

Zorgprotocol Atriumfibrilleren

2021

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Ketenzorg Atriumfibrilleren	3
1.2	Over Atriumfibrilleren	4
1.3	Incidentie en prevalentie	4
1.4	Pijlers van GHC Ketenzorg AF	4
1.5	Voorwaarden voor deelname ketenzorg Atriumfibrilleren	5
1.6	Dit zorgprotocol	5
2	In- en exclusiecriteria	6
2.1	Inclusiecriteria	6
2.2	Exclusiecriteria	6
2.3	Inkaartproces	6
2.4	Samenhang met ketenzorg CVRM, DM en CL	8
3	Uitvoering zorg	9
3.1	Controle AF in de huisartsenpraktijk	9
3.2	Regionale afspraken	10
4	Kwaliteitsbeleid	11
4.1	Registratie van ICPC en hoofdbehandelaarschap	11
4.2	Registratieset Atriumfibrilleren	11
4.3	Scholingsbeleid Atriumfibrilleren	11
4.4	Kwaliteitsanalyses	11
Bijlage 1	Verwijs- en terugverwijscriteria	13
Bijlage 2	CHA₂DS₂-VASc-score	14
Bijlage 3	Registratieset AF	15
Bijlage 4	Incidence and prevalence of atrial fibrillation	17
Bijlage 5	MyDiagnostick	188
Bijlage 6	Checklist consult AF	199

1 Inleiding

1.1 Ketenzorg Atriumfibrilleren

Dit Ketenzorgprotocol Atriumfibrilleren (AF) is ontwikkeld door de Groninger Huisartsen Coöperatie (GHC), vanuit het kernteam Atriumfibrilleren. Het uitgangspunt ten aanzien van de inhoud van de zorg aan AF-patiënten is het streven naar een goede regulatie en het voorkomen van complicaties. De zorg aan deze patiënten is zodanig georganiseerd dat een patiënt dicht bij huis kwalitatief hoogwaardige en gestructureerde zorg ontvangt. De patiënt doorloopt de keten zonder tegen problemen als verwijzen, dubbele informatieverstrekking of verschil van (behandel)inzicht bij hulpverleners aan te lopen. De betrokken zorgverleners kennen elkaar en zijn bekend met elkaars zorgaanbod en werkwijze.

De zorg binnen een (lokale) keten wordt door de huisarts gecoördineerd, de huisarts heeft de regie en is verantwoordelijk voor de wijze waarop de zorg is georganiseerd. De huisarts is verantwoordelijk voor de zorgverlening aan zijn/haar eigen patiënten en zal in overleg met betrokken ketenpartners en zijn/haar patiënt een individueel educatie-, motivatie-, en behandelplan opstellen voor de patiënt.

Een spreekuur wordt opgezet volgens de standaarden en protocollen zoals verplicht gesteld bij deelname aan ketenzorg AF. De patiënt zal geïnformeerd worden over ketenzorg en de (eventueel) veranderende rol van de praktijk hierin. De huisarts onderstreept het belang van de rol van de patiënt in zijn/haar eigen ziekteproces. Hetzelfde geldt voor het belang van therapietrouw van de patiënt bij de uitvoering van de zorg

De behandeling van AF is gericht op het voorkomen van complicaties en verminderen van symptomen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van middelen voor ontstolling en rate-controle, met name in de tweede lijn ook ritmecontrole. Daarnaast zijn de algemene principes van CVRM-controle van toepassing (zie NHG-standaard CVRM). De huisarts werkt traditioneel vanuit een hulpvraag van de patiënt. Deze basistaak van de huisarts is het afgelopen decennium uitgebreid met ketenzorg voor patiënten met DM, COPD en hart- en vaatziekten (CVRM). De meeste huisartsen in Groningen en Noord-Drenthe hebben een ketenzorgprogramma gecontracteerd bij de zorgverzekeraar voor deze drie aandachtsgebieden. In deze ketenzorgprogramma's worden patiënten die onder de doelgroep vallen volgens een vastgesteld protocol behandeld en begeleid, met oproepsprekuren, en worden de resultaten van zorg transparant gemaakt. Voor patiënten met AF bestond de mogelijkheid om protocollair gecontroleerd te worden in een zorgprogramma alleen in de tweede lijn. De kosten hiervan zijn voor veel patiënten die stabiel zijn ingesteld echter relatief hoog. De huisarts is, ondersteund door de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige goed in staat de controle en behandeling uit te voeren. Hiervoor is ketenzorg AF door de GHC ontwikkeld. Voor het interpreteren van resultaten kan zo nodig overleg gevoerd worden met de cardioloog middels (tele)consultatie. Patiënten met een tweedelijns-indicatie (zie bijlage 1) blijven onder controle van de cardioloog in het ziekenhuis.

AF is geen geïsoleerde aandoening maar onderdeel van het spectrum van cardiovasculaire morbiditeit. De meeste patiënten met atriumfibrilleren in de huisartspraktijk zijn ouder dan 75 jaar en hebben comorbiditeit waaronder hypertensie, diabetes mellitus en/of ischemische hartziekten. Dit betekent dat een deel van de patiënten nu geïnccludeerd is in de ketenzorgprogramma's voor DM of CVRM. De opbouw van ketenzorg AF is zodanig dat ketenzorg AF naast ketenzorg CVRM of ketenzorg DM kan worden afgenomen. In de tariefstelling kan een aanpassing worden gemaakt om dubbelbetalingen te voorkomen. Het tarief voor ketenzorg AF wordt aangepast op basis van het aantal patiënten dat zowel in de categorie CVRM en AF valt en in de categorie DM en AF.

De ketenzorg voor AF is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Inkaartproces
- Actieve opsporing (casefinding) door de huisarts met gebruik van de MyDiagnostick
- Ontstolling en rate-controle
- Medicatiebewaking NOAC, zie medicatiebewakingsrapport in VIPLive.

- Basis CVRM zoals opgenomen in de ketenzorgprogramma's CVRM en DM (inclusief stoppen met roken)
- Toepassen van echocardiografie in de eerste lijn op indicatie via lokaal/regionaal aanbod (bij gecontracteerde aanbieders)
- Transmurale samenwerking (gebruik van consultatie en teleconsultatie)

1.2 Over Atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren (AF) is een hartritmestoornis waarbij het ritme volledig onregelmatig en meestal versneld is. Na extrasystolie (overslagen van het hart) is AF de meest voorkomende hartritmestoornis. AF kan klachten geven maar klachten kunnen ook ontbreken. Ook zonder aanwezigheid van klachten is het belangrijk AF te onderkennen omdat het kan leiden tot ernstige complicaties, in het bijzonder een beroerte (ischemisch CVA). Dit risico is 5 keer zo groot als bij patiënten zonder AF. AF is geen geïsoleerde aandoening maar onderdeel van het spectrum van cardiovasculaire morbiditeit. De meeste patiënten met atriumfibrilleren in de huisartspraktijk zijn ouder dan 75 jaar en hebben comorbiditeit, zoals hartfalen, hypertensie, diabetes mellitus, hartklepafwijkingen en/of ischemische hartziekten (NHG-standaard Atriumfibrilleren 2013).

1.3 Incidentie en prevalentie

AF komt vooral voor bij ouderen. De prevalentie van AF is 0,04% in de leeftijd van 25-45 jaar maar loopt op tot 6% bij 75 jaar en ouder en 18% bij 85 jaar en ouder. De prevalentie is hoger bij mannen dan bij vrouwen. Het risico om vanaf de leeftijd van 55 jaar AF te ontwikkelen bedraagt 24% bij mannen en 22% bij vrouwen. Met het oog op de vergrijzing in Nederland zal het aantal patiënten met AF de komende decennia dan ook fors toenemen (zie bijlage 4). Uit populatieonderzoek blijkt dat 25-35% van de patiënten met atriumfibrilleren niet als zodanig bekend is.

1.4 Pijlers van GHC Ketenzorg AF

De drie pijlers van het beleid zijn:

1. Patiënten met AF in de eerste lijn worden begeleid en behandeld in een ketenzorgprogramma. Atriumfibrilleren is een aandoening die onbehandeld kan leiden tot ernstige complicaties. Allereerst is er een 5x verhoogde kans op een ischemisch CVA. Daarnaast geeft AF aanleiding tot verminderde hartfunctie (hartfalen) hetgeen gepaard gaat met verminderd inspanningsvermogen en vermoeidheid. De kwaliteit van leven van patiënten kan door goede behandeling lang op peil blijven.
2. Huisartsen gaan actief op zoek naar nieuwe patiënten met AF zonder klachten (casefinding). Helaas blijven veel patiënten (25-35%) nog onontdekt omdat met name ouderen patiënten hier vaak in het begin geen klachten van hebben. Met behulp van MyDiagnostick zijn patiënten op een gemakkelijke manier op te sporen.
3. Huisartsen voeren aanvullend echocardiografisch onderzoek uit bij nieuw gevonden AF-patiënten. Als patiënten met AF ontdekt worden en er geen sprake is van een verwijscriterium kunnen patiënten in de eerste lijn worden gediagnosticeerd en behandeld. Het advies daarbij is een echocardiogram te laten verrichten. Binnen het ketenzorgprogramma zijn nu afspraken gemaakt over het laagdrempelig uitvoeren van eerstelijns echocardiografie in de Groninger ziekenhuizen. De patiënt blijft onder hoofdbehandelaarschap van de huisarts en er gaat een advies voor beleid van de cardioloog naar de huisarts. Uit analyse van Certe, cardiologen en GHC is gebleken dat ongeveer 15% van de patiënten met nieuw ontdekt AF na analyse het advies krijgt voor een verwijzing naar de tweede lijn. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om significant kleplijden of indicatie voor pacemaker. Ook tijdens controles in het kader van pijler 1 kan er een indicatie zijn voor echocardiografie.

1.5 Voorwaarden voor deelname ketenzorg Atriumfibrilleren

De voorwaarden voor deelname aan ketenzorg Atriumfibrilleren zijn:

- De GHC ziet ketenzorg AF als een vervolgstap op de ketenzorgprogramma's DM en CVRM. Daarom dient de huisarts een overeenkomst te hebben met de GHC voor ketenzorgprogramma's DM en CVRM.
- De praktijk heeft de zorg bij reeds gecontracteerde ketenzorgprogramma's op orde ('groen' in kwaliteitsbeleid voor deze ketens).
- De praktijk handelt conform het GHC-Zorgprotocol AF en de daarin opgenomen transmurale afspraken
- De zorg voor de AF-patiënt wordt geleverd door de huisarts en/of praktijkondersteuner (functionerend op minimaal HBO-niveau), die tevens hebben deelgenomen aan de GHC-scholingen ter voorbereiding op ketenzorg AF
- Vanaf het moment van deelname aan de keten AF beschikt de praktijk over een MyDiagnostick, voor het actief opsporen van risicopatiënten.
- De praktijk beschikt bij voorkeur over een ECG-apparaat en de huisarts is in staat zelf ECG's te interpreteren (of laat de ECG's door een cardioloog beoordelen). Indien de praktijk niet over een ECG-apparaat beschikt dan kan de huisarts de ECG-diagnostiek uitbesteden aan een derde partij (zoals Certe).
- De GHC-indicatoren voor AF-zorg (registratieset AF) zijn in de meetwaardentabel van het HIS genoteerd
- Bij alle patiënten met AF is het hoofdbehandelaarschap (AFHB) correct geregistreerd, zowel voor hoofdbehandelaar huisarts als hoofdbehandelaar specialist, zoals omschreven in het protocol
- Bij alle patiënten met AF en hoofdbehandelaarschap 'huisarts' is 'deelname ketenzorg ja/nee' op de juiste wijze geregistreerd
- Er heeft een praktijkvisiteatie plaatsgevonden door een GHC-medewerker om te checken of aan de instroomvoorwaarden is voldaan
- De overeenkomst GHC - huisarts inzake AF is getekend

1.6 Dit zorgprotocol

In het komende hoofdstuk worden eerst de inclusie- en exclusiecriteria voor de ketenzorg beschreven. Hoofdstuk 3 behandelt de uitvoering van de zorg volgens het protocol van de GHC in de huisartsenpraktijk. Tenslotte beschrijft hoofdstuk 4 het kwaliteitsbeleid voor ketenzorg AF.

2 In- en exclusiecriteria

Atriumfibrilleren wordt vaak bij toeval ontdekt. Soms omdat er zich al een ernstige complicatie heeft voorgedaan zoals het ischemisch CVA. Anderzijds melden zich soms mensen met vermoeidheidsklachten of kortademigheid op het spreekuur. In deze gevallen wordt vaak een aanwijzing gevonden voor AF bij lichamelijk onderzoek.

2.1 Inclusiecriteria

Het zorgprogramma AF van de GHC heeft betrekking op alle bestaande en nieuw gevonden patiënten met de diagnose AF in de eerste lijn en alle terugverwezen patiënten met AF vanuit de tweede lijn. De diagnose is (in het verleden) gesteld met behulp van een ECG, holterregistratie of eventrecorder. In de voorgeschiedenis (episode-pluslijst) staat de diagnose vermeld met ICPC-code K78.

2.2 Exclusiecriteria

Het zorgprogramma AF van de GHC heeft geen betrekking op de volgende patiënten met AF:

- patiënten jonger dan 65 jaar (tenzij actief terugverwezen door de cardioloog)
- nieuw gediagnosticeerde patiënten met AF met een verwijlsindicatie (zie bijlage 1)
- patiënten met significante klepafwijking en/of hartfalen
- patiënten die onder controle zijn van de cardioloog en niet vallen onder de criteria van terugverwijzing zoals genoemd in bijlage 1
- patiënten met een pacemaker

2.3 Inkaartproces

Bij deelname aan de AF-keten wordt eenmalig de AF-populatie ingekaart. In VIPLive is een lijst beschikbaar met patiënten die volgens de HIS-registratie (relevante ICPC-codes) in aanmerking zouden kunnen komen voor ketenzorg AF. Dit document kan gebruikt worden ter ondersteuning bij het inkaartproces.

2.3.1 Eerste stap inkaartproces:

1. Toekennen hoofdbehandelaar en deelname ketenzorg

Beoordeel elke patiënt op de patiëntenlijst die klaar staat in VIPLive. Noteer en/of wijzig de volgende gegevens in het HIS:

- indien er geen sprake is van AF: verwijder de diagnose en de ICPC-code K78 in het HIS.
- indien de specialist hoofdbehandelaar is: noteer 'hoofdbehandelaar AF = specialist' in het HIS.
- in alle overige gevallen: noteer 'hoofdbehandelaar AF = huisarts'. Bij deze patiënten dient ook de indicator 'deelname ketenzorg' ingevuld te worden. Noteer hierbij:
 - '**Ja**' indien u de patiënt in de afgelopen 12 maanden heeft gezien en de indicatoren volgens het protocol zijn ingevoerd.
 - '**Nee**' in alle overige gevallen.

U kunt de lijst van patiënten met 'hoofdbehandelaar AF = huisarts' en 'deelname ketenzorg AF **nee**' gebruiken om te beoordelen wie er alsnog in aanmerking kan komen voor het AF-spreekuur.

2. Extra extractie aanbieden aan VIPLive

Na het toekennen van het hoofdbehandelaarschap en de deelname keten ja/nee dient u een extra extractie aan te leveren van uw HIS. Dit is een nieuwe tussentijdse extractie die één maand voor de instroomdatum aangeboden moet worden. De GHC beoordeelt of u voor alle patiënten waarvan u de diagnose AF op actief heeft staan in uw episodelijst, er een hoofdbehandelaar is aangewezen (huisarts of specialist) en of u bij de patiënten met hoofdbehandelaar huisarts vervolgens de indicator deelname ketenzorg 'ja' of 'nee' heeft genoteerd. Tevens gaat de GHC na of u voor de patiënten die u heeft geïncludeerd in de ketenzorg AF de indicatoren heeft ingevoerd. Als u op de juiste wijze heeft ingekaart, zijn er voor alle patiënten die geïncludeerd kunnen worden in de ketenzorg AF ook recente controlegegevens ingevoerd in de meetwaardetabellen van het HIS.

Wanneer u deze eerste stap in het inkaartproces volledig heeft afgerond ontvangt u een M&I-vergoeding inkaarten AF.

2.3.2 Tweede stap inkaartproces: inclusie van patiënten

Nadat u gestart bent met de ketenzorg voor AF kunt u nieuwe patiënten includeren in de ketenzorg. Dit kunnen terugverwezen patiënten zijn vanuit de tweede lijn, nieuwe patiënten die zich aangemeld hebben in uw praktijk, of patiënten met AF die u heeft gevonden middels casefinding.

Alleen als aan de inclusiecriteria is voldaan en de HIS-registratie conform GHC-registratieset volledig is, mag de betreffende patiënt bij de GHC gedeclareerd worden in de AF-keten. Praktijken die starten met de AF-keten zullen in de regel hooguit enkele patiënten hebben die op de eerste peildatum gedeclareerd kunnen worden. Afhankelijk van de snelheid van inkaarten en het gehanteerde oproepsysteem kan dit in de kwartalen daarna verder toenemen.

Patiënten die mogelijk geïnccludeerd kunnen worden in de AF-keten dienen eerst gezien te worden op het spreekuur, ook wanneer ze vanuit de tweede lijn zijn terugverwezen. De registratie t.b.v. AF-ketenzorg kan dan volledig gemaakt worden en inclusie in de AF-keten wordt besproken met de betreffende patiënt. Inclusie in de AF-keten is mogelijk vanaf de eerstvolgende peildatum. De zorginhoudelijke inzet (het patiëntencontact) voordat inclusie in de AF-keten aan de orde is, kan gedeclareerd worden op de reguliere wijze (basis huisartsenzorg). Voor de niet-declarabele inzet van de praktijk bij het inkaartproces is een eenmalige vergoeding afgesproken met zorgverzekeraar Menzis. Hiervoor wordt bij deelname automatisch een addendum met declaratiecode toegezonden door Menzis.

Patiënten die momenteel onder controle zijn van de cardioloog maar terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn, kunt u via een standaardbrief (zie website GHC) of via VIPLive voorleggen aan de cardioloog. Het is van belang dat u alleen de patiënten aan de cardioloog voorlegt waarvan u zelf, op basis van uitslagen en correspondentie, vermoedt dat deze patiënt terug kan. Wanneer de cardioloog in de correspondentie reeds heeft aangegeven dat verdere controle in de eerste lijn mogelijk is, is het niet nodig deze patiënt opnieuw aan de cardioloog voor te leggen voor terugverwijzing.

Indien de cardioloog akkoord gaat met de terugverwijzing kunt u de patiënt hiervan op de hoogte stellen, eveneens via een standaardbrief (zie opnieuw website GHC). Voordat deze patiënt geïnccludeerd kan worden in de keten dient u de patiënt uit te nodigen op het spreekuur en dient de registratie van deze patiënt op orde te zijn.

Naast het in kaart brengen van 'bekende' AF-patiënten is het belangrijk dat er in de praktijk voldoende aandacht is voor casefinding middels de MyDiagnostick (zie bijlage 5) waarbij de patiënt een diagnostische staaf vasthoudt met beide handen en er in 60 seconden een betrouwbare uitslag is. Het signaal van de MyDiagnostick kan uitgelezen worden en kan gebruikt worden voor de diagnostiek van AF. Een 12-leads uitgang-ECG bij diagnose AF naast de one-leads ECG van de MyDiagnostick is bij de meeste patiënten een waardevolle aanvulling. Op een ECG kunnen ook andere diagnoses (zoals LVH of oud-infarct) gesteld worden.

2.3.3 Hoofdbehandelaar huisarts

In- en excluderen van patiënten in de keten gebeurt in de eerste plaats op basis van het noteren van het hoofdbehandelaarschap. Door het hoofdbehandelaarschap Atriumfibrilleren op huisarts te zetten, in combinatie met 'deelname ketenzorg AF' op ja wordt de patiënt geïnccludeerd in de keten. U mag hoofdbehandelaar huisarts noteren indien aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- de patiënt voldoet aan de genoemde inclusiecriteria (zie 2.1)
- er bij de patiënt geen sprake is van een exclusie criterium (zie 2.2)
- de patiënt op controlespreekuur van de huisarts of praktijkondersteuner is geweest in de afgelopen 12 maanden,

- én de uitkomsten van de controle zijn ingevoerd in de meetwaardetabellen (zie registratieset hoofdstuk 4.1)

Bij patiënten die op basis van de inclusiecriteria in aanmerking komen voor ketenzorg, maar waarbij de indicatoren nog niet volledig genoteerd zijn of indien er twijfel is over of dit het geval is, kunt u de hoofdbehandelaar op huisarts zetten, maar de deelname ketenzorg vooralsnog op 'nee'. Deze patiënten worden voorlopig geëxcludeerd uit de keten tot het moment dat u ze daadwerkelijk op het spreekuur heeft gezien en de patiënten geïnccludeerd kunnen worden.

In uitzonderlijke gevallen kan er ook sprake zijn van zorgweigeren voor naar u terugverwezen patiënten en noteert u in de meetwaardetabellen dat er sprake is van zorgweigeren (zie voor details hoofdstuk 4.1).

Starten in groen (kwaliteitsbeleid)

'Starten in groen' is het uitgangspunt. Dit houdt in dat het inkaartproces op de hierboven beschreven wijze is doorlopen. De registratie van geïnccludeerde en gedeclareerde patiënten is daarmee op orde.

2.4. Hoofdbehandelaar specialist

Voor alle overige patiënten wordt het hoofdbehandelaarschap op specialist gezet. Na de start van de ketenzorg kunt u uiteraard meer terugverwezen patiënten includeren in de ketenzorg als ze voldoen aan de vier criteria die genoemd zijn aan het begin van dit hoofdstuk 2.3.

2.5. Samenhang met ketenzorg CVRM, DM en CL

Naast de keten AF wordt altijd ook de zorg volgens de CVRM-keten of DM-keten (indien eveneens sprake is van de diagnose DMtype2) verleend. Eén van deze ketens kan aanvullend gedeclareerd worden, naast de AF-keten.

Indien er sprake is van zowel Atriumfibrilleren als Coronairlijden (CL) en de patiënt voor beide aandoeningen gecontroleerd kan worden in de eerste lijn wordt de patiënt in beide ketens geïnccludeerd. De zorg wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen van beide ketenzorgprogramma's. In het declaratieproces wordt, gezien de grote overlap van deze ketens, alleen de AF-keten uitbetaald.

3 Uitvoering zorg

3.1 Controle AF in de huisartsenpraktijk

Voor de behandeling en begeleiding van AF-patiënten volgt de praktijk de meest recente NHG-standaard AF. Als hulpmiddel tijdens de controles is er een checklist consult AF beschikbaar, zie bijlage 6.

3.1.1 Classificatie van atriumfibrilleren

Eerste aanval van atriumfibrilleren: de aandoening is niet eerder bij de patiënt vastgesteld. Het kan bij een enkele aanval blijven, vooral als er sprake is van een uitlokkende factor zoals een infectieziekte. Het kan echter ook de eerste manifestatie van paroxismaal atriumfibrilleren of het begin van persisterend atriumfibrilleren zijn. Het beloop in de tijd moet duidelijkheid verschaffen.

Paroxismaal atriumfibrilleren: aanvallen van atriumfibrilleren, die binnen zeven dagen spontaan herstellen. Deze aanvallen kunnen overdag ontstaan, bijvoorbeeld uitgelokt door inspanning, maar sommige patiënten krijgen juist 's nachts, na stress of postprandiaal een aanval.

Persisterend atriumfibrilleren: de aandoening bestaat langer dan zeven dagen. Wanneer de aandoening langer dan een jaar bestaat op het moment dat besloten wordt om het beleid te richten op cardioversie, spreken cardiologen van *langdurig* persisterend atriumfibrilleren.

Permanent atriumfibrilleren: de aandoening bestaat langer dan zeven dagen en de ritmestoornis wordt door patiënt en arts geaccepteerd. Er wordt geen poging tot cardioversie (meer) ondernomen.

3.1.2 Diagnosestelling

De huisarts stelt de diagnose atriumfibrilleren op grond van een ECG. De diagnose paroxismaal atriumfibrilleren wordt gesteld op grond van een ECG tijdens een aanval (one-leads ECG met MyDiagnostick of 12-leads ECG), of op grond van de uitslag van een Holter-registratie of onderzoek met een eventrecorder. Indien gebruik gemaakt wordt van de MyDiagnostick voor de diagnosestelling dient de digitale uitdraai van de MyDiagnostick via consultatie voorgelegd te worden aan de cardioloog ter bevestiging van de diagnose.

Het gebruik van de MyDiagnostick is in de NHG-standaard nog niet opgenomen. Valide registraties, uitgelezen en geanalyseerd op een PC en beoordeeld door de cardioloog, kunnen voldoende zijn voor de diagnose. De voorkeur gaat uit naar bevestiging met ECG.

De huisarts stelt vast of het atriumfibrilleren korter of langer duurt dan 48 uur.

Op grond van de beschikbare gegevens over het beloop stelt de huisarts vast of de patiënt een eerste aanval van atriumfibrilleren heeft, dan wel paroxismaal, (langdurig) persisterend of permanent atriumfibrilleren.

Huisartsen zijn gemachtigd een initieel recept NOAC's voor te schrijven, middels een ZN-formulier. Tevens kan een herhaalrecept NOAC door de huisarts voorgeschreven worden. Het ZN-formulier voor het voorschrijven van de NOAC vindt u op www.znformulieren.nl onder het kopje 'farmacie'.

Bij gebruik van NOAC dient de nierfunctie van de patiënt jaarlijks gecontroleerd te worden. Daarnaast is onderdeel van de keten AF om één keer per kwartaal medicatiebewaking NOAC te doen. Gebruik hiervoor het medicatiebewakingsrapport in VIPLive.

3.1.3 Instelfase

Controleer tijdens het instellen van de medicatie ter verlaging van de ventrikelfrequentie de patiënt wekelijks tot het behandeldoel is bereikt. Gebruik hiervoor bij voorkeur een ECG of download vanuit de MyDiagnostick. Besteed bij iedere controle aandacht aan tekenen van mogelijk hartfalen.

3.1.4 Stabiele patiënten met AF

Controleer nadat het behandeldoel is bereikt de patiënt in ieder geval jaarlijks. Beoordeel tijdens deze controle de hartfrequentie en of de patiënt verschijnselen heeft van hartfalen. Beoordeel daarnaast bij patiënten die geen orale anticoagulantia gebruiken of er veranderingen zijn in relevante risicofactoren aan de hand van de CHADS-VASc-score waardoor de indicatie voor antitrombotische behandeling verandert. Bij digoxinegebruik worden jaarlijks de nierfunctie en kaliumconcentraties gecontroleerd en wordt de dosering van digoxine zo nodig aangepast. Bij cardiovasculaire comorbiditeit kunnen aanvullende controles geïndiceerd zijn (zie de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement en ketenzorgprotocol CVRM van de GHC). In de registratieset AF (bijlage 3) staat vermeld welke gegevens jaarlijks bepaald worden. Adviseer patiënten bij iedere controle om contact op te nemen bij braken, diarree en/of intercurrente infecties; door een (tijdelijk) verminderde nierfunctie kan aanpassing van de dosering van orale anticoagulantia noodzakelijk zijn. Dit geldt vooral voor NOAC's, waarbij immers regelmatige controles van de stolling ontbreken.

3.2 Regionale afspraken

Door het kernteam cardiologie van de GHC zijn regionale afspraken gemaakt voor terugverwijzen en de transmurale samenwerking. Daarnaast zijn op een paar specifieke punten afspraken gemaakt over afwijkend handelen ten opzichte van de NHG-standaard:

- In de NHG-standaard wordt geadviseerd te ontstollen na 48 uur maar het transmurale ketenprotocol van de GHC adviseert ontstolling (indien geïndiceerd op basis van de CHADS-VASc-score) zo spoedig mogelijk na de diagnose AF te starten. Dit advies sluit aan bij de dagelijkse praktijk die huisartsen en cardiologen toepassen.
- Het transmurale ketenprotocol AF van de GHC wijkt af van de NHG-standaard AF bij CHA₂DS₂-VASc-score van 1 en stelt dat de keuze om wel of niet te starten met antitrombotische medicatie ook in overleg met de patiënt gemaakt mag worden.
- Het gebruik van de MyDiagnostick is in de NHG-standaard niet opgenomen. Valide registraties, uitgelezen en geanalyseerd op een PC en beoordeeld door de cardioloog, kunnen voldoende zijn voor de diagnose.

3.2.1 Terugverwijzen

Stabiele AF-patiënten dienen in principe terugverwezen te worden naar de eerste lijn, mits de patiënt onder de terugverwijscriteria valt zoals omschreven in bijlage 1.

3.2.2 Diagnose en aanvullend onderzoek bij patiënten

Voor besluitvorming over het antitrombotisch beleid is het van belang dat de huisarts vaststelt of er relevante comorbiditeit is: een eerder doorgemaakte trombo-embolie (zoals CVA of TIA), hartklepafwijkingen, verminderde nierfunctie, vaatlijden, (al dan niet behandelde) hypertensie, diabetes mellitus of (mogelijk) hartfalen. Daarom dient bij een nieuwe diagnose AF aanvullend een echocardiogram gemaakt te worden. Eerstelijns echocardiografie is in Groningen beschikbaar bij de Groninger ziekenhuizen en bij Nij Smellinghe in Drachten. Een indicatie voor echocardiografie is het vermoeden van een hartklepafwijking of van hartfalen. Aanvragen van het echocardiogram geschiedt via ZorgDomein, met de daarvoor bestemde aanvraagformulieren (zie opmerking 'in het kader van Ketenzorg AF' bij deze formulieren). Deze eerstelijns echocardiografie wordt via de keten bekostigd, de patiënt hoeft hiervoor geen eigen risico te betalen.

3.2.3 (Tele)consultatie cardioloog

In deze paragraaf worden de afspraken voor consultatie en teleconsultatie weergegeven. Consultatie kan plaatsvinden in de praktijk van de huisarts of op de praktijk van de cardioloog. Teleconsultatie voor atriumfibrilleren is ingericht door de GHC.

Indicaties voor (tele)consultatie zijn:

- verzoek beoordeling ECG (volledig ECG of uitdraai MyDiagnostick)
- bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie
- bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie
- bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende medicatie
- bij paroxismaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst.

4 Kwaliteitsbeleid

Ketenzorg AF is opgenomen in het algemene kwaliteitsbeleid van de GHC. Belangrijke onderdelen hiervan zijn het correct registreren van hoofdbehandelaarschap t.b.v. in- en exclusie, het registreren in de meetwaardetabellen volgens de registratieset van de GHC en het volgen van de scholingen. Specifieke punten inzake het kwaliteitsbeleid voor AF worden hieronder beschreven. Het algemene kwaliteitsbeleid, zoals het no-show-beleid, is beschreven in een apart document.

4.1 Registratie van ICPC en hoofdbehandelaarschap

De volgende punten zijn een voorwaarde voor juiste registratie van de keten AF:

- alle patiënten met AF krijgen de ICPC-code K78
- alle patiënten met AF krijgen een hoofdbehandelaar voor AF toegewezen:
 - o noteer huisarts indien de huisarts hoofdbehandelaar is, én:
 - noteer 'ja' bij deelname ketenzorg AF als de patiënt de afgelopen 12 maanden is gecontroleerd en de indicatoren van de registratieset ook daadwerkelijk zijn ingevoerd in het HIS (als de indicator deelname ketenzorg AF in uw HIS nog niet beschikbaar is: zet de indicator controlebeleid AF op de juiste controlefrequentie of overig).
 - noteer 'nee' bij deelname ketenzorg AF als de patiënt de afgelopen 12 maanden niet is gecontroleerd of de indicatoren van de registratieset niet zijn ingevoerd in het HIS (als de indicator deelname ketenzorg AF in uw HIS nog niet beschikbaar is: zet de indicator controlebeleid AF dan op 'geen vast controlebeleid' i.c.m. reden geen programmatische zorg).
 - o noteer specialist indien de specialist hoofdbehandelaar is
 - o hoofdbehandelaar 'overig/onbekend' is niet meer aan de orde als het inkaartproces juist is uitgevoerd.

Om de verschuivingen in hoofdbehandelaarschap te kunnen registreren is het nodig dat alle patiënten die bij u in de huisartspraktijk bekend worden gecodeerd. Registreer daarom per ingangsdatum van de start van ketenzorg AF in uw praktijk deze gegevens nauwkeurig.

4.2 Registratieset Atriumfibrilleren

In samenwerking met het NHG is een bepalingcluster Atriumfibrilleren samengesteld. Vanuit dit bepalingcluster heeft de GHC een registratieset AF opgesteld (zie bijlage 3). Het gebruik van deze registratieset is verplicht. In veel gevallen voert u tegelijkertijd de controle voor CVRM of DM uit. Om deze redenen zijn specifieke CVRM-items als stoppen met roken, cholesterolwaarden etc. niet opgenomen in de registratieset AF.

4.3 Scholingsbeleid Atriumfibrilleren

Huisartsen die starten met ketenzorg AF dienen voorafgaand, samen met de POH of PVH indien deze de zorg voor AF gaat leveren in de praktijk, de informatiebijeenkomst AF bij te wonen. Daarnaast moet de POH of PVH de basisscholing AF en het practicum AF volgen. Aanvullend organiseert ELANN in opdracht van de GHC opfrisscholingen en een basis cursus ECG lezen (voor huisartsen). Deze laatste twee scholingen zijn niet verplicht maar worden als zeer leerzaam ervaren.

4.4 Kwaliteitsanalyses

Op basis van de geregistreerde informatie in het HIS van de huisarts wordt door VIPLive in het portaal een overzicht gepresenteerd van:

- Aantal patiënten van wie bloeddruk is gecontroleerd (% onder 140/90 mmHg)
- Aantal patiënten van wie de hartfrequentie is gecontroleerd (% onder 110 bpm)
- Aantal patiënten met antistolling (% patiënten op NOAC of vitamine K antagonist)
- Aantal patiënten van wie jaarlijks nierfunctie is gecontroleerd (eGFR)

U kunt deze informatie voor interne kwaliteitsanalyse gebruiken. Het kwaliteitsbeleid van de GHC is momenteel gericht op procesindicatoren, niet op uitkomstindicatoren.

Bijlage 1 Verwijs- en terugverwijscriteria

Er zijn geen landelijke transmurale afspraken over AF. In het kernteam cardiologie van de GHC zijn een aantal criteria opgesteld voor verwijzing en terugverwijzing:

De huisarts verwijst patiënten met atriumfibrilleren:

- Bij een leeftijd jonger dan 65 jaar met een langer dan 48 uur bestaand atriumfibrilleren. Omdat atriumfibrilleren op jongere leeftijd zeldzaam is, is het zinvol met specialistisch onderzoek te proberen een onderliggende aandoening (zoals een klepafwijking of congenitale afwijking) aan te tonen of uit te sluiten.
- Bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende medicatie om te laten beoordelen of een pacemaker geïndiceerd is.
- Bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie).
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker en (vermoeden van) hartfalen.
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentieverlagende middelen (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie).
- Bij vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen (indicatie voor echodiagnostiek).
- Bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White-syndroom of wanneer in de familie van de patiënt plotse hartdood voorkomt.
- Bij Paroxysmaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst. Omdat contra-indicaties voor het gebruik van antiaritmica moeten worden uitgesloten, stelt de huisarts deze behandeling niet zelf in.
- Bij AF-patiënten met een pacemaker

De cardioloog verwijst patiënten met ongecompliceerd AF terug naar 1^e lijn (terugverwijscriteria):

- Alle patiënten met eenmalig of Paroxysmaal atriumfibrilleren die stabiel zijn ingesteld.
- Indien reeds 1 jaar stabiel bij geaccepteerd atriumfibrilleren, zonder veel bijkomende problematiek (geen hartfalen NYHA 3 of 4, geen ablatie in afgelopen jaar).
- Indien reeds 1 jaar stabiel bij sinusritme (zonder tussenliggende elektrische en of chemische cardioversies, geen ablatie in afgelopen jaar). Patiënten die flecainide, sotalol of amiodarone gebruiken blijven onder behandeling van de cardioloog.
- Geen neurologische complicaties (TIA/ iCVA/ bloeding) in het afgelopen jaar.

Bijlage 2 CHA₂DS₂-VASc-score

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 (C ongestive heart failure)	1
H	H ypertensie	1
A ₂	Leeftijd = 75 jaar (A ge)	2
D	D iabetes mellitus	1
S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (S troke)	2
V	V aatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (A ge)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (S ex c ategory)	1*

* alleen bij leeftijd > 65 jaar
Bij een totaalscore van 0 is sprake van een laag risico op een ischemisch CVA (ongeveer 0,5% per jaar), bij 1 een matig risico (ongeveer 1%) en bij 2 of hoger een hoog risico (oplopend tot meer dan 12%; gemiddeld ongeveer 5%).²⁰⁾

Registratieset AF

Versie maart 2021

Registratie eventueel aanvullen met registratieset DM of CVRM indien aan de orde

Acties	Parameter	Code	Afkorting	GHC kwaliteitsbeleid
1. Algemene gegevens:				
	Atriumfibrilleren (AF) in voorgeschiedenis	K78		registreren in episodelijst
	Hoofdbehandelaar atriumfibrilleren	3451	AFHB KZ	1x per jaar registreren, wijziging bijhouden
	Type Atriumfibrilleren	3656	AFTY KH	≥ 1x per jaar registreren
In- exclusie	Deelname ketenzorg AF	3838	AFKZ KZ	1x per jaar registreren, wijziging bijhouden
	Controlebeleid AF	3452	AFCB KZ	registreren en wijziging bijhouden
	Reden geen ketenzorg AF	3450	AFRZ KZ	exclusie ketenzorg (zorgweigeraars, medische redenen)
2. Anamnese:				
	Kortademigheid	1659	DYSP RQ B	
	Hartkloppingen	3258	HKLP KQ B	
	Angineuze klachten	1595	ANGK KQ	
	Tekenen hartfalen (o.a. perifere oedeem, dyspnoe d'effort)	1644	DETK KQ B	≥ 1x per jaar registreren
3. Lichamelijk onderzoek:				
Bloeddruk	Systolische bloeddruk (SBD)	1744	RRSY KA	≥ 1x per jaar registreren
	Diastolische bloeddruk (DBD)	1740	RRDI KA	
	Systolische bloeddruk (thuismeting)	2055	RRSY KA MH	alternatief voor SBD en DBD
	Diastolische bloeddruk (thuismeting)	2056	RRDI KA MH	
	Systolische bloeddruk (gemiddeld 24u)	2659	RRGS KA MH	alternatief voor SBD en DBD
	Diastolische bloeddruk (gemiddeld 24u)	2660	RRGD KA MH	
Hart en ritme	Hartfrequentie (ECG, MyDiagnostick)	3320	ECGF KH B	≥ 1x per jaar registreren
	Ventrikelfrequentie	3694	VFRQ KH B	
	Auscultatie hart	2060	AUSC KH	≥ 1x per jaar registreren
Tekenen hartfalen	Perifere oedeem	3007	POED LE	≥ 1x per jaar registreren
4. Laboratorium gegevens:				
Nier- functie Kalium	Risicocat.door nierschade (stndrd 2018)	3934	RCNS UN	≥ 1x per jaar registreren
	Kreatinine	523	KREA B	
	Kreatinineklaring	524	KREA O MK	
	eGFR (MDRD of CKD-EPI formule)	1919/ 3583	KREM O FB / KREC O FB	
	Kalium	513	K	
	NTproBNP	1968	NTPR B B	op indicatie bij verdenking hartfalen
5. Aanvullend onderzoek:				
	CHADS-VASC score ischemisch CVA	3657	CHVA AZ FB	1x per jaar registreren

	Echografie hart (echocardiogram)	3001	ECHO KH B	Bij diagnose en op indicatie
--	----------------------------------	------	-----------	------------------------------

Bijlage 4 Incidence and prevalence of atrial fibrillation

In Nederland: Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Heeringa et al, European Heart Journal 2006, Volume 27, Issue 8, 949-953

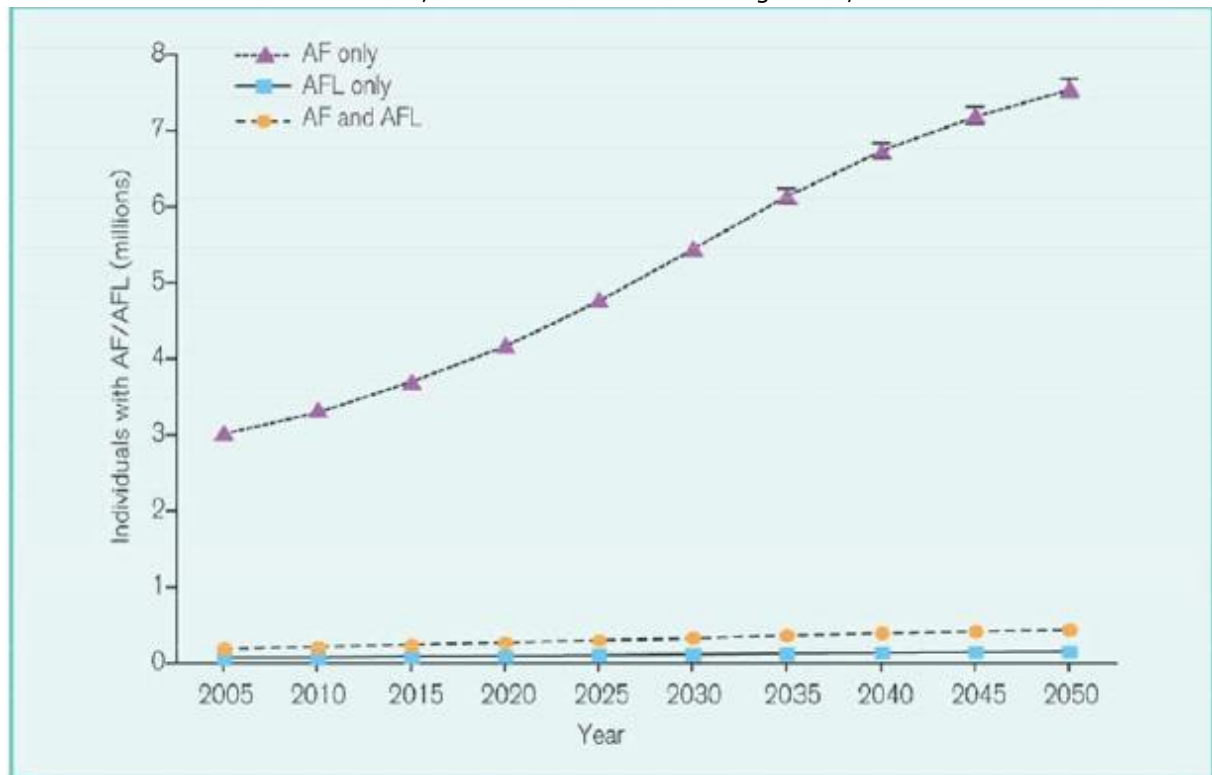
Results: Overall prevalence was 5.5%, rising from 0.7% in the age group 55–59 years to 17.8% in those aged 85 years and above. The overall incidence rate was 9.9/1000 person–years. The incidence rate in the age group 55–59 years was 1.1/1000 person–years, rose to 20.7/1000 person–years in the age group 80–84 years and stabilized in those aged 85 years and above. Prevalence and incidence were higher in men than in women. The lifetime risk to develop AF at the age of 55 years was 23.8% in men and 22.2% in women.

Conclusion: In this prospective study in a European population, the prevalence and incidence of AF increased with age and were higher in men than in women. The high lifetime risk to develop AF was similar to North American epidemiological data.

In de VS

The prevalence of A Fib and AFL in the United States is projected to increase from about 3.4 million (in 2005) to 8-12 million over the next 30 to 40 years.

Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2010 Update. A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. . Circulation. 2010;121:e1-e170. Accessed August 15, 2012.



Naccarelli et al. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. Am J Cardiol 2009;104:1534-39

Bijlage 5 MyDiagnostick

MyDiagnostick is een handzaam apparaat dat ingezet kan worden om Boezemfibrilleren oftewel Atrium Fibrilleren (AF) op te sporen; een veel voorkomende ritmestoornis van het hart. MyDiagnostick heeft de vormgeving van een stokje waarbij aan beide uiteinden een metalen handvat zit. In deze handvatten zitten elektrodes verwerkt die een ECG opnemen. Het ECG dat wordt opgenomen heeft een hoge kwaliteit.



MyDiagnostick kan meer dan honderd ECG's opslaan. De opgenomen ritme stroken kunnen via een USB verbinding worden uitgelezen in een computer.

Via een voor de arts toegankelijk webportaal, worden de ECG's getoond en kan AF worden geconfirmeerd en gedocumenteerd.

MyDiagnostick kan ingezet worden in de huisartsenpraktijk om AF op te sporen in een patiëntenpopulatie en voor controle van het hartritme.

In het geval van klachten waar AF de onderliggende oorzaak zou kunnen zijn kan MyDiagnostick voor een bepaalde periode aan de patiënt worden meegegeven. De patiënt kan dan thuis, op het werk of waar dan ook, elk moment van de dag met MyDiagnostick een meting verrichten.

MyDiagnostick is tevens geschikt om in het ziekenhuis ingezet te worden om vast te stellen of uit te sluiten of een beroerte een gevolg is van nog niet gediagnosticeerd AF.

Een cardioloog kan MyDiagnostick in de dagelijkse praktijk gebruiken bij patiënten waarbij AF wordt vermoed.

Bijlage 6 Checklist consult AF

Bestaand Atriumfibrilleren (AF)

Roep patiënt op voor spreekuur POH/verpleegkundige, maak een 1 lead ECG via de MyDiagnostick voor bepalen hartfrequentie. Of 12 leads-ECG op indicatie (*uitgangs-ECG bij diagnose AF*)

Bepaal bij NOAC gebruik in ieder geval nierfunctie en bij digoxine gebruik nierfunctie en kalium.

De basis voor AF is het CVRM protocol (evt. DM-protocol), aanvullend wordt onderstaand schema gehanteerd voor de jaarlijkse controle.

Onderstaand schema kan ook gebruikt worden voor tussentijdse controle.

Instabiele patiënten met AF dienen door de huisarts gecontroleerd te worden. Bij controle van AF door de POH/verpleegkundige is het uitgangspunt geen bijzonderheden tenzij er bij controle afwijkingen worden gevonden. Gebruik onderstaand schema bij de controle:

er bij controle afwijkingen worden gevonden. Gebruik onderstaand schema bij de controle:

Anamnese:			
1: Vraag naar de aanwezigheid van de onderstaande klachten en/of ga na of er sprake is van een toename van klachten:	aanwezig	toename	GHC indicator
<ul style="list-style-type: none"> - Palpataties /hartkloppingen - Pijn op de borst / angina pectoris, of pijn klachten in kaak, rug of armen. - Kortademigheid, met name bij inspanning of liggen - Oedeem /pitting benen - Syncope / collaps / flauwvallen - Duizeligheid - Moeheid - Nycturie <p><u>Huidige situatie atriumfibrilleren:</u> Symptomatische periodes van atriumfibrilleren afgelopen periode:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Nooit o Dagelijks o Wekelijks o Maandelijks o Jaarlijks (< 1x/maand) <p>Gemiddelde duur van een symptomatische periode atriumfibrilleren de afgelopen periode:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Minuten o Uren o Dagen <p><u>Uitlokkende factoren</u> 0 Ja 0 Nee <u>Indien ja:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Alcohol / Drugs o Schildklierlijden o Operatie o Infectie o E621 (E nummer in voeding) <p>Optioneel: Classificering bij atriumfibrilleren</p> <ul style="list-style-type: none"> o EHRA I = geen symptomen o EHRA II = milde symptomen (normale dagelijkse activiteiten worden niet beïnvloed) o EHRA III = heftige symptomen (normale dagelijkse activiteiten worden beïnvloed) o EHRA IV = onmogelijkheid tot uitvoer van dagelijkse activiteiten 			<p>3007 POED LE Perifeer oedeem</p> <p>1644 DETK KQ tekenen van hartfalen</p>
<p><i>Overleg bij klachten passend bij Angina Pectoris met de huisarts. Overleg bij toename dyspnoe met de huisarts (betekenis afhankelijk van context en comorbiditeit).</i></p>			

Lichamelijk onderzoek:		
2: Bloeddruk	RR	GHC indicator
Gebruik geen automatische bloeddrukmeter		1744 RRSY KA Systolische bloeddruk 1740 RRD I KA diastolische bloeddruk
<i>Streefwaarden bloeddruk: < 140/90 mmHg maar afhankelijk van context en co-morbiditeit</i>		
3: Auscultatie hart Longen bij tekenen van hartfalen		GHC indicator
Ga na of er een soufflé hoorbaar is en ga na in het dossier van de patiënt of de soufflé eerder is gehoord. Noteer datum laatste echo.	Datum laatste echo: Soufflé: ja / nee	2060 AUSC KH Auscultatie hart 2061 AFAU KH afwijking auscultatie hart
<i>Voor een goede beoordeling van een soufflé dient een echocardiogram te worden gemaakt. Een eerstelijns echocardiogram met beoordeling kan bij het ziekenhuis worden aangevraagd via Zorgdomein (vergoeding ziekenhuis en cardioloog via GHC, geen eigen risico patiënt voor patiënt in ketenzorg AF).</i>		
4: ECG		GHC indicator
Noteer type atriumfibrilleren	O Eenmalig O Paroxysmaal O Persistent O Permanent	3656 AFTY KH Type Atriumfibrilleren
Noteer de hartfrequentie ECG (MyDiagnostick):		3320 ECGF KH ECG hartfrequentie
Uitgangs-ECG of op indicatie: zijn er andere afwijkingen op het ECG en zo ja, zijn ze nieuw of is er toename van de afwijking (vergelijk met een oud ECG of beschrijving van het ECG door de cardioloog)		
<i>Streefwaarde hartfrequentie <110 slagen per minuut bij permanent AF. Laat ECG zo nodig beoordelen door cardioloog (consultatie en stuur ECG mee als PDF, vergoeding cardioloog via GHC, geen eigen risico patiënt).</i>		
Behandeling:		
5: Antistolling NOAC		GHC indicator
Nierfunctie (eGFR) 1x per jaar		1919 KREM O FB MDRD (eGFR) 3583 KREC O FB CKD-EPI (eGFR)
CHADS-VASC score (bereken totaal score) hartfalen (1), hypertensie (1), leeftijd 75en ouder jaar (2), DM (1), CVA/TIA (2), vaatlijden (1), leeftijd 65-74 jr. (1), vrouwelijk geslacht (1)		3657 CHVA AZ CHADS-VASC score
Controleer juiste dosering NOAC		
<i>Pas dosering NOAC zo nodig aan bij verminderde nierfunctie (z.o.z.); Ga na of antistollingsbeleid gewijzigd dient te worden [CHADSVASC score: 0 = geen medicatie 1 = in overleg met patiënt (risico bloeding/embolie is even groot) 2 of meer punten = ontstollen (acenocoumarol of eventueel NOAC, geen ascal)].</i>		

Classificaties:

Angina pectoris:

- o CCS I = geen beperkingen in dagelijks functioneren, AP klachten pas bij forse inspanningen/werk of sport.
- o CCS II = lichte beperking van normale activiteiten, AP klachten bij bijv. 2 trappen lopen.
- o CCS III = duidelijke beperking dagelijkse inspanningen, AP klachten bij lopen van een enkele trap in normaal tempo.
- o CCS IV = AP klachten bij minimale inspanningen

Hartfalen:

- o NYHA I = kortademigheid alleen bij flinke inspanning, geen symptomen tijdens normale activiteiten.
- o NYHA II = kortademigheid treedt op bij matige inspanning.
- o NYHA III = kortademigheid treedt al op bij geringe inspanning.
- o NYHA IV = kortademigheid in rust.

Overleg zo nodig laagdrempelig met vakgroep cardioloog van het ziekenhuis via consultatiefunctie VIPLive.

Deelnemende ziekenhuizen:

Martini Ziekenhuis
Nij Smellinghe Drachten
OZG
Treant, Refaja
UMCG

Schema aanpassing dosering NOAC (Gebruikt patiënt nog de juiste dosering?)

Bron tabel: <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-atriumfibrilleren-tweede-partiele-herziening#idp330240>

DOAC	Behandelschema	Beleid bij eGFR < 50 ml/min en andere redenen voor dosisaanpassing
Apixaban	2 dd 5 mg	eGFR 10-30 ml/min: 2 dd 2,5 mg
Dabigatran	2 dd 150 mg	eGFR 30-50 ml/min, leeftijd 75-80 jaar, of met gastritis, oesofagitis of bij patiënten met meer kans op bloedingen: overweeg 2 dd 110 mg eGFR < 30 is een absolute contra-indicatie Bij ouderen > 80 jaar of bij gebruik van verapamil dosering aanpassen: 2 dd 110 mg
Edoxaban	1 dd 60 mg	eGFR 10-50 ml/min, patiënten ≤ 60 kg of bij gelijktijdig gebruik van ciclosporine, dronedaron, erytromycine of ketoconazol: 1 dd 30 mg
Rivaroxaban	1 dd 20 mg	eGFR 10-50 ml/min: 1 dd 15 mg

Consultatie (indicaties voor (tele)consultatie zijn):

- Verzoek beoordeling ECG.
- Bij persistente klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie.
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie.
- Bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentie verlagende medicatie.
- Bij Paroxysmaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst.

Verwijscriteria huisarts

- Bij een leeftijd jonger dan 65 jaar met een langer dan 48 uur bestaand atriumfibrilleren. Omdat atriumfibrilleren op jongere leeftijd zeldzaam is, is het zinvol met specialistisch onderzoek te proberen een onderliggende aandoening (zoals een klepafwijking of congenitale afwijking) aan te tonen of uit te sluiten.
- Bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende medicatie om te laten beoordelen of een pacemaker geïndiceerd is.
- Bij persistente klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie).
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker en (vermoeden van) hartfalen.
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentieverlagende middelen (mogelijke indicatie voor cardioversie of chirurgische interventie).
- Bij vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen (indicatie voor echodiagnostiek).
- Bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White-syndroom of wanneer in de familie van de patiënt plotse hartdood voorkomt.
- Bij Paroxysmaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst. Omdat contra-indicaties voor het gebruik van antiaritmica moeten worden uitgesloten, stelt de huisarts deze behandeling niet zelf in.
- Bij AF-patiënten met een pacemaker

Terugverwijscriteria cardioloog

- Alle patiënten met eenmalig of Paroxysmaal atriumfibrilleren die stabiel zijn ingesteld.
- Indien reeds 1 jaar stabiel bij geaccepteerd atriumfibrilleren, zonder veel bijkomende problematiek (geen hartfalen NYHA 3 of 4, geen ablatie in afgelopen jaar).
- Indien reeds 1 jaar stabiel bij sinusritme (zonder tussenliggende elektrische en of chemische cardioversies, geen ablatie in afgelopen jaar). Patiënten die flecainide, sotalol of amiodarone gebruiken blijven onder behandeling van de cardioloog.
- Geen neurologische complicaties (TIA/ iCVA/ bloeding) in het afgelopen jaar.