



Regionale Samenwerkingsafspraken Atriumfibrilleren Gelderse Vallei

Atriumfibrilleren, Regionale Samenwerkingsafspraken

Afspraken tussen huisartsen (1e lijn), cardiologen (2e lijn) en apothekers in de regio van ziekenhuis Gelderse Vallei

Regionale samenwerkingsafspraken atriumfibrilleren

Aanleiding voor deze herziene RTA is de herziene NHG-standaard atriumfibrilleren uit 2023, de toename van de zorgvraag in de regio zoals door beroertes ([regiobeeld](#), dia 32) en de wens om de RTA opnieuw te ordenen en compacter te maken.

Wijzigingen ten opzichte van de vorige versie (2021)

- Aanpassingen op basis van de NHG-standaard Atriumfibrilleren 2023.
De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige versie van deze standaard zijn:
 - o Toegevoegd is het advies om laagdrempelig het hartritme te bepalen door palpatie van de pols bij patiënten met aspecifieke klachten (bijvoorbeeld malaise, duizeligheid of kortademigheid bij inspanning), in het bijzonder bij patiënten ≥ 75 jaar. Zie 2.3
 - o Bepaal niet meer het (NT-pro)BNP bij patiënten met atriumfibrilleren om hartfalen uit te sluiten, maar verricht een echocardiografie. Zie 2.4.1
 - o Bij nieuwe patiënten met atriumfibrilleren met een indicatie voor orale anticoagulantia gaat voortaan de voorkeur uit naar een DOAC. Zie 2.5.1
 - o De leeftijdsgrens om patiënten < 65 jaar te verwijzen en daarboven alleen op indicatie te verwijzen is komen te vervallen. Zie 4
- Alles wat in het zorgprogramma staat is niet meer uitgebreid beschreven in de RTA
- Afspraken tussen 2^e en 3^e lijn PVI (pulmonaal venen isolatie) behandeling zijn er uit gelaten
- In de afspraken over patiënten informatie wordt verwezen naar websites zoals Thuisarts en de Hartstichting

Versie nummer: 3.0

Datum: januari 2024

Inhoudsopgave

Regionale Samenwerkingsafspraken Atriumfibrilleren Gelderse Vallei	1
Atriumfibrilleren, Regionale Samenwerkingsafspraken	1
1. Doel	3
2. Behandeling eerste lijn	3
2.1 Huisarts: rol, taken, verantwoordelijkheden	3
2.2 De opsporing van mensen met een hoog risico op AF zonder klachten	3
2.3 Bepaling hartritme bij mensen met klachten die kunnen wijzen op AF	4
2.4 Diagnostiek	4
2.4.1 Aandacht voor risicofactoren atriumfibrilleren	4
2.4.2 Aanvullend (laboratorium)onderzoek	4
2.5 De behandeling	5
2.5.1 Antistolling ter voorkoming van beroerte	5
2.5.2 Betere symptoombestrijding	5
2.5.3 Cardiovasculair risicomanagement	6
2.5.4 Periodieke controles (1 tot 4 x per jaar)	6
2.6 Apotheker: rol, taken, verantwoordelijkheden	6
2.6.1 Farmaceutische zorg bij atriumfibrilleren	6
2.6.2 Medicatieverstrekking	6
3. Indicatie voor consultatie en/of verwijzing tweede lijn	7
3.1 Verwijzen spoed (zie stroomschema)	7
3.2 Verwijzen regulier (zie stroomschema)	7
3.3 Consulteren van de cardioloog	8
4. Behandeling cardioloog	8
4.1 Cardioloog: rol, taken, verantwoordelijkheden	8
4.2 Doorverwijzing door de cardioloog naar de derde lijn	8
5. Terugverwijzing naar de eerste lijn	8
6. Communicatie	9
6.1 Communicatie zorgverleners	9
6.2 Communicatie met patiënten	9
6.2.1 Het belang van goede communicatie en voorlichting	9
6.2.2 Voorlichting uitgangspunten	9
6.2.3 Voorlichting: onderwerpen, materialen	9
6.2.4 Samen Beslissen	10
7. Leden van de werkgroep	11
8. Bronvermelding / referenties	11
Landelijk	11
Regionaal/lokaal	11
9. Bijlagen	12
9.1 Stroomschema verwijs- en terugverwijsafspraken	12
9.2 Patiëntenvoorlichting atriumfibrilleren	13
9.3 Afkortingen	15



1. Doel

Deze RTA beschrijft de werkafspraken tussen de betrokken regionale zorgverleners in de eerste en tweede lijn over atriumfibrilleren (AF)¹.

Deze werkafspraken betreffen:

- Opsporing van mensen met een hoog risico op AF
- Diagnostiek
- Behandeling
- Verwijzen, terugverwijzen en doorverwijzen
- Rol, taken en verantwoordelijkheden van huisarts (en POH), cardioloog en apotheker
- Communicatie tussen zorgverlener en patiënt

2. Behandeling eerste lijn

2.1 Huisarts: rol, taken, verantwoordelijkheden

- De opsporing, diagnosestelling, behandeling, verwijzing en controle van patiënten met AF volgens de afspraken in deze RTA.
- Handelen bij acute problemen van patiënten die onder behandeling zijn van de cardioloog
- Behoud van hoofdbehandelaarschap bij een eenmalig consult bij de cardioloog
- Regiefunctie bij multi-morbiditeit
- Informatieverstrekking aan patiënt, cardioloog en apotheker
- Werkafspraken huisarts/praktijkondersteuner huisarts (POH)²

2.2 De opsporing van mensen met een hoog risico op AF zonder klachten

- Bepaal het hartritme bij alle mensen bij wie de bloeddruk wordt of moet worden gemeten.
- Bij mensen die in een ketenzorgprogramma zijn opgenomen wordt de bloeddruk gemeten en dus ook het hartritme bepaald.

In de periode mei-oktober 2023 zijn 52 huisartspraktijken gestart met het gebruik van het device Kardia (Alivecor). De Kardia bepaalt het hartritme en maakt een 1-kanaals-ECG dat direct zichtbaar is en te delen als een PDF-document. (Opportunistisch) screenen en diagnostiek kunnen zo in minder stappen plaatsvinden. Dit kan bij indicatie ingezet worden.

¹Atriumfibrilleren (AF) is de meest voorkomende blijvende hartritmestoornis bij volwassenen. De prevalentie neemt toe met de leeftijd. Ruim de helft van de mensen met atriumfibrilleren is ≥ 75 jaar. Het onregelmatig contraheren van de boezem kan leiden tot stoornissen in de pompfunctie van het hart, hinderlijke hartkloppingen en tot trombo-embolieën. Van de mensen die antistolling gebruiken is 62% bekend met hypertensie, 23% met hartfalen, 26% met diabetes mellitus, 16% met TIA of beroerte, 27% met coronair of perifeer vaatlijden en 27% met een nierfunctiestoornis. Een belangrijke reden voor tijdige opsporing en behandeling is het grote risico op trombo-embolische complicaties waaronder vooral het herseninfarct. Er zijn ook mensen met atriumfibrilleren zonder klachten (asymptotisch).

Op basis van presentatie, duur en spontane beëindiging van de aanvallen, wordt onderscheid gemaakt in:
Eerste aanval: de diagnose wordt voor het eerst gesteld, onafhankelijk van de duur, aanwezigheid en ernst van atriumfibrilleren gerelateerde klachten.

Paroxismaal: aanval van atriumfibrilleren die ≤ 7 dagen eindigt, spontaan of door een interventie (farmacologische of elektrische cardioversie).

Persisterend: > 7 dagen continu aanwezig atriumfibrilleren; als het atriumfibrilleren > 12 maanden aanwezig is op het moment dat ritmecontrole wordt overwogen, spreekt men van *langdurig persisterend atriumfibrilleren*.

Permanent: > 7 dagen continu aanwezig atriumfibrilleren dat wordt geaccepteerd door patiënt, huisarts en/of cardioloog en waarbij niet langer gestreefd wordt naar sinusritme. (NHG-standaard Atriumfibrilleren 2023)

² Zie zorgprogramma atriumfibrilleren, HAGV



2.3 Bepaling hartritme bij mensen met klachten die kunnen wijzen op AF

Overweeg atriumfibrilleren bij hartkloppingen, kortademigheid (bij inspanning), verminderde inspanningstolerantie, duizeligheid (licht in het hoofd), (bijna-)wegrakingen, druk op de borst, beroerte.

Bepaal laagdrempelig het hartritme door palpatie van de pols en/of met het device Kardia (zie 2.2) bij patiënten met specifieke klachten (bijvoorbeeld malaise), in het bijzonder bij patiënten ≥ 75 jaar, zeker bij mensen die niet zijn opgenomen in een ketenzorgprogramma.

2.4 Diagnostiek

- Het diagnostisch proces begint met het palperen van de pols, maar de diagnose AF wordt gesteld op basis van een 12-kanaals-electrocardiogram of een 1-kanaals ECG van minimaal 30 seconden.
- Eventueel kan gebruik worden gemaakt van Holterregistratie of een eventrecorder (via eigen praktijk of als ELD).
- Voor het verrichten en interpreteren van een ECG is kennis en kunde nodig. Interpretatie van het ECG vindt plaats door een hiertoe geschoolde huisarts, de ELD of de cardioloog.
- Meet bij mensen met AF de bloeddruk en bepaal het gewicht.

Het is te verwachten dat meer mensen hun hartritme gaan bijhouden met apps of smartwatches.

- 'Wearables' zonder ECG-functionaliteit zoals Fibrichck en Happitech, zijn meestal gebaseerd op Photo-PlethysmoGrafie (PPG) en zijn voor diagnostiek van beperkte waarde. AF gediagnosticeerd met deze apps dient altijd bevestigd te worden met een ECG. Wanneer dit ECG negatief is, dient bij asymptomatische patiënten verdere vervolgdagnostiek (Holter, eventrecorder) achterwege te blijven.
- 'Wearables' met ECG-functionaliteit: Kardia van Alivecor, MyDiagnostick, sommige smartwatches. Het ECG uit de app of het horloge dient ter beoordeling worden voorgelegd aan experts in het beoordelen van deze ritmestroken.

2.4.1 Aandacht voor risicofactoren atriumfibrilleren

- Aandacht voor de risicofactoren is van nut zowel voor preventie als tijdige detectie en behandeling van AF.
- Risicofactoren zijn deels beïnvloedbaar en deels ook niet zoals (hogere) leeftijd, genetische factoren en etniciteit.
- De beïnvloedbare factoren zijn hypertensie, diabetes mellitus, hartfalen, coronaire hartziekte, hartkleplijden, chronische nierziekte en obesitas, slaapapneu, overmatig alcoholgebruik, roken en een zittende leefstijl.
- Zie voor meer informatie NHG-Standaard Atriumfibrilleren - pagina 6 (Risicofactoren voor Atriumfibrilleren)
- Detectie van hartfalen bij AF vindt niet plaats op grond van het NT-pro-BNP, maar op grond van een echo.

2.4.2 Aanvullend (laboratorium)onderzoek

- TSH en bij afwijking vrij T4
- Hb
- Glucose
- eGFR (CKD-EPI), kalium
- Aanvraag eerstelijns echocardiografie: ter uitsluiting van hartfalen en/of significant kleplijden.

- Hoge verdenking op hartfalen of (belangrijke) structurele afwijkingen aan het hart leidt tot verwijzing naar een cardioloog.

2.5 De behandeling

De behandeling vindt plaats volgens ABC-beleid

- A: Antistolling ter voorkoming van beroerte
- B: Betere symptoombestrijding
- C: Cardiovasculair risicomanagement.

Dit ABC-beleid stroomlijnt de geïntegreerde zorg voor AF-patiënten op alle niveaus van de gezondheidszorg en tussen verschillende specialismen.

2.5.1 Antistolling ter voorkoming van beroerte

Bij AF leidt het niet meer georganiseerd samentrekken van de boezems gemakkelijk tot het ontstaan van stolsels die aanleiding kunnen geven tot trombo-embolieën en herseninfarctering.

- Orale anticoagulantia wordt voorgeschreven op grond van een CHA2DS2-VASc-risicoscore. Behandel mannen met antistolling bij een CHA2DS2-VASc-risicoscore van ≥ 2 . Behandel vrouwen met antistolling bij CHA2DS2-VASc-risicoscore van ≥ 3 .
- Antistolling kan overwogen worden bij mannen met een CHA2DS2-VASc-risicoscore van 1 en bij vrouwen met een score van 2³. Over het algemeen weegt bij deze scores het voordeel van antistolling niet op tegen het risico van bijwerkingen zoals bloedingen. Overleg bij twijfelgevallen met de cardioloog.
- Er zijn contra-indicaties: actieve ernstige bloedingen, trombocytopenie lager dan 50 en verhoogd risico op een hersenbloeding
- Bij nieuwe patiënten met atriumfibrilleren met een indicatie voor orale anticoagulantia gaat voortaan de voorkeur uit naar een DOAC. Anders een VKA.
- Voor acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium is geen plaats in de preventie van beroerte.
- Indien AF tijdelijk optreedt als complicatie van een intercurrente ziekte en daar op grond van de CHA2DS2-VASc-score aanleiding voor is, wordt aanbevolen in ieder geval 4 tot 6 weken antistolling te geven. Daarna kan met de antistolling worden gestopt, maar is het raadzaam de patiënt alert te doen zijn op het opnieuw optreden van AF.
- Wees terughoudend bij overstappen van een VKA naar een DOAC bij kwetsbare oudere patiënten met AF zonder een duidelijke indicatie (FRAIL– AF studie)

2.5.2 Betere symptoombestrijding

Op indicatie; door middel van normalisering van de ventrikelfrequentie = ‘rate control’ of door conversie naar en behoud van sinusritme – ‘rythm control’

- Voor patiënten met AF zonder hartfalen is een bètablokker zoals metoprolol de eerste keus, mede vanwege de samenhang met veelvoorkomende co-morbiditeit als hypertensie en coronaire hartziekten
- Calciumantagonisten zijn de tweede keus vanwege het negatieve inotrope effect. Diltiazem heeft de voorkeur boven verapamil omdat dit laatste eerder een negatief-inotroop effect heeft
- Digoxine komt op de derde plaats omdat het de ventrikelfrequentie bij inspanning niet verlaagt, maar kan wel goed worden ingezet in combinatie met voorgaande middelen⁴
- Het herstellen of behouden van het sinusritme, vraagt om toepassen van antiaritmica waarvoor specialistische kennis en ervaring noodzakelijk zijn.

³ ESC-richtlijn Atriumfibrilleren 2020

⁴ Zie NHG-standaard atriumfibrilleren 2023: diagram indicatie voor verlaging ventrikelfrequentie + tabel middelen en doseringen resp. pag. 24 + 26

2.5.3 Cardiovasculair risicomangement

- Leefstijlinterventies over obesitas/overgewicht, alcoholgebruik en meer bewegen
- Risicofactoren als hypertensie, diabetes mellitus en slaapapnoe behandelen.
- Alertheid wordt gevraagd t.a.v. (eventueel) ontwikkelen van hartfalen
- Zie [richtlijn CVRM](#)

2.5.4 Periodieke controles (1 tot 4 x per jaar)

- Tenminste jaarlijks: anamnese, bloeddruk, controle van hartritme, op indicatie met een ECG zoals bij sotalolgebruik.
- Jaarlijks: nierfunctie (DOAC, antiaritmicum), kaliumgehalte (antiaritmicum), gewicht
- Als patiënt sotalol krijgt en permanent AF is ontstaan, wordt sotalol gestaakt en rate controle ingesteld.

2.6 Apotheker: rol, taken, verantwoordelijkheden

2.6.1 Farmaceutische zorg bij atriumfibrilleren

De apotheek heeft in de zorg rondom atriumfibrilleren een rol in: 1) het veilig verstrekken van medicatie^{5,6,7} (antistolling/ritme-en frequentie controle-geneesmiddelen), 2) de voorlichting van de patiënt omtrent het doel, gebruik en eventuele risico's (zoals bloedingen of intercurrente ziekten, waarbij contact opnemen met de arts noodzakelijk kan worden⁸, 3) het monitoren en bevorderen van de therapietrouw. De apotheker kan in het kader van de multidisciplinaire samenwerking een rol hebben in het identificeren van patiënten die een verhoogd risico hebben op atriumfibrilleren. In het kader van preventiezorg is het in overeenstemming met het "ABC beleid" om leefstijl als structureel item aan bod te laten komen tijdens een medicatiegesprek of beoordeling.

2.6.2 Medicatieverstrekking

Antistolling

Bij het veilig verstrekken van DOAC's heeft de apotheek afspraken met huisarts en cardioloog om te kunnen beschikken over recente nierfunctiewaarden. Deze labwaarden zijn doorgaans goed toegankelijk. Bij het ontbreken hiervan zal de apotheek deze opvragen bij de hoofdbehandelaar/huisarts. In het belang van een goede medicatiebewaking is het beschikken over de basisset medicatiegegevens essentieel². Indien sprake is van het tijdelijk starten van een TAR legt de apotheek de door de behandelaar ingestelde gebruiksduur hiervan vast en communiceert dit met patiënt of mantelzorger².

Voor het starten/switchen van antistollingsmedicatie (VKA/DOAC/TAR): zie [regioprotocol Antistolling Gelderse vallei](#)

Medicatie bij ritme-en frequentie controle^{9,10}

Sotalol. Bij gebruik van sotalol is een jaarlijkse bepaling van de CKD-EPI en het kalium gewenst, tenzij andere risicofactoren een frequentere bepaling noodzakelijk maken. Zoals reeds vermeld onder 2.5.4 is er geen indicatie meer voor sotalol bij permanent AF. In navolging hierop wordt gestart met rate control. Het bijwerken van de medicatie status en het advies aan de patiënt gestopte medicatie in te leveren, kunnen onbedoeld risicovolle dubbelmedicatie voorkomen.

⁵ <https://www.knmp.nl/richtlijnen/medicatiebewaking>

⁶ <https://www.knmp.nl/index.php/richtlijnen/overdracht-van-medicatiegegevens-de-keten>

⁷ <https://www.knmp.nl/richtlijnen/medicatiebeoordeling>

⁸ <https://www.knmp.nl/richtlijnen/ter-hand-stellen>

⁹ https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/atriumfibrilleren/ritmecontrole_met_anti-aritmische_medicatie.html

¹⁰ https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/atriumfibrilleren/frequentiecontrole_rate_control.html

Bij de frequentiecontrole wordt doorgaans goed uit gekomen met metoprolol. Verapamil en diltiazem zijn gecontra-indiceerd bij HFREF (LVEF<40%). Bij inzet van digoxine geldt voor de dosering rekening te houden met de eGFR (CKD-EPI) en de leeftijd.^{11,10} Flecainide en propafenon worden niet geadviseerd bij matige of ernstige LV hypertrofie of coronairlijden. Bij twijfel over de indicatie neemt de apotheker contact op met de hoofdbehandelaar (cardioloog/huisarts). In het kader van medicatieveiligheid en doelmatig medicatiegebruik is het wenselijk dat betrokken partijen elkaar informeren, maar ook elkaar benaderen indien dat op basis van hun professioneel inzicht noodzakelijk geacht wordt.

3. Indicatie voor consultatie en/of verwijzing tweede lijn

- Verwijzingen en consultaties vinden plaats via Zorgdomein met het vermelden van de aanleiding, de bevindingen van anamnese en lichamelijk onderzoek, in de bijlagen het ECG of de Holter waarop het AF is geconstateerd, het actuele medicatieoverzicht, de CHA2DS2-VASc-score (niet ouder dan drie maanden) en, indien bekend, het medicatiebeleid
- De indicaties voor verwijzing zijn in lijn met de NHG¹² en NVVC/ESC richtlijnen¹³ en de verwijsafspraken gemaakt in het kader van de RTA CVRM Gelderse Vallei 2023.
- De huisarts start alvast met DOAC, indien dit volgens 2.5.1 geïndiceerd is.

3.1 Verwijzen spoed (zie stroomschema)

- Wanneer patiënt hemodynamisch instabiel is of angineuze klachten heeft.
- Na overleg bij patiënten met AF korter dan 48 uur en klachten. Cardioversie is dan veelal mogelijk. Houd de patiënt dan nuchter.

3.2 Verwijzen regulier (zie stroomschema)

- Eerste diagnose AF en niet de mogelijkheid dit vast te leggen met ritmeregistratie (ECG of Holter)
- Vitale symptomatische patiënt met een langere duur van AF dan 48 uur
- Ventrikelfrequentie <50/min zonder frequentie verlagende middelen. Dit kan wijzen op hooggradige AV-geleidingsstoornissen, vaak reden voor pacemaker. Wees alert bij een frequentie <60/min zonder frequentie verlagende medicatie
- Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker en (vermoeden van) hartfalen.
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentie verlagende middelen
- Vermoeden van een significante hartklepafwijking en/of hartfalen
- Aanwijzingen voor de aanwezigheid van andere, voor de verwijzende huisarts, niet goed te duiden hartritmestoornis
- WPW-syndroom of plotse hartdood in de familie
- Paroxysmaal atriumfibrilleren als patiënt therapie wenst ter vermindering van het aantal aanvallen
- Patiënt met atriumfibrilleren en contra-indicatie antistolling

¹¹ <https://ephor.nl/wp-content/uploads/digoxine-maart-2022.pdf>

¹² NHG-standaard atriumfibrilleren 2023

¹³ ESC-richtlijn Atriumfibrilleren 2020

- Behandeling door middel van anti-aritmica (Flecainide, Amiodaron, Propafenon of Sotalol) is reden voor verwijzing naar en controle door een cardioloog, in verband met eventuele pro-arritmische effecten van deze middelen.

3.3 Consulteren van de cardioloog

- Bij vragen m.b.t. medicatie
- Bij twijfels over
 - o inzetten diagnostiek
 - o interpretatie ECG
 - o verwijstermijn
 - o wel/niet verwijzen

4. Behandeling cardioloog

4.1 Cardioloog: rol, taken, verantwoordelijkheden

De diagnosestelling (onderzoek), behandeling (behoud of herstel van sinusritme, o.a. door [cardioversie](#)) en controle van patiënten met AF volgens de afspraken in deze RTA.

- Hoofdbehandelaarschap op het gebied van AF en aan AF-gerelateerde problemen uitgezonderd consultatie.
- Informatieverstrekking aan patiënt en huisarts.

4.2 Doorverwijzing door de cardioloog naar de derde lijn

Bij patiënten waarbij een ablatie of andere ingrepen aan het hart worden overwogen, verwijst de cardioloog de patiënt naar de derde lijn.

- De verwijzing en eventuele alternatieven worden met de patiënt besproken. De informatie over de interventie is in lijn met die van het ziekenhuis waarnaar wordt verwezen
- Na terugverwijzing naar de cardioloog van GV volgt controle en evaluatie van het behandelresultaat volgens protocol
- Uitstroom na succesvolle behandeling volgt volgens criteria zoals in dit document benoemd. Indien aanhoudende of terugkeer van klachten wordt de indicatie voor re-interventie beoordeeld.

5. Terugverwijzing naar de eerste lijn

Beslissing over wel of niet terugverwijzen naar de huisarts vindt plaats na intake, diagnostiek, behandeling en evaluatie en is afhankelijk van keuze voor ritme controle en eventuele structurele, cardiale afwijkingen

Indicaties voor terugverwijzing (termijnen globaal gekozen):

- zes maanden AF met een goede rate controle
- zes maanden stabiel sinusritme zonder AF, klachten of anti-aritmica
- zes maanden stabiel ritme en frequentie met gebruik van Sotalol: op initiatief van de cardioloog en indien huisarts in staat en bereid is om deze patiënten te controleren: de huisarts controleert in ieder geval circa drie maanden na de terugverwijzing, met mogelijkheid tot laagdrempelig overleg met cardioloog, of weer verwijzing naar cardioloog bij terugkerende klachten
- minimaal zes maanden na een geslaagde ablatie en ontbreken van klachten, zonder anti-aritmica

6. Communicatie

6.1 Communicatie zorgverleners

- Communicatie tussen huisarts en cardioloog verloopt volgens de richtlijn HASP: [pdf hasp.pdf \(richtlijndatabase.nl\)](#)

- Digitaal advies ZorgDomein

[handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg](#)

6.2 Communicatie met patiënten

6.2.1 Het belang van goede communicatie en voorlichting

Coping, zelfmanagement en een adequate behandeling kunnen bijdragen aan een betere kwaliteit van leven. Goede arts (c.q. zorgverlener)-patiënt communicatie draagt bij aan betere gezondheidsuitkomsten¹⁴.

Door kennis kan de patiënt meer verantwoordelijkheid nemen voor de eigen aandoening (zelfmanagement). Door kennis leren patiënten en/of naasten emotioneel en/of praktisch om te gaan met de aandoening (coping), waardoor de kwaliteit van leven verbetert.

6.2.2 Voorlichting uitgangspunten

- De behandelaar die atriumfibrilleren diagnosticeert is ervoor verantwoordelijk dat de patiënt wordt voorgelicht en dat de onderwerpen die op dat moment relevant zijn, besproken worden. Dit kan naar keuze van de huisarts of cardioloog ook deels door een geschoolde POH-er of verpleegkundig specialist/physician assistent gedaan worden.
- Geef naast mondelinge informatie ook schriftelijke of digitale informatie (ga bij de patiënt na welke vorm passend is)
- Doelen en zorgafspraken kunnen in een individueel zorgplan beschreven worden
<https://referentiemodel.nhg.org/node/7/publieksversie/published>

6.2.3 Voorlichting: onderwerpen, materialen

De patiënt (en diens naaste) hebben kennis over / of weten deze kennis te vinden:

- De aandoening atriumfibrilleren, onderzoek, behandeling, risicofactoren, leefstijl en dagelijks leven
 - Hoe de zorg bij atriumfibrilleren in het algemeen georganiseerd is
- Aangeven dat na behandeling in het ziekenhuis, de patiënt in het algemeen terugkomt bij de huisarts en praktijkondersteuner voor behandeling/begeleiding komt bij de huisarts.
- Wat te doen bij welke (spoed)klachten en symptomen (zelfzorg, aanspreekpunt)

Er is een overzicht van onderwerpen en websites geplaatst in bijlage 9.2. Bij de samenstelling is rekening gehouden met de informatie uit de vorige RTA (2021) en de voorkeur van de NVVC voor gebruik van de websites Thuisarts en Hartstichting. Geraadpleegde websites: [Thuisarts](#), [Hartstichting](#), <https://www.allesoverantistolling.nl/>; <https://www.afibmatters.org/nl/>, [Harteraad en de websites van Ziekenhuis Gelderse Vallei, Huisartsen Gelderse Vallei en Apothekers Gelderse Vallei.](#)

¹⁴ Bron: L Stewart M.A. Effective Physician-Patient Communication And Health Outcomes: A Review. Can Med Assoc J; 1995. 152;9; 1423-33.

6.2.4 Samen Beslissen

Samen Beslissen is het proces waarin zorgverlener en patiënt gezamenlijk bespreken welke zorg het beste bij de patiënt past. Uitgangspunt is dat de zorg zoveel mogelijk aansluit bij de situatie en behoeftes van de patiënt. De medische kennis van de zorgverlener en de kennis van de patiënt over zijn eigen wensen en behoeftes vullen elkaar aan bij samen beslissen (definitie:

<https://www.uitkomstgerichtezorg.nl/themas/samen-beslissen/definitie-samen-beslissen>)

Patiënten en/of naasten besluiten op basis van de beschikbare kennis en adviezen tot het wel of niet starten van een behandeling (informed consent d.w.z. voor iedere medische ingreep is geïnformeerde toestemming van de patiënt nodig) met grotere kans op therapietrouw.

Het Programma Uitkomstgerichte Zorg onderscheidt bij AF een aantal 'Samen Beslismomenten':

1. Het wel of niet starten met antistolling bij CHA2DS2-VASc-score 1 bij mannen en 2 bij vrouwen (het grijze gebied vanwege de discrepantie tussen de richtlijn van cardiologen en huisartsen)
2. Het wel of niet overgaan tot een poging tot herstel sinusritme.
3. Het wel of niet ondergaan van een elektrische cardioversie in de niet-acute setting. ede
4. Het wel of niet ondergaan van een Pulmonaal Venen Isolatie.
5. Het doorgaan, stoppen of herzien van farmacologische antiaritmica wanneer atriumfibrilleren zich hersteld heeft tot sinus ritme.

[Eindrapport aandoeningswerkgroep Hartritmestoornissen Programma Uitkomstgerichte Zorg – Lijn 1 'Meer inzicht in uitkomsten'](#), mei 2023. Op pagina 20 van dit rapport worden nog meer Samen Beslismomenten genoemd.

7. Leden van de werkgroep

- Qudrat Alikhil, kaderhuisarts HVZ en vertegenwoordiger van huisartsen in de regio via Huisartsen Gelderse Vallei (HAGV) **EIGENAAR**
- Brenda Pekkeriet, kaderhuisarts beleid en beheer en vertegenwoordiger van huisartsen in de regio via HAGV **AUTORISATOR**
- Heidi van Kooten, praktijkconsulent, HAGV
- Marlotte van der Hoeven, openbaar apotheker, Service Apotheek Zwaaipein, Veenendaal en vertegenwoordiger apothekers Gelderse Vallei (tot juli 2023)
- Dewi Veer-Tjon A Joe, apotheker Apotheek Drie Leliën te Leersum en vertegenwoordiger apothekers Gelderse Vallei (vanaf juli 2023)
- Ronald Walhout, cardioloog en vertegenwoordiger vakgroep Cardiologie, Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV) **BEHEERDER**
- Elly Martens, programmamanager 1^e 2^e lijn vanuit HAGV
- Marjet Nijenhuis, projectmedewerker Ketenzorg en Zorgvernieuwing, HAGV
- Anja Laban, projectleider, afdeling Centrum voor verbeteren, ZGV
- Anne-Margreet Strijbis, projectleider atriumfibrilleren, NVVC Connect

8. Bronvermelding / referenties

Voor deze samenwerkingsafspraken is uitgegaan van de NHG-standaard Atriumfibrilleren 2023(huisartsen) en de ESC-richtlijn Atriumfibrilleren 2020(cardiologen).

Hieronder staan de belangrijkste documenten vermeld.

Landelijk

- [NHG-standaard Atriumfibrilleren 2023](#)
- [ESC-richtlijn Atriumfibrilleren 2020](#), en adaptatie van deze richtlijn: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/atriumfibrilleren/startpagina_atriumfibrilleren.html (sept. 2022);
- Tieleman RG, Geersing GJ. Diagnostiek en behandeling van atriumfibrilleren, leerartikel NTVG 2023: 167; RTA Haaglanden (nov 2022);
- [Eindrapport aandoeningswerkgroep Hartritmestoornissen Programma Uitkomstgerichte Zorg – Lijn 1 ‘Meer inzicht in uitkomsten’](#), mei 2023;
- [Handreiking screening en behandelingsoptimalisatie atriumfibrilleren](#). NVVC Connect, HartVaathAG, DCVA, Hartstichting, Harteraad. Utrecht: oktober 2021 (voortbouwend op ESC-richtlijn 2020 en NHG-standaard 2017)
- https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/cardiovasculair_risicomanagement_cvrmsamenvattin_g_cvrms.html
- Websites patiënteninformatie: zie 9.2

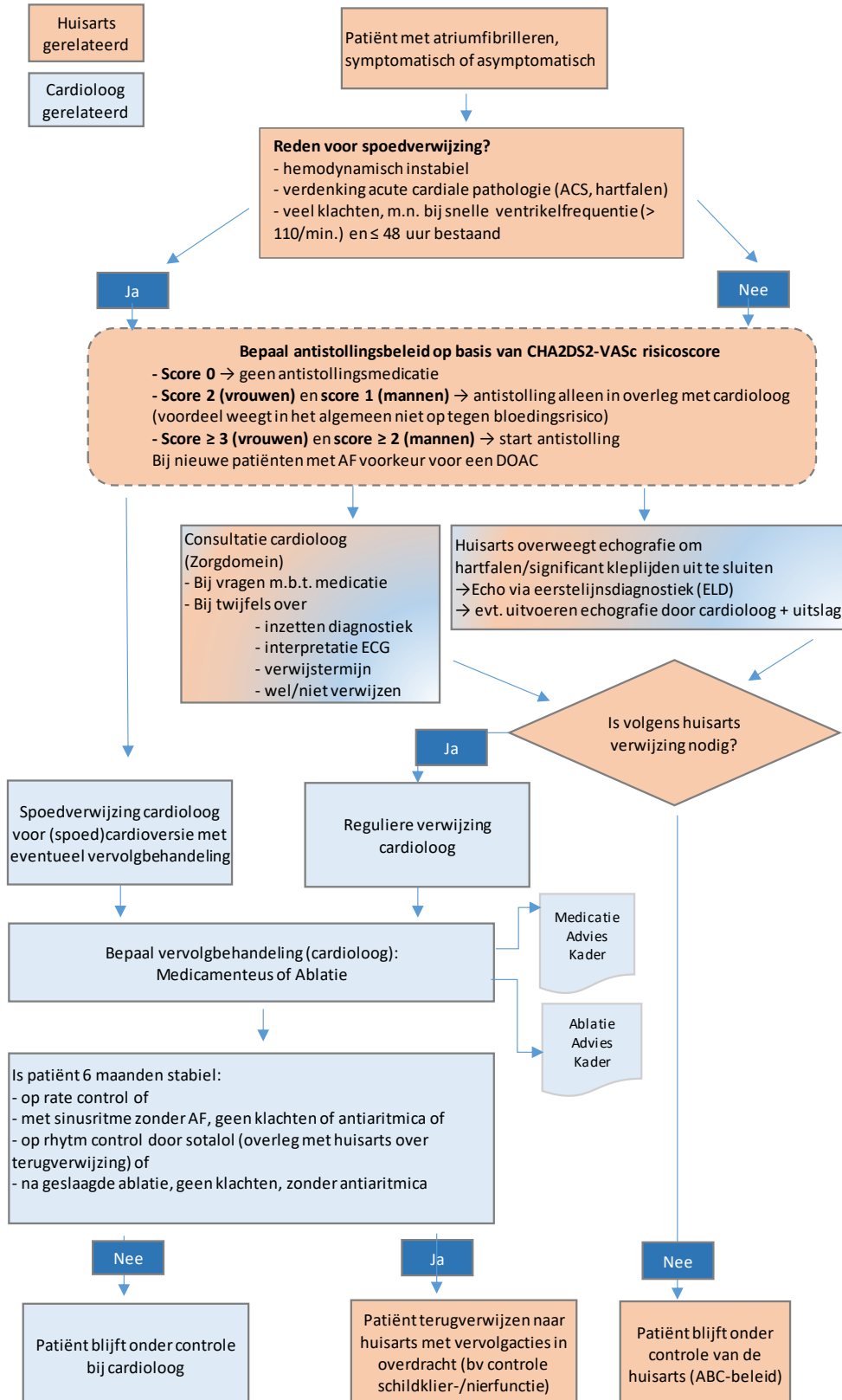
Regionaal/lokaal

- [Zorgprogramma Atriumfibrilleren, HAGV februari 2022, versie 1.1](#) (link intranet)
- <https://regio-beeld.nl/gelderse-vallei/wp-content/uploads/sites/10/2020/09/20200831-Regiobeeld-Gelderse-Vallei-v1.7.pdf> (dia 32)
- Website stollingscentrum [AGV regioprotocol antistolling - Antistollingscentrum Gelderse Vallei \(antistollingscentrum-geldersevallei.nl\)](#)
- [Quickscan atriumfibrilleren per Connect AF gebied. NVVC Connect regio Gelderse Vallei. NVVC Connect. 2023;](#)
- [Rapportage enquête over atriumfibrillerenzorg regio Gelderse Vallei. NVVC Connect. \(2023\)](#)



9. Bijlagen

9.1 Stroomschema verwijs- en terugverwijsafspraken



9.2 Patiëntenvoorlichting atriumfibrilleren

Onderwerp	Website
<p>Wanneer moet ik naar de huisarts?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer is het wel verstandig? • Wanneer moet ik direct contact opnemen met mijn arts? 	<p>https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/hartritmestoornis/boezemfibrilleren</p>
<p>Atriumfibrilleren = boezemfibrilleren in het kort</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is atriumfibrilleren • Klachten • Héb ik atriumfibrilleren? (onderzoeken) • (risico)factoren die kunnen leiden tot atriumfibrilleren • Is atriumfibrilleren gevaarlijk? • Voor het eerst een aanval van atriumfibrilleren? 	<p>https://www.thuisarts.nl/boezem-fibrilleren</p> <p>https://www.thuisarts.nl/boezem-fibrilleren/ik-heb-boezem-fibrilleren</p>
<p>De behandeling van atriumfibrilleren ABC-beleid</p>	<p>https://www.thuisarts.nl/boezem-fibrilleren/ik-heb-boezem-fibrilleren - Behandeling van boezem-fibrilleren Bestaat uit 3 dingen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kans op bloedproppen kleiner maken 2. Klachten door de snelle hartslag minder maken 3. Problemen aanpakken die boezem-fibrilleren erger kunnen maken
<p>A Antistolling</p> <p>CHA2DS2-VASc-score</p>	<p>1.Kans op bloedproppen kleiner maken https://www.thuisarts.nl/boezem-fibrilleren/ik-heb-boezem-fibrilleren - Behandeling van boezem-fibrilleren</p> <p>Ik gebruik de bloedverdunner DOAC. Waar moet ik op letten? Thuisarts.nl</p> <p>Ik gebruik een bloedverdunner (cumarine). Waar moet ik op letten? Thuisarts.nl</p> <p>Antistollingspas aanvragen bij de Trombosetichting</p>
<p>B Betere symptoombestrijding</p> <p>Uitleg bèta-blokkers en alternatieven</p>	<p>https://www.thuisarts.nl/boezem-fibrilleren/ik-heb-boezem-fibrilleren - Behandeling van boezem-fibrilleren</p> <p>2.Klachten door de snelle hartslag minder maken</p>



<p>C: Cardiovasculair risicomanagement Uitleg aanpak risicofactoren, gezonder leven en leefstijlprogramma (GLI)</p>	<p>https://www.thuisarts.nl/boezem-fibrilleren/ik-heb-boezem-fibrilleren - Behandeling van boezem-fibrilleren 3.Problemen aanpakken die boezem-fibrilleren erger kunnen maken</p>
<p>Wanneer bellen bij boezem-fibrilleren?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uitleg verschijnselen TIA, CVA, perifere trombo-embolie • Bij gebruik bloedverduunners • Bij klachten van boezemfibrilleren, bijwerkingen of vragen over medicijnen <p>Spoed of afspraak maken</p>	<p>Ik heb boezem-fibrilleren Thuisarts.nl Wanneer bellen bij boezem-fibrilleren?</p> <p>ZGV-folder: Atriumfibrilleren wat te doen bij klachten thuis</p>
<p>Leven met atriumfibrilleren</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patiëntenorganisatie Harteraad https://harteraad.nl/aandoeningen/boezemfibrilleren/ Onder andere: ervaringsverhalen, besloten Facebookgroep hartritmestoornissen, webinars, Harteraadlijn • Verhalen van patiënten (www.afibmatters.org. Nederlands ondertiteld)
<p>Cardioversie</p>	<p>https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/behandelingen/cardioversie</p>
<p>Ablatie</p>	<p>https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/behandelingen/ablatie</p>



9.3 Afkortingen

ABC-beleid	A: Antistolling ter voorkoming van beroerte, B: Betere symptoombestrijding, C: Cardiovasculair risicomangement
AF	Atriumfibrilleren, boezemfibrilleren
AGV	Antistollingscentrum Gelderse Vallei
AliveCor	Bedrijf met aanbod van persoonlijke ECG apparatuur (Kardia)
BNP	Brain Natriuretisch Peptide
CHA2DS2-VASc-risicoscore	De risicoscore die het beroerterisico bepaalt voor patiënten met atriumfibrilleren
CKD-EPI	Formule die de nierfunctie(eGFR) schat
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CV	CardioVersie
CVA	Cerebraal Vasculair Accident
CVRM	CardioVasculair Risico Management
DOAC	Direct Oral Anti Coagulants
ECG	ElectroCardioGram
ESC	European Society of Cardiology
eGFR	estimated Glomerular Filtration Rate (nierfunctie)
EHRA classificatie	European Heart Rhythm Association (ziektesymptoomstatus)
ELD	Eerste Lijns Diagnostiek
HAGV	Huisartsen Gelderse Vallei
HFrEF	Hartfalen met verminderde (reduced) LVEF (< 40%)
Kardia	Apparaat (device) dat ECG's maakt. Zie AliveCor
LEVF	linkerventrieklejectiefractie
Nt-proBNP	N-terminaal prohormoon BNP
NVVC	Nederlandse Vereniging voor Cardiologie
OAC	Orale AntiCoagulantia
OSAS	Slaap-apneu Syndroom
PDCA-cyclus	In vier fasen 'Plan-Do-Check-Act' zorg verbeteren
POH	Praktijk Ondersteuner Huisartsen
PVI	Pulmonaal Vene Isolatie
RTA	Regionale Transmurale Werk Afspraak
STA	Stedelijk Transmurale Afspraak
TAR	Trombocyten Aggregatie Remmer
TSH	Thyroid Stimulerend Hormoon
VKA	Vitamine K Antagonist
ZGV	Ziekenhuis Gelderse Vallei