

English-speaking patient diagnosed with breast cancer and multiple bone metastases cared in a Polish Home Hospice

Abstract

A case of an English-speaking patient who lived in Poland with a breast cancer diagnosis and multiple bone metastases who did not opt for returning to the United States for further treatment has been described in the article. During care which was provided at the patient's home by the so-called "Home Hospice" the palliative care team, which consisted of a doctor, a nurse and a psychologist, provided optimum treatment and fulfilled most of the patient's expectations. The significance of proper communication both between the home care team and the patient and within the interdisciplinary hospice team has been emphasized in the publication.

Palliat Med Pract 2019; 13, 2: 106–109

Key words: breast cancer, bone metastases, quality of life

Introduction

In the treatment of patients with disseminated cancer, including those with bone metastases, a doctor frequently encounters many difficulties when it comes to pain management, including inhibiting osteoclast activity, providing optimum physical activity and, last but not least, meeting the patients' expectations. Measures aimed at quality of life improvement should take into consideration a patient's wishes, use of pharmacological treatment and other forms of treatment accepted by the patient as well as cooperation with other specialists who treat the patient [1–3]. The purpose of this article was to present the description of a case of an English-speaking patient who had breast cancer with bone metastases. There

is a special focus on the role of cooperation within the interdisciplinary therapeutic team.

Case report

65-year-old patient, married without children, who spoke only English, was admitted to the Home Hospice in February 2018 because she had been diagnosed with left breast cancer in stage IV of clinical advancement. In April 2015, the patient underwent left-sided radical mastectomy and complementary radiotherapy was started, however, the patient did not complete it due to radiation intolerance. In 2017, a surgery was performed due to right femoral head subtrochanteric fracture and breast adenocarcinoma metastasis with positive oestrogen receptors was

Address for correspondence:

Grzegorz Marciniak

St. Lawrence Hospice Association in Gdynia

Dickmana St. 6, 81–109 Gdynia

e-mail: gkmrciniak@gmail.com



diagnosed in a biopsy. Since then, the patient was treated with tamoxifen administered orally once a day in 20 mg dosage and pamidronic acid administered intravenously in 90 mg dosage, every 28 days.

When admitted into the care of the Home Hospice (February 2018) the patient reported dyspnoea, mixed pain, mainly in the thorax and back area (NRS 3–4, periodically 8–9), insomnia and irritation. When it came to everyday life activity, the patient was completely independent. On the left side of the anterior thoracic wall, numerous intumescences and shallow skin ulceration were noticed. In treatment, tramadol administered orally in 75 mg dosage in combination with paracetamol in 650 mg dosage every eight hours and 20 mg enoxaparin sodium every 24 hours were used. Tamoxifen and pamidronic acid treatment was continued in the previous dosages. During the subsequent home visit every 10–14 days 10 mg zolpidem before going to bed and 25 mg hydroxyzine once a day, in case of anxiety were prescribed. The symptoms intensity, as well as, calcium and creatinine levels in blood serum were monitored. A good analgesic effect was achieved. In the subsequent months, pamidronic acid was replaced by zoledronic acid administered at home, intravenously in 4 mg dosage, every 28 days, as the duration of the drug administration was much shorter, which was significant for the patient. Instead of zolpidem, midazolam was administered orally in 7.5 mg dosage to reduce the intensity of anxiety which occurred at night time and to make falling asleep easier [4, 5].

In the third month of the treatment in the Home Hospice, the patient started avoiding seeing doctors, however, the continuity of care was maintained. Thanks to the exchange of information within the team, the patient simultaneously used the help of the Oncology Unit and her General Practitioner. After the patient was ensured by her attending physician from the Home Hospice that nothing stood in the way of her simultaneously making use of the care provided by the above-mentioned units, the cooperation with the patient improved significantly. At the Oncology Unit, her previous analgesic treatment was switched to oxycodone/naloxone administered in 10 mg/5mg dosages every 12 hours and zolpidem was used before going to bed again, acid treatment administered intravenously was continued in 4 mg dosage, every 28 days.

Throughout the course of the patient's disease the, except for the times when she was hospitalised or in the postoperative periods, the patient worked at a language school as a teacher, which was very significant for her. After gaining more acceptance and trust from the patient, it was possible to obtain

information about symptoms which disturbed her social functioning significantly: weakness, anxiety, breakthrough pain episodes as well as constipation. For these reasons, in the following months of the treatment prolonged release oxycodone in 10 mg dosage, every 12 hours was introduced as well as short-acting morphine administered 2–3 times a day in 10 mg dosage which provided much more effective pain and dyspnoea management [9, 10]. Taking into account the patient's needs as far as her career was concerned, in August 2018 fentanyl nasal aerosol with pectin was introduced at a dose of 100 µg titrated gradually to 400 µg, which improved the effectiveness of breakthrough pain episodes management and as a result it improved the level of her social and professional functioning significantly [11]. Constipation prevention (dietary advice and lactulose) was introduced with good results [9, 12, 13]. Going deeper into the patient's expectations, the team developed a strategy which consisted of providing an optimum level of the patient's functioning as a language teacher and maintaining continuity of her professional work. Most of the medical procedures were performed at home, at the time scheduled by the patient. Additionally, psychological therapy was introduced. It was focused on increasing acceptance and engagement, as well as, mindfulness training and work on breathing. Additional forms of communication by e-mail and SMS, convenient for the patient, were settled too. The patient was particularly appreciative of the team's work when it was necessary to discuss an unfavourable result of scintigraphy scan performed in August 2018, which confirmed numerous bone metastases.

Pain treatment was modified then — after 4 months of treatment, oxycodone was switched to long-acting morphine at a dose of 30 mg twice daily (according to NRS after the switch pain intensity decreased from 8–9 to 2–3), the administration of zoledronic acid every 28 days was maintained, just as fentanyl pectin spray administered nasally in treating episodes of breakthrough pain. Simultaneously, psychological and nursing support was intensified. The patient did not give up her commitments to the language school and, at the same time, emphasized that she did not have a sense of working at the cost of her health. Thanks to good team cooperation it was possible to recognise not only somatic symptoms of the progressing disease but also the patient's negative emotional reactions, as she was worried she would have to give up her job, which was a very significant sphere of her life. The whole team's quick reaction limited the negative emotion, and the patient maintained physical fitness which made it possible for her to commute by public transport, do small shopping and, as emphasized by

the patient, continue working. Until the last days of her life, the patient was active professionally. She gave up her work due to worsened weakness and significant deterioration of her general condition several days before her death in early December 2018.

Discussion

When working with a patient, especially one who speaks a foreign language only, proper communication is particularly significant [6–8], so it was regularly checked whether there were no unclear situations due to the language barrier. To avoid misunderstandings, all the team members involved in the patient care (nurse, psychologist and doctor) spoke good English. It was also confirmed by the patient that they fulfilled her expectations when it came to language.

Treatment with strong opioids was used in the described patient over several months, which brought satisfactory analgesic effects [9, 11]. Though the analgesic effect was good, adverse effects appeared. They mainly involved sedation and impaired concentration, which turned out to be unacceptable for the patient, therefore changes were introduced in the treatment. Their goal was to improve her cognitive functions [14]. In literature, it is emphasized that one of the main treatment goals in palliative and supportive care is to improve the quality of life [1–3]. The patient only reported that she was not feeling well after a given medication, which did not concern pain. Thanks to the team's cooperation, the information was obtained that the deterioration of quality of life when it came to intellectual capacity constituted the patient's main problem. In search of tailored treatment, a compromise was developed between effective analgesia and effective intellectual work, which was so significant to the patient. The significant role of case-by-case approach adjusted to the needs of particular patients in palliative care has been indicated by many authors [15, 16]. The fact that the patient was made aware of her decision-making a role in choosing between the offered treatment forms was significant for good cooperation with the patient, as at some point of the disease she was under the supervision of several doctors, who offered different therapies. The possibility to make decisions about some of the treatment aspects seems to be one of the key elements of the idea of empowerment in palliative care [1]. The patient chose a form of help in which the staff could be in constant touch and would visit her at home, at a time which was convenient for the patient. One of the factors, which affected the fact that the patient stayed in Poland was her belief that her health insurance in the USA would not provide her with medical care and

reimbursable drugs on a similar level to the one which she received in Poland.

The goals of palliative care focus on treating somatic symptoms, providing broadly defined support and accompanying patients [1]. Palliative (supportive) care is provided through various organisational forms — in the discussed case, within the Home Hospice [17]. The skills of the Home Hospice staff obtained during palliative medicine training, professional experience and long-standing cooperation based on mutual respect and trust were a significant help in understanding the patient's needs and did not violate her privacy. Proper communication within the team helped develop a strategy which consisted of exchanging information on the patient's needs, understanding her expectations and a consistent approach to symptomatic treatment. The idea of a holistic approach to the patient which is expressed in effective cooperation of particular specialists in the team is the basis of treatment effectiveness, which is emphasized by many authors [1, 3, 8, 18]. The team understanding the meaning of professional work for the patient and, through coordinated, activities, enabling her to feel satisfaction from the teaching work which she was doing was particularly significant. It resulted in an increase in the patient's pain threshold and an improvement in the quality of her life. When the patient could not teach, her pain and anxiety disorder increased. Recognising the above-mentioned relation made it possible to understand the patient better and to orient the actions which were undertaken on the improvement of her general condition and increasing her activity to the level on which she could perform her social functions. It is known that an increase in patients' activity may be a significant help in the treatment of advanced chronic disease [8]. At the time when the patient's general condition deteriorated due to the progression of the disease and, among others, she was confronted with the loss of her social life attributes, the connection which had been built made it possible to express compassion better and help the patient feel safe.

Summary

The symptomatic treatment of patients with metastatic cancer is still a challenge to palliative medicine specialists, other doctors and the whole interdisciplinary team. The choice of proper analgesic medication accepted by the patient may not only provide proper pain management but also make it possible for him or her to maintain social functioning as far as a professional career is concerned. The use of knowledge, skills, experience and cooperation of the Home Hospice's staff as well as specialist communication knowledge

and skills are the reasons why assisting the patients may be a fascinating mission, whose goal is to provide the patients and their carers with the best possible quality of life.

References

1. Pyszkowska J. Podstawowe pojęcia medycyny paliatywnej. Filozofia postępowania w opiece paliatywnej. Podmiotowość chorego. In: Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 1–8.
2. De Walden-Gałuszko K. Reakcje i potrzeby psychiczne chorych. Przystosowanie do choroby. In: De Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 31–43.
3. Forycka M, Leppert W. Ocena jakości życia chorych i jakości opieki paliatywnej. . In: De Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 405–421.
4. De Walden-Gałuszko K. Zaburzenia psychiczne w grupie chorych u kresu życia (i ich leczenie). In: De Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 181–193.
5. Lichodziejewska-Niemierko M. Leki niezbędne w opiece paliatywnej. *Med Paliat Prakt* . 2013; 7(3-4): 105–110.
6. Zecca E, Brunelli C, Bracchi P, et al. Comparison of the Tolerability Profile of Controlled-Release Oral Morphine and Oxycodone for Cancer Pain Treatment. An Open-Label Randomized Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*. 2016; 52(6): 783–794.e6, doi: [10.1016/j.jpainsymman.2016.05.030](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.05.030), indexed in Pubmed: [27742577](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27742577/).
7. Jassem E, Damps-Konstańska I. Objawy ze strony układu oddechowego i ich leczenie. In: De Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 123–137.
8. Bulloch MN, Hutchison AM. Fentanyl pectin nasal spray: a novel intranasal delivery method for the treatment of breakthrough cancer pain. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2013; 6(1): 9–22, doi: [10.1586/ecp.12.69](https://doi.org/10.1586/ecp.12.69), indexed in Pubmed: [23272789](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23272789/).
9. Kotlińska-Lemieszek A. Ból u pacjentów z chorobą nowotworową. Przyczyny, patofizjologia, klasyfikacja i diagnostyka. In: De Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 59–75.
10. Leppert W, Dzierżanowski T, Stachowiak A, et al. Zaparcie stolca u chorych na nowotwory- zalecenia postępowania Grupy Ekspertów PTMP. *Med Paliat Prakt* . 2015; 6(3-4): 117–126.
11. De Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. MAKmed, Gdańsk 1996.
12. Brighton LJ, Selman LE, Bristowe K, et al. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J*. 2016; 92(1090): 466–470, doi: [10.1136/postgradmedj-2015-133368](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133368), indexed in Pubmed: [27153866](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27153866/).
13. De Walden-Gałuszko W. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
14. Leppert W. Farmakoterapia bólu przewlekłego. In: Leppert W, Majkowicz M. ed. *Ból przewlekły. Ujęcie kliniczne i psychologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 23–43.
15. Leppert W. Ocena kliniczna chorych z bólem przewlekłym. In: Leppert W, Majkowicz M. ed. *Ból przewlekły. Ujęcie kliniczne i psychologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 1–22.
16. Krajnik M. Trudne sytuacje w opiece paliatywnej . In: Wordliczek J, Dobrogowski J. ed. *Leczenie bólu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 364–384.
17. Ciałkowska-Rysz A. Organizacja opieki paliatywnej. In: De Walden-Gałuszko K, Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 9–29.
18. Fritsche G. Leczenie psychologiczne. In: Diener H, Maier Ch. ed. *Leczenie bólu – metody – leki – psychologia*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2005: 357–381.

Pacjentka anglojęzyczna z rozsianą chorobą nowotworową i mnogimi przerzutami do kości pod opieką Hospicjum Domowego

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: Marciniak G., English-speaking patient diagnosed with breast cancer and multiple bone metastases cared in a Polish Home Hospice. *Palliat. Med. Pract.* 2019 tom 13, nr 2: 106–109.

Należy cytować wersję pierwotną.

Piśmiennictwo znajduje się na stronie 109.

Streszczenie

W artykule opisano przypadek anglojęzycznej pacjentki mieszkającej w Polsce z rozpoznaniem raka piersi i mnogimi przerzutami do kości, która nie zdecydowała się na powrót do Stanów Zjednoczonych celem dalszego leczenia. Podczas opieki sprawowanej w ramach Hospicjum Domowego zespół domowej opieki paliatywnej, w skład którego wchodził: lekarz, pielęgniarz i psycholog, zapewnił optymalne leczenie i spełnił większość oczekiwań pacjentki. W publikacji podkreślono znaczenie prawidłowej komunikacji zespołu domowej opieki paliatywnej z chorą i w zespole interdyscyplinarnym hospicjum.

Palliat Med Pract 2019; 13, 2: 110–112

Słowa kluczowe: rak piersi, przerzuty do kości, jakość życia

Wstęp

W leczeniu pacjentów z uogólnioną chorobą nowotworową, w tym z przerzutami do kości, lekarz niejednokrotnie napotyka wiele trudności związanych z leczeniem bólu, w tym hamującym aktywność osteoklastów, ustaleniem właściwego sposobu aktywności ruchowej, wreszcie spełnieniem oczekiwań chorych. Postępowanie ukierunkowane na poprawę jakości życia powinno uwzględniać wolę chorego, zastosowanie farmakoterapii i innych form leczenia akceptowalnych przez pacjenta oraz współpracy z innymi specjalistami

leczącymi chorego [1–3]. Celem niniejszego artykułu było zaprezentowanie opisu przypadku anglojęzycznej chorej z rozsianym rakiem piersi z przerzutami do kości, ze szczególnym uwzględnieniem roli współpracy interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego.

Opis przypadku

Chorą w wieku 65 lat, posługującą się wyłącznie językiem angielskim, przyjęto do Hospicjum Domowego w lutym 2018 roku z powodu rozpoznania raka piersi lewej w IV stopniu zaawansowania klinicznego. W kwiet-

Adres do korespondencji:

Grzegorz Marciniak

Stowarzyszenie Hospicjum Św. Wawrzyńca w Gdyni

ul. Dickmana 6, 81–109 Gdynia

e-mail: gkmarciniak@gmail.com



Palliative Medicine in Practice 2019; 13, 2, 110–112

Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

niu 2015 roku wykonano u niej radykalną mastektomię lewostronną i rozpoczęto uzupełniającą radioterapię, której jednak chora nie ukończyła z powodu złej tolerancji napromieniania. W 2017 roku wykonano zabieg operacyjny z powodu złamania podkrętarzowego głowy kości udowej prawej, a w pobranej biopsji stwierdzono raka gruczołowego o utkaniu raka piersi z obecnością receptorami dla estrogeny ER (+). Od tego czasu pacjentkę leczono tamoksifenem podawanym drogą doustną raz dziennie 20 mg i kwasem pamidronowym podawanym drogą dożylną w dawce 90 mg co 28 dni.

Podczas przyjęcia pod opiekę Hospicjum Domowego (luty 2018 r.) pacjentka zgłaszała duszność, bóle o typie mieszanym zlokalizowane głównie w obrębie klatki piersiowej i pleców (NRS 3–4, a okresowo 8–9), bezsenność oraz rozdrażnienie. W zakresie czynności dnia codziennego chora była całkowicie samodzielna. Na przedniej ścianie klatki piersiowej po stronie lewej stwierdzono liczne nacieki i płytkie owrzodzenia skóry. W leczeniu stosowano tramadol drogą doustną w dawce 75 mg w połączeniu z paracetamolem w dawce 650 mg co 8 godzin, enoksaparynę 20 mg co 24 godziny, kontynuowano leczenie tamoksifenem i pamidronianem w dotychczasowych dawkach. Podczas kolejnych wizyt domowych w odstępach 10–14-dniowych zastosowano zolpidem 10 mg przed snem i hydroksyzynę 25 mg raz dziennie rano w razie niepokoju. Monitorowano nasilenie objawów, stężenie wapnia i kreatyniny w surowicy krwi, uzyskano dobry efekt analgetyczny. W kolejnych miesiącach kwas pamidronowy zastąpiono kwasem zolendronowym w dawce 4 mg co 28 dni, ze względu na krótszy czas wlewu dożylnego prowadzonego w domu, co miało istotne znaczenie dla pacjentki. Zamiast zolpidemu zastosowano drogą doustną midazolam w dawce 7,5 mg w celu zmniejszenia nasilenia lęku występującego w godzinach nocnych i ułatwienia zasypiania [4, 5].

W trzecim miesiącu leczenia w Hospicjum Domowym chora zaczęła unikać wizyt lekarskich, jednak zachowano ciągłość opieki. Dzięki wymianie informacji w zespole zorientowano się, że jednocześnie pacjentka korzystała z pomocy Poradni Onkologicznej i lekarza rodzinnego. Po zapewnieniu przez lekarza prowadzącego z Hospicjum Domowego, że nie ma przeszkód w równoległej opiece przez wymienione jednostki, uzyskano znacznie lepszą współpracę z chorą. W Poradni Onkologicznej zmieniono dotychczasowe leczenie przeciwbólowe na oksykodon w dawce 10 mg w połączeniu z naloksonem w dawce 5 mg podawane co 12 godzin i powrócono do stosowania zolpidemu przed snem, podtrzymano wlewy kwasu zolendronowego drogą dożylną w dawce 4 mg co 28 dni.

Pacjentka przez cały okres choroby, wyłączając pobyty w szpitalach i okresy pooperacyjne, pracowała

20–30 godzin tygodniowo, jako lektor w szkole językowej, co było dla chorej istotne. Po uzyskaniu większej akceptacji i zaufania ze strony chorej dostano informację na temat dolegliwości, które znacząco zaburzały jej funkcjonowanie społeczne: osłabienie, lęk i epizody bólu przebijającego oraz zapaarcia. Z tych powodów w kolejnych miesiącach leczenia wprowadzono oksykodon o przedłużonym uwalnianiu w dawce 10 mg co 12 godzin i morfinę krótkodziałającą, co zapewniło znacznie skuteczniejsze leczenie bólu i duszności [9, 10]. Uwzględniając potrzeby chorej w kontekście jej pracy zawodowej, w sierpniu 2018 roku włączono fentanyl w aerozolu z pektyną podawany drogą donosową, co znacząco poprawiło skuteczność leczenia epizodów bólu przebijającego [11], a w konsekwencji istotnie polepszyło poziom funkcjonowania społecznego i zawodowego. Wnikając głębiej w oczekiwania pacjentki, zespół ustalił strategię polegającą na ukierunkowaniu terapii pod kątem dobrego poziomu funkcjonowania pacjentki, jako lektora i zachowaniu ciągłości jej pracy zawodowej. Większość procedur medycznych wykonywano w domu, w zaplanowanym przez chorą czasie, dodatkowo wprowadzono terapię psychologiczną skoncentrowaną na zwiększaniu akceptacji i zaangażowania, treningu uważności i pracy z oddechem. Ustalono również dodatkowe formy komunikacji wygodne dla chorej poprzez e-mail i SMS. Pacjentka szczególnie doceniła współpracę zespołu, kiedy trzeba było omówić niekorzystne wyniki badania scyntygraficznego wykonanego w sierpniu 2018 roku, które potwierdziło liczne przerzuty do kości.

Dokonano wówczas modyfikacji leczenia przeciwbólowego — po 4 miesiącach leczenia zamieniono oksykodon na morfinę długodziałającą (wtedy wynik NRS z 8–9 uległ zmniejszeniu do wartości 2–3), utrzymo podawanie kwasu zolendronowego co 4 tygodnie i fentanylu donosowo w leczeniu bólu przebijającego, wdrożono profilaktykę zapać [9, 12, 13]. Jednocześnie zintensyfikowano wsparcie psychologiczne i pielęgniarckie. Pacjentka nie zrezygnowała ze swoich zobowiązań wobec szkoły językowej, a jednocześnie, jak zaakcentowała — nie miała poczucia, że pracuje kosztem swojego zdrowia. Dzięki dobrej współpracy zespołu możliwe było szybkie wykrycie nie tylko objawów somatycznych postępującej choroby, ale także reakcji emocjonalnych pacjentki, która obawiała się, że będzie musiała zrezygnować z tak istotnej dla niej sfery życia, jaką stanowiła praca zawodowa. Szybkie działania całego zespołu ograniczyły negatywne reakcje, a chora utrzymała także dobrą sprawność fizyczną, umożliwiającą poruszanie się transportem publicznym, samodzielne robienie drobnych zakupów i, co pacjentka bardzo podkreślała, kontynuację pracy. Chora do ostatnich dni życia była aktywna zawodowo, całkowicie zrezygnowała z pracy

z powodu nasilonego osłabienia i znacznego pogorszenia stanu ogólnego kilka dni przed śmiercią, która nastąpiła na początku grudnia 2018 roku.

Omówienie

W pracy z osobą chorą, a tym bardziej obcojęzyczną, niezwykle istotny element opieki stanowi prawidłowa komunikacja [6–8], dlatego regularnie upewniano się, czy nie powstają niedomówienia wynikające z bariery językowej. W celu unikania nieporozumień, wszyscy pracownicy zaangażowani w opiekę nad chorą (pielęgniarka, psycholog i lekarz) dobrze posługiwali się językiem angielskim, uzyskano też potwierdzenie, że spełniali oczekiwania chorej pod względem językowym.

U opisywanej pacjentki na przestrzeni kilku miesięcy prowadzono leczenie „silnymi” opioidami, uzyskując zadowalające efekty przeciwbólowe [9, 11]. Pomimo że uzyskano dobry efekt analgetyczny, to jednak wystąpiły działania niepożądane, głównie sedacja i zaburzenia koncentracji uwagi, co okazało się nieakceptowalne dla pacjentki, dlatego wprowadzono zmiany w leczeniu, których celem była poprawa funkcjonowania poznawczego [14]. W literaturze podkreślany jest fakt, że jednym z głównych celów leczenia chorych w opiece wspierającej jest poprawa jakości życia [1–3]. W opisywanym przypadku chora jedynie sygnalizowała, że po danym leku nie czuje się dobrze, przy czym nie dotyczyło to dolegliwości bólowych. Dzięki współpracy zespołu uzyskano informację, że obniżona jakość życia w aspekcie sprawności intelektualnej stanowiła główny problem pacjentki. Poszukując leczenia „skrojonego na miarę” (*tailored treatment*), uzyskano kompromis pomiędzy skuteczną analgezą a efektywną pracą intelektualną, tak bardzo ważną dla pacjentki. Na znaczącą rolę indywidualnego podejścia dostosowanego do potrzeb konkretnego pacjenta w medycynie paliatywnej wskazuje wielu autorów [6, 15, 16]. Istotne znaczenie dla dobrej współpracy z pacjentką miał też fakt uświadomienia jej decyzyjnej roli w wyborze proponowanych form leczenia, ponieważ na pewnym etapie choroby korzystała z opieki kilku lekarzy, którzy proponowali odmienne terapie. Możliwość podejmowania decyzji w zakresie niektórych aspektów leczenia wydaje się jednym z kluczowych elementów idei podmiotowości w opiece paliatywnej [1]. Chora wybrała taką formę pomocy, w której personel mógł być w stałym kontakcie, dojeżdżał do domu w dogodnym dla niej czasie. Jednym z czynników, które zaważyły na pozostaniu w Polsce było przekonanie, że ubezpieczenie medyczne chorej posiadane w Stanach Zjednoczonych nie zapewni podobnej do uzyskanej w Polsce jakości opieki medycznej i dostępności do stosowanych leków refundowanych.

Zadania opieki paliatywnej koncentrują się na leczeniu objawów somatycznych, udzielaniu szeroko pojętego wsparcia, a także na towarzyszeniu osobie z zaawansowaną chorobą [1]. Opieka paliatywna (wspierająca) zapewniana jest poprzez różnorodne formy organizacyjne, a w omawianym przypadku w ramach Hospicjum Domowego [17]. Umiejętności pracowników Hospicjum Domowego uzyskane podczas szkoleń z zakresu medycyny paliatywnej, doświadczenie zawodowe i wieloletnia współpraca oparta na wzajemnym szacunku i zaufaniu, pomogły w zrozumieniu potrzeb chorej i nie naruszyły jej intymności. Komunikacja wewnątrz zespołu pomogła w opracowaniu strategii polegającej na wymianie informacji dotyczących potrzeb chorej, zrozumieniu jej oczekiwań i na spójnym podejściu do leczenia objawowego. Idea holistycznego podejścia do pacjenta, przejawiająca się w skutecznej współpracy poszczególnych specjalistów zespołu, stanowi podstawę skuteczności leczenia i podkreśla ją wielu autorów [1, 3, 8, 18]. Szczególne znaczenie miało zrozumienie przez zespół znaczenia dla pacjentki pracy zawodowej i na skutek wielu koordynowanych działań, umożliwienie chorej odczuwania satysfakcji z bycia skutecznym nauczycielem, co spowodowało podwyższenie progu odczuwania bólu i poprawę jakości życia. Kiedy pacjentka nie mogła uczyć, nasileniu ulegały dolegliwości bólowe i zaburzenia lękowe. Rozpoznanie powyższej zależności umożliwiło lepsze zrozumienie chorej i ukierunkowanie działań na poprawę stanu ogólnego i aktywności do poziomu, na którym znów mogła pełnić swoje funkcje społeczne. Wiadomym jest, że zwiększenie aktywności pacjentów może istotnie pomóc w leczeniu zaawansowanej choroby przewlekłej [8]. W okresie nieuchronnego pogorszenia stanu ogólnego związanego z postępowaniem choroby i konfrontacją z utratą między innymi atrybutów życia społecznego, zbudowana relacja pomogła lepiej wyrazić współczucie i zapewnić chorej poczucie bezpieczeństwa.

Podsumowanie

Leczenie objawowe pacjentów z rozsianą chorobą nowotworową nadal stanowi wyzwanie dla lekarzy medycyny paliatywnej i innych specjalności. Dobór odpowiednich leków przeciwbólowych akceptowanych przez chorego może nie tylko zapewnić skuteczne leczenie bólu, ale także umożliwić dalsze funkcjonowanie społeczne w kontekście pracy zawodowej. Wykorzystanie wiedzy, umiejętności, doświadczenia i współpracy pracowników Hospicjum Domowego, a także specjalistyczna wiedza i umiejętności w zakresie komunikacji sprawiają, że towarzyszenie chorym może być pasjonującą misją.