel mit einer ungeliebten Soße, um den Verzehr von fetthaltigen Lebensmitteln zu unterbinden
8. Wiederholung und Substitution (Repetition and substitution)		
8.1 Verhaltensweisen üben (Behavioural practice/ rehearsal)	Ein- oder mehrmaligen Üben des Verhaltens in einem Kontext oder zu einem Zeitpunkt, in welchem das Verhalten möglicherweise nicht erforderlich ist, mit dem Ziel die Gewohnheit und die Fähigkeiten zu verbessern	<ul style="list-style-type: none"> Asthmapatienten dazu auffordern, die Messung ihres Peak-Flow im Sprechzimmer der Krankenschwester zu üben
8.2 Substitution von Verhaltensweisen (Behavioural substitution)	Substitution des unerwünschten Verhaltens durch Empfehlung eines erwünschten oder neutralen Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> Schlagen vor, dass die betroffene Person spazieren gehen soll, anstatt fernzusehen
8.3 Gewohnheitsbildung (Habit formation)	Wiederholtes Üben und Ausführen des Verhaltens im gleichen Kontext, mit dem Ziel, dass der Kontext das Verhalten hervorruft	<ul style="list-style-type: none"> Empfehl der betroffenen Person ihr Eigentaining jeden Vormittag vor dem Mittagessen durchzuführen
8.4 Umkehrung der Gewohnheit (Habit reversal)	Einüben und Wiederholen eines alternativen Verhaltens, um ein	<ul style="list-style-type: none"> Empfehl der betroffenen Person, am Arbeitsplatz die Treppe hinaufzugehen, wo sie vorher immer den Aufzug genommen hat

	unerwünschtes gewohnheitsmäßiges Verhalten zu ersetzen	
8.5 Überkorrektur (Overcorrection)	Das gewünschte Verhalten nach einem unerwünschten Verhalten in übertriebener Weise wiederholen	<ul style="list-style-type: none"> Empfehl der betroffenen Person, am Tag nach einer schlechten Ernährung nur Obst und Gemüse zu essen
8.6 Verallgemeinerung eines Zielverhaltens (Generalisation of a target behaviour)	Das gewünschte Verhalten, das bereits in einer bestimmten Situation ausgeführt wird, auch in anderen Situationen ausführen	<ul style="list-style-type: none"> Empfehl, die im Fitnessstudio erlernten Übungen zu Hause zu wiederholen
8.7 Abgestufte Aufgaben (Graded tasks)	Lege leicht auszuführende Aufgaben fest und erschwere sie zunehmend, jedoch nur so, dass sie noch erreichbar sind, bis das erwünschte Verhalten ausgeführt wird	<ul style="list-style-type: none"> Bitte die betroffene Person, in der ersten Woche täglich 100 m zu gehen, dann einen halben Km pro Tag, nachdem sie erfolgreich 100 m erreicht hat, dann zwei km pro Tag, nachdem sie erfolgreich einen km erreicht hat.
9. Vergleich der Ergebnisse (Comparison of outcomes)		
9.1 Glaubwürdige Quelle (Credible source)	Präsentieren von verbalen oder visuellen Mitteilungen aus einer glaubwürdigen Quelle, die für oder gegen das Verhalten sprechen	<ul style="list-style-type: none"> Schriftliche Empfehlungen aus einer Leitlinie zu körperlicher Aktivität abgeben
9.2 Pro und Kontra (Pros and cons)	Die Gründe identifizieren und vergleichen, warum man das Verhalten ändern möchte (Pro) und warum man es nicht möchte (Contra) (inkludiert "Ausgewogenheit in der Entscheidungsfindung")	<ul style="list-style-type: none"> Empfehl der betroffenen Person, die Vor- und Nachteile mit dem Rauchen aufzuhören, aufzulisten
9.3 Vergleichende Vorstellung von zukünftigen Ergebnissen (Comparative imagining of future outcomes)	Die Vorstellung und der Vergleich zukünftiger Ergebnisse von verändertem und unverändertem Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> Fordere die betroffene Person auf, sich die möglichen Folgen von der Durchführung körperlicher Aktivität und die möglichen Konsequenzen von Inaktivität vorzustellen und zu vergleichen
10. Belohnung und Bedrohung (Reward and threat)		
10.1 Materieller Anreiz (Verhalten) (Material incentive (behaviour))	Information, dass Geld, Gutscheine oder andere wertvolle Gegenstände nur dann ausgehändigt werden, wenn Anstrengungen und/ oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens gemacht wurden (inkludiert "Positive Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> Informiere darüber, dass für jeden Monat der Schwangerschaft, in welchem die Frau nicht geraucht hat, eine finanzielle Zahlung geleistet wird

10.2 Materielle Belohnung (Verhalten) (Material reward (behaviour))	Veranlassung der Übergabe von Geld, Gutscheinen oder anderen wertvollen Gegenständen geschieht nur dann, wenn man sich bemüht hat und/ oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens gemacht hat (inkludiert "positive Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare zusammen mit der betroffenen Person, dass sie Geld erhält, welches sie für Zigaretten ausgegeben hätte, wenn sie einen Monat lang nicht geraucht hat.
10.3 Unspezifische Belohnung (Non-specific reward)	Veranlassung der Übergabe einer Belohnung, nur falls Anstrengungen und /oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens gemacht wurden (inkludiert "positive Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiziere zusammen mit der betreffenden Person eine Belohnung, welche sie schätzt und Sorge dafür, dass diese Belohnung nur dann gewährt wird, wenn die Person das gewünschte Verhalten ausgeführt hat
10.4 Soziale Belohnung (Social reward)	Vereinbarung einer verbalen oder nonverbalen Belohnung, nur falls es Bemühungen und/ oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens gegeben hat (inkludiert "positive Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Gratulieren der betroffenen Person für jeden Tag, an dem sie sich fettreduziert ernährt
10.5 Soziale Anreize (Social incentive)	Information, dass verbale und nonverbale Belohnungen nur dann gewährt werden, wenn Anstrengungen und/ oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens gemacht wurden (inkludiert "Positive Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere die betroffene Person darüber, dass sie für jeden Tag, an dem sie sich fettreduziert ernährt, beglückwünscht wird
10.6 Unspezifischer Anreiz (Non-specific incentive)	Information, dass eine Belohnung nur dann gewährt wird, wenn Anstrengungen und/ oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens erzielt wurden (inkludiert "Positive Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiziere zusammen mit der betreffenden Person eine Aktivität, welche sie schätzt und teile ihr mit, dass sie diese Aktivität nur ausführen darf, wenn die Person das gewünschte Verhalten ausgeführt hat
10.7 Anreiz zur Selbsthilfe (Self-incentive)	Selbst planen, sich in Zukunft nur dann zu belohnen, wenn man sich bemüht und/ oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens gemacht hat	<ul style="list-style-type: none"> • Ermutigung, sich selbst mit materiellen Dingen (bsw. neuer Kleidung) oder anderen wertvollen Gegenständen zu belohnen, wenn man sich an eine gesunde Ernährung gehalten hat
10.8 Anreiz (Ergebnis) (Incentive (outcome))	Information, dass eine Belohnung nur dann gewährt wird, wenn Anstrengungen und/ oder Fortschritte beim Erreichen des Verhaltensergebnisses gemacht	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere die betroffene Person, dass sie nur dann Geld erhält, wenn sie eine bestimmte Menge an Gewicht verliert

	wurden (inkludiert "Positive Verstärkung")	
10.9 Selbstbelohnung (Self-reward)	Sich Selbstlob oder Selbstbelohnungen gewähren, wenn Anstrengungen und/oder Fortschritte bei der Ausführung des Verhaltens erzielt wurden	<ul style="list-style-type: none"> • Ermutigung, sich selbst mit materiellen Dingen (bsw. neuer Kleidung) oder anderen wertvollen Gegenständen zu belohnen, wenn man sich an eine gesunde Ernährung gehalten hat
10.10 Belohnung (Ergebnis) (Reward (outcome))	Vereinbarung, dass eine Belohnung nur dann gewährt wird, wenn Anstrengungen und/ oder Fortschritte beim Erreichen des Verhaltensergebnisses gemacht wurden (inkludiert "Positive Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare zusammen mit der betroffenen Person, dass sie nur dann Geld erhält, wenn sie eine bestimmte Menge an Gewicht verliert
10.11 Zukünftige Bestrafung (Future punishment)	Information, dass zukünftige Bestrafungen oder der Entzug von Belohnungen eine Folge der Ausführung eines unerwünschten Verhaltens sein werden (inkludiert "Bedrohung")	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere darüber, dass ein fortgesetzter Konsum von 30 Alkoholeinheiten pro Tag wahrscheinlich zum Verlust des Arbeitsplatzes führen wird
11. Verordnung (Regulation)		
11.1 Pharmakologische Unterstützung (Pharmacological support)	Bereitstellung von Medikamenten oder Förderung des Konsums von Medikamenten zur Erleichterung von Verhaltensänderungen	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehlt der betroffenen Person, den Hausarzt um eine Nikotinersatztherapie zu bitten, um die Raucherentwöhnung zu erleichtern
11.2 Negative Emotionen/ Gefühle abbauen (Reduce negative emotions)	Ratschläge zum Abbau negativer Emotionen, um die Ausführung des Verhaltens zu erleichtern (inkludiert "Stressmanagement")	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung zur Anwendung von Stressbewältigungstechniken (bsw. Atemtechniken während Stresssituationen anwenden)
11.3 Mentale Ressourcen schonen (Conserving mental resources)	Empfehlungen zur Minimierung der Beanspruchung psychischer Ressourcen, um Verhaltensänderungen zu erleichtern	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung, Informationen über den Kaloriengehalt von Lebensmitteln mit sich zu führen, um die Gedächtnisbelastung bei der Auswahl von Lebensmitteln zu verringern
11.4 Paradoxe Anweisungen (Paradoxical instructions)	Empfehlung, sich auf eine Form des unerwünschten Verhaltens einzulassen, mit dem Ziel, die Motivation für dieses Verhalten zu verringern	<ul style="list-style-type: none"> • Rate einem Raucher, doppelt so viele Zigaretten pro Tag zu rauchen wie üblich • Fordere die betroffene Person auf, so lange wie möglich wach zu bleiben, um die Schlaflosigkeit zu verringern
12. Vorgeschichte (Antecedents)		
12.1 Umstrukturierung des physischen Umfelds	Veränderung der physischen Umgebung oder Empfehlung zur	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehlt, Kekse und Snacks in einem Schrank aufzubewahren, der nicht leicht zu erreichen ist

(Restructuring the physical environment)	Veränderung der physischen Umgebung, um die Ausführung des gewünschten Verhaltens zu erleichtern oder Hindernisse für das unerwünschte Verhalten zu schaffen	
12.2 Umstrukturierung des sozialen Umfelds (Restructuring the social environment)	Veränderung des sozialen Umfelds oder Empfehlung, es zu verändern, um die Ausführung des gewünschten Verhaltens zu erleichtern oder Hindernisse für das unerwünschte Verhalten zu schaffen	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehl, möglichst wenig Zeit mit Freunden zu verbringen, die stark trinken, um den Alkoholkonsum zu reduzieren
12.3 Vermeidung/ Verringerung der Exposition gegenüber den Verhaltenshinweisen (Avoidance/reducing exposure to cues for the behavior)	Empfehlungen, wie die Exposition gegenüber bestimmten sozialen und kontextuellen/ physischen Anlässen für das Verhalten vermieden werden kann, einschliesslich der Änderung täglicher oder wöchentlicher Routinen	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehl einer Person, welche mit dem Rauchen aufhören möchte, ihr soziales Leben auf andere Aktivitäten als Kneipen und Bars zu konzentrieren, die mit dem Rauchen in Verbindung gebracht werden
12.4 Ablenkung (Distraction)	Empfehlung zu einem alternativen Aufmerksamkeitsfokus, um Auslöser für unerwünschtes Verhalten zu vermeiden	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehl einer Person, die versucht, das Naschen zwischen den Mahlzeiten zu vermeiden, sich auf ein Thema zu konzentrieren, welches ihr Spass macht (bsw. Urlaubspläne), anstatt sich auf das Essen zu konzentrieren
12.5 Hinzufügen von Objekten zur Umgebung (Adding objects to the environment)	Hinzufügen von Gegenständen in der Umgebung, um die Ausführung des Verhaltens zu erleichtern Hinweis: Die Bereitstellung von Informationen (bsw. schriftlich, mündlich, visuell) in einer Broschüre oder einem Faltblatt ist nicht ausreichend.	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellung kostenloser Kondome zur Förderung von Safer Sex • Bereitstellung einer attraktiven Zahnbürste zur Verbesserung der Zahnputztechnik
12.6 Körperliche Veränderungen (Body changes)	Veränderung der Körperstruktur, der Funktionsweise oder eines Hilfsmittels, um eine Verhaltensänderung zu erleichtern	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung von Krafttraining, Entspannungstraining oder Bereitstellung von Hilfsmitteln (bsw. eines Hörgeräts)
13. Identität (Identity)		
13.1 Identifikation mit sich selbst als Vorbild (Identification of self as role model)	Information, dass das eigene Verhalten ein Beispiel für andere sein kann	<ul style="list-style-type: none"> • Informiere die betroffene Person, dass sie ein gutes Beispiel für ihre Kinder sein kann, wenn sie sich gesund ernährt

13.2 Rahmengestaltung/ Umdeutung (Framing/ reframing)	Bewusste Übernahme einer Perspektive oder eines neuen Blickwinkels auf das Verhalten, um die Kognitionen oder Emotionen in Bezug auf die Ausführung des Verhaltens zu ändern (inkludiert "kognitive Strukturierung")	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehlt, dass die betroffene Person die Aufgaben als Verringerung des sitzenden Verhaltens (statt als Steigerung der Aktivität) betrachten könnte
13.3 Unvereinbare Überzeugungen (Incompatible beliefs)	Aufmerksamkeit auf Diskrepanzen zwischen aktuellem oder vergangem Verhalten und dem Selbstbild lenken, um Unbehagen zu erzeugen (inkludiert "kognitive Dissonanz")	<ul style="list-style-type: none"> • Mit Hilfe der Werte-Liste Diskrepanz zwischen dem aktuellen Verhalten und dem eigenen Selbstbild aufzeigen
13.4 Bewertete Selbst-Identität (Valued self-identity)	Empfehlung, Bewertungsskalen über einen geschätzten Wert oder eine persönliche Stärke zu schreiben oder auszufüllen, um die Identität der Person als Teil einer Strategie zur Verhaltensänderung zu bestätigen (inkludiert "Selbstbestätigung")	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehlt der betroffenen Person, über ihre persönlichen Stärken zu schreiben, bevor sie eine Nachricht erhält, die die Verhaltensänderung befürwortet
13.5 Identität in Verbindung mit verändertem Verhalten (Identity associated with changed behavior)	Empfehlung, eine neue Selbstidentität aufzubauen aus Sicht einer Person, welche "früher das unerwünschte Verhalten an den Tag gelegt hat"	<ul style="list-style-type: none"> • Bitte die betroffene Person, ihre neue Identität als "Ex-Raucher" zu formulieren
14. Geplante Konsequenzen (Scheduled consequences)		
14.1 Kosten des Verhaltens (Behavior cost)	Vereinbarung auf etwas Wertvolles zu verzichten, wenn ein unerwünschtes Verhalten ausgeführt wird (inkludiert "Reaktionskosten")	<ul style="list-style-type: none"> • Geld von einem im Voraus bezahlten, rückzahlbaren Pfand abziehen, wenn eine Zigarette geraucht wird
14.2 Bestrafung (Punishment)	Vereinbarung einer aversiven Konsequenz, welche von der Ausführung des unerwünschten Verhaltens abhängt	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare zusammen mit der betroffenen Person, dass sie nach dem Verzehr von fettigen Lebensmitteln unattraktive Kleidung trägt
14.3 Belohnung streichen (Remove reward)	Vereinbarung die Belohnung nach Ausführung des unerwünschten Verhaltens zu streichen (inkludiert "Extinktion")	<ul style="list-style-type: none"> • Veranlasse, dass andere Personen im gleichen Haushalt die betroffene Person jedes Mal ignorieren, wenn sie Schokolade isst (anstatt sie zu kritisieren oder zu überreden)
14.4 Annäherung an die Belohnung (Reward approximation)	Belohnung nach jeder Annäherung an das Zielverhalten, (inkludiert "Shaping")	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare eine Belohnung für jede Verringerung der täglichen Kalorienzufuhr, indem die tägliche Kalorienzahl schrittweise an die geplante Kalorienzufuhr angepasst wird

14.5 Belohnende Fertigstellung (Rewarding completion)	Aufbau des Verhaltens, indem die Belohnung nach der letzten Komponente des Verhaltens angeordnet wird und schrittweise Komponenten des Verhaltens hinzugefügt werden, die früher in der Verhaltenssequenz auftreten (inkludiert "Rückwärtsverkettung")	<ul style="list-style-type: none"> • Belohne das Essen einer gelieferten kalorienarmen Mahlzeit; belohne danach die Zubereitung und den Verzehr der Mahlzeit, belohne anschliessend den Kauf der Zutaten, die Zubereitung und den Verzehr der Mahlzeit
14.6 Situationsbedingte Belohnung (Situation-specific reward)	Vereinbarung einer Belohnung für das Verhalten in einer bestimmten Situation, aber nicht in einer anderen (inkludiert "Diskriminierungstraining")	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare eine Belohnung für das Essen während Mahlzeiten, aber nicht zwischen den Mahlzeiten
14.7 Unvereinbares Verhalten belohnen (Reward incompatible behavior)	Eine Belohnung für eine Reaktion vorsehen, die mit einer früheren Reaktion auf diese Situation unvereinbar ist (inkludiert "Gegenkonditionierung")	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbaren eine Belohnung für die Bestellung eines alkoholfreien Getränks an der Bar anstelle eines alkoholischen Getränks
14.8 Alternatives Verhalten belohnen (Reward alternative behavior)	Vereinbarung einer Belohnung für die Ausführung einer Alternative zu dem unerwünschten Verhalten (inkludiert "Differenzielle Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Belohnung für den Verzehr von fettarmen Lebensmitteln, aber nicht für den Verzehr von fettreichen Lebensmitteln
14.9 Häufigkeit der Belohnungen reduzieren (Reduce reward frequency)	Vereinbarung, dass die Belohnungen von der zunehmenden Dauer oder Häufigkeit des Verhaltens abhängig gemacht wird (inkludiert "Ausdünnung")	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare eine Belohnung für jeden rauchfreien Tag, dann jede Woche, dann jeden Monat, dann alle 2 Monate und so weiter
14.10 Strafe aufheben (Remove punishment)	Vereinbarung, dass eine unangenehme Konsequenz beseitigt wird, falls das gewünschte Verhalten ausgeführt wird (inkludiert "negative Verstärkung")	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinbare, dass jemand anderes die Wohnung putzt, falls die betroffene Person eine Woche lang das Medikamentenregime eingehalten hat
15. Selbstvertrauen (Self-belief)		
15.1 Verbale Überzeugungsarbeit über die Fähigkeit (Verbal persuasion about capability)	Bestärkung, dass das gewünschte Verhalten erfolgreich ausgeführt werden kann, indem man gegen Selbstzweifel argumentiert und versichern, dass die betroffene Person es schaffen kann und wird	<ul style="list-style-type: none"> • Versichere der betroffenen Person, dass sie ihre körperliche Aktivität trotz ihres kürzlichen Herzinfarkts erfolgreich steigern kann

15.2 Mentales Einstudieren einer erfolgreichen Leistung (Mental rehearsal of successful performance)	Vorzustellung, wie das Verhalten in relevanten Kontexten erfolgreich auszuführen ist	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehlt der betroffenen Person, sich vorzustellen, wie sie in einer Arbeitskantine einen Salat isst und genießt
15.3 Fokus auf vergangene Erfolge (Focus on past success)	Über frühere Erfolge während der Ausführung des gewünschten Verhaltens nachdenken oder diese auflisten	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehlt der betroffenen Person, die Gelegenheiten zu beschreiben oder aufzulisten, bei denen die Person in einer Bar ein nichtalkoholisches Getränk bestellt hat
15.4 Selbstgespräche (Self-talk)	Aufforderung zu positiven Selbstgesprächen (laut oder leise) vor und während des Verhaltens	<ul style="list-style-type: none"> • Fordere die Person auf, sich selbst zu sagen, dass ein Spaziergang anregend sein wird
16. Verdecktes Lernen (Covert learning)		
16.1 Imaginäre Strafe (Imaginary punishment)	Empfehlung, sich das unerwünschte Verhalten in einer realen Situation vorzustellen, gefolgt von der Vorstellung einer unangenehmen Konsequenz (inkludiert "verdeckte Sensibilisierung")	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlung, sich vorzustellen, dass man zu viel isst und dann erbricht
16.2 Imaginäre Belohnung (Imaginary reward)	Empfehlung, sich das gewünschte Verhalten in einer realen Situation vorzustellen, gefolgt von der Vorstellung einer angenehmen Konsequenz (inkludiert "Verdeckte Konditionierung")	<ul style="list-style-type: none"> • Empfiehlt der medizinischen Fachkraft, sich vorzustellen, dass der Patient durch die Ernährungsberatung Gewicht verliert und nicht mehr zuckerkrank ist
16.3 Selbstverschuldete Konsequenzen (Vicarious consequences)	Aufforderung, Konsequenzen (Belohnungen und Bestrafungen) von anderen Personen zu beobachten, während dem sie das entsprechende Verhalten ausführen	<ul style="list-style-type: none"> • Weise die betroffene Person auf die positiven Kommentare hin, die andere Mitarbeiter erhalten, wenn sie sich regelmäßig die Hände desinfizieren