

Doporučení
Evropské asociace paliativní péče (EAPC)
pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího
programu v paliativní medicíně
na lékařských fakultách v Evropě

**Stanovisko pracovní skupiny pro lékařské vzdělávání
a výcvik v paliativní péči**

Překlad dokumentu EAPC Doporučení Evropské asociace paliativní péče pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě, publikovaného v roce 2013 s ISBN: 978-88-902961-9-2

Překlad: PhDr. Martin Loučka, Ph.D.

Odborné posouzení: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Původní anglický dokument lze stáhnout na :

www.eapcnet.eu/Themes/Education/Medical/CurriculumUpdate.aspx

Translation of the EAPC paper Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the Development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools, published in 2013 with ISBN: 978-88-902961-9-2

Translator: PhDr. Martin Loučka, Ph.D.

Referee: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Original version is downloadable

at www.eapcnet.eu/Themes/Education/Medical/CurriculumUpdate.aspx

**Obsah**

Úvod	7
Cíle.....	11
Výukové strategie	11
Sylabus.....	13
1. Základy paliativní péče.....	13
2. Léčba bolesti a ostatních symptomů.....	14
3 Psychosociální a spirituální aspekty	18
4 Etické a právní otázky	19
6 Práce v týmu a sebereflexe.....	20
Obecné principy tvorby vzdělávacího programu	20
Použité zdroje	25
Autoři a poděkování.....	27
Konzultanti.....	27

Předmluva k prvnímu vydání

V roce 1988, kdy byla založena Evropská asociace paliativní péče, v mnoha evropských zemích neexistovaly žádné služby, poskytující paliativní péči, a pouze pár lékařských fakult nabízelo vzdělání v tomto oboru. Ty, které měly paliativní péči zařazenou do svého kurikula, jí věnovaly pouze okrajový prostor, studenti z paliativní péče neskládali zkoušky a vyučující v mnoha případech neviděli důvod pro změnu.

Časy se změnily. Mnohem více lidí dnes slyšelo o paliativní péči a panuje mezi nimi očekávání, že tato péče bude dostupná, když ji budou potřebovat pro sebe nebo své blízké. Řada vlád již oficiálně uznala potřebnost rozvoje paliativní péče ve svých zemích, některé zároveň začaly tento rozvoj štedře podporovat. Obzvláště významná je pak rostoucí pozornost, věnovaná paliativní péči pro neonkologické pacienty a význam integrace paliativní péče v dřívějších fázích léčebného procesu.

Pravděpodobně největší změnu způsobil fakt, že téměř 50% úmrtí v Evropě je v souvislosti s chronickými onemocněními, kdy se pacientův zdravotní stav postupně zhoršuje, stává se křehkým a závislým na pomoci druhých. To vše doprovází závažné symptomy, které snižují kvalitu života pacientů v posledních měsících nebo i letech před smrtí. Každý z těchto pacientů potřebuje a bude mít prospěch z paliativní péče. Jejich počet je obrovský a jak populace stárne, nezadržitelně poroste i nadále. Tento trend také souvisí s vývojem medicíny, která dnes dokáže udržovat pacienta naživu po mnohem delší dobu, než bychom kdy předtím doufali, avšak často za cenu pochybné kvality života. Zároveň zde máme předpoklad, že 90% těchto pacientů by mělo zůstat v péči svých praktických lékařů. Intervence specialisty se očekává pouze za situace, kdy bude pacientovo utrpení natolik vážné, komplexní nebo vzácného charakteru, že praktický lékař nebude schopen poskytnout adekvátní péči.

Z toho vyplývá, že každý student všeobecného lékařství bude muset být vzdělán v paliativní péči - znát úskalí tohoto oboru, jeho komplexní povahu, a také nesmírné profesní a osobní obohacení, které její poskytování přináší. Studenti zjistí, že ačkoli jsou principy paliativní péče totožné se základními pilíři dobré klinické práce, jejich osvojení není vrozeným darem. Vyžaduje odborné znalosti, soucit, citlivost a pokoru. Učitelé tohoto oboru musí mít jednak

hojnost těchto schopností, ale také musí mistrně ovládat výukové metody. Pokud možné, měli by mít standardní pedagogické vzdělání na adekvátní úrovni. Řada lékařských fakult dnes již má takové pedagogy na svých katedrách paliativní péče a není překvapením, že je studenti řadí mezi nejlepší učitele a samotný předmět pak hodnotí jako jeden z nejzajímavějších.

Autoři těchto doporučení ví, jak je snadné paliativní péči ve výuce odbýt krátkým seminářem o použití opiátů v rámci klinické farmakologie. Dobře si ale uvědomují, jak klíčovou komponentou paliativní péče je porozumění psychosociálním a spirituálním aspektům pacientova života (tak často opomíjeným v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání zdravotníků), stejně jako nutnost vnímat utrpení a potřeby pečujících příbuzných. Všechny tyto aspekty jsou zahrnuty do doporučení, které držíte v ruce.

Jeden významný profesor chirurgie, který byl krátce před důchodem a v našem rozhovoru se ohlížel zpět na 45 let své zkušenosti s medicínou, mi řekl, že nejvýznamnější profesní pokrok, který zažil a zároveň nejdůležitější věc, kterou se naučil, byla paliativní péče. „Musíme zajistit, že mladí muži a mladí ženy, vstupující do naší vznešené profese, již nikdy nebudou nepřipraveni postarat se o ty pacienty, které nebudou moci vyléčit. Že budou vědět, jak naslouchat, budou připraveni učit se od zdravotních sester, a budou vnímaví k nejvýznamnějším potřebám svých pacientů“.

On by, stejně jako já, plně schválil tyto doporučení EAPC a doporučil je každé lékařské fakultě v Evropě i ve světě.

Derek Doyle

Předseda první komise EAPC pro vzdělávání

Předmluva k druhému vydání

Výkonný výbor EAPC považuje integraci vzdělávání v paliativní péči do odborné přípravy lékařů za jeden z nejdůležitějších úkolů. Je to významné nejen pro rozvoj oboru samotného, ale hlavně zcela zásadní pro naše pacienty a jejich rodiny. V souvislosti s tímto cílem, a v součinnosti s řídicím výborem pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči, řada pracovních skupin vypracovala podklady pro zmapování současného vývoje vzdělávání v paliativní medicíně napříč evropskými zeměmi.

Paliativní medicína si již v Evropě vydobyla, nebo je v některých zemích velmi blízko, pozici samostatné specializace. S úmyslem podpořit tento vývoj vydala EAPC v roce 2007 *Kurikulum v paliativní péči pro pregraduální lékařské vzdělávání* a v roce 2009 *Doporučení pro tvorbu postgraduálního kurikula*, vedoucí ke specializačnímu vzdělání v paliativní medicíně. V nedávné době ustavil řídicí výbor pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči pracovní skupinu, jejímž cílem je revidovat a aktualizovat dosavadní vydání těchto doporučení. Dokument, který právě čtete, představuje výsledek této práce a revidovaná *Doporučení EAPC pro tvorbu vzdělávacího kurikula v paliativní medicíně na evropských lékařských fakultách*, vycházející ze situace v roce 2013. S dokončením tohoto úkolu se nyní pozornost pracovní skupiny upne k aktualizaci *Doporučení pro tvorbu postgraduálního kurikula*. Během vývoje nových doporučení autoři využívali podrobných konzultací s mnoha odborníky, aby bylo zaručeno, že výsledný dokument bude přístupný, flexibilní a odpovídající situaci v evropské komunitě. Členové pracovní skupiny navíc sami přinášejí své hluboké zkušenosti s úspěchy a nástrahami tvorby a integrace vzdělávacího kurikula v paliativní medicíně a za tuto náročnou snahu zasluhují ocenění.

V souvislosti výše řečeného věřím, že tato nová publikace bude velmi užitečná lékařským fakultám napříč Evropou pro rozvoj paliativní medicíny, obzvláště pak v zemích, kde je vzdělávání v tomto oboru teprve ve svých začátcích.

Franco De Conno

Čestný předseda Evropské asociace paliativní péče

Úvod

Evropská asociace paliativní péče (EAPC) již od svého založení považuje vzdělávání a výcvik zdravotníků za jeden z nejdůležitějších úkolů pro rozvoj a rozšíření paliativní péče v Evropě. V roce 1992 navrhla vzdělávací komise EAPC, vedená Derekem Doylem, specifická doporučení pro výcvik v paliativní péči. O osm let později tato doporučení revidovala multidisciplinární expertní komise, s cílem adekvátně reflektovat mezioborovou spolupráci, nutnou pro práci v kontextu paliativní péče.

Za účelem vyhovět požadavkům jednotlivých profesních oborů (lékařství, ošetřovatelství, atd.) se projekt po úvodní společné fázi stanovení společných cílů rozdělil. V roce 2004 byla EAPC navržena doporučení pro paliativní vzdělávání v ošetřovatelství. Doporučení pro vzdělávání v paliativní medicíně jsou výsledkem ekvivalentního projektu pro výcvik lékařů a lékařek a to na základní (pregraduální) i specializační (postgraduální) úrovni ¹ v souladu s Doporučením Rady Evropy o organizaci paliativní péče z roku 2003 (COE 144/153). Doporučení jsou založena na existujícím medicínském kurikulu formulovaném autory, s ohledem na zahrnutí celoevropské perspektivy.

V roce 2012 proběhly konzultační práce s cílem revidovat a aktualizovat stávající navržené kurikulum. To bylo rozesláno expertům v paliativní péči, stejně jako odborným společnostem v jednotlivých zemích a dalším klíčovým osobám v oboru. Jejich zpětná vazba byla poté vyhodnocena řídicím výborem pro lékařské vzdělávání EAPC a zapracována do nového dokumentu.

Pregraduální vzdělávání v paliativní medicíně

Počty pacientů s rakovinou a dalšími vážnými onemocněními se neustále zvyšují. Poslední desetiletí jsou tak svědky rapidního narůstání pozornosti, věnované vážně nemocným a umírajícím. Vývoj situace ve většině zemí vedl k postupnému vzniku služeb, poskytujících paliativní péči v různých kontextech, s nesourodou skladbou odborného týmu a s různými standardy kvality.

Také vzdělávání v paliativní péči se na lékařských fakultách v Evropě v posledních letech věnuje více prostoru. Nicméně skladba výuky se na jednotlivých školách značně liší a neexistuje jednotné evropské kurikulum.

Pokusy o standardizaci kurikula paliativní medicíny již proběhly například v Austrálii, Kanadě a Spojeném království. Vedle toho je však nutné snažit se o prosazení paliativní péče jako povinného předmětu v rámci kurikula na všech evropských lékařských fakultách.

Tato navržená doporučení pro lékařské vzdělávání v paliativní péči mohou pomoci lékařským fakultám zkvalitnit výuku paliativní péče. Jejich obsah je považován za nezbytný základ pro všechny absolventy všeobecného lékařství. Jedním z hlavních cílů je přitom změna v postoji vůči péči o vážně nemocné a umírající pacienty a jejich rodiny. Další důležitý aspekt je zdůraznění specifických dovedností jednotlivých profesí v rámci multidisciplinárního týmu a také základy symptomové kontroly. Obsah těchto doporučení odkazuje na základní principy paliativní péče, zakotvené v definici paliativní péče podle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 2002.

Definice paliativní péče podle EAPC

Paliativní péče je aktivní, komplexní péče o pacienty, jejichž nemoc neodpovídá na kurativní léčbu. Primárním cílem je kontrola bolesti a dalších symptomů a řešení sociálních, psychologických a spirituálních problémů.

Paliativní péče je ze své podstaty multidisciplinární a zahrnuje pacienty, jejich rodiny a také širší komunitu. Svým způsobem se jedná o nabízení bazálního konceptu péče - odpovídání na různorodé potřeby pacientů, ať už jsou v péči nemocnice nebo v domácím prostředí.

Paliativní péče si váží života a na umírání nahlíží jako na jeho přirozenou součást; nikdy smrt záměrně neurychluje ani neoddaluje. Zaměřuje se na udržení co nejlepší možné kvality života až do okamžiku smrti.

- *Paliativní péče poskytuje úlevu od bolesti a dalších obtěžujících symptomů*
- *Váží si života a umírání považuje za jeho přirozenou součást*
- *Nesnaží se urychlit ani oddálit smrt*
- *Integruje psychologické a spirituální aspekty péče o pacienta*
- *Nabízí podpůrný systém, umožňující pacientům žít až do smrti tak aktivně, jak je to možné*

- *Nabízí podporu rodině při zvládnání nemoci jejich pacienta, včetně pomoci se zármutkem*
- *Je založena na týmové spolupráci s cílem obsáhnout různé potřeby pacientů a jejich rodin, včetně poradenství ohledně zármutku a truchlení, je-li to potřeba*
- *Zlepšuje kvalitu života a může mít také pozitivní dopad na průběh onemocnění*
- *Je využitelná již v časném stádiu nemoci a v souběhu s jinými intervencemi, zaměřenými na prodloužení života (například chemoterapií nebo radioterapií).*
- *Zahrnuje ty diagnostické postupy, které jsou potřeba pro dobré porozumění a kontrolu obtěžujících komplikací zdravotního stavu pacienta.*

Obecná doporučení pro tvorbu vzdělávacího kurikula v paliativní péči

Tato doporučení nabízí pouze obecný rámec pro kurikula v paliativní péči, která jsou definována jednotlivými lékařskými fakultami v Evropě. Integrace paliativní péče do stávajících vzdělávacích programů představuje velkou výzvu. Nástroje jako *Palliative Education Assessment Tool*¹² (PEAT) mohou pomoci identifikovat již existující prvky paliativní péče, které mohou být často skryté v rámci jiných oblastí lékařského kurikula.

Za účelem adekvátně postihnout specifika různých systémů zdravotní péče a potřeby studentů je vhodné zohlednit některé obecné principy tvorby vzdělávacího kurikula (viz kapitola E Obecné principy tvorby vzdělávacího kurikula).

Specifické komponenty pregraduálního kurikula v paliativní péči

Autoři doporučují vyhnout se zbytečnému přetěžování kurikula paliativní péče a spíše plánovat distribuci tohoto tématu v souladu s principem „vertikální integrace“.

Obsah kurikula by měl být zaměřen na sedm klíčových oblastí, vedoucích k rozvoji základních kompetencí v paliativní péči:

- Paliativní péče, paliativní medicína (definice, atd.)
- Bolest

- Neuropsychologické symptomy (agitace, zmatenost, atd.)
- Léčba dalších symptomů (dušnost, nauzea, atd.)
- Etika a právo
- Pacient, rodina, perspektiva laických pečujících
- Komunikační dovednosti klinické praxe

Těchto sedm oblastí je obsaženo v šesti sekcích navrhovaného sylabu:

1. Základy paliativní péče
2. Léčba bolesti a ostatních symptomů
3. Psychosociální a spirituální aspekty
4. Etické a právní otázky
5. Komunikace
6. Týmová práce a sebe-reflexe

Prezentované kurikulum nenabízí výlučný návod, jak mají být jednotlivá témata paliativní péče vyučovány. Nicméně, podobně jako při použití PEAT, tento dokument může sloužit jako výchozí bod pro snahu identifikovat relevantní místa v již existujících studijních programech a také vybrat učitele, jež by měli být kontaktováni za účelem úspěšné integrace paliativní péče do kurikula daného studijního oboru (převážně se bude jednat o učitele onkologie, praktického lékařství, geriatricie, farmakologie, psychologie a psychiatrie). Takový přístup, založený na spolupráci s kolegy z příbuzných oborů, může pomoci při vyjednávání úprav existujícího kurikula.

Týmová práce a doporučení pro aplikaci mezioborových aspektů do výuky

Schopnost dobře pracovat v týmu a případně jej vést je jeden ze základních předpokladů pro kvalitní činnost v oblasti paliativní péče a tento fakt vyžaduje zvláštní pozornost při plánování vzdělávacího programu a výběru výukových metod. Považuje se za nezbytné, aby někteří členové pedagogického sboru pocházeli z jiného profesního prostředí než klinická medicína (například ošetřovatelství, pastorační péče a další).

Cíle

Výuková zkušenost musí vést studenty k přijetí postoje, nabytí znalostí a rozvoji dovedností nezbytných k poskytování efektivní a citlivé paliativní péče.

Základní cíle vzdělávacího programu jsou:

- Ukázat, že lékařská péče je mnohem víc, než jen diagnostika a léčení a že k pacientům je třeba přistupovat z holistické perspektivy.
- Naučit studenty jak zmírňovat symptomy (bolest a další), a to farmakologickými i nefarmakologickými prostředky.
- Poukázat na skutečnost, že paliativní péče nenabízí pacientům a jejich rodinám pouze krizovou intervenci v závěru života, ale zahrnuje dlouhodobou perspektivu a doprovázení.
- Zdůraznit, že je nutné léčebnou péči plánovat podle individuálních potřeb, přání a hodnot pacientů a jejich blízkých.
- Nezakrývat souvislost mezi kvalitní péčí o umírající pacienty a vlastním postojem ošetřujícího lékaře vůči tématům nemoci, smrti a zármutku.
- Poukázat na to, že kvalitní zdravotní péče nebude docíleno pouze prohloubením klinických znalostí, ale také skrze dovednosti týmové spolupráce, komunikace a ochoty diskutovat etické otázky.

Výukové strategie

Zvolené techniky a proces výuky může nabývat různých podob na každé lékařské fakultě, ale je nicméně doporučeno, aby byly vždy zahrnuty následující metody:

- Převážná část by měla být věnována zážitkové formě výuky (zahrnující praxi na lůžkovém oddělení paliativní péče, v nemocničním konziliárním týmu nebo v domácí péči a umožňující setkání s pacienty a jejich rodinami).

- Aktivní techniky (například řešení problémů, diskuse, hraní rolí) by měly být upřednostněny před pasivní výukou.
- Mezioborová výuka je doporučena pro podporu spolupráce mezi jednotlivými profesemi.
- Horizontální integrace - specialisté v paliativní péči by si měli být vědomi oblastmi paliativní péče, které jsou pokryty kolegy v rámci jiných předmětů.
- Studenti by měli mít opakovaně příležitost k sebereflexi a skupinové diskuzi nad obtížnými momenty jako náročné situace s rodinami pacientů, problémy v rámci pečujícího týmu nebo zármutek a truchlení.
- Etické a psychosociální aspekty by měly být zahrnuty do všech výukových bloků.

Časová dotace 40 hodin, rozvrstvených do různých ročníků studia, je doporučený rozsah pro dosažení cílů tohoto kurikula. Základy by měly být vyučovány v začátcích studia, specifická klinická témata později. Pro studenty musí být jasná horizontální a vertikální integrace¹ vyučovaných témat. Jako další krok je doporučována klinická praxe v zařízení paliativní péče.

Způsoby hodnocení studentů by se měly opírat o nástroje pro evaluaci znalostí (například testy s více možnostmi odpovědí, otevřené otázky nebo kazuistické práce), stejně jako o metody pro měření postojů a dovedností. Je nezbytné, aby byla paliativní péče zařazena do závěrečných zkoušek, jinak pravděpodobně část studentů nebude věnovat základnímu kurikulu dostatek pozornosti. Systematická přehledová studie pregraduálního vzdělávání v paliativní péči poukázala na nejednotnost obsahu pregraduálních vzdělávacích programů v paliativní péči³. Výuka je často roztříštěná, nahodile organizovaná a postrádá prvky systematické koordinace. Školy také obtížně získávají kvalitní pedagogy, což je spojené s nedostatkem adekvátně kvalifikovaných akademiků v paliativní péči na lékařských fakultách. Dalším zjištěním bylo, že paliativní péče často není formálně zkoušená, což je nutné pro získání stejné kredibility, jako mají ostatní vyučované disciplíny. Dosavadní výuka je většinou zaměřená na osvojení znalostí a dovedností spíše než na rozvoj postojů a kromě pár výjimek je téměř vždy orientovaná na onkologické pacienty.

¹ Horizontální integrací autoři myslí rozdělení vyučovaných témat v rámci různých předmětů, vertikální pak jejich rozvrstvení do jednotlivých ročníků studia. (pozn. překladatele)

Sylabus

Navržené dělení obsahu kurikula podle procentuální časové dotace je následující:

- | | |
|---|-----|
| 1. Základy paliativní péče | 5% |
| 2. Léčba bolesti a ostatních symptomů | 50% |
| 3. Psychosociální a spirituální aspekty | 20% |
| 4. Etické a právní otázky | 5% |
| 5. Komunikace | 15% |
| 6. Týmová práce a sebe-reflexe | 5% |

Tato doporučení pro vzdělávání v paliativní péči obsahují minimální znalosti a dovednosti, které by měl student na pregraduální úrovni získat. Výčet obsahu uvedený níže musí být adekvátně převeden do vhodných výukových cílů a strategie výuky (výuková metoda) musí být jasně definována (viz kapitola Obecné principy tvorby vzdělávacího kurikula).

Učitelský sbor, nutný pro pokrytí níže uvedených témat, bude vyžadovat zapojení odborných pracovníků i z jiných odvětví než pouze lékařství.

1. Základy paliativní péče : 5%

Znalost	Porozumění
Historický vývoj hospicové a paliativní péče Definice paliativní péče	Komplexnímu charakteru péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí Základní úloze lékaře v péči o pacienty s nevléčitelnou nemocí Podstatě multidisciplinárního přístupu v paliativní péči Nezbytnosti časně integrace paliativní péče během vývoje onemocnění

<p>Formy organizace paliativní péče</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Domácí a ambulantní péče ▪ Institucionální péče v nemocnicích, hospicích a jiných lůžkových zařízeních ▪ Konziliární týmy 	<p>Nezbytnosti různých typů organizace paliativní péče</p> <p>Významu komunikace mezi jednotlivými zařízeními zdravotní péče</p>
---	--

2. Léčba bolesti a ostatních symptomů : 50%

Základní principy léčby symptomů

Znalost	Porozumění
<p>Obsah konceptu</p> <ul style="list-style-type: none"> • kurativní léčba • paliativní léčba • paliativní péče 	<p>Potenciálu na zvýšení kvality pacientova života pomocí časně integrace paliativní péče</p>
<p>Úloha příbuzných oborů</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie ▪ Radioterapie ▪ Farmakologie ▪ Nefarmakologické postupy tišení symptomů 	<p>Nezbytnosti mezioborového a multidisciplinárního přístupu</p> <p>Postupnému zvažování přínosnosti diagnostiky a konkrétních intervencí během vývoje onemocnění</p>
<p>Plánování léčby a hodnocení účinku léčby</p> <p>Hodnocení symptomů (cíle a nástroje)</p> <p>Pravidelná medikace a medikace „dle potřeby“</p> <p>Prevence a rehabilitace</p> <p>Vedení dokumentace</p>	<p>Důležitosti prospektivního plánování paliativní péče</p> <p>Významu pojmenování cílů léčby a péče</p>
<p>Paliativní sedace</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Indikace ▪ Aplikace ▪ Péče o rodinné příslušníky při aplikaci paliativní sedace 	<p>Paliativní sedaci jako prostředku ke zmírnění refrakterního utrpení</p> <p>Rozdílu mezi paliativní sedací a eutanázií</p>

Léčba bolesti

Znalost	Porozumění
<p>Definice a konceptuální modely bolesti</p> <p>Anatomie, patofyziologie</p> <p>Mechanismy nociceptivní bolesti (bolest kostí, bolest měkkých tkání, viscerální bolest)</p> <p>Mechanismy neuropatické bolesti</p> <p>Rozpoznávání znaků chronické bolesti</p>	<p>Multidimenzionálnímu přístupu k léčbě bolesti</p> <p>Komplexnosti léčby bolesti v péči o pacienty v terminálním stádiu</p> <p>Skutečnosti, že pro léčbu bolesti je více metod než pouze farmakoterapie</p>
<p>Koncept „totální bolesti“</p> <p>Principy farmakologické léčby</p> <ul style="list-style-type: none"> • význam dosažení stabilního stavu • používání nejméně obtěžujícího způsobu podání léků • role titrace • důležitost předepisování záchranné medikace • význam ekvianalgetických dávek • význam rotace opioidů <p>Farmakokinetika a dynamika opioidů, jiných léčiv a adjuvantních analgetik</p> <p>Způsoby administrace léčiv a jejich indikace, alternativní způsoby, pokud není možné orální podání.</p> <p>Další způsoby farmakologické a nefarmakologické léčby bolesti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • onkologické intervence (chemoterapie, radioterapie) • anestetické nebo neurochirurgické intervence • ošetrovatelské intervence • psychoterapie a poradenství 	<p>Mýtům a nepravdám o léčbě opioidy. Je důležité dekonstruovat mýty o návykovosti opioidů a o tom, že pokud se začnou používat příliš brzy, nezbyde již žádná možnost léčby na později.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • sociálně-pracovní intervence • fyzioterapie • alternativní terapie <p>Organizační a právní problémy</p> <ul style="list-style-type: none"> • preskripce • ovlivnění schopnosti řízení motorových vozidel • cestování 	
---	--

Léčba symptomů

Znalost	Porozumění
<p>Gastrointestinální symptomy</p> <ul style="list-style-type: none"> • zácpa, průjem <ul style="list-style-type: none"> ○ anatomie a fyziologie normální defekace a střevní kontinence ○ mechanismy zácpy u pacientů v terminální fázi (role léků, obzvláště opioidů, změny dietního režimu) ○ slabost • ileus 	<p>Somatickým, psychosociálním a spirituálním aspektům léčby symptomů v paliativní péči.</p>
<p>Nevolnost a zvracení</p> <ul style="list-style-type: none"> • patofyziologie nevolnosti a zvracení - lokalizace, receptory • farmakologie antiemetik, místo působení léčiv • význam způsobu podání léčiv 	
<p>Střevní obstrukce</p>	
<p>Plicní komplikace</p> <ul style="list-style-type: none"> • dušnost <ul style="list-style-type: none"> ○ patofyziologie dýchacích obtíží 	

<ul style="list-style-type: none">○ relevantní farmakologie (opioidy, anxiolytika, steroidy)○ principy použití kyslíkové léčby○ jak zvládnout terminální chrčení● kašel <p>Neuropsychiatrické symptomy</p> <ul style="list-style-type: none">● delirium, stavy zmatenosti● nespavost● deprese a další poruchy nálady● úzkost a strach● halucinace <p>Anorexie, kachexie, únava</p> <ul style="list-style-type: none">● ztráta chuti k jídlu● únava● slabost, letargie <p>Žízeň, sucho v ústech</p> <ul style="list-style-type: none">● bolestivost sliznice● problémy s polykáním <p>Dermatologické problémy</p> <ul style="list-style-type: none">● dekubity● lymfedém● svědění <p>Akutní stavy v paliativní péči</p> <ul style="list-style-type: none">● hyperkalcemie● míšní komprese <p>Péče o umírajícího pacienta</p>	
--	--

3 Psychosociální a spirituální aspekty: 20%

Znalost	Porozumění
<ul style="list-style-type: none"> • Psychologická reakce na chronické onemocnění, zármutek a ztrátu • Dopad nemoci na pacienta a jeho rodinu, konkrétně pak ztráta nezávislosti, společenské role, změny vzhledu, sexualita a vnímaná sebehodnota • Dynamika rodinného systému • Etnické, společenské a náboženské odlišnosti • Jak pomoci pacientům a jejich rodinám s praktickými finančními a právními problémy, pokud je tomu potřeba. Je důležité zajistit konzultaci se sociálním pracovníkem nebo právníkem a umožnit tak vyrovnání dluhů a záležitostí pacientů, které se občas urgentně objeví s přibližujícím se koncem života. • Pomoc s vyřízením uvolnění z práce a cestovních náležitostí pro příbuzné a přátele, aby mohli navštívit svého umírajícího příbuzného. • Zvládací strategie • Zármutek a truchlení jako individuální proces každého 	<p>Pacientově autonomii Významu pravdivého informování o zdravotním stavu Pacientově individualitě Křehkosti pacientovy sebeúcty Významu vitality a sexuality Významu respektování pocitů pacientů a jejich rodin Významu respektování potřeb pacientů a jejich rodin Komplexnosti sociální situace pacienta Konceptu „jednotky péče“ Významného dopadu rodinných vztahů na kvalitu života pacientů Specifické potřeby dětí Obtížím, které mohou nastat v pokročilých fázích nemoci a těsně před smrtí Význam a smysl kvality života v paliativní péči Nutnosti identifikovat pomáhajících a nepomáhajících způsobů zvládnání zármutku u pacienta a příbuzných, včetně dětí</p> <ul style="list-style-type: none"> • na počátku onemocnění • během nemoci • během umírání • po smrti

<p>zúčastněného</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticipatorní zármutek • Rizikové faktory pro rozvoj komplikovaného zármutku 	
<p>Spiritualita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Naděje • Zpětné ohlížení za životem • Víra • Smysl života • Pocit ucelenosti, dokončenosti 	<p>Rozdílu mezi spiritualitou a náboženstvím</p> <p>Individuálnímu charakteru spirituality</p> <p>Spiritualitě konkrétních pacientů</p>

4 Etické a právní otázky: 5%

Znalost	Porozumění
<p>Rozhodování o péči v závěru života, obzvláště problematika omezování, nezahajování a ukončování léčby.</p> <p>Adekvátní způsoby vyjednání a aplikace žádostí o neresuscitování (do-not-resuscitate orders)</p> <p>Možnosti využití opatrovníka, dříve vyslovených přání a komplexního plánování péče.</p>	<p>Etickým aspektům rozhodování o léčbě</p> <p>Významu reflexe individuálních etických postojů</p> <p>Významu reflexe individuálního přístupu ke smrti a umírání</p>

5 Komunikace: 15%

Znalost	Porozumění
<p>Modely komunikace</p> <p>Pochopení významu verbální a neverbální komunikace</p> <p>Zvláštní momenty v komunikaci</p> <ul style="list-style-type: none"> • informování o prognóze • rozhodování o péči • konflikty a jejich řešení • komunikace s rodinou 	<p>Vnímání pacientů a jejich postojů vůči své nemoci</p> <p>Silných a slabých stránek každého zúčastněného pro vnímání a komunikaci o nemoci, včetně plánování budoucí péče.</p>

6 Práce v týmu a sebereflexe: 5% ..

Znalost	Porozumění
Jak pracovat v týmu	Nezbytnosti týmové spolupráce Nebezpečí konfliktů rolí Procesu rozhodování v týmu Možnostem vzájemné podpory a debriefingu v rámci týmu
Spolupráce s dalšími organizacemi <ul style="list-style-type: none"> • podpůrné systémy • partneři 	Významu delegování v rámci týmu nebo sítě partnerů
Prevence syndromu vyhoření	Individuálním způsobům zvládnání zátěže Individuálním způsobům přístupu k osobní angažovanosti Možnostem a přínosu individuální supervize

Obecné principy tvorby vzdělávacího programu

Vzdělávací program v paliativní péči v každé konkrétní zemi by měl být vytvořen v souladu s šestikrokovým přístupem k organizaci lékařského kurikula, který formuloval Kern a kol. (1998). Obsahuje následující body:

Krok 1 Identifikace obecných potřeb a problémů

Pro paliativní péči tento krok může znamenat například shromáždění statistických informací ohledně počtu pacientů s pokročilou fází chronického onemocnění, rozložení příčin úmrtí, preference obyvatel ohledně místa úmrtí a reálné místo úmrtí, znalost systémových nedostatků v nemocniční a domácí péči, aktuálních etických otázek, diskutovaných veřejností, otázky spojené se zdravotním pojištěním a úhradou paliativní péče, atd.

Tento krok by měl studenty přivést k pojmenování základních rozdílů mezi aktuálním a ideálním stavem péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí.

Krok 2 *Identifikace specifických potřeb různých cílových skupin*

Obsah

Tento krok může zahrnovat praktické potřeby lékařů s ohledem na výkon paliativní péče v různých prostředích (nemocnice, domácí péče, hospic, ambulance praktického lékaře, ambulance jiného specialisty). Specifické potřeby by měly být pojmenovány skrze analýzu nedostatků.

Ve výsledném kurikulu by mělo být dodrženo jasné rozdělení pregraduální a postgraduální úrovně. V paliativní péči hrozí nakupení enormního počtu témat v rámci jednoho kurzu nebo kurikula. Autoři doporučují využít vertikální integrace k rozvrstvení obsahu kurzu do jednotlivých ročníků podle trajektorie studenta v celém studijním programu (například klinická praxe ve vyšších ročnících povede k dalším vzdělávacím potřebám, řešeným na postgraduální úrovni). Takové rozvrstvení by mělo zabránit přetížení celého kurikula.

Detailní analýza charakteristik výukového prostředí, zaměřená na bariéry, zdroje a upevňovací faktory může pomoci ve snadnější implementaci kurikula.

Metody

Preference a zkušenosti s odlišnými výukovými strategiemi se mohou výrazně lišit nejen mezi jednotlivými studenty, ale také mezi kulturami a zeměmi. To může platit také pro zdroje a vybavení, které budou mít studenti k dispozici (konkrétní vybavení jako počítače nebo audiovizuální technika, možnost využití profesionálních herců pro hraní rolí, simulace klinického rozhovoru, nebo i dostupnost samotných vyučujících).

Krok 3 *Nastavení cílů a indikátorů programu*

Cíle mají obecnější charakter a definují cílový stav, ke kterému vzdělávací program vede.

Indikátory jsou definovány se specifickým záměrem umožnit evaluaci toho, nakolik bylo dosaženo jejich splnění. Indikátory vzdělávacího programu v paliativní péči se týkají tří klíčových oblastí:

- znalostí (kognitivní)
- dovedností (psychomotorická)
- postojů (afektivní a motivační)

Čím precizněji budou indikátory definovány, tím snazší a efektivnější bude jejich evaluace. Formulace výukového indikátoru vyžaduje předchozí definici následujících aspektů výukového procesu:

- Na koho je daný program zaměřen? (např. „studenti“)
- O jaký typ vzdělávací aktivity se jedná? (např. „budou schopni definovat“)
- Jaká je cílová hloubka znalostí? (např. „tři nejčastější symptomy“)
- Jaká je časová rozvaha naplnění indikátoru? (např. „v závěru kurzu“)

Krok 4 *Vzdělávací strategie*

Důležitou otázkou je, jaký typ obsahu může být ve výuce studentům nejlépe předán, přičemž zvolenému obsahu musí odpovídat volba výukových metod. Například pro zdokonalení dovedností, nutných při rozhodování o léčbě, mohou být malé diskusní skupiny, řešící kazuistickou situaci, vhodnější metodou než když by kazuistiku pouze prezentoval přednášející. Obsah by přitom měl pojmut aspekty všech tří klíčových oblastí - znalosti, dovednosti a postoje.

Využití různých výukových metod v rámci jednoho programu nejen oživuje výuku a podporuje zapojení studentů, ale také reaguje na rozdílné učební styly jednotlivých studentů. Někteří se nejlépe učí během čtení a přemýšlení nad literaturou a jiným vyhovuje třeba hraní rolí (viz učební styly podle Kolba).

Metody vhodné pro uchopení nových znalostí (kognitivní cíle)

- Učení skrze řešení problémových situací
- Práce v malých skupinách
- Přednášky
- Hraní rolí

Metody vhodné pro osvojení nových dovedností (psychomotorické cíle)

- Klinická praxe pod supervizí
- Simulace (hraní rolí, kontakt s pacienty-herci)
- Audiální nebo vizuální zhodnocení dovedností

Metody pro rozvinutí nových postojů (afektivní a motivační cíle)

- Zážitkové učení (expozice), následovaná diskusí

- Hraní rolí
- Individuální a skupinová supervize - podpora otevřenosti, introspekce a schopnosti reflexe

Některé z těchto metod jsou založeny na důvěře a vyžadují dlouhodobější a souvislý kontakt studentů s pedagogy, kteří navíc musí být vzdělaní v poskytování osobní zpětné vazby a facilitaci sebereflexe studentů. Při výuce paliativní péče jsou tyto metody naprosto klíčové, jelikož jsou i základním kamenem praxe paliativní péče.

Specifickou součástí paliativního kurikula jsou metody zaměřené na práci v týmu. Využití týmu při výuce může mít řadu podob - reflexe společného zážitku, týmové učení (kdy je více vyučujících) a týmová cvičení (společné řešení problémových situací). Některé vhodné metody pro rozvoj týmových kompetencí pochází z oblasti managementu a průmyslu a mohou být po adekvátní úpravě využity i v oblasti vzdělávání v paliativní péči.

Krok 5 Jak implementovat nový kurz nebo kurikulum

Následující seznam obsahuje body, jejichž splnění může napomoci úspěšné implementaci kurikula paliativní péče do existujícího vzdělávacího programu lékařské fakulty:

- Je nutné identifikovat dostupné zdroje (osobní, časové, vybavení, financování)
- Vedoucí programu musí být adekvátně kvalifikován pro supervizi a vzdělávání studentů. Měl by mít adekvátní klinickou i pedagogickou praxi.
- Je nutné získat multi-profesionální tým pedagogů pro pokrytí všech výukových témat
- Je nutné vytvořit administrativní mechanismy pro podporu kurikula v oblasti
 - Dělení zodpovědnosti
 - Průběžné komunikace a adaptace programu
 - Permanentní evaluace
- Je nutné navázat partnerství s klinickými pracovišti paliativní péče a dalších relevantních specializací

Krok 6 *Evaluace a zpětná vazba*

Evaluace a zpětná vazba uzavírají proces tvorby vzdělávacího kurikula. Tento bod se zabývá dvěma otázkami:

1. *Jak si vedli studenti? (individuální hodnocení)*

Obvykle se používají dvě metody hodnocení toho, nakolik studenti dosáhli vzdělávacích cílů formulovaných v kroku 3:

- **Formativní hodnocení** - změna ve výkonu nebo úspěšnosti splnění daného úkolu v perspektivě časové dotace kurzu. Většinou je monitorována vyučujícím za použití sebehodnotících nástrojů. Zkouška jako taková je součástí výukového procesu.
- **Souhrnné hodnocení** - úroveň naplnění cílů. Student musí projít tímto hodnocením, aby mohl pokračovat v dalším rozvoji. Většinou se používá několik metod, například psané nebo počítačově administrované testy, ústní zkoušení, dotazníky (obsahující otázky s více odpověďmi nebo otevřené otázky) nebo přímé pozorování.

2. *Jak je úspěšné kurikulum samotné? (hodnocení programu)*

V paliativní péči jakožto relativně mladé disciplíně musí být neustálá pozornost věnovaná zvyšování základních znalostí v cílové skupině. Tím pádem kroky 6, 1 a 2 vyžadují opakovanou a pečlivou administraci. Hodnocení kurikula jako takového se většinou zaměřuje na obsahovou stránku a zároveň na hodnocení jednotlivých metod.

Může být přínosné testovat reálný dopad kurikula na cílovou populaci pacientů a jejich rodin, k čemuž je obzvláště vhodné typizované a konkrétně popsání prostředí (například domov pro seniory, konkrétní služby na komunitní úrovni).

Výsledky kroku 6 by měly být prezentovány na regionální, národní a mezinárodní úrovni a to jak v komunitě specialistů v paliativní péči, tak na mezioborových fórech.

Použité zdroje

1. Kern DE, Thomas PA, Howard DM. Curriculum Development for Medical Education: A Six-Step Approach. Johns Hopkins University Press (1998)
2. Kolb D. Experiential Learning. Experience as the Source of Learning and Development. Prentice Hall International (1985)
3. Hillier R. Palliative medicine: a new specialty. Br Med J (1988) 297: 873-874
4. Calman K. Education and training in palliative medicine. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press. 3rd edition (2004)
5. James CR, MacLeod RD. The problematic nature of education in Palliative Care. J Pall Care (1993) 9(4): 5-10
6. MacDonald N, Mount B, Boston W, Scott J. The Canadian Palliative Care undergraduate curriculum. J Cancer Education (1993) 8(3): 197-201
7. Ferris FD, Cummings I. Palliative care: Towards a consensus in standardised principles of practice. Canadian Palliative Care Association. Ottawa (1995)
8. Smith A. Continuing education and short courses. Pall Med (1996) 10: 105-111
9. Sheldon F, Smith P. The life so short, the craft so hard to learn: a model for post- basic education in Palliative Care. Pall Med (1996) 10: 99- 104
10. Doyle D. Education in palliative medicine. Pall Med (1996) 10: 91 -92
11. Oneschuk D. La formation Universitaire et professionnelle en soins palliatifs. EJPC 1999 ; 6(6)
12. Meekin SA, Klein JE, Fleischman AR, Fins JJ. Development of a palliative education assessment tool for medical student education. Acad Med (2000) 75(10):986-92.
13. Vlioger M de, Gorchs N, Larkin PJ, Porchet F. Palliative nurse education: towards a common language. Palliative Medicine (2004) 18: 401-03
14. Palliative Oncology Education Section. AACE "Cancer pain education: Objectives for medical students and residents in primary care specialties" J Cancer Educ (1996) 11: 7-10
15. The Irish committee on Higher Medical Training. Curriculum for Higher Specialist Training in Palliative Medicine. Dublin: RCPI (1997).
16. Joint committee on higher medical training. Curriculum for higher specialist training in palliative medicine. (2003) www.jchmt.org.uk
17. Basic recommendations for training in Palliative Care. SECPAL (Spanish society for Palliative Care) (1999)
18. Curriculum for the university diploma. French association for Palliative care SFAP (2001)



19. Guidelines for Palliative Care education. EAPC educational network (2000)
20. Raccomandazioni generali per lo sviluppo delle cure palliative in Italia, Allegato N° 2. La formazione nelle cure palliative. SIPC (Italian Society for Palliative Care) FCP (Italian Federation of Non profit associations in Palliative Care) (2002)
21. Nordic specialist course in Palliative Medicine (2003 – 2005)
22. Corso residenziale di medicina palliativa SFAMP (2002)
23. Área de Capacitación específica. Medicina Paliativa Propuesta Curricular. Versión 6.3: Documento de trabajo. Recommendations for specialist training in Palliative Care. Spanish society for Palliative Care (2005)
24. Nordic Cancer Union: Steering Committee for Patient Support ‘A Curriculum for Palliative Care Education in the Nordic countries’ (in press)
25. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland: Palliative Medicine: Curriculum for Medical Students, General Professional Training, Higher Specialist Training
26. Working Group on Education of the German Association of Palliative Medicine (DGP). Curriculum: Palliativmedizin für Studierende.
www.dgpalliativmedizin.de
27. Working Group on Education of the Swiss Association of Palliative Medicine Aus- und Weiterbildung in Palliative Care – Nationale Empfehlungen.
www.palliative.ch
28. The Royal Australasian College of Physicians, Adult Medicine Division ‘Australasian Chapter of Palliative Medicine: Training Manual’. Sydney, 4th edition (2004)
29. World Health Organization: Cancer Pain Relief. Geneva (1986)
30. Palliative Care Education: Joint Committee on Higher Medical Training Guidelines for higher specialist training in palliative medicine. London: Royal College of Physicians (1991) www.jchmt.org.uk
31. Recommendations de la SFAP pour l’enseignement des soins palliatifs dans le cursus des études médicales. (1995) www.sfap.org
32. MacLeod RD. Teaching postgraduate palliative medicine. University of Dundee. Scotland (1992)
33. Report and recommendations of a workshop on palliative medicine education and training for doctors in Europe. EAPC (1993)
34. Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland: Palliative Medicine Curriculum. Southampton (1992)
35. National Cancer Control Programmes Policies and managerial guidelines. 2nd edition. WHO (2002)

36. Lloyd-Williams M, Macleod RD, A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. Med Teach 2004;26;683-690

Autoři a poděkování

Členové pracovní skupiny pro lékařské vzdělávání a výcvik v paliativní péči

Frank Elsner (Německo), předseda výboru

Carlos Centeno (Španělsko)

Gianluigi Cetto (Itálie)

Franco De Conno (Itálie)

John Ellershaw (Spojené království)

Steffen Eychmuller (Švýcarsko)

Marilène Filbet (Francie)

Phil Larkin (Irsko)

Stephen Mason (Spojené království)

Poděkování patří Heidi Blumhuber pro její neutuchající podporu.

Setkání pracovních skupin byla podpořena z grantů „Accompagner“ GRESP CHLS 69495 Pierre-Bénite Lyon (Francie), Université C. Bernard, Lyon (Francie) a Grünenthal Deutschland GmbH

Konzultanti

Konzultanti pro revizi vzdělávacího kurikula

Georg Bollig (Norsko)

Carl-Magnus Edenbrandt (Švédsko)

Aleksandra Kotlinska-Lemieszek (Polsko)

Maria Nabal (Španělsko)

Antonio Pascual (Španělsko)

Lukas Radbruch (Německo)

Siebe Swart (Nizozemí)

Athina Vadalouka (Řecko)

Překlad do češtiny a vydání *Doporučení EAPC pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě* uskutečnila Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP v roce 2014 s podporou grantu Nadačního fondu AVAST v rámci programu „Spolu až do konce“

