

Jakob Tiebel – Schlaganfallrehabilitation: Vom Wissen zum Handeln

Ergänzende Materialien zu Kapitel 3

Finaler Suchalgorithmus

Der finale Suchalgorithmus bestand aus den nachfolgenden Formeln: Freie Suchbegriffe für „Population, target group“: *stroke AND rehabilitation AND physiotherapy OT occupational therapy*; MeSH Terms für „Population, target group“: *stroke rehabilitation*; Freie Suchbegriffe für „Intervention, method“: *evidence-based practice AND knowledge translation OR knowledge to action OR knowledge transfer OR implementation OR dissemination OR research utilization*; MeSH Terms für „Intervention, method“: *knowledge AND translational medical research*.

Summary Table, Scoping Review

i	Author	Research Aim	Type of EBP	Type of KT Intervention	Target Group	Research field	Study design	Methodology	Assessments	Theoretical Framework/Taxonomy	Implementation Approach	Main Findings
1	Pollock et al. (2000)	To identify perceived barriers to evidence-based practice by health professionals working within the field of stroke rehabilitation	Evidence based practices for stroke rehabilitation	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists, Speech- and language pathologists, Nurses, Allied health professionals	Quantitative research	N/A	(In-depth) Focus group interviews, Questionnaire (postal)	Self created Questionnaire	N/A	N/A	Twenty barriers were identified, classified under the headings "ability", "opportunity" and "implementation".
2	Heinemann et al. (2003)	To evaluate changes in knowledge and practice following presentation of a lecture-based, educational programme about post-stroke rehabilitation guidelines	Post-stroke rehabilitation guideline recommendations	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Physicians, Allied health professionals	Quantitative research	Single group, pre-post-test design	Knowledge and referral practices, Questionnaire	Self created Questionnaire	NA	Lecture-based, educational programme	Lecture attendance was not associated with an increase in knowledge or referrals. Simply providing information about the guidelines did not result in an increase in knowledge and referrals. The brief summary of literature about stroke guidelines was not sufficient to change knowledge and practice patterns. Receipt of only guidelines, educational materials and lectures had a minor effect on professional behaviour change. Less knowledgeable clinicians were less likely to cooperate in an educational programme. Yet, they are the ones most in need of this information. Future educational efforts should consider clinician cooperation as a key factor in implementing educational programmes that are designed to enhance guidelines compliance.
3	Salbach et al. (2007)	To identify practitioner barriers and organizational barriers to physical therapists' implementation of evidence-based practice for people with stroke	Evidence based Practice for stroke rehabilitation	KT of evidence-based practice	Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	(In-depth) Focus group interviews, Survey (cross-sectional, mail)	EBP Self Efficacy Scale	N/A	N/A	Lack of education, negative perceptions about research, physical therapists' role in EBP and low self-efficacy to perform EBP activities represent barriers to implementing EBP for people with stroke that can be addressed through continuing education. Organizational provision of access to web-based resources is likely insufficient to enhance research use by clinicians.
4	Van Peppen et al. (2008)	To investigate physiotherapists' self-reported use of outcome measures as recommended in the Dutch Clinical Practice Guideline on Physiotherapy Management of Patients with Stroke and to assess perceived barriers to and facilitators for the use of outcome measures in everyday practice	Outcome measures in everyday practice	KT of outcome measurements/ assessments	Physical therapists	Quantitative research	N/A	Survey	Barriers and Facilitators questionnaire (BFQ)	N/A	N/A	Despite an almost uniformly positive attitude, physiotherapists infrequently use the outcome measures recommended in the CPGPS. Robust setting-specific tailored implementation strategies based on the reported barriers and facilitators are needed.
5	Menon et al. (2010)	To explore the use of best practises among stroke rehabilitation professionals, salient barriers that influence their knowledge uptake/ application and effective knowledge translation strategies that meet the needs of this clinician group	Best practises among stroke rehabilitation	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists	Non-systematic literature review	N/A	Literature Review	N/A	N/A	N/A	Existing knowledge about best practises in stroke rehabilitation can be disseminated internationally through interactive e-learning resources, and information about effective KT interventions. With these opportunities in place, rehabilitation professionals can expand their capacity by adopting stroke best practises and producing better outcomes for patients.
6	Salbach et al. (2010)	To identify practitioner, organizational, and research characteristics associated with research use among physical	Evidence based practices physical therapists' provide post-stroke	KT of evidence-based practice	Physical therapists	Quantitative research	N/A	Survey (cross-sectional, mail)	Self created Questionnaire	N/A	N/A	A third of therapists rarely use research evidence in clinical decision making. Education in the principles of EBP, EBP self-efficacy, a positive attitude towards research, and involvement in research at

		therapists providing services post-stroke										work may promote research use in neurological physical therapy practice.
7	Needham et al. (2010)	To evaluate the application and outcomes of a model for quality improvement process and to present data, collected during a 4-month quality improvement period versus an immediately preceding 3-month control period	Quality improvement in Intensive Care Unit settings to provide early physical medicine and rehabilitation	KT of quality improvement processes	Occupational therapists, Physical therapists, Allied health professionals	Action research	N/A	N/A	Clinical Outcome Measurements	Model for Large Scale Knowledge Translation (Pronovost et al. 2008)	QI project undertaken using a 4-step model: summarizing the evidence, identifying barriers, establishing performance measures, and ensuring patients receive intervention	A structured quality improvement model can be applied for implementation of EBP in the ICU resulting in markedly improved delirium status, delivery of EBP, functional mobility, and length of stay.
8	Petzold et al. (2010)	To demonstrate how the Knowledge to Action Process model is being used to increase the use of best practices in the management of a very prevalent poststroke impairment	Best practices in the management of prevalent poststroke impairment	KT of evidence-based practice	Clinicians, Hospital managers, Researchers	Action research	N/A	N/A	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	Example from a series of national studies in stroke rehabilitation to demonstrate how Knowledge to Action Process model is being used to increase the use of best practices	The Knowledge to Action Process model provides an excellent guide for clinicians, managers, and researchers who wish to incite change in patient care.
9	Salbach et al. (2011)	To explore physical therapists' preferences for strategies to facilitate their access to, evaluation and implementation of the stroke research literature in clinical practice	Implementation of stroke research literature in clinical practice	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	(In-depth) Qualitative interviews (telephone)	Semi Structured Interview Guide	N/A	N/A	Physical therapists prefer technology-assisted access to resources and education and favour attending multiple interactive, expert-facilitated education sessions incorporating opportunities for case-based learning and practice of new skills to change behaviour related to evidence-based practice.
10	Sullivan et al. (2011)	To test a theoretical model of disablement based on the impairment, activity, and participation categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health level of functioning	Knowledge translation in disablement research and practice	KT of evidence-based practice	Physical therapists	Mixed methods research	N/A	Structural equation modeling	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	N/A	The knowledge-to-action framework may provide a means to bridge the gap between knowledge and practice in rehabilitation. Innovative approaches involving mixed methods design and statistical methods such as structural equation modeling should be considered for disablement and rehabilitation research. Advancements in health-related research design that prioritize a person-centered response as the primary outcome, coupled with collaboration between rehabilitation researchers and clinical experts to answer clinically relevant questions, increase the likelihood that knowledge creation will translate to improved participation for people with disability.
11	Kristensen et al. (2012)	To investigate aspects affecting occupational therapists' reasoning when implementing research-based evidence within stroke rehabilitation	Research-based evidence within stroke rehabilitation	KT of evidence-based practice	Occupational therapists	Action research	N/A	Phenomenological hermeneutical, action approach	N/A	Promoting Action on Research Implementation in Health Services, PARIHS (Kitson et al. 1998, 2008, Rycroft-Malone et al. 2002)	N/A	Local professional values in the occupational therapists' clinical practice should be considered in implementation of evidence-based occupational therapy. Local leadership's engagement in implementation processes is a key factor in implementation processes.
12	Bayley et al. (2012)	To describe the barriers to implementation of evidence-based recommendations for stroke rehabilitation	Implementation of evidence based recommendations	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Nurses, Physicians, Hospital managers	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Qualitative focus group interviews	Self developed Interview Guides	N/A	N/A	This study showed that lack of time, staffing issues, staff education, therapy selection or prioritization, lack of equipment and team functioning were the main barriers to implementation. Managers and stakeholders should consider these barriers and prioritize evidence when implementing.
13	Viana et al. (2012)	To review the Constraint-Induced Movement Therapy literature specifically for meta-analysis, randomized controlled trials, recent case reports, case series, and pilot studies in the adult poststroke population to identify barriers to implementation.	Implementation of Constraint-Induced Movement Therapy Into Practice	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Non-systematic literature review	N/A	Literature review	N/A	N/A	N/A	The following barriers have been identified: limited generalizability, resource intensity, therapist factors, patient factors, and uncertainty regarding the emerging debate that the gains seen may be a result of intense, task-specific therapy focused on the use of the more affected UE and not specific to the protocol. Barriers may be overcome with improved education regarding the intervention and the impact of the gains seen on functional independence.
14	Teasell et al. (2012)	To discuss barriers to implementation of Botulinum	Botulinum Toxin in the treatment	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical	Non-systematic literature review	N/A	Literature Review	N/A	N/A	N/A	There are a number of challenges with botulinum toxin, including uncertainty over its role in improving motor

		Toxin in the treatment of spasticity post stroke	of spasticity post stroke		therapists, Physicians							dysfunction following stroke, the determination of which subsets of patients may benefit, the cost of treatment, and the identification of meaningful outcome measures.
15	Petzold et al. (2012)	To investigate the feasibility of delivering a multi-modal knowledge translation intervention and the impact of the knowledge translation intervention on occupational therapists' knowledge of evidence-based unilateral spatial neglect problem identification, assessment and treatment, and self-efficacy related to evidence-based practice implementation	Management of acute post-stroke unilateral spatial neglect, impact of knowledge translation intervention on occupational therapists'	KT of specific interventions	Occupational therapists	Mixed methods research	3-period (pre-post) repeated measures design	N/A	Knowledge Questionnaire, Evidence-based practice self-efficacy scale, Standard patient outcome scales	Professional Evaluation and Reflection on Change Tool, PERFECT (Menon et al. 2010)	Self-developed KT intervention created based on a series of steps: Interactive multi-modal knowledge translation intervention based on: didactic lectures, hands-on sessions, use of e-learning resources, and dissemination of summary information.	Results indicate a significant improvement in knowledge of best practice unilateral spatial neglect management and evidence-based practice self-efficacy in carrying out evidence-based practice activities post-intervention. Use of a multi-modal knowledge translation intervention is feasible and can significantly improve occupational therapists' knowledge of unilateral spatial neglect best practices and self-efficacy.
16	Rowley et al. (2012)	To outline the underlying theory and its application that the Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care for Nottinghamshire, Derbyshire, and Lincolnshire has adopted, as a case example that might be generalised to practice, in comparison to alternative models of implementation.	Translation of research-based evidence to routine healthcare practice	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Health providers	Qualitative/ Descriptive research	N/A	N/A	N/A	Plan-Do-Study-Act Cycle, PDSA (NHS, Langley et al. 1996); Promoting Action on Research Implementation in Health Services, PARIHS (Kitson et al. 1998, 2008, Rycroft-Malone et al. 2002); Normalisation Process Theory, NPT (May et al. 2009); Quality Enhancement Research Initiative, QUERI (Demakis et al. 2000); Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006); Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care for Nottinghamshire, Derbyshire, and Lincolnshire, CLAHRC-NDL (Rowley et al. 2012)	Applied organisational learning theory by addressing social and situational barriers and enablers to implementation, and adopting a philosophy of co-production	The CLAHRC-NDL model of implementation applies organisational learning theory by addressing the social and situational barriers and enablers to implementation, and adopting a philosophy of co-production. Two key mechanisms for translation of innovation have been utilised: "Diffusion fellows", to actively bridge the research to practice gap, and communities of practice, to underpin and sustain improvements in healthcare. The model shows promising results in putting research into practice, which may be transferable to other healthcare contexts.
17	McCluskey et al. (2013)	To identify barriers and enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations	Implementation of stroke guideline recommendations	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Nurses, Allied health professionals	Qualitative/ Descriptive research	NA	Semi-structured focus group interviews, Individual interviews	N/A	NA	NA	NA
18	Willems et al. (2013)	To investigate the use of knowledge broker to implement guideline recommendations for intensive therapy and physical activity for patients post-stroke	Implementation of the stroke guideline in clinical practice	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Nurses	Mixed methods research	Non controlled pre-post intervention design	Mixed methods process evaluation, Questionnaire	Self created Questionnaire	Theory of Planned Behavior , TPB (Ajzen 1991)	Knowledge brokering: Enterprising nurses and therapists recruited and trained as Knowledge Broker, worked for one year on the implementation of guideline recommendations in their team.	Insight in when and why knowledge brokers seem to be effective. Identification of determinants that predict which health professionals are susceptible to change their behavior. This study provides guidance on how to implement guidelines and can help to improve stroke rehabilitation services.
19	Walker et al. (2013)	To communicate practical experience and describe research methodologies used to promote change and implementation of stroke rehabilitation research	Implementation of stroke rehabilitation research	KT of evidence-based practice	Community based stroke service provider	Mixed methods research	N/A	Qualitative and quantitative methods	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	Audit and feedback, identification of barriers, tailored education to improve implementation of clinical guideline recommendations	Reducing the evidence-practice gap requires the development of active management strategies. Close collaboration between stakeholders – both in terms of the transfer of evidence into clinical practice and for optimizing future Phase IV implementation research endeavours is important.
20	Lal et al. (2013)	To explore motivational interviewing as novel approach to knowledge translation (KT)	Translating rehabilitation research into practice	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Descriptive methodology	N/A	N/A	Clinical communication used by healthcare practitioners to help clients make health-related changes in their daily lives.	Clinician motivation is one key issue influencing the implementation of evidence-based practice. Motivational interviewing is an evidence-based intervention that has proven to be effective in promoting behavioral change in patients, and warrants study in terms of its potential as a KT intervention. Clinician motivation to implement evidence-based practice can potentially be enhanced through an approach called motivational interviewing (MI). MI is an

												effective intervention when the goal is to motivate individuals to change a current behavior.
21	Connell et al. (2014)	To conduct a formative evaluation of the implementation of an upper limb stroke rehabilitation intervention and to inform for the development and implementation of a similar intervention	Implementation of upper limb stroke rehabilitation interventions in clinical practice	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	Cross-sectional study design	Semi-structured interviews	N/A	Normalisation Process Theory, NPT (May et al. 2009); Conceptual Framework for Implementation Fidelity, CFIF (Carroll et al. 2007); Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR (Damschroder et al. 2009)	N/A	Robot assisted intervention has been translated into clinical practice, but it was not always used in the way in which it was shown to be effective.
22	Pedlow et al. (2014)	To investigate current knowledge and application in practice of Constraint-Induced Movement Therapy by therapists	Application of Constraint-Induced Movement Therapy in clinical practice	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Quantitative research	N/A	Survey (online)	N/A	N/A	N/A	Adoption into practice remains limited. Despite a significant evidence base in support of CIMT, most therapists are not using CIMT in practice. Concerns and barriers related to CIMT need to be minimized to translate intervention from research into clinical practice.
23	Petzold et al. (2014)	To identify the facilitators and barriers that affect evidence-based practice use by occupational therapists	Adopting best practices in management of post stroke Unilateral Spatial Neglect	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Focus group methodology	N/A	N/A	N/A	This study identified several modifiable factors that prepare the ground for the creation and testing of a multimodal knowledge translation intervention aimed at improving clinicians' best practice management of poststroke USN.
24	Norris et al. (2014)	To explore occupational therapists' perceptions of barriers and facilitators affecting their knowledge and use of Evidence Based Practice in poststroke Unilateral Spatial Neglect management	Adopting best practices in the management of post stroke Unilateral Spatial Neglect	KT of evidence-based practice	Occupational therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Focus group methodology	N/A	N/A	N/A	This study identified several modifiable factors that prepare the ground for the creation and testing of a multimodal knowledge translation intervention aimed at improving clinicians' best practice management of poststroke USN.
25	Perry et al. (2014)	To implement a quality improvement project to encourage use of a novel, evidence-supported gait training method (nonsupported gait training for patients with hemiparesis)	Use of a novel, evidence-supported gait training method	KT of quality improvement processes	Physical therapists	Action research	KT case study	N/A	N/A	N/A	Project consisted of multidimensional KTAs, including: quarterly staff meetings for reviews and discussions, group and individual dialogue regarding successes, challenges, solutions, and clinical decision-making, ongoing monitoring of and aggregate feedback about appropriate intervention attempts via chart audit, and ongoing reminders, role modeling, and clinical consultation. Specific staff perceptions about the approach, captured by a mid-year survey, further informed targeted problem-solving and clinical case presentations.	Extensive multidimensional KTAs were feasible in inpatient rehabilitation and were accompanied by a moderate increase in documented and self-reported frequency. Clinical teams may benefit from adopting KTAs that best support clinical practice change.
26	Hughes et al. (2014)	To understand patients', carers' and healthcare professionals' experience and views of upper limb rehabilitation and Assistive Technologies, to identify barriers and opportunities critical to the effective translation of Assistive Technologies into clinical practice	Translation of evidence-based Assistive Technologies into stroke rehabilitation	KT of specific interventions	Health professionals, Patients, Nurses	Quantitative research	N/A	Questionnaires	Structurally comparable questionnaires	N/A	N/A	Lack of information and access to assistive technologies are main reasons for not using them. Research evidence was rated as most important factor in the design of an ideal technology, Ease of set-up and comfort are highly important. Key barriers to translation of ATs into clinical practice are lack of knowledge, education, awareness and access. Improvements in assistive technologies design, pragmatic clinical evaluation, better knowledge and awareness and improvement in provision of services will contribute to better and cost-effective stroke rehabilitation.
27	Nanninga et al. (2015)	To illustrate the complexities in an evidence-informed improvement process of organized stroke care in a local rehabilitation setting.	Improvement process of organized stroke care	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists	Action research	Integrated knowledge-to-action study design	fieldwork approach including participatory action research	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	Co-create knowledge and engage local therapists in two-way knowledge translation and multidirectional learning process, active interaction	Improving local settings with available evidence is not a straightforward application process but rather a matter of searching, logical reasoning, and creatively working with heterogeneous

											between researchers and those researched influences the learning processes and the self-reflective capacity of both parties.	knowledge sources in partnership with different stakeholders. Multiple organizational levels need to be addressed rather than focusing on therapists as sole site of change.
28	Connell et al. (2015)	To describe the systematic processes that took place in collaboratively developing the behaviour change intervention	Upper limb exercise in stroke rehabilitation	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Not defined a priori	N/A	N/A	Screening tools, Exerciseplans	Behaviour Change Wheel, BCW (Michie et al. 2011)	Collaborative and iterative four stage process of development emerging: establishing an intervention development group; structured discussions to understand the problem, prioritisation of target behaviours and analysis of target behaviours; collaborative design of theoretically underpinned intervention components and piloting and refining of intervention components.	Paper provides an example of how the Behaviour Change Wheel may be applied in the collaborative development of a behaviour change intervention for health professionals. The process involved was resource-intensive, and the iterative process was difficult to capture. The use of a published behaviour change framework and taxonomy will assist replication in future research and clinical use.
29	Miao et al. (2015)	To identify speech pathologists' perceptions and experiences of barriers and facilitators to implementing the Clinical Guidelines for Stroke Management	Implementation of stroke management guidelines	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Speech- and language pathologists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	(In-depth) semi-structured interviews, thematic analysis	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	N/A	Factors affecting implementation are complex, and are not exclusively barriers or facilitators. Suggested implementation strategies include local monitoring of guideline implementation (e.g. team meetings, audits), increasing collaboration on implementation projects (e.g. managerial involvement, networking), and seeking speech pathologist input into guideline development.
30	Pattison et al. (2015)	To explore the methods, physical therapists use to evaluate walking post stroke, reasons for selecting these methods, and the use of assessment results in clinical practice	Use of standardized measures of walking capacity	KT of outcome measurements/ assessments	Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Semistructured interviews (telephone), descriptive approach	N/A	N/A	N/A	Multilevel factors influence physical therapists' adoption and daily administration of standardized assessments. Findings inform about knowledge translation efforts aimed at increasing the standardized assessment of walking poststroke.
31	Levac et al. (2016)	To enhance clinical application of a virtual reality system in stroke rehabilitation	Clinical application of a virtual reality system in stroke rehabilitation	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Action research	Pre-post-study-design	N/A	ADOPTVR, System Usability Scale (SUS)	Theory of Planned Behavior, TPB (Ajzen 1991)	Self designed multi-faceted KT intervention	Study confirmed previous research demonstrating therapists' positive attitudes toward virtual reality and its perceived usefulness as a clinical tool for neurerehabilitation. The KT intervention designed to translate knowledge about use of the VR system to therapists in two stroke rehabilitation units was well-received, and successfully incorporated e-learning, experiential learning and reminders to significantly increase self-reported confidence, knowledge and skills in VR use. System and contextspecific barriers merit ongoing attention in order for KT-based interventions that support adoption to be effective. Ongoing training of increasing complexity, paired with interspersed practice in clinical application of the technology, as well as ongoing assessment of therapist support needs are recommended to meet the changing needs of therapists over time.
32	Janzen et al. (2016)	to contextualize the Evidence Based Review of Stroke Rehabilitation and Rehabilitation Knowledge to Action Project within the Knowledge to Action model and show how this process led to improved evidence-based practice in stroke rehabilitation.	clinical implementation of best practice guidelines	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Speech- and language pathologists, Nurses, Dieticians, Physiatrists	Qualitative/ Descriptive research	NA	N/A	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	Audit-feedback process for the clinical implementation of best practice guidelines	Through KTA process, a single centre was able to change clinical practice and promote a culture that supports the use of evidence-based practices in stroke rehabilitation.

33	Connell et al. (2016a)	To provide an illustrative example of how a research-informed process changed clinical practice and to report on staff members' and patients' perceptions of the utility of the developed intervention.	Knowledge Translation Intervention to Increase Upper Limb Exercise	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists, Therapy assistants, Therapy managers	Mixed methods research	Case series study design	Participatory action research approach	Changes in practice audit tools	Behaviour Change Wheel, BCW (Michie et al. 2011)	Intervention aimed to change 4 therapist-level behaviors: screening patients for suitability for supplementary self-directed exercise, provision of exercises, involving family and caregivers in assisting with exercises, and monitoring and progressing exercises.	Components of the intervention were successfully embedded in 2 of the 3 stroke units. The case series is an example of how a rigorous research-informed knowledge translation process resulted in practice change.
34	Connell et al. (2016b)	To illustrate the use of a behaviour change framework, the Behaviour Change Wheel, to identify the mechanisms of action that explain how the intervention produced change	Implementation intervention in stroke rehabilitation	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists, Therapy assistants, Therapy managers	Qualitative/ Descriptive research	Qualitative interview study design	Interview, Implementation in real world setting approach	N/A	Behaviour Change Wheel, BCW (Michie et al. 2011)	Investigation of mechanisms of action on intervention implementation, consideration of a range of possible underlying mechanisms, categorisation of these mechanisms using an established behaviour change framework	The approach allowed for consideration of a range of possible mechanisms and allowed to categorise these mechanisms using the established behaviour change framework. Identification of the mechanisms of action, following testing of the intervention in a number of settings, has resulted in a refined and more robust intervention programme theory for future testing.
35	Auchstaetter et al. (2016)	To determine the frequency with which physical therapists use Functional Electrical Stimulation to address common therapeutic goals post-stroke, and to identify the barriers to and facilitators of use	Functional Electrical Stimulation for Clients With Stroke	KT of specific interventions	Physical therapists	Quantitative research	Cross-sectional study design	Survey	Valid and reliable online surveys	N/A	N/A	Functional electrical stimulation is not widely used by physical therapists in stroke rehabilitation. Improving access to resources-in particular, continuing education-may facilitate the implementation of FES into clinical practice.
36	Levac et al. (2016)	To develop and to evaluate the effectiveness of a multi-faceted knowledge translation intervention designed to support the use of a motor learning approach to VR-based therapy in stroke rehabilitation.	Use of motor learning strategies within Virtual Reality based stroke rehabilitation	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Action research	Pre-post study design	N/A	N/A	N/A	Interactive e-learning and practice, E-learning modules, Hands-on learning, Experiential learning, Didactic reminders, Mentorship	The KT intervention improved therapists' confidence but did not have an effect on clinical reasoning or behaviour with regard to MLS use during VR-based therapy.
37	Kristensen et al. (2016)	To compare therapists' documentation with the national clinical guidelines for physiotherapy and occupational therapy in the rehabilitation of adults with brain injury.	Implementation of clinical guidelines	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists	Action research	Prospective cohort study design	N/A	N/A	N/A	N/A	With the intention of enabling meaningful participation the health professionals need to pay more attention to the importance of environmental factors. Both guidelines and clinical practice should consider all components of the International Classification of Functioning, Disability and Health when formulating, and implementing, recommendations in rehabilitation praxis in order to aim for rehabilitation that is based both on evidence and a holistic approach.
38	Salbach et al. (2017)	To review a planned process evaluation designed to assess whether the type and number of recommended treatments implemented by stroke teams in each group would help to explain the results related to patient outcomes.	Implementation of a physical rehabilitation guideline	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Nurses, Allied health professionals	Quantitative research	Part of cluster randomized trial	N/A	Standard patient outcome assessments	N/A	20 rehabilitation units, stratified and allocated to a facilitated or a passive KT intervention group. Sites in the facilitated group received the guideline with treatment protocols and funding for a part-time nurse and therapist facilitator who attended a 2-day training workshop and promoted guideline implementation for 16 months.	Despite multiple strategies and resources, the facilitated KT intervention was unsuccessful in improving integration of 18 treatments concurrently. The facilitated approach may not have adequately addressed barriers to integrating numerous treatments simultaneously and complex treatments that were unfamiliar to providers.
39	Eriksson et al. (2017)	To identify and describe over time the occupational therapists' experiences regarding the collaboration with the researcher in their role as implementers of a new complex intervention.	Implementing a new complex client-centred activity of daily living intervention for persons with stroke	KT of specific interventions	Occupational therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Grounded theory approach, Focus group interviews	N/A	N/A	Collaborative partnership between practitioners and researchers	To create a context built on a collaborative partnership between practitioners and researchers enabled the fusion of practice and science.
40	Munce et al. (2017)	To understand the factors influencing the implementation of the recommended treatments and knowledge translation interventions.	Implementation of stroke rehabilitation guidelines	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Nurses, Allied	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Qualitative descriptive approach involving focus groups	N/A	Clinical Practice Guidelines Framework for Improvement (Cabana et al. 1999)	The Clinical Practice Guidelines Framework for Improvement guided the analysis	Findings highlight the important role of self-selected facilitators to implementation efforts. Future research should seek to better understand the specific characteristics of facilitators that

					health professionals							are associated with successful implementation and clinical outcomes, especially within the context of stroke rehabilitation.
41	Van Kessel et al. (2017)	To explore physiotherapists' beliefs related to attitudes, intention, social norms, and perceived behavior control regarding the adoption of circuit class therapy and 7-day therapy research findings. to understand how clinicians construct their clinical knowledge by integrating research results in the specific context of their practice.	Adoption of circuit class therapy and 7 day per week therapy	KT of specific interventions	Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Constructionism epistemology	N/A	Theory of Planned Behavior , TPB (Ajzen 1991)	The Theory of Planned Behavior was used to guide the data collection and analysis.	Implementation of a new approach depends on the past experience, coherence with individual beliefs regarding important elements of therapy content, and opportunities to control barriers to implementation.
42	Rosbergen et al. (2017)	To understand perceptions and experiences of nursing and allied health professionals involved in implementing an enriched environment in an acute stroke unit	Implementation of an enriched environment in acute stroke units	KT of specific interventions	Nurses, Allied health professionals	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Descriptive qualitative approach, Face-to-face interviews, Semistructured interviews	N/A	The Framework of Credibility, Transferability, Confirmability and Dependability (Shenton 2004)	Thematic approach to identify main themes	Investigating staff perceptions and experiences of an enrichment model in an acute stroke unit highlighted the need for effective teamwork. To facilitate staff in their new work practice, careful selection of change management strategies are critical to support clinical translation of an enriched environment.
43	Vratsistas-Curto et al. (2017)	To increase the proportion of patients with stroke receiving best practice screening, assessment and treatment.	Guideline implementation in a multidisciplinary stroke unit	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Speech- and language pathologists, Nurses, Allied health professionals, Researchers	Quantitative research	Before-after study design	N/A	Clinical Outcome Measurements	Audit-Feedback Cycle (Jamtvedt et al. 2006)	Audit-feedback cycle Repeated audits, Feedback, education and training, Implementation process included four components: four cycles of audit and feedback, identifying determinants of practice, provision of educational materials and group education sessions to assist staff with change	Audit feedback and education increased the proportion of inpatients with stroke receiving best practice rehabilitation in some, but not all practice areas. An ongoing process of quality improvement is needed to help sustain these improvements.
44	Mudge et al. (2017)	To explore perceived barriers and facilitators to the use of the New Zealand stroke guidelines by occupational therapists and physiotherapists	Use of stroke guidelines	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Qualitative descriptive methodology, Semi-structured interviews, Conventional content analysis, Constant comparative methods	N/A	N/A	N/A	Alignment to the guidelines is influenced both positively and negatively by a range of interacting factors, consistent with other studies. Alignment might be improved by the introduction of some relatively simple strategies, such as ring-fencing time for access to resources and training in the use of the guidelines. Many of the barriers and related interventions are likely to be more complex. Therapist alignment with the implementation of stroke guidelines is influenced by guideline characteristics, organizational characteristics, resources, patient and family characteristics and therapist characteristics. Frequently encountered barriers related to limited resources, particularly time. Ring-fencing regular time for access to resources and training in the use of guidelines are examples of simple strategies that may reduce barriers.
45	Lynch et al. (2018)	To explore opinions about research translation held by stroke researchers conducting preclinical and clinical research, in terms of scope, importance, responsibility and perceived skills and knowledge	Preclinical and clinical research translation	KT of evidence-based practice	Researchers	Mixed methods research	N/A	Survey (paper-based), Semistructured interviews	N/A	N/A	N/A	Stroke rehabilitation researchers appear confident to translate their research via the traditional mechanism of publications. To optimise impact, clarity is needed regarding who is best placed to translate research findings to clinical practice and policy. Education and skills development to apply broader translation processes are needed to maximise the use of research at all stages.
46	Connell et al. (2018)	To investigate factors influencing implementation of higher-intensity activity in stroke rehabilitation settings	Implementation of higher-intensity activity in stroke	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Qualitative/ Descriptive research	Cross-sectional study design	Semi-structured interviews	(KT-framework-based) Qualitative topic guides	Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR (Damschroder et al. 2009)	N/A	Even therapists involved in delivering a high-intensity intervention as part of a trial wanted to adapt it for clinical practice; therefore, it is imperative that

			rehabilitation settings									researchers are explicit regarding key intervention components and what can be adapted to help ensure implementation fidelity. Changes in therapists' beliefs and system-level changes (staffing and resources) are likely necessary to facilitate higher-intensity rehabilitation in practice.
47	Lynch et al. (2018)	To illustrate the lack of available evidence to guide the translation of evidence to practice in rehabilitation	Implementation of evidence-based stroke rehabilitation therapies in clinical practice	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists	Systematic literature review	N/A	Literature review, Content analysis	N/A	N/A	N/A	Our review confirms that only a small fraction (2.5%) of published stroke rehabilitation research in these journals evaluate the implementation of evidence-based interventions into health care practice. We argue that in order for stroke rehabilitation research to contribute to enhanced health and well-being of people with stroke, journals, funders, policy makers, researchers, clinicians, and professional associations alike need to actively support and promote (through funding, conducting, or disseminating) implementation and evaluation research.
48	Moore et al. (2018)	To describe the knowledge translation interventions used to support stroke Quality Based Procedure implementation, assess differences in the planned and reported knowledge translation interventions by region, and explore determinants perceived to have affected outcomes	Implementation of stroke Quality Based Procedures	KT of quality improvement processes	Occupational therapists, Physical therapists, Speech- and language pathologists, Nurses, Physicians, Allied health professionals, Hospital managers	Mixed methods research	Multi-phase mixed methods study design	Multi-phase mixed methods evaluation approach, Focus group interviews, Quantitative survey	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006); Cochrane Effective Practice and Organization of Care Group's Taxonomy, EPOC (Weir et al. 2010); Theoretical Domains Framework, TDF (Atkins et al 2017); Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR (Damschroder et al. 2009)	Understand and categorize KT activities, KT interventions, and the factors affecting implementation, understanding of the types of KT activities and KT interventions that were planned, evaluate implementation activities	Information on the types of activities and KT interventions used to support stroke QBP implementation and the key determinants influencing uptake of stroke QBPs can be used to inform future activities including the development and evaluation of interventions to address barriers and leverage facilitators.
49	Shrubsole et al. (2019)	To explore factors influencing Australian speech pathologists' guideline recommended aphasia management practices.	Guideline recommended aphasia management practices	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Speech- and language pathologists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Semi-structured interviews, Content analysis	N/A	N/A	N/A	Therapists report a number of key factors influencing their practice, which differ in how they influence behaviours (i.e., a factor may be a barrier or a facilitator) depending on the behaviour and clinical setting. Future implementation interventions need to account for the strong influence of beliefs and social influences on therapeutically practice, which may facilitate successful implementation. Environmental and contextual barriers were identified for all guideline-recommended practices that were investigated; however, these barriers did not necessarily impede implementation working in inpatient rehabilitation settings. Strategies to improve both team functioning (social influences) and the belief systems of individual clinicians (beliefs about consequences) should be considered to improve implementation of guideline-recommended practices.
50	English et al. (2019)	To describe advances in technological platforms provide opportunities to develop new models of guideline development that will allow for continuous, rapid updates to recommendations as new evidence emerges	Improvement of clinical decision-making	KT of clinical decision making	Health professionals, Researchers	Systematic development of practice guidelines	N/A	Article reuse methods	N/A	Conceptual Model for Living Clinical Guidelines (English et al. 2019); Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE (Guyatt et al. 2008)	N/A	Clinical practice guidelines are essential for driving evidence-based clinical care to patients. In an era of ever increasing research evidence, keeping guidelines up to date is a challenging and resource-intensive process. Advances in technological platforms provide opportunities to develop new models of guideline development that will allow for continuous, rapid updates to recommendations as new evidence emerges. As Australia and other countries begin to develop these models, we have an opportunity to work more closely

												together to ensure the most efficient use of resources.
51	Stewart et al. (2019)	To describe steps in the design of a participatory, theoretically tailored staff behaviour change intervention to help staff use strategies to increase active practice by stroke inpatients	Increase active practice during inpatient stroke rehabilitation	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists, Allied health professionals	Mixed methods research	N/A	Direct observation (behavioural mapping), Focus groups	N/A	Behaviour Change Wheel, BCW (Michie et al. 2011); Theoretical Domains Framework, TDF (Atkins et al 2017)	Barriers and facilitators were mapped to behaviour change techniques, and a behaviour change intervention developed in participation with rehabilitation staff in a 6 step behaviour change intervention design process, staff intervention included a training programme about motivation, environmental restructuring, audit, and feedback.	Staff chose to implement ward-based practice books. Barriers included patient factors (including low motivation and severity of stroke), environmental segregation and limited skills for motivating patients. Staff belief in increasing active practice was a facilitator to implementation. The staff intervention included a training programme about motivation, environmental restructuring, audit, and feedback. This example of collaborative implementation research can be used and adapted by clinicians and researchers in other rehabilitation services.
52	Rannikko et al. (2019)	To examine the extent, range and nature of the literature on the ethical issues in the care of PwS and to summarize the findings and identify the research gaps	Care of Patients with stroke	KT of evidence-based practice	Health professionals, Researchers	Scoping review	N/A	Literature review	N/A	Scoping Review Framework (Arksey et al. 2005)	N/A	Three main themes were identifiable: "decision-making as an ethically challenging act", "care process-specific ethical issues" and "environmental ethical issues". Ethical issues occur at different stages of the care process of PwS and from the viewpoints of all those involved. However, not all the recognized ethical issues were stroke-specific. As the number of the reviewed articles was limited, more research is needed for a comprehensive understanding of the topic.
53	Ogourtsova et al. (2019)	To explore the barriers/facilitators perceived by clinicians in the use of virtual reality for hemineglect assessment; and to identify features of an optimal virtual assessment.	Virtual reality for post-stroke unilateral spatial neglect assessment	KT of specific interventions	Occupational therapists	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Qualitative descriptive approach, Triangulation strategy, Focus group methodology, (Self-administered) Questionnaire (paper-based), Directed content-based analysis technique	N/A	Theory of Acceptance and Use of Technology, UTAUT (Venkatesh et al. 2003)	N/A	Several barriers and facilitators, including personal, institutional, client suitability, and equipment factors, were identified. Clinicians and experts in the field reported numerous features for the virtual tool optimization. A multimodal and active knowledge translation intervention built on the presently identified modifiable factors is suggested to be implemented to support the clinical integration of a virtual realitybased assessment for post-stroke hemineglect.
54	Gaskins et al. (2019)	To explore the perspectives of healthcare, exercise, and fitness professionals working with people post-stroke regarding the factors affecting the implementation of aerobic exercise after stroke.	Implementation of aerobic exercise after stroke	KT of specific interventions	Physical therapists, Allied health professionals, Fitness Professionals	Systematic literature review	N/A	Literature review, Content analysis	N/A	Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR (Damschroder et al. 2009)	N/A	Characteristics of staff (self-efficacy, beliefs about the intervention and their patients' needs) and system-level issues (staffing, resources and training) were identified as key factors. Factors such as knowledge, training and beliefs are modifiable. Further research should evaluate strategies which specifically target these modifiable factors to facilitate implementation in practice.
55	van der Veen et al. (2019)	To explore professionals' perspectives on the provision of Home-Based Stroke Rehabilitation (HBSR) in the Netherlands and on the barriers and facilitators influencing the implementation of HBSR in daily practice.	Implementation of home-based stroke rehabilitation	KT of specific interventions	Health professionals, Social care professionals	Qualitative/ Descriptive research	N/A	Semi-structured interview, Content analysis	N/A	N/A	N/A	Multiple factors influencing implementation were identified. Barriers and facilitators influencing the implementation in daily practice were identified in relation to: the innovation, the user, the organization and the socio-political context. Barriers in implementing were perceived in a lack of (structured) inter-professional collaboration and the transparency of expertise of primary care professionals. Also, the current financial structures are viewed as inappropriate. In order to implement EB in daily practice, region specific implementation strategies need to be developed. Developing strategies concerning: organized and coordinated inter-professional collaboration,

												transparency of the expertise of primary care professionals, and the financial structures are recommended.
56	Alatawi (2019)	To develop a conceptual framework to understand the process of implementation of a national clinical guideline for stroke in the local context of physiotherapy practice in the Kingdom of Saudi Arabia	Implementation of stroke rehabilitation guidelines	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Physical therapists	Mixed methods research	Qualitative-quantitative study design,	Panel meetings, Questionnaire (online), Focus group interviews	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	Panel group meeting used to determine treatment areas, followed by creating a questionnaire. A focus group meeting technique was conducted to capture the process of tailoring and implantation of recommendations	The KTA framework appears to provide a reasonable approach for the development of implementation strategies for physiotherapist practice in stroke rehabilitation. Furthermore, it might be the first that reflects the real value of the KTA framework and tests it empirically.
58	McEwen et al. (2019)	To estimate changes in rehabilitation clinicians' knowledge, self-efficacy, and practice related to implementing Cognitive Orientation to daily Occupational Performance	Implementation of a function-based cognitive strategy intervention	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists, Allied health professionals	Mixed methods research	Single arm pre-post study design	N/A	Multiple choice Knowledge assessment, Self-efficacy questionnaire	N/A	KT consisted of a 2-day workshop, 4 months of implementation support, a consolidation session, and infrastructure support. In addition, a sustainability plan was implemented. Consistent with underlying principles, teams were given control over specific implementation goals and strategies.	No charts showed any evidence of Cognitive Orientation to daily Occupational Performance use at baseline, compared to 8/40 (20%) post intervention. Post intervention there was a trend towards reduction in impairment goals and significantly more component goals were set.
59	Jolliffe et al. (2019)	To investigate occupational and physiotherapists' perceptions of motivators and barriers to using upper limb clinical practice guideline recommendations in stroke rehabilitation	Increasing the uptake of stroke upper limb guideline recommendations	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists	Mixed methods research	N/A	Survey (online), Semi-structured focus group interviews, Descriptive, thematic coding	N/A	Theoretical Domains Framework, TDF (Atkins et al 2017)	Using an online survey and semi-structured focus groups, physiotherapists and occupational therapists working in one of six stroke rehabilitation teams were invited to participate. Survey data were analysed using descriptive statistics, and thematic coding of free-text responses. Focus groups were transcribed, thematically coded and mapped against Theoretical Domains Framework	Therapists identified that both motivators and barriers to implementing best-practice upper limb rehabilitation occur largely at the levels of the individual and the environment. As such, intervention efforts should focus at both these levels to facilitate change.
60	Flynn et al. (2019)	To gain therapists' perspectives of the introduction of Robotic Upper Limb Training into their rehabilitation facility	Introducing robotic upper limb training into routine clinical practice	KT of specific interventions	Occupational therapists, Physical therapists	Qualitative/Descriptive research	N/A	Qualitative methodology, (Discipline-specific) focus group interviews	N/A	Theoretical Domains Framework, TDF (Atkins et al 2017)	Discipline-specific focus groups purposely conducted to enable analysis of individual discipline perspectives on intervention as well as provide opportunity for discussion of discipline-specific factors, information sheet detailing the purpose of the intervention and participants' involvement	Out of the 14 domains of the TDF, 7 were raised by participants during the focus groups: environmental context and resources, beliefs about consequences, optimism, knowledge, skills, social influences, and social and professional role and identity. Therapists' expressed their optimism towards the introduction of RT-UL but believed successful implementation would be primarily dependent on the availability of clinical leadership, training and a suitable client mix. Therapists perceived that RT-UL would provide opportunity for increased upper limb practice particularly for patients with severe upper limb impairment. To facilitate implementation, support of RT-UL should come from both management and clinical leaders and training include RT-UL efficacy, device functionality and patient suitability. The availability of a single RT-UL device in a workplace may create unique interdisciplinary and logistical challenges.
61	Bird et al. (2019)	to investigate the effectiveness of interventions aimed at moving research evidence into stroke rehabilitation practice through changing the practice of clinicians.	Moving stroke rehabilitation evidence into practice	KT of evidence-based practice	Health professionals	Systematic literature review	N/A	Literature Review	N/A	N/A	N/A	A large range of interventions are used to facilitate clinical practice change. Education is commonly used, but in isolation is not effective. Multicomponent interventions including facilitation and tailoring to local settings can change clinical practice and are more effective when targeting fewer changes. Multicomponent multidisciplinary

												interventions that include site facilitation and consideration of local settings can change clinical practice. Education and training interventions should form part of multicomponent interventions and not be used in isolation. Implementing a small number of practice changes at a time produces more effective results.
62	Eng et al. (2019)	To present the results of an international consensus process prioritizing what research evidence to implement into stroke rehabilitation practice to have maximal impact.	Moving research evidence to practice	KT of evidence-based practice	Health professionals, Researchers	Systematic development of practice guidelines	N/A	(International) consensus process, Videoconferences, Face-to-face meetings	N/A	N/A	5-step action plan: Assemble an international advisory to achieve global perspectives, Identify factors to consider when prioritizing treatments to move to Practice, gather input from health care providers, gather input from consumers, Prioritize treatments and processes to move to practice through a face-to-face consensus meeting	From consensus process, five of the nine identified priorities relate to service delivery (interdisciplinary care, screening and assessment, clinical practice guidelines, intensity, family support) and are generally feasible to implement or improve upon today. Readily available website resources are identified to help health care providers harness the necessary means to implement existing knowledge and solutions to improve service delivery. The remaining four priorities relate to system issues (access to services, transitions in care) and resources (equipment/technology, staffing) and are acknowledged to be more difficult to implement. We recommend that health care providers, managers, and organizations determine whether the priorities we identified are gaps in their local practice, and if so, consider implementation solutions to address them to improve the quality of lives of people living with stroke.
63	Kamplng et al. (2019)	To develop evidence-based practice guidelines that can support decision-making in individual cases and be used by a multidisciplinary team in stroke rehabilitation.	Systematic development of practice guidelines for psychological interventions in stroke rehabilitation	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Psychologists (working in neurorehabilitation)	Systematic development of practice guidelines	N/A	Literature search, Survey	N/A	N/A	Developing practice guidelines: methodology: We conducted a literature search (step 1), and a survey of all neurological rehabilitation with an average agreement of 97% (range: 88–100%). Practice guidelines include detailed recommendations for psychological interventions that can guide individual decision-making by a multidisciplinary team. Specific aspects to foster implementation were considered, and attempts were made to promote their dissemination.	The practice guidelines were widely accepted by head psychologists and physicians of in- and outpatient neurological rehabilitation with an average agreement of 97% (range: 88–100%). Practice guidelines include detailed recommendations for psychological interventions that can guide individual decision-making by a multidisciplinary team. Specific aspects to foster implementation were considered, and attempts were made to promote their dissemination.
64	Luoni et al. (2020)	To assess the feasibility of implementing and evaluating a Continuing Professional Development intervention aimed at increasing the uptake of stroke best practice guidelines among physiotherapists, occupational therapists and speech-language pathologists in six university-affiliated stroke rehabilitation centers	Move stroke rehabilitation guidelines into professional practice	KT of evidence-based practice recommendations / guidelines	Occupational therapists, Physical therapists, Speech- and language pathologists	Action research	Feasibility study design	N/A	N/A	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006); Integrated Knowledge Transfer Framework, IKT (Roberge et al. 2019, Gagliardi et al. 2016)	Twelve stroke best practice recommendations with reflective tools were sent weekly by e-mail. Feasibility (operationalized via participation, satisfaction and relevance), cognitive impact, perceived application in practice and expected patient outcomes were measured over 24 weeks using three questionnaires and analyzed using descriptive statistics	Satisfaction, relevance and cognitive impact of delivered information varied across disciplines and recommendations. Agreement with the recommendations was high across disciplines. On average, three interdisciplinary recommendations (related to post-stroke depression, post-stroke fatigue and patients' and caregivers' learning needs) were rated as the most relevant for at least one patient. The majority of clinicians would use the recommendations for a specific patient and expected health benefits by applying those recommendations. Study demonstrated the feasibility of assessing the impact of interventions in stroke rehabilitation uptake and informed the design of a research program aimed at

												increasing the use of stroke evidence-based rehabilitation interventions.
65	Juckett et al. (2020)	To synthesize research related to occupational therapy practitioners' implementation of evidence based practice in adult stroke rehabilitation.	Evidence based practice implementation in stroke rehabilitation	KT of evidence-based practice	Occupational therapists	Scoping review	N/A	Literature search	N/A	Scoping Review Framework (Arksey et al. 2005); Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR (Damschroder et al. 2009)	Data were abstracted on the basis of recommendations from the seminal review framework established by Arksey and O'Malley (2005). Thematic analysis identified themes that emerged from the included studies.	Twenty-five articles satisfied inclusion parameters. Analyses yielded three overarching themes: barriers to implementation, facilitators of implementation, and implementation strategies. Implementation strategies often consisted of multimodal knowledge translation training programs. Although the stroke rehabilitation literature appears to have established the barriers to and facilitators of EBP implementation, greater attention to the identification of effective implementation strategies that promote the uptake of EBPs by occupational therapy practitioners is needed. The article summarizes the contextual factors and effective strategies that may influence practitioners' implementation of stroke research findings in real-world practice.
66	Poulin et al. (2020)	To identify clinicians' priorities for the implementation of best practices in cognitive rehabilitation post-acquired brain injury	Implementation of best practices in cognitive rehabilitation post-acquired brain injury	KT of evidence-based practice	Occupational therapists, Physical therapists, Speech- and language pathologists, Nurses, Allied health professionals	Action research	N/A	(Multi-step) Consensus-building methodology	N/A	Technique for Research of Information by Animation of a Group of Experts, TRIAGE (Gervais et al. 2002)	Cross-sectional electronic survey followed by consensual in-person group discussions to identify implementation priorities from a list of evidence-based practices for cognitive rehabilitation. Data collection methods included a preparation phase to document individuals' perspectives and priorities using individual data collection methods, followed by a production phase using group discussions to clarify important concerns and discuss the rationale for these priorities, in order to obtain a team consensus.	The Technique for Research of Information by Animation of a Group of Experts (TRIAGE) can be used to support clinicians' decision-making regarding the identification of implementation priorities in rehabilitation. Combination of individual consultations followed by consensual in-person group discussions, as part of the TRIAGE process, may help clinicians in defining and operationalizing best practices into more specific intervention components to implement. Effective implementation strategies are needed to support the use of specific cognitive rehabilitation interventions in prioritized areas, such as executive function and self-awareness retraining, as well as generalization of skills. Some differences in clinicians' perceived priorities point up the importance of tailoring implementation to local needs and contexts from the early stages in the process.
67	Allen et al. (2020)	To employ knowledge user perspectives to develop recommendations that facilitate implementation of a complex, Shared Decision-Making based intervention in an interprofessional setting	Implementing a Shared Decision-Making and cognitive strategy-based intervention	KT of clinical decision making	Occupational therapists, Physical therapists, Speech- and language pathologists	Action research	Exploratory qualitative study design	Focus group sessions	N/A	Integrated Promoting Action on Research Implementation In Health Services, IPARIHS (Harvey et al. 2016)	Interprofessional teams from five freestanding, academically affiliated, rehabilitation hospitals were tasked with implementing a cognitive strategy-based intervention approach that incorporates SDM known as Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) to treat survivors of stroke. A semi-structured focus group was conducted with 10 site champions 3 months following the implementation support period. A semi-structured focus group was conducted with 10 site champions 3 months following the implementation support period. To meet the study objective, an exploratory qualitative research design was used. The focus group session was audiorecorded, transcribed verbatim and	At the end of the 4-month CO-OP KT implementation support period, 10 clinicians, two from each site, volunteered as CO-OP site champions. Ten recommendations for CO-OP implementation were extracted and co-constructed from the focus group transcript. Recommendations reflected all four IPARIHS constructs: Facilitation, Context, Innovation, and Recipients. Implementation recommendations, from the knowledge user perspective, highlight that context-specific facilitation is key to integrating a novel, complex intervention into interprofessional practice. Facilitators should lay out a framework for training, communication and implementation that is structured but still provides flexibility for iterative learning and active problem-solving within the relevant practice context.

												analyzed through the lens of the integrated promoting action on research implementation in health services (IPARHS) framework.	
68	Krieger et al. (2020)	To develop instruments that facilitate the implementation of the complex stroke caregiver intervention project in the real-life support system.	Implementation management instruments for a new complex stroke caregiver intervention based on systematic stakeholder and risk analyses	KT of specific interventions	Health professionals, Hospital managers	Mixed methods research	N/A	N/A	N/A	N/A		The development phase of the project used a mixed methods approach for generating the 'inputs' and developing the 'outputs'. Stakeholder analyses and the development of the implementation management instruments were conducted top-down by two members of the research team, namely a clinical social worker and a nurse specialised in public health. The implementation risks were analysed bottom-up by engaging with the projects' stakeholders during a stakeholder meeting. Data were examined applying thematic analyses.	Based on the knowledge provided by the stakeholders, two context-tailored implementation management instruments were designed with a top-down approach: (1) a comprehensive 'stakeholder-risk atlas' providing individual stakeholder information, such as role, access, contribution, power and interest, expectations, perceived risks and specific engagement activities and (2) an overall 'project implementation strategy' concentrating on communication, transparency, network building and professionalism. Complex interventions will benefit from early and comprehensive stakeholder and risk analyses. The early involvement of stakeholders, with their insightful knowledge, enables the research team to develop context-tailored implementation management instruments. Instruments will support the team during implementation and may impact positively on the outcome of the intervention. Knowledge can be obtained by combining top-down and bottom-up working approaches.

Studiendesigns, Methoden und Assessments

Studiendesigns (n=9)
Case and Case series studies (Knowledge translation); Cross-sectional studies; Exploratory qualitative studies; Feasibility studies; Integrated knowledge-to-action studies; Non-controlled and controlled Pre-post/ Before-after intervention studies (Single group/arm, Single and multi-period, Repeated measures, some as part of cluster randomized trials); Prospective cohort studies; Qualitative interview studies; Single and multi-phase mixed methods studies
Methoden (n=26)
Article reuse methods; Consensus-building methodologies and processes (International, Single and Multi-step); Constant comparative methods; Constructionism epistemology; Conventional content analysis; Descriptive methodologies and approaches; Descriptive thematic coding; Direct observation (behavioral mapping); Directed content-based analysis techniques; Fieldwork approach including participatory action research methodologies and approaches; Focus group methodologies (In-depth, discipline-specific, qualitative, structured, semi-structured, unstructured - e.g. Interviews: telephone, face-to-face); Grounded theory approach; Individual interviews (telephone, face-to-face); Knowledge and referral practices; Mixed methods process-evaluation; Multi-phase mixed methods evaluation approach; Panel meetings; Phenomenological hermeneutical action approaches; Qualitative and quantitative Surveys (mail, online, paper-based); Real-world face-to-face meetings; Self-administered Questionnaires (postal, paper-based, online); Structural equation modeling; Systematic literature search and review strategies; Thematic analysis, Implementation in real world setting approaches; Triangulation strategies; Videoconferences
Assessments (n=11)
Barriers and Facilitators Questionnaire, BFQ (Van Peppen et al. 2008); Changes in practice audit tools; Clinical outcome assessments; Determinants of Prospective Take Up of Virtual Reality, ADOPTVR (Glegg 2012, 2017); EBP Self Efficacy Scale (Bandura 2006, Salbach et al. 2007); Exercise plans; Knowledge assessments and questionnaires (Multiple choice); Qualitative topic guides (KT-Framework-based); Questionnaires/ Interview guides (Self-administered, semi structured, standardized, structurally comparable, self-administered, valid and reliable); Screening tools; System Usability Scale, SUS (Bangor 2008)

Häufigkeitsanalysen

i	Jahr der Veröffentlichung	n	%
1	2000	1	1%
2	2003	1	1%
3	2007	1	1%
4	2008	1	1%
5	2010	4	6%
6	2011	2	3%
7	2012	6	9%
8	2013	4	6%
9	2014	6	9%
10	2015	4	6%
11	2016	7	10%
12	2017	7	10%
13	2018	4	6%
14	2019	15	22%
15	2020*	5	7%
i	Region	n	%
1	Canada	29	43%
2	Australia	12	18%
3	United Kingdom	9	13%
4	Netherlands	4	6%
5	USA	4	6%
6	Denmark	2	3%
7	Germany	2	3%
8	Finland	1	1%
9	Ireland	1	1%
10	New Zealand	1	1%
11	Saudi Arabia	1	1%
12	Scotland	1	1%
13	Sweden	1	1%

i	Forschungsansatz	n	%
1	Qualitative/ Descriptive research	24	35%
2	Mixed methods research	12	18%
3	Action research	11	16%
4	Quantitative research	9	13%
5	Non-systematic literature review	3	4%
6	Systematic development of practice guidelines	3	4%
7	Systematic literature review	3	4%
8	Scoping review	2	3%

9	Not defined a priori	1	1%
---	----------------------	---	----

i	Art der Wissenstranslation	n	%
1	KT of evidence-based practice	22	32%
2	KT of specific interventions	21	31%
3	KT of evidence-based practice recommendations/ guidelines	18	26%
4	KT of quality improvement processes	3	4%
5	KT of clinical decision making	2	3%
6	KT of outcome measurements/ assessments	2	3%

i	Implementierungsmodell	n	%
1	Knowledge-to-Action Framework, KTA (Graham et al. 2006)	10	15%
2	Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR (Damschroder et al. 2009)	5	7%
3	Behaviour Change Wheel, BCW (Michie et al. 2011)	4	6%
4	Theoretical Domains Framework, TDF (Atkins et al. 2017)	4	6%
5	Theory of Planned Behavior , TPB (Ajzen 1991)	3	4%
6	Normalisation Process Theory, NPT (May et al. 2009)	2	3%
7	Promoting Action on Research Implementation in Health Services, PARIHS (Kitson et al. 1998, 2008, Rycroft-Malone et al. 2002)	2	3%
8	Scoping Review Framework (Arksey et al. 2005)	2	3%
9	Audit-Feedback Cycle (Jamtvedt et al. 2006)	1	1%
10	Clinical Practice Guidelines Framework for Improvement (Cabana et al. 1999)	1	1%
11	Cochrane Effective Practice and	1	1%
12	Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care for Nottinghamshire, Derbyshire, and Lincolnshire, CLAHRC-NDL (Rowley et al. 2012)	1	1%
13	Conceptual Framework for Implementation Fidelity, CFIF (Carroll et al. 2007)	1	1%
14	Conceptual Model for Living Clinical Guidelines (English et al. 2019)	1	1%
15	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE (Guyatt et al. 2008)	1	1%
16	Integrated Knowledge Transfer Framework, IKT (Roberge et al. 2019, Gagliardi et al. 2016)	1	1%
17	Integrated Promoting Action on Research Implementation In Health Services, IPARIHS (Harvey et al. 2016)	1	1%
18	Model for Large Scale Knowledge Translation (Pronovost et al. 2008)	1	1%
19	Plan-Do-Study-Act Cycle, PDSA (NHS, Langley et al. 1996)	1	1%
20	Professional Evaluation and Reflection on Change Tool, PERFECT (Menon et al. 2010)	1	1%
21	Technique for Research of Information by Animation of a Group of Experts, TRIAGE (Gervais et al. 2002)	1	1%
22	Theory of Acceptance and Use of Technology, UTAUT (Venkatesh et al. 2003)	1	1%

i	Journal	n	%
---	---------	---	---

1	Disability and Rehabilitation	14	21%
2	BMC Health Services Research *	7	10%
3	Physical Therapy	7	10%
4	Implementation Science *	5	7%
5	Topics in Stroke Rehabilitation	5	7%
6	BMJ Open *	3	4%
7	Journal of Evaluation in Clinical Practice	3	4%
8	PLoS One *	3	4%
9	Australian Occupational Therapy Journal	2	3%
10	Clinical Rehabilitation	2	3%
11	International Journal of Stroke	2	3%
12	Neurorehabilitation and Neural Repair	2	3%
13	Scandinavian Journal of Occupational Therapy	2	3%
14	American Journal of Occupational Therapy	1	1%
15	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation	1	1%
16	Canadian Journal of Neurological Sciences	1	1%
17	Journal of Clinical Nursing	1	1%
18	Journal of Continuing Education in the Health Professions	1	1%
19	Journal of Multidisciplinary Healthcare *	1	1%
20	Journal of Neurologic Physical Therapy	1	1%
21	Journal of Rehabilitation Medicine *	1	1%
22	Physiotherapy research international	1	1%
23	Physiotherapy Theory and Practice	1	1%
24	Scandinavian Journal of Caring Sciences	1	1%

i	Zielgruppe, Profession	n	%
1	Physical therapists	45	66%
2	Occupational therapists	40	59%
3	Allied health professionals	13	19%
4	Nurses	12	18%
5	Speech- and language pathologists	9	13%
6	Health professionals	8	12%
7	Researchers	7	10%
8	Hospital managers	4	6%
9	Physicians	4	6%
10	Therapy assistants	2	3%
11	Therapy managers	2	3%
12	Clinicians	1	1%
13	Community based stroke service provider	1	1%
14	Dieticians	1	1%
15	Fitness Professionals	1	1%

16	Health providers	1	1%
17	Patients	1	1%
18	Physiatrists	1	1%
19	Psychologists (working in neurorehabilitation)	1	1%
20	Social care professionals	1	1%

Ergänzende Materialien zu Kapitel 4

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe personenbezogener Interviewdaten

Lehr-Forschungsprojekt: „Psychologische Überlegungen und Ansätze zur Überwindung der Theorie-Praxis-Kluft in ausgewählten Handlungsfeldern der Schlaganfallrehabilitation“, durchgeführt von Jakob Tiebel, im Rahmen der Abschlussarbeit im Studiengang: Angewandte Psychologie an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen.

Interviewdatum:

Ich bin über das Vorgehen der Verschriftlichung, Datenspeicherung und Auswertung des von mir gegebenen Interviews persönlich und mittels eines schriftlichen Handzettels informiert worden, der mir auch ausgehändigt wurde. Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an diesem Interview freiwillig ist und ich zu jeder Zeit die Möglichkeit habe, das Interview abzubrechen und mein Einverständnis in eine Aufzeichnung und Transkription des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin mit damit einverstanden,

- dass das Interview digital aufgezeichnet wird.
 JA NEIN
- dass das Interview transkribiert und anonymisiert wird.
 JA NEIN
- dass Sequenzen des Interviews in transkribierter und anonymisierter Form im Rahmen des oben angegebenen Lehr-Forschungsprojektes interpretiert werden.
 JA NEIN
- dass das transkribierte und anonymisierte Interview durch Herrn Jakob Tiebel zu Forschungszwecken verwendet werden darf.
 JA NEIN

Unter den oben angegebenen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben.

Vor- und Nachname (in Druckschrift):

Ort und Datum:

Unterschrift:

Gesprächsprotokoll

Code:

(Code wird aus YYYY-MM-DD-Fortlaufende Nummer beginnend bei 01 generiert; z. B. 2019-09-12-01)

Name:

(freiwillige Angabe)

Berufsbezeichnung:

(Beruf in dem die befragte Person gegenwärtig tätig ist)

Berufsausübung seit:

(Seit wie vielen Jahren die befragte Person bereits in o.g. Beruf tätig ist)

Datum des Interviews:

(An welchem Datum wurde das Interview geführt?)

Art/Ort der Befragung:

(Wurde das Interview persönlich oder per Telefon geführt und wo wurde es durchgeführt?)

Zeit der Befragung:

(Angabe von-bis und Gesamtdauer des Interviews)

Audioaufnahme:

(Eindeutiger Dateiname des Audiofiles, falls Gespräch mitgeschnitten wurde)

Ergänzende Memos/Notizen zum Gespräch; zum Vermerken von Auffälligkeiten, Besonderheiten,
Ergänzende Informationen aus Gespräch außerhalb des Interviews/der Audioaufzeichnung:

Verwendete Syntax

R-Funktion zum Datenexport aus SQLite Datenbank

```
sCT <- function (){  
  codingTable <- getCodingTable()  
  codeTable <- RQDAQuery(" SELECT * FROM coding WHERE status = 1 ")  
  treeCodeTable <- RQDAQuery(" SELECT * FROM treecode WHERE status = 1 ")  
  catTable<-RQDAQuery(" SELECT * FROM codecat WHERE status = 1 ")  
  caseTable <- RQDAQuery(" SELECT * FROM cases WHERE status = 1 ")  
  caseLinkageTable <- RQDAQuery(" SELECT * FROM caselinkage WHERE status = 1 ")  
  annotationTable <- RQDAQuery(" SELECT * FROM annotation WHERE status = 1 ")  
  
  sct <-  
    data.frame(  
      "fileId" = codeTable$fid, "fileName" = codingTable$filename, "codeNum" =  
codingTable$rowid, "codeStart" = codeTable$selfirst,  
      "codeEnd" = codeTable$selend, "codeLength" = codingTable$CodingLength, "codeText"  
= codeTable$seltext,  
      "codeId" = codeTable$cid, "codeName" = codingTable$codename  
    )  
  
  sct$catId = NA  
  sct["catId"] <- lapply("catid", function(x) treeCodeTable[[x]][match(sct$codeId,  
treeCodeTable$cid)])  
  sct$catName = NA  
  sct["catName"] <- lapply("name", function(x) catTable[[x]][match(sct$catId,  
catTable$catid)])  
  sct <- add_column(sct, caseId = NA, .after = 2)  
  sct["caseId"] <- lapply("caseid", function(x) caseLinkageTable[[x]][match(sct$fileId,  
caseLinkageTable$fid)])  
  sct <- add_column(sct, caseName = NA, .after = 3)  
  sct["caseName"] <- lapply("name", function(x) caseTable[[x]][match(sct$caseId,  
caseTable$id)])  
  sct <- add_column(sct, annotationText = NA, .after = 9)  
  sct["annotationText"] <- lapply("annotation", function(x)  
annotationTable[[x]][match(sct$codeStart, annotationTable$position)])  
  sct$codeText <- gsub("[\r\n]", "", sct$codeText)  
  return(sct)  
}  
  
summaryCodeTable <- sCT()  
summaryCodeTable
```


Inhaltsanalytische Gütekriterien

Gütekriterium	Beschreibung
Verfahrensdokumentation	Der Wert der Ergebnisse entstand durch die präzise Dokumentation des Forschungsprozesses
Regelgeleitetheit	Es wurden die beschriebenen Vorgehensweisen seitens des Forschers eingehalten, um eine systematische Forschung durchzuführen
Argumentative Interpretationsabsicherung	Interpretationen wurden durch Argumente untermauert und sind in sich schlüssig. Bei Unklarheiten folgt immer eine Erklärung seitens des Forschers.
Nähe zum Gegenstand	Die Experten wurden in ihrer natürlichen Umgebung erforscht, um so eine Reduzierung von Bias zu erzielen.
Kommunikative Validierung	Die zusammengefassten und interpretierten Ergebnisse wurden den Experten zur Überprüfung ein wiederholtes Mal vorgelegt.

Summary Table, Qualitative Inhaltsanalyse

INT	i	Anfang	Ende	Zeichen	Zitat	Paraphrase	Problem	Ursache/ Lösung	TDF	COM-B
INT1	1	120	242	122	Ursachen sind nach meinem Empfinden die mangelnde Vernetzung zwischen der wissenschaftlichen Community und den Praktikern.	Mangelnde Vernetzung zwischen Forschung und wissenschaftlicher Community	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Social Influences	Opportunity
INT1	2	466	791	325	Ursachen dafür sind vielleicht auch Strukturen im akademischen Bereich, wenn man akademische Karriere machen will, dass es primär darum geht, zu publizieren. Dass es eben nicht darum geht, die Erkenntnisse in die Praxis zu bringen. Dass wirklich dieses wissenschaftliche oder diese Forschungsarbeiten reiner Selbstzweck sind.	Strukturen im akademischen Bereich	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	3	1106	1432	326	Das sind ja historisch gewachsene Strukturen im akademischen Bereich. Da fehlt es halt auch an Innovatoren, die solche gewachsenen Strukturen hinterfragen. Das ist ja bisher auch nicht groß, also soweit ich weiß, debattiert worden, wie sinnig solche Strukturen sind und welchen Nutzen eine Veränderung dieser Strukturen hätte.	Historisch gewachsene Strukturen, die kaum hinterfragt werden	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	4	1848	2536	688	Naja, ich meine es gibt ja bereits Ansätze, dieses Problem mangelnder Verzahnung zwischen wissenschaftlicher Community und Praxis aufzulösen. Daher ist es wahrscheinlich gut, damit anzufangen. Weil das andere Feld so gewachsene Strukturen, Selbstzweck im akademischen Bereich, Karriere... also das ist wahrscheinlich einfach noch nicht so diskutiert worden. Das ist ja ein relativ neues Feld. Daher ist es wahrscheinlich leichter, Lösungsansätze zu finden, indem man sagt, man guckt sich jetzt mal die schon bestehenden Vernetzungen an, guckt, wie machen die das, was haben die für Parameter und Erfolgskriterien usw. Das ist wahrscheinlich einfacher da anzuknüpfen, weil es das schon gibt.	Auf Vernetzungsebene, da hier auf bereits bestehende Strukturen aufgebaut werden kann	Knowledge Inquiry Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT1	5	2814	3230	416	Eine vergütete Mitarbeit in Forschungsprojekten. Und da lassen sich ja ganz vielfältige Rollen definieren. Das man sagt, der Therapeut ist für die Outcome Messungen verantwortlich, oder aber auch Patientenbefragungen im Vorfeld zu führen. Also dass man von vornherein Forschungsprojekte plant, in denen Praktiker bezahlt tätig werden. Unabhängig vom akademischen Grad. Sondern wirklich Leute, die im Feld tätig sind.	Konkreter Ansatz könnte eine vergütete Mitarbeit von Therapeuten in Forschungsprojekten sein. Zum Beispiel im Rahmen von Patientenbefragungen	Knowledge Inquiry Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT2	6	38	132	94	Hier finde ich schon mal den Punkt wichtig, dass die Forschung so weit weg ist von der Praxis.	Forschung weit weg von der Praxis	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	7	1389	2281	892	Dann natürlich das andere ist, die direkte Verbindung zwischen Forschung und Praxis. Ich frage mich immer, wo ist da der Austausch? Wo trifft man sich für den Austausch? Klar kann man sagen Kongresse. Aber Kongresse sind ja ein Stück weit Einbahnstraßen. Klar werden Forschungsergebnisse dargestellt. Und klar gibt es nach jeder Präsentation irgendwie Möglichkeiten zur Fragestellung und zum Austausch. Und dann vielleicht irgendwie informell, wenn man Networking betreibt in der Kaffeepause, oder so. Aber trotzdem finde ich es schwierig, weil es keine formellen Strukturen gibt. Bei den Kongressen sind es eben die Vorträge. Aber das lädt jetzt nicht wirklich ein zu einem Diskurs. Vor allem wenn es dann im großen Plenum irgendwie ist. Und das Ganze dem Zufall dann zu überlassen in Bezug auf die informellen Möglichkeiten auf einem Kongress finde ich irgendwie auch nicht so befriedigend.	Austausch zwischen Forschung und Praxis wird mehr oder weniger dem Zufall überlassen	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Social Influences	Opportunity
INT2	8	2709	3054	345	Ich wüsste jetzt auch nicht genau, wer dafür verantwortlich ist. Vielleicht Berufsverbände, noch am ehesten. Ich hätte dazu jetzt auch noch keine ganz konkrete Idee. Ich sehe nur, dass es ein Problem ist. Und ich sehe, dass die Kongresse, so wie sie jetzt gerade gestaltet sind, nicht ganz zielführend sind, um den direkten Austausch zu fördern.	Unklare, fehlende Verantwortung für das Problem	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Professional role and identity	Motivation
INT2	9	3650	3964	314	Also eben, es braucht die Gelegenheit. Man muss einen Raum finde. Das heißt man muss das zeitlich und räumlich irgendwie koordinieren, wo die Leute dann zusammenkommen. Das kann zum Beispiel ja auch virtuell sein. Das ist das eine. Man muss die Gelegenheit haben, dass man sich trifft in irgendeiner Art und Weise.	Nötige Fähigkeiten, sich zwischen Forschung und Praxis in einen Diskurs begeben zu können	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Skills	Capability
INT2	10	3965	4849	884	Und dann braucht man schon auch Fähigkeiten dazu. Was glaube ich für Leute aus der Forschung, die über einen hohen Bildungsstand und eine hohe Fähigkeit zur Abstraktion verfügen kein Problem ist. Aber man braucht eben auch das adäquate Gegenüber. Das heißt man braucht auch Praktiker, die irgendwie State-of-the-Art unterwegs sind und auch über eine gewisse Qualifikation verfügen. Weil nur die Berufserfahrung, 20 Jahre Berufserfahrung reichen auf der Ebene nicht aus, um in einen adäquaten Austausch zu gehen. Das denke ich natürlich auch ein Thema. Man braucht Praktiker, die auch innerhalb des Feldes irgendwie sehr kompetent sind. Nicht nur kompetent im Sinne Anzahl der Berufsjahre. Sondern kompetent im Sinne von Überblick und State-of-the-Art und so weiter. So dass man sich auf Augenhöhe begegnet. Denn auf den Kongressen begegnet man sich nicht auf Augenhöhe, im Normalfall.	Nötige Fähigkeiten, sich zwischen Forschung und Praxis in einen Diskurs begeben zu können	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Skills	Capability
INT2	11	3055	3443	388	Also wenn es konkreter werden soll, könnte ich mir auch vorstellen, dass es extra dafür auch Veranstaltungen gibt. Von mir aus auf einem Kongress. Wo man sagt, jetzt treffen sich Forscher und Praktiker und befragen die Praktiker zum Beispiel nach Bedarfen oder nach dem Umgang zum Beispiel mit Forschung. Aber sowas findet meines Erachtens nach nicht statt. Zumindest wüsste ich es nicht.	Veranstaltungen, die explizit dazu dienen einen Austausch zwischen Forschung und Praxis zu ermöglichen	Knowledge Inquiry Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	17	38	211	173	Die Ursache für dieses Problem liegt aus meiner Sicht nicht im Bereich der Forschung. Die Forschung ist meiner Meinung nach nicht dafür zuständig, den Transfer herzustellen.	Forschung ist nicht für Wissenstransfer verantwortlich	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Professional role and identity	Motivation
INT3	18	212	813	601	Das ist wie, wenn du dir ein Buch kaufst. Da ist der Autor ja auch nicht dafür verantwortlich, dass der Inhalt zum Leser kommt. Sondern der Leser geht in die Buchhandlung und kauft sich das Buch. Und so sehe ich das auch hier. Wir haben Forscher, die generieren neues Wissen zu Therapien und der Praktiker, in dem Fall der Therapeut, geht in den vermeintlichen Buchladen und kann sich da die Informationen holen. Das kann er ja zum Beispiel auch auf Kongressen machen, um den Stand der Forschung zu einem bestimmten Thema abzuholen, um dann darüber nachzudenken, wie er das in der Praxis anwenden kann.	Therapeut hat die Verantwortung. Sich Informationen und Wissen zu beschaffen	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Professional role and identity	Motivation
INT3	19	908	1260	352	Das hängt schon auch mit fehlender Motivation zusammen. Therapeuten fahren ja mit ihren bisherigen Vorgehensweisen gut. Sie kommen gut zurecht, sie bekommen positives Feedback von den Patienten und häufig sehr viel Dankbarkeit entgegengebracht, sodass es für viele Therapeuten aus meiner Beobachtung heraus keine Notwendigkeit gibt, etwas zu verändern.	Ursachen vorrangig auf Ebene der Motivation, da sich für Therapeuten keine Notwendigkeit im Alltag ergibt, etwas an der gewohnten Praxis zu ändern	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Goals, intentions and motivation	Motivation
INT3	20	1347	2112	765	Dass er gegebenenfalls nicht freigestellt wird, um zum Beispiel auf einen Kongress zu gehen. Ich meine die Situation kommt faktisch selten vor, aber das kann durchaus schon auch eine Problemsache sein. Aufgrund von Unterbesetzung und Kapazitätsengpässen, die wir in der Praxis natürlich haben, kommt es schon regelmäßig vor, dass die Therapeuten nicht freigestellt werden können. Auch nicht für Fortbildungen. Das heißt sie müssen dann in ihrer Freizeit Fortbildungen besuchen. Und da machen Sie natürlich dann die Dinge, die Ihnen Spaß machen. Und das ist natürlich nicht die mühsame Auseinandersetzung mit Forschungsergebnissen. Da haben Therapeuten definitiv keine ausreichende Affinität und intrinsische Motivation, sich in der Freizeit damit zu beschäftigen.	Therapeuten müssen Fortbildungen häufig in der Freizeit absolvieren	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity

INT3	21		2176	2655	479	Gut, man könnte ja jetzt sagen, dass sie das Paper oder ein Journal lesen können, wenn sie schon nicht auf Kongresse gehen dürfen. Aber da fehlt den Therapeuten tatsächlich der Zugang. Selbst wir als Ärzte hier in der Reha haben keinen Zugang zu den Bibliotheken. Wir sind da natürlich nochmal anders vernetzt mit den Kollegen aus den Unikliniken etc. Aber ich glaube für Therapeuten ist das schon schwer, an aktuelle Artikel zu kommen. Insbesondere, wenn diese eben Geld kosten.	Der freie Zugang zu wissenschaftlicher Literatur ist nach wie vor kein Standard	Knowledge Inquiry Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	22		2736	3322	586	Eine klare Reglementierung der Therapieleitungen. Man müsste tatsächlich einführen, dass eine bestimmte Anzahl Fortbildungstage verpflichtend sind und das müsste dann eben auch inhaltlich kontrolliert werden. Und es müssten auch nicht immer alle Therapeuten auf eine Fortbildung. Es würde ja reichen, wenn es rollierend ist und immer 1-2 Therapeuten gehen. Die können die Informationen dann intern weitergeben an die Kollegen. Das ist aus meiner Sicht sowieso viel effektiver und nachhaltiger. Und es ließe sich so auch viel realistischer abbilden im Hinblick auf das Kapazitätsproblem.	Einzelne Therapeuten gezielt auf Fortbildungen und Kongresse entsenden und das Wissen dann innerhalb der Einrichtung weiterverbreiten	Knowledge Inquiry Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	23		6080	6443	363	Ich würde das jetzt gar nicht so auf der Individualebene sehen, sondern ich glaube, dass das wirklich ein systemisches Problem ist, wo ich nicht den Therapeuten in der Verantwortung sehe das zu lösen. Ich denke ihnen sollte bewusst sein, dass diese Problematik besteht. Aber die Verantwortung dafür würde ich tatsächlich im Bereich der Forschungs-Community sehen.	Systemisches Problem	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	24		6444	6891	447	Beim ersten Problem würde ich sagen, dass es da absolut notwendig ist, dass sich die Praktiker da einbringen und sich damit auseinandersetzen. Aber bei dem Problem denke ich wirklich, dass es Aufgabe der Wissenschaft ist, dieses Problem zu lösen. Und eben auch da mit dem Blick über den Tellerrand. Nicht diese Erforschung von Interventionen, sondern eher mit Integration in die Versorgungsforschung, in realen Versorgungsstrukturen und so weiter...	Aufgabe der Wissenschaft, dieses Problem zu lösen	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	25		7587	7880	293	Ich würde mir wünschen, dass da ein Austausch entsteht, in der der Frage nachgegangen wird, was eigentlich untersucht wird. Also das Therapeuten mehr dafür neugierig werden, was denn eigentlich Untersuchungsgegenstand ist. Aber ich glaube, dass das die derzeit Tätigen tatsächlich überfordert.	Wünschenswert, im Sinne eines Lösungsansatzes, wäre ein interdisziplinärer Austausch darüber, was untersucht wird und mit welchem Ziel	Knowledge Synthesis Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT2	26		6313	6721	408	Es muss ein Standard sein, dass Interventionen so gut beschrieben sind, dass sie einfach gut nachvollziehbar sind. Und war auf beiden Seiten. Sowohl auf Seiten der Interventions- wie auch der Kontrollgruppe. Es muss so ausführlich beschrieben sein, dass der Praktiker sich da auch irgendwie zurechtfinden kann. Und das ist kein Problem des Praktikers. Das ist ein Problem von denjenigen die Forschung machen.	Es muss Standard sein, dass Interventionen und Kontrollen nachvollziehbar beschrieben sind	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	28		7998	8647	649	Klar, und von Seiten des Therapeuten, des Praktikers, braucht es natürlich die Fähigkeit auch Studien kritisch lesen zu können. Das erlebe ich schon, und das ärgert mich natürlich aus, dass viele Praktiker einfach so einen Rundumschlag machen. Die bringen bestimmte allgemeine Argumente gegen wissenschaftliches Arbeiten, gegen Studien grundsätzlich. Und das bringt sie dann zur Meinung, dass Forschung insgesamt irgendwie nichts zu tun hat mit der Praxis. Und das ist natürlich viel zu allgemein, um sich auf so einer Basis dann Urteile erlauben zu können. Deshalb braucht es bestimmte Fähigkeiten im wissenschaftlichen Arbeiten auch vom Praktiker.	Fähigkeiten zur kritischen Auseinandersetzung mit widersprüchlichen Forschungsergebnissen	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Skills	Capability
INT2	29		8691	10587	1896	Ich will jetzt keine Lanze brechen für das Studium, aber in einem Studium erlernt man natürlich solche Kompetenzen. Das ist der große Unterschied zur Berufs- und Fachschulausbildung. In der Fachhochschulausbildung ist eben das wissenschaftliche Arbeiten eben ein Teil davon. Da lernt man das. Das ist auch ein langer Weg, bis man das wirklich beherrscht. Ich sehe das bei unseren Studierenden. Die lernen das wissenschaftliche Arbeiten. Aber um Studien dann wirklich kritisch beurteilen zu können braucht es auch viel Erfahrung. Erfahrungen in der kritischen Analyse, aber auch Erfahrungen aus dem praktischen Berufsfeld. Das heißt das Studium allein ist dann auch noch nicht der Garant dafür, dass man Studien auch kritisch liest, aber natürlich haben Leute, die ein Hochschulstudium machen, eher die Voraussetzung Studien kritisch lesen zu können. Verglichen zu Leuten, die eine Fachschulausbildung machen. Zumindest so wie da bisher das Kurikulum aufgestellt ist. Also der Praktiker braucht schlussendlich einfach die Skills und Fähigkeiten, um Studien kritisch lesen zu können. Und dann kann er sich auch ein kritisches Urteil erlauben. Also es sind beide Seiten. Es ist die Qualität der Studien, im Sinne von Interventionsbeschreibung, Subgruppierung und so weiter. Aber es braucht natürlich auf der Gegenseite auch Kompetenzen und Skills Studien auch kritisch lesen und interpretieren zu können. Das Ganze ist natürlich ein riesen Aufwand, wo sich der Praktiker natürlich auch fragt, wie er das machen soll. Eine Studie zu lesen und auseinanderzunehmen ist ein Haufen Arbeit. Allein da gibt es ja schon viele Barrieren. Zeit ist eine große Barriere. Englisch ist ein riesiges Thema, was ich bei den Schülern und Kollegen immer wieder raus höre. Das ist mühsam, zäh und das liest sich nicht leicht. Man muss viel investieren an Brain und an Zeit. Das hält die Leute natürlich auch ab davon.	Fähigkeiten zur kritischen Auseinandersetzung mit widersprüchlichen Forschungsergebnissen	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Skills	Capability
INT2	30		11189	11953	764	Man braucht Vorbilder die leben, dass Physiotherapie nicht mehr nur machen ist. Sondern dass man auch schauen muss, was gibt es, was ist Stand der Dinge. Was wird alles untersucht und was sagen uns diese Untersuchungsergebnisse und Erkenntnisse aus der Forschung als Praktiker. Vorreiter, die die jungen Leute in meinem Feld dann eben irgendwie auch ein Stück weit inspirieren und das Gefühl erzeugen, dass das einfach wichtig ist. Und die aufzeigen, dass wir als Physios auch besser werden dadurch. Nicht nur besser am Patienten, gemessen am Outcome. Sondern eben auch besser in dem was wir tun, weil wir eine größere Perspektive haben. Und dadurch auch mehr Wahlmöglichkeiten haben und besser abwägen können, was wir tun und das einschätzen können, was wir tun.	Vorbilder, die mit gutem Beispiel vorangehen	Knowledge Synthesis Problem	Lösung	Behavioral regulation	Motivation
INT2	31		12028	13138	1110	Und dann - und jetzt bin ich ganz in meinem Arbeitsumfeld im Ausbildungsbereich, und dann brauchen die Leute natürlich auch Gelegenheiten das anzuwenden. Das heißt sie brauchen Aufgaben, wo es darum geht, mit wissenschaftlichen Erkenntnissen auch zu arbeiten. Also nur drüber zu reden irgendwie ist das eine. Aber dann auch mal einen Artikel oder eine Studie auch mal zu lesen und das dann zu beackern und sich dann wieder auszutauschen, ist dann natürlich nochmal was anderes. Und ich glaube ohne das geht es in der Lehre nicht. Also die müssen auch damit arbeiten. Und damit meine ich auch noch nicht irgendwie eine Bachelorarbeit. Denn das ist natürlich irgendwie die Spitze des Eisberges, dass man selber eine wissenschaftliche Arbeit erzeugen muss. Aber im Rahmen der Lehre, finde ich, müssen wir noch mehr mit Studien und Guidelines direkt arbeiten und ganz konkret überlegen, was das dann in der Umsetzung in die praktische Arbeit bedeutet. In dem Sinne bräuchten Studierende oder Schüler eben auch Gelegenheiten. Mit diesem Aspekt von Physiotherapie auch in Kontakt zu kommen und irgendwie zu arbeiten.	Gelegenheiten, um konkret zu überlegen, was die Ergebnisse in der Umsetzung für die praktische Arbeit bedeuten	Knowledge Synthesis Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	32		3367	4055	688	Die Schwierigkeit liegt sicher auch in der mangelnden Fähigkeit der Interpretation der Ergebnisse einer Meta-Analyse. Das ist ein sehr komplexes Vorgehen. Nicht nur das Erstellen eines Reviews, sondern auch das Interpretieren solcher Arbeiten. Und es setzt häufig voraus, dass man auch noch einen Blick in die Primärstudien wirft, um sich ein Bild davon zu machen, was inhaltlich genau gemacht wurde. Und das bezweifle ich stark, dass Therapeuten das machen. Mit anderen Worten, mangelnde Fähigkeiten spielen hier sicher eine große Rolle. Ebenso wie mangelndes Wissen. Für Therapeuten ist es meiner Erfahrung und Beobachtung nach sehr schwer, Forschungsergebnisse richtig lesen zu können.	Die Schwierigkeit liegt sicher auch in der mangelnden Fähigkeit der Interpretation der Ergebnisse einer Meta-Analyse.	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Skills	Capability
INT3	33		5200	6065	865	Forschung und auch der Transfer von Forschung in die Praxis funktioniert ja nicht so, dass ich eine Studie lese und dann weiß, okay, jetzt muss ich das so und so machen. Sondern evidenzbasierte Praxis ist ja ein lebendes, in sich aufbauendes und immer wieder auch falsifizierendes System. Sodass das nicht für bare Münze genommen werden kann, sondern es bedeutet immer, dass vor dem Hintergrund dessen was wir bisher wussten und was jetzt an neuen Erkenntnissen hinzukommt, bestimmte Implikationen für die Praxis abgeleitet werden müssen. Und da muss ich natürlich dann auch dranbleiben und regelmäßig prüfen, ob dem noch so ist, oder ob es neue Erkenntnisse gibt. Also es ist am Ende auch hier wieder die Frage, wie motiviert ist der Therapeut am Ball zu bleiben und inwiefern hat er im Alltag natürlich auch die Möglichkeit dazu. Das gehört sicher immer zusammen.	Evidenzbasierte Praxis ist ja ein lebendes, in sich aufbauendes und immer wieder auch falsifizierendes System. Forschung kann nicht für bare Münze genommen werden.	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Knowledge	Capability

INT3	34		4925	5199	274	Wenn du einen Therapeuten hast, der sich schon jahrelang mit einem bestimmten Forschungsbereich auseinandersetzt, dann kann der die neuen Ergebnisse ja ganz anders in den Kontext einordnen, als ein Therapeut, der vorgestern das erste Mal ein Paper in der Hand gehalten hat.	Erfahrene Therapeuten können Evidenz aufgrund von Erfahrung differenzierter einschätzen	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT3	35		4741	4924	183	Viele Therapeuten fangen ja gerade erst an damit, wissenschaftlich zu arbeiten und sich an der Forschung zu orientieren. Das bedeutet natürlich, dass ihnen enorm viel Vorwissen fehlt.	Therapeuten fangen ja gerade erst damit an, wissenschaftlich zu arbeiten und sich an der Forschung zu orientieren. Ihnen fehlt entsprechendes Vorwissen	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT3	36		4500	4740	240	Das Problem für den Therapeuten ist aus meiner Sicht aber noch ein ganz anderes. Beziehungsweise die Ursache für das Problem aus Sicht des Therapeuten ist dich ein anderes. Nämlich das Therapeuten das meist nicht auf lange Sicht betrachten.	Fehlende Betrachtung auf lange Sicht	Knowledge Synthesis Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT1	37		8350	8735	385	das hängt sicher auch mit dem ersten Problem zusammen, dass vielfach andere Professionen die Leitlinien schreiben. Physiotherapeutische Leitlinien, das ist ja ein Feld, das relativ neu ist. Das es in anderen Ländern schon gibt, aber ich weiß zum Beispiel gar nicht, ob es in Deutschland überhaupt eine Leitlinie von Physiotherapeuten gibt. Das ist ja ein Feld, das langsam erst wächst.	Leitlinien meist von anderen Professionen geschrieben	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	38		8736	8966	230	Also das Problem ist sicher das Wissenschaftsverständnis bisher, das Problem ist, dass die Professionen Ergotherapie und Physiotherapie bisher keine wissenschaftlichen Fachgesellschaften waren, was sich ja gerade zunehmend ändert...	Therapieberufe bisher keine wissenschaftlichen Disziplinen	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Professional role and identity	Motivation
INT1	39		9185	9462	277	Und es hat sicherlich auch da etwas zu tun mit der Begrenztheit der Mittel. Dass für die, die Leitlinien schreiben, die Verbreitung der Inhalte in der Regel kein Arbeitspaket im Rahmen der Leitlinienherstellung ist. Also es bräuchte da auch wie eine Neudefinition des Auftrages.	Begrenztheit der Mittel im Hinblick auf Dissemination	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	40		9743	9844	101	Der erste Ansatz wäre für mich auch nochmal, die stark Arzt-zentrierte Haltung nochmal zu überdenken.	Stark arztzentrierte Haltung überdenken und eigenen Berufsstand mehr in die Pflicht nehmen	Knowledge Tools and Products Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	42		13649	13686	37	Das Problem ist tatsächlich die Form.	Problem ist die Form	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	43		13687	14406	719	Wobei es ja auch sehr gut strukturierte Guidelines gibt. Mir persönlich gefällt ja die holländische Stroke Guideline sehr gut, was das angeht. Das Problem ist die Anwendung. Und wenn man es jetzt didaktisch sieht, ist das kennen das eine... also auch zu wissen es gibt eine ReMoS Leitlinie und ich lade mir die runter und ich wurschtle mich da durch. Das ist das eine. Aber es muss ja in die Anwendung kommen. Und da sind ja alle allein gelassen. Und wenn man es jetzt didaktisch sieht, also in der Didaktik gibt es ja eben auch eine Taxonomie, einen Aufbau, wie man Wissen erwirbt und wie man mit Wissen umgeht... und das kennen und auch die Inhalte kennen ist das eine, aber das anzuwenden ist nochmal etwas ganz anderes.	Wissensbereitstellung und Transfer in die Praxis sind das gleiche	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Skills	Capability
INT2	44		14407	14591	184	Und da bräuchte es dann Schulungen und Praxisbeispiele. Und dann im nächsten Schritt kann man die Praktiker allein damit arbeiten lassen und es anwenden lassen in ihrem Alltagskontext.	Schulungen und Praxisbeispiele	Knowledge Tools and Products Problem	Lösung	Skills	Capability
INT2	45		14735	14990	255	Man mutet den Leuten da didaktisch, das heißt vom Lernprozess, auch wahnsinnig viel zu. Man sagt, hier habt ihr die Leitlinie, ihr wisst, dass es sie gibt, jetzt wendet es an. Aber das Ganze muss man als Lernprozess sehen und Lernen funktioniert nicht so.	Praktiker sind im Lernprozess überfordert	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Emotional	Motivation
INT2	46		16476	16682	206	Die Vorbilder die es einem zeigen, dass es einfach Mehrwert hat, wenn man so arbeitet hat fehlen. Und dann eben auch die Möglichkeiten, dass man es auch umsetzen kann, im Sinne von Weiterbildungsangeboten.	Vorbilder, die es einem zeigen und Weiterbildungsangebote um es zu lernen	Knowledge Tools and Products Problem	Lösung	Skills	Capability
INT3	47		6118	6413	295	Bei Leitlinien geht es finde ich schon darum, dass die Informationen häppchenweise mit Hilfe guter Tools in die Praxis kommen. Und hier beißt sich das klassische Publikationsformat natürlich mit einfachen Knowledge Tools, die schnell und pragmatisch die wichtigsten Infos für die Praxis liefern.	Klassisches Publikationsformat einer Leitlinie entspricht nicht dem Format alltagspraktischer Knowledge Tools	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	48		6414	6733	319	Und das ist tatsächlich mal Aufgabe der Autoren in dem Fall, finde ich. Denn wenn ich eine Leitlinie schreibe, dann mache in dem Sinne keine Forschung, sondern dann mache ich es mir zur Aufgabe, innerhalb meines Berufsfeldes einen Wissenstransfer zu leisten. Und das geht nicht nur in Form einer monströsen Publikation.	Dissemination ist Aufgabe der Autoren einer Leitlinie	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Professional role and identity	Motivation
INT3	49		7026	7272	246	Und da gibt es ja auch coole Beispiele aus dem Medizin- und Pharmabereich. Wo die wichtigsten Infos zu einem Medikament oder so wirklich kurz und knapp auf Infokarten und Flyern zusammengefasst sind. Und sowas bräuchte es in der Praxis viel mehr.	Verbessertes Marketing und geeignete Knowledge Aids	Knowledge Tools and Products Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	50		6734	7025	291	Hier erfüllen die Herausgeber ihre Pflichten nur ungenügend. Ich rede jetzt aber wirklich nur von Leitlinien, die vor Ort einen sofortigen Einfluss auf das Verhalten in der Praxis haben sollen. Das ist wirklich eine Form des Marketings, die da betrieben werden muss. Das ist keine Forschung.	Hier erfüllen die Herausgeber ihre Pflichten nur ungenügend	Knowledge Tools and Products Problem	Ursache	Professional role and identity	Motivation
INT1	51		11066	11144	78	Ich glaube tatsächlich, dass hier das Problem ein Mangel an Gelegenheiten ist.	Mangel an Gelegenheiten	Identify Problem Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	52		11145	11319	174	Ich glaube, dass vielen Praktikern gar nicht klar ist, was die relevanten Faktoren sind und dass sie deshalb eigentlich auch nicht dafür verantwortlich gemacht werden können.	Unklarheit bei Therapeuten über relevante Faktoren	Identify Problem Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT1	53		11320	11650	330	Dieser Reflex zum Beispiel zu sagen, der Patient ist noch nicht fit genug ist, ist etwas, was ich in der Realität tatsächlich eher selten erlebe. Es ist eher so, dass vielen gar nicht bekannt ist, was diese Kernparameter überhaupt sind, unabhängig davon, auf welches Syndrom oder motorische Problem das schlussendlich bezogen ist.	Fehlendes Wissen und Kenntnis über Kernparameter	Identify Problem Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT1	54		11651	12087	436	Was zum Beispiel ganz klassisch ist, das ist dieses Wahrnehmungsproblem. Es wird dann häufig gesagt, der Patient hat ein Wahrnehmungsproblem. Und das gar nicht klar ist, wie man das spezifiziert. Also sagt, der Patient hat ein Problem mit der visuellen Wahrnehmung oder räumlichen Wahrnehmung... Weil die Therapeuten bisher keine Gelegenheiten hatten, das zu erlernen. Deshalb können sie natürlich auch kein Problembewusstsein entwickeln.	Fehlende Fähigkeit zur Identifikation solcher Faktoren und das fehlende Problembewusstsein ist, dass Therapeuten bisher keine Gelegenheiten haben dies zu lernen	Identify Problem Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT1	55		12258	12704	446	Das ist ja auch so das Thema, wie Therapeuten ausgebildet und qualifiziert werden. Das sind wieder die dahinterliegenden Strukturen. Wenn man sich die Ausbildungskurricula der Berufsfachschulen anschaut usw. Oder auch die Qualifikationen, die erforderlich sind, um an einer Berufsfachschule zu unterrichten, sind ja relativ gering. Und deswegen glaube ich, dass vielen Tätigen bisher wirklich die Gelegenheiten fehlen, einen Blick dafür zu haben.	Fehlende Strukturen im Bildungsraum (Gelegenheiten)	Identify Problem Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	56		12795	12889	94	Qualifizierungsmaßnahmen, die in einem Zertifikat enden, das zu einer höheren Vergütung führt.	Qualifizierungsmaßnahmen, die zu einem Zertifikat und höherer Vergütung führen	Identify Problem Problem	Lösung	Reinforcements	Motivation

INT1	57		12890	13256	366	Das heißt man müsste tatsächlich hingehen und die Vergütungsstrukturen mit evidenzbasierten Maßnahmen koppeln. Was ja zum Teil auch schon von den gesetzlichen Krankenversicherungen gefordert wird, dass die Therapie evidenzbasiert sein muss. Aber es gibt ja auch das wieder kein Kontrollgremium und keine Sanktionen und keine Belohnungen für evidenzbasiertes Handeln.	Kopplung Qualität an Vergütungsstrukturen	Identify Problem Problem	Lösung	Reinforcements	Motivation
INT2	58		17334	17856	522	Dieses Phänomen begegnet uns ja reigenweise in der Physiotherapie, dass es dort ja keine Mindeststandards gibt. Warum? Natürlich hinkt der Vergleich mit der Medizin, vor allem mit der Akutmedizin. In der Akutmedizin gibt es natürlich ganz klare Mindeststandards, weil es da klare Ursache-Wirkungs-Beziehungen gibt. Und ich glaube es wird schon schwieriger, wenn es um chronische Krankheitsbilder geht. Da gibt es ja auch in der Medizin dann nicht mehr Mindeststandards, sondern da variieren dann die Behandlungen auch mehr.	Keine Mindeststandards in der Therapie definierbar, da keine direkten Ursache-Wirkungs-Beziehungen	Identify Problem Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	59		18180	18657	477	Also ein Mindeststandard, den man festlegen kann, ist natürlich, dass der Patient dir nicht von der Bank fallen kann. Wenn du den Patienten natürlich irgendwie gefährdest in der Therapie, dann machst du was falsch. Der Mindeststandard muss gewährleistet sein. Aber inhaltlich ist es viel schwieriger in unserem Feld, das festzulegen. Weil die Konsequenzen von Behandlungsfehlern einfach nicht so dramatisch sind. Und logischerweise gibt es dann auch weniger Problembewusstsein.	Keine Mindeststandards in der Therapie definierbar, da keine direkten Ursache-Wirkungs-Beziehungen	Identify Problem Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	60		19479	20111	632	Du hast auch angesprochen die Sache mit der Kontrolle möglicher Qualitätsindikatoren. Also im Reha-Umfeld könnte man das tatsächlich relativ einfach machen. Da wäre eine Möglichkeit, das konkret umzusetzen einfach, dass man es top-down festlegt und sagt, wir haben bestimmte Standards in unserer Klinik. Zum Beispiel, dass nicht-gehfähige Patienten jeden Tag mindestens 500 Schritte laufen müssen. Das muss man einfach machen. Das ist eine Rahmenbedingung. In der Art könnte ich mir das schon vorstellen. Das wäre natürlich sehr direktiv, aber das könnte eine Klinik, eine Physioabteilung festlegen, bezogen auf bestimmte Patienten.	Qualitätsvorgaben auf Settingebene definieren	Identify Problem Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	61		20112	20402	290	So etwas ähnliches gibt es ja auch schon bezogen auf die Kostenträger, die dann so und so viele Behandlungsminuten pro Woche oder pro Tag haben wollten, wobei das ja inhaltlich noch nicht so festgelegt ist. Aber das könnte man auf der Stufe ja dann auch inhaltlich noch irgendwie festlegen.	Inhaltliche Bestimmung von Qualität der Behandlung muss definiert werden	Identify Problem Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	62		20403	20564	161	Im ambulanten Setting wird das natürlich dann schon viel schwieriger. Die Mindeststandards sind festgelegt im Sinne von Heilmitteln, die ja sehr umstritten sind.	Im ambulanten Setting sehr schwer umsetzbar	Identify Problem Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	63		20565	20969	404	Da könnte man viel drüber diskutieren. Die müssten sich erstmal ändern. Und wenn dann Heilmittel geändert sind, dann müsste man in der nächsten Stufe festlegen, was es inhaltlich konkret bedeutet. Denn die Heilmittel, die es ja im Moment gibt, die sind ja nur Labels. Das sind Übergriffe für irgendwas und diese Überbegriffe kann man ja mittlerweile nicht mal mehr vor dem Hintergrund der Evidenz halten.	Anpassung der Heilmittelkataloge	Identify Problem Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	64		8098	8303	205	Dadurch dass der Therapeut im Hinblick auf die Erfüllung von Qualitätsindikatoren in der Praxis ja keine Sanktionen zu erwarten hat, gibt es natürlich auch keinen Grund für ihn, sich damit zu beschäftigen.	Für Therapeuten weder Anreize (im Positiven) noch Sanktionen (im Negativen) hinsichtlich der Erfüllung von Qualitätsindikatoren zu erwarten	Identify Problem Problem	Ursache	Beliefs about consequences	Motivation
INT3	65		8304	8454	150	Es gibt Stand heute weder intern noch extern jemanden, der überprüft, ob die Qualität in der Therapie einem bestimmten Standard entspricht oder nicht.	Keine Überprüfung der Qualität in der Therapie	Identify Problem Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	68		8933	9574	641	Also ich glaube das große Problem ist, dass es ja nicht allein die Festlegung von Qualitätsindikatoren ist. Es ist ja auch die Umsetzung. Und die äußeren Umstände erlauben es ja teilweise gar nicht es durchzuführen. Nehmen wir doch mal die genannten Beispiele. Das Monitoring eines Patienten ist nach einem Schlaganfall eine Standardprozedur. Da hindert mich aber auch keiner dran das zu machen. Klar, wenn ich dem natürlich nicht nachkomme, dann habe ich meine Behandlung schlichtweg nicht richtig gemacht. Die 500 Schritte sind da aber was ganz anderes. Das ist von extrem vielen Aspekten abhängig, ob die überhaupt erreicht werden können.	Implementierung geeigneter Monitoring-Tools und in einem späteren Schritt Qualitätsmassstäbe setzen	Identify Problem Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	69		9575	10201	626	Der Qualitätsindikator dürfte meines Erachtens nach nicht das Erreichen der 500 Schritte sein, sondern nur die Messung der Schritte an sich. Als Arzt habe ich ja zunächst auch keinen Einfluss darauf. Ich monitore meinen Patienten. Aber nur weil ich ihn am Monitor habe, zeigt er mir ja auch nicht immer adäquate Vitalparameter. Aber – und das ist ja der Punkt – der Monitor hilft mir das zu erkennen. Also der erste Schritt wäre ja mal überhaupt die Schritte zu zählen und zu erfassen. Und dann kann man darüber nachdenken ob die Anzahl stimmt und wenn nicht was zu tun ist. Ich denke es ist wichtig das hier sauber zu trennen.	Implementierung geeigneter Monitoring-Tools und in einem späteren Schritt Qualitätsmassstäbe setzen	Identify Problem Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	70		10304	10579	275	Zunächst einmal bräuchte es eben eine Art Monitoring. Da braucht es sicher technische Hilfsmittel, denn der Therapeut kann nicht immer die Schritte zählen. Das würde ja gar nicht funktionieren. Und dann bräuchte es – wie gesagt im zweiten Schritt – externe Überwachungstools.	Erst funktionierendes Monitoring, dann Bestimmung der Qualität	Identify Problem Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	71		14182	14246	64	Das glaube ich ist tatsächlich mangelnder Motivation geschuldet.	Mangelnde Motivation	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Ursache	Goals, intentions and motivation	Motivation
INT1	72		14247	14601	354	Ich glaube, dass da vorschnell Urteile gefällt werden und dass das dann wirklich ein motivationales Problem ist... Dass man sich nicht darum bemüht, die Dinge dementsprechend anzupassen an die lokalen Gegebenheiten. Da werden glaube ich schnell wieder diese Diskrepanzen, zwischen denen die die Wissenschaft machen und denen die praktisch tätig sind klar.	Vorschnelle Urteile und fehlende Motivation der Adaption an lokalen Kontext.	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Ursache	Beliefs about consequences	Motivation
INT1	73		14762	14884	122	Ja, das wäre wieder das Einbeziehen in Forschungsprojekte, vielleicht auch sowas wie Fortbildung und Supervision zu geben.	Verstärken Einbezug der Therapeuten in Forschung, Schulung und Supervision	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT1	74		14885	15219	334	Also, um durch praktische Qualifizierungsmaßnahmen zu zeigen, wie es funktionieren kann. Um schlussendlich die Motivation zu fördern und aufrecht halten. Erfolgsbeispiele zu berichten, Peer-Learning. Also nicht dieses Lernen von Leuten, die nie in der Praxis tätig waren, sondern vielleicht eher in einer Art Peer-Learning Verfahren.	Peer-Learning unter Praktikern	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT2	75		21671	21937	266	Also ich glaube schon auch, dass es Therapeuten gibt, die tatsächlich ihr Verhalten ändern und auf Grundlage von Empfehlungen und neuem Wissen und ihre Therapieinhalte anpassen und in dem Sinne auch ihr Verhalten ändern. Das würde ich schon auch in den Raum stellen.	Grundsätzliche Veränderungsbereitschaft bei Therapeuten vorhanden	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Ursache	Beliefs about capabilities	Motivation
INT2	76		24008	24244	236	Grundsätzlich glaube ich halt schon, dass Therapeuten ihr Verhalten verändern können. Die Frage ist tatsächlich, was sie dazu bringt. Warum fällt es den einen leichter und warum machen die das und warum machen die anderen es eben nicht.	Frage lautet ferner, was Therapeuten dazu bringt ihr Verhalten zu ändern und warum es einigen leichter fällt als anderen	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Ursache	Beliefs about capabilities	Motivation
INT2	77		24337	25059	722	Das ist wieder die Frage vom Problembewusstsein, beziehungsweise vom Heranführen und die Sache mit den Vorbildern. Also ich glaube schon, dass es gut ist, wenn man am Modell lernt. Wenn man sieht, es gibt Leute, die es umsetzen und die fahren auch gut damit. Und die dann irgendwie auch eine Art Opinion Leader sind in dem Kontext, denen man vertraut und denen man Glauben schenkt und sich dann auch von daher schon mal mehr bereit ist, sich mit der Thematik auseinanderzusetzen. Und das dann auch der Rahmen ist, das eigene Verhalten zu reflektieren, sodass das Problembewusstsein wächst. Und dann braucht man möglicherweise auch noch Schulungen, wo es darum geht, mit neuem Wissen vertieft zu arbeiten und es anzuwenden.	Lernen am Modell und Unterstützung durch Meinungsführer. Gelegenheiten das eigene Handeln zu reflektieren	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity
INT2	78		25380	25811	431	Darum könnte ich mir vorstellen, dass innerhalb von Abteilungen positive Vorbilder eine wichtige Rolle spielen. Und das ist so eine Mischung aus Top-down Vorgaben, über die nicht mehr diskutiert werden und dann gibt es aber Vorbilder, Mentoren oder Menschen in	Positive Vorbilder, Mentoren	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Lösung	Environmental context and resources	Opportunity

						Leitungspositionen, die das dann vorleben und zwar auf eine gute Art und Weise. Personen die Akzeptiert sind und Vertrauen genießen, sodass das dann auch angekommen wird.					
INT3	79		10636	10735	99	Ursache für dieses Problem ist doch, dass der Mensch sich hier eigentlich gar nicht verändern will.	Fehlende Veränderungsbereitschaft	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Ursache	Goals, intentions and motivation	Motivation
INT3	80		10736	11436	700	Und wenn, dann braucht das zum einen Zeit und zum anderen Gelegenheiten. Beides fehlt schlichtweg im Alltag. Und die Therapeuten sind natürlich auch extrem indoktriniert durch die ganzen traditionellen Schulen. Das erlebe ich ja jeden Tag. Ich erlebe die Therapeuten schon offen, wenn es darum geht was Neues auszuprobieren. Aber sie versuchen das natürlich immer in ihr altbewährtes Raster zu zwingen. Die haben da extrem starke Glaubenssätze, denen sie folgen. Und wenn es darum geht, etwas in der Praxis zu ändern, dann können sie da nicht über ihren Schatten springen und versuchen dann natürlich alles in das Raster zu zwingen. Am Schluss machen sie dann tatsächlich nicht viel anders als davor.	Ursachen sowohl auf den Ebenen Motivation und Fähigkeiten als auch auf Ebene der Gelegenheiten, da es für Menschen grundsätzlich schwer ist, das eigene Verhalten umzuformen und Gewohnheiten zu verändern. Insbesondere dann, wenn das Handeln von starken Glaubenssätzen und Überzeugungen geleitet ist, die auf jahrelanger Erfahrung beruhen	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Ursache	Beliefs about consequences	Motivation
INT3	81		11503	12105	602	Ich glaube das ist wieder Fähigkeit und Motivation. Es gibt ja auch Therapeuten, die da offen sind und unterschiedliche Schulden kennen und das sehr gut differenzieren. Also die Rahmenbedingungen sind da glaube ich weniger Schuld. Es gibt einfach viele Therapeuten, die sagen, ich habe das und das vor X Jahren so gelernt und so ist das. Und diejenigen lassen es ja gar nicht zu, grundlegend etwas zu ändern. Sie wollen sich neue Sachen dann schon einverleiben, aber machen das eben auf ihre eigene Art und Weise. Auf Grundlage dessen was sie glauben und wovon sie überzeugt sind, dass das richtig ist.	Fehlende Veränderungsbereitschaft	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Ursache	Beliefs about consequences	Motivation
INT3	82		12174	12848	674	Ich glaube das ist sehr schwierig. Denn wie gesagt, da geht es um ganz feste Glaubenssätze. Ich glaube das geht tatsächlich nur, wenn du auch Therapeuten hast, die wirklich offen und neugierig sind. Und die können dann sicher auch andere Kollegen mitnehmen und motivieren. Das Problem ist halt aktuell noch, dass die modern denkenden Therapeuten häufig auf verlorenem Posten kämpfen. Das wird noch Zeit brauchen. Außer du änderst die Rahmenbedingungen, sodass es von außen einfach vorgegeben wird. Zum Beispiel weil Leistungen sonst nicht mehr abgerechnet werden können. Aber damit da aus der eigenen Motivation der Therapeuten ein Change kommt, wird es noch Zeit brauchen.	Vorbildfunktionen und / oder Anpassung der Rahmenbedingungen und Vorgaben	Adapt Knowledge to Local Context Problem	Lösung	Beliefs about consequences	Motivation
INT1	83		15291	15488	197	Ich würde auch hier sagen, dass das ein Problem der Gelegenheiten ist. Weil eben die Qualifizierung nicht in dem Maße hinterherkommt, wie die Anforderungen sind. So wie du es auch beschrieben hast.	Qualifizierung von Therapeuten nicht in der Geschwindigkeit möglich, in der die Anforderungen an die Berufsgruppen in den vergangenen Jahren gewachsen sind	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT1	84		15489	15650	161	Die Anforderungen an das Berufsbild sind viel komplexer geworden. Und da ist vielleicht auch ein bisschen die Frage, in welcher Rolle sich die Therapeuten sehen.	Anforderungen sind komplexer und das Rollenbild hat sich verändert	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Ursache	Professional role and identity	Motivation
INT1	85		15710	16215	505	Aber ich glaube tatsächlich, dass es gut wäre, Teams aufzubauen, in denen einzelne Individuen verschiedene Rollen besetzen. Da gibt es dann eine Person, die sich um diese Werthorizonte der Therapeuten versus Patienten kümmert. Eine Rolle, die sich vielleicht eher um Literaturrecherche kümmert. Eine Rolle, die sich mit Evidenzregeln und Statistik beschäftigt. Ich glaube nicht, dass ein Individuum tatsächlich allen Rollen gerecht werden kann. Einfach weil das eine Überforderung wäre, aus meiner Sicht.	Aufgabenteilung durch Verteilung von Zuständigkeiten im Team	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Lösung	Professional role and identity	Motivation
INT2	86		26933	27118	185	Um die Seite der Evidenz mehr zu integrieren braucht es wieder Gelegenheiten, Möglichkeiten und Fähigkeiten. Und alles kann zur Motivation beitragen und alles kann Motivation ablöschen.	Einfluss von Gelegenheiten und Fähigkeiten auf die Motivation	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Ursache	Goals, intentions and motivation	Motivation
INT2	87		27119	27781	662	Wenn ich die Fähigkeit habe, dann macht es ja auch Spaß damit umzugehen. Wenn ich die Fähigkeit nicht habe, zum Beispiel eine Studie lesen und interpretieren zu können, dann bin ich nicht motiviert das zu machen. Wenn ich die Gelegenheit habe in einem Team zu arbeiten, das sich dafür interessiert und sich damit beschäftigt und einen Diskurs führt und ich mich da einbringen kann, dann motiviert mich das. Aber wenn ich in einem Umfeld bin, wo ich die Gelegenheit gar nicht habe, weil solche Diskussionen eh nicht geführt werden, dann motiviert mich das auch nicht. Also von daher kommt da alles zusammen und hat einen Einfluss schlussendlich auf die Motivation.	Anwendung von EbP wird durch das Umfeld und die Fähigkeiten bestimmt und unter positiven Bedingungen wahrscheinlicher	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Ursache	Beliefs about capabilities	Motivation
INT2	88		28609	29302	693	Ja, also so stellt sich mir das dar. Es ist sehr individuell, sehr kontextbezogen und sehr situationsbezogen. Und da gibt es keine Pauschalrezepte. Denn letztendlich ist das eine sehr komplexe Situation. Und es ist nicht so, dass es nicht auch da regelhafte Zusammenhänge und Abläufe gibt, aber ich würde mich jetzt schwer tun, das auf der Ebene vollkommen generalisiert zum Ausdruck zu bringen. Mir würde es jetzt leichter fallen, wenn man einen ganz konkreten Fall hätte. Dann könnte man den analysieren und dann anhand des Falles ein Raster durchgeht und die Förderfaktoren und Barrieren, bezogen auf Fähigkeiten, Gelegenheiten und so weiter und dann schaut, was es für Lösungsansätze gibt.	Da es in dem Sinne keine regelhaften Abläufe in der Umsetzung evidenzbasierter Praxis gibt, müssten konkrete Einzelfälle betrachtet werden, um Förderfaktoren und Barrieren auf Ebene der Fähigkeiten, Gelegenheiten und Motivation individuell zu identifizieren	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Lösung	Goals, intentions and motivation	Motivation
INT3	89		12919	13007	88	Ursächlich für dieses Problem ist natürlich die extreme Komplexität, die dahintersteckt.	Ursächlich für dieses Problem ist die Komplexität, die dahintersteckt.	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Ursache	Emotional	Motivation
INT3	90		13008	14022	1014	Du hast im Alltag ja schlichtweg gar keine Zeit. Hier im Reha-Alltag haben die Therapeuten standardmäßig ein 30-Minuten Setting. Dann kommt noch dazu, dass du von einem Patienten zum anderen vom 5. In den 1. Stock musst. Und dann ist es natürlich auch noch ein Kapazitätsproblem. Oft kommt noch hinzu, dass der Therapeut den Patienten gar nicht kennt, weil er ihn noch nie vorher gesehen hat und nur in Vertretung für einen kranken Kollegen die Therapie übernehmen muss. Also Fakt ist einfach, dass der Alltag in der Praxis dieses Vorgehen schlichtweg nicht zulässt. Denn am Ende zählt für die Patienten ja auch, was sie an Therapie bekommen haben und nicht wie lange der Therapeut darüber nachgeforscht hat, welche Therapie nun die richtige ist. Also der Alltag zwingt uns natürlich auch extrem zu pragmatischen Entscheidungen und erfahrungsgelitetem Handeln. Das geht sonst gar nicht anders. Wunsch und Realität liegen hier tatsächlich weit auseinander. Und das ist stark durch die Rahmenbedingungen vorgegeben.	Mangelnde Ressourcen	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	91		14023	14335	312	Und das ist es ja, was ich eben angesprochen habe. Da müssen die Knowledge Tools natürlich auch viel einfacher gestaltet sein. Da brauch ich eine App oder eine Infokarte, die der Patient vielleicht sogar bei sich trägt. Dann kann der Therapeut gleich erkennen, was zu tun ist und seine Therapie daran ausrichten.	Zur Lösung bräuchte es einfache und alltagspraktische Entscheidungshilfen	Assess Barriers/ Facilitators to Knowledge Use Problem	Lösung	Memory, attention and decision process	Capability
INT1	92		16280	16931	651	Ich glaube hier ist das Problem schon eine sehr eingeschränkte Sichtweise und ein Ausblenden der realen Versorgungsstrukturen. In dem Moment wo die Leitlinien gemacht werden, interessiert ja erstmal keinen, ob die Versorgungsstrukturen ausreichend, um das umzusetzen. Die Leitlinie sagt schlussendlich ja nur, das und das soll gemacht werden. Vielleicht liegt es auch daran, dass es ja nicht evaluiert wird. Also zum Beispiel einmal zu schauen, in wie vielen Einrichtungen es denn möglich ist, diesen Empfehlungen nachzukommen. Sich also die Frage zu stellen, wie deckungsgleich die Anforderungen in den Leitlinien mit den vorhandenen Strukturen sind...	Die realen Versorgungsstrukturen werden bei der Erstellung von Leitlinien nicht berücksichtigt	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity

INT1	93		17297	17790	493	Eine Evaluation, ob das umgesetzt werden kann angesichts der vorhandenen Strukturen und dann aber auch so eine Art Feedbackschleife, um zu analysieren, wie das Problem aufgelöst werden kann, wenn es sich nicht umsetzen lässt. Dann könnte man vielleicht Algorithmen entwickeln, um zu entscheiden, welche Patienten das volle Programm erhalten und bei welchen Patienten es angemessen ist, nur einen Teil der empfohlenen Therapie anzuwenden. Also ich glaube da könnte man richtig gut etwas machen.	Feedbackschleifen und Austausch über die Möglichkeiten der Umsetzung im Alltag	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT2	94		29478	29645	167	Also dieses Problem würde ich jetzt nicht den Therapeuten in die Schuhe schieben. Das sind klassisch die Rahmenbedingungen. Das muss eine Klinik eigentlich dann lösen.	Problem, das auf Setting Ebene gelöst werden muss. Für Therapeuten ist es vor allem wichtig, die Wirkprinzipien hinter evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen zu verstehen und eine Anwendung dieser Prinzipien im Rahmen der Möglichkeiten anzustreben	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Ursache	Intentions	Motivation
INT2	95		29875	30260	385	Ich hätte als Therapeut sonst erstmal weniger Probleme damit. Denn was mich eigentlich mehr interessiert als Praktiker, das sind die Wirkprinzipien. Und das Wirkprinzip hinter der Geschichte ist doch, dass die Therapie eine gewisse Intensität haben muss. Im Sinne von Anstrengung aber auch im Sinne von Herausforderung. Und mir geht es mehr darum, wie ich die Prinzipien umsetzen kann.	Es geht darum, wie Wirkprinzipien umgesetzt werden können	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Ursache	Memory, attention and decision process	Motivation
INT2	96		31139	32211	1072	Ja genau. Ich finde schon. Aus meiner therapeutischen Sicht und Philosophie ist das viel interessanter als die Empfehlungen von Guidelines. Zumal ReMos in Ehren, da waren zwei Physiotherapeuten beteiligt, glaube ich. Oder zumindest eine von Physio Deutschland und eine Physiotherapeutin. Aber letztendlich ist es doch eine medizinische Sichtweise. Bei den Holländern ist das anders. Da sind es Physios, die die Leitlinie gemacht haben. Aber die sind auf der Alltagsebene nicht handlungsleitend. Aber es stehen Prinzipien dahinter. Und die helfen mir tatsächlich als Praktiker. Und die herauszuarbeiten und klar zu haben, das wäre sicher hilfreich. Weil auch auf Ebene der Prinzipien hätte man tatsächlich auch noch einen Unterschied zu den traditionell überzeugungsgeleiteten Haltungen. Ich glaube die verfolgen andere Prinzipien. Oder die setzen die Prinzipien, die auf Grundlage der Evidenz irgendwie sehr plausibel sind nicht um und auf der Ebene könnte man sich dann auch austauschen und einen Diskurs führen und dann letztendlich den therapeutischen Alltag gestalten.	Auf Ebene der Wirkprinzipien auch ein besserer Diskurs möglich	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT3	97		14400	14614	214	Hierbei handelt es sich um ein multidisziplinäres Problem und ganz streng genommen ist das nicht einmal das Problem des Therapeuten, sondern das der Klinik und im speziellen des Arztes, der die Therapien verordnet.	Multidisziplinäres Problem und ganz streng genommen ist das nicht einmal das Problem des Therapeuten, sondern das der Klinik und im speziellen des Arztes, der die Therapien verordnet	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity
INT3	98		14768	15567	799	Das ist natürlich immer eine Herausforderung, die Therapieressourcen fair auf alle Patienten zu verteilen. Nicht nur bei spezifischen Therapien die hier genannt wurden. Nehmen wir das Beispiel Einzeltherapie. Die Patienten kommen häufig und beschwerten sich, dass sie nicht genug Einzeltherapie bekommen. Und das mag in manchen Fällen vielleicht auch stimmen. Aber wir können ja nur das leisten, was die Ressourcen und Rahmenbedingungen auch zulassen. Therapeuten sollten sich meiner Meinung nach viel mehr auf die inhaltlichen Aspekte konzentrieren. Für sie geht es schlussendlich doch erst einmal darum, ein bestimmtes evidenzbasiertes Therapieverfahren zu verinnerlichen und auch anzuwenden. Und zwar so konsequent und adäquat dosiert wie eben möglich. Das ist ja faktisch ganz oft nicht der Fall.	Für Therapeuten geht es erst einmal darum, ein bestimmtes evidenzbasiertes Therapieverfahren zu verinnerlichen und auch anzuwenden. Und zwar so konsequent und adäquat dosiert wie eben möglich.	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Ursache	Intentions	Motivation
INT3	99		15636	16860	1224	Das sind äußere Rahmenbedingungen, die zu diesem Problem führen. Und die werden sich sicher auch nicht so einfach lösen lassen im Spannungsfeld zwischen Leistungserbringung und Kostenerstattung. Das darf aber nicht vom ursächlichen Problem ablenken, dass der Therapeut erstmal in der Pflicht ist, evidenzbasiert zu arbeiten und die Therapien anzubieten, die empfohlen werden. Man muss das hierarchisch betrachten. Wenn ich die Forderungen nicht mal inhaltlich konsequent abbilde, dann macht es auch keinen Sinn, über mögliche ethische Probleme zu diskutieren, die sich daraus dann ergeben. Praktisch bedeutet das, dass Therapeuten erstmal evidenzbasiert therapieren sollten. Und wenn sie dann an Grenzen stoßen, dann kann man gemeinsam überlegen, was die beste Lösung zum Wohle des Patienten ist. Aber bitte nicht anders herum. Denn dann wird wieder über ungelegte Eier diskutiert und schlussendlich bleibt an dann wieder beim alt bewährten, was am Ende auch nicht besser ist. Ich verstehe nicht, warum immer der Anspruch erhoben wird, dass die evidenzbasierte Praxis die Lösung aller Probleme sein soll, die wir im klinischen Alltag haben. Respektive warum es ein Grund sein soll, deshalb nicht evidenzbasiert zu arbeiten.	Rahmenbedingungen dürfen nicht vom eigentlichen Impelemteirungsproblem ablenken	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Ursache	Goals, intentions and motivation	Motivation
INT3	100		16963	17461	498	Ja, und das machen wir ja auch jeden Tag, multidisziplinär im Team die Patienten durchgehen und gemeinsam entscheiden, wer was braucht und priorisieren wovon welcher Patient aller Wahrscheinlichkeit nach zu einem bestimmten Zeitpunkt der Reha am meisten profitiert. Immer ausgehend von den Zielen des Patienten. Und dann müssen Schwerpunkte gesetzt werden. Zum Beispiel Fokus auf Gangtherapie bei Patient A und Fokus auf Armtherapie bei Patient B und so weiter. Ich hoffe das ist pragmatisch genug...	Priorisierung der Behandlungen in Abhängigkeit von Patientenzielen und verfügbaren Ressourcen	Select, Tailor, Implement Interventions Problem	Lösung	Memory, attention and decision process	Capability
INT1	101		17836	18258	422	Das ist glaube ich, weil das Feld mit so vielen Problemen zu kämpfen hat. Sodass es schon als Erfolg wahrgenommen wird, wenn man sich überhaupt damit beschäftigt, neue Interventionen zu implementieren oder evidenzbasierte Interventionen im Ansatz mal in die Praxis zu bringen. Für mich ist das ein Problem der Gelegenheiten. Angesichts der vielfältigen Problemlagen gibt es keine Gelegenheiten das nochmal zu reflektieren.	Mangel an Gelegenheiten zur Reflektion	Monitor Knowledge Use Problem	Ursache	Reinforcements	Motivation
INT1	102		18345	18608	263	Ja, fehlende Zeitfenster, aber vielleicht auch die fehlende Einsicht. Fähigkeiten will ich an der Stelle gar nicht unbedingt sagen. Es ist tatsächlich dieses fehlende Verständnis dafür, dass es wichtig ist, solche Feedbackmomente und Reflexionsphasen einzusetzen.	Fehlende Zeitfenster und fehlende Einsicht und fehlendes Verständnis	Monitor Knowledge Use Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT1	103		18860	19106	246	Ja genau, weil das auch gar nicht als erstrebenswert angesehen wird. Als erstrebenswert wird nur wahrgenommen, dass überhaupt in den Alltag zu bringen und in die Praxis zu übertragen. Nicht aber das nochmalige Überprüfen, wie erfolgreich das war.	Relektion wird nicht als erstrebenswert angesehen	Monitor Knowledge Use Problem	Ursache	Reinforcements	Motivation
INT1	104		19168	19601	433	Ich glaube auch hier wieder, dass eine Vernetzung von Einrichtungen gut wäre. Vernetzung von Einrichtungen, die Vernetzung von fachlicher Community und Praktikern. Ja und wirklich auch die Vernetzung der praktisch tätigen. Damit die sich austauschen können und sagen können, wir haben das und das bei uns in der Klinik gemacht und hatten den und den Output. Und man so, über die Vernetzung eben dazu kommt, die Dinge zu reflektieren.	Vernetzung zwischen Wissenschaft und Forschung, um über Wissenszirkulation zu erreichen, dass die praktische Umsetzung reflektiert wird	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Social Influences	Opportunity
INT2	105		32257	32389	132	Ja das sehe ich genauso. Das ist natürlich ein riesen Thema. Und zwar kann man das eben auch als Schritt in einem Lernprozess sehen.	Monitoring ist als wichtiger Schritt im Lernprozess zu betrachten	Monitor Knowledge Use Problem	Ursache	Skills	Capability
INT2	106		32390	32698	308	Ein Monitoring ist ja wie ein Feedback. Du kriegst ein Feedback, was du gemacht hast. Das wird nicht gemacht. Warum? Wer hat denn ein Interesse daran? Wer soll ein Interesse daran haben? Die Klinik ist froh, wenn es irgendwie läuft. Die Abteilungsleitung auch und der einzelne Therapeut letztendlich ja auch.	Monitoring ist wie ein Feedback zur geleisteten Arbeit, woran aber keiner Interesse hat	Monitor Knowledge Use Problem	Ursache	Reinforcements	Motivation
INT2	107		32699	33538	839	Aber Ansicht glaube ich, dass es ein wichtiger Schritt wäre, weil das ein Schritt auch sein kann für das Lernen und alle haben ein Interesse weiter zu lernen und besser zu werden. Also ich glaube das würde ich mal grundsätzlich so in den Raum stellen, dass Therapeuten das möchten. Die wollen besser werden, die wollen was Gutes. Die wollen lernen. Und ein Feedback zu kriegen durch ein Monitoring, das wäre eine wichtige Sache. Die Frage ist, wie kriegt man das hin? Also das wäre ja ein hoher administrativer Aufwand. Da fallen Daten an in Behandlungen, die müssten erstens erfasst und ausgewertet werden, damit man es dann monitoren kann... da bräuchte man auch	Evidenzbasiertes arbeiten muss als Lernprozess verstanden werden, in dem es Feed-back braucht	Monitor Knowledge Use Problem	Ursache	Knowledge	Capability

						Strukturen, aber grundsätzlich halte ich es für wichtig. Das ist eine Form der Reflektion. Und das ist wichtig. Wir können das als Lernprozess sehen und lernen funktioniert so.						
INT2	108		33539	34083	544	Also früher in den alten Zeiten, gab es sowas. Als wir die Instruktoressen noch dahatten, da sind die mitgegangen teilweise bei einer Behandlung und haben dir ein Feedback gegeben zu deiner Behandlung. Das war vom Lernprozess, jetzt mal von den Inhalten abgesehen - für den Lernprozess ist das förderlich. Und so könnte ich mir das auch vorstellen. Aber ich sehe es tatsächlich auch so, dass das natürlich schwierig umsetzbar ist. Beziehungsweise, dass es halt bisher nicht umgesetzt wird. Das wäre mir zumindest neu. Sinnvoll wäre das aber total.	Instruktoressen, die Feedback im Lernprozess geben	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Skills	Capability	
INT2	109		34930	35386	456	Also Supervision wäre da das Schlagwort und ich glaube da gäbe es viele Möglichkeiten mit mehr oder weniger großem Aufwand. Und man könnte sich ja auch vorstellen, Videoaufnahmen zu machen. Also jetzt vom Datenschutz abgesehen, aber vom medium Videoaufnahmen von Behandlungen, die dann besprochen werden, zum Beispiel. Irgendwie so in der Art könnte ich mir das gut vorstellen. Das ist dann natürlich auch wieder ganz stark gebunden an die Gelegenheiten.	Supervision und Videoanalysen	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Skills	Capability	
INT2	110		34175	34929	754	Es muss jemand geben, der einem dann ein Feedback gibt, damit ich die Möglichkeit habe zu lernen. Und das Thema Feedback beziehungsweise Supervision ist ja auch wieder sehr komplex. Also was muss ein Supervisor haben, dass ich das Feedback auch annehmen kann, zum Beispiel. Und was da schon hilfreich wäre, wenn das auch datenbasiert wäre. Also wenn man tatsächlich auch irgendwie Therapieinhalte dokumentieren würde. Wieviel Zeit verbringe ich zum Beispiel im Stehen und wieviel auf der Therapiebank. Oder wieviel der Therapiezeit ist mein Patient tatsächlich aktiv. Oder wieviel Pausen habe ich drin... Und da ein Feedback zu bekommen, auf so einer Grundlage, das wäre glaube ich sehr spannend, um dann letztendlich auch Verhaltensänderungen zu bekommen.	Datenbasierte Dokumentation zur Generierung von Feedbacks	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Skills	Capability	
INT3	111		17507	18127	620	Hier gibt es zwei Möglichkeiten. Einmal wieder die Kontrolle, zum Beispiel durch die Therapieleitung und zum einmal durch gegenseitiges Lernen und durch Supervision in Kollegenkreisen. Praktisch heißt das, dass überordnet ein Audit stattfinden muss, bei dem stichprobenartig in gewissen Abständen kontrolliert wird, ob es noch richtig gemacht wird und zum anderen gegenseitiges Lernen voneinander durch eine, ich sage jetzt mal offene Feedback Kultur unter Kollegen. Also dass die Kollegen sich untereinander einfach immer wieder gegenseitig beobachten und kontrollieren, ob sie es richtig machen und nach Protokoll.	Lösungsansätze in den Bereichen Supervision und Audit	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Skills	Capability	
INT3	112		18201	18539	338	Das ist auch wieder das Zeit- und Ressourcenproblem. Sogas fällt einfach immer hinten runter, weil ja wie eben schon gesagt erstmal die Patienten betreut werden müssen. Ich kann ja nicht plötzlich zu jeder Therapie noch einen zweiten Therapeuten mitschicken, der eine Supervision macht. Dann bricht mir der Laden hier ja sofort zusammen.	Zeit und Ressourcenproblem	Monitor Knowledge Use Problem	Ursache	Environmental context and resources	Opportunity	
INT3	113		18598	18821	223	Es müsste die Selbstkontrolle des Therapeuten stärken und ggf. auch hier die am Anfang schon diskutierten Qualitätsindikatoren nutzen, um das irgendwie systematisch und automatisiert anhand bestimmter Kennwerte zu erfassen.	Stärkung der Selbstkontrolle und Definition von Qualitätsindikatoren	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Beliefs about capabilities	Motivation	
INT3	115		18904	19666	762	Und unter den Therapeuten müsste es Spezialisten geben, die für eine bestimmte Therapie den Hut aufhaben und darauf achten, dass ein gewissen Qualitätsstandard aufgebaut und dann erhalten wird. Also nicht jeder muss alles können und wissen. Das ist auch wichtig. Haben wir in der Medizin ja auch in unseren Fachbereichen. Das vermisste ich in der Therapie sehr häufig. Aus meiner Sicht müsste es für ganz bestimmte Sachen mindestens einen Spezialisten im Haus geben. Bei der Ganganalyse haben wir das ja mittlerweile etabliert. Das sind speziell ausgebildete Therapeuten, die das machen. Aber in der normalen Therapie machen ja irgendwie immer alle alles. Und jeder meint es besser zu können als der andere. Auch untereinander sind die sich da ja nicht immer grün.	Spezialisierung innerhalb der Therapieberufe kann dazu dienen, die Qualität in den einzelnen Teilbereichen zu erhöhen	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Professional role and identity	Motivation	
INT3	116		19667	19876	209	Alle müssen alles können. Wenn das etwas spezifischer wäre, dann ist es sicher leichter und jeder Therapeut könnte sich auch zum Experten entwickeln. Und Experte kann ich einfach nicht in allen Bereichen sein.	Spezialisierung innerhalb der Therapieberufe kann dazu dienen, die Qualität in den einzelnen Teilbereichen zu erhöhen	Monitor Knowledge Use Problem	Lösung	Professional role and identity	Motivation	
INT1	117		19644	19795	151	Ich glaube hier ist die Ursache schon so ein bisschen auch das therapeutische Selbstverständnis. Also schon auch ein bisschen die Ebene der Motivation.	Problem auf Ebene der Motivation, im Bereich des therapeutischen Selbstverständnisses	Evaluate Outcomes	Ursache	Professional role and identity	Motivation	
INT1	118		19796	19885	89	Die Motivation bei Therapeuten ist schon auch sehr gering sich damit auseinanderzusetzen.	Motivation bei Therapeuten ist gering	Evaluate Outcomes	Ursache	Goals, intentions and motivation	Motivation	
INT1	119		19886	19929	43	Aber es ist auch die Ebene der Fähigkeiten.	Ebene der Fähigkeiten	Evaluate Outcomes	Ursache	Skills	Capability	
INT1	120		19930	20250	320	Ich erlebe das schon so, dass Leute mit einem akademischen Abschluss eher bereit sind Assessments zu nutzen und das auch gut gelingt. Wohingegen die berufsschulqualifizierten Therapeuten das eben nicht gut gelingt. Weil da die Kompetenzen in der Ausbildung nicht gefördert werden und weil die Motivation nicht ausreicht.	Therapeuten mit akademischem Abschluss sind eher bereit Assessments zu nutzen	Evaluate Outcomes	Ursache	Skills	Capability	
INT1	121		20327	20475	148	Die grundständige Akademisierung der Therapieberufe. Und auch dieser Anreiz, dass ich nachweisen muss, dass ich erfolgreich war mit meiner Therapie.	Grundständige Akademisierung und Schaffung nötiger Anreize	Evaluate Outcomes	Lösung	Environmental context and resources	Capability	
INT1	122		20476	20876	400	Dieses „Pay for Performance“, wodurch Anreize entstehen, es auch zu nutzen. Genau, und es halt vielleicht auch noch einen systemischen Aspekt. Vielleicht muss man auf systemischer Ebene noch integrieren, dass wirklich auch Eingangs- und Ausgangs-Assessments gemacht werden. Assessments sind zeitaufwendig, viele Messungen kosten etwas und gerade im ambulanten Setting fehlt da schlichtweg der Anreiz.	Integration von Assessments auf systemischer Ebene	Evaluate Outcomes	Lösung	Environmental context and resources	Capability	
INT2	123		36083	36133	50	Da braucht es auch Vorbilder. Meiner Meinung nach.	Vorbilder, die Nutzen über die Dokumentation hinweg aufzeigen	Evaluate Outcomes	Lösung	Environmental context and resources	Capability	
INT2	124		36134	36990	856	Und zwar dienen Assessments einerseits dazu den Behandlungserfolg zu dokumentieren. Aber wir können sie auch nutzen für unser Clinical Reasoning. Dann hat es einen Mehrwert für Therapeuten, wenn es auch in diesem Sinne genutzt wird. Wenn ich durch die Anwendung von einem Assessment etwas erfahre über einen Patienten, was mir nützlich ist, für meine Behandlung. Und was ich nachher natürlich auch nutzen kann für die Dokumentation. Ich glaube dann hätte man eine höhere Akzeptanz. Ich erlebe das natürlich häufig so. Sogar in der Wissenschaftswelt, dass Assessments nicht für ein Clinical Reasoning benutzt werden, sondern nur zur Dokumentation von einem Behandlungserfolg. Und das finde ich jetzt nicht so einladend. Das ist sicher einladend für das dokumentieren, wenn ich Forschung betreibe. Aber es ist für den Praktiker nicht so wahnsinnig einladend.	Nutzen von Assessments über die Dokumentation hinaus	Evaluate Outcomes	Ursache	Beliefs about consequences	Motivation	
INT3	125		20124	20624	500	Ich habe das Gefühl, dass die Therapeuten das häufig nicht machen, weil die Qualität ihrer Therapie dadurch auch messbar gemacht wird. Das Zeitargument zählt sicher auch ein bisschen. Aber ich glaube es ist eigentlich kein Problem zu Beginn und zum Ende der Therapie ein Assessment zu machen. Therapeuten können das doch in der Therapiezeit machen. Das müssen sie ja nicht on Top leisten. Nein, ich glaube wirklich das Thema ist schon die Qualität der Therapie, die dadurch plötzlich angreifbar wird.	Weil Qualität der Therapie dadurch messbar und vergleichbar gemacht wird	Evaluate Outcomes	Ursache	Beliefs about consequences	Motivation	

INT3	126		20830	21481	651	Ich glaube dass sich da keiner gerne in die Karten schauen lässt. Was sicher auch allgemein eine der Ursachen ist, warum diese ganze Standardisierung und Objektivierung der Therapie nicht so gut ankommt bei Therapeuten. Es gab durchaus auch schon Situationen in denen ein kompetitiv motivierter Patient es sich sogar eingefordert hat, dass Assessments und Messungen gemacht werde und es daraufhin Diskussionen mit den Therapeuten gab, weil die es nicht machen wollten. Und wenn, auch hier natürlich wieder, keine Leitung da ist, die das irgendwie auch einfordert, dann werden es die Therapeuten schlussendlich auch nicht machen. Das ist halt einfach so.	Therapeuten lassen sich und ihre Arbeit nicht gern messen anhand valider Kriterien	Evaluate Outcomes	Ursache	Beliefs about consequences	Motivation
INT1	127		21708	21772	64	Ich glaube, dass das auch wieder eine motivationale Ursache hat.	Motivational	Sustain Knowledge Use Problem	Ursache	Behavioral regulation	Capability
INT1	128		21773	22483	710	Das berührt vielleicht auch wieder ein bisschen das, was ich vorhin schon gesagt habe mit den Rollen. Wenn das mehr auf einer Freiwilligkeit beruhen würde, die eigene therapeutische Nische zu finden in der man sich wohl fühlt und das machen kann, was man gerne tut, dann glaube ich, dass das Problemidentifikation und Lösungsansatz zugleich beinhaltet. Also es gibt ja Interventionen, die dem einen Therapeuten mehr Spaß machen als dem anderen. Also wenn man da mehr Freiheiten lassen würde in den therapeutischen Teams, persönliche Schwerpunkte festzulegen, wäre das sicher hilfreich. Ich glaube das könnte richtig gut funktionieren, wenn sich Therapeuten mehr nach ihren individuellen Stärken richten würden.	Schärfung des therapeutischen Profils auf Grundlage persönlicher Interessen	Sustain Knowledge Use Problem	Ursache	Behavioral regulation	Capability
INT2	129		37035	37267	232	Das würde ich wieder im Rahmen von einem Lernprozess sehen. Klar, je komplizierter es ist, umso höher ist die Barriere. Aber die Sachen sind ja prinzipiell lernbar. Nur musst du halt auch bei dem Prozess irgendwie angeleitet werden.	Ursache des Problems mehr auf Ebene der Fähigkeiten und macht auch hier den Lernprozess zu einem zentralen Ausgangspunkt für die Lösung	Sustain Knowledge Use Problem	Ursache	Skills	Capability
INT2	130		37268	38625	1357	Du musst gut geschult sein und du brauchst immer wieder jemand, der dir über die Schulter schaut, dem du Fragen stellen kannst. Jemand der aber auch schaut, wie du es anwendest. Von daher sehe ich hier wieder die Analogie zum Lernprozess. Etwas zu kennen und zu wissen, wie etwas funktioniert ist das eine, aber es auch anzuwenden ist dann der nächste Schritt. Und den kann man fördern über die Präsenz einer Begleitperson zum Beispiel, die nachfragt. Auch das begleitete Arbeiten an Fällen ist hilfreich, damit man Erfahrung sammelt, bis man es irgendwann selber anwendet. Das die Therapien komplex sind, ist nicht das Problem. Das kann man wie gesagt alles lernen. Der Lernweg ist glaube ich eher das Problem. Wenn ich grundsätzlich gut geschult bin und immer wieder jemand dabei ist und ich Probleme schildern kann und an Fällen geleitet dran arbeiten kann, dann kann ich mir die Fähigkeiten aneignen. Immer unter der Voraussetzung, dass ich die Gelegenheit und die Möglichkeit habe, geleitet zu werden. Genau, da würde ich sagen, um in eine Routine zu kommen von was mir fremd ist, da ist Begleitung eine wichtige Sache. In irgendeiner Art und Weise. Das Stichwort ist da Begleitung. Das kann eins zu eins sein, das kann physisch sein, das kann virtuell sein... Da gibt es ja unterschiedlichste Möglichkeiten und Optionen. Aber das Prinzip der Begleitung.	Begleitung, Schulung	Sustain Knowledge Use Problem	Lösung	Skills	Capability
INT3	131		21527	21712	185	Hier ist eine der Hauptursachen aus meiner Sicht die hohe Fluktuation, die wir haben. Noch extremer sehe ich das in der Pflege, wo wir ja auch viele externe Springer haben mittlerweile.	Problem hoher Fluktuation	Sustain Knowledge Use Problem	Ursache	Behavioral regulation	Capability
INT3	133		21713	22327	614	Da ist es einfach unglaublich schwer, gewisse hausinterne Standards zu etablieren, weil die Wissensträger dann plötzlich wieder weg sind und andere das Wissen dann schlichtweg nicht haben. Und in der Therapie ist das schon auch so. Und da kannst du auch so viele Protokolle und Assessments einführen wie du willst. Die Leute als Wissensträger sind dann einfach nicht mehr da. Auch das ist also vor allem ein Thema der Rahmenbedingungen und Gegebenheiten. Weniger der Fähigkeiten. Wobei natürlich auch hier klar ist, dass Therapeuten etwas sicher nicht gut können, wenn sie es nicht auch regelmäßig und gern machen.	Schwer Standards aufrecht zu erhalten, wenn Wissensträger gehen	Sustain Knowledge Use Problem	Ursache	Knowledge	Capability
INT3	134		22328	22840	512	Das Spricht für mich auch wieder für mehr Spezialisierung. Ich sehe das zum Beispiel immer in Armstudios und in den Ganglaboren, die viele Kliniken mittlerweile haben. Da arbeiten die Therapeuten dann jeden Tag und sie sind Experten in dem was sie tun. Und wenn neue Kollegen kommen, dann werden die in das Setting gezielt eingearbeitet und eigenen sich die Fähigkeiten nach und nach an und werden dann auch zu Spezialisten. Dem entsprechend leicht fällt ihnen dann auch der Umgang mit der Technik und so weiter.	Spezialisierung auf bestimmte Kernbereiche	Sustain Knowledge Use Problem	Lösung	Professional role and identity	Motivation