

מודל מרפאת אחיות מתאמות בשירות האונקולוגי

חני שטיינברג

הסיעודי מורכב מאחיות אשר חלקן בוגרות קורס אונקולוגיה, או עבדו במחלקה האונקולוגית, או עבדו במחלקות עם זיקה לאונקולוגיה. ניהול המרפאה מאויש אף הוא, מצוות אחיות זה.

במאמר זה נציג מודל מרפאתי חדש, אשר ינוהל ויאויש על ידי אחיות מתאמות, או Oncology Nurse Navigator (ONN), בניגוד למקובל היום במרפאה האונקולוגית.

מודל Coordinator Nurse-Led Clinics in Cancer Care ישים, אינו מצריך הוספת תקני כוח אדם חדשים או שינוי מערכתי נרחב. אחיות מתאמות נמצאות ומתפקדות ברוב בתי החולים, אך לא תחת גג אחד של מרפאה אונקולוגית ועל פי מודל זה שם מקומן, כחלק מצוות מרפאה אונקולוגית.

המעבר מבריאות לחולי והמפגש עם מערכת הבריאות, מעמיד בפני המטופלים התמודדות חדשה, לא מוכרת ופעמים רבות מתסכלת. המפגש הראשוני במקרים רבים, מתקיים במרפאות החוץ של בית החולים וממשיך לאורך הרצף הטיפולי, גם בביקורים במרפאות.

המבנה "הקלאסי" של מרפאות חוץ ייחודיות לתחומים שונים, כגון מרפאה כירורגית, מרפאה אונקולוגית וכדומה, ממשיך להתקיים לרוב בצורה זו. צוות המרפאות כולל אחיות עם רקע מתחום המרפאה, או אחיות מרקע אחר אך עם זיקה לתחום המרפאה. המרפאה האונקולוגית בנויה לרוב מתת-חטיבות, כאשר כל תת חטיבה היא תחום התמחות שונה (שד, מערכת עיכול ועוד). גם כאן, הצוות

מבוא

זו פועלת בצורה לא יעילה, הגורמת פעמים רבות לא רק לייאוש ולכעס מצד החולה, אלא גם לפגיעה אובייקטיבית בו. לדוגמה, אבחון לקוי ומאוחר, דחיית טיפול וגרימת סבל

מיותר ומתמשך לחולה ומשפחתו (Fillion et al., 2009).

מרפאות החוץ של בתי החולים, הן לרוב נקודת המפגש הראשונה של החולה עם מערכת בית החולים, אם במקרים של אבחנה ראשונית או במקרים של טיפול המשכי.

במאמר זה יוצג מודל מרפאת חוץ, השונה מדפוס המרפאות הקיים היום ברוב בתי החולים. מודל זה ייקרא Nurse-led clinics in cancer care, ואינו דורש בעלי תפקידים חדשים. ייחודו ב"שימוש" בבעלי תפקידים קיימים ומתפקדים במערכת, שכיום אינם נמצאים תחת גג אחד.

המעבר מבריאות לחולי, מעמיד בפני החולה ומשפחתו מצב חדש ולא מוכר. כאשר רופא מאבחן את מצבו של המטופל כמחלה, באחת חל שינוי הן מההיבט הפיזי והן מההיבט החברתי והפסיכולוגי של המטופל (Freidson, 1970). בנוסף למצב חדש זה, נאלצים החולה ובני משפחתו להתמודד עם מערכות בירוקרטיות מסובכות, חוסר התמצאות במבוכי בתי החולים והמרפאות, בדיקות וגיבוי ביטוחי. התמודדות זו אינה פשוטה, ולפעמים אינה קלה יותר מההתמודדות עם המחלה עצמה. מערכת בירוקרטית

חני שטיינברג, RN, BA, אחות מתאמת מלנומה, מכון שרת, בית החולים הדסה עין כרם, ירושלים. hanis@hadassah.org.il

אחיות מתאמות

ONCOLOGY NURSE NAVIGATOR (ONN)

במשך השנים פותחו במערכות הבריאות תפקידים ייחודיים של אחיות מומחיות, מתאמות, או Nurse Navigator. אחיות אלו פועלות כיום במקביל לביקורי החולה במרפאה, או כאיש צוות חיצוני בביקור החולה במרפאה. אחיות בעלות תפקידים אלו אינן מתחרות בתפקידים קיימים בבתי החולים, אלא משפרות אותם ונותנות מענה טוב יותר לצורכי המטופל. פעילותן היא לרוב על פי גישה רב תחומית, אשר במרכזה נמצא המטופל (Kadmon & Barak, 2009). תפקיד זה אינו מתרכז בחולה חדש, אלא גם בחולה אשר נמצא בשלבים מתקדמים של המחלה וחדש במערכת. גם במקרה זה, כפי שקיים בחולה חדש, עדיין נכון יהיה לשלב את האחות המתאמת בטיפול (Eichler & Loeffler, 2007; Nelson & Cook, 2011).

NURSE-LED CLINICS (COORDINATORS)

מודל של מרפאת אחיות אינו אחיד ופעמים מוצג כמרפאת טיפול שיתופי (Shared-care clinic), או כמרפאה של צוות שיתופי (Team-based clinic). השקפתי הינה, כי המונח "Nurse-led clinic coordinators" הוא המתאים ביותר לתאר מודל בו אחיות מתאמות מהוות צוות סיעודי קבוע של המרפאה, ואינן משמשות כיועצות או פועלות במקביל לפעולת המרפאה. התמיכה, תכניות הטיפול, והכרת החולים כחלק מפעילות קבועה נותנת למטופלים את התמיכה המתמשכת, לאורך כל תהליך המחלה. בחלק גדול מבתי החולים, מרפאות החוץ מורכבות מרופאים מומחים בתחום מסוים, כאשר הצוות הסיעודי רוכש אף הוא במשך הזמן התמחות בתחום בו עוסקת המרפאה, או מגיע למרפאה עם רקע מקצועי מתאים. קיימות מרפאות משולבות בהן צוותי רפואה מתחומים נוספים, למשל המרפאה האונקולוגית המטפלת בכל סוגי הסרטן, אשר מאיישת רופאים מכל תחומי האונקולוגיה. במרפאות אלה הצוות הסיעודי אינו ייחודי לכל מחלה ספציפית, אלא בעל ידע כוללני באונקולוגיה ובטיפול בחולה הסרטן.

התפתחות מודל המרפאה בניהול אחיות מתאמות

מודל של מרפאת אחיות מתאמות, או מרפאה המנוהלת על ידי אחיות מתאמות, התפתח לפני כ-12 שנה בסקוטלנד. מטרתו המרכזית של המודל היתה לקצר את זמן ההמתנה של החולים, שהיווה בעיה הולכת וגדלה. כניסיון לתת מענה לבעיה זו, הוקמה מרפאה בניהול אחיות מתאמות בתמיכה ממשלתית. למרות שמרפאות אלו פותחו למטרה מסוימת (יצור זמן ההמתנה של החולים) (Dinsdale, 1999), פיתוח

מרפאה ייחודית זו הביא ליישום המודל גם בתחומים אחרים, כאשר העיקרון המנחה הינו הקמת מרפאה בהתאם לנושא ייחודי. לדוגמה, מרפאה העוסקת בטיפול בפגיעות אורתופדיות (Newton, 1996) או מרפאה לטיפול בקשריות יתר (Mackie, 1996), כמו גם מודלים נוספים בתחום האונקולוגיה, שהתמקדו במחלה או בפעילות ייחודית אחת, כגון הקרנות (Campbell, German, & Lane, 1999) או סרטן הריאה (Corner, 1997). גם היום ניתן לראות מודלים של מרפאת אחיות מומחיות, אשר מיועדות לתחום מסוים.

הצעה למבנה מרפאה בניהול אחיות מתאמות

מרפאה אונקולוגית בבית החולים מורכבת מתת-חטיבות, בהתאם למחלה האונקולוגית ממנה סובל המטופל (מערכת העיכול, שד, מלנומה, ריאות וכדומה). המרפאה מאוישת על ידי אחיות מתאמות, כאשר כל אחות אחראית על חטיבה. במידה ויש חטיבות קטנות, תהיה אחות אחת אחראית על מספר חטיבות, בהתאם למספר המטופלים בכל חטיבה.

הגדרות צורכי התפקיד

הגדרת צורכי התפקיד והיכולות הנדרשות מהאחות זהים בכל החטיבות, כאשר עיקרון הפעולה המנחה הינו התמקדות ב"הבטחת מעבר בטוח" (ensuring safe passage) לכל המטופלים הבאים למרפאה, בין אם הם מאובחנים חדשים או חולים שבאים לביקורי המשך, ללא הבדל במקום הארגון וביכולתו (Case, 2011). יכולות אלו כוללים (Curley, 1998):

- יכולת להערכה קלינית
- יכולת לבחינת מרכיבי המחלה
- הגשת תכנית טיפול ייחודית
- התייחסות לשוני הקיים אצל כל מטופל
- סנגור (advocator) למטופל
- הכרת גורמי הארגון
- הכרת גורמים מחוץ לארגון
- הגדרת המחסומים בפניהם עומד החולה
- הצעת דרכים להתמודדות עם מחסומים אלו
- זיהוי גורמי תמיכה (כולל גורמים כלכליים)
- תיאום שירותים לחולה
- מתן הדרכה לחולה ומשפחתו
- תיאום פעולות אבחנתיות נוספות, והפניות לנותני שירות אחרים
- צפייה ותכנון טיפול המשכי ומעקב
- שיתוף החולה בתהליך קבלת ההחלטות

פעמים רבות ממלא תפקיד זה משמש "כפותר בעיות" ואיש הקשר בין המטופל ושאר המערכת (Wilcox & Bruce, 2010) ומשלב בין צורכי החולה ומערכות הארגון (Case, 2011).

יישום המודל

זמן הגעתו של החולה למרפאה ופגישתו עם האחות המתאמת משתנה בהתאם לארגון, כאשר ברוב המקומות הפגישה הראשונה מתרחשת במרפאות החוץ בבית החולים, גם לאורך כל התהליך הטיפולי, כולל המעקב אחרי סיום הטיפול הפעיל. התחלת התהליך יכולה להתבצע גם במרפאת הקהילה, כאשר שם בעצם מתחיל תהליך האבחנה. למרות זאת, ברוב המקרים יבוא החולה המאובחן עם תוצאות האבחנה למרפאת האחיות, כך שהתהליך יחל בפועל שם (Wilcox & Bruce, 2010).

נראה כי השלב הרצוי ביותר לתחילת התהליך הוא האבחנה, כאשר יישום הפעולות הנדרשות מנקודה זו ואילך יביאו להפחתת חרדת החולה, ולמהלך תקין ומהיר של כל המרכיבים הנחוצים בתהליך האבחנתי וההחלטה הטיפולית שתבוא בעקבותיו.

תוכנית היישום תכלול מספר שלבים:

1. זיהוי צרכים והכנה לקראת חולה חדש (רשימת מטופלים בהתאם לכל חטיבה, זמינה חודש מראש). זיהוי צורכי מטופלים קיימים, בהתאם לשלב המחלה.
2. הערכת התנגדויות או מחסומים פוטנציאליים.
3. תכנון פניה למערכות אחרות בבית החולים בהתאם לתוכנית הטיפול בחולה, זיהוי התנגדויות פוטנציאליות.
4. קריאה מקדימה של ספרות מקצועית בנושא ואתרי אינטרנט להרחבה.
5. בניית קשרים עם הקהילה, במטרה ליישם מעקב אחר המטופלים שאינם יותר לביקורי מרפאה ונמצאים במסגרות טיפוליות אחרות.

פירוט שלבי היישום

שלב א': הכנה לקראת מטופל חדש

מטופל חדש במרפאה ירואיין על ידי המתאמת, לפני כניסתו לרופא, כאשר קבלתו תכלול:

- סקירה דמוגרפית הכוללת מצב משפחתי, מצב מגורים, וקיום תמיכה כלכלית.
- היסטוריה רפואית - כולל מסמכי מחלה רלוונטיים.
- מחלות נלוות.
- שלב מחלה - לפני אבחנה, אחרי אבחנה.
- ניתוחים.

שלב ב': בניית תוכנית כוללת וזיהוי מחסומים בכל שלב

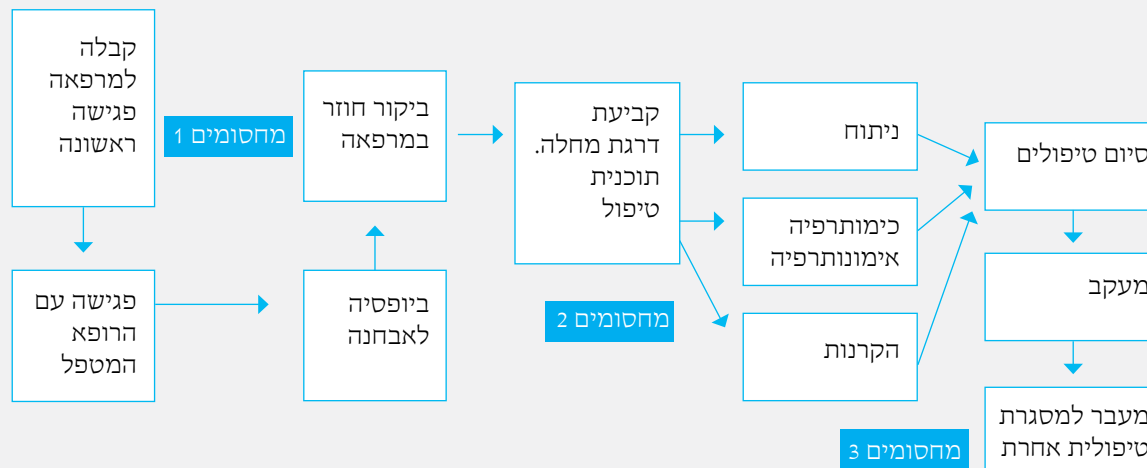
בכל אחת מנקודות השיחה עם החולה ולאחר הביקור אצל הרופא צצים המחסומים (תרשים 1), להם האחות המתאמת תיתן מענה בתוכנית הטיפול.

מחסומים 1: פחד, איום, חוסר אונים; מורכבות המצב החדש; תמיכה ביטוחית לא מספקת; ידע חסר; חוסר הבנת האבחנה; בירוקרטיה חוץ ארגונית ותוך ארגונית.

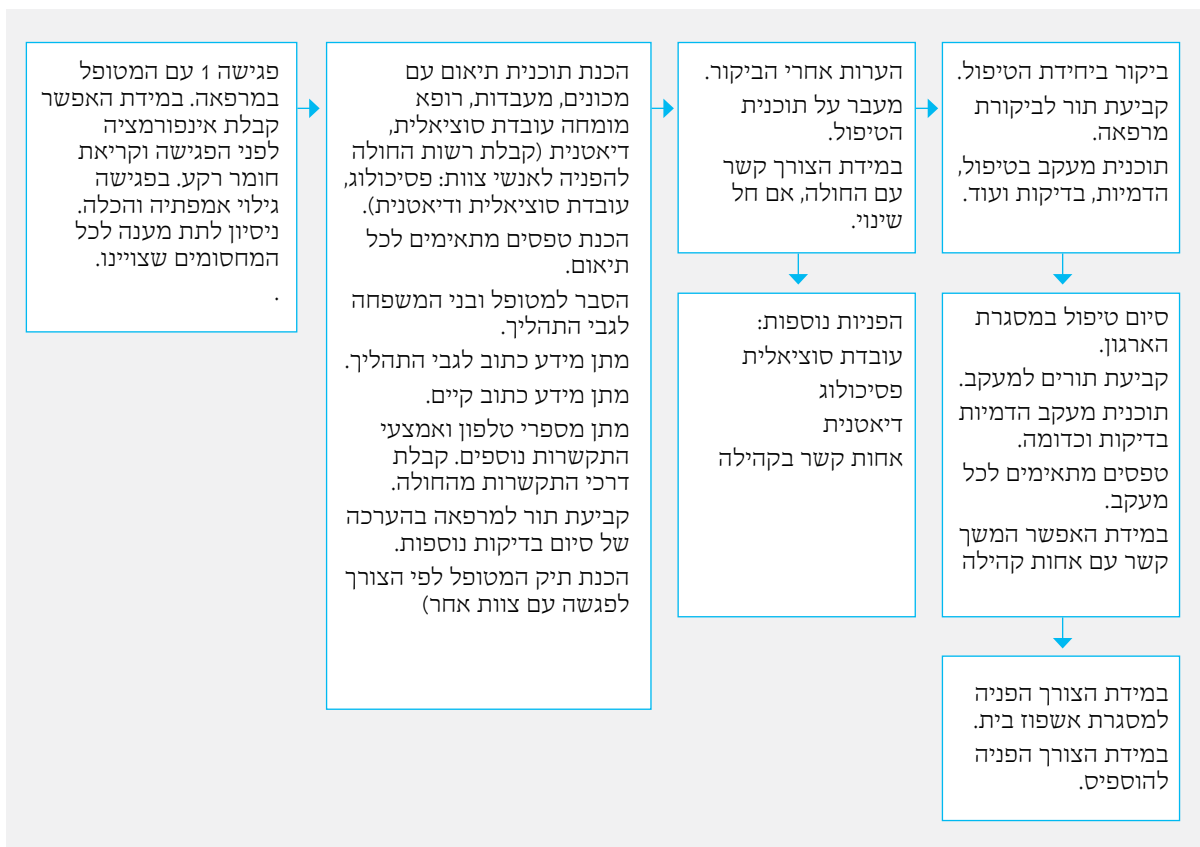
מחסומים 2: חוסר התמצאות בתהליך; תמיכה ביטוחית לא מספקת; מערכת משפחתית; אפשרויות משאבים; שיתוף בתהליך ההחלטות; שיתוף בתהליך הטיפול; תופעות לוואי; הפסקת טיפול עקב חוסר טיפול בתופעות לוואי.

מחסומים 3: טיפול בתופעות לוואי; תמיכת משפחה; קשיים כלכליים; תמיכת מרפאות קהילה; תמיכת מסגרות טיפוליות חדשות.

תרשים 1: בניית תוכנית טיפול כוללת



שלב ג': בניית תוכנית בהתאם למחסומים שזוהו ופתרונם
 תרשים 2: בניית תוכנית המתייחסת למחסומים.



תפקידים תחת גג אחד, כאשר התועלת היא לא רק כלכלית אלא גם העצמת כל אחת ואחת מהצוות הזה.

הערכה כלכלית (עלות תועלת)

עלות מודלי טיפול ויישומם במערכת חדשה או קיימת, היא תמיד מרכיב חשוב בהחלטה. Campbell ואחרים (2010) מציעים מספר עקרונות מדידים להערכת עלות תועלת:

1. הזמן מהחשד למחלה עד לאבחנה.
2. הזמן להתחלת הטיפול במחלה.
3. שביעות רצון החולה.
4. אירועים של היעדרויות מזימונים לטיפול או למרפאה.
5. שהות המטופל במערכת הבריאות (זמן מרפאה, זמן טיפול, זמן שהות במכונים אבחנתיים).
6. אירועים של מחסומים בירוקרטיים- ביטוחים, הפניות וכדומה.

במחקר שנערך באנגליה, נבחן ההיבט הכלכלי על ידי השוואת שתי מרפאות ייחודיות לטיפול בחוסר שליטה

יתרונותיה של nurse-led clinics in cancer care coordinators (או: מדוע צריך מרפאה כזו?)

מרפאות אונקולוגיות קיימות היום בחלק ניכר מבתי החולים. תפקידי אחיות, מתאמות, Nurse Navigator קיימים גם הם ופועלים בהצלחה, בחלק גדול מבתי החולים בארץ ובעולם. הכנסת בעלי תפקידים אלה תחת מרפאה אחת, במיוחד מרפאה הבנויה מחטיבות שונות, מעצימה את תפקיד כל אחת ואחת מהצוות ומאפשרת הפרייה הדדית בין כל מתאמת למתאמת, בכל אחת מתת החטיבות. מרפאת צוות מתאמות אף יוצרת בסיס עבודה עם צוות רב מקצועי, כאשר התחום האונקולוגי הוא הבסיסי, וההתמחות השונה נותנת למתאמות עצמן ראייה טיפולית רחבה, שונה וכוללנית, שחורגת מתת החטיבה בה הן מתאמות. קיום מרפאת צוות מתאמות, תיתן גם מסגרת טיפולית רחבה יותר לכלל החולים במרפאה. אין ספק, כי נוסף לתועלת בקיום מרפאת אחיות מתאמות, הן למטופלים והן לאחיות עצמן, הרי בתקופה בה מערכת הבריאות מקצצת באופן קבוע תפקידים ופעילויות, יהיה זה מבורך ורצוי לאחד

מספר מתאמות בחטיבות האונקולוגיות השונות בו זמנית, רק תעצים ותשפר את הטיפול שניתן לחולה ואת תפקיד כל מתאמת ומתאמת.

האם מבנה המרפאות האונקולוגיות של היום מתאים לשינויים שחלו בסיעוד? ומתאים לתפקידים החדשים בסיעוד כתפקידי מתאמות, מומחיות או Nurse Navigator? פעמים רבות אנו שבוים בתוך מבנים מחלקתיים ומרפאתיים "היסטוריים", שעובדים ומתפקדים בצורה שאינה נותנת מקום לשינוי או התאמה לדברים חדשים, וקשה שלא לתהות, מדוע מודל שנראה אטרקטיבי ויישומי, שבעלי התפקיד קיימים ומתפקדים במסגרות אחרות בבתי החולים, אינו מבוצע הלכה למעשה, למרות שהצוות המתאים לכך קיים. האם האשמה היא, כפי שטוענת גורדון (Gordon, 2005), בתקשורת שמציגה את האחיות כעובדות השמות דגש על פעילות מהתחום הרגשי ולא על פעילות עם גיבוי מדעי? (מרפאת אחיות מומחיות לעומת מרפאה "רגילה") או אולי "מאבקי כוח" בין התחום הרפואי והסיעודי, לגבי חזקות ושליטה במקצוע, במשאבים, ובשירות ייחודי? או הליכה בתלם והשארית מה שמתפקד טוב ללא שינוי. למרות סקירה ספרותית רחבה לא נמצא מודל זה, בו מרפאה אונקולוגית בנויה כמרפאת אחיות מתאמות. כאמור קיימות מרפאות המתמקדות בנושא ייחודי אחד, בו הצוות הוא המומחה בתחום, אך לא כצוות של אחיות מתאמות תחת גג אחד בתחומים שונים עם מכנה משותף (אונקולוגיה).

האם המודל שמוצג כאן מתאים רק לתחום האונקולוגיה? נראה כי גם בתחומים אחרים, בהם ישנה יותר מחטיבה אחת, בהחלט אפשר ליישם מודל זה.

השאלות המוצגות לעיל יכולות לשמש כר נרחב לבחינה ולהצעות למחקר נוסף, ובעיקר לניסיון ייחודי בארגון מרפאה כזו.

מקורות

Albers-Heitner, C. P., Joore, M. A., Winkens, R. A. G., Lagro-Janssen, A. L. M., Severens, J. L., & Berghmans, L. C. (2012). Cost-effectiveness of involving nurse specialists for adult patients with urinary incontinence in primary care compared to care-as-usual: an economic evaluation alongside a pragmatic randomized controlled trial. *Neurourol Urodyn*, 31(4), 526-534.

Binnie, A., & Titchen, A. (1999). *Freedom to practice: The development of patient-centered nursing*. Oxford: Elsevier.

Campbell, J., German, L., & Lance, C. (1999). Radiotherapy outpatient review: a nurse led clinic. *Nursing Standard*, 13(22), 39-44.

במתן שתן, כאשר מרפאה אחת עבדה לפי מודל מרפאת אחיות מתאמות ("מרפאת שיתוף") ומרפאה שניה תפקדה כ"מרפאה רגילה" ללא אחות מתאמת. המחקר נערך במשך 3 שנים וכלל בשתי המרפאות יחד כ-400 חולים, בהתפלגות של כמעט 50 אחוזים בכל מרפאה. הערכת יעילות המרפאות נעשתה על ידי שאלוני איכות, וכן נעשתה הערכה לגבי מחיר כלכלי לחולה ולארגון. תוצאות ההערכה נטו בבירור לטובת מרפאת השיתוף (אחות מתאמת ורופא), הן מצד שביעות הרצון של המטופלים והן מהצד הכלכלי. יעילות המרפאה נצפתה במיוחד בקיצור זמן המתנה, המשפיע לחיוב על היעילות הכלכלית: מספר מטופלים גדול יותר מביא לחיסכון זמן לחולה ולשעות פתיחת מרפאה קצרות יותר. יעילות המרפאה נראתה גם בביצוע בדיקות בהתאם לתוכנית, בהבאת תוצאות רלוונטיות לביקור רופא, ובהקטנת ביקורים חוזרים עקב חוסר בדיקות או פעולות במכונים אחרים (Albers-Heitner et al., 2012). במחקר רטרוספקטיבי נבחנו תיקי חולים שקיבלו טיפול במסגרת University of Michigan Multidisciplinary Melanoma Clinic. כאשר השוו תיקי חולים שקיבלו טיפול ללא מסגרת של מתאמת, מול חולים שקיבלו טיפול כאשר מתאמת מלנומה היוותה חלק מהצוות הרפואי. ההפרש הכספי בין שתי הקבוצות עמד על \$1600 לחולה. כהוצאה נוספת בקבוצת החולים שקיבלה טיפול במסגרת מרפאתית "רגילה", ניתן להתייחס לשימוש לא נכון במשאבי מערכת הבריאות, כגון המתנה ארוכה, חזרה למרפאה ללא צורך, וזמן מרפאה ארוך יותר (Fader, Wise, Normolle, & Johnson, 1998).

סיכום

אבחנה של ממאירות משליכה באחת את החולה ומשפחתו להתמודדויות חדשות: פיזיות, מערכתיות ונפשיות. נוסף להתמודדות עם המחלה, החולה עומד בפני מערכת בירוקרטית עלומה ומאיימת, בתי חולים ומרפאות לא מוכרות.

מסגרת מרפאתית מותאמת ויד מכוונת ותומכת של אחות מתאמת, מגלמת למעשה את היבטיה החיוביים של חוויית הטיפול, הן במישור האינסטרומנטאלי והן במישור הקוגניטיבי והרגשי (Binnie & Titchen, 1999; McCance, Gribben, McCormack, & Mitchell, 2010; Stichler, 2011).

ריכוז אחיות, מתאמות, או Nurse Navigator תחת גג אחד, יאפשר יישום טוב יותר של מודלי טיפול שונים. הפיכת מרפאות אונקולוגיות, מרפאות ללא אחיות מתאמות, למרפאות המאוישות באופן קבוע על ידי אחיות מתאמות, ייתן לביקורי המרפאה את המקום המרכזי ברצף המחלה ובהתמודדות החולה עם המחלה. אין ספק, כי עבודה של

Gordon, S. (2005). Nursing Against the Odds: How Healthcare Cost Cutting, Media Stereotypes, and Medical Hubris Undermine Nurses and Patient Care. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Kadmon, I., & Barak, F. (2009). The multidisciplinary approach to breast cancer: a new outlook on nursing care. Clinical Oncology of Cancer Research, 6, 157-160.

Lane, L., & Minns, S. (2010). Empowering advanced practitioners to set up nurse led clinics for improved outpatient care. Nursing Times, 106(13), 14-15.

Mackie, C. (1996). Nurse practitioners managing anticoagulant clinics. Nursing Times, 92(1), 25-26.

McCance, T., Gribben, B., McCormack, B., & Mitchell, E. (2010). Improving the patient experience by exploring person-centered care in practice. Final programmed report. Belfast, Northern Ireland: Belfast Health and Social Care Trust.

Stichler, J. F. (2010). Patient-Centered Healthcare Design. Journal of Nursing Administration, 41(12), 503-506.

Wilcox, B. & Bruce, S. D. (2009). Patient navigation: a "win-win" for all involved. Oncology Nursing Forum, 37(1), 69-76.

Wilcox, B., & Bruce, S. D. (2010). The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult in-patients with cancer: a retrospective study. Oncology Nursing Forum, 37(1), 69-76.

Wilcox, B., & Bruce, S. (2010). A "win-win" for all involved. Oncology Nursing Forum, 37, 21-25.

Campbell, C., Craig, J., Eggert, J., & Bailey-Dorton, C. (2010). Implementing and measuring the impact of patient navigation at a comprehensive community cancer center. Oncology Nursing Forum, 37, 61-68.

Case, M. A. B. (2011). Oncology nurse navigator. Clinical Journal of Oncology Nursing, 15(1), 33-40.

Corner, J. (1997). Beyond survival rates and side effects: cancer nursing as therapy. Cancer Nursing, 20(1), 3-11.

Curley, M. (1998). Patient – nurse synergy: optimizing patient's outcomes. American Journal of Critical Care, 7, 64-72.

Dinsdale, P. (1999). Nurses in waiting. Nursing Standard, 13(51), 12

Newton, V. (1996). Nurse led clinics. Care in pre-admission clinics. Nursing Times, 92(1), 27-28.

Eichler, A. F., & Loeffler, J. S. (2007). Multidisciplinary management of brain metastases. The Oncologist, 12, 884-898.

Fader, D. G., Wise, C. G., Normolle, D. P., & Johnson, D. M. (1998). The multidisciplinary melanoma clinic: a cost outcomes analysis of specialty care. Journal of the American Academy of Dermatology, 38(5 pt. 1), 742-751.

Fillion, L., de Serres, M., Cook, S., Goupil, R. L., Bairati, I., & Doll, R. (2009). Professional patient navigation in head and neck cancer. Seminars in Oncology Nursing, 25, 212-221.

Freidson, E. (1970). Profession of Medicine. New York: Dodd, Mead, In Conrad, P. (ed.) (2001) The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. 6th Edition. New York: Worth Publishers

כאשר הכאב מתפרץ – הזמן מוטל על כף המאזניים

הקלה בכאב מתפרץ ממקור סרטני תוך 5 דקות'

- מהיר 1-3
- יעיל 1-4
- נוח לשימוש

PEC-01-01-2015

MEDISON Delivering Innovative Healthcare **References:** 1. Fallon M, et al. J Support Oncol 2011;9:224-231. | 2. Portenoy RK, et al. Pain 2010;151:617-624. | 3. Physician Prescribing Information approved by Israel MOH, August 2014. | 4. Radbruch L, et al. Support Care Cancer. 2012 Mar; 20(3):565-73



למידע נוסף אנא קרא את העלון לרופא כפי שאושר על ידי משרד הבריאות בישראל. יש צורך במרשם אופיואידים. פקפנט מותווה לטיפול בכאב מתפרץ, בחולים אונקולוגיים המטופלים באופיואידים בקביעות סביב השעון¹⁻³.