



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool:

Ein grundlegender Leitfaden für die Verwendung von Qualitätsindikatoren in der Ergotherapie



Weltverband der Ergotherapeu-
tinnen und Ergotherapeuten

Copyright-Erklärung



Quality Evaluation Strategy Tool: Ein grundlegender Leitfaden für die Verwendung von Qualitätsindikatoren in der Ergotherapie wurde durch den Weltverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unter einer Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License

lizenziert.

Sie können die Unterlagen in jedem beliebigen Medium oder Format unter den folgenden Bedingungen kopieren und weiterverbreiten:

Beitrag: Sie müssen entsprechende Gutschrift gewähren, einen Link zur Lizenz bereitstellen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Sie können dies in jeglicher sinnvollen Weise tun, aber nicht auf eine Art, die nahelegt, dass der WFOT Sie oder die Verwendung durch Sie unterstützt.

Nichtkommerziell: Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke verwenden.

Unverändert: Wenn Sie die Unterlagen umstellen, abändern oder darauf aufbauen, dürfen Sie das modifizierte Material nicht verbreiten.

Um dieses Dokument zu zitieren: Weltverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. (2025). Quality Evaluation Strategy Tool: Ein grundlegender Leitfaden für die Verwendung von Qualitätsindikatoren in der Ergotherapie. Genf, Schweiz: Autor.

Revidiert 2023 (Revidierte Arbeitsblätter)

Revidiert 2025

Gender-Regelung

Aus Platzgründen sowie zur besseren Lesbarkeit wurde für Klient, Leistungsempfänger und Patient in der Ein- und Mehrzahl nur die männliche, für Ergotherapeutinnen nur die weibliche Form verwendet. Diese gilt jedoch jeweils für alle Geschlechter (d. Übersetzerinnen)

INHALT

Zusammenfassende Darstellung	1
Qualitätsindikator- (QI-) Rahmenwerk	1
Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren	3
Qualitätsbewertungsprozess	3
Kapitel 1: Qualitätsindikatoren und Ergotherapie	5
Historische Verwendung von Gesundheitsindikatoren	6
Entwicklung von QUEST	7
Das QI-Rahmenwerk	7
WFOT-Leitprinzipien	8
Kontinuierliche Qualitätsverbesserung	8
Messung der Qualität in der Ergotherapie	9
Reflektierende Fragen	10
Kapitel 2: Gestaltung des QI-Rahmenwerks	11
Qualitätsdimensionen	12
Qualitätsperspektiven	13
Strukturindikatoren	14
Prozessindikatoren	14
Ergebnisindikatoren	15
Nutzung des QI-Rahmenwerks zur Messung der Qualität in der Ergotherapie	15
Reflektierende Fragen	16
Kapitel 3: Zusammenstellung der Kernindikatoren	17
Entwicklung der Zusammenstellung der Kernindikatoren	18
Vorteile einer Zusammenstellung von Kernindikatoren	18
Beschreibung der Zusammenstellung der Kernindikatoren	18
Reflektierende Fragen	38
Kapitel 4: Qualitätsbewertungsprozess	39
Schritt 1 Qualitätserwartungen ermitteln	40
Schritt 2 SMART-Indikatoren definieren	41
Reflektierende Fragen	48
Kapitel 5: Verwendung der SMART-Qualitätsindikatoren	49
Reflektierende Fragen	50
Kapitel 6: Kontinuierliche Verbesserung des QUEST	51
Reflektierende Fragen	52

INHALT (Fortsetzung)

Kapitel 7: Zusammenfassung	53
Literatur	54
Mitwirkende/Autoren	55
Anhänge:	57
SMART Kernindikator-Arbeitsblätter	
QUEST-Fallstudien	
Klinische Psychiatrie	
Gedächtnistraining	
Sturzpräventionsprogramm in der Gemeinde	
Schlaganfall-Versorgung	
Ergotherapeutisches Ausbildungsprogramm	

TABELLEN

Tabelle 1: Das WFOT QI-Rahmenwerk	2
Tabelle 2: SMART-Indikatoren zur Bewertung der Auswirkungen bei Einführung einer neuen Intervention	4
Tabelle 3: Die WFOT QUEST-Kernindikatoren	7
Tabelle 4: Das Design des QI-Rahmenwerks	11
Tabelle 5: Strukturindikatoren	14
Tabelle 6: Prozessindikatoren	14
Tabelle 7: Ergebnisindikatoren	15
Tabelle 8: Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren	17
Tabelle 9: Beispiele für Überlegungen bei der Überprüfung der Qualitätserwartungen	40
Tabelle 10: SMART-Kriterien für Indikatoren	41
Tabelle 11: Datenerhebungs- und Berichtsspezifikationen für SMART-Indikatoren	42
Tabelle 12: Musterqualitätsfragen für ein kommunales Sturzpräventionsprogramm	45
Tabelle 13: Definition von SMART-Qualitätsindikatoren für ein kommunales Sturzpräventionsprogramm	46

ABBILDUNGEN

Abbildung 1: Dimensionen der Indikatoren für die Gesundheitsqualität	5
Abbildung 2: Modell der Qualität im Gesundheitswesen	6
Abbildung 3: Philosophische Elemente einer Kultur der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung	8
Abbildung 4: Kontinuierlicher Zyklus des Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Prozesses	9
Abbildung 5: Dimensionen und Perspektiven des QI-Rahmenwerks zur Messung der Qualität	15
Abbildung 6: Qualitätsbewertungsprozess	39
Abbildung 7: SWOT-Analyse	47
Abbildung 8: Der Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Zyklus	49

ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Das Quality Evaluation Strategy Tool wurde vom Weltverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten entwickelt, um einen systematischen Ansatz zur Nutzung von Daten zum Nachweis des Wertes der Ergotherapie zu bieten. Das Evaluierungsstrategie-tool beschreibt:

- das Qualitätsindikatoren- (QI-) Rahmenwerk als ein konzeptionelles Modell für die Entwicklung eines Kernsatzes von Qualitätsindikatoren für die Ergotherapie und
- das Qualitätsbewertungsverfahren zur Definition spezifischer, messbarer, vereinbarter, relevanter und zeitnaher (SMART) Qualitätsindikatoren für eine bestimmte ergotherapeutische Praxis oder Dienstleistung.
- Eine Zusammenfassung der Kernindikatoren als Ausgangspunkt für die Entwicklung von SMART-Qualitätsindikatoren für die ergotherapeutische Praxis oder Versorgung.

Qualitätsindikator- (QI-) Rahmenwerk

Das QI-Rahmenwerk beschreibt Kernindikatoren für die Messung der Qualität der Leistungen aller Ergotherapeutinnen, unabhängig von geografischer Lage, Praxisbedingungen und behandelter Bevölkerungsgruppen. Die Indikatoren sind aus der Bevölkerungs-, Organisations-, Team- und/oder individuellen Perspektive hinsichtlich der Qualität oder Art der erbrachten Dienstleistungen relevant.

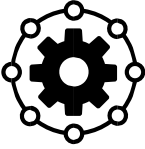
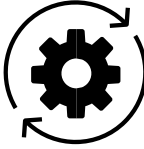

Das QI-Rahmenwerk (Tabelle 1) wird mithilfe eines Matrixmodells dargestellt, wobei Qualitätsdimensionen entlang der vertikalen Achse beschrieben und Qualitätsperspektiven auf der horizontalen Ebene definiert werden. Anhand dieses Modells identifiziert das QI-Rahmenwerk welche allgemeinen Dimensionen der Qualität der ergotherapeutischen Dienstleistungen zu messen sind, gleichzeitig definiert es auch verschiedene Möglichkeiten, wie die Qualität gemessen werden kann (Arah, Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek & Custers, 2003; Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006).

Sieben Qualitätsdimensionen, die in der für die ergotherapeutischen Leistungen relevantesten Forschungsliteratur identifiziert werden, sind im QI-Rahmenwerk enthalten. Die Dimensionen umfassen Zugänglichkeit, Angemessenheit, Wirksamkeit, Effizienz, Personen-Zentrierung, Sicherheit und Nachhaltigkeit. Im Einklang mit dem Modell der Gesundheitsqualität von Donabedian (1966) misst das QI-Rahmenwerk die Qualität anhand von Struktur, Prozess oder Ergebnis.

- Strukturindikatoren bewerten Umweltfaktoren und Ressourcen, die für die Bereitstellung hochwertiger ergotherapeutischer Dienstleistungen erforderlich sind.
- Prozessindikatoren bewerten, wie ergotherapeutische Therapie ausgeführt wird, um einen qualitativ hochwertigen Service zu gewährleisten.
- Ergebnisindikatoren messen Veränderungen, die infolge ergotherapeutischer Interventionen auftreten.

Tabelle 1: Das WFOT QI-Rahmenwerk



		KERNINDIKATOREN		
		Qualitätsperspektiven		
		 STRUKTUR	 PROZESS	 ERGEBNIS
Qualitätsdimensionen	ANGEMESSENHEIT: Richtige Therapieform, Person, Ort, Zeit	Verfügbares Angebot an Ergotherapeutinnen Fortlaufend erworbene Kompetenz		
	NACHHALTIGKEIT: Zugang zu Ressourcen ohne Beeinträchtigung der zukünftigen Verfügbarkeit	Kontinuität in der Verfügbarkeit der Ressourcen Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen		
	ZUGÄNGLICHKEIT: Einfache Beschaffung von Dienstleistungen		Umfang der Verordnungen Durchschnittliche Wartezeit Nicht erhaltene Verordnungen Durchschnittliche Kosten für die Leistungen pro Leistungsempfänger	
	EFFIZIENZ: Ressourcennutzung für maximale Ergebnisse		Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger Zeitaufwand für die Leistungen Nachweis der Integrationsquote	
	WIRKSAMKEIT: Evidenzinformierte Dienstleistungen für diejenigen, die davon profitieren			Verbesserung der Beteiligungsteilnahme Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele
	PERSONEN-ZENTRIERUNG: Erfahrungen mit dem Erhalt von Dienstleistungen			Grad der Zufriedenheit Abbruch der Therapie Beschwerden
	SICHERHEIT: Risikominderung und Schadensvermeidung			Schäden / Beinahe-Verletzungen Kritische Vorfälle

Die im QI-Rahmenwerk dargestellten Kernindikatoren zur Messung struktureller Qualitätsperspektiven beziehen sich auf die Dimensionen Angemessenheit und Nachhaltigkeit. Die Indikatoren messen, ob erforderliche Inputs wie kompetente Ergotherapie-Praktiker zur Verfügung stehen, um den richtigen Menschen den richtigen Dienst am richtigen Ort und zum richtigen Zeitpunkt zu bieten. Strukturelle Indikatoren bewerten auch, ob andere Arten von physischen, finanziellen, technischen und sozialen Ressourcen, die für die Bereitstellung von qualitativ hochwertigen ergotherapeutischen Dienstleistungen erforderlich sind, dauerhaft auf wirtschaftliche, sozial und ökologisch nachhaltige Weise zur Verfügung stehen.

Prozessindikatoren, die im QI-Rahmenwerk enthalten sind, beziehen sich auf die Dimensionen der Zugänglichkeit und Effizienz. Die Indikatoren bewerten die Fähigkeit der beabsichtigten Empfänger, Zugang zur Ergotherapie zu erhalten, sowie ob evidenzbasierte Dienstleistungen in einer Weise erbracht werden, die den Produktivitätserwartungen anderer Interessengruppen wie Geldgeber und politische Entscheidungsträger für den Einsatz von Ergotherapie-Ressourcen entspricht.

Das QI-Rahmenwerk misst die Ergebnisse ergotherapeutischer Interventionen in Bezug auf die Qualitätsdimensionen Wirksamkeit, Personenzentrierung und Sicherheit. Die Indikatoren bewerten, inwieweit die Ziele der Erbringung von Dienstleistungen erreicht werden und ob die Dienstleistungen für die Empfänger zufriedenstellend sind und den Sicherheitserwartungen entsprechen.

Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren

Die Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren kann als Ausgangspunkt bei der Entwicklung von Indikatoren für eine spezielle Leistung oder Praxis genutzt werden. Die Kernindikatoren können so angepasst werden, dass sie den besonderen Bedürfnissen des jeweiligen Settings gerecht werden. Die Verwendung der Kernindikatoren kann den Informationsaustausch in den Ergotherapie-Einrichtungen zur Qualitätsbewertung erleichtern. Indem die Kernindikatoren bei der Festlegung der

gleichen SMART-Indikatoren verwendet werden, können die Ergebnisse einer bestimmten Einrichtung mit anderen Einrichtungen innerhalb einer Organisation oder mit vergleichbaren Organisationen, die entsprechende Leistungen anbieten, verglichen werden.

Qualitätsbewertungsprozess

Ein zweistufiger Qualitätsbewertungsprozess verwendet die Kernindikatoren des QI-Rahmenwerks, um SMART-Qualitätsindikatoren für eine bestimmte ergotherapeutische Dienstleistung zu definieren. Jede der im QI-Rahmenwerk beschriebenen Dimensionen wird im ersten Schritt des Qualitätsbewertungsprozesses untersucht, um Erwartungen in Bezug auf die von der Ergotherapie-Praxis erbrachten Dienstleistungen zu definieren. Im zweiten Schritt des Qualitätsbewertungsprozesses werden die Qualitäts-Kernindikatoren explizit definiert, um die Leistung im Verhältnis zu den ermittelten Qualitätserwartungen zu messen.








Datenerhebungs- und Berichtsspezifikationen werden umrissen, um sicherzustellen, dass die Indikatoren spezifisch, messbar, vereinbart, relevant und zeitnah (SMART) sind. Dieser systematische Prozess stellt sicher, dass die für eine ergotherapeutische Leistung relevantesten Qualitätselemente für die Definition und Überwachung von SMART-Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden.

Im Anschluss an diesen Prozess bietet QUEST eine umfassende Bewertung, die unterschiedliche Perspektiven und Dimensionen der Qualität berücksichtigt, was durch SMART-Indikatoren dargestellt wird, die zur Messung der Auswirkungen bei Einführung einer neuen ergotherapeutischen Intervention entwickelt wurden (Tabelle 2). Die Strukturindikatoren bestimmen die Verfügbarkeit von Personal, das für die Durchführung der Behandlungen ausgebildet ist, sowie die Verfügbarkeit der lokalen Anbieter, die die für die Ergotherapie-Intervention erforderliche Ausstattung bereitstellen können. Die SMART-Prozessindikatoren bewerten die Anzahl der Patienten, die pro Monat die Anspruchskriterien für eine ergotherapeutische Intervention erfüllen, aber keine ergotherapeutische Intervention erhalten, sowie die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen, die pro

Klienten erforderlich sind, um die Intervention gemäß dem Behandlungsplan durchzuführen. Die SMART-Ergebnisindikatoren bewerten die durchschnittlichen funktionalen Verbesserungen der Klienten, die Anzahl

der Klienten, deren Behandlungsplan zufriedenstellend verläuft, und die Häufigkeit von Schäden bei Klienten oder Mitarbeitern, die mit der Durchführung der Intervention verbunden sind.

Tabelle 2: SMART-Indikatoren zur Bewertung der Auswirkungen bei Einführung einer neuen ergotherapeutischen Intervention

QUALITÄTS-DIMENSION	QUALITÄTS-KERNINDIKATOREN	SMART-QUALITÄTSINDIKATOREN	QUALITÄTS-PERSPEKTIVE
ANGEMESSENHEIT	Fortlaufend erworbene Kompetenz	Prozentsatz der Ergotherapeutinnen, die in der Anwendung der neuen Intervention ausgebildet sind	 Struktur
NACHHALTIGKEIT	Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen.	Anzahl der lokalen Händler, die die Ausstattung und das Angebot für die neue Intervention bereitstellen	 Struktur
ZUGÄNGLICHKEIT	Nicht erhaltene Verordnungen	Anzahl der Klienten pro Monat, die die Anspruchskriterien für die Behandlung erfüllen, aber nicht die neue Intervention erhalten	 Prozess
EFFIZIENZ	Durchschnittliche Zahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger	Durchschnittliche Anzahl der Ergotherapieeinheiten für jeden Klienten, der die neue Intervention gemäß Plan erhält	 Prozess
WIRKSAMKEIT	Verbesserung der Beteiligungsteilhabe	Durchschnittliche funktionelle Verbesserungen von Klienten, die am neuen Behandlungsplan teilnehmen, gemessen durch standardisierte Tests	 Ergebnis
PERSONEN-ZENTRIERUNG	Grad der Zufriedenheit	Prozentsatz der Klienten, die sich an den Behandlungsplan halten	 Ergebnis
SICHERHEIT	Schäden/ Beinahe-Verletzungen	Vorfälle von Klienten- oder Personalschäden im Zusammenhang mit der Anwendung des neuen Behandlungsplans	 Ergebnis

KAPITEL 1:

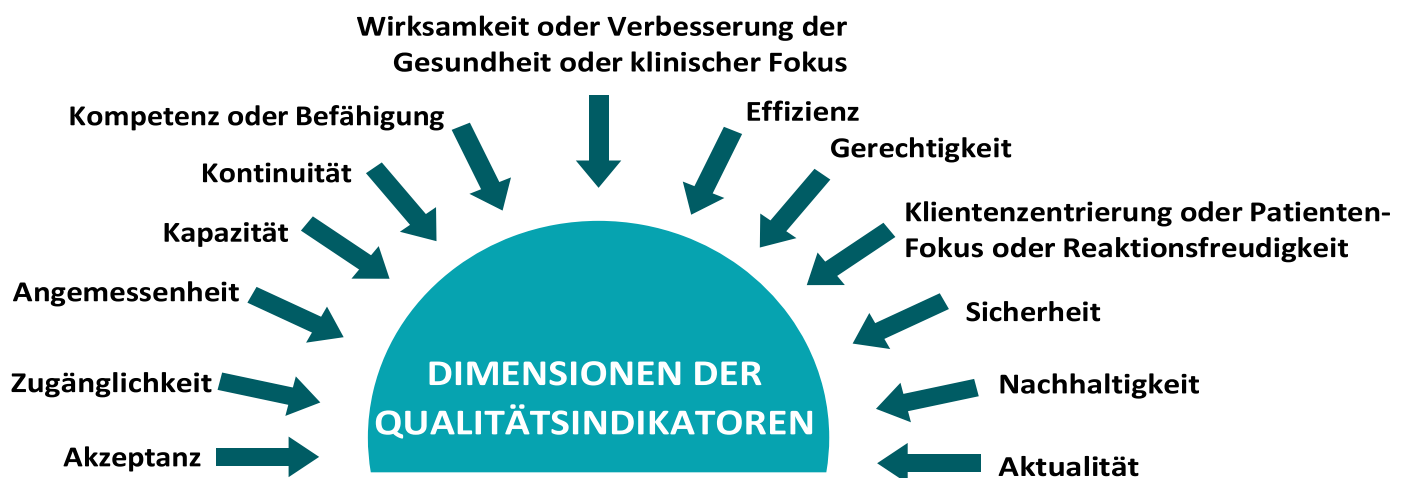
QUALITÄTSINDIKATOREN UND ERGOTHERAPIE

Qualitätsindikatoren sind Messwerkzeuge, Screens oder Kennzeichen, die als Leitfäden zur Dokumentation, Überwachung, Bewertung und Verbesserung der Qualität der ergotherapeutischen Leistungen verwendet werden (Mainz, 2003). Von Ergotherapeutinnen wird zunehmend erwartet, dass sie im Rahmen ihrer beruflichen Aufgaben Indikatoren für ergotherapeutische Leistungen einsetzen und beobachten, um die Qualität der Leistungen zu erhöhen (Leland, Crum, Phipps, Roberts & Gage, 2015; Roberts & Robinson, 2014; Sandhu, Furniss & Metzler, 2018; Schwedische Vereinigung der Ergotherapeutinnen, 2011). Zu den Zielen der Verwendung von Indikatoren zur Verbesserung der Qualität der ergotherapeutischen Leistungen gehören die Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse der Bevölkerung, die Verbesserung der Zufriedenheit mit der Dienstleistung und die Optimierung der effizienten Nutzung von Ressourcen (Berwick, Nolan & Whittington, 2008).

Die Umsetzung und Überwachung von Qualitätsindikatoren liefern Beweise und Rechenschaft darüber, wie ergotherapeutische Dienstleistungen zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen und die Prioritäten der Gesundheitssysteme fördern, in denen die Profession tätig ist (Laverdure & Swinth, 2024; Leland et al., 2015). Wirksame evidenzinformierte Entscheidungsfindung in der Ergotherapie hängt von kritischem Denken und Problemlösung, dem Bewusstsein für die Bedürfnisse und Prioritäten der Endnutzer sowie der Berücksichtigung von Daten ab, die durch objektive Messung gesammelt

werden. Es besteht die Möglichkeit den Beruf zu fördern, indem durch Qualitätsmessungen gezeigt wird, wie die Ergotherapie zu den gewünschten Ergebnissen in der Bevölkerung in unserem sich verändernden Umfeld beiträgt (Hand, Li & Moroz, 2022). Umgekehrt besteht die Gefahr, dass die Ergotherapie an den Rand gedrängt wird, wenn keine Anstrengungen unternommen werden, um deren Wert zu belegen (Leland et al., 2015; Olin, Kutash, Pollock, Burns, Kuppinger, Craig, Purdy, Armusewicz, Wisdom & Hoagwood, 2014; Sandhu, Furniss & Metzler, 2018).

Abbildung 1: Dimensionen der Indikatoren für die Gesundheitsqualität




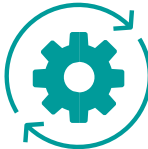

Historische Verwendung von Gesundheitsindikatoren

Die Forschungsliteratur diskutiert seit über 50 Jahren die Verwendung von Qualitätsindikatoren, um viele Elemente der Gesundheit und des Gesundheitssystems zu bewerten, einschließlich Gesundheitszustand, Determinanten der Gesundheit, Leistung und Ausgestaltung des Gesundheitssystems (Arah et al., 2006). Die am häufigsten verwendeten Indikatoren sind Leistungskennzahlen, wobei Qualitätsindikatoren als die entscheidendsten angesehen werden (Arah et al., 2006). Die Bewertung der Qualität als Bestandteil der Leistung des Gesundheitssystems beinhaltet einen Übergang von der ausschließlichen Messung der mengenabhängigen finanziellen Ergebnisse zu einer Untersuchung des Nutzens, der durch evidenzinformierte Interventionen und klientenzentrierte Ergebnisse und Zufriedenheit gekennzeichnet ist (Roberts, Robinson, Furniss & Metzler, C, 2020; Leland et al., 2015). In der Literatur

wurde eine Reihe definierbarer und messbarer Aspekte der Gesundheitsdienste (Abbildung 1) identifiziert, die anhand von Qualitätsindikatoren gemessen werden können (Kelley und Hurst, 2006; Donabedian, 2003). Donabedians (2003) Qualitätsmodell im Gesundheitswesen (Abbildung 2) wird häufig als Mittel zur groben Kategorisierung der Art und Weise verwendet, wie solche Indikatoren die Qualität in Bezug auf Struktur, Prozess und Ergebnis messen (Campbell, Braspenning, Hutchinson, Marshall, 2003; Kelley und Hurst, 2006; Moore et al., 2015).

Das breite Spektrum an Praxisbereichen und Kontexten von Ergotherapeutinnen und die Komplexität der Forschung zum effektiven Qualitätsnachweis haben als Herausforderungen für den Einsatz von Indikatoren in der Ergotherapie gedient. Der in diesem Bereich beschriebene Wissensstand ist nach wie vor begrenzt, trotz der wachsenden Bedeutung der Messung der Qualität für den Nachweis von Nutzen und Rechenschaftspflicht.

Abbildung 2: Modell der Qualität im Gesundheitswesen (Donabedian, 2003)

BEWERTUNG DER QUALITÄT IM GESUNDHEITSWESEN		
Struktur	Prozess	Ergebnis
		
Personal Ausstattung Angebot	Untersuchung Behandlung Konsultation	Morbidität Sterblichkeit Zufriedenheit

Entwicklung von QUEST

QUEST wurde vom Weltverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (WFOT) entwickelt, um Qualität und Verantwortlichkeit in der Ergotherapie durch eine Evaluationsstrategie zur Qualitätsmessung in einem interdisziplinären Praxiskontext zu fördern. QUEST verwendet einen strukturierten Ansatz, um nützliche und relevante Qualitätsmaßstäbe für eine Förderung kontinuierlicher Verbesserung zu definieren.

QUEST wurde von einer internationalen Arbeitsgruppe von Ergotherapeutinnen entwickelt. QUEST wurde in Face-to-Face-Workshops, die in Ländern auf der ganzen Welt abgehalten wurden, getestet. QUEST wurde auch durch einen Online-Prozess überprüft, bei dem die Teilnehmer auf das Rahmenwerk über ein Online-Portal zugreifen und dieses testen konnten. Das Feedback aus den Pilottests wurde verwendet, um das QI-Rahmenwerk und den Qualitätsbewertungsprozess zu verfeinern.

Das QI-Rahmenwerk

Das Rahmenwerk enthält neunzehn Kernindikatoren für die Messung der Qualität der von allen Ergotherapeutinnen erbrachten Leistungen, unabhängig von deren Standort, Praxisbedingungen und Bevölkerungsgruppen (Tabelle 3). Die Kernindikatoren sind auf die Praxis in Bereichen unterschiedlicher wirtschaftlicher Entwicklung anwendbar, von Ländern mit niedrigem Einkommen bis hin zu Staaten mit hoher Ressourcenausstattung. Die Indikatoren stehen im Einklang mit den Grundlagen der Ergotherapie, wie dem Glauben an den Wert der Betätigung und der Bedeutung von Betätigungsperformanz und -engagement, die als Grundlage für die Erbringung aller ergotherapeutischen Leistungen weltweit dienen (WFOT 2010a). Die Indikatoren sind auch aus Bevölkerungs-, Organisations-, Team- und/oder individuellen Gesichtspunkten hinsichtlich der Qualität der erbrachten Dienstleistungen relevant.

Tabelle 3: Die WFOT QUEST-Kernindikatoren

KERNINDIKATOREN
<ul style="list-style-type: none">• Verfügbares Angebot an Ergotherapeutinnen• Fortlaufend erworbene Kompetenz• Kontinuität in der Verfügbarkeit der Ressourcen• Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen• Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen• Umfang der Verordnungen• Durchschnittliche Wartezeit• Nicht erhaltene Verordnungen• Durchschnittliche Kosten der Leistungen pro Leistungsempfänger• Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger• Zeitaufwand für die Leistungen• Nachweis der Integrationsquote• Verbesserung in der Betätigungsteilhabe• Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele• Grad der Zufriedenheit• Abbruch der Therapie• Beschwerden• Schäden/ Beinahe-Verletzungen• Kritische Vorfälle

WFOT-Leitprinzipien

Um sicherzustellen, dass die Kern-Qualitätsindikatoren mit den Grundprinzipien der Ergotherapie übereinstimmen, wird davon ausgegangen, dass das QI-Rahmenwerk nach den folgenden WFOT-Leitprinzipien arbeitet:









- Ergotherapie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung (WFOT, 2010a);
- Ergotherapeutinnen sind in ihren Beziehungen zu den Menschen, denen sie Dienstleistungen erbringen, einschließlich Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Gemeinschaften und Organisationen personenzentriert (WFOT, 2010a);
- Ergotherapie fördert eine inklusive Gesellschaft, in der alle Menschen von gerechten Möglichkeiten in der Partizipation profitieren (WFOT, 2010b); und
- Die Ergotherapie arbeitet im Rahmen eines Systemansatzes, um das Zusammenspiel von Mensch, Umwelt und Betätigung zur Verbesserung der Betätigungsteilnahme zu verbessern (WFOT, 2010a).

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung

Der Einsatz der QUEST-Evaluierungsstrategie wird voraussichtlich in einem gleichbleibenden Qualitätskontext erfolgen, in dem die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der ergotherapeutischen Leistungen als berufliche Verantwortung betrachtet wird. Abbildung 3 fasst die wichtigsten philosophischen Elemente einer Kultur der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zusammen (Johnson & Sollecito, 2018).

In einem Umfeld kontinuierlicher Qualitätsverbesserung ist davon auszugehen, dass es immer Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung gibt, die Innovationen vorantreiben, um den Bedürfnissen der Menschen, die ergotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, besser gerecht zu werden. Es wird ein systematischer Ansatz gewählt, um die Prozesse zu bewerten und Verbesserungsmöglichkeiten zu ermitteln. Objektive Daten werden verwendet, um Qualitätsprobleme zu identifizieren und zu überwachen, um sicherzustellen, dass geeignete Maßnahmen zur Erreichung der gewünschten Ergebnisse ergriffen werden.

Abbildung 3: Philosophische Elemente einer Kultur der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

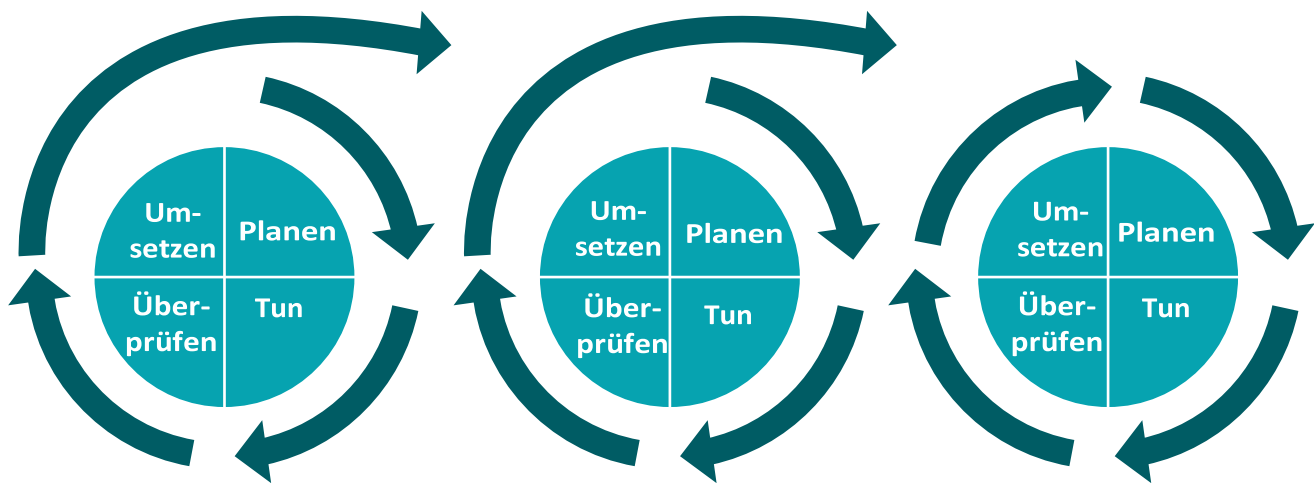
	Verwendet einen strategischen Ansatz für die Gestaltung und Priorisierung von Prozessen
	Identifiziert die Benutzerzufriedenheit als ultimativen Qualitätstest
	Übernimmt „System“-Denken, das individuelle Schuldzuweisungen vermeidet
	Erfordert datengesteuerte Analyse
	Erkennt mehrere Ursachen für Qualitätsprobleme
	Sucht nach Lösungen zur Verbesserung des Gesamtsystems
	Optimiert Prozesse zur kontinuierlichen Verbesserung
	Gibt organisatorischem Lernen den Vorrang zur Prozessverbesserung

Deming (1993) beschrieb die kontinuierliche Qualitätsverbesserung als Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Prozess (Plan-Do-Check-Act-Process). Der vierstufige zyklische Prozess ist auf die Beantwortung der folgenden Fragen ausgerichtet:

- Was versuchen wir zu erreichen?
- Wie können wir uns ändern, um die gewünschten Ergebnisse zu erzielen?
- Woher wissen wir, ob unsere Änderungen das gewünschte Ergebnis haben?
- Sollten wir unsere Änderungen annehmen oder weitere Verbesserungen vornehmen?

Kontinuierliches Durchlaufen der Phasen des Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzens, um diese Fragen zu beantworten, stellt sicher, dass die gewünschten Ergebnisse erreicht und aufrechterhalten werden (Abbildung 4). Qualitätsindikatoren spielen eine wesentliche Rolle im Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Zyklus, indem objektive Daten gesammelt werden, die zur Ermittlung von Verbesserungsmöglichkeiten verwendet werden. Indikatordaten sind auch erforderlich, um den Erfolg von Verbesserungsinitiativen zu messen, festzustellen, ob zusätzliche Anstrengungen erforderlich sind, um Qualitätsprobleme anzugehen, und zu prüfen, ob Qualitätsverbesserungen im Laufe der Zeit aufrechterhalten werden.

Abbildung 4: Kontinuierlicher Zyklus des Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Prozesses (Deming, 1993)



Messung der Qualität in der Ergotherapie

Die Qualität der Ergotherapie bezieht sich auf den Grad, in dem Dienstleistungen die Wahrscheinlichkeit der gewünschten Ergebnisse erhöhen und mit fachlichen Kenntnissen und evidenzinformierter Praxis im Einklang stehen (Hanefeld, Powell-Jackson & Balabanova, 2017; Mainz, 2003). Angesichts der multidimensionalen Natur der Qualität können möglicherweise viele Faktoren gemessen werden, wenn Indikatoren zur Bewertung von ergotherapeutischen Leistungen verwendet werden.

Die Verwendung eines konzeptionellen Rahmenwerks wird in der Forschungsliteratur als nützliches Instrument zur strukturierten und sinnvollen Auswahl, Organisation und Berichterstattung über Qualitätsindikatoren empfohlen (Arah, Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek & Custers, 2003; Arah, Westert Hurst & Klazinga, 2006; Brown, 2009; Grimmer et al., 2014). Das Fehlen eines solchen Rahmenwerks kann zu einer inkonsistenten und potenziell unangemessenen Verwendung einer Mischung von Indikatoren mit unbeabsichtigten Folgen führen (Jones, Shepherd, Wells, LeFevre & Ameratunga, 2014). Das QI-Rahmenwerk wurde daher entwickelt, um einen systematischen Ansatz zur Definition sinnvoller Indikatoren für die Ergotherapie zu bieten.

KAPITEL 1:

REFLEKTIERENDE FRAGEN

1. Was sind die neunzehn Kern-Qualitätsindikatoren für die Ergotherapie und warum sind diese weltweit für den Beruf relevant?
2. In welcher Beziehung stehen die Kern-Qualitätsindikatoren mit den WFOT-Leitprinzipien für die Ergotherapie?
3. Was ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserungsumgebung und warum ist diese wichtig?
4. Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Zyklus und den Qualitätsindikatoren?
5. Wie könnte QUEST zu Ihrem Praxisbereich beitragen?
6. Wie könnte QUEST im Rahmen einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in Ihrem Praxissetting implementiert werden? Welche Schritte müssten unternommen werden?


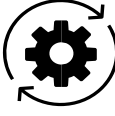

KAPITEL 2:

GESTALTUNG DES QI-RAHMENWERKS

Das QI Rahmenwerk ist ein konzeptionelles Modell für die Entwicklung eines Kernsatzes von Qualitätsindikatoren für die Ergotherapie. Das Rahmenwerk wird mithilfe eines Matrixmodells dargestellt, wobei Qualitätsdimensionen entlang der vertikalen Achse beschrieben und Qualitätsperspektiven auf der horizontalen Ebene definiert werden (Tabelle 4). Anhand dieses Modells identifiziert das QI-Rahmenwerk, welche allgemeinen Dimensionen der Qualität der ergotherapeutischen Leistungen zu messen sind, gleichzeitig definiert es auch verschiedene Möglichkeiten, wie die Qualität gemessen werden kann (Arah et al., 2003; Arah et al., 2006).

Tabelle 4: Das Design des QI-Rahmenwerks



		Qualitätsperspektiven		
		 STRUKTUR Umweltfaktoren und Ressourcen	 PROZESS Wie werden die Dienstleistungen erbracht	 ERGEBNIS Veränderungen aufgrund der Dienstleistungen
Qualitätsdimensionen	ANGEMESSENHEIT: Richtige Therapieform, Person, Ort, Zeit			
	NACHHALTIGKEIT: Zugang zu Ressourcen ohne die zukünftige Verfügbarkeit zu gefährden			
	ZUGÄNGLICHKEIT: Einfache Beschaffung von Dienstleistungen			
	EFFIZIENZ: Ressourcennutzung für maximale Ergebnisse			
	WIRKSAMKEIT: Evidenzinformierte Dienstleistungen für diejenigen, die davon profitieren			
	PERSONENZENTRIERUNG: Erfahrungen mit dem Erhalt von Dienstleistungen			
	SICHERHEIT: Risikominimierung und Schadensvermeidung			

Qualitätsdimensionen

Qualitätsdimensionen sind definierbare und messbare Aspekte von Gesundheitsdiensten, die mit der Wiederherstellung, Verbesserung oder Erhaltung der Gesundheit zusammenhängen (Arah et al., 2006). Qualitätsdimensionen, die im QI-Rahmenwerk enthalten sind, sind diejenigen, die in der Forschungsliteratur als am relevantesten für ergotherapeutische Leistungen bezeichnet werden (Arah et al., 2003; Kelley &, 2006; Weltgesundheitsorganisation, 2007).

ANGEMESSENHEIT setzt voraus, dass die richtigen ergotherapeutischen Leistungen von der richtigen Person, zur richtigen Zeit, an die richtige Person am richtigen Ort erbracht werden.

NACHHALTIGKEIT als Qualitätsdimension spiegelt die zunehmende Bedeutung von Qualitätsinitiativen wider, die die kontinuierliche Verbesserung maximieren und qualitativ hochwertige ergotherapeutische Leistungen auch in die Zukunft wirken zu lassen, indem sie die Ressourcen nutzen, um heute für die Gesundheitsversorgung zu sorgen, ohne die Gesundheit heutiger oder künftiger Generationen zu beeinträchtigen. Eine nachhaltige Praxis befasst sich mit wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Zielen und spiegelt die grundlegenden ergotherapeutischen Werte und Überzeugungen in Bezug auf Klientenzentrierung, Empowerment und präventive Intervention wider (WFOT, 2012).

ZUGÄNGLICHKEIT bezieht sich auf den einfachen Zugang zu ergotherapeutischen Leistungen aus physischer, finanzieller oder sozialer Sicht.

EFFIZIENZ hängt vom optimalen Einsatz der Ressourcen in der Ergotherapie ab, um maximalen Nutzen zu erzielen.

Jede der sieben Qualitätsdimensionen des QI-Rahmenwerks trägt zur Qualitätsleistung in der Ergotherapie bei. Die Qualitätsdimensionen schließen sich nicht gegenseitig aus; ein Qualitätsproblem in Bezug auf die ergotherapeutische Leistung kann daher mehr als eine Qualitätsdimension beeinflussen. Das Verhältnis der Qualitätsdimensionen zueinander ist auch interaktiv. Maßnahmen, die ergriffen werden, um eine Qualitätsdimension einzusetzen, können sich auf die Höhe anderer auswirken. Beispielsweise können Initiativen zur Verbesserung der Zugänglichkeit die Möglichkeiten für die Menschen verbessern, den Dienst zu nutzen, aber auch zu Fragen, die die Verfügbarkeit von Ressourcen für eine wirksame ergotherapeutische Intervention betreffen führen.

WIRKSAMKEIT ist der Grad des Erzielens der gewünschten Ergebnisse, der von der Bereitstellung evidenzinformierter ergotherapeutischer Leistungen für diejenigen abhängt, die davon profitieren können.

PERSONENZENTRIERUNG befasst sich mit der Fähigkeit der Ergotherapie, die berechtigten Erwartungen der Menschen, die Dienstleistungen erhalten, zu erfüllen. In der ergotherapeutischen Praxis wird eine Vielzahl verschiedener Begriffe verwendet, um Leistungsempfänger zu beschreiben; bei der Benennung der Qualitätsdimension als personenzentriert wird anerkannt, dass *Person* synonym mit Patient, Klient, Verbraucher, Dienstleistungsnutzer oder irgend einem anderen Begriff verwendet werden kann, der für die ergotherapeutische Leistung am besten geeignet ist.

SICHERHEIT berücksichtigt, inwieweit die Verringerung des Risikos und die Vermeidung von Schäden bei der Ergotherapie berücksichtigt wird. Hier ist auch die Überlegung eingeschlossen, welchen positiven Beitrag die Ergotherapie zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der betreuten Bevölkerungsgruppen leistet.

Qualitätsperspektiven

In Übereinstimmung mit dem Modell der Gesundheitsqualität von Donabedian (1966) messen die in das QI-Rahmenwerk aufgenommenen ergotherapeutischen Indikatoren die Qualität durch die Bewertung von Struktur, Prozess oder Ergebnis. Strukturindikatoren bewerten Umweltfaktoren und Ressourcen, die erforderlich sind, um qualitativ hochwertige ergotherapeutische Leistungen zu erbringen. Prozessindikatoren bewerten, wie Ergotherapie erbracht wird, um einen qualitativ hochwertigen Dienst zu gewährleisten. Ergebnisindikatoren messen Veränderungen, die infolge ergotherapeutischer Interventionen auftreten.


Jede Art von Indikator hat inhärente Vor- und Nachteile für eine effektive Qualitätsmessung (Ballmer, Frey, Petrig & Gantschig, 2024; Ayanian & Markel, 2016; Donabedian, 1966; Kelley & Hurst, 2006; Schiff & Rucker, 2001). So können

beispielsweise Strukturindikatoren wie das Vorhandensein erforderlicher Ressourcen für qualitätsvolle Dienstleistungen in manchem Kontext leichter zu messen sein, stellen jedoch nicht sicher, dass geeignete Verfahren verwendet werden, um qualitativ hochwertige Ergebnisse zu erzielen. Indikatoren, die den Prozess messen, sind nur in dem Maße nützlich, in dem die gemessenen Prozesse allgemein benötigt werden und sich für die gewünschten Ergebnisse eignen. Die Messung der Ergebnisse kann durch die Schwierigkeiten bei der Isolierung der untersuchten Variablen von anderen potenziellen Einflussfaktoren erschwert werden. Angesichts der potenziellen Vorteile und Herausforderungen aller drei Perspektiven wird eine Mischung aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren für die Bewertung der Qualität von ergotherapeutischen Leistungen empfohlen.

Strukturindikatoren

Kernindikatoren, die im QI-Rahmenwerk zur Messung struktureller Qualitätsperspektiven verwendet werden, beziehen sich auf die Dimensionen Angemessenheit und Nachhaltigkeit (Tabelle 5). Die Indikatoren messen, ob erforderliche Inputs wie kompetente Ergotherapie-Praktiker zur Verfügung stehen, um den richtigen Menschen die richtigen Leistungen am richtigen Ort und zum richtigen Zeitpunkt zu erbringen. Strukturelle Indikatoren bewerten auch, ob andere Arten von physischen, finanziellen, technischen und sozialen Ressourcen, die für die Bereitstellung hochwertiger ergotherapeutischer Leistungen erforderlich sind, kontinuierlich auf wirtschaftliche, soziale und nachhaltige Weise verfügbar sind.


Tabelle 5: Strukturindikatoren

	Was muss vorhanden sein, um unsere Qualitätsansprüche zu erreichen?
ANGEMESSENHEIT	Verfügbares Angebot an Ergotherapeutinnen Fortlaufend erworbene Kompetenz
NACHHALTIGKEIT	Kontinuität in der Verfügbarkeit der Ressourcen Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen

Prozessindikatoren

Die im QI-Rahmenwerk enthaltenen Kern-Prozessindikatoren beziehen sich auf die Dimensionen der Zugänglichkeit und Effizienz (Tabelle 6). Die Indikatoren bewerten die Fähigkeit der beabsichtigten Empfänger, Zugang zur Ergotherapie zu erhalten, sowie ob evidenzinformierte Dienstleistungen in einer Weise erbracht werden, die den Produktivitätserwartungen anderer Interessengruppen wie Geldgeber und politische Entscheidungsträger für den Einsatz von Ergotherapie-Ressourcen entspricht.


Tabelle 6: Prozessindikatoren

	Wie wird eine qualitativ hochwertige Ergotherapie erbracht?
ZUGÄNGLICHKEIT	Anzahl der Verordnungen Nicht erhaltene Verordnungen Durchschnittliche Wartezeit Durchschnittliche Kosten für die Leistungen pro Leistungsempfänger
EFFIZIENZ:	Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger Zeitaufwand für die Leistungen Nachweis der Integrationsquote

Ergebnisindikatoren

Das QI-Rahmenwerk misst die Ergebnisse ergotherapeutischer Interventionen in Bezug auf die Qualitätsdimensionen Wirksamkeit, Personenzentrierung und Sicherheit (Tabelle Sieben). Die Indikatoren bewerten, inwieweit die Ziele der Erbringung von Dienstleistungen erreicht werden und ob die Dienstleistungen für die Empfänger zufriedenstellend sind und den Sicherheitserwartungen entsprechen. Ergebnisindikatoren können positiv (z. B. die Einhaltung von Standards) oder negativ (z. B. ein unerwünschtes Ereignis) sein.

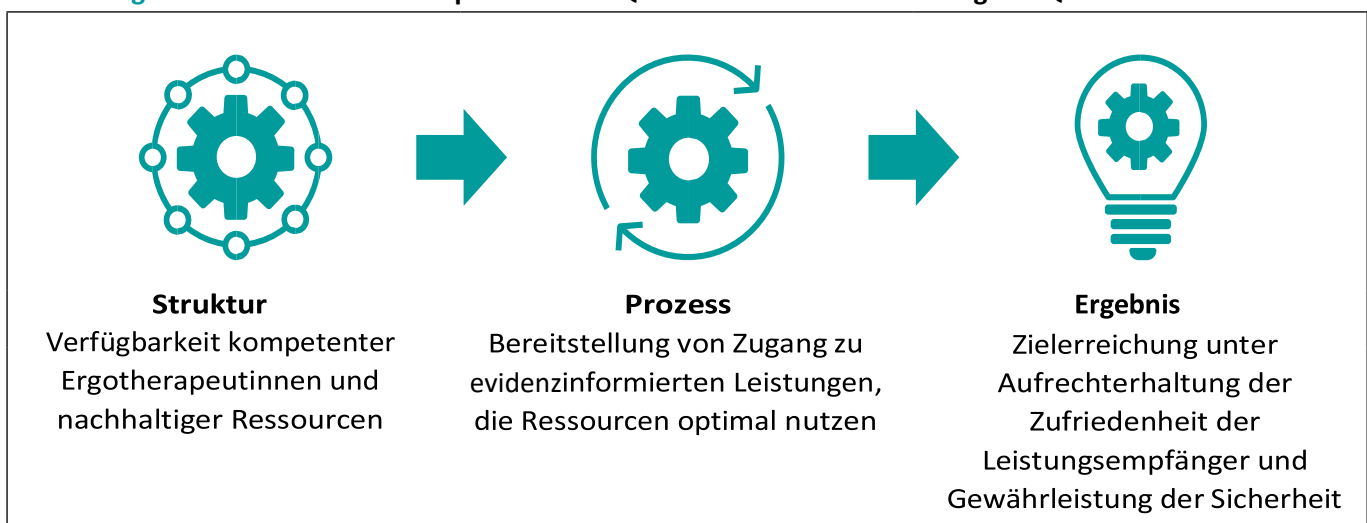
Tabelle 7: Ergebnisindikatoren

	Woher wissen wir, dass wir unsere Qualitätsansprüche erreicht haben?
WIRKSAMKEIT	Verbesserung in der Beteiligungsteilnahme Prozentsatz der erreichten Beteiligungsziele
PERSONENZENTRIERUNG	Grad der Zufriedenheit Abbruch der Therapie Beschwerden
SICHERHEIT	Schäden / Beinahe-Verletzungen Kritische Vorfälle

Nutzung des QI-Rahmenwerks zur Messung der Qualität in der Ergotherapie

Abbildung 5 fasst zusammen, wie die Qualität der Ergotherapie anhand der im QI-Rahmenwerk definierten Qualitätsdimensionen und -perspektiven gemessen wird. Die Kernindikatoren bewerten, wie strukturelle Elemente wie die Verfügbarkeit kompetenter Ergotherapeutinnen und nachhaltiger Ressourcen in evidenzinformierten Prozessen eingesetzt werden, die den Zugang zu Dienstleistungen ermöglichen und eine optimale Nutzung der Ressourcen gewährleisten, um die erwarteten Therapieziele zu erreichen, während gleichzeitig die Sicherheitsstandards und die Zufriedenheit der Leistungsempfänger aufrechterhalten werden.

Abbildung 5: Dimensionen und Perspektiven des QI-Rahmenwerks zur Messung der Qualität



KAPITEL 2:

REFLEKTIERENDE FRAGEN

1. Welche Relevanz haben die sieben Qualitätsdimensionen für Ihre Dienstleistungen?
2. Warum wird eine Mischung aus Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren für die Bewertung der Ergotherapie nach dem QI-Rahmenwerk empfohlen?
3. Können Sie beschreiben, warum die Dimensionen Angemessenheit und Nachhaltigkeit mit den strukturellen Qualitätsindikatoren zusammenhängen?
4. Können Sie beschreiben, warum die Dimensionen der Zugänglichkeit und Effizienz mit den Prozess-Qualitätsindikatoren zusammenhängen?
5. Können Sie beschreiben, warum die Dimensionen Effektivität, Personenzentrierung und Sicherheit mit den Ergebnis-Qualitätsindikatoren zusammenhängen?
6. Welche Qualitätsdimension(en) wäre(n) am relevantesten für die Messung in Ihrem Praxissetting, und warum?
7. Was sind die wichtigsten Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Qualitätsperspektiven (Struktur, Prozess und Ergebnis) in Ihrem Praxissetting?

KAPITEL 3:

Zusammenstellung der Kernindikatoren

Die Zusammenstellung der Kernindikatoren (Tabelle 8) kann als Ausgangspunkt für die Festlegung der Indikatoren für eine besondere ergotherapeutische Leistung oder Praxis genutzt werden. Die Kernindikatoren können so angepasst werden, dass sie den einzigartigen Bedürfnissen in einem Setting entsprechen.

Tabelle 8: Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren

QUEST-Qualitätsmaßstab	Indikator
Angemessenheit Kann eine angemessene Leistung erbracht werden? Stehen Leistungserbringer mit der Kompetenz zur Verfügung, die richtige Leistung zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person zu erbringen?	Verfügbares Angebot an Ergotherapeutinnen
	Fortlaufend erworbene Kompetenz
Nachhaltigkeit Sind die erforderlichen Ressourcen nachhaltig ? Steht der Zugang zu Ausstattung, Raum und Versorgung, die für die Leistungen benötigt werden, zur Verfügung ohne die zukünftige Versorgung zu gefährden?	Kontinuität in der Verfügbarkeit der Ressourcen
	Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen
	Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen
Zugänglichkeit Gibt es Zugang zu den Leistungen? Wie einfach ist es aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive, Ergotherapie zu erhalten?	Umfang der Verordnungen
	Durchschnittliche Wartezeit
	Nicht erhaltene Verordnungen
	Durchschnittliche Kosten der Leistungen pro Leistungsempfänger
Effizienz Sind die Leistungen effizient ? Setzt die Ergotherapie Ressourcen so ein, dass sie den maximalen Nutzen erbringen?	Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger
	Zeitaufwand für die Leistungen
	Nachweis der Integrationsquote
Wirksamkeit Wie wirksam sind die Leistungen? Erreicht die Ergotherapie die gewünschten Ziele für die, die sie in Anspruch nehmen können?	Verbesserung in der Betätigungsteilhabe
	Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele
Personenzentrierung Wie hoch ist der Grad der Zufriedenheit mit den Leistungen? Wie gut entsprechen die ergotherapeutischen Leistungen den berechtigten Erwartungen der Leistungsempfänger?	Grad der Zufriedenheit
	Abbruch der Therapie
	Beschwerden
Sicherheit Wie sicher sind die Leistungen? Wieweit wurde sowohl eine Risikominderung und Schadensvermeidung als auch die Förderung der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden bei der Durchführung der Ergotherapie abgewogen?	Schäden/ Beinahe-Verletzungen
	Kritische Vorfälle

Entwicklung der Zusammenstellung der Kernindikatoren

Die Zusammenstellung der Kernindikatoren wurde nach einer Überprüfung von 16 QUEST-Fallstudien, die weltweit aus allen WFOT-Regionen, aus Ländern mit unterschiedlichen Einkommensklassifikationen und unterschiedlichen Amtssprachen übermittelt wurden. Die Fallstudien verdeutlichten die Nutzung von QUEST zur Entwicklung von SMART-Indikatoren in einer Reihe ergotherapeutischer Settings mit Bevölkerungsgruppen jeden Alters und Betätigungsteilnahme-Bedarfs. Durch die übermittelten SMART-Indikatoren für die heterogenen Fallstudien wurde festgestellt, dass sie 19 gemeinsame Indikatoren widerspiegeln, die in einem Pilotversuch getestet und anschließend in die Zusammenstellung der Kernindikatoren aufgenommen wurden.

Vorteile einer Zusammenstellung von Kernindikatoren

Die Verwendung von Kernindikatoren kann den Informationsaustausch zwischen ergotherapeutischen Einrichtungen zur

Qualitätsbewertung erleichtern. Durch Festlegen derselben SMART-Indikatoren aus der Zusammenstellung der Kernindikatoren können Ergebnisse einer bestimmten Einrichtung mit anderen innerhalb einer Organisation oder mit Fachorganisationen, die ähnliche Leistungen anbieten, verglichen werden.

Beschreibung der Zusammenstellung der Kernindikatoren

Der folgende Abschnitt gibt eine Beschreibung der Indikatoren, die in die Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren aufgenommen wurden. Zusätzlich zur Darstellung der Berechnung und der Datenquellen für den Indikator gibt sie eine Begründung, warum der Indikator als wichtig für die Messung in der Ergotherapie ausgewählt wurde und es werden berufliche und nicht-berufliche Literaturhinweise gegeben.

QUALITÄTSDIMENSION: **Angemessenheit**

Indikator 1:

Verfügbares Angebot an Ergotherapeutinnen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen zur Bereitstellung der Dienstleistungen.

Begründung:

Ergotherapeutinnen sind die Hauptanbieter von ergotherapeutischen Leistungen und sind für die Bewertung und Entwicklung von Interventionsprogrammen, die sich mit den Bedürfnissen der Leistungsempfänger befassen, verantwortlich. Die ergotherapeutische Versorgung ist daher abhängig von einer adäquaten Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen, um die Leistungen zu planen und auszuführen. Das verfügbare Angebot an Ergotherapeutinnen kann an bestimmten Untergruppen gemessen werden, z.B. an der Gesamtzahl von Anspruchsberechtigten für die Leistungen oder an der Anzahl der aktiven Leistungsempfänger, um die Angemessenheit des verfügbaren Angebots an Leistungen zu überprüfen.

Berechnungen:

Anzahl der Vollzeit-Ergotherapeutinnen ÷ zu versorgende Bevölkerung

Erforderliche Definitionen:

Die Kriterien für die zu versorgende Bevölkerung definieren (z.B. Anspruchsberechtigte, aktive Leistungsempfänger)

Potenzielle Datenquellen:

Personalakten, Berufsorganisationen

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 9. Obligations to the profession, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 2: Determining supply shortages in the occupational therapy workforce, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Indicator 4. Rehabilitation personnel density and distribution, World Health Organization (WHO) Rehabilitation Indicator Menu (RIM) (WHO, 2023)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, United Nations (UN) Sustainable Development Goals (SDGs) (UN, 2015)
- Goal 8 - Promote inclusive and sustainable economic growth, employment and decent work for all United Nations (UN) Sustainable Development Goals (SDGs) (UN, 2015)

Indikator 2:

Fortlaufend erworbene Kompetenz

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen, die den Anforderungen der fortlaufend erworbenen Kompetenz entsprechen, um die Leistungen für die Zielgruppe der Leistungsempfänger zu erbringen.

Begründung:

Die Kompetenzanforderungen für Ergotherapeutinnen werden in jeder Situation von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, wie Überlegungen, welche Art von Leistungen angeboten werden, wo die Arbeit ausgeführt wird und wer ergotherapeutische Leistungen durchführt und erhält. Ergotherapeutinnen können ausschließlich im Rahmen ihres professionellen Wissens, ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten praktizieren, und es wird von ihnen erwartet, dass sie den Kompetenzanforderungen für eine sichere und wirksame ergotherapeutische Praxis während ihrer gesamten Berufsausübung entsprechen oder sie übertreffen.

Berechnungen:

Anzahl der Ergotherapeutinnen, die den Kompetenzanforderungen entsprechen ÷ Anzahl der Ergotherapeutinnen

Erforderliche Definitionen:

Wie wird fortlaufend erworbene Kompetenz für die ergotherapeutischen Leistungen definiert?

Potenzielle Datenquellen:

Personalakten

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 8. Competency and lifelong learning, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 5: Assuring workforce competency, engagement and diversity, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 28: Professional development for rehabilitation workers, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 4 - Ensure inclusive and equitable quality education and promote lifelong learning opportunities for all, UN SDGs (UN, 2015)

QUALITÄTSDIMENSION: Nachhaltigkeit

Indikator 3

Kontinuität in der Verfügbarkeit der Ressourcen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht die Verfügbarkeit der notwendigen Ressourcen für angemessene ergotherapeutische Leistungen.

Begründung:

Um angemessene Leistungen anbieten zu können, benötigen Ergotherapeutinnen auf wirtschaftlich, sozial und umweltfreundliche Weise ausreichend und ständig zur Verfügung stehende Ressourcen (Ausstattung, Vorräte, Hilfsmittel, Raum, Transport, Finanzierung). Verzögerungen, Ersatz oder Kürzungen der erforderlichen Ressourcen kann die Nachhaltigkeit der Qualität der erbrachten Leistungen beeinträchtigen.

Berechnungen:

Anzahl des Mangels einer erforderlichen Ressource

Erforderliche Definitionen:

Welche Arten von Ressourcen wurden überprüft? Was wird als Knappheit bei den überprüften Ressourcen angesehen?

Potenzielle Datenquellen:

Bestandslisten der Ressourcen, ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 9. Obligations to the profession, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 3: Investing in the expansion of the occupational therapy workforce, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 29: Population access to assistive technology, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 12 - Ensure sustainable consumption and production patterns, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 4:

Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht die Häufigkeit von Unterbrechungen der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen durch Probleme mit der Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen. Diese Probleme umfassen Gerätestörungen/-ausfall, Knappheit von Vorräten und unzureichende Finanzierung.

Begründung:

Unterbrechungen und Verzögerungen, die durch Probleme bei Ressourcen verursacht sind, können die Ergebnisse der ergotherapeutischen Leistungen und die Zufriedenheit mit der Therapie beeinträchtigen.

Berechnungen:

Anzahl der Leistungsunterbrechungen durch Ressourcenprobleme.

Erforderliche Definitionen:

Was wird als Leistungsunterbrechung angesehen?

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 9. Obligations to the profession, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 3: Investing in the expansion of the occupational therapy workforce, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 29: Population access to assistive technology, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 12 - Ensure sustainable consumption and production patterns, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 5:

Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht die Überlegungen zur ethischen Beschaffung und zu Nachhaltigkeitsfragen bei der Auswahl von Ressourcen, die für die Durchführung ergotherapeutischer Leistungen verwendet werden (z.B. den Einsatz lokal beschaffter oder recycelter Produkte).

Begründung:

Ergotherapeutinnen tragen in ihrem Beruf Verantwortung, für ihre Leistungen den Einsatz von Ressourcen, die nicht die Gesundheit gegenwärtiger oder zukünftiger Generationen beeinträchtigen, zu unterstützen.

Berechnungen:

Anzahl der ethisch und nachhaltig beschafften, verwendeten Ressourcen ÷ Anzahl der verwendeten Ressourcen

Erforderliche Definitionen:

Welche Ressourcen werden überprüft? Wie wird der Begriff „ethisch und nachhaltig beschafft“ in Bezug auf Ressourcen definiert?

Potenzielle Datenquellen:

Bestandslisten der Ressourcen, ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 10. Responsibilities toward local and global societies, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 3: Investing in the expansion of the occupational therapy workforce, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Goal 12 - Ensure sustainable consumption and production patterns, UN SDGs (UN, 2015)
- Goal 13 – Take urgent action to combat climate change and its impacts, UN SDGs (UN, 2015.)

QUALITÄTSDIMENSION: Zugänglichkeit

Indikator 6:

Umfang der Verordnungen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht die Häufigkeit der erhaltenen Anfragen nach Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen.

Begründung:

Als autonomer Beruf können Ergotherapeutinnen sowohl Leistungsempfänger ohne Verordnung als auch mit Verordnung von anderen Berufsgruppen für die Therapie annehmen (*nicht in der BRD, nur Verordnungen von Ärzten, in Österreich: Prävention auch ohne Verordnung des Arztes, Heilbehandlungen nur mit Verordnung eines Arztes, d. Übersetzerin*). Es braucht gut funktionierende Prozesse für die Aufnahme zur ergotherapeutischen Versorgung. Der Umfang der Verordnungen kann für einzelne Untergruppen gemessen werden, z.B. für bestimmte Altersgruppen der Bevölkerung oder geografische Regionen, um die Angemessenheit der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen zu überprüfen.

Berechnungen:

Anzahl der erhaltenen Verordnungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums

Erforderliche Definitionen:

Welche Art von Verordnungen wird überprüft?

Potenzielle Datenquellen:

Verordnungsdokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Strategic Direction 4: Improving workforce distribution for equitable access (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 30: Rehabilitation referral, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 10 - Reduce inequality within and among countries, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 7:

Durchschnittliche Wartezeit

Beschreibung:

Dieser Indikator misst die Durchschnittszeit, die bis zum Zugang zu den ergotherapeutischen Leistungen erforderlich ist.

Begründung

Die Wartezeit für die ergotherapeutischen Leistungen kann durch viele Faktoren beeinflusst werden, wie die Länge der Warteliste für den ersten Termin und die Wartezeit bei jedem Therapietermin wegen Transportschwierigkeiten. Die Wartezeit trägt zu den Ergebnissen und der Zufriedenheit mit der Ergotherapie bei und dient als Indikator für die Gesamtnachfrage nach und den unbefriedigten Bedürfnissen bei den Leistungen.

Berechnungen:

Gesamte Wartezeit aller Leistungsempfänger auf die Leistungen ÷ Anzahl der Leistungsempfänger

Erforderliche Definitionen:

Welche Leistungsempfänger werden überprüft? Welche Wartezeiten werden gemessen?

Potenzielle Datenquellen:

Verordnungsdokumentation, Wartelisten

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Strategic Direction 4: Improving workforce distribution for equitable access, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Goal 10 - Reduce inequalities within and among countries, UN SDGs (UN, 2015.)

Indikator 8:

Nicht erhaltene Verordnungen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht die Anzahl der Verordnungen für Ergotherapie, die von einer Ergotherapeutin nicht erhalten wurden.

Begründung:

Menschen, denen Ergotherapie verordnet wurde, werden möglicherweise aus einer Reihe von Gründen nicht erfasst, wie vorzeitige Entlassung aus einer Einrichtung, fehlende Eignung für Ergotherapie, Weigerung des Leistungsempfängers und Zeitmangel der Ergotherapeutinnen. Die Untersuchung nicht erhaltener Verordnungen kann Aufschluss über notwendige Prozessverbesserungen geben, um den Zugang zu den Leistungen und die Qualität zu erhöhen. Der Indikator kann für die Messung bei einzelnen Untergruppen genutzt werden, z.B. durch Begrenzung auf in Frage kommende Leistungsempfänger, um die Probleme des Zugangs besser zu verstehen.

Berechnungen:

Anzahl der Verordnungen für Leistungen, die von Ergotherapeutinnen nicht erhalten wurden

Potenzielle Datenquellen:

Verordnungsdokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Strategic Direction 4: Improving workforce distribution for equitable access
- Indicator 7: Rehabilitation service utilisation, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 10 – Reduce inequality within and among countries, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 9:

Durchschnittliche Kosten der Leistungen pro Leistungsempfänger

Beschreibung:

Dieser Indikator misst die durchschnittlichen Kosten für die ergotherapeutischen Leistungen für jeden Leistungsempfänger.

Begründung:

Die Auswertung der Kosten kann Aufschluss über die Bezahlbarkeit der ergotherapeutischen Leistungen für die Leistungsempfänger geben. Der Indikator kann die Kosten für verschiedene Untergruppen untersuchen, z.B. Kosten, die vom Leistungsempfänger oder einem externen Geldgeber getragen werden, um den Einfluss auf den Zugang zu den Leistungen zu überprüfen.

Berechnungen:

Verrechnete Gesamtkosten für die ergotherapeutischen Leistungen ÷ Anzahl der Leistungsempfänger

Potenzielle Datenquellen:

Finanzbuchhaltung der Ergotherapie

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Strategic Direction 4: Improving workforce distribution for equitable access
- Indicator 7: Rehabilitation service utilisation, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 10 – Reduce inequality within and among countries, UN SDGs (UN, 2015)

QUALITÄTSDIMENSION: Effizienz

Indikator 10:

Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger

Beschreibung:

Dieser Indikator misst die durchschnittliche Zahl der Therapiesitzungen, mit denen die Leistungsempfänger innerhalb einer bestimmten Zeitspanne versorgt werden, wie z.B. seit Zugang/Aufnahme zur Ergotherapie.

Begründung:

Die Anzahl der Therapieeinheiten für einen Leistungsempfänger ist unterschiedlich und hängt von einer Reihe von Faktoren ab, wie z.B. der Art der versorgten Bevölkerung, dem Grad der Herausforderungen bei der Betätigungsteilnahme, dem Praxis-Setting und den angebotenen Leistungen. Die Intensität der Leistungsversorgung kann auch das Erzielen erwarteter Ergebnisse der Ergotherapie beeinflussen. Die Überprüfung der durchschnittlichen Anzahl an Therapieeinheiten für die aufgenommenen Leistungsempfänger kann helfen, einen Einblick in mögliche Lösungen für Probleme zu geben, die die Leistungsqualität beeinträchtigen.

Berechnungen:

Gesamtzahl der Therapieeinheiten, die für alle Leistungsempfänger während der Aufnahme bereitgestellt werden ÷ Anzahl der Leistungsempfänger

Erforderliche Definitionen:

Welcher Zeitraum wird für die Überprüfung der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger herangezogen?

Potenzielle Datenquellen:

Anwesenheitsprotokolle, ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 9. Obligations to the profession, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 4: Improving workforce distribution for equitable access, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 25: Length of stay, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 11:

Zeitaufwand für die Leistungen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht den durchschnittlichen Zeitaufwand für Ergotherapeutinnen für eine bestimmte Art/ bestimmte Arten der ergotherapeutischen Leistungsaktivität.

Begründung:

Ergotherapeutinnen können mit verschiedenen Arten von Aktivitäten, die mit der ergotherapeutischen Versorgung verbunden sind, zu tun haben. Diese Aktivitäten können eine direkte Intervention bei einem Leistungsempfänger sein, aber auch Zeit, die erforderlich ist, um Best-Practice-Informationen herauszufinden, für Planung, Erforschen des Bedarfs an Hilfsmitteln, Dokumentation, Meetings mit anderen Fachleuten und Reisen. Die Untersuchung von Mustern für den Zeitaufwand für einzelne Aktivitäten kann helfen, Möglichkeiten zur Verbesserung der Produktivität und Qualität der Leistungen zu finden, insbesondere wenn die Erstattung für die ergotherapeutischen Leistungen je nach erbrachter Aktivität variiert.

Berechnungen:

Gesamtzeitaufwand für eine bestimmte Leistungsaktivität ÷ Gesamtarbeitszeit

Erforderliche Definitionen:

Welche Leistungsaktivität wird überprüft?

Potenzielle Datenquellen:

Berichte zur Messung der Arbeitsbelastung

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 9. Obligations to the profession, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 4: Improving workforce distribution for equitable access, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 12:

Nachweis der Integrationsquote

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht, wie gut die Best-Practice-Evidenz in die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen integriert ist.

Begründung:

Ergotherapeutinnen sind ausgebildete, selbstständige Fachkräfte, die Evidenz für begründete und verantwortungsbewusste Entscheidungen bei der ergotherapeutischen Versorgung nutzen. Es wird von **Ergotherapeutinnen erwartet, dass sie sich auf den Prozess des lebenslangen Lernens einlassen, der gewährleistet, dass ihre Arbeit immer auf der besten zur Verfügung stehenden Evidenz basiert.**

Berechnungen:

Gesamtzahl der Leistungsempfänger, die Leistungen nach **der besten zur Verfügung stehenden Evidenz erhalten** ÷ **Anzahl der Leistungsempfänger**

Erforderliche Definitionen:

Wie wird „**die beste zur Verfügung stehende Evidenz**“ für die ergotherapeutischen Leistungen definiert?

Potenzielle Datenquellen:

Berichte zur Messung der Arbeitsbelastung

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 8. Competency and lifelong learning, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 6: Developing and using workforce evidence for policy and management, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

QUALITÄTSDIMENSION: **Wirksamkeit**

Indikator 13:

Verbesserung in der Betätigungsteilhabe

Beschreibung:

Dieser Indikator misst die Verbesserung der Leistungsempfänger in der Betätigungsteilhabe als Ergebnis ihrer Mitarbeit in der Ergotherapie.

Begründung:

Ergotherapeutinnen arbeiten mit Leistungsempfängern an deren Teilhabe an Betätigungen, die Wert und Bedeutung für ihr Leben haben. Untersuchungen der Änderung der Betätigungsteilhabe von Leistungsempfängern geben ein Maß für den Erfolg der ergotherapeutischen Intervention.

Berechnungen:

Gesamtverbesserung für alle Leistungsempfänger laut Bericht ÷ Anzahl der Leistungsempfänger

Erforderliche Definitionen:

Wie wird Betätigungsteilhabe gemessen? Welche Leistungsempfänger werden überprüft?

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 1. Occupation focus, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 6: Developing and using workforce evidence for policy and management, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Indicator 11: Functioning change, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 14:

Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele

Beschreibung:

Dieser Indikator misst den Durchschnitt der Zielerreichung von Leistungsempfängern nach der ergotherapeutischen Intervention.

Begründung:

Ergotherapeutinnen arbeiten gemeinsam mit den Leistungsempfängern an der Entwicklung von Zielen für ihre Mitwirkung bei der ergotherapeutischen Intervention. Die Untersuchung des Grads der Erreichung der ergotherapeutischen Ziele der Leistungsempfänger gibt ein Maß für den Erfolg der ergotherapeutischen Intervention.

Berechnungen:

Gesamtzahl der erreichten Ziele der Leistungsempfänger ÷ Anzahl der Leistungsempfänger

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 2. Collaborative approach, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 6: Developing and using workforce evidence for policy and management, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

QUALITÄTSDIMENSION: Personenzentrierung

Indikator 15:

Grad der Zufriedenheit

Beschreibung:

Dieser Indikator misst die Zufriedenheit der Leistungsempfänger mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung.

Begründung:

Ergotherapeutinnen arbeiten partnerschaftlich mit den Leistungsempfängern in der Therapie zusammen. Es ist wichtig, Feedback über ihre Erfahrungen in der Ergotherapie von den Leistungsempfängern zu bekommen, um sicherzustellen, dass die Probleme, die den Prozess der Zusammenarbeit und die Ergebnisse in der Ergotherapie beeinflussen, bearbeitet werden.

Berechnungen:

Gesamtergebnisse, die von allen Leistungsempfängern rückgemeldet wurden ÷ Anzahl der Leistungsempfänger

Erforderliche Definitionen:

Wie wird die Zufriedenheit mit den ergotherapeutischen Leistungen gemessen?

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 2. Collaborative approach, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 6: Developing and using workforce evidence for policy and management, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 27: Client experience of rehabilitation care, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 16:

Abbruch der Therapie

Beschreibung:

Dieser Indikator misst die Häufigkeit vorzeitig abgebrochener Ergotherapie oder ergotherapeutischer Interventionen, die von Ergotherapeutinnen empfohlen wurden (z.B. Verwendung von Hilfsmitteln, Beteiligung an Aktivitäten) durch die Leistungsempfänger.

Begründung:

Leistungsempfänger können die ergotherapeutischen Interventionen aus einer Reihe von Gründen abbrechen, wie die Kosten, die mangelnde Übereinstimmung und das wahrgenommene Erscheinungsbild. Eine Untersuchung über die Häufigkeit von Therapieabbrüchen kann einen Einblick in die Probleme geben, die die Zufriedenheit der Leistungsempfänger und die Ergebnisse der ergotherapeutischen Intervention beeinflussen.

Berechnungen:

Gesamtzahl der Leistungsempfänger, die vorzeitig die Ergotherapie abbrechen ÷ Anzahl der Leistungsempfänger

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 2. Collaborative approach, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 6: Developing and using workforce evidence for policy and management, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 27: Client experience of rehabilitation care, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 17:

Beschwerden

Beschreibung:

Dieser Indikator überprüft Anliegen, die von anderen Personen bezüglich der ergotherapeutischen Leistungserbringung zur Sprache gebracht werden.

Begründung:

Die Untersuchung der Anliegen, die als Beschwerden zur Sprache gebracht werden, kann einen Einblick in die Probleme geben, die die Zufriedenheit mit und die Ergebnisse der Ergotherapie beeinflussen.

Berechnungen:

Anzahl der Beschwerden

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation / Berichte über Vorfälle

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 2. Collaborative approach, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Strategic Direction 6: Developing and using workforce evidence for policy and management, WFOT Global Occupational Therapy Workforce Strategy (WFOT, 2024b)
- Expanded indicator 27: Client experience of rehabilitation care, WHO RIM (WHO, 2023)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

QUALITÄTSDIMENSION: Sicherheit

Indikator 18:

Schäden/ Beinahe-Verletzungen

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht Vorfälle von Schäden oder Beinahe-Verletzungen, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.

Begründung:

Die Untersuchung der Fragen die mit Vorfällen von Schäden/ Beinahe-Verletzungen zusammenhängen, kann helfen, Risikomanagementstrategien zu ermitteln, um zukünftige Ereignisse zu vermeiden.

Berechnungen:

Zahl der Schäden oder Beinahe-Verletzungen

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation / Berichte über Vorfälle

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 3. Duty of Care, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

Indikator 19:

Kritische Vorfälle

Beschreibung:

Dieser Indikator untersucht kritische Vorfälle, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.

Begründung:

Personen, die ergotherapeutische Leistungen anbieten, haben die Pflicht, einen Standard angemessener Fürsorge zu beachten, um kritische Vorfälle wie Verstöße gegen die Vertraulichkeit, Interessenskonflikte und unprofessionelles Verhalten zu vermeiden. Die Untersuchung der Fragen, die mit kritischen Vorfällen zusammenhängen, kann helfen, Risikomanagementstrategien zu ermitteln, um zukünftige Ereignisse zu vermeiden.

Berechnungen:

Zahl der kritischen Vorfälle

Erforderliche Definitionen:

Was wird als kritischer Vorfall angesehen? Welche kritischen Vorfälle werden untersucht?

Potenzielle Datenquellen:

Ergotherapeutische Dokumentation / Berichte über Vorfälle

Literaturhinweise:

Der Indikator entspricht den Empfehlungen, die in folgenden Literaturhinweisen umrissen werden:

- Principle 3. Duty of care, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Principle 7. Confidentiality, WFOT Guiding Principles for Ethical Occupational Therapy (WFOT, 2024a)
- Goal 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, UN SDGs (UN, 2015)

KAPITEL 3:

REFLEKTIERENDE FRAGEN

1. Welche Kernindikatoren sind die wichtigsten, um die Hauptprobleme, die in Ihrem Praxis-Setting ermittelt wurden, zu bearbeiten?
2. Wie sammeln Sie Daten für die wichtigsten Kernindikatoren für Ihr Praxis-Setting?

KAPITEL 4:

QUALITÄTSMBEWERTUNGSPROZESS

QUEST verwendet einen zweistufigen Qualitätsbewertungsprozess zur Definition von Qualitätsindikatoren für eine bestimmte ergotherapeutische Behandlung oder Leistung. Die am Prozess beteiligten Schritte sind in Abbildung 6 beschrieben. Der Prozess umfasst die Konzipierung vorrangiger Fragen innerhalb der Praxis, um Indikatoren zu ermitteln und zu überwachen, die für die Förderung der Qualitätsleistung von größter Bedeutung sind.

Vor dem Einsatz des Qualitätsbewertungsprozesses ist es notwendig, ein gemeinsames Verständnis der ergotherapeutischen Praxis zu gewährleisten, die durch die Qualitätsindikatoren bewertet wird. Um die Praxis zu verstehen, ist es hilfreich, Faktoren wie die zu versorgende(n) Bevölkerung(en), die Art des(r) angebotenen Dienstleistung(en), Praxisort(e), Behandlungssetting(s) und Praktiker, die an der Leistungserbringung beteiligt sind, zu überprüfen.

Abbildung 6: Qualitätsbewertungsprozess



SCHRITT 1: Qualitätserwartungen ermitteln

Jede der im QI-Rahmenwerk beschriebenen Qualitätsdimensionen wird im ersten Schritt untersucht, um Erwartungen in Bezug auf die Leistungen der Ergotherapie zu definieren. Der Standpunkt der verschiedenen Gruppen oder Fachinteressierten, die an der Durchführung der Ergotherapie beteiligt sind, wie z. B. Leistungsempfänger, Verordnungsquellen und Förderstellen, wird berücksichtigt. Eine Überprüfung der Forschungsliteratur kann die Best-Practice aufzeigen, die befolgt werden sollte. Mögliche Überlegungen zur Bestimmung der Qualitätserwartungen sind nachstehend in Tabelle 9 aufgeführt:

Tabelle 9: Beispiele für Überlegungen bei der Überprüfung der Qualitätserwartungen

		Überlegungen
Qualitätsdimensionen	ANGEMESSENHEIT: Richtige Therapieform, Person, Ort, Zeit	Welche Kenntnisse und Fähigkeiten sind erforderlich, um sicherzustellen, dass die richtigen Dienstleistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person bereitgestellt werden?
	NACHHALTIGKEIT: Zugang zu Ressourcen ohne die zukünftige Verfügbarkeit zu gefährden	Wie können Ressourcen kontinuierlich wirtschaftlich, sozial und umweltverträglich zur Verfügung gestellt werden?
	ZUGÄNLICHKEIT: Einfache Beschaffung von Dienstleistungen	Was sind akzeptable Zeitpläne und Kosten für die Leistung?
	EFFIZIENZ: Ressourceneinsatz für maximale Ergebnisse	Welche Erwartungen bestehen in Bezug auf den Einsatz von Ressourcen (z. B. Personal und Ausstattung)?
	WIRKSAMKEIT: Evidenzinformierte Leistungen für diejenigen, die davon profitieren	Welche Forschungsergebnisse leiten die Leistungserbringung an?
	PERSONENZENTRIERUNG: Erfahrungen mit dem Erhalt von Leistungen	Was wollen Menschen, die Leistungen erhalten?
	SICHERHEIT: Risikominimierung und Schadensvermeidung	Was sind Erwartungen in Bezug auf die Sicherheit? Was sind erhebliche Risiken für die Sicherheit?

SCHRITT 2: SMART-Indikatoren definieren

Im zweiten Schritt des Qualitätsbewertungsprozesses werden Kernindikatoren definiert, um die Performanz/Durchführung im Verhältnis zu den ermittelten Qualitätserwartungen zu messen. Die Kernindikatoren müssen explizit angegeben werden, um zu beschreiben, wie Daten für die Ergotherapie erhoben und berichtet werden. Für alle 19 Qualitätsindikatoren können Daten erhoben und berichtet werden; alternativ können auch nur einige vorrangige Indikatoren überprüft werden. Für Angelegenheiten, die zu mehreren Qualitätsproblemen führen, kann mehr als ein Indikator für eine bestimmte Qualitätsdimension überprüft werden.

Um den Wandel zur Verbesserung der Qualität wirksam voranzutreiben, müssen Indikatoren spezifisch, messbar, vereinbart, relevant und zeitnah sein (SMART). Der Indikator muss beispielsweise eine gültige Messgröße sein, die nützliche Informationen über einen wichtigen Faktor liefert, der die Qualität der ergotherapeutischen Leistungen beeinflusst (Schang, Blotenberg & Boywitt, 2021; Jones et al, 2014). Der Indikator muss eindeutig angegeben werden, damit die Verlässlichkeit im Laufe der Zeit und zwischen verschiedenen Bewertern und Settings gewährleistet ist (Mainz, 2003, Macleod, 2012). Tabelle 10 skizziert wünschenswerte Elemente für Indikatoren, die im SMART-Akronym enthalten sind.

Beispiele für Datenerhebungs- und Berichts-Spezifikationen für jeden der im QI-Rahmenwerk enthaltenen Kernindikatoren sind in Tabelle 11 beschrieben. Die Definition von Indikatorspezifikationen erfordert die Berücksichtigung der verfügbaren Daten und Ressourcen, um die Performanz/Durchführung im Verhältnis zu den ermittelten Qualitätserwartungen zu messen. Erfasste Daten, die für andere Zwecke auf

Leistungs- oder Systemebene bereits vorhanden sind, z. B. Abrechnungsinformationen oder Messdaten zur Arbeitsbelastung, können auf eine mögliche Verwendung für SMART-Qualitätsindikatoren untersucht werden. Begriffe, die bei der Beschreibung der Spezifikationen verwendet werden, erfordern möglicherweise eine Definition, um ein genaues und gemeinsames Verständnis dessen zu gewährleisten, was gemessen wird.

Methoden, die zur Berechnung des Indikatorergebnisses verwendet werden, müssen explizit dargestellt werden, wenn ein quotenbasierter Indikator verwendet wird. Indikatoren, die auf einer Quote basieren, werden in der Regel als Proportionen, Verhältniszahlen oder Durchschnittswerte ausgedrückt und benötigen sowohl einen Zähler als auch einen Nenner, der die Population und den Zeitraum angibt, der durch die Messgröße überprüft wird. Alternativ erfordert ein Hinweisindikator keine spezifischen Berechnungen. Hinweisindikatoren messen Vorkommen oder Vorfälle, die einer weiteren Überprüfung und Analyse bedürfen, z. B. Schadensfälle (Mainz, 2003).

Tabelle 10: SMART-Kriterien für Indikatoren

Spezifisch	Der Indikator ist gut definiert und klar; „was“, „warum“, „wer“, „wo“ und „wann“ werden erklärt.
Messbar	Das gewählte Maß ist gültig, zuverlässig und trennt scharf, mit hoher Spezifität und Empfindlichkeit. Die Kosten oder Belastungen der Messung sind akzeptabel.
Agreed upon (Vereinbart)	Es gibt Beweise dafür, dass das Gemessene wichtige Ergebnisse beeinflusst. Wo es an wissenschaftlichen Erkenntnissen mangelt, spiegelt der Standard Expertenmeinungen wider.
Relevant	Der Indikator liefert nützliche Informationen. Bei der Durchführung der Messung besteht Variabilität.
Timely (Zeitnah)	Der Indikator spricht Fragen aktueller oder zukünftiger Bedeutung an. Es besteht entweder Gelegenheit, Veränderung zu beeinflussen oder es ist entscheidend, einen bestehenden Standard zu erhalten.

Tabelle 11: Datenerhebungs- und Berichtsspezifikationen für SMART-Indikatoren

KERNINDIKATOR: FORTLAUFEND ERWORBENE KOMPETENZ	
Qualitätsdimension:	ANGEMESSENHEIT
SMART-Beispiel-Indikator:	Die Anzahl neu eingestellter Ergotherapeutinnen pro Jahr, die den erwarteten Bildungsanforderungen gerecht werden
Stichprobenberechnung:	$\frac{\text{Zahl der jährlichen Neueinstellungen, die die Bildungsanforderungen erfüllen}}{\text{Zahl der jährlichen Neueinstellungen}}$
Erforderliche Definitionen:	Wie werden die <i>erwarteten Bildungsanforderungen</i> an Ergotherapeutinnen definiert?
Potenzielle Datenquellen:	Audits von Personalakten

KERNINDIKATOR: ETHISCHE UND NACHHALTIGE NUTZUNG DER RESSOURCEN	
Qualitätsdimension:	NACHHALTIGKEIT
SMART-Beispiel-Indikator:	Verfügbarkeit von verleihbaren Hilfsmitteln
Stichprobenberechnung:	$\frac{\text{Anzahl der Hilfsmittel, die pro Monat ausgeliehen werden können}}{\text{Gesamtzahl der Hilfsmittel, die pro Monat erforderlich für die Ausleihe sind}}$
Erforderliche Definitionen:	Welche Arten von verleihbaren <i>Hilfsmitteln</i> werden überprüft?
Potenzielle Datenquellen:	Audits von Ausstattungsbedarfsformularen

KERNINDIKATOR: NICHT ERHALTENE VERORDNUNGEN	
Qualitätsdimension:	ZUGÄNGLICHKEIT
SMART-Beispiel-Indikator:	Prozentsatz der Personen, die pro Monat nicht binnen zwei Tagen nach der Verordnung erscheinen
Stichprobenberechnung:	$\frac{\text{Anzahl der Personen, die pro Monat nicht binnen zwei Tagen nach der Verordnung erscheinen}}{\text{Anzahl der Personen, die monatlich eine Verordnung für die Behandlung erhalten}}$
Erforderliche Definitionen:	Wie werden <i>Verordnungen für die Behandlung</i> identifiziert?
Potenzielle Datenquellen:	Audits von Aufnahme­daten

KERNINDIKATOR: ZEITAUFWAND FÜR DIE LEISTUNGEN	
Qualitätsdimension:	EFFIZIENZ
SMART-Beispiel-Indikator:	Durchschnittliche Zeit, die für einen schriftlichen Ergotherapie-Bericht benötigt wird.
Stichprobenberechnung:	$\frac{\text{Die pro Woche für schriftliche Berichte aufgewendete Zeit}}{\text{Anzahl der pro Woche erstellten Berichte}}$
Erforderliche Definitionen:	Welche Arten von <i>schriftlichen Berichten</i> werden überwacht?
Potenzielle Datenquellen:	Management-Daten zur Arbeitsbelastung

KERNINDIKATOR: VERBESSERUNG IN DER BETÄTIGUNGSTEILHABE	
Qualitätsdimension:	WIRKSAMKEIT
SMART-Beispiel-Indikator:	Anzahl der Personen, die jedes Jahr nach Abschluss eines Arbeitsbefähigungsprogramms wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren.
Stichprobenberechnung:	$\frac{\text{Jährliche Zahl der Personen, die nach Abschluss des Programms wieder arbeiten}}{\text{Jährliche Zahl der Personen, die das Programm abschließen}}$
Erforderliche Definitionen:	Wie wird eine <i>erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz</i> definiert?
Potenzielle Datenquellen:	Audits der ergotherapeutischen Dokumentation

KERNINDIKATOR:	ZUFRIEDENHEITSRATE
Qualitätsdimension:	PERSONENZENTRIERUNG
SMART-Beispiel-Indikator:	Jährlicher prozentualer Anteil der Personen, die Zufriedenheit mit den ergotherapeutischen Leistungen bekunden
Stichprobenberechnung:	$\frac{\text{Anzahl der Personen jeden Jahres, die Leistungen erhalten und zufrieden sind}}{\text{Anzahl der Personen jeden Jahres, die eine Leistung erhalten}}$
Erforderliche Definitionen:	Wie wird die <i>Zufriedenheit mit den Leistungen</i> definiert?
Potenzielle Datenquellen:	Zufriedenheitserhebung nach der Entlassung

KERNINDIKATOR:	SCHÄDEN / BEINAHE-VERLETZUNGEN
Qualitätsdimension:	SICHERHEIT
SMART-Beispiel-Indikator:	Anzahl der Vorfälle von Gewalt am Arbeitsplatz
Stichprobenberechnung:	Keine Berechnung erforderlich (Hinweisereignisindikator)
Erforderliche Definitionen:	Welche Schwere und Art der <i>Gewalt am Arbeitsplatz</i> werden überprüft?
Potenzielle Datenquellen:	Berichte über Vorfälle




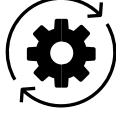



Um SMART-Kriterien für Relevanz und Aktualität zu erfüllen, müssen sich Indikatoren mit Faktoren befassen, die die Qualität der Ergotherapie-Praxis maßgeblich beeinflussen. Vor der Definition der SMART-Indikatoren ist es daher hilfreich, Faktoren oder Probleme zu identifizieren, die sich auf die Fähigkeit der Praxis auswirken, die im ersten Schritt des Qualitätsbewertungsprozesses dokumentierten Qualitätserwartungen zu erfüllen. Tabelle 12

beschreibt Qualitätsfragen, die für ein kommunales Ergotherapie-Programm zur Sturzprävention identifiziert wurden. Tabelle 12 zeigt, wie die Kern-Qualitätsindikatoren definiert werden, um die identifizierten Probleme anzugehen, und SMART-Indikatoren, die durch das Sturzpräventionsprogramm zur Verbesserung der Qualität überwacht werden können.

Tabelle 12: Musterqualitätsfragen für ein kommunales Sturzpräventionsprogramm

		Qualitätsfragen
Qualitätsdimensionen	ANGEMESSENHEIT: Richtige Therapieform, Person, Ort, Zeit	Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen mit erforderlichen Kenntnissen und Fähigkeiten für die Durchführung des Sturzpräventionsprogramms
	NACHHALTIGKEIT: Zugang zu Ressourcen ohne die zukünftige Verfügbarkeit zu gefährden	Veränderungen im öffentlichen Nahverkehr, die die Fähigkeit der Personen beeinträchtigen, am Sturzpräventionsprogramm teilzunehmen
	ZUGÄNGLICHKEIT: Einfache Beschaffung von Leistungen	Möglichkeit von Personen, die in das Sturzpräventionsprogramm überwiesen werden, sich die Registrierungsgebühr leisten zu können
	EFFIZIENZ: Ressourcennutzung für maximale Ergebnisse	Schwankende Anmeldungen zum Programm
	WIRKSAMKEIT: Evidenzinformierte Leistungen für diejenigen, die davon profitieren	Einsatz von evidenzinformierten Sturzpräventionsanweisungen und -materialien
	PERSONENZENTRIERUNG: Erfahrungen mit dem Erhalt von Leistungen	Zufriedenheit der Menschen, die Leistungen mit Sturzsicherheitsempfehlungen erhalten
	SICHERHEIT: Risikominderung und Schadensvermeidung	Potenzial für erhöhte Anzahl von Stürzen infolge positiver Risikobereitschaft

Tabelle 13: Definition von SMART-Qualitätsindikatoren für ein kommunales Sturzpräventionsprogramm

QUALITÄTS-DIMENSION	KERN-INDIKATOREN	SMART-QUALITÄTSINDIKATOREN	QUALITÄTS-PERSPEKTIVE
ANGEMESSENHEIT	Fortlaufend erworbene Kompetenz	Prozentsatz der an der Programmdurchführung beteiligten Ergotherapeutinnen mit Zertifizierung für Sturzpräventionstraining	 Struktur
NACHHALTIGKEIT	Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen	Häufigkeit der monatlichen Stornierungen von Teilnehmern aufgrund von Transportproblemen	 Struktur
ZUGÄNGLICHKEIT	Nicht erhaltene Verordnungen	Anzahl der Personen pro Monat, die in das Programm überwiesen werden, aber die Teilnahme aus finanziellen Gründen ablehnen	 Prozess
EFFIZIENZ	Durchschnittliche Zahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger	Anzahl der Interventionen pro Teilnehmer gemäß den Leitlinien	 Prozess
WIRKSAMKEIT	Verbesserung in der Betätigungsteilhabe	Durchschnittliche Anzahl der Programtteilnehmer, die berichten, die Sicherheitsempfehlungen zu nutzen	 Ergebnis
PERSONEN-ZENTRIERUNG	Beschwerden	Anzahl der Beschwerden über Sicherheitsausrüstungen pro Monat	 Ergebnis
SICHERHEIT	Schäden / Beinahe-Verletzungen	Sturzhäufigkeit der Programm-Teilnehmer während sechs Monaten nach Programmabschluss	 Ergebnis

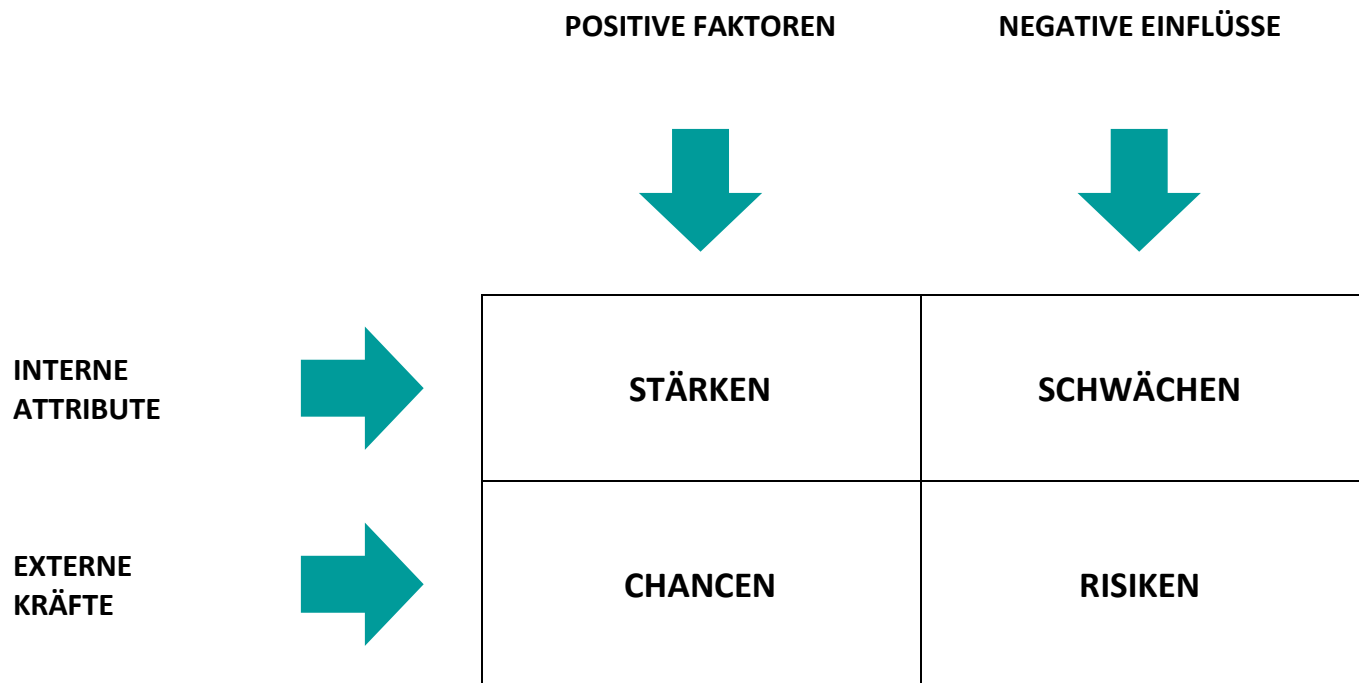
Zur Unterstützung bei der Ermittlung von Qualitätsproblemen kann eine SWOT-Analyse als optionale Übung durchgeführt werden. Eine SWOT-Analyse hilft dabei, den Kontext zu verstehen, in dem die Praxis funktioniert, und untersucht interne und externe Faktoren, die sich darauf auswirken, wie gut die Qualitätserwartungen erfüllt werden (Abbildung 7). Die SWOT-Analyse untersucht:

- Stärken (günstige Eigenschaften, die zu den Aufgaben der Leistungen beitragen);
- Schwächen (interne Faktoren, die Qualität und die Leistungen behindern);
- Chancen (positive externe Faktoren und Entwicklungen); und
- Risiken (externe Bedingungen, die Schaden anrichten oder die Erfolgsaussichten schwächen könnten).

Durch die SWOT-Analyse können Qualitätsprobleme identifiziert werden, die Schwächen oder Bedrohungen auf die Leistungsqualität darstellen oder alternativ auf Stärken und Möglichkeiten aufgebaut werden, um die Praxisqualität zu verbessern.

Arbeitsblätter zur Definition von SMART-Qualitätsindikatoren unter Verwendung des Qualitätsbewertungsprozesses sind in Anhang 1 enthalten. Eine Fallstudie, die den Qualitätsbewertungsprozess und die Verwendung der Arbeitsblätter veranschaulicht, ist als Anhang 2 enthalten.

Abbildung 7: SWOT-Analyse



KAPITEL 4:

REFLEKTIERENDE FRAGEN

1. Was sind die beiden Schritte zum Qualitätsbewertungsprozess und was sind die Schlüsselemente in ihnen?
2. Machen Sie eine SWOT-Analyse Ihres Praxisbereichs.
3. Was sind die vorrangigen Punkte in Ihrem Umfeld in Bezug auf die Förderung der Leistungsqualität? Gehen Sie Tabelle 9 durch, um Ihre Qualitätserwartungen erkennen zu können.
4. Entwickeln Sie einen SMART-Indikator für Ihr Praxis-Setting.

KAPITEL 5:

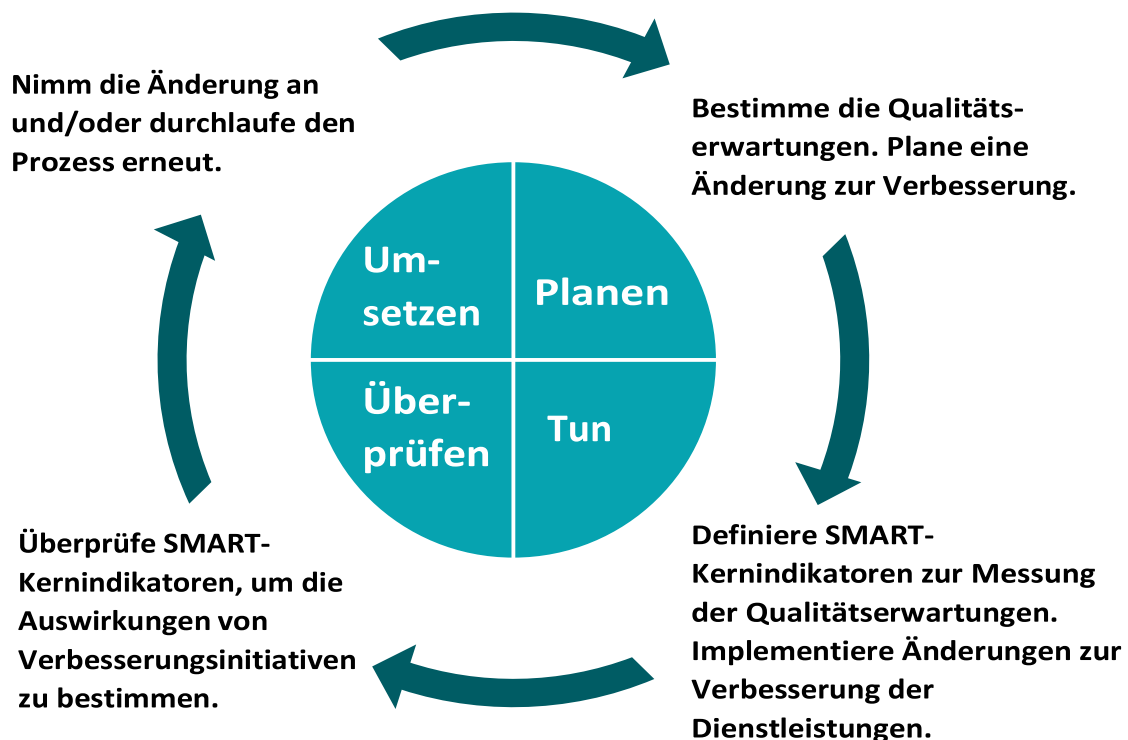
VERWENDUNG DER SMART-QUALITÄTSINDIKATOREN

SMART-Indikatoren müssen vor der vollständigen Umsetzung geprüft werden, um sicherzustellen, dass die erhaltenen Daten gültig und zuverlässig sind. Nach Erstellung und Einsatz der Indikatoren werden die Ergebnisse regelmäßig überprüft, um Entwicklungen bei der Qualität der Dienstleistungen zu ermitteln. Indikatoren können für internen oder externen Leistungsvergleich verwendet werden und bieten eine Ausgangsbasis für die zukünftige Durchführung. Da Indikatoren ein quantitatives Maß für die Qualität der Dienstleistungen zu einem bestimmten Zeitpunkt liefern, können aufeinanderfolgende Messungen im

Zeitablauf verwendet werden, die Auswirkungen von Initiativen zur Qualitätsverbesserung zu bewerten.

Abbildung 8 zeigt, wie die Indikatoren im von Deming (1993) beschriebenen Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Zyklus verwendet werden. Der Qualitätsbewertungsprozess in diesem Zyklus stellt sicher, dass Indikatoren relevant bleiben, insbesondere, wenn interne Faktoren oder äußere Einflüsse zu einer signifikanten Veränderung der Qualität der Leistung oder Qualitätsprioritäten für die ergotherapeutischen Leistungen führen.

Abbildung 8: Der Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Zyklus (angepasst nach Deming, 1993)



KAPITEL 5:

REFLEKTIERENDE FRAGEN

1. Wie stellt der Planen-Tun-Überprüfen-Umsetzen-Zyklus sicher, dass Qualitätsindikatoren relevant bleiben?
2. Welche Art von Daten wird in Ihrem Praxisbereich routinemäßig überprüft? Welche Entwicklungen können sich aus den Daten ergeben?
3. Wie können Sie diese Daten ergänzen, um die Qualität Ihrer Leistungen in Ihrem Praxissetting besser zu verstehen?

KAPITEL 6:

KONTINUIERLICHE VERBESSERUNG DES QUEST

QUEST wurde mit dem Input von Ergotherapeutinnen auf der ganzen Welt durch einen mehrstufigen Pilot-Testprozess entwickelt. QUEST bietet ein konzeptionelles Modell und Verfahren für einen gemeinsamen Ansatz innerhalb der Ergotherapie zur Beurteilung der Qualität der Leistungen. Durch die Pilotversuche wurde festgestellt, dass QUEST für eine Reihe von Gruppen innerhalb des Berufsstandes der Ergotherapie von Interesse sein kann, darunter:

- Jede Ergotherapeutin, um ihre Leistungen zu überprüfen und kontinuierlich zu verbessern;
- Ergotherapie-Leiter und -Verwalter, um eine oder mehrere ergotherapeutische Leistungen über gemeinsame Elemente der Qualitätsleistung hinweg zu überprüfen;
- Ergotherapie-Forscher, um ein evaluatives Design für die Ergotherapie-Forschung zu liefern;
- Ergotherapie-Lehrende, um Auszubildenden der Ergotherapie ein Lehrmittel zur Qualitätsmessung zur Verfügung zu stellen;
- Regulierungsbehörden für Ergotherapie zur Förderung der Qualität der für die Öffentlichkeit erbrachten Dienstleistungen; und
- Regierungen, Ministerien und andere Geldgeber, um die Verlässlichkeit in Bezug auf die Qualitätsleistung der Ergotherapie nachzuweisen.

Mit dem Einsatz und der Forschung innerhalb der breiten Ergotherapie-Gemeinschaft ist zu erwarten, dass QUEST sich durch einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess weiterentwickeln wird. Feedback von Nutzern von QUEST wird vom WFOT begrüßt, um zu diesem kontinuierlichen Verbesserungsprozess beizutragen. Nutzer können Feedback online unter <https://wfot.link/questfeedback> abgeben.

KAPITEL 6

REFLEKTIERENDE FRAGEN

1. Verwenden Sie die Arbeitsblätter in Anhang 1, um den Qualitätsbewertungsprozess für Ihren Praxisbereich abzuschließen.
2. Wie nützlich ist QUEST, um SMART-Kernindikatoren für Ihren Praxisbereich zu entwickeln?
3. Welche zusätzlichen Ressourcen benötigen Sie, um QUEST zur Qualitätsbewertung in Ihrer Praxis zu verwenden?

KAPITEL 7:

ZUSAMMENFASSUNG

Qualität ist ein weiter und subjektiver Begriff mit vielen Faktoren, die bei der Bewertung von ergotherapeutischen Leistungen berücksichtigt werden können. QUEST beschreibt das QI-Rahmenwerk als konzeptionelles Modell zur Identifizierung von Kernindikatoren zur Bewertung unterschiedlicher Dimensionen der Leistungsqualität aus der Perspektive von Struktur, Prozess und Ergebnis. Der zweistufige Qualitätsbewertungsprozess gewährleistet die Berücksichtigung von Qualitätselementen, die für eine ergotherapeutische Leistung am relevantesten sind, um die Kernindikatoren zu definieren, die spezifisch, messbar, vereinbart, relevant und zeitnah sind (SMART). QUEST bietet daher eine umfassende Evaluierungsstrategie, die unterschiedliche Perspektiven und Dimensionen der Qualität berücksichtigt, um es Ergotherapeutinnen zu ermöglichen, die Qualität mittels Indikatoren in den Bereichen mit der höchsten Priorität für die kontinuierliche Verbesserung der von ihnen erbrachten Leistungen zu messen.

LITERATUR

- Arah, O., Klazinga, N., Delnoij, D., Ten Asbroek, A. & Custers, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
- Arah, O., Westert, G., Hurst, J. & Klazinga, N. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(1), 5-13.
- Ayanian, J.Z. & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 205-207.
- Ballmer, T, Frey, S, Petrig, A, & Gantschnig, E. (2024). Quality indicators for occupational therapy: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 24:1054 <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11548-1>
- Berwick, D., Nolan, T., Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759.
- Brown, D. (2009). Good practice guidelines for indicator development and reporting. Retrieved from <https://www.oecd.org/site/progresskorea/43586563.pdf>
- Campbell S., Braspenning J., Hutchinson A., Marshall M. (2003). Improving the quality of health care. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal*, 326: 816-819.
- Deming, W.E. (1993). The new economics. *Massachusetts Institute of Technology Press*, p. 35.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 44, Suppl: 166-206.
- Donabedian A. (2003). An Introduction to quality assurance in health care. Oxford: *Oxford University Press*.
- Grimmer, K., Lizarondo, L., Kumar, S., Bell, E., Buist, M. & Weinstein, P. (2014). An evidence-based framework to measure quality of allied health care. *Health Research Policy and Systems*, 12:10 <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-10>
- Hand, B. N., Li, C.-Y., & Mroz, T. M. (2022). Health services research and occupational therapy: Ensuring quality and cost-effectiveness. *American Journal of Occupational Therapy*, 76, 7601170010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.761001>
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T. & Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organisation*, 95, 368 – 374.
- Johnson, J. K., & Sollecito, W. A. (2018). Mclaughlin and Kaluzny's continuous quality improvement in health care. Retrieved from <http://ebookcentral.proquest.com>
- Jones, P, Shepherd, M, Wells, S, LeFevre, J & Ameratunga, S. (2014). What makes a good healthcare quality Indicator? A systematic review and validation study *Emergency Medicine Australasia* (2014) 26, 113–124 doi: 10.1111/1742-6723.12195
- Leland, N., Crum, K., Phipps. S., Roberts, P. & Gage, B. (2015). Advancing the value and quality of occupational therapy in health service delivery. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(1), 1–7.
- Laverdure, P & Swinth, Y. (2024) The development of quality indicators to increase effectiveness and efficiency in school-based practice, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 17:3, 494-509, DOI: 10.1080/19411243.2024.2399394\
- Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), 523-530.
- Macleod L. (2012). Making SMART goals smarter. *Physician executive*, 38(2), 68.
- Olin, S., Kutash, K., Pollock, M., Burns, B., Kuppinger, A., Craig, N., Purdy, F., Armusewicz, F., Wisdom, J. & Hoagwood, K. (2014). Developing quality indicators for family support services in community team-based mental health care. *Administration and Policy in Mental Health*, 41: 7 – 20.

Roberts, P. & Robinson, M. (2014). Occupational therapy's role in preventing acute readmissions. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 254-259

Roberts, P., Robinson, M., Furniss, J., & Metzler, C. (2020). Health Policy Perspectives—Occupational therapy's value in provision of quality care to prevent readmissions. *American Journal of Occupational Therapy*, 74, 7403090010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.743002>

Schang, L, Blotenberg, I & Boywitt, D. (2021). What makes a good quality indicator set? A systematic review of criteria. *International Journal for Quality in Health Care*, 2021, 33(3), 1–10 DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab107>

Sandhu, S., Furniss, J., & Metzler, C. (2018). Health policy perspectives; Using the new postacute care quality measures to demonstrate the value of occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 72, 7202090010. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.722002>

Schiff, G.D. & Rucker, T.D. (2001). Beyond structureprocess-outcome: Donabedian's seven pillars and eleven buttresses of quality. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(3):169-74.

Swedish Association of Occupational Therapy. (2011). Quality policy. Nacka, Sweden: Author.

World Federation of Occupational Therapists. (2010a). Position statement: Client centeredness in occupational therapy (Archived). Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Federation of Occupational Therapists. (2010b). Position statement: Diversity and culture (Archived). Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Federation of Occupational Therapists. (2012). Position statement: Environment sustainability, sustainable practice with occupational therapy. Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Federation of Occupational Therapists. (2024a). Guiding principles for ethical practice. Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Federation of Occupational Therapists. (2024b). Global occupational therapy workforce strategy. Retrieved from <http://www.wfot.org>

World Health Organisation. (2007). People at the centre of health care: Harmonizing mind and body, people and systems. Western Pacific Region, Geneva: WHO.

World Health Organization. (2023). Rehabilitation indicator menu: A tool accompanying the Framework for Rehabilitation Monitoring and Evaluation (FRAME), 2nd ed. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240076440>

United Nations. (2015). Sustainable Development Goals. Retrieved from <https://sdgs.un.org/goals>

MITWIRKENDE/AUTOREN

WFOT Quality Indicators Working Group

Claudia von Zweck, Co-Projektleiterin
Kanada

Sandra Bressler, Co-Projektleiterin
Kanada

Carolina Alchouron
Argentinien

Susan Brandis
Australien

Helen Buchanan
Südafrika

Teena Clouston
Vereinigtes Königreich

Camilla Cox
Vereinigtes Königreich

Lucila Moreno
Argentinien

Tim Reistetter
Vereinigte Staaten

Ariela Zur
Israel

WFOT Quality Indicators Working Group Advisors

Sharon Brintnell
Kanada

Marilyn Pattison
Australien

Deutsche Übersetzung

Herta Dangl
Deutschland

Maria und Gerhard Feiler
Österreich

Esther Rothenberger
Schweiz

ANHANG 1

QUALITY EVALUATION STRATEGY TOOL (QUEST)

SMART KERNINDIKATOR-ARBEITSBLÄTTER



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool

SMART-Kernindikator- Arbeitsblätter



WFOT

Weltverband der Ergotherapeu-
tinnen und Ergotherapeuten

Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren

Die Zusammenstellung der QUEST-Kernindikatoren identifiziert 19 Kernindikatoren, die für die Leistungen aller Ergotherapeutinnen anwendbar sind, gleich in welcher geografischen Lage, in welchem Praxis-Setting und bei welcher Bevölkerungsgruppe. Die Kernindikatoren messen 7 Qualitätsdimensionen aus der Perspektive der Struktur (Umweltfaktoren und Ressourcen), des Prozesses (wie die Leistungen erbracht werden) und den Ergebnissen (Veränderungen durch die Leistungen).

Die Zusammenstellung der Kernindikatoren wird unten umrissen und auf den folgenden Seiten näher erklärt.

Qualitätsmaßstab	Kernindikator
Angemessenheit Kann eine angemessene Leistung erbracht werden? Stehen Leistungserbringer mit der Kompetenz zur Verfügung, die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person zu erbringen?	Verfügbares Angebot an Ergotherapeutinnen
	Fortlaufend erworbene Kompetenz
Nachhaltigkeit Sind die erforderlichen Ressourcen nachhaltig ? Steht der Zugang zu Ausstattung, Raum und Versorgung, die für die Leistungen benötigt werden, zur Verfügung ohne die zukünftige Versorgung zu gefährden?	Kontinuität in der Verfügbarkeit der Ressourcen
	Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen
	Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen
Zugänglichkeit Gibt es Zugang zu den Leistungen? Wie einfach ist es aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive, Ergotherapie zu erhalten?	Umfang der Verordnungen
	Durchschnittliche Wartezeit
	Nicht erhaltene Verordnungen
	Durchschnittliche Kosten der Leistungen pro Leistungsempfänger
Effizienz Sind die Leistungen effizient ? Nutzt die Ergotherapie die Ressourcen so, dass sie den maximalen Nutzen erbringen?	Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger
	Zeitaufwand für die Leistungen
	Nachweis der Integrationsquote
Wirksamkeit Wie wirksam sind die Leistungen? Erreicht die Ergotherapie die gewünschten Ziele für die Personen, die sie in Anspruch nehmen können?	Verbesserung in der Beteiligungsteilhabe
	Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele
Personenzentrierung Wie hoch ist der Grad der Zufriedenheit mit den Leistungen? Wie gut entsprechen die ergotherapeutischen Leistungen den berechtigten Erwartungen der Leistungsempfänger?	Grad der Zufriedenheit
	Abbruch der Therapie
	Beschwerden
Sicherheit Wie sicher sind die Leistungen? Wieweit wurde sowohl eine Risikominderung und Schadensvermeidung als auch die Förderung der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden bei der Durchführung der Ergotherapie abgewogen?	Schäden/ Beinahe-Verletzungen
	Kritische Vorfälle

Beschreibung des ergotherapeutischen Praxis-Settings

Beginnen Sie mit den Arbeitsblättern, indem Sie kurz das Praxis-Setting beschreiben, bei dem die Zusammenstellung der Kernindikatoren angewendet wird.

Name des Praxis-Settings	
Versorgte Bevölkerungsgruppe(n)	
Art der Leistungen	
Ort(e) der Praxis	
Ergotherapeutinnen und andere Gesundheitsberufe, die an der Versorgung beteiligt sind	

Nachdem Sie die Beschreibung beendet haben, verwenden Sie die Tabellen auf den folgenden Seiten zur Identifizierung der Kernindikatoren für die Leistung. Sie werden durch ein zweischrittiges Verfahren zur Definierung der Indikatoren nach SMART (spezifisch, messbar, vereinbart (agreed upon), relevant und zeitnah (timely)) geführt.

Schritt 1: Qualitätserwartungen ermitteln

Ermitteln Sie die Qualitätserwartungen für die ergotherapeutischen Leistung in Bezug zu jeder Qualitätsdimension, die in der Zusammenstellung der Kernindikatoren gemessen wurde. Berücksichtigen Sie den Standpunkt anderer, wie z. B. Personen, die die Leistungen erhalten, Quellen für Verordnungen und Finanzierungsagenturen/-behörden, wenn Sie die Erwartungen ermitteln. Für jede Qualitätsdimension werden Fragen gestellt, die zum Nachdenken über die Qualitätserwartungen anregen sollen. Optional kann eine SWOT-Analyse (Analyse über Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Gefahren) helfen, die Qualitätserwartungen zu ermitteln.

Schritt 2: SMART-Indikatoren definieren

Wählen Sie die relevantesten Indikatoren aus der Zusammenstellung der Kernindikatoren zur Messung wichtiger Qualitätserwartungen für die Therapie aus. Es kann mehr als ein Kernindikator für jede Qualitätsdimension ausgewählt werden. Beschreiben Sie, wie die ausgewählten Indikatoren die Durchführung der Leistung unter Nutzung der vorhandenen Berechnungen messen werden, definieren Sie die für die Messung verwendeten Begriffe und dokumentieren Sie, wie die Daten gesammelt werden.

Kernindikatoren-Qualitätsdimension Angemessenheit

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Angemessenheit ermitteln

Welche Kenntnisse und Fähigkeiten sind erforderlich, um sicherzustellen, dass die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person erbracht werden?	
---	--

Schritt 2: Definieren von SMART-Indikatoren für Angemessenheit

Kernindikator 1: Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen	Untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen, die für die zu versorgende Bevölkerung Leistungen erbringen sollen
SMART-Indikator:	
Berechnung:	Anzahl der Vollzeit-Ergotherapeutinnen ÷ zu versorgende Bevölkerung
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die zu versorgende Bevölkerung und die Zeitspanne, in der die Messung vorgenommen wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 2: Fortlaufend erworbene Kompetenz	Untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen, die den Anforderungen der fortlaufend erworbenen Kompetenz entsprechen, um die Leistungen für die Zielgruppe der Leistungsempfänger zu erbringen.
SMART-Indikator:	
Berechnung:	Anzahl der Ergotherapeutinnen, die den Kompetenzanforderungen entsprechen ÷ Anzahl der Ergotherapeutinnen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie fortlaufend erworbene Kompetenz gemessen wird (z.B. Beteiligung an fortlaufender beruflicher Entwicklung) und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Nachhaltigkeit ermitteln

Welche Ressourcen (z.B. Vorräte, Ausstattung, Raum) sind für eine fortlaufende Versorgung erforderlich?	
---	--

Schritt 2: Definieren von SMART-Indikatoren für Nachhaltigkeit

Kernindikator 3: Kontinuität in der Verfügbarkeit der Ressourcen	Untersucht die Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen für eine Versorgung mit qualitativen ergotherapeutischen Leistungen
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl von Knappheiten einer erforderlichen Ressource
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als Knappheit angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Maßzahl überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 4: Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen	Untersucht die Häufigkeit von Unterbrechungen der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen durch Probleme mit der Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen. Diese Probleme umfassen Gerätestörungen/-ausfall, Knappheit von Vorräten und unzureichende Finanzierung.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Leistungsunterbrechungen durch Ressourcenprobleme
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als Leistungsunterbrechung angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Maßzahl überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 5: Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen	Untersucht die Überlegungen zur ethischen Beschaffung und zu Nachhaltigkeitsfragen bei der Auswahl von Ressourcen, die für die Erbringung ergotherapeutischer Leistungen verwendet werden (z.B. den Einsatz lokal beschaffter oder recycelter Produkte).
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der ethisch und nachhaltig beschafften, verwendeten Ressourcen ÷ Anzahl der verwendeten Ressourcen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als ethisch beschafft angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Maßzahl überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Zugänglichkeit ermitteln

<p>Qualitätserwartungen:</p> <p>Was sind aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive akzeptable Erfordernisse für den Zugang zu Ergotherapie?</p>	
--	--

Schritt 2: Definieren von SMART-Indikatoren für Zugänglichkeit

<p>Kernindikator 6: Umfang der Verordnungen</p>	<p>Untersucht die Häufigkeit der erhaltenen Anfragen nach Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	
<p>Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Anzahl der erhaltenen Verordnungen innerhalb eines bestimmten Zeitraums</p>
<p>Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Verordnungen und die Zeitspanne, in der die Verordnungen überprüft werden.</p>	
<p>Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	

Kernindikator 7: Durchschnittliche Wartezeit	Misst die Durchschnittszeit, die bis zum Zugang zu den ergotherapeutischen Leistungen erforderlich ist.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamte Wartezeit aller Leistungsempfänger auf die Leistungen ÷ Anzahl der Leistungsempfänger
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Wartezeit und die Zeitspanne, in der die Verordnungen überprüft werden.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 8: Nicht erhaltene Verordnungen	Untersucht die Anzahl der Verordnungen für Ergotherapie, die von einer Ergotherapeutin nicht erhalten wurden.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Verordnungen für Leistungen, die von einer Ergotherapeutin nicht erhalten wurden.
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Verordnungen und die Zeitspanne, in der die Verordnungen überprüft werden.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

<p>Kernindikator 9: Durchschnittliche Kosten der Leistungen pro Leistungsempfänger</p>	<p>Misst die durchschnittlichen Kosten für die ergotherapeutischen Leistungen für jeden Leistungsempfänger.</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	
<p>Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Verrechnete Gesamtkosten für die ergotherapeutischen Leistungen ÷ Anzahl der Leistungsempfänger</p>
<p>Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der die Kosten überprüft werden.</p>	
<p>Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	

Kernindikatoren-Qualitätsdimension Effizienz

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Effizienz ermitteln

Qualitätserwartungen: Wie sind die Erwartungen für die Arbeitsleistung in Bezug auf die Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal und Ausstattung)?	
---	--

Schritt 2: Definieren von SMART-Indikatoren für Effizienz

Kernindikator 10: Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger	Misst die durchschnittliche Zahl der Therapieeinheiten, mit denen die Leistungsempfänger innerhalb einer bestimmten Zeitspanne versorgt werden, z.B. seit Zugang/ Aufnahme zur Ergotherapie.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der Therapieeinheiten, die für alle Leistungsempfänger während der Aufnahme bereitgestellt werden ÷ Anzahl der Leistungsempfänger
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der die Anzahl der Therapiesitzungen überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 11: Zeitaufwand für die Leistungen	Dieser Indikator untersucht den durchschnittlichen Zeitaufwand für Ergotherapeutinnen für eine bestimmte Art/ bestimmte Arten der ergotherapeutischen Leistungsaktivität.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamter Zeitaufwand für eine bestimmte Leistungsaktivität ÷ Gesamtarbeitszeit
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Leistungsaktivität und die Zeitspanne, in der der Zeitaufwand überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 12: Nachweis der Integrationsquote	Untersucht, wie gut die Best-Practice-Evidenz in die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen integriert ist.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der Leistungsempfänger, die Leistungen nach der besten zur Verfügung stehenden Evidenz erhalten ÷ Anzahl der Leistungsempfänger
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die beste zur Verfügung stehende Evidenz und die Zeitspanne, in der die Maßzahl überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Wirksamkeit ermitteln

Welche Veränderungen erwartet die Evidenz-Forschung in Bezug auf die Versorgung mit Leistungen?	
---	--

Schritt 2: Definieren von SMART-Indikatoren für Wirksamkeit

Kernindikator 13: Verbesserung in der Betätigungsteilhabe	Misst die Verbesserung der Leistungsempfänger in der Betätigungsteilhabe als Ergebnis ihrer Mitarbeit in der Ergotherapie.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtverbesserung aller Leistungsempfänger laut Bericht ÷ Anzahl der Leistungsempfänger
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Betätigungsteilhabe gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 14: Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele	Misst den Durchschnitt der Zielerreichung von Leistungsempfängern nach der ergotherapeutischen Intervention.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	$\text{Gesamtzahl der erreichten Ziele der Leistungsempfänger} \div \text{Anzahl der Leistungsempfänger}$
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Personenzentrierung ermitteln

Was wünschen sich die Menschen?	
---------------------------------	--

Schritt 2: Definieren von SMART-Indikatoren für Personenzentrierung

Kernindikator 15: Grad der Zufriedenheit	Misst die Zufriedenheit der Leistungsempfänger mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtergebnisse, die von allen Leistungsempfängern rückgemeldet wurden ÷ Anzahl der Leistungsempfänger
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, z.B. wie die Zufriedenheit mit den Leistungen gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 16: Abbruch der Therapie	Misst die Häufigkeit vorzeitig abgebrochener Ergotherapie oder ergotherapeutischer Interventionen, die von Ergotherapeutinnen empfohlen wurden (z.B. Verwendung von Hilfsmitteln, Beteiligung an Aktivitäten) durch die Leistungsempfänger.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der Leistungsempfänger, die vorzeitig die Ergotherapie abbrechen ÷ Anzahl der Leistungsempfänger
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Arten der Leistungen, die einbezogen werden und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 17: Beschwerden	Überprüft Anliegen, die von anderen Personen bezüglich der ergotherapeutischen Leistungserbringung zur Sprache gebracht werden.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Beschwerden
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Sicherheit ermitteln

Welche Erwartungen gibt es in Bezug auf Sicherheit? Welche Sicherheitsrisiken sind akzeptabel?	
--	--

Schritt 2: Definieren von SMART-Indikatoren für Sicherheit

Kernindikator 18: Schäden/ Beinahe-Verletzungen	Überprüft Vorfälle von Schäden oder Beinahe-Verletzungen, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl der Schäden oder Beinahe-Verletzungen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

Kernindikator 19: Kritische Vorfälle	Überprüft kritische Vorfälle, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.
SMART-Indikator:	
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl der kritischen Vorfälle
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	

ANHANG 2

QUALITY EVALUATION STRATEGY TOOL (QUEST) FALLSTUDIEN

Klinische Psychiatrie

Gedächtnistraining

Sturzpräventionsprogramm in der Gemeinde

Schlaganfall-Versorgung

Ergotherapeutische Ausbildungsprogramme



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool

Fallstudie
Klinische Psychiatrie



WFOT

**Weltverband der Ergotherapeu-
tinnen und Ergotherapeuten**

Die Fallstudie umfasst ergotherapeutische Leistungen, die von einer Klinik für Menschen mit psychischen Erkrankungen erbracht werden. Alle Patienten, die im Krankenhaus stationär aufgenommen werden, können zur Ergotherapie überwiesen werden. Die Interventionen werden in Gruppen- und Einzelstunden durchgeführt und sollen Patienten unterstützen, sich an gesunden Routinen zu beteiligen und gesundheitsfördernde Strategien zu verwenden, um mit Angst und Stress umgehen zu können. Die Leistungen werden stationär und in der Gemeinde durch eine Vollzeit-Ergotherapeutin angeboten.

Vor Vervollständigung der QUEST-Arbeitsblätter wurde eine SWOT-Analyse durchgeführt, um Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken im Zusammenhang mit den ergotherapeutischen Leistungen für die Klienten der Klinik zu identifizieren. Die SWOT-Analyse wurde durchgeführt, um ein Verständnis für die gesamten positiven und negativen Themen zu den ergotherapeutischen Leistungen zu entwickeln. Die Ergebnisse der SWOT-Analyse sind im Folgenden dargestellt:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit, Patienten sowohl auf als auch außerhalb der Station zu sehen • Die Patienten sind motiviert, sich in ergotherapeutische Behandlung zu begeben • Klare Rolle für die Ergotherapie bei psychischen Erkrankungen • Die Ergotherapie ist eine angesehene Funktion innerhalb des medizinischen Dienstes mit engen Verbindungen zu anderen Dienstleistungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Eine einzelne Ergotherapeutin ist für 20 Patienten zuständig • Mehrere Rollen zu erfüllen – in mehrere Projekte und Arbeitsaufgaben einbezogen • Platz für therapeutische Interventionen ist begrenzt • Allein zu arbeiten führt zu Risikosituationen • Patienten werden oft entlassen, bevor die Intervention abgeschlossen ist • Ergotherapie wird nicht ambulant angeboten, um die Arbeit auf der Station fortzusetzen
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Schulungsprogramme stehen zur Verfügung • Möglichkeiten, sich auf Konferenzen darzustellen und sich in der Forschung zu engagieren • Beteiligung an Medienprojekten • Steigerung der Verordnungen • Nachhaltigkeitsinitiative für Krankenhäuser gestartet 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhte Komplexität der Patientenbedürfnisse • Die Aufenthaltsdauer wird kürzer, was die Zeit für eine umfassende Einschätzung und Intervention verkürzt • Begrenzte kommunale soziale Unterstützung und Verfügbarkeit von Wohnraum

Aus der SWOT-Analyse wurden Qualitätsfragen identifiziert, um die Entwicklung von SMART-Indikatoren auf signifikante Bedenken zu konzentrieren, die sich auf die ergotherapeutische Leistungserbringung auswirken. Die ermittelten Qualitätsprobleme werden im Folgenden erläutert.

QUALITÄTSDIMENSION	QUALITÄTSPROBLEME
ANGEMESSENHEIT:	Die Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung durch Weiterbildung, Forschung oder Präsentation auf Konferenzen werden nicht genutzt.
NACHHALTIGKEIT:	Es wird derzeit ein Plan für die gesamte Klinik entwickelt, um die Nachhaltigkeit der benötigten Ressourcen zu berücksichtigen, in dem aber zurzeit noch keine ergotherapeutischen Leistungen berücksichtigt sind.
ZUGÄNGLICHKEIT:	Patienten, die von der Ergotherapie profitieren könnten, haben aufgrund der hohen Arbeitsbelastung des Personals keinen Zugang zur Dienstleistung.
EFFIZIENZ:	Die Arbeitsbelastung in der Ergotherapie und die Produktivitätserwartungen übersteigen die Möglichkeiten, zeitgerecht Leistungen zu erbringen, was zur Stornierung von Klienten-Terminen führt. Die Arbeit in der klinischen Administration und Forschung führt zu weniger Zeit für Patienteninterventionen.
WIRKSAMKEIT:	Die mit den Klienten festgelegten Ziele für die ergotherapeutische Intervention werden nicht immer erreicht, da die Zeit für Interventionen fehlt.
PERSONENZENTRIERUNG:	Die Zufriedenheit der Patienten mit ergotherapeutischen Leistungen ist unbekannt.
SICHERHEIT:	Bei Mitarbeitern, die allein arbeiten, kann es zu Risikosituationen kommen, insbesondere bei Gemeinschaftsaktivitäten.

**ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ANGEMESSENHEIT**

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Angemessenheit ermitteln

Welche Kenntnisse und Fähigkeiten sind erforderlich, um sicherzustellen, dass die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person erbracht werden?	Die Ergotherapeutinnen müssen einen Abschluss an einem anerkannten ergotherapeutischen Ausbildungsprogramm erworben und fortlaufend an Fort-/ Weiterbildungen zur laufenden beruflichen Entwicklung teilgenommen haben.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Angemessenheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Indikator 2: Fortlaufend erworbene Kompetenz	Untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen die den Anforderungen der fortlaufend erworbenen Kompetenz entsprechen, um die Leistungen für die Zielgruppe der Leistungsempfänger zu erbringen.
SMART-Indikator:	Erfolg des ergotherapeutischen Personals, die selbstgesteckten jährlichen Ziele zur beruflichen Weiterentwicklung erreicht zu haben.
Berechnung:	Anzahl der Ergotherapeutinnen, die die Ziele zur beruflichen Weiterentwicklung pro Jahr erreicht haben ÷ Anzahl der Ergotherapeutinnen pro Jahr
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie z.B. fortlaufend erworbene Kompetenz gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Ziele zur beruflichen Weiterentwicklung:</i> Ziele, die von einem Mitglied des Personals während des jährlichen Verfahrens zur Leistungsbeurteilung gesteckt werden.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Dokumentation der Prüfung der Leistungsbeurteilung im Personalwesen

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR NACHHALTIGKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Nachhaltigkeit ermitteln

Welche Ressourcen (z.B. Vorräte, Ausstattung, Raum) sind für eine fortlaufende Versorgung mit Leistungen erforderlich?	Notwendige Ressourcen beinhalten einen passenden Arbeitsraum und ein Büro plus Therapie- und Küchenausstattung
--	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Nachhaltigkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 5: Ethischer und nachhaltiger Einsatz der Ressourcen	Untersucht die Überlegungen zur ethischen Beschaffung und zu Nachhaltigkeitsfragen bei der Auswahl von Ressourcen, die für die Erbringung ergotherapeutischer Leistungen verwendet werden (z.B. den Einsatz lokal beschaffter oder recycelter Produkte).
SMART-Indikator:	Prozentualer Anteil der Ressourcen aus lokalen Quellen, die für die Ergotherapie genutzt werden.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der verwendeten Ressourcen aus lokalen Quellen ÷ Anzahl der verwendeten Ressourcen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als ethisch beschafft angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Messung vorgenommen wird.	<i>Lokale Quellen:</i> Erworben von einem Händler im Umkreis von 100 km Entfernung vom Krankenhaus
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Beschaffungsunterlagen

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ZUGÄNGLICHKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Zugänglichkeit ermitteln

<p>Qualitätserwartungen:</p> <p>Was sind aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive akzeptable Erfordernisse für den Zugang zu Ergotherapie?</p>	<p>Es wird erwartet, dass die Patienten innerhalb einer Woche nach Verordnung zur vollständigen ergotherapeutischen Abklärung erscheinen.</p>
--	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Zugänglichkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

<p>Kernindikator 7: Durchschnittliche Wartezeit</p>	<p>Misst die Durchschnittszeit die bis zum Zugang zu den ergotherapeutischen Leistungen erforderlich ist.</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	<p>Durchschnittliche Wartezeit für Patienten, die ergotherapeutische Leistungen benötigen, um eine vollständige ergotherapeutische Abklärung zu bekommen.</p>
<p>Berechnung:</p> <p>Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Gesamte Wartezeit auf die Abklärung für alle Patienten ÷ Anzahl der Patienten</p>
<p>Definitionen:</p> <p>Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Wartezeit und die Zeitspanne, in der die Verordnungen überprüft werden.</p>	<p><i>Wartezeit:</i> Bezieht sich die Anzahl der Tage, die Patienten, die Ergotherapie benötigen, warten müssen, bevor die vollständige ergotherapeutische Abklärung beendet ist.</p> <p><i>Patienten, die Ergotherapie benötigen:</i> Bezieht sich auf Patienten, die während einer Abteilungsbesprechung ermittelt wurden, potenziell von Ergotherapie zu profitieren.</p>
<p>Datenquellen:</p> <p>Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	<p>Überprüfung der Daten zur Stationsaufnahme und zur ergotherapeutischen Abklärung, wie in den Patientenakten vermerkt.</p>

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR EFFEKTIVITÄT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Effektivität ermitteln

Qualitätserwartungen: Wie sind die Erwartungen für die Arbeitsleistung in Bezug auf die Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal und Ausstattung)?	Es wird von den Ergotherapeutinnen erwartet, die Abteilungsstandards in Bezug auf die durchschnittliche Zahl der einzeln oder in Gruppen behandelten Patienten pro Tag einzuhalten.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Effektivität, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 11: Zeitaufwand für die Leistungen	Untersucht den durchschnittlichen Zeitaufwand für Ergotherapeutinnen für eine bestimmte Art/ bestimmte Arten der ergotherapeutischen Leistungsaktivität.
SMART-Indikator:	Durchschnittliche Zahl der behandelten Patienten pro Tag
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Patienten pro Woche, die Ergotherapie erhalten haben ÷ Anzahl der Behandlungstage pro Woche
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Leistungsaktivität und die Zeitspanne, in der der Zeitaufwand überprüft wird.	<i>Behandelte Patienten:</i> Bezieht sich auf persönliche Treffen mit der Ergotherapeutin, einzeln oder in Gruppen
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Messdaten zur Arbeitsbelastung

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR WIRKSAMKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Wirksamkeit ermitteln

Welche Veränderungen erwartet die Evidenz-Forschung in Bezug auf die Versorgung mit Leistungen?	Übereinstimmung wird erwartet mit: <ul style="list-style-type: none"> • Dem Ethikkodex • Dem Rahmenwerk Evidenz in der Ergotherapie
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Wirksamkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 14: Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele	Misst den Durchschnitt der Zielerreichung von Leistungsempfängern nach der ergotherapeutischen Intervention.
SMART-Indikator:	Erfolg der Patienten in der Erreichung der ergotherapeutischen Ziele während ihres Spitalsaufenthalts
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der Patienten pro Monat, die die ergotherapeutischen Ziele erreicht haben ÷ Anzahl der Patienten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Ergotherapeutische Ziele:</i> Bezieht sich auf Ziele, die von der Ergotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten für die Behandlung während des Aufenthalts gesetzt wurden.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Prüfung der Patienteninformationen

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR PERSONENZENTRIERUNG

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Personenzentrierung ermitteln

Was wünschen sich die Menschen?	Die Patienten wünschen sich, für ihre Bedürfnisse relevante Leistungen zeitnah und sicher zu erhalten.
---------------------------------	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Personenzentrierung, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 15: Grad der Zufriedenheit	Misst die Zufriedenheit der Leistungsempfänger mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung.
SMART-Indikator:	Anzahl der entlassenen Patienten, die Zufriedenheit mit den ergotherapeutischen Leistungen, die sie während ihres Aufenthalts erhalten haben, ausdrücken.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtergebnisse, die von den Patienten rückgemeldet wurden ÷ Anzahl der Patienten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, z.B. wie die Zufriedenheit mit den Leistungen gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Zufriedenheit:</i> Bezieht sich auf Bewertungen der ergotherapeutischen Leistungen mit 4 Punkten oder mehr auf einer fünfstufigen-Skala, die bei einer Befragung innerhalb eines Monats nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgegeben wurden.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Befragung von entlassenen Patienten über die Zufriedenheit mit der Ergotherapie

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR SICHERHEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Sicherheit ermitteln

<p>Welche Erwartungen gibt es in Bezug auf Sicherheit? Welche Sicherheitsrisiken sind akzeptabel?</p>	<p>Erwartungen für Sicherheit sind u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Patienten fühlen sich während der ergotherapeutischen Intervention sicher • Die Patienten werden unterstützt, therapeutisch erforderliche Risiken innerhalb eines sicheren Rahmens auf sich zu nehmen • Das Personal fühlt sich sicher, wenn es mit Patienten arbeitet
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Sicherheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

<p>Kernindikator 18: Schäden/ Beinahe-Verletzungen</p>	<p>Überprüft Vorfälle von Schäden oder Beinahe-Verletzungen, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	<p>Anzahl der Vorfälle von Verletzungen von Patienten während der ergotherapeutischen Intervention</p>
<p>Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Zahl der Schäden oder Beinahe-Verletzungen</p>
<p>Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.</p>	<p><i>Verletzungen von Patienten:</i> Bezieht sich auf jeden physischen oder emotionalen Notfall eines Patienten, der ein Eingreifen der Gesundheitsversorgung erfordert</p>
<p>Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	<p>Berichte über Vorfälle</p>



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool

**Fallstudie
Gedächtnistraining**



WFOT

**Weltverband der Ergotherapeu-
tinnen und Ergotherapeuten**

Diese Fallstudie umfasst Ergotherapie, die von einer Klinik für Gedächtnistraining, angesiedelt in einer großen städtischen Gesundheitseinrichtung, geleistet wird. Als Teil des Prozesses im Gedächtnistraining kann den Patienten das ergotherapeutische Gruppenprogramm verordnet werden. Das Ergotherapie-Programm bietet den Patienten Funktionsprüfung, Zielfindung und Peer-Unterstützung, um für sie bedeutsame Betätigungen auszuprobieren und auszuführen und das Erkennen und Managen von Symptomen zu verbessern. Die Gruppen-Intervention ist ein 12-wöchiges Programm in der Klinik, das auf dem *Verbesserung-durch-Aktivität-Modell* basiert, wobei die ersten 6-8 Wochen in der Klinik stattfinden und die letzten 4-6 Sitzungen Zugang zu nachhaltigen Aktivitäten in der Gemeinde beinhalten. Die Gruppe wird von 2 qualifizierten Vollzeit-Ergotherapeutinnen und einer Teilzeit-Hilfskraft geführt.

Vor Vervollständigung der QUEST-Arbeitsblätter wurde eine SWOT-Analyse durchgeführt, um Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken im Zusammenhang mit den ergotherapeutischen Dienstleistungen für die Patienten der Klinik für Gedächtnistraining zu identifizieren. Die SWOT-Analyse wurde durchgeführt, um ein Verständnis für die gesamten positiven und negativen Themen zu den ergotherapeutischen Leistungen zu entwickeln. Die Ergebnisse der SWOT-Analyse sind im Folgenden dargestellt:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Klar definiertes ergotherapeutisches Gruppenprogramm • Die Patienten sind motiviert und haben eingewilligt, am Programm teilzunehmen • Verwendung einer Ergebnismessung vor/nach der Gruppenintervention • Nachweislich weniger Anrufe von Patienten bei den Diensten 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Personalausstattung erforderlich, besonders für die Sitzungen, die auf Gemeinderessourcen zugreifen • Patienten können wegen physischer Gesundheitsprobleme eventuell nicht an den Sitzungen teilnehmen • Wechselnde Verfügbarkeit der Standorte/ Ressourcen in der Gemeinde an den Tagen der Gruppentrainings • Wertschätzung der Gruppe durch die Mitarbeiter des Teams
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Anerkennung des Wertes des ergotherapeutischen Gruppenprogramms • Zunahme der Verordnungen zur Gruppe vom Team • Verbesserte Ergebnisse für eine größere Patientenzahl durch die Teilnahme am Programm • Entwicklung von Partnerschaften mit den Gemeindediensten/ -ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten der Gemeindestandorte/ -aktivitäten können nicht subventioniert werden, die Patienten müssen selbst zahlen • Die Patienten müssen eigenständig den Transport zur Klinik/ zu den Gemeindestandorten/ -aktivitäten organisieren

Durch die SWOT-Analyse wurden Qualitätsprobleme identifiziert, um die Entwicklung der SMART-Indikatoren auf signifikante Bedenken zu richten, die die Durchführung der ergotherapeutischen Leistungen beeinflussen. Die identifizierten Qualitätsprobleme werden unten beschrieben.

QUALITÄTSDIMENSION	QUALITÄTSPROBLEME
ANGEMESSENHEIT:	Zwei Vollzeit-Ergotherapeutinnen und eine Hilfskraft müssen für die Dauer des 12-wöchigen Programms zur Verfügung stehen
NACHHALTIGKEIT:	Fortlaufender Zugang zu den Gemeindestandorten ist erforderlich. Die Kosten für die Gemeindeaktivitäten werden nicht von der Klinik für Gedächtnistraining bezahlt.
ZUGÄNGLICHKEIT:	Einige Patienten, die von der Gruppenintervention profitieren würden, bekommen keine Verordnung oder stehen durch die hohe Nachfrage nach dem Programm auf einer Warteliste
EFFIZIENZ:	Die Arbeitsbelastung der Ergotherapie kann zur Absage von Gruppensitzungen führen
WIRKSAMKEIT:	Eine uneinheitliche Bewertung der Ergebnisse mit Assessments vor und nach dem Programm ergibt sich durch die Abwesenheit von Patienten während der Therapieeinheiten
PERSONENZENTRIERUNG:	Die Patientenzufriedenheit wird nicht laufend bewertet
SICHERHEIT:	Das Angebot von Therapieeinheiten in der Gemeinde/ mit Gemeinde-Ressourcen kann zu Risikosituationen führen

**ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ANGEMESSENHEIT**

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Angemessenheit ermitteln

Welches Wissen und welche Fähigkeiten sind erforderlich, damit die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person erbracht werden?	Die Ergotherapeutinnen müssen einen Abschluss an einem anerkannten ergotherapeutischen Ausbildungsprogramm erworben haben und die Kompetenz besitzen, das geforderte 12-wöchige Gruppenprogramm durchzuführen.
--	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Angemessenheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Indikator 2: Fortlaufend erworbene Kompetenz	Untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen, die den Anforderungen der fortlaufend erworbenen Kompetenz entsprechen, um die Leistungen für die Zielgruppe der Leistungsempfänger zu erbringen.
SMART-Indikator:	Erfolg qualifizierte Ergotherapeutinnen, die Erfahrung mit Patienten mit Demenz und Gruppeninterventionen haben, einzustellen und zu halten
Berechnung:	Anzahl der Ergotherapeutinnen mit der erforderlichen Erfahrung pro Jahr ÷ Anzahl des ergotherapeutischen Personals pro Jahr
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie z.B. fortlaufend erworbene Kompetenz gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	Qualifizierte Ergotherapeutinnen: Ergotherapeutinnen, die einen Abschluss einer anerkannten Ausbildungsstätte für Ergotherapie erworben haben
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Personalakten

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR NACHHALTIGKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Nachhaltigkeit ermitteln

Welche Ressourcen (z.B. Vorräte, Ausstattung, Raum) sind für eine fortlaufende Versorgung erforderlich?	Es werden Standorte in der Gemeinde für die letzten 4-6 Wochen des Gruppenprogramms benötigt. Die Auswahl der Standorte hängt von den Gruppenzielen ab. Für die Benutzung der Standorte können für die Patienten Kosten anfallen. Es muss während der ersten Hälfte der Gruppensitzungen auf mögliche Kosten aufmerksam gemacht werden.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Nachhaltigkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Indikator 3: Kontinuität bei den zur Verfügung stehenden Ressourcen	Untersucht die Verfügbarkeit von notwendigen Ressourcen für die Versorgung mit qualitativen ergotherapeutischen Leistungen
SMART-Indikator:	Prozentzahl der Gemeindestandorte, die ohne zusätzliche Kosten während des Gruppenprogramms genutzt werden.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der kostenlosen Gemeindestandorte, die während des Gruppenprogramms genutzt werden ÷ Anzahl der Gemeindestandorte, die während des Gruppenprogramms genutzt werden
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als Knappheit angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Messung überprüft wird.	<i>Gemeindestandorte:</i> Lokale Örtlichkeiten im Umkreis von ca. 10 km von der Gedächtnistraining-Klinik
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Programmunterlagen

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ZUGÄNGLICHKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Zugänglichkeit ermitteln

Qualitätserwartungen: Was sind aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive akzeptable Erfordernisse für den Zugang zu Ergotherapie?	Es wird erwartet, dass die Patienten von den Mitarbeitern der Gedächtnisklinik an die Gruppe verwiesen werden, wenn sie nach der Diagnose die Einschlusskriterien erfüllen. Verordnete Patienten können am Programm teilnehmen.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Zugänglichkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 7: Durchschnittliche Wartezeit	Misst die Durchschnittszeit, die bis zum Zugang zu den ergotherapeutischen Leistungen erforderlich ist.
SMART-Indikator:	Durchschnittliche Wartezeit für Patienten, bis sie das Gruppenprogramm beginnen können
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamte Wartezeit aller Patienten auf das Assessment ÷ Anzahl der Patienten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Wartezeit und die Zeitspanne, in der die Verordnungen überprüft werden.	<i>Wartezeit:</i> Bezieht sich auf die Anzahl der Tage, die Patienten, die Ergotherapie benötigen, warten müssen, bevor das vollständige ergotherapeutische Assessment abgeschlossen ist. <i>Patienten, die Ergotherapie benötigen:</i> Bezieht sich auf Patienten, die während einer Abteilungsbesprechung ermittelt wurden, potenziell von Ergotherapie zu profitieren.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Überprüfung der Daten zur Stationsaufnahme und zum ergotherapeutischen Assessment, wie in den Patientenakten vermerkt.

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR EFFIZIENZ

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Effizienz ermitteln

<p>Qualitätserwartungen:</p> <p>Wie sind die Erwartungen für die Arbeitsleistung in Bezug auf die Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal und Ausstattung)?</p>	<p>Es wird erwartet, dass das Gruppenprogramm wenigstens viermal im Jahr jedes Mal mit 12 Therapiesitzungen stattfindet.</p>
--	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Effizienz, um die Qualitätserwartungen zu messen

<p>Kernindikator 10:</p> <p>Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger</p>	<p>Misst die durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten, mit denen die Leistungsempfänger innerhalb einer bestimmten Zeitspanne versorgt werden, z.B. seit Zugang/ Aufnahme zur Ergotherapie.</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	<p>Durchschnittliche Zahl der Therapieeinheiten, wenn das Gruppenprogramm jedes Jahr stattfindet</p>
<p>Berechnung:</p> <p>Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Gesamtzahl der durchgeführten Therapieeinheiten ÷ Zahl, wie oft das Programm durchgeführt wird</p>
<p>Definitionen:</p> <p>Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der die Anzahl der Therapieeinheiten überprüft wird.</p>	<p>Gruppenprogramm: Spezielle Gruppe, geleitet von Ergotherapeutinnen</p>
<p>Datenquellen:</p> <p>Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	<p>Unterlagen des Gruppenprogramms</p>

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR WIRKSAMKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Wirksamkeit ermitteln

Welche Veränderungen erwartet die Evidenz-Forschung in Bezug auf die Versorgung mit Leistungen?	Für jeden Patienten müssen vor und nach der Behandlung Messungen durchgeführt werden, um den Nutzen des Programms für die Teilnehmer zu bewerten.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Wirksamkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 13: Verbesserung in der Betätigungsteilhabe	Misst die Verbesserung der Leistungsempfänger in der Betätigungsteilhabe als Ergebnis ihrer Mitarbeit in der Ergotherapie.
SMART-Indikator:	Messung der durchschnittlichen Verbesserung jedes Patienten vor und nach der Behandlung für jedes Gruppenprogramm
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtverbesserung für alle Patienten laut Bericht ÷ Anzahl der Patienten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Betätigungsteilhabe gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Messungen vor und nach der Behandlung:</i> Bezieht sich auf die von Ergotherapeutinnen durchgeführten Messungen der Ergebnisse bei der ersten und letzten Therapiesitzung des Gruppenprogramms, um die Veränderungen zu evaluieren.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Durchgeführte Messungen im Gruppenprogramm vor/nach der Behandlung

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR PERSONENZENTRIERUNG

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Personenzentrierung ermitteln

Was wünschen sich die Menschen?	Die Patienten möchten für ihre Bedürfnisse relevante Leistungen zeitnah und sicher erhalten. Das Personal möchte sicherstellen, dass die Patienten zufrieden mit dem Programm sind, damit sie weiterhin daran teilnehmen.
---------------------------------	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Personenzentrierung, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 16: Abbruch der Therapie	Misst die Häufigkeit von vorzeitig abgebrochener Ergotherapie oder ergotherapeutischen Interventionen, die von Ergotherapeutinnen empfohlen wurden (z.B. nutzen der Hilfsmittel, Beteiligung an Aktivitäten), durch die Leistungsempfänger.
SMART-Indikator:	Rate der Programm-Abbrüche
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der Patienten, die vorzeitig das Ergotherapie-Programm abbrechen ÷ Anzahl der Patienten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Arten der Leistungen, die einbezogen werden und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Anwesenheitslisten der Gruppenprogramme

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR SICHERHEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Sicherheit ermitteln

Welche Erwartungen gibt es in Bezug auf Sicherheit? Welches sind akzeptable Sicherheitsrisiken?	Das Personal fühlt sich sicher, wenn es das Gruppenprogramm in der Klinik und in den Gemeindestandorten durchführt. Die Patienten werden dabei unterstützt, eine höhere Risikobereitschaft einzugehen. Die Patienten fühlen sich im Gruppenumfeld sicher.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Sicherheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 18: Schäden/ Beinahe-Verletzungen	Überprüft Vorfälle von Schäden oder Beinahe-Verletzungen, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.
SMART-Indikator:	Anzahl der Vorfälle von Verletzungen von Patienten während der ergotherapeutischen Intervention.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl der Schäden oder Beinahe-Verletzungen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Verletzungen von Patienten:</i> Bezieht sich auf jeden physischen oder emotionalen Notfall eines Patienten, der ein Eingreifen der Gesundheitsversorgung erfordert.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Berichte über Vorfälle



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool

Fallstudie

Sturzpräventionsprogramm in der Gemeinde



WFOT

**Weltverband der Ergotherapeu-
tinnen und Ergotherapeuten**

Es wird eine Fallstudie dargestellt, um die Anwendung der QUEST-Arbeitsblätter zu veranschaulichen. Die Fallstudie befasst sich mit ergotherapeutischen Leistungen, die in einem Sturzpräventionsprogramm für Senioren in einem Gemeindezentrum angeboten werden. Alle Personen, die im Gemeindezentrum registriert sind, können für das Sturzpräventionsprogramm angenommen werden. Die Therapie wird in der Gruppe im Zentrum und in der Gemeinde von zwei Vollzeit-Ergotherapeutinnen durchgeführt.

Vor Vervollständigung der QUEST-Arbeitsblätter wurde eine SWOT-Analyse durchgeführt, um Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken im Zusammenhang mit den ergotherapeutischen Dienstleistungen im Rahmen des Sturzpräventionsprogramms zu identifizieren. Die SWOT-Analyse wurde durchgeführt, um ein Verständnis für die gesamten positiven und negativen Themen zu den ergotherapeutischen Leistungen zu entwickeln. Die Ergebnisse der SWOT-Analyse sind im Folgenden dargestellt.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Personen sind gut motiviert, Stürze zu vermeiden und ihre Unabhängigkeit zu behalten • Das Sturzpräventionsprogramm ist in der Gemeinde sehr anerkannt • Örtliche Krankenhäuser unterstützen das Programm sehr • Ergotherapeutinnen haben eine wichtige Rolle in der Sturzpräventionsunterweisung • Evidenz-informierte Leitlinien für die Durchführung des Sturzpräventionsprogramms stehen zur Verfügung 	<ul style="list-style-type: none"> • Schwankende Zahl an Anmeldungen besonders in den Wintermonaten • Die Senioren haben begrenzte Ressourcen für die Kosten für Transport und Programm
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Ein Zertifizierungsverfahren für das Sturzpräventionstraining ist verfügbar • Es gibt Potenzial, die Aufmerksamkeit auf das Programm unter den Senioren, die ins Gemeindezentrum kommen, zu erhöhen • Ehrenamtliche stehen zu Verfügung, die bei den Teilnehmern des Sturzpräventionsprogramms unterstützend Daten erheben. • Es können neue Hilfsmittel zu Unterstützung von Sturzpräventionsstrategien benutzt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt nur begrenzte Finanzierung zur Deckung der Kosten des Gemeindeprogramms • Veränderungen im öffentlichen Nahverkehr bedrohen die Verfügbarkeit von Transportmöglichkeiten für die Senioren, um ins Gemeindezentrum zu kommen • Wenige Ergotherapeutinnen haben das Zertifikat für das Sturzpräventionstraining

Durch die SWOT-Analyse wurden Qualitätsprobleme identifiziert, um die Entwicklung der SMART-Indikatoren auf signifikante Bedenken zu richten, die die Durchführung der ergotherapeutischen Leistungen beeinflussen. Die identifizierten Qualitätsprobleme werden unten beschrieben.

QUALITÄTSDIMENSION	QUALITÄTSPROBLEME
ANGEMESSENHEIT:	Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen mit den erforderlichen Kenntnissen und Fähigkeiten das Sturzpräventionsprogramm durchzuführen
NACHHALTIGKEIT:	Veränderungen im öffentlichen Nahverkehr, die die Möglichkeit der Personen beeinflusst, am Sturzpräventionsprogramm teilzunehmen
ZUGÄNGLICHKEIT:	Fähigkeit der in das Sturzpräventionsprogramm aufgenommenen Personen die Kosten aufzubringen
EFFIZIENZ:	Schwankende Zahl der Anmeldungen für das Programm
WIRKSAMKEIT:	Nutzung von Evidenz-informierten Sturzpräventionsinstruktionen zu Methoden und Material
PERSONENZENTRIERUNG:	Zufriedenheit der Personen, die die Leistung mit Sturzsicherheitsempfehlungen erhalten
SICHERHEIT:	Potenzial für mehr Stürze als Ergebnis höherer Risikobereitschaft

**ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ANGEMESSENHEIT**

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Angemessenheit ermitteln

Welche Kenntnisse und Fähigkeiten sind erforderlich, um sicherzustellen, dass die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person erbracht werden?	Die Ergotherapeutinnen müssen einen Abschluss an einem anerkannten ergotherapeutischen Ausbildungsprogramm mit Kenntnissen und Erfahrung in der Sturzprävention erworben haben.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Angemessenheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Indikator 2: Fortlaufend erworbene Kompetenz	Untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen, die den Anforderungen der fortlaufend erworbenen Kompetenz entsprechen und die Leistungen für die Zielgruppe der Leistungsempfänger erbringen.
SMART-Indikator:	Prozentzahl der Ergotherapeutinnen, die in die Durchführung des Programms eingebunden und für ein Sturzpräventionstraining zertifiziert sind.
Berechnung:	Anzahl der für ein Sturzpräventionstraining zertifizierten Ergotherapeutinnen pro Jahr ÷ Anzahl der Ergotherapeutinnen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie z.B. fortlaufend erworbene Kompetenz gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Zertifizierung für Sturzprävention:</i> Erfolgreicher Abschluss eines Zertifizierungsprogramms zum Sturzpräventionstraining
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Prüfung der Personaldokumentation

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR NACHHALTIGKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Nachhaltigkeit ermitteln

Welche Ressourcen (z.B. Vorräte, Ausstattung, Raum) sind für eine fortlaufende Versorgung erforderlich?	Um die Gemeindeklinik zu erreichen, wird für die Senioren ein nachhaltiger Transportservice benötigt.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Nachhaltigkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 4: Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen	Untersucht die Häufigkeit von Unterbrechungen der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen durch Probleme mit der Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen. Diese Probleme umfassen Gerätestörungen/-ausfall, Knappheit von Vorräten und unzureichende Finanzierung.
SMART-Indikator:	Häufigkeit der Absagen jeden Monat durch Transportprobleme
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl der Absagen der Teilnehmer jeden Monat durch Transportprobleme
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als Leistungsunterbrechung angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Messung überprüft wird.	<i>Transportprobleme:</i> Teilnehmer berichteten über Schwierigkeiten mit dem Transport zum Gemeindezentrum
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Registrierungsunterlagen

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ZUGÄNGLICHKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Zugänglichkeit ermitteln

<p>Qualitätserwartungen:</p> <p>Was sind aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive akzeptable Erfordernisse für den Zugang zu Ergotherapie?</p>	<p>Die Kosten für das Programm müssen angemessen sein, sodass Senioren mit einem festen Einkommen teilnehmen können.</p>
--	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Zugänglichkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

<p>Kernindikator 8: Nicht erhaltene Verordnungen</p>	<p>Untersucht die Anzahl der Verordnungen für Ergotherapie, die von einer Ergotherapeutin nicht erhalten wurden.</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	<p>Anzahl der Personen jeden Monat, die eine Verordnung für das Programm haben, aber die Teilnahme aus finanziellen Gründen ablehnen</p>
<p>Berechnung:</p> <p>Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Zahl der Personen jeden Monat, die die Teilnahme aus finanziellen Gründen ablehnen</p>
<p>Definitionen:</p> <p>Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Verordnungen und die Zeitspanne, in der die Verordnungen überprüft werden.</p>	<p><i>Finanzielle Gründe:</i> Der Teilnehmer berichtet über Probleme mit der Leistbarkeit der Programmkosten</p>
<p>Datenquellen:</p> <p>Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	<p>Registrierungsunterlagen</p>

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR EFFIZIENZ

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Effizienz ermitteln

Qualitätserwartungen: Wie sind die Erwartungen für die Arbeitsleistung in Bezug auf die Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal und Ausstattung)?	Die Therapieeinheiten des Programms müssen durch die Nutzerbeiträge, ergänzt durch eine begrenzte Finanzierung für das Gemeindeprogramm, gedeckt sein.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Effizienz, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 10: Durchschnittliche Anzahl der Therapieeinheiten pro Leistungsempfänger	Misst die durchschnittliche Anzahl der Ergotherapie-Einheiten für die Leistungsempfänger innerhalb einer bestimmten Zeitspanne, z.B. seit Zugang/ Aufnahme zur Ergotherapie.
SMART-Indikator:	Anzahl der Interventionen pro Teilnehmer entsprechend der Leitlinien
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der durchgeführten Therapieeinheiten für alle Teilnehmer ÷ Zahl der Teilnehmer
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie Therapieeinheit und die Zeitspanne, in der die Anzahl der Therapieeinheiten überprüft wird.	<i>Durchgeführte Interventionen entsprechend der Richtlinien:</i> Bezieht sich auf Gruppeninterventionen, die evidenzinformierten Leitlinien folgten
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Messdaten zur Arbeitsbelastung

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR WIRKSAMKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Wirksamkeit ermitteln

Welche Veränderungen erwartet die Evidenz-Forschung in Bezug auf die Versorgung mit Leistungen?	Es wird erwartet, dass die Nutzung einer evidenzinformierten Leitlinie zur Sturzprävention das Wissen und den Gebrauch von Sturzpräventionsstrategien der Teilnehmer verbessert.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Wirksamkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 13: Verbesserung in der Betätigungsteilhabe	Misst die Verbesserung der Leistungsempfänger in der Betätigungsteilhabe als Ergebnis ihrer Mitarbeit in der Ergotherapie.
SMART-Indikator:	Durchschnittliche Verbesserung der Programm-Teilnehmer an der Programm-Teilhabe nach dem Sturzpräventionstraining
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtverbesserung, die für alle Teilnehmer berichtet wird ÷ Anzahl der Teilnehmer
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Betätigungsteilhabe gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Bewertungsergebnisse vorher/nachher:</i> Bezieht sich auf die Gesamtdifferenz der Betätigungsteilhabe der Teilnehmer in Punkten, wie sie durch standardisierte Tests vor und nach der Teilnahme am Sturzpräventionsprogramm ermittelt wurde.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Aufzeichnungen über die Programtteilnehmern

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR PERSONENZENTRIERUNG

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Personenzentrierung ermitteln

Was wünschen sich die Menschen?	Die Menschen möchten für ihre Bedürfnisse relevante und leicht umzusetzende Leistungen erhalten
---------------------------------	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Personenzentrierung, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 17: Beschwerden	Überprüft Anliegen, die von anderen Personen bezüglich der ergotherapeutischen Leistungserbringung zur Sprache gebracht werden.
SMART-Indikator:	Anzahl der Beschwerden über die während des Sturzpräventionstrainings empfohlene Ausstattung oder Leistungen
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Beschwerden über die während des Sturzpräventionstrainings empfohlene Ausstattung oder Leistungen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Beschwerde:</i> Kommentare in einer Zufriedenheitsumfrage, die Bedenken in Bezug auf die Qualität der empfohlenen Ausstattung oder Leistungen andeuten.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Zufriedenheitsumfrage

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR SICHERHEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Sicherheit ermitteln

Welche Erwartungen gibt es in Bezug auf Sicherheit? Welche Sicherheitsrisiken sind akzeptabel?	Die Patienten werden dabei unterstützt, therapeutische Risiken in einem sicheren Umfeld einzugehen
--	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Sicherheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 18: Schäden/ Beinahe-Verletzungen	Überprüft Vorfälle von Schäden oder Beinahe-Verletzungen, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.
SMART-Indikator:	Anzahl der Vorfälle von Stürzen von Programm-Teilnehmern
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl von Vorfällen
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Stürze:</i> Bezieht sich auf Berichte der Programm-Teilnehmer über den Verlust der Balance, der zum Rutschen, Stolpern oder Fallen führt.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Teilnehmer-Umfrage



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool

**Fallstudie
Schlaganfall-Versorgung**



WFOT

**Weltverband der Ergotherapeu-
tinnen und Ergotherapeuten**

Diese Fallstudie befasst sich mit einer Schlaganfall-Station in einem Akutkrankenhaus für physikalische Medizin. Allen Patienten kann eine ergotherapeutische Abklärung und eine Ergotherapie-Behandlung zur Unterstützung der Entlassung nach Hause verordnet werden. Für die ergotherapeutischen Leistungen stehen zwei Vollzeit-Ergotherapeutinnen zur Verfügung. Zurzeit besteht eine langfristige Vakanz für eine Teilzeitkraft in der Ergotherapie.

Vor Vervollständigung der QUEST-Arbeitsblätter wurde eine SWOT-Analyse durchgeführt, um Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken im Zusammenhang mit den ergotherapeutischen Dienstleistungen für die Patienten der Klinik zu identifizieren. Die SWOT-Analyse wurde durchgeführt, um ein Verständnis für die gesamten positiven und negativen Themen zu den ergotherapeutischen Leistungen zu entwickeln. Die Ergebnisse der SWOT-Analyse sind im Folgenden dargestellt:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Klarer Zielsetzungsprozess • Die Patienten sind motiviert und haben eingewilligt, an Abklärung und Behandlung teilzunehmen • Verwendung von Ergebnismessungen • Gute Verordnungsquote für die Ergotherapie • Es wurde eine Partnerschaft eingegangen, um eine gemeindenahere, ambulante Schlaganfall-Klinik mit einer Freiwilligen-Organisation einzurichten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vakanz beim Personal verursacht eine Warteliste bei den Verordnungen • Hoher Anteil von Patienten in kritischem Zustand beeinträchtigt deren Mitwirkung bei Abklärung/ Intervention, die für das Erreichen der Ziele notwendig ist
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Reduzierung der Bettenbelegung und Verbesserung der Patientenergebnisse durch die ergotherapeutische Intervention • Mehr Aufmerksamkeit auf die Rolle der Ergotherapie im interdisziplinären Team • Aktive Teilnahme an der Forschung bei Studien/ Untersuchungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplexität der Patientenbedürfnisse nimmt zu • Temporäre Langzeit-Vakanz beim Personal könnte permanent werden, um Geld bei der Schlaganfall-Versorgung zu sparen • Potenzieller Wegfall der ambulanten Einrichtung – dies bedroht den Erhalt der Verbesserungen in den Zielen nach der Entlassung

Durch die SWOT-Analyse wurden Qualitätsprobleme identifiziert, um die Entwicklung der SMART-Indikatoren auf signifikante Bedenken zu richten, die die Durchführung der ergotherapeutischen Leistungen beeinflussen. Die identifizierten Qualitätsprobleme werden unten beschrieben.

QUALITÄTSDIMENSION	QUALITÄTSPROBLEME
ANGEMESSENHEIT:	Zwei Vollzeit-Ergotherapeutinnen mit Erfahrung in der Schlaganfall-Rehabilitation werden benötigt, um die ergotherapeutischen Leistungen zur Verbesserung der Betätigungsperformanz abzudecken.
NACHHALTIGKEIT:	Die vorgeschlagene Struktur von gemeindenahen Standorten könnte die Nachhaltigkeit des derzeitigen ambulanten Standorts und die Versorgung der ambulanten Patienten gefährden.
ZUGÄNGLICHKEIT:	Hohe Verordnungszahlen und eine Personalvakanz führen dazu, dass einige Patienten auf eine Warteliste gesetzt werden müssen.
EFFIZIENZ:	Die derzeitigen Verordnungszahlen zur Ergotherapie übersteigen die Kapazität der ergotherapeutischen Leistungen, um Patienten zeitnah mit Abklärung/ Behandlung zu versorgen und können zu einer verzögerten Entlassung oder zu einer Entlassung des Patienten führen, bevor er gesehen werden konnte.
WIRKSAMKEIT:	Das Erreichen der ergotherapeutischen Ziele wird beeinflusst durch den hohen Anteil von Patienten in kritischem Zustand, der die Partizipation bei Abklärung/ Intervention beeinträchtigt.
PERSONENZENTRIERUNG:	Die Zufriedenheit der Patienten wird zurzeit nicht bewertet.
SICHERHEIT:	Dass Personal Therapieeinheiten allein an einem ambulanten Standort durchführt, kann zu Risikosituationen führen.

**ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ANGEMESSENHEIT**

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Angemessenheit ermitteln

Welche Kenntnisse und Fähigkeiten sind erforderlich, um sicherzustellen, dass die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person erbracht werden?	Die Ergotherapeutinnen müssen einen Abschluss an einem anerkannten ergotherapeutischen Ausbildungsprogramm erworben und Erfahrung in der Schlaganfall-Rehabilitation haben.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Angemessenheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 1: Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen	Untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen, die für die zu versorgende Bevölkerung Leistungen erbringen sollen
SMART-Indikator:	Vakanzquote von qualifizierten Ergotherapeutinnen in der Schlaganfallversorgung
Berechnung:	Anzahl der vakanten Ergotherapie-Stellen in der Schlaganfallversorgung ÷ Anzahl der Ergotherapie-Stellen in der Schlaganfallversorgung
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die zu versorgende Bevölkerung und die Zeitspanne, in der die Messung überprüft wird.	<i>Qualifizierte Ergotherapeutinnen:</i> Ergotherapeutinnen mit einem Abschluss an einem anerkannten ergotherapeutischen Ausbildungsprogramm
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Personalakten

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR NACHHALTIGKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Nachhaltigkeit ermitteln

Welche Ressourcen (z.B. Vorräte, Ausstattung, Raum) sind für eine fortlaufende Versorgung erforderlich?	Für eine ambulante Klinik ist ein nachhaltiger Gemeindestandort erforderlich, der für eine konsequente Weiterführung der Intervention sorgt, die in der stationären Schlaganfallbehandlung durchgeführt wurde.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Nachhaltigkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 4: Ressourcenbedingte Leistungsunterbrechungen	Untersucht die Häufigkeit von Unterbrechungen der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen durch Probleme mit der Verfügbarkeit notwendiger Ressourcen. Diese Probleme umfassen Gerätestörungen/-ausfall, Knappheit von Vorräten und unzureichende Finanzierung.
SMART-Indikator:	Prozentsatz von abgesagten ambulanten Terminen wegen fehlenden Klinikraums.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl der Absagen von ambulanten Terminen wegen fehlenden Raums jedes Vierteljahr ÷ Gesamtzahl der eingetragenen ambulanten Termine jedes Vierteljahr
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als Leistungsunterbrechung angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Messung überprüft wird.	<i>Klinikraum:</i> Ein lokaler Standort, der von einer Partnerorganisation betrieben wird
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Daten der ambulanten Patiententermine

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ZUGÄNGLICHKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Zugänglichkeit ermitteln

<p>Qualitätserwartungen:</p> <p>Was sind aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive akzeptable Erfordernisse für den Zugang zu Ergotherapie?</p>	<p>Es wird erwartet, dass die Patienten eine Abklärung und die Interventionsbeschreibung innerhalb einer Woche nach Erhalt der Verordnung bekommen.</p>
--	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Zugänglichkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

<p>Kernindikator 8: Nicht erhaltene Verordnungen</p>	<p>Untersucht die Anzahl der Verordnungen für Ergotherapie, die von einer Ergotherapeutin nicht erhalten wurden.</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	<p>Anzahl der Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, bevor eine ergotherapeutische Abklärung durchgeführt werden konnte.</p>
<p>Berechnung:</p> <p>Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Anzahl der Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen werden, bevor eine ergotherapeutische Abklärung durchgeführt werden konnte.</p>
<p>Definitionen:</p> <p>Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Verordnungen und die Zeitspanne, in der die Verordnungen überprüft werden.</p>	<p><i>Ergotherapeutische Abklärung:</i> Bezieht sich auf die Evaluation der Betätigungsperformanz durch Ergotherapeutinnen, um die Ziele für die ergotherapeutische Intervention festzulegen.</p>
<p>Datenquellen:</p> <p>Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	<p>Prüfung der Warteliste für Verordnungen</p>

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR EFFIZIENZ

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Effizienz ermitteln

Qualitätserwartungen: Wie sind die Erwartungen für die Arbeitsleistung in Bezug auf die Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal und Ausstattung)?	Es wird erwartet, dass Ergotherapeutinnen in der Schlaganfallversorgung die Best-Practice-Leitlinien nutzen.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Effizienz, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 12: Nachweis der Integrationsquote	UUntersucht, wie gut die Best-Practice-Evidenz in die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen integriert ist.
SMART-Indikator:	Prozentzahl der Patienten, die Ergotherapie nach den Best-Practice-Leitlinien erhalten haben.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der Patienten, die Leistungen nach den Best-Practice-Leitlinien erhalten haben ÷ Anzahl der Patienten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die beste zur Verfügung stehende Evidenz und die Zeitspanne, in der die Messung überprüft wird.	Best-Practice-Leitlinien: Durch Fachleute überprüfte klinische Praxis-Leitlinien, die vom interdisziplinären Team angewendet werden.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Prüfung der ergotherapeutischen Dokumentation

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR WIRKSAMKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Wirksamkeit ermitteln

Welche Veränderungen erwartet die Evidenz-Forschung in Bezug auf die Versorgung mit Leistungen?	Es wird erwartet, dass die Patienten ihre ergotherapeutischen Ziele vor der Entlassung erreichen.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Wirksamkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 14: Prozentsatz der erreichten Betätigungsziele	Misst den Durchschnitt der Zielerreichung von Leistungsempfängern nach der ergotherapeutischen Intervention.
SMART-Indikator:	Erfolg der Patienten, die ihre ergotherapeutischen Ziele während des Krankenhausaufenthalts erreicht haben.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtzahl der Patienten pro Monat, die die ergotherapeutischen Ziele erreicht haben ÷ Anzahl der Patienten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Leistungsaktivität und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Ergotherapeutische Ziele:</i> Bezieht sich auf Ziele, die von der Ergotherapeutin gemeinsam mit dem Patienten für die Behandlung während des Aufenthalts gesetzt wurden.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Prüfung der Patientendokumentation

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR PERSONENZENTRIERUNG

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Personenzentrierung ermitteln

Was wünschen sich die Menschen?	Die Menschen möchten für ihre Bedürfnisse relevante Leistungen zeitnah und sicher erhalten. Das Personal soll effiziente und wirksame ergotherapeutische Leistungen erbringen, damit die Patienten sicher nach der Entlassung nach Hause zurückkehren können.
---------------------------------	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Personenzentrierung, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 17: Beschwerden	Überprüft Anliegen, die von anderen Personen bezüglich der ergotherapeutischen Leistungserbringung zur Sprache gebracht werden.
SMART-Indikator:	Anzahl der erhaltenen Beschwerden, die eine verspätete Entlassung durch die Wartezeit auf Ergotherapie betreffen.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Beschwerden
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne in der der Indikator überprüft wird.	<i>Beschwerden:</i> Äußerungen, die während der Interaktion mit dem Patienten oder dem interdisziplinären Team gemacht werden und Besorgnis wegen der Wartezeit auf die Ergotherapie andeuten.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Prüfung der Patientendokumentation

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR SICHERHEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Sicherheit ermitteln

<p>Welche Erwartungen gibt es in Bezug auf Sicherheit? Welche Sicherheitsrisiken sind akzeptabel?</p>	<p>Erwartungen für Sicherheit sind u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Patienten fühlen sich sicher während der ergotherapeutischen Intervention • Die Patienten werden unterstützt, therapeutische Risiken in einem sicheren Umfeld einzugehen. • Das Personal fühlt sich sicher in der Arbeit mit den Patienten
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Sicherheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

<p>Kernindikator 18: Schäden/ Beinahe-Verletzungen</p>	<p>Überprüft Vorfälle von Schäden oder Beinahe-Verletzungen, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.</p>
<p>SMART-Indikator:</p>	<p>Anzahl der Vorfälle von Verletzungen von Patienten während der ergotherapeutischen Intervention.</p>
<p>Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.</p>	<p>Zahl von Schäden oder Beinahe-Verletzungen</p>
<p>Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.</p>	<p><i>Verletzungen von Patienten:</i> Bezieht sich auf jeden physischen oder emotionalen Notfall eines Patienten, der ein Eingreifen der Gesundheitsversorgung erforderlich macht.</p> <p><i>Beinahe-Verletzungen:</i> Bezieht sich auf Vorfälle, die einen physischen oder emotionalen Schaden bei einem Patienten verursacht haben könnten, der aber durch eine zeitnahe Intervention durch ein Personalmitglied verhindert wurde.</p>
<p>Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.</p>	<p>Berichte über Vorfälle</p>



QUEST

Quality Evaluation Strategy Tool

Fallstudie

Ergotherapeutisches Ausbildungsprogramm



WFOT

**Weltverband der Ergotherapeu-
tinnen und Ergotherapeuten**

Diese Fallstudie befasst sich mit einer ergotherapeutischen Grundausbildung, die in einer mittelgroßen Stadt angeboten wird. Das Ausbildungsprogramm ist eines von fünf vom Weltverband der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (WFOT) anerkannten Programmen in diesem Land. Jedes Jahr wird ein Jahrgang von 50 Auszubildenden in das Ausbildungsprogramm aufgenommen. Um eine Übertragung des COVID-19 Virus in der Universität zu vermeiden, war es für das Ausbildungsprogramm erforderlich die Arbeitsweise zu ändern, indem es Online-Technologie anwendete, um so viele Kurse wie möglich anzubieten zu können. QUEST wurde benutzt, um den Wechsel auf die Online-Kursangebote des Programms zu evaluieren.

Eine SWOT-Analyse wurde durchgeführt, um Stärken und Schwächen, Chancen und Risiken im Zusammenhang mit dem Wechsel des Ausbildungsprogramms zum Online-Unterricht zu identifizieren. Die SWOT-Analyse wurde durchgeführt, um ein Verständnis für die gesamten positiven und negativen Themen zu den ergotherapeutischen Leistungen zu entwickeln. Die Ergebnisse der SWOT-Analyse sind im Folgenden dargestellt:

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Auszubildenden sind gut motiviert an den Online-Kursen teilzunehmen, um Unterbrechungen in ihrem Ausbildungsverlauf zu vermeiden. • Das Ausbildungsprogramm ist in der Gemeinde sehr anerkannt und hat starken Rückhalt bei den örtlichen Ärzten. • Es gibt einen großen Bedarf für Einstellungen der Absolventen. • Die Technologie für den Wechsel vom Unterricht im Klassenraum zu Online-Interaktionen ist vorhanden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Dozenten sind nicht vertraut mit Online-Unterrichtsmethoden und –Technologie. • Unterrichtsmethoden, Arbeitsaufträge und Prüfungen erfordern eine Anpassung, um effektive Online-Angebote anzubieten. • Nicht der gesamte ergotherapeutische Lehrstoff ist für das Online-Lernen geeignet • Die Auszubildenden könnten isoliert werden, was die akademischen Leistungen beeinträchtigt.
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Der Kursinhalt wird mit vermindertem Kontakt mit COVID-19 zur Verfügung gestellt. • Langfristig können Online-Kursangebote eine größere Flexibilität für die Teilnahme der Auszubildenden und das Potential für eine wachsende Zahl von Bewerbern, die bereit und in der Lage sind, sich für das Ausbildungsprogramm anzumelden, bieten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es steht keine zusätzliche Finanzierung zur Verfügung, die Kosten für den Wechsel zum Online-Unterricht zu decken. • Auszubildende haben eventuell in ihrer häuslichen Umgebung keinen zuverlässigen Zugang zur Technologie für den Zugang zu den Kursinhalten. • Der Zugang zu Lernressourcen (z.B. Bibliotheken, Gemeindeärzte) kann wegen der COVID-19-Pandemie eingeschränkt sein.

Durch die SWOT-Analyse wurden Qualitätsprobleme identifiziert, um die Entwicklung der SMART-Indikatoren auf signifikante Bedenken zu richten, die die Durchführung der ergotherapeutischen Leistungen beeinflussen. Die identifizierten Qualitätsprobleme werden unten beschrieben.

QUALITÄTSDIMENSION	QUALITÄTSPROBLEME
ANGEMESSENHEIT:	Für die Änderung des Kursmaterials vom Unterricht im Klassenraum zum Online-Lernen sind von den Dozenten Kenntnisse und Fähigkeiten erforderlich.
NACHHALTIGKEIT:	Verfügbarkeit von Lernressourcen und Möglichkeiten zur Ergänzung des Online-Kursmaterials. Verfügbarkeit von Computern und Internetzugang für die Teilnahme der Auszubildenden im häuslichen Umfeld.
ZUGÄNGLICHKEIT:	Nicht jedes Kursmaterial ist passend, online unterrichtet zu werden. Technische Pannen können einen zuverlässigen Zugang zum Kursmaterial, Lernressourcen und Evaluierungen behindern.
EFFIZIENZ:	Ein erheblicher Zeitaufwand und Mühe sind für die Überarbeitung des Kursmaterials zur Online-Präsentation erforderlich. Welche Auswirkungen das Online-Format auf den Zeitaufwand der einzelnen Dozenten für die Durchführung der Kurse hat, ist unbekannt.
WIRKSAMKEIT:	Die Auswirkungen der Online-Vermittlung auf die erwarteten Lernergebnisse ist unbekannt. Die Möglichkeiten der Online-Kursvermittlung, Beteiligung und Interaktion unter den Auszubildenden zu fördern, erfordert eine Evaluation.
PERSONENZENTRIERUNG:	Die Auszubildenden können die Angemessenheit des Online-Formats in Frage stellen, besonders für die Interaktion mit Dozenten und Fachkräften.
SICHERHEIT:	Es kann vermehrt zu akademischem Fehlverhalten oder Problemen mit der Praxistauglichkeit kommen, wenn Examen in der häuslichen Umgebung nicht überwacht werden. Die Auszubildenden können sich auf Grund ihrer fehlenden Mitwirkung im Online-Format aus dem Kurs zurückziehen oder ihn nicht bestehen.

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ANGEMESSENHEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Angemessenheit ermitteln

Welches Wissen und welche Fähigkeiten sind erforderlich, damit die richtigen Leistungen zur richtigen Zeit und am richtigen Ort für die richtige Person erbracht werden?	Verständnis von wirksamen Unterrichtsmethoden für das Online-Studium der ergotherapeutischen Curriculum-Inhalte. Bewusstheit für Curriculum-Inhalte, die für den Online-Unterricht nicht geeignet sind.
--	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Angemessenheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Indikator 2: Fortlaufend erworbene Kompetenz	Untersucht die Verfügbarkeit von Ergotherapeutinnen die den Anforderungen der fortlaufend erworbenen Kompetenz entsprechen, um die Leistungen für die Zielgruppe der Leistungsempfänger zu erbringen.
SMART-Indikator:	Prozentzahl der Dozenten für Ergotherapie, die ein Training zur Online-Kursvermittlung abgeschlossen haben.
Berechnung:	Anzahl der Dozenten für Ergotherapie, die das Training abgeschlossen haben ÷ Anzahl der Dozenten für Ergotherapie
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe wie z.B. fortlaufend erworbene Kompetenz gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Training zur Online-Kursvermittlung:</i> Erfolgreicher Abschluss eines universitären Trainings zur Online-Kursvermittlung.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Prüfung der Personaldokumentation

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG –
QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR NACHHALTIGKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Nachhaltigkeit ermitteln

Welche Ressourcen (z.B. Vorräte, Ausstattung, Raum) sind für eine fortlaufende Versorgung erforderlich?	Technische Pannen verhindern nicht den Zugang zur Teilnahme am Online-Kurs.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Nachhaltigkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Indikator 3: Kontinuität bei den zur Verfügung stehenden Ressourcen	Untersucht die Verfügbarkeit von notwendigen Ressourcen für die Versorgung mit qualitativen ergotherapeutischen Leistungen
SMART-Indikator:	Häufigkeit von technischen Problemen, die die Auszubildenden erfahren und den Abschluss des Kurses behindern.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl der Auszubildenden, die technische Probleme, die den Kursabschluss behindern, erfahren.
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Ressource, was als Kürzung angesehen wird und die Zeitspanne, in der die Messung überprüft wird.	<i>Schwierigkeiten:</i> Probleme mit der Zugangstechnologie einschließlich Fehlern oder Pannen
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Kursberichte und Feedback der Auszubildenden

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR ZUGÄNGLICHKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Zugänglichkeit ermitteln

Qualitätserwartungen: Was sind aus physischer, finanzieller und sozialer Perspektive akzeptable Erfordernisse für den Zugang zu Ergotherapie?	Es fallen für die Auszubildenden keine zusätzlichen Kosten für den Zugang zum Online-Unterrichtsmaterial an.
---	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Zugänglichkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 9: Durchschnittliche Kosten der Leistungen pro Leistungsempfänger	Misst die durchschnittlichen Kosten für die ergotherapeutischen Leistungen für jeden Leistungsempfänger.
SMART-Indikator:	Durchschnittliche zusätzliche Kosten, die für jeden Auszubildenden für den Zugang zum Unterrichtsmaterial für den Kurs anfallen.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamtkosten, die für die Auszubildenden anfallen ÷ Anzahl der Auszubildenden
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Art der Verordnungen und die Zeitspanne, in der die Kosten überprüft werden.	<i>Zusätzliche Kosten:</i> Ausgaben, wie die Kosten für die technische Ausstattung oder den Internet-Service, die nur durch die Teilnahme an einem Online-Unterrichtsprogramm verursacht werden.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Umfrage zur Bewertung der Kurse

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR EFFIZIENZ

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Effizienz ermitteln

Qualitätserwartungen: Wie sind die Erwartungen für die Arbeitsleistung in Bezug auf die Nutzung von Ressourcen (z.B. Personal und Ausstattung)?	Die Kosten des laufenden Online-Programms überschreiten nicht das zur Verfügung stehende Budget für den Präsenzunterricht im Klassenraum.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Effizienz, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 11: Zeitaufwand für die Leistungen	Dieser Indikator untersucht den durchschnittlichen Zeitaufwand für Ergotherapeutinnen für (eine) bestimmte Art/ Arten der ergotherapeutischen Leistungsaktivität.
SMART-Indikator:	Durchschnittlicher Zeitaufwand der Lehrkraft für die Durchführung des Kurses pro Auszubildendem
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Gesamter Zeitaufwand der Lehrkraft für die Durchführung des Kurses ÷ Anzahl der Auszubildenden
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Leistungsaktivität und die Zeitspanne, in der der Zeitaufwand überprüft wird.	<i>Durchführung des Kurses:</i> Bezieht sich auf Organisations-, Unterweisungs- und Prüfungsaufgaben gemäß der Kursbeschreibung.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Daten zur Messung der Arbeitsbelastung

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR WIRKSAMKEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Wirksamkeit ermitteln

Welche Veränderungen erwartet die Evidenz-Forschung in Bezug auf die Versorgung mit Leistungen?	Die Auszubildenden beteiligen sich an der Programmdurchführung und erreichen die erwarteten Lernergebnisse.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Wirksamkeit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 13: Verbesserung in der Betätigungsteilhabe	Misst die Verbesserung der Leistungsempfänger in der Betätigungsteilhabe als Ergebnis ihrer Mitarbeit in der Ergotherapie.
SMART-Indikator:	Prozentzahl der Auszubildenden, die die erwarteten Lernergebnisse erreicht haben.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Auszubildenden, die die erwarteten Lernergebnisse erreicht haben ÷ Anzahl der Auszubildenden
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Betätigungsteilhabe gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Erwartete Lernergebnisse:</i> Veränderungen im Wissen und in den Fähigkeiten der Auszubildenden in den Bereichen, die in den Kurszielen festgelegt und durch die Kurs-Evaluierungsmaßnahmen bewertet wurden.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Prüfungsunterlagen der Auszubildenden

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR PERSONENZENTRIERUNG

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Personenzentrierung ermitteln

Was wünschen sich die Menschen?	Die Auszubildenden sind mit der Lernerfahrung und den Ergebnissen zufrieden.
---------------------------------	--

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Personenzentrierung, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 15: Grad der Zufriedenheit	Misst die Zufriedenheit der Leistungsempfänger mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung.
SMART-Indikator:	Prozentzahl der Auszubildenden, die mit der Online-Durchführung des Ausbildungskurses zufrieden sind.
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Anzahl der Auszubildenden, die berichten mit der Online-Durchführung zufrieden zu sein ÷ Anzahl der Auszubildenden
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, z.B. wie Zufriedenheit mit den Leistungen gemessen wird und die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Zufriedenheit:</i> Bezieht sich auf mehr als drei Punkte auf einer fünfstufigen Skala
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Von den Auszubildenden abgegebene Kursbewertungsformulare

ALLGEMEINE INDIKATOREN-ZUSAMMENSTELLUNG – QUALITÄTSDIMENSIONSINDIKATOR SICHERHEIT

Schritt 1: Qualitätserwartungen für Sicherheit ermitteln

Welche Erwartungen gibt es in Bezug auf Sicherheit? Welches Sicherheitsrisiken sind akzeptabel?	Die Auszubildenden halten akademische Integrität und maßgebliche Eignung für die Praxisstandards ein.
---	---

Schritt 2: Wählen und definieren Sie die Indikatoren für Sicherheit, um die Qualitätserwartungen zu messen

Kernindikator 19: Kritische Vorfälle	Überprüft kritische Vorfälle, die mit der ergotherapeutischen Leistungserbringung in Zusammenhang stehen.
SMART-Indikator:	Vorfall von akademischem Fehlverhalten
Berechnung: Beschreiben Sie, wie das Ergebnis des Indikators berechnet wird.	Zahl der Vorfälle von akademischem Fehlverhalten
Definitionen: Definieren Sie die im Indikator benutzten Begriffe, wie die Zeitspanne, in der der Indikator überprüft wird.	<i>Akademisches Fehlverhalten:</i> Bezieht sich auf Vorfälle von Plagiat, der Nutzung externer Schreibdienste, geheimen Absprachen, Fehlverhalten bei der Beurteilung oder dem Examen, Versuchen, ungerechtfertigte Vorteile zu erlangen.
Datenquellen: Beschreiben Sie, wie die Daten für den Indikator gesammelt werden.	Universitäts-/ Kursunterlagen



**Weltverband der
Ergotherapeutinnen**