

IMPACT: standardi za pedijatrijsku palijativnu skrb u Europi

Dokument kojeg je priredio Upravni odbor EAPC radne jedinice za palijativnu skrb djece i adolescenata

U ožujku 2006. godine u talijanskom gradu Trentu sastala se skupina zdravstvenih radnika iz Europe, Kanade, Libanona i SAD-a kako bi raspravili trenutno stanje pedijatrijske palijativne skrbi u Europi. Naziv tog skupa bio je **Internacionalni susret za palijativnu skrb djece, Trento: IMPACT** (*International Meeting for Palliative Care in Children, Trento: IMPACT*), a sponzorirali su ju je Zaklada Maruzza Lefebvre d'Ovidio iz Rima, Fondazione Livia Benini iz Firence, te udruženje Bez dječje boli iz Trenta. Godine 2007. IMPACT skupina postala je radna skupina EAPC-a. Tokom tri dana ta radna skupina je uspoređivala usluge pedijatrijske palijativne skrbi različitih zemalja, definirala što je palijativna skrb, koji su principi najbolje prakse, te su se sudionici složili oko minimalnih potrebnih standarda palijativne skrbi. Rezultat je bio jedinstveni dokument za cijelu Europu koji definira i identificira standarde skrbi o djeci koja boluju od životno ugrožavajućih ili terminalnih bolesti. IMPACT preporučuje da se ove standarde primjenjuje u svim europskim zemljama.

Definicija pedijatrijske palijativne skrbi

Skupina IMPACT preuzela je definiciju pedijatrijske palijativne skrbi Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), te se ovi principi primjenjuju u slučajevima malignoma i drugih pedijatrijskih bolesti.¹

- Palijativna skrb djece je aktivna i potpuna skrb o djetetovom tijelu, njegovom umu i duhu, a također uključuje i podršku obitelji.
- Započinje dijagnozom bolesti, a nastavlja se bez obzira dobiva li dijete ili ne dobiva tretman protiv te bolesti.
- Zdravstveni radnici moraju procjenjivati i ublažavati djetetov fizički, psihološki i socijalni stres.
- Efektivna palijativna skrb zahtijeva širok multidisciplinarni pristup koji uključuje djetetovu obitelj, te koristi dostupne resurse u djetetovoj zajednici: uspješna palijativna skrb može se pružati čak i iz ograničenih resursa.
- Skrb se može pružati u tercijarnim zdravstvenim ustanovama, u lokalnim domovima zdravlja, pa i u djetetovom domu.

Smrtonosne bolesti definiraju se kao stanja kod kojih je prerana smrt uobičajena, primjerice, Duchenneova mišićna distrofija.

Potencijalno smrtonosne bolesti su one kod kojih postoji visoka vjerojatnost prerane smrti zbog težine bolesti, ali također postoji i vjerojatnost dugoročnog preživljavanja u odrasloj dobi. Primjer su djeca koja se liječe od malignoma ili su hospitalizirana zbog akutne ozljede.

Upotreba izraza "terminalna bolest" može zbunjivati. Najčešće se koristi kod djece koja pate od smrtonosnih bolesti, kao i kod djece oboljele od potencijalno smrtonosnih bolesti, onda kad smrt postaje neizbježna. Neke skupine koriste izraz „terminalna bolest“ samo kod djece u procesu umiranja; naime, dijete koje boluje od cistične fibroze ili Battenove bolesti, ali je trenutačno dobro, teško se može nazvati terminalno bolesnim.

Ključne točke

U ožujku 2006. godine u talijanskom gradu Trentu sastala se skupina zdravstvenih radnika iz Europe, Kanade, Libanona i SAD-a kako bi raspravili trenutno stanje pedijatrijske palijativne skrbi u Europi.

Ključno je da se temeljni standardi pedijatrijske palijativne skrbi preporučeni u ovom dokumentu konačno i primijene.

Tablica 1. Članovi Internacionalnog sastanka za pedijatrijsku palijativu u Trentu

Huda Abu-Saad Huijjer – Beirut, Libanon	Stefan Friedrichsdorf – Minneapolis, SAD	Luca Manfredini – Genova, Italija
Ann Armstrong-Dailey – Alexandria, SAD	Brian Greffe – Denver, Colorado, SAD	Momcilo Jankovic – Monza, Italija
Franca Benini – Padova, Italija	Maria Jasenkova – Stupova, Slovačka	Maeve O'Reilly – Dublin, Irska
Paolo Cornaglia Ferraris – Rome, Italija	Leora Kuttner – Vancouver, Kanada	Manuela Trapanotto – Padova, Italija
Finella Craig – London, Velika Britanija	Julie Ling – Dublin, Irska	Chantal Wood – Pariz, Francuska
Franca Fossati Bellani – Milan, Italija	Gioulia Mammis – Atena, Grčka	Boris Zernikow – Datteln, Njemačka

Djeca koja trebaju palijativnu skrb

Postoje četiri kategorije djece koja trebaju palijativnu skrb. Kategorizacija se temelji na Vodiču za razvoj usluga palijativne skrbi za djecu, koji je razvilo Udruženje za djecu s potencijalno smrtonosnim i terminalnim bolestima, te njihovih obitelji (*ACT - Association for Children with Life-threatening or Terminal Conditions and their Families*) i Kraljevski koledž za pedijatriju i zdravlje djece (*Royal College of Paediatrics and Child Health*) iz Velike Britanije.²

- Skupina 1 – stanja koja ugrožavaju život, daju se liječiti, ali to liječenje ne mora uvijek biti uspješno, te pristup uslugama palijativne skrbi može biti nužan paralelno s liječenjem i/ili kad liječenje zakaže.
- Skupina 2 – stanja kod kojih je preuranjena smrt neizbježna, ali mogu postojati duga razdoblja intenzivnog liječenja usmjerenog na produljenje života i omogućavanje normalnih životnih aktivnostima; primjer je cistična fibroza.
- Skupina 3 – neliječiva progresivna stanja kod kojih je tretman isključivo palijativan i obično dugogodišnji, primjerice, Battenova bolest ili mišićna distrofija.
- Skupina 4 – ireverzibilna, ali neprogresivna stanja koja iziskuju kompleksnu zdravstvenu skrb, praćena su komplikacijama, te je prerana smrt vjerojatna. Primjeri su teška cerebralna paraliza, te stanja nakon teških ozljeda mozga ili leđne moždine.

Identificiranje potreba za uslugama palijativne skrbi

Tokom proteklih par godina provedeno je nekoliko nacionalnih procjena potreba za pedijatrijskom palijativnom skrbi.³⁻⁸ Tako su pribavljene važne informacije o mortalitetu i mjestu smrti, a također su identificirane specifične potrebe djece i njihovih obitelji, njegovatelja, te pružatelja skrbi. Daljnja istraživanja vjerojatno neće biti potrebna, budući da su rezultati dosadašnjih istraživanja bili veoma konzistentni.

- Djeca često žele biti kod kuće, a i obitelji većinom žele da im djeca tokom bolesti i smrti budu kod kuće.
- Resursi u zajednici najčešće nisu dostatni da obiteljima to omoguće.
- Iako je ključna, dostupnost skrbi radi odmora njegovatelja još uvijek je nedovoljna.
- Usluge dostupne djeci često ovise o njihovom mjestu prebivališta i njihovoj dijagnozi. Bolje razvijene službe skrbi obično su dostupnije djeci s malignomima.
- Komunikacija među profesionalcima uključenima u skrb za djecu sa smrtonosnim stanjima je slaba, te iziskuje značajno poboljšanje.

- Postoji hitna potreba za boljom edukacijom svih uključenih stručnjaka i volontera.
- Podaci o smrtnosti vjerojatno razlikuju među različitim zemljama. Primjerice, smrtnost od smrtonosnih i terminalnih bolesti jest 1,2 na 10.000 djece u dobi 0–19 godina u Velikoj Britaniji, a 3,6 na 10.000 djece u dobi 0–18 u Irskoj.⁴ Još uvijek niti jedna zemlja nema nacionalnu bazu podataka o svojoj djeci sa smrtonosnim stanjima. Moguće je da su prethodne procjene potcijenile stvarne stope prevalencije smrtonosnih stanja.^{2,4}

ACT definicije

Važno je da postoji standardizacija načina prikupljanja informacija o svim aspektima pedijatrijske palijativne skrbi. Poželjna metoda prikupljanja podataka o dječjoj smrtnosti su MKB-šifre, no ponekad je te podatke teško koristiti za procijenu prevalencije smrtonosnih stanja. Poželjan način kategoriziranja smrtonosnih stanja su kategorije koje opisuje ACT².

Preporučuju se tri razine specijalizacije pedijatrijske palijativne skrbi.⁹

- Razina 1 – Palijativni pristup. Svi zdravstveni radnici trebaju biti sposobni primjenjivati principe palijativne skrbi.
- Razina 2 – Opća palijativna skrb. Na srednjoj razini, jedan dio pacijenata i obitelji imat će dobrobiti od stručnosti zdravstvenih radnika koji su, iako u palijativi ne rade u punom radnom vremenu, dobili stanovitu dodatnu edukaciju i iskustvo u palijativnoj skrbi.
- Razina 3 – Specijalistička palijativna skrb. Službe za specijalističku palijativnu skrb su one kojima je palijativna skrb temeljna djelatnost.

Ključni standardi

IMPaCCT preporuča slijedeće minimalne temeljne standarde za Europu.

Pružanje skrbi

- Cilj pedijatrijske palijativne skrbi jest poboljšanje kvalitete života djeteta i obitelji.
- Obitelji bi se morale moći samostalno prijaviti u program pedijatrijske palijativne skrbi.
- Palijativna skrb trebala bi započeti kad se djetetu postavi dijagnoza smrtonosnog ili potencijalno smrtonosnog stanja.
- Komponente palijativne skrbi treba pružiti već kod postavljanja dijagnoze, te nastaviti kroz čitav tok bolesti.
- Palijativnu skrb može se pružati paralelno s aktivnim tretmanima u svrhu izlječenja ili produljenja života.
- Palijativnu skrb treba pružiti gdje god dijete i obitelj odaberu (primjerice, u svojoj kući, bolnici ili hospiciju).
- Obitelji bi trebalo omogućiti fleksibilnost kretanja između različitih lokacija, a da to ne ugrozi skrb za dijete.

Jedinica skrbi

- Jedinica skrbi su dijete i obitelj. Obitelj je definirana kao oni koji djetetu pružaju fizičku, psihološku, duhovnu i socijalnu podršku, bez obzira na njihovu genetsku srodnost.
- Djetetu i obitelji mora biti dostupan cjelokupan raspon kliničkih i edukacijskih resursa, u obliku prilagođenom djetetovoj dobi, kognitivnim i edukativnim sposobnostima, te u odgovarajućem kulturalnom kontekstu
- Kad su im pružene sve potrebne informacije o bolesti i opcijama liječenja, dijete i obitelj treba uključiti u identificiranje potreba i prioriteta skrbi.

Tim za skrb

Kod svakog djeteta treba procijeniti simptome kako bi ono dobilo odgovarajući tretman u svrhu prihvatljive razine udobnosti

- Tim za skrb prepoznat će individualnost svakog djeteta i obitelji, te će uvažavati njihove vrijednosti, želje i uvjerenja, osim onda kad bi dijete ili njegovatelj time bili izloženi izbjegljivoj opasnosti.
- Tim za palijativnu skrb treba biti dovoljno stručan za ispunjavanje fizičkih, psiholoških, emocionalnih, duhovnih i socijalnih potreba djeteta i obitelji.
- Minimalne vještine i usluge koje se pružaju trebaju uključivati liječnika, medicinsku sestru, socijalnog radnika, dječjeg terapeuta ili psihologa, te duhovnog savjetnika.
- Ako je to prikladno, treba koristiti profesionalne izvore podrške iz djetetove zajednice.
- Stručna pedijatrijska palijativna skrb, podrška i savjet trebaju biti dostupni djetetu i obitelji 24 sata na dan, 365 dana na godinu.
- Ključno je da tim za skrb pomoću planiranja i dijeljenja strategija i ciljeva osigura kontinuitet skrbi kod kuće, u bolnici i u hospiciju.
- Neposredni pružaoci skrbi trebaju dobivati psihosocijalnu podršku i superviziju.

Koordinator skrbi/Ključni radnik

- Jednog stručnjaka iz tima za palijativnu skrb treba odrediti kao koordinatora skrbi za obitelj, odnosno kao ključnog radnika.
- Koordinator skrbi pomoći će obitelji da izgradi i održi odgovarajući suportivni sistem profesionalaca kako bi se obitelji osigurao pristup socijalnim službama, praktičnoj podršci (uključujući odgovarajuća pomagala i adaptacije životnog prostora), duhovnoj skrbi, te skrbi radi odmora obitelji.
- Koordinator skrbi bit će glavna poveznica, čime će pružati kontinuitet, te osiguravati da pružena skrb bude sukladna potrebama djeteta i obitelji.

Ublažavanje simptoma

- Svako dijete treba imati pristup profesionalnom farmakološkom, psihološkom i fizičkom ublažavanju boli i drugih simptoma, 24 sata na dan, 365 dana na godinu.
- Kod svakog djeteta treba procijeniti simptome kako bi ono moglo dobiti odgovarajući tretman u svrhu zadovoljavajuće razine udobnosti.
- Psihološke, socijalne i duhovne simptome treba rješavati baš kao i fizičke.
- Simptome treba ublažavati na načine prihvatljive i pacijentu, i obitelji, i stručnjacima.

Skrb radi odmora njegovatelja

- Predah za članove obitelji uključene u njegu, kao i za dijete, jest bitan, bilo da se radi o periodu od nekoliko sati ili od nekoliko dana.
- Treba omogućiti odmor i u obiteljskom domu, i izvan doma; primjerice, u hospiciju za djecu.

Žalovanje

- Podrška u žalovanju mora započeti već kod dijagnosticiranja bolesti i nastaviti tokom bolesti, umiranja, te nakon smrti – sve dok je potrebno.
- •Mora biti dostupna obitelji, njegovateljima, ali i drugima na koje su djetetova bolest i smrt utjecale.
- •Od ključne je važnosti da podrška braći i sestrama bude sastavni dio pedijatrijske palijativne skrbi.

Skrb prilagođena dobi

- Roditelji su ključni za dobrobit djeteta. Oni trebaju biti prisutni i uključeni u sve aspekte skrbi za djetetu, u skladu s djetetovom dobi i željama.
- Tim zdravstvenih radnika i okruženje u kojem se pruža skrb trebaju ispunjavati potrebe djece različite dobi, razvojnih faza, te kognitivnih i komunikacijskih sposobnosti.

Tretiranje
uzroka
simptoma
može biti
jednako
korisno kao i
ublažavanje
simptoma

- Djeci i adolescentima treba pružiti mogućnosti za rekreaciju u skladu s njihovom dobi i kognitivnim sposobnostima.

Edukacija i uvježbavanje

- Svi stručnjaci i volonteri koji rade na pružanju pedijatrijske palijativne skrbi trebaju dobiti sveobuhvatan trening i podršku.
- Edukacija o palijativnoj skrbi treba biti ključni dio kurikuluma svih stručnjaka u pedijatrijskoj skrbi, kao i srodnih subspecijalizacija.
- Svaka država treba razviti nacionalni kurikulum za sve stručnjake koji rade u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi.
- Moraju postojati posebni centri izvrsnosti koji pružaju formalno obrazovanje i postdiplomsku edukaciju u svim aspektima pedijatrijske palijativne skrbi.

Financiranje palijativne skrbi

- Palijativna skrb treba biti dostupna svoj djeci i obiteljima kojima su potrebne, bez obzira na njihovo financijsko stanje ili status zdravstvenog osiguranja.
- Vlasti se trebaju odlučiti na održivo i adekvatno financiranje holističke, multidisciplinarnog palijativne skrbi u različitim okruženjima, uključujući obiteljski dom, škole, bolnice i dječje hospicije.
- Treba osigurati dovoljno sredstava za edukaciju i uvježbavanje stručnjaka za pružanje skrbi.

Eutanazija

Ne podržava se praksa suicida uz liječničku pomoć, niti eutanazija djece i adolescenata sa smrtonosnim, potencijalno smrtonosnim ili terminalnim bolestima.

Ublažavanje boli i drugih simptoma u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi

**Odgovarajuća
doza opijata
je ona doza
koja efikasno
ublažava bol**

Prepoznavanje i procjena simptoma

- Psihološke, socijalne, duhovne i fizičke simptome svakog djeteta treba redovito procjenjivati kako bi se djetetu osigurao odgovarajući tretman u svrhu zadovoljavajuće razine udobnosti i olakšanja.
- U procjeni i ublažavanju simptoma ključan je angažman multidisciplinarnog tima. Zdravstvene radnike treba educirati u korištenju prikladnih komunikacijskih tehnika.
- Informacije o simptomima treba dobavljati iz svih relevantnih izvora. To uključuje dobivanje informacija od:
 - Djeteta, uz korištenje odgovarajućih komunikacijskih tehnika
 - Roditelja i drugih članova obitelji (braća, sestre, bake, djedovi)
 - Zdravstvenih i drugih radnika, kao što su njegovatelji i učitelji
- Komuniciranje s djecom koja nisu razvila verbalne vještine i/ili imaju kognitivnih poteškoća zahtijeva specifično planiranje i koordinaciju.
- Treba poštovati kulturalne razlike u načinu iskazivanja patnje.

Ključni principi ublažavanja simptoma

- Tretiranje uzroka simptoma može biti jednako korisno kao i ublažavanje simptoma.
- Praktične, suportivne, kognitivne, bihevioralne i fizikalne terapije treba kombinirati s odgovarajućim lijekovima.
- Perzistentne simptome treba liječiti lijekovima koji se primjenjuju u redovitim intervalima.
- Teške i nekontrolirane simptome treba tretirati kao medicinske hitnosti, i po potrebi aktivno intervenirati.
- Kad god je to moguće, treba izbjeći invazive i bolne načine primjene lijekova.

- Nuspojave lijekova treba predviđati i aktivno tretirati.

Ključni principi ublažavanja boli

- Bol je jedan od najtežih simptoma u pedijatrijskoj palijativnoj njezi, kako kod djece s malignomima, tako i kod djece s smrtonosnim i potencijalno smrtonosnim nemalnim bolestima.
- Treba izbjegavati nepotrebnu bolnost postupaka. Bolnost postupaka treba predviđati i aktivno suzbijati.
- Treba koristiti pristup analgetske ljestvice SZO, s tim da je, ako to patofiziologija i intenzitet boli zahtijevaju, ponekad potrebno odmah početi s trećom analgetskom stepenicom.
- Odgovarajuće doze analgetika treba davati „točno kao sat“, to jest, u redovitim intervalima. Protiv probojne boli treba davati dodatne doze lijeka po potrebi.
- Treba pronaći dovoljnu dozu i odgovarajući oblik lijeka (primjerice, depo-preparat ili kontinuirana infuzija) kojima će se djetetu i obitelji omogućiti neprekinut noćni san, bez buđenja zbog bolova ili radi primjene lijeka.
 - Odgovarajuća doza opijata je ona doza koja efikasno ublažava bol.
 - Terapija opijatima kod djece sa smrtonosnim i potencijalno smrtonosnim stanjima ne stvara ovisnost, ali može stvoriti fizičku toleranciju. Kada je smanjivanje doze primjereno, to treba činiti postupno, kako bi se spriječilo fizičke simptome sustezanja.
- Nefarmakološki tretmani su sastavni elementi terapije boli.

Etika i prava djece u pedijatrijskoj palijativnoj skrbi

IMPaCCT je usvojio i revidirao Povelju ACT, uz neka dodatna etička i zakonska prava.

I. Jednakost

- Svako dijete imaće jednaki pristup palijativnoj skrbi, bez obzira na financijsku moć obitelji.

II. Dobrobit djeteta

- Kod odlučivanja presudno je ono što je u najboljem interesu djeteta.
- Djecu se ne smije podvrgavati tretmanima koji su im tegobni, ako im ne donose dobrobit.
- Svako dijete ima pravo na adekvatno ublažavanje boli i drugih simptoma, farmakološkim i integrativnim metodama, 24 sata na dan i svakog dana kad je to potrebno.
- Sa svakim djetetom treba pristupati s poštovanjem i uvažavanjem, te mu omogućavati privatnost, ma kakve god bile djetetove fizičke i intelektualne sposobnosti.
- Potrebe adolescenata i mladih treba uvažavati i unaprijed predviđati njihovo ispunjavanje.

III. Komunikacija i odlučivanje

- Iskren i otvoren pristup treba biti osnova svake komunikacije, a ona treba biti suosjećajna, te primjerena djetetovoj dobi i sposobnosti razumijevanja.
- Roditelje treba prepoznavati kao primarne njegovatelje i treba ih centralno angažirati kao partnere u skrbi i svim odlukama u vezi svog djeteta.
- Roditelje, dijete, te braću i sestre treba informirati sukladno njihovoj dobi i razumijevanju.
- Svakom djetetu treba omogućiti da sudjeluje u odlukama koje se tiču njegove skrbi, u skladu s djetetovom dobi i razumijevanjem.

- Situacije s visokim rizikom konflikta treba predvidjeti, te unaprijed uspostaviti postupke za komunikaciju, terapijsku intervenciju i etičku konzultaciju.
- Svaka obitelj treba dobiti priliku da se savjetuje s pedijatrijskim specijalistom koji neposredno poznaje stanje njihovog djeteta, te mogućnosti djetetova liječenja i skrbi.

IV. Upravljanje skrbi

- Obiteljski dom treba ostati centar skrbi kad god je to moguće
- Ako je dijete smješteno u bolnici ili u hospiciju, za njega treba skrbiti stručno pedijatrijsko osoblje u okruženju usmjerenom na dijete, zajedno s djecom sa sličnim razvojnim potrebama. Djecu se ne smije primati u bolnice za odrasle ili hospicije za odrasle.
- O djeci trebaju brinuti pedijatrijski zdravstveni stručnjaci, obrazovani i uvježbani da uspješno ispunjavaju fizičke, emocionalne i razvojne potrebe djece i njihovih obitelji.
- Svaka obitelj treba dobiti pristup multidisciplinarnom, holističkom pedijatrijskom timu stručnjaka palijativne skrbi u svom domu, što uključuje medicinsku sestru, pedijatra, socijalnog radnika, psihologa, te duhovnog/religijskog radnika.
- Svaka obitelj treba dobiti pravo na imenovanog ključnog radnika, koji će obitelji omogućiti izgradnju i održavanje odgovarajuće mreže za podršku.

V. Skrb radi odmora primarnih negovatelja

- Svaka obitelj treba imati pristup fleksibilnoj skrbi radi odmora, u svojoj kući i u okruženju „doma daleko od kuće“, uz odgovarajuću pedijatrijsku multidisciplinarnu skrb.

VI. Podrška obitelji

- Skrb za braću i sestre, od časa dijagnoze, mora biti sastavni dio pedijatrijske palijativne skrbi.
- Podrška u žalovanju bit će dostupna cijeloj obitelji sve dok to bude potrebno.
- Svako dijete i obitelj trebaju imati pristup duhovnoj i/ili vjerskoj skrbi.
- Svakoj obitelji treba omogućiti stručno savjetovanje o nabavci praktičnih pomagala i financijskoj podršci, kao i kućnu pomoć u periodima stresa kod kuće.

VII. Obrazovanje

- Svakom djetetu treba omogućiti obrazovanje, te podršku da pohađa svoju uobičajenu školu.
- Svakom djetetu treba pružiti priliku da se igra i bavi uobičajenim dječjim aktivnostima.

Sažetak

Potrebe djece i obitelji koji žive sa smrtonosnim i potencijalno smrtonosnim bolestima slične su diljem Europe. Ispunjavanje ovih potreba zahtijeva sveobuhvatan integrativni pristup stručnog multidisciplinarnog tima. Ključno je da se diljem Europe provodi pedijatrijska palijativna skrb u skladu sa smjernicama iznesenim u ovom dokumentu.

Zahvala

Duboko smo zahvalni profesoru Vittoriju Ventafriddi na savjetima i podršci u razvoju ovog dokumenta.

Reference

Potpunu listu referencimožete zatražiti na: edit@haivard.co.uk

Autori i članovi Radne skupine Upravnog odbora EAPC: Finell Craig, konzultant za pedijatrijsku palijativu, Dječja bolnica Great Ormond Street, London, Velika Britanija; Huda Ebu-Saad Huijer, profesor sestrinske znanosti, Američko sveučilište Bejrut, Libanon; Franca Benini, konzultant za pedijatrijsku algologiju i pedijatrijsku palijativu, Sveučilište u Padovi, Italija; Leora Kuttner, klinički

psiholog i Klinički profesor pedijatrije, Dječja bolnica Dječja bolnica Britanske Kolumbije i Sveučilišta Britanske Kolumbije, Vancouver, Kanada; Chantal Wood, konzultant za pedijatrijsku algologiju i pedijatrijsku palijativu Bolnica Robert Debré, Pariz, Francuska; Paolo Cornaglia Ferraris, znanstveni direktor Fondacije Maruzza Lefebvre d'Ovidio, Rim, Italija; Boris Zernikow, direktor Fondacije Vodafone Instituta za pedijatrijsku algologiju i pedijatrijsku palijativu, Datteln, Njemačka.

Izvornik: IMPaCCT: Standards for paediatric palliative care in Europe. A document prepared by the Steering Committee of the EAPC task force on palliative care for children and adolescents. European Journal Of Palliative Care, 2007; 14(3).

Dostupno na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=ShMQyZuTfqU%3D>

Prevela: prof. dr. sc. Karmen Lončarek