



Zorg voor de patiënt met atriumfibrilleren in Twente

Optimale zorg in samenhang geleverd





Auteur:
Anja van Kempen coördinator zorginnovatie THOON

© Juni 2018, THOON
Uitgegeven in eigen beheer

Sabina Klinkhamerweg 21
7555 SK Hengelo

Tel 074 – 256 87 98
Fax 074 – 760 03 43

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Revisies

Versie	Datum	Door (initialen)
1.1	13 juni 2018	AK
1.2	10 augustus 2018	AK
1.3	23 augustus 2018	JdB
2.0	9 september 2018	MW/AK
2.1	18 december 2018	KdB
2.2	15 februari 2019	AK
2.3	14 maart 2019	AK

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE.....	3
1. INLEIDING	4
2. DEELNAME PLUSMODULE AF.....	5
3. OPSPOREN VAN PATIENTEN MET ATRIUMFIBRILLEREN	5
4. STAPPEN BIJ NIEUWE PATIENT MET VERMOEDEN ATRIUMFIBRILLEREN	5
4.1. Vermoeden AF	5
4.2. Diagnose AF gesteld	5
4.3. Eerste aanval getriggerd door uitlokkende factoren	6
5. CONTROLE BIJ BEKENDE PATIENT MET ATRIUMFIBRILLEREN	7
BIJLAGE 1: VERWIJSINDICATIES/TWEEDELIJNS BEHANDEL-INDICATIES AF.....	9
BIJLAGE 2: TERUGVERWIJSCRITERIA AF	10
BIJLAGE 3: MEDICATIE BIJ ATRIUMFIBRILLEREN.....	11
BIJLAGE 4: INDICATIE ANTISTOLLING	13
BIJLAGE 5: STROKE RISICO EN BLOEDINGSRISICO.....	14
BIJLAGE 6: BEHANDELING VAN ATRIUMFIBRILLEREN IN DE TWEEDE LIJN	15
BIJLAGE 7: CLASSIFICATIE ATRIUMFIBRILLEREN	16
BIJLAGE 8: CHECKLIST SPREEKUUR	17

1. INLEIDING

In de diagnostiek en behandeling van atriumfibrilleren (AF) door de huisarts vormt de NHG standaard M79 2017 uitgangspunt en naslagwerk.

Dit document vormt een praktische handleiding voor de opsporing, diagnostiek, behandeling, verwijzing, terugverwijzing en registratie van AF voor patiënten die worden geïnccludeerd in de plusmodule- AF van THOON.

Er wordt geadviseerd, in overleg en samenspraak met de cardiologen ZGT en MST, af te wijken van de NHG standaard op vijf punten:

- Verwijscriteria: verwijs niet alleen patiënten jonger dan 65 jaar, maar alle vitale patiënten voor diagnostiek naar onderliggend lijden.
- Afkappunt antistolling: bespreek bij een CHA₂DS₂-VASc-score van 1 (behalve als de score alleen ingegeven is door vrouwelijk geslacht) de voor- en nadelen van antitrombotische therapie en maak samen met de patiënt de keuze al dan niet te starten.
- Startmoment antistolling: start na het vaststellen van AF direct met antitrombotische therapie en wacht geen 48 uur.
- Beleid bij anti aritmica: het starten van behandeling met anti aritmica gebeurt alleen in de tweede lijn. Patiënten die een onderhoudsbehandeling hebben met anti aritmica blijven onder controle van de cardioloog voor AF (CVRM in de eerste lijn). Patiënten met PAF die alleen voor aanvalsbehandeling "zo nodig" een anti aritmicum gebruiken, kunnen in sommige situaties terugverwezen worden naar de eerste lijn. Na terug verwijzing kan de huisarts de zorg overnemen. In bijlage 3 worden de in de tweede lijn gebruikte anti aritmica gespecificeerd.
- Bepalen van de pro BNP: bepalen van de pro BNP bij patiënten met AF waar verdenking op hartfalen bestaat wordt niet aangeraden, omdat de patiënt met AF altijd een verhoogde waarde heeft en dit dus niet discriminerend is ([achtergrondinformatie](#)).

Met de cardiologen ZGT en MST zijn tevens de verwijs-, en terugverwijscriteria vastgelegd (bijlage 1).

In bijlage 6 vindt u de organisatie en uitgangspunten van de behandeling in de tweede lijn.

Werkgroep Atriumfibrilleren 2018 Twente:

Bert Pos, cardioloog ZGT

Marcoen Scholten cardioloog MST

Jaap van Soest, kaderhuisarts FEA

Andrew Oostindjer, kaderhuisarts THOON

Suzan van Vliet, huisarts, medisch coördinator THOON

Mieke Wijnen, coördinator zorgprogramma CVRM THOON

Anja van Kempen, huisarts, coördinator zorginnovatie THOON

2. DEELNAME PLUSMODULE AF

De huisarts kan de patiënt includeren in de plusmodule AF indien aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- huisarts is hoofdbehandelaar voor AF;
- de patiënt geeft toestemming voor ketenzorg;
- huisarts controleert en behandelt patiënt met AF minimaal jaarlijks conform de NHG standaard (met uitzondering van de genoemde afwijkingen hierop);
- huisarts registreert minimaal de genoemde meetwaarden voor AF;
- huisarts neemt deel aan CVRM/DM zorgprogramma's, die de basis vormen voor de AF zorg.

3. OPSPOREN VAN PATIENTEN MET ATRIUMFIBRILLEREN

Om onbekende patiënten met AF te herkennen wordt gekozen voor systematische screening van risico groepen voor AF. Dit wordt gedaan door in de zorgprogramma's CVRM en DM, bij elke patiënt, bij elke bloeddrukmeting, 30 seconden de pols te voelen. De praktijk kan ook kiezen gebruik te maken van eenvoudige diagnostische tools zoals Mydiagnostick of Alivecor. Alle patiënten met HVZ, VVR of diabetes worden minimaal jaarlijks in de huisartsenpraktijk gecontroleerd. Op deze manier wordt binnen de bekende risicogroepen continu aan opsporing gedaan.

Verder leidt de introductie van de plusmodule AF tot meer kennis over het ziektebeeld bij de huisartsen en praktijkondersteuners door scholing, wat met zich meebrengt dat bij alle andere contacten er meer opmerkzaamheid is voor het herkennen van AF.

Indien een praktijk bij het dossieronderzoek dat voorafgaat aan deelname aan de plusmodule AF, vaststelt dat de praktijk ruim onder de verwachte prevalentie van 2,5% ligt, kan de praktijk om advies vragen bij de zorggroep, hoe het opsporen van patiënten te intensiveren.

4. STAPPEN BIJ NIEUWE PATIENT MET VERMOEDEN ATRIUMFIBRILLEREN

4.1. Vermoeden AF

Anamnese

- hartkloppingen;
- duizelig;
- dyspnoe;
- pijn op de borst;
- onderliggend lijden, co-morbiditeit;
- uitlokkende factoren:
 - Koorts, anemie, hyperthyreoïdie, stress, inspanning, postprandiaal, alcohol, drugs, levothyroxine, corticosteroiden, betasympathico-mimetica.

Lichamelijk onderzoek

- meet bloeddruk;
- ausculteer het hart (ritme, frequentie, soufflé?);
- beoordeel tekenen van hartfalen (heffende ictus cordis, pulmonale crepitaties, verhoogde CVD, gestuwde halsvenen, leververgroting, ascites en perifeer oedeem).

Stel diagnose met behulp van ECG, ritmestroom, holterregistratie of eventrecorder.

4.2. Diagnose AF gesteld

Hemodynamisch instabiel (neiging tot cardiogene shock, astma cardiale, acute verergering chronisch hartfalen) en/of vermoeden op ACS?

- Ja → verwijs met spoed
- Nee →
 - korter dan 48 uur AF bij vitale patiënt:
 - overleg met cardioloog over cardioversie (bij twijfel over duur-> ga uit van > 48 uur);
 - onbekend of langer dan 48 uur AF
 - bepaal TSH, HB, Glucose, eGFR en Kalium.;
 - bepaal indicatie antistolling middels CHA₂DS₂-VASc-score en start antistolling (zie bijlage 3,4);
 - start bij frequentie > 110 slagen per minuut (zie toelichting in noot 1) medicatie ter verlaging van de ventrikelfrequentie (zie NHG standaard en bijlage 3);
 - verwijs vitale patiënt voor onderzoek naar onderliggend lijden naar cardioloog;
 - controleer de patiënt wekelijks tot het behandelgoal is bereikt of tot patiënt (tijdelijk) is overgenomen door tweede lijn;
 - registreer:
 - ICPC K78 Atriumfibrilleren
 - invoeren meetwaarden in HIS/KOS
 - type atriumfibrilleren (bijlage 7);
 - hoofdbehandelaar atriumfibrilleren= huisarts of specialist;
 - RR;
 - polsritme;
 - hartfrequentie;
 - tekenen van hartfalen;
 - CHA₂DS₂-VASc-score;
 - overige meetwaarden conform basiszorg CVRM/DM.
 - na bereiken behandelgoal; spreek vervolgcontrole af indien hoofdbehandelaar huisarts blijft (geen verwijzing: geen vitale patiënt/patiënt wil niet verwezen worden);
 - indien van toepassing; plan controle in combinatie met controle CVRM/DM.

4.3. Eerste aanval getriggerd door uitlokkende factoren

Er is geen consensus binnen de NHG en NVVC hoe te handelen bij een eerste aanval van AF door uitlokkende factoren, zoals koorts of hyperthyreoïdie. Hierbij verdwijnt het AF indien de uitlokkende factor is verdwenen. U neemt dan alle risicofactoren in overweging om te besluiten of u overgaat tot antistolling. Bij twijfel kunt u overleggen met de cardioloog.

NB: In tegenstelling tot wat de NHG richtlijn en veel websites en leerboeken vermelden is koffie geen uitlokkende factor voor AF (wel voor PAC's en PVC's). In tegendeel, het gebruik van matig koffie (twee tot vijf eenheden per dag) is geassocieerd met een verminderde incidentie van AF.

Noot 1: Ventrikelfrequentie

De NHG standaard hanteert een streefwaarde in rust van 110 slagen/min. De cardiologen hanteren een lagere streefwaarde van 90-100 slagen /min. De ervaring van de cardioloog is dat patiënten zich vaak prettiger voelen met een gemiddelde waarde die lager ligt dan 110.

Het advies van de cardioloog is om gebruik te maken van een holterregistratie indien u een gemiddelde frequentie wilt bepalen.

De juiste ventrikelfrequentie bepaalt u **NIET** door de pols te voelen maar door een ECG te maken. Vaak zal de frequentie door auscultatie van het hart niet duidelijk zijn.

5. CONTROLE BIJ BEKENDE PATIENT MET ATRIUMFIBRILLEREN

Controleer de patiënt met stabiel AF minimaal jaarlijks en frequenter bij medicatiewijzigingen of klachten.

Patiënt is reeds geïnccludeerd in zorgprogramma DM of CVRM:

- Voer de controle gecombineerd uit en registreer meetwaarden in het KOS.

Patiënt is nog niet geïnccludeerd in zorgprogramma DM of CVRM:

- Includeer patiënt in zorgprogramma CVRM en registreer meetwaarden in het KOS.

Als de POH de controle uitvoert bij stabiel ingestelde patiënten met AF dienen op praktijkniveau werkafspraken over taakdelegatie te zijn vastgelegd.

Controledoel:

- Klachten onderkennen en reduceren van eventuele klachten.
- Juiste antistolling? Middel/dosering (bijlage 4).
- Juiste overige medicatie? Middel/dosering (bijlage 3).
- Zorg op de juiste plek? (bijlage 1/2).
- Controle op therapietrouw, leefstijlinterventie en educatie.

Anamnese

- Tekenen van hartfalen, angina pectoris, palpitaties, duizeligheid.

Onderzoek

- RR (streefwaarden conform CVRM).
- Bepaal hartfrequentie (auscultatie of ECG):
 - streefwaarde: <110 (zie toelichting pagina 6).
De ondergrens is afhankelijk van klachten en ligt bij een klachtenvrije patiënt rond de 50.
- Bepaal hartritme (regulier/ irregulier).
(Vraag je hierbij af-> klopt het geregistreerde type atriumfibrilleren?)
- Bepaal nierfunctie en kalium.

Check antistolling

- Heeft patiënt DOAC/VKA
 - Ja: juiste dosering?
 - Aanpassing nodig in verband met dalende nierfunctie / stijgen leeftijd / comedatie / gewicht?
 - Nee: bepaal CHA₂DS₂-VASC-score
 - Indicatie antistolling: bespreek keuze en start medicatie

Juiste overige medicatie/therapietrouw?

- Aanpassing nodig in verband met dalende nierfunctie / stijgen leeftijd / comedatie?
- Aanpassing nodig in verband met hartfrequentie? (< 60 of >110).
- Aanpassing nodig in verband met RR boven streefwaarde?
- Geeft de medicatie inname problemen? Zo ja-> bespreek mogelijke oplossingen.

Zorg op de juiste plek

- Hoofdbehandelaar AF specialist?
 - Zo ja: check indicatie.
 - Correct: geen actie. Geen verdere controle nodig.
 - Geen indicatie AF zorg in tweede lijn: huisarts overlegt met cardioloog.
- Hoofdbehandelaar AF huisarts?
 - Ontbreekt een indicatie tot verwijzen?
én
 - Is onderliggend lijden vastgesteld/uitgesloten?
 - Voer AF controle uit en maak afspraak voor vervolgccontrole.
 - Is er een indicatie voor tweedelijns cardiale zorg? (zie verwijsriteria bijlage 1/2)

- Verwijs patiënt.

Invoeren/controleren meetwaarden in HIS of KOS

- type atriumfibrilleren;
- hoofdbehandelaar atriumfibrilleren;
- deelname ketenzorg AF en (indien van toepassing) reden geen ketenzorg;
- RR;
- hartfrequentie;
- hartritme;
- tekenen van hartfalen;
- CHA₂DS₂-VASC-score;
- Controlefrequentie.

BIJLAGE 1: VERWIJSBELEID en TWEEDLIJNS BEHANDEL- INDICATIES BIJ AF

- Verwijs met spoed per ambulance:
 - wanneer de patiënt hemodynamisch instabiel is;
 - bij vermoeden ACS.

Verwijsbeleid bij nieuw gediagnostiseerde AF patiënten:

- Overleg direct met de cardioloog wanneer een vitale patiënt korter dan 48 uur atriumfibrilleren heeft. Cardioversie is dan vaak succesvol en kan zonder langdurige voorbehandeling met antistolling plaatsvinden. In het ziekenhuis wordt binnen 48 uur een gift heparine of NOAC toegediend. Na de cardioversie wordt ook bij CHA₂DS₂-VASc-score van 0, 4 weken een DOAC gegeven.
- Verwijs regulier bij vitale patiënt en langer dan 48 uur bestaand atriumfibrilleren voor diagnostiek naar onderliggend lijden.

Verwijs terugverwezen AF patiënten of AF patiënten die initieel afgezien hebben van onderzoek naar onderliggend lijden indien:

- Patiënten met een verhoogd risico op een beroerte en een absolute contra-indicatie voor orale anticoagulantia dit risico willen verlagen (door bijvoorbeeld een operatie aan het hartoor).
- De ventrikelfrequentie < 50/min is zonder frequentie verlagende middelen.
- Er persisterende klachten zijn ondanks adequate ventrikelfrequentie.
- Er onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentie verlagende middelen.
- Er aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-Whitesyndroom of plotse hartoedood in de familie is.
- De patiënt met paroxismaal AF therapie wenst ter vermindering van het aantal aanvallen.

Indicaties waarvoor patiënten levenslang/voor onbepaalde tijd onder controle van de cardioloog zijn en ook zorg voor AF blijvend in tweede lijn wordt uitgevoerd:

- Na implantatie van een IED (internal electric device) zoals ICD/pacemaker (bij pacemaker kan soms, in overleg, voor gedeelde zorg worden gekozen: AF zorg huisarts, pacemakerzorg medisch specialist).
- Matige of ernstige klep afwijkingen en na klepvervangning.
- Symptomatisch hartfalen NYHA III of IV of recidiverende exacerbaties.
- Slechte LV functie zonder symptomen (ejectiefractie <40-45%).
- Potentieel levens bedreigende ventriculaire ritmestoornissen.
- Sommige gendragers (kanaal dysfuncties, bindweefselaandoeningen, cardiomyopathieën etc.).
- Na harttransplantatie.
- Vrijwel alle congenitale aandoeningen (gecorrigeerd of ongecorrigeerd).
- Pulmonale hypertensie.
- Anti aritmica gebruik (zie bijlage 3).

In overleg met patiënt en huisarts kan controle en/of behandeling in de tweede lijn worden gestaakt indien de levenssituatie van de patiënt dit niet zinvol meer laat zijn.

BIJLAGE 2: TERUGVERWIJSCRITERIA AF

Patiënten met een goed ingestelde frequentie, waar geen interventie wenselijk is, worden, na analyse, zo snel mogelijk terugverwezen naar de eerste lijn.

Dit betreft in het algemeen ongecompliceerde patiënten:

- met éénmalig AF;
- met PAF met acceptabele aanvalsfrequentie zonder onderhoudsbehandeling met anti aritmica (bijlage 3);
- met PAF met acceptabele aanvalsfrequentie met aanvalsbehandeling (pill in the pocket) door middel van anti aritmica (bijlage 3);
- met permanent AF en adequate ventrikelfrequentie.

BIJLAGE 3: MEDICATIE BIJ ATRIUMFIBRILLEREN

1. Ritmecontrole

Anti aritmica worden gebruikt om, bij patiënten met PAF, aanvallen te voorkomen, dan wel te reduceren.

Deze medicijnen worden **niet** door de huisarts gestart of gecontroleerd en het gebruik van deze middelen zijn een indicatie voor AF zorg in de tweede lijn. Een uitzondering hierop vormt het gebruik als aanvalsbehandeling. Deze patiënten kunnen veilig in de eerste lijn vervolgd worden.

Veel gebruikte anti aritmica zijn:

- Flecainide;
- Sotalol;
- Kinidine;
- Amiodarone;
- Disopyramide;
- Procainamide;
- Propafenon.

2. Verlaging van de ventrikelfrequentie (rate control)

Eerste keus

- *Stap 1*

Bètablokker: metoprolol met vertraagde afgifte 50-200 mg

- Hoog de dosering geleidelijk op, op geleide van de ventrikelfrequentie.

- *Stap 2*

Digoxine toevoegen bij onvoldoende daling ventrikel frequentie.

Dosering digoxine:

- eerste dag 0,75 mg, daarna 1 dd 0,25 mg;
- bij verhoogd risico op toxiciteit (leeftijd > 70 jaar, verminderde nierfunctie, gewicht < 55 kg): eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1dd. 0,125 mg;
- bij meerdere risicofactoren voor toxiciteit of leeftijd > 85 jaar: eerste dag 3 dd 0,125 mg, daarna 1 dd 0,0625 mg.

Tweede keus

Indien er geen sprake is van hartfalen en een bètablokker gecontra-indiceerd is

- *Stap 1*

Calciumantagonist verapamil (dagdosering 320-480 mg) of diltiazem (dagdosering 120-360 mg)

- *Stap 2*

Digoxine toevoegen bij onvoldoende daling ventrikel frequentie

- Verlaag de digoxinedosis bij combinatie van een calciumantagonist met digoxine

Indien er wel sprake is van hartfalen en een bètablokker gecontra-indiceerd is

- *Stap 1*

Digoxine

3. Antitrombotische behandeling

Keuze tussen cumarinederivaten en DOAC's.

DOAC's zijn een gelijkwaardig alternatief voor cumarinederivaten voor de meeste patiënten met de indicatie niet-valvulair atriumfibrilleren¹. Het gebruiksgemak en het veiligheidsprofiel verschilt echter wel. Beoordeel bij een nieuwe indicatie voor antistolling samen met de patiënt in welke mate de genoemde factoren redenen zijn om te kiezen voor een DOAC of een cumarinederivaat. Raadpleeg de NHG standaard of open deze [link](#) voor meer informatie.

¹ Niet-valvulair AF: patiënt heeft geen mechanische klep en heeft geen matig/ ernstig mitralisklepstenose

DOAC's

Voorkeursmiddelen

De cardiologen MST en ZGT hebben voorkeur voor Apixiban en Dabigatran. Dabigatran kan niet in een Baxter. Het advies is om zo veel mogelijk ervaring op te doen met een beperkt aantal middelen en de voorkeur van de cardiologen te volgen.

Doseringen

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 Bij minstens twee van de volgende eigenschappen; 2 dd 2,5 mg -> 80 jaar ≤ 60 kg Serumkreatinine ≥ 133mmol/l
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

Cumarinederivaten

	acenocoumarol 1 mg		fenprocoumon 3 mg	
	< 70 jaar	relatieve contra-indicatie of > 70 jaar	< 70 jaar	relatieve contra-indicatie of > 70 jaar
eerste dag	6 mg (6 tabletten)	4 mg (4 tabletten)	12 mg (4 tabletten)	6 mg (2 tabletten)
tweede dag	4 mg (4 tabletten)	2 mg (2 tabletten)	6 mg (2 tabletten)	3 mg (1 tablet)
derde dag	2 mg (2 tabletten)	1 mg (1 tablet)	3 mg (1 tablet)	1,5 mg (0,5 tablet)

BIJLAGE 4: INDICATIE ANTISTOLLING

Stel aan de hand van de CHA₂DS₂-VASC-score vast of er een indicatie is voor antitrombotische therapie.

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (Congestive heart failure) Ejectiefractie < 40%	1
H	Hypertensie (Behandeld of onbehandeld)	1
A ₂	Leeftijd ≥ 75 jaar (Age)	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (Stroke)	2
V	Vaatlijden (perifeer, carotiden, coronair)	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (Age)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (Sex category)	1*

* Geldt niet als vrouwelijk geslacht de enige risicofactor is.
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%).

Score	Indicatie antistolling
0	Nee
1	NHG: nee ESC: overweeg behalve o.b.v. sexe Advies: overleg met patiënt de voor en nadelen van antistolling . Gebruik hiervoor informatie uit bijlage 5.
2	Ja

BIJLAGE 5: STROKE RISICO EN BLOEDINGSRISICO

De CHA₂DS₂-VAsC-score geeft het risico aan voor het krijgen van een beroerte. Dit is geen lifetime risico, maar een jaarlijks risico. Dus van de honderd patiënten met een CHA₂DS₂-VAsC-score van 2 krijgen 2,2 patiënten per jaar een CVA indien ze niet behandeld worden met een VKA of DOAC. Onderstaande tabellen kunnen u ondersteunen in het gesprek met de patiënt om een keuze te maken, met name bij een lage CHA₂DS₂-VAsC-score.

De CHA₂DS₂-VAsC-score vindt u in bijlage 4.

De Hasbled is een risicoscore op een bloeding bij het gebruik van VKA.

De Hasbled is niet bedoeld om de indicatie op antistolling vast te stellen, maar kan ondersteunen bij het gesprek over het risico op een bloeding en het gesprek over aanpak risicoreductie.

Hasbled

Letter	Klinisch beeld	Punten
H	Hypertensie	1
A	Afwijkende lever/nierfunctie (ieder 1 punt)	1 of 2
S	Stroke	1
B	Bloeding	1
L	Labele INR	1
E	Ouder.65 jaar (Eldery)	1
D	Drugs of alcohol(ieder 1 punt)	1 of 2
		Max 9

Stroke versus bloedingsrisico

CHA ₂ DS ₂ -VAsC-score	Stroke risico per jaar in %	Hasbled score	Bloedingsrisico per jaar in %
0	±0	0	0,9
1	1,3	1	3,4
2	2,2	2	4,1
3	3,2	3	5,8
4	4,0	4	8,9
5	6,7	5	9,1
6	9,8	6	onbekend
7	9,6	7	onbekend
8	6,7	8	onbekend
9	15,2	9	onbekend

BIJLAGE 6: BEHANDELING VAN ATRIUMFIBRILLEREN IN DE TWEEDE LIJN

Het MST en ZGT werken volgens het zelfde protocol.
De uitvoering kan kleine verschillen vertonen.

Organisatie van zorg

Een patiënt met atriumfibrilleren wordt aangemeld via ZorgDomein.

Hij/zij krijgt een afspraak op de AF poli.

De verpleegkundig specialist neemt een gestructureerde vragenlijst af en doet een lichamelijk onderzoek. Dit is gericht op mogelijke corrigeerbare oorzaken. Hij inventariseert de mate van last die patiënt ervan heeft (EHRA classificatie).

Er wordt gekeken of patiënt adequate antistolling heeft en zijn rust frequentie wordt gecontroleerd. Er wordt een ECG gemaakt, bloed afgenomen, X-thorax en een echo cor gemaakt (allen dezelfde dag).

In overleg met een cardioloog wordt een behandelplan gemaakt op basis van een aantal factoren (anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek).

Op indicatie zal er verder onderzoek plaatsvinden.

Is er onderliggende cardiale pathologie (bijvoorbeeld hartfalen/klepafwijkingen/ischemie) dan zal patiënt voorlopig onder behandeling blijven in de tweede lijn tot dit gecorrigeerd, dan wel gestabiliseerd is.

Ventrikelfrequentie(rate) of ritme controle

Afhankelijk van de klachten en op basis van een aantal kenmerken (kans op succesvol behoud van sinusritme) wordt beslist of rate of ritme controle zal worden toegepast .

- a. In geval van rate controle zal patiënt zo spoedig mogelijk met adequate ventrikelfrequentie weer aan de eerste lijn worden overgedragen (indien mogelijk dezelfde dag). Indien het niet lukt om adequate rate control met medicatie te bewerkstelligen zal worden overgegaan tot His bundel ablatie en pacemaker implantatie (patiënt blijft dan onder controle).
- b. In geval van ritmecontrole blijft patiënt voorlopig in de tweede lijn en zullen de beïnvloedbare factoren zover mogelijk worden gecorrigeerd (bijvoorbeeld hypertensie, OSAS, hyperthyreoïdie, alcoholgebruik) en daarnaast zal gestart worden met anti aritmica (in de vorm van aanvals- en/of onderhoudsmedicatie) en zo nodig gecombineerd met een Electricische Cardio Versie (NB AF is niet meer automatisch ECV).

Afhankelijk van een aantal factoren zal mede in overleg met patiënt beoordeeld worden of hij/zij in aanmerking komt voor ablatie (derde lijn).

Terugverwijzen

In principe zullen alle patiënten die stabiel zijn en geen indicatie voor controle in de tweede en/of derde lijn hebben, zo spoedig mogelijk worden terugverwezen.

Grofweg laten de resultaten van het eerste half jaar van beschreven werkwijze zien dat een derde na één of enkele contacten naar de eerste lijn terug is verwezen, een derde onder controle is vanwege streven naar behoud sinusritme en een derde onder controle is vanwege andere cardiale pathologie.

Overleg

De cardiologen MST en ZGT zijn laagdrempelig bereikbaar en beschikbaar voor overleg.

BIJLAGE 7: CLASSIFICATIE ATRIUMFIBRILLEREN

1. 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 ook de eerste manifestatie van paroxismaal atriumfibrilleren of het begin van persisterend atriumfibrilleren zijn. Het beloop in de tijd moet duidelijkheid verschaffen.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

Er is geen consensus binnen de NHG en NVVC hoe te behandelen bij een aanval van AF met uitlokkende factoren (zoals koorts of hyperthyreoïdie) indien het AF over gaat bij het verdwijnen van de uitlokkende factor. Hierbij neemt u risicofactoren in overweging. De ESC richtlijn (ESC guidelines, EHJ 2016;37, 2893-2962) stelt dat patiënt met een aanval van AF postoperatief in de eerste 30 dagen een verhoogd cardiovasculair risico heeft. Op de langere termijn is er een verdubbeling in cardiovasculaire mortaliteit, AF en CVA. Het laat zien dat AF zelden een op zichzelf staand fenomeen is maar vaak secundair aan cardiovasculaire pathologie. Bij twijfel wat te doen bij deze patiënten kunt u met de cardioloog overleggen.

Strikt genomen zou er bij iedere tweede manifestatie van atriumfibrilleren sprake zijn van paroxismaal atriumfibrilleren. Wanneer een recidief echter evident wordt geprovoceerd door omstandigheden, zoals koorts, is het beleid toch gelijk aan dat bij een eerste aanval.

BIJLAGE 8: CHECKLIST SPREEKUUR

Anamnese

- Teken van hartfalen, angina pectoris, palpities, orthostase.

Onderzoek

- RR (streefwaarden conform CVRM/DM).
- Bepaal hartfrequentie (auscultatie of ECG).
 - Streefwaarde: <110 (zie toelichting pagina 6).
De ondergrens is afhankelijk van klachten en ligt bij een klachtenvrije patiënt rond de 50.
- Bepaal hartritme (regulier/ irregulier).
(Vraag je hierbij af-> klopt het geregistreerde type atriumfibrilleren?)
- Bepaal nierfunctie en kalium.

Check antistolling

- Heeft patiënt DOAC/VKA?
 - Ja: juiste dosering?
 - Aanpassing nodig in verband met dalende nierfunctie / stijgen leeftijd / comedatie / gewicht?
 - Nee: bepaal CHA₂DS₂-VASc-score.
 - Indicatie antistolling: bespreek keuze en start medicatie.

Juiste overige medicatie/therapietrouw?

- Aanpassing nodig in verband met dalende nierfunctie/stijgen leeftijd/ comedatie/gewicht?
- Aanpassing nodig in verband met hartfrequentie? (< 60 of >110).
- Aanpassing nodig in verband met RR boven streefwaarde?
- Geeft de medicatie inname problemen? Zo ja-> bespreek mogelijke oplossingen.

Zorg op de juiste plek

- Hoofdbehandelaar AF specialist?
 - Zo ja: check indicatie
 - Correct: geen actie. Geen verdere controle nodig
 - Geen indicatie AF zorg in tweede lijn: huisarts overlegt met cardioloog
- Hoofdbehandelaar AF huisarts?
 - Ontbreekt een indicatie tot verwijzen?
én
 - Is onderliggend lijden vastgesteld/uitgesloten?
 - Voer AF controle uit en maak afspraak voor vervolgcontrole.
 - Is er een indicatie voor tweedelijns cardiale zorg? (zie verwijscriteria bijlage 1/2).
 - Verwijs patiënt .

Invoeren/controleren meetwaarde in HIS of KOS:

- type atriumfibrilleren;
- hoofdbehandelaar atriumfibrilleren;
- deelname ketenzorg AF of indien van toepassing reden geen ketenzorg;
- RR;
- hartfrequentie;
- hartritme;
- tekenen van hartfalen;
- CHA₂DS₂-VASc-score;
- Controlefrequentie.