



**Рекомендации Европейской ассоциации
паллиативной помощи
(ЕАПП)
по разработке образовательных программ
по паллиативной медицине
в европейских медицинских ВУЗах**

**Доклад Ответственной группы ЕАПП по медицинскому
образованию и подготовке специалистов по
паллиативной помощи**



Содержание

А. Введение	Стр. 06
Б. Цели	Стр. 10
В. Образовательные стратегии	Стр. 11
Г. Программа обучения	Стр. 12
Д. Общие принципы планирования программы	Стр. 19
Е. Ссылки	Стр. 23
Ж. Авторы и выражение признательности	Стр. 25
З. Консультанты	Стр. 26

Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) принадлежит исключительное право на копирование, использование и бесплатное распространение данной публикации

ISBN: 978-88-902961-9-2

Original version downloadable at
www.eapcnet.eu/Themes/Education/Medical/CurriculumUpdate.aspx

Предисловие к первому изданию

В 1988 году, когда происходило формирование ЕАПП, во многих европейских странах еще не было учреждений, оказывающих паллиативную помощь, и лишь в немногих медицинских ВУЗах преподавались вопросы паллиативной помощи. Даже там, где вопросы паллиативной помощи были включены в программы обучения, на освоение этой дисциплины выделялось очень мало времени, редко проводилась оценка знаний студентов, и многие преподаватели не видели необходимости что-то изменить.

Но время изменилось. Сегодня уже многие люди имеют представление о том, что такое паллиативная помощь, и считают, что она должна быть доступна при необходимости и им, и их близким. Правительства ряда стран признают необходимость создания служб паллиативной помощи, а в некоторых государствах такие службы уже полноценно финансируются государством. Еще более важно то, что получает признание актуальность оказания такого вида помощи людям с заболеваниями и состояниями неонкологической природы, а также целесообразность более раннего включения паллиативного подхода в общий процесс оказания помощи пациенту.

Возможно, в большей степени произошедшие перемены были связаны с тем, что почти в 50% случаев причинами смертности населения Европы являются хронические заболевания, когда пациент постепенно становится все более слабым и зависимым, его страдания продолжаются месяцы и годы. Каждый такой пациент нуждается в оказании паллиативной помощи, которая принесет ему облегчение. Число таких больных велико и будет неумолимо расти в связи с постарением населения и успехами медицины, которые позволяют продлить жизнь больных гораздо дольше, чем можно было бы предположить. Но часто качество жизни таких больных оставляет желать лучшего.

В то же время нашел признание факт, что 90% таких пациентов будет (и должно) оставаться под наблюдением своих врачей общей практики/семейных врачей. Если тяжесть их страданий больных будет нарастать, появятся сложности при купировании симптомов, или появятся редкие проявления болезни, и врачи будут испытывать трудности при купировании симптомов, то тогда потребуются специалисты, имеющие специальные знания, опыт и навыки в области паллиативной помощи.

Отсюда следует, что каждому студенту-медику необходимы знания в области паллиативной помощи – о ее задачах и сложностях. Каждый студент должен знать о существовании профессиональной и личной удовлетворенности, которую получает специалист, оказывающий паллиативную помощь. Он увидит, что принципы паллиативной помощи не отличаются от принципов клинической практики должного качества, однако, чтобы стать опытным специалистом в этой области недостаточно только врожденных способностей. Это требует знаний, сострадания, чуткости и смирения. Специалисты, обучающие студентов, должны иметь эти качества в изобилии, но, кроме того,

они должны знать, как правильно построить каждое занятие, то есть владеть технологиями обучения. Желательно, чтобы преподаватели прошли подготовку в ВУЗах или последипломное образование по педагогике. Подготовленных должным образом преподавателей сегодня можно найти на кафедрах паллиативной помощи в нескольких университетах, и не удивительно, что их рейтинг среди студентов один из самых высоких в университете, а сам предмет преподавания - среди самых увлекательных.

Эксперты, занимавшиеся разработкой данных рекомендаций, знают, что паллиативная помощь – это не просто занятие, которое чуть сложнее, чем выполнение упражнений в клинической фармакологии, например, по назначению опиоидов и их ротации. Они знают, какое важное место при оказании этого вида помощи необходимо уделять решению психосоциальных и духовных проблем пациента (так часто пренебрегаемых, как при обучении студентов, так и в процессе последипломной подготовки врачей), облегчению страданий родственников и оказанию им поддержки. Все эти аспекты отражены в данных рекомендациях.

Один известный хирург, профессор, перед выходом на пенсию, оглядываясь на прошедшие 45 лет своей практической работы, сказал мне недавно, что наиболее важным из того, что он видел и чему научился за эти годы, была паллиативная помощь. Он подчеркнул, что наша задача – научить молодых врачей, мужчин и женщин, начинающих свой путь в нашей благородной профессии, навыкам оказания помощи пациентам, которых они не могут вылечить. Мы должны научить их слушать, быть готовыми учиться у медицинских сестер, проявлять внимание и чуткость при решении сложнейших задач для обеспечения должного качества жизни их пациентов.

Он, как и я, дает положительную оценку рекомендациям ЕАПП и рекомендует использовать их во всех медицинских ВУЗах в Европе и за ее пределами.

Derek Doyle

Председатель первого Комитета ЕАПП по вопросам образования

Предисловие к настоящему изданию

Совет директоров ЕАПП считает, что интеграция паллиативной медицины в программы обучения врачей является задачей первостепенной важности. Это имеет большое значение не только для развития самой паллиативной помощи, но и для пациентов, о которых мы заботимся. В связи с этим Ответственной группе по медицинскому образованию и подготовке специалистов предстояло изучить, как обстоит дело с обучением врачей паллиативной медицине в разных странах Европы.

Сегодня развитие паллиативной медицины в Европе достигло такого уровня, что она уже стала или готова стать самостоятельной специальностью. Чтобы помочь практическому развитию паллиативной медицины ЕАПП в 2007 году опубликовала «Программу обучения паллиативной помощи студентов медицинских ВУЗов» и в 2009 году – «Рекомендации по разработке программы последипломного образования», после освоения которой врачи получают сертификат по паллиативной медицине. Настоящие рекомендации (2013) являются обновленным вариантом рекомендаций ЕАПП по разработке образовательной программы для студентов-медиков Европейских медицинских ВУЗов по паллиативной медицине. После завершения работы над рекомендациями для студентов эксперты Ответственной группы приступят к работе над рекомендациями по планированию образовательной программы для последипломного образования. При разработке новых рекомендаций эксперты пытались создать документ, который мог бы плодотворно использоваться повсеместно в европейском обществе. Кроме того эксперты использовали свой большой опыт и знание проблем, полученные при разработке ныне действующих образовательных программ по паллиативной медицине, и надо отдать им должное и выразить благодарность.

Я уверен, что эти новые рекомендации могут быть с успехом использованы во всех медицинских ВУЗах Европы, что будет способствовать дальнейшему развитию паллиативной медицины, особенно в тех странах, где преподавание этой дисциплины все еще находится на ранней стадии развития.

Franco De Conno

Почетный директор ЕАПП

А) Введение

Работа, проведенная ЕАПП

Обучение и подготовка специалистов здравоохранения является краеугольным камнем концепции Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) развития паллиативной помощи и расширения ее границ в Европе.

В 1992 году Комитет по вопросам образования ЕАПП под председательством Derek Doyle предложил конкретные рекомендации по обучению паллиативной помощи. Позже (2000) в знак признания целесообразности сотрудничества представителей различных профессий в процессе преподавания паллиативной помощи межпрофессиональная группа экспертов пересмотрела эти рекомендации.

Вначале были написаны единые для всех категорий медицинских работников общие принципы паллиативной помощи, позднее для отдельных категории (врачи, медицинские сестры и др.) были разработаны самостоятельные образовательные программы.

В 2004 году были предложены рекомендации по обучению паллиативной помощи медицинских сестер (ЕАПП, 2004). Рекомендации по разработке учебной программы по паллиативной медицине были созданы в рамках проекта по развитию образования в здравоохранении, как базового (обучение студентов), так и постдипломного (обучение врачей), реализованного в соответствии с Рекомендациями Совета Европы (2003) по организации паллиативной помощи (СЕ 144/153).

В основу рекомендаций авторами положена существующая учебная программа подготовки медицинских работников, при этом имеется в виду, что рекомендации будут использоваться во всех странах Европы. В 2012 году была проведена работа с целью обновления существующих рекомендаций. Текст рекомендаций был разослан для рецензирования специалистам паллиативной помощи, представителям национальных ассоциаций и другим известным экспертами в данной области. После рассмотрения полученных отзывов и комментариев Ответственной группой ЕАПП по медицинскому образованию и подготовке специалистов в рекомендации были внесены необходимые изменения и дополнения.

Обучение студентов-медиков оказанию паллиативной помощи

Число пациентов, страдающих злокачественными новообразованиями и другими тяжелыми заболеваниями, продолжает расти. В последние десятилетия наблюдается быстрый рост числа тяжелых и умирающих больных. В связи с этим в большинстве стран были созданы службы паллиативной помощи, имеющие различные формы организации, структуру персонала и стандарты качества оказываемой помощи.

В течение последних нескольких лет также получило развитие обучение по паллиативной помощи в медицинских учебных заведениях. Тем не менее, образование по вопросам паллиативной помощи в медицинских ВУЗах в Европе развито неравномерно, и следует отметить, что отсутствует стандартизированная базовая программа обучения. Уже предприняты меры для стандартизации обучения студентов-медиков по вопросам паллиативной помощи, а именно разработаны образовательные программы, например, в Австралии, Канаде и Великобритании. Кроме того, должны быть предприняты меры, чтобы ввести паллиативную помощь в качестве обязательного предмета в учебные планы подготовки студентов-медиков в европейских медицинских ВУЗах.

Предложенные рекомендации могут помочь повысить качество преподавания данной дисциплины в рамках высшего образования в медицинских ВУЗах Европы. Считается, что темы, представленные в программе, должны изучаться всеми студентами медицинских ВУЗов. Изменение отношения к проблеме оказания помощи тяжелым больным, умирающим и их родственникам является одной из основных целей обучения. Другой важный аспект - освоение определенных навыков деятельности межпрофессиональной команды, также как и навыков проведения симптоматической терапии. Содержание этой вузовской программы составлено в соответствии с основными принципами, закрепленными в определении паллиативной помощи, данном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2002 году.

Определение паллиативной помощи, данное ЕАПП

Паллиативная помощь – это активная всесторонняя помощь пациентам, заболевание которых прогрессирует, несмотря на проведение радикального/специального лечения. Облегчение боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем является главной задачей.

Паллиативная помощь использует междисциплинарный подход, в сфере ее внимания находится пациент и его семья. В некотором смысле паллиативная помощь реализует самую важную концепцию помощи – удовлетворение потребностей пациента вне зависимости от того, где он находится, дома или в больнице.

Паллиативная помощь утверждает жизнь и считает смерть естественным процессом; она не имеет намерения ни приблизить, ни отдалить наступление смерти. Ее основной задачей является обеспечение наилучшего качества жизни пациента до самого момента смерти.

- *Паллиативная помощь обеспечивает избавление от боли и других тягостных проявлений болезни;*

- Утверждает жизнь и рассматривает умирание как естественный этап жизни человека;
- Не имеет намерений ни приблизить, ни отдалить момент смерти;
- Включает в себя психологические и духовные аспекты помощи;
- Предлагает систему поддержки, позволяющую пациентам жить как можно активнее до самого момента смерти;
- Предлагает систему поддержки родственников, позволяющую им справиться со всеми трудностями во время болезни пациента и в период тяжелой утраты;
- Использует командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе консультирование в период тяжелой утраты, если это необходимо;
- Повышает качество жизни, а также может положительно повлиять на течение болезни;
- Может проводиться на более ранних стадиях заболевания в сочетании с другими методами лечения, целью которых является продление жизни, например, химиотерапией или лучевой терапией, и включает в себя исследования, необходимые для лучшего понимания и купирования тяжелых клинических проявлений.

Общие рекомендации по составлению учебной программы по паллиативной помощи

В этих рекомендациях предлагается лишь основа для разработки программы обучения по паллиативной помощи, которая может быть использована в различных медицинских ВУЗах Европы. Интеграция паллиативной помощи в существующие студенческие учебные программы является серьезной задачей. Использование *Методики оценки обучения по паллиативной помощи (Palliative Education Assessment Tool¹ (PEAT))* помогает обнаружить «скрытые» в учебных программах медицинских учебных заведений компоненты преподавания вопросов паллиативной помощи.

В целях удовлетворения потребностей различных систем здравоохранения и самих студентов следует соблюдать некоторые общие принципы при планировании учебных программ (см. (Д) Общие принципы планирования образовательных программ).

¹www.hawaii.edu/hivandaids/Development_of_a_Palliative_Education_Assessment_Tool_for_Medical_Student_Education.pdf

Специфические компоненты программы высшего образования по паллиативной помощи

Авторы советуют распределить содержание программы по паллиативной помощи в виде «вертикальной интеграции» для того, чтобы избежать перегрузки общего учебного плана, и планировать обучение в соответствии с конкретными задачами и целями.

Содержание учебной программы для освоения студентами базового уровня паллиативной помощи должно охватывать семь практических направлений:

- Паллиативная помощь и паллиативная медицина (определения и т. д.);
- Боль;
- Неврологические и психические симптомы (возбуждение, спутанность сознания и т. д.) ;
- Купирование других симптомов (одышка, тошнота и т. д.) ;
- Этика и право;
- Проблемы пациента, родственников, лиц, осуществляющих уход;
- Клинические навыки общения.

Эти семь направлений мы предлагаем интегрировать в шесть разделов предлагаемой нами учебной программы:

1. Основы паллиативной помощи;
2. Боль и симптоматическая терапия;
3. Психологические и духовные аспекты;
4. Этические и правовые вопросы;
5. Общение;
6. Работа в команде и саморефлексия².

Представленная вашему вниманию учебная программа не содержит детального описания, как и в каком виде должно вестись преподавание паллиативной помощи. Однако, как и PEAT, она даст информацию для выявления необходимых для преподавания тем, которые не освещаются в рамках существующей программы обучения студентов-медиков, а также может быть использована преподавателями, которым поручена разработка новой программы по паллиативной помощи (в основном это касается преподавателей таких дисциплин как онкология, семейная медицина, гериатрия, фармакология, психология и психиатрия).

² Отражение человеком с помощью своей психики самого себя в разных аспектах (примечание переводчика)

Работа в команде и рекомендации по обучению межпрофессиональной группы

Одной из отличительных черт оказания паллиативной помощи является совместная работа специалистов в межпрофессиональной команде, так называемый командный подход. Это необходимо принимать во внимание при планировании учебной программы и выборе методов обучения. Для выполнения этой задачи важно, чтобы среди преподавателей были специалисты не только медицинского, но и других профилей (специалисты по сестринскому уходу, социальной работе, психологии, духовной поддержке и др.).

Б) Цель

Цель – проведение обучения, которое позволит студентам совершенствовать свое профессиональное поведение, когнитивно-дидактические функции, знания и навыки, необходимые для осуществления эффективной и сострадательной паллиативной помощи.

Задачи:

- показать, что процесс лечения - это не только диагностические исследования и лечебные процедуры; при оказании медицинской помощи пациент должен рассматриваться как единое целое, то есть лечить следует больного, а не болезнь (это есть холистический подход);
- показать, как облегчить тягостные симптомы, приносящие страдание больному (боль и др.), с применением фармакологических средств и нефармакологических методов;
- показать, что оказание паллиативной помощи пациентам и их родственникам - это процесс, который включает не только проведение мероприятий в кризисных ситуациях, но также заблаговременное проведение терапии и внимательное наблюдение;
- показать, что для удовлетворения потребностей, желаний каждого пациента и его родственников в соответствии с их ценностями при осуществлении ухода и лечения необходим индивидуальный подход;
- показать, что предоставление качественной помощи в конце жизни возможно лишь при условии, если у лечащего врача сформировано свое собственное отношение к болезни, умиранию, смерти и гореванию;
- показать, что улучшить качество медицинского обслуживания возможно не только путем приобретения знаний, но и путем совершенствования навыков работы в команде, искусства общения и решения этических проблем.

В) Образовательные стратегии

В медицинских ВУЗах могут использоваться различные стратегии и технологии обучения, но рекомендуется учесть следующие аспекты:

- Основное внимание должно быть уделено практическим занятиям (в том числе в стационарных отделениях, совместно с сотрудниками консультативных служб, работающих в больницах или по месту жительства пациентов; освоить методы общения как с пациентами, так и с родственниками). Приоритетным следует считать разбор/обсуждение выбранной тактики и осуществленных действий при оказании помощи пациенту в конкретной ситуации;
- Предпочтение следует отдавать активным методам обучения (разбор клинических случаев, обсуждение, ролевые игры);
- Для укрепления взаимодействия следует поощрять межпрофессиональное обучение (проведение совместных семинаров и тренингов для специалистов различного профиля);
- Горизонтальная интеграция: в процессе обучения паллиативной помощи должны принимать участие преподаватели различных дисциплин с целью освещения специфических вопросов оказания паллиативной помощи различным категориям больных;
- Необходимо включать в программу обсуждение часто встречающихся случаев и сложных ситуаций, в том числе семейных проблем, вопросов работы команды и проблем, возникающих в связи с переживанием горя;
- Этические и психологические вопросы должны быть интегрированы во все разделы программы.

Для освоения программы, рассчитанной на несколько лет обучения в ВУЗе, рекомендуется выделить в общей сложности 40 часов. Основы дисциплины должны преподаваться как можно раньше, клинические вопросы – позднее в процессе обучения. Студентам должна быть понятна суть горизонтальной и вертикальной интеграции. Кроме того, рекомендуется приобретение клинического опыта на базе подразделений паллиативной помощи.

С целью проведения оценки знаний следует использовать специальные методики, например, опросники, содержащие вопросы с несколькими вариантами ответов, прямые вопросы и клинические примеры, а также опросники для оценки отношения и профессиональных навыков.

Очень важно, чтобы вопросы по паллиативной помощи были включены в билеты выпускных экзаменов - в противном случае маловероятно, что студенты будут посещать лекции и занятия даже по основной тематике учебной программы.

Систематический обзор подготовки студентов по паллиативной помощи выявил отсутствие последовательности в процессе преподавания студентам данного предмета. Преподавание ведется фрагментарно, от случая к случаю, отмечается недостаточная координация деятельности преподавателей. Следует отметить, что существуют трудности в наборе подходящих преподавателей, которые связаны с дефицитом квалифицированных



академических кадров - специалистов паллиативной помощи в медицинских ВУЗах.

Кроме того, редко проводится официальная оценка процесса преподавания паллиативной помощи. Проведение оценки имеет важное значение, если новая дисциплина претендует иметь такой же академический авторитет и значимость, как и другие дисциплины. Сегодня преподавание сосредоточено в основном на приобретении знаний и навыков, но не на проработке отношения, и за немногим исключением сосредоточено на вопросах оказания паллиативной помощи онкологическим больным.

Г) Программа обучения

Предложение по распределению часов учебной программы по темам в процентах представлено ниже:

1. Основы паллиативной помощи	5%
2. Купирование боли и симптоматическая терапия	50%
3. Психосоциальные и духовные аспекты	20%
4. Этические и юридические вопросы	5%
5. Общение	15%
6. Командная работа и саморефлексия	5%

Предлагаемый учебный план включает минимальный объем знаний и навыков, которые студент-медик должен освоить во время получения высшего образования. Тематический перечень, представленный ниже, должен соответствовать целям обучения, которые определяют в свою очередь образовательную стратегию (методы обучения) (см. (Д) Общие принципы планирования учебной программы).

Профессорско-преподавательский состав, освещающий ниже приведенные темы, включает различных специалистов, в том числе немедицинского профиля.

1. Основы паллиативной помощи: 5%

Должны знать	Должны иметь представление о
<ul style="list-style-type: none"> Международное развитие идеи хосписа и паллиативной помощи Определение паллиативной помощи 	<p>Сложных проблемах, возникающих в конце жизни</p> <p>Задачах врача при оказании помощи в конце жизни</p> <p>Работе мультидисциплинарной и межпрофессиональной команды при использовании паллиативного подхода</p> <p>Необходимости ранней интеграции паллиативной помощи в систему оказания помощи при прогрессировании заболевания</p>

- Формы организации паллиативной помощи:
 - амбулаторные
 - стационарные
 - консультативные

Необходимости создания разных организационных форм

Необходимости взаимодействия различных подразделений, оказывающих паллиативную помощь

2. Купирование боли и симптоматическая терапия: 50%

а) основные принципы симптоматической терапии

Содержание	Должны иметь представление о
<ul style="list-style-type: none"> • Радикальное/специальное лечение • Паллиативная терапия • Паллиативная медицина 	<p>Возможности улучшения качества жизни пациента при раннем начале оказания паллиативной помощи</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Междисциплинарные аспекты <ul style="list-style-type: none"> ➢ хирургия ➢ радиотерапия ➢ фармакологические ➢ нефармакологические • Паллиативная седация <ul style="list-style-type: none"> ➢ показания ➢ процедура ➢ помощь родственникам 	<p>Необходимости привлечения к оказанию помощи врачей различных специальностей и специалистов различных профилей</p> <p>Решении вопроса о целесообразности проведения диагностических и процедур и лечения в зависимости от стадии заболевания</p> <p>Паллиативной седации с целью облегчения невыносимых страданий</p> <p>Концептуальных различиях между паллиативной седацией и эвтаназией</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Планирование и проведение оценки эффективности терапии • Оценка симптомов (цели и методики) • Лекарственные препараты, используемые постоянно и по требованию • Профилактика и реабилитация • Документация 	<p>Важности индивидуального подхода и заблаговременного планирования терапии и ухода</p> <p>Важности определения целей оказания помощи</p>

б) Купирование боли:

Должны знать	Должны понимать
<ul style="list-style-type: none"> • Определение и концепции боли • Анатомию, патофизиологию 	<p>Многосторонний подход при купировании боли</p>

- Механизмы ноцицептивной боли (соматическая боль, висцеральная боль)
- Механизмы нейропатической боли
- Характеристики видов хронической боли
- Концепция «тотальной» боли
- Принципы фармакотерапии
 - важность достижения «стабильного состояния»
 - использование самого простого пути введения препарата
 - необходимость титрования/подбора дозы
 - необходимость назначения дозы «по требованию» при неожиданном усилении боли
 - расчет эквивалентных доз
 - принципы ротации опиоидов
- Фармакокинетика и фармакодинамика опиоидных, неопиоидных и адъювантных анальгетиков
- Пути введения лекарственных препаратов и показания для их использования, альтернативные пути при невозможности использования препарата внутрь
- Использование нефармакологических и фармакологических методов купирования боли при упорном болевом синдроме:
 - У онкологических больных такие вмешательства как химиотерапия, радиотерапия
 - Инвазивные процедуры (анестезиологические и нейрохирургические пособия)
 - Сестринские манипуляции
 - Психотерапия и психологическое консультирование
 - Социальные мероприятия
 - Физиотерапия
 - Комплементарная терапия
- Организационные и юридические вопросы:
 - Выписка рецептов
 - Способность управлять автомобилем
 - Путешествия

Сложность процесса купирования боли в конце жизни пациента

Что для купирования боли существуют не только лекарственные средства

Что существуют слухи и искажение информации, необходимо опровергнуть миф о том, что опиоидные анальгетики вызывают зависимость у инкурабельных онкологических больных, и что, если начать их применение слишком рано, «ничего не останется для использования в перспективе»

(с) Симптоматическая терапия:

Должны знать	Должны понимать
<ul style="list-style-type: none"> • Желудочно-кишечные симптомы <ul style="list-style-type: none"> ➤ Запор, диарея <ul style="list-style-type: none"> ○ Анатомия и физиология нормального процесса дефекации и прохождения содержимого по кишечнику ○ Механизмы появления запоров у пациентов в конце жизни (лекарственные препараты, прежде всего опиоиды, ограничения в диете) ○ Мышечная слабость ➤ Паралитический илеус/кишечная непроходимость • Тошнота и рвота <ul style="list-style-type: none"> ○ Патофизиология тошноты и рвоты ○ Фармакология противорвотных средств, конкретные точки приложения действия препаратов ○ Роль пути введения лекарственных препаратов • Терапия кишечной непроходимости • Легочные симптомы <ul style="list-style-type: none"> ➤ Нарушения дыхания <ul style="list-style-type: none"> ○ Патофизиология респираторных симптомов ○ Характеристика применяемых лекарственных препаратов (опиоиды, анксиолитики, стероиды) ○ Принципы кислородной терапии ○ Тактика при «предсмертном храпе» ➤ Кашель • Нейропсихиатрические симптомы <ul style="list-style-type: none"> ➤ Делирий, состояния, характеризующиеся спутанностью сознания ➤ Бессонница 	<p>Физические, психологические, социальные и духовные аспекты симптоматической терапии в паллиативной помощи</p>

- Депрессия и другие нарушения настроения
- Возбуждение и страхи
- Галлюцинации
- Анорексия, кахексия, слабость
 - Потеря аппетита;
 - Утомляемость;
 - Слабость, летаргический сон
- Жажда, сухость во рту
 - Язвы слизистой полости рта
 - Нарушения глотания
- Дерматологические симптомы
 - Раны
 - Лимфедема
 - Зуд
- Оказание помощи умирающему больному
 - Экстренные состояния в паллиативной помощи
 - Гиперкальциемия
 - Сдавление спинного мозга

3. Психосоциальные и духовные аспекты: 20%

Должны знать	Должны понимать
<ul style="list-style-type: none"> • Психологические реакции, которые возникают при развитии хронической болезни, переживании горя и потери • К чему приводит потеря самостоятельности пациента, его роли в семье, изменение внешности, сексуальности и самооценки • Перемены, происходящие в семье • Этнические, социальные и религиозные различия • Как при необходимости помочь пациентам и их родственникам преодолеть практические, финансовые трудности, решить юридические вопросы <p>В частности организовать социальную поддержку и юридические консультации для помощи в оформлении завещания или пересмотра требований по выплате компенсаций, которые иногда возникают</p>	<ul style="list-style-type: none"> Что такое автономия пациента Что такое «говорить правду» Что такое индивидуальность пациента Уязвимое самоуважение пациента Значение жизненной силы и сексуальности Бережное отношение к чувствам пациента и его родственников Внимательное отношение к нуждам пациента и его родственников Сложности социальной ситуации, в которой находится пациент Идею «ячейки» при оказании помощи Важную роль, которую играют члены семьи в обеспечении качества жизни пациента Специфические потребности детей

в экстренном порядке по мере приближения конца жизни.

- Как организовать получение больничного листа или приезд родственников или друзей из другого района страны или из-за рубежа для того, чтобы они смогли навестить умирающего человека
- Стратегии преодоления
- Горе и тяжелая утрата как процесс, который переживает каждый человек
- Преждевременный траур/горе
- Факторы риска развития патологического горя

Проблемы, обусловленные тяжелой болезнью и процессом умирания

Что такое качество жизни в паллиативной помощи, важность поддержания качества жизни

Какие стратегии работы с родственниками пациентов, переживающих горе, эффективны, а какие нет, в том числе с детьми

- В начале заболевания
- В течение заболевания
- Во время процесса умирания пациента
- После смерти пациента

• Духовность

- Надежда
- Воспоминания о прожитой жизни
- Вера
- Смысл жизни
- Ощущение согласованности/связи

Различия между духовностью и религией

Духовность врача

Духовность пациента

4. Этические и юридические вопросы: 5%

Должны знать

- Обсуждение вопросов, связанных с принятием решений в конце жизни, в частности, прекращения, отмены или отказа от назначения лечения
- Корректные способы обсуждения и реализации "указаний не проводить сердечно-легочную реанимацию (DNACPR или DNR)
- Исследование принятия решений уполномоченными на то лицами, заблаговременных распоряжений и заблаговременного планирования помощи

Должны понимать

Этические аспекты принятия решений по медицинским вопросам

Собственные этические убеждения

Собственное отношение к смерти и умиранию

- Различия между принятой практикой паллиативной помощи и эвтаназией
- Этические и юридические различия в национальном и международном контексте
Эвтаназия

Размышлять о роли врача, которую он играет при оказании помощи пациентам в конце жизни

Суицид при содействии врача

5. Общение: 15%

Должны знать	Должны понимать
<ul style="list-style-type: none"> • Модели общения • Виды общения: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Вербальное ➢ Невербальное • Общение в специфических ситуациях: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Информирование пациента, сообщение о прогнозе ➢ Принятие решений ➢ Конфликт и разрешение конфликта ➢ Беседы с родственниками 	<p>Восприятие пациентом своей болезни</p> <p>Собственные недостатки и сильные стороны в восприятии ситуации, общении и заблаговременном планировании помощи</p>

6. Командная работа и саморефлексия: 5%

Должны знать	Должны понимать
<ul style="list-style-type: none"> • Как работать в команде 	<p>Необходимость работать в команде</p> <p>Опасность конфликтов при выполнении своей работы</p> <p>Процесс принятия решений</p> <p>Возможность выслушать друг друга в команде</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Взаимодействие <ul style="list-style-type: none"> ➢ системы поддержки ➢ партнеры 	<p>Важность делегирования выполнения обязанностей в команде</p>
<ul style="list-style-type: none"> • «Выгорание» – как его избежать и методы профилактики 	<p>Личный опыт - как справиться с выгоранием</p> <p>Личный опыт - как справиться с личным беспокойством</p> <p>Возможность «разбора полетов» с наставником</p>

Д) Общие принципы планирования учебной программы

Образовательная программа по паллиативной помощи должна быть составлена в каждой стране на основе 6-ти шагового подхода при разработке программ медицинского образования, сформулированного Kern с соав. (1998) и приведенного ниже:

Шаг 1: Выявление общих тенденций и проблем

В паллиативной помощи это может быть статистическая информация о числе тяжелых больных пациентов и причинах смерти, предпочитаемом и фактическом месте смерти, недостатках стационарной помощи и помощи на дому, текущей этической дискуссии, которая проводится в обществе, медицинском страховании и так далее.

Такой анализ должен позволить студентам определить ключевые различия между существующим и идеальным состоянием вещей.

Шаг 2: Выявление специфических потребностей различных целевых групп

Содержание

При планировании программы обучения паллиативной помощи необходимо ориентироваться на практические потребности врачей, работающих в различных структурах здравоохранения (больницы, выездные службы, хосписы, общая врачебная практика, частнопрактикующие врачи и т.д.). Специфические потребности должны быть выявлены путем анализа дефицита.

Следует понимать и провести четкую дифференциацию между вузовским и постдипломным уровнем обучения. При планировании курса или составлении программы по паллиативной помощи существует опасность аккумулировать в ней огромное число различных тем. Мы рекомендуем применить на практике вертикальную интеграцию образовательного материала в соответствии с имеющимся временем в программе непрерывного медицинского образования (подстроиться в конкретной клинической практике, выявить другие возможности при проведении постдипломного образования – в зависимости от задач обучения в соответствии с выбранной специальностью будет планироваться и программа по паллиативной помощи. Такой подход поможет предотвратить перегрузку программы по паллиативной помощи в рамках высшего медицинского образования.

Методы

Выбор и использование образовательных стратегий будут в огромной степени зависеть не только от целевой аудитории, но также и от культуры и других особенностей той страны, в которой проводится обучение. То же можно сказать и о ресурсах, которыми располагают учащиеся (например, компьютерами, оборудованием для демонстрации презентаций, ролевыми моделями, муляжами, составом преподавателей и др.).

Шаг 3: Постановка целей и задач

Ставятся **цели** общего характера, которые необходимо выполнить в результате проведения семинара/курса или выполнения программы.

Ставятся конкретные **задачи**, по которым будет проводиться оценка результатов, принимая во внимание три важных направления:

- **приобретение знаний** (когнитивная функция)
- **приобретение навыков** (психомоторные функции)
- **формирование отношения** (аффективная функция)

Чем точнее сформулированы задачи, тем проще проводить оценку (см. Шаг 6).

- Кто будет выполнять? (например, «студент»)
- Каков уровень активности? (например, «должен быть в состоянии определить ранг»)
- Каков уровень достижения результатов? (например, «3 наиболее часто встречающихся симптома...»)
- Когда задачи будут выполнены? (например, «в конце семинара»)

Шаг 4: Образовательные стратегии

Очень важно, какой материал следует продемонстрировать, чтобы он был быстрее освоен. Содержание материалов и методы демонстрации должны быть конгруэнтны, то есть соответствовать друг другу.

Например, для совершенствования навыков принятия решений метод обсуждения в небольшой группе (изучение отдельной проблемы) будет более эффективным, чем разбор клинического случая преподавателем. Содержание занятия должно активировать все три сферы, вовлекаемые в процесс для решения поставленных задач: когнитивную (**знание**), психомоторную (**навыки**) и аффективную (**отношение**).

Использование нескольких обучающих методик в ходе одного семинара или программы обеспечивает не только реалистичную атмосферу и повышает степень участия студентов в процессе обучения, но также дает возможность

использовать студентам различные механизмы освоения информации. Некоторые усваивают материал лучше в процессе чтения статьи, другие предпочитают ролевые игры или создание концепции для своего обучения (см. Методики обучения, предложенные Kolb).

Методики для решения когнитивных задач (Познание)

- Обучение, ориентированное на проблему
- Работа в небольшой группе
- Лекции
- Ролевые игры

Методики приобретения навыков (Навыки)

- Клиническая практика под руководством специалиста
- Использование симуляторов (например, муляжи пациентов, ролевые игры)
- Разбор аудио- и видеоматериалов/ анализ профессиональных навыков

Методы формирования психолого-дидактических навыков (Отношение)

- Исследование психолого-дидактических проблем (экспериментальное обучение) с последующим обсуждением
- Ролевые модели
- Ролевые игры
- Индивидуальная и групповая супервизия: способствует открытости, самоанализу и выражению собственного мнения.

Эти методы основаны на доверии, преимственности, и их использование возможно при наличии квалифицированных преподавателей, которые могут содействовать правильному формированию саморефлексии и обратной связи личностного характера, самовыражению. В паллиативной помощи эти методы должны быть интегрированы во все курсы и учебные программы, так как обучение саморефлексии имеет большое значение для специалистов этой области.

Специфическими для паллиативной помощи являются методы обучения работы в команде. Работа в команде может быть использована в качестве метода обучения (любая задача или проблема может быть решена в группе, где есть специалисты, имеющие разнообразный опыт), например, обучение в группе (обучение группы из двух, трех человек и т.д.) и выполнение упражнений в группе (например, совместное решение практических задач). Несколько моделей для повышения эффективности командной работы (знания,

навыки и отношение) уже разработаны для курсов по управлению в производстве, которые можно использовать и в области паллиативной помощи.

Шаг 5: Как организовать семинар или программу обучения

Для успешной организации программы обучения по паллиативной помощи необходимо сделать следующие приготовления:

- Определите, какие ресурсы вам понадобятся (персонал, время, помещение, финансирование).
- Ответственный за программу преподаватель должен иметь достаточную квалификацию для того, чтобы обучать слушателей паллиативной помощи и контролировать их действия. Таким образом, он должен иметь соответствующий опыт, как в области паллиативной помощи, так и в области преподавания.
- Найдите преподавателей – представителей различных специальностей для освещения разнообразных вопросов программы.
- Разработайте административные механизмы для реализации программы, а именно:
 - Механизмы распределения обязанностей
 - Механизмы постоянного общения и адаптации
 - Методы проведения регулярной оценки
- Найдите клиническое подразделение паллиативной помощи, с которым вы будете взаимодействовать, другие необходимые учреждения, медицинских специалистов других направлений.

Шаг 6: Оценка и получение «обратной связи»

Проведение оценки и получение «обратной связи» (мнений и пожеланий студентов по поводу прошедшего семинара/программы) завершают программу обучения. Обычно проводится оценка по двум направлениям:

1. Оценка выполнения участниками поставленных задач обучения (оценка уровня знаний и навыков учащихся)

Для оценки выполнения задач обучения, сформулированных в Шаге 3, обычно используются два метода:

- **Формативная оценка:** оценка уровня знаний или степени владения навыками, приобретенными за данный период времени. Чаще всего проверяется преподавателем или наставником с использованием методов самооценки. Экзамен является частью формативной оценки.

- **Итоговая оценка:** оценка достигнутых результатов. Необходимо сдать экзамен для повышения уровня своих знаний. Обычно используются несколько методов оценки, в том числе письменные или компьютерные тесты, устные экзамены, опросники (вопросы с вариантами ответов или открытые вопросы), непосредственное общение преподавателя и экзаменуемого.

2. Оценка выполнения учебной программы (оценка реализации программы)

При проведении обучения паллиативной помощи, являющейся относительно молодой дисциплиной, должно постоянно уделяться внимание повышению уровня базовых знаний у представителей целевых групп. Поэтому мероприятия, описанные в Шагах 6, 1 и 2, необходимо проводить тщательно и многократно. При проведении оценки учебной программы обычно обращается внимание, как на ее содержание, так и на используемые методы обучения.

Особый интерес может представлять оценка влияния проведенного обучения (учебной программы) на популяционном уровне (здоровье потребителей), которую лучше всего проводить в конкретных условиях (например, в домах для престарелых, при оказании помощи на дому).

С результатами, полученными в результате реализации Шага 6, следует ознакомить учреждения и организации, работающие в области паллиативной помощи на региональном, национальном и международном уровне, а также другие заинтересованные структуры.

Е) Ссылки

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. Doreen Oneschuk. 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. Area de Capacitacion especifica. Medicina Paliativa Propuesta Curricular. Versiyn 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) p 84 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

Ж) Авторы и выражение признательности

Члены Ответственной группы ЕАПП по образованию и подготовке специалистов

- Frank Elsner (Германия), Председатель Ответственной группы
- Carlos Centeno (Испания)
- Gianluigi Cetto (Италия)
- Franco De Conno (Италия)
- John Ellershaw (Великобритания)
- Steffen Eychmuller (Швейцария)
- Mariline Filbet (Франция)
- Phil Larkin (Ирландия)
- Stephen Mason (Великобритания)

*(выражаем особую признательность **Heidi Blumhuber**
за помощь на протяжении всего времени работы)*

Проведение рабочих встреч осуществлялось при финансовой поддержке компании «Аккомпагнер» GRESP CHLS 69495 Пьер-Буни Лион (Франция), Университета им. Клода Бернара, Лион (Франция) и фирмы Грюненталь Дойчланд GmbH

3) Консультанты

Основные консультанты, принимавшие участие в создании новой редакции базовой учебной программы:

- Georg Bollig (Норвегия)
- Carl-Magnus Edenbrandt (Швеция)
- Aleksandra Kotlinska-Lemieszek (Польша)
- Maria Nabal (Испания)
- Antonio Pascual (Испания)
- Lukas Radbruch (Германия)
- Siebe Swart (Нидерланды)
- Athina Vadalouka (Греция)