

Programmbeschrieb

Grundversorgerpraxis - Zertifizierte Qualität

Pilotversion V.0

Änderungen nach Pilot vorbehalten



Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziele	3
3. Inhalte	4
3.1 Inhaltliche Struktur.....	4
3.2 Mindestkriterien und Erfüllungsgrad	5
3.3 Verfahren.....	5
4. Der Programmablauf	6
4.1 Anmeldung und Vertrag	7
4.2 Voraudit.....	7
4.3 Dokumentenaudit	7
4.4 Befragungen	8
4.4.1 Mitarbeitendenbefragung.....	8
4.4.2 Patientenbefragung EUROPEP	9
4.4.3 Patientenbefragung für chronisch kranke Patienten.....	9
4.5 Audit vor Ort: Praxisbesuch.....	10
4.6 Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung	18
4.7 Zwischenbericht	18
4.8 Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag	18
5. Programmentwicklung	18
6. Literatur	19

1. Einleitung und Ziele

Die Grundversorgung ist die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten und eine wichtige Drehscheibe im Gesundheitssystem. Ärztinnen, Ärzte und MPA betreuen mit hohem fachlichen Wissen und Können Menschen über den gesamten Lebenszyklus hinweg.¹ Optimal zum Tragen kommen die Fähigkeiten der Gesundheitsprofis aber nur im Rahmen guter organisatorischer und medizinischer Strukturen und Prozesse. Das EQUAM Zertifizierungsprogramm für Grundversorgerpraxen macht die Qualitätsverbesserung auf dieser Ebene sichtbar, fördert und unterstützt sie.

Dazu werden über Befragungen, Dokumentensichtungen und im Zuge eines Praxisbesuches durch die Auditorinnen und Auditoren Daten erhoben, die eine fundierte Standortbestimmung in Sachen Qualität erlauben.

Der Vergleich mit anderen Praxen und im zeitlichen Verlauf zeigt Stärken, Schwächen und Verbesserungspotentiale auf.

Die Definition von Verbesserungszielen und Massnahmen, sowie deren Bewertung im Verlauf der Zertifizierungsperiode unterstützen die Nachhaltigkeit der Qualitätsarbeit.

Für alle Informationen zur Anmeldung nehmen Sie mit uns Kontakt auf:
EQUAM Stiftung, +41 61 271 01 11, office@equam.ch, www.equam.ch

¹ In diesem Dokument verwenden wir manchmal männliche, manchmal weibliche Bezeichnungen. Selbstverständlich sind alle Geschlechter eingeschlossen.

3. Inhalte

Die vorliegenden Indikatoren decken selbstverständlich nicht die gesamte Qualität in einer Grundversorgerpraxis ab. Vielmehr wurde die Entwicklungsgruppe (siehe Pkt. 5) von der Idee geleitet, einen Grundstein für Qualität zu legen und wesentliche Bereiche und Problemlagen, die auf Organisationsebene überprüfbar sind, zu bearbeiten. Gesetzlich Vorgeschriebenes wird möglichst auf einer übergeordneten Ebene überprüft, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

3.1 Inhaltliche Struktur

Die fünf Bereiche des Programmes werden in 19 Dimensionen und 91 Indikatoren unterteilt. Mit der Wahl der Befragung setzen Sie einen Schwerpunkt (siehe 4.4)

Bereich	Dimension	Anzahl Indikatoren
Infrastruktur	Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten	5
	Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente	7
Patientinnen und Patienten	Perspektive der Patienten (Befragung)	7
	Perspektive der chronischen Patienten (Befragung)	3
	Management und Schutz von Patientendaten	7
	Patientenmanagement	10
	Prävention und Gesundheitsförderung	3
	Kontinuität	8
Team	Sicherheitskultur (Befragung)	5
	Personalmanagement	8
	Aus- und Weiterbildung	3
	Professioneller Austausch	3
Koordination mit Externen	Überweisungen und Aufträge	5
	Rückmeldungen von externen Mitarbeitenden	3
	Austausch mit Mitbehandelnden	2
Qualität und Sicherheit	Hygiene und Arbeitssicherheit	3
	Management kritischer Ereignisse	4
	Notfallmanagement	2
	Qualitätsentwicklung und -politik	3

Im nachstehenden Beispiel sehen Sie, wie die inhaltliche Struktur im Programmablauf (siehe Punkt 4) dargestellt wird:

Bereich	Dimension	Indikator
Infrastruktur	Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Die Praxis verfügt über eine Homepage oder einen Flyer / Broschüre mit allen für den Zugang nötigen Informationen. ★ Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten. ☒ • Die Praxis trifft Massnahmen, die sicherstellen, dass Patienten und Personal die Räumlichkeiten im Bedarfsfall schnellstmöglich verlassen können.

★ = Mindestkriterium (siehe Pkt. 3.2)

☒ = Indikatoren, die an allen Standorten abgefragt werden (siehe Pkt. 4.1)

☺ = Bemerkungen für grosse oder kleine Praxen und spezielle Umstände

3.2 Mindestkriterien und Erfüllungsgrad

Die Praxis sollte sich als Organisation der eigenen Haltung und dem Umgang mit den Zertifizierungskriterien klarwerden: Es ist wichtig, die Indikatoren zum Anlass zu nehmen, bereits vor dem Audit wichtige Punkte und insbesondere die Mindestkriterien zu bearbeiten. Genauso können aber die beim Praxisbesuch mit der /dem Auditor_in geführten Diskussionen Anlass sein, für die kommende Zertifizierungsperiode Verbesserungsziele zu finden und Massnahmen zu definieren.

Mindestkriterien müssen zum Zeitpunkt des Audits erfüllt sein. Stellt der / die Auditor_in fest, dass ein Mindestkriterium nicht erfüllt ist, so muss die Erfüllung des entsprechenden Indikators nach dem Audit nachgewiesen werden. Ansonsten kann das Zertifikat nicht vergeben werden. Stellt sich bei einer Re-Zertifizierung heraus, dass ein Mindestkriterium, dessen Erfüllung nach dem Erstaudit nachgewiesen wurde, erneut nicht erfüllt ist, so wird die Praxis nicht re-zertifiziert.

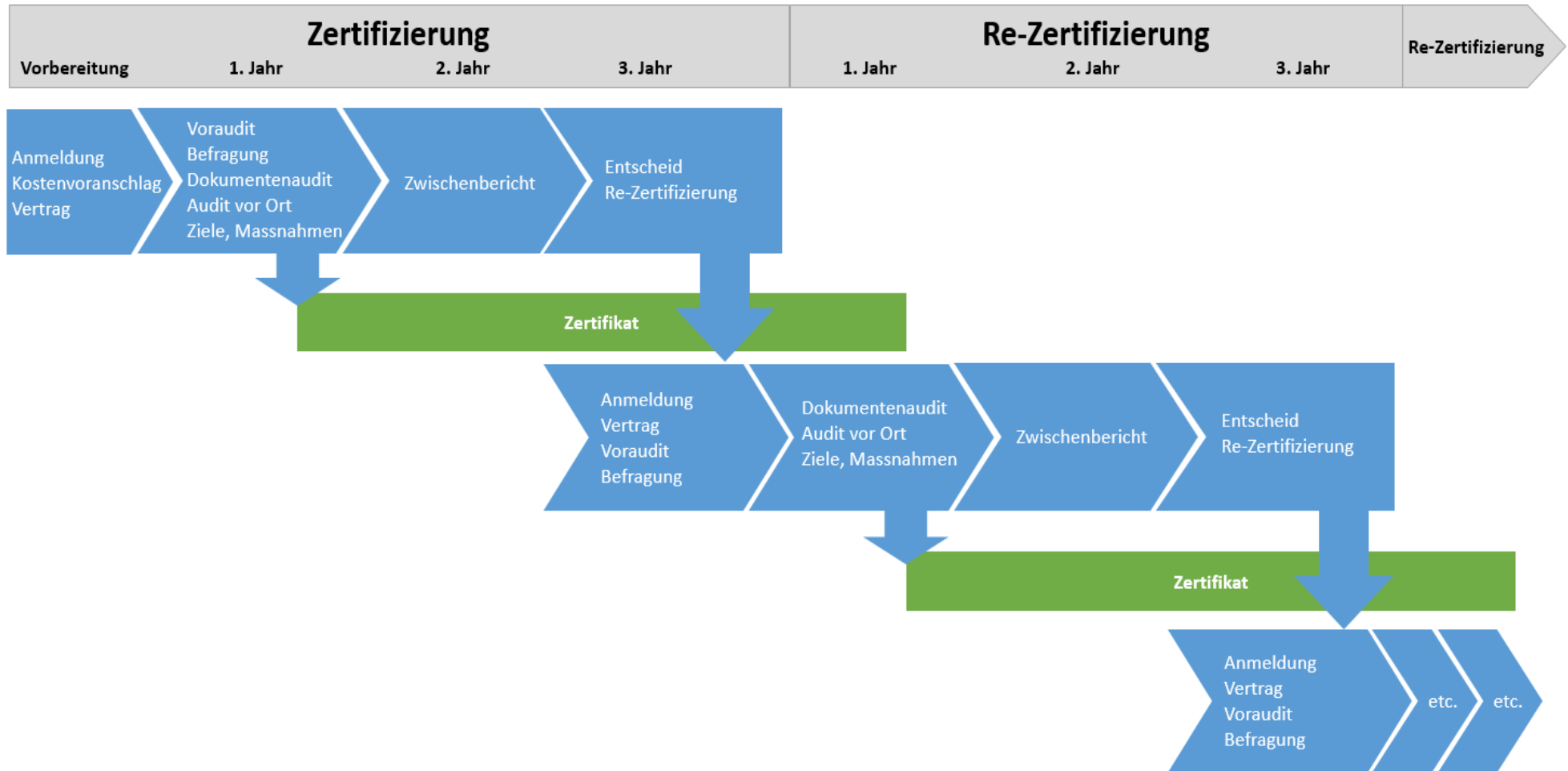
Über alle weiteren Indikatoren verlangt die EQUAM Stiftung einen Gesamterfüllungsgrad von 50 %. Der Gesamterfüllungsgrad entspricht dem Durchschnitt des Erfüllungsgrades aller Indikatoren.

3.3 Verfahren

Unter einem **Verfahren** verstehen wir die Definition eines Vorgehens mit **Beschreibung der einzelnen Schritte** und Definition von **Verantwortlichkeiten** für diese.

Wo Verfahren besonders heikle Vorgehen beschreiben oder wo Klarheit besonders wichtig ist, verlangt das Programm eine schriftliche Dokumentation.

4. Der Programmablauf



4.1 Anmeldung und Vertrag

Bei Ihrer Anmeldung entscheiden Sie, welche Befragungen (siehe 4.4) Ihre Praxis im Rahmen der Zertifizierung durchführen will. Sie wählen mindestens eine Befragung.

Sie bestimmen eine projektverantwortliche Person. Diese nimmt folgende Aufgaben wahr:

- Kontaktperson für alle organisatorischen Fragen im Zusammenhang mit der Zertifizierung (z. B. Koordination der Befragung, Planung und Begleitung des Praxisbesuches der Auditorin, des Auditors, Organisation der Feedbackrunde zum Abschluss des Praxisbesuchs, Organisation des Zwischenberichts)
- Die inhaltlichen Verantwortlichkeiten klären Sie selbst im Team.

Zudem machen Sie im Rahmen der Anmeldung Angaben zu Ihrer Praxis (Grösse, Standorte).

Teilweise interpretieren unsere Auditorinnen und Auditoren Kriterien anders, je nachdem ob es sich um eine grosse oder kleine Praxis handelt. Bei Praxen mit mehreren Standorten klären wir gemeinsam mit der projektverantwortlichen Person, inwiefern alle Standorte gemeinsam ein Zertifikat erhalten oder ob es ein Zertifikat pro Standort gibt.

Nach Vertragsunterzeichnung teilt die EQUAM Stiftung der Praxis eine /einen Auditor_in zu und leitet die Zertifizierung ein.

Der gesamte Zertifizierungsprozess wird durch eine elektronische Plattform unterstützt.

Im Rahmen des Audits erhält der / die Auditor_in Einsicht in Befundberichte. Deshalb sollten Sie die Patientinnen und Patienten idealerweise auf Ihrem Anmeldeformular um das Einverständnis zur Dateneinsicht bitten. Die EQUAM Geschäftsstelle unterstützt Sie gern in diesem Prozess.

4.2 Voraudit

Im Voraudit überprüfen Sie selbst, inwiefern Sie die Mindestkriterien des Programmes erfüllen oder definieren, bis wann Sie diese erfüllen werden. Ziel ist, dass Sie diese Kriterien aus Ihrer Sicht bis zum Audit erfüllen.

4.3 Dokumentenaudit

In einem ersten Schritt stellt die Praxis dem / der Auditor_in – sofern diese vorhanden sind – folgende Dokumente zu:

- Link zur Homepage der Praxis oder Flyer / Broschüre der Praxis
- Datenschutzkonzept (Achtung Mindestkriterien – s.u.)
- Konzept zur Hygiene und Arbeitssicherheit
- Notfallkonzept (Achtung Mindestkriterien – s.u.)
- Bericht der Kontrolle des Kantonsapothekers der letzten 12 Monate
- Nachweis der Notfallschulung für alle Mitarbeitenden, die mehr als 12 Monate in der Praxis arbeiten. (Achtung Mindestkriterien – s.u.)

Die EQUAM Stiftung macht Ihnen keine Vorschriften zur Strukturierung Ihrer Dokumentationen. Senden Sie die Dokumente in der Struktur, wie Sie bei Ihnen vorliegen.

Der /die Auditor_in wird, sofern vorhanden, auch die Praxishomepage besuchen und überprüft beim Dokumentenaudit folgende Indikatoren:

Infrastruktur

Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten

- Die Praxis verfügt über eine Homepage oder einen Flyer / Broschüre mit allen für den Zugang nötigen Informationen.

Patienten

Management und Schutz von Patientendaten

- ★ Die Praxis hat ein schriftliches Datenschutzkonzept.

Qualität und Sicherheit

Hygiene und Arbeitssicherheit

- Die Praxis verfügt über ein Konzept zu Hygiene und Arbeitssicherheit.

Notfallmanagement

- ★ Die Praxis hat ein Notfallkonzept.

Es reicht beispielsweise ein Merkblatt, welches das Vorgehen klärt und wichtige Telefonnummern aufweist.

- ★ Alle Mitarbeitenden der Praxis, die länger als 12 Monate dort arbeiten, haben im vergangenen Jahr an einer Schulung zum akuten medizinischen Notfall teilgenommen.

4.4 Befragungen

4.4.1 Mitarbeitendenbefragung

Die Mitarbeitendenbefragung erlaubt es der Praxis, Qualität aus Sicht seiner Mitarbeitenden zu betrachten. Im Rahmen dieser Befragung werden Indikatoren zur Sicherheitskultur in der Praxis auf der Basis eines Befragungsinstruments von Wet et al. (2010) geprüft. Unter der Sicherheitskultur versteht man geteilte Werte und geteiltes Wissen, die zur Patientensicherheit und damit zur Behandlungsqualität beitragen.

Der Bogen richtet sich an alle Mitarbeitenden der Praxis und wird online ausgefüllt. Wenn in der Praxis mehr als 20 Personen arbeiten, erhalten Sie eine zusätzliche Auswertung der Umfrage zum Auditbericht.

Team

Sicherheitskultur

- Die Arbeitsorganisation unterstützt die Sicherheitskultur.
- Die Art der Kommunikation unterstützt die Sicherheitskultur.
- Die Führung unterstützt die Sicherheitskultur.
- Die Art der Zusammenarbeit unterstützt die Sicherheitskultur.
- Systemische Elemente unterstützen die Sicherheitskultur.

4.4.2 Patientenbefragung EUROPEP

Der EUROPEP Fragebogen (Grol & Wensing 2000) gibt Ihnen Auskunft darüber, wie Ihre Patientinnen und Patienten die Qualität in der Praxis beurteilen.

Meist wird diese Umfrage auf Papier durchgeführt, eine online Befragung ist auch möglich. Pro Arzt, der mehr als 50 % arbeitet, werden 75 Fragebogen, pro Arzt der weniger als 50 % arbeitet 40 Fragebogen ausgegeben.

Die Auswertung kann individuell oder praxisübergreifend erfolgen und wird in einem separaten Bericht dargestellt.

Patientinnen & Patienten

Perspektive der Patientinnen und Patienten

- Die Patienten empfinden die Beziehung und Kommunikation als hochwertig.
- Die Patienten empfinden die medizinische Behandlung als hochwertig.
- Die Patienten fühlen sich gut unterstützt und informiert.
- Die Patienten sind der Meinung, kontinuierlich und gut koordiniert behandelt zu werden.
- Die Patienten sind mit dem Zugang und der Verfügbarkeit zufrieden.
- Die Patienten sind mit dem Service zufrieden.
- Die Patienten sind insgesamt zufrieden.

4.4.3 Patientenbefragung für chronisch kranke Patienten

Die Befragung für chronisch kranke Patienten hat den PACIC Fragebogen (Glasgow et al. 2005; Rosemann et al. 2007) zum Ausgangspunkt und richtet sich im Speziellen an chronisch kranke Patientinnen und Patienten.

Meist wird diese Umfrage auf Papier durchgeführt, eine online Befragung ist aber auch möglich. Pro Arzt, der mehr als 50 % arbeitet, werden dabei 75 Fragebogen, pro Arzt der weniger als 50 % arbeitet 40 Fragebogen ausgegeben.

Die Auswertung kann individuell oder praxisübergreifend erfolgen und wird in einem separaten Bericht dargestellt.

Patientinnen & Patienten

Perspektive chronisch kranker Patientinnen und Patienten

- Die Patienten fühlen sich partnerschaftlich in ihre Behandlung einbezogen.
- Die Patienten haben den Eindruck, kontinuierlich betreut zu sein.
- Die Patienten empfinden die Behandlung als gut koordiniert.

4.5 Audit vor Ort: Praxisbesuch

Der Praxisbesuch ist ein begleiteter Rundgang der Auditorin, des Auditors durch die Praxis. Dabei werden laufend verschiedene Indikatoren im Gespräch mit verantwortlichen Personen geprüft. In Interviews werden anschliessend weitere Indikatoren besprochen. Die Feedbackrunde dient der Diskussion der nun vollständig erhobenen Ausgangslage und der Definition von Zielen.

Vor dem Ankommen

Infrastruktur

Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten

- ★ Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich und informiert über die Versorgung ausserhalb der Sprechzeiten.

Die Ansage sollte deutlich und zumindest in einer der Landessprachen abgespielt werden.

Beim Empfang

Vor Ort und im Gespräch mit einer / einem Mitarbeiter_in dieses Bereichs werden folgende Indikatoren überprüft:

Patientinnen & Patienten

Patientenmanagement

- Die Praxis vergibt Termine so, dass für die Patienten mit unterschiedlichen Anliegen jeweils genügend Zeit eingeplant ist.
- Die Praxis hat für die Telefontriage Kriterien definiert, bei denen ein Patient sofort einbestellt oder beim Notfall gemeldet werden muss.
- MPA haben eine Ansprechperson für Fragen bei der Telefontriage. ☒
- Patienten, welche das Personal nicht persönlich kennt, werden am Empfang eindeutig identifiziert.

Für eine eindeutige Identifikation müssen zumindest Name, Vorname und Geburtsdatum abgefragt werden. Diese Angaben müssen mit der KG / Agenda überprüft werden.

Management und Schutz von Patientendaten

- Die Praxis stellt sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können. ☒

Der / die Auditor_in wird hier darauf achten, ob es zumutbare Massnahmen gibt, welche die Diskretion am Empfang erhöhen könnten.

- ★ Patientinnen und Patienten können ihre Daten einsehen und erhalten.
- Das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang respektiert den Datenschutz und die Diskretion.

Auf dem Weg durch die Praxis

Infrastruktur

Verfügbarkeit, Zugang und Räumlichkeiten

- Die Praxis verfügt über getrennte Toiletten für Patienten und Mitarbeitende. ☑
- Mitarbeitende haben die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen o.Ä. ungestört zurückzuziehen. ☑
- Die Praxis trifft Massnahmen, die sicherstellen, dass Patienten und Personal die Räumlichkeiten im Bedarfsfall schnellstmöglich verlassen können. ☑

Patienten

Management & Schutz von Patientendaten

- ★ In der Praxis sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar. ☑

Qualität / Sicherheit

Hygiene und Arbeitssicherheit

- ★ Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden. ☑
- ★ Die Praxis entsorgt Sonderabfall sicher und sachgemäss. ☑

Beim Material

Infrastruktur

Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente

- ★ Die Praxis gewährleistet die Wartung der Ausstattung mittels eines Verfahrens.
- ★ Die Ausstattung der Praxis ist aktuell gewartet. ☑

Der / die Auditor_in prüft die Aktualität der Wartung der Blutdruckmessgeräte, Laborgeräte, Röntgenanlage, Defibrillatoren, Sterilisatoren und Feuerlöscher.

Beim Medikamentenlager

☞ Fand in Ihrer Praxis während den letzten 12 Monaten eine Inspektion der Heilmittelkontrolle statt oder ist eine solche in den nächsten 12 Monaten angekündigt? Wenn ja, prüft der / die Auditor_in in diesem Bereich nur die Mindestkriterien.

Infrastruktur

Ausstattung, Notfallausrüstung und Medikamente

- Die Praxis lagert Medikamente sachgemäss. ☑
- Die Praxis bewahrt Medikamente möglichst sicher vor Kindern und Patienten auf. ☑
- ★ Die Praxis lagert Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterstehen, in einem verschlossenen, unverrückbaren Schrank. ☑

- Die Praxis hat eine Inventarliste des Notfallkoffers. ☒
- Der kontrollierte Notfallkoffer enthält alle notwendigen Medikamente. Diese haben das Verfallsdatum nicht überschritten. ☒

Im Gespräch mit der / dem hauptverantwortlichen MPA

Im Gespräch mit der / dem hauptverantwortlichen MPA (je nach Praxiskonstellation und Aufgabenteilung kann die Anwesenheit des hauptverantwortlichen Arztes, der hauptverantwortlichen Ärztin sinnvoll sein) werden folgende Indikatoren überprüft:

Management & Schutz von Patientendaten

- Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Laboruntersuchungen vorgenommen hat.

Patientenmanagement

- Es gibt ein Verfahren, nach dem Patienten über die Praxis informiert werden.

Patienten, bei denen sich abzeichnet, dass sie sich an die Praxis binden, sollten über das medizinische Angebot, das Verhalten im Notfall und wenn nötig über eine Ansprechperson bei Fragen zum Gesundheitssystem informiert werden. Die Praxis entscheidet selbst, wer wann welchem Patienten die Informationen vermittelt.

- Die Praxis hat Regeln zur Kommunikation von Untersuchungsergebnissen an Patienten.

Es ist geklärt, wer welche Resultate mitteilen darf und bei welchen Untersuchungen / Resultaten (z.B. HIV-Test oder Screening Resultate) besondere Massnahmen ergriffen werden.

- Teammitglieder wissen voneinander, welche Sprachen sie übersetzen können.

- Die Praxis hat Kriterien, die klären, in welchen Fällen professionelle Dolmetschdienste herangezogen werden.

Idealerweise würden sämtliche Dolmetschdienste durch Profis erbracht. Da dies in der Praxis aus organisatorischen und Kostengründen oft nicht möglich ist, braucht es hier eine bewusste Entscheidung der Praxis, in welchen Fällen man auf Telefon- oder anwesende Dolmetscher zurückgreifen will.

Überweisungen und Aufträge

- Die Praxis verfügt über ein Verzeichnis der lokalen Leistungserbringer.

Das Verzeichnis soll sicherstellen, dass die Praxis Aufträge an Leistungserbringer vergibt, mit denen eine gute und vertrauensvolle Kooperation besteht. Das Verzeichnis sollte regelmäßig überprüft werden und idealerweise auch Kontakte zu Sozialdiensten, Selbsthilfegruppen u.Ä. enthalten.

- ✳ Informationen, die zur Fortführung der Behandlung notwendig sind, werden rechtzeitig, vollständig und gut leserlich an Mit- oder Weiterbehandelnde übermittelt.

Der / die Auditor_in prüft mit Ihnen, inwiefern alle Elemente einer KG zeitnah versandt werden können (z.B. Röntgenbilder).

Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden

- Die Praxis verfolgt Untersuchungsaufträge nach.
- ✳ Die Praxis stellt sicher, dass eingehende Untersuchungsergebnisse rechtzeitig durch eine Ärztin, einen Arzt gesichtet werden.

Austausch mit Mitbehandelnden

- Die Praxis dokumentiert Antworten auf Anfragen externer Mitbehandelnder.

Personalmanagement

- Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer MPA in ihre Arbeitsgebiete.
Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

Im Gespräch mit dem hauptverantwortlichen Arzt, der hauptverantwortlichen Ärztin

Im Gespräch mit dem hauptverantwortlichen Arzt, der hauptverantwortlichen Ärztin (je nach Praxiskonstellatation und Aufgabenteilung kann die Anwesenheit der / des hauptverantwortlichen MPA sinnvoll sein) werden folgende Indikatoren überprüft:

Management und Schutz von Patientendaten

- Die Praxis stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche KG-Einträge vorgenommen hat.

Patientenmanagement

- Die Praxis ist sensibel für die Würde der Patienten, wenn körperliche Untersuchungen vorgenommen werden.
- Die Praxis hat Kriterien, die bestimmen, wann die Durchführbarkeit einer Untersuchung oder Behandlung in Frage gestellt werden muss.

Prävention und Gesundheitsförderung

- Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem sie Patienten über Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen informiert.

Die Praxis entscheidet, wann sie welche Patienten zu welchen Untersuchungen informiert.

- Jede KG enthält anamnestische Anmerkungen zu Allergien, Nebenwirkungen und Interaktionen.

Zur Überprüfung dieses Kriteriums sichtet der / die Auditor_in fünf KG. Die Nachfrage sollte auch dokumentiert sein, wenn keine Allergien o.Ä. bekannt sind.

- Jeder Patient wird zu Bewegung und Ernährung, Jugendliche und Erwachsene zudem zu Alkohol- und Nikotinkonsum befragt.

Zur Überprüfung dieses Kriteriums sichtet der/ die Auditor_in fünf KG. Die Nachfrage sollte auch dokumentiert sein, wenn kein (problematischer) Alkohol- oder Nikotinkonsum vorliegt.

Kontinuität

- Die Praxis hat ein Verfahren zur Anamnese neuer, die Praxis regelmässig aufsuchender und / oder dauermedizierter Patienten.

☞ *Bei grossen Praxen braucht es eine schriftliche Checkliste.*

- Die Praxis fördert die Kontinuität der Behandlung mit einer Medizinalperson der Praxis.

Patienten, bei denen es sich abzeichnet, dass sie die Praxis regelmässig aufsuchen, sollten einer primären Ansprechperson zugewiesen und über die Wichtigkeit der kontinuierlichen Kooperation mit dieser Person hingewiesen werden.

- Die Praxis erarbeitet mit chronisch kranken Patienten Strategien und Pläne, die den Patienten helfen, im Alltag und in schwierigen Situationen bestmöglich mit ihrer Krankheit umzugehen.

Z.B. Aktionspläne für Asthmatiker, COPD-Patienten, Herzinsuffizienz-Patienten, Hypogefahr bei Diabetes

- Die Praxis hat ein Verfahren zur Wiedereinbestellung von Patienten mit chronischen Erkrankungen.

- Die Praxis hat ein Verfahren im Umgang mit Dauermedikamenten.

Das Verfahren muss die Visierung der Abgabe verschreibungspflichtiger Medikamente sowie die mindestens jährliche Überprüfung der Indikation gewährleisten.

- ★ Die Praxis hat eine Vorlage für Medikamentenpläne und regelt deren Herausgabe.

- Jede KG enthält eine Diagnose- oder Problemliste. Darin sind auch relevante externe Befunde vermerkt.

Zur Überprüfung dieses Kriteriums sichtet der / die Auditor_in fünf KG.

- Die Praxis fördert das Selbstmanagement der Patienten.

Das Team setzt Massnahmen zur Förderung des Selbstmanagements der Patienten um und stellt sicher, dass diese Massnahmen aktueller Evidenz und Best Practice entsprechen.

Überweisungen und Aufträge

- Die Praxis fördert die einheitliche Strukturierung und Vollständigkeit von Überweisungen.

*Es werden z.B. Strukturen und Elemente von Aufträgen besprochen oder es gibt Vorlagen.
 ↻ nicht relevant in Einzelpraxen*

- Die Praxis fördert evidenzbasierte und nicht-defensive Überweisungspraktiken.

- Es gibt ein Verfahren für den Fall, dass die Patientin den Arzt inner- oder ausserhalb der Praxis wechseln möchte oder für den Fall, dass die Praxis einen Patienten nicht mehr behandeln möchte.

Rückmeldungen von externen Mitbehandelnden

- Die Praxis dokumentiert welche Massnahmen (z.B. Wiedereinbestellung) aufgrund eingegangener Ergebnisse getroffen wurden.

Austausch mit Mitbehandelnden

- Die Praxis trifft sich mit lokalen Leistungserbringern.

Personalmanagement

- Es gibt ein Verfahren zur Einarbeitung neuer Ärztinnen und Ärzte in ihre Arbeitsgebiete.

Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

Professioneller Austausch

- Das Team bespricht die Behandlung einzelner Patienten in besonders komplexen Lagen.

z.B. polymorbide Patienten in besonders schwierigen sozialen Lagen, Patienten, die schwierig im Umgang und / oder sehr fordernd sind, Patienten mit psychischen Schwierigkeiten, bei denen ein einheitlicher Umgang aller Fachpersonen wichtig ist etc. Die Praxis sucht die Fälle nach eigenen Kriterien aus.

- Das Team bespricht den Umgang mit Patientengruppen mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken.

z.B. Umgang mit Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten, Patienten mit physischen oder psychischen Einschränkungen, Patienten in sozial schwierigen Lagen, Patienten im Asylprozess, Patienten im Heim, fordernde Patienten etc. Die Praxis sucht die Gruppen nach eigenen Kriterien aus.

Im Gespräch mit der / dem Personalverantwortlichen

Team

Personalmanagement

- Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Zeugnissen und Zertifikaten überprüft.
- Alle Mitarbeitende haben eine Stellenbeschreibung.
- Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt.

Zum Personalgespräch sollte ein schriftlicher Bericht vorhanden sein.

Im Personalgespräch sollte das Thema Fortbildung thematisiert werden.

- Die Praxis fördert den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team.

z.B. im Rahmen von Team-Events

- Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung weiteres medizinischen Personals (ausser Ärzte und Ärztinnen und MPA).

Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

- Es gibt gegebenenfalls ein Verfahren zur Einarbeitung von Vertretungskräften.

Eine schriftliche Checkliste ist notwendig.

Aus- und Weiterbildung

- Die Praxis engagiert sich für Ausbildung und / oder Lehre.

Etwa in der Ausbildung, Organisation von Weiterbildungen für internes oder externes Personal

- Die Praxis ermöglicht allen Mitarbeitenden den Zugang zu medizinischen Guidelines.

- Das medizinische Personal der Praxis nimmt an professionell moderierten Qualitätszirkeln teil.

Schriftlicher Nachweis ist nötig.

Professioneller Austausch

- ★ Das gesamte Praxisteam führt regelmässig strukturierte Teambesprechungen durch.

Im Gespräch mit dem / der Qualitätsverantwortlichen

Management kritischer Ereignisse

- Die Praxis hat ein Verfahren, das es Patienten ermöglicht, Rückmeldungen und Kritik anzubringen.

Das kann ein Hinweis auf der Homepage, eine E-Mail-Adresse, ein Briefkasten oder ein Hinweis im Patientengespräch sein.

- Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit Beschwerden von Patienten und anderen Leistungserbringern.

Beschwerden werden dokumentiert und besprochen (Nachweis). Es werden Massnahmen abgeleitet.

- ★ Die Praxis hat ein Verfahren zum Umgang mit kritischen Ereignissen.

Kritische Ereignisse (=Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Patienten) werden dokumentiert und zeitnah besprochen (Nachweis). Es besteht ein Verfahren zur Kommunikation mit Patienten im Fall kritischer Ereignisse. Es werden Massnahmen abgeleitet.

- Die Praxis weist Patienten auf den EQUAM Ombudsarzt hin.

Qualitätsentwicklung und -politik

- Die Praxis hat eine / einen Qualitätsverantwortliche_n.

➔ *Bei kleinen Praxen kann dies die Ansprechperson für die EQUAM Stiftung sein, bei grossen Praxen sollten die Aufgaben und Kompetenzen der Person genauer definiert werden.*

- Die Praxis hat ein Verfahren, nach dem alle Mitarbeitenden bezüglich Neuerungen in qualitäts- und sicherheitsrelevanten Abläufen, informiert werden.

➔ *Nur für grosse Praxen relevant*

- Die Praxis trifft Massnahmen, die helfen, die Implementierung qualitäts- und sicherheitsrelevanter Regeln im Team zu gewährleisten.

➔ *Nur für grosse Praxen relevant*

Feedbackrunde

Die Feedbackrunde bildet den Abschluss des Praxisbesuches. Die Leitung der Praxis, sowie alle Personen, die im Verlauf des Besuchs Auskunft erteilt haben, sollten anwesend sein. Die Praxis kann selber entscheiden, weitere Mitarbeitende oder das gesamte Team zur Feedbackrunde einzuladen. Grössere Praxen sollten mit dem / der Auditor_in Rücksprache halten um diesen Punkt zu klären.

Das Team erhält Rückmeldungen von dem / der Auditor_in zum Rundgang und zu den Befragungen und diskutiert gemeinsam mit ihm / ihr mögliche Qualitätsverbesserungsziele und Massnahmen.

4.6 Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung

Im Anschluss an den Praxisbesuch erstellt der / die Auditor_in einen Bericht und macht Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. Die Praxis definiert mindestens drei Ziele und dazugehörige Massnahmen – sowie weitere, wenn Mindestkriterien nicht erfüllt sind. Die drei Ziele können auch Ziele eines grösseren Projektes sein. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird die Praxis zertifiziert.

4.7 Zwischenbericht

Im Jahr nach der Zertifizierung nimmt die EQUAM Stiftung mit der Praxis Kontakt auf und fordert die projektverantwortlichen Person auf, zu den gesetzten Zielen und Massnahmen Stellung zu beziehen. Die Praxis definiert mindestens drei neue Ziele zur Bearbeitung für die verbleibende Laufzeit des Zertifikats.

4.8 Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag

Sie entscheiden, ob Sie Ihre Praxis re-zertifizieren lassen möchten und melden sich entsprechend an.

5. Programmentwicklung

Seit dem Jahr 2003 bietet die EQUAM Stiftung (zu Beginn in Kooperation mit der SwissPep) Zertifikate für Arztpraxen an. Die Basis für das Zertifikat lieferte bis ins Jahr 2017 das in einem internationalen Konsortium entwickelte Europäische Praxis-Assessment EPA (Engels et al. 2005; 2006).

Das jetzige Praxiszertifikat der EQUAM Stiftung nutzt das EPA als wichtige Quelle. Daneben flossen in die grundlegende Überarbeitung Anregungen aus Standard-Sets weltweit ein (u.a. Starfield et al. 2009; Levitt et al. 2010; RACGP 2015). Auf diesen Grundlagen und den Erfahrungen der Stiftung und Rückmeldungen der Praxen aufbauend wurde im Frühjahr 2017 an der EQUAM Geschäftsstelle der Indikatorenkatalog überarbeitet. Dieser wurde im Sommer 2017 einer breiten Bewertung unterzogen, an der MPA, Ärztinnen und Ärzte und Auditorinnen und Auditoren teilnahmen. Eine Arbeitsgruppe, in der ebendiese Professionen vertreten waren, diskutierte im Anschluss daran an einem eintägigen Workshop die Indikatoren und verfeinerte die Kriterien. Die EQUAM Fachgruppe für Standards und Indikatoren diskutierte den so entstandenen Indikatorenaktalog intensiv an einer Retraite Ende Sommer 2017 und gab anschliessend die Pilotversion des Programmes frei. Die neuen Befragungen des Programmes für Mitarbeitende (Wet et al. 2010) und chronisch kranke Patientinnen und Patienten (Glasgow et al. 2005; Rosemann et al. 2007) werden im Rahmen der Pilotphase 2017 / 2018 getestet und überprüft.

Die EQUAM Stiftung dankt allen, die einen Beitrag zur Erarbeitung dieses Programmes geleistet haben herzlich für Ihr Engagement für Qualität und Patientensicherheit.

6. Literatur

Engels, Y. et al. "Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe". *Family Practice* 22 (2005): S. 215-222.

Engels, Y. et al. "Testing a European Set of indicators for the evaluation of the management of primary care practices". *Family Practice* 23, no. 1 (2006): S. 137-147.

Glasgow, R. E. et al. "Development and Validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)". *Medical Care* 43, no. 5 (2005): S. 436-444.

Grol, R. & Wensing, M. *Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP Instrument*. EUROPEP Group, 2000.

RACGP - The Royal Australian College of General Practitioners. *Standards for General Practices - Fourth Edition*. Melbourne, 2015.

Rosemann, T. et al. "Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC 5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients". *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13 (2007): p. 806-13.

Levitt, C. A. and Hilt L. *Quality in Family Practice. Book of Tools*. Hamilton: McMaster Innovation Press, 2010.

Wet, C. et al. "The development and psychometric evaluation of a safety climate measure for primary care". *Quality and Safety in Health Care* 19 (2010): 578-854.