

Qualitätskriterien Zertifikat Swiss Cancer Network

Die Bewertung, Überblick

Der Grad der Erfüllung der Qualitätskriterien wird nach Punkten bewertet. Die Bewertung „erfüllt“ gibt einen Punkt. Neben den obligatorischen Kriterien (**A1, B1, B2, B4, B6, C12**) müssen für die Zertifikatsbescheinigung mindestens 31 von 39 Punkten (=80%) erfüllt werden.

Bewertung der Qualitätskriterien	Total erreichte Punkte	Mögliches Maximum	Erfüllungsgrad in %
A 1 – A 6 Fachpersonal		5 (+1)	
B 1 – B 7 Tumorboard		7	
C 1 – C 12 Behandlung, Pflege und Betreuung		13 (+1)	
D 1 – D 8 Zusammenarbeit im Netzwerk		8	
E 1 – E 7 Qualitätsmanagement		6 (+1)	
Total		39 (+ max 3 Bonus)	31/39 Punkte = 80%

Rot markierte Kriterien sind absolut notwendig nachzuweisende bzw. zu erfüllenden Kriterien.

A6, C9, E6 geben Bonus-, aber keine Maluspunkte.

1 Die Qualitätskriterien

A Fachpersonal

- Das Fachpersonal verfügt über die notwendige Qualifikation.
- Die fachliche Expertise ist jederzeit gewährleistet.
- Das interprofessionelle Team verfügt über eine psychologische Begleitung.

Nr.	Qualitätskriterien
A 1	Die in eigener Verantwortung tätigen Ärztinnen und Ärzte sind InhaberInnen eines gültigen schweizerischen Facharztstitels für medizinische Onkologie, Hämatologie, Radio-Onkologie oder eines gleichwertigen, vom Bund anerkannten Diploms. ^{1 2}
A 2	Die für die Therapie sowie für das Symptom- und Selbstmanagement ³ zuständigen Pflegefachpersonen verfügen über eine tertiäre Pflegeausbildung (= diplomierte Pflegefachperson).
A 3	Es besteht ein fachärztlich onkologischer 7 x 24-Stunden- Hintergrunddienst. ⁴
A 4	Eine Beratung durch eine Fachexpertin Onkologiepflege für pflegfachliche Fragen ist bei Bedarf sichergestellt ⁵ .
A 5	Das pflegerische Fachpersonal hat pro Jahr mindestens 20 Stunden Fortbildung besucht. ⁶ Dabei gelten folgende Präzisierungen: a) Die minimale Fortbildungszeit gilt pro Vollzeitstelle. Bei reduziertem Arbeitspensum wird die minimale Fortbildungszeit anteilig reduziert b) Anpassung an die Qualifikation der Pflegenden. b 1) Pflegenden mit Fachberatung: mindestens 20 Stunden b 2) Pflegenden ohne Fachberatung: 1 Tag.
A 6	Für das interprofessionelle Team wird Unterstützung in Form von Supervision und Teamgesprächen angeboten.

¹ „In eigener Verantwortung tätig“ bedeutet, dass die Fachperson in letzter ärztlicher Verantwortung, medizinische Abklärungen und Behandlungen durchführen.

² Gleichwertiges Fachdiplom: Im Zweifelsfall gelten die eidgenössischen und kantonalen Regelungen

³ Dies bezieht sich auf PatientInnen und ihre Angehörigen

⁴ Der Hintergrunddienst bedeutet telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr.

⁵ Nach Definition der Onkologiepflege Schweiz https://www.onkologiepflege.ch/fileadmin/downloads/fachmaterial/2016_Berufsbild_Fachexpertin_Onkologiepflege.pdf

⁶ Als Fach-Fortbildung gelten externe und interne Fachfortbildungen gemäss Konzept Onkologiepflege Credits (z.B. Fallbesprechung, Kongresse) <https://www.onkologiepflege.ch/credits/weiterbildungsempfehlungen/>

B Tumorboard

- Es findet regelmässig ein qualifiziertes Tumorboard statt.
- Für Patient*innen mit Tumorerkrankungen wird ein individueller Behandlungsplan auf der Grundlage von anerkannten Richtlinien erstellt.
- Die Beschlüsse des Tumorboards werden in einem strukturierten Bericht festgehalten und allen Beteiligten in geeigneter Form kommuniziert.

Nr.	Qualitätskriterien
B 1	Das Tumorboard besteht aus fachspezifischen EntscheidungsträgerInnen mit Facharzttiteln FMH bzw. mit in der Schweiz anerkannten gleichwertigen Ausbildungsbescheinigungen.
B 2	Am Tumorboard anwesend oder zugeschaltet sind die prozessverantwortliche Fachperson und die VertreterInnen der diagnostisch und therapeutisch involvierten Fachrichtungen ⁷ ; dazu gehören namentlich Medizinische Onkologie, Radio-Onkologie, Radiologie, das zuständige chirurgische Fach und Pathologie. Die Institution hat definiert, in welcher Situation und in welcher Funktion HausärztInnen, StudienkoordinatorInnen, die Pflege und andere Professionen am Tumorboard teilnehmen. ⁸
B 3	Das Tumorboard findet in der Regel einmal pro Woche statt und wird von einer Fachperson geleitet. Die Entscheide werden protokolliert.
B 4	Bei jeder neu diagnostizierten Tumorerkrankung wird der Behandlungsplan an einem multidisziplinären Tumorboard besprochen. Zumindest 80% aller neu zugewiesenen Patienten müssen am TB vorgestellt werden. ⁹ Ebenfalls am Tumorboard können PatientInnen mit Krankheitsverläufen besprochen werden, die auf Grund der Guidelines oder der klinischen Situation ein multidisziplinäres Behandlungskonzept erfordern. ¹⁰
B 5	Entscheidungsrelevante Informationen und Befunde (Performance Status, Pathologie, Radiologie, Klinische Befunde, etc.) liegen beim Tumorboard vor.

⁷ Die Fachpersonen und EntscheidungsträgerInnen können über elektronische Medien am Board teilnehmen

⁸ Die Teilnahme ist insbesondere für komplexen und palliativen Situationen zu definieren

⁹ Die Institution führt eine Liste aller neu zugewiesenen PatientInnen. Pro Kalenderjahr muss zumindest bei 80% dieser PatientInnen das initiale Procedere am Tumorboard diskutiert worden sein

¹⁰ Insbesondere in palliativen Situationen soll die «Palliative Care» anwesend sein

B Tumorboard – Fortsetzung

Nr.	Qualitätskriterien
B 6	<p>Der Tumorboard-Bericht umfasst zumindest folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Datum des Tumorboards mit Personendaten des/der PatientIn b) Die Namen aller für die Therapieempfehlung anwesenden VertreterInnen der Fachdisziplinen¹¹ c) Performance Status des/der PatientIn d) Informationen zu verfügbaren klinischen Studien, für die der/die PatientIn qualifiziert e) Inhalt der Therapieempfehlung¹² und Begründung, falls von einer Guideline abgewichen wird f) Bezeichnung der Person, die für die ärztliche Koordination der multimodalen Behandlungen verantwortlich ist¹³ g) Falls angebracht Festlegung des Zeitpunkts der Wiedervorstellung <p>Mindestens 80% der TB-Berichte müssen vollständig sein.</p>
B 7	<p>Der Tumorboard-Bericht enthält eine für die Tumorboard-TeilnehmerInnen verbindliche Empfehlung und wird von der fallführenden Person mit dem/der PatientIn besprochen.</p> <p>Die genauen Details der vorgeschlagenen Therapie bespricht der/die entsprechende SpezialistIn mit dem/der PatientIn, über die Umsetzung der Therapie-Empfehlung entscheidet der/die PatientIn.</p> <p>Die Patientenentscheidung wird schriftlich in der Krankengeschichte dokumentiert und allen am Prozess beteiligten Fachpersonen zur Verfügung gestellt.¹⁴</p>

¹¹ Der Bericht wird zumindest vom zuständigen fachärztlichen Protokollführer bzw. der Protokollführerin unterzeichnet

¹² Ohne Details zu individuellen Dosierungen von Chemotherapeutika oder Strahlenbehandlungen

¹³ Die Führung des/der PatientIn im Behandlungsprozess übernimmt beispielweise ein*e niedergelassene*r OnkologIn oder der Hausarzt bzw. die Hausärztin. Für Koordination der multimodalen Behandlung kann die Fachperson einer Fachdisziplin im Spital verantwortlich zeichnen.

¹⁴ Insbesondere bei externen, an der Behandlung beteiligten Partnern, wird der Bericht mit namentlicher Nennung des Empfängers bzw. der Empfängerin zugestellt. Bei Klinikinformationssystemen mit Zugriffsberechtigung ist die namentliche Nennung des Empfängers bzw. der Empfängerin nicht zwingend.

C Behandlung, Pflege und Betreuung

- Abklärung, Behandlung, Pflege und Betreuung der Patient*innen erfolgen nach anerkannten Richtlinien bzw. Guidelines.
- Die PatientInnen werden umfassend und situationsgerecht informiert und im Sinn des «shared decision making» in die Entscheidungsfindung miteinbezogen.
- Das interprofessionelle Team legt Wert auf eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung der Patient*innen.

Nr.	Qualitätskriterien
C 1	Abklärung, Behandlung und Betreuung erfolgen nach international gültigen Richtlinien oder Guidelines. Die Institution hält sich dabei an die Richtlinien und Guidelines, die von der SGMO Schweiz jährlich als allgemein gültig erklärt werden. ¹⁵
C 2	Die Pflege ¹⁶ erfolgt nach evidenz-basierten Richtlinien/Guidelines und/oder literaturbasierten Konzepten.
C 3	Abweichungen von den Richtlinien oder Guidelines werden begründet und schriftlich dokumentiert.
C 4	Der/die PatientIn wird über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Intention der Behandlung, inkl. Wirkung und Nebenwirkung sowie Risiken informiert. Die Information ist in der KG dokumentiert.
C 5	Der/die PatientIn wird in die Entscheidungsfindung einbezogen. Die Einverständniserklärung des/der PatientIn ist in der KG dokumentiert.
C 6	Aktuelles, verständliches und fachlich überprüftes PatientInneninformationsmaterial zum Umgang mit Symptomen und unerwünschten Therapiewirkungen ist vorhanden.
C 7	Bei PatientInnen im Reproduktionsalter ist das Infertilitätsrisiko der spezifischen Therapie mit dem Patienten bzw. der Patientin diskutiert; mögliche Gegenmassnahmen sind evaluiert, und das vereinbarte Procedere ist in der KG festgehalten.
C 8	Die Rolle der diplomierten Pflegefachperson bei der Information und Beratung der PatientInnen im Rahmen der Therapiedurchführung und Symptommanagement ist geklärt.
C 9	Die Institution definiert, wie eine kontinuierliche, personenzentrierte Betreuung ¹⁷ durch das interprofessionelle Team sichergestellt wird und setzt diese um.

¹⁵ Eine Liste der Guidelines finden Sie hier: <https://www.sgmo.ch/wp-content/uploads/Guidelines.pdf>

¹⁶ Screening, Assessment, Intervention und Evaluation

¹⁷ Referenz DOI: 10.1200/JOP.2016.013334 (Street, L et al)

C Behandlung, Pflege und Betreuung - Fortsetzung

Nr.	Qualitätskriterien
C 10	Ein Angebot für ein Pflegesprechstunde besteht ¹⁸
C 11	Die emotionale, psycho-soziale Belastung wird frühestmöglich, aber innerhalb der ersten 6 Wochen ab Betreuungsbeginn erfasst und dokumentiert. Bei veränderter klinischer Situation soll ein erneutes Screening erfolgen. ¹⁹
C 12	Verordnungen für Systemtherapien enthalten minimal: <ul style="list-style-type: none"> • PatientInnenidentifikation • Grösse, Gewicht und Körperoberfläche, sofern die Dosis darauf abstellen muss • %-Angabe der individuellen Dosis mit Bezug auf die Guideline oder Studienprotokoll konforme Standarddosierung • Verabreichungsintervall Begleitmedikation für die Standardsituation (z.B. Angaben zu Prämedikation, Hydrierung, Antiemese, G-CSF, Antibiotika usw. gemäss Referenzprotokoll)
C 13	Symptome werden systematisch erhoben und Massnahmen ergriffen. Der Verlauf von Krankheit/Therapie und das Befinden der Patient*innen sowie eingeleitete Massnahmen sind dokumentiert.
C 14	Interprofessionelle Rapporte/Fallbesprechungen finden regelmässig statt.

¹⁸ Der Beratungsbedarf soll definiert und systematisch erhoben werden

¹⁹ Empfohlen wir dazu das Distress Thermometer des NCCN, das durch die Pflege angewendet wird (Siehe Guidelines). Empfohlen wird die Nutzung von patient reported outcome measures für die komplementäre Erfassung von Symptomen.

D Zusammenarbeit im Betreuungsnetz

- PatientInnen mit Tumorerkrankungen erhalten für ihre spezifischen Bedürfnisse möglichst wohnortnahe die notwendige Unterstützung.
- Die Zusammenarbeit mit externen Partnern ist geregelt.²⁰

Nr.	Qualitätskriterien
D 1	Palliative Care (ambulant und stationär)
D 2	Onko-Rehabilitation
D 3	Ernährungsberatung
D 4	Psycho-Onkologie
D 5	Sozialdienst
D 6	Genetische Beratung
D 7	Spitex
D 8	«Anderes» Bspw. Integrative Onkologie, spezialisierte Onko-Spitex und anderes (spirituelle Angebote, etc.)

²⁰ Der Nachweis der Zusammenarbeit mit den aufgeführten Fachdisziplinen erfolgt jeweils über ein Dokument, das die Namen der Fachvertreter*innen, allfällige Verträge oder Absichtserklärungen enthält.

E Qualitätsmanagement

- Der Umgang mit kritischen bzw. qualitätsrelevanten Situationen ist geregelt.
- Die Institution fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität und legt darüber jährlich Bericht ab.

Nr.	Qualitätskriterien
E 1	Es besteht ein Konzept für den Umgang mit Onkologica bzgl. Lagerung, Zubereitung und Verabreichung, Entsorgung sowie Schutzmassnahmen zur Sicherheit von PatientInnen und Mitarbeitenden; dieses ist den Mitarbeitenden bekannt. Eine Richtlinie zum Umgang mit Paravasaten ist vorhanden.
E 2	Es besteht ein Notfallkonzept «kardiopulmonale Reanimation»; dieses ist den Mitarbeitenden bekannt.
E 3	Eine SOP zur Apparaturenkontrolle ist vorhanden.
E 4	Es gibt eine SOP, welche die zeitgerechte Übermittlung der Daten an das Krebsregister beschreibt.
E 5	Qualitätsindikatoren sind definiert und werden erhoben. ²¹
E 6	Die Institution nutzt Erfahrungen und Zufriedenheit von PatientInnen mit dem Versorgungsprozess zur systematischen Verbesserung der Leistungen (PREMs).
E 7	Die zertifizierte Institution erstellt jährlich einen Qualitätsbericht; dieser enthält Angaben zum Einzugsgebiet, zur Struktur des Tumorboards sowie zur durchschnittlichen Anzahl diskutierter PatientInnen pro Woche über alle Tumorboards gerechnet. Der Bericht beschreibt die Zusammenarbeit im Betreuungsnetz sowie die Massnahmen, die die Institution zur Qualitätserhaltung und Qualitätsförderung umgesetzt hat und im kommenden Jahr umzusetzen plant. ²²

²¹ Beispiele für mögliche Qualitätsindikatoren:

- Anzahl PatientInnen, die in den letzten zwei Lebenswochen eine neue Therapielinie begonnen haben.
- PROMs (Ergebnisse der Versorgung, z.B. Lebensqualität oder Symptome, die durch den Patienten bzw. die Patientin eingeschätzt werden, die klinisch genutzt werden können, auch als Qualitätsindikatoren).

²² Falls der/die InhaberIn des Zertifikats die Veröffentlichung seines/ihrer Qualitätsberichts (vollständig oder auszugsweise) wünscht, muss der Inhalt vorgängig mit der SGMO abgesprochen sein.