

Competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar

Nursing competencies for palliative care in home care

Janaina Meirelles Sousa¹

Elioenai Dornelles Alves¹

Descritores

Competência profissional; Enfermagem de atenção primária; Pesquisa em enfermagem; Cuidados paliativos; Serviços de assistência domiciliar

Keywords

Professional competence; Primary care nursing; Nursing research; Palliative care; Home care services

Submetido

18 de Outubro de 2014

Aceito

15 de Dezembro de 2014

Autor correspondente

Janaina Meirelles Sousa
Campus Universitário Centro
Metropolitano 1, Conjunto A, Ceilândia,
DF, Brasil, CEP 72220-900
sjana@unb.br

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500044>

Resumo

Objetivo: Identificar competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar.

Métodos: Estudo exploratório que utilizou o método Delphi para identificar o consenso de enfermeiros que atuam na atenção domiciliar para com 43 competências elencadas em um questionário, com inclusão de escala de *Likert* de cinco pontos.

Resultados: Na amostra de 20 enfermeiros, houve consenso para 18 competências gerais e 25 específicas com percentuais acima de 75% de concordância, e coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,7 para todas as competências elencadas. O consenso favorável às competências propostas indica o reconhecimento do cuidado paliativo como prática assistencial de enfermagem na atenção domiciliar.

Conclusão: O elenco de competências apresentou confiabilidade interna e fornece afirmações assertivas sobre a atuação do enfermeiro em cuidado paliativo na atenção domiciliar.

Abstract

Objective: To identify the competencies of nurses for palliative care in home care.

Methods: An exploratory study using the Delphi method to identify the consensus of nurses working in home care regarding 43 competencies listed in a questionnaire, with the inclusion of a five-point Likert scale.

Results: In the sample of 20 nurses, there was consensus about 18 general competencies and 25 specific competencies, with agreement above 75%, and Cronbach's alpha coefficient of 0.7 for all the listed competencies. The favorable consensus about the proposed competencies indicates the recognition of palliative care as a nursing care practice in home care.

Conclusion: The list of competencies presented internal reliability and provides assertive statements about the work of nurses in palliative care in home care.

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflito de interesses a declarar.

Introdução

Cuidado de qualidade ao fim da vida depende de uma equipe interdisciplinar de saúde emparelhada com habilidades interpessoais fortes, conhecimento clínico, competência técnica e respeito para com os indivíduos.⁽¹⁾

O cuidado paliativo como modalidade assistencial requerida dos profissionais de saúde que trabalham na atenção domiciliar, aliado ao aumento da morbidade e mortalidade por doenças crônicas degenerativas a nível mundial, insufla a necessidade de assistência multiprofissional a pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde propõe conceitos e diretrizes para esse cuidado, onde impera uma abordagem que permita a melhor qualidade de vida a pacientes e suas famílias, por meio da identificação, avaliação e tratamento de problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.⁽²⁻⁴⁾

Na equipe multidisciplinar de cuidados paliativos, os profissionais de enfermagem estão na linha de frente para prover cuidado, conforto e aconselhamento de famílias e pacientes. Nesta interação, o sucesso na execução do cuidado advém da relação estabelecida entre paciente-enfermagem e do interesse e vontade desses para exercer os cuidados ao fim da vida.^(1,5)

O lidar com a morte e o morrer no cotidiano dos enfermeiros associado a inexperiência clínica, a falta de treinamentos e suporte emocional adequados, são apontados como obstáculos ao atendimento de qualidade a pacientes que encontram-se em final de vida, e em última instância, influenciam na expressão da competência desses profissionais.⁽⁶⁾

Ao administrar uma situação complexa a competência profissional consiste em saber mobilizar e combinar de modo pertinente um conjunto de recursos pessoais e do meio. A construção de competências favorece a formação de esquemas de mobilização de recursos que permitem ao sujeito aplicá-los em suas atividades cotidianas, em função de um projeto que comporta para ele uma significação, ao qual ele dá um sentido.⁽⁷⁾

A operacionalização das competências resulta da qualidade da interface entre o homem e a situação de

trabalho, onde o profissionalismo e a competência emergem de um saber agir, de um querer, e de um poder agir. Assim, o mapeamento de competências agrega valor econômico e valor social a indivíduos e organizações, na medida em que contribuem para a consecução dos objetivos organizacionais e expressam o reconhecimento social sobre a capacidade das pessoas. Cabe salientar que as competências requeridas de um profissional permeiam a competência desejada no indivíduo e o sistema de papéis estabelecido entre os atores sociais.⁽⁸⁾

A competência revela-se no saber agir responsável que é reconhecido pelos outros, numa dinâmica que implica em saber mobilizar, integrar e transferir recursos, conhecimentos e habilidades num contexto profissional determinado. Assim, o objetivo desta pesquisa foi identificar competências do enfermeiro para o cuidado paliativo na atenção domiciliar.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem quantitativa. O primeiro momento da pesquisa constituiu-se na construção de uma lista de competências pela pesquisadora, baseada em literatura nacional e internacional advinda de artigos científicos, manuais de cuidados paliativos e livros específicos sobre o tema. O segundo momento foi de análise da lista de competência por um júri de três enfermeiros brasileiros que possuem experiência em cuidados paliativos e estão atualmente engajados em programas de atenção em saúde em cuidados paliativos. Após análise do júri as sugestões foram analisadas à luz da literatura científica, e a lista de competência foi revista pela pesquisadora resultando em 43 competências que foram apresentadas no terceiro momento da pesquisa aos enfermeiros para obtenção de consenso.

A definição do local de pesquisa e dos enfermeiros participantes foi em função dos parâmetros postos pelo Método *Delphi*, que consiste num processo estruturado para recolha e síntese de conhecimentos de um grupo de profissionais que estejam engajados com a área onde se está desenvolvendo a pesquisa, pela experiência e/ou por seus conhecimentos técni-

cos, a respeito de um determinado fenômeno. Esse processo acontece por meio de uma série de questionários, acompanhados de um *feedback* organizado de opiniões, que se repete em rodadas subsequentes até que se atinja o consenso previamente definido ou até que o nível de discordância se reduza em nível de saturação.⁽⁹⁾

A população foi constituída por enfermeiros vinculados as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar-EMAD, da Secretaria de Saúde do Distrito Federal-SES-DF, no período de coleta de dados. Os critérios de inclusão foram enfermeiros vinculados a uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar que aceitassem colaborar com a pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O período de coleta de dados ocorreu entre os meses de março a junho do ano de 2014.

A amostra foi constituída de 20 enfermeiros que responderam a um questionário sociodemográfico que incluía uma lista de competências gerais e específicas, acrescida de uma escala de *Likert* onde os participantes deveriam optar por um “item *likert*” com pontuação disposto entre “discordo totalmente (1), discordo parcialmente (2), neutro (3), concordo parcialmente (4), concordo totalmente (5)” para se obter o grau de concordância. No questionário constava uma questão aberta onde o participante poderia acrescentar competências que considerasse pertinente ao consenso e que não foram abarcadas no questionário proposto.

A primeira rodada do Método aconteceu em encontros presenciais agendados por telefone com os enfermeiros onde a pesquisadora, no agendamento, explicou sobre a pesquisa e solicitou a participação dos mesmos. Após a coleta de dados da primeira rodada, esses receberam o tratamento estatístico e foram confrontados com o nível de consenso estipulado de 70%.

A análise dos resultados da primeira rodada revelou que não seria necessária a segunda rodada, pois 100% das competências obtiveram consenso, e situações expostas na questão aberta, não foram consideradas pertinentes para construção de novas competências, pois se referiam a posicionamentos pessoais generalizados sobre o papel do enfermei-

ro na condução dos cuidados paliativos na atenção domiciliar.

Os dados foram expressos em frequência simples e percentual. Para a análise estatística de confiabilidade da lista de competências foi aplicado o coeficiente alfa de *Cronbach* considerando-se o conjunto das competências gerais e específicas.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

A amostra de 20 enfermeiros foi composta de 95% do sexo feminino, 5 % do sexo masculino, com média etária de 38,5 anos e desvio-padrão de 8,99. Dentre eles 65% eram graduados em enfermagem há menos de 10anos, 25% tinham de 11 a 20 anos e 10% entre 21 a 30 anos de formado. A maioria dos enfermeiros (90%) possuía pós-graduação *lato sensu* enquanto 10% não possuíam; 65% referiram ter participado de cursos que abordassem a temática cuidados paliativos e 35% negaram tal participação.

A porcentagem do tempo de experiência profissional nos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar foi: de 40% com 1mês a 2 anos, 40% de 3 a 5 anos, 5% com mais de seis anos e 15% não informou o tempo de experiência. Dentre os profissionais, 25% possuíam outro vínculo empregatício e 75% somente trabalhavam em um único vínculo.

Das 43 competências apresentadas para julgamento dos enfermeiros, obtiveram consenso favorável, com porcentagem acima de 75%, 18 competências gerais e 25 competências específicas. Nas tabelas 1 e 2 observa-se coeficiente alfa de *Cronbach* acima de 0,7 para todas as competências elencadas.

Os resultados apontaram consenso no grau de concordância total para 17 das competências gerais e apenas 01 competência (“constatar mudanças dinâmicas na demografia da população”) obtive consenso com o grau de concordância parcial. No que tange as competências específicas estas obtiveram consenso na sua totalidade no grau de concordância total.

Tabela 1. Competências gerais

Competências gerais	Alfa Cronbach	Frequência (%)				
		Grau de concordância				
		5*	4*	3*	2*	1*
Avaliar o impacto das terapias tradicionais, complementares e tecnológica centrada em resultados dos pacientes.	0,7265	17(85)	1(5)	2(10)	-	-
Compor a equipe multiprofissional no planejamento e avaliação das ações de saúde ao paciente em final de vida.	0,7288	20(100)	-	-	-	-
Conjugar o paciente e sua família como foco de cuidado da equipe multiprofissional.	0,7288	20(100)	-	-	-	-
Constatar mudanças dinâmicas na demografia da população.	0,7673	1(5)	15(75)	3(15)	-	1(15)
Encaminhar pacientes e familiares para participar de programas de apoio psicossocial e espiritual, durante o processo de adoecimento crônico e luto.	0,7079	17(85)	3(15)	-	-	-
Expressar de forma eficaz com a comunidade e equipe de saúde sobre questões de fim de vida.	0,7079	17(85)	3(15)	-	-	-
Identificar a iminência da morte e empregar cuidados adequados ao paciente e família.	0,7221	19(95)	1(5)	-	-	-
Identificar barreiras e ações facilitadoras para pacientes e cuidadores na utilização eficaz de recursos em domicílio.	0,7288	20(100)	-	-	-	-
Interpretar as atitudes próprias, sentimentos, valores e expectativas sobre a morte e a diversidade cultural e espiritual existente nas crenças e costumes representados na comunidade.	0,7207	18(90)	2(10)	-	-	-
Operar na avaliação, manejo e controle de sinais e sintomas (dispneia, fadiga, anorexia, náuseas e vômitos, constipação, confusão mental, dor) comuns no final da vida.	0,7402	18(90)	2(10)	-	-	-
Operar na organização, análise e melhoria dos cuidados de saúde em domicílio.	0,7288	20(100)	-	-	-	-
Empregar com a equipe multiprofissional orientações a familiares sobre rituais de funeral, direitos sociais e responsabilidades com papéis e documentos em situação de óbito.	0,7235	15(75)	5(25)	-	-	-
Orientar pacientes e familiares acerca do processo de doença do paciente em final de vida.	0,7288	20(100)	-	-	-	-
Planejar os cuidados com base nos objetivos, preferências e escolhas do paciente e sua família.	0,7128	17(85)	3(15)	-	-	-
Prestar cuidados ao paciente no pós-morte de forma respeitosa.	0,7221	19(95)	1(5)	-	-	-
Traçar plano de cuidados considerando as dimensões física, psicológica, social e espiritual, com vista à melhora da qualidade de vida.	0,7288	20(100)	-	-	-	-
Traçar plano de cuidados de forma a não ter lacunas que levem o paciente a se sentir abandonado durante sua evolução clínica.	0,7288	20(100)	-	-	-	-
Valorizar os pontos de vista e desejos do paciente e família durante os cuidados em fim de vida.	0,7229	16(80)	4(20)	-	-	-

Tabela 2. Competências específicas

Competências específicas	Alfa Cronbach	Frequência (%)				
		Grau de concordância				
		5*	4*	3*	2*	1*
Compor a equipe multiprofissional na avaliação e manejo das necessidades psicossociais e espirituais complexas do paciente e sua família.	0,7251	18(90)	2(10)	-	-	-
Compor a equipe multiprofissional na comunicação de "má notícia" a familiares e pacientes em situações de final de vida.	0,7236	18(90)	2(10)	-	-	-
Compor a equipe multiprofissional no processo de tomada de decisão, junto à família, frente a situações éticas que envolvam cuidados e tratamentos de suporte a pacientes no final da vida.	0,7278	19(95)	1(5)	-	-	-
Empregar a comunicação de forma eficaz com pacientes, familiares e cuidadores sobre questões de fim de vida.	0,7162	18(90)	2(10)	-	-	-
Empregar com a equipe multiprofissional plano de intervenção em luto a cuidadores e familiares no pós-morte do paciente.	0,7131	18(90)	2(10)	-	-	-
Empregar dados de avaliação de sinais e sintomas apresentados pelos pacientes e familiares, na gestão dos sintomas utilizando práticas integrativas e complementares de saúde.	0,7137	16(80)	4(20)	-	-	-
Empregar os postulados éticos dos cuidados paliativos na tomada de decisão em questões complexas de fim de vida, reconhecendo a influência dos valores pessoais, código de ética profissional e preferências do paciente.	0,7361	17(85)	3(15)	-	-	-
Estabelecer apoio emocional à família, cuidadores e equipe de saúde na situação de luto.	0,7221	19(95)	1(5)	-	-	-
Estabelecer apoio emocional a pacientes, familiares, cuidadores, comunidade e equipe de saúde, para lidar com o sofrimento durante os cuidados no final da vida.	0,7105	16(80)	4(20)	-	-	-
Estabelecer com pacientes e cuidadores um plano de atividade física que favoreça a mobilidade no domicílio.	0,7272	15(75)	4(20)	-	1(5)	-
Estabelecer e executar com cuidadores que apresentam risco de distress ou sobrecarga, um plano compartilhado de cuidados domiciliares.	0,7189	17(85)	3(15)	-	-	-
Estabelecer projetos de investigação em cuidados paliativos.	0,7445	16(80)	3(15)	-	1(5)	-
Executar a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente no final de vida.	0,7272	19(95)	--	1(5)	-	-
Executar cuidados de conforto para a morte em domicílio como um componente integrante dos cuidados de enfermagem.	0,7251	17(85)	3(15)	-	-	-
Executar educação de familiares e cuidadores para avaliação e manejo de sinais e sintomas em domicílio (dispneia, fadiga, anorexia, náuseas e vômitos, constipação, confusão mental, dor) comuns no final da vida.	0,7206	19(95)	1(5)	-	-	-
Executar educação de pacientes, familiares e cuidadores sobre medidas de segurança, prevenção de quedas, cuidados corpóreos, uso de medicamentos, de curativos, de cuidados com sondas, de exercícios ativo-passivos e de postura.	0,7131	18(90)	2(10)	-	-	-
Delimitar com pacientes e familiares objetivos do cuidado paliativo a curto, médio e longo prazo.	0,7005	16(80)	4(20)	-	-	-
Oportunizar o acesso de familiares e cuidadores à equipe multiprofissional no período de luto.	0,7263	18(90)	1(5)	-	1(5)	-
Redigir métodos de educação em cuidados paliativos para pacientes e familiares.	0,7143	17(85)	3(15)	-	-	-
Redigir com a equipe um plano de intervenção frente à claudicação familiar.	0,7159	17(85)	3(15)	-	-	-
Responder como consultor em análise de situações éticas complexas que envolvam cuidados e tratamentos de suporte a pacientes no final de vida.	0,7062	15(75)	5(25)	-	-	-
Responder pela qualidade da assistência de enfermagem oferecida ao pacientes no final da vida.	0,7320	17(85)	3(15)	-	-	-
Seguir as diretrizes legais sobre consentimento informado e diretivas antecipadas na tomada de decisão em situações de final de vida.	0,7250	19(95)	1(5)	-	-	-
Seguir ferramentas padronizadas para avaliar sinais e sintomas de pacientes em cuidados paliativos.	0,7174	15(75)	5(25)	-	-	-
Somar a linguagem dietética, práticas habituais e rituais de pacientes e familiares ao plano de cuidados.	0,7279	17(85)	2(10)	1(5)	-	-

Discussão

Os limites dos resultados do estudo consistem no número de participantes, delimitados pelo método *Delphi*, restringindo a amostra aos Enfermeiros lotados nas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar do Distrito Federal.

Os resultados oferecem subsídios a instituições quando na formulação de competências esperadas do profissional enfermeiro na assistência domiciliar, assim como, aponta limites dessa atuação no contexto interdisciplinar da atenção domiciliar. Contribui como ponto de partida para construção de competências em enfermagem de cuidados paliativos e reforça a necessidade de preparação específica para se garantir adequada implementação dos cuidados paliativos no cenário nacional.

Para realizar uma atividade com competência o profissional constrói um esquema operacional próprio que lhe permite executar atividades com competência, organizando sua conduta profissional. Neste caminho, regras são cumpridas e servem para dizer para onde devemos ir, indicando que o percurso é singular, pois impera a possibilidade de se resolver um problema com competência de diversas formas.⁽⁸⁾

Na resolução de um problema o indivíduo implementa o que aprendeu a organizar durante a sua experiência profissional, e na possibilidade de situações repetidas ele não deveria fazer igual, mas poderá responder de forma semelhante. Diante disso, chama-se a atenção para o risco de um perfil comportamental único, que engesse o profissional numa postura assistencial que impossibilite a singularidade, o inesperado ou o inusitado contido nos eventos. A competência se revela em saber como agir, no aqui e agora, para além do que está prescrito, quando defrontamos com eventos de aparência conhecida, mas de expressão inesperada.⁽⁸⁾

No contexto dos cuidados paliativos, a atenção domiciliar é imprescindível para garantir a continuidade do processo de cuidados e dar respostas às múltiplas necessidades socio sanitárias que apresentam os pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida, principalmente em países onde há limitações de recursos na saúde e acesso reduzido a cuidados institucionais. O desafio nessa modalidade de assistência consiste em evitar a fragmentação

assistencial por meio de práticas organizativas e de integração de serviços de saúde e sociais.⁽¹⁰⁾

No estudo, o consenso unânime em seis competências gerais (Tabela 1) expõe a concordância dos enfermeiros com a postura paliativista de trabalho interdisciplinar, com foco nas necessidades do paciente e família, na busca da melhor qualidade de vida. Cabe ressaltar o desafio aqui posto pelo trabalho em equipe, que consiste no partilhar uma filosofia comum de cuidados e objetivos comuns.⁽¹¹⁾

O coeficiente alfa de *Cronbach* que avalia a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados revelou que o lista de competências proposta apresentou confiabilidade na amostra onde foi aplicado. As competências gerais e específicas consensuadas pelos enfermeiros do estudo corroboram aos achados na literatura por refletirem a autonomia, dignidade, comunicação, relação entre doente e profissional de cuidados de saúde, abordagem multiprofissional, qualidade de vida, posição em relação à vida e à morte, perda e luto, e educação pública como elementos centrais para assistência em cuidado paliativo.⁽¹²⁻¹⁴⁾

A competência geral identificada “constatar mudanças dinâmicas na demografia da população”, obteve consenso no grau de concordância parcial pela maioria dos enfermeiros, o que pode indicar que o conhecimento sobre a abordagem da territorialidade é incipiente enquanto saberes e fazeres a serem compartilhados na multidisciplinaridade. Esse conhecimento contribui para a produção do cuidado à saúde, assim como, para a constituição das redes de cuidado, na medida em que reconhece e utiliza os equipamentos sociais nos fluxos assistenciais. A doença que limita a vida tem impacto nas relações interpessoais dos doentes e famílias, e perceber quando e como referenciar para uma ajuda especializada, oportuniza o acesso a recursos adicionais para que pacientes e familiares sejam capazes de manter uma boa qualidade de vida no fim da vida.^(4,11,12)

O contido nos enunciados das competências foi reconhecido enquanto saberes e fazeres do enfermeiro em cuidados paliativos. O consenso nas competências específicas no grau de concordância total aponta uma confiança no potencial paliativista do enfermeiro por afirmarem serem capazes de antecipar e responder as necessidades de cuidados paliativos, bem como compreender as suas próprias limitações e a necessidade de procurarem ajuda para ações complexas.⁽⁴⁾

O baixo percentual assinalado pelos enfermeiros no grau de concordância parcial e discordância em algumas competências específicas (Tabela 2), pode indicar a necessidade de aquisição de conhecimentos acerca dos cuidados paliativos para manter e desenvolver suas próprias competências profissionais. A maioria dos enfermeiros afirmou ter participado de cursos que abordassem a temática cuidados paliativos, e a literatura aponta que todos os profissionais de saúde devem adquirir educação sobre os princípios e as práticas dos cuidados paliativos, num crescente que perpassa a formação inicial chegando a um nível de conhecimento especializado, principalmente aqueles cujo trabalho está focado na prestação de cuidados paliativos.⁽¹³⁾

A originalidade desta pesquisa impele a novos estudos nesse contexto, onde espera-se que a comunidade acadêmica refute ou amplie a reflexão dos resultados apresentados, contribuindo para a consolidação dos cuidados paliativos enquanto disciplina e especialidade em enfermagem.

Conclusão

O consenso favorável obtido nas competências propostas indica o reconhecimento do cuidado paliativo como prática assistencial de enfermagem na atenção domiciliar, e fornece afirmações assertivas sobre a competência do enfermeiro em cuidado paliativo na atenção domiciliar.

Colaborações

Sousa JM participou da concepção do projeto, coleta e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Alves ED contribuiu nas etapas de concepção do projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Mutto EM, Errázquin A, Rabhansl MM, Villar MJ. Nursing education: the experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students. *J Palliat Med.* 2010; 13(12):1445-50.
2. Worldwide Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2014 [cited 2014 Jun 20]. Available from: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en>.
3. Porto AR, Thofehn MB, Amestoy SC, Gonzáles RIC, Oliveira NA. The essence of interdisciplinary practice in palliative care delivery to cancer patients. *Invest Educ Enferm.* 2012; 30(2):231-9.
4. Slåtten K, Hatlevik O, Fagerström L. Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care. *Nurs Res Pract.* 2014;61549.
5. Kirby E, Broom A, Good P. The role and significance of nurses in managing transitions to palliative care: a qualitative study. *BMJ Open.* 2014; 4(9):e006026.
6. Powazki R, Walsh D, Cothren B, Rybicki L, Thomas S, Morgan G, et al. The Care of the Actively Dying in an Academic Medical Center: A Survey of Registered Nurses' Professional Capability and Comfort. *Am J Hosp Palliat Care.* 2013; 31(6):619-627.
7. Le Boterf G. [Évaluer les compétences: quels jugements? quels critères? quelles instances?]. *Educ Permanente.* 1998; 135:143-5. French.
8. Le Boterf G. [Apprendre à agir et à interagir en professionnel compétent et responsable]. *Educ Permanente.* 2011; 188(3):97-112. French.
9. Sinha IP, Smyth RL, Williamson PR. Using the Delphi technique to determine which outcomes to measure in clinical trials: recommendations for the future based on a systematic review of existing studies. *PLoS Med.* 2011; 8(1):e1000393.
10. Nevado DC, Barbarro AA, Lozano MA. [Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012]. *Gac Sanit.* 2012; 26(Supl):63-8. Spanish.
11. Vissers KC, Brand MW, Jacobs J, Groot M, Veldhoven C, Verhagen C, et al. Palliative medicine update: a multidisciplinary approach. *Pain Practice.* 2013; 13(7):576-88.
12. Docherty SL, Thaxton C, Allison C, Barfield RC, Tamburro RF. The nursing dimension of providing palliative care to children and adolescents with cancer. *Clin Med Insights Pediatr.* 2012; 6:75-88.
13. Gamondi G, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 1. *Eur J Palliat Care.* 2013; 20(2):86-91.
14. Gamondi G, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education - part 2. *Eur J Palliat Care.* 2013; 20(3):140-5.