



DIT SYMPOSIUM IS TOT STAND GEKOMEN MET
INZET VAN ONZE KADERHUISARTSEN EN
KETENPARTNERS.



PROACTIEVE OUDERENZORG

Kyra Keim

Specialist Ouderengeneeskunde



Multi Disciplinair Overleg

www.zorgkoepelwf.nl/wp-content/uploads/handleiding-mdo-ouderen.pdf

<https://www.beteroud.nl/beteroud/media/documents/handreiking-kwetsbare-ouderen-thuis-mei-2019>

<https://www.verenso.nl/richtlijnen-en-praktijkvoering/praktijkvoering/multidisciplinair-overleg>

AGENDA

- ♥ Voorstellen 😊
- ♥ Leerdoelen
- ♥ Doel **M**ulti **D**isciplinair **O**verleg
- ♥ Wie zijn er betrokken bij een MDO? Rol SO?
- ♥ Voorbeeld

VOORSTELLEN

Kyra Keim

Specialist
Ouderen-geneeskunde



**Consultatie van Specialisten
Ouderengeneeskunde, Verpleegkundig
Specialisten en Gezondheidszorgpsychologen.**

📞 088 - 206 80 81

✉️ consultso@omring.nl

MENTIMETER



Scan

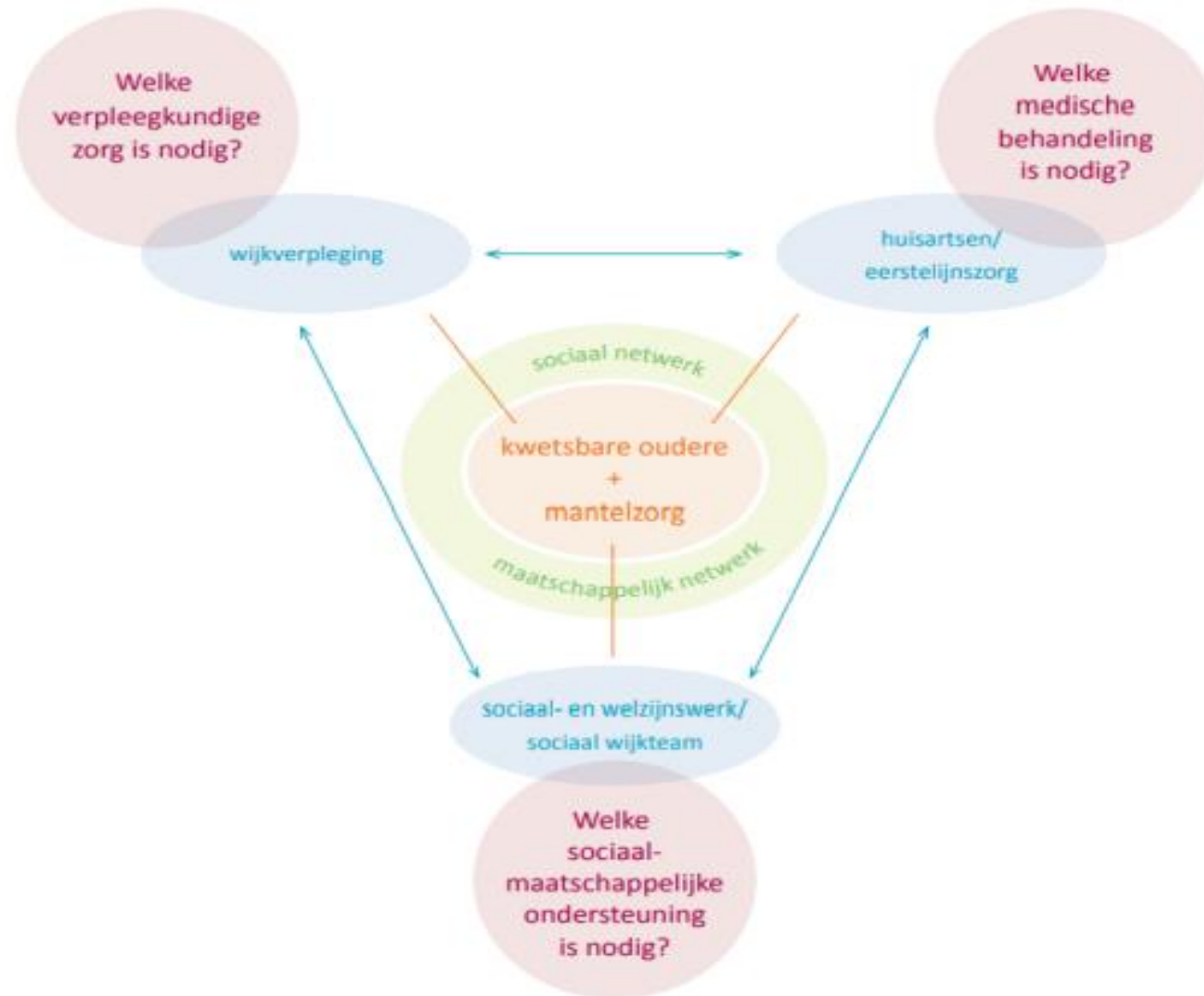
www.menti.com

Geen telefoon? Je hand opsteken mag natuurlijk ook!

DOEL MDO KWETSBARE MENSEN

- ♥ Uitwisselen van informatie
- ♥ Zorg afstemmen
- ♥ Evaluatie
- ♥ Medicatiereview
- ♥ Verwachtingen verschillende disciplines toetsen / afstemmen
- ♥ Zichtbaarheid vergroten van betrokken zorgverleners

Organisatie zorg en ondersteuning kwetsbare ouderen

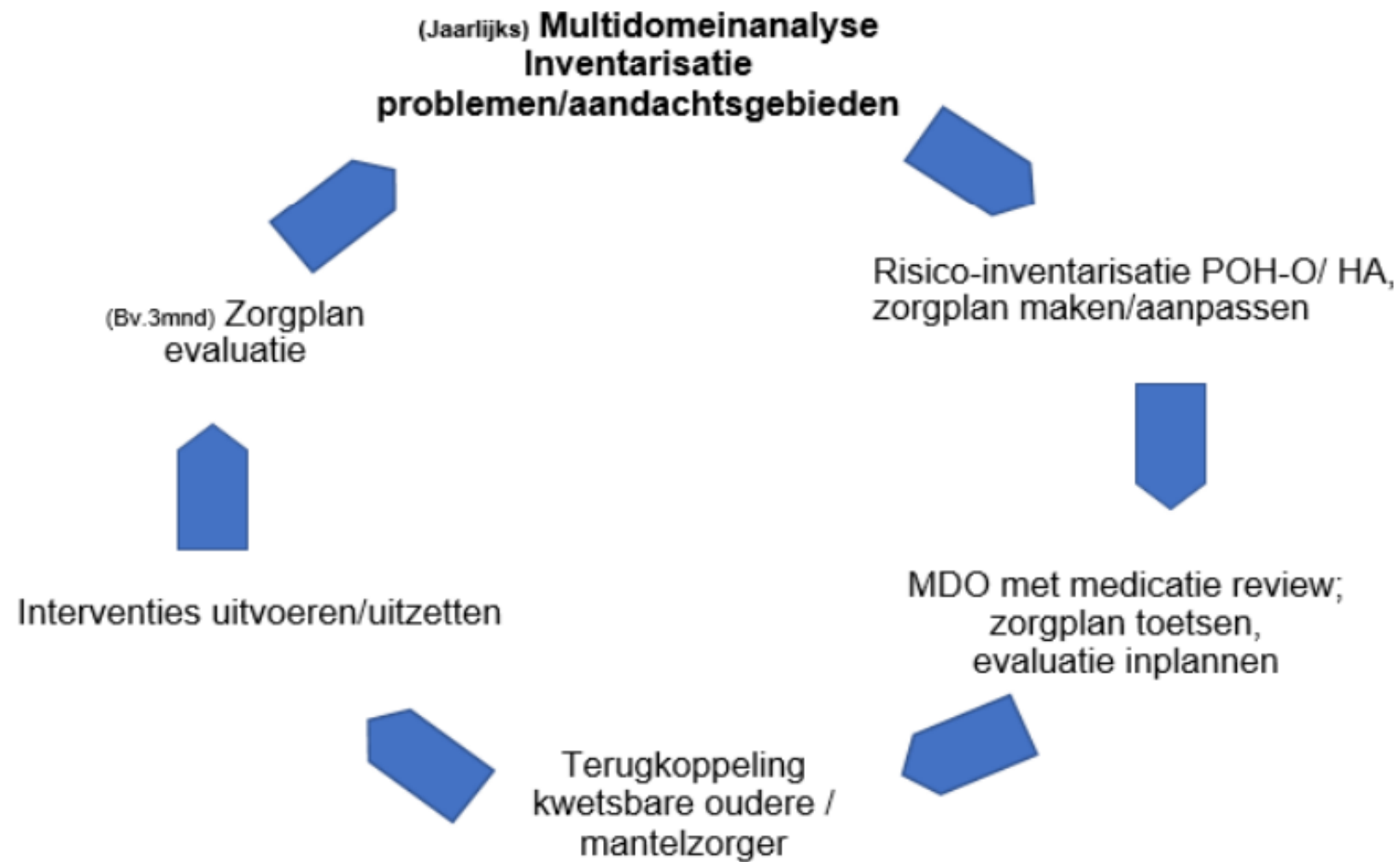


Figuur uit: Kwetsbare ouderen thuis. Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk, mei 2019

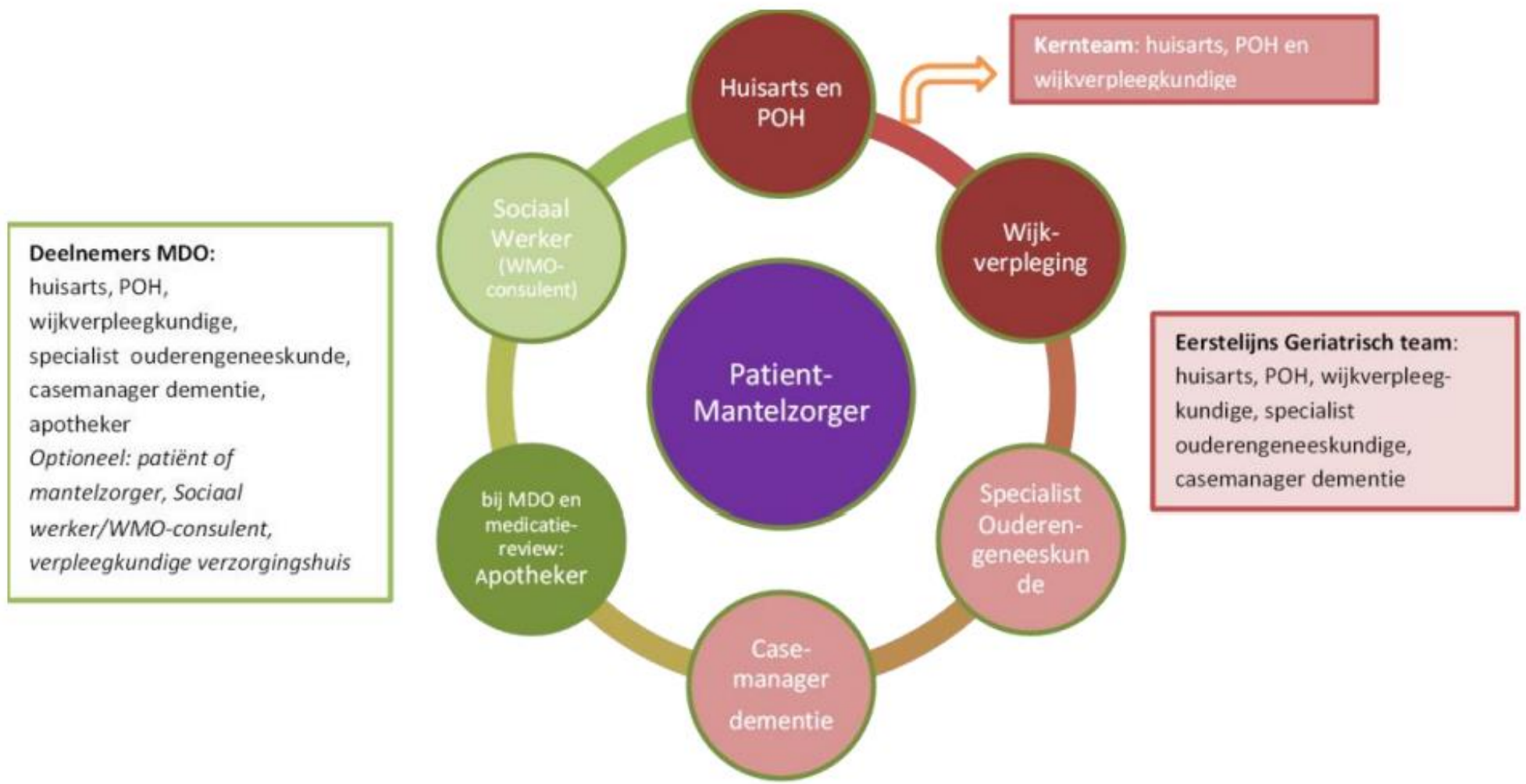
CYCLISCH WERKEN



Cyclisch werken leidt op die manier tot een **passend aanbod en continuïteit** van zorg en behandeling aan de kwetsbare oudere (en diens systeem).



BETROKKENEN



Figuur: Betrokken zorgverleners in eerstelijns, van Wendy van Berg, zorgmanager 2018

ROLLEN

- ♥ Voorzitter
- ♥ Notulist
- ♥ Deelnemers inhoudelijk:
 - ♥ POH ouderen
 - ♥ Huisarts
 - ♥ Specialist ouderengeneeskunde
 - ♥ Apotheker, wijkzorg...

Aandacht voor goede afstemming rolverdeling tijdens overleg!

ZORGPLAN

Somatisch

Functioneel / ADL

Maatschappelijk

Psychisch

Communicatie

VOORBEELDEN

- ♥ Advanced care planning
- ♥ Polyfarmacie
- ♥ Cognitieve veranderingen
- ♥ Maatschappelijke ondersteuning :
 - ♥ Mentor
 - ♥ Bewindvoering
 - ♥ Maatschappelijk werk



Gemeente
Drechterland



GEMEENTE
Medemblik



GEMEENTE
HOORN



Koggenland



gemeente
opmeer



GEMEENTE
Enkhuizen



Gemeente
Stede Broec



Omring



ZORGKOEPEL

WEST-FRIESLAND



Geriant
hulp bij dementie



BUURTZORG



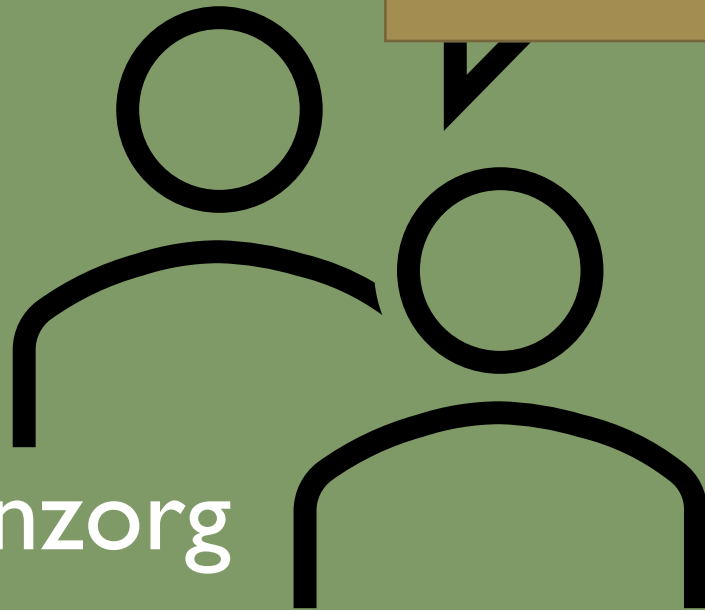
Wilgaerden LeekerweideGroep



DIJKLANDER
ZIEKENHUIS

Hoe organiseer
ik een MDO?

Specialist- of
consult ouderenzorg



Iedere praktijk is gekoppeld aan een
specialist ouderengeneeskunde.
Consulteer telefonisch.

Consulent ouderengeneeskunde:
Vivian Kenter



AANHOUDE LICHAMELIJKE KLACHTEN



Carine den Boer

Huisarts, promovendus en kaderhuisarts GGZ



Aanhoudende lichamelijke klachten (ALK)

POH-S Huisartsenorganisatie West-Friesland (HWF) 14-2-2023

Carine den Boer, huisarts, promovendus, kaderarts GGZ



Opzet

(H)Erkennen van ALK



Uitleggen van ALK: verklaringsmodellen en metaforen

Wat kun je als POH-S met een patiënt met ALK

Quiz

Is het antwoord ja of juist: dan ga je staan

Is het antwoord nee of onjuist: blijf je zitten

Heb je het fout: dan ben je af en gaat niet meer staan
(maar in gedachten doe je natuurlijk nog wel mee 😊)

De winnaar krijgt een prijs!



Vraag 1

Aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) zijn precies hetzelfde als Somatisch Onvoldoende Lichamelijke klachten (SOLK)

Juist (staan) of onjuist (blijven zitten)



Antwoord: onjuist

Bij aanhoudende lichamelijke klachten is het niet van belang of de klachten somatisch verklaard zijn of niet.

Het gaat erom dat de klachten lang aanhouden (aantal weken), lijdensdruk geven en het functioneren beperken.

Waarom van SOLK naar ALK

1. Weerstand term SOLK,
patiënt centraal

2. Aansluiten DSM-V

3. Voortschrijdend inzicht: biopsychosociale aanpak effectief bij voldoende verklaarde en onvoldoende verklaarde klachten



Vraag 2

Er zijn meer vrouwen dan mannen met
aanhoudende lichamelijke klachten (ALK)

Juist (staan) of onjuist (blijven zitten)



Antwoord: juist

Er zijn veel meer vrouwen met ALK dan mannen. Ongeveer 75% vrouwen.

Er zijn hier meerdere verklaringen voor:

Door hormonale veranderingen is het vrouwenlichaam gevoeliger voor verstoringen die klachten kunnen veroorzaken.

Vrouwen ervaren klachten anders dan mannen en zoeken sneller hulp

Vrouwen zijn vaker geneigd om maar door te gaan ondanks klachten

Vraag 3

Veel mensen met ALK overdrijven hun klachten om aan hun verplichtingen te ontkomen, de zogenaamde ziektewinst.

Juist (staan) of onjuist (blijven zitten)



Antwoord: onjuist

Het is heel lastig om ALK te hebben, vooral als het om onvoldoende verklaarde klachten gaat, er is vooral veel verlies.

Bij de patiënt blijft de onzekerheid of er voldoende onderzoek is gedaan.

Ook het uitleggen aan de omgeving is vaak lastig, bijvoorbeeld op je werk of op een verjaardag.

Vraag 4

Aanvullend onderzoek heeft een geruststellend effect op de patiënt met ALK

Juist (staan) of onjuist (blijven zitten)



Antwoord: onjuist

Uit onderzoek blijkt dat aanvullend onderzoek geen geruststellend effect heeft.

De patiënt denkt dat de dokter toch echt wel een reden zal hebben om dat onderzoek aan te vragen.

En van het één komt vaak weer het ander, ook al heeft wat er gevonden is vaak niets met de klachten te maken.

Vraag 5

Bij alle aanhoudende lichamelijke klachten, wel of niet voldoende verklaard, is het van belang om de klachten breed te verkennen. Dit betekent naast de somatische factoren, ook de gedachtes, gevoelens, gedrag van de patiënt en de reacties van de omgeving.

Juist (staan) of onjuist (blijven zitten)



Antwoord: juist

Alle dimensies van de klachten worden geëxploreerd met SCEGS:

Somatisch

Cognitief

Emotioneel

Gedrag

Sociale omgeving

(H)Erkennen van ALK

ALK: aanhoudende lichamelijke klachten

Overlap ALK en chronische pijn

Prevalentie

(H)erkenning



Communicatie bij ALK

Wees je bewust van je eigen vooroordelen

Patiënten voelen zich snel afgewezen

Empathie en compassie

Geen dooddoeners

Placebo en nocebo: formuleer positief

VOORROEDELN

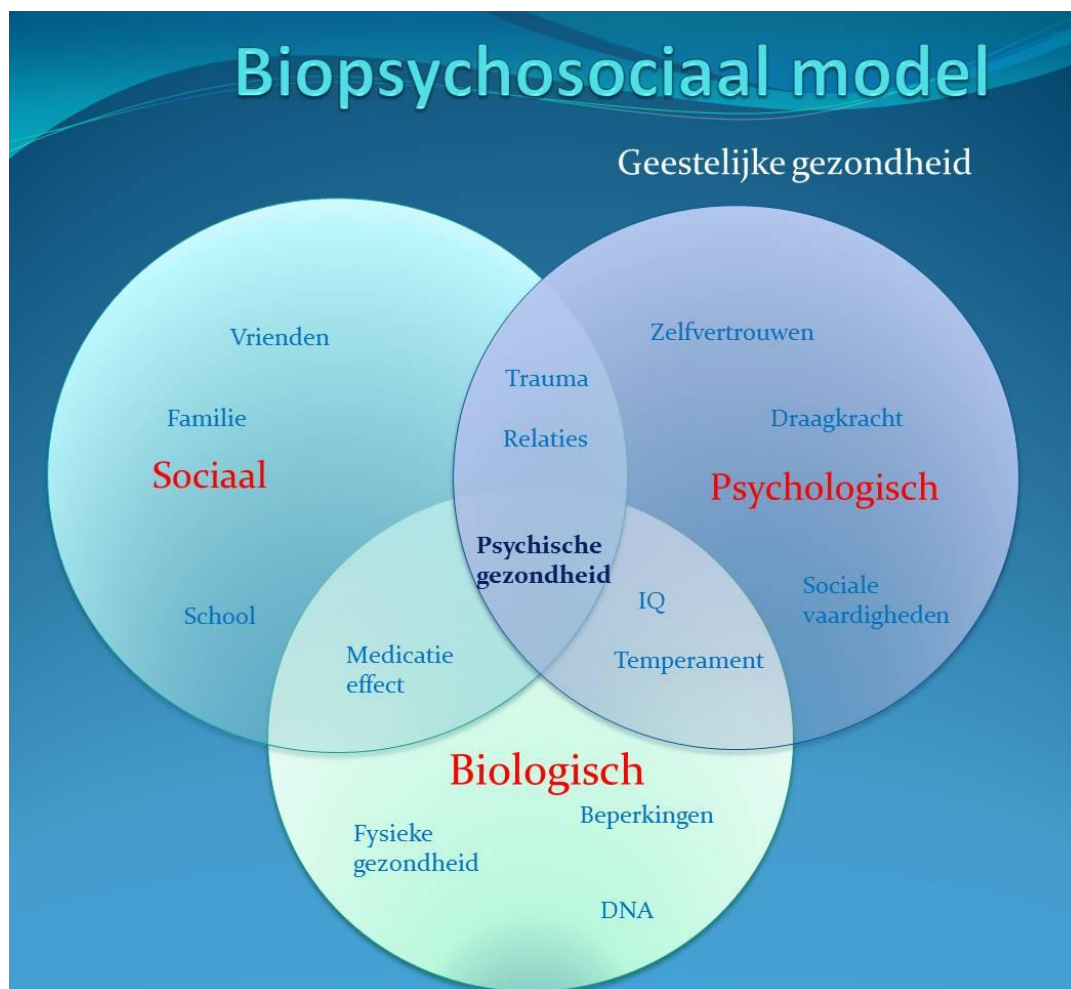
DE WERKELIJKHEID

IS MEESTAL

LEUKER

Loesje

Biopsychosociaal model



Voorbeschikkende factoren

Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Genetica (aangeboren kwetsbaarheid)	Stress in dagelijks leven	Ervaring met ziekte in familie
Chronische ziektes	Psychisch (jeugd) trauma	Omgang met ziekte familie
Ernstige ziekte op de kinderleeftijd	Fysieke, seksuele of emotionele mishandeling	Persoonlijke behoeftes verwaarlozen
	Hoge eisen stellen	Culturele overtuigingen en verwachtingen
	Overactiviteit	Organisatie van gezondheidszorg
	Jeugdtrauma	
	Onveilige hechting	
	Depressieve stoornis	
	Angststoornis	
	PTSS	
	Andere psychiatrische ziektes	
	Persoonlijkheidskenmerken (alexithymie, neuroticisme)	

Uitlokkende factoren

Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Infectieziekte	Teveel stress	Negatieve ingrijpende gebeurtenissen
Ongeval/ fysiek trauma	Depressieve stoornis	Sociale afwijzing
Operatie	Angststoornis	Moeilijke leefomstandigheden
Slaapproblemen	Andere psychiatrische ziektes	Hoge werklust
	Recente gebeurtenis die vroeger trauma oproept	Veel aandacht in de media voor bepaalde gezondheidsproblemen
	Contact met belangrijke anderen die mishandelden	

Beïnvloedende factoren

Biologisch	Psychologisch	Sociaal
Conditieverlies ondergewicht/overgewicht verstoord slaap-waak ritme Verhoogde gevoeligheid en waarneming (sensitisatie, hypervigilantie)	Piekeren, negatieve gedachtes Angst Depressieve stoornis Dysfunctionele gedachtes over ziekte Lage zelfwaardering Verkeerde attributies Catastroferen Rol en gedrag dokter Overactiviteit	Gebrek aan sociale steun Ziektewinst Aangeleerd gedrag Overbezorgde naasten

Beïnvloedende factoren

<p>Somatisch: Slaapproblemen Slechte lichamelijke conditie Afwijkend voedingspatroon Verhoogde gevoeligheid voor lichamelijke sensaties</p>	<p>Cognitief: Somatische fixatie Gebrek aan acceptatie van de klachten Preoccupatie met klachten Ziekteangst Ervaren van weinig invloed op de klachten Bewegingsangst Piekeren en doemdenken</p>
<p>Emotioneel: Frustratie en moedeloosheid ten aanzien van de klachten Schaamte en gevoel van falen ten aanzien van de klachten Moeite met ervaren en interpreteren van emoties en lichaamssignalen</p>	<p>Gedragsmatig Overmatig zorg gebruik Vermijdingsgedrag Alles-of-niets-gedrag Te hoge eisen stellen aan zichzelf Moeite met hulp vragen</p>
<p>Sociaal Disfunctionele interacties met naasten Verstoorde relatie met artsen en/of andere hulpverleners Problemen met rol functioneren en/of stressvolle omstandigheden Ervaren van onvoldoende erkenning van de klachten</p>	

SCEGS

Somatisch: welke klachten(clusters), hoe lang, hoe ernstig, (zelf)medicatie, alcohol, drugs, roken, voeding, lichamelijk onderzoek

Cognitief: hoe zijn de klachten ontstaan, waarom gaan ze niet over, wanneer meer of minder klachten, eigen invloed op de klachten, verwachtingen beloop klachten en rol zorgverleners.

Emotioneel: wat voor gevoelens roepen de klachten op, is er ongerustheid, aanleiding ongerustheid.

Gedragmatig: wat te doen bij klachten, helpt dat of niet, wat wordt niet meer gedaan en waarom niet, werkverzuim, welke hulp is gezocht.

Sociale omgeving: gevolgen van de klachten op relaties met anderen, steun of onbegrip van anderen, hoe functioneren thuis en op het werk.

Uitleggen van ALK

Gezamenlijke probleemdefinitie essentieel!

Sluit aan bij verhaal van de patiënt

Spreek als zorgverleners dezelfde taal

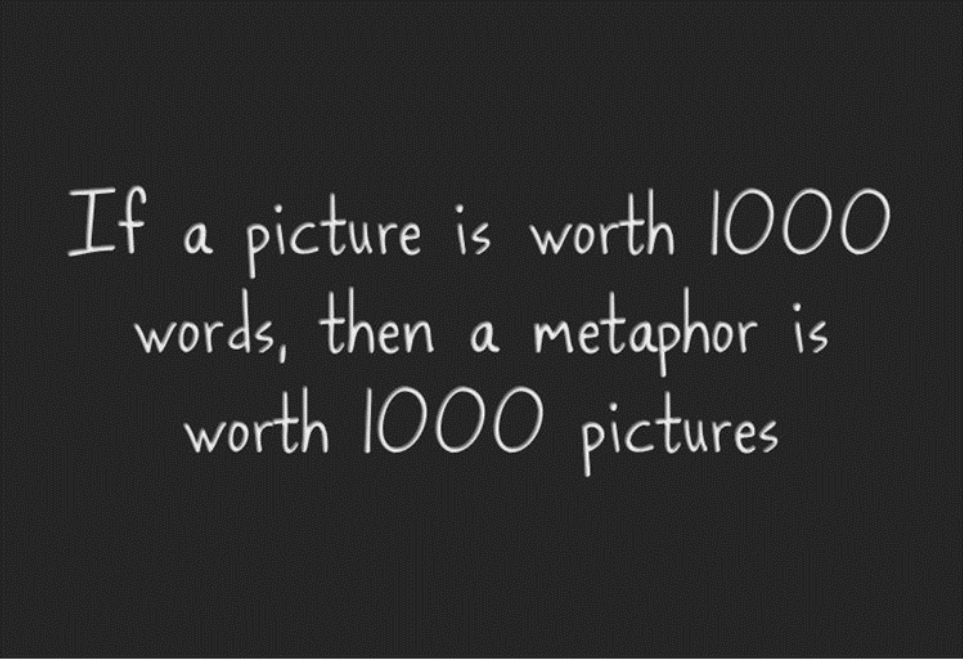
Eenvoudig taalgebruik, niet teveel tegelijk

Maak gebruik van beeldmateriaal

Verklaringsmodellen en metaforen

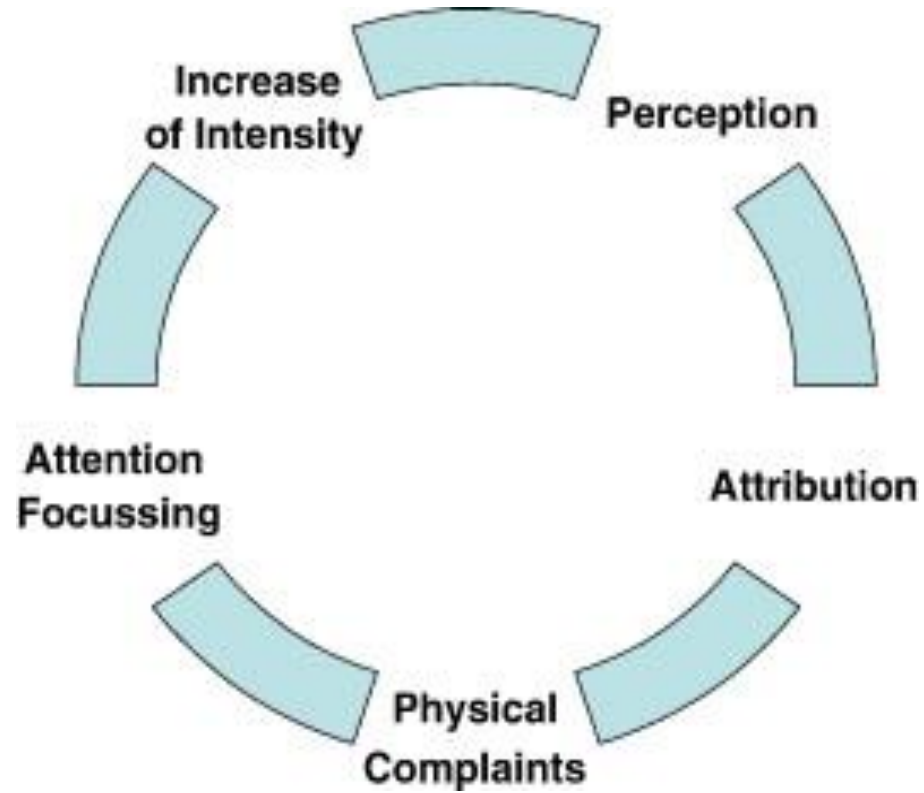
Gebruik verklaringsmodellen

Gebruik metaforen

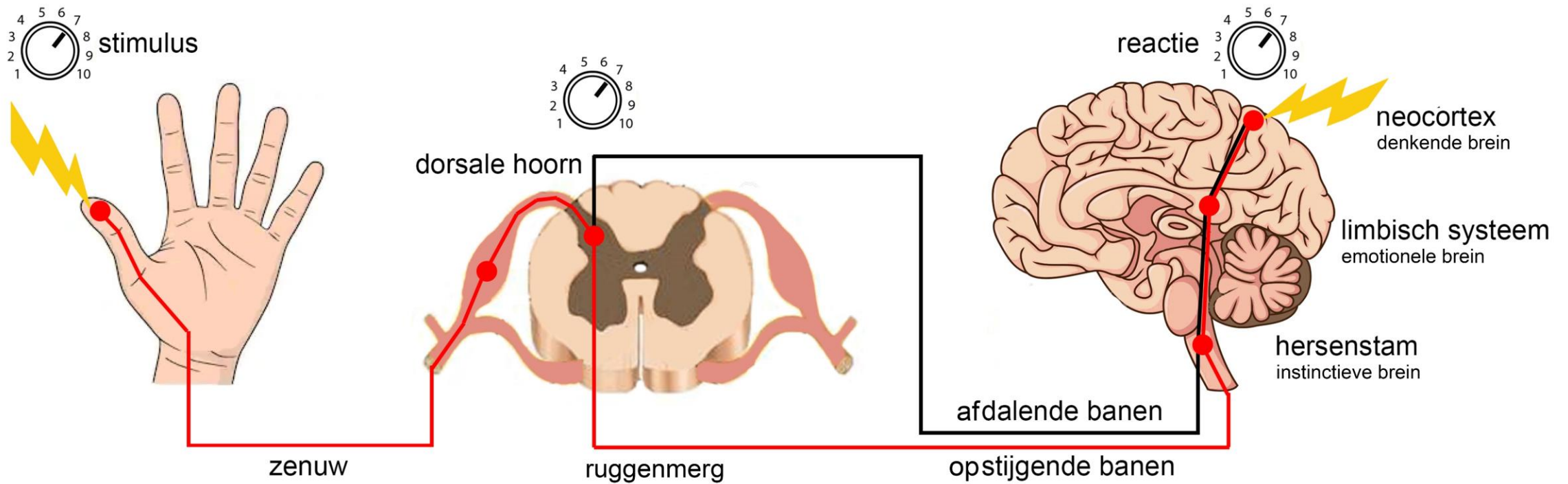


If a picture is worth 1000
words, then a metaphor is
worth 1000 pictures

Somatosensorische amplificatie



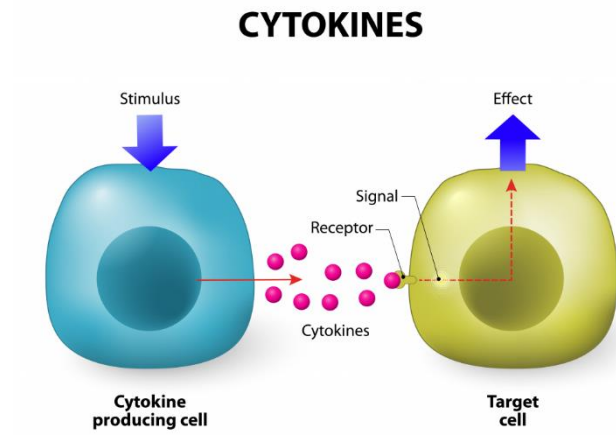
Centrale sensitisatie



Draagkracht-draaglast model

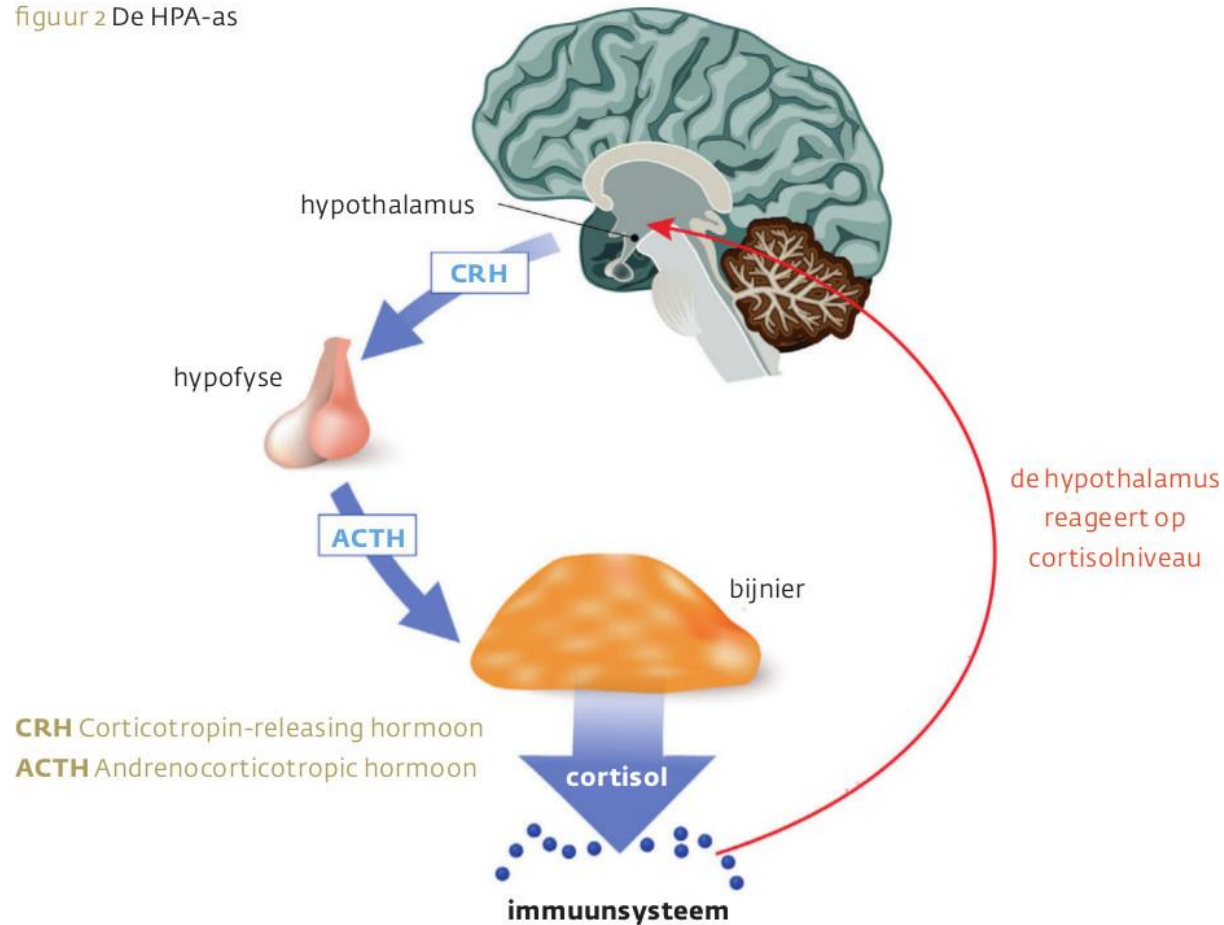


Verstoring immuunsysteem



Verstoring stresshormoon systeem

figuur 2 De HPA-as



Verstoring autonome zenuwstelsel

Sympathisch 'gaspedaal'

alert

lever geeft
suiker af

zweetklieren
actief (afkoeling)

↑
bloedstolling



stress systeem
in actie

hartslag en
bloeddruk stijgen

buik- en
blaasspiere
trekken samen

arm en beenspieren
gespannen

Parasympathisch 'accu-lader'

ademhaling
normaal

zweeten stopt

spierspanning
daalt



herstelsysteem
in actie

hartslag en
bloeddruk nemen af

voedsel weer
verteerd

Metaforen

1. Alarm: inbraak of brand
2. Griep
3. Kapotte bedrading lampje benzinetank
4. (Stress) Emmer die overloopt
5. Rivierbedding
6. Thermostaat
7. Zoomlens fototoestel
8. Fantoempijn
9. Braille
10. Schuldsanering



Behandelen van ALK

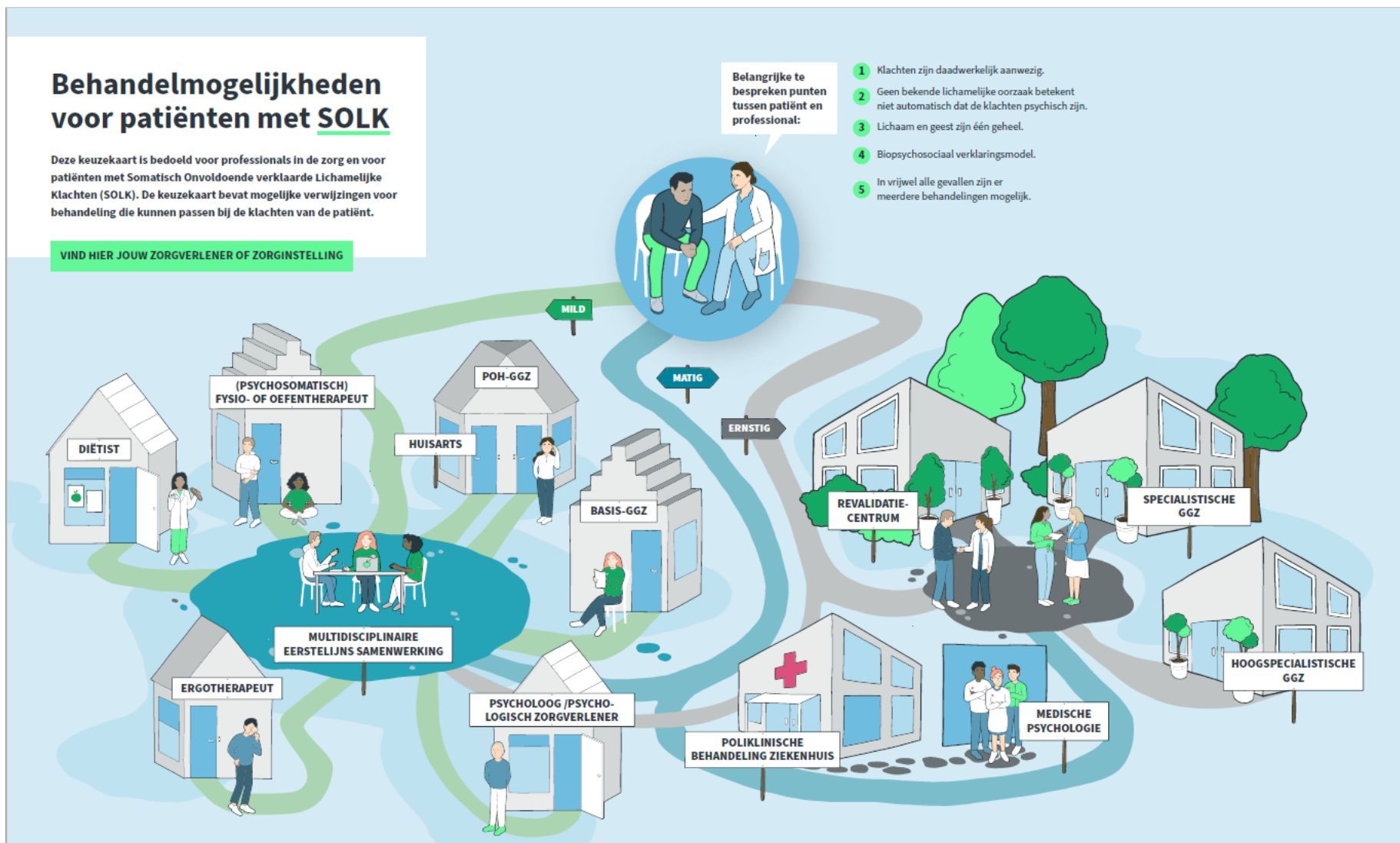
Zelfhulp

E-health, evt blended (met POH-GGZ als begeleider)

Multidisciplinair



Infographic behandeling ALK AKWA GGZ



Basis principes

Basis trio: goede voeding, voldoende beweging, ontspanning

Veel evidence voor waarde van slapen, meditatie, mindfulness en yoga

Sluit aan bij wat voor de patiënt waardevol is

Houd contact, toon belangstelling voor beloop



Afsluiting

Zijn er nog vragen?

Carine den Boer

c.denboer@amsterdamumc.nl

Kijk op mijn website: www.uitlegalk.nl

**Die buikpijn
bleek uiteindelijk
een chronische verliefdheid te zijn**

Loesje

HARTFALEN

De inhoud van deze presentatie is ontwikkeld door:

nvvconnect
hartfalen

MECHANISME

Tekortschieten van de pompwerking
van het hart



Te weinig weefselperfusie en
verminderde functie van organen



Afname van inspanningstolerantie,
water- en zoutretentie en
afname van levensverwachting

NEUROHORMONALE ACTIVATIE

- ♥ Reactie op verlaagde output en hogere druk atria
- ♥ Compensatiemechanisme van het falende hart:
- ♥ Activatie van
 - ♥ sympathicussysteem
 - ♥ Renine-angiotensine-aldosteron systeem (RAAS)

AANTALLEN

- ♥ Prevalentie 15-20 patiënten per huisartspraktijk
 - ♥ 33% van de 80-plussers
 - ♥ >25% van de patiënten >65 jaar met COPD!
- ♥ Incidentie 2,1/1.000
4 patiënten per normpraktijk
- ♥ Forse stijging

IMPACT

- ♥ 75% heeft veel moeite met dagelijkse activiteiten
- ♥ 33% heeft depressieve symptomen
- ♥ 25% wordt binnen een maand weer opgenomen in ZH

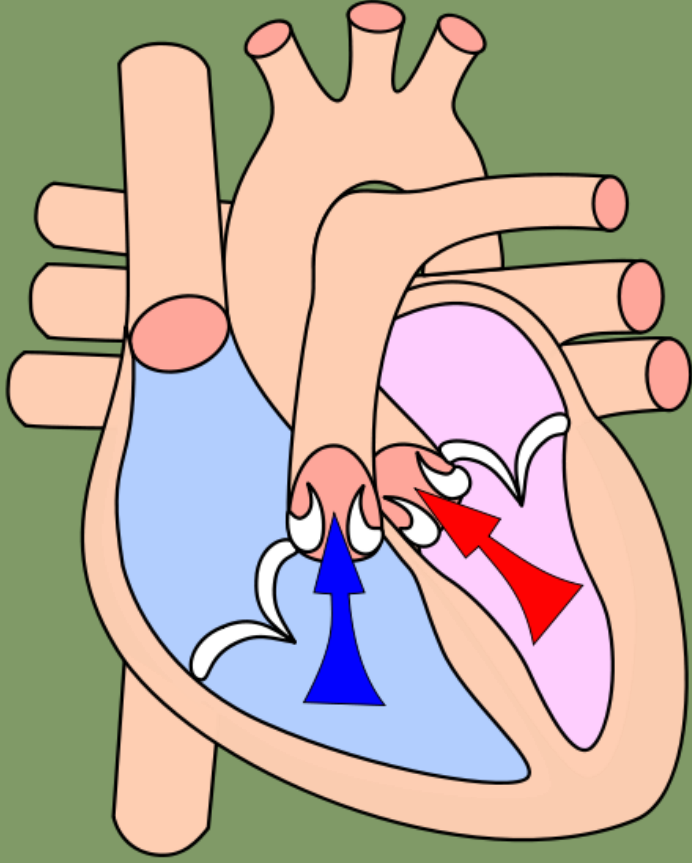
PROGNOSE

- ♥ Meestal geen genezing mogelijk
- ♥ Wisselvallig verloop
- ♥ Moeilijk te voorspellen

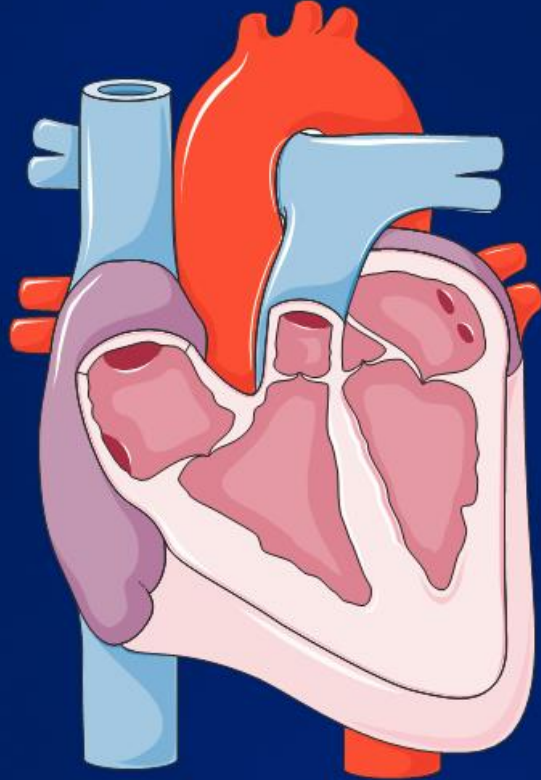
OVERLIJDEN

- ♥ 40% plotseling
- ♥ 40% na exacerbatie in ziekenhuis
- ♥ 20% gaat geleidelijk achteruit en overlijdt thuis

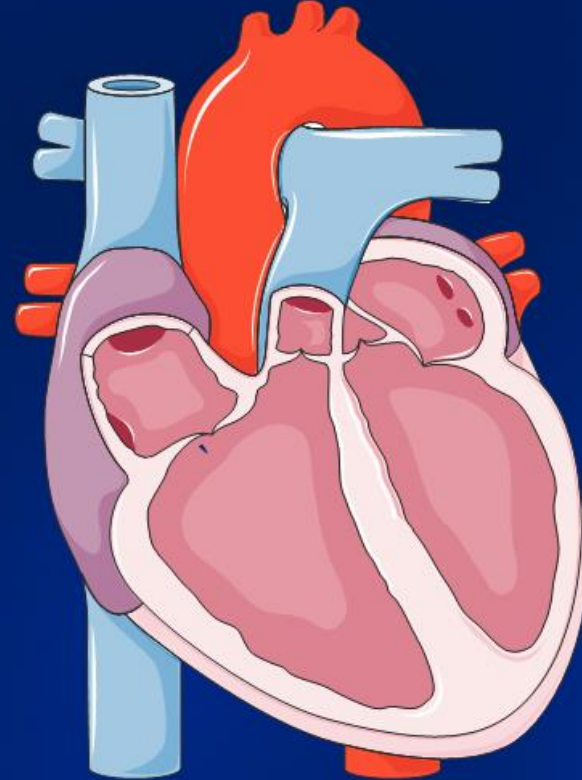
SYSTOLE & DIASTOLE



INDELING



Diastolisch
(HF-PEF)



Systolisch hartfalen
(HF-REF)

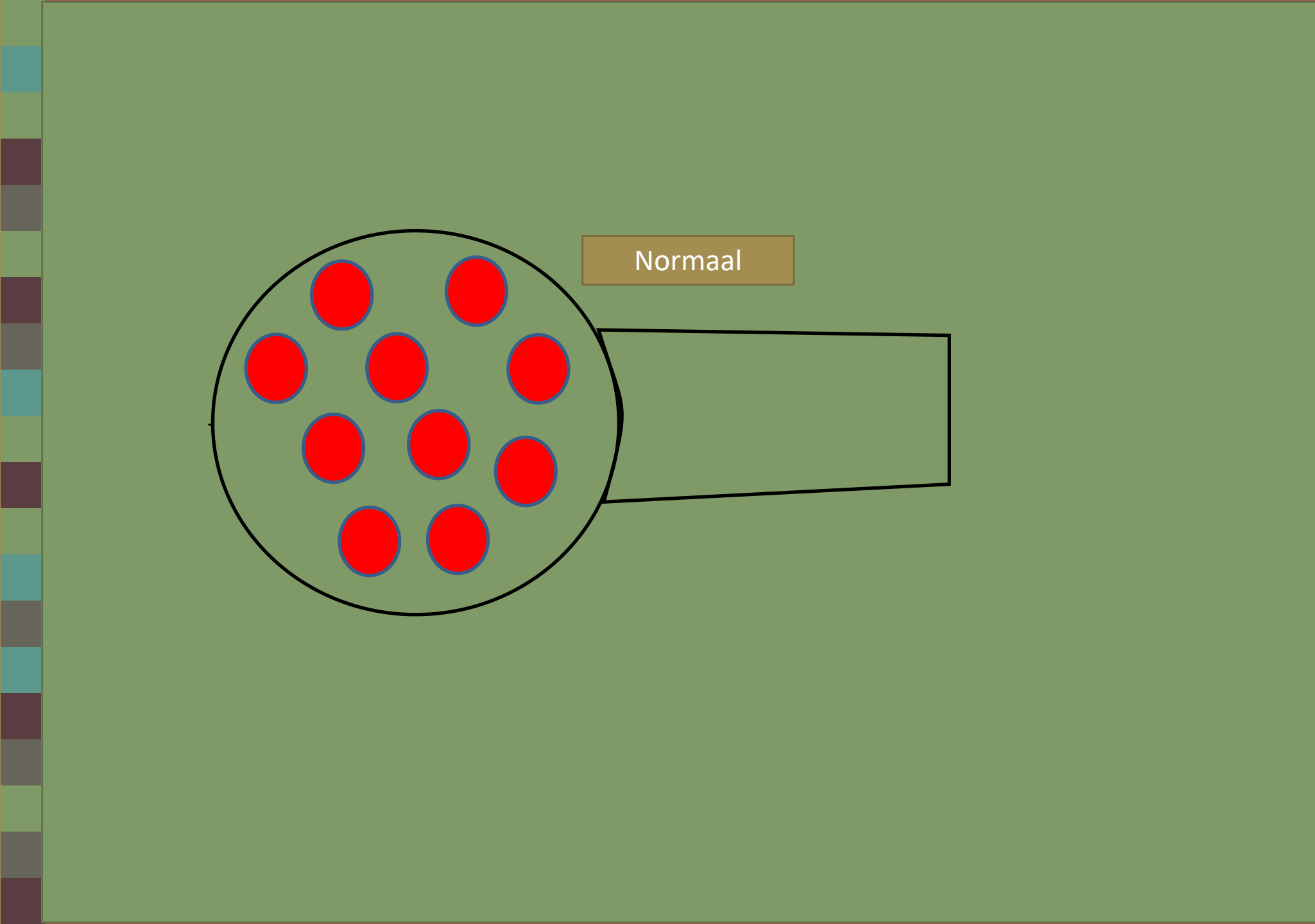
EJECTIEFRACTIE (EF)

- ♥ Percentage van het bloed dat na een volledige ontspanning van de linkerventrikel weggepompt wordt naar de aorta
- ♥ Normaal >60%
- ♥ Zegt dus weinig over de hoeveelheid bloed die wordt weggepompt

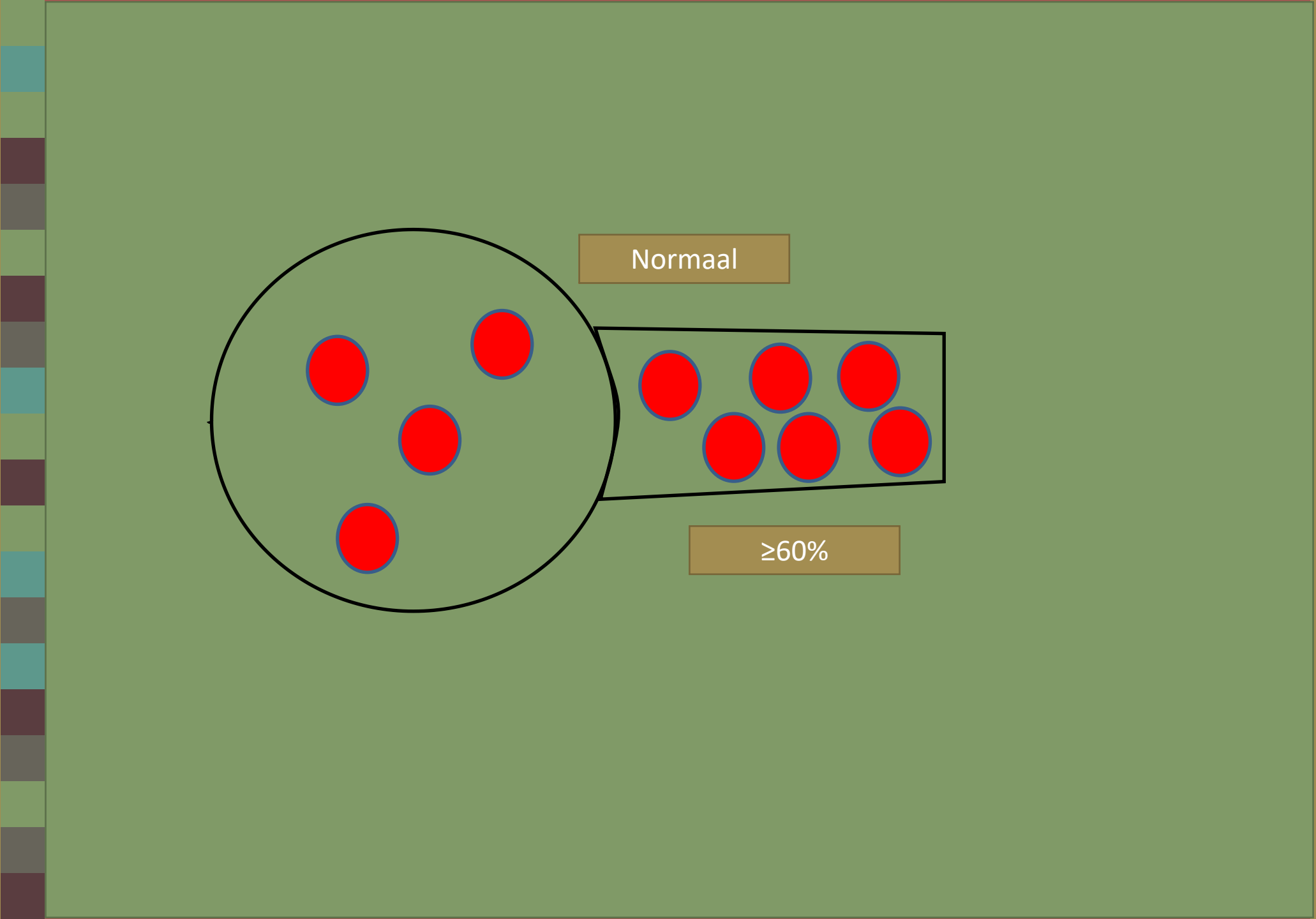
EJECTIEFRACTIE (EF)

- ♥ Bij weinig bloed in de linkerventrikel (dikke stugge wand):
snel een hoog % (normale EF)
→ Preserved EF
- ♥ Bij veel bloed in de linkerventrikel (uitgelubberde, slappe wand):
snel een laag % (kleine EF)
→ Reduced EF

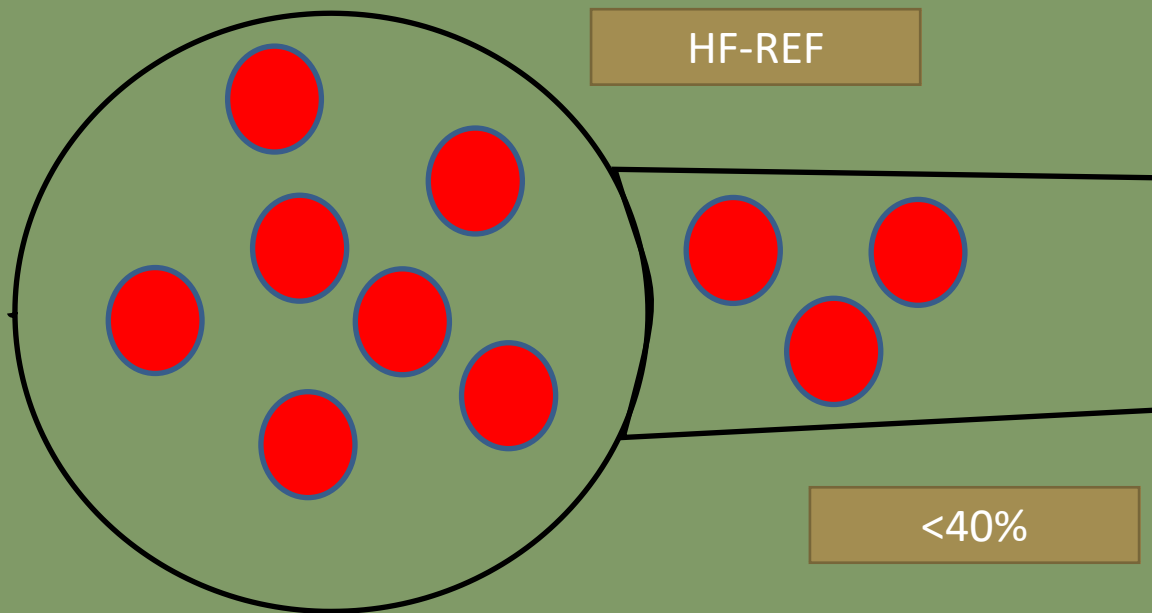
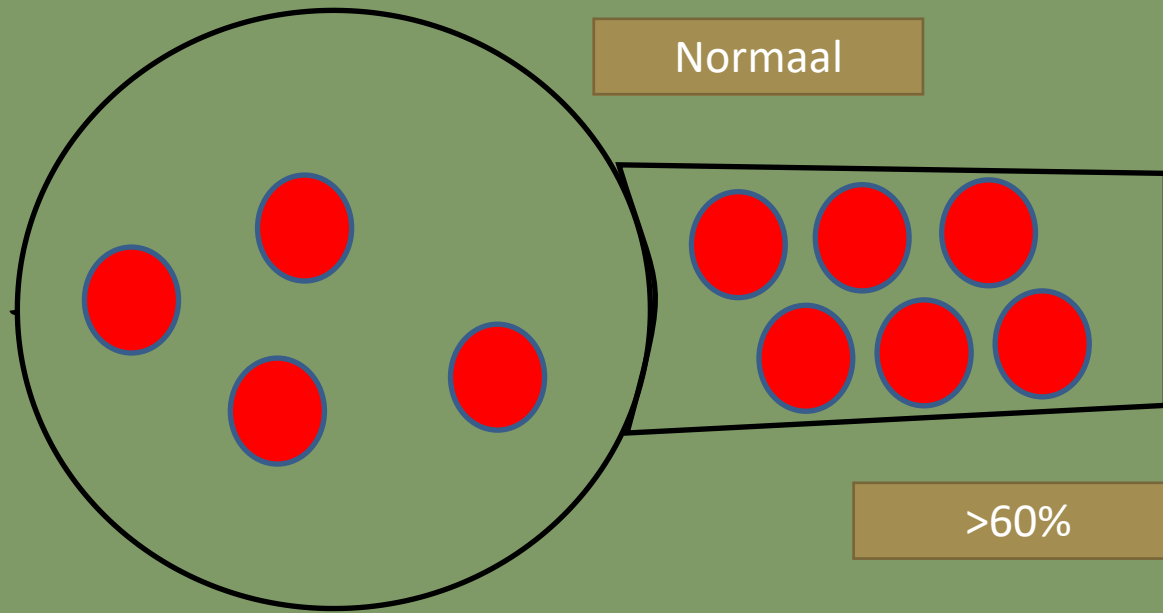
EJECTIEFRACTIE (EF)



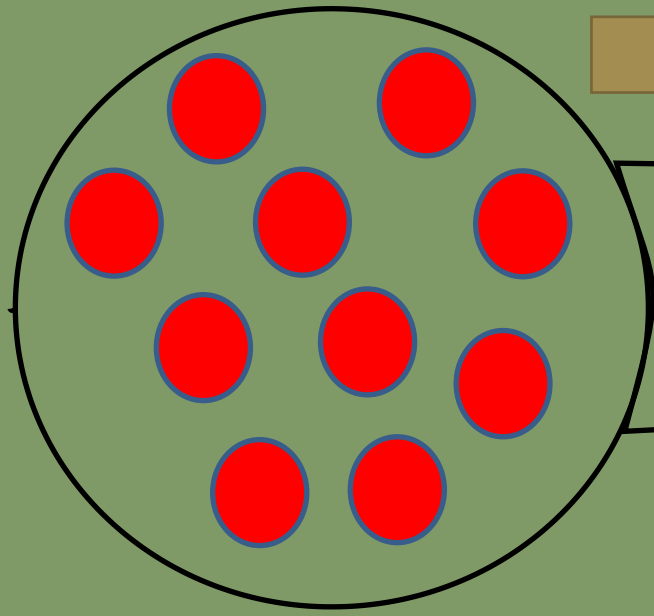
EJECTIEFRACTIE (EF)



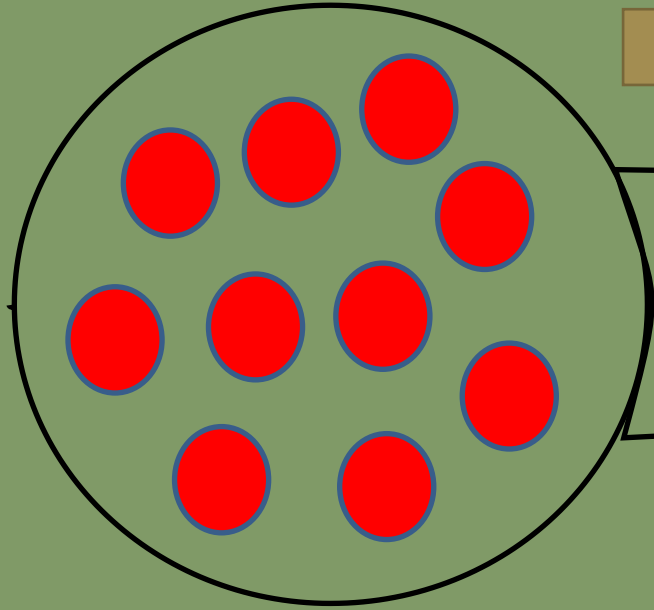
HF-REF



HF-PEF

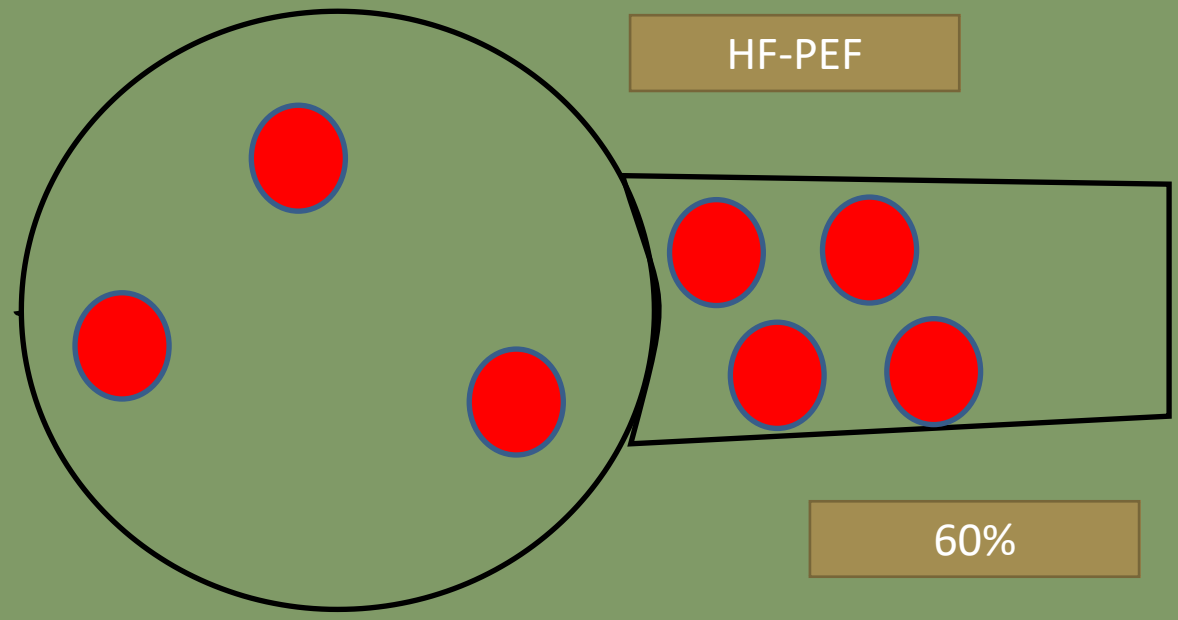
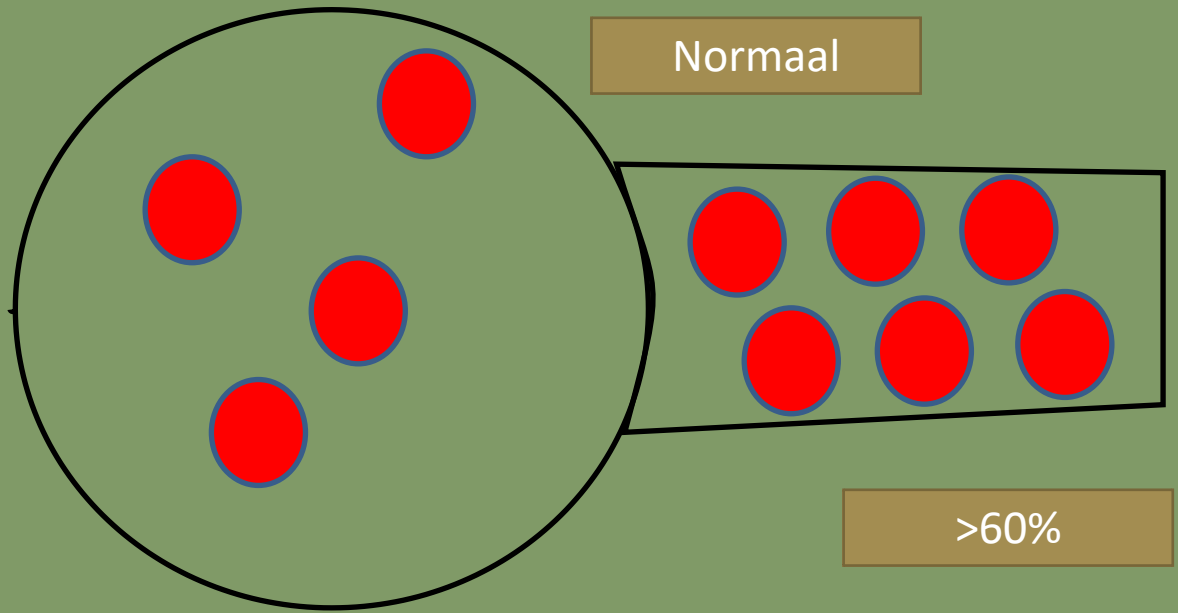


Normaal



HF-PEF

HF-PEF



♥ HF-REF:

- ♥ de hartspier trekt niet krachtig genoeg samen
- ♥ het hart pompt per hartslag veel minder bloed rond dan normaal
- ♥ EF <40%

♥ HF-PEF:

- ♥ de hartspier ontspant zich niet goed genoeg en het hart vult zich minder goed met bloed
- ♥ er is minder bloed beschikbaar om rond te pompen
- ♥ EF ≥50%

♥ Mildly reduced ejection fraction hartfalen (HF-mREF)

- ♥ $\geq 40\% < EF < 50\%$

OORZAKEN

- ♥ Ischemische hartziekte
- ♥ Hypertensie
- ♥ Kleplijden
- ♥ Ritmestoornis
- ♥ Cardiomyopathie (zieke hartspier)
- ♥ Aangeboren hartafwijkingen
- ♥ Infecties (myocarditis)
- ♥ Roken, alcohol, medicatie
- ♥ Schildklierfunctiestoornissen
- ♥ Diabetes, overgewicht, COPD, OSAS
- ♥ Anemie

RISICOGROEPEN

- ♥ Doorgemaakt hartinfarct
- ♥ Boezemfibrilleren
- ♥ Langer bestaande hypertensie
- ♥ COPD
- ♥ Diabetes mellitus

KLACHTEN

- ♥ Moe of kortademig bij inspanning
- ♥ Nachtelijke benauwdheid
- ♥ 's Nachts vaak plassen
- ♥ Oedemen



Kort-
ademigheid



Opgezette
voeten en
benen



Chronisch
gebrek aan
energie



Slaapproblemen
's nachts doordat
ademhalen moeite kost

BNP/NT-PROBNP

- ♥ Natriuretische peptiden
- ♥ Zijn biologische ACE-remmers
- ♥ Geproduceerd door spiercellen
- ♥ Bij toegenomen wandspanning hart
- ♥ Biomarkers voor hartfalen

BNP/ NT-PRO BNP

- ♥ Acuut coronair syndroom
- ♥ Longembolie
- ♥ Nierinsufficiëntie
- ♥ Pulmonale hypertensie
- ♥ Sepsis
- ♥ Leeftijd >75 jaar
- ♥ Atriumfibrilleren
- ♥ Linker ventrikel hypertrofie (LVH)
- ♥ Ernstig COPD

BEHANDELING

Medicamenteus én niet-medicamenteus

Doel behandeling:

- ♥ Progressie van hartfalen voorkomen
- ♥ Behouden of verbeteren kwaliteit van leven
- ♥ Verbeteren van overleving

NIET-MEDICAMENTEUS

- ♥ Dieet (zout, vocht, alcohol, overgewicht)
- ♥ Stoppen met roken
- ♥ Bewegen
- ♥ Influenzavaccinatie
- ♥ Zelfmonitoring door dagelijks wegen



MEDICATIE HF-REF (EN HF-MREF)

Wanneer toedienen?	Welke medicatie:
Altijd toedienen, tenzij contra-indicaties	ACE-remmer of ARB Bétablokkers Diuretica (indien overvulling) SGLT2-remmers
Bij aanhoudende symptomen	ARNI Ivabradine Aldosteronantagonist Digoxine Nitraten
Stoppen!	Anti-arrhythmica Calciumantagonisten

DIURETICA

Keuze: mate van vochtretentie en ernst hartfalen

- ♥ Bij chronische stuwing maagdarmsstelsel:
voorkeur bumetanide
- ♥ Diureticaresistentie (>250mg furosemide per dag)
- ♥ Controle van nierfunctie en kalium!
- ♥ Bij chronisch gebruik: kans op jicht
(colchicine, allopurinol, evt. prednison)
- ♥ Cave dehydratie!

ACE-REMMERS & ARB

ACE-remmers (perindopril, lisinopril, enalapril, captopril, ramipril)

- ♥ Water- en zoutretentie ↓
- ♥ Vasoconstrictie en hypertensie ↓
- ♥ Linker ventrikelhypertrofie en –dilatatie ↓

ARB (valsartan, candesartan, losartan)

- ♥ Alternatief voor ACE-remmers bij intolerantie
- ♥ Niet combineren met ACE-remmer

Frequente controle nierfunctie en bloeddruk na starten

BÉTABLOKKERS

- ♥ Metoprolol, bisoprolol, carvedilol en nebivolol
- ♥ Morbiditeit en mortaliteit ↓
- ♥ Herstel beschadigde myocardfunctie
- ♥ Vermindering zuurstofconsumptie van het hart
- ♥ Verlenging van de diastole
→ betere myocardperfusie
- ♥ Stabiliserend effect op het hartritme
(afname risico op acute hartdood)

Bloeddrukcontrole en ritmecontrole

SGLT2-REMMERS

- ♥ Blokkeren selectief natrium-glucose-cotransporter twee (SGLT2) in het tubulussysteem van de nieren
- ♥ Remming renale glucosereabsorptie => uitscheiding van glucose en natrium met de urine
- ♥ Effecten:
 - ♥ Verlaging van de bloedglucoseconcentratie
 - ♥ Daling bloeddruk
 - ♥ Gewichtsverlies
 - ♥ Lagere voor- en nabelasting van het hart

IVABRADINE

- ♥ EF \leq 35% en hartfrequentie \geq 70/minuut
- ♥ Verlaging sinusknopfrequentie
- ♥ Bijwerkingen: bradycardie, wazig zien, tijdelijke waarneming lichtverschijnselen, hoofdpijn

ARNI

ANGIOTENSIN RECEPTOR-NEPRILYSIN INHIBITOR

- ♥ Bij LVEF $\leq 35\%$ bij optimale behandeling:
ACE \rightarrow ARNI (sacubitril/valsartan)
- ♥ Afname risico op verslechtering van hartfalen
- ♥ Minder (her)opnames en lagere mortaliteit

ALDOSTERON ANTAGONIST

- ♥ Aldosteron-antagonisten (spironolacton, eplerenon)
Naast ACE-remmers en diuretica, reductie morbiditeit en mortaliteit

AFGERADEN MEDICATIE

- ♥ NSAID's
- ♥ Calciumantagonisten
(verapamil en diltiazem; geldt niet voor amlodipine)
- ♥ Thiazolidinedionen (toename hartfalen)
- ♥ Toevoeging ARB aan ACE-remmer
- ♥ Lithium

MEDICATIE BIJ HF-PEF

- ♥ Nog geen enkele studie laat reductie van morbiditeit/mortaliteit zien bij behandeling van diastolisch hartfalen
- ♥ Alleen effect op symptomen/kwaliteit van leven

MEDICATIE BIJ HF-PEF

♥ Diuretica

Verder:

♥ CVRM/DM

♥ Boezemfibrilleren

TERUG NAAR DE I^E LIJN

- ♥ Zeer kwetsbare oudere (meestal al aanwezig!)
- ♥ Palliatief hartfalen
- ♥ HF-PEF (diastolisch hartfalen)
- ♥ HF-REF (systolisch hartfalen indien stabiel)

BIBBER, BIBBER



- ♥ Cardioloog en huisarts:
Kan de POH dat wel?
- ♥ Praktijkondersteuner:
Kan ik dat wel?

Behandelrichtlijn Chronisch Hartfalen

Dit is een praktische regionale richtlijn bestemd voor gebruik tijdens het spreekuur.

Voor de volledige richtlijn is er de NHG standaard hartfalen en het Zorgprogramma hartfalen.

Deze regionale richtlijn wijkt af van de NHG standaard op onderstaande punten:

- Bij vermoeden hartfalen wordt een eerstelijns echo gedaan.
- Bij de diagnose hartfalen wordt de behandeling door de cardioloog ingesteld.
- De controles bij stabiele patiënten wordt door de praktijkondersteuner gedaan.

Classificatie

De diagnostische classificatie is gebaseerd op de linkerventrieklejectiefractione (LVEF):

- HFpEF: hartfalen met behouden (preserved) LVEF ($\geq 50\%$)
- HFmrEF: hartfalen met matige (midrange) LVEF (40-49%)
- HFrEF: hartfalen met verminderde (reduced) LVEF ($< 40\%$)

NYHA CLASSIFICATIE

Klasse 1	Geen klachten bij inspanning
Klasse 2	Lichte beperking bij inspanning Geen klachten in rust
Klasse 3	Ernstige beperking bij inspanning Geen klachten in rust
Klasse 4	Ernstige klachten bij inspanning Ook klachten in rust

INSTRUCTIES PATIËNT

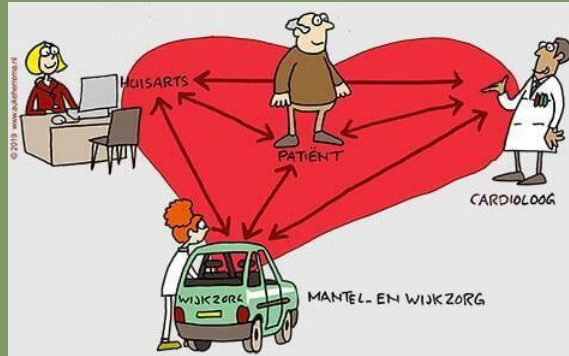
Contact bij:

- ♥ Gewichtstoename ≥ 2 kg binnen drie dagen
- ♥ Toename oedeem of benauwdheid
- ♥ Plotseling verminderde inspanningsintolerantie
- ♥ Meer benauwdheid en/of plassen 's nachts
- ♥ Hartkloppingen

WEBSITES



VRAGEN?



Samen verbeteren wij
de zorg voor hartpatiënten



Welke type
hartfalen?

HF poli

Verpleegkundige specialisten
& cardiologen



hartfalen-hoorn@dijklander.nl



0229 - 257256

Hartfalenverpleegkundigen altijd bereikbaar!

Contactgegevens in de behandelrichtlijn
en op de website zorgkoepelwf.nl



SGLT-2

Fieneke Neefjes

Praktijkconsulent, Zorgkoepel West-Friesland

EFFECTEN

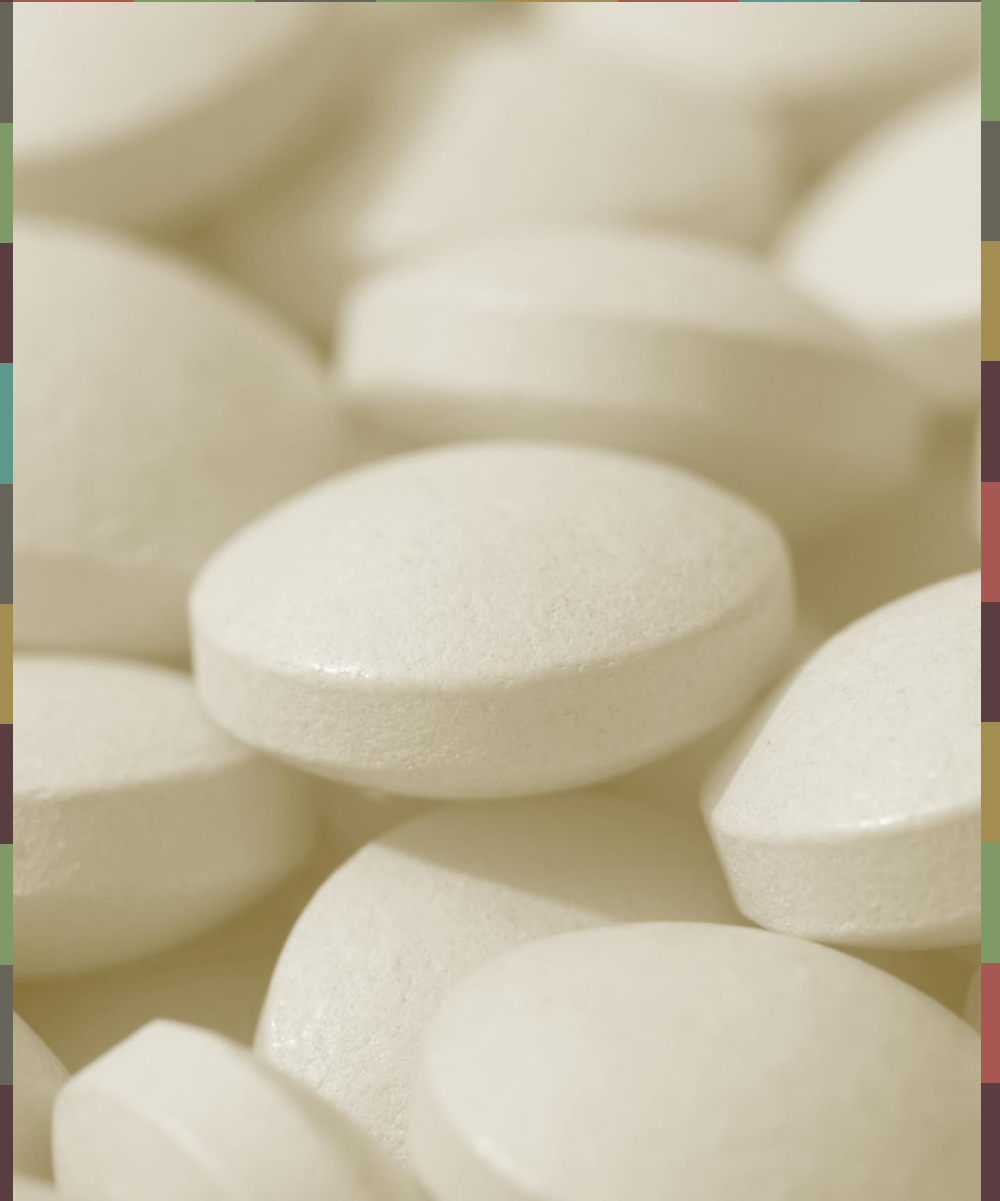
Bloedglucose verlagend

Bloeddruk verlagend

Gewichtsverlies (gering tenzij dieet)

Lagere voor- en nabelasting van het hart

Vertraging progressie CNS



BIJWERKINGEN

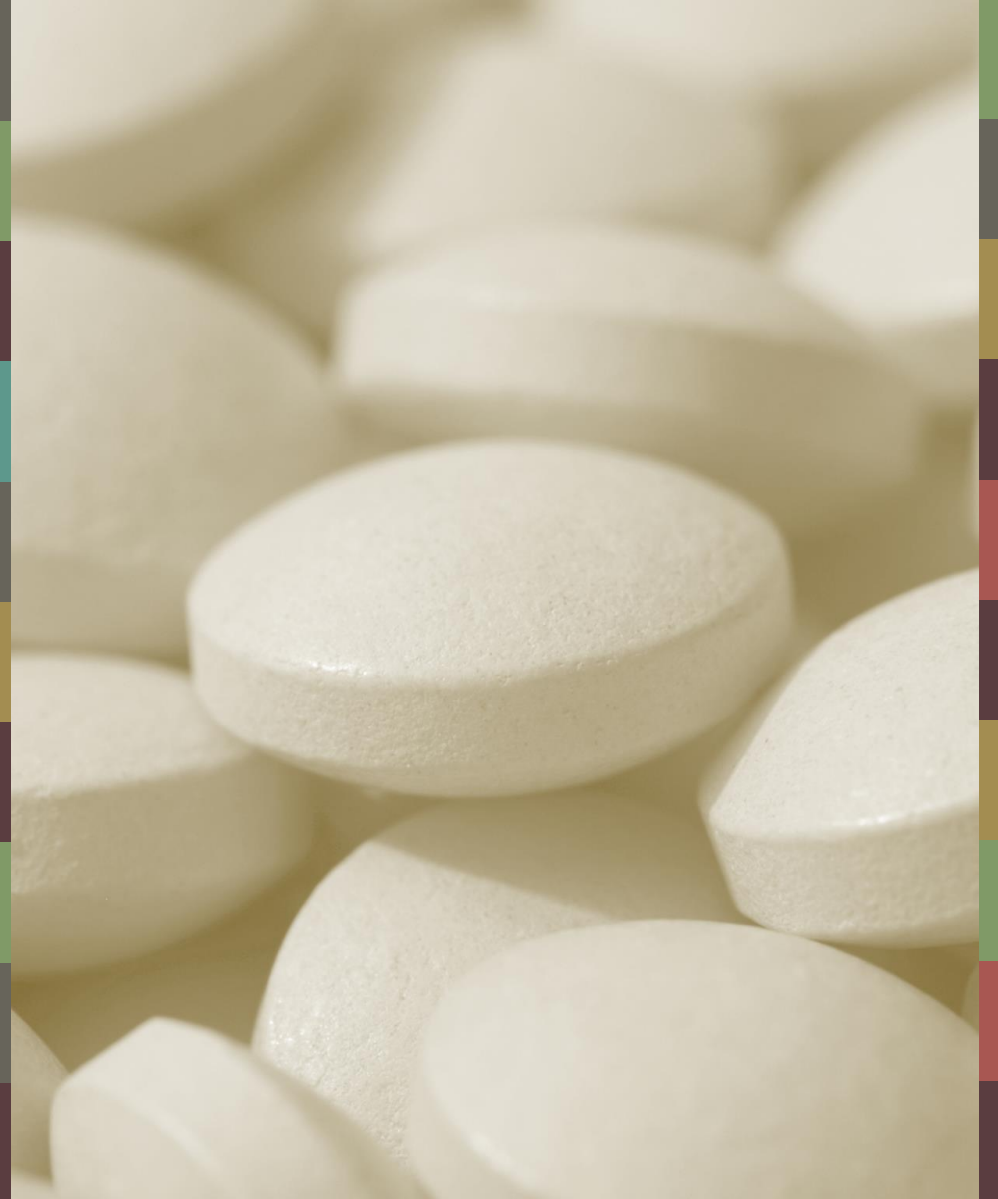
Urineweginfecties?

Genitale mycotische infecties

Polyurie of pollakisurie

Duizeligheid, hypotensie en uitdroging (ouderen)

Diabetes: Keto-acidose (normoglycemisch)



INDICATIES



Hartfalen
(behandeling)



Secundaire preventie bij DM2 en een
zeer hoog cardiovasculair risico

Glucoseregulatie bij DM2
(preventie en behandeling)



Chronische nierschade
(behandeling)



HARTFALEN

Hoofdbehandelaar specialist?

Altijd eerst overleg met de poli

Hoofdbehandelaar huisarts?

Geen SGLT2 indicatie als geen DM2

Diabetes: Cardioloog of VS vraagt POH een SGLT2 te starten.

- ♥ Poli zorgt voor recent lab (HbA1c + eGFR)
- ♥ POH start SGLT2 en verlaagd indien nodig SU en insuline (= geen ketenzorg)
- ♥ Poli controleert na 6 weken lab (i.v.m. hartfalen)



DIABETES

1^e keuze middel bij DM2 en:

- ♥ Doorgemaakte HVZ
- ♥ CNS
- ♥ Hartfalen

Tenzij HbA1c <53mmol/mol
Preventie = niet meetbaar

Als glucose verlagend middel.
Bij onvoldoende gereguleerde DM2
zonder zeer hoog risico. (stap 3)

= geen protocollaire zorg

Niet effectief bij een
eGFR <60ml/min



CNS

- ♥ Nog geen regionale afspraken
- ♥ Nefroloog is verantwoordelijk wanneer patiënt in de tweede lijn loopt

START CRITERIA 1^E LIJN



Systolische bloeddruk
> 100mmHg



HbA1c
<64 mmol/mol = verlagen SU en
insuline

>64mmol/mol geen
medicatieaanpassingen nodig

Bij een HbA1c <53 mmol/mol niet
voorschrijven



eGFR
>30 ml/min



♥ Regionale transmurale afspraken ->

www.zorgkoepelwf.nl

♥ Integrale werkinstructie SGLT2 ->

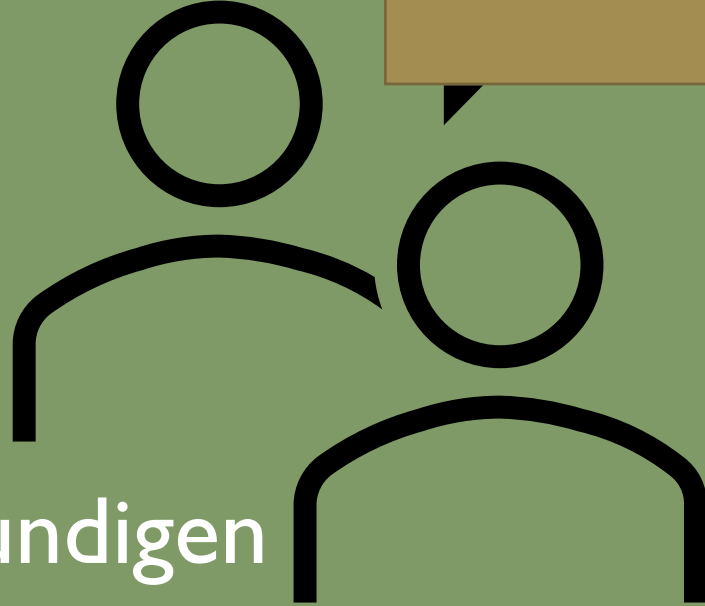
OMED2 studie

Ouderen met Medicatie En Diabetes type 2.

- ♥ Twee onderzoeksgroepen, indeling o.b.v. loting
 - ♥ Patienten <70 jaar
 - ♥ Patienten >70 jaar
- ♥ Onderzoekassistenten komen helpen in de praktijk
- ♥ Tot nu toe 25 praktijk in Noord-Holland gestart
 - ♥ Gemiddelde beoordeling 8,7
 - ♥ Taakverlichting: 8,4 (schaal 1 -10)

Huisarts kan aanmelden via expertteam.

Kaderhuisarts DM
& diabetesverpleegkundigen



Indicatiestelling SGLT2?
Vragen over grensgevallen
Bijwerkingen?

Consulteren via:



GECOMBINEERDE LEEFSTIJL INTERVENTIE



Olga Sneekes
Leefstijl coach, Leevstijl



REGIONAAL GECONTRACTEERD

Verwijzen via het KIS

Ook de patiënten die niet deelnemen aan ketenzorg.

Terugkoppeling via KIS / HIS



LEEFSTIJLINTERVENTIES

- Cool
- Bewegkuur
- Slimmer
- *Samen sportief in beweging (wordt niet vergoed in onze regio)*



AANBIEDERS

Alle gecontracteerde GLI-aanbieders vind
je op onze website

www.zorgkoepelwf.nl

OLGA SNEEKES
LEEFSTIJL COACH



‘DE GLI IS GESLAAGD ALS IK 6% TOT 10%
VAN MIJN GEWICHT KWIJT BEN”

‘WAAR BLIJFT MIJN SPORT/ WEEKMENU?’

‘IK ZIE WEL OF IK 2 JAAR ACTIEF
DEELNEEM AAN HET GLI-PROGRAMMA’

‘IK WIL GRAAG SAXENDA GAAN GEBRUIKEN DUS IK
WIL DEELNEMEN AAN DE GLI’

VRAGEN



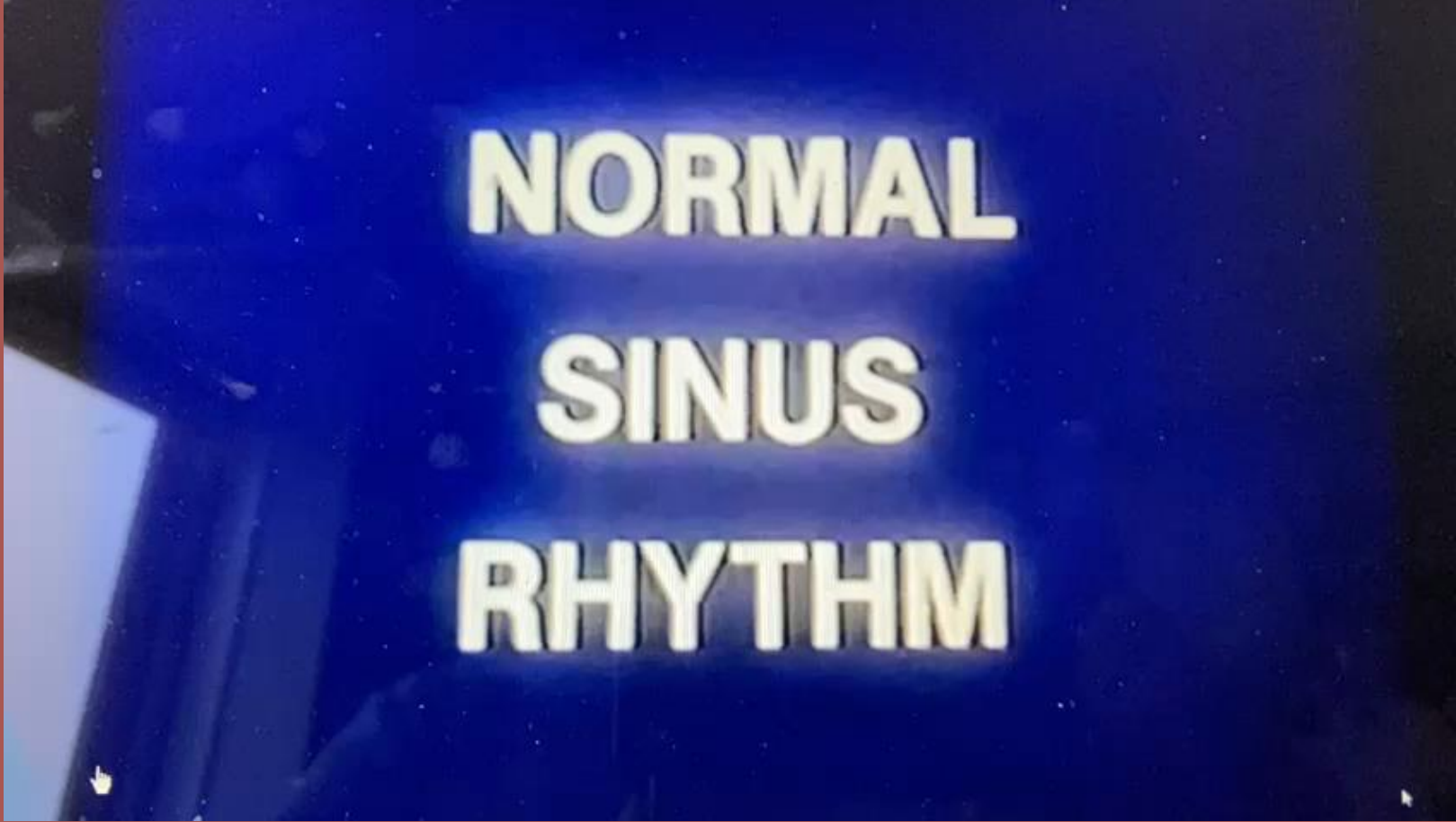
Is er behoefte aan een online scholing over de verschillende GLI-programma's?

ATRIUMFIBRILLEREN & MEDICATIE



Jacobijne Wiersma, Cardioloog
Wieteke Eijdenberg en Irene Deken
Gespecialiseerd VPK

**WAT IS AF OOK
ALWEER?**



**NORMAL
SINUS
RHYTHM**

WAT IS AF OOK ALWEER?



ANTISTOLLING

- ♥ Vitamine-K-antagonisten (acenocoumarol, fenprocoumon)
INR 2-3 > 70% target
- ♥ Nieuwe orale anti-coagulantia (dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban)
- ♥ Acetylsalicylzuur als bovenstaande middelen niet geschikt

CHADSVASC-SCORE

Tabel 1 CHA₂DS₂-VASc-score voor het inschatten van het risico op ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren (>48 uur of paroxismaal)

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (<i>Congestive heart failure</i>)	1
H	H ypertensie	1
A ₂	Leeftijd ≥ 75 jaar (A ge)	2
D	D iabetes mellitus	1
S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (<i>Stroke</i>)	2
V	V aatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (A ge)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (<i>Sex category</i>)	1*

* alleen bij leeftijd > 65 jaar

CHA₂DS₂-VASc SCORE

CHA ₂ DS ₂ -VASc score	Patients (n = 7329)	Adjusted stroke rate (%/y)
0	1	0%
1	422	1.3%
2	1230	2.2%
3	1730	3.2%
4	1718	4.0%
5	1159	6.7%
6	679	9.8%
7	294	9.6%
8	82	6.7%
9	14	15.2%

STAPENPLAN

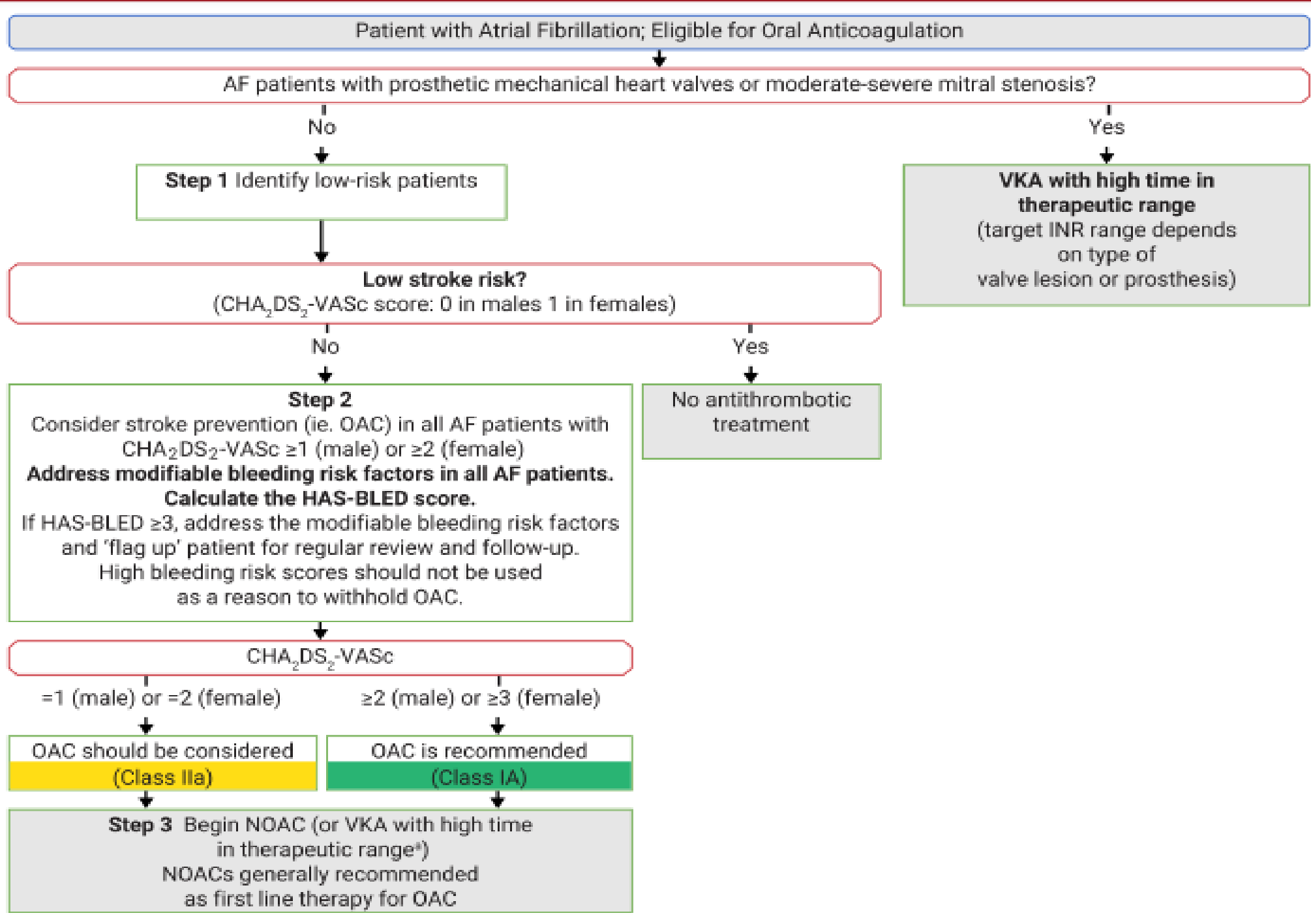


Table 1 | Dose selection criteria for NOACs

	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban	Edoxaban
Standard dose	150 mg b.i.d.	20 mg o.d.	5 mg b.i.d.	60 mg o.d.
Lower dose	110 mg b.i.d.			
Reduced dose		15 mg o.d.	2.5 mg b.i.d.	30 mg o.d.
Dose-reduction criteria	Dabigatran 110 mg b.i.d. in patients with: <ul style="list-style-type: none">● Age \geq80 years● Concomitant use of verapamil, or● Increased bleeding risk	CrCl 15 - 49 mL/min	At least 2 of 3 criteria: <ul style="list-style-type: none">● Age \geq80 years,● Body weight \leq60 kg, or● Serum creatinine \geq1.5 mg/dL (133 μmol/L)	If any of the following: <ul style="list-style-type: none">● CrCl 15 - 50 mL/min,● Body weight \leq60 kg,● Concomitant use of dronedarone, ciclosporine, erythromycin, or ketoconazole

OPLETTEN

- ♥ Zwangerschap → heparine of LMWH met anti Xa bepaling
- ♥ Nierinsufficiëntie → dosering aanpassen VKA / heparine/ DOAC
- ♥ Leverfalen: INR vaker controleren
- ♥ Klepgebreken (kunstklep, mitralisstenose) → geen DOAC
- ♥ Gecombineerde antistolling → DOAC niet met Ticagrelor
- ♥ Gastric bypass → VKA geen DOAC

Gestructureerde herbeoordeling antitrombotisch en bloedingsrisico

RATE CONTROLE

Ventrikelfrequentie < 110 slagen/min in rust

→ Betere vulling van de kamers, toename cardiac output, betere inspanningstolerantie

1. Bètablokker (bisoprolol /metoprolol)
2. Calciumantagonist (Diltiazem / Verapamil) bij goede LVF

Digoxine bij onvoldoende daling van VVF of contra-indicatie blok / Ca-antagonist.

En bij patiënten met (vermoeden van) HF

Herstel van het normale hartritme (sinusritme)

Afname klachten

De indicatie voor ritmecontrole

- ♥ Jongere patiënten (arbitrair <65 jaar) (NHG)
- ♥ Patiënten met hinderlijke klachten ondanks goede ratecontrole

RITME EN RATE CONTROLE

Rate-controle bij (oudere) patiënten met minimale klachten van atriumfibrilleren.

Ritmecontrole altijd door de cardioloog

Sotalol → NF / LVF / K /QT verlengde medicatie.

ECG 1 week

Flecainide → LVF / ischemie

Ergometrie

Amiodarone → veel bijwerkingen, QT verlengende medicatie, TSH, electrolyt en LF controle

CASUS

Man, 53 jaar

RR: 130/70

Pols: 120/min

Blanco VG , DM -, HT-

fam: ICD/PM/HF/SCD/AF-. (vader AF 82)

roken-, alcohol sociaal, drugs-

snurken+ bij alcohol nu steeds minder, cafeïne 1/dag

Nachtelijk ontstane palpitations, al langere tijd op en af
ECG AF snelle VVF

VRAGEN

CHADSVASC2?

0

Antistolling starten?

Nee o.b.v. CHADSVASC

Rate controle starten?

Ja want > 110/min in rust

Ritmecontrole starten?

**Nee, door cardioloog en ik
weet geen LVF en NF ect.**

Antistolling starten?

- In SR? **CHADSVASC = 0**
- In AF? **JA**

Als in AF, wanneer electrocardioversie?

>3 wkn als onduidelijke start. Als <24-48 uur dan start ECV.

Hoelang nadien door?

Altijd 1 maand, maar als <24 uur en CHADVASC 0-1 mag je ook stoppen

VERVOLG

Notitie maanden later in dossier na veelvuldig contact:

Blijft vooralsnog even DOAC slikken, indien komende tijd door sotalol weer praktisch geen klachten meer, gaat dan stoppen met DOAC (bij chadsvasc 0)

CASUS “VAN KWAAD TOT ERGER”

Vrouw, 63 jaar

Cardiaal:

2022 (nov) NSTEMI op basis van 2-vatslijden wv pci proxLAD + RC Rcx
FFR niet sign, LVF RF normaal geen klepgebreken van belang

2022 DM type II waarvoor dapagliflozine

RF nicotine ja, fam -, tante (moeders kant PM)

RR - DM-, HC - NB glc te hoog

Overige voorgeschiedenis:

- Ws urethrotomie volgens OTIS bij een disfunctioneel plaspatroon.
- Recidiverende urineweginfecties

CASUS “VAN KWAAD TOT ERGER”

21-11-2022 atriumflutter EHH < 24 uur. CHADSVASC 2. griep gehad

- ♥ Amiodarone iv → sensibiliteitsbijwerkingen
- ♥ Start DOAC inplannen spoed ECV 22-11 80mg Propofol 150J , Start Sotalol 3x40
- ♥ 02-12 ECG SR

08-12-2022 AT snel

14-12-2022 EHH AF snelle VVF + digoxine 0,125 en ophogen Sotalol 2x80

29-12 EHH ECV ingepland, niet nodig

09-01 MPS voor ischemie dit ivm mglk Flecainide, ‘lijkt beter’

14-01 EHH sotalol ophogen ECV ingepland, niet nodig

23-01 start Flecainide ergo ingepland

29 contacten sinds 11-2022 met ook nog meermalen mailcontact met secretariaat.



Wat te doen bij
nieuwe AF
klachten?



AF poli

Gespecialiseerd verpleegkundigen
& cardiologen



Atriumfibrilleren-hoorn@dijklander.nl



0229 - 855483

14:30 – 15:30 telefonisch spreekuur

Voor vragen of contact

Aanwezig op Dinsdag en woensdag

Telefonisch spreekuur 14.30-15.30 uur

Mail: Atriumfibrilleren-Hoorn@Dijklander.nl

Hartelijke Groeten Irene Deken en Wieteke Eijdenberg

HOOG EN ZEER HOOG RISICO



Bart van Oostendorp, Kaderhuisarts HVZ
Angela Mulder, Ketencoördinator CVRM

Medicamenteuze behandeling bij **hypertensie** (K86, K87)
en/of bij **hypercholesterolemie** (T93)

Max. inclusie afspraak VGZ: 3,5%

VVR KETEN UITBREIDING

- ♥ Ernstige chronische nierschade
- ♥ Matige chronische nierschade

Max. inclusie afspraak VGZ: 3,5% → 4% ???

Patiënten nog niet een keten:

- ♥ Ernstige CNS 550
- ♥ Matig CNS 800
- ♥ Per normpraktijk 14 patiënten extra in VVR

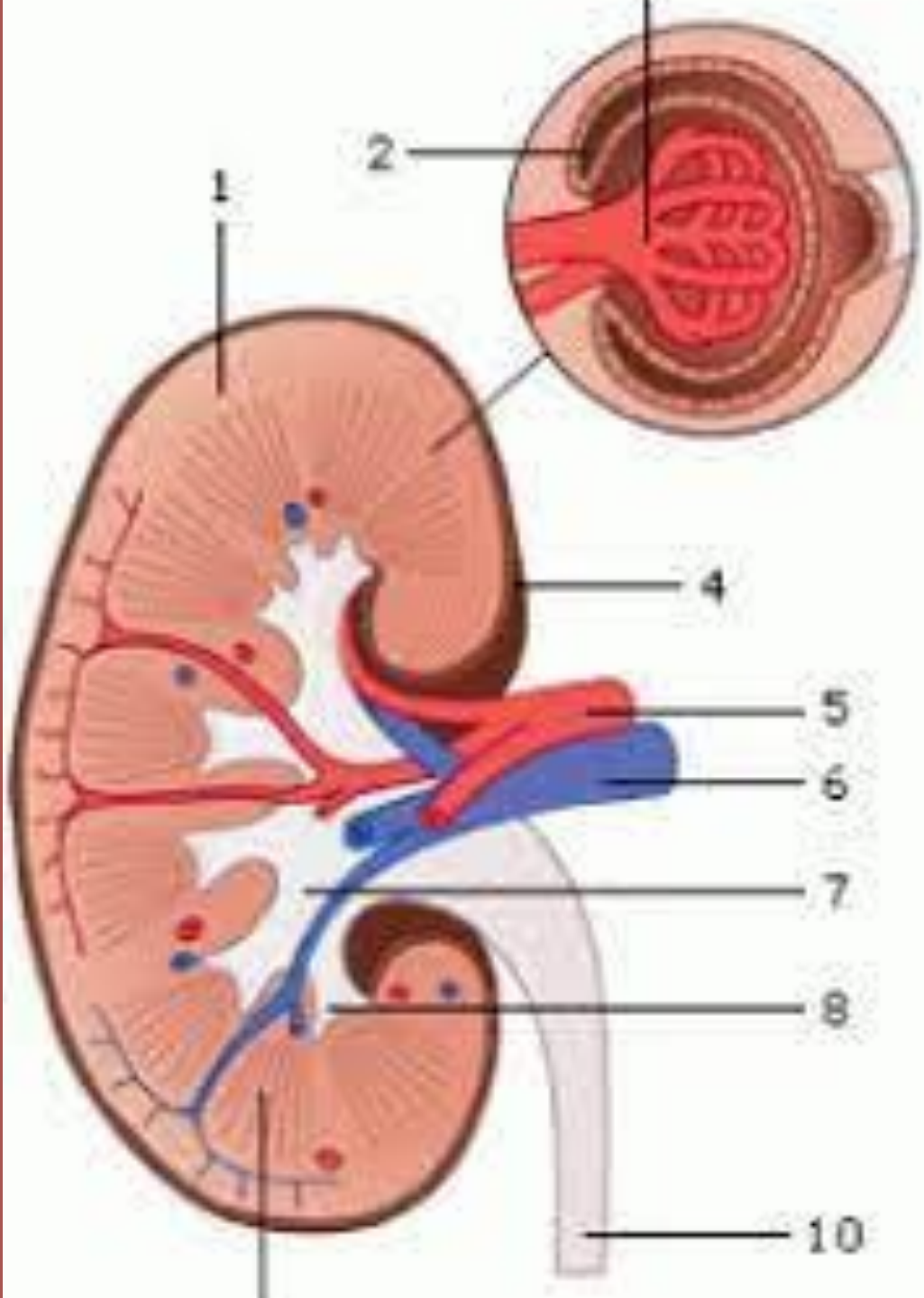
ZORG OP ORDE

Matige of ernstige CNS o.b.v. eGFR en ACR (afgelopen twee jaar)

en

Geen ICPC HVZ/DM/deelname CVRM keten

DE NIER



filtratie

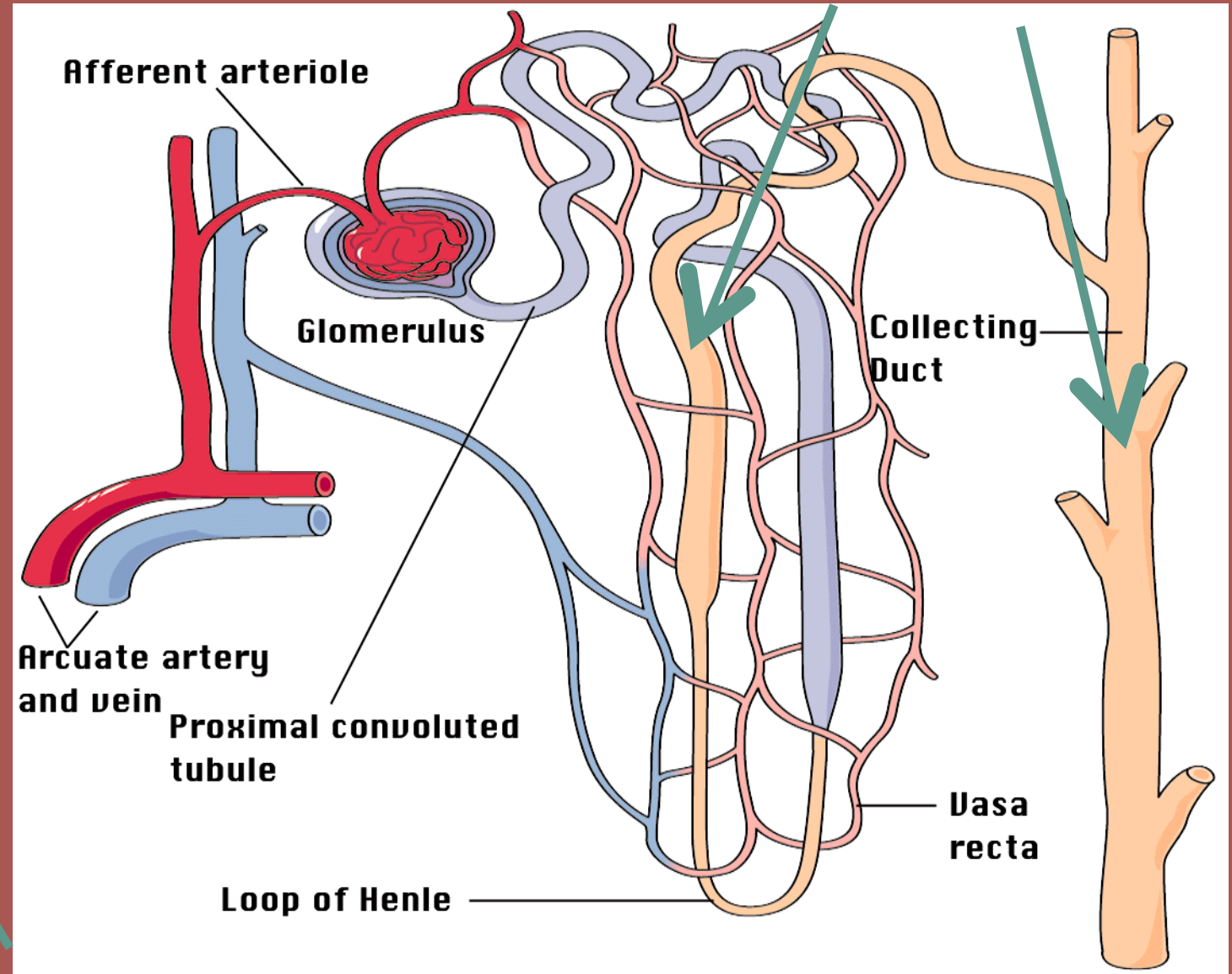
secretie en reabsorptie

A Kidney

Blood, waste and water enter here through the Renal Artery

Blood without waste or excess water leave here through the Renal Vein

Excess water and Toxic Waste in the form of Urine leaves here via the Ureter



Afferent arteriole

Glomerulus

Collecting Duct




Arcuate artery and vein

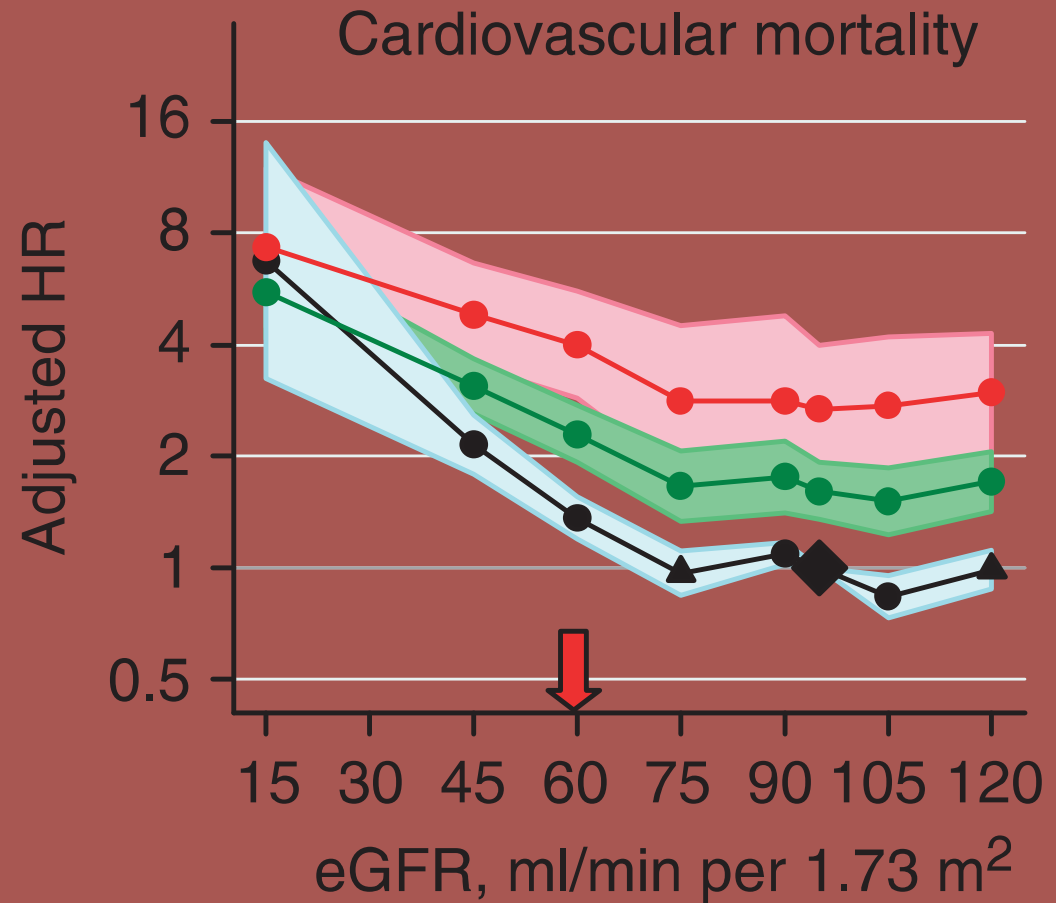
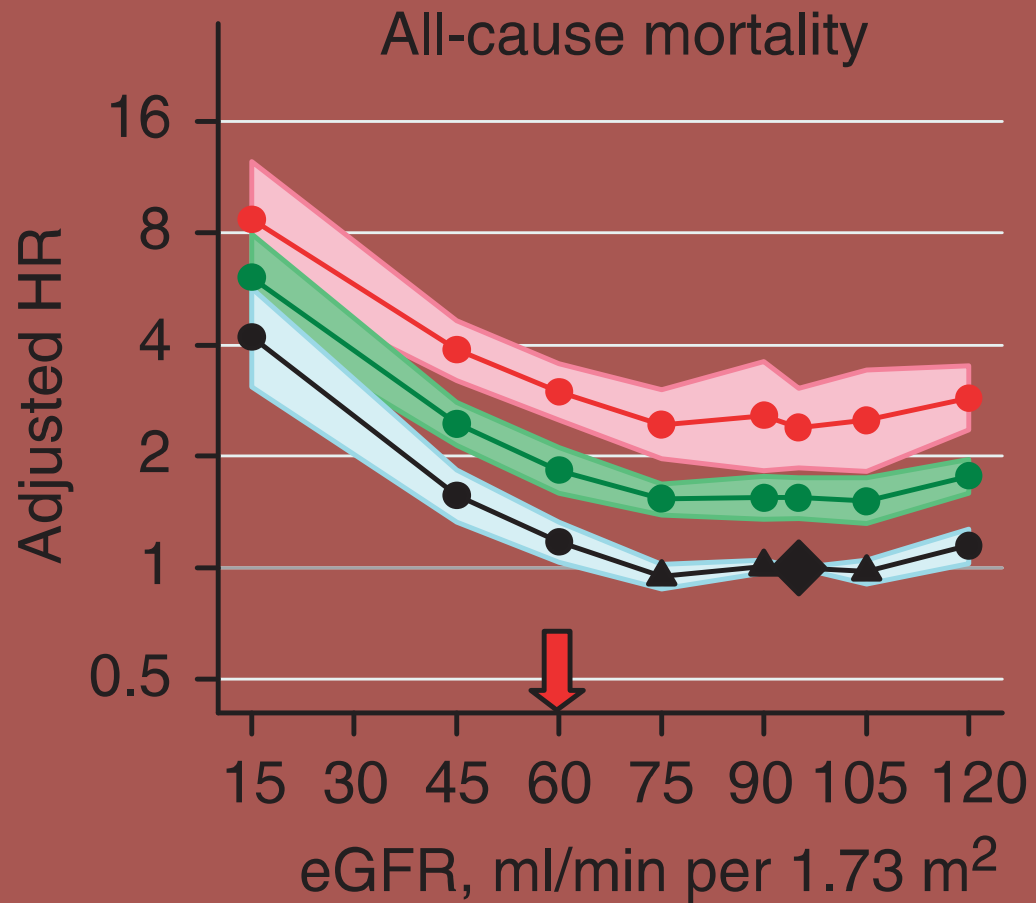
Proximal convoluted tubule

Loop of Henle

Vasa recta

WAAROM 1,73M²?

			
Normale nierfunctie Wanneer start dialyse?	10 mL/min 1 mL/min	100 mL/min 10 mL/min	1000 mL/min 100 mL/min
Normale nierfunctie Wanneer start dialyse?	100 mL/min*1.73m ² 10 mL/min*1.73m ²	100 mL/min*1.73m ² 10 mL/min*1.73m ²	100 mL/min*1.73m ² 10 mL/min*1.73m ²



Nierfunctie (eGFR in ml/min/1,73 m²)

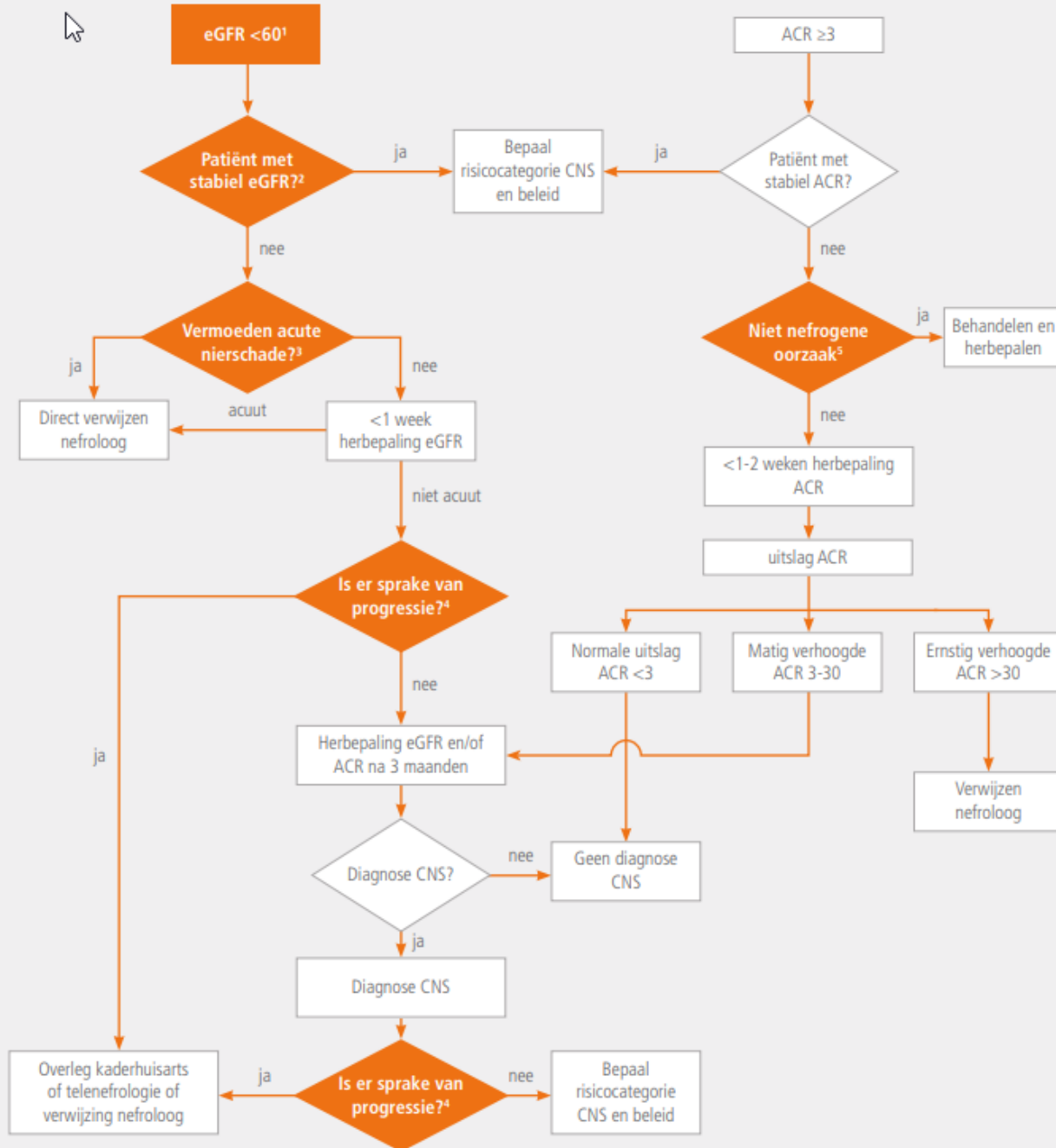
Albuminuriestadia (albumine-creatinineratio in mg/mmol)

Stadium	Beschrijving		Albuminuriestadia (albumine-creatinineratio in mg/mmol)		
			A1 Normaal < 3	A2 Matig verhoogd 3-30	A3 Ernstig verhoogd > 30
G1	Normaal of hoog	≥ 90	Geen CNS ¹	Mild verhoogd risico	Matig verhoogd risico
G2	Mild afgenomen	60-89	Geen CNS ¹	Mild verhoogd risico	Matig verhoogd risico
G3a	Mild tot matig afgenomen	45-59	Mild verhoogd risico	Matig verhoogd risico	Sterk verhoogd risico
G3b	Matig tot ernstig afgenomen	30-44	Matig verhoogd risico	Sterk verhoogd risico	Sterk verhoogd risico
G4	Ernstig afgenomen	15-29	Sterk verhoogd risico	Sterk verhoogd risico	Sterk verhoogd risico
G5	Nierfalen	< 15	Sterk verhoogd risico	Sterk verhoogd risico	Sterk verhoogd risico

Risicocategorieën: ■ Geen CNS¹ ■ Mild verhoogd risico ■ Matig verhoogd risico ■ Sterk verhoogd risico

BEHANDELRICHTLIJN

Stroomdiagram diagnostiek en evaluatie



INTERPRETATIE EGFR

1. Is er sprake van over of onderschatting?
 - ♥ Oude dametje / bodybuilder
2. Is de verlaging relevant?
 - ♥ Biologische variabiliteit/ meetfout
3. Is er sprake van progressie?
 - ♥ daling eGFR > 25% in 5 jaar
 - ♥ denk aan: medicatie/dehydratie/blaasretentie...> HA!

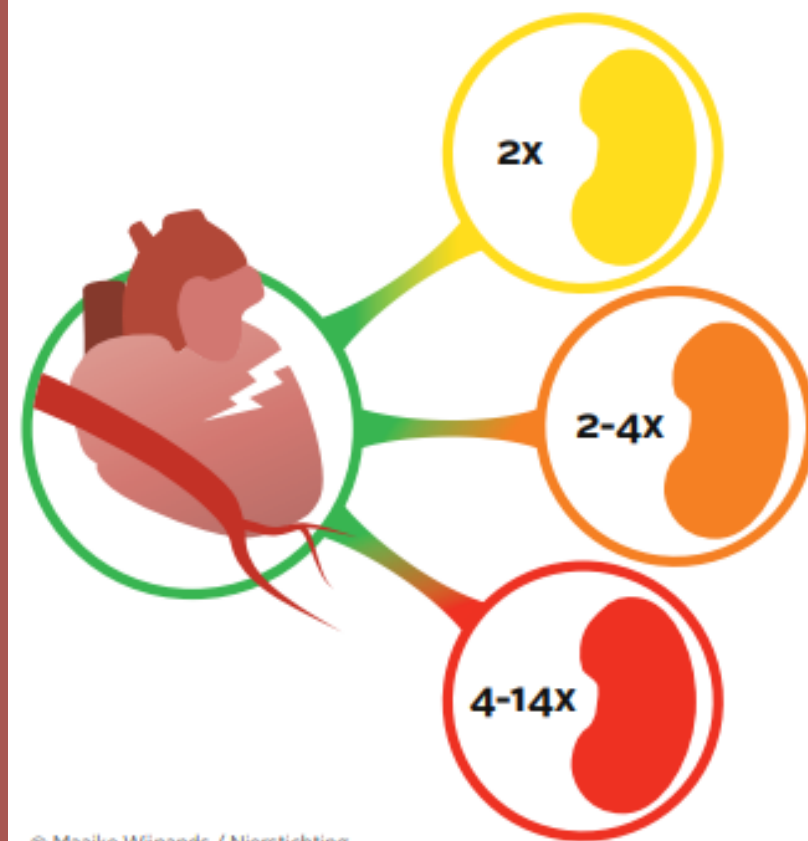
RISICOFACITOR

De risicocategorie CNS wordt toegepast in het berekenen van het risico op hart en vaatziekten

CNS is een losstaande risicofactor voor het ontwikkelen van HVZ

De streefwaarden voor bloeddruk overstijgen de CVRM streefwaarden

Vergroting kans op overlijden aan de gevolgen van hart- en vaatziekten



© Maaïke Wijnands / Nierstichting

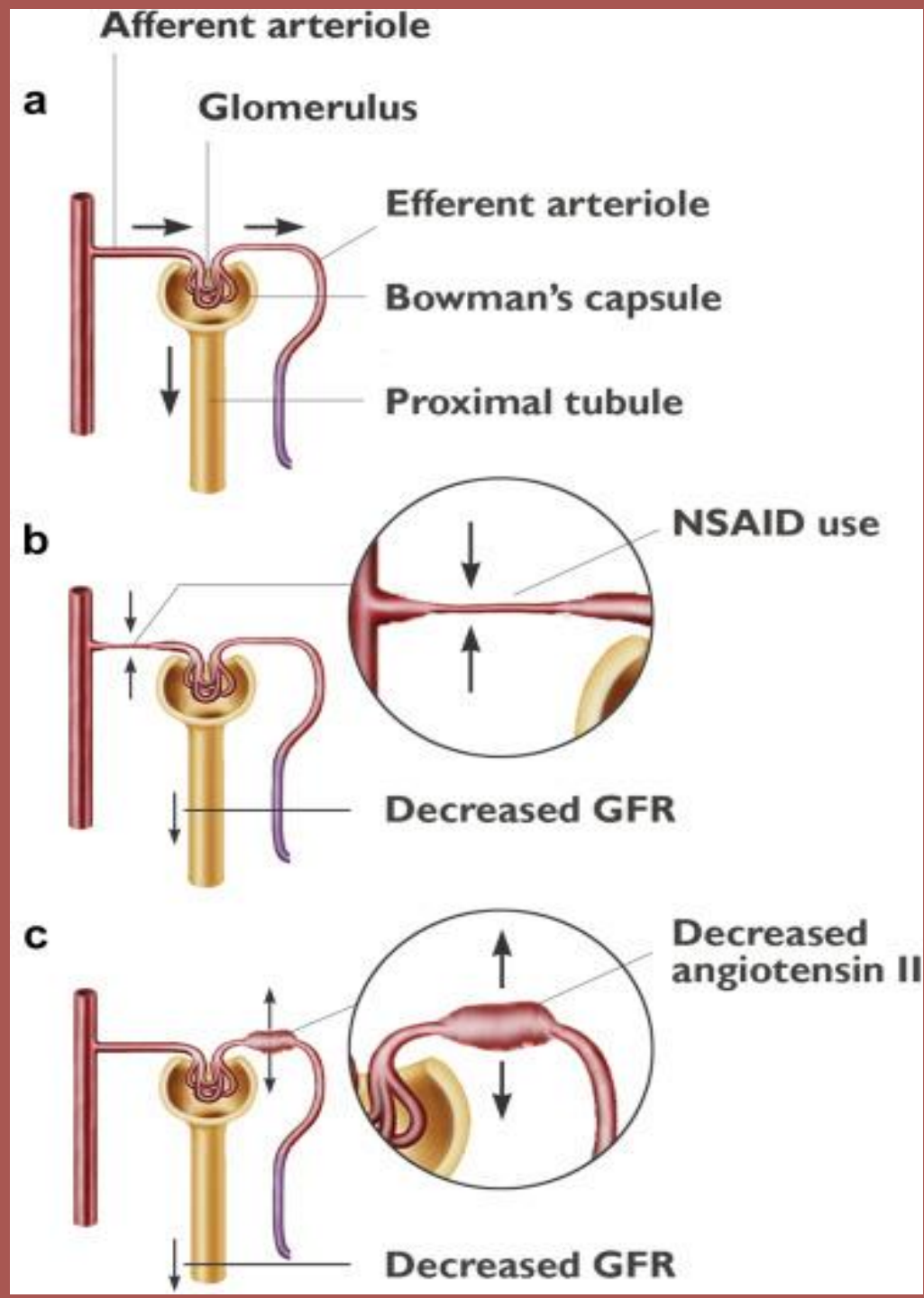
STREEFWAARDE BLOEDDRUK

Doelgroep	Streefwaarden (systolische bloeddruk)
Personen tot 70 jaar	<ul style="list-style-type: none">• <140mmHG• <130mmHG, indien goed verdragen wordt (met name bij CNS en DM met orgaanschade of ernstige risicofactor)
Vitale ouderen	<ul style="list-style-type: none">• <150mmHG• <140mmHG indien goed verdragen
Kwetsbare ouderen	<ul style="list-style-type: none">• <150 mmHG (voorzichtig titreren) Stop bij een diastolische bloeddruk <70mmHG Attentie op bijwerkingen

VOORLICHTING

- ♥ Nefrotoxische geneesmiddelen en zelfzorgmiddelen (bv. NSAID's)
- ♥ Beleid bij dehydratie

NSAID'S/ RAS-REMMERS



Combinatie NSAID- RAS-remmers en/of diuretica:

- ♥ Acute nierschade/nierinsufficiëntie
- ♥ Vochtretentie en hypokaliëmie
 - ♥ Mensen komen binnen 3 dagen kilo's aan
- ♥ Afname antihypertensief effect
 - ♥ Effect treedt na 1-2 weken op

(DREIGENDE) DEHYDRATIE

Overweeg controle de patiënt en bepaling eGFR, kalium, natrium

Overweeg op grond van klinisch beeld en eventueel lab:

- ♥ (tijdelijke) staken diuretica en dosering RAS-remmer halveren
- ♥ Bij hartfalen: dosering van diuretica én RAS-remmers (tijdelijk) te halveren
- ♥ Staak NSAID's, in ieder geval tijdelijk maar zo mogelijk helemaal

CONTROLES

- ♥ Cardiovasculair risicoprofiel, waaronder jaarlijkse eGFR/ACR en bloeddruk meting.
- ♥ Bij gebruik RAS-remmer of diureticum: minimaal jaarlijks controle natrium en kalium
- ♥ Individueel zorgplan

BELEID BIJ NF-DALING

Na starten ACE-remmer / ARB	eGFR 30 – 59	Daling >20% halveer de dosis en controleer eGFR na twee weken
	eGFR 15 – 29	Halveer de dosis en controleer eGFR na twee weken.
	eGFR <15	Stop ACE-remmer of ARB en controleer eGFR na twee weken
Na starten spironolacton	eGFR 15 – 44	Halveer de dosis en controleer de eGFR na twee weken
	eGFR <15	Stop spironolacton en controleer de eGFR na twee weken

Factsheet **deel 1**
Nieren, nierschade
en nierfalen

Nieren, nierschade en nierfalen

Nieren spelen een cruciale rol in ons lichaam.
Ze zijn het belangrijkste filter van het bloed.
Als ze minder goed werken heeft dat ingrijpende

De functies van nieren

Nieren zuiveren het bloed

Nieren verwijderen overtollige (afval)stoffen uit het bloed, zoals ureum (afvalproduct bij de eiwitstofwisseling) en creatinine (afbraakproduct van spieren) en afbraakproducten van hormonen. Ook verwijderen ze lichaamsvaarsstoffen, zoals medicijnen.

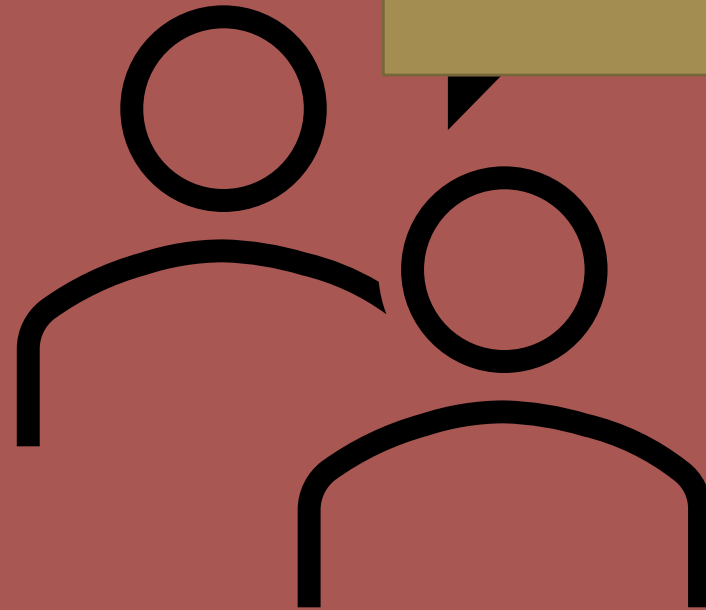
Nieren regelen de balans

Dat doen ze met een hormoon dat ook het zenuwstelsel reguleert. Het is betrokken bij de balans tussen zout (natriumchloride) en water.



8 factsheets te downloaden als PDF
Informatie en cijfers ter ondersteuning van je
spreekuur.

Vragen over:
Diagnose
Medicatie
Metabole complicaties



Kaderhuisarts
HVZ Bart van Oostendorp

Consulteren via:



REGISTRATIE

Als je bij alle zorgprogramma's hoofdbehandelaar & deelname ketenzorg invult komt het altijd goed.

Zorgprogramma's:

DM, HVZ, AF, HF, VVR, COPD & Ouderenzorg

VOORBEELD REGISTRATIE

Patiënt met Aneurysma Aorta jaarlijkse controle bij vaatchirurg en AF
jaarlijkse controle bij POH.

Hoofdbehandelaar CVRM: specialist, deelname ketenzorg CVRM: nee
Hoofdbehandelaar AF: huisarts, deelname ketenzorg AF: ja

Financieel komt de patiënt dan in de HVZ keten.
Op het dashboard van zorg op orde alleen onder AF.

VOORBEELD

Patiënt in DM keten met AF niet in tweede lijn onder controle.

Hoofdbehandelaar DM: huisarts, deelname ketenzorg DM: ja

Hoofdbehandelaar AF: huisarts, deelname ketenzorg AF: ja

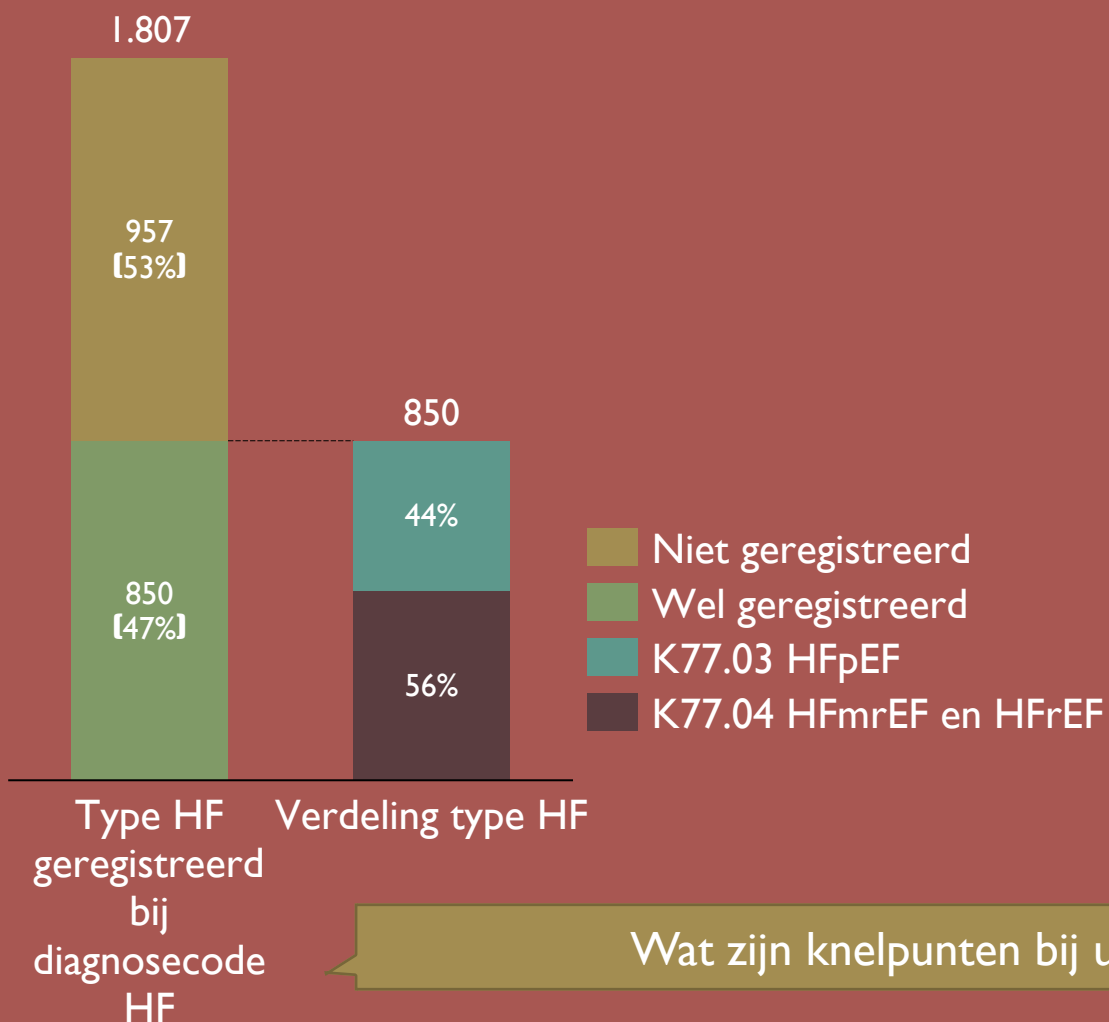
Financieel komt de patiënt dan in de DM keten.

Op het dashboard van zorg op orde op DM en AF.

PER 7-2-2023 IS VAN 47% VAN DE PATIËNTEN MET DIAGNOSECODE HF HET TYPE HF GEREГИSTREERD IN HET HIS

Status dossieronderzoek per 7-2-2023

in aantal unieke patiënten

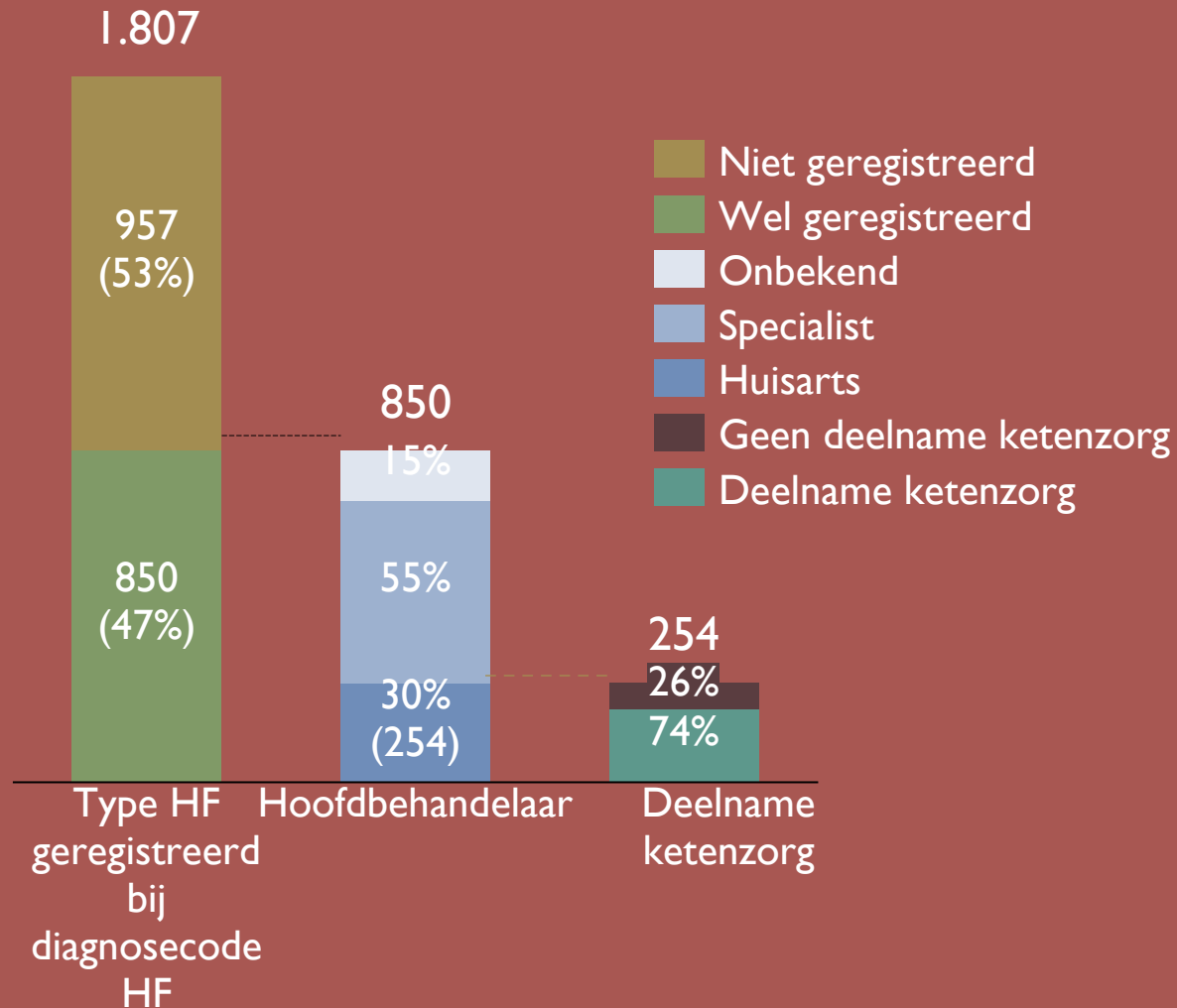


- Het doel is om de **registratie van het type hartfalen** naar 100% te krijgen. Dit betreft nu 47%.
- De verdeling van het **type hartfalen** dat is geregistreerd betreft nu 44% K77.03HFpEF en 56% HFmrEF en HFrEF.

Wat zijn knelpunten bij uitvoeren van dossieronderzoek?

De hoofdbehandelaar en deelname ketenzorg is nog niet bij alle patiënten geregistreerd waarbij type HF bekend is

Status dossieronderzoek per 7-2-2023
in aantal unieke patiënten



- De verhouding hoofdbehandelaar specialist/huisarts monitoren we gedurende het project. De hoofdbehandelaar is nog niet bij alle patiënten, die nu met type HF bekend zijn, geregistreerd (bij 15% is de hoofdbehandelaar onbekend).
- Patiënten met hoofdbehandelaar huisarts kunnen deelnemen in de ketenzorg. Dit betreft op dit moment 74% van de patiënten waarbij de huisarts als hoofdbehandelaar is geregistreerd en het type HF bekend is.

Fundusscreening

Controleer en bespreek bij elke jaarlijkse controle:

- Belang fundusscopie
- Wanneer is laatste fundus gemaakt
- Wanneer volgende oproep te verwachten?
- Indien bij oogarts; ook voor retinopathie?



Fundusscreening

Rapportage HC

- Fundusscopie >2 jr geleden? Vraag hem aan met spoed.
- Bijzonderheden te melden? Noteer deze in de rapportage.



Kaderhuisarts
COPD (Fida Neek)



Onduidelijke
uitkomst
spirometrie?

Consulteren via

