

Regionale transmurale afspraak Atriumfibrilleren regio Amstelland- Meerlanden

Amstelland Ziekenhuis
StAZ. Akkoord JtT, BR, FL, GL, MN, HK, YSA
Atal Medial
Apotheken regio Amstelland

Inhoud:

1. Inleiding en achtergrond	pag. 3
2. Aanbevelingen voor de huisarts	pag. 5
3. Verwijzing cardioloog	pag. 6
4. Verwijsprocedure	pag. 6
5. Aanvullend onderzoek cardioloog	pag. 7
6. Terugverwijzing huisarts	pag. 7
7. Informatieoverdracht bij terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn	pag. 7
8. Chronische zorg in de eerste lijn	pag. 8
9. Indicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweedelij bij een patiënt die in de eerste lijn begeleid wordt	pag. 9
10. Rol van de apotheker	pag. 9
11. Rol Regionaal Antistollings Centrum	pag. 10
12. Samenstelling van de initiatiefgroep	pag. 10

1. Inleiding en achtergrond:

Atriumfibrilleren is een veelvoorkomende aandoening op oudere leeftijd in de huisartsenpraktijk met een algemene prevalentie van 0,5%, oplopend tot een prevalentie van 6% in de populatie ouder dan 75 jaar. Mensen met atriumfibrilleren worden deels in de eerste lijn, en deels in de tweede lijn behandeld. Tot heden waren er geen duidelijke afspraken wie in de eerste lijn en wie in de tweede lijn behandeld werden. Daarnaast komen de richtlijnen van de ESC en de NHG niet geheel overeen met name met betrekking tot de indicatie voor voorschrijven van antistolling. Mensen met atriumfibrilleren gebruiken frequent antistolling om het hoge risico op een beroerte te doen afnemen. Antistollingsmiddelen vormen een grote groep van medicijnen die in zowel eerste als tweede lijn worden voorgeschreven.

In de HARM studie (2006) blijkt dat 2,4% van alle opnames en 5,6% van alle acute opnames medicijn gerelateerd is, waarvan 46% potentieel vermijdbaar. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland zou dit gaan om 41.000 medicijn gerelateerde opnames, waarvan 19.000 potentieel vermijdbare opnames, in 2006 berekend op 85 miljoen euro per jaar.

In 2013 werd naar buiten gebracht dat ondanks inspanningen vanuit de gezondheidszorg en het ministerie het aantal medicijn gerelateerde opnames was gestegen naar 49.000. Een belangrijk deel van deze opnames wordt veroorzaakt door trombocytenaggregatieremmers, vitamine K antagonisten (16,8%) en NSAIDs (5,1%).

In 2022 is het beeld anders: waren het voorheen met name vitamine K antagonisten, tegenwoordig worden met name DOACs als eerste keus voorgeschreven. Waar vroeger de trombosediensten een belangrijke rol speelden bij controle op therapietrouw, interacties, nierfunctie en complicaties, ontbreekt deze controlefunctie bij de DOACs. Wanneer patiënten ontslagen worden uit de tweede lijn is er (nog) geen andere manier om controle te houden op het gebruik van de DOACs dan patiënten te adviseren minimaal een maal per jaar de nierfunctie te controleren. De ervaring leert dat de meeste patiënten deze boodschap of niet krijgen, of niet horen wanneer deze in de tweede lijn wordt meegegeven, of deze in de loop van het jaar of de jaren vergeten. Er is nog geen gestructureerde manier om deze patiënten voor hun DOAC gebruikt op te roepen. Een situatie die het aantal medicijn gerelateerde complicaties, opnames en daarmee kosten zeker zal laten toenemen. Daarnaast is bekend dat bij de overgang van gebruik van vitamine K antagonist naar DOAC gemiddeld 10,1% van de mensen stopt met gebruik van antistolling (J. Thromb Haemost. Online 14 nov 2021).

Inzet van verpleegkundigen en POH

In verschillende studies is gebleken dat integrale zorg door gespecialiseerde verpleegkundigen leidt tot afname van mortaliteit. (Hendriks JML, et al. Eur Heart 2012, Gallagher C, et al. Heart 2017). Recent onderzoek laat zien dat ook integrale zorg van atriumfibrilleren in de eerste lijn vergeleken met reguliere zorg een sterftereductie van 45% laat zien. (Van den Dries, CJ et al European Heart ;41: 2836-44, tevens NTVG; 165:36-43)

In dit recente onderzoek worden patiënten met atriumfibrilleren in de eerste lijn begeleid door een daartoe getrainde POH. De praktijkondersteuner zag de mensen driemaal per jaar, en de huisarts zag de mensen éénmaal per jaar. Niet alle mensen werden toegelaten tot de zorg in de eerste lijn. Mensen met valvulair AF, een ICD, PVI of MAZE, recente of geplande cardiale ingreep, een levensverwachting minder dan 3 maanden of wilsonbekwaamheid werden uitgesloten van deelname. Zorg in de eerste lijn door getrainde praktijkondersteuners blijkt onder bepaalde voorwaarden voor een geselecteerde groep patiënten dus veilig en geeft in onderzoekspopulatie een sterftereductie van 45%. In het kader van de juiste zorg op de juiste plek kan voor een selecte patiëntengroep met atriumfibrilleren de zorg zeker op een veilige, kwalitatief met zorg in de tweede lijn vergelijkbare manier gegeven worden binnen de eerste lijn.

In een situatie waarbij minimaal 10% van de mensen bij overgang van gebruik van vitamine K antagonisten naar DOAC's stopt, het complicatierisico hoog is met 41.000 antistolling gerelateerde opnames, waarvan 19.000 potentieel vermijdbaar, daarnaast NSAID's nog op eenvoudige manier over the counter zonder triage verkrijgbaar zijn, en tenminste de helft van deze mensen op geen enkel moment op geen enkele manier onder controle is hiervoor, is het bieden van gestructureerde zorg van groot belang. Dit is de reden dat wij in onze regio ervoor gekozen hebben om gecombineerde gestructureerde zorg van atriumfibrilleren en antistolling te bieden, waarbij eerste en tweede lijn, laboratorium en trombosedienst afspraken hebben gemaakt om gezamenlijk de best mogelijke kwaliteit van zorg te leveren.

Deze regionale transmurale afspraak is onderdeel van de regionale afspraak rondom antistolling en heeft een eigen initiatiefgroep.

2. Aanbevelingen voor de huisarts bij het voelen van een irregulaire hartslag de novo.

Bij instabiele patiënt of instabiele angineuze klachten:

- De huisarts verwijst de patiënt met spoed naar de cardioloog. De patiënt wordt vervoerd per ambulance

Bij stabiele patiënt:

- a. Vaststellen van atriumfibrilleren:
 - Wanneer de huisarts denkt aan een boezemfibrilleren maakt hij/zij bij voorkeur op dat moment een ecg en beoordeelt dit.
 - Huisartsen die niet de beschikking hebben over een ECG-apparaat kunnen een ECG laten maken op de ecg-afdeling in het Amstelland ziekenhuis (tel nr: (020) 755 6107 of (020) 755 6109. Dit kan in overleg op korte termijn. De verwijzing verloopt via Ksyos. De cardioloog beoordeelt het ECG binnen 48 uur en Ksyos rapporteert de uitslag via edifact terug aan de huisarts
- b. Bij een normaal ecg met sinusritme overweegt de huisarts of er een indicatie is voor een eventrecorder om paroxysmaal atriumfibrilleren op te sporen indien patiënt niet verwezen wordt naar de tweede lijn. Bij een status na CVA, of TIA is deze indicatie er zeker. Voor advies over de duur van de Holter zie richtlijn CVA. De holter kan worden aangevraagd via Ksyos.
- c. Bij vastgesteld atriumfibrilleren:
 - De huisarts bepaalt of er sprake is van relevante co morbiditeit, zoals hypertensie, diabetes mellitus, (mogelijk) hartfalen, vaatlijden (coronair of perifere), (eerder) CVA of TIA, hartklepafwijkingen, verminderde nierfunctie, hyperthyreoïdie of OSAS
 - De huisarts legt uit dat er sprake is van (paroxysmaal) atriumfibrilleren.
 - De huisarts legt uit dat een verhoogde CHA₂DS₂-VAsC-score een (sterk) verhoogd risico op beroerte geeft en adviseert te starten met bloedverdunners.
 - De huisarts start orale anticoagulantia, en frequentie verlagende medicatie indien geïndiceerd volgens de NHG standaard Atriumfibrilleren bij CHA₂DS₂-VAsC-score > 1 (groter dan 1) tenzij harde contra-indicaties. NB. In de ESC-richtlijn van de cardiologen is een CHA₂DS₂-VAsC-score van 1 bij mannen en bij vrouwen 2 (waarbij vrouw zijn =1 punt) een overlegsituatie met de patiënt.
 - Er wordt gestreefd naar een minder strikte frequentie controle (lenient rate control) met een hartfrequentie in rust ≤ 110/min.
 - De huisarts controleert de patiënt volgens de NHG standaard Atriumfibrilleren
 - De huisarts vraagt een echo cor aan tenzij niet gewenst door patiënt en huisarts, indien mogelijk in eigen beheer.

CHA₂DS₂-VASc Score

	Score
C Congestive Heart Failure/LV Dysfunction	1
H Hypertension	1
A Age ≥ 75 Years	2
D Diabetes Mellitus	1
S Stroke (TIA/TE)	2
V Vascular Disease ^{a)}	1
A Age 65-74 Years	1
S Sex (female)	1

a. Prior myocardial infarction, peripheral artery disease, aortic plaque.
LV = left ventricular; TE = thromboembolism; TIA = transient ischemic attack

3. Verwijzing naar de cardioloog:

Direct overleg over verwijzing:

- AF korter dan 48 uur bij jonge patiënt (< 70 jaar) met of zonder klachten. Cardioversie is dan vaak succesvol en kan zonder antistolling plaatsvinden.
- AF korter dan 48 uur bij oudere patiënt (>70 jaar) met klachten. Cardioversie kan overwogen worden en kan zonder antistolling plaatsvinden

Overige verwijsindicaties:

- Leeftijd < 70 jaar en > 48 uur bestaand atriumfibrilleren. *Let op:* voor AF met onbekende duur is minstens 3 weken adequate antistolling nodig voor cardioversie kan plaatsvinden.
- Ventrikelfrequentie < 50 zonder frequentie verlagende middelen
- Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en b blokker
- Onvoldoende daling van de frequentie ondanks gebruik van 2 frequentie verlagende middelen
- Vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen, ernstige ischemie of andere ritmestoornissen
- Aanwezigheid van WPW-syndroom of plotse hartdood in de familie
- Paroxysmaal AF, wanneer de patiënt therapie wenst ter vermindering van het aantal aanvallen

4. Verwijsprocedure:

De huisarts verwijst indien gewenst en vermeldt in de verwijsbrief de relevantie informatie en voorgeschiedenis, recente lab uitslagen, holter uitslag en strookjes indien mogelijk. Patiënt haalt indien nodig actueel medicatieoverzicht op bij apotheek.

De huisarts maakt zo nodig een hoofdbehandelaar aan in het dossier

De patiënt wordt binnen 3 weken gezien op de poli cardiologie.

5. Aanvullend onderzoek cardioloog:

- Echo
- Eventueel Ergometrie
- Eventueel CAG
- Eventueel TEE
- Eventueel MRI-hart

6. Terugverwijzing eerste lijn:

- De cardioloog verwijst de patiënt terug naar de eerste lijn bij:
 - o Geen klachten van atriumfibrilleren
 - o Stabiele hartfrequentie < 110 in rust
 - o Stabiel ingesteld met eenmalig AF of stabiel bij PAF
 - o Indien reeds 1 jaar stabiel bij sinusritme
- De cardioloog houdt de patiënt onder controle bij:
 - o Persisterende klachten van atriumfibrilleren, zeker wanneer strikte frequentiecontrole (< 80/min) geïndiceerd is.
 - o Bij persisterende gebruik van Flecainide, Sotalol, of Amiodarone
 - o Onderliggend coronair lijden met significante ischemie of AP
 - o Onderliggende *belangrijk* kleplijden met indicatie tot follow up
 - o Hartfalen NYHA-klasse 3 of 4, of instabiel hartfalen NYHA-klasse 1 of 2
 - o Noodzaak van pacemaker
 - o Bestaande pacemaker of ICD
 - o Wanneer er neurologische complicaties geweest zijn in het voorafgaande jaar (TIA/CVA/bloeding)
 - o Gebruik van antistolling/ TAR`s tot het gebruik hiervan stabiel is. Wanneer er toch wijzigingen zullen volgen na ontslag uit cardiologische controle geeft de cardioloog heldere instructies wanneer de medicatie gestaakt moet worden:
 - Aan de patiënt
 - Aan de apotheek, middels STOP-datum op het recept
 - Aan de huisarts via de ontslagbrief.

7. Informatieoverdracht bij terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn:

- De cardioloog vermeldt in de ontslagbrief de laatste laboratoriumwaardes van de patiënt. (Met name kreatinine, eGFR, Na, K, Hb en TSH)
- De cardioloog vermeldt de uitslag van het laatste ecg. Graag beschrijven of toevoegen.
- De cardioloog vermeldt in de ontslagbrief de gegevens en de conclusies van de echo en evt. andere aanvullende diagnostiek
- De cardioloog doet aanbevelingen voor aanvullende controles buiten de standaard controles van de huisarts indien geïndiceerd.

- De cardioloog vermeldt in de brief of er sprake is van ritme of frequentie controle
- Wanneer medicatie van de patiënt na terug verwijzing naar de eerste lijn toch nog gewijzigd moet worden op advies van de cardioloog:
 - o Communiceert de cardioloog die met de patiënt en de huisarts (conclusies brief)
 - o Komt er een STOP-datum op het ontslagrecept

8. Chronische zorg in de eerste lijn:

- Als de huisarts ervoor kiest de weegconsulten uit te besteden maakt hij/zij een verwijzing naar het RAC (zie punt 11)
- Direct na terug verwijzing wijzigt de huisarts of POH zo nodig de hoofdbehandelaar in: ``hoofdbehandelaar huisarts``
- De huisarts/ POH controleert de patiënt tenminste jaarlijks en op indicatie vaker, en stemt de controlefrequentie af met de patiënt.
- Inhoud van de controle: het ``weegconsult``
 - o De hartfrequentie, zo nodig bij klachten met ECG ter vaststelling ritme en frequentie
 - o De huisarts kijkt of er sprake is van hartfalen
 - o Bij patiënten zonder antistolling kijkt de huisarts of er wijzigingen zijn waardoor de indicatie voor antistolling verandert (CHA₂DS₂-VAsC score).
 - o Bij patiënten met een DOAC kijkt de huisarts of er geen contra-indicatie is ontstaan voor DOAC's (zie NHG-standaard: leeftijd, nierfunctie, multipale comorbiditeit, interactie, verminderde therapietrouw of cognitieve stoornissen) Zo nodig overweeg overzetten op VKA.
 - o Bij alle patiënten met bloedverdunders wordt tenminste jaarlijks het bloedingsrisico geëvalueerd.
 - o Bij patiënten met een VKA worden de controles van de INR en de adviezen ten aanzien van de dosering van de VKA's door het Regionaal Antistollingscentrum gedaan.
 - o Bij digoxinegebruik controleert de huisarts jaarlijks de nierfunctie en het Kalium zn wordt de digoxinedosering aangepast
 - o Bij alle patiënten wordt tevens aandacht aan CVRM besteed. Gezamenlijk formuleren POH/ HA en de patiënt de aandachtspunten op het gebied van CVRM.
 - o Bij braken, diarree of tijdelijke infectie wordt geadviseerd contact op te nemen, omdat door dehydratie met verminderde nierfunctie een tijdelijke aanpassing van de dosis noodzakelijk kan zijn.
- Indicaties voor initiatief tot frequentere controles zijn:
 - o Aanwezigheid van hartfalen NYHA-klasse 2 of meer
 - o Klachten van hartkloppingen Gebruik van medicatie en snel teruglopende nierfunctie
- Huisartsen en praktijkondersteuners in de regio Amstelland werken op basis van Persoonsgerichte zorg. Zij hebben een scholing Positieve Gezondheid gevolgd samen met hun netwerkpartners. Persoonsgericht werken betekent aansluiting vinden bij de

- drijfveren en motivatie van de patiënt en biedt ruimte voor zorg en ondersteuning op maat. Dit betekent dat er samen met de patiënt beslissingen genomen worden ten aanzien van medisch beleid en preventie. De patiënt dient hiertoe goed geïnformeerd te worden. De zorg wordt zoveel mogelijk geïntegreerd door 1 hulpverlener geleverd in samenwerking met het netwerk rondom de patiënt. Waar nodig kan in overleg of op verzoek van de patiënt een verwijzing plaatsvinden naar bijvoorbeeld de nulde lijn.
- Centraal staat niet alleen de behandeling van het gezondheidsprobleem maar ook de manier waarop de patiënt met het probleem omgaat en in het leven staat. Hierdoor kunnen mensen met een chronische aandoening hun ziekte beter inpassen in het dagelijks leven.

9. Indicaties voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn bij een patiënt die in de eerste lijn begeleid wordt:

- Verwijs direct bij:
 - o Instabiele patiënt of instabiele angina pectoris
- Consultatie gewenst bij:
 - o Optreden van klachten toegeschreven aan het atriumfibrilleren
 - o Hartfrequentie > 110, niet reduceerbaar door medicatie van de huisarts (of >2 middelen nodig)

10. Rol van de apotheker:

- Voorlichting: De apotheek draagt zorg voor een adequate voorlichting bij de start met het gebruik van de DOAC's, wat de bijwerkingen zijn en welke verwachtingen de patiënt heeft en begeleid de patiënten daarna bij een tweede en vervolggift.
- Therapietrouw: De apotheker draagt bij aan preventie, vroege opsporing en een veilig en effectief geneesmiddelengebruik. Zowel de initiële als de chronische behandel fase omvat meerdere stappen, zoals het beoordelen van de farmacotherapie conform standaarden, medicatiebewaking, genees- en hulpmiddelen gereedmaken voor afleveren, ter handstellen en patiëntbegeleiding. De stappen zijn hieronder uitgewerkt. Daarnaast lost de apotheker alle overige zorgvragen van een patiënt met DOAC's situationeel op.
- Medicatiebewaking: apotheek controleert de medicijnen met de huidige en nieuwe medicatie. Hierbij wordt er ook meegenomen, dat producten uit de zelfzorg zoals gebruik van NSAID's onwenselijk is.

De apotheek controleert jaarlijks gebruikers van DOAC op nierfunctie en gewicht om een juiste dosering controle bij de indicatie uit te kunnen voeren. Er wordt ook gekeken of het geneesmiddelengebruik volgens de landelijke richtlijnen en/of lokale afspraken wordt ingezet, of dat op valide gronden wordt afgeweken. Bij afwijken, dient de arts dit op het recept te vermelden of op een andere manier kenbaar te maken.
- Indien nodig worden gegevens opgevraagd bij de huisarts, om tot een juiste beoordeling te kunnen komen. Dit zijn bijvoorbeeld gewicht, indicatie, nierfunctie, andere medicijnen en aandoeningen.

- De apotheker doet jaarlijks medicatiegesprekken met de kwetsbare groep DOAC-gebruikers, in samenwerking met de POH en/of huisarts, zodat de patiënt optimaal wordt behandeld.
- De apotheker bespreekt met de patiënt de mogelijkheid om de medicatie te verkrijgen via herhaalmedicatie of in een baxterrol

11. Rol van het Regionaal Antistollingscentrum (RAC, regio Amsterdam, Amstelland en Kennemerland).

Indien de huisarts(praktijk) niet in staat is om het periodieke weegconsult uit te voeren, zal deze taak in overleg met de praktijk kunnen worden uitbesteed aan het RAC. Dit geldt zowel voor patiënten die DOACs gebruiken, maar ook voor de VKA-patiënten. In dat geval verwijst de huisarts de patiënt met de specifiek zorgvraag naar het RAC voor de uitvoering van het periodieke weegconsult. Het RAC rapporteert bij voorkeur digitaal over de bevindingen van het periodiek consult aan de huisarts.

In de toekomst kan ook gesproken worden over de mogelijkheid om de begeleiding van de antistolling voor DOAC-patiënten aan het RAC uit te besteden.

Inhoud van het weegconsult:

- Bijwerkingen VKA, dan wel DOAC, met name bloedingen
- Beoordeling van de therapietrouw, en bij VKA-gebruik specifiek TTR en controletermijnen tussen opvolgende INR-metingen
- Bij patiënten zonder antistolling wordt bekeken of er wijzigingen zijn waardoor de indicatie voor antistolling verandert (o.b.v. CHA2Ds2 VASC score)
- Bij patiënten met een DOAC wordt bekeken of er geen contra-indicatie is ontstaan voor DOAC's (zoals bv leeftijd, nierfunctie, multiële co-morbiditeit, interactie, verminderde therapietrouw of cognitieve stoornissen) Zo nodig overweeg overzetten op VKA.
- Gebruik van *over the counter* medicatie (zoals NSAIDs)
- Bij braken, diarree of tijdelijke infectie wordt geadviseerd contact op te nemen, omdat door dehydratie met verminderde nierfunctie een tijdelijke aanpassing van de dosis van de DOAC noodzakelijk kan zijn.

Indicaties voor initiatief tot frequentere controles zijn:

- eGFR < 50 mL/min
- frequente kleine/grote bloedingen
- overige: zn. op advies HA/specialist/patiënt

12 Samenstelling initiatiefgroep:

Fere van Loenen Martinet (huisarts, kaderhuisarts hart-en vaatziekten)

Galina Ladyjanskaia (Amstelland ziekenhuis: Cardioloog)

Huib Kok (Atal Medial: beleidsadviseur en kwartiermaker)

Melchior Nierman (Trombosedienst: medisch leider)

Stefanie Mouwen (Amstellandzorg, Programma manager)

Wik ten Holt (Amstelland Ziekenhuis: Cardioloog)

Yuen San Au (apotheker)

