

# Stedelijke Transmurale Afspraken Atriumfibrilleren – Amsterdam



*Stedelijke  
Transmurale Afspraken Atriumfibrilleren 2021*

Leden werkgroep CVRM/HVZ

David Koetsier	Kaderhuisarts HVZ – ROHA/AHa - voorzitter
Jonas de Jong	Cardioloog Electrofysioloog – OLVG
Nancy Colman	Cardioloog OLVG
Jill Dekker	Cardioloog BovenIJ Ziekenhuis
Loek van Heerenbeek	Cardioloog OLVG
Aernout Somsen	Cardiologie Centrum Amsterdam/CCN
Sébastien Krul	Cardioloog, Amsterdam UMC, AMC
Joris de Groot	Cardioloog, Amsterdam UMC, AMC
Michiel Kemme	Cardioloog, Amsterdam UMC, VUMC
Steven van de Vijver	Huisarts ROHA/AHa
Martijntje Quik	Huisarts SAG/AHa
Michiel Veth	Huisarts CHAGZ/AHa
Mireille van Bree	Huisarts GAZO/Aha - toehoorder
Anilka Zwartjes	Stichting Cardiologie Amsterdam, specialistisch verpleegkundige
Taco van Witsen	Apotheker
Marieke Maier	Projectleider SIGRA

*Aan de inhoud van dit document is in belangrijke mate bijgedragen door: Albert Willems (Cardioloog OLVG), Afra Burger (Verpleegkundig specialist), Figen Akyildiz (POH – Linneaus Medisch Centrum), Agnes Helmich (Verpleegkundig Specialist), Dionne Steenvoorden (Adviseur concernstaf – OLVG) en Sébastien Krul (Cardioloog i.o. – AMC).*

*De oorspronkelijke STA Atriumfibrilleren is opgesteld in 2017 en gereviseerd in 2021.*



Cardiologie Centra Nederland  
*Onze zorg klopt!*



## **Inhoud**

<b>1. Aanleiding en achtergrond .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Doel.....</b>	<b>5</b>
<b>3. Geldigheid van STA .....</b>	<b>6</b>
<b>4. Het ziektebeeld atriumfibrilleren .....</b>	<b>7</b>
a) Klachten.....	7
b) Risicofactoren.....	7
<b>5. Diagnostiek.....</b>	<b>8</b>
<b>6. Behandeling.....</b>	<b>9</b>
a) Behandeling van uitlokkende factoren/risicofactoren .....	9
b) Antistolling .....	9
c) Rate control.....	10
i. Medicamenteus.....	10
ii. Invasieve therapie (tweede lijn) .....	10
d) Rhythm control (tweede lijn).....	10
iii. Medicamenteus.....	10
iv. Cardioversie.....	11
e) Invasieve therapie .....	11
i. Kathetherablatie (pulmonaal vene isolatie) .....	11
ii. Ablatie via minimaal invasieve operatie .....	11
<b>7. Indicaties voor verwijzen naar cardioloog .....</b>	<b>12</b>
<b>8. Indicaties voor terugverwijzen naar huisarts .....</b>	<b>13</b>
<b>9. Stroomdiagram verwijs en terugverwijsafspraken.....</b>	<b>14</b>
<b>10. Afstemming en communicatie tussen huisarts en specialist.....</b>	<b>15</b>
<b>11. Informatie en voorlichting aan patiënt.....</b>	<b>16</b>
<b>Bronvermelding.....</b>	<b>17</b>
<b>Samenvatting STA Atriumfibrilleren conform App Amsterdam Transmuraal.....</b>	<b>18</b>

## **1. Aanleiding en achtergrond**

Het is zowel voor huisartsen als voor cardiologen niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is voor welk onderdeel in de begeleiding en behandeling van mensen met (verdenking op) atriumfibrilleren. Zowel vanuit de huisartsen als vanuit cardiologen in de regio Amsterdam is behoefte aan meer eenduidigheid over verantwoordelijkheden, (terug)verwijscriteria en de bijbehorende werkwijze.

Binnen de huisartsenkring Amsterdam/Almere is een project opgezet om een stedelijk protocol te ontwikkelen voor atriumfibrilleren. In eerste instantie wordt een protocol of stedelijke transmurale afspraken (STA) ontwikkeld met de Amsterdamse Huisartsen Alliantie en het OLVG mede namens het BovenIJ (vanuit de voormalige constructie TP-BOS, nu TP Amsterdam). Later zijn CCN, AUMC-AMC en AUMC-VUMC aangesloten.

## 2. Doel

Het doel van de STA is uniforme afspraken te maken over:

- welke diagnostiek nodig is
- welke behandelopties bestaan en wanneer deze mogelijk zijn
- wanneer verwijzen van huisarts naar AF polikliniek of cardioloog
- wanneer terugverwijzen van AF polikliniek of cardioloog naar huisarts
- hoe en wat gecommuniceerd wordt tussen huisarts, verpleegkundig specialist, specialist en patiënt
- een beschrijving van de belangrijkste taken en rollen in de zorg voor mensen met atriumfibrilleren zowel in de eerste als tweede lijn
- de werkwijze rondom het (terug)verwijzen

Er zijn aparte transmurale afspraken gemaakt over het antistollingsbeleid. Deze zijn niet opgenomen in deze STA voor atriumfibrilleren.

Tevens biedt de STA huisartsen met minder ervaring in de CVRM zorg houvast bij hun begeleiding en behandeling van mensen met atriumfibrilleren.

### **3. Geldigheid van STA**

Deze afspraken zijn geldig voor alle huisartsen aangesloten bij de Amsterdamse Huisartsen Alliantie en alle cardiologen, electrofysiologen en verpleegkundig specialisten werkzaam in OLVG, BovenIJ, CCN, AUMC locatie AMC en VUMC.

Deze afspraken gaan in vanaf het moment van akkoord door de projectgroep namens alle POH-ers, huisartsen uit de Amsterdamse Huisartsen Alliantie en de cardiologen uit de ziekenhuizen en zijn geldig totdat de inhoud niet meer accuraat is en gewijzigd dient te worden. Tenminste elke drie jaar wordt de inhoud van deze STA herzien.

De volgende revisie wordt gepland in 2024.

## **4. Het ziektebeeld atriumfibrilleren**

Atriumfibrilleren (AF) is een veelvoorkomende hartritmestoornis. AF kan ingedeeld worden in verschillende klassen of fasen, afhankelijk van hoelang de ritme stoornis aanwezig is in eerste episode van AF, paroxismaal AF, persisterend AF (langdurig persisterend indien langer dan een jaar) en permanent AF. Bij permanent AF wordt het AF geaccepteerd en wordt geen verdere rhythm control nagestreefd.

### **a) Klachten**

Atriumfibrilleren is een vervelende hartritmestoornis, maar niet levensbedreigend indien adequaat behandeld. Patiënten hoeven geen klachten te hebben (asymptomatisch). Maar veel voorkomende klachten zijn vermoeidheid, duizeligheid, wegrakingen, gevoel van onrust, dyspneu (symptomatisch). Ook kunnen bloedstolsels ontstaan tot bijvoorbeeld een hart- of herseninfarct kunnen leiden. Op de lange duur kan ongecontroleerd atriumfibrilleren leiden tot een hartspieraandoening of hartfalen ([hartstichting.nl](http://hartstichting.nl)). Het voelen van de pols, waarbij een onregelmatige hartslag wordt geconstateerd, is vaak de eerste wijze waarop atriumfibrilleren ontdekt wordt en wordt gezien als standard practice.

### **b) Risicofactoren**

Er zijn een aantal risicofactoren die de kans op het krijgen van atriumfibrilleren verhogen:

- hypertensie
- leeftijd, vanaf 55 jaar
- een chronische hartaandoening
- een te snel werkende schildklier
- intensief sporten
- COPD, OSAS
- Overgewicht, DM2

Vaak is geen duidelijke oorzaak aan te wijzen. Alcohol, roken, stress, koorts en gebruik van drugs kunnen atriumfibrilleren ingang zetten.

## 5. Diagnostiek

Onderstaande richtlijn voor diagnostiek komt grotendeels uit de NHG standaard voor atriumfibrilleren met aanvulling van het echocardiogram.

- Een **standaard ECG** bevestigt atriumfibrilleren indien de ritmestoornis plaatsvindt tijdens het maken van het ECG. Voor het lezen en interpreteren van een ECG is kennis en kunde nodig, enkele huisartsen zijn daartoe opgeleid. Als de huisarts deze niet heeft, kan gebruik gemaakt worden van tele-ECG. Een ECG kan ook via het ziekenhuis uitgevoerd worden als 'eerstelijns diagnostiek'.
- **Ambulante ritmeregistratie** d.m.v. bijvoorbeeld een Alivecor, smartwatch met ECG functie, een 24 uurs Holter (evt. 48 uur) of een eventrecorder. Een algoritme bepaalde diagnose moet gevalideerd worden door een bekwame beoordelaar. Een niet ECG-gebaseerde registratie (bv. photoplethysmografie registratie van een Fitbit of bloeddrukmeter) moet geconformeerd worden met een elektrische registratie. Vaak kunnen huisartspraktijken dit in eigen beheer (laten) doen of via de 'eerstelijns diagnostiek' in het ziekenhuis.
- **Laboratorium bepaling** kan in opdracht van de huisarts als 'eerstelijns diagnostiek' worden gedaan:
  - **TSH** en, indien afwijkend, vrije T4: atriumfibrilleren kan de enige klinische uiting van hyperthyreoïdie zijn;
  - **Hb**: anemie kan een uitlokkende factor zijn;
  - **Glucose**: diabetes mellitus is een belangrijke co-morbiditeit met consequenties voor het verdere beleid;
  - **eGFR** (nierfunctie) en **kalium**: uitgangswaarden bij het begin van de behandeling met digoxine en antitrombotische behandeling.

Het bestaan van atriumfibrilleren is op zichzelf geen reden voor bepaling van een B-type natriuretisch peptide (**BNP of NT-proBNP**). Bij vermoeden van hartfalen is deze bepaling echter wel geïndiceerd (zie de NHG-Standaard Hartfalen). Overigens zullen de meeste patiënten met atriumfibrilleren zonder hartfalen verhoogde waarden hebben.

- **Echocardiogram**: Bij alle patiënten met AF dient een (1,5 lijns) echocardiogram te worden verricht om structurele hartafwijkingen of kleplijden op te sporen, in individuele gevallen kan hier gemotiveerd van afgeweken worden. Deze kan in opdracht van de huisarts plaatsvinden of na verwijzing op de AF polikliniek of bij de cardioloog.



## 6. Behandeling

Voor atriumfibrilleren zijn verschillende behandelopties mogelijk. Afhankelijk van de leeftijd, fitheid en voorkeuren kan gekozen worden voor een bepaalde behandeloptie of een combinatie van behandelingen. In de recente ESC richtlijnen van 2020 is er meer aandacht gekomen voor de aanpak van cardiovasculaire risicofactoren om de progressie van atriumfibrilleren te verminderen en is de nadruk op preventie van complicaties, in het bijzonder het herseninfarct, groter geworden.

### a) Behandeling van uitlokkende factoren/risicofactoren

#### Doel: Identificeren en optimaliseren van behandelbare risicofactoren

Het is bekend dat onderliggende ziekten atriumfibrilleren kunnen uitlokken danwel de progressie kunnen versnellen. Onder andere diabetes, schildklierdysfunctie, OSAS, COPD en nierinsufficiëntie verhogen de kans op het ontwikkelen van atriumfibrilleren.

Tevens zijn risicofactoren voor het ontwikkelen van atherosclerose ook van invloed op de ontwikkeling van atriumfibrilleren. Roken, hypertensie, diabetes, alcoholgebruik en obesitas zijn belangrijke modificeerbare risicofactoren, waar behandeling van deze risicofactoren leidt tot minder aanvallen van atriumfibrilleren. Derhalve zijn atriumfibrilleren patiënten gebaat bij CVRM en gecombineerde leefstijl-interventie.

### b) Antistolling

#### Doel: Inschatten tromboembolisch risico en behandeling hiervan

Het risico op een herseninfarct en de daaruit volgende indicatie voor het starten van antitrombotische medicatie, wordt bepaald met de [CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score](#)

#### [CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc](#) Puntenlijst:

<b>C</b> Congestive Heart Failure (HF of li ventriculaire diastolische dysfunctie)	1
<b>H</b> Hypertensie (>140/90 of medicatie)	1
<b>A2</b> Age: leeftijd $\geq$ 75	2
<b>D</b> Diabetes Mellitus	1
<b>S2</b> Stroke: TIA, CVA of systemische embolie in VG	2
<b>V</b> vasculaire aandoeningen (PAV, ACS, AAA)	1
<b>A</b> Age: leeftijd 65-74	1
<b>Sc</b> Sexe: vrouw	1

1. Antistolling voor beroertepreventie is geïndiceerd in
  - mannen met een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score  $\geq$ 2
  - vrouwen met een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score  $\geq$ 2
2. Geen antitrombotische therapie, ook geen trombocytenuremmer bij
  - mannen met een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score = 0

- vrouwen met score = 1
3. In de categorie mannen met een score = 1 op basis van leeftijd is er een verschil in advies van NHG en ESC.
- NHG: geen antistolling;
  - ESC: antistolling dient overwogen worden;

Het is aan te raden om de risico's en gevolgen van een beroerte alsmede het risico op een bloeding af te wegen en te bespreken met de patiënt om zodoende in kader van Shared Decision Making tot een besluit te komen. Eventueel kan een patiënt hiervoor verwezen worden.

De CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score dient jaarlijks bepaald te worden.

### Opmerkingen

Trombocytenaggregatieremmers zijn **niet** geïndiceerd voor de preventie van een herseninfarct bij atriumfibrilleren. Het komt wel voor dat er een additionele indicatie voor trombocytenaggregatieremmers bij patiënten met boezemfibrilleren (bv na percutane coronaire interventie).

Drie weken **voor** (indien ECV 48u na begin AF) en vier weken **na** een electieve **cardioversie dient sowieso** adequate antistolling (NOAC of VKA met INR 2-3) gegeven te worden ongeacht CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc. Een uitzondering vormt AF dat met zekerheid <48u bestaat, cardioversie kan dan zonder voorafgaande OAC worden verricht. Bij ablatie ten minste 3 weken ervoor en tenminste 8 weken erna.

## c) Rate control

**Doel: Behandelen van klachten en een streeffrequentie <110/min. Bij persisterende klachten of hartfalen streeffrequentie <80/min.**

### i. Medicamenteus

Bij rate-control wordt het atriumfibrilleren geaccepteerd. Hierbij is de behandeling gericht op het voorkomen van hoge hartfrequenties door de AV knoop te onderdrukken met medicamenteuze behandeling (bètablokkers, digoxine of non dihydropyridine calciumantagonisten).

### ii. Invasieve therapie (tweede lijn)

Als patiënten symptomatisch blijven ondanks medicatie en er geen mogelijkheden zijn tot rhythm control kan er overwogen worden om een pacemaker te plaatsen en de AV geleiding op te heffen met een ablatie (His-ablatie). De patiënt wordt hierdoor pacemaker afhankelijk.

## d) Rhythm control (tweede lijn)

**Doel: Behandelen van klachten ondanks adequate rate controle door herstellen en behoud van sinusritme.**

### iii. Medicamenteus

Bij rhythm-control wordt gestreefd naar sinusritme door medicatie, cardioversie of ablatie. Medicamenteuze rhythm control wordt bereikt met antiaritmica

(bijvoorbeeld flecainide, sotalol, amiodaron). Antiaritmica hebben het risico om ventriculaire ritmestoornissen uit te lokken.

iv. *Cardioversie*

- **Elektrische Cardioversie**

Een elektrische cardioversie is een veilige manier om het normale hartritme (sinusritme) te herstellen bij patiënten met een hartritmestoornis. Met een defibrillator geeft de arts, onder sedatie, een elektrische schok aan het hart, om het sinusritme te herstellen.

- **Chemische cardioversie**

Chemische cardioversie is een cardioversie (reset) met behulp van antiaritmica via een infuus.

**e) Invasieve therapie**

i. *Kathetherablatie (pulmonaal vene isolatie)*

Bij een ablatie schakelt de cardioloog (endovasculair) het hartweefsel uit dat hartritmestoornissen veroorzaakt. Dit gebeurt door verhitting of bevriezing van hartweefsel. Dit gebeurt binnen in het hart via de bloedvaten.

ii. *Ablatie via minimaal invasieve operatie*

Bij minimaal invasieve chirurgie wordt met zo klein mogelijke sneetjes aan twee kanten in de borstkas kleine openingen gemaakt. De cardio-thoracaal chirurg kan dan met een kleine camera en met speciale instrumenten de gebieden in de boezem van het hart van buitenaf uitschakelen door brandplekjes te maken net zoals bij een kathetherablatie gebeurt.

## 7. Indicaties voor verwijzen naar cardioloog

De onderstaande indicaties voor verwijzen naar een AF-polikliniek dan wel cardioloog door een huisarts zijn in overleg gemaakt door de werkgroep en zoveel mogelijk in lijn met de NHG en NVVC richtlijnen. De belangrijkste redenen om te verwijzen zijn symptomen en het inschatten van behandelbare factoren die de prognose beïnvloeden.

In principe geldt:

- **Asymptotisch dan wel symptomatisch en vermoeden op AF → verwijzen naar AF-polikliniek dan wel cardioloog**
  - o <48 uur bekend symptomatisch → met spoed verwijzen want dan kan nog eventueel een cardioversie verricht worden zonder eerst 3 weken antistolling te moeten starten
  - o 48> uur symptomatisch of (on)bekend → reguliere verwijzing
- **Meerdere comorbiditeiten en asymptomatisch (geen duidelijke klachten gerelateerd aan AF)**
  - o Echocardiografie of verwijzen AF-polikliniek voor uitsluiten hartfalen en kleplijden, dan gericht bepalen of een cardioversie zinvol geacht wordt. Bij ernstige kleplekkage of slecht pompfunctie heeft cardioversie weinig kans van slagen op persistent sinusritme.
    - Bij afwijkingen → reguliere verwijzing naar cardioloog
    - Bij geen afwijkingen → huisarts bespreekt met patiënt of hij/zij verwezen wil worden voor advies en evt. behandeling door eenmalige cardioversie
- Vaak wordt een **DOAC, Directe Orale Anticoagulantia (ook wel NOAC, Non-vitamine K Orale Anticoagulantia genoemd)** gestart. Volg NHG adviezen of regionale afspraken rondom DOAC's.
- Indien een patiënt een ritme controle nodig heeft (**antiaritmicum; flecaïnide, disopyramide, amiodaron, propafenon of sotalol**) is verwijzing naar en behandeling door een cardioloog altijd noodzakelijk ongeacht leeftijd in verband met eventuele pro-arritmische effecten van deze middelen. Minimaal jaarlijkse controle door cardioloog of AF verpleegkundige is geïndiceerd bij patiënten met ritme controle medicatie.

## 8. Indicaties voor terugverwijzen naar huisarts

De onderstaande indicaties voor terugverwijzen naar de huisarts door een verpleegkundig specialist dan wel cardioloog zijn in overleg gemaakt door de werkgroep en in lijn met de NHG en NVVC richtlijnen.

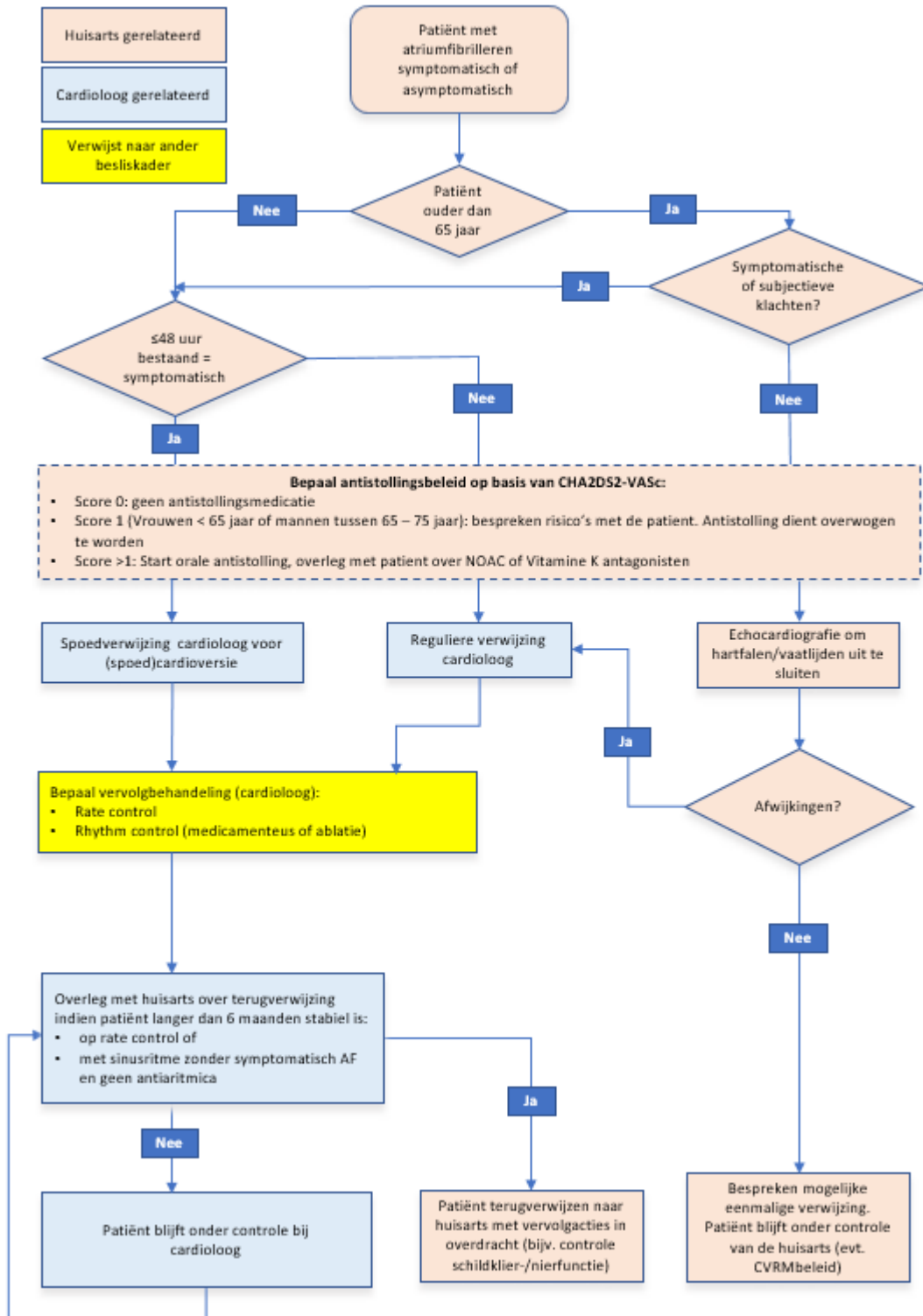
Is de patiënt:

1. **Zes maanden stabiel op rate control** → terugverwijzen naar huisarts
2. **Zes maanden stabiel sinusritme** zonder symptomatisch AF en geen antiaritmica → terugverwijzen naar huisarts
3. **Twaalf maanden stabiel sinusritme** na invasieve behandeling in het kader van **rhythm control** en geen antiaritmica → terugverwijzen naar huisarts.

### Opmerkingen

- In alle gevallen geldt dat na terugverwijzing naar de huisarts, binnen 3 maanden een consult moet volgen door de huisarts conform CVRM afspraken.
- Zolang patiënt DOAC gebruikt dient jaarlijkse controle van de nierfunctie plaats te vinden (voor eventueel dosisaanpassing).
- Zolang een patiënt antiaritmica nodig heeft (**flecaïnide, disopyramide, amiodaron, propafenon of sotalol**) blijft de patiënt in principe in behandeling bij de cardioloog.

## 9. Stroomdiagram verwijs en terugverwijsafspraken



## 10. Afstemming en communicatie tussen huisarts en specialist

### a) Overleg huisarts → cardioloog

- Bij mensen die antiaritmica (flecainide, disopyramide, amiodaron, propafenon, sotalol) slikken en waarbij de huisarts permanent atriumfibrilleren constateert, overlegt de huisarts met de cardioloog of patiënt verwezen moet worden voor herevaluatie van de rhythm control (bv cardioversie).
- Bij vragen over start DOAC kan de huisarts contact opnemen met de cardioloog.

### b) Gegevensuitwisseling bij gedeelde zorg

Lab, ECG en Holter registraties worden gedeeld, zodat onderzoeken niet herhaald hoeven worden. De huisarts stuurt resultaten < 4 weken door naar de cardioloog.

### c) Brief cardioloog → huisarts

Op drie afgesproken momenten gaat een brief van de AF polikliniek of cardioloog naar de huisarts:

- I. **< 2 weken na 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> bezoek** van een patiënt aan een cardioloog met de bevindingen en ondernomen stappen tot dan toe.
- II. **< 4 weken na ontslag** uit de controle door de AF polikliniek of cardioloog, gaat een ontslagbrief aan de huisarts ten bate van de overdracht.
- III. Indien een patiënt **jaarlijks op controle** blijft bij de cardioloog, dient tevens **eens per jaar** een brief naar de huisarts te gaan met de stand van zaken.

**NB** In elke brief dient vermeld te worden of een patiënt onder controle blijft bij de cardioloog of niet.

## **11. Informatie en voorlichting aan patiënt**

In de communicatie met patiënten moet vanaf het begin van het zorgtraject aangegeven worden dat na behandeling in het ziekenhuis, de patiënt in het algemeen terug in behandeling/begeleiding komt bij de huisarts. Vooral de cardioloog moet dit helder communiceren om het vertrouwen bij patiënten in de huisarts te verhogen.

Bij terugverwijzen naar de huisarts, overleg de huisarts met de patiënt wie binnen de praktijk de patiënt het beste kan begeleiden, de huisarts of POH.

In de huisartspraktijk en/of ziekenhuis is het advies de volgende folders beschikbaar te stellen en/of overhandigen aan patiënten van bijvoorbeeld de Nederlandse Hartstichting, te vinden op:

<https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/gids-hartritme/soorten-haritmestoornissen/boezemfibrilleren>



## Bronvermelding

ECGPedia. Bekeken op 23-08-2021 van <http://nl.ecgpedia.org/wiki/Boezemfibrilleren>

Hartstichting (2021). Bekeken op 23-08-2021 van <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/gids-hartritme/soorten-hartritmestoornissen/boezemfibrilleren>

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC). Richtlijn voor Atriumfibrilleren van The European Society for Cardiology. Bekeken op 23-08-2021 van <https://www.nvccconnect.nl/Innovatie/atriumfibrilleren>

ESC guideline on the management of Atrial Fibrillation 2020.  
<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Atrial-Fibrillation-Management>

NHG standaard voor atriumfibrilleren (revisie 2017). Bekeken op 23-08-2021 van <https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-atriumfibrilleren-tweede-partiele-herziening>

<https://www.olvg.nl/hartcentrum>

## Samenvatting STA Atriumfibrilleren conform App Amsterdam Transmuraal

### Algemeen

Voor het volledige document, kijk op [www.amsterdam-transmuraal.nl](http://www.amsterdam-transmuraal.nl). De NHG standaard Atriumfibrilleren is bij deze afspraak van toepassing evenals de ECS Richtlijn.

### Huisarts

- **Lichamelijk onderzoek:** bloeddrukmeting (hypertensie), pols en auscultatie van het hart (souffle, polsdeficit), tekenen van hartfalen.
- **Diagnostiek:** ECG of ambulante ritmeregistratie (Holter of eventrecorder) is vereist.
- **Lab:** Hb, TSH, glucose, eGFR en K<sup>+</sup>. BNP of NT-pro BNP alleen bij vermoeden van hartfalen
- **[CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASc](#)** t.b.v. bepalen antistollingsbeleid

### Consultatie

- (Directe) Echocardiografie: bij alle patiënten met atriumfibrilleren heeft aanvullend onderzoek naar structurele afwijkingen of kleplijden van het hart zin. Verwijs via ZorgDomein.
- Bij vragen over antistolling, het starten van een NOAC of behandeling van rate control. Consultatie kan telefonisch, via ZorgDomein of het KIS.

### Verwijzen<sup>1</sup>

#### Spoed:

Wanneer patiënt hemodynamisch instabiel is of angineuze klachten heeft en na overleg bij patiënten met korter dan 48 uur klachten. Cardioversie is dan veelal mogelijk.

#### Regulier:

- AF duur >48 uur
- Keuze voor DOAC, tenzij via consultatie reeds afgestemd
- Ventrikelfrequente < 50/min zonder frequentie verlagende middelen.
- Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van frequentie verlagende middelen
- Vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen; voor echocardiografie
- Aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White syndroom of aanwezigheid van plotse hartdood in de familie
- Paroxismaal Atriumfibrilleren, wanneer de patiënt therapie wenst ter vermindering van het aantal aanvallen

---

<sup>1</sup> Stroomdiagram verwijs- en terugverwijsafspraken wordt opgenomen in de app

**Terugverwijzen**

- Stabiele patiënten met rate control na 6 maanden
- Patiënten met stabiel sinusritme zonder antiaritmica na zes maanden