



palliative.ch

Standards

Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin,
Pflege und Begleitung in der Schweiz

Arbeitsgruppe "Standards" der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung SGPMPB

Leiter:

- Dr. Steffen Eychmüller, St Gallen
- Frau Cornelia Knipping, St Gallen
- Dr. Marianne Lang, Lugano
- Dr. Claudia Mazzocato, Lausanne
- Frau Andrea Tschopp-Hafenbrack, MSc, Basel
- Frau Nicole Zlatiev-Scocard, M.A., Genève

Die Erstfassung dieser Standards wurde mehreren Personen aus verschiedenen Berufsgruppen und Fachdisziplinen zur Korrektur vorgelegt.

Nur durch ihre Mitarbeit wurde die vorliegende Fassung ermöglicht. Für ihre Kooperation und die Anmerkungen danken wir sehr herzlich.

Die Arbeitsgruppe übernimmt die Verantwortung zur regelmässigen Evaluation/Neuanpassung dieser Standards (mindestens alle 5 Jahre, bzw. Nach weitergehender Diskussion mit anderen Fachdisziplinen).

März 2001

Die Arbeit erfolgte mit freundlicher Unterstützung der Fa. Janssen (keine inhaltliche Einflussnahme)

Herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung SGPMPB

Präsident:

Dr. F. Stiefel PD
Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV
CH-1011 Lausanne

Tel.: +41(0)21-314 10 90

Fax: +41(0)21-314 10 98

E-mail: frederic.stiefel@inst.hospvd.ch

Standards

Grundsätze und Richtlinien für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung in der Schweiz
herausgegeben von der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung, SGPMP

Vorbemerkung:

Als Überbegriff für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung wird der englischsprachige Terminus "Palliative Care" gewählt. Und: alle Personenbezeichnungen erfolgen in männlicher Form.

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Definitionen

Kontext

Core values

Standards

- Bereich 1: der Patient
- Bereich 2: Einbeziehung und Umgang mit Angehörigen/Familie/Freunden
- Bereich 3: Das multidisziplinäre Team
- Bereich 4: Strukturell- institutionelle und organisatorische Aspekte der Palliative Care
- Bereich 5: Evaluation und Qualität in der Palliative Care
- Bereich 6: Aus-, Weiter- und Fortbildung in Palliative Care
- Bereich 7: Forschung und nationale/ internationale Partnerschaft

Glossar

Referenzen

Einführung

Diese Standards wurden aufgrund von Modellen aus andern Ländern erarbeitet, welche bereits langjährige Erfahrungen auf dem Gebiet von Palliative Care haben, namentlich Kanada, USA, England und Australien. Eine wesentliche Grundlage bilden die Richtlinien der European Association for Palliative Care (EAPC), deren Erreichen angestrebt wird. Sie sollen als Arbeitsinstrument wesentlich dazu beitragen, die Definition von Leistung und Qualität in der Palliative Care in der Schweiz zu ermöglichen.

Damit soll:

- eine Basis geschaffen werden für eine klare Beschreibung des Gebietes Palliative Care
- in Ergänzung zu den anderen medizinisch/ pflegerischen Spezialitäten,
- eine Orientierungshilfe gegeben werden für alle Berufsgruppen und Institutionen,
- die Palliative Care zum Inhalt ihres Angebots machen wollen oder bereits haben,
- schrittweise die Bildung eines nationalen Netzwerks für Palliative Care ermöglicht werden,
- der Dialog mit den politisch Verantwortlichen und den Kostenträgern erleichtert werden,
- die schrittweise Integration in die Grundausbildung als relevantes Prüfungsfach an
- medizinischen Fakultäten und Ausbildungsstätten für Krankenpflege gefördert,
- und die Formulierung von Curricula für die Aus-/ Weiter- und Fortbildung in Palliative Care ermöglicht werden.

Wichtig: diese Standards werden als Zielvorstellung und für die Koordination des weiteren Auf- und Ausbaus von Palliative Care und nicht als Reglementierung bereits bestehender Aktivitäten formuliert. Sie sollen ausdrücklich als Ermutigung und Orientierungshilfe verstanden werden.

Definitionen

- WHO, Genf 1990, Bericht Nr 804
"Palliative Care ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt".
- Statuten der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMPB):
u.a. Art. 3: "Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer progredienten, unheilbaren Erkrankung leiden.
Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern."

Kontext

Weltweit werden die Menschen älter. Die chronischen Krankheiten und speziell die onkologischen, nehmen zu, was die Entwicklung von Palliative Care notwendig macht. Die Notwendigkeit zur Entwicklung von Palliative Care wird unterstützt von politischen Stellungnahmen auf europäischer (Europarat 6/99) und nationaler Ebene (Bundesrat 7/2000). Zusätzlich spricht sich die Schweizerische Krebsliga ebenso für eine Förderung von Palliative Care als notwendigem Bestandteil einer Behandlungsstrategie bei insbesondere weit fortgeschrittenen Krebsleiden aus, wie auch die European Society of Medical Oncology (ESMO) und die American Society of Clinical Oncology (ASCO). Auch die nationale und internationale Debatte zu Fragen der Euthanasie bzw. der Unterstützung am Lebensende ("End-of-life-Care") erfordert die klare Artikulierung der Hilfsangebote durch Palliative Care.

"Core values"

- Symptomkontrolle: Excellente Symptomkontrolle (neben körperlichen Symptomen auch Behandlung bzw. Linderung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen) ist gegenüber der Behandlung des Grundleidens vorrangig.
- Multidimensional: Bio-psycho-sozial-spirituell: Als Modell dient das bio-psycho-soziale Modell (nach G.L. Engel) erweitert durch den Bereich des Spirituellen.
- Teamarbeit: Die multidimensionale Problematik der Palliative Care erfordert ein qualifiziertes multidisziplinäres Team und eine gut koordinierte Teamarbeit (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialarbeit, Seelsorge, etc.).
- Empathie und Respekt: Sterben ist ein natürlicher Teil vom Leben. Medizin und Pflege muss trotz ihrer berechtigten Ausrichtung auf Heilung das Sterben und den Tod in die klinische Praxis integrieren.
- Autonomie und Würde: Palliative Care umfasst mehr als Sterbebegleitung; sie zeigt auch praktische Wege zur Rehabilitation in nicht heilbarer Situation mit dem Ziel des Lebens bis zum Tod. Oberstes Ziel ist die bestmögliche Lebensqualität formuliert aus der Sicht des Patienten, sowie die Hilfe zur Selbsthilfe.
- Systemorientierung: Die Einbeziehung des Umfeldes (Angehörige/Freunde) des Patienten sowie der individuellen Ressourcen der Patienten sind ein fester Bestandteil des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens im Team.
- Verfügbarkeit und Kontinuität: Der Wunsch des Patienten zur Begleitung und Behandlung am Ort seiner Wahl hat Priorität und erfordert miteinander vernetzte Betreuungsstrukturen (Stationär, ambulant, Pflege zu Hause).
- Prävention und Akzeptanz: Respektierung der Belastungsgrenzen der Angehörigen und Prävention von Burn-out des therapeutischen Teams.

Standards

Bereich 1: der Patient

Hierbei geht es nicht nur um die Berücksichtigung des Krankhaften (Pathogenese), sondern auch um Massnahmen und Kräfte, welche die gesunden Anteile und Ressourcen des Erkrankten fördern (Salutogenese).

a) Körperliche Dimension:

- Vergewisserung, dass die Situation des Patienten eine palliative ist, und dies wenn nötig mit den entsprechenden diagnostischen Hilfsmitteln ("Restaging") und unter Beizug anderer Fachpersonen und -disziplinen.
- Systematische, regelmässige und kontinuierliche Erfassung aller körperlichen Symptome durch ein interdisziplinäres Team (interdisziplinär hier: mindestens ärztlicher und pflegerischer Bereich).
- Einsatz geeigneter und validierter Messinstrumente für die kontinuierliche Erfassung und Beurteilung des Verlaufs (z.B. Schmerzprotokoll).
- Erarbeitung und Einsatz von medizinischen und pflegerischen Richtlinien (Guidelines) für die Behandlung der wichtigsten körperlichen Symptome.
- Integration weiterer Dimensionen (psycho-sozial-spirituell) und der Wünsche des Patienten in den interdisziplinären therapeutischen Plan.
- Förderung der Selbständigkeit des Patienten ("Hilfe zur Selbsthilfe", "patient empowerment")
- Entscheidungsfindung: Unterstützung des Patienten im Versuch der Formulierung seines Willens unter Einbezug der Angehörigen zu einem Zeitpunkt, wo die kognitiven Funktionen

dies vollumfänglich erlauben. Diskussion und Vereinbarung zur Frage der Reanimation/intensivmedizinischen Massnahmen mit der Möglichkeit der jederzeitigen Neufestlegung. Die Entscheidungsfindung folgt den ethischen und gesetzgeberischen Grundsätzen (vgl. Patientenverfügung).

- Verständliche, umfassende und wiederholte Information des Patienten und seiner Angehörigen.
- Enge Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachbereichen (Anästhesiologie, Pharmakologie, Radiotherapie, Onkologie, etc.) und paramedizinischen Disziplinen (Physiotherapie, Ergotherapie etc.) bei der Kontrolle körperlicher Symptome.

b) Psychische Dimension:

- Systematische Erfassung psychischer Stressoren des Patienten (z.B. Ängste, frühere Erlebnisse von Sterben und Tod im Umfeld, Vorerfahrung mit Helfern/ Ärzten, Erleben von Kranksein und Abhängigkeit, Autonomieverlust, Hilf- und Hoffnungslosigkeit in Anbetracht der Progredienz).
- Kenntnis über die wichtigsten Bewältigungsmechanismen im Allgemeinen und Erkennen sowie Respektierung der individuellen Bewältigungsmechanismen des Patienten.
- Kenntnis der wichtigsten Bezugspersonen des Patienten. (siehe Domäne 2)
- Wiederholte Besprechung und Diskussion der psychischen Probleme mit dem Patient/ den Angehörigen und im interdisziplinären Team, sowie Gewährleistung einer Kontinuität der Betreuung.
- Regelmässige Verfügbarkeit spezifischer psychologischer/ psychotherapeutischer Interventionen und Angebote (Psychoonkologie, Gesprächs- Psychotherapie, Familientherapie, Musiktherapie etc.).
- Gebrauch standardisierter Leitfäden für die medikamentöse Behandlung von Depression, Angst/ Unruhe, Verwirrung.
- Systematische Erfassung von potentiellen und manifesten psychiatrischen Störungen wie: Depression, Suizidtendenzen, Halluzinationen, Sucht, Delir.
- Zugang zu und Kollaboration mit der Fachpsychiatrie.
- Zusicherung gegenüber dem Patienten, die Angehörigen auch nach seinem Tod zu begleiten.

c) Soziale Dimension:

- Erfassung der sozialen Situation: Lebenssituation (auch Eigenheiten, Wünsche, Gewohnheiten), umgebende Personen und deren Unterstützungspotential, Wohnung (incl. Rollstuhlgängigkeit), Finanzfragen, Hobbies, soziale Rollen etc.
- Kenntnis der wichtigsten krankheitsbedingten Veränderungen/ Rollenverluste und deren Auswirkungen sowohl seitens des Patienten als auch seitens der Angehörigen.
- Interdisziplinärer Plan gemeinsam mit Patient/ Angehörigen zur Minderung der sozialen Probleme. Nutzung und Berücksichtigung von Ressourcen/ Vorlieben/ Wünschen.
- Zugang zu Unterstützung durch Sozialarbeit/ Sozialdienst.
- Regelmässige, interdisziplinäre Evaluation der sozialen Stressoren und der Lösungsversuche.
- Informationen über und Organisation von regionalen Betreuungsstrukturen. (siehe Domäne 4)

d) Spirituell- religiöse Dimension:

- Offenheit und Respekt gegenüber existentiellen und spirituell- religiösen Fragen des Patienten unabhängig von der vom Patienten gewählten Religion; Eingehen auf Wünsche; Kontakte zu entsprechenden Religionsvertretern ermöglichen.
- Hilfe bei der Erstellung einer Patientenverfügung, soweit vom Patienten gewünscht (vgl. Bereich 1a körperliche Dimension, Frage der Reanimation).
- Einbezug der Angehörigen in diese Gespräche, falls von ihnen und dem Patienten erwünscht.
- Ansprechen und Einbezug dieser Dimension in den von Pflegenden, Patienten und Angehörigen gemeinsam erarbeiteten therapeutischen Plan.

Bereich 2: Einbeziehung und Umgang mit Angehörigen/ Familie/ Freunden

- Mit Einverständnis des Patienten Einbeziehung der Nächsten während der ganzen Dauer der Betreuung (Fragen der diagnostischen Abklärungen, der Verlaufsbeurteilung und des therapeutischen Plans).
- Regelmässige Aussprachen zwischen dem therapeutischen Team und den Angehörigen in einer geeigneten Umgebung ("family conference").
- Erkennen und Respektierung der Belastungsgrenzen der Angehörigen, Aufzeigen von Hilfen (Krebsligen/ psychosoziale Hilfsstellen etc.).
- Unterstützung im Trauerprozess und Identifizierung von Personen, die gefährdet sind für eine pathologische Trauer.
- Angebot einer Trauerbegleitung für die Hinterbliebenen.

Bereich 3: Das multidisziplinäre Team

- Palliative Care ist Teamarbeit. Ein Kern- Team sollte im Minimum aus einer Pflegeperson und einem Arzt, beide mit mindestens einer Grundausbildung in Palliative Care bestehen.
- Das Team zeichnet sich durch regelmässige Kontakte, in denen die diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkte ausgetauscht und die Ziele neu festgelegt und dokumentiert werden.
- Das Team verfügt über gemeinsame Standards/Instrumente für Erfassung, Diagnostik, Therapie und Verlauf.
- Zum Kern- Team treten weitere Professionen hinzu wie Seelsorge, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologie/ Psychiatrie, invasive Schmerztherapie, Sozialarbeit, Ernährungsberatung und andere.
- Es bestehen Grundkenntnisse in der Gesprächsführung unter Einschluss der Vermittlung von sog. "Schlechten Nachrichten".
- Es besteht die Möglichkeit einer externen Supervision (möglichst Team- Supervision) mit spezieller Aufmerksamkeit bezüglich des Umgangs der Teammitglieder mit den Themen Sterben und Tod.
- Es bestehen Strukturen des regelmässigen interdisziplinären Austausches, der Evaluation und Fehleranalyse (vgl. Bereich 5).
- Für stationäre Institutionen bestehen Kontakte zu anderen nationalen oder internationalen anerkannten Palliative- Care- Teams im Sinne von Partnerschaften und Austausch (vgl. Bereich 7).
- Teil eines multidisziplinären Teams sind Freiwillige Helfer und Trauerbegleiter, welche eine Grundausbildung in Palliative Care absolviert haben und regelmässig begleitet und supervidiert werden.
- Jedes Team ist um den Auf- und Ausbau regionaler Netzwerke für palliative Betreuung bemüht (vgl. Bereich 4).

Bereich 4: Strukturell- institutionelle und organisatorische Aspekte der Palliative Care

- Aufbau und Angebot regionaler/ kantonaler Strukturen oder Netzwerke, welche stationäre Einrichtungen (Konsiliardienst, Bettenstation, Hospize/Heime), mobile Dienste (spitalintern, - extern) und Betreuung zuhause (Spitex, Grundversorger) umfassen (Gewährleistung der Kontinuität). Der Aufbau dieser Strukturen setzt einen entsprechenden politischen Willen und finanzielle Unterstützung voraus.
- Sicherstellung des Aufbaus, Organisation und Funktion der regionalen Netzwerke durch Bildung interdisziplinärer Arbeitsgruppen, welche die strukturelle Entwicklung leiten (z.B. kantonale Koordinationsstelle für Palliative Betreuung).
- Interdisziplinäre Organisation der spezialisierten Dienste im Rahmen des regionalen Netzwerks.
- Aufbau einer Struktur für Palliative Care mit Spezialistenniveau möglichst an jedem universitären Zentrum bzw. Zentrumsspital, welches mit dem regionalen Netzwerken verbunden ist.
- Akzeptieren von Einschränkungen in der Entwicklung von Palliative Care- Strukturen, welche durch die geographische Lage oder andere Einflussfaktoren gegeben sein können.
- Gewährleistung einer ständigen Erreichbarkeit (7 Tage, 24 Stunden) und eines ungehinderten Informationsaustausches zwischen den beteiligten Diensten.
- Stärkung der patienteneigenen Kräfte und Selbsthilfemöglichkeiten, aber auch Respektierung der Belastbarkeitsgrenzen des Umfelds.
- Dokumentation und jährliche Evaluation der erbrachten Dienste/ Leistungen innerhalb jedes Netzwerks.
- Regionales und nationales Angebot von regelmässigen Fortbildungsveranstaltungen
- Nutzung bereits bestehender Strukturen/ Institutionen und Kompetenzen bei der Entwicklung von Palliative Care.
- Regelmässiger Austausch mit anderen Disziplinen/ Fachgesellschaften zur Vermeidung von Doppelspurigkeit.

Bereich 5: Evaluation und Qualität in Palliative Care

- Als neue Disziplin anerkennt Palliative Care die Prinzipien kontinuierlicher Qualitätsentwicklung: Strukturqualität (Voraussetzungen zur Erfüllung des Leistungsauftrages von Palliative Care), Prozessqualität (Angemessenheit, Effizienz, Fehlervermeidung) und Ergebnisqualität ("Kundenzufriedenheit"). Letzteres steht im Vordergrund.
- Jede Region und jede Institution definiert damit verbindliche Jahresziele und einen Entwicklungsplan, orientiert an der nationalen Strategie der SGPMP und an einer regionalen/lokalen Bedürfnisanalyse.
- Verantwortliche Personen für die Qualität und Evaluation für jede Region und/oder Institution werden namentlich genannt und sind den lokalen Gesundheitsdepartementen bekannt.
- Für stationäre Institutionen: die Evaluation erfolgt derzeit weitgehend durch das Verfahren des "Audit" (interdisziplinär besetzte Auditgruppe), wobei mindestens je ein Teilnehmer der Audit-Gruppe die politisch Verantwortlichen und eine ausländische, anerkannte Institutionen der palliative Care repräsentieren muss. Ein Audit findet mindestens alle 2 Jahre statt und evaluiert die selbstgewählten Ziele und Strategien. Der Audit-Prozess hat eine nationale Zertifizierung zum Ziel.
- Die in diesem Standard definierten "Core Values", insbesondere Aspekte und Ziele zur Verbesserung und Stabilisierung der Multidisziplinarität, Symptomkontrolle und Einbeziehung der Angehörigen sind feste Bestandteile jeder Evaluation.
- Andere validierte Evaluationsinstrumente, spezifisch für Palliative Care, werden angewandt (z.B. ESAS).
- Ein wesentlicher Punkt ist die Einbeziehung der Patienten/ der Angehörigen in die Evaluation des Angebots an Palliative Care.

Bereich 6: Aus-, Weiter- und Fortbildung in palliativer Medizin und Pflege

- Anerkennung der Empfehlungen zur Aus-, Weiter- und Fortbildung der SGPMP und der EAPC; diese Empfehlungen berücksichtigen die Vermittlung von Wissen ("knowledge"), Fertigkeiten ("skills") und Haltung ("attitude") in Palliative Care. Orientiert an diesen Empfehlungen Angebot einer kontinuierlichen Weiterbildung auf regionaler und/oder nationaler Ebene, formuliert für verschiedene Leistungsniveaus: Basiskenntnisse in der Ausbildung ("undergraduate") und Basiskenntnisse in der Weiterbildung ("postgraduate"), sowie Spezialkenntnisse in Palliative Care. Förderung der Teilnahme an den von der SGPMPB empfohlenen Weiterbildungsveranstaltungen. Stetige Berücksichtigung neuer Forschungsergebnisse in der Aus-, Weiter- und Fortbildung.
- Besondere Berücksichtigung der Integration und Prüfungsrelevanz von Palliative Care in den medizinischen Studiengang und die Ausbildung in Krankenpflege in der Schweiz ("undergraduate education").
- Aufbau und Bereitstellung eines kompetenten Lehrkörpers für Palliative Care in der Schweiz durch spezifische Förderung ("Ausbildung der Ausbilder"), bspw. durch Auf- und Ausbau kantonaler Zentren für Palliative Care.
- Zusammenarbeit insbesondere mit Gesellschaften der ärztlichen und pflegerischen Grundversorgung.
- Elektronische Dokumentation und Veröffentlichung aller Fortbildungsangebote auf der Internet-Seite der SGPMP.
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Bedürfnisse der Schwerkranken und Information über die palliative Medizin und Pflege.

Bereich 7: Forschung und nationale/internationale Partnerschaft

- Forschung in Palliative Care ist in der Regel interdisziplinär. Zusätzlich ist sie auch in der Regel multizentrisch, um eine möglichst hohe Evidenz zu erreichen. Die Beteiligung von Betroffenen in das Design von Studien ist wünschenswert.
- Die Kooperation jeder Institution mit anderen nationalen oder internationalen Zentren im Sinne von expliziten Partnerschaften ist vordringlich für die Entwicklung von PC.
- Unterstützung von Forschung wird durch Partnerschaft mit erfahrenen Forschern ermöglicht.
- Kollaboration und Forschung koordiniert durch die EAPC besitzt die volle Unterstützung der einzelnen Institutionen (Ziel: beantwortbare Fragen).
- Neue Entwicklungen in der PC werden über die nationale Gesellschaft Interessierten zugänglich gemacht.
- Eine möglichst hohe Evidence in der Forschung anzustreben, ist selbstverständlich; gleichzeitig werden jedoch auch die Einschränkungen von Forschung bei Schwerkranken und Sterbenden anerkannt.

Glossar

Kriterium:

Phänomen, welches man zählt oder misst, um Qualität zu bestimmen. Qualität ist die Gesamtheit der Charakteristika einer Entität, welche ihr erlaubt, explizite und implizite Bedürfnisse zu befriedigen. Hierbei geht es darum, eine Verbindung zwischen der Struktur (oder den Bedingungen), dem Prozess und den effektiven Resultaten herzustellen.

Norm:

Generelle Regel, die anzeigt, was eine definierte Personengruppe als gut ansieht. Angehörige: Personen im Umkreis der erkrankten Person, die sie als wichtige Ressourcen ansieht, und/oder die eine Beziehung im Sinne von Verantwortlichkeit mit ihr haben.

Standard:

Anzahl oder genaue Menge, die das Qualitätsniveau festlegt, welches angemessen, akzeptabel und optimal ist.

Qualitätsstandards:

Norm, welche das minimale, das optimale oder akzeptable Niveau einer Handlung oder eines Resultats definiert. Ein Standard kann dazu benutzt werden, ideale, übliche oder Referenzbedingungen festzulegen. Im Rahmen der Akreditierung bildet ein Qualitätsstandard die Bemessensgrundlage für das Qualitätsniveau einer Aktivität oder eines Prozesses.

Referenzen

- ASI/SBK, Normes de qualités pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées, Berne, 1994.
- Brunelle, Y. et all.: La qualité des soins et services : un cadre conceptuel, collection études et analyses, Québec, 1993.
- Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
- Cassel, EJ: The nature of suffering and the goals of medicine. NEJM, 1982; 305: 635-45
- Cassel, CK., Foley, K.M: Principles for Care of Patients at the End of Life: an emerging consensus among the specialies of medicine; Milbank Memorial Fund 1999
- Conseil de l'Europe, Recommandation 1418 (1999): Protection des droits de l'homme et la dignité des malades incurables et des mourants
- Couvreur, Ch.: Nouveaux défis des soins palliatifs, Philosophie palliative et médecines complémentaires, De Boeck & Larcier SA, Bruxelles, 1995.
- Donabedian, A: The criteria and standards of quality, Vol.II, Michigan, USA, 1982.
- Doyle, D., Hanks, G., MacDonald, N.,(ed): Oxford Textbook of Palliative Medicine; 2nd edition, 1998, Oxford University Press
- Engel, G.L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science (1977) 196: 129-136
- Etats des lieux des soins palliatifs en suisse, 1999/2000, Ligue suisse contre le cancer et SSMSP, 2001.
- Jacquerye A.: La qualité des soins infirmiers; Maloine, Paris 1999
- Qualitätskonzept H+/KSK: Konzept zur Einführung eines institutionalisierten Qualitätsmanagements in Schweizer Spitälern. Version 1.1, Juni 1998
- Manifeste de Fribourg, SSMSP, 2001.
- National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, UK, 1995
- Norme internationale ISO 8402: 1994 (E/F/R)
- Palliative Care Australia – Standards for Palliative Care Provision, 3rd edition, 1999
- Statuten der SGPMPB, Version 2001

