

EQUAM Zertifizierte Qualität von Gesundheitseinrichtungen «Grundversorgung Telemedizin – Zertifizierte Qualität»

Version v1, November 2021

Übersicht Standards (Entwurf) ¹

	Dimension		Standard	
Struktur	1. Zugänglichkeit	1.1	Umfassende Information ermöglicht den Zugang zum Angebot	
		1.2	*Verständliche Ansage in der Warteschlaufe	
		1.3	*Notwendige Informationen in der Warteschlaufe	
	2. Personalkompetenz	2.1	*Sprachkompetenzen in Beratungssprache	
		2.2	Kenntnisse der Kategorisierung und notwendige Überweisungen	
	Prozesse	3. Patientenmanagement	3.1	Kunden kennen die Rolle der Gesprächspartner:in
3.2			*Eindeutige Identifizierung der Anrufenden	
3.3			*Angemessene Zeit für Triage und Beratung	
3.4			Formelle Kategorisierung Anliegen von Patient:innen	
3.5			Zeitfenster für ärztliche Beratung am gleichen Tag	
3.6			*Fachliche Unterstützung für Berater:innen	
3.7			Vorgehen bei eingeschränkten Sprachkenntnissen	
3.8			Arbeitsunfähigkeitszeugnisse und Physiotherapie-Verordnungen	
4. Patientensicherheit			4.1	*CIRS: Erkennung, Dokumentation, Umgang mit kritischen Ereignissen
		4.2	*Richtlinien für medizinische Notfälle	
		4.3	Diagnose/Problemliste in den Krankengeschichten	
		4.4	*Liste der eingenommenen Medikamente	
		4.5	*Regelung zu Medikamentenplänen	
		4.6	Regelung für den Umgang mit Dauermedikation	
		4.7	Standards für Kundenseitige Apps/Devices	
		5. Austausch im Team und Kontinuität	5.1	*Regelmässige strukturierte Teambesprechungen
			5.2	Regelmässige Fallbesprechungen
5.3			Regelmässige Besprechung von Patientengruppen	
5.4	*Digitale Information für Kontinuität			
5.5	Strukturierung und Einheitlichkeit von Überweisungsschreiben			
5.6	Regelmässige Verschlechterung/chronische Krankheiten			

¹ Mit einem Asterisk (*) gekennzeichnete Standards sind als obligatorische Mindestkriterien vorgesehen. Indikatoren werden ohne Gewichtung erfasst, d.h. für jeden erfüllten Standard wird ein Punkt vergeben, für teilweise erfüllte Standards 0.5 Punkte. Für die Vergabe eines Zertifikats müssen mindestens 70% der maximal möglichen Punktzahl erreicht werden (d.h. bei **52** anwendbaren Standards müssen **36.5 Punkte erzielt werden**, inklusive einer vollumfänglichen Erfüllung der **20 Mindestkriterien**).

6. Aus- und Weiterbildung	6.1	Vorgaben und Schulungsmaterial zur Einarbeitung
	6.2	Strukturiertes Lernmaterial zu digitalen Hilfsmitteln
	6.3	*Abhörung und Analyse von Gesprächen mit Feedback
	6.4	Jährliche Schulung zu den Guidelines
	6.5	Schulungen zum Thema Kommunikation und Empathie
7. Personalmanagement	7.1	Überprüfung von Diplomen/Zertifikaten
	7.2	Stellenbeschreibungen
	7.3	*Mitarbeitendenbefragung zu Wohlbefinden, Belastung, Effizienz
	7.4	Evaluation Sicherheitskultur/Sicherheitsklima
	7.5	Personalgespräche
	7.6	Pausen für Mitarbeiter:innen
	7.7	Möglichkeit zu Debriefing nach belastenden Gesprächen
8. Qualitätsentwicklung	8.1	Qualitätsverantwortliche Person
	8.2	Leistungsindikatoren zum Qualitätsmanagement
	8.3	*Interne Qualitätsaudits
	8.4	Teilnahme an Qualitätszirkeln
	8.5	*Jährliche oder kontinuierliche Kundenbefragung
	8.6	Schlüsselemente der Kundenbefragung
	8.7	*Massnahmen aus Kundenbefragung
	8.8	Möglichkeit für Rückmeldungen und Kritik
	8.9	Verfahren zum Umgang mit Beschwerden
9. Datenschutz und IT	9.1	*Stabilität der IT- und Netzwerksysteme
	9.2	*Richtlinien und Dokumentation zum Datenschutz
	9.3	Daten-Backup
	9.4	Dienstleister mit Zugriff auf Personenbezogene Daten
	9.5	*Nachverfolgbarkeit Gesprächsführung und Dokumentation

Grundversorgung Telemedizin – Zertifizierte Qualität

Version v1

1. Zugänglichkeit

1.1 Umfassende Information ermöglicht den Zugang zum Angebot

Die Organisation bietet Informationen mit den für die Zugänglichkeit nötigen Informationen auf einer Webseite an:

- 1.1.1.** Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit
- 1.1.2.** Informationen zum Angebot (z.B. Erstbeurteilung, Beratung)
- 1.1.3.** Angebotene Sprachen
- 1.1.4.** Information über Telefonkosten welche für Anrufende anfallen

Prüfung Kontrolle der Webseite

Erläuterung

-

*1.2 Verständliche Ansage in der Warteschlaufe

Die Ansage in der Warteschlaufe ist verständlich, auf Hochdeutsch, Französisch, Italienisch und/oder Englisch verfügbar.

Prüfung Kontrolle durch Anruf auf die Servicenummer

Erläuterung

-

*1.3 Notwendige Informationen in der Warteschlaufe

Die Ansage in der Warteschlaufe informiert über

- 1.3.1.** Das empfohlene Verhalten bei einem Notfall
- 1.3.2.** Aufzeichnung Gesprächs
- 1.3.3.** Allfällige Telefonkosten

Prüfung Kontrolle durch Anruf auf die Servicenummer

Erläuterung

-

2. Personalkompetenzen

*2.1	Sprachkompetenzen in der Beratungssprache
	Die Sprachkompetenz von Berater:innen in einer anderen Sprache als ihrer Muttersprache wird durch eine standardisierte Sprachprüfung verifiziert und ist an schriftlich festgehaltene Mindestanforderungen geknüpft.
Prüfung	Kontrolle der Resultate der Sprachprüfungen anhand der Liste von Mitarbeitern welche in einer anderen Sprache als Ihrer Muttersprache beraten (Erstberater:innen und Ärzt:innen).
Erläuterung	<i>Diese Bedingung gilt für alle Personen, welche mit Patienten interagieren und Triage-Entscheidungen treffen oder medizinische Beratung anbieten. Sprachprüfungen müssen nicht zwingend durch ein externes Institut durchgeführt werden. Eine interne strukturierte, standardisierte und dokumentierte Lösung wird für die Zertifizierung akzeptiert; auch die Nutzung einer angemessenen Online-Dienstleistungen ist möglich.</i>

2.2	Kenntnisse der Kategorisierung und notwendigen Überweisungen
	Das Personal ist in der Kategorisierung der Fälle ausreichend geschult und kompetent in der Anwendung der Checklisten. Dies heisst: 2.2.1. Erstberater:innen können leitliniengemäss definieren, In welchen Fällen eine Patient:in an den Notfalldienst (144) weitergeleitet muss. 2.2.2. Ärzt:innen können leitliniengemäss definieren, in welchen Fällen eine physische Untersuchung zwingend notwendig ist.
Prüfung	Kontrolle: Direkte Nachfrage bei zwei zufällig ausgewählten Erstberater:innen und zwei zufällig ausgewählten Ärzt:innen vor oder während des Auditbesuchs und Vergleich der Antworten mit den entsprechenden Leitlinien.
Erläuterung	<i>Als Erstberater:innen gelten alle Personen, welche mit Patienten interagieren und Triage-Entscheidungen treffen oder medizinische Beratung anbieten.</i>

3. Patientenmanagement

3.1	Kunden kennen die Rolle der Gesprächspartner:in
	Die Standard-Formulierung der Berater:innen und/oder die Ansage in der Warteschleife ist so formuliert, dass die Patient:in die formelle Rolle der Person kennt, mit der sie jeweils spricht.
Prüfung	Kontrolle des Schulungsmaterials oder Gesprächs-Leitlinien und Anhörung von 5 zufällig ausgewählten Telefon-Aufzeichnungen
Erläuterung	-

*3.2	Eindeutige Identifizierung der Anrufenden
	Alle Patientinnen und Patienten werden bei jedem Telefonat eindeutig identifiziert durch... 3.2. Nennung von Namen, Vorname, Geburtsdatum und Wohnort 3.3. Vergleich der Information in CRM mit Krankengeschichte
Prüfung	Anhörung von 5 zufällig ausgewählten Telefon-Aufzeichnungen und evtl. Demonstration durch eine Erstberater:in während des Auditbesuchs
Erläuterung	-
*3.3	Angemessene Zeit für Triage und Beratung
	Daten von Patienten- und/oder Mitarbeitendenbefragungen geben Auskunft darüber, ob pro Anruf genügend Zeit aufgewendet wird, um die Patienten-Anliegen situationsgerecht zu beurteilen und entsprechend handeln zu können.
Prüfung	Kontrolle der Resultate / Auswertung der entsprechenden Befragungs-Items
Erläuterung	<i>vgl. Standards 7.3-7.4 (Mitarbeitendenbefragungen) und 8.5 – 8.7 (Kundenbefragungen)</i>
3.4	Formelle Kategorisierung der Anliegen von Patient:innen
	Anliegen der Patient:innen werden gemäss schriftlichen Vorgaben kategorisiert und die Kategorien werden in der Krankengeschichte oder auf der Agenda klar ersichtlich und dauerhaft festgehalten.
Prüfung	Kontrolle der schriftlichen Vorgaben zur Kategorisierung und Demonstration durch eine Mitarbeiter:in während des Auditbesuchs.
Erläuterung	<i>Mögliche Beispiele für Kategorien: Notfalltermine, Akut, Sub-akut, Patient:innen mit physischen oder psychischen Einschränkungen...</i>
3.5	Zeitfenster für ärztliche Beratung am gleichen Tag
	Bei interner Weiterweisung vom Erstberater:in zum ärztlichen Berater:in sind für Patient:innen mit dringenden Problemen, gemäss interner Kategorisierung, Arzttermine am gleichen Tag erhältlich.
Prüfung	Kontrolle der schriftlichen Richtlinien zur Dringlichkeit, des Dispatch-Konzepts und des Belegplans.
Erläuterung	-

*3.6	Fachliche Unterstützung für Berater:innen
	Die Organisation stellt durchgehend fachliche Unterstützung für Berater:innen zur Verfügung für Unklarheiten oder komplexe Situationen.
Prüfung	Kontrolle der schriftlichen Kontakt-Angaben welche sämtliche Tageszeiten und Wochentage der Telemedizinischen Dienstleistung abdecken und Test der Kontaktstelle durch die Auditor:in vor oder während des Auditbesuchs.
Erläuterung	<i>Siehe ergänzend dazu auch Standard 7.7</i>

3.7	Vorgehen bei eingeschränkten Sprachkenntnissen
	Die Organisation hat ein Verfahren, wie bei der Behandlung von Patient:innen vorzugehen ist, welche keine der von der Organisation angebotenen Sprachen in einem Ausmass sprechen, dass eine zielführende Beratung erlaubt.
Prüfung	Kontrolle der schriftlichen Richtlinie
Erläuterung	-

3.8	Arbeitsunfähigkeitszeugnisse und Physiotherapie-Verordnungen
	Die Organisation hat explizite Richtlinien zur Ausstellung von 3.8.1. Arbeitsunfähigkeitszeugnissen 3.8.2. Physiotherapie-Verordnungen
Prüfung	Kontrolle der schriftlichen Richtlinien
Erläuterung	-

4. Patientensicherheit

*4.1	CIRS: Erkennung, Dokumentation, Umgang mit kritischen Ereignissen
	Der Telemedizin-Anbieter hat ein funktionierendes System zur Erkennung, Dokumentation und für den Umgang mit kritischen Ereignissen (<i>Critical Incidents Reporting System, CIRS</i>)
Prüfung	Kontrolle des CIR Meldeformulars und des Registers der Ereignisse mit Massnahmen.
Erläuterung	<i>Unter kritischen Ereignissen werden unerwünschte, zukünftig vermeidbare Situationen und Ereignisse verstanden, welche beinahe oder tatsächlich zu einem erhöhten Risiko, zu einem Nachteil oder zu einem Schaden bei einer Patient:in oder einer Mitarbeiter:in geführt haben. Solche Ereignisse sollten schriftlich erfasst werden, und in der Diskussion im Team sollte eine kurze Analyse der Umstände, welche zum Ereignis geführt haben, erfolgen. Zusätzlich werden Massnahmen zur zukünftigen Vermeidung ähnlicher Ereignisse definiert. Der Zweck eines CIRS ist die Institutionalisierung einer Lernkultur, welche die kontinuierliche Verbesserung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit ermöglicht. Es wird empfohlen, die Meldungen und das Register der Ereignisse so zu führen, dass die Fälle weder individuellen Patient:innen noch Mitarbeiter:innen zugeordnet werden können.</i>

Einem Anbieter kann eine Frist bis spätestens 6 Monate nach Beginn Gültigkeit des Zertifikats eingeräumt werden, um ein funktionierendes CIR-System einzuführen. Ein Nachweis (Beschreibung, Screenshots, Statistik zur Nutzung) muss anschliessend bei EQUAM eingereicht werden.

***4.2 Richtlinien für medizinische Notfälle**

In den medizinischen Guidelines oder in einem separaten Dokument werden 'Red Flags' beschrieben: Symptome welche als Notfälle oder Hochrisikofälle gelten mit den dazu gehörigen Handlungsanweisungen und kritischen Zeitrahmen.

Prüfung Kontrolle der entsprechenden Richtlinien

Erläuterung -

4.3. Diagnose/Problemliste in den Krankengeschichten

Alle Krankengeschichten enthalten eine Diagnoseliste bzw. Problemliste.

Prüfung Kontrolle der Einträge in 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten

Erläuterung -

***4.4 Liste der eingenommenen Medikamente**

Alle Krankengeschichten enthalten eine Liste der von der Patient:in eingenommenen Medikamente

Prüfung Kontrolle der Einträge in 10 zufällig ausgewählten Krankengeschichten

Erläuterung -

Bei Telemedizinische Dienste welche Medikamente verschreiben

***4.5 Regelung zu Medikamentenplänen**

Die Organisation hat eine Regelung für Medikamentenpläne mit folgenden Elementen:

4.5.1. Vorlage / Standard für die Medikamentenpläne

4.5.2. Richtlinien für die Zustellung des Medikamentenplans an Patient:innen

Prüfung Einsicht in die Regelung zu Medikamentenplänen

Erläuterung

Mit 'Medikamentenplan' sind nicht die Rezepte gemeint. Die Medikamentenpläne sollten nicht nur die rezeptierten Medikamente enthalten, sondern alle welche von der Patient:in eingenommen werden. Bei Organisationen, welche keine Medikamente verschreiben, «Nicht relevant» anwählen.

Wenn es gut begründet ist, ist es für die Zertifikatsvergabe akzeptabel, wenn zum Zeitpunkt des Audits nicht alle Kunden einen Medikamentenplan erhalten. Beispielsweise wird es akzeptiert, wenn z.Zt. nur für Kinder Medikamentenpläne erstellt und abgegeben werden - sofern ein Plan besteht, dass Medikamentenpläne für Erwachsene innerhalb der Zertifizierungsperiode eingeführt wird. Als Anforderung an die Zertifizierung gilt, dass der Zeitrahmen angeben und darüber berichtet werden muss.

4.6 Regelung für den Umgang mit Dauermedikation

Die Organisation hat Vorgaben zur Rezeptierung von Dauer-Medikamenten, welche die folgenden Elemente enthält:

4.6.1. Vorschrift einer jährliche Überprüfung der Indikation

4.6.2. Zugriff auf die genaue Anamnese und/oder vollständige Medikamentenliste

4.6.3. Verwendung einer Checkliste/Referenz über die Medikamentenabgabe, welche genaue Angaben über Diagnose und Dosierungen enthält.

4.6.4. Überprüfung der Verordnungen aufgrund Voruntersuchungen (z.B. Laborresultate)

Prüfung: Einsicht in die Regelung für den Umgang mit Dauermedikationen.

Erläuterung: *Referenz/Checkliste für Dosierung kann Teil der Telemedizin-Leitlinien sein.
Bei Organisationen, welche keine Medikamente verschreiben, «Nicht relevant» anwählen.*

4.7 Standards für Kundenseitige Apps/Devices

Die Organisation hat eindeutig definierte Kriterien dafür, welche Standards Kundenseitige Apps/Devices erfüllen müssen, damit sie im Rahmen der Telemedizinischen Dienstleistung empfohlen oder eingesetzt werden dürfen.

Prüfung: Einsicht in entsprechende Dokumentation

Erläuterung: -

5. Austausch im Team und Kontinuität

***5.1 Regelmässige strukturierte Teambesprechungen**

Das Beratungsteam führt mindestens einmal pro Monat eine strukturierte Teambesprechung durch, deren Entscheidungen per Kurzprotokoll dokumentiert sind.

Prüfung: Einsicht in drei Sitzungsprotokolle aus den letzten 12 Monaten während des Auditbesuchs, gemäss Auswahl der Auditor:in

Erläuterung: -

5.2 Regelmässige Fallbesprechungen

Mindestens zweimal jährlich finden berufsübergreifende Fallbesprechungen statt (Agent, Erstberater, Arzt) über die Behandlung einzelner Patient:innen in besonders komplexen Lagen.

Prüfung: Protokolle der Fallbesprechungen

Erläuterung: *Empfohlen sind Methoden des Peer-Coaching / Teamcoaching. Die Auswahl von Fällen sollte auf Basis von klaren Kriterien erfolgen, aufgrund von Patientenfeedback und Analysen von Calls.
Fallbesprechungen können nach Wahl per Video-Kommunikation stattfinden*

5.3	Regelmässige Besprechung von Patientengruppen
	Mindestens zweimal jährlich findet eine Interprofessionelle Besprechung über den Umgang mit <u>Patientengruppen</u> mit spezifischen Eigenschaften oder Risiken vor.
Prüfung	Protokolle der Besprechungen
Erläuterung	<i>Die Auswahl von Patientengruppen sollte auf Basis von klaren Kriterien erfolgen, aufgrund Patientenfeedback und Analysen von Calls. Mögliche Beispiele: Polymorbide Patient:innen; Patient:innen in schwierigen sozialen Lagen, Patient:innen die schwierig im Umgang und / oder sehr fordernd sind; Patient:innen mit psychischen Schwierigkeiten: Patient:innen bei denen ein einheitlicher Umgang aller Fachpersonen wichtig ist; Patient:innen mit physischen oder psychischen Einschränkungen... etc.</i>
*5.4	Digitale Information für Kontinuität
	Sämtliche Informationen, die zur Fortführung der Behandlung notwendig sind, stehen in standardisierter digitaler Form zur Verfügung und können versendet/exportiert werden
	5.4.1. Alle Elemente der Krankengeschichte (inklusive Diagnoseliste)
	5.4.2. Rezepte
	5.4.3. Verordnungen
	5.4.4. Medikamentenpläne
	5.4.5. Angabe von Kontaktinformationen für Rückfragen
Prüfung	Demonstration während des Auditbesuchs
Erläuterung	-
5.5	Strukturierung und Einheitlichkeit von Überweisungsschreiben
	Die Organisation hat Vorgaben oder Vorlagen für eine einheitliche Strukturierung und für die Vollständigkeit von Überweisungsschreiben
Prüfung	Dokument mit Vorgaben / Vorlagen für Überweisungsschreiben
Erläuterung	<i>Falls die Organisation keine Überweisungen macht (bzw. Patient:innen ausschliesslich immer zum Hausarzt schickt, welcher dann die Überweisung macht), «Nicht Relevant» wählen. Falls die Organisation plant, innerhalb von 6 Monaten nach dem Audit regelmässig mit direkten Überweisungen zu beginnen, ist der Standard relevant und muss mit Ja oder Nein beantwortet werden.</i>
5.6	Regelmässige Verschlechterung/chronische Krankheiten
	Patient:innen welche innerhalb von 6 Monaten mehr als dreimal die telemedizinische Dienstleistung in Anspruch nehmen, werden einer standardisierten Anamnese unterzogen, welche dazu dient, eine regelmässige Verschlechterung oder chronische Krankheit zu erkennen. Dazu bestehen Leitlinien, welche Fälle zum Hausarzt weitergewiesen werden müssen.
Prüfung	Vorgaben in den Telemedizinischen Leitlinien
Erläuterung	

6. Aus- und Weiterbildung

6.1	Vorgaben und Schulungsmaterial zur Einarbeitung neuer Mitarbeitenden
	Es gibt Vorgaben und Schulungsmaterial zur Einarbeitung neuer Mitarbeitenden in ihre Arbeitsgebiete in der Telemedizin. Die folgenden Elemente sollten bei der Einarbeitung enthalten sein: <ul style="list-style-type: none"> 6.1.1. Schriftlichen Checkliste spezifisch für jedes Stellenprofil 6.1.2. Gesprächsführung und Medizinische Beratung am Telefon 6.1.3. Enge Betreuung der Mitarbeiter:in in der ersten Phase welches die Begleitung mehrere Fälle durch eine Leitungsfachperson einschliesst
Prüfung	Checklisten (6.1.1), Schulungsmaterial (6.1.2) und Notizen/Protokolle (6.1.3).
Erläuterung	-
6.2	Strukturiertes Lernmaterial zu digitalen Hilfsmitteln
	Die Organisation hat strukturiertes Lern- und/oder Nachschlagematerial zur Anwendung der digitalen Hilfsmittel, welches die folgenden Elemente abdeckt: <ul style="list-style-type: none"> 1.1.1. Telefonsystem 1.1.2. Elektronische Krankengeschichte 1.1.3. Triage-Software (falls vorhanden)
Prüfung	Lernmaterial in PDF Format oder Online-Zugang
Erläuterung	
*6.3	Abhörung und Analyse von Gesprächen mit Feedback
	Von jeder telefonischen Berater:in (Erstberater:innen und Ärzt:innen) werden jährlich mindestens 6 Gespräche abgehört, analysiert, und mittels eines konstruktiven Feedbacks besprochen.
Prüfung	Dokumentenaudit: Richtlinien und Checkliste zur Abhörung und Analyse von Gesprächen. Auditbesuch: Notizen/Auswertungen von drei Gesprächen aus verschiedenen Monaten des vergangenen Jahres
Erläuterung	<i>Die Evaluation der Gespräche erfolgt durch den/die Teamleiter:in oder wird durch Peer-Reviews gemacht und schriftlich festgehalten. Dabei muss auch eine Qualitätskontrolle der Anwendung der internen Leitlinien einbezogen werden. Basierend auf Risikofaktoren wie ungewöhnliche durchschnittliche Anrufdauer, ungewöhnliche Frequenz von Weiterverweisungen, vermehrte Beschwerden sollten eine verstärkte Supervision zur Folge haben. Ebenfalls werden bei neuen Mitarbeitenden oder vormalig nicht optimalen Gesprächen und Reklamationen mehr Gespräche abgehört.</i>

6.4	Jährliche Schulung zu den Guidelines
	Mindestens 80 % der Mitarbeitenden der Organisation haben in den vergangenen 12 Monaten an einer internen Schulung/Weiterbildung zu den in der Organisation verwendeten Guidelines teilgenommen.
Prüfung	Programm der Schulung(en) mit Teilnehmerliste(n)
Erläuterung	<i>Zu den Guidelines zählen medizinische Leitlinien mit Algorithmen, Verhalten bei Red-Flags, RF-Protokolle, TELLs. Als Schulung/Weiterbildung gelten auch thematische Qualitätszirkel, und strukturierte Schulungen während Teamsitzungen.</i>

6.5	Schulungen zum Thema Kommunikation und Empathie
	Mindestens 80% aller Berater:innen (auf allen Levels) haben in den letzten 24 Monaten an einer Schulung/Kurs zu Themen im Zusammenhang mit Kommunikationskompetenz, Empathie, und Würde der Patient:innen teilgenommen.
Prüfung	Schriftliche Bestätigung der Schulung(en) mit Themen und Teilnehmerliste(n)
Erläuterung	-

7. Personalmanagement

7.1	Überprüfung von Diplomen/Zertifikaten
	Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen und Zertifikaten überprüft.
Prüfung	Schriftliche Richtlinien oder Erläuterung / Demonstration, wie für die Überprüfung vorgegangen wird.
Erläuterung	-

7.2	Stellenbeschreibungen
	Alle Mitarbeitende haben eine Stellenbeschreibung.
Prüfung	Organigramm bzw. Liste der Funktionen mit je einer Stellenbeschreibung
Erläuterung	-

*7.3	Mitarbeitendenbefragung zu Wohlbefinden, Belastung und Effizienz
	Mindestens alle 2 Jahre findet eine Mitarbeitendenbefragung statt, welche Themen wie emotionale Belastung, Stress und Wohlbefinden beinhaltet.
Prüfung	Auswertung einer Mitarbeitendenbefragung aus dem Zeitraum der letzten 24 Monate.
Erläuterung	-
7.4	Evaluation der Sicherheitskultur/Sicherheitsklimas in der Organisation
	Die Organisation evaluiert mindestens alle 3 Jahre mit einem dafür vorgesehenen Instrument die Kultur bzw. das «Klima» zur Patientensicherheit
Prüfung	Auswertung einer Befragung zur Sicherheitskultur aus dem Zeitraum der letzten 36 Monate.
Erläuterung	<i>Instrumente, die diesem Zweck dienen, sind beispielsweise die SafeQuest Mitarbeitendenbefragung (www.midss.org/content/safequest) bzw. die EQUAM-Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur. Das Instrument muss nicht zwingend standardisiert/validiert sein. Auch die Frage nach der Angemessenheit der für die Beratung zur Verfügung stehenden Zeit (siehe Indikator 3.3) könnte in einer solchen Befragung erfasst werden.</i>
7.5	Personalgespräche
	Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt. Im Personalgespräch sollte das Thema Fortbildung thematisiert werden.
Prüfung	Beispielhafter Bericht von Mitarbeiter:innen Gesprächen während Auditbesuch
Erläuterung	-
7.6	Pausen für Mitarbeiter:innen
	Den Mitarbeitenden werden genügend Pausen gewährleistet, in denen Sie sich ungestört zurückziehen können, um Übermüdung und Fehlerrisiko zu vermeiden.
Prüfung	Vertragliche Pausenregelung; Gespräche mit Mitarbeiter:innen bei Auditbesuch
Erläuterung	<i>Nach 2 Stunden Arbeitseinsatz 15 Minuten Pause. Zusätzlich ist während einer 8 Stunden Schicht eine Pause von 30 Minuten für eine Mahlzeit gewährleistet.</i>
7.7	Möglichkeit zu Debriefing nach belastenden Gesprächen
	Die Mitarbeitenden haben die Möglichkeit nach belastenden Gesprächen ein Debriefing zu erhalten.
Prüfung	Schriftliche Dokumentation zum Vorgehen für Debriefing sowie Gespräche mit Mitarbeiter:innen bei Auditbesuch.
Erläuterung	-

8. Qualitätsmanagement und Entwicklung

8.1	Qualitätsverantwortliche Person
	Die Organisation hat eine qualitätsverantwortliche Person mit schriftlich definierten Aufgaben und Kompetenzen.
Prüfung	Beschreibung der Aufgaben und Kompetenzen für qualitätsverantwortliche Person.
Erläuterung	-
8.2	Leistungsindikatoren zum Qualitätsmanagement
	Die Leistungsindikatoren der Organisation, welche aus Routine-Daten und Gesprächsanalysen gewonnen werden, enthalten Punkte zum Qualitätsmanagement und/oder der Patientensicherheit.
Prüfung	Interner Bericht oder Management-Dashboard mit Kennzahlen zum Qualitätsmanagement aus dem Zeitraum der letzten 6 Monate
Erläuterung	<i>Die Analyse bzw. Kennzahlen zum Qualitätsmanagement sollten im Zusammenhang mit wirtschaftlich orientierten Analysen interpretiert und in Zusammenhang gesetzt werden.</i>
*8.3	Interne Qualitätsaudits
	Mindestens einmal jährlich wird ein internes Qualitätsaudit durchgeführt bei dem Schwachstellen identifiziert und Massnahmen definiert werden.
Prüfung	Dokument mit den Resultaten eines internen Audits aus dem Zeitraum der letzten 12 Monate, inklusive Schwachstellen und Massnahmen.
Erläuterung	<i>Die Vorbereitung für die EQUAM-Zertifizierung im Jahr des Audits gilt als internes Audit sofern mögliche Schwachstellen und Massnahmen schriftlich dokumentiert werden.</i>
8.4	Teilnahme an Qualitätszirkeln
	Das medizinische Personal der Organisation nimmt an strukturiert moderierten Qualitätszirkeln teil
Prüfung	Programm der Qualitätszirkel des laufenden Jahres und drei Protokolle von abgeschlossenen Qualitätszirkeln.
Erläuterung	-
*8.5	Jährliche oder kontinuierliche Kundenbefragung
	Es wird mindestens einmal jährlich eine Kundenbefragung durchgeführt
Prüfung	Auswertung einer Kundenbefragung aus dem Zeitraum der letzten 12 Monate
Erläuterung	<i>Siehe auch Standard 8.6. Eine Kundenbefragung im Sinne der Qualitätsverbesserung sollte optimalerweise nicht nur auf Zufriedenheit abzielen. Die Patientenerfahrung (PREM) und die Behandlungsergebnisse oder Lebensqualität (PROM) sollten nach Möglichkeit erhoben werden. Beispiele für eine mögliche PREM-Befragung ist der EUROPEP Fragebogen welche EQUAM auch in Arztpraxen einsetzt. Beispiele für PROM-Instrumente zur Lebensqualität</i>

sind EQ5D, SF-12 oder der WHO-5 Well-Being Index. Auch strukturierte Befragungen, welche erheben was den Patient:innen wichtig ist («What matters to you?») sind empfehlenswert. Die Einbindung von PREM und PROM Fragen sind nicht Mindestbedingung für die Vergabe des Zertifikats.

8.6 Schlüsselemente der Kundenbefragung

Mindestens alle 3 Jahre werden die folgenden Elemente mittels Kundenbefragung erhoben:

- 8.6.1.** Patientenerfahrung bezüglich der Kommunikation und Beziehung
- 8.6.2.** Patientenerfahrung bezüglich der erhaltenen Informationen
- 8.6.3.** Patientenerfahrung bezüglich der Diagnose und Behandlung
- 8.6.4.** Patientenerfahrung bezüglich der Koordination und Kontinuität der Behandlung
- 8.6.5.** Patientenerfahrung bezüglich der Angemessenheit der Gesprächsdauer
- 8.6.6.** Outcome-Measures (mit validiertem PROM Instrument)

Prüfung Auswertungen von Kundenbefragung aus dem Zeitraum der letzten 36 Monate

Erläuterung *Siehe auch Standards 3.3 und 8.5*

*8.7 Massnahmen aus Kundenbefragung

Die Organisation setzt Erkenntnisse aus den Befragungen in Verbesserungsmassnahmen um.

Prüfung Schriftliche Dokumentation oder mündliche Erläuterung von konkreten Verbesserungsmassnahmen aufgrund von Kundenbefragungen.

Erläuterung -

8.8 Möglichkeit für Rückmeldungen und Kritik

Die Organisation bietet eine einfache und intuitive Möglichkeit für Patient:innen, Rückmeldungen und Kritik anzubringen

Prüfung Mündliche Erläuterung und Demonstration von Beispielen bei Auditbesuch

Erläuterung -

8.9 Verfahren zum Umgang mit Beschwerden

Die Organisation hat ein Verfahren zum Umgang mit Beschwerden von Patient:innen und Leistungserbringern.

Prüfung Schriftliche Dokumentation von Beschwerden und Massnahmen (mit Datierung)

Erläuterung -

9. IT, Datenschutz und Datenmanagement

*9.1	Stabilität der IT- und Netzwerksysteme
	Die Organisation gewährleistet die Stabilität der IT- Systeme mittels Richtlinien, welche die folgenden Elemente enthalten: <ul style="list-style-type: none"> 9.1.1. Risikoanalyse 9.1.2. Redundanzen bei Systemausfall 9.1.3. Richtlinien des Firewall-Datenschutzes
Prüfung	Richtlinien zur IT- und Netzwerkinfrastruktur
Erläuterung	-
*9.2	Richtlinien und Dokumentation zum Datenschutz
	Die Organisation hat ein schriftliches Konzept für besonders schützenswerte Personendaten, welches die folgenden Anforderungen erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> 9.2.1. Nennung der für den Datenschutz und die Datensicherheit verantwortlichen Person(en) und deren Aufgaben (inklusive Schutz vor Datenverlust und Angriffen) 9.2.2. Klar definierte Zugriffsrechte auf Patienten- und Mitarbeiterdaten 9.2.3. Beschreibung der sicheren Kanäle für Weitergabe von Patientendaten 9.2.4. Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte oder Weitergabe an Dritte 9.2.5. Verfahren zur Einsicht in und Herausgabe von Daten (Patient:innen müssen das Recht haben, ihre Daten einzusehen) 9.2.6. Beschreibung der Archivierung und Vernichtung von Daten 9.2.7. Beschreibung, wie das Einverständnis der Patient:innen zur Verwendung der Daten zu wissenschaftlichen Zwecken eingeholt und dokumentiert wird
Prüfung	Richtlinien zum Datenschutz
Erläuterung	<i>Zu Punkt 9.2.4: Bei Datensicherung in der Cloud muss die schweizerische Gesetzgebung berücksichtigt werden.</i>
9.3	Daten-Backup
	Die Wiederherstellung von Daten aus dem Backup-System wird mindestens einmal jährlich getestet.
Prüfung	Aktennotizen bzw. glaubhafte mündliche Angaben zu einem Test aus dem Zeitraum der letzten 12 Monate.
Erläuterung	-

9.4	Dienstleister mit Zugriff auf Personenbezogene Daten
	Die Organisation kontrolliert den Zugriff auf Daten durch Dienstleister mit folgenden Massnahmen: 9.4.1. Übersicht aller Vertragspartner mit Zugriff auf personenbezogene Daten 9.4.2. Eine Geheimhaltungsvereinbarung mit jedem dieser Dienstleister
Prüfung	Liste der Dienstleister und Beispiel einer unterzeichneten Geheimhaltungsvereinbarung
Erläuterung	-
*9.5	Nachverfolgbarkeit Gesprächsführung und Dokumentation
	Die Organisation stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer ein Beratungsgespräch geführt und wer welche KG-Einträge vorgenommen hat
Prüfung	Demonstration des Systems zur Nachverfolgbarkeit während des Auditbesuchs
Erläuterung	-