



HANDBOEK REGIONAAL MDO SPORTCARDIOLOGIE

Regionaal Multidisciplinair Overleg

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
2	Achtergrond	5
3	Checklist opzet MDO	10
4	Organisatie	12
5	Optimale MDO ruimte	16
6	Voorzitterschap	18
7	Tijdens het MDO	19
8	Afronding	21
9	Waarborging en evaluatie	22
10	Aanvullingen en overwegingen	23
11	Referenties	25
	Bijlage A: voorbeeld aanmeldformulier	26
	Bijlage B: voorbeeldcasus en -presentatie	27

Klik op een titel of paginanummer om direct naar die pagina te springen.

1 INLEIDING

Sportcardiologie is een snel ontwikkelend subspecialisme binnen de cardiologie waarbij de vraag naar specifieke expertise groeit. Het vaststellen van een mogelijke hartaandoening bij sporters kan uitdagend zijn vanwege de zeer variabele presentatie, de overlap tussen cardiale pathologie en sportadaptatie en de grote verscheidenheid aan ziektebeelden. Bovendien is er beperkte wetenschappelijke ondersteuning en richtlijnen beschikbaar voor de behandeling en het geven van gerichte sportadviezen aan sporters met een hartaandoening.

In Nederland is een multicenter multidisciplinair overleg (MDO) sportcardiologie opgezet om individuele zorgprofessionals te ondersteunen bij het bieden van breder gedragen en onderbouwde adviezen bij complexe vraagstukken en beslissingen. Deze sportcardiologische MDO's leiden vaker tot een definitieve diagnose (wel of geen pathologie) en tot een gericht sportcardiologisch advies wat goed opgevolgd wordt door de patiënt^[1]. Daarnaast benadrukt een in 2021 uitgevoerd onderzoek onder Nederlandse cardiologen en sportartsen de behoefte aan betere beschikbaarheid en toegang tot (lokale) sportcardiologische expertise.

DOEL VAN DIT HANDBOEK

Het doel van dit handboek is om lokale zorgverleners te ondersteunen bij het opzetten en vormgeven van regionale Multidisciplinaire Overleggen (MDO's), met verwijzers en specialisten voor patiënten met sportcardiologische vraagstukken. Dit document omvat de achtergrondinformatie, een checklist en een stappenplan om een succesvol en duurzaam multidisciplinair sportcardiologisch overleg op te starten. Hierbij hebben we gebruikt gemaakt van ervaringen uit MDO's van de oncologie en congenitale cardiologie, uit transmurale cardiologische samenwerkingsverbanden vanuit NVVC Connect, en uit lopende sportcardiologische MDO's, zoals in de regio Amsterdam^[21/m 7].

De NVVC-werkgroep Cardiologie en Sport heeft dit handboek samengesteld om in meerdere regio's in Nederland de oprichting van sportcardiologische MDO's te bevorderen. Hier kunnen verwijzers laagdrempelig patiënten inbrengen en bespreken.

Dit handboek is een dynamisch document dat we graag aanvullen met nuttige extra informatie. Wij nodigen u uit om input te geven die van nut kan zijn voor andere regio's die een MDO willen opzetten of dat al hebben gedaan. Dit kan via het e-mailadres sportcardiologen@gmail.com.

November 2024

NVVC Werkgroep Cardiologie en Sport

Disclaimer: De NVVC heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteren auteurs en de NVVC Werkgroep Cardiologie en Sport geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.

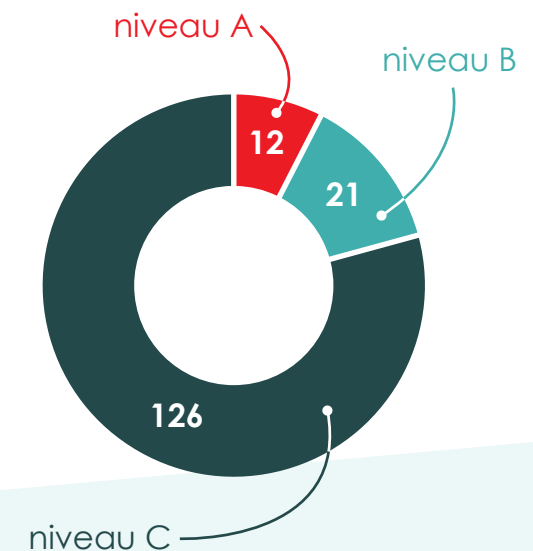
2 ACHTERGROND

In de afgelopen jaren neemt het aantal wetenschappelijke sportcardiologische publicaties snel toe. Dit illustreert het belang van en de interesse in dit opkomende subspecialisme. Daarnaast verscheen in 2020 de publicatie 'Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiac disease (CVD)' van de European Society of Cardiology (ESC)^[8,9].

Ondanks deze groei van wetenschappelijke belangstelling voor de sportcardiologie blijft robuust bewijs beperkt, met betrekking tot behandelingsdoelen, aanbevelingen en gepersonaliseerd sportadvies. Van de 159 aanbevelingen in de ESC-richtlijn voor sportcardiologie, voldoen slechts 12 aanbevelingen (7,5%) aan de criteria voor bewijskracht niveau A (gebaseerd op meerdere gerandomiseerde trials of meta-analyses). De overgrote meerderheid van de aanbevelingen (126 = 79%) is gebaseerd op de meningen van experts of kleine studies (bewijsniveau C).

Bij 31 aanbevelingen worden sportrestricties geadviseerd (klasse 3-aanbevelingen). 20 van deze aanbevelingen adviseren sporters te diskwalificeren voor competitieve sporten. Geen van deze aanbevelingen voldoet aan bewijsniveau A.

De auteurs van de richtlijnen onderstrepen dit als kennishiaten. Bij sporters met hart- en vaat-ziekten is het grotendeels onbekend wat het exacte risico is op plotselinge hartdood en andere complicaties tijdens of door sporten.



figuur 1: Bewijskrachtniveau's van aanbevelingen in de ESC-sportcardiologie-richtlijn

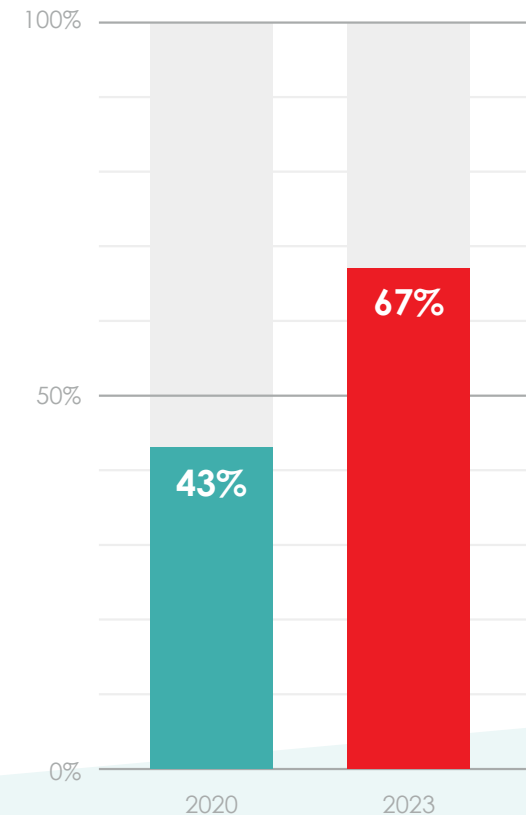
Sportrestricties zijn belangrijke beslissingen, met mogelijk grote gevolgen voor individuele sporters en hun naaste omgeving. Ze vormen een uitdaging voor zorgprofessionals. In het subspecialisme hebben zij te maken met veel verschillende cardiale ziektebeelden. Ziektebeelden waarvan de presentatie sterk kan variëren en soms overlapt met cardiovasculaire adaptatie als gevolg van door inspanning veroorzaakte cardiale remodelering.

Vanwege de impact van deze beslissingen en het gebrek aan wetenschappelijk bewijs dat beschikbaar is om deze beslissingen te ondersteunen is er behoefte aan een multidisciplinair overleg. Een multidisciplinair overleg team kan van belangrijke meerwaarde zijn.

Het bespreken van een patiënt in een MDO met experts op het gebied van sportcardiologie, genetische cardiologie, congenitale cardiologie, elektrofysiologie en sport- en bewegings-geneeskunde, leidt tot een optimale begeleiding van individuele sporters of patiënten met hartproblemen die willen sporten en bewegen.

Huidige situatie

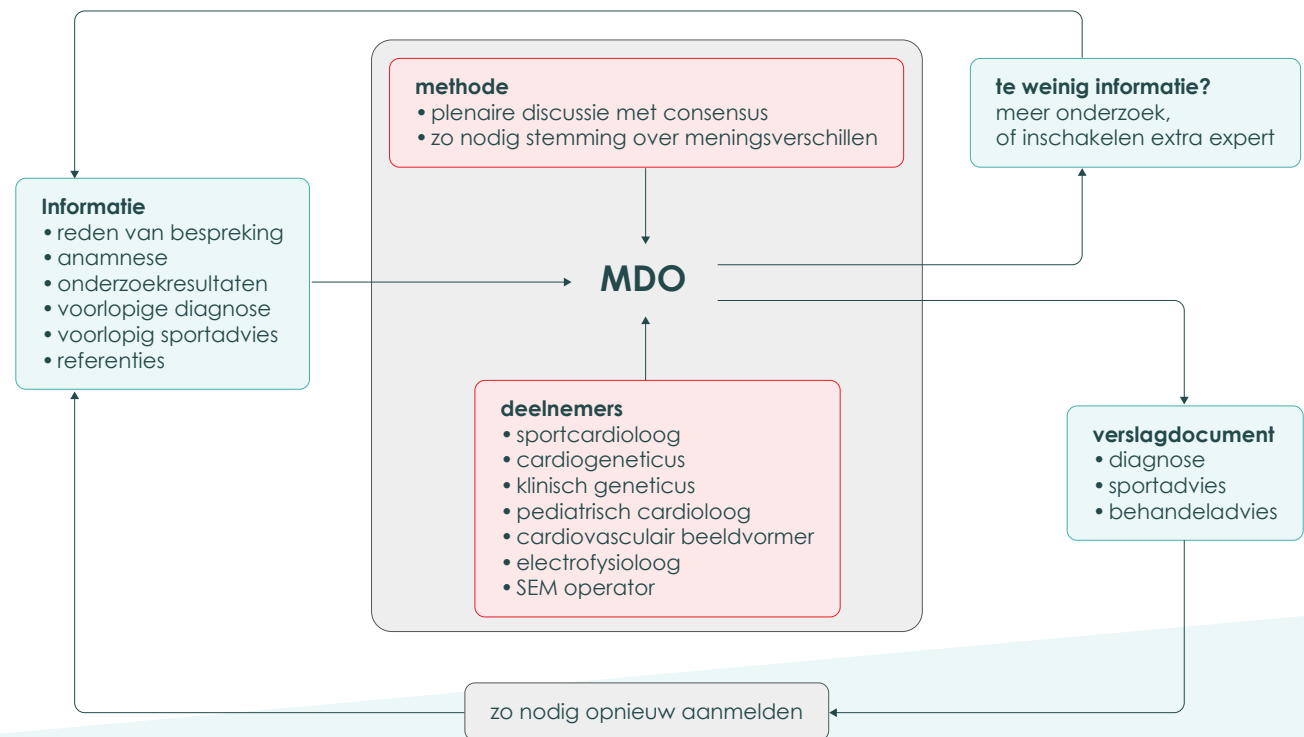
Uit een in 2020 uitgevoerd (web-based) onderzoek van de werkgroep Cardiologie en Sport van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) blijkt dat bij 43% (n=12/28) van NVVC-geregistreerde cardiologieafdelingen of klinieken met expertise in sportcardiologie regelmatig geïntegreerd multidisciplinair overleg (MDO) plaatsvindt. Bij deze MDO's waren meestal alleen cardiologen en sportartsen aanwezig (58%), en minder vaak ook longartsen, radiologen of revalidatieartsen. Een klein aantal reagerende centra meldde dat ze een uitgebreidere sportcardiologie MDO bijwoonden, met deelname van aanvullende disciplines (cardiogenetica, moleculaire cardiologie, cardiale elektrofysiologie, cardiale beeldvorming en nucleaire geneeskunde) (zie figuur 3).



figuur 2: Percentage cardiologieafdelingen met expertise in sportcardiologie met een regelmatig MDO. Bron:

In 2023 is opnieuw een web-based onderzoek uitgevoerd, waaruit bleek dat slechts bij 67% van de respondenten (n=31) een vorm van een sportcardiologie MDO plaatsvond. Net als in 2020 was dit in de meerderheid van de gevallen alleen tussen een cardioloog en een sportarts.

Onlangs hebben de ervaringen van een uitgebreider multidisciplinair team voor sportcardiologie aangetoond dat hun aanpak leidt tot hogere percentages definitieve diagnoses met een betere differentiatie tussen fysiologische, cardiale adaptatie aan sport en cardiale pathologie. Daarnaast resulteerden gepersonaliseerde sportadviezen tot uitstekende therapietrouw, en minder totale sportbeperkingen ten opzichte van het beleid voor de MDO bespreking^[1]. Dit benadrukt de toegevoegde waarde van multidisciplinair overleg in de sportcardiologie.



figuur 3: Schematische weergave van het MDO

Met de huidige belangstelling voor sportcardiologie en de verdere ontwikkeling van klinische samenwerkingen lijkt de organisatie van multidisciplinaire overleggen en panels gerechtvaardigd.

Behoeften en verlangens

De werkgroep Cardiologie en Sport heeft in 2021 een enquête gehouden onder de twee grootste groepen verwijzende zorgprofessionals binnen de sportcardiologie: sportartsen en cardiologen. Hieruit bleek dat een derde van de sportartsen niet beschikt over of geen weet heeft van de aanwezigheid van lokale sportcardiologische expertise. Daarbij wil 67% van de reagerende sportartsen een laagdrempeligere samenwerking in een lokale netwerksetting. Een groot aantal (77%) gaf aan graag patiënten te willen bespreken in een regionaal MDO. Ook onder cardiologen was er een duidelijke behoefte aan laagdrempelige consultatie (84%) of doorverwijzing (74%) naar een sportcardioloog. Tot slot is er behoefte (80%) aan meer inzicht waar sportcardiologen en expertisecentra zich bevinden.

Een multidisciplinaire benadering van sportcardiologische casussen is daarom belangrijk om tot een helder en onderbouwd medisch behandel- en sportadvies te komen^[1].

Ontwikkeling Sportcardiologie Nederland

Het doel van dit handboek is om handvatten te bieden voor het opzetten van regionale multidisciplinaire overleggen binnen een team van zorgprofessionals met diverse expertises die raakvlakken hebben met sportcardiologische casuïstiek. Met een dergelijk regulier regionaal MDO hebben verwijzers toegang tot een netwerk van sportcardiologische expertise (bv. elektrofysiologen, inspanningsfysiologen en klinisch genetici) waarin patiënten kunnen worden besproken. Met de aanwijzingen in dit handboek kunnen zorgprofessionals binnen de sportcardiologie zelf regionaal een MDO organiseren.

3 CHECKLIST OPZET MDO

Dit zijn de zaken die nodig zijn om een geslaagd sportcardiologisch MDO op te zetten. Klik op  voor een uitgebreidere toelichting.

Organisatie

1. Verzorg een methode voor de aanmelding van een patiënt
2. Gebruik een vast aanmeldformulier
3. Zorg voor een vaste voorzitter en coördinator
4. Plan in hoeveel casussen en in welke volgorde
5. Zorg dat deelnemers goed zijn voorbereid
6. Start het MDO op tijd

Ruimte*

1. Twee computers: één voor de videovergadering, de andere voor verslaglegging
2. Eén of meerdere microfoons
3. Handleiding voor audiovisuele apparatuur
4. Opstelling: iedereen is zichtbaar
5. Contactgegevens zaalbeheerder

*Alleen van toepassing voor een hybride MDO, niet bij een volledig online overleg.

Voorzitter ▼

1. Leidt de discussie
2. Managet de tijd
3. Vat samen

Tijdens het MDO ▼

1. Start: verificatie deelnemers, geheimhouding benoemen, agenda, start casus
2. Casuspresentatie: gebruik een vast format, besteed aandacht aan relevant verricht onderzoek
3. Plenaire discussie: verduidelijken hulpvraag, aanvullende informatie, input vanuit deelnemers
4. Conclusie en advies: samenvatting, consensus en formulering van conclusie en beleid

Afronding ▼

1. Verslaglegging: bij voorkeur in het EPD volgens vast format
2. Terugkoppeling: de hoofdbehandelaar bespreekt het MDO-advies met de patiënt
3. Herbeoordeling: meld zo nodig de patiënt opnieuw aan voor een MDO

Waarborging en evaluatie ▼

1. Feedback
2. Quicksan ([MDO Kompas](#))
3. Evaluatie

4 ORGANISATIE

Een juiste organisatie en goede afspraken vormen de basis van een goed lopend multidisciplinair overleg. Hieronder zijn een aantal voorwaarden opgesomd om dit te bewerkstelligen, mede gebaseerd op bestaande goed functionerende MDO's (bv. IKNL) en het [MDO-kompas](#).

Aanmelding Patiënt

Zorg dat er een éénduidige manier is om een patiënt voor het MDO aan te melden. Maak hierover regionale afspraken, bijvoorbeeld via een vast (veilig) aangemaakt e-mailadres, via een zorgdomein verwijzing of via een digitale verwijzing, in het ziekenhuis opgezet.

MDO-aanmeldformulier

Zorg voor een vast format waarin de verwijzer de patiëntgegevens voor een aanmelding invult.

De volgende gegevens zijn nodig:

- | | |
|--------------------|---|
| » leeftijd patiënt | » reden van bespreking |
| » geslacht | » familieanamnese |
| » voorgeschiedenis | » resultaten van onderzoeken die van toepassing zijn* |
| » anamnese | » conclusie |
| » sportanamnese | » vraagstelling |
| » medicatie | » voorstel behandeling en/of voorstel (sport)advies |
| » LO | |

Zie ook in [bijlage A](#) het voorbeeld van een aanmeldformulier

*o.a. laboratorium, ECG, echo, inspannings-ECG/CPET, radiologiebeelden

Uitnodigingen genodigden

Stuur voor het MDO een mail naar iedereen die bij het overleg betrokken wil zijn. Noem duidelijk de datum, het tijdstip en de plaats van het MDO. Voeg zo mogelijk de agenda toe. Vermeld in deze mail dat aanwezigen bij het overleg vanaf dat moment een behandelrelatie zullen hebben met de patiënt.

Stel alle deelnemers op de hoogte van de casussen die het MDO gaat behandelen. Doe dit met een mail, een aantal dagen vóór het overleg. Som kort de de patiëntkarakteristieken en vraagstellingen op.

Voorzitter

Benoem een vaste voorzitter die het MDO coördineert en voorzit. Zorg dat de voorzitter ondersteuning heeft bij de coördinatie en administratieve werkzaamheden. [Zie hoofdstuk 6](#) voor specificatie van de taakverdeling.

Planning

Zorg ervoor dat de MDO's op een vaste frequentie en op dezelfde dag en tijd plaats hebben. Stuur alle deelnemers een doorlopend vergaderverzoek, inclusief de link naar de videovergadering.

Patiënt selectie per MDO

Bespreek maximaal drie patiënten per MDO. Zo duurt het MDO niet te lang of loopt het niet uit. De voorzitter bepaalt de volgorde van de ingebrachte casussen en communiceert die met de verwijzers.

Vorbereiding

Als een casus specifieke expertise vereist, nodig dan actief specialisten uit voor deelname, bijvoorbeeld cardiovasculaire beeldvormers of klinisch genetici. Maak aanvullend onderzoek eventueel vooraf beschikbaar voor een deelnemer met specifieke expertise. Zorg voor een overzicht van specialisten die je kan benaderen voor deelname, en hun aandachtsgebieden.

Hybride MDO

De meest gangbare manier van een MDO is hybride, waarbij er deelnemers fysiek aanwezig zijn, anderen alleen online. Maak een terugkerende reservering van de fysieke ruimte. Zorg voor goede apparatuur voor digitaal overleg (zie ook [hoofdstuk 5](#)).

- a. Opstarten: De voorzitter en/of notulist start 10 minuten voor aanvang de audiovisuele middelen op om te voorkomen dat hier vertraging in ontstaat. Zorg ervoor dat je bij technische problemen weet wie kan ondersteunen en hoe je die personen kunt bereiken.
- b. Zichtbaar: zorg ervoor dat alle deelnemers zichtbaar zijn, zowel fysiek als online. Verplicht het gebruik van een camera voor online deelname.
- c. Communicatie: Alleen de microfoon van de huidige spreker staat aan. De voorzitter geeft het woord aan deelnemers. Digitale deelnemers gebruiken de 'hand opsteken' functie van de meetingsoftware om aan de voorzitter aan te geven dat ze iets willen zeggen. Hiermee voorkom je dat deelnemers door elkaar praten of dat er achtergrondgeluiden zijn.

Volledig digitaal MDO

Een andere methode is een volledig digitaal MDO waarbij alle deelnemers online aanwezig zijn. Zorg dat er meerdere deelnemers zijn die die videovergadering kunnen starten. Dit met het oog op mogelijke technische problemen bij het starten.

Op tijd

Start het MDO op de aangegeven tijd en wacht niet te lang op nog binnenstromende deelnemers.

Opstart presentatie

Start het MDO met een vast terugkerend format. Begin met korte beschrijving hoe patiënten aan te melden, afspraken t.a.v. het overleg (camera's aan, vertrouwelijkheid), datum en tijd van de volgende bijeenkomst, het aantal te bespreken casussen met een korte beschrijving van de vraagstelling en de naam en het specialisme van de verwijzer die de patiënt gaat presenteren.

5 OPTIMALE MDO RUIMTE

Onderstaande punten gelden voor MDO's die hybride zijn waarbij er meerdere deelnemers fysiek bij elkaar komen in een bespreekruimte.

Desktop

In de ideale situatie zijn er twee beeldschermen aanwezig tijdens het MDO. Eén voor het hybride MDO waarop de deelnemers en de presentaties zichtbaar zijn. Gebruik de andere computer voor de notulen en per casus een korte samenvatting van het overleg en de uitkomst. Op deze computer kan de notulist ook zo nodig aanvullende informatie opzoeken (in bijvoorbeeld het EPD of richtlijnen/literatuur).

Microfoon

Een optimale MDO ruimte bevat minimaal één microfoon. Bij meer dan drie deelnemers zijn er minimaal twee microfoons die verspreid zijn in de ruimte.

Handleiding

Zorg er voor dat er een eenvoudige handleiding aanwezig voor het correct opstarten van de audiovisuele apparatuur voor het MDO. Leg deze op een vaste en makkelijk vindbare plaats in de ruimte.

Opstelling

Zo mogelijk zijn alle fysiek aanwezige deelnemers zichtbaar voor elkaar en voor de online deelnemers. De voorzitter zit op een centrale plek.

Zaalbeheerder

Zorg voor een korte lijn met de technische beheerder van de zaal, zodat die bij technische problemen direct kan komen helpen. Zet het contactnummer van deze beheerder onderaan de handleiding.

6 VOORZITTERSCHAP

De voorzitter heeft een belangrijke taak om een MDO effectief te laten verlopen. Een aantal punten helpen hierbij:

Tijdmanagement

De voorzitter houdt de tijd in de gaten en zorgt ervoor dat de bespreking van een casus niet te lang duurt. Zijn er meerdere casussen, houd dan maximaal 15 à 20 minuten per casus aan. Bij voorkeur heeft de voorzitter geen andere taken en is er een aparte notulist.

Leiden

De voorzitter leidt de discussie en zorgt voor een gelijkwaardige bijdrage van de deelnemers. De voorzitter geeft deelnemers zo nodig het woord en zorgt dat iedereen aan bod komt, die wat wil inbrengen. Ook kan hij of zij actief de mening van deelnemers vragen voor specifieke expertise, of een stemming beleggen als er brede consensus nodig is. Ook kan de voorzitter een vraag verduidelijken. Als hij of zij tijdens de discussie knelpunten bemerkt, kan de voorzitter deze punten actief benoemen en bespreekbaar maken.

Samenvatten

De voorzitter vat aan het einde van een casus het geheel samen en formuleert de eindconclusie. Daarna formuleert hij of zij het behandeladvies en beleid en gaat na of (de meerderheid van) de deelnemers hier achter staan.

7 TIJDENS HET MDO

Start

De voorzitter open het MDO en controleert de aanwezigheid van de deelnemers door middel van naam en camera. Ook vermeldt de voorzitter dat alle deelnemende zorgverleners vanaf dit moment onderdeel zijn van het behandelteam. De voorzitter zorgt ervoor dat de taakverdeling duidelijk is. De voorzitter notuleert niet zelf. Dan presenteert hij of zij de agenda en het kernteam van het MDO. De voorzitter geeft het woord aan de verwijzend zorgverlener van de eerste casus.

Casuspresentatie

De verwijzer presenteert gestructureerd de casus van de patiënt. Gebruik hiervoor een vast format. Besteed aandacht aan de reden van verwijzing, medische voorgeschiedenis, familieanamnese, anamnese van de patiënt en sportanamnese en sportgeschiedenis en lichamelijk onderzoek. Daarnaast bespreekt de verwijzer alle functionele diagnostische testen en beeldvorming die een bijdrage leveren aan de casus*. Zorg er voor dat dit niet is beperkt tot de conclusies: toon beelden. Hierbij kan de verwijzer om de expertise vragen van een kernteamlid met aandachtsgebied voor een specifieke diagnostische test. Ook presenteert de verwijzer de voorlopige differentiaaldiagnose en het voorlopige sportadvies en bespreekt referenties naar de huidige richtlijnen en andere relevante wetenschappelijk artikelen.

*bijvoorbeeld: zichtbaar (ECG, CPET, en X-ECG, Holter onderzoek, TTE, Cardiale MRI, CT-coronairen, PET-CT, genetica)

Plenaire discussie

Na de casuspresentatie neemt de voorzitter het woord en start de plenaire discussie. De voorzitter leidt de discussie met de deelnemers en stimuleert daarbij een gelijkwaardige bijdrage van alle deelnemers, waarbij hij of zij concreet vraagt naar feedback op de differentiaaldiagnose en het sportadvies. Hierbij kan het overleg om aanvullende informatie vragen, die de verwijzer niet heeft besproken. Ook kan er vraag zijn naar opheldering vanuit een bepaald expertisegebied.

Als de hulpvraag onduidelijk is maakt de voorzitter deze expliciet en duidelijk. Zo nodig benoemt hij of zij mogelijke knelpunten en maakt ze bespreekbaar. De voorzitter streeft naar consensus.

Conclusie en advies

De voorzitter zorgt voor een samenvatting van de casus en de daaropvolgende bespreking of discussie. Hij of zij benoemt de consensus wat betreft de differentiaaldiagnose, het sportadvies en de aanbevelingen voor aanvullende diagnostiek en/of follow-up. De voorzitter vraagt of de verwijzer nog vragen heeft en of hij of zij met deze adviezen is geholpen.

Het overleg kan besluiten om de patiënt nog een keer opnieuw te beoordelen in een volgend MDO, of dat terugkoppeling van de casus gewenst is.

8 AFRONDING

Verslaglegging

Leg het MDO vast met een notitie in het elektronisch patiëntendossier, met de onderstaande informatie:

- datum van het MDO
- aanwezig
- reden voor en vraagstelling van het MDO
- aanvullingen op de casus en aanvullende onderzoeken
- advies van het MDO
 - » conclusie (differentiaaldiagnose)
 - » sportadvies
 - » herbeoordeling bij een volgend MDO

Terugkoppeling aan de patiënt

De zorgverlener ontvangt na de bespreking digitaal het MDO-verslag. Die kan het advies overnemen, of er naar eigen inzicht van af wijken; in shared decision met patiënt.

Herbeoordeling MDO

Als het MDO geadviseerd heeft om de patiënt opnieuw te beoordelen in een volgend MDO dan zorgt de verwijzer voor een nieuwe aanmelding.

9 WAARBORGING EN EVALUATIE

Feedback

Plan gerichte feedbackmomenten in voor deelnemende zorgverleners. Gebruik daar bijvoorbeeld een Google form voor.

Quickscan

Voer op gezette momenten een quickscan van het MDO uit. Zo'n scan bestaat uit:

- een QuickScan om het MDO te inventariseren
- een Toolkit met handvatten om het MDO te optimaliseren
- een Dashboard om ontwikkelingen over tijd te monitoren
- de MDO-observatietraining voor optimalisatie op maat

Voor meer informatie, zie het [MDO Kompas](#).

Evaluatie

Plan momenten in voor evaluatie van de besproken patiënten, over uitkomsten, klinische events en/of klinische symptomen.

10 AANVULLINGEN EN OVERWEGINGEN

Training

Overweeg observatietraining van bijvoorbeeld twee MDO's. Hierbij analyseren de overleggen elkaars organisatiestructuur, discussie, besluitvorming, kennis delen, opleiding en ontwikkeling en koppelen die analyse terug. Dit kan het MDO verbeteren.

Onderwijs/opleiding

Het bijwonen van het MDO sportcardiologie is een goede manier voor aankomend artsen en allied professionals om bij te leren. Denk aan:

- Het leren van de kennis en verschillende perspectieven van de zorgverleners over complexe casussen.
- Toepassing van richtlijnen en protocollen en best practices in het gebruik maken van recente onderzoeken en literatuur voor het beleid van specifieke aandoeningen.
- Een bijdrage leveren aan de presentatie van een casus tijdens een MDO.

Nationaal MDO

Twee maal per maand organiseert het Amsterdam UMC het BAS (Bespreking Amsterdam Sportcardiologie), een nationaal MDO sportcardiologie. Hier komen casussen vanuit het hele land aan bod. Het gaat vaak om complexere cases met behoefte aan brede expertise of een breed gedragen sportadvies. Er zijn veel experts aanwezig uit veel verschillende disciplines.

Iedere arts kan een patiënt inbrengen en zich aanmelden via sportcardiologie@amsterdamumc.nl.

11 REFERENTIES

1. Van Hattum JC, Verwijs SM, Senden PJ, *et. al.* The Sports Cardiology Team: Personalizing Athlete Care Through a Comprehensive, Multidisciplinary Approach. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes*. 2022 Oct 12;6(6):525-535. doi: [10.1016/j.mayocpiqo.2022.08.006](https://doi.org/10.1016/j.mayocpiqo.2022.08.006).
2. [CONCARE naar excellente zorg voor patienten met een aangeboren hartafwijking.](#)
3. [ESC ACHD richtlijn](#)
4. [NVVC Connect toolkit](#)
5. [IKNL kwaliteitscriteria MDO](#)
6. [MDO kompas](#)
7. [Oncologienetwerken](#)
8. [ESC sportcardiology guidelines](#)
9. [NVVC addendum ESC sportcardiology guidelines](#)

BIJLAGE A

Voorbeeld aanmeldformulier

Onderstaande meld ik aan voor de volgende MDO sportcardiologie bespreking.

☐ nieuwe aanmelding ☐ herbespreking ☐ terugkoppeling:

hoofdbehandelaar: _____ verwijzend centrum: _____

naam patiënt & voorletters: _____

geboortedatum: _____ BSN: _____

MDN (indien bekend): _____ type sport: _____

sporturen per week _____ sportjaren: _____

niveau:

☐ recreatief ☐ recreatief met competitie ☐ competitief nationaal ☐ competitief internationaal)

huidige relevante diagnose: _____

huidig sportadvies: _____

vraagstelling MDO: _____

BIJLAGE B

Voorbeeldcasus en -presentatie

MDO SPORTCARDIOLOGIE

DHR. V. OORBEELD, 24 JAAR

Verdenking LVNC

Geen beperkingen, symptom limited

LVNC?

MDO SPORTCARDIOLOGIE

VG

- 2017
 - » Geen duidelijke aanwijzingen voor actuele cardiale pathologie
 - » myocardiale afwijkingen, die deels voldoen aan non-compaction criteria

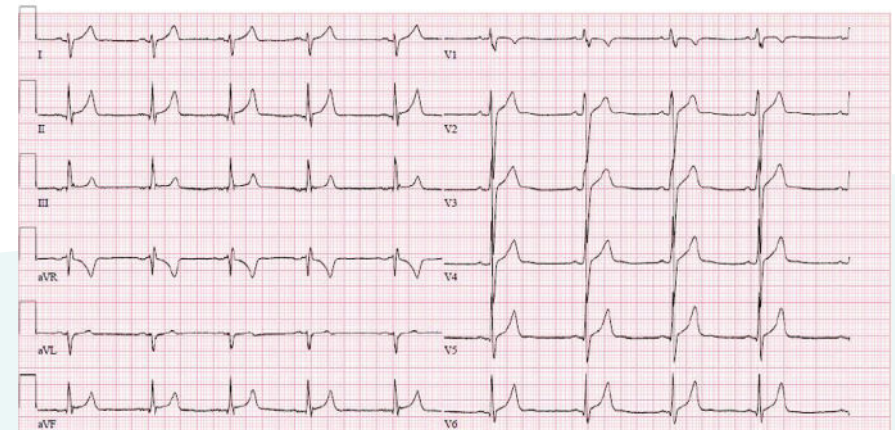
ANAMNESE

- geen inspanninggebonden of cardiale klachten

SPORTUREN

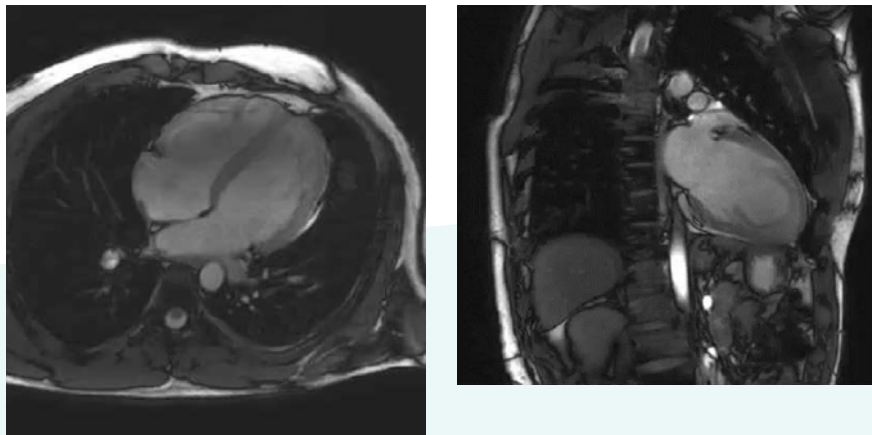
- zwemmen

ECG



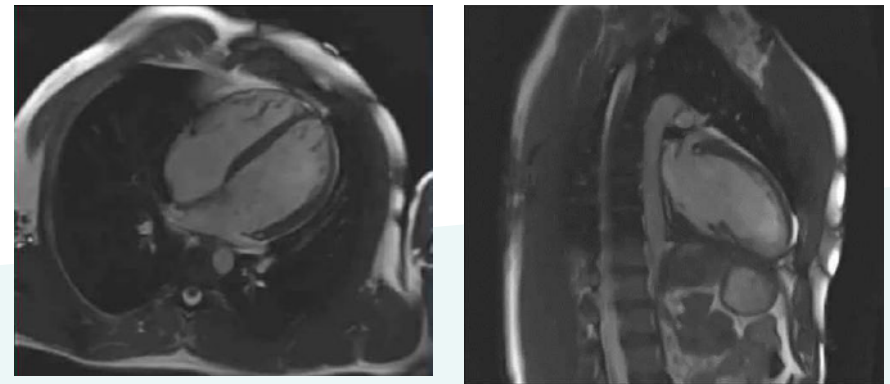
MDO SPORTCARDIOLOGIE

MRI 1 JAAR GELEDEN



MDO SPORTCARDIOLOGIE

MRI NU



CONCLUSIE

1. geen duidelijke aanwijzingen voor actuele pathologie op punt 2 na
2. Myocardiale afwijkingen, die deels voldoen aan non-compaction criteria, met hingepoint late gadolinium enhancement deels doorlopend inferoseptaal; beeld in essentie stabiel sinds 2017

SPORTADVIES

- Geen beperkingen, symptom limited
- Perspectief atleet?