



O1- DEZVOLTAREA UNUI CURRICULUM DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE PENTRU FACULTĂȚILE DE MEDICINĂ

Transpunerea recomandărilor internaționale într-un curriculum de îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină– EDUPALL

EDUPALL este un proiect finanțat prin Programul Erasmus+, cu scopul de a dezvolta și pilota un curriculum de îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină, pornind de la Recomandările Asociației Europene de Îngrijiri Paliative (EAPC).

<http://www.professionalPalliativehub.com/education/edupall>

Notă: Acest raport și matricea pentru curriculum-ul de îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină este un rezultat obținut în cadrul proiectului EDUPALL:

Partneri EDUPALL

Universitatea Transilvania: Conf. Dr. med. Daniela Moșoiu; Prof. Dr. med. Liliana Rogozea; Prof. Dr. med. Alina Pascu.

Asociația Europeană de Îngrijiri Paliative: Dr. Stephen Mason; Dr. Julie Ling.

Rwth Aachen-Rheinisch-Westfaelische Technische Hochschule Aachen: Prof. Dr. med. Frank Elsner; Dr. Tania Pastrana.

All-Ireland Institute of Hospice and Palliative Care: Karen Charnley; Dr. Cathy Payne.

Hospice Casa Speranței Brașov: Dr. Liliana Stănciulescu, Oana Predoiu

Universitatea de Medicină și Farmacie Iași: Conf. Dr. Vladimir Poroch; Dr. Anca Vrânceanu; Dr. Cristina Tărniceriu; Dr. Gema Băcăoanu.

Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș: ȘL Dr. Sorin Albu; Dr. Judith Kovacs.

Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara: Conf. Dr. Estera Boeriu; Asist. Univ. Dr. Patricia Urtilă.

Partneri asociați EDUPALL

WHO Collaborating Centre, Institute of Nursing Science and Practice, Paracelsus Medical University in Salzburg, Austria: Dr. Piret Paal

Atlantes Research Program, Institute for Culture and Society of the University of Navarra, Spain: Asist. Univ. Antonio Noguera, MD, PHD

Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București, România: Prof. Dr. Luiza Spiru

Universitatea Ovidius, Constanța, România: Conf. Dr. Irina Magdalena Dumitru

Referenți EDUPALL Curriculum

Am dori să mulțumim referenților care au revizuit documentul: Dr. Veronika Mosich, MSc, Hospital of Saint John of God – Austria; Ass. Prof. PD Dr. med. univ. et scient. med. Eva Katharina Masel, MSc, Universitätsklinik für Innere Medizin I – Austria; Dr. med. Ondřej Slama, Klinika komplexní onkologické péče, Brno - Czeck Rep; Dr. Mette Neergaard, Aarhus University – Denmark; Dr. Juho Lehto, Tampere University Hospital (TAUH) – Finland; Pr Marilène FILBET, Centre de soins palliatifs pav 1K, Centre hospitalier Lyon sud, Hospices Civils de Lyon – France; Prof. Dr. Kordzaia Dimitri, Tbilisi State University – Georgia; Prof. Dr. med. Ostgathe Christoph, Universitätsklinikum Erlangen – Germany; Dr. Aliko Tzerkezoglou, Palliative Care Unit Galilee – Greece; Assoc. Prof. Dr. Agnes Csikos, University of Pecs Medical School – Hungary; Dr. Port Sales Josep, Catalan Institute of Oncology in Barcelona – Spain; Assoc. Prof. Jaime Boceta Osuna, University of Seville – Spain; Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller, University Cancer Center InselSpital – Switzerland; Prof. John E Ellershaw, University of Liverpool – UK.

Data publicării: 22 mai 2019

Cuprins

1.	Introducere – Îngrijirea paliativă: o provocare la nivel internațional.	3
2.	Educația în îngrijiri paliative la nivel universitar	4
	2.1 Educația în îngrijiri paliative la nivel universitar în țările implicate în proiectul EDUPALL	5
	2.2 Importanța educației în îngrijiri paliative la nivel universitar	6
3.	Recomandările EAPC în educația universitară	7
4.	Proiectul EDUPALL	8
5.	Dezvoltarea Curriculum EDUPALL	9
	5.1 Actualizarea Recomandărilor EAPC din 2013 pentru dezvoltarea unui curriculum la nivel universitar	9
	5.2 Revizuire internă	16
	5.3 Revizuire externă	16
	5.4 Rezultate revizuire	16
6.	Matricea curriculum EDUPALL în îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină	18
	6.1 Noțiuni de bază în îngrijirea paliativă și aspecte psiho-sociale și spirituale	18
	6.2 Evaluarea și managementul durerii	21
	6.3 Evaluarea și managementul simptomelor	23
	6.4 Aspecte etice și legale; Comunicare; lucrul în echipă și autorefecție	25
7.	Implementarea și evaluarea curriculum-ului	29
	7.1 Perioada de pregătire în îngrijiri paliative	29
	7.2 Locul îngrijirii paliative în cadrul curriculumelor medicale existente	29
	7.3 Dezvoltarea cadrelor didactice și a practicii clinice	30
	7.4 Evaluarea efectului și impactului curriculum-ului	31
8.	Concluzii și acțiuni viitoare	33
	Referințe	34
	Anexa 1 - EDUPALL Consensus asupra reviziei recomandărilor EAPC privind dezvoltarea unui curriculum în îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină	37

1. Introducere – Îngrijirea paliativă: o provocare la nivel internațional

Îngrijirea paliativă (ÎP) e o abordare holistică în îngrijirea pacientului care are ca scop îmbunătățirea calității vieții pacientului și familiei acestuia, în condițiile unei boli incurabile amenințătoare de viață[1]. Îngrijirea paliativă modernă, care s-a dezvoltat original din munca de pionierat a doamnei Cicely Saunders, și mișcarea Hospice în îngrijirea pacienților cu cancer avansat, sunt acum recunoscute ca model de îngrijire care se aplică în condițiile mai multor boli cronice amenințătoare de viață[2]. Această poziție s-a consolidat recent la nivel internațional printr-o rezoluție a Consiliului Mondial al Sănătății (WHA) care a recomandat accesul echitabil la ÎP indiferent de boala cronică cu care se confruntă pacientul[3].

Accesul la ÎP e recunoscut tot mai mult ca un drept uman internațional [4]. Totuși, îmbătrânirea populației și creșterea numărului de pacienți cu comorbidități cronice multiple reprezintă o provocare pentru sistemele de sănătate existente [5, 6]. Raportul Comisiei Lancet, „Atenuarea discrepanței în accesul la îngrijirea paliativă și ameliorarea durerii – un aspect imperativ legat de acoperirea cu servicii de sănătate la nivel global”, a identificat aproximativ 25,5 milioane de decese la nivel mondial în 2015 care au implicat și afecțiuni cardiace, echivalând cu 6 mld de ore de suferință legată de sănătate la nivel global în fiecare an [7].

Potrivit „Atlasului global al îngrijirii paliative la sfârșitul vieții” al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), principala barieră pentru a crește accesul la ÎP este lipsa de profesioniști instruiți [8]. Ca rezultat, provocarea pentru sistemele de sănătate moderne constă în modul de integrare a ÎP în sistemele curente de instruire astfel încât să asigure resurse suficiente pentru a întâmpina nevoile evidențiate de raportul Comisiei Lancet. Pentru a aborda această provocare, OMS a propus:

„...educația de bază și continuă în îngrijirea paliativă ar trebui să fie integrată ca un element de rutină în curriculum-ul aferent facultăților de medicină și asistență medicală și ca un curs de instruire de îngrijire pentru aparținători, la nivel de bază ...”[9]

Așadar, este imperativ ca orice student, viitor medic, să înțeleagă și să fie în aceeași măsură competent și încrezător în aplicarea principiilor ÎP, indiferent de specialitatea pe care dorește s-o urmeze; modificările care au apărut la nivel global privind demografia și tipurile de boli cronice indică faptul că orice viitor medic va avea în îngrijire pacienți cu nevoi de ÎP. Cu toate acestea acordarea și standardul de educație în ÎP pentru studenții la medicină variază [10]. În Atlasul EAPC din 43 de țări chestionate, doar în șase țări europene există cursuri obligatorii de ÎP pentru studenții la medicină [11].

2. Educația în îngrijiri paliative la nivel universitar

În Europa, la nivel universitar există o lipsă de echilibru în ceea ce privește șansele pe care le au studenții la medicină să învețe despre ÎP. Pe lângă această lipsă a obligativității, Atlasul EAPC de ÎP din 2013 a identificat că educația în ÎP, ca și curs nesemnificativ ori ca și materie în facultățile de medicină, nu era disponibilă în 32% din țările chestionate (Figura 1) [10].

Figura 1 Atlasul EAPC de ÎP –Educație la nivel universitar.



Astfel s-au demarat o serie de initiative care să redreseze acest dezechilibru și să crească accesul la educația în ÎP [12-23]. De exemplu, într-o revizie sistematică pe doi ani (2013-2015) privind studiile despre educația universitară în ÎP, Centeno et al. a identificat 55 de studii, dar puțin peste jumătate (52%) aveau inclusă direct o evaluare a efectelor instruirii [24]. Studiile au acoperit Europa, Asia, Australia și America de Nord, majoritatea studiilor fiind calitative și axate mai degrabă pe atitudinea și încrederea participanților vizavi de practică decât pe efectele directe asupra îngrijirii pacientului. O revizie anterioară a literaturii (2007-2013), realizată de DeCoste-Lopez et al., a evidențiat 48 de intervenții de ÎP în curriculum, în 12 țări [25]. Ca și în revizia realizată de Centeno, DeCoste-Lopez remarcă o mare variabilitate în cantitatea și expunerea la instruirea în ÎP. O lipsă a detaliilor legate de raportarea intervențiilor a limitat ambele revizii, dar și înțelegerea nivelului actual de predare, făcând astfel dificil de identificat impactul educației asupra îngrijirii pacientului.

Ulterior reviziilor lui Centeno și DeCoste-Lopez, totuși se fac eforturi consistente de a examina și aborda lacunele curente din educație. De exemplu, Lehto et al. [26] au revizuit curriculum-ul pentru Facultatea de medicină din cadrul Universității Tampere, din Finlanda. Analiza s-a axat în special pe acele module de predare care abordau aspecte cuprinse în „Recomandările EAPC pentru dezvoltarea unui curriculum de îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină europene” [27]. Lehto a identificat 53.3 ore de conținut care s-au potrivit, dar a remarcat o performanță îmbunătățită a studenților într-un test de progres, în condițiile în care au beneficiat de un modul opțional de ÎP de 53 de ore. De Bruin și colegii a realizat o analiză a ghidurilor pentru curriculum la nivel național (Dutch National Blueprint) în cadrul celor opt facultăți de medicină din Olanda, cu scopul de a vedea cât de mult se predă despre ÎP și îngrijirea la sfârșitul vieții [28]. Utilizând cinci domenii considerate esențiale și 22 de subdomenii (devoaltate și preluate dintr-un Proiect EPEC [29, 30]), rezultatele au reliefat că National Blueprint nu acoperă

toate domeniile esențiale, și în consecință, nici una din facultățile de medicină nu oferea un curriculum complet de ÎP și îngrijire la sfârșitul vieții.

În câteva țări europene s-au făcut demersuri legale pentru a include obligatoriu educația în ÎP pentru studenții la medicină. De exemplu, Ilse et al. a raportat efectele legislației din 2009 în Germania, prin care educația în ÎP a devenit obligatorie în toate facultățile de medicină [15]. Într-o evaluare longitudinală, Ilse a remarcat o serie de inovații în domeniul predării, dar și o anumită eterogenitate în programele educaționale furnizate. Consiliul medical general din Marea Britanie, în ghidul „Medicii de mâine” și apoi în „Rezultatele absolvenților”, a recomandat ca îngrijirea la sfârșitul vieții să devină parte în curriculum-ul de bază [32]. În urma acestei recomandări, Walker și colegii au analizat furnizarea de educație în ÎP în cadrul facultăților de medicină, remarcând o creștere a timpului mediu de predare ((2000: 6–100 h, media=20 h; 2013: 7–98 h, media=36 h) și e evaluării (2000: 6/24, 25%; 2013: 25/30, 83%) [33]. Chiar dacă au fost înregistrate îmbunătățiri, Walker a constatat că în unele facultăți de medicină, studenții pot progresa și fără să vadă un pacient cu nevoi de ÎP. În Elveția, în mod similar, Eychmüller a constatat, în cele cinci facultăți de medicină o creștere în medie cu 15 ore în educația obligatorie privind ÎP comparativ cu datele din 2007 [34]. Diferențele remarcate între cele cinci facultăți (doar una avea prevăzut un stagiu de practică clinică în ÎP) au dus la dezvoltarea unui set de bază unitar de obiective de învățare, la nivel național, în Catalogul elvețian de obiective de învățare.

2.1. Educația în îngrijiri paliative la nivel universitar în țările implicate în proiectul EDUPALL

România: În România, de unde este și liderul proiectului, ÎP a fost inițiată în anul 1992 și recunoscută ca și competență din 2000 [35]. La nivel universitar, în 2018, 11 facultăți de medicină din 12 aveau cadre didactice instruite în ÎP, două dintre ele având inclusă îngrijirea paliativă ca disciplină obligatorie cu cadre didactice dedicate. Din 2017, reglementările privind acreditarea la nivel universitar, prevăd ca toate facultățile de medicină și de asistență medicală să aibă ÎP inclusă ca disciplină obligatorie. Prin urmare, două din cele 12 universități au inclus deja ÎP ca și disciplină obligatorie pentru studenții la medicină și la asistență medicală, având atât cursuri teoretice, cât și practică clinică. Alte trei universități au inclus ÎP ca și curs opțional cu credite. Strategia națională pentru o dezvoltare sustenabilă prevede ca până în anul 2020, 60% din cei cu nevoie de ÎP să fie îngrijiți conform nevoilor lor. Pentru a atinge acest obiectiv ambițios, studenții la medicină au nevoie de instruire de la nivelul de bază, pe tot parcursul facultății și ulterior cursuri de educație medicală continuă, prin dobândirea competenței în ÎP în vederea desfășurării activității în servicii specializate de ÎP.

Irlanda: În Irlanda, Cadrul pentru competența în ÎP [36] a fost dezvoltat pe de o parte ca parte în curriculum-ul pentru învățământul universitar și post-universitar, pe de altă parte ca și competențe esențiale în ÎP pentru fiecare profesionist din sănătate și din asistență socială, inclusiv competențe pentru absolvenții de medicină. În plus, în a 8-a ediție a Ghidului de Conduită Profesională și Etică a Colegiului Medical Irlandez din 2016 se menționează: „Când pacienții sunt aproape de sfârșitul vieții, e responsabilitatea doctorului să se asigure că se simt confortabil, că suferă cât mai puțin posibil și că mor cu demnitate. Acești pacienți ar trebui să fie tratați cu bunătate și compasiune.” În timp ce ÎP e parte integrantă în toate facultățile de medicină din Irlanda, expunerea la servicii specializate de ÎP și instruirea variază în funcție de furnizorii de educație.

Germania: În Germania, toate cele 38 de facultăți de medicină (incluzând și pe cele private) au personal didactic instruit în ÎP, fiind 10 șefi de catedră – 10 dintre ele având disciplină obligatorie de IP Din 2009, reglementările au decis ca ÎP să fie inclusă ca disciplină obligatorie pentru învățământul universitar, recomandând 20 de ore (ideal 40). Prin urmare, toate facultățile de

medicină din Germania au inclus ÎP ca disciplină obligatorie pentru studenții de la medicină. Procesul de instruire include mai mult parte teoretică, cu un procent foarte scăzut pentru practica clinică.

2.2 Importanța educației în îngrijiri paliative la nivel universitar

Așadar lipsa instruirii în ÎP reprezintă o problemă crucială, de vreme ce medicii proaspăt absolvenți își încep practica clinică cu un set de abilități variabile și s-ar putea să fie nepregătiți în abordarea nevoilor paliative ale unui număr tot mai mare de pacienți și familiile acestora. Într-un studiu asupra pacienților dintr-un spital de acuți, Clark et al. a identificat că 1 din 3 pacienți moare pe parcursul unui an, și 1 din 10 pacienți moare la prima internare [37]. Nu e de altfel nici o surpriză să vedem că evidențele din Marea Britanie arată că în primul an de practică, un medic nou îngrijește 120 de pacienți care se află în ultimele 3 luni ale vieții, și 40 de pacienți care se află în ultimele zile sau ore de viață [38].

Instruirea în ÎP nu e crucială doar pentru pacienți și familiile acestora, dar și pentru dezvoltarea profesională a medicilor. Într-o revizie la nivel internațional, Noguera et al. a arătat că instruirea în ÎP abordează aspecte care sunt esențiale pentru un parcurs profesional, studenții afirmând că instruirea în ÎP îi ajută să devină medici mai buni [39].

Carta Albă pentru promovarea la nivel global a ÎP evidențiază propunerea EB134.R7 a OMS de nevoie obligatorie de educație și identifică Recomandările EAPC pentru dezvoltarea unui curriculum universitar de medicină paliativă [27] ca fiind de dorit să fie adoptat și implementat de instituțiile academice. Cu o acordare variabilă și o lipsă de standardizare a educației în ÎP în Europa, multe țări ar fi deschise către un model de curriculum și un ghid structurat în dezvoltarea de programe de educație universitară.

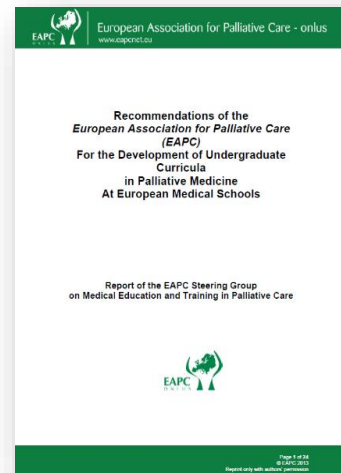
3. Recomandările EAPC pentru învățământul universitar

Asociația Europeană de Îngrijiri Paliative (EAPC) consideră că „fiecare student la medicină trebuie să învețe ÎP” și în 2007, au fost dezvoltate și publicate ghidurile pentru educația în ÎP la nivel universitar – „Recomandări pentru dezvoltarea unui curriculum de îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină” [27]. Ghidurile au fost revizuite și republicate în 2013, utilizându-se metoda Delphi care a implicat experți din toată Europa, pentru ca aceste ghiduri se aibă însemnătate, să fie relevante și aplicabile pe tot continentul [41].

Recomandările EAPC asigură un cadru pentru cei care doresc să dezvolte un curriculum la nivel universitar, prin faptul că evidențiază principiile generale pentru planificarea unui curriculum de ÎP și implementarea acestuia. Conceptele cheie legate de cunoștințe și înțelegere sunt grupate în șase domenii de învățare:

1. Noțiuni de bază în ÎP
2. Managementul durerii și al altor simptome
3. Aspecte psiho-sociale și spirituale
4. Aspecte etice și legale
5. Comunicare
6. Lucrul în echipă și autoreflexie

Chiar dacă sunt prezentate aceste concepte cheie, recomandările nu sunt structurate pe rezultate ale învățării și/sau asociate cu obiective de învățare. Totuși, în ghid se evidențiază faptul ca experiențele de învățare și activitățile educaționale să urmeze niște obiective de învățare care să ducă la rezultate vizibile în dezvoltarea atitudinii, cunoștințelor și abilităților.



4. Proiectul EDUPALL

Finanțat prin Programul Erasmus +, Acțiunea „Cooperare pentru inovație și schimb de bune practici”, proiectul EDUPALL are ca scop dezvoltarea unui program complet de educație ÎP pentru studenții la medicină. Pornind de la recomandările EAPC privind dezvoltarea unui curriculum pentru nivelul universitar, condus de Conf. Univ. Dr. Daniela Moșoiu, obiectivele proiectului sunt:

1. Dezvoltarea unui model de curriculum în ÎP pentru nivelul universitar, pornind de la recomandările EAPC;
 - a. Acest curriculum va fi disponibil în limbile română, engleză și germană și va fi creditat cu 3 puncte ECTS
2. Pregătirea de materiale didactice, inclusiv cursuri online, în română și engleză;
3. Dezvoltarea unui curriculum pentru cadrele didactice care include: metode de predare interactive; utilizarea tehnologiei în predare; metode inovative de evaluare;
4. Pregătirea cadrelor didactice să predea teorie și practică;
5. Pilotarea acestui curriculum în facultățile de medicină din România și două universități din Irlanda;
6. Monitorizarea și analiza impactului acestui nou program și publicarea rezultatelor în literatura de specialitate.

Prima sarcină în proiectul EDUPALL este dezvoltarea unui model de curriculum în ÎP pentru nivelul universitar, pornind de la recomandările EAPC, cu implicarea tuturor partenerilor din proiect și a partenerilor asociați: Universitatea Transilvania; Asociația Europeană de Îngrijiri Paliative; Rwth Aachen-Rheinisch-Westfaelische Technische Hochschule Aachen; All-Ireland Institute of Hospice and Palliative Care; HOSPICE Casa Speranței Brașov; Universitatea de Medicină și Farmacie Iași; Universitatea de Medicină și Farmacie Târgu Mureș; Universitatea de Medicină și Farmacie Timișoara; WHO Collaborating Centre, Institute of Nursing Science and Practice, Paracelsus Medical University in Salzburg, Austria; Atlantes Research Program, Institute for Culture and Society of the University of Navarra, Spain; Universitatea de Medicină și Farmacie “Carol Davila” București, România; Universitatea Ovidius, Constanța, România

Rationale Curriculum EDUPALL

Scopul proiectului EDUPALL este să dezvolte un curriculum universal aplicabil care să poată fi adoptat și implementat (și adaptat) acolo unde este nevoie. Ca parte a unui curriculum „complet”, vor fi dezvoltate exemple de planuri de lecție care implică învățare față către față, online și practică clinică, conform obiectivelor și rezultatelor învățării. Scopul detalierii în dezvoltarea acestui curriculum este să se asigure o tranziție și implementare rapidă a programului de ÎP în cadrul unui curriculum deja existent.

5. Dezvoltarea curriculum-ului EDUPALL

Structura de bază pentru curriculum EDUPALL a fost dezvoltată la întâlnirea inițială de proiect din ianuarie 2018, de la Brașov. Curriculum-ul e structurat astfel încât să fie creditat cu 3 puncte ECTS, incluzând 72 de ore instruire, organizate astfel: instruire teoretică (14 de ore); practică clinică (28 de ore); instruire online (30 de ore) și studiu individual. Alocarea timpilor în curriculum pe cele șase domenii educaționale, prevăzute în recomandările EAPC:

1. Noțiuni de bază în ÎP – 5%;
2. Managementul durerii (25%) și al altor simptome (25%)– 50%;
3. Aspecte psiho-sociale și spirituale – 20%;
4. Aspecte etice și legale – 5%;
5. Comunicare – 15%;
6. Lucrul în echipă și autorefecție – 5%.

5.1. Actualizarea Recomandărilor EAPC din 2013 pentru dezvoltarea unui curriculum la nivel universitar

Membrii din proiectul EDUPALL (clinicieni, cadre didactice și cercetători) s-au împărțit în patru grupe de lucru pe anumite tematici (Tabelul 1). Fiecare grup a fost alcătuit astfel încât diversitatea internațională și profesională din echipa de proiect să fie maximizată.

Tabel 1 – EDUPALL Grupuri tematice

Grup 1	Noțiuni de bază în ÎP – 5% + Aspecte psiho-sociale și spirituale – 20%;
Grup 2	Evaluarea și managementul durerii - 25%
Grup 3	Evaluarea și managementul altor simptome – 25%
Grup 4	Aspecte etice și legale – 5% + Comunicare – 15% + Lucrul în echipă și autorefecție – 5%.

Fiecare grup a revizuit Recomandările EAPC 2013 aferente tematicii alocate din punct de vedere al relevanței, al finalității și al posibilelor lacune. După această revizuire, fiecare grup a propus o serie de modificări și/sau completări în funcție de necesități. Inițial, revizuirile și completările au fost centralizate și discutate cu întreaga echipă de proiect, în vederea acceptării sau respingerii lor. Acest proces a dus la o ediție revizuită a Recomandărilor EAPC 2013 (Tabelul 2), cu modificările specifice evidențiate în Anexa 1.

Tabel 2: EDUPALL Consensus privind revizuirea Recomandărilor EAPC în scopul dezvoltării unui curriculum de ÎP pentru facultățile de medicină

(D) Syllabus

Sugestie de distribuire a procentelor între domenii:

- | | |
|--|-----|
| 1. Noțiuni de bază în ÎP | 5% |
| 2. Managementul durerii și al altor simptome | 50% |
| 3. Aspecte psiho-sociale și spirituale | 20% |
| 4. Aspecte etice și legale | 5% |
| 5. Comunicare | 15% |

6. Lucrul în echipă și autoreflexie

5%

Propunerea de curriculum se axează pe minimum de cunoștințe și abilități pe care un student la medicină ar trebui să le dobândească pe parcursul facultății. Conținutul prezentat mai jos trebuie transpus în obiective de învățare, iar strategia și metodele de predare trebuie definite (a se vedea (E) Principii generale în planificarea unui curriculum).

Cadrele didactice implicate în predarea subiectelor prezentate mai jos pot și vor varia, incluzând chiar și profesori care nu au ca pregătire de bază medicina.

1. Noțiuni de bază în ÎP: 5%

Cunoștințe	Conștientizare
<ul style="list-style-type: none">Dezvoltarea la nivel internațional a ideii de hospice și ÎPDefinirea ÎP	Complexitatea problemelor la sfârșitul vieții Sarcinile medicului în îngrijirea la sfârșitul vieții Abordarea multi-profesională și interdisciplinară a ÎP Necesitatea integrării timpurii a ÎP în progresia bolii
<ul style="list-style-type: none">Forme de organizare:<ul style="list-style-type: none">➤ ambulator➤ unități cu paturi➤ servicii de consultanță	Necesitatea diferitelor forme de organizare Necesitatea comunicării între servicii

2. Managementul durerii și al altor simptome: 50%

a) Principii de bază în managementul simptomelor

Conținut	Conștientizare
<ul style="list-style-type: none">Terapie curativăTerapie paliativăMedicină paliativă	Șansa de a crește calitatea vieții prin oferirea de îngrijire paliativă de timpuriu
<ul style="list-style-type: none">Opțiuni interdisciplinare<ul style="list-style-type: none">➤ Chirurgie➤ Radioterapie➤ Metode non-farmacologiceSedarea Paliativă<ul style="list-style-type: none">➤ Indicații➤ Procedură➤ Îngrijirea aparținătorilor	Necesitatea unui tratament interdisciplinar și multi-profesional Ponderarea diagnosticelor și tratamentului cu stadiul bolii Sedarea paliativă pentru suferința greu tratabilă Diferența conceptuală între sedarea paliativă și eutanasiu
<ul style="list-style-type: none">Planificarea și evaluarea tratamentuluiEvaluarea simptomului (scop și instrumente)Medicație continuă și la cerere	Importanța unui tratament și a unei îngrijiri individuale și planificate în avans

<ul style="list-style-type: none"> Prevenție și reabilitare Documentare 	<p>Importanța definirii scopurilor</p>
<p>b) Managementul durerii:</p>	
<p>Conținut</p> <ul style="list-style-type: none"> Definirea și conceptele legate de durere Anatomia, fiziopatologia Mecanisme nociceptive ale durerii (durere osoasă, durere a țesutului moale, durere viscerală) Mecanisme ale durerii neuropate Recunoașterea caracteristicilor durerii cronice Conceptul de „durere totală” Principii ale tratamentului farmacologic <ul style="list-style-type: none"> ➤ Importanța obținerii unei „stări stabile” ➤ Utilizarea celei mai simple căi de administrare disponibile ➤ Rolul titrării ➤ Necesitatea prescrierii medicației la nevoie ➤ Rolul dozelor echianalgezice ➤ Rolul rotației opioidelor Farmaco-kinetica și farmaco-dinamica opioidelor, non-opioidelor și adjuvanților analgezici Căi de administrare a medicamentelor și indicațiile lor, căi alternative atunci când calea orală nu mai e disponibilă Managementul non-farmacologic al durerii: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervenții oncologice (chimioterapie, radioterapie) ➤ Proceduri intervenționale (anestezie sau neurochirurgicale) ➤ Intervenții de nursing ➤ Psihoterapie și consiliere ➤ Fizioterapie ➤ Terapie alternativă Probleme administrative și legale: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Formulare specifice pentru prescriere ➤ Abilitatea de a conduce ➤ Călătoriile 	<p>Conștientizare</p> <p>Abordarea multidimensională a managementului durerii</p> <p>Complexitatea managementului durerii în îngrijirea la sfârșitul vieții</p> <p>Faptul ca există și alte metode de ameliorare a durerii în afară de medicamente.</p> <p>Mituri și neadevăruri. Abordarea și desconspirarea mitului conform căruia opioidele folosite ca analgezice creează dependență și că în cazul administrării lor timpurii ar grăbi moartea.</p>
<p>(c) Managementul simptomelor:</p>	
<p>Conținut</p> <ul style="list-style-type: none"> Simptome gastro-intestinale <ul style="list-style-type: none"> ➤ Constipația și diareea <ul style="list-style-type: none"> ○ Anatomia și fiziologia procesului normal de defecație și continență ○ Mecanismele de constipație în îngrijirea la sfârșitul vieții (medicamente, anumite opioide, dietă modificată) ○ Slăbiciune 	<p>Conștientizare</p> <p>Aspecte fizice, psihologice, sociale și spirituale în managementul simptomelor în ÎP.</p> <p>Recunoașterea: identificare semnelor cheie și a simptomelor</p> <p>Evaluare/Diagnostic: abordări ale evaluării (inclusiv instrumente și scale de evaluare validate, când sunt relevante)</p> <p>Efecte: efecte potențiale ale simptomului – asupra</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ Ileus ➤ Greață și varsături <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiziopatologia greței și vărsăturii: arii și receptori ○ Farmacologia anti-emetice: aria de acțiune a medicamentului ○ Rolul căii de administrare a medicamentelor ➤ Obstrucție intestinală <ul style="list-style-type: none"> ○ Opțiuni de tratament pentru obstrucția intestinală parțială sau totală: intervenție chirurgicală sau non-chirurgicală, farmacologică sau non-farmacologică • Simptome respiratorii/pulmonare <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dispnea <ul style="list-style-type: none"> ○ Fiziopatologia simptomelor respiratorii ○ Farmacologie relevantă (opioide, anxiolitice, steroizi) ○ Abordări non-farmacologice ○ Principii și mecanisme de acțiune în terapia cu oxigen ○ Cum să faci față respirației stertoroase/zgomotoase ○ Evaluarea îngrijorărilor pacienților și/sau familiei acestora privind simptomele pulmonare/respiratorii ➤ Tusea <ul style="list-style-type: none"> ○ Cauzele, mecanismele și managementul tusei: farmacologic și non-farmacologic • Simptome neuropsihiatrice <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauzele, evaluarea și managementul pentru: <ul style="list-style-type: none"> ○ Delir/ Stare de confuzie ○ Insomnie ○ Depresie și alte tulburări de dispoziție ○ Anxietate și teamă ○ Halucinații ○ Comă • Hidratarea <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauzele, evaluarea și managementul pentru: <ul style="list-style-type: none"> ○ Edem ○ Tipuri și efecte ale dehidratării ○ Perspectiva și înțelegerea pacienților și a familiei acestora • Anorexia, cașexia și fatigabilitatea 	<p>pacientului, familiei. Ex. Semnificații și temeri asociate fiecărui simptom</p> <p>Management: abordări în ameliorarea simptomului, incluzând abordări farmacologice și non-farmacologice</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauzele, evaluarea și managementul pentru: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pierderea apetitului ○ Fatigabilitate ○ Slăbiciune, letargie ○ Nutriție ○ Perspectiva și înțelegerea pacienților și familiilor acestora • Îngrijirea cavității bucale <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauzele, evaluarea și managementul pentru: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gură uscată ○ Probleme de înghițire • Simptome dermatologice <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauzele, evaluarea și managementul pentru: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tumori exulcerate ○ Plăgi/escare ○ Limfedem ○ Icter • Urgențele în ÎP: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cauzele, evaluarea și managementul pentru: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipercalcemie ○ Compresie medulară ○ Sindrom de venă cavă superioară ○ Hemoragie majoră 	
<ul style="list-style-type: none"> • Îngrijirea pacientului în stare terminală <ul style="list-style-type: none"> ➤ Recunoașterea stării terminale ➤ Discuții/conștientizarea pacientului/familiei ➤ Planul de îngrijire ➤ Tratament anticipat pentru durere; secrețiile respiratorii; greață/vărsături; dispnee ➤ Hidratare și nutriție ➤ Anxietate terminală/agitație și sedare ➤ Revizuirea medicației/a intervențiilor clinice în interesul pacientului ➤ Îngrijirea de după moarte 	

3. Aspecte psiho-sociale și spirituale: 20%

Conținut	Conștientizare
----------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> • Reacții psihologice la boala cronică, jeliere și pierdere • Impactul pierderii independenței, rolului, imaginii corporale, sexualității și percepției proprii valori asupra pacientului și familiei acestuia • Dinamica familiei • Diferențe etnice, sociale și religioase • Cum pot fi ajutați pacienții și familiile să facă față aspectelor practice, financiare și legale, când e nevoie. Implicarea asistentului social și a unui expert legal care să sprijine redactarea sau revizuirea testamentului sau alte cereri de compensare, probleme care apar uneori ca urgențe aproape de sfârșitul vieții • Facilitarea obținerii concediului și organizarea unor vizite ale rudelor și prietenilor la pacientul muribund, din țară sau de peste hotare • Strategii de coping • Jelierea și doliul ca proces pentru fiecare persoană • Doliu anticipativ • Factori de risc pentru un doliu dificil 	<p>Autonomia pacientului Semnificația adevărului Individualitatea pacientului Autorespectul vulnerabil al pacientului Semnificația vitalității și a sexualității Împărtășirea sentimentelor pacientului și a rudelor acestuia Împărtășirea nevoilor pacientului și a rudelor acestuia Complexitatea situației sociale a pacientului Idea de „unitate de îngrijire” Importanța familiei prin prisma calității vieții pacientului Nevoi specifice ale copiilor</p> <p>Dificultățile care ar putea apărea atunci când cineva se confruntă cu o boală severă și apropierea morții</p> <p>Importanța și semnificația calității vieții în ÎP</p> <p>Identificarea de strategii benefice sau mai puțin benefice, atunci când se lucrează cu doliul pacientului sau al rudelor, inclusiv copiilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la începutul bolii ➤ în timpul bolii ➤ când pacientul moare ➤ după moartea pacientului
<ul style="list-style-type: none"> • Spiritualitate <ul style="list-style-type: none"> ➤ Speranță ➤ Retrospective asupra vieții ➤ Credință ➤ Sensul vieții ➤ Sentimentul de coerență 	<p>Diferența între spiritualitate și religie Spiritualitatea propriei persoane Spiritualitatea pacientului</p>

4. Aspecte etice și legale: 5%

Conținut	Conștientizare
----------	----------------

<ul style="list-style-type: none"> • Discuții asupra procesului de luare a deciziilor în ÎP, în special legate de menținerea sau renunțarea la tratament • Negocierea și menționarea aspectelor legate de non-resuscitare • Explorarea planificării în avans a îngrijirii • ÎP ca drept uman: echitabil și accesibil 	Aspectele etice în medicină și în procesul de luarea a deciziilor
<ul style="list-style-type: none"> • Distinție în ÎP și eutanasia: principiul dublului effect • Diferențierea dpdv etic și legal la nivel national și internațional <ul style="list-style-type: none"> ➢ Eutanasia ➢ Suicidul asistat 	Reflecție asupra rolului medicului în tratarea pacienților cu nevoi paliative

5. Comunicare: 15%

Conținut	Conștientizare
<ul style="list-style-type: none"> • Modele pentru o comunicare eficientă • Diferențiere: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Întrevederea stilului și nivelului de comunicare a pacientului ➢ Ascultarea activă ➢ Comunicarea empatică ➢ Semnalarea unor surse viabile de informare • Aspecte specifice în comunicare <ul style="list-style-type: none"> ➢ Informații personale ale pacientului ➢ Prognostic ➢ Luare de decizii ➢ Conflicte și rezolvarea acestora ➢ Discuții cu rudele ➢ Abordarea conspirației tăcerii (opțional) 	<p>Percepția atitudinii pacientului față de boală</p> <p>Cunoașterea punctelor forte și slabe în abilitățile de comunicare</p>

6. Lucru în echipă și auto-reflecție: 5%

Conținut	Conștientizare
<ul style="list-style-type: none"> • Cum se lucrează în echipă • Roluri și responsabilități în echipa multidisciplinară de ÎP și delegarea eficientă 	Comunicarea in echipa
<ul style="list-style-type: none"> • Respectul și valorizarea în cadrul echipei de ÎP 	

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Auto-îngrijire <ul style="list-style-type: none"> ➤ Burnout – prevenție și evitare ➤ Mindfulness ➤ Percepția rolului medicului (salvator vs tămăduitor; evitare și profilaxie burn-out) | <ul style="list-style-type: none"> Reflecție asupra managementului poverilor și îngrijorărilor personalului Oferirea de supervizare Reflecție asupra propriei atitudini etice Reflecție asupra propriei atitudini față de moarte și procesul morții |
|---|---|

Poate cele mai importante actualizări la Recomandările EAPC au constat în adăugarea de obiective privind tema Managementul durerii și al simptomelor, și o dată cu acestea, dezvoltarea unui set de obiective specifice pentru Îngrijirea muribundului. Aceasta reflectă o atenție, o înțelegere și specializare crescute vizavi de managementul simptomelor, și o preocupare sporită pentru îngrijirea în ultimele zile și ore de viață.

Ca urmare a dezvoltării și actualizării Recomandărilor EAPC, fiecare grup tematic a completat o matrice inițială pentru a dezvolta/identifica:

1. Rezultate ale învățării specifice vizavi de noile recomandări dezvoltate;
2. Obiective specifice de învățare care vizează cunoștințele și înțelegerea; abilitățile practice; competențe personale;
3. Planuri/metode de predare și strategii de evaluare – care să corespundă rezultatelor și obiectivelor;
4. Resurse - pentru a veni în sprijinul procesului de instruire.

După o primă discuție, matricea a fost revizuită pentru a permite dezvoltarea unui set de unități de învățare distincte pe principalele rezultate ale învățării conform cu obiectivele de învățare, stratificate pe domenii: atitudini, înțelegere și abilități. În cadrul unităților de învățare, s-a menționat numărul de ore pentru a ajuta la alcătuirea structurii finale a acestui curriculum.

5.2 Revizuirea internă

După dezvoltarea și completarea matricei, fiecare unitate de învățare din fiecare supra-temă a fost revizuită de către directorul de proiect (DM) și de liderul acestei activități (SM). Comentariile și sugestiile au fost redirecționate către liderii/membrii grupurilor de lucru pentru revizuirea/rectificarea ulterioară și producerea unei unități de învățare finale care să fie integrată în matricea finală. Odată acest proces încheiat, matricea a fost trimisă către întreaga echipă EDUPALL și către experți externi pentru revizuire.

5.3 Revizuirea externă

Pentru a asigura revizuirea și controlul calității, matricea a fost trimisă către experți din 17 țări europene, însoțită de un scurt chestionar privind structura, conținutul și organizarea acestui curriculum. S-au primit comentariile critice din partea a 14 revizori.

5.4 Rezultatele revizurii

A fost sugerat un număr mic de rezultate ale învățării asociate cu obiective de învățare care să fie incluse în matrice, după cum urmează:

- Diferențierea între îngrijirea paliativă și medicina paliativă;
- Îngrijirea paliativă pediatrică;
- ÎP pentru minorități.

Au existat câteva dezbateri legate de numărul de ore alocat fiecărei sesiuni din cadrul controlului simptomelor, revizorii indicând alocarea de mai mult timp, iar alții sugerând scurtarea unor elemente (Ex. Îngrijirea tegumentului) pentru a extinde îngrijirea muribundului.

Pentru planificarea în avans a îngrijirii și determinarea fazei terminale/prognosticul s-a considerat că trebuie un interes mai crescut. Câteva provocări au fost ridicate de numărul total de ore de 72, câțiva experți considerând că va fi destul de dificilă extinderea numărului curent de ore la nivel de curricule existente în cadrul facultăților de medicină.

Rezultatele învățării, obiectivele de învățare și alte aspecte sugerate de către experții externi au fost revizuite în cadrul grupurilor tematice. Unde au fost considerate potrivite, recomandările au fost incluse în matricea finală; de exemplu, la Îngrijirea muribundului s-a crescut numărul de ore de la două la trei. Per ansamblu, toți experții abordați au trimis comentarii pozitive copleșitoare legate de matricea acestui curriculum. Aprecierile generale au fost:

- Unitățile de învățare sunt organizate logic;
- Rezultatele învățării acoperă principalele nevoi de instruire;
- Obiectivele de învățare ajută la structurarea sesiunilor de instruire;
- Modalitățile de învățare sunt bine alese;
- Strategiile de evaluare sunt potrivite.

Unul din experți a afirmat:

„Am comparat cu mare atenție acest curriculum cu cel care este aplicat în cadrul facultății de medicină – documentul pregătit este mai bine alcătuit, mult mai cuprinzător și reprezintă o bună bază pentru educația universitară în ÎP. Poate fi folosit ca și exemplu pentru dezvoltarea ulterioară a modului de predare a ÎP în cadrul facultăților de medicină de pretutindeni.”

Forma finală a matricei este prezentată în capitolul 6.

6. Matricea pentru curriculum EDUPALL în îngrijiri paliative pentru facultățile de medicină

6.1: Îngrijirea paliativă de bază; Aspecte psihosociale și spirituale.

Subiect	Sesiune	Rezultatele învățării	Obiective de învățare: Cognitiv/ Cunoștințe și înțelegere	Obiective de învățare: Abilități/ Aptitudini practice	Obiective de învățare: Atitudini/ Competențe personale	Mod de învățare Metode de predare	Metodă de evaluare	EAPC REC Syllabus
Îngrijirea paliativă de bază 5%	Îngrijirea paliativă ca disciplină integrată 3 hr	Descrierea și discutarea critică a evoluției, filozofiei și practicii îngrijirii paliative	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definirea îngrijirii paliative 2. Explicarea principiilor holistice în îngrijirea paliativă. 3. Discutarea traiectoriei bolii 4. Înțelegerea impactului asupra pacienților și familiilor acestora, a trăirii cu o condiție limitatoare de viață. 5. Explicarea modului în care îngrijirea paliativă își găsește locul în medicină și pe agenda de sănătate publică. 6. Discutarea provocărilor cu care se confruntă dezvoltarea îngrijirilor paliative la nivel local, național și internațional în viitor. 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea și justificarea integrării îngrijirii paliative în medicină. 2. Identificarea și adresarea provocărilor/ înțelegerilor greșite legate de îngrijirea paliativă. 3. Descrierea valorii integrării îngrijirii paliative pe parcursul modificării tratamentului bolii (ex. Terapii paliative oncologice) . 4. Recunoașterea și respectarea responsabilităților profesionale de a îngriji persoanele cu boli limitatoare de viață și familiilor lor, pentru a asigura confort și demnitate. 	Învățare Online + Curs	Întrebări cu răspuns scurt Examen	Dezvoltarea internațională a ideii de centru hospice și îngrijire paliativă Definiții ale îngrijirii paliative
	Îngrijirea paliativă în mediul spitalelor și a comunităților 3 hr	Demonstrarea înțelegerii tipurilor, nivelelor și integrării serviciilor de îngrijirii paliative atât în îngrijirea adulților, cât și a copiilor.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrierea rolului pe care medicul îl are în oferirea de îngrijiri paliative. 2. Diferențele dintre generalist și specialist în îngrijiri paliative. 3. Descrierea rolului pe care îl au în îngrijirea paliativă diferite profesii conexe : Fizioterapie; Terapie ocupațională; Asistență socială; Psihologie și spiritualitate. 4. Înțelegerea practicii și provocărilor îngrijirii paliative în diferite contexte organizaționale (Spital/Comunitate/Hospice). 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea și respectarea responsabilităților profesionale de a îngriji persoanele cu boli limitatoare de viață și familiilor acestora (inclusiv recunoașterea nevoilor grupurilor vulnerabile/minoritare) 	Vizite în centre Hospice și la domiciliu cu echipe de îngrijiri paliative + Învățare Online + Seminar		Tipuri de organizare: ambulatoriu; unitate cu paturi; consultații.

Aspecte psihosociale si spirituale 20%

Pierderea, jelirea și doliul 3 hr	Înțelegerea cauzelor și a răspunsurilor la pierdere și doliu a pacienților cu boli cronice (și ale familiilor lor)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarea și descrierea pierderilor (și impactului acestora) pe care pacienții și familiile lor le întâmpină pe parcursul bolii (și pentru familii, după moarte). 2. Diferența dintre pierdere, jale, doliu și jelire. 3. Descrierea tiparurilor normale de doliu. 4. Identificarea modelelor comune de pierdere/jale și descrierea valorii lor practice incluzând doliul complicat. 	1. Demonstrarea înțelegerii și a abilității de a recunoaște factorii de risc pentru răspunsurile complicate la pierdere/ doliu a pacientului și familiei acestuia.		Învățare Online, Curs si Seminar + Practică la patul pacientului	MCQ Întrebări cu răspuns deschis	<p>Reacții psihosociale la boli cronice, suferință și pierdere.</p> <p>Impactul asupra pacientului și familiei acestuia a pierderii independenței, rolului, aspectului fizic, sexualității și auto-valoarea percepută.</p>
Îngrijirea psihosocială 3 hr	Înțelegerea impactul bolii asupra funcționării psihologice și sociale a pacienților cu boli cronice (și a familiilor acestora).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarea și descrierea schimbărilor de roluri și efectele (psihologice, sociale și spirituale) asupra pacientului și familiei sale. 2. Identificarea modului în care cultura (inclusiv religia) și diferențele etnice pot avea un impact asupra ajustării psihosociale la boală. 3. Descrierea așteptărilor și rolurilor din cadrul echipei multidisciplinare în sprijinirea / oferirea de asistență psihologică și socială. 	1. Demonstrarea înțelegerii empatică a răspunsurilor psihologice la stres / pierdere și legătura dintre gestionarea situației într-un mod adecvat și disfuncțiile / tulburările psihologice.	1. Arată un angajament de a sprijini și de a se implica în tratarea problemelor psihosociale.	Seminar + Practică la patul pacientului	OSCE + Întrebări cu răspuns scurt	<p>Dinamica familiei.</p> <p>Diferențele etnice, sociale și religioase.</p> <p>Strategii de gestionare a situației într-un mod adecvat.</p>
Aspecte practice la sfârșitul vieții pentru pacienți și familii 3 hr	Înțelegerea provocărilor la sfârșitul vieții pentru pacienții cu boli cronice și familiile acestora.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarea și explicarea provocărilor cheie în pregătirea pentru sfârșitul vieții a pacienților și familiilor acestora. 2. Identificarea serviciilor ce pot fi accesate pentru a acorda ajutor pacienților și familiilor pentru a rezolva problemele practice, financiare și juridice - și explicarea cum funcționează astfel de servicii. 	1. Demonstrarea modului în care medicul poate susține preocupările legate de aspectele practice și financiare la sfârșitul vieții.		Curs + Material online + Seminar cu învățare experimentală	OSCE + Întrebare cu răspuns scurt	<p>Rezolvarea problemelor practice, financiare și juridice aproape de sfârșitului vieții.</p> <p>Facilitarea metodelor prin care rudele și prietenii pot veni, din țară și din străinătate, să viziteze o persoană pe moarte.</p>

<p>Îngrijirea spirituală</p> <p>3 hr</p>	<p>Înțelegerea importanței evaluării și susținerii nevoilor spirituale ale pacienților și familiilor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definirea îngrijirii spirituale și explicarea relației / diferențelor dintre spiritualitate și religie. 2. Descrierea modului în care aspectele spirituale afectează persoanele cu boli limitatoare de viață și familiile lor, pe tot parcursul îngrijirii. 3. Explică rolul medicului (și a echipei multidisciplinare) în ceea ce privește îngrijirea spirituală. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea semnelor ce indică nevoi / suferințe spirituale. 2. Demonstrarea disponibilității de a iniția discuții care adresează preocupările spirituale ale pacienților / familiei. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea importanței dimensiunii spirituale în susținerea sănătății fizice și mintale. 	<p>Seminar despre povestea pacientului</p> <p>+</p> <p>Resurse online</p>	<p>MCQ</p> <p>Întrebări deschise</p> <p>Evaluarea planului de îngrijire</p>	<p>Spiritualitate: speranță; revizuirea vieții; credințe; sens; coerență.</p>
---	---	---	---	--	---	---	---

6.2 Evaluarea și managementul durerii

Subiect	Sesiune	Rezultatele învățării	Obiective de învățare: Cognitiv/ Cunoștințe și înțelegere	Obiective de învățare: Abilități/ Aptitudini practice	Obiective de învățare: Atitudini/ Competențe personale	Mod de învățare Metode de predare	Metodă de evaluare	EAPC REC Syllabus
Evaluarea și managementul durerii 25%	Durerea și durerea totală în îngrijirea paliativă 2 ore	Înțelegerea durerii ca o experiență multidimensională	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrierea cauzelor și efectelor diferitelor tipuri de durere care pot afecta pacienții. 2. Explicarea conceptului de "durere totală". 3. Înțelegerea că durerea este influențată de mai mulți factori, cum ar fi gândurile, activitatea, starea de spirit și stresul. 4. Diferențierea între durere și suferință. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarea elementelor durerii totale în evaluarea durerii clinice. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflectarea asupra naturii multidimensionale a durerii, luând în considerare durerea ca pe o deteriorare a structurii și funcției corpului, care la rândul său limitează activitatea și participarea. 2. Conștientizarea faptului că există mai multe metode pentru ameliorarea durerii în afară de medicamente. 	<p>Curs ½ oră</p> <p>Activități on-line (de exemplu IASP, explorarea experiențelor pacienților cu durere)</p> <p>+</p> <p>Seminar / Lucrări clinice / practice. 1 ½ oră</p>	<p>Întrebări cu răspuns scurt legate de studiile de caz</p> <p>OSCE - Demonstrarea abordării holistice pentru evaluarea durerii</p>	<p>Definiție și concepte de durere.</p> <p>Conceptul de "durere totală".</p>
	Fiziopatologia, clasificarea și măsurarea durerii 4 ½ h	<p>Dezvoltarea abilităților și competențelor clinice în evaluarea completă și corectă a durerii.</p> <p>Formularea diagnosticul durerii</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diferențierea între tipurile de durere: acută, cronică, nociceptivă și neuropatică. 2. Recunoașterea caracteristicilor comune ale durerii viscerale, somatice și neuropatice. 3. Descrierea mecanismelor comune de durere; receptorii, căile de transmitere și modularea a durerii, centrele nervoase. 4. Discutarea despre principiile evaluării multidimensionale a durerii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizarea de instrumente / scale/ aplicații validate pentru evaluarea durerii pentru copii și pacienți cu insuficiență cognitivă. 2. Demonstrarea capacității de a efectua o evaluare aprofundată, pentru a înțelege durerea din perspectiva holistică. 3. Formularea diagnosticului de durerii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflectarea asupra modului în care durerea cronică afectează calitatea vieții pacientului și necesitatea unei evaluări complete. 	<p>Învățarea experimentală prin observarea la pat.</p> <p>Simulare / demonstrație clinică (pacient).</p> <p>Învățarea bazată pe caz și resurse video</p> <p>Instrumente de gestionare a durerii prin activități on-line.</p> <p>Curs 1 ora + activitati online 1 ½ ore</p> <p>Lucrări clinice / practice 2 ore</p>	<p>Formativ - Observarea evaluării durerii</p>	<p>Anatomie, patofiziologie.</p> <p>Mecanisme de durere nociceptivă (durere osoasă, durere de țesut moale și durere viscerală).</p> <p>Mecanismele durerii neuropatice.</p> <p>Recunoașterea caracteristicilor durerii cronice.</p>
	Principiile tratamentului durerii 8 ore	Înțelegerea complexității gestionării durerii în îngrijirea paliativă și importanța combinării tratamentului non-farmacologic cu tratamentul	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicarea principiilor de prescriere adecvată într-un cadru de îngrijire paliativă. 2. Conturarea factoriilor care influențează alegerea dintre opțiunile de gestionare a durerii. 3. Descrierea abordărilor non-farmacologice comune privind gestionarea durerii. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prescrierea dozelor, formelor și metodelor de administrare adecvate pentru cazurile de durere date, inclusiv prescrierea pentru durere de useu. 2. Calcularea și ajustarea dozei de morfină. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cunoașterea metodelor farmacologice și non-farmacologice pentru gestionarea durerii. 2. Depășirea îngrijorărilor/ temerilor legate de utilizarea morfinei pentru durere severă. 	<p>Învățarea experimentală prin observarea la pat</p> <p>Învățarea bazată pe caz</p> <p>Seminar + Studiu auto-direcționat</p>	<p>Principii de tratament farmacologic.</p> <p>Farmacocinetica și dinamica opioidelor, non-opioide și analgezice</p>	

		farmacologic care prescrie medicamente pentru durere și co-analgezice bazate pe farmacocinetica medicamentelor.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Discutarea despre scara durerii OMS și despre utilizarea acesteia pentru gestionarea durerii cauzate de cancer. 5. Prezentarea medicamentelor analgezice și co-analgezice: farmacocinetica și farmacodinamica. 6. Descrierea modului de începere a tratamentului cu opioide în durerile de cancer: inițierea, titrarea. 7. Explicarea efectelor secundare ale opioidelor și modul de gestionare a acestora. 8. Corelarea diferitelor medicamente co-analgezice cu caracteristicile dureroase. 			Seminar de grup mic 2 x 2 ore. Lucrare clinică / practică 4 ore		<p>adjuvante.</p> <p>Metodele de administrare a medicamentelor și indicațiile acestora, căi alternative când nu este posibilă administrarea orală.</p> <p>Gestionarea durerii non-farmacologice.</p>
Bariere în managementul durerii 2 ore	<p>Demonstrarea înțelegerii legislației țării privind utilizarea opioidelor.</p> <p>Dovedirea analizării și înțelegerii miturilor privind utilizarea opioidelor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluarea barierelor actuale în managementul durerii: politicile naționale și internaționale; și mituri populare privind opioidele. 2. Înțelegerea cerințelor legale pentru prescrierea morfinei. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstrarea modului de abordare a credințelor false privind gestionarea durerii ce aparțin pacienților/ familiilor/ altor profesioniști. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reflectarea asupra impactului negativ al miturilor existente legate de utilizarea opioidelor asupra comlianței pacientului cu tratamentul analgezic. 2. Considerarea gestionării durerii o prioritate și pledarea pentru amelionarea durerii pacienților. 	<p>Activități on-line 1 oră</p> <p>+</p> <p>Seminar/ Lucrări clinice / practice. 1 oră</p>		<p>Probleme organizaționale și juridice.</p> <p>Formulare speciale de prescripție.</p>	

6.3 Evaluarea si managementul simpomelor

Subiect	Sesiune	Rezultatele învățării	Obiective de învățare: Cognitiv/ Cunoștințe și înțelegere	Obiective de învățare: Abilități/ Aptitudini practice	Obiective de învățare: Atitudini/ Competențe personale	Mod de învățare Metode de predare	Metodă de evaluare	EAPC REC Syllabus
Evaluarea și managementul simptomelor 25%	Principiile de evaluare și management al simptomelor 2 ore	Înțelegerea principiilor de bază a evaluării, diagnosticării și tratamentului simptomelor obișnuite în îngrijirile paliative.	1. Discutarea despre principiile de gestionare a simptomelor în funcție de stadiul bolii și de impactul asupra pacientului și a familiei acestuia. 2. Analiza asemănărilor / diferențelor în managementul simptomelor în abordarea curativă vs. abordarea îngrijirii paliative. 3. Descrierea principiul medicației continue și "la nevoie".	1. Utilizarea unei abordari sistematice (de ex. Cadru OPQRSTUV) pentru a investiga simptomele atunci când se efectuează o evaluare holistică.	1. Identificarea importanței obiectivelor și îngrijorărilor indivizilor cu privire la tratament. 2. Explicarea valorii unei abordări interdisciplinare de evaluare a simptomelor.	Predarea la clasa 1 oră + Învățare experiențială prin observare la pat – 1 oră	Formativ - Observare (Practică clinică / Simulare) + Întrebări cu răspuns scurt Analiza structurată a bazei de dovezi pentru un simptom.	Tratament curativ Tratament paliativ Medicină paliativă Opțiuni interdisciplinare
	Evaluarea și managementul simptomelor fatigabilității, digestive și respiratorii în îngrijirile paliative 8 ore	Evaluarea și gestionarea simptomelor obișnuite în îngrijirea paliativă utilizând cele mai bune protocoale de îngrijire.	1. Descrierea cauzelor frecvente ale simptomelor obișnuite, cum ar fi: constipația; diaree; greață / vărsături; anorexie / Cașexie; fatigabilitate; probleme orale (xerostomie, disfagie); dispnee și tuse. 2. Descrierea și justificarea planurilor de gestionare, încorporând abordări farmacologice și non-farmacologice de îngrijire.	1. Explicarea și acordarea de consiliere / educare persoanelor cu boli limitatoare de viață, în contextul gestionării simptomelor.	1. Reflectarea asupra modului în care fiecare simptom afectează calitatea vieții pacientului. 1. Examinarea limitelor farmacoterapiei în ameliorarea tuturor simptomelor - și rolul medicilor în sprijinirea pacienților.	Învățare online 6 ore + Seminar/ Învățare experiențială prin observare la pat – 2 ore		Simptome gastrointestinale. Anorexie, cașexie și fatigabilitate Îngrijirea orală Simptome respiratorii
	Boli dermatologice 2 ore	Evaluarea (prevenirea) și gestionarea afecțiunilor dermatologice asociate bolilor limitatoare de viață, utilizând cele mai bune protocoale de îngrijire.	1. Prezentarea principalelor semne și simptome ale afecțiunilor dermatologice în îngrijirea paliativă (escare, limfedem, tumori exulcerate).	1. Elaborarea unui plan de management pentru pacienții cu afecțiuni dermatologice pentru a asigura ameliorarea simptomelor, inclusiv abordări farmacologice și non-farmacologice. 2. Demonstrarea capacității de a explica abordările pentru prevenirea dezvoltării unor afecțiuni dermatologice, cum ar fi escarele și limfedemul.	1. Adoptarea practicii controlului de rutină pentru afecțiuni dermatologice (de exemplu, locurile comune de formare a escarelor).	Învățare online - 1 oră Seminar- practică clinică – 1 oră		Simptome dermatologice
	Tulburări neuropsihiatrice	Evaluarea, prevenirea și gestionarea	1. Prezentarea principalelor semne și simptome ale tulburărilor neuropsihiatrice în îngrijirea	1. Elaborarea unui plan de tratament pentru pacienții cu tulburări neuropsihice	1. Identificarea impactului funcțional și psihic al disconfortului cauzat	Învățare online 2 ore +		Simptome neuropsihiatrice

3 ore	simptomelor neuropsihiatrice necomplicate asociate bolilor limitatoare de viață, utilizând cele mai bune protocoalele de îngrijire.	paliativă, inclusiv: deliriu; depresia; insomnie. 2. Descrierea cauzelor tulburărilor neuropsihiatrice și explicarea principiilor managementului clinic, inclusiv abordările farmacologice și non-farmacologice.	necomplicate .	de tulburările neuropsihiatrice atât asupra pacientului, cât și asupra familiei.	"Flipped classroom" 1 oră	
Îngrijirea pacientului pe moarte 3 ore	Recunoașterea, evaluarea și gestionarea îngrijirii pacientului pe moarte, folosind cele mai bune protocoalele de îngrijire.	1. Prezentarea celor cinci semne obișnuite că un pacient moare. 2. Descrierea metodelor și instrumentelor de prognostic, precum și limitele acestora. 3. Discutarea cauzelor potențial reversibile ale deteriorării clinice. 4. Descrierea cele 10 principii ale gestionării pacienților în ultimele zile și ore ale vieții.	1. Prescrierea anticipativă pentru principalele simptome ale pacienților care mor. 2. Explicarea situației pacientului și familiei acestuia	1. Acceptă faptul că îngrijirea unui pacient care moare este parte a meseriei unui medic. 1. Reflectarea asupra provocării schimbării obiectivelor pentru un pacient, de la îmbunătățirea calității vieții până la oferirea de confort și o moarte demnă.	Învățare online 2 ore + Seminar / Învățare experimentală prin observație la patul pacientului - 1 oră	Îngrijirea pacienților la sfârșitul vieții
Urgențe în îngrijirea paliativă 1 oră	Explicarea a ce se înțelege prin urgențe în îngrijirea paliativă. Recunoașterea și asigurarea gestionării în timp util a urgențelor în îngrijirea paliativă.	1. Prezentarea urgențelor majore în îngrijirea paliativă 2. Recunoașterea și descrierea semnelor care ar putea indica o urgență în îngrijirile paliative (hipercalcemie, compresia medulară, sindrom venă cavă superioară etc.) 3. Explicarea modului adecvat de a răspunde la urgențele de îngrijire paliativă și descrierea unui plan de management. 4. Descrierea impactului urgențelor clinice pentru pacient și familie.			Învățare online - 1 oră	Urgențe în îngrijirea paliativă

6.4 Aspecte etice și legale; Comunicare; munca în echipă și auto-reflexia.

Subiect	Sesiune	Rezultatele învățării	Obiective de învățare: Cognitiv/ Cunoștințe și înțelegere	Obiective de învățare: Abilități/ Aptitudini practice	Obiective de învățare: Atitudini/ Competențe personale	Mod de învățare Metode de predare	Metodă de evaluare	EAPC REC Syllabus
Aspecte etice și legale 5%	Luarea deciziilor și modelele de îngrijire 1 oră	Înțelegerea principiilor etice care stau la baza modelelor de îngrijire și procesul decizional asociat.	<ol style="list-style-type: none"> Descrierea principiilor etice de bază pentru îngrijirea paliativă.) Compararea critică a modelelor de îngrijire. Explicarea pașilor implicați în procesul de luare a deciziilor. 	<ol style="list-style-type: none"> Aplicarea pașilor implicați în procesul decizional într-un caz dat. Utilizarea teoriei etice pentru a justifica practica clinică. 	1. Reflectarea asupra importanței principiilor și regulilor etice în luarea deciziilor în îngrijirea paliativă.	Online 2 ore + Seminar interactiv - 1 oră	MCQ + Reflecții pe un studiu de caz furnizat	Discutarea procesului de luare a deciziilor în îngrijirile paliative, în special retragerea sau întreruperea tratamentului. Parteneriat vs modele paternaliste (opțional)
	Planificarea anticipată a îngrijirii 1 oră	Descrierea importanței planificării anticipate a îngrijirii ca modalitate de prevenire a tratamentului nedorit și inutil.	<ol style="list-style-type: none"> Definirea planificării anticipate a îngrijirii și explicarea importanței acesteia. Descrierea etapelor procesului de planificare anticipată a îngrijirii, cum ar fi modelul în 5 pași. Recunoașterea principiilor etice și juridice care stau la bază și promovează implicarea pacientului / familiei în planificarea îngrijirii. Explicarea conceptului de întrerupere a unor tratamente și oferirea de exemple a unor tratamente inutile în îngrijirea paliativă. 	1. Demonstrarea pașilor implicați în procesul de planificare anticipată a îngrijirii într-un caz dat.	1. Cunoașterea drepturilor morale și legale ale pacienților (și familiilor) de a fi pe deplin informați (după cum este necesar) și de a participa la deciziile privind îngrijirea viitoare.			Negocierea și aplicarea neresuscitării Explorarea planificării asistenței avansate
	Îngrijire paliativă, suicid asistat (SA) și eutanasiu 1 oră	Evaluarea critică a îngrijirii paliative ca drept uman.	<ol style="list-style-type: none"> Descrierea cadrului juridic internațional și național care sprijină dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative. Explicarea conceptului de sedare în îngrijirea paliativă și diferențele dintre sedarea paliativă / suicidul asistat/ eutanasiu; și care sunt factorii care pot solicita SA / Eutanasiu. 	1. Evaluarea cererilor individuale de eutanasiu și SA și factorii lor de origine (personal, psihologic, spiritual, social, cultural, economic și demografic)	1. Reflectarea asupra îngrijirii paliative ca drept uman pentru toți. (online + auto-învățare)			Distincția dintre îngrijirea paliativă și eutanasiu: efect dublu Etica și diferențierea juridică în contextul național și internațional eutanasiu / SA Îngrijirea paliativă ca drept uman: justiție și acces

<p>Comunicarea cu pacientul și familia acestuia: evaluarea</p> <p>2 ore</p>	<p>Înțelegerea modului de evaluare completă a unui pacient și familia acestuia într-un context de îngrijire paliativă.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Înțelegerea procesului și strategiilor necesare pentru efectuarea unei evaluări centrate pe pacient. 2. Descrierea procesului de verificare a înțelegerii de către pacient a bolii și a mecanismelor de adaptare. 3. Capacitatea de a identifica trăsăturile individuale și specifice ale comunicării pacientului. 	<p>1. Demonstrarea capacității de a efectua o evaluare holistică unui pacient care necesită îngrijiri paliative.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea necesității de a aborda toate preocupările pacienților - medicale, psihologice, sociale și spirituale. 2. Recunoașterea unicității fiecărui pacient (etnic, cultural, spiritual și educațional) și importanța evaluării înțelegerii asupra bolii a pacientului / familiei. 	<p>Seminar + Simulare / instruire la pat</p> <p>3 ore</p>	<p>Observație clinică (Formativă) + OSCE</p> <p>Reflecții scrise</p>	<p>Percepția atitudinii pacientului față de boala sa</p>
<p>Planificarea și desfășurarea întâlnirilor cu familia</p> <p>1 oră</p>	<p>Înțelegerea modului de evaluare completă a unui pacient și familiei acestuia într-un context de îngrijire paliativă.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrierea situațiilor care solicită organizarea unor întâlniri de familie. 2. Explicarea pașilor necesari pentru organizarea unei întâlniri de familie. (online) 	<p>1. Demonstrarea capacității de a dezvolta un plan pentru o întâlnire de familie ca răspuns la problemele întâlnite.</p>	<p>1. Respectarea contribuției membrilor familiei și implicarea în procesul de luare a deciziilor și de îngrijire.</p>			<p>Probleme de comunicare specifice: discuțiile cu rudele</p>

Comunicare 15%

<p>Competențe de bază pentru comunicare în îngrijirea paliativă</p> <p>3 ore</p>	<p>Înțelegerea aplicării practice și a efectului abilităților de comunicare de bază.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Descrierea și distingerea problemelor de comunicare în cadrul relațiilor cheie: medic - pacient; pacient - familie; medic - medic. 2. Utilizarea ascultării active în diverse întâlniri medicale. 3. Descrierea a minim 5 tehnici de facilitare a comunicării și ascultării active. 4. Înțelegerea și explicarea efectelor empatiei în îngrijirea clinică. 5. Reflectarea critică asupra propriilor puncte forte și a domeniilor de îmbunătățire a aplicării abilităților de comunicare în practica medicală. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demonstrarea capacității de a aplica o abordare centrată pe persoană atunci când se comunică cu pacienții, familia și colegii. 2. Demonstrarea ascultării active și utilizarea corespunzătoare a competențelor de facilitare a consultărilor clinice. 3. Efectuarea unei autoevaluări a abilităților proprii de comunicare pe baza unui model dat. 4. Căutarea și discutarea feedback-ului primit cu privire la propriile abilități de comunicare. 	<p>1. Recunoașterea importanței abilităților de comunicare în practica medicală și depunerea eforturilor pentru a le îmbunătăți în mod constant.</p>	<p>Online – MOOC + Practică la patul pacientului 3 ore</p>	<p>Modele de comunicare</p> <p>Conștientizarea de sine Cunoașterea punctelor forte și a punctelor slabe ale abilităților de comunicare</p>
<p>Provocări de comunicare în îngrijirile paliative: <i>Comunicare vești proaste</i></p> <p>2 ore</p>	<p>Evaluarea și răspunderea la situațiile dificile care pot apărea prin utilizarea abilităților și strategiilor de comunicare facilitativă.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea momentelor în care informațiile pot fi percepute ca "vești proaste". 2. Înțelegerea aprofundată a secvențialității și a relației dintre pașii de comunicare a veștilor proaste (de la un model acceptat - de exemplu SPIKES). 	<p>1. Demonstrarea abordării centrate pe pacient pentru a comunica veștile proaste pentru pacienții și membrii familiei.</p>	<p>1. Valorificarea dorințelor individuale ale pacienților și ale familiilor acestora - răspunderea prin comunicarea empatică centrată pe pacient</p>	<p>Online + Seminar interactiv / Simulare / Practică la patul pacientului</p>	<p>Modele de comunicare eficientă (SPIKES)</p>
<p>Provocările de comunicare în îngrijirea paliativă: <i>Conflictul</i></p> <p>2 ore</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarea a ceea ce provoacă furie și conflicte la pacienți, la familia lor și la echipa multidisciplinară. 2. Recunoașterea și contrastul diferitelor tipuri de comunicare în conflict (asertiv, pasiv și agresiv) cu implicații pentru practica clinică. 	<p>Demonstrarea utilizării strategiilor de comunicare atunci când sunt situații de conflicte / agresiuni în situații clinice.</p>		<p>Seminar interactiv / Simulare</p>	<p>Aparținători furioși; aparținători exigenți, opiniile divergențe între aparținători</p>
<p>Provocări de comunicare în îngrijirea paliativă: <i>Confruntarea cu conspirația tăcerii</i></p> <p>2 ore</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluarea motivului pentru care membrii familiei pot solicita conspirația tăcerii. 2. Explicarea impactului conspirației tăcerii asupra pacienților, familiilor și echipei profesionale. 	<p>1. . Demonstrarea pașilor unei strategii / algoritm acceptate pentru a trata coluziunea.</p>	<p>1. Reflectarea asupra drepturilor privind confidențialitatea, onestitatea și autonomia pacientului și a familiei / datorია de îngrijire.</p>	<p>Online + Seminar interactiv / Simulare / Practică la patul pacientului</p>	<p>Confruntarea cu conspirația tăcerii</p>

Munca în echipă și auto-reflexie 5%	Lucrul în echipă și dinamica echipei 2 ore	Explicarea muncii în echipă în contextul îngrijirii paliative.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discutarea despre diferențele dintre munca personală, munca în grup și munca în echipă. 2. Explicarea motivului pentru care munca în echipă din îngrijirea paliativă asigură cea mai bună îngrijire pentru pacient. 3. Înțelegerea faptului că dinamica echipelor de îngrijire paliativă se bazează pe munca / cooperarea interdisciplinară. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicarea abilităților de comunicare în echipă: ascultarea ideilor membrilor echipei; explicarea ideilor proprii; conștientizarea sentimentelor celorlalți membri ai echipei. 1. Reflectarea asupra activităților echipei și interacțiunilor membrilor echipei. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicarea în echipă se bazează pe respectarea valorilor celorlalți membri ai echipei. 	Online + seminar + Învățare autodidactă	Test de evaluare a situației bazat pe o situație de lucru în echipă online	<p>Rolurile și responsabilitățile îngrijirii paliative</p> <p>Echipele multidisciplinare și delegarea eficientă</p> <p>Cum se lucrează în echipă</p>
		Solicitarea ajutorului și sprijinului în contextul muncii în echipă.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea diferitelor roluri profesionale și complementaritatea lor în echipele de îngrijire paliativă. 2. Înțelegerea că munca în echipă împuternicește capacitatea echipei și membrii echipei. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acordarea și primirea feedback-ului. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Înțelegerea modului în care atitudinea influențează echipa și membrii echipei, într-un mod pozitiv sau negativ. 			
	Auto - Îngrijire 1 oră	Înțelegerea impactului muncii zilnice asupra propriei bunăstări și a importanței auto-îngrijirii.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașteți impactul emoțiilor și suferinței pacientului asupra lui. 2. Identificați semnele de oboseală profesională. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicarea celor mai utile obiceiuri de auto-îngrijire / recuperare pentru sine. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorile conștiinței de sine, auto-reflecție și auto-îngrijire. 	Testimoniale + Seminar – 1 oră	Scriere reflectivă despre un subiect legat de îngrijirea paliativă	Prevenirea și evitarea burn-out-ului Mindfulness sau alte tehnici Percepții ale rolului medicului (salvator vs vindecător)
	Limitele și obiectivele medicinei 1 oră	Înțelegerea și acceptarea schimbării obiectivelor de îngrijire în timpul traiectoriei bolii.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recunoașterea limitelor de "vindecători". 2. Înțelegerea faptului că întodeauna mai este ceva ce poate fi făcut. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moartea este o parte a vieții și nu este un subiect tabu. 				

7. Implementarea și evaluarea curriculumului

Cu un model de curriculum elaborat, trebuie luate în considerare mai multe aspecte înainte de implementarea adecvată a curriculum-ului.

7.1 Perioada de pregătire în îngrijiri paliative

Nu există dovezi clare despre momentul ideal pentru studenții la medicină pentru a afla mai multe despre ÎP și nu există sugestii sau recomandări în cadrul Recomandărilor EAPC. Într-o revizuire sistematică a formării în ÎP, Lloyd-Williams și MacLeod nu au găsit dovezi care să indice o perioadă optimă pentru a învăța principiile și practica ÎP [42]. Cu toate acestea, într-o analiză a impactului educației în ÎP pe parcursul celor șase ani de formare medicală de la Cambridge, Barclay și colegii săi au remarcat tendința studenților de a avea o atitudine mai pozitivă pentru a face practică clinică în ultimii ani (4-6 ani) și o atitudine negativă cu privire la pregătirea clinică în primii ani de studiu (anii 1-3) [43].

Fără dovezi clare cu privire la momentul optim pentru a învăța despre ÎP, grupul EDUPALL și-a revizuit propria experiență de formare. S-a constatat că pregătirea a avut un impact semnificativ în ultimii ani de practică, odată ce s-au obținut suficiente cunoștințe științifice și experiență clinică practică, permițând concentrarea pe pacient și pe ÎP în contextul îngrijirii clinice. De asemenea, s-a constatat că este necesară o perioadă distinctă de timp în care să se concentreze în mod special asupra ÎP, spre deosebire de pregătirea integrată în cadrul altor formări de specialitate, pentru a asigura claritatea conceptuală asupra locului ÎP în îngrijirea clinică. Cu toate acestea, sesiunile de inițiere scurte ar trebui angajate în primii ani, ca lucrări pregătitoare în programa de ÎP.

7.2 Locul îngrijirii paliative în cadrul curriculelor medicale existente

O provocare cheie pentru cei care doresc să promoveze ÎP în formarea pentru licență este găsirea locului necesar într-un curriculum medical deja aglomerat. Într-un sondaj al coordonatorilor de curriculum, Gibbins [44] remarcă opt factori care pot contribui la facilitarea adoptării și integrării ÎP în cadrul un curriculum existent;

1. Demonstrarea necesității la nivel național / local prin ghiduri naționale;
2. Stabilirea unui curriculum: acces la un curriculum bine dezvoltat;

3. Lider entuziast: clinician cu experiență profesională și educațională, cu sprijin instituțional adecvat;
4. Sprijinul unei universități / facultăți: sprijin la nivel înalt;
5. Examen: este esențial să se susțină / stabilească întrebări cu privire la examenul de sfârșit de an / finale;
6. Evaluare: Impactul educației și formării asupra dezvoltării studenților și, dacă este posibil, a îngrijirii pacienților;
7. Finanțare: sprijin pentru coordonatorii de program și facilitarea accesului în servicii clinice/existența mentorilor.
8. Acorduri cu instituții ce oferă servicii de ÎP: oferirea de oportunități pentru educația clinică.

Cheia în cadrul factorilor evidențiați de Gibbins este necesitatea unui suport în cadrul consiliului / grupului de dezvoltare a curriculumului pentru a promova includerea ÎP în cadrul curriculum-ului existent.

7.3 Dezvoltarea cadrelor didactice și a practicii clinice

Din ce în ce mai mult, deoarece ÎP este identificată ca un element central sau o componentă obligatorie în cadrul educației universitare, trebuie luată în considerare dezvoltarea unor cadre didactice potrivite pentru a sprijini și facilita formarea și parteneriatele cu furnizorii de servicii de ÎP care pot oferi acces la formarea clinică. În consecință, sunt oferite sugestii din partea grupului EDUPALL (Tabelul 3) privind criteriile "ideale" pentru plasamentele clinice adecvate și, respectiv, criteriile minime pentru formatori / lideri de program.

Tabelul 3. Criterii pentru acreditarea a centrelor de ÎP pentru plasamentul clinic

Criterii pentru plasamentele educaționale / clinice	Criterii pentru coordonatorii de program
1. Servicii de ÎP pentru ≥ 2 ani;	1. Un medic;
2. Echipa multidisciplinară stabilită;	2. Specializare / subspecializare de îngrijire paliativă
3. Oportunitate de dezvoltare profesională continuă pentru membrii echipei multidisciplinare;	3. Experiență clinică în ÎP (> 5 ani);
4. Procese de îngrijire aliniate la standardele naționale și / sau legislație;	4. Angajat al unui centru specializat de ÎP (> 50% din timp);
5. Gama de complexitate și diversitate de cazuri (pacienți); cel puțin 20% boli nemaligne;	5. Recunoaștere la nivel academic / instituțional a rolului de coordonator în
6. Numărul de internări pe lună > 20	
7. Capacitatea de a organiza programe educaționale recunoscute;	
8. Infrastructura educațională (sală de predare / acces	

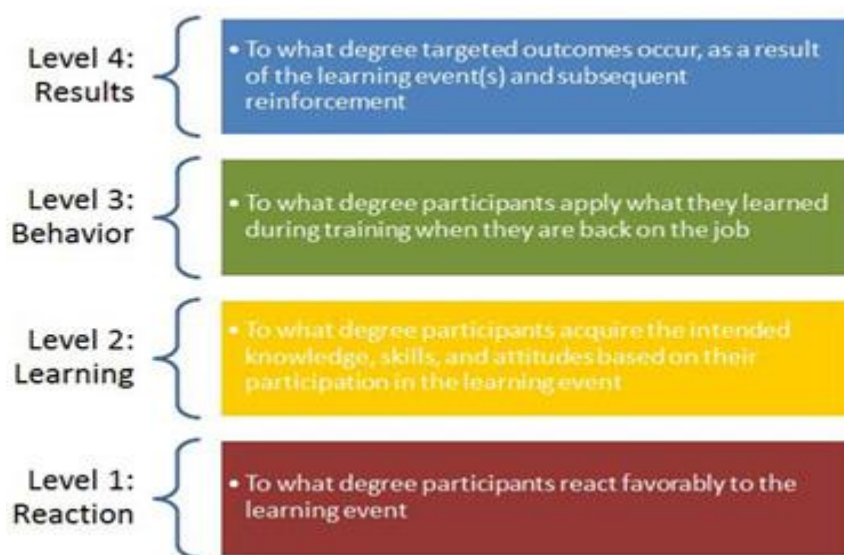
- / suport IT / personal de coordonare?);
9. Acces la materiale informative pentru pacienți, familii și pentru profesioniști (ultimii vor primi acces la bibliotecă);
 10. Oferă acces la mentorat academic și clinic.

- educația ÎP;
6. Instruire anterioară în leadership/pedagogie (de exemplu, Certificat postuniversitar);
 7. Participă la evaluarea reciprocă anuală.

Îndrumări suplimentare privind competențele necesare ale unui profesor clinician bun sunt propuse de Paal et al., sunt: Organizarea învățării; Cunoașterea domeniului și situației curente; Disponibilitatea și dorința de a învăța; Predarea și conducerea prin exemplu; Sinceritate [45].
Instruire anterioară în leadership/pedagogie

7.4 Evaluarea efectului și impactului curriculumului

O provocare cheie cu orice educație / formare clinică este evaluarea corespunzătoare a efectelor asupra dezvoltării clinicienilor și a impactului asupra pacienților și a familiilor pe care îi îngrijesc. Pe lângă procedurile oficiale de examen, cum ar fi "cele mai bune răspunsuri la întrebări" și "examinările clinice structurale observate", s-au dezvoltat numeroase abordări noi, încercând să evalueze niveluri mai ridicate de impact, așa cum se subliniază în cadrul efectului lui Kirkpatrick (figura 2) [46] .



Au fost raportate pe scară largă abordări inovatoare, inclusiv revizuri de scriere reflectivă [47] sau instrumente mai tradiționale de evaluare formală [43]. O abordare care permite evaluarea

unei cohorte mari și are capacitatea de a stabili repere regionale și naționale este Instrumentul IMEP [49]. Instrumentul de evaluare IMEP este o evaluare psihometrică validată, susținută modelul teoretic elaborat de Bandura [50] . Instrumentul IMEP este disponibil într-un format electronic care permite accesul facil la înregistrare și recuperarea datelor și pot fi prezentate în mai multe versiuni traduse: în prezent există șapte versiuni traduse EORTC ale instrumentului IMEP disponibile, cu două versiuni disponibile electronic.

8. Concluziile și acțiuni viitoare

Având în vedere faptul că evoluția demografică a populației europene are ca rezultat o nevoie crescută și o cerere crescută de servicii de ÎP, curriculumul EDUPALL este un prim pas în asigurarea pregătirii medicilor de "mâine" pentru a răspunde acestei nevoi. Curriculum-ul descris se bazează pe recomandările EAPC actualizate din 2013, conceput ca un curriculum combinat de 72 de ore față către față și online, cu 3 credite ECTS. Curriculum-ul acoperă șapte teme majore: Bazele ÎP; Probleme psihosociale și spirituale; Managementul durerii; Managementul simptomelor; Probleme etice și juridice; Comunicare; și Munca în echipă și auto-reflecție. Combinația dintre experiența membrilor consorțiului EDUPALL, combinată cu contribuția experților evaluatori stabiliți, a dus la un curriculum care este relevant pentru comunitatea europeană și internațională la o scară mai largă. Curriculumul EDUPALL oferă, de asemenea, oportunitatea de a stabili un prag de calitate de referință asupra pregătirii și educației universitare în Europa.

Obiectivul general al proiectului EDUPALL este dezvoltarea unui curriculum universal adaptabil și aplicabil, disponibil în mai multe limbi. EDUPALL va oferi o platformă pentru o mai mare integrare a ÎP în cadrul programelor de pregătire medicală în Europa.

Acțiuni viitoare pentru EDUPALL

Având în vedere matricea Curriculum-ului, următoarele etape ale proiectului EDUPALL sunt:

- Sesiunea de planificare: Dezvoltarea și perfecționarea planurilor educaționale pentru susținerea unităților didactice;
- Pregătirea cadrelor didactice: Vor fi dezvoltate abordări pentru susținerea dezvoltării cadrelor didactice în pregătirea pentru livrarea educației de ÎP, inclusiv: revizuirea metodelor de predare; învățarea clinică experimentală; reflecție de sine; învățarea bazată pe probleme; abilități de îndrumare; învățarea îmbunătățită prin tehnologie și metodele de evaluare;
- Implementare: Curriculumul va fi pilotat în șase facultăți de medicină (România și Irlanda) unde studenții vor primi cursuri de formare axate pe domeniile-cheie ale practicii;
- Evaluare: Examinarea efectului curriculumului asupra formării pentru practica viitoare;
- Actualizare: ciclu de 5 ani.

Elementul cheie în următoarele faze va fi stabilirea cerințelor minime pentru facultățile care doresc implementarea curriculumului. De asemenea, asigurarea faptului că predarea la clasă

este însoțită de oportunități practice / clinice pentru ca studenți să își poată și dezvolta abilitățile.

Referenes

1. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2006.
2. Connor SR. Hospice and Palliative Care. New York: Routledge; 2018.
3. World Health Organization. Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2014;28(2):130-4. doi: 10.3109/15360288.2014.911801.
4. Brennan F. Palliative Care as an International Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2007;33(5):494-9.
5. O'Brien T. The Impact of an Aging Population on Palliative Care. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2013;27(4):389-91.
6. Reville B, Foxwell AM. The global state of palliative care—progress and challenges in cancer care. *Annals of Palliative Medicine*. 2014;3(3):129-38.
7. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*. 2018;391(10128):1391-454.
8. Connor SR, Bermedo MCS. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. World Health Organization. 2014. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.
9. World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. 2014.
10. Centeno-Cortes C P-IJ, Lynch T, Donea O, Rocafort J, Clark D. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013 - Cartographic Edition. Milano: EAPC (European Association for Palliative Care); 2013.
11. Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, et al. Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;50(4):516-23.
12. Sweeney C, Lynch G, Khashan A, Maher B, Murphy M, O'Brien T. The impact of a medical undergraduate student-selected module in palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. 2014;4. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000283.
13. Schiessl C, Walshe M, Wildfeuer S, Larkin P, Voltz R, Juenger J. Undergraduate curricula in palliative medicine: a systematic analysis based on the palliative education assessment tool. *J Palliat Med*. 2013;16. doi: 10.1089/jpm.2012.0281.
14. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D. "This is just too awful; I can't believe I just experienced that...": Medical students' reactions to their 'most memorable' patient death. *Acad Med*. 2005;80. doi: 10.1097/00001888-200507000-00005.
15. Ilse B, Alt-Epping B, Kiesewetter I. Undergraduate education in palliative medicine in Germany: a longitudinal perspective on curricular and infrastructural development. *BMC Med Educ*. 2015;15. doi: 10.1186/s12909-015-0439-6.
16. Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in U.S. Medical schools. *Med Educ*. 2014;48. doi: 10.1111/medu.12292.
17. Harden RM, Davis MH, Crosby JR. The new Dundee medical curriculum: the whole that is greater than the sum of its parts. *Med Educ*. 1997;31. doi: 10.1111/j.1365-2923.1997.tb02923.x.
18. Eyigor S. Fifth-year medical Students' knowledge of palliative care and their views on the subject. *J Palliat Med*. 2013;8. doi: 10.1089/jpm.2012.0627.

19. Carrasco M, Lynch TJ, Garralda E. Palliative care medical education in European universities: a descriptive study and numerical scoring system proposal for assessing educational development. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019.
20. Centeno C, Ballesteros M, Carrasco JM, Arantzamendi M. Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. *BMJ Support Palliat Care*. Epub ahead of print 20 May 2014. Doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000646.
21. Radwany SM, Stovsky EJ, Frate DM. A 4-year integrated curriculum in palliative care for medical undergraduates. *Am J Hosp Palliat Care*. 2011;28. doi: 10.1177/1049909111406526.
22. DeCoste-Lopez J, Madhok J, Harman S. Curricular innovations for medical students in palliative and end-of-life care: a systematic review and assessment of study quality. *J Palliat Med*. 2015;18. doi: 10.1089/jpm.2014.0270.
23. Crawford GB, Zambrano SC. Junior Doctors' views of how their undergraduate clinical electives in palliative care influenced their current practice of medicine. *Acad Med*. 2015;90. doi: 10.1097/ACM.0000000000000632.
24. Centeno C, Rodríguez-Núñez A. The contribution of undergraduate palliative care education: does it influence the clinical patient's care? *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2015;9(4):375-91. doi: 10.1097/spc.0000000000000169. PubMed PMID: 01263393-201512000-00010.
25. DeCoste-Lopez J, Madhok J, Harman S. Curricular Innovations for Medical Students in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review and Assessment of Study Quality. *Journal of Palliative Medicine*. 2014;18(4):338-49. doi: 10.1089/jpm.2014.0270.
26. Lehto JT, Hakkarainen K, Kellokumpu-Lehtinen P-L, Saarto T. Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliative Care*. 2017;16(1):13. doi: 10.1186/s12904-016-0182-8.
27. Elsner F CC, Cetto G, De Conno F, Ellershaw JE, Eychmuller S, Filbet M, Larkin P, Mason S. . Recommendations of the EAPC for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European Medical Schools, . 2013.
28. de Bruin J, Verhoef M-J, Slaets JPJ, van Bodegom D. End-of-life care in the Dutch medical curricula. *Perspectives on Medical Education*. 2018;7(5):325-31. doi: 10.1007/s40037-018-0447-4.
29. Barnard D, Quill T, Hafferty FW, Arnold R, Plumb J, Bulger R, et al. Preparing the ground: contributions of the preclinical years to medical education for care near the end of life. Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life. *Academic Medicine*. 1999;74(5):499-505. PubMed PMID: 00001888-199905000-00014.
30. Emanuel LL vGC, Ferris FD. . Goals of EPEC. The Education for Physicians on End-of-Life Care curriculum Participants handbook. . 1999.
31. GMC. Tomorrow's doctor: recommendations on undergraduate medical education. London: 1993.
32. GMC. Outcomes for Graduates London: 2018.
33. Walker S, Gibbins J, Barclay S, Adams A, Paes P, Chandratilake M, et al. Progress and divergence in palliative care education for medical students: A comparative survey of UK course structure, content, delivery, contact with patients and assessment of learning. *Palliative Medicine*. 2016;30(9):834-42. doi: 10.1177/0269216315627125.
34. Eychmüller S, Forster M, Gudat H, Lütolf UM, Borasio GD. Undergraduate palliative care teaching in Swiss medical faculties: a nationwide survey and improved learning objectives. *BMC Medical Education*. 2015;15(1):213. doi: 10.1186/s12909-015-0485-0.

35. Mosoiu D, Mitrea N, Dumitrescu M. Palliative Care in Romania. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2018;55(2, Supplement):S67-S76. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.036>.
36. Group PCCFS. *Palliative Care Competence Framework*. Dublin: 2014
37. Clark D, Armstrong M, Allan A, Graham F, Carnon A, Isles C. Imminence of death among hospital inpatients: Prevalent cohort study. *Palliative Medicine*. 2014;28(6):474-9. doi: 10.1177/0269216314526443.
38. Forum ASI. Association for Palliative Medicine Special Interest Forum – Undergraduate Medical Education meeting. 2014.
39. Noguera A, Robledano R, Garralda E. Palliative care teaching shapes medical undergraduate students' professional development: a scoping review. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2018;12(4):495-503. doi: 10.1097/spc.0000000000000402. PubMed PMID: 01263393-201812000-00017.
40. Carlos C, Thomas S, Liliana dL, Sami A, Eduardo B, Mary C, et al. White Paper for Global Palliative Care Advocacy: Recommendations from a PAL-LIFE Expert Advisory Group of the Pontifical Academy for Life, Vatican City. *Journal of Palliative Medicine*. 2018;21(10):1389-97. doi: 10.1089/jpm.2018.0248. PubMed PMID: 30256135.
41. McIlpatrick S. Assessing palliative care needs: views of patients, informal carers and healthcare professionals. *J Adv Nurs*. 2007;57. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04062.x.
42. Lloyd-Williams M, Macleod RDM. A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. *Medical Teacher*. 2004;26(8):683-90. doi: 10.1080/01421590400019575.
43. Barclay S, Whyte R, Thiemann P, Benson J, Wood DF, Parker RA, et al. An Important But Stressful Part of Their Future Work: Medical Students' Attitudes to Palliative Care Throughout Their Course. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;49(2):231-42. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.06.004>.
44. Gibbins J, McCoubrie R, Maher J, Forbes K. Incorporating palliative care into undergraduate curricula: lessons for curriculum development. *Medical Education*. 2009;43(8):776-83. doi: doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03400.x.
45. Paal P BC, Lorenzl S, Larkin P and Elsner F. Post-graduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. *Palliative and Supportive Care* 2018 in Press.
46. Kirkpatrick, JD. Kirkpatrick, DK. *Evaluating training programs: The four levels*. (3rd ed. San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers; 2006.
47. Rojí R, Noguera-Tejedor A, Pikabea-Díaz F, Carrasco JM, Centeno C. Palliative Care Bedside Teaching: A Qualitative Analysis of Medical Students' Reflective Writings after Clinical Practices. *Journal of Palliative Medicine*. 2016;20(2):147-54. doi: 10.1089/jpm.2016.0192.
48. Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. Palliative Care in Undergraduate Medical Education—How Far Have We Come? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2016;34(8):762-73. doi: 10.1177/1049909116659737.
49. Mason S, Rai A, Colleran P, Elsner F, Centeno C, Ellershaw J. 30 The global imep initiative: an international programme of assessment in undergraduate palliative medicine. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2018;8(Suppl 1):A21-A2. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-ASPabstracts.57.
50. Mason S, Ellershaw J. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. *Medical Education*. 2004;38(10):1103-10. doi: doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01960.x.

Appendix 1 - EDUPALL Consensus Revisions for the EAPC Recommendations for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine.

<i>Supra Theme</i>	<i>Knowledge</i>	<i>Comprehension for</i>
1. Basic of Palliative Care		No revisions and/or addition
2. Pain and Symptom Management	<p>Bowel Obstruction</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Treatment options for partial or complete bowel obstruction</i> - <i>Surgical and non-surgical</i> - <i>Pharmacological and non-pharmacological</i> <p>Pulmonary Symptoms: Dyspnoea</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Non-Pharmacological approaches</i> - <i>Principles and mechanisms of action of oxygen therapy</i> - <i>Assessment of patients and/or families concerns re breathlessness / suffocation</i> <p>Pulmonary Symptoms: Cough</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Causes, mechanisms and management (Pharmacological and non-pharmacological)</i> <p>Neuropsychiatric Symptoms</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Coma</i> <p>Hydration (was added as a Symptom)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Oedema</i> - <i>Types and Effects of Dehydration</i> - <i>Patients and Families perspectives and understanding</i> <p>Anorexia, Cachexia and Fatigue</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nutrition</i> - <i>Patients and Families perspectives and understanding</i> <p>“Thirst, dry mouth” replaced with “Oral Care”</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sore Mouth</i> - <i>Swallowing Problems</i> 	<p>Recognition: <i>Identification of key signs and symptoms</i></p> <p>Assessment/Diagnosis: <i>Approaches to assessment (including validated assessment tools and scales where relevant)</i></p> <p>Effects: <i>Potential effects of the Symptom on the patient; their family -e.g. meanings ascribed to symptoms; fears associated with each symptom</i></p> <p>Management: <i>Approaches to providing symptom relief, including pharmacological and non-pharmacological approaches</i></p>

Dermatologic Symptoms

- *Ulcerating Tumours*
- *Bedsore*

“Emergencies in Palliative Care” (was identified as a distinct theme)

- *Superior vena cava obstruction*
- *Major Haemorrhage*

Care of the Dying

- *Recognising the terminal phase*
- *Discussions/awareness of patients/family*
- *Care Plans*
- *Anticipatory prescribing for Pain; Respiratory Tract Secretions; Nausea/Vomiting; Dyspnoea*
- *Hydration and Nutrition*
- *Terminal anxiety and Sedation*
- *Review of all medications / clinical interventions in best interest of the individual patient*
- *Care after Death*

3. Psychosocial and Spiritual Aspects

No revisions or additions

4. Ethical and Legal Issues

Discussion of decision-making process in *Palliative Care* at the end of life, particularly abatement, particularly withdrawal or withholding of a treatment

~~The proper ways of~~ Negotiating and placing ‘Do-not-attempt cardio-pulmonary resuscitation orders (DNACPR or DNR)

Exploration of ~~proxy decision making, advance directives~~ and advance care planning

Palliative Care as a human right: justice and access

Distinction between ~~accepted~~ *Palliative Care practice* and euthanasia: *double affect*

Ethical aspects in medical *and shared* decision-making

The reflection of one’s own ethical attitude - (moved to section 6)

The reflection of one’s own attitude towards death and dying - (moved to section 6)

Partnership vs Paternalist Models (Optional)

The reflection about the physician’s role in treatment of *Palliative Care* ~~end-of-life~~ patients

5. Communication	<p>Models of <i>effective</i> communication</p> <p>Differentiation:</p> <p>— Verbal vs non-verbal communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Meeting patients communication styles and level</i> - <i>Active listening</i> - <i>Empathetic communication</i> - <i>Signposting to reliable sources of information</i> <p>Special situations of communication <i>Specific communication issues</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>dealing with collusion (optional)</i> 	<p>One's own shortcomings and strong points in perception and communication</p> <p><i>Knowledge of strengths and weaknesses in communication skills</i></p>
6. Teamwork and Self-Reflection	<p><i>Roles and responsibilities of Palliative Care Multi-Disciplinary Team (MDT) and effective delegation</i></p> <p><i>Respect and value in Palliative Care team</i></p> <p><i>Self-care</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Burn-out – prevention and avoidance</i> - <i>Mindfulness</i> - <i>Perceptions of doctor's role (saviour vs healer; avoidance and prophylaxis)</i> 	<p><i>Reflection of managing burdens</i> one's own way how to manage burdens — one's own way <i>how to manage</i> and personnel concern</p> <p>The chance of debriefing oneself by <i>Supervision provision</i></p> <p><i>The reflection of one's own ethical attitude</i></p> <p><i>The reflection of one's own attitude towards death and dying</i></p>

Key for Text Changes	<p><i>Italics</i> = new/inserted text</p> <p>grey text = existing text for context</p> <p>strikethrough = deletion of existing text</p>
----------------------	--