

Regionale samenwerkingsafspraken (RTA)

Atriumfibrilleren

Regio Arnhem



Inhoudsopgave

Klik op een link om naar een tekst toe te gaan

[I. Inleiding](#)

[II. Opsporing in de eerste lijn](#)

[III. Verwijzing naar tweede lijn](#)

- [Welke AF-patiënten verwijzen?](#)
- [Consultatie mogelijkheden](#)
- [Vorbereiding bij verwijzing](#)

[IV. Terugverwijzing naar eerste lijn](#)

[V. Bijlagen](#)

[Korte beschrijving behandelingen](#)

[V.1 Behandeling eerste lijn](#)

[V.2 Behandeling tweede lijn als huisarts vraagt om overname behandeling](#)

- [Behandelmogelijkheden](#)
- [Nazorg](#)
- [Mogelijkheden telemonitoring via eigen smartphone](#)
- [Achtergronden over terugverwijzen naar de 1^e lijn](#)

[V.3 Taken van de apotheker](#)

[Aandachtspunten voor voorschrijvers bij voorschrijven van een recept](#)

[V.4 Patiëntenvoorlichting](#)

[V.5 Leden werkgroep](#)

[V.6 Referenties met verwijzing naar richtlijnen, andere RTA's](#)

I. Inleiding

Dit document beschrijft de Regionale Samenwerkingsafspraken (RTA) tussen Onze Huisartsen, Ziekenhuis Rijnstate en Coöperatieve Apothekersvereniging regio Arnhem op het terrein van de aandoening atriumfibrilleren(AF) en vervangt de versie uit 2017.

Het gaat in op de afspraken tussen huisartsen, apothekers en cardiologen rondom opsporen, consultatie, verwijzen en controles. De bijlagen bevatten een korte beschrijving van de behandeling in de eerste lijn, tweede lijn en apotheek en geven adviezen voor patiëntenvoorlichting.

Doelgroep

De RTA zijn op papier gezet voor huisartsen, POH's, apothekers (-assistenten), cardiologen, gespecialiseerd verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en physician assistants.

Doelstelling

We beogen met deze RTA; het voorkomen van beroertes, betere symptoombestrijding, juiste zorg op juiste plek, een eenduidig voorschrijf-/voorlichtingsbeleid en een optimale continuïteit van zorg.

De RTA is gebaseerd op de vigerende richtlijnen en de transmurale afspraken over antistolling (zie referenties). De tekst van deze RTA vervangt niet de tekst van de richtlijnen.

Voor volledige informatie over atriumfibrilleren dient u de richtlijnen te raadplegen.

Over atriumfibrilleren

Atriumfibrilleren is de meest voorkomende ritmestoornis bij volwassenen. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt de kans op atriumfibrilleren sterk toe.

AF kan meestal niet worden gezien als een geïsoleerde aandoening. De meeste patiënten met AF zijn in de praktijk ouder dan 75 jaar en hebben comorbiditeit, zoals hartfalen, hypertensie, diabetes mellitus, adipositas, hartklepafwijkingen en/of ischemische hartziekten. Deze comorbiditeit bepaalt mede het beleid bij een patiënt met atriumfibrilleren.

Behandeling

De behandeling vindt plaats volgens ABC-beleid

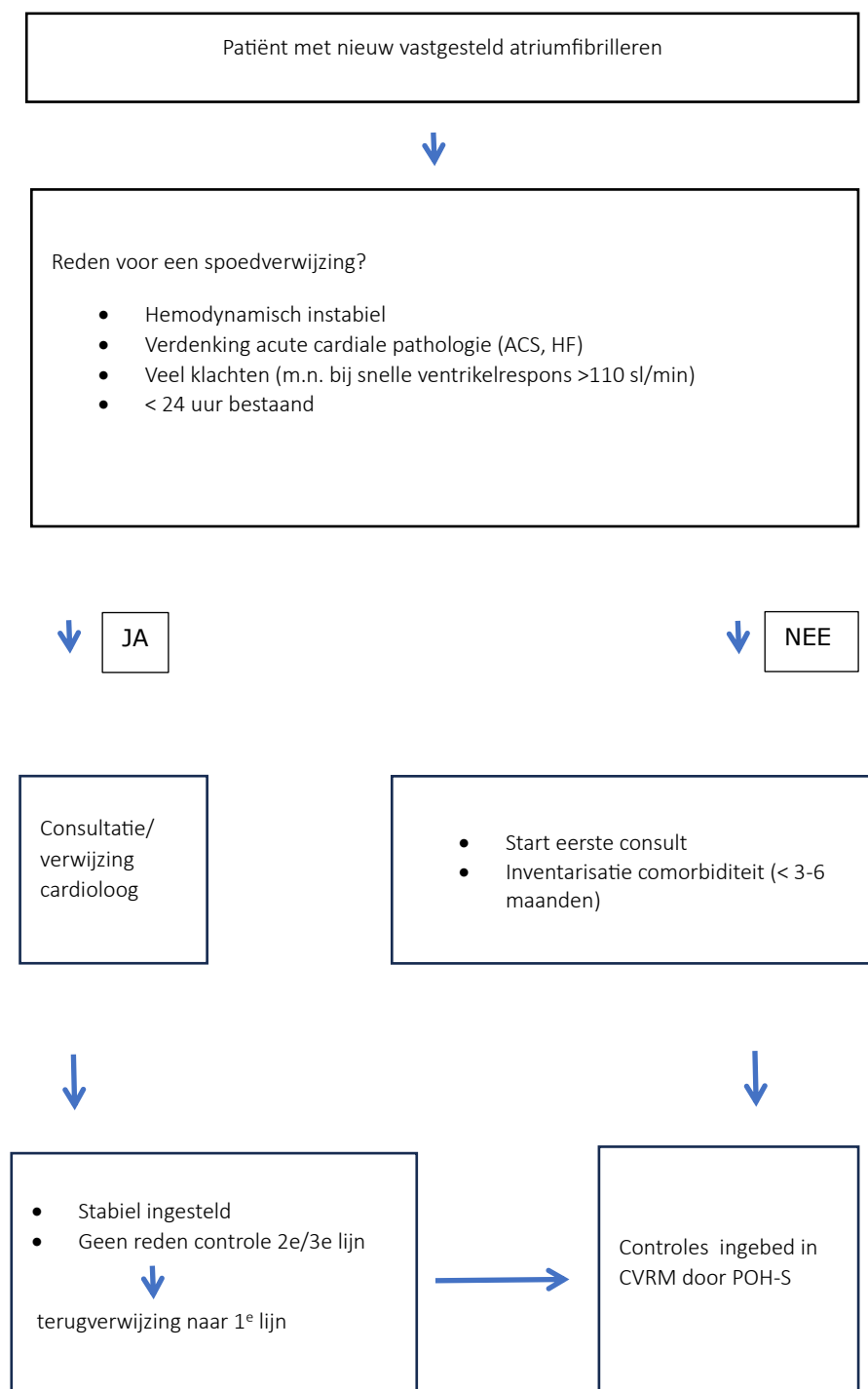
- Antistolling ter voorkoming van beroerte
- Betere symptoombestrijding: frequentiecontrole, ritmecontrole
- Cardiovasculair risicomanagement en controle van comorbiditeit

II. Opsporing in de eerste lijn

Voor de opsporing van AF is het van belang dat de pols wordt gepalpeerd bij elke bloeddrukmeting die wordt gedaan in de huisartspraktijk. Bij het voelen van een onregelmatig ritme kan, behalve een ECG, ook een 1-kanaals-ECG van 30 seconden worden gebruikt om de diagnose te stellen.

III. Verwijzing naar de 2^e lijn

In dit hoofdstuk beschrijven we indicaties voor verwijzen, hoe je moet verwijzen (welke informatie stuur je mee), de mogelijkheden die er zijn ten aanzien van consultatie en hoe controles eruit zien in de 1^e lijn zolang de patiënt nog niet bij cardioloog terecht kan.



Welke AF-patiënten verwijzen?

Zie diagram voor acute verwijsindicaties. Voor alle patiënten geldt dat zij een Echo Cor krijgen gedurende de nadere analyse (binnen 3-6 maanden na stellen diagnose) tenzij te kwetsbaar voor nadere diagnostiek.

Consultatie mogelijkheden

Consultatie vakteam CVRM

Voor patiënten die deelnemen aan één van de zorgprogramma's kan de POH, na overleg met de huisarts, een consultatie starten met het vakteam CVRM (kaderarts hart- en vaatziekten) bij vragen omtrent AF of CVRM.

Digitale consultatie vindt plaats via Calculus VIPLive. Binnen 5 werkdagen ontvangt de huisartsenpraktijk antwoord.

Aan deze mogelijkheid zijn geen kosten of vergoedingen verbonden.

Directe consultatie cardioloog

Voor patiënten met AF wordt consultatie van een cardioloog geadviseerd bij vragen, twijfel of verwijzing zinvol is en adviezen over de behandeling bij patiënten die in de eerste lijn behandeld willen worden, ondanks een verwijsindicatie.

Digitale consultatie vindt plaats via Calculus VIPLive. De huisarts dient te vermelden voor welke cardioloog dit bestemd is indien patiënt daar reeds bekend is.

Zowel huisarts als specialist ontvangen een vergoeding.

Voor de patiënt zijn hier geen kosten aan verbonden.

Voorwaarden voor consultatie:

- Consultatie kan alleen door huisarts gedaan worden
- Geen spoed; antwoord van specialist binnen 3 werkdagen te verwachten
- Verslaglegging in HIS en ZIS

Telefonisch

Telefonisch een vraag stellen kan altijd.

De nadelen hiervan zijn:

- Doorbreekt de dagelijkse werkzaamheden van betrokkenen
- Bereikbaarheid kan lastig zijn
- De cardioloog beschikt niet over de relevante gegevens
- Er komt niet automatisch een notitie van de afspraken in het HIS en ZIS

Consultatie apotheker: (telefonisch, beveiligde email, Doctolib Siilo)

- Inzicht krijgen in therapietrouw
- Hulp bij verbeteren van therapietrouw
- Bij vragen over of de DOAC in de Baxter kan

Vorbereiding bij verwijzing

Bij verwijzing aangeven of het gaat om

- Overname van de behandeling of
- Directe consultatie cardioloog

Echo Cor aanvragen in Zorgdomein: soms onder ECHO, soms onder functieonderzoek

Basisgegevens verwijzing

- De documentatie van het atriumfibrilleren, zoals het ECG of de ritmestroken
- Gegevens echo Cor eerste lijn (indien beschikbaar)
- CHA₂DS₂Vasc-score
- Drugs-, alcohol- en tabaksgebruik
- Familie-anamnese m.b.t. hartfalen, AF, plotse dood en prematuur coronairlijden
 - Een belaste familie-anamnese voor prematuur coronairlijden betreft eerstegraads man ≤ 55 jaar of vrouw ≤ 65 jaar
- Laboratoriumonderzoek niet ouder dan 3 maanden:
 - Glucose, Hb, trombocyten, leucocyten, TSH, lipidspectrum, eGFR, creatinine, kalium, ALAT, CRP

Starten (D)OAC

- Bij verwijzing met als insteek cardioversie >24 uur bestaand AF
- Bij overige situaties (inclusief paroxysmaal AF) op geleide van CHA₂DS₂Vasc
 - In principe altijd een DOAC, tenzij contra-indicatie of reeds VKA gebruik

Starten frequentiecontrole

- Controleer bij patiënten met nieuw vastgesteld atriumfibrilleren wekelijks conform advies NHG-standaard (in wachttijd 1^e consult cardioloog)
- Indien frequentiecontrole effectief zonder tekenen van hemodynamische verslechtering, dan datum 1^e consult cardioloog afwachten, anders overleg cardioloog
- Alternatief in het kader van afwachting op consultatie in Rijnstate: Rijnstate kan indien gewenst faciliteren met het instellen op frequentiecontrole d.m.v. de eigen smartphone, informatie via MijnRijnstate en begeleiding via het Virtueel Zorgcentrum (zie [bijlage V.2](#) behandeling 2^e lijn).
 - Voorwaarde is dat de patiënt een eigen smartphone heeft en digitaal vaardig is. Indien huisarts en patiënt van dit aanbod gebruik willen maken vermeldt huisarts in Zorgdomein dat patiënt digitaal vaardig is en aan telemonitoring mee kan doen.

IV. Terugverwijzing van de 2e of 3e naar de 1e lijn

Terugverwijzen naar de 1^e lijn is mogelijk bij asymptomatisch of mild symptomatisch atriumfibrilleren en wanneer er geen tweedelijns interventie is gepland. In principe kan de huisarts starten met cardiovasculair risicomanagement en behandelen met antiaritmica klasse II en IV.

Zie het stroomdiagram atriumfibrilleren in de NHG-standaard.

Meer achtergronden over terugverwijzen: zie bijlage

V. Bijlagen

Korte beschrijving behandelingen

V.1 Behandeling eerste lijn

Conform NHG-standaard AF

Taakverdeling huisarts en POH

De pijlers behandeling en controles zijn:

1. preventie van trombo-embolie met antistolling
2. vermindering van symptomen door middel van normalisering van de ventrikelfrequentie of door (conversie naar en) behoud van sinusritme
3. controle van comorbiditeit en behandeling van beïnvloedbare risicofactoren

Pijler 1 en 2 worden ingesteld door de huisarts. Ook de voorlichting over de aandoening en mogelijke complicaties bij het vaststellen van de diagnose is een taak van de huisarts.

Wanneer de huisarts een echo Cor wil laten uitvoeren en er is geen sprake van verwijzing naar de tweede lijn (noch overname behandeling, noch directe consultatie) dan kan de echo Cor plaatsvinden via de eerste lijn:

- via SHO in Arnhem, Nijmegen of Hengelo
- via Hartkliniek Nijmegen
- via Ziekenhuis Rivierenland Tiel
- via Gelre Ziekenhuis locatie Zutphen

Pijler 3 past geheel in de bestaande zorgprogramma's voor DM2, CVRM of ouderenzorg en kan door de POH-S of POH-O worden uitgevoerd.

De POH besteedt hierbij minimaal jaarlijks extra aandacht aan:

- CVRM om de ernst van de symptomen en het risico op hart- en vaatziekten te verminderen
 - Extra alertheid op apneu
- De bloeddruk meting is minder nauwkeurig bij een onregelmatige pols. Meet daarom 3x. Indien een automatische meting een foutmelding geeft, bepaal deze dan handmatig overnieuw
- Tel de polsfrequentie. Bij ventrikelfrequentie $\geq 110/\text{min}$ in rust en/of klachten bij inspanning overleg met de huisarts
- Bij patiënten zonder antistolling opnieuw berekenen CHA2DS2-VASc score i.v.m. mogelijk ontstaan van indicatie voor antistolling (vrouwen met CHA2DS2-VASc-score ≥ 3 , mannen met CHA2DS2-VASc-score ≥ 2)
- Bij patiënten met antistolling
 - therapietrouw i.v.m. preventie trombo-embolie bij ontrouw
 - eGFR i.v.m. mogelijk ontstaan van contra-indicatie of noodzaak voor dosis aanpassing DOAC
 - recent doorgemaakte klinisch relevante bloeding i.v.m. achterhalen oorzaak: hiervoor huisarts inschakelen.

V.2 Behandeling tweede lijn als huisarts vraagt om overname behandeling

Een patiënt met atriumfibrilleren wordt aangemeld via ZorgDomein, waarbij de registratie van de hartritmestoornis (ECG, Holter) en laboratoriumonderzoek (indien elders verricht) meegestuurd kan worden.

Na triage van de verwijzing worden eventuele ontbrekende gegevens alsnog opgevraagd, eventueel vooronderzoek afgesproken (echo Cor) en krijgt patiënt een afspraak op de polikliniek cardiologie toegestuurd.

Voorafgaand aan het polikliniekbezoek wordt het echo Cor door een cardioloog als eindverantwoordelijke beoordeeld. De patiënt wordt gevraagd de medicatie(lijst) mee te nemen bij het polibezzoek.

Op de dag van het polibezzoek wordt er eerst een ECG (soms met ritmestrook) gemaakt en worden de bloeddruk, lengte en gewicht gemeten. De cardioloog beoordeelt de uitslagen, neemt de anamnese af en doet een lichamelijk onderzoek, gericht op mogelijke corrigeerbare oorzaken.

Tijdens het diagnostisch traject kunnen zo nodig verschillende onderzoeken plaatsvinden en bestaan uit laboratoriumonderzoek, elektrocardiogram, echo Cor, een 24-uurs bloeddrukmeting of ritmeregistratie middels Holter of (subcutane) eventrecorder, fietsergometrietest en herhaald lichamelijk onderzoek.

Tijdens het consult wordt een behandelplan gemaakt op basis van bovenstaande factoren. Verder worden de behandelbare risicofactoren aangepakt, zoals OSAS-screening, gewichtsverlies, hartfalen, kleplijden en hypertensie. Er wordt -middels shared decision making- een keuze gemaakt voor frequentie (rate)-controle of ritme (rythm) controle afhankelijk van o.a. de klachten, comorbiditeit, vitaliteit en kans op succesvol behoud van sinusritme.

Behandel mogelijkheden

Frequentie controle

Adequate controle van de ventriculaire respons is bedoeld om symptomen te reduceren (palpaties, dyspnoe, vermoeidheid en duizeligheid) en de hemodynamiek te verbeteren door genoeg tijd te geven aan het vullen van de ventrikels en preventie van tachycardiomyopathie.

Ritme controle

Het belangrijkste doel van ritmecontrole is het verkrijgen van sinusritme om hiermee een afname te verkrijgen van symptomen zoals palpaties, dyspnoe, vermoeidheid en duizeligheid en het verkrijgen van sinusritme (SR). Bij asymptomatisch atriumfibrilleren (AF) kan er worden gekozen voor frequentie controle.

Elektrische cardioversie

- De indicatie voor elektrische cardioversie is symptomatisch atriumfibrilleren. De uitlokkende factoren dienen eerst te worden behandeld. Hoe langer het atriumfibrilleren bestaat, hoe meer remodeling er ontstaat, waarmee de kans op herstel van sinusritme afneemt.
- Er wordt bij een elektrische cardioversie onderscheid gemaakt tussen de duur van de klachten langer of korter dan 24 uur.
- Bij klachten die langer dan 24 uur bestaan of van onbekende duur zijn, dient de patiënt ten minste drie weken adequate antistolling te gebruiken. Bij deze patiëntengroep dient men na te gaan of de patiënt therapietrouw is geweest in de periode voor de cardioversie. De anamnese is hierbij erg belangrijk.
- Patiënten die een cardioversie ondergaan dienen nuchter te zijn.

Patiënteninformatie over cardioversie Rijnstate:

<https://www.rijnstate.nl/aandoening-en-behandeling/cardioversie/>

Chemische cardioversie

De indicatie voor chemische cardioversie is symptomatisch atriumfibrilleren wat niet langer bestaat dan 24 uur of als patiënt op adequate antistolling staat ingesteld. Patiënten die een chemische cardioversie ondergaan krijgen medicijnen intraveneus toegediend onder ECG- en hemodynamische bewaking.

Ablatie en chirurgie

Paroxysmaal, persistent en(langdurig) persisterend symptomatisch atriumfibrilleren kan worden behandeld met een katheterablatie (pulmonaal vene isolatie (PVI)). Wanneer men met antiarrhythmica (AAD) geen resultaat bereikt of men heeft geen medicamenteuze ruimte meer om de patiënt te behandelen, kan men een katheterablatie overwegen. Deze is effectief in het herstel en behoud van sinusritme bij patiënten met symptomatisch paroxysmale, persistent en langdurig persisterend atriumfibrilleren. Meestal ontstaat atriumfibrilleren op de overgang van de pulmonaal vene en het linker atrium. Door toepassing van warmte (radio frequente (RF) ablatie) of koude (cryo-ablatie) worden ter plaatse littekens gemaakt, waardoor er geen elektrische geleiding meer is. De behandeling vindt plaats onder lokale of algehele anesthesie en kan enkele uren in beslag nemen.

Starten leefstijlinterventie

- Bij overgewicht of obesitas het belang van een gezond gewicht voor de behandeling van de ritmestoornis toelichten, de gecombineerde leefstijlinterventie bespreken en verwijzen.
- In geval van alcoholgebruik van 10 of meer eenheden per week het belang van reductie tot onthouding van alcohol op de hoeveelheid en klachten van AF aanvallen bespreken.

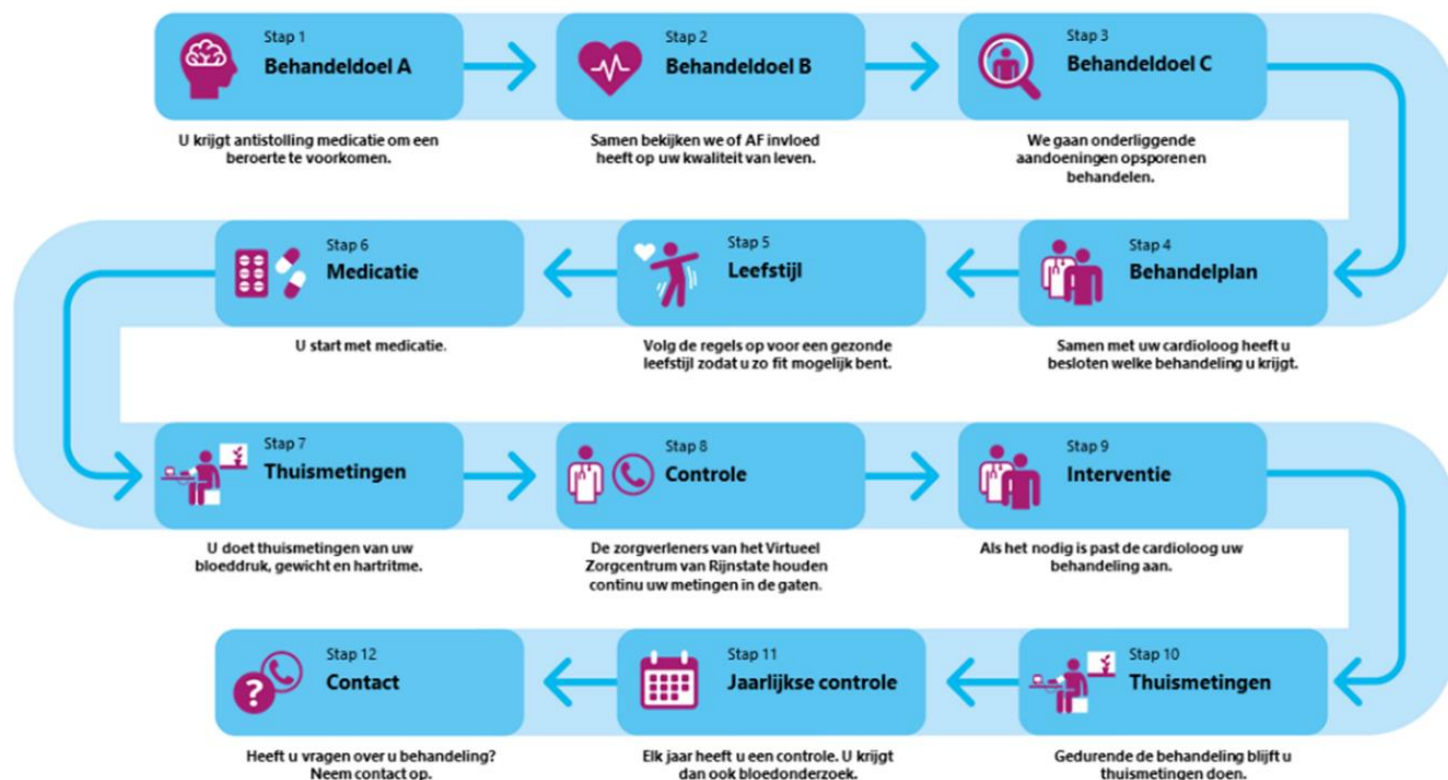
Nazorg

Het follow-up traject bestaat uit een aantal min of meer geplande bezoeken aan de polikliniek met als doel het effect van de ingestelde behandeling te controleren. Aan de hand van de bevindingen kan de behandeling worden aangepast of overgedragen.

Mogelijkheden telemonitoring via eigen smartphone

- Door de combinatie van relevant aanvullend onderzoek, vragenlijsten en voorlichting via MijnRijnstate en monitoring via de eigen smartphone biedt Rijnstate een one-stop-shop mogelijkheid voor AF-patiënten. Na initiële evaluatie voor verklarend onderliggend cardiovasculair lijden wordt het merendeel van de patiënten direct terugverwezen naar de eerste lijn met behandeladviezen.
- Van de resterende groep kunnen de patiënten die digitaal vaardig zijn, wanneer nodig, met de smartphone geholpen worden, in plaats van vaak overbodige standaard controles op vaste momenten. Hierdoor krijgt de patiënt meer regie, bewegen we meer naar gezondheid i.p.v. ziekte en creëren we meer capaciteit op de polikliniek om de stijgende zorgvraag het hoofd te bieden. (zie afbeelding)
- Alternatief in het kader van afwachting op consultatie in Rijnstate: Rijnstate kan indien gewenst faciliteren met het instellen op frequentiecontrole d.m.v. de eigen smartphone, informatie via MijnRijnstate en begeleiding via het Virtueel Zorgcentrum.
 - Voorwaarde is dat de patiënt een eigen smartphone heeft en digitaal vaardig is. Indien huisarts en patiënt van dit aanbod gebruik willen maken vermeldt huisarts in Zorgdomein dat patiënt digitaal vaardig is en aan telemonitoring mee kan doen.

Uitleg aan patiënten over telemonitoring (afbeelding)



Achtergrondinformatie over terugverwijzen naar de 1^e lijn

Bij de beslissing een patiënt terug te verwijzen naar de huisarts maakt de cardioloog onderscheid tussen drie verschillende situaties:

Patiënten met ritmecontrole

Deze patiënten worden terugverwezen indien zij

- stabiel of sinds één jaar klachtenvrij zijn én
- er sprake is van flecaïnide of sotalol als "pill in the pocket" (bij een pill-in-the-pocket is er sprake van een alleen zo nodig gebruiken van een antiaritmicum) of
- van een patiënt die amiodaron gebruikt en zodanig kwetsbaar is dat polibezocht niet mogelijk is.
 - Bij hoge uitzondering zal een patiënt amiodaron (antiaritmicum klasse III) in de 1^e lijn gebruiken. Normaliter worden patiënten op amiodaron juist vervolgd in de 2^e lijn en worden zij jaarlijks gecontroleerd (X-thorax, lab leverfuncties en schildklierfunctie).

Patiënten met frequentiecontrole (bij permanent AF)

Deze patiënten worden terugverwezen indien zij

- geen medicatie gebruiken of een B-blokker (uitgezonderd sotalol) /Ca-antagonist (betreft verapamil en diltiazem) /digoxine én
- stabiel of sinds één jaar klachtenvrij zijn én
- er sprake is van een ventrikelfrequentie van lager dan 110 slagen per minuut

Na invasieve ingreep

Na een invasieve ingreep kan de cardioloog besluiten tot het stoppen van de medicatie inclusief de antistolling. In dat geval wordt de behandeling beëindigd en hoeft ook de huisarts geen controles uit te voeren, behalve standaard cardiovasculair risicomanagement indien risicofactoren. Bij een – al dan niet symptomatisch – recidief is de behandeling als bij een nieuwe AF-patiënt.

De indicatie voor antistolling blijft afhankelijk van de CHA₂DS₂Vasc-score (NHG-standaard).

V.3 Taken van de apotheker

De apotheker is een belangrijke ketenpartner bij de behandeling en controles van patiënten met atriumfibrilleren.

De specifieke taken van de apotheker

1. De bewaking van interacties en contra-indicaties.
2. Het controleren op gewenst of ongewenste dubbelmedicatie antistolling (bijvoorbeeld TAR met VKA of DOAC's, combinatie van middelen die een QT-verlenging kunnen geven).
3. Het bewaken van doseringen in relatie tot indicatie, gewicht, nierfunctie en comedatie van de patiënt.
4. De bewaking van de therapietrouw.
5. Voorlichting geven aan en begeleiden van de patiënt over het juist innemen van de medicatie, de mogelijk te verwachten werking en bijwerkingen, alarm symptomen (bij bloedingen), belang van behandelingen en het juist bewaren van de geneesmiddelen.

Beschrijving taken

- Bij eerste voorschrift van een DOAC: apotheker ontvangt van de voorschrijver in ieder geval de volgende informatie over de patiënt: het gewicht, de nierfunctie (meestal aanwezig in het AIS of op recept van specialist) en de indicatie.
- De eerste en tweede uitgiftebegeleiding worden gedaan volgens de KNMP-richtlijn ter hand stellen.
- Voorlichting aan en begeleiding van patiënten op het gebied van medicatie (o.a. belang continu gebruik, informatie over bijwerkingen, benoemen alarmsymptomen zoals bloedingen en wanneer arts raadplegen) wordt gegeven.
- Controle van dubbelmedicatie (bijvoorbeeld bij switches antistolling), bewaking van interacties en contra-indicaties wordt uitgevoerd.
- Bij gebruik van meerdere verschillende antistollingsmiddelen wordt nagegaan bij voorschrijver en patiënt of dit bewust en bekend is. Ook wordt de beoogde behandeltermijn nagevraagd. Bij duale of triple therapie wordt dit vastgelegd in het dossier en bij afwijkingen hiervan wordt overleg met patiënt en voorschrijver gevoerd.
- Bij het switchen tussen DOAC's vanwege een bijwerking of slechte verdraagbaarheid wordt de reden met specificatie van bijwerkingen in het apothekersinformatiesysteem verwerkt en zo nodig gemeld bij het Lareb.
- Indien van toepassing schrijft de cardioloog/huisarts een stoprecept voor de VKA en de apotheker brengt de trombosedienst (TD) op de hoogte van de beoogde switch. (zie protocol trombosedienst apothekers TD en zie regioprotocol antistolling naam regio)
- Periodiek bewaken van de doseringen in relatie tot de nierfunctie van de patiënt, daarbij controleert de apotheker ook of er periodiek een nieuwe eGFR bekend is en of de dosering nog passend is op basis van indicatie en eGFR.
 - Bij verstrekking van DOAC (en VKA):
 - Jaarlijks bij een eGFR > 60 ml/min
 - Tweemaal per jaar bij een eGFR < 60 ml/min
 - Bij amiodaron of sotalol:
 - Jaarlijks bij eGFR > 50 ml/min
 - Tweemaal per jaar bij eGFR < 50 ml/min
 - Bij digoxine:
 - Jaarlijks bij eGFR > 50 ml/min
 - Tweemaal per jaar bij eGFR < 50 ml/min
- Bewaken en aan patiënt navragen of de noodzakelijke (jaarlijkse) controles/onderzoeken plaatsvinden vooral bij oudere, kwetsbare patiënten m.b.t. DOAC's en geneesmiddelen voor rate control en rythm control, CVRM, bloedingsrisico, Kalium (Digoxine).
- Bewaking van de therapietrouw, in het bijzonder ten aanzien van DOAC's (eens per jaar controle) en VKA's.

Aandachtspunten voor voorschrijvers bij het voorschrijven van een recept

DOAC

Bij het voor de patiënt voor het eerst voorschrijven van een DOAC zal de voorschrijver de indicatie, het gewicht van patiënt en recente eGFR doorgeven. Indien de DOAC voor een beperkte tijd voorgeschreven wordt, dan ook de behandelduur doorgeven.

Digoxine

Bij het voor de patiënt voor het eerst voorschrijven van digoxine zal de voorschrijver de beoogde oplaaddosis voorschrijven en de daarna te volgen onderhoudsdosis.

Flecaïnide en sotalol

Bij het voorschrijven van Flecaïnide of sotalol als "pill in the pocket" zal de voorschrijver op recept aangeven dat het om 'pill in the pocket' medicatie gaat, met een duidelijk zo nodig gebruik. (dus niet alleen *zo nodig*, maar *bij hartkloppingen zo nodig 1 tablet*)

Stoppen van medicatie

Bij het stoppen van onderhoudsmedicatie stuurt de voorschrijver een stop recept naar de apotheker. Voorschrijvende specialisten altijd, huisartsen die Medicom gebruiken en gekoppeld zijn met een Farmacom apotheek, kunnen medicatie stoppen in medicatiedossier, stuur WEL een stop bericht op het moment dat de patiënt een medicatie rol in gebruik heeft.

DOAC i.c.m. andere antistollingsmedicatie

Indien een DOAC bewust en gewenst met andere antistollingsmedicatie (i.v.m. andere indicatie) voorgeschreven wordt, is een notitie op het recept zeer gewenst. Bij ontbreken van een notitie zal de apotheker bij patiënt en voorschrijvers informeren of de combinatie bekend en bewust is.

V.4 Voorlichting

Het goed informeren van patiënten is een belangrijke voorwaarde voor samen beslissen en therapietrouw. Naar de patiënt toe wordt in navolging van Thuisarts en de Hartstichting het woord boezemfibrilleren gebruikt.

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

- De aandoening boezemfibrilleren, onderzoek, behandeling, risicofactoren, leefstijl en dagelijks leven
- Hoe de zorg bij boezemfibrilleren in de regio 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
- Wat te doen bij welke (spoed)klachten en symptomen (zelfzorg, aanspreekpunt)

Bij het informeren kan gebruik gemaakt worden van de volgende landelijke websites: [Thuisarts](#), [Hartstichting](#), [Apotheek.nl](#) (medicijnen), [www.allesoverantistolling.nl/](#), [Harteraad](#) en [www.afibmatters.org/nl/](#). Voor een overzicht van [bronnen voor informatie](#): zie de website van NVVC Connect, toolkit atriumfibrilleren.

V.5 Leden werkgroep

Kirsti Jakobs, huisarts en kaderarts hart- en vaatziekten, Onze Huisartsen
Martin Hemels, cardioloog, Rijnstate
Frank Schroor, apotheker, apotheek Velperweg, Coöperatieve Apothekersvereniging regio Arnhem

Advies

Maartje Struik, praktijkconsulent CVRM, Onze Huisartsen
Suze Teunissen, praktijkconsulent Ouderenzorg, Onze Huisartsen
Ron Pisters, cardioloog, Rijnstate
Anne-Margreet Strijbis, projectleider atriumfibrilleren NVVC Connect

V.6 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.

Algemeen

- NHG-standaard Atriumfibrilleren 2023
- ESC-richtlijn Atriumfibrilleren 2020, en adaptatie van deze richtlijn:
<https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/atriumfibrilleren/startpagina-atriumfibrilleren.html> (sept. 2022)
- Handreiking screening en behandelingsoptimalisatie atriumfibrilleren. NVVC Connect, HartVaathAG, DCVA, Hartstichting, Harteraad. Utrecht: oktober 2021 (voortbouwend op ESC-richtlijn 2020 en NHG-standaard 2017)
- Toolkit atriumfibrilleren NVVC Connect m.n. RTA atriumfibrilleren Zoetermeer. 2024

Regionaal/lokaal

- Regiobeeld Centraal Gelderland 2023
- Transmurale afspraken Antistolling regio Arnhem
- Quicksan atriumfibrilleren per Connect AF gebied. NVVC Connect regio Arnhem. NVVC Connect. 2023
- Rapportage enquête over atriumfibrillerenzorg regio Arnhem. NVVC Connect. 2023