## Casus Dhr. Daniels – Longcarcinoom en COPD

**Casus voor:**

* Week 6 les 3 A&F Longcarcinoom en COPD
* Week 7 les 1 WG Palliatieve zorg
* Week 7 les 2 WG Casuïstiek en PRS

Meneer Daniels is 68 jaar. Vijf jaar geleden heeft dhr. een laryngectomie moeten ondergaan na aanleiding van een strottenhoofdkanker. Daarvoor was het plaatsen van een tracheostoma noodzakelijk. Na een lang revalidatie traject, heeft dhr. opnieuw moeten leren eten en praten. Aan de nieuwe manier van spreken en het andere stemgeluid moest hij wennen. Daarover is hij emotioneel. Verdriet, woede of blijdschap kan hij niet meer met zijn stem uitdrukken.

Tevens is hij bekend met COPD wat ontstaan is na jarenlang roken. Hij gebruikt hiervoor “puffers” en wordt regelmatig door de Praktijk Ondersteuner van de Huisarts (POH) gezien en soms bij toename van klachten door de huisarts. Dhr. is gestopt met roken, toen bleek dat hij strottenhoofdkanker had.

Eén jaar geleden is bij hem kleincellige longcarcinoom ontdekt, na een periode van veel hoesten zonder verbetering na antibiotica en prednison. Dit was behoorlijk schrikken voor dhr., maar ook voor zijn echtgenote en hun drie kinderen. Het bracht hen gelijk weer vijf jaar terug in de tijd. Ook moest dhr. steeds denken aan de periode dat mensen hem uit de weg gingen vanwege het tracheostoma. Zijn angst nu is om weer als ‘zielig’ beschouwd te worden.

*Huidige situatie*

De longarts heeft hem verteld dat hij niks meer voor hem kan doen, omdat dat er ook uitzaaiingen zijn in lever, bijnieren en de botten, die niet behandeld kunnen worden. Daarop heeft de huisarts de zorg overgenomen. Omdat dhr. al snel achteruitgaat, wordt er dagelijkse wijkverpleging ingeschakeld. Het is voor zowel dhr. Daniels als voor zijn echtgenote allemaal moeilijk te bevatten. Ze vinden het lastig om er met elkaar of met de kinderen over te praten. Dhr. Daniels heeft verdriet en angst om dood te gaan, maar is niet gewend zijn emoties te uiten. Daardoor is het voor de huisarts en de wijkverpleging ook moeilijk in te schatten waar dhr. Daniels en zijn naasten behoefte aan hebben. Bij navraag door de huisarts ondervindt de familie Daniels veel steun bij het geloof. De huisarts vraagt de pastor van het dorp om langs te komen, waarop er na enkele gesprekken met de verschillende familieleden meer rust ontstaat.

Dhr. Daniels ligt thuis en klaagt over heftige pijn in zijn botten ondanks de pijnmedicatie die hij sinds een paar dagen krijgt. Daarnaast voelt dhr. zich misselijk en heeft neiging tot braken. Pijn bezorgt hem angst, onrust en benauwdheid. In een opwelling geeft dhr. Daniels aan dat hij niet meer wil, en dat het wat hem betreft niet meer hoeft. Zijn echtgenote raakt in paniek. Pijn in de buik is diffuus, en de buik is beetje gespannen maar niet hard. De huisarts examineert dhr. maar kan niet de vinger leggen op een duidelijke oorzaak. Bij navraag blijkt dhr. dunne ontlasting te hebben gehad. Gezien de snelle achtergang van de gezondheid en het toenemen van de pijnklachten en refractaire symptomen wil de huisarts (na het “gesprek” met dhr. en zijn familie) de zorg met de verpleging bespreken. Eerder heeft de familie aangegeven dat zij graag de pastor erbij willen betrekken. Er wordt een MDO gepland. Bij het MDO zijn naast de huisarts en jijzelf als wijkverpleegkundige, ook de pastor en op jouw verzoek de maatschappelijke werker (eerder betrokken bij het gezin) aanwezig. De huisarts wil graag dat dhr. Daniels naar een hospice gaat. Dhr. Daniels staat daar niet voor open en wil liever thuisblijven.