

# Radiologie-Institut – Zertifizierte Qualität

## Programmbeschrieb mit den Indikatoren

Version 1.1

15. Februar 2018 / 31.01.2020

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziele .....	3
2. Inhalte.....	3
Inhaltliche Struktur.....	4
Mindestkriterien und Erfüllungsgrad .....	4
Verfahren.....	5
3. Der Programmablauf .....	6
Anmeldung und Vertrag.....	7
Vorausdit.....	7
Dokumentenaudit .....	7
Zwei Befragungen zur Auswahl .....	8
Mitarbeitendenbefragung (3.1) .....	8
Zuweisendenbefragung (4.1) .....	8
Audit vor Ort: Institutsbesuch .....	8
Feedbackrunde .....	9
Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung.....	9
Zwischenbericht .....	9
Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag .....	9
4. Erhebungsbereiche.....	10
Infrastruktur .....	10
Patientinnen und Patienten .....	12
Team.....	15
Zuweisende .....	18
Qualität & Sicherheit .....	20
5. Programmentwicklung .....	23
6. Literatur .....	24
7. Änderungskontrolle.....	24

## 1. Einleitung und Ziele

Bildgebende Verfahren werden in der Medizin immer wichtiger. Eine erfolgreiche Diagnostik mittels Magnetresonanz-, Computertomographie und den anderen bildgebenden Modalitäten wie Nuklearmedizin, konventionelles Röntgen und Sonographie erfordert ein hohes fachliches Wissen von Radiologinnen und Radiologen und MTRA.

Optimal zum Tragen kommen die Fähigkeiten aber nur im Rahmen guter organisatorischer und medizinischer Strukturen und Prozesse. Das EQUAM Zertifizierungsprogramm für Radiologie-Institute macht die Qualitätsverbesserung auf dieser Ebene sichtbar, fördert und unterstützt sie.

Dazu werden über Befragungen, Dokumentensichtungen und im Zuge eines Institutsbesuches durch den / die Auditor\_in Daten erhoben, die eine fundierte Standortbestimmung in Sachen Qualität erlauben.

Der Vergleich mit anderen Instituten 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 weitere Informationen zu diesem Zertifizierungsprogramm, zum Ablauf oder zur Anmeldung nehmen Sie mit uns Kontakt auf: [office@equam.ch](mailto:office@equam.ch) oder 031 302 86 87.

## 2. Inhalte

Die vorliegenden Indikatoren decken selbstverständlich nicht die gesamte Qualität im Radiologie-Institut ab. Vielmehr wurde die Entwicklungsgruppe 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. Angesichts der Heterogenität im kantonally organisierten schweizerischen Gesundheitswesen ist es allerdings unvermeidlich, dass die Einhaltung gesetzlicher Vorgaben teilweise auch im Rahmen dieses Programms kontrolliert wird.

### Inhaltliche Struktur

Die fünf Bereiche des Programmes werden in Dimensionen und diese in weitere Indikatoren unterteilt. Mit der Wahl der Befragung (siehe unter 3) setzen Sie einen Schwerpunkt.

Bereich	Dimension	Anzahl der Indikatoren
Infrastruktur	Verfügbarkeit und Zugang	3
	Räumlichkeiten	3
	Medikamente, Notfallausrüstung, medizinische Verbrauchsmaterialien	9
Patientinnen & Patienten	Informationen für Patientinnen und Patienten	7
	Management und Schutz von Patientendaten	7
	Patientenmanagement	8
Team	Sicherheitskultur	30
	Personalmanagement	8
	Aus- und Weiterbildung	5
	Professioneller Austausch	5
Zuweisende	Qualität aus Sicht der Zuweisenden	18
	Indikation	3
	Befundbericht	4
Qualität & Sicherheit	Hygiene und Verletzungsschutz	7
	Strahlenschutz	6
	Kontrastmittelgabe und Notfallmanagement	5
	Management kritischer Ereignisse	3
	Qualitätsentwicklung und -politik	5

### Mindestkriterien und Erfüllungsgrad

Das Institut 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 Institutsbesuch mit dem / der 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 innert der gesetzten Frist nachgewiesen werden. Ansonsten kann das Zertifikat nicht vergeben werden. Stellt sich bei einer Re-Zertifizierung heraus, dass ein Mindestkriterium erneut nicht erfüllt ist, so wird die Praxis nicht re-zertifiziert.

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

### Liste der Mindestkriterien:

#### Code Mindestkriterium

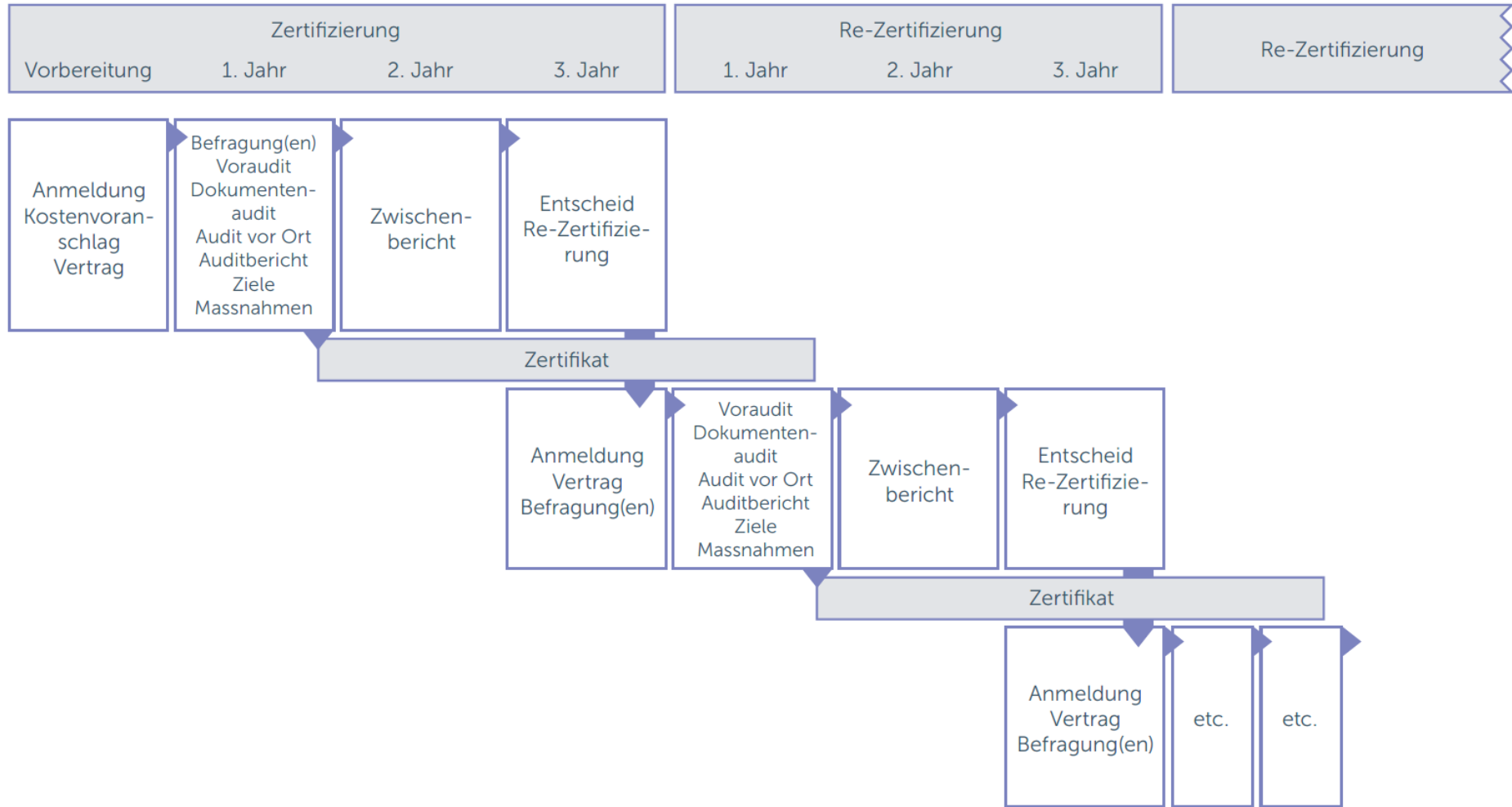
- 1.1.3 !!! Das Institut hat einen adäquaten Zugang für den Sanitätsdienst.
- 1.3.4 !!! Ein Notfallset ist jederzeit in angemessener Erreichbarkeit.
- 2.1.1 !!! Das Institut hält auf seiner Website Informationen für Patientinnen und Patienten zu den einzelnen Untersuchungen bereit.
- 2.2.1 !!! Das Institut hat ein schriftliches Datenschutzkonzept.
- 2.2.2 !!! Im Institut sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar.
- 2.2.4 !!! Patientinnen und Patienten können ihre Daten einsehen und erhalten.
- 2.3.6 !!! Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen.
- 3.2.5 !!! Es gibt ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zur Einarbeitung neuer MTRA und MPA in ihre Arbeitsgebiete.
- 3.2.6 !!! Es gibt ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zur Einarbeitung neuer Radiologinnen und Radiologen in ihre Arbeitsgebiete.
- 3.2.7 !!! Es gibt ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender am Telefon / im Callcenter und am Empfang.
- 3.4.5 !!! Es gibt regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen Vertretern aller Professionen des Instituts.
- 5.1.4 !!! Für den Fall einer Nadelstichverletzung besteht ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zum Vorgehen.
- 5.3.3 !!! Das Institut verfügt über einen schriftlichen Ablaufplan für den Fall eines Kontrastmittelnotfalls.

### 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 die EQUAM Stiftung eine schriftliche Dokumentation. Dies ist explizit in diesem Programmbeschrieb bei dem jeweiligen Punkt erwähnt.

### 3. Der Programmablauf



### Anmeldung und Vertrag

Bei der Anmeldung entscheidet das Institut, welche Befragungen es im Rahmen der Zertifizierung durchführen will (siehe unter 3.4). Es wählt mindestens eine Befragung, wobei die Mitarbeitendenbefragung nur ab 10 im Institut arbeitenden Personen durchgeführt werden kann.

Im Institut wird eine projektverantwortliche Person bestimmt. Diese nimmt folgende Aufgaben wahr:

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

Bei der Anmeldung werden Angaben zum Institut verlangt (Standorte, Personal). Bei Instituten 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. Wesentliche Fragen sind dabei etwa, inwiefern das Personal über die Standorte rotiert, ob es standortübergreifende Handlungsanweisungen oder Verfahren gibt etc.

Auf die Anmeldung erhält das Institut von der EQUAM Stiftung einen Kostenvoranschlag, einen Projektplan und einen Vertrag. Nach Vertragsunterzeichnung teilt die EQUAM Stiftung der Praxis eine Auditorin, einen Auditor zu und leitet die Zertifizierung ein. Der gesamte Zertifizierungsprozess wird durch eine Online-Plattform begleitet. Das Institut wird von uns per E-Mail jeweils über die weiteren Schritte informiert und so durch den Prozess geführt.

### Voraudit

Im Voraudit überprüft das Institut selbst, inwiefern sie die Mindestkriterien des Zertifizierungsprogrammes erfüllt oder definiert, bis wann sie diese erfüllen wird. Ziel ist, dass diese Kriterien aus Sicht der Praxis bis zum Audit erfüllt sind. Diese Information ist wichtig, damit der Auditor weiss, ab wann er einen Audittermin mit Ihnen vereinbaren kann.

### Dokumentenaudit

In einem ersten Schritt lädt das Institut für den / die Auditor\_in sofern vorhanden Folgendes auf die Online-Plattform hoch:

- Regeln zur Kommunikation von Untersuchungsergebnissen an Patientinnen und Patienten
- Datenschutz- und Hygienekonzept
- Anmeldeformulare
- Verfahren zum Vorgehen bei Nadelstichverletzungen
- Fragebogen für die Gabe jodhaltiger Kontrastmittel
- Ablaufplan für den Fall eines Kontrastmittelnotfalls

Der /die Auditor\_in wird – sofern vorhanden – auch die Institutswebsite besuchen und überprüft beim Dokumentenaudit folgende Indikatoren:

- 1.1.2 Informationen zum Zugang auf der Webseite
- 2.1.1 Informationen zu einzelnen Untersuchungen auf der Webseite
- 2.2.1 Datenschutzkonzept
- 4.2.1 Anmeldeformulare
- 5.1.1 Hygienekonzept
- 5.1.4 Verfahren bei Nadelstichverletzungen
- 5.3.1 Fragebogen bei Gabe jodhaltiger Kontrastmittel
- 5.3.3 Ablaufplan für Kontrastmittelnotfall

Die EQUAM Stiftung macht keine Vorschriften zur Strukturierung der Dokumentationen. Das Institut lädt die Dokumente auf die Online-Plattform so hoch, wie sie vorhanden sind.

### Zwei Befragungen zur Auswahl<sup>1</sup>

#### Mitarbeitendenbefragung (3.1)

Die Mitarbeitendenbefragung erlaubt es dem Institut, Qualität aus Sicht seiner Mitarbeitenden zu betrachten. Im Rahmen dieser Befragung werden Indikatoren zur Sicherheitskultur im Institut 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 Fragebogen richtet sich an alle Mitarbeitenden des Instituts, egal ob sie angestellt oder (Mit)inhaber\_innen sind. Der Fragebogen wird online ausgefüllt. Die Mitarbeitendenbefragung kann erst ab 10 Mitarbeitenden durchgeführt werden. Die Ergebnisse fliessen in den Auditbericht ein. Wenn mehr als 20 Personen dort arbeiten, erhält das Institut einen zusätzlichen Auswertungsbericht der Umfrage zum Auditbericht.

#### Zuweisendenbefragung (4.1)

Die Zuweisendenbefragung reflektiert Qualität aus dieser spezifischen Perspektive. Um aussagekräftige Resultate zu erzielen, sollten alle Zuweisenden angeschrieben werden. Bei unter 40 Zuweisenden ist mit EQUAM bezüglich Durchführbarkeit der Befragung Rücksprache zu nehmen. Die Ergebnisse in den Auditbericht ein. Die detaillierte Auswertung erfolgt in einem separaten Bericht.

### Audit vor Ort: Institutsbesuch

Der Audit ist ein begleiteter Rundgang der Auditorin, des Auditors durch das Institut mit einer anschliessenden Feedbackrunde. Der Rundgang umfasst alle Untersuchungsmodalitäten des Instituts, auch wenn es nur für einige der Modalitäten spezifische Indikatoren gibt. Während des Rundgangs werden laufend verschiedene Indikatoren im Gespräch mit der jeweils verantwortlichen Person (Ärztin / Arzt, MTRA, HR- und / oder Q-Verantwortliche\_r) geprüft und Dokumente eingesehen. Der Ablaufplan wird der Praxis rechtzeitig geschickt.

---

<sup>1</sup> Die Praxis wählt für die Zertifizierung mindestens eine der zwei möglichen Befragungen aus.



Es kann vorkommen, dass der/ die Auditor\_in stichprobenweise anwesende Mitarbeitende befragt.

### Feedbackrunde

Die Feedbackrunde bildet den Abschluss des Audits. Die Leitung des Instituts sollte anwesend sein. Das Institut kann selber entscheiden, weitere Mitarbeitende zur Feedbackrunde einzuladen. Grössere Institute sollten diese Frage in Rücksprache mit dem / der Auditor\_in klären.

Das Team erhält Rückmeldungen von dem / der Auditor\_in zum Audit und zu den Befragungen. Sie diskutieren gemeinsam mögliche Qualitätsverbesserungsziele und Massnahmen.

### Auditbericht, Ziele und Massnahmen, Zertifizierung

Im Anschluss an das Audit erstellt der / die Auditor\_in einen Bericht und macht Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung. Das Institut definiert mindestens drei Ziele und dazugehörige Massnahmen – sowie weitere, wenn Mindestkriterien nicht erfüllt sind. Die drei Ziele können auch Unterziele eines grösseren Projektes sein. Sofern alle Voraussetzungen erfüllt sind, wird das Institut zertifiziert.

Der / die Auditor\_in beurteilt vor dem Antrag zur Zertifikatserteilung, ob die vorgeschlagenen Ziele und Massnahmen angemessen sind. Die EQUAM Stiftung kann weitergehende Verbesserungen verlangen.

### Zwischenbericht

Im Jahr nach der Zertifizierung nimmt die EQUAM Stiftung mit dem Institut Kontakt auf und fordert die projektverantwortliche Person auf, zu den gesetzten Zielen und Massnahmen Stellung zu beziehen. Das Institut definiert mindestens zwei neue Ziele zur Bearbeitung für die verbleibende Laufzeit des Zertifikats. Spätestens beim nächsten Audit belegt die Praxis dem / der Auditor\_in gegenüber der Zielerreichung in den genannten Bereichen.

### Entscheid Re-Zertifizierung, Anmeldung und Vertrag

Das Institut entscheidet, ob es sich re-zertifizieren lassen möchte und meldet sich an.

## 4. Erhebungsbereiche

Im Folgenden werden die verschiedenen Kriterien der Zertifizierung im Detail wiedergegeben. In der Tabelle werden die Mindestkriterien durch drei Ausrufezeichen (!!!) gekennzeichnet. Das Symbol ☒ steht für Indikatoren, welche – wo relevant - an allen Standorten separat abgefragt werden. Sie können dieses Dokument als Checkliste für die Vorbereitung des Audits nutzen.

### Infrastruktur

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>1.1</b>	<b>Verfügbarkeit und Zugang</b>	
1.1.1	Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich. <i>Die Ansage ist deutlich und auf Hochdeutsch, Französisch und/oder Italienisch vorhanden.</i>	<input type="checkbox"/>
1.1.2	Das Institut verfügt über eine Website mit allen für den Zugang nötigen Informationen. <i>Darunter verstehen wir:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Telefonnummer und telefonische Erreichbarkeit</li> <li>✓ Kontaktmöglichkeit per Online-Formular</li> <li>✓ Öffnungszeiten und Zeiten telefonischer Erreichbarkeit</li> <li>✓ Adresse und Lageplan</li> <li>✓ Anfahrt mit Auto und öffentlichem Verkehr</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
1.1.3	<b>!!! Das Institut hat einen adäquaten Zugang für den Sanitätsdienst. ☒</b> <i>Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, muss ein liegender Transport aus dem Institut möglich und der Zugang so klar signalisiert sein, dass der / die Auditor_in ihn ohne vorgängige Instruktion sehr rasch finden kann.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>1.2</b>	<b>Räumlichkeiten</b>	
1.2.1	Das Institut verfügt über getrennte Toiletten für Patientinnen und Patienten und Mitarbeitende. ☒	<input type="checkbox"/>
1.2.2	Es gibt angemessene Aufenthaltsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten, die lange warten müssen. ☒ <i>Es gibt gute Sitzgelegenheiten, einen Platz zum Abstellen von Kontrastmittellösungen, Zeitschriften etc.</i>	<input type="checkbox"/>
1.2.3	Mitarbeitende haben die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen etc. ungestört zurückzuziehen. ☒	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>1.3</b>	<b>Medikamente, Notfallausrüstung, Verbrauchsmaterialien</b>	
1.3.1	Das Institut lagert Medikamente sachgemäss. ☒ <i>Wir achten auf folgende Aspekte:</i> ✓ <i>Sind Kontrastmittel trocken, lichtgeschützt und ausserhalb des Röntgenstrahlenbereichs gelagert?</i>	<input type="checkbox"/>
1.3.2	Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und Nachbestellung der Medikamente. <i>Geregelt sein sollte:</i> ✓ <i>die Verantwortlichkeit und Termine zur Kontrolle der Bestände.</i> ✓ <i>das Monitoring des Verbrauchs, insbesondere von Beruhigungsmitteln.</i>	<input type="checkbox"/>
1.3.3	Das Medikamentenlager ist für Patientinnen und Patienten nicht zugänglich. ☒ <i>Die Tür zum Lager ist verschlossen.</i>	<input type="checkbox"/>
1.3.4	<b>!!! Ein Notfallset ist jederzeit in angemessener Erreichbarkeit. ☒</b> <i>Als nicht angemessen würde gelten, wenn man eine Treppe / einen Lift nehmen muss, durch andere Untersuchungsräume laufen muss oder länger als 60 Sekunden im Laufschrift braucht, um ein Set zu erreichen.</i>	<input type="checkbox"/>
1.3.5	Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und das Auffüllen der Notfallsets. ☒ <i>Geregelt sein muss:</i> ✓ <i>die Verantwortlichkeit und Termine zur Kontrolle der Bestände.</i> ✓ <i>das Monitoring des Verbrauchs.</i>	<input type="checkbox"/>
1.3.6	Die Notfallsets enthalten alle essentiellen Notfallmedikamente und -geräte. ☒ <i>Es wird stichprobenmässig ein Notfallset kontrolliert. Es muss enthalten:</i> ✓ <i>Sauerstoff</i> ✓ <i>Adrenalin</i> ✓ <i>Antihistaminikum</i> ✓ <i>Atropin</i> ✓ <i>B-2 Agonist Dosier-Inhalator</i> ✓ <i>Infusionsflüssigkeiten (Ringier oder Kochsalz)</i> ✓ <i>Antikonvulsive Medikamente / Tranquilizer</i> ✓ <i>Blutdruckmessgerät</i> ✓ <i>Beatmungsmaske</i> ✓ <i>Methyl-Prednisolon</i> ✓ <i>Defibrillator</i> ✓ <i>Glyceroltrinitrat</i> <i>ESUR 9.0 für KM-Zwischenfälle <a href="http://www.esur-cm.org">www.esur-cm.org</a> und DAK-Faculty SGNOR</i>	<input type="checkbox"/>
1.3.7	Die Notfallsets sind für Patientinnen und Patienten nicht zugänglich. ☒ <i>Die Notfallsets befinden sich ausser Sichtweite der Patientinnen und Patienten. Es ist wichtig, hier darauf zu achten, dass ein zu eng genommener Schutz vor Patientenzugriff den einfachen Zugriff des Personals nicht verhindert.</i>	<input type="checkbox"/>
1.3.8	Im MRT sind Beruhigungsmittel vorhanden. ☒	<input type="checkbox"/>
1.3.9	Die Beruhigungsmittel sind so gelagert, dass Patientinnen und Patienten nicht darauf zugreifen können. ☒ <i>Die Beruhigungsmittel sind in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt.</i>	<input type="checkbox"/>

Patientinnen und Patienten

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>2.1</b>	<b>Informationen für Patienten</b>	
2.1.1	<p>!!! Das Institut hält auf seiner Website Informationen für Patientinnen und Patienten zu den einzelnen Untersuchungen bereit.</p> <p><i>Der / die Auditor_in beurteilt die angebotenen Untersuchungen und achtet auf folgende Aspekte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sind die Untersuchungsabläufe beschrieben?</li> <li>✓ Wird erklärt, was die Untersuchung abklären kann?</li> <li>✓ Sind die Informationen mit möglichst wenig medizinischem Jargon versetzt?</li> <li>✓ Wird erklärt ob / wie man sich auf die Untersuchung vorbereiten soll?</li> <li>✓ Wird auf Quellen oder weiterführende Informationen verwiesen?</li> </ul> <p><i>Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, muss für die einzelnen Untersuchungen mindestens die erste Frage mit «Ja» beantwortet werden.</i></p>	<input type="checkbox"/>
2.1.2	<p>Das Institut hat ein Verfahren zur Aktualisierung der Informationen für Patientinnen und Patienten zu den einzelnen Untersuchungen auf der Website.</p> <p><i>Im Idealfall wurde das Material auf die Verständlichkeit für Patientinnen und Patienten hin geprüft.</i></p>	<input type="checkbox"/>
2.1.3	Die Mitarbeitenden am Telefon instruieren Patientinnen und Patienten oder Zuweisende bezüglich der Vorbereitung zu Untersuchungen anhand von Checklisten.	<input type="checkbox"/>
2.1.4	Die regelmässige Aktualisierung dieser Checklisten ist durch ein Verfahren gewährleistet.	<input type="checkbox"/>
2.1.5	Das Institut hält vor Ort Informationsmaterial für die Patientinnen und Patienten über die Untersuchungen bereit. ☒	<input type="checkbox"/>
2.1.6	Im Rahmen der Aufklärung zur Untersuchung kommen Informationsmaterialien im Gespräch zwischen Patient_in und Radiologin, Radiologe oder MTRA zum Einsatz.	<input type="checkbox"/>
2.1.7	Das Institut hat Regeln zur Kommunikation der Untersuchungsergebnisse an Patientinnen und Patienten schriftlich festgehalten.	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>2.2</b>	<b>Management und Schutz von Patientendaten</b>	
2.2.1	<p>!!! Das Institut hat ein schriftliches Datenschutzkonzept.</p> <p><i>Das Konzept soll beinhalten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Die Nennung einer verantwortlichen Person und deren Aufgaben.</li> <li>✓ Überlegungen, wie möglichst sichergestellt wird, dass im Institut keine Patientendaten von Dritten einsehbar sind.</li> <li>✓ Überlegungen zur Wahrung der Diskretion am Empfang.</li> <li>✓ Ein Verfahren zur Einsicht in und Herausgabe von Daten an Patientinnen und Patienten.</li> <li>✓ Überlegungen, wie die Weitergabe von Daten an Unberechtigte (z. B. Verwandte, Arbeitgeber) möglichst vermieden wird.</li> <li>✓ Eine Beschreibung der Archivierung und Vernichtung von Daten.</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie und für welche Untersuchungen das Institut das Einverständnis der Patientinnen und Patienten zur Verwendung ihrer Daten zu wissenschaftlichen Zwecken und Qualitätsmassnahmen einholt.</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie sichergestellt wird, dass Daten von Patientinnen und Patienten, die kein Einverständnis gegeben haben, nicht für Forschung oder Qualitätsmassnahmen benutzt werden.</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie sichergestellt wird, dass Einträge in Patientenakten nachverfolgt werden können (Zeitpunkt und Autorschaft).</li> <li>✓ Eine Beschreibung der Kanäle, die für die Weitergabe von Patientendaten benutzt werden.</li> <li>✓ Eine Beschreibung, wie ausgehende Antworten auf Anfragen Dritter (andere Leistungserbringer, Krankenkassen etc.) dokumentiert werden.</li> <li>✓ Eine Nennung der Verantwortlichkeiten und Beschreibung der Verfahren für die Datensicherung und deren Überprüfung (z. B. Auslesen von Backups).</li> <li>✓ Eine Nennung der Verantwortlichkeiten und Beschreibung der Verfahren für den Virenschutz der Institutscomputer Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, müssen zumindest die ersten vier Punkte mit «Ja» beantwortet werden.</li> </ul>	□
2.2.2	!!! Im Institut sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar. ☒	□
2.2.3	<p>Das Institut stellt sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können. ☒</p> <p><i>Wir achten hier darauf, ob es zumutbare Massnahmen geben könnte, welche die Diskretion am Empfang erhöhen könnten.</i></p>	□
2.2.4	!!! Patientinnen und Patienten können ihre Daten einsehen und erhalten.	□
2.2.5	Das Institut stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Untersuchungen / Befundungen / weitere Einträge in Patientenakten getätigt hat.	□

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
2.2.6	Das Institut dokumentiert Medien und Inhalt ausgehender Antworten auf Anfragen anderer Leistungsanbieter, Krankenkassen etc..	<input type="checkbox"/>
2.2.7	Das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang respektiert den Datenschutz und die Diskretion. ☞	<input type="checkbox"/>
2.3	<b>Patientenmanagement</b>	
2.3.1	Es gibt ein Verfahren für den Fall, dass Informationen zur Patientenidentifikation auf der Anmeldung fehlen.	<input type="checkbox"/>
2.3.2	Das Institut hat ein Verfahren für den Umgang mit fremdsprachigen Patientinnen und Patienten. ☞	<input type="checkbox"/>
2.3.3	Es gibt Verfahren für den Fall, dass ein_e Patient_in nicht adäquat auf die Untersuchung vorbereitet ist. ☞	<input type="checkbox"/>
2.3.4	Es gibt eine Checkliste für die Patientenidentifikation am Empfang. <i>Zur eindeutigen Identifikation sollten immer zwei Identifikatoren geprüft werden, also Name /Vorname und genaues Geburtsdatum.</i>	<input type="checkbox"/>
2.3.5	Patientinnen und Patienten können auf ihrem Weg durch das Institut keine anderen Patientinnen und Patienten in Untersuchungssituationen sehen. ☞	<input type="checkbox"/>
2.3.6	<b>!!! Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen. ☞</b>	<input type="checkbox"/>
2.3.7	Das Institut sensibilisiert seine MTRA, eine aktive Identifikation vor der Untersuchung vorzunehmen. <i>Die aktive Identifikation beinhaltet, dass man die zu untersuchende Person mit einer offenen Frage (z. B. Wie heissen Sie?) und nicht konfirmativ (Sie sind Frau Meier, oder?) nach ihrem Namen und einem weiteren Identifikatoren (z. B. Geburtsdatum, Wohnort) fragt.</i>	<input type="checkbox"/>
2.3.8	Es gibt eine schriftliche Regelung für MTRA zur Arbeit bei Abwesenheit der Radiologinnen und Radiologen.	<input type="checkbox"/>

**Team**

Code	Indikatoren
<b>3.1</b>	<b>Sicherheitskultur (Mitarbeitendenbefragung)</b>
3.1.1	Die Leistung der Mitarbeitenden ist nicht durch eine übermässige Arbeitsbelastung beeinträchtigt.
3.1.2	Die Mitarbeitenden haben immer genug Zeit, um die Arbeitsaufgaben sicher zu erledigen.
3.1.3	Die Personalanzahl im Institut ist ausreichend, um das Arbeitspensum sicher zu bewältigen.
3.1.4	Auch wenn der Zeitdruck steigt, wird von den Mitarbeitenden nicht erwartet, dass sie schneller arbeiten, selbst wenn die Genauigkeit leidet.
3.1.5	Mitarbeitende fühlen sich frei, Entscheidungen von Autoritätspersonen zu hinterfragen.
3.1.6	Mitarbeitende können Bedenken zur Arbeitsweise im Institut problemlos mit Vorgesetzten besprechen.
3.1.7	im Institut besteht eine offene Kommunikation zwischen Mitarbeitenden, egal in welcher Position sie tätig sind.
3.1.8	Die Mitarbeitenden werden über Entwicklungen im Institut informiert.
3.1.9	Die Institutsleitung kommuniziert langfristige Pläne zur Entwicklung des Instituts.
3.1.10	Die Hierarchie innerhalb des Instituts verhindert nicht ein effektives Arbeiten.
3.1.11	Wer ein kritisches Ereignis anspricht, muss wahrscheinlich nicht mit negativen Konsequenzen rechnen.
3.1.12	Die Institutsleitung kümmert sich effektiv um problematische Mitarbeitende.
3.1.13	Wenn Mitarbeitende Verbesserungen von Abläufen vorschlagen, werden diese von der Institutsleitung ernstgenommen.
3.1.14	Es besteht Vertrauen zwischen den Mitarbeitenden.
3.1.15	Die Mitarbeitenden beachten Regeln, Protokolle und Abläufe.
3.1.16	Die Mitarbeitenden behandeln sich untereinander mit Respekt.
3.1.17	Die Mitarbeitenden unterstützen sich immer gegenseitig.
3.1.18	Unstimmigkeiten im Institutsteam werden angemessen gelöst.
3.1.19	Die Mitarbeitenden aller Positionen im Institut arbeiten gut zusammen.
3.1.20	Das Institut ist ein guter Arbeitsplatz.
3.1.21	Die Mitarbeitenden sind mit ihrer Arbeit im Allgemeinen zufrieden.
3.1.22	Eine gute Teamarbeit wird von der Institutsleitung gefördert und als notwendig erachtet.
3.1.23	Alle Mitarbeitenden werden ermutigt, kritische Ereignisse, die im Institut auftreten, anzusprechen.

Code	Indikatoren
3.1.24	Abläufe tragen dazu bei, kritische Ereignisse zu verhindern.
3.1.25	Bei der Entwicklung von Abläufen werden die Meinungen aller betroffenen Mitarbeitenden einbezogen.
3.1.26	Das Institut nimmt sich Zeit, bei Änderungen von Abläufen vorab Risiken für Patientinnen und Patienten, für Mitarbeitende und für das Institut einzuschätzen.
3.1.27	Alle betroffenen Mitarbeitenden haben die Möglichkeit, sich an der Analyse kritischer Ereignissen zu beteiligen.
3.1.28	Die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung wird im Institut ernst genommen.
3.1.29	Das Institut unterstützt die kontinuierliche Weiterqualifizierung aller Mitarbeitenden.
3.1.30	Das Institut ermutigt zum Lernen aus Ideen und konstruktiver Kritik der Mitarbeitenden aller Positionen.

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>3.2</b>	<b>Personalmanagement</b>	
3.2.1	Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen und Zertifikaten überprüft.	<input type="checkbox"/>
3.2.2	Alle Mitarbeitenden haben eine Stellenbeschreibung.	<input type="checkbox"/>
3.2.3	In den letzten zwölf Monaten wurde mit allen Mitarbeitenden ein Personalgespräch durchgeführt.	<input type="checkbox"/>
3.2.4	Das Institut fördert den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team. <i>z. B. im Rahmen von Team-Events</i>	<input type="checkbox"/>
3.2.5	!!! Es gibt ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zur Einarbeitung neuer MTRA und MPA in ihre Arbeitsgebiete.	<input type="checkbox"/>
3.2.6	!!! Es gibt ein schriftlich festgehaltenes und Verfahren zur Einarbeitung neuer Radiologinnen und Radiologen in ihre Arbeitsgebiete.	<input type="checkbox"/>
3.2.7	!!! Es gibt ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender am Telefon / im Callcenter und am Empfang.	<input type="checkbox"/>
<b>3.3</b>	<b>Aus- und Weiterbildung</b>	
3.3.1	Das Institut engagiert sich für Ausbildung und / oder Lehre. <i>etwa in der Ausbildung, Organisation von Weiterbildungen für internes oder externes Personal</i>	<input type="checkbox"/>



Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
3.3.2	Alle Mitarbeitenden haben im letzten Jahr an einer arbeitsplatz- bezogenen Fortbildung teilgenommen.	<input type="checkbox"/>
3.3.3	Das Institut gewährleistet den Zugang zu Datenbanken für wissenschaftliche Literatur.	<input type="checkbox"/>
3.3.4	Für jede Modalität gibt es eine Verantwortliche, die neue Mitarbeitende bezüglich Gerät und Protokollen einarbeiten kann. ☒	<input type="checkbox"/>
3.3.5	MTRA haben eine Schulung zum Umgang mit klaustrophoben Patienten durchlaufen.	<input type="checkbox"/>
<b>3.4</b>	<b>Professioneller Austausch</b>	
3.4.1	Es gibt regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen Callcenter / Empfang und MTRA. <i>z. B. in Form von Sitzungen oder Rapporten (Nachweis)</i>	<input type="checkbox"/>
3.4.2.	Mitarbeitende des Callcenters und Empfangs haben eine definierte Ansprechperson, die sie bei inhaltlichen Rückfragen niederschwellig und rasch kontaktieren können. ☒	<input type="checkbox"/>
3.4.3	Es gibt regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen MTRA und Radiologinnen und Radiologen. <i>z. B. in Form von Sitzungen oder Rapporten (Nachweis)</i>	<input type="checkbox"/>
3.4.4	Es werden regelmässig Fälle zwischen MTRA und Radiologinnen und Radiologen besprochen.	<input type="checkbox"/>
3.4.5	!!! Es gibt regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen Vertretern aller Professionen des Instituts. <i>z. B. in Form von Sitzungen oder Rapporten (Nachweis)</i>	<input type="checkbox"/>

## Zuweisende

Code	Indikatoren
<b>4.1</b>	<b>Qualität aus Sicht der Zuweisenden</b>
4.1.1.	Die Mitarbeitenden des Instituts sind fachlich auf dem neuesten Stand.
4.1.2	Die Mitarbeitenden des Instituts kennen die Grenzen ihrer Kompetenzen und Möglichkeiten.
4.1.3	Die Mitarbeitenden des Instituts informieren die Zuweisenden, wenn eine an sie gerichtete Überweisungsanfrage ausserhalb ihres Kompetenzbereichs liegt.
4.1.4	Die Mitarbeitenden des Instituts kooperieren gut bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemen.
4.1.5	Die Mitarbeitenden des Instituts gehen effizient mit den Ressourcen für die Gesundheitsversorgung um (z. B. aufwändige diagnostische Massnahmen).
4.1.6	Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass die Mitarbeitenden des Instituts professionell und korrekt mit ihren MPA oder weiteren Mitarbeitenden umgehen.
4.1.7	Die Befundberichte enthalten die erwarteten Informationen.
4.1.8	Die Befundberichte sind verständlich und übersichtlich.
4.1.9	Die Befundberichte sind klinisch gut verwertbar.
4.1.10	Die Befundberichte enthalten eine konkrete Antwort auf die Fragestellung der Zuweisenden.
4.1.11	Die Befundberichte enthalten Empfehlungen gemäss aktueller Evidenz zu weiteren radiologischen Untersuchungen.
4.1.12	Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass die Mitarbeitenden des Instituts die Patientinnen und Patienten adäquat über die Untersuchungen informieren.
4.1.13	Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass die Mitarbeitenden des Instituts die Patientinnen und Patienten sorgfältig über sicherheitsrelevante Aspekte aufklären.
4.1.14	Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass die Mitarbeitenden des Instituts verständnisvoll und einfühlsam mit ihren Patientinnen und Patienten umgehen.
4.1.15	Die Zuweisenden haben den Eindruck, dass auch besonders vulnerable Patientinnen und Patienten gut betreut werden.
4.1.16	Die Zuweisenden erreichen die Mitarbeitenden des Instituts zügig.
4.1.17	Die Zuweisenden bekommen zügig passende Termine für die Patientinnen und Patienten.
4.1.18	Die Befundberichte erreichen die Zuweisenden zügig.

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>4.2</b>	<b>Indikation</b>	
4.2.1	Das Institut arbeitet mit vollständigen Anmeldeformularen. <i>Anmeldeformulare enthalten Felder für:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>pathologischen Befund, Verdachtsdiagnose, fokussierte Anamnese.</i></li> <li>✓ <i>Beschreibung der zu untersuchenden Region.</i></li> <li>✓ <i>Nennung allfälliger Risikofaktoren für ionisierende oder nukleare Strahlung oder Kontraindikationen für Kontrastmittelgabe.</i></li> <li>✓ <i>Erreichbarkeit bei Notfallzuweisungen.</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
4.2.2	Das Institut stellt Radiologinnen und Radiologen ein schriftliches Verfahren zur Verfügung, welches klärt, wann eine Anmeldung gemeinsam mit dem Zuweisenden kritisch auf ihre Indikation hin diskutiert werden muss. <i>Das Verfahren sollte:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>«Red Flags» im Umgang mit Anmeldungen zu Verfahren mit ionisierenden Strahlen, MRT und zu Verfahren mit nuklearer Strahlung beinhalten.</i></li> <li>✓ <i>auf anerkannten Guidelines beruhen.</i></li> <li>✓ <i>regelmässig überprüft werden.</i></li> <li>✓ <i>unter Radiologinnen und Radiologen besprochen werden. (Nachweis)</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
4.2.3	Es gibt ein Verfahren, wie bei Anmeldung von Patientinnen und Patienten wichtige medizinische Informationen von Zuweisenden zu den Personen gelangen, die die Untersuchung durchführen. <i>Das Verfahren sollte beinhalten:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>«Red Flags», bei deren Auftreten Informationen unbedingt weitergegeben werden sollen.</i></li> <li>✓ <i>Eine Angabe, wem und wie die Information weitergegeben wird.</i></li> <li>✓ <i>Das Verfahren sollte schriftlich verfügbar sein.</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>4.3</b>	<b>Befundberichte</b>	
4.3.1	Zur Befundung von Mammographien wird das RADS Protokoll eingehalten.	<input type="checkbox"/>
4.3.2	Zur Befundung von Prostatauntersuchungen wird das RADS Protokoll eingehalten.	<input type="checkbox"/>
4.3.3	Das Institut fördert die einheitliche Strukturierung von Berichten. <i>z. B. über Templates für Berichte</i>	<input type="checkbox"/>
4.3.4	Befundberichte sind vollständig. <i>Befundberichte sollten enthalten:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Untersuchungsdatum, Patientenstammdaten</i></li> <li>✓ <i>Befundempfängerinnen, Kontaktangaben des Befundenden</i></li> <li>✓ <i>ggf. die verwendeten Kontrastmittel, Strahlendosis und Untersuchungsprotokoll</i></li> <li>✓ <i>einen Bericht</i></li> <li>✓ <i>eine konklusive Beurteilung</i></li> </ul>	<input type="checkbox"/>

Qualität & Sicherheit

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
<b>5.1</b>	<b>Hygiene und Verletzungsschutz</b>	
5.1.1	Das Institut hat ein schriftliches Hygienekonzept.  <i>Das Konzept soll beinhalten:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ein Verfahren zur Reinigung der Oberflächen, Fussböden, Sanitäranlagen und Untersuchungsanlagen.</li> <li>✓ ein Verfahren zum Unterhalt und Hygienekontrollen von Lüftung und Klimaanlage.</li> <li>✓ eine Beschreibung Handhygiene.</li> <li>✓ eine Beschreibung der Aufbewahrung und des Gebrauchs steriler Instrumente.</li> <li>✓ ein Verfahren zur Entsorgung scharfer Gegenstände und kontaminierten Materials.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
5.1.2	Das Institut hat ein Verfahren zur Abklärung der MR-Tauglichkeit von Prothesen, Implantaten etc. ☒	<input type="checkbox"/>
5.1.3	Das Institut hat ein Verfahren, das sicherstellt, dass kein_e Patient_in oder Mitarbeiter_in MR untaugliche Gegenstände auf sich trägt, wenn er / sie den Untersuchungsraum betritt. ☒	<input type="checkbox"/>
5.1.4	!!! Für den Fall einer Nadelstichverletzung besteht ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zum Vorgehen.	<input type="checkbox"/>
5.1.5	Der Impfstatus aller medizinischen Mitarbeitenden bezüglich Hepatitis B ist dokumentiert. <i>Vorlage der Dokumentation</i>	<input type="checkbox"/>
5.1.6	Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden. ☒  <i>In allen Behandlungsräumen hat es Desinfektionsmittel.</i>	<input type="checkbox"/>
5.1.7	Wo punktiert wird, sind geeignete Behälter zur Entsorgung scharfer Gegenstände vorhanden. ☒	<input type="checkbox"/>
<b>5.2</b>	<b>Strahlenschutz</b>	
5.2.1	Der / die Verantwortliche informiert sich regelmässig über neueste technische Möglichkeiten zur Reduktion der Strahlenexposition von Patientinnen und Patienten.	<input type="checkbox"/>
5.2.2	Der / die Verantwortliche garantiert die Verfügbarkeit und Wartung von Strahlenschutzmitteln für Patientinnen und Patienten und Personal.  <i>Das Monitoring des Verbrauchs und Verschleisses und entsprechende Verfahren zum Nachbestellen von Material sollten implementiert sein.</i>	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
5.2.3	Der / die Verantwortliche sensibilisiert das Personal für den Schutz der Patientinnen und Patienten und sich selbst.	<input type="checkbox"/>
5.2.4	Der / die Verantwortliche garantiert die Aufzeichnung und Analyse der Strahlendosen des Personals und der Patientinnen und Patienten.	<input type="checkbox"/>
5.2.5	Das Institut arbeitet mit einer Dosismanagement-Software.	<input type="checkbox"/>
5.2.6	Der / die Verantwortliche definiert und implementiert Verfahren im Umgang mit Risikogruppen.  <i>z. B. Umgang mit Schwangeren, Stillenden, Kindern, jungen Erwachsenen, Patientinnen und Patienten mit regelmässigen CT ohne palliative Situation, Umgang mit Patientinnen und Patienten, die ein Risiko für eine kontrastmittelinduzierte Nephropathie aufweisen etc.</i>	<input type="checkbox"/>
<b>5.3</b>	<b>Kontrastmittelgabe und Notfallmanagement</b>	
5.3.1	Für Untersuchungen mit Gabe jodhaltiger Kontrastmittel gibt es einen Fragebogen, der den Vorgaben der ESUR entspricht: <a href="http://www.esur-cm.org">www.esur-cm.org</a> .	<input type="checkbox"/>
5.3.2.	Patientenspezifische Intoleranzen und Kontraindikationen bezüglich Kontrastmitteln werden dokumentiert	<input type="checkbox"/>
5.3.3	<b>!!! Das Institut verfügt über einen schriftlichen Ablaufplan für den Fall eines Kontrastmittelnotfalls</b>	<input type="checkbox"/>
5.3.4	Das gesamte Personal wurde in den letzten 24 Monaten für den Fall eines Kontrastmittelnotfalles geschult.  <i>schriftlicher Nachweis, z. B. eines Kurses</i>	<input type="checkbox"/>
5.3.5	Das Institut hat die örtliche Feuerwehr über spezifische Gefahren im Brandfall informiert.	<input type="checkbox"/>
<b>5.4</b>	<b>Management kritischer Ereignisse</b>	
5.4.1	Das Institut hat ein Verfahren für den Umgang mit Beschwerden von Patientinnen und Patienten und Zuweisenden.  <i>Beschwerden werden dokumentiert und analysiert, Massnahmen werden abgeleitet.</i>	<input type="checkbox"/>
5.4.2	Das Institut hat ein Verfahren im Umgang mit Kontrastmittelzwischenfällen.  <i>Zwischenfälle werden dokumentiert, der Herstellerfirma gemeldet und analysiert (Nachweis). Es werden Massnahmen zur Vermeidung getroffen.</i>	<input type="checkbox"/>

Code	Dimensionen, Indikatoren & Erklärungen	erledigt
5.4.3	<p>Das Institut hat ein Verfahren für den Umgang mit weiteren kritischen Ereignissen.</p> <p><i>Kritische Ereignisse (=Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Patientinnen und Patienten) werden dokumentiert und analysiert. Es besteht ein Verfahren zur Kommunikation mit Patientinnen und Patienten im Fall kritischer Ereignisse. Optimalerweise nimmt das Institut an einem übergreifenden Fehlerberichtssystem (z. B. CIRNET <a href="http://www.cirnet.ch">www.cirnet.ch</a>) teil.</i></p>	<input type="checkbox"/>
<b>5.5</b>	<b>Qualitätsentwicklung und -politik</b>	
5.5.1	<p>Das Institut verfügt über ein Verfahren zur regelmässigen Überprüfung und Aktualisierung der Untersuchungsprotokolle bei CT und MRT.</p> <p><i>Geregelt sein sollte:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ die Verantwortlichkeit und Frequenz der Überprüfung.</li> <li>✓ die Kommunikation von Änderungen im Team.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
5.5.2	Das Institut hat in den letzten zwölf Monaten Ziele zur Qualitätsverbesserung festgelegt.	<input type="checkbox"/>
5.5.3	<p>Das Institut hat mindestens einmal im letzten Jahr ein internes oder externes Audit durchgeführt.</p> <p><i>Ein Audit hat ein Thema, es werden Daten erhoben, die als Indikatoren dienen. Daten werden im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten analysiert.</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.5.4	<p>Das Personal des Instituts beteiligt sich regelmässig an institutsübergreifenden Veranstaltungen, an denen Qualitätsthemen diskutiert werden.</p> <p><i>z. B. Tumorboards, Austausch zu Qualitätsthemen im Verband etc.</i></p>	<input type="checkbox"/>
5.5.5	Das Institut organisiert mit den Zuweisenden mindestens jährlich einen strukturierten Austausch zu Qualitätsfragen.	<input type="checkbox"/>

## 5. Programmentwicklung

Den Anstoss zur Entwicklung dieses Zertifizierungsprogrammes gab im Jahr 2015 eine Anfrage des Vereins Private Imaging Centres of Switzerland (PICS). In einem Kick-off Treffen im Oktober 2015 wurden Prinzipien der Entwicklung und Meilensteine definiert.



Die Erarbeitung der Grundlagen für das Projekt beinhalteten zunächst eine Literaturrecherche an der EQUAM Geschäftsstelle, sowie Besuche drei Radiologie-Institute.<sup>2</sup>

Beruhend auf einem Konzept der mehrstufigen Partizipation fand im Juni 2016 ein breiter Workshop statt, der Vertreterinnen und Vertretern verschiedener betroffenen Personen- und Professionsgruppen miteinbezog.<sup>3</sup> Die Bereiche des Callcenters / Empfang, der Zuweisenden, des Personals und der Patientinnen und Patienten wurden in Gruppen diskutiert und auf mögliche Indikatoren für Qualität abgeklopft.

Die Informationen aus dem Workshop bildeten mit den Besuchen und Literaturrecherchen die Grundlage für die Entwicklung von Vorschlägen für Indikatoren, die anschliessend allen Involvierten zur Vernehmlassung vorgelegt wurden. Die EQUAM Fachgruppe hat die Indikatoren und insbesondere diejenigen, die die Zuweisungsqualität betreffen, im August 2016 diskutiert. Die Resultate der Vernehmlassung wurden im Oktober 2016 mit einer für die engere Partizipation zusammengestellten Kollaborationsgruppe diskutiert.<sup>4</sup>

Die Befragungen, die im Rahmen des Programmes zum Einsatz kommen wurden an der Geschäftsstelle recherchiert und im Rahmen des Kollaborationstreffens besprochen. Es handelt sich dabei um eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur, basierend auf den Arbeiten von Wet et al. (2010) und Übersetzungsarbeiten des AQUA-Institutes Deutschland. Der Zuweisendenfragebogen wurde auf der Grundlage der EQUAM Befragung für Zuweisenden von Spezialärzten in Kollaboration mit Mitarbeitenden aus Radiologie-Instituten angepasst.

Im Rahmen des Pilotes wurden im Frühjahr 2017 beide Fragebogen mittels eines Think-Aloud-Verfahrens mit potentiellen Antwortenden getestet und entsprechend angepasst.

Die EQUAM Fachgruppe und der EQUAM Stiftungsratsausschuss haben die Pilotversion des Programmes im April / Mai 2017 freigegeben. Nach der Pilotierung mit zwei Instituten wurde das Programm im Februar 2018 auf die nun gültige Version 1 angepasst.

EQUAM Programme werden mindestens alle 5 Jahre einer Revision unterzogen. Redaktionelle Anpassungen werden einmal pro Jahr eingepflegt. Die vorliegende Version 1 ist bis Februar 2023 gültig.

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

<sup>2</sup> Röntgen Rothrist, Imamed Basel, MRI Zürich

<sup>3</sup> Vertreten waren Centre d'Imagerie Servette, Röntgen Südost, MRI Zürich, Schweizerische Gesellschaft für Radiologie, mediX Praxis Zürich, Praxisgemeinschaft Altstetten, EQUAM Auditoren, Sektion Strahlentherapie und medizinische Diagnostik BAG, Institut für Hausarztmedizin Zürich, EQUAM Fachgruppe, Röntgen Rothrist, Röntgeninstitut Fricktal, Röntgeninstitut Oerlikon, Spital Limmattal, EQUAM Geschäftsstelle, SPO Patientenschutz, Röntgeninstitut Aarau, Radiologie-Institut Zug, Radiologie Luzern, Patientin.

<sup>4</sup> Vertreten waren Imamed Basel, Röntgen Rothrist, Spital Limmattal, Sektion Strahlentherapie und medizinische Diagnostik BAG, mediX Praxis Zürich, EQUAM Fachgruppe, EQUAM Auditorin, EQUAM Geschäftsstelle

## 6. Literatur

Craciun, H. & Lynch J. "Risk management in radiology departments". *World Journal of Radiology* 7, no. 6 (2015): 134-138.

Harvey, H.B., et al. "Key Performance Indicators in Radiology: You Can't Manage what you Can't Measure". *Current Problems in Diagnostic Radiology* 45 (2016): 115-121.

Johnson, D. et al. "Designing a Safer Radiology Department". *American Journal of Roentgenology* 198 (2012): 398-404.

Kantor, A. & Waite, S. I. "Patient Safety in Radiology". In *Patient Safety. A Case-Based Comprehensive Guide*, ed. by Agrawal A. Springer, 2014, s. 263-279

Lau, L. & Ng, K. (ed.) *Radiological Safety and Quality. Paradigms in Leadership and Innovation*. Springer, 2014.

Mathers, S. A. et al. "The Use of Patient-Centered Outcome Measures in Radiology: A Systematic Review". *Academic Radiology* 13 (2006): 1394-1404.

Narayan, A. et al. "Quality Measures in Radiology: A Systematic Review of the Literature and Survey of Radiology Benefit Management Groups". *Journal of the American College of Radiology* 12 (2015): 1173-81.

RANZCR. *Standards of Practice for Diagnostic and Interventional Radiology. Version 10*. Sydney: The Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, 2014.

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.

## 7. Änderungskontrolle

Die detaillierten Änderungsprotokolle finden Sie auf unserer Website unter:  
[www.equam.ch/downloads](http://www.equam.ch/downloads).

Version	Überarbeitung	Ersteller_in	Datum
1	Erarbeitung und Erprobung nach Genehmigung durch die Fachgruppe und durch den Stiftungsratsausschuss am 05.03.2018	M. Jossen	15.02.2018
1	Redaktionelle Anpassungen	M. Hošek	01.07.2019
1.1	Strukturelle Anpassung: Nummerierung der Indikatoren, Indikatoren als Checkliste, Programmbe-schrieb separat; Präzisierungen redaktionell	I. Krüttli / J. Lehmann	28.01.2020