

1 Infrastruktur**1.1 Verfügbarkeit und Zugang**

Verfügbarkeit und Zugänglichkeit sind Voraussetzungen dafür, dass Untersuchungen überhaupt stattfinden können. Zur Verfügbarkeit gehört wesentlich eine telefonische Information auch ausserhalb der Öffnungszeiten des Instituts. Sicher genauso wichtig sind aber Kontakt- und Zugangsinformationen auf der Website.

Zugänglich sollte ein Radiologie-Institut auch für Personen sein, die einen Rollstuhl oder ähnliche Hilfsmittel benutzen. Ein adäquater Zugang für den Notfalldienst ist essentiell.

Verfügbarkeit und Zugänglichkeit in guter Qualität ermöglichen aber auch einen guten Start in die Untersuchung. Ein Patient, der das Institut ohne Mühe gefunden hat, kann sich mit Ruhe auf die Untersuchung einlassen und erleichtert so auch dem Personal die Arbeit.

1.1.1 Die Ansage auf dem Anrufbeantworter ist verständlich

1.1.1.1 — Ist die Ansage auf dem Anrufbeantworter deutlich?

1.1.1.2 — Ist die Ansage auf dem Anrufbeantworter auf Hochdeutsch, Französisch und/oder Italienisch?

1.1.2 Das Institut verfügt über eine Website mit allen für den Zugang nötigen Informationen XDOC

1.1.2.1 — Ist auf der Website eine Telefonnummer angegeben?

1.1.2.2 — Sind auf der Website Zeiten telefonischer Erreichbarkeit angegeben?

1.1.2.3 — Gibt es auf der Website die Möglichkeit, per E-Mail und/oder Formular mit der Praxis Kontakt aufzunehmen?

ANLEITUNG AUDIT: Beim Audit kann nachgefragt werden, wie man dann damit umgeht, dass Patienten u.U. med. Informationen auf diesen ungeschützten Kanälen mit der Praxis austauschen.

1.1.2.4 — Sind auf der Website die Öffnungszeiten des Instituts ersichtlich?

1.1.2.5 — Ist auf der Website die Adresse des Instituts angegeben?

1.1.2.6 — Hat es auf der Website einen Lageplan des Instituts?

1.1.2.7 — Ist auf der Website die Anfahrt mit dem Auto zum Institut beschrieben?

Ein Routenplaner (z.B. von Google Maps) erfüllt dieses Kriterium.

1.1.2.8 — Ist auf der Website die Anfahrt mit dem ÖV zum Institut beschrieben?

Ein Routenplaner (z.B. von Google Maps) erfüllt dieses Kriterium.

1.1.3 Das Institut hat einen adäquaten Zugang für den Sanitätsdienst XANK

Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, muss ein liegender Transport aus dem Institut möglich und der Zugang so klar signalisiert sein, dass die Audi-tor:in ihn ohne vorgängige Instruktion sehr rasch finden kann.

1.1.3.1 — !!! Ist ein liegender Transport aus dem Institut möglich?

Mindestkriterium

1.1.3.2 — !!! Ist der Zugang für den Sanitätsdienst klar signalisiert?

ANLEITUNG AUDIT: Sie haben den Zugang ohne Instruktionen finden können und zwar innerhalb von einer Minute bei Ankunft.

Mindestkriterium

1.2 Räumlichkeiten**1.2.1 Das Institut verfügt über getrennte Toiletten für Patienten und Mitarbeitende**

1.2.1.1 — Ist eine separate Toilette für das Personal vorhanden?

1.2.2 Es gibt angemessene Aufenthaltsmöglichkeiten für Patienten, die lange warten müssen

1.2.2.1 — Hat es gute Sitzgelegenheiten für Patienten, die warten müssen?

1.2.2.2 — Hat es einen Platz, um Kontrastmittellösungen abzustellen?

1.2.2.3 — Hat es Zeitschriften, Zeitungen oder Ähnliches für Patienten, die lange warten müssen?

1.2.3 Mitarbeitende haben die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen o.Ä. ungestört zurück zu ziehen

1.2.3.1 — Haben Mitarbeitende die Möglichkeit, sich für Besprechungen, Pausen o.Ä. ungestört zurück zu ziehen?

ANLEITUNG AUDIT: Lassen Sie sich den Ort zeigen. Fragen Sie: Haben Sie einen Ort, an dem Sie sich zurückziehen können, wenn Sie ungestört unter sich sprechen oder Pause machen möchten? Ist sicher, dass Patienten dort keine Gespräche mithören können?

1.3 Medikamente, Notfallausrüstung, medizinische Verbrauchsmaterialien

1.3.1 Das Institut lagert Medikamente sachgemäss

1.3.1.1 — Sind Kontrastmittel trocken gelagert?

1.3.1.2 — Sind Kontrastmittel lichtgeschützt gelagert?

1.3.1.3 — Sind Kontrastmittel ausserhalb des Röntgenstrahlenbereichs gelagert?

1.3.2 Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle und Nachbestellung der Medikamente

1.3.2.1 — Hat das Institut ein Verfahren für die Kontrolle und Nachbestellung der Medikamente?

ANLEITUNG ADUTIT: Fragen Sie: Wie organisieren Sie die Kontrolle und das Nachbestellen der Medikamente? Beschreibt die Person ein Verfahren für die Kontrolle (Qualität, abgelaufene Präparate) und Nachbestellung?

1.3.2.2 — Gibt es ein Monitoring des Verbrauchs?

ANLEITUNG AUDIT: Wie monitorisieren Sie den Verbrauch? Die Verantwortliche muss den Überblick haben, was verbraucht wird, wie viel noch bleibt, wann nachbestellt werden muss etc.

1.3.2.3 — Gibt es ein Monitoring für den Verbrauch von Beruhigungsmitteln?

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: wie monitorisieren Sie den Verbrauch von Beruhigungsmitteln? Beschreibt die Person ein Verfahren, das sicherstellt, dass Beruhigungsmittel möglichst nicht missbraucht werden können?

1.3.3 Das Medikamentenlager ist für Patientinnen nicht zugänglich

Die Tür muss verschlossen sein.

1.3.3.1 — Ist das Medikamentenlager für Patientinnen nicht zugänglich?

1.3.4 Ein Notfallset ist jederzeit in angemessener Erreichbarkeit

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.

1.3.4.1 — !!! Ist ein Notfallset jederzeit in angemessener Erreichbarkeit?

ANLEITUNG AUDIT: Wenn Sie in neue Räumlichkeiten/Abteilungen kommen, fragen Sie nach den Notfallsets. Nicht angemessen bezüglich Erreichbarkeit: Man muss eine Treppe/einen Lift nehmen, man muss durch andere Untersuchungsräume laufen oder man braucht länger als 60 sek. im Laufschrift

Mindestkriterium

1.3.5 Es gibt ein Verfahren für die Kontrolle & das Auffüllen der Notfallsets

1.3.5.1 — Gibt es ein Verfahren für die Kontrolle und das Auffüllen der Notfallsets?

1.3.5.2 — Gibt es ein Verfahren für das Monitoring des Verbrauchs von Beständen des Notfallsets?

ANLEITUNG AUDIT: Der/die Verantwortliche muss den Überblick haben, was verbraucht wird, wie viel noch bleibt, wann nachbestellt werden muss etc.

1.3.6 Das kontrollierte Notfallset enthält alle essentiellen Notfallmedikamente und -geräte

Die Liste der verlangten Notfallmedikamente beruht einerseits auf der ESUR Guideline zu Kontrastmedien (<http://www.esur-cm.org/index.php/de/>) und andererseits auf einer Zusammenstellung von Notfallmedikamenten von XX ambulanten Radiologie-Instituten, im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Indikatoren im Verlauf des Frühjahrs 2017; ESUR 9.0 für KM-Zwischenfälle www.esur-cm.org und DAK-Faculty SGNOR. Es wird stichprobenmässig ein Notfallset kontrolliert.

- 1.3.6.01 — Enthält das Notfallset Sauerstoff?
- 1.3.6.02 — Enthält das Notfallset nicht abgelaufenes Adrenalin?
z.B. Adrenalin IMS Minijet Braun, Adrenalin Amp
- 1.3.6.03 — Enthält das Notfallset ein nicht abgelaufenes H1-Antihistaminikum?
z.B. Chlorphenamin, Clemastin, Promethazin, Tavegyl, Solu-Cortef
- 1.3.6.04 — Enthält das Notfallset nicht abgelaufenes Atropin?
z.B. Epi-Pen
- 1.3.6.05 — Enthält das Notfallset einen nicht abgelaufenen β 2-Agonist Dosier-Inhalator?
z.B. Ventolin, Euphilin
- 1.3.6.06 — Enthält das Notfallset Infusionsflüssigkeiten - Kochsalz oder Ringerlösung?
- 1.3.6.07 — Enthält das Notfallset nicht abgelaufene antikonvulsive Medikamente/Tranquilizer?
z.B. Diazepam, Dormicum
- 1.3.6.08 — Enthält das Notfallset ein gewartetes Blutdruckmessgerät?
- 1.3.6.09 — Enthält das Notfallset eine Beatmungsmaske?
- 1.3.6.10 — Enthält das Notfallset nicht abgelaufenes Methyl-Prednisolon?
- 1.3.6.11 — Enthält das Notfallset einen gewarteten Defibrilator?
- 1.3.6.12 — Enthält das Notfallset nicht abgelaufenes Glyceroltrinitrat?
z.B. Isoket Spray

1.3.7 Die Notfallsets sind für Patienten nicht zugänglich

- 1.3.7.1 — Befinden sich die Notfallsets ausserhalb der Sichtweite der Patientinnen?
ANLEITUNG AUDIT: Es ist wichtig, hier darauf zu achten, dass ein zu eng genommener Schutz vor Patientenzugriff den einfachen Zugriff des Personals nicht verhindert.

1.3.8 Im MRT sind Beruhigungsmittel vorhanden

- 1.3.8.1 — Hat es im MRT Beruhigungsmittel?

1.3.9 Die Beruhigungsmittel sind so gelagert, dass Patienten nicht darauf zugreifen können

- 1.3.9.1 — Sind die Beruhigungsmittel in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt?
ANLEITUNG AUDIT: Tür muss verschlossen sein.

2 Patienten

2.1 Informationen für Patienten

Informationen über die Untersuchungen erhalten Patienten üblicherweise auf der Website des Instituts, aber auch über die Zuweisenden, im Telefongespräch mit Mitarbeitenden des Instituts und vor Ort. Es ist wichtig, dass diese Informationen korrekt, aktuell und für Patienten verständlich sind.

2.1.1 Das Institut hält auf seiner Homepage Informationen für Patientinnen zu den einzelnen XDOC

Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, muss für die einzelnen Untersuchungen mindestens der Indikator 2.1.1.01 mit «Ja» beantwortet werden.

2.1.1.1 — !!! Sind die Untersuchungsabläufe beschrieben?
Mindestkriterium

2.1.1.2 — Sind die Informationen mit möglichst wenig medizinischem Jargon versetzt?

2.1.1.3 — Wird erklärt, was die einzelnen Untersuchungen abklären können?

2.1.1.4 — Wird beschrieben ob, und wenn ja wie man sich auf eine Untersuchung vorbereiten sollte?

2.1.1.5 — Wird auf Quellen oder weiterführende Informationen verwiesen?

2.1.2 Das Institut hat ein Verfahren zur Aktualisierung der Info zu den einzelnen Unters. auf Homepage

2.1.2.1 — Hat das Institut ein Verfahren zur Aktualisierung der Informationen zu den einzelnen Untersuchungen auf der Homepage?

Instruktion: Fragen Sie: Wie stellen Sie sicher, dass die Informationen auf Ihrer Homepage zu den einzelnen Untersuchungen aktuell sind? Wird ein Verfahren beschrieben?

2.1.2.2 — Wurden die Materialien auf ihre Verständlichkeit für Patient:innen geprüft?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn Laien gefragt werden, teilweise wenn die Verständlichkeit nur unter Fachleuten geprüft wurde oder mit einer Kommunikationsfachkraft.

2.1.3 Die Mitarbeitenden am Telefon instruieren bezüglich der Vorb. anhand schrift. Checkliste XCAL

2.1.3.1 — Instruieren die Mitarbeitenden am Telefon Patienten oder Zuweisende bezüglich der Vorbereitung zu Untersuchungen anhand schriftlicher Checklisten?

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Können Sie mir zeigen, wie Mitarbeiter am Tel. Patienten bezgl. der Vorbereitung auf Untersuchung instruieren? Liegen schriftliche Instruktionen vor?

2.1.4 Die Aktualisierung dieser Checklisten ist durch ein Verfahren gewährleistet XCAL

2.1.4.1 — Ist die Aktualisierung der Checklisten durch ein Verfahren gewährleistet?

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Wie gehen Sie vor, um diese Checklisten aktuell zu halten? Wird ein Verfahren beschrieben?

2.1.5 Das Institut hält vor Ort Informationsmaterial für die Patientinnen bereit

2.1.5.1 — Hat es im Institut Informationsmaterialien zu medizinischen Prozeduren oder einzelnen Untersuchungen?

2.1.6 Im Rahmen der Aufklärung zur Untersuchung kommen Informat. im Gespräch zum Einsatz

2.1.6.1 — Kommen im Rahmen der Aufklärung zur Untersuchung Informationsmaterialien im Gespräch zwischen Patient:in und Radiolog:innen oder MTRA zum Einsatz?

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Setzen Sie Informationsmaterialien (z.B. Flyer, graphische Darstellungen, Diagramme, Modelle etc.) ein, um die Aufklärung zur Untersuchung zu unterstützen?

2.1.7 Das Institut hat Regeln zur Kommunikation der Untersuchungsergebnisse schriftlich festgehalten XDOC

ANLEITUNG AUDIT: Ad Frage 01 Dokumentenaudit

2.1.7.1 — Hat das Institut Regeln zur Kommunikation der Untersuchungsergebnisse schriftlich festgehalten?

ANLEITUNG AUDIT: Es ist wichtig, dass MTRA und Radiologen wissen, in welchen Fällen sie Resultate wie kommunizieren, bzw. dass sie Patienten auf alle Fälle informieren, wann sie von wem Informationen zu den Resultaten erhalten. Zuweisende haben oft die Erwartung, dass MTRA/Radiologen keine Resultate kommunizieren, weil sie die Gesamtsituation der Patienten nicht einschätzen können.

2.2 Management & Schutz von Patientendaten

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens bringt wichtige Herausforderungen in Sachen Datenschutz mit sich. Aber auch im direkten Kontakt mit Patient:innen und am Telefon ist Datenschutz wichtig. Organisatorische und technische Aspekte sind gleichermaßen relevant.

2.2.1 Das Institut hat ein schriftliches Datenschutzkonzept XDOC

ANLEITUNG AUDIT: Ad Frage 02 Dokumentenaudit

Damit das Mindestkriterium als erfüllt gilt, müssen zumindest die vier Punkte (2.2.1.01 bis 2.2.1.05) mit «Ja» beantwortet werden.

- 2.2.1.01 — !!! Bezeichnet das Datenschutzkonzept eine Verantwortliche?
Mindestkriterium
- 2.2.1.02 — !!! Bezeichnet das Datenschutzkonzept die Aufgaben der Verantwortlichen?
Mindestkriterium
- 2.2.1.03 — !!! Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie sichergestellt wird, dass im Institut keine Patientendaten von Dritten einsehbar sind?
Mindestkriterium
- 2.2.1.04 — !!! Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie die Diskretion am Empfang möglichst sichergestellt wird?
Mindestkriterium
- 2.2.1.05 — !!! Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie Patienten ihre Daten einsehen und einfordern können?
Laut Datenschutzgesetz (DSG) Art. 8 hat jede Person das Recht, eine Kopie ihrer Daten vom Besitzer der Datensammlung (hier das Radiologie-Institut) zu erhalten. Abgesehen von so genannten 'persönlichen Hilfsmitteln' sind sämtliche Daten herauszugeben. Bei einer Selbstgefährdung der Person durch Herausgabe der Daten kann die Herausgabe über einen Arzt des Vertrauens des Patienten erfolgen.
Mindestkriterium
- 2.2.1.06 — Beschreibt das Datenschutzkonzept die Archivierung von Daten?
- 2.2.1.07 — Beschreibt das Datenschutzkonzept die Vernichtung von Daten?
Gesundheitsdaten (Bilder, Berichte) müssen lt. Den meisten kt. Gesetzen mind. 10 Jahre aber dürfen auch nicht länger aufbewahrt werden. Länger sollen/dürfen die Daten nur aufbewahrt werden, wenn es dafür medizinische Gründe gibt.
- 2.2.1.08 — Beschreibung des Konzept, wie und für welche Untersuchungen das Institut das Einverständnis der Patient:in zur Verwendung ihrer Daten zu wissenschaftlichen Zwecken einholt?
Mindestkriterium
- 2.2.1.09 — Beschreibt das Datenschutzkonzept ein Verfahren, das sicherstellt, dass Daten von Patienten, die kein Einverständnis zur Verwendung ihrer Angaben zu wissenschaftlichen Zwecken geben, nicht verwendet werden?
- 2.2.1.10 — Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie sichergestellt wird, dass Einträge in Patientenakten jederzeit nachverfolgt werden können?
ANLEITUNG AUDIT: Zeitpunkt und Autorschaft müssen dokumentiert sein
- 2.2.1.11 — Beschreibt das Datenschutzkonzept, wie die Weitergabe von Daten an Unberechtigte (z.B. Verwandte, Arbeitgeber etc.) verhindert wird?
- 2.2.1.12 — Beschreibt das Datenschutzkonzept die Kanäle, über die Patienteninformationen kommuniziert werden?
- 2.2.1.13 — Klärt das Datenschutzkonzept die Dokumentation ausgehender Antworten auf Anfragen anderer Leistungsanbieter, Krankenkassen u.Ä.?
- 2.2.1.14 — Dokumentiert das Datenschutzkonzept die Verantwortlichkeit für die Datensicherungen (Backups) und deren Überprüfung (Auslesen von Backups)?

- 2.2.1.15 — Dokumentiert das Datenschutzkonzept die Verantwortlichkeit für den Virenschutz der Institutscomputer?
- 2.2.2 Im Institut sind keine Patientendaten von Dritten einsehbar**
- 2.2.2.1 — !!! Sind in den Untersuchungsräumlichkeiten oder an anderen für die Patienten zugänglichen Räumlichkeiten KEINE Patientendaten einsehbar?
Mindestkriterium
- 2.2.3 Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden**
Wir achten hier darauf, ob es zumutbare Massnahmen geben könnte, welche die Diskretion am Empfang erhöhen könnten.
- 2.2.3.1 — Stellt das Institut sicher, dass Gespräche und Telefonate am Empfang möglichst nicht mitgehört werden können?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Wie gehen Sie mit der Herausforderung der Diskretion am Empfang um? Können Sie erkennen, dass es zumutbare Massnahmen geben könnte, welche die Diskretion am Empfang erhöhen?
- 2.2.4 Patientinnen können ihre Daten einsehen und erhalten XCAL**
- 2.2.4.1 — !!! Können Patientinnen ihre Daten einsehen und erhalten?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Können Sie mir zeigen, was Sie tun, wenn ich als Patientin mein vollständiges Dossier erhalten möchte? Hätten Sie als Patientin alle Daten in der Hand, also sowohl die Bildmaterialien als auch die Anmeldungsinformationen und Befundberichte?
Mindestkriterium
- 2.2.5 Institut stellt sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer welche Untersuchungen getätigt**
- 2.2.5.1 — Stellt das Institut sicher, dass jederzeit nachverfolgt werden kann, wer wann welche Untersuchung durchgeführt hat?
ANLEITUNG AUDIT: Ist die Nachverfolgbarkeit (Datum/Autorschaft) sichergestellt?
- 2.2.6 Institut dokumentiert Medien und Inhalt ausgehender Antworten auf Anfragen anderer Leistungsanbieter**
- 2.2.6.1 — Dokumentiert das Institut ausgehende Antworten auf Anfragen anderer Leistungserbringer, Krankenkassen?
- 2.2.7 Das Verfahren für die Patient. am Empfang respektiert den Datenschutz und die Diskret XCAL**
- 2.2.7.1 — Respektiert das Verfahren für die Patientenidentifikation am Empfang den Datenschutz und die Diskretion?
Dieser Indikator ist erfüllt, wenn andere Patient:innen zumindest nicht erfahren, mit welchem Anliegen die andere Patient:in ins Institut kommt.
- 2.3 Patientenmanagement**
Das Patientenmanagement stellt sicher, dass ein Patient die vorgesehene Untersuchung erhält. Dazu ist die eindeutige Identifikation des Patienten nötig. Es ist aber auch wichtig, dass Patienten ihre Intimsphäre wahren können und dass auf ihre spezifischen Bedürfnisse Rücksicht genommen wird. Das Patientenmanagement stellt so sicher, dass alles, was rund um die Untersuchung passiert so organisiert ist, dass die Untersuchung selbst optimal ablaufen kann.
- 2.3.1 Institut hat ein Verfahren für den Fall, dass Infos zur Patientenidentifikation auf Anmeldung XCAL**
- 2.3.1.1 — Haben Sie ein Verfahren für den Fall, dass Informationen zur Patientenidentifikation auf der Anmeldung fehlen?
- 2.3.2 Das Institut hat ein Verfahren für den Umgang mit fremdsprachigen Patienten XCAL**
- 2.3.2.1 — Hat das Institut ein Verfahren für den Umgang mit fremdsprachigen Patienten?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Wie gehen Sie vor, wenn Sie die Sprache eines Patienten nicht verstehen? Wird ein Verfahren beschrieben?
- 2.3.3 Es gibt Verfahren für den Fall, dass ein Patient nicht ad auf die Untersuchung vorbereitet XCAL**
- 2.3.3.1 — Gibt es Verfahren für den Fall, dass ein Patient nicht adäquat auf die Untersuchung vorbereitet ist?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: Wie gehen Sie vor, wenn ein Patient am Empfang erscheint und nicht adäquat auf die Untersuchung vorbereitet ist? Beschreibt die Person ein Verfahren?

2.3.4 Es gibt eine Checkliste für die Patientenidentifikation am Empfang

ANLEITUNG AUDIT: Ad Frage 03 Dokumentenaudit

- 2.3.4.1 — Liegt eine Checkliste mit der Abfrage mindestens zweier Identifikatoren vor?

Zur eindeutigen Identifikation sollten immer zwei Identifikatoren geprüft werden, also Name /Vorname und genaues Geburtsdatum.

2.3.5 Patienten können auf ihrem Weg durch Institut keine anderen Patienten in Untersuchungssitu

- 2.3.5.1 — Können Patienten keine anderen Patienten in Untersuchungssituationen sehen?

2.3.6 Patienten haben die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen

- 2.3.6.1 — !!! MRT: haben Patienten die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen?

Mindestkriterium

- 2.3.6.2 — !!! Röntgen: haben Patienten die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen?

Mindestkriterium

- 2.3.6.3 — !!! CT: haben Patienten die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen?

Mindestkriterium

- 2.3.6.4 — !!! Mammographie: haben Patientinnen die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen?

Mindestkriterium

- 2.3.6.5 — !!! Nuklearmedizin: haben Patienten die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen?

Mindestkriterium

- 2.3.6.6 — !!! Knochendichtemessung: haben Patienten die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen?

Mindestkriterium

- 2.3.6.7 — !!! Ultraschall: haben Patienten die Möglichkeit, sich ungestört umzuziehen?

Mindestkriterium

2.3.7 Das Institut sensibilisiert seine MTRA, eine aktive Identifikation vor der Untersuchung vorzunehmen

ANLEITUNG AUDIT: Ad Frage 05 Dokumentenaudit

- 2.3.7.1 — Sensibilisiert das Institut seine MTRA, eine aktive Identifikation vor der Untersuchung vorzunehmen?

ANLEITUNG AUDIT: 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. Näheres dazu siehe Hughes 2014.

2.3.8 Es gibt eine schriftliche Regelung für MTRA zur Arbeit bei Abwesenheit der Radiologinnen und Radio

- 2.3.8.1 — Klärt die Regelung, dass in Abwesenheit der Radiologen keine Untersuchungen durchgeführt werden, die den Einsatz von Kontrastmitteln bedingen?

- 2.3.8.2 — Klärt die Regelung, dass in Abwesenheit der Radiologen keine Beruhigungsmittel gegeben werden dürfen?

ANLEITUNG AUDIT: Die Gabe von Dormicum kann auch über Nasenspray passieren. Insofern darf sich die Beschränkung nicht nur auf intravenöse Medikamentengabe beziehen.

- 2.3.8.3 — Klärt die Regelung, wie vorzugehen ist, wenn ein Patient bereits anwesend ist, die Untersuchung jedoch nicht ohne Beisein eines Radiologen durchgeführt werden kann?

3 Team

3.2 Personalmanagement

Das Personalmanagement stellt sicher, dass qualifizierte und gut eingearbeitete Fachpersonen ihre Arbeit unter guten Bedingungen leisten können. Verfahren zur Einarbeitung gehören genauso zu den Aufgaben des Personalmanagements wie der Einstellungsprozess.

3.2.1 Bei Neueinstellungen wird die Echtheit von Diplomen und Zertifikaten überprüft

- 3.2.1.1 — Werden bei Neueinstellungen Diplomen und Zertifikate auf ihre Echtheit überprüft?
Bei ärztl. Personal Überprüfung im Medizinalberuferegister

3.2.2 Alle Mitarbeitenden haben eine Stellenbeschreibung

- 3.2.2.1 — Haben Mitarbeitende eine Stellenbeschreibung?
Dieser Indikator ist erfüllt, wenn ein Beispiel gezeigt werden kann einer MTRA und eines Arztes

3.2.3 Mit Mitarbeitenden wird einmal im Jahr ein Personalgespräch durchgeführt

- 3.2.3.1 — Wurden während der letzten 12 Monate Personalgespräche geführt?
- 3.2.3.2 — Wurde das Thema Fortbildung diskutiert?
ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn zumindest ein konkretes Beispiel erzählt werden kann.
- 3.2.3.3 — Werden die Gespräche schriftlich dokumentiert?
ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn zumindest zwei Berichte gezeigt werden können.

3.2.4 Das Institut fördert den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team

- z. B. im Rahmen von Team-Events*
- 3.2.4.1 — Fördert das Institut den hierarchiefreien und ungezwungenen Austausch im Team?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Haben Sie während den letzten 12 Monaten für das Team einen Event oder Ähnliches organisiert, an dem sich Mitarbeitende ohne hierarchische Zwänge austauschen können und Zeit miteinander verbringen?"

3.2.5 Schriftlich festgehaltenes Verfahren zur Einarbeitung neuer MTRA und MPA

- 3.2.5.1 — !!! Gibt es ein schriftlich festgehaltenes Verfahren zur Einarbeitung neuer MTRA und MPA in ihre Arbeitsgebiete?
*ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Wie werden neue MTRA und MPA in ihre Aufgabengebiete eingearbeitet?"
Gibt es ein schriftlich festgehaltenes Verfahren?
Mindestkriterium*

3.2.6 Schriftlich festgehaltenes und strukturiertes Verfahren zur Einarbeitung neuer Radiologen

- 3.2.6.1 — !!! Gibt es ein schriftlich festgehaltenes und strukturiertes Verfahren zur Einarbeitung neuer Radiologen in ihre Arbeitsgebiete?
Mindestkriterium

3.2.7 Schriftlich festgehaltenes und strukturiertes Verfahren zur Einarbeitung neuer Mit. am Callc. XCAL

- 3.2.7.1 — !!! Gibt es ein schriftlich festgehaltenes und strukturiertes Verfahren zur Einarbeitung neuer Mitarbeitender am Callcenter/Empfang?
Mindestkriterium

3.3 Aus- und Weiterbildung

3.3.1 Das Institut engagiert sich für Ausbildung und/oder Lehre

- Etwa in der Ausbildung, Organisation von Weiterbildungen für internes oder externes Personal.*
- 3.3.1.1 — Engagiert sich das Institut für Ausbildung und/oder Lehre?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Bilden Sie in ihrem Institut Fachleute aus oder organisieren Sie Weiterbildungen oder Kurse für Interne oder Externe an ihrem Institut?"

3.3.2 Alle Mitarbeitenden haben im letzten Jahr an einer arbeitsplatzbezogenen Fortbildung teilgenommen

- 3.3.2.1 — Haben Sie im letzten Jahr an einer arbeitsplatzbezogenen Fortbildung teilgenommen?
ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn konkrete Beispiele genannt werden. Sind mehrere MTRA/Radiologen an der Modalität anwesend, können Sie auch mehrere MTRA/Radiologen befragen.

3.3.3 Das Institut gewährleistet den Zugang zu Datenbanken für wissenschaftliche Literatur

- 3.3.3.1 — Gewährleistet das Institut den Zugang zu Datenbanken für wissenschaftliche Literatur?
z.B. STATdx, Radiopedia, Radiology Assistant

3.3.4 Für jede Modalität gibt es Verantwortliche, der neue Mitarbeitende bez. Gerät und Protokolle einarbe

- 3.3.4.1 — Gibt es für jede Modalität eine Verantwortliche, die neue Mitarbeitende bezüglich Gerät und Protokollen einarbeiten kann?

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Wer ist für die Einarbeitung neuer Mitarbeitender an den verschiedenen Modalitäten zuständig?" Gibt es klare Zuständigkeiten? Ja wenn Namen genannt werden können. In grösseren Instituten macht es Sinn, anzuregen, dies auch schriftlich festzuhalten.

3.3.5 MTRA haben eine Schulung zum Umgang mit klaustrophoben Patienten durchlaufen

- 3.3.5.1 — Haben Sie eine Schulung zum Umgang mit klaustrophoben Patienten durchlaufen?

ANLEITUNG AUDIT: Sind mehrere MTRA an der Modalität anwesend, können Sie auch mehrere MTRA befragen.

3.4 Professioneller Austausch

Ein Radiologie-Institut ist ein interprofessioneller Arbeitszusammenhang. Qualität muss die fachlichen Schnittstellen übergreifen. Austausch unter allen Beteiligten ist dafür zentral. Die Arbeitsbereiche des Callcenter/Empfang, der MTRA und der Radiologinnen sind dabei gleichermassen qualitätsrelevant und müssen ineinander greifen, damit Patientinnen optimal betreut werden können.

3.4.1 Es gibt regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen Callcenter/Empfang und MTRA XCAL

z.B. in Form von Sitzungen oder Rapporten (Nachweis)

- 3.4.1.1 — Gibt es regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen MTRA und Callcenter/Empfang?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn Protokolle vorgelegt werden können und der Rhythmus regelmässig ist

3.4.2 Mitarbeitende des Callcenters und Empfangs haben eine definierte Ansprechperson XCAL

- 3.4.2.1 — Haben Mitarbeitende des Callcenters und Empfangs eine definierte Ansprechperson, die sie bei inhaltlichen Rückfragen niederschwellig und rasch kontaktieren können?

ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie eine Mitarbeitende des Callcenters: "Was können Mitarbeitende des Callcenter/Empfang tun, wenn Sie rasch Antwort auf eine Frage brauchen?" Kann die Interviewpartnerin eine Person angeben, die rasch und niederschwellig kontaktiert werden kann?

3.4.3 Es gibt regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen MTRA und Radiologinnen

z. B. in Form von Sitzungen oder Rapporten (Nachweis)

- 3.4.3.1 — Gibt es regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen MTRA und Radiologinnen?

ANLEITUNG AUDIT: Ja wenn Protokolle vorgelegt werden können und der Rhythmus regelmässig ist

3.4.4 Es werden regelmässig Fälle zwischen MTRA und Radiologen besprochen

- 3.4.4.1 — Besprechen MTRA regelmässig Fälle mit Radiologen?

ANLEITUNG AUDIT: Wird ein strukturierter und regelmässiger Austausch beschrieben?

3.4.5 Es gibt regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen Vertreterinnen aller Professionen des In

z. B in Form von Sitzungen oder Rapporten (Nachweis)

- 3.4.5.1 — !!! Gibt es regelmässigen und strukturierten Austausch zwischen Vertreterinnen aller Professionen des Instituts?

ANLEITUNG AUDIT: Ja wenn Protokolle vorgelegt werden können und der Rhythmus regelmässig ist.

Mindestkriterium

3.5 Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur

3.5.1 Eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführ

- 3.5.1.01 — Wurde innerhalb der letzten 24 Monate eine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur mit Auswertung durchgeführt?
Bei Instituten mit weniger als 10 Mitarbeitenden ist diese Befragung möglicherweise problematisch aus Gründen des Datenschutzes. Dort kann eine Zuweisendenbefragung die bessere Wahl sein.
Mindestkriterium
- 3.5.2 Konkrete Verbesserungsmassnahmen wurden aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet und**
- 3.5.2.01 — Wurden konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Befragung zur Sicherheitskultur abgeleitet und dokumentiert?
Nicht relevant, wenn keine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur gemacht wurde. Der Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmassnahmen welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden. Es handelt sich nicht um ein Mindestkriterium und kann daher allenfalls als (neue) Verbesserungsmassnahme im Rahmen der Zertifizierung nach dem Audit definiert werden.
- 3.5.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Sicherheitskultur wurde überprüft.**
- 3.5.3.01 — Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Sicherheitskultur überprüft?
Nicht relevant, wenn keine Mitarbeitendenbefragung zur Sicherheitskultur gemacht wurde. Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte mit einer erneuten Mitarbeitendenbefragung nach 12-24 Monaten geprüft werden.
- 4 Zuweisende**
- 4.2 Indikation**
Ohne Indikation keine Untersuchung. Als Akteure im Gesundheitswesen sind Radiologie-Institute in der Pflicht, diesen Grundsatz möglichst gut umzusetzen. Er stellt sicher, dass Patienten nicht unnötig schädlichen Strahlungen ausgesetzt werden. Er hilft aber auch, unnötige Untersuchungen, die gar keine Antwort auf die Fragestellung des Zuweisenden ermöglichen oder die Patienten nur unnötig verunsichern, zu vermeiden. Umgesetzt werden kann die Anforderung, indem das Institut Mitarbeitenden Verfahren zur Verfügung stellt, die klarstellen, wann eine Indikation zu hinterfragen ist.
- 4.2.1 Das Institut arbeitet mit vollständigen Anmeldeformularen**
ANLEITUNG AUDIT: Wählen Sie ein Anmeldeformular
- 4.2.1.1 — Enthält das Anmeldeformular ein Feld für den pathologischen Befund?
- 4.2.1.2 — Enthält das Anmeldeformular ein Feld für die Verdachtsdiagnose?
- 4.2.1.3 — Enthält das Anmeldeformular ein Feld für die fokussierte Anamnese?
- 4.2.1.4 — Enthält das Anmeldeformular ein Feld für die zu untersuchende Region?
- 4.2.1.5 — Enthält das Anmeldeformular eine Angabe der Erreichbarkeit im Notfall?
- 4.2.1.6 — Enthält das Anmeldeformular ein Feld für Risikofaktoren im Falle von Verfahren mit Kontrastmittelgabe, ionisierender oder nuklearer Strahlung?
- 4.2.2 Das Institut stellt Radiologenein schriftliches Verfahren zur Verfügung, das Indiziertheit klärt**
ANLEITUNG AUDIT: Dieser Indikator kann für ionisierende Strahlen und Nuklearmedizin im Rahmen der rev. StSv im dort geforderten Handbuch erfüllt werden. Die Diskussion im Audit kann sich dann eher qualitativ um die tatsächliche Umsetzung dieses Handbuches und um die Erfahrungen mit den klinischen Audits drehen bzw. könnte sich auf die Frage nach dem MRT konzentrieren, wenn das klinische Audit mit dem EQUAM Audit zusammenfällt.
- 4.2.2.1 — Haben Sie ein schriftliches Verfahren, das klärt, wann sie eine Anmeldung mit der Zuweisenden kritisch auf ihre Indiziertheit hin diskutieren sollten?
- 4.2.2.2 — Beinhaltet das Verfahren Red Flags bei Verfahren mit ionisierender Strahlung?
ANLEITUNG AUDIT: Dieser Indikator kann für ionisierende Strahlen im Rahmen der rev. StSv im dort geforderten Handbuch erfüllt werden. Die Diskussion im Audit kann sich dann eher qualitativ um die tatsächliche Umsetzung dieses Handbuches und um die Erfahrungen mit den klinischen Audits drehen.

- 4.2.2.3 — Beinhaltet das Verfahren Red Flags insbesondere bei MRT Verfahren?
- 4.2.2.4 — Beinhaltet das Verfahren Red Flags bei Verfahren mit nuklearer Strahlung?
ANLEITUNG AUDIT: Dieser Indikator kann für Nuklearmedizin im Rahmen der rev. StSv im dort geforderten Handbuch erfüllt werden. Die Diskussion im Audit kann sich dann eher qualitativ um die tatsächliche Umsetzung dieses Handbuchs und um die Erfahrungen mit den klinischen Audits drehen.
- 4.2.2.5 — Beruhen die Verfahren für die Prüfung der Indikation auf anerkannten Guidelines?
Werden Guidelines angegeben? Etwa des UK Royal College of Radiology, Société Française de Radiologie, American College of Radiology, Royal Australian & New Zealand College of Radiologists
- 4.2.2.6 — Wird das Verfahren regelmässig überprüft?
- 4.2.2.7 — Wurde das Verfahren besprochen, etwa in Teamsitzungen oder Arbeitseinführung?
ANLEITUNG AUDIT: Nachweis nötig
- 4.2.3 Verfahren, wie bei Anmeldung von Pat. wichtige med. Infos von Zuweisenden zu Personen gelangen XCAL**
- 4.2.3.1 — Gibt es ein schriftliches Verfahren, das klärt wie bei Anmeldungen wichtige medizinische Informationen von Zuweisenden zu den Personen gelangen, die die Untersuchung durchführen?
- 4.2.3.2 — Beinhaltet das Verfahren Red Flags, bei deren Auftreten Informationen unbedingt weiter gegeben werden sollen?
- 4.2.3.3 — Beinhaltet das Verfahren eine Angabe wem und wie die Information weiter gegeben wird?
- 4.3 Befundbericht**
Der Befundungsbericht ist die wichtigste Kommunikation zwischen Radiologin und Zuweisender. Es ist daher wichtig, Rahmenbedingungen für eine hohe Befundqualität sicherzustellen.
- 4.3.1 Zur Befundung von Mammographien wird das BI-RADS Protokoll eingehalten**
- 4.3.1.1 — Wird zur Befundung von Mammographien wird das BI-RADS Protokoll eingehalten?
*ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Können Sie mir das Vorgehen zur Befundung von Mammographien beschreiben?"
Erwähnt der Radiologe die BI-RADS Guidelines?
Benutzt der Radiologe die BI-RADS Klassifikation zur Beschreibung des Gewebes (ACR 2013 BIRADS:124)
Klassifiziert der Radiologe die Befunde anhand des BI-RADS Schemas? (ACR 2013 BI-RADS:135ff)*
- 4.3.2 Zur Befundung von Prostatauntersuchungen wird das PI-RADS Protokoll eingehalten**
- 4.3.2.1 — Wird zur Befundung von Prostatauntersuchungen das BI-RADS Protokoll eingehalten?
*ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Können Sie mir das Vorgehen zur Befundung von Prostatauntersuchungen beschreiben?"
Erwähnt der Radiologe die BI-RADS Guideline?
Benutzt der Radiologe die BI-RADS Sector Map (ACR BI-RADS 2013: 13; 33)
Klassifiziert der Radiologe die Befunde anhand des BI-RADS Schemas? (ACR BI-RADS 2013:17ff)*
- 4.3.3 Das Institut fördert die einheitliche Strukturierung von Berichten**
z. B. über Templates für Berichte
- 4.3.3.1 — Fördert das Institut die einheitliche Strukturierung von Berichten?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Haben Sie eine Vorlage oder Maske für Berichte?"
- 4.3.4 Befundberichte sind vollständig**
ANLEITUNG AUDIT: Lassen Sie sich den ersten Befundbericht des Tages von vor einer Woche zeigen.
- 4.3.4.1 — Enthält der Bericht das Untersuchungsdatum?
- 4.3.4.2 — Enthält der Bericht die Patientenstammdaten?
- 4.3.4.3 — Enthält der Bericht die Befundempfänger?

- 4.3.4.4 — Enthält der Bericht die Kontaktangaben des Befundenden?
- 4.3.4.5 — Enthält der Bericht ggf verwendete Kontrastmittel und/oder Strahlendosis?
- 4.3.4.6 — Enthält der Bericht ggf. das Untersuchungsprotokoll?
- 4.3.4.7 — Enthält der Bericht eine Beschreibung der Resultate?
- 4.3.4.8 — Enthält der Bericht eine konklusive Beurteilung?

4.4 Zuweisendenbefragung

4.4.1 Eine Zuweisendenbefragung wurde in den letzten 24 Monaten durchgeführt und die Auswertung liegt der

- 4.4.1.01 — !!! Wurde in den letzten 24 Monaten eine Zuweisendenbefragung durchgeführt und liegt die Auswertung der Praxis vor?

Die Auswertung der Befragung muss der Auditor:in vorliegen und/oder beim Auditbesuch gemeinsam angeschaut werden. Falls eine Mitarbeitendenbefragung durchgeführt wurde, ist dies kein Mindestkriterium und kann als "NR" beantwortet werden.

Mindestkriterium

4.4.2 Konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Zuweisendenbefragung sind dokumentiert.

- 4.4.2.01 — Sind konkrete Verbesserungsmassnahmen aus der Zuweisendenbefragung abgeleitet und dokumentiert?
Dieser Punkt bezieht sich auf Verbesserungsmassnahmen welche vor dem Zeitpunkt des EQUAM-Audits definiert wurden. Es handelt sich nicht um ein Mindestkriterium und kann daher allenfalls als (neue) Verbesserungsmassnahme im Rahmen der Zertifizierung nach dem Audit definiert werden.

4.4.3 Die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Zuweisendenbefragung wurde überprüft.

- 4.4.3.01 — Wurde die Wirksamkeit der Verbesserungsmassnahmen zur Zuweisenden-Erfahrung überprüft?
Die Überprüfung der Wirksamkeit könnte beispielsweise mit einem Feedbackmechanismus im kleineren Rahmen (Fokusgruppe, Mini-Umfrage oder Konsultation von ausgewählten Zuweisenden-Vertretern) erfolgen, oder auch im Rahmen von regelmässigeren Befragungen.

5 Qualität & Sicherheit

5.1 Hygiene und Verletzungsschutz

Hygiene und Verletzungsschutz machen den Aufenthalt im Institut für Patientinnen und Mitarbeitende sicher. Ein sauber ausgearbeiteter Hygieneplan hilft, im Alltag Regeln für Hygiene und Sicherheit einzuhalten.

5.1.1 Das Institut hat ein schriftliches Hygienekonzept

ANLEITUNG AUDIT: Ad Frage 06 Dokumentenaudit

- 5.1.1.1 — Klärt das Konzept wie Oberflächen, Fussböden und Sanitäranlagen und Untersuchungsanlagen gereinigt werden?
- 5.1.1.2 — Beinhaltet das Konzept ein Verfahren Unterhalt und Hygienekontrollen von Lüftung und Klimaanlage?
- 5.1.1.3 — Beschreibt das Konzept die Handhygiene?
- 5.1.1.4 — Beschreibt das Konzept die Aufbewahrung und den Gebrauch steriler Instrumente?
- 5.1.1.5 — Beschreibt das Konzept die Entsorgung scharfer Gegenstände und kontaminierten Materials?

5.1.2 Das Institut hat ein Verfahren zur Abklärung der MR-Tauglichkeit von Prothesen, Implantanten u.Ä.

- 5.1.2.1 — Hat das Institut ein Verfahren zur Abklärung der MR-Tauglichkeit von Prothesen, Implantanten u.Ä.?
*ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Wie klären Sie die MR tauglichkeit von Prothesen, Implantanten u.Ä. ab?"
Gibt es ein Verfahren zur Abklärung, z.B. mit einem Ordner mit Beispielen, einer Kontaktperson für den Zweifelsfall, klaren Red Flags etc.?"*

5.1.3 Institut hat Verfahren das sicherstellt, dass kein Patient oder Mit. MR untaugliche Gegenstände trägt

- 5.1.3.1 — Hat das Institut ein Verfahren das sicherstellt, dass kein Patient MR untaugliche Gegenstände trägt?
- 5.1.3.2 — Hat das Institut ein Verfahren das sicherstellt, dass kein Mitarbeitender MR untaugliche Gegenstände trägt?
ANLEITUNG AUDIT: Gibt es ein strukturiertes Verfahren zur Sensibilisierung der Mitarbeitenden?
- 5.1.4 Für den Fall einer Nadelstichverletzung besteht ein schriftlich festgehaltenes Verfahren XDOC**
ANLEITUNG AUDIT: Ad Frage 07 Dokumentenaudit
- 5.1.4.1 — !!! Besteht ein schriftlich festgehaltenes Verfahren für den Fall einer Nadelstichverletzung?
Mindestkriterium
- 5.1.5 Der Impfstatus aller med. Mitarbeiter bezügl. HEP-B ist dokumentiert.**
Vorlage der Dokumentation
- 5.1.5.1 — Ist der Impfstatus sämtlicher Mitarbeitender dokumentiert?
Ein Nachweis ist notwendig.
- 5.1.6 Die für eine hygienische Handreinigung notwendigen Vorrichtungen sind vorhanden**
In allen Behandlungsräumen hat es Desinfektionsmittel.
- 5.1.6.1 — Ist die Handhygiene in den Untersuchungsräumen gewährleistet?
- 5.1.7 Wo punktiert wird, sind geeignete Behälter zur Entsorgung scharfer Gegenstände vorhanden XWEG**
- 5.1.7.1 — Sind geeignete Behälter zur Entsorgung scharfer Gegenstände vorhanden, wo punktiert wird?
Dies ist der Fall bei Kontrastmittelgabe und bei Gelenkpunktionen.
- 5.2 Strahlenschutz**
Der Strahlenschutz ist ein sehr wichtiges und gesetzlich stark reguliertes Themenfeld der Qualität im Radiologie-Institut. Die Indikatoren dieser Dimension versuchen deshalb insbesondere sicherzustellen, dass die Aktivitäten der Strahlenschutzverantwortlichen das Einhalten der Gesetze und Verordnungen möglichst gut sicherstellen und unterstützen.
- 5.2.1 Verantwortliche informiert sich regelmässig über technische Möglichkeiten zur Redukt Strahlen**
- 5.2.1.1 — Informiert sich der Verantwortliche regelmässig über neueste technische Möglichkeiten zur Reduktion der Strahlenexposition von Patientinnen?
ANLEITUNG AUDIT: Kann die Person anerkannte Journals, Kontakte zu Herstellern o.Ä. angeben? CT, Röntgen und Durchleuchtungsgeräte müssen mit aktuell verfügbaren Techniken zur Reduktion und Dokumentation der Strahlenbelastung des Patienten ausgerüstet sein
- 5.2.2 Verantwortliche garantiert die Verfügbarkeit und Wartung von Strahlenschutzmitteln für Patienten**
Das Monitoring des Verbrauchs und Verschleisses und entsprechende Ver-fahren zum Nachbestellen von Material sollten implementiert sein.
- 5.2.2.1 — Garantiert der Verantwortliche die Verfügbarkeit von Strahlenschutzmitteln für Patienten und Personal?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Wie stellen Sie die Verfügbarkeit von Strahlenschutzmitteln sicher?" Gibt es ein Monitoring des Verbrauchs und ein Verfahren fürs Nachbestellen?

Quelle: Überarbeitung Modul A, StsV Art. 24, RöV Art. 3
- 5.2.2.2 — Garantiert der Verantwortliche die Wartung von Strahlenschutzmitteln für Patienten und Personal?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Wie stellen Sie die Wartung sicher?" Gibt es eine regelmässige Überprüfung anhand eines standardisierten Verfahrens?

Quelle: Überarbeitung Modul A, StsV Art. 24, RöV Art. 3
- 5.2.3 Die Verantwortliche sensibilisiert das Personal für den Schutz der Patienten und sich selbst**

- 5.2.3.1 — Sensibilisiert der Verantwortliche das Personal für den Schutz der Patienten und sich selbst?
ANLEITUNG AUDIT: Fragen Sie: "Wie sensibilisieren Sie ihr Personal für den Strahlenschutz?" Werden strukturierte Massnahmen beschrieben? Z.B. Erinnerungen an das Tragen von Dosimetern an Teamsitzungen, bei Nuklearmedizin Sensibilisierungen zur Frage des Verschleppens von Radioaktivität?
- 5.2.4 Verantwortliche garantiert die Aufzeichnung und An der Strahlendosen des Personals und der Patienten**
- 5.2.4.1 — Garantiert der Verantwortliche die Aufzeichnung und Analyse der Strahlendosen des Personals?
- 5.2.4.2 — Garantiert der Verantwortliche die Aufzeichnung der Strahlendosen der Patienten?
- 5.2.5 Das Institut arbeitet mit einer Dosis-Management-Software**
- 5.2.5.1 — Arbeitet das Institut mit einer Dosis-Management-Software?
- 5.2.6 Der/die Verantwortliche definiert und implementiert Verfahren im Umgang mit Risikogruppen**
- 5.2.6.1 — Gibt es Verfahren im Umgang mit Schwangeren, Kindern, jungen Erwachsenen, Patienten mit Risiken für kontrastmittelinduzierte Nephropathie, Patienten mit reg. CT Untersuchungen und ohne palliative Situation?
ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn Verantwortliche und strukturierte Abläufe angegeben werden
- 5.2.6.2 — Wurden die Mitarbeitenden bezüglich dieser Verfahren instruiert?
ANLEITUNG AUDIT: Wird ein strukturiertes Verfahren beschrieben?
- 5.3 Kontrastmittelgabe und Notfallmanagement**
Die Gabe von Kontrastmitteln ist ein sehr sicherheitsrelevantes Thema im Radiologie-Institut. Die Folgen von Fehlern können hier besonders gravierend sein und im Notfall müssen alle rasch und korrekt handeln können.
- 5.3.1 Für Untersuchungen mit Gabe jodhaltiger Kontrastmittel gibt es einen Fragebogen gemäss ESUR XDOC**
ANLEITUNG AUDIT: Ad Frage 08 Dokumentenaudit
- 5.3.1.1 — Gibt es für Untersuchungen mit Gabe jodhaltiger Kontrastmittel einen Fragebogen, der den Vorgaben der ESUR entspricht?
*Siehe www.esur.org/guidelines/de
Die Krankheitsbilder, die abgefragt werden (z.B. Diabetes, Gicht) sind Risikofaktoren für eine Nierenschädigung und zeigen an, dass ein Kreatinin bestimmt werden sollte. Die Fragen sind wichtige Entscheidungshilfen, wenn es darum geht, für oder gegen eine Kontrastmittelgabe zu optieren.*
- 5.3.2 Patientenspezifische Intol. und Kontraindikationen bezüglich Kontrastmitteln werden dokumentiert**
- 5.3.2.1 — Werden patientenspezifische Angaben zu Intoleranzen und Kontraindikationen bez. Kontrastmittel vollständig dokumentiert?
Dieser Indikator ist erfüllt, wenn auf jeden Fall ein Eintrag gemacht wird. Teilweise, wenn nur ein Eintrag bei Kontraindikation/Intoleranz gemacht wird. Nein, wenn das nicht eingetragen wird.
- 5.3.3 Das Institut verfügt über einen schriftl. Ablaufplan für den Fall eines Kontrastmittelnotfalls XDOC**
ANLEITUNG AUDIT: Ad Fragen 09 Dokumentenaudit
- 5.3.3.1 — !!! Verfügt das Institut über einen schriftlichen Ablaufplan für den Fall eines Kontrastmittelnotfalls?
Mindestkriterium
- 5.3.4 Das ges. Personal wurde in den letzten 24 Monaten für den Fall eines Kontrastmittelnotfalls geschult**
schriftlicher Nachweis, z. B. eines Kurses
- 5.3.4.1 — Wurde das gesamte Personal für den Fall eines Kontrastmittelnotfalls während den letzten 24 Monaten nachweislich geschult?
ANLEITUNG AUDIT: Ja bei schriftlichem Nachweis.
- 5.3.5 Das Institut hat die örtliche Feuerwehr über spezifische Gefahren im Brandfall informiert**

5.3.5.1 — Haben Sie die örtliche Feuerwehr über spezifische Gefahren im Brandfall informiert?

Ein Nachweis ist notwendig.

5.4 Management kritischer Ereignisse

5.4.1 Das Institut hat ein Verfahren für den Umgang mit Beschwerden von Patienten und Zuweisenden

5.4.1.1 — Dokumentiert das Institut Beschwerden von Patienten und Zuweisenden?

ANLEITUNG AUDIT: Nachweis

5.4.1.2 — Analysiert das Institut die Beschwerden?

ANLEITUNG AUDIT: Nachweis muss vorliegen.

5.4.1.3 — Ergreift das Institut Massnahmen?

5.4.2 Das Institut hat ein Verfahren im Umgang mit Kontrastmittelzwischenfällen

5.4.2.1 — Kann der Verantwortliche eine schriftliche Dokumentation des letzten KM Zwischenfalles zeigen?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn der Fall schriftlich dokumentiert wurde

5.4.2.2 — Hat das Institut den Fall der Herstellerfirma gemeldet?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn eine schriftliche Meldung vorliegt

5.4.2.3 — Hat das Institut den Fall im Team analysiert und Massnahmen abgeleitet?

ANLEITUNG AUDIT: Ja, wenn ein Protokoll vorgewiesen werden kann

5.4.2.4 — Hat das Institut Massnahmen zur Vermeidung getroffen?

5.4.3 Das Institut hat ein Verfahren im Umgang mit weiteren kritischen Ereignissen

Kritische Ereignisse = Ereignisse mit Schäden oder Beinahe-Schäden für Patient:innen.

5.4.3.1 — Dokumentiert das Institut kritische Ereignisse?

*ANLEITUNG AUDIT: z.B. Seitenverwechslungen, Extra- oder Paravasate
Punktionsfehler Ja bei schriftl. Nachweis*

5.4.3.2 — Analysiert das Institut kritische Ereignisse?

ANLEITUNG AUDIT: Ja bei schriftl. Nachweis

5.4.3.3 — Hat das Institut ein Verfahren zur Kommunikation mit Betroffenen (Patientinnen, Leistungserbringerinnen etc.) im Fall eines Fehlers?

5.4.3.4 — Hat das Institut Massnahmen zur Vermeidung getroffen?

ANLEITUNG AUDIT: Ja bei schriftl. Nachweis

5.4.3.5 — Nimmt das Institut nachweislich an einem Institutsübergreifenden Fehlerberichtssystem teil?

*In der Schweiz z.B. Cirrnet der Stiftung für Patientensicherheit, www.cirnet.ch
Frau Olga Frank von der Stiftung für Patientensicherheit kann bei Fragen kontaktiert werden.*

5.5 Qualitätsentwicklung, Qualitätspolitik

Qualität im Radiologie-Institut sicherzustellen braucht Projektarbeit und Austausch. Die Indikatoren dieser Dimension geben dazu Anregungen.

5.5.1 Institut verfügt über ein Verfahren zur regelmässigen Überprüfung und Aktualisierung U-Protokolle

Geregelt sein sollte: die Verantwortlichkeit und Frequenz der Überprüfung; die Kommunikation von Änderungen im Team.

5.5.1.1 — Hat das Institut ein Verfahren für die Überprüfung der Protokolle bei CT und MRT?

5.5.1.2 — Werden Veränderungen dem gesamten Team mitgeteilt?

5.5.2 Das Institut hat in den letzten 12 Monaten Ziele zur Qualitätsverbesserung festgelegt

- 5.5.2.1 — Hat das Institut während den letzten 12 Monaten Ziele zur Qualitätsverbesserung festgelegt?
ANLEITUNG AUDIT: Werden qualitätsrelevante Ziele genannt?
- 5.5.3 Das Institut hat mindestens einmal im letzten Jahr ein internes oder externes Audit durchgeführt**
Ein Audit hat ein Thema, es werden Daten erhoben, die als Indikatoren dienen. Daten werden im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten analysiert.
- 5.5.3.1 — Hat das Institut während dem letzten Jahr ein internes oder externes Audit durchgeführt?
- 5.5.4 Das Personal des Instituts beteiligt sich regelmässig an institutsübergreifenden Veranstaltungen etc**
z.B. Tumorboards, Hausarzt-QZ, Austausch zu Qualitätsthemen im Verband etc.
- 5.5.4.1 — Beteiligen sich die Mitarbeitenden an institutsübergreifenden Veranstaltungen, an denen Qualitäts-Themen diskutiert werden?
- 5.5.5 Das Institut organisiert mit den Zuweisenden mindestens jährlich einen strukturierten Austausch**
- 5.5.5.1 — Findet strukturierter Austausch mit Zuweisenden statt?
ANLEITUNG AUDIT: Ja bei Vorweis von Protokollen
- 5.5.5.2 — Findet dieser Austausch mindestens jährlich statt?
- 6 Überprüfung Massnahmen Vorzertifizierung**
- 7 Freie Massnahmen**