**Hartfalensymposium Vaalsbroek, 18 – 19 januari 2019**

Abstracts:

**Congestie of dehydratie bij de chronische of acute patient met dec. cordis:**

**Hoe krijgen we ze weer in het spoor?**

Patiënten met chronisch hartfalen ontwikkelen perioden van instabiliteit, welke verschillende oorzaken kunnen hebben. Ik noem er enkele:

Medicatie ontrouw of onbegrip door polyfarmacie, progressief nierfalen met als gevolg een opstapeling van medicatie titers, Co-morbiditeit, zoals bijv. diarree met als gevolg een dehydratie, cachexie door verminderde eetlust, verlies van begrip door een zich ontwikkelende dementie.

De verschijnselen, waarmee deze problematiek zich klinisch openbaart worden vaak automatisch in de tweede lijn afgehandeld. De vraag is, of dat altijd nodig is. IN deze lezing zullen een aantal tools worden aangereikt om dergelijke situaties te voorkomen en – indien ze optreden – deze op een snellere wijze vast te leggen en te behandelen.

**Wanneer hartfalen terminaal wordt, wie vertelt het de betrokkenen?**

Het houden van een zg ‘slecht nieuws gesprek’ is voor vele dokters een drempel. In de opleiding wordt hieraan relatief weinig aandacht geschonken en het idee druist in tegen de grondgedachten van menig arts, om patiënten te genezen of in ieder geval ‘beter’ te maken. Een gevolg van deze houding is onder andere, dat er wordt gevlucht in nader onderzoek, teneinde dat moment wat verder uit te stellen. Los daarvan worden door een gebrek aan techniek op dit gebied patiënten soms door artsen ‘ter dood veroordeeld’, wanneer een dergelijk gesprek plaatsvindt met onnodig veel verdriet en boosheid tot gevolg.

In deze sessie worden mogelijkheden aangereikt om vast te stellen, of er sprake is van terminaal lijden en wordt gesproken over manieren, om patiënten als ook op dit gebied als arts te begeleiden.

**Hartfalen Connect-voortgangsbijeenkomst**

Deze bijeenkomst is een rapportage van de voortgang die is bereikt sedert vorig jaar, toen afspraken zijn gemaakt over de samenwerking tussen de diverse disciplines in onze regio, die zich met hartfalen bezig houden. Vanuit ieder ziekenhuis zal iemand vertellen wat tot stand is gebracht en wat nog dient plaats te vinden.

**Lagerhuisbeoordeling van innovaties in de zorg**

Binnen de hartfalenzorg zijn in de afgelopen periode een aantal innovaties tot stand gekomen. In farmacologische zin het gebruik van ARNI’s als alternatief voor de ACE remmer en AII antagonist; het gebruik van anti diabetica bij hartfalen patiënten; het geven van intraveneus ijzer bij geconstateerd ijzergebrek zonder anaemie; het plaatsen van devices in de art. Pulmonalis om de locale bloeddruk te monitoren. Na een kort statement (max 3-5 minuten) door een inleider worden door het ‘parlement’ de pro’s en contra’s van deze innovaties besproken. Ook hier is sprake van een strikt tijdslot.

**Het laatste nieuws in de eerste lijn**

In deze sessie worden de meest recente richtlijnen van de ESC voor hartfalen besproken en getoetst op hun waarde in de eerste lijn. In hoeverre is een en ander ook van toepassing in de eerstelijns geneeskunde. Is het zo, dat voor verschillende lijnen ook verschillende richtlijnen van toepassing zijn?

**E-health en hartfalen: wat voegt het toe?**

Al jaren worden allerlei ‘gadgets’ gebruikt in de begeleiding en diagnostiek bij patiënten met hartfalen. De zg. health buddies, die extra informatie geven over het wel en wee van de betrokken patiënten; de toegevoegde diagnostische mogelijkheden bij pacemakers, die een naderend acuut hartfalen tijdig(er) zouden opmerken; ritme monitoring op de telefoon; een router op het nachtkastje, die gegevens 24/7 doorgeeft aan een centraal bureau, etc..

Het is de vraag of al deze zaken en de daaraan gekoppelde kosten een positief effect hebben op de prognose en behandeling van onze patiënten en wat de keerzijde is van deze overvloed aan informatie.

**Vaalsbroek lezing: hoe houdt de huisarts de directie bij (terminaal) hartfalen?**

Niet zelden ontwikkelt de behandeling van chronisch hartfalen zich bij de patiënten in een ingewikkeld proces van medicatie, assist devices en mogelijke chirurgische ingrepen. Een kostbaar en intensief traject bij patiënten, die niet zelden oud zijn en een afnemende fysieke en psychische belastbaarheid hebben. De trein lijkt vaak niet meer te stoppen en het ene traject wordt naadloos aan een vorig traject gekoppeld. Welke rol heeft een huisarts hier en zou hij niet moeten meedenken in dit traject op belasting en belastbaarheid, maar ook kosten en te verwachten winst beter op elkaar af te stemmen?