**Mevrouw de Jonge 23-10-1938**

Woont al enige tijd in een seniorenflat. Sedert 3 jaar weduwe. Zelfstandig, gepensioneerd docent Engels aan een middelbare school.

Bezoekt uw spreekuur wegens progressieve dyspneuklachten. Krijgt geleidelijk aan moeite, om de ADL werkzaamheden zelfstandig uit te voeren. Daar heeft ze moeite mee. Altijd zelfstandig geweest, maar overweegt nu, om misschien naar een meer beschermde woonomgeving uit te kijken (vinden vooral haar kinderen)

**Voorgeschiedenis:**

Diabetes mellitus type 2 sedert 6 jaar; hypertensie (al langer, maar geen fanatieke medicijn gebruiker); COPD 1-2 (langdurig gerookt, maar daarmee nu al jaren gestopt) status na galblaasoperatie en uterusextirpatie.

**Medicatie (althans, dat hoopt u)**

Irbesartan 150mg 1dd1; metformine 850, 2dd1; hydrochloorthiazide 25mg 1dd1;

**Lab:**

Glucose 9,3mMol/L; Klaring 48; Na: 145 mMol/L; K: 5,1 mMol/L; chol: 6,3; LDL Chol: 3,2mMol/L HDL Chol: 1,1 mMol/L.

**ECG:**

SR, linksasdraaiing, wat forse voltages en repolarisatie stoornissen over de LV.

**Wat is uw beleid bij deze dame en waarom?**

1. U start aanvullend onderzoek en behandeling (welke?)
2. U stuurt patiënte naar Pluspunt
3. U stuurt patiënte naar Zuyderland
4. U stuurt patiënte naar MUMC+

**Dhr. Jansema, 12-04-1948**

Ligt opgenomen in verpleegtehuis. Na CVA minder valide en zorgbehoeftig. Oud politicus met grote staat van dienst. Helder in tijd en plaats. Actief betrokken bij dagelijkse gang van zaken. Alleenstaande na overlijden echtgenote. 4 kinderen met een goede band. Wordt regelmatig opgehaald voor theaterbezoek en trouwe klant bij de bibliotheek

Bezoekt uw spreekuur wegens progressieve dyspneuklachten. Krijgt geleidelijk aan moeite, om de ADL werkzaamheden zelfstandig uit te voeren. Daar heeft hij moeite mee. Vraagt zich af, of het allemaal nog wel moet. U heeft al langer een euthanasieverklaring in uw dossier. Zijn kinderen hebben daar echter grote moeite mee. U weet dat dhr. nogal eigenwijs is: wat hij in zijn kop heeft heeft hij niet in zijn achterwerk…

**Voorgeschiedenis:**

Diabetes mellitus type 2 sedert 10 jaar; hypertensie (al langergoed behandeld als trouwe medicijn gebruiker); COPD 1-2 (langdurig gerookt, maar daarmee nu al jaren gestopt) status na CVA. Mild en asymptomatisch coronair lijden, afwachtend beleid

**Medicatie (wordt stipt genomen)**

Irbesartan 150mg 1dd1; metformine 850, 2dd1; hydrochloorthiazide 25mg 1dd1; clopidogrel 75mg 1dd1; metoprolol retard 50mg 1dd1

**Lab:**

Glucose 9,3mMol/L; Klaring 48; Na: 145 mMol/L; K: 5,1 mMol/L; chol: 6,3; LDL Chol: 3,2mMol/L HDL Chol: 1,1 mMol/L.

**ECG:**

SR, linksasdraaiing, wat forse voltages en repolarisatie stoornissen over de LV.

**Wat is uw beleid bij deze heer en waarom?**

1. U neemt contact op met de SCEN arts
2. U start aanvullend onderzoek en behandeling (welke?)
3. U stuurt patiënte naar Pluspunt
4. U stuurt patiënte naar Zuyderland
5. U stuurt patiënte naar MUMC+

**Henk van Doorn, 18-10-1996**

Fanatiek sporter, duurloop en marathonloper. Leeft gezond en is eigenlijk voor het eerst op uw praktijk. Gehuwd, 2 kinderen en commerciële functie bij grote International

Hij bezoekt u, omdat in zijn naaste omgeving tijdens de sport iemand is gecollabeerd en overleden. Dit sloeg in als een bom en had vooral veel impact op zijn echtgenote, die hem onverbiddelijk naar uw spreekuur stuurde. In de familie blijken namelijk ook een neef op jeugdige leeftijd te zijn overleden. Het is echter onduidelijk wat daar gebeurd is, want er is niet zoveel contact met de familietak..

**Voorgeschiedenis:**

Blanco

**Medicatie:**

Geen, wel voedingssupplementen, maar geen ‘rotzooi’.

**Wat is uw beleid bij deze jonge heer en waarom?**

1. U start aanvullend onderzoek en behandeling (welke?)
2. U stuurt patiënte naar Pluspunt voor een echo en ECG
3. U stuurt patiënte naar Zuyderland
4. U stuurt patiënte naar MUMC+

**Mevrouw van Puffelen, 21-03-1956**

Zij is al langer bekend in uw praktijk. Zij is moeder en oma en leeft gezellig met echtgenote in het huis, dat ooit van haar ouders was. Vroeger hadden ze een vers-winkel, maar die is een aantal jaren terug gesloten. Ze steekt veel tijd in de kleinkinderen.

Bezoekt uw spreekuur wegens progressieve dyspneuklachten. Krijgt geleidelijk aan moeite, om de ADL werkzaamheden zelfstandig uit te voeren. Daar heeft zij moeite mee. U heeft haar de laatste jaren goed onder controle kunnen houden met een stabiel medicamenteus regime. Dit lijkt echter inmiddels niet meer afdoende te helpen.

**Voorgeschiedenis:**

Diabetes mellitus type 2 sedert 10 jaar; hypertensie (al langer goed behandeld als trouwe medicijn gebruiker); COPD 1-2 (langdurig gerookt, maar daarmee nu al jaren gestopt) status na Acuut myocard infarct. Mild en asymptomatisch coronair lijden waarvoor een PCI in 2008 LAD. Sedertdien steeds afwachtend beleid.

**Medicatie (wordt stipt genomen)**

Irbesartan 150mg 1dd1; metformine 850, 2dd1; hydrochloorthiazide 25mg 1dd1; clopidogrel 75mg 1dd1; metoprolol retard 50mg 1dd1, monocedocard retard 20mg 1dd1, simvastatine 40mg 1dd1

**Lab:**

Glucose 9,3mMol/L; Klaring 48; Na: 145 mMol/L; K: 5,1 mMol/L; chol: 6,3; LDL Chol: 3,2mMol/L HDL Chol: 1,1 mMol/L.

**ECG:**

SR, linksasdraaiing, wat forse voltages en repolarisatie stoornissen over de LV.

**Wat is uw beleid bij deze dame en waarom?**

1. U start aanvullend onderzoek en behandeling (welke?)
2. U stuurt patiënte naar Pluspunt voor echo (wat verwacht u van Pluspunt?)
3. U stuurt patiënte naar Zuyderland (wat verwacht u van Zuyderland)
4. U stuurt patiënte naar MUMC+ (wat verwacht u van MUMC+)
5. Welke beeldvormende techniek acht u hier zinvol

***Stellingen behorende bij de pro-consessie op zaterdag ochtend***

**In de tweede lijn horen alleen patiënten, waar de diagnose hartfalen nog niet is gesteld, of onvoldoende onderbouwd.**

**Chronisch hartlijden is een multifactorieel ziektebeeld. De behandeling dient multidisciplinair plaats te vinden door hoog opgeleide professionals. Dit is dus tweede lijns geneeskunde!**

**Chronisch hartlijden is een multifactorieel ziektebeeld. De behandeling kan multidisciplinair plaatsvinden door ter zake opgeleide professionals. Dit kan bij stabiele patiënten in principe in de eerste lijn, ondersteund door ter zake kundige cardiologen vanuit de anderhalve lijns geneeskunde!**

**Behandeling van chronisch hartfalen in de eerste lijn leidt tot dubbelbehandeling van partijen, die elkaars behandelingen niet of nauwelijks kennen. Zij staan verschillend in hun standpunten t.a.v. behandeling**

***Stellingen behorend bij de kostprijs en de meerwaarde van de behandeling bij hartfalen***

**Tele medicine is een aantrekkelijke vorm van hulpverlening, die onder sterke commerciële belangstelling staat. Hierdoor is het moeilijk, om objectieve informatie te verkrijgen over de wezenlijke meerwaarde van deze behandelingen.**

**Tele medicine biedt de professional een meerwaarde, maar ook een grote toevloed aan extra informatie, waarvan het klinische belang niet altijd even goed is aangetoond.**

**IN de toekomst zal telemedicine een niet weg te denken schakel vormen in de begeleiding van de patiënten en de rol van de HF verpleegkundige en arts voor een belangrijk gedeelte overnemen.**

**Er heeft nog onvoldoende wetenschappelijk onderzoek p[laatsgevonden naar de plaats van de tele medicine. Dit dient een hoge prioriteit te krijgen in de crdiologische geneeskunde.**