Regionale Transmurale Afspraak Atriumfibrilleren Regio Gelders Rivierenland

Inleiding
Het doel van de Regionale Transmurale Afspraak (RTA) is het uniformeren van afspraken tussen de eerste en tweede/derde lijn met betrekking tot de diagnostiek, behandeling, consultatie, (terug)verwijzing en berichtgeving. Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Gelders Rivierenland. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op de juiste plek krijgt. De eerste en tweede/derde lijn hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid substitutie in de zorg mogelijk te maken.
Hieronder volgt de RTA atriumfibrilleren die richtlijnen geeft voor de samenwerking tussen huisartsen en cardiologen bij de:

- Diagnostiek;
- Behandeling;
- Consultatie;
- Verwijzen en terugverwijzen van patiënten;
- Berichtgeving over patiënten.

Deze RTA is gebaseerd op de RTA AF zoals opgesteld door NVVC Connect en de NHG richtlijn AF van 2017.

Het programma NVVC Connect is april 2012 van start gegaan om de cardiologische zorg te optimaliseren. Als eerste thema is gekozen voor Acuut Coronair Syndroom. Daarna volgden respectievelijk Connect Hartfalen en Connect Atrium Fibrilleren (AF). Hiertoe is een systematiek gekozen waarbij regionale samenwerking in netwerken is vormgegeven met alle ketenpartners inclusief de patiënt. Ook voor de vele patiënten met atriumfibrilleren is het aanbieden van de zorg in regionale netwerken van groot belang. De algemene doelstellingen van Connect zijn:
• kwalitatief goede en betrouwbare zorg
• efficiënte zorg volgens de geldende richtlijnen
• optimale afstemming tussen alle zorgverleners
• de juiste patiënt, op de juiste plaats, op de juiste plek, op het juiste moment
• centraal registreren van de kwaliteitsindicatoren

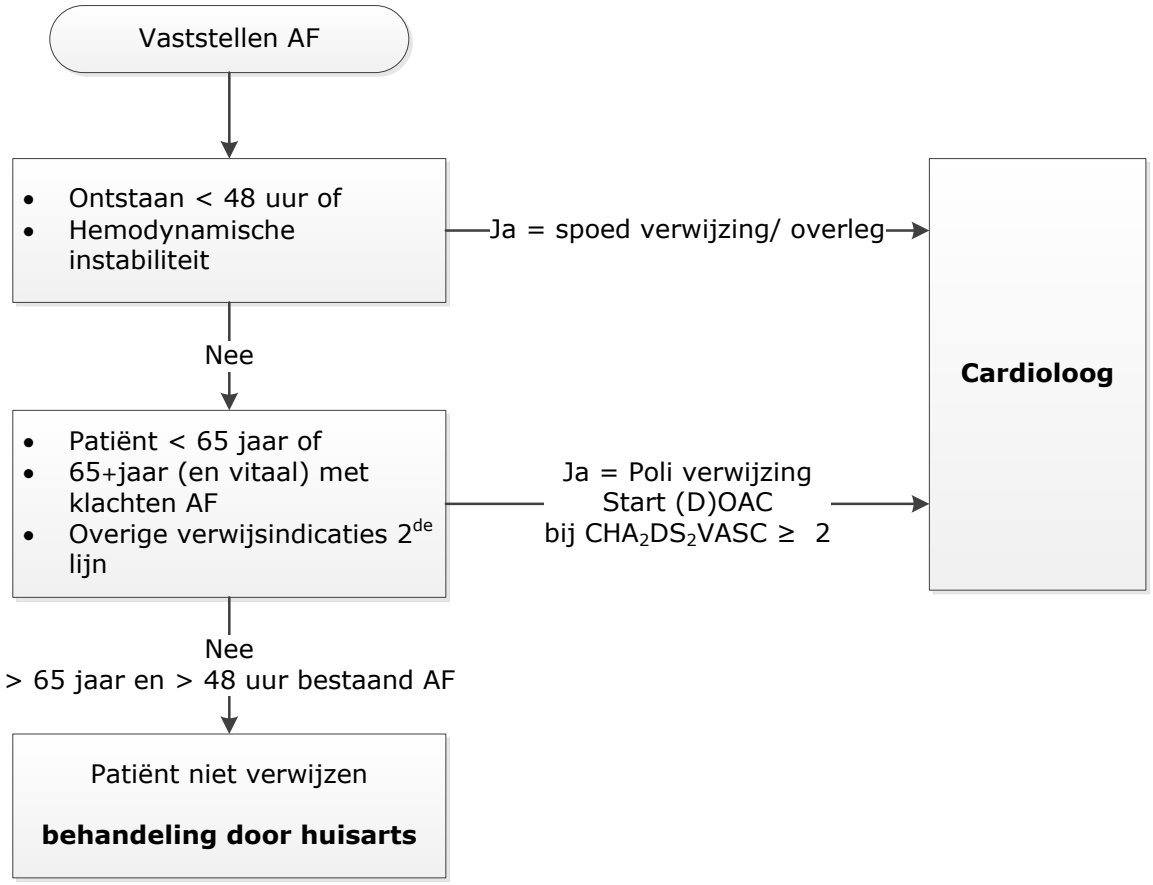
In 2019 is in de regio Gelders Rivierenland het Ketenzorgprotocol Atriumfibrilleren (AF) ontwikkeld voor de huisartsen van de Zorggroep Gelders Rivierenland en het Eerstelijns Centrum Tiel. Deze RTA sluit hierbij aan (zie Bijlage 1. voor de samenstelling initiatiefgroep.

Ziektebeeld
AF is de meest voorkomende ritmestoornis bij volwassenen. Het is vooral een ouderdomsziekte, met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op AF sterk toe. Onder de 65 jaar heeft slechts 1 à 2% van de mensen AF. Bij 80 jaar en ouder loopt de incidentie op naar 10- 20% per jaar. De prevalentie van atriumfibrilleren zal de komende jaren fors stijgen enerzijds doordat er meer mensen een hogere leeftijd bereiken dan de afgelopen 20 jaar en anderzijds doordat de incidentie van de overige AF-gerelateerde risicofactoren (obesitas, hypertensie, slaapapnoesyndroom en alcoholgebruik) toeneemt. AF kan meestal niet worden gezien als een geïsoleerde aandoening, maar is vaker een onderdeel van het spectrum van cardiovasculaire morbiditeit. De meeste patiënten met AF zijn in de praktijk ouder dan 75 jaar en hebben co-morbiditeit, zoals hartfalen, hypertensie, diabetes mellitus, hartklepafwijkingen en/of ischemische hartziekten. Deze co-morbiditeit bepaalt mede het beleid bij een patiënt met atriumfibrilleren.

Opzet van de RTA
De RTA bestaat uit vier onderdelen:

1. De verwijzing van de 1e naar de 2e lijn
2. De verwijzing tussen de 2e en de 3e lijn
3. Terug verwijzing van de 2e naar de 1e lijn
4. De (diagnostiek en) behandeling in de eerste lijn

Deel 1: De verwijzing van de 1e naar de 2e lijn



Zie de volgende bladzijde voor een toelichting.

Verwijsafspraken 1ste naar 2de lijn (conform RTA Gelders Rivierenland)

De huisarts verwijst patiënten met AF:

Met spoed:

- Verwijs met spoed per ambulance:
    - wanneer de patiënt hemodynamisch instabiel is;
    - bij AF en instabiele angina pectoris.
- Overleg direct met de cardioloog wanneer een patiënt < 65 jaar korter dan 48 uur atriumfibrilleren heeft. Cardioversie is dan vaak succesvol en kan zonder antistolling plaatsvinden.
- Overleg direct met cardioloog bij patiënt > 65 jaar en korter dan 48 uur AF, met veel klachten. Ook dan is cardioversie vaak succesvol en kan zonder antistolling plaatsvinden.

Overige verwijsindicaties (poliklinische verwijzing naar cardioloog): zoals in ZorgDomein

Bij een leeftijd < 65 jaar (indien > 48 uur AF)
Bij een leeftijd ≥ 65 jaar en

- vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen/coronairlijden;
- bij paroxysmaal AF, wanneer de patiënt therapie wenst (medicatie of mogelijk ablatie) ter vermindering van het aantal aanvallen;
- diagnostische of therapeutische onzekerheid;
- bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende middelen;
- bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie;
- bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentieverlagende middelen;
- bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door bètablokker en digoxine en (vermoeden van) hartfalen;
- bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-White-syndroom of plotse hartdood in de familie;

Drempelverhogend/minder snel verwijzen bij:

- Hoge leeftijd
- Hoge mate van fragiliteit

Voorbereiding:
De huisarts stuurt met de verwijzing mee:

- documentatie van het atriumfibrilleren, zoals het ECG of de ritmestroken
- voorgeschiedenis
- anamnese (inclusief familieanamnese) en koffie-, alcohol- en drugsgebruik
- medicatieoverzicht
- lichamelijk onderzoek (RR, cortonen, pulmonaal, oedeem)
- CHA2DS2Vasc-score
- Laboratoriumonderzoek: Hb, kreatinine met eGFR, kalium, natrium, TSH (afwijkend: dan fT4), glucose en lipiden. Bij verdenking HF: (Ntpro) BNP.

Bij verwijzing naar de cardioloog:
De huisarts start zelf meteen met (D)OAC en begint alvast met frequentiecontrole. De huisarts controleert de patiënt hiervoor na 2 dagen (in wachttijd 1e consult cardioloog). Indien frequentiecontrole effectief is, zonder tekenen van hemodynamische verslechtering, dan datum 1e consult cardioloog afwachten. In principe zal dit binnen 2 á

3 weken zijn. Indien klachten en geen herstel frequentie: zo nodig in overleg met cardioloog een eerder consult.

Deel 2: De verwijzing tussen de 2e en de 3e lijn

Paroxysmaal, persistent en langdurig persisterend symptomatisch atriumfibrilleren (AF) kunnen worden behandeld met katheterablatie (pulmonaal vene isolatie (PVI)). Deze keus hangt sterk af van de wensen van de patiënten. Volgens de Europese richtlijnen kan katheterablatie al bij het eerste contact tussen cardioloog en patiënt(e) worden besproken in het geval van paroxysmaal AF. Dit omdat de kans op succes bij deze categorie het grootst is. Echter, gezien het feit dat een katheterablatie een complexe behandeling is met enige risico's, ligt initiële behandeling met anti-arrythmica (AAD) het meest voor de hand.
Bij alle categorieën symptomatisch AF geldt dat katheterablatie moet worden overwogen en besproken als AAD niet tot behoud sinusritme leidt, of met bijwerkingen gepaard gaat. Succeskans en behoud van sinusritme bij persisterend en langdurig persisterend symptomatisch AF hangt sterk af van de mate van fibrosering en dilatatie van de linkerboezem. Dit behoort voor een ablatie in kaart te worden gebracht met echocardiografie en/of MRI.

Deel 3: Terug verwijzing van de 2e naar de 1e lijn

Terugverwijscriteria van cardioloog naar 1ste lijn

- *Patiënten met ritmecontrole*
  Deze patiënten worden terugverwezen indien er geen structureel hartlijden is zoals onbehandeld ernstig kleplijden, coronairlijden en/of hartfalen:
  - stabiel met alleen sotalol als pill-in-the-pocket of
  - kwetsbare/oudere patiënt met amiodoron

- *Patiënten met frequentiecontrole*
  Deze patiënten worden terugverwezen indien er geen structureel hartlijden is zoals onbehandeld ernstig kleplijden, coronairlijden en/of hartfalen:
  stabiel geaccepteerd chronisch AF met een hartfrequentie < 110/min met of zonder B-bokker/Ca-antagonist/digoxine

- *Als patiënt geruime tijd klachtenvrij is van paroxysmaal AF (stabiel*) met of zonder medicatie na ECV of ablatie of andere ingreep gericht op het paroxysmaal AF. De cardioloog adviseert welke controles in de eerste lijn nodig zullen zijn. (Soms wordt de antistolling zelfs gestopt en zijn controles niet meer nodig.) Bij een recidief is de behandeling als bij een nieuwe AF patiënt.

Deel 4: De behandeling in de eerste lijn

Voor de handelswijze in de eerste lijn is het addendum AF opgesteld bij het zorgprogramma DM/CVRM.
Expliciet gaan we in dit deel in op de handelswijze bij de AF-controles zoals beschreven in het addendum, hoofdstuk 6.

Tabel 8. Controles AF POH en/of huisarts

Anamnese	
Tijdens alle controles	• Heeft u last van hartkloppingen, een snelle of onregelmatige hartslag, of hartbonzen? • Bent u kortademig? • Bent u duizelig of licht in het hoofd? • Heeft u druk of pijn op de borst? • Bent u eerder vermoeid bij inspanning of heeft u last van toegenomen vermoeidheid?
Risico op ischemisch CVA (jaarlijks en op indicatie vaker)	Bepaal totale CHADSVASC score: C = hartfalen 1 punt H = Hypertensie 1 punt A_2 = Leeftijd≥ 75 jaar 2 punten D = diabetes mellitus 1 punt S_2 = CVA/TIA/trombo-embolie 2 punten V = vaatlijden 1 punt A = leeftijd 65-74 1 punt Sc =vrouwelijk geslacht 1 punt
Lichamelijk onderzoek	
Tijdens alle controles	• Bloeddruk • Pols (frequentie, irregulariteit, vulling) • Gewicht, BMI • Oedemen • Dyspnoe • Cortonen: Souffle? (op indicatie door huisarts)
Laboratorium	
Jaarlijks	eGFR, kreatinine, Hb en bij digoxine gebruik: kalium en digoxine spiegel indien nierfunctie verminderd is • Controleer de nierfunctie vaker bij verminderde nierfunctie of verslechtering. ProBNP bij vermoeden hartfalen/kortademigheid
ECG	Bij AF op indicatie: • Bij HF jaarlijks • Bij signalen angina pectoris (zelfde dag) • Bij hartfrequentie < 50 (zelfde dag)
Griepvaccinatie	Adviseer jaarlijks griepvaccinatie
Educatie	
Tijdens alle controles	Controleer en bespreek therapietrouw (vooral bij DOAC)
Individueel zorgplan (IZP)	
Tijdens alle controles	• Evaluatie zorgproces en behandeldoelen (IZP) • Gewijzigde zorgvraag, andere behoeften, zorgen, verwachtingen en overtuigingen van de patiënt • Nabespreking huisarts • Beoordeling totale medicatie op interacties

Zie de volgende bladzijde voor de vervolgstappen naar aanleiding van de uitkomsten van de controle.

Vervolgstappen:

CHADSVASC score:

- Indien de score momenteel 1 is, noteer dan de datum waarop deze op basis van leeftijd 2 zou worden, en roep patiënt in die maand op!
- Indien bij een AF patiënt met CHADSVASC score = 1 later DM ontstaat, zal de indicatie voor ontstolling ontstaan. Denk hieraan als dit zich tussentijds voordoet, en stel dan meteen in op ontstolling.
- Bepaal nieuwe CHADSVASCscore (deze is altijd gelijk of groter dan de vorige).
- Noteer dit getal in de ICPC AF en in Portavita. Bij ≥ 2: ontstolling geïndiceerd.
- Check of antistolling gebruikt wordt bij CHADSVASCscore ≥ 2, en of dosering past bij nierfunctie/gewicht/leeftijd/comedicatie.

Lichamelijk onderzoek:

- Hartfrequentie (in rust): indien > 100 of < 50 per minuut, dan overleg met huisarts. Indien < 50: Noteer hartfrequentie na lichte inspanning (zoals 10x kniebuiging),
- Als de bloeddruk 20 mmHg hoger of lager is dan vorige metingen: overleg met huisarts. Bij groot verschil systolisch en diastolische bloeddruk (>70mmHg): huisarts checkt souffle, indien souffle overweeg 1^{e}lijns echo cor.

Laboratorium:

- Controleer de nierfunctie vaker bij verminderde nierfunctie of verslechtering. Bij DOAC en verslechtering van de nierfunctie en geen verdere bijkomende problemen: past huisarts de dosis aan naar een verlaagde dosering (volgens tabel 7: doseringen DOAC's bij de behandeling van atriumfibrilleren, waarin ook leeftijd en gewicht een rol spelen).
- Indien de eGFR geleidelijk daalt tot < 30 ml/min bij gebruik van dabigatran: Stop dabigatran en start andere DOAC of een cumarinederivaat (evt in overleg met internist/cardioloog).
- Indien de ProBNP waarde verhoogd is: analyse hartfalen: ECG en echo cor via de huisarts/cardioloog.

Medicatie:
Check of antistolling gebruikt wordt bij CHADSVASC score ≥ 2 en of dosering past bij nierfunctie/gewicht/leeftijd/comedicatie.

Educatie

Voorlichting over AF en de mogelijke klachten die kunnen ontstaan is erg belangrijk ter preventie van onnodige risico's op complicaties en dus gericht op therapietrouw en op basis van klachten tijdig medicatie te kunnen bijstellen.

Algemeen

- Aanleiding/oorzaak (CVRM profiel)
- Wat is AF en waardoor wordt het uitgelokt (paroxysmaal: koffie, alcohol, koorts)
- Klachten en symptomen
- Doel van de behandeling
- Rol van diverse hulpverleners
- Prognose en besluiten
- Individueel zorgplan
- Waarom is het belangrijk de adviezen op te volgen, ook al zijn er geen klachten
- Richtlijnen gezonde voeding en gezonde leefstijl (zoals in DM/CVRM zorgprogramma) met name: belang van stoppen met roken, alcohol stop, koffie beperken.

Zelfmanagement
- Belang therapietrouw
- Belang gewichtscontrole
- Belang van (vroege) herkenning van symptomen
- Actie bij (toename van) klachten/ symptomen
- Leestip www.thuisarts.nl onder Atriumfibrilleren

Medicijnen
- Belang van medicatie therapietrouw
- Werking medicatie: waarom bloedverdunning bij AF en waarom frequentie hartslag beperken
- Tijdstip inname en dosering
- Bijwerkingen van de medicatie
- Invloed van medicatie op kwaliteit van leven, minder complicaties zoals CVA en hartfalen (opnames) en minder sterfte
- Wanneer welke soort bloedverdunner?
- Rol en belang van trombosedienst bij VKA
- Waarom geen (of max 1 E per dag) alcohol bij gebruik van bloedverdunners en geen NSAID's gebruiken.

Zie Bijlage 2. voor de taken van de apotheker.

Instructie aan patiënt wanneer contact op te nemen met de praktijk

- Bij fysieke klachten als:
    - pijn op de borst
    - hartkloppingen
    - kortademigheid (bij inspanning)
    - minder inspanning kunnen leveren
    - enkel oedeem
- Bij elke vorm van bloedverlies (bv. spontane neusbloedingen, bij ontlasting/urine, spontane hematomen)
- Adviseer patiënten bij start en iedere controle om contact op te nemen bij braken, diarree en/of intercurrente infecties; door een (tijdelijk verminderde nierfunctie kan aanpassing van de dosering van orale anticoagulantia noodzakelijk zijn. Dit geldt vooral voor DOAC's.

Bijlage 1. Samenstelling initiatiefgroep

Arash Alipour, cardioloog namens de afdeling Cardiologie ZRT

Joukje van Merkestein, kaderarts CVRM namens de zorggroep Gelders Rivierenland

Suzanne Geerits, huisarts namens het Eerstelijns Centrum Tiel

Fransien Verdonk, beleidsmedewerker namens de zorggroep Gelders Rivierenland

Met medewerking van:

Marcel Knijnenburg, bestuursvoorzitter Zorggroep Gelders Rivierenland

Karin van Mil, coördinator/adviseur transmurale samenwerking bij Connect, ZRT

Apotheek Karin Muren, namens apothekers Gelders Rivierenland

Maarten Bongaerts, medisch leider bij Trombosedienst ZRT

Bijlage 2. De taken van de apotheker

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

De specifieke taken van de apotheker zijn te vatten in vier onderwerpen:

1. De bewaking van interacties en contra-indicaties.
   Dit geldt uiteraard in het bijzonder – maar niet uitsluitend! - voor VKA-antagonisten.
2. Het controleren op dubbelmedicatie (bijvoorbeeld TAR met VKA of NOACs, combinatie van middelen die een QT-verlenging kunnen geven).
3. Het bewaken van doseringen in relatie tot de nierfunctie van de patiënt. Hiertoe is een goede communicatie tussen het HIS van de huisarts en het AIS van de apotheker noodzakelijk.
4. De bewaking van de therapietrouw. Zeker bij NOACs (waar controle door de trombosedienst ontbreekt) is hier voor de apotheker een belangrijke taak weggelegd.