

AUG 2024

Zorgprogramma Module Atriumfibrilleren

Marian Verkerk
Programmamanager CVRM RZN
Kristel van Asselt
Medisch directeur RZN

*Gebaseerd op NHG Standaard AF
van November 2023*

i.s.m. **Monika Hollander**
Kaderarts CVRM RZN

Module Atriumfibrilleren

Inhoud

1. Inleiding	3
Doelstelling.....	4
Doelgroep	4
2. Uitgangspunten zorgprotocol.....	4
Financiering.....	4
Instapvoorwaarden	5
3. In- en exclusie criteria	6
Inkaartproces.....	6
Inclusiecriteria	6
Exclusie criteria	7
4. Controle en behandeling	7
(Zie bijlage 2 “flowchart Actieve screening, nieuwe patiënten met Atriumfibrilleren”)	7
Anamnese	7
Lichamelijk onderzoek.....	7
Voorlichting	8
Medicamenteuze behandeling	8
Follow-up bestaat uit:	8
5. Verwijscriteria	9
Verwijzing van huisarts naar de cardioloog	9
Digitale Consultatie	9
Terugverwijzing van cardioloog naar de huisarts	10
Opmerkingen	10
Kwaliteitsbeleid	10
Bijlage 1 Voorselectie bij bekende patiënten met Atriumfibrilleren	11
Bijlage 2 Actieve screening, nieuwe patiënten met Atriumfibrilleren	12
Bijlage 3 CHA2DS2-VASc-score.....	13
Bijlage 4 Registratieset AF	14
Bijlage 5 Checklist consult AF	15
Bijlage 6 Classificaties Angina pectoris en Hartfalen	18

1. Inleiding

Atriumfibrilleren (AF) is een hartritmestoornis waarbij het ritme onregelmatig en meestal versneld is. AF kan klachten geven maar klachten kunnen ook ontbreken. Ook zonder aanwezigheid van klachten is het belangrijk AF te onderkennen omdat het kan leiden tot ernstige complicaties, in het bijzonder een beroerte (ischemisch CVA). Dit risico is vijf keer zo groot als bij patiënten zonder AF. Daarnaast geeft AF aanleiding tot verminderde hartfunctie (hartfalen) wat gepaard gaat met een verminderd inspanningsvermogen en vermoeidheid. De kwaliteit van leven van patiënten kan door goede behandeling lang op peil blijven. ([NHG standaard Atriumfibrilleren 2023](#)).

Het vroegtijdig opsporen en behandelen van atriumfibrilleren kan voor een grote gezondheidswinst zorgen voor de patiënt. De behandeling van AF is gericht op het voorkomen van complicaties en verminderen van symptomen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van middelen voor ontstolling en ratecontrole, vooral in de tweede lijn ook ritmeherstel. Daarnaast zijn de algemene principes van CVRM controle van toepassing ([zie NHG standaard CVRM](#)).

AF is geen geïsoleerde aandoening, maar onderdeel van het spectrum van cardiovasculaire morbiditeit. De meeste patiënten met atriumfibrilleren in de huisartsenpraktijk zijn ouder dan 75 jaar en hebben comorbiditeit waaronder hypertensie, diabetes mellitus en/of ischemische hartziekten. Dit betekent dat een deel van de patiënten nu geïnccludeerd zijn in de ketenzorgprogramma's voor DM, COPD of CVRM. De opbouw van ketenzorg AF is zodanig dat ketenzorg AF naast ketenzorg CVRM of ketenzorg DM wordt afgenomen. Voor COPD geldt dit niet en geldt ook de geïntegreerde CVRM behandeling.

Voor patiënten met AF bestond de mogelijkheid om protocollair gecontroleerd te worden in een zorgprogramma alleen in de tweede lijn. De huisarts is, ondersteund door de praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, goed in staat de controle en behandeling uit te voeren. Hiervoor is in samenwerking met de pilot locaties ketenzorg AF ontwikkeld. Voor het interpreteren van resultaten kan zo nodig overleg gevoerd worden met de cardioloog door digitale consultatie. Patiënten met een tweedelijns indicatie blijven onder controle van de cardioloog in het ziekenhuis.

1.1 TRANSMURALE SAMENWERKING

RZN heeft samen met de cardiologen van het Antoniusziekenhuis transmurale afspraken gemaakt over de behandeling van stabiel ingestelde patiënten met AF door de huisarts.

Dit zorgprotocol Atriumfibrilleren beschrijft de behandeling in de huisartsenpraktijk van stabiel ingestelde AF patiënten en actief opgespoorde nieuwe patiënten (case finding), afstemming en samenwerking met alle betrokken zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

1.2 DOELSTELLINGEN AF KETEN

- Duidelijke afspraken rondom diagnostiek, (medicamenteuze) behandeling, consultatie/verwijzing en berichtgeving rondom atriumfibrilleren-patiënten in de 1ste en 2de lijn.
- Het leveren van zorg op de juiste plek, dicht bij de patiënt.

1.3 DOELGROEP

Het zorgprotocol AF gaat over alle bestaande en nieuw gevonden patiënten met de diagnose AF in de eerste lijn en alle terugverwezen patiënten met AF vanuit de tweede lijn. De diagnose is (in het verleden) gesteld met behulp van een ECG, holterregistratie of eventrecorder. In de episodelijst staat de diagnose vermeld met ICPC code K78.

2. Uitgangspunten

De huisartsenpraktijk verleent AF zorg volgens de NHG standaard Atriumfibrilleren 2023.

- [De regionale samenwerkingsafspraken](#) (RTA-AF volgt) t.a.v. verwijzing, terugverwijzing, consultatie en afspraken over de controles worden gevolgd (naar verwachting vanaf eind 2024 beschikbaar via deze link)
- De stabiel ingestelde AF patiënt wordt gezien door huisarts en de praktijkondersteuner (POH)
- Er is structureel patiënten overleg tussen de huisarts en de POH
- De betrokken zorgverleners in de huisartsenpraktijk zijn deskundig en bekwaam in:
 1. Het actief opsporen (case finding) van nieuwe patiënten met AF. Hiervoor zijn meerdere instrumenten mogelijk o.a.
 - ECG in eigen praktijk
 - Kardia van Alive Cor®
 2. Het op maat controleren en begeleiden van patiënten met AF
 3. Het geven van leefstijladviezen
- Er wordt gebruik gemaakt van een zorgplan gebaseerd op persoongerichte zorg
- De behandeling is multidisciplinair. Op indicatie worden de diëtiste, fysiotherapeut, apotheker of psycholoog/POH-GGZ ingeschakeld of is er overleg met cardioloog

2.1 FINANCIERING

- Voor AF geldt idealiter een moduletariaf van als financiering bovenop de vergoeding voor de keten Diabetes, of CVRM. In het geval dat een patiënt niet in één van deze ketens zit maar wel COPD ketenzorg of zorg vanuit de ouderenmodule ontvangt, geldt bij voorkeur een CVRM Plus ketentariaf. Hierover zijn we nog in bespreking met de zorgverzekeraar. Vanaf 1 april 2025 kunnen AF patiënten voor het bieden van programmatische zorg al worden geïncludeerd binnen de CVRM keten tegen het reguliere tarief en bij extra consulten kan dit nog via “consulten” gedeclareerd worden.
- In het patiënten rapport Atriumfibrilleren RZN in VIPLive zie je welke mensen dit betreft. De prevalentie in de totale landelijke populatie is 1,4%, oplopend van < 0,1% in de leeftijd 25-45 jaar tot bijna 16% bij ≥ 85 jaar. Ruim de helft van de patiënten met atriumfibrilleren is ≥ 75 jaar. Binnen de populatie van RegiozorgNU gaat het naar verwachting om 2000 tot 35000 patiënten die in aanmerking komen voor de systemische behandeling in de eerstelijns.
- Kardia Mobile is bij voorkeur verkrijgbaar via *RZN (via vervolg aanvraag S3 of budget?)
- De Echo die wordt gemaakt om onderliggend lijden uit te sluiten gaat wel af van het eigen risico van de patiënt en het diagnostisch proces valt nog buiten de keten.

2.2 INSTAPVOORWAARDEN

Zorg leveren is het meest succesvol als er voldoende kennis en een goede praktijkorganisatie in de huisartsenpraktijk is.

De volgende instapvoorwaarden zijn van toepassing:

- de huisarts en POH hebben de scholing AF gevolgd
- de praktijk zet voldoende POH-formatie in voor alle zorgprogramma's
- de praktijk handelt volgens het Zorgprotocol AF/de [transmurale afspraken](#).
- vanaf het moment van deelname aan de keten AF beschikt de praktijk over een Kardia Mobile of een vergelijkbare methode, voor het opsporen van risicopatiënten.
- Als de praktijk niet over een ECG apparaat beschikt, dan kan de huisarts de ECG diagnostiek uitbesteden aan een derde partij (Ziekenhuis of Saltro). De verwijzing gaat via Zorgdomein.
- de indicatoren voor AF zorg (registratieset AF) zijn in het HIS genoteerd.
- bij alle patiënten met AF is het hoofdbehandelaarschap correct geregistreerd
- er heeft een praktijkvisite plaatsgevonden door een consultant van RZN.
- de overeenkomst RZN - huisarts over AF is getekend.

3. In- en exclusie criteria

3.1 INKAARTPROCES

Bepaal laagdrempelig het hartritme door palpatie van de pols bij oudere patiënten met specifieke klachten en spoor actief patiënten met AF op. Neem gediagnostiseerde en juist (op medicatie) ingestelde patiënten na het diagnostisch proces op in de Keten CVRM of DM-Module AF.

Selecteer daarnaast in VIPLive het rapport Atriumfibrilleren waarin alle bekende mensen worden getoond die een episode K78 Atriumfibrilleren hebben. Bij deze mensen wordt dossieronderzoek gedaan om de volgende vragen beantwoord te krijgen. (Zie bijlage 1 “Flowchart Voorselectie bekende mensen met Atriumfibrilleren”)

1. Welk type atriumfibrilleren betreft het?
 - **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 echter ook de eerste manifestatie van paroxismaal atriumfibrilleren of het begin van persisterend atriumfibrilleren zijn. Het beloop in de tijd moet duidelijkheid verschaffen.
 - **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.
 - **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.
 - **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.
2. Wie heeft de diagnose gesteld?
3. Is de diagnose bevestigd door de cardioloog?
4. Wie is de hoofdbehandelaar?
5. Heeft de cardioloog deze patiënt actief terugverwezen?
 - *Patiënten die momenteel onder controle zijn van de cardioloog maar terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn, kunnen via een standaardbrief voorgelegd worden aan de cardioloog.*
 - *Het is van belang dat je alleen de patiënten aan de cardioloog voorlegt waarvan jezelf, op basis van uitslagen en correspondentie, vermoedt dat deze patiënt terug kan naar de eerstelijns. Wanneer de cardioloog akkoord gaat met de terugverwijzing, wordt de patiënt hiervan op de hoogte gebracht door de cardioloog via een brief.*

3.2 INCLUSIECRITERIA

Het zorgprotocol AF gaat over alle bestaande en nieuw gevonden patiënten met de diagnose AF in de eerste lijn en alle terugverwezen patiënten met AF vanuit de tweede lijn. De diagnose is (in het verleden) gesteld met behulp van een ECG, holterregistratie of eventrecorder en bij twijfel bevestigd door de cardioloog. Er is een Echo gemaakt om eventueel onderliggend lijden op te sporen of uit te sluiten.

- ICPC code K78 Atriumfibrilleren
- Hoofdbehandelaar atriumfibrilleren = huisarts
- *Deelname ketenzorg atriumfibrilleren = ja* (dit vul je pas in nadat je de patiënt op het spreekuur hebt gezien)

3.3 EXCLUSIE CRITERIA

Het zorgprotocol gaat **niet** over de volgende patiënten met AF:

- patiënten jonger dan 65 jaar (tenzij actief terugverwezen door de cardioloog)
- nieuw gediagnosticeerde patiënten met AF met een verwijfsindicatie naar de tweedelij
- patiënten met significante klepafwijking en/of hartfalen
- patiënten die onder controle zijn van de cardioloog en niet vallen onder de criteria van terugverwijzing
- patiënten met een pacemaker
- hoofdbehandelaar atriumfibrilleren = specialist
- hoofdbehandelaar atriumfibrilleren = huisarts en deelname ketenzorg
atriumfibrilleren = nee

4. Controle en behandeling

4.1 ANAMNESE

Vraag naar klachten die kunnen passen bij atriumfibrilleren:

- hartkloppingen: sinds wanneer, continu of in aanvallen? Bij aanvallen: hoe vaak, hoelang en wanneer
- duizeligheid, wegrakingen
- verminderde inspanningstolerantie, dyspneu

Ga na of er sprake is van onderliggende aandoeningen en belangrijke comorbiditeit:

- aanwijzingen voor angina pectoris of hartfalen;
- hartkleplijden, diabetes mellitus, hypertensie, COPD, hyperthyreoïdie, TIA of CVA, myocardinfarct in de voorgeschiedenis, plotse hartdood in de familie.

Vraag naar uitlokkende factoren:

- koorts, aanwijzingen voor anemie of hyperthyreoïdie;
- stress, lichamelijke inspanning of zware maaltijd;
- intoxicaties: koffie, alcohol, drugs (stimulantia);
- medicatie, vooral bètasympathomimetica, levothyroxine, corticosteroïden.

Vraag naar klachten die wijzen op trombo-embolische complicaties, zoals een TIA of CVA.

4.2 LICHAMELIJK/AANVULLEND ONDERZOEK

Lichamelijk onderzoek bestaat minimaal uit:

- bloeddrukmeting (handmatig).
- auscultatie van het hart: stel ritme en frequentie vast, tel ten minste dertig seconden; indien in rust < 90 slagen/minuut, herhalen na lichte inspanning; let op souffles.
- let op eventuele tekenen van hartfalen.

Aanvullend onderzoek bestaat minimaal uit:

- een ECG (of ritmestroom): dit wordt beoordeeld door huisarts of bij twijfel door de cardioloog. LET OP: een ECG (of ritmestroom) dient direct te worden gemaakt als een onregelmatige polsfrequentie wordt waargenomen.
- bloedonderzoek, minimaal bestaande uit: Hb, TSH, natrium, kalium, kreatinine, eGFR en nuchter glucose. LET OP: indien er een vermoeden is van hartfalen wordt een echocardiografie geadviseerd. Een (NT-pro-) BNP waarde onder de afkapwaarde geeft onvoldoende zekerheid om hartfalen uit te sluiten bij patiënten met atriumfibrilleren.
- de echocardiogram: dit wordt door de POH of huisarts rechtstreeks aangevraagd via zorgdomein (echo-cor in het kader van ketenzorg AF) waarna digitale terugkoppeling met de uitslag en zo nodig passend advies van de cardioloog volgt.

4.3 VOORLICHTING

Het beleid richt zich op patiënten > 65 jaar.

- geef uitleg over de aandoening en het te verwachten beloop.
- bespreek uitlokkende factoren.
- leg uit dat medicatie voor verlaging van de hartfrequentie zinvol is.
- geef het belang aan van antitrombotische medicatie bij Paroxismaal- en atriumfibrilleren langer dan 48 uur.
- leg uit wat de verschijnselen zijn van CVA, TIA en perifere trombo-embolie en instrueer de patiënt direct contact op te nemen met de huisarts wanneer deze verschijnselen zich voordoen.

- bespreek bij paroxismaal atriumfibrilleren met frequente aanvallen met klachten de mogelijkheden om de aanvalsfrequentie te verminderen.

4.4 MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

- schrijf antitrombotische medicatie voor bij atriumfibrilleren > 48 uur of van onbekende duur, en bij paroxismaal atriumfibrilleren indien geïndiceerd.
- schrijf op indicatie medicatie voor om de ventrikelfrequentie te verlagen. Met deze middelen kan gelijktijdig worden gestart.
- verwijst bij een indicatie voor (medicamenteuze) cardioversie naar de cardioloog (hoofdstuk 9.1).
- De leeftijdsgrens om patiënten < 65 jaar te verwijzen en daarboven alleen op indicatie te verwijzen is komen te vervallen. In plaats daarvan zijn redenen geformuleerd, wanneer een ritmebehandeling door de cardioloog bij een patiënt kan worden overwogen (Hoofdstuk 5)

Preventie van trombo-embolie bij patiënten ≥ 65 jaar

Indicaties en contra-indicaties voor antistolling:

Adviseer een cumarinederivaat of DOAC bij:

- patiënten met een CHA2DS2-VASc-score ≥ 2
- alle vrouwen ≥ 65 jaar
- alle mannen ≥ 75 jaar

Bij mannen van 65-75 jaar zonder cardiovasculaire comorbiditeit (CHA2DS2-VASc-score 1) is antitrombotische medicatie niet geïndiceerd, want het voordeel (preventie van trombo-embolie) weegt niet op tegen risico op bijwerkingen, zoals bloedingen. Geïsoleerd atriumfibrilleren lijkt op deze leeftijd overigens uitzonderlijk.

- Overweeg acetylsalicylzuur bij patiënten met een (relatieve) contra-indicatie voor orale cumarinederivaten of DOAC's
- Bij patiënten ≥ 75 jaar is acetylsalicylzuur niet effectief ter voorkoming van een ischemisch CVA bij atriumfibrilleren, maar het beschermt nog wel tegen andere cardiovasculaire gebeurtenissen.

4.5 FOLLOW-UP BESTAAT UIT:

- Halfjaarlijkse TSH controle bij amiodaron
- Minimaal jaarlijkse controle nierfunctie bij DOAC (indien uitgangswaarde van nierfunctie verlaagd, dan 2 x p/j controle)
- CVRM begeleiding

5. Verwijscriteria

Vanwege het risico op lange termijn complicaties zoals kleplijden en hartfalen dient bij anamnestiche veranderingen en naar aanleiding van klachten laagdrempelig verwezen te worden en dient de huisarts bij de jaarcontrole betrokken te zijn.

5.1 VERWIJZING VAN HUISARTS NAAR DE CARDIOLOOG

- Stuur met **spoed** voor de cardioloog in wanneer een patiënt met AF hemodynamisch instabiel is en/ of er verdenking is op een onderliggend acuut coronair syndroom of (acuut) hartfalen.
- Overleg met **spoed** met cardioloog wanneer een patiënt jonger dan 65 jaar korter dan 48 uur AF heeft (spoedcardioversie kan dan overwogen worden).
- Overleg met **spoed** met cardioloog wanneer een patiënt ouder dan 65 jaar korter dan 48 uur AF heeft en zichzelf meldt wegens (aan AF gerelateerde) klachten
- Patiënten jonger dan 65 jaar die langer dan 48 uur AF hebben.
- Bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende medicatie om te laten beoordelen of een pacemaker geïndiceerd is. Hier kan eerst een eerstelijns Holter worden gedaan, zeker bij patiënten met geen of weinig klachten of bij twijfel. De ventrikelfrequentie moet vastgelegd worden door het meten van de hartfrequentie (en niet de pols).
- Bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (mogelijke indicatie voor cardioversie of andere interventie).
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en bètablokker en (vermoeden van) hartfalen.
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van twee frequentieverlagende middelen (mogelijke indicatie voor cardioversie of andere interventie).
- Bij vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen.
- Bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-Whitesyndroom of wanneer in de familie van de patiënt plotse hartdood voorkomt.
- Bij paroxismaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst. Omdat contra-indicaties voor het gebruik van antiaritmica moeten worden uitgesloten, stelt de huisarts deze behandeling niet zelf in.
- Bij patiënten met een pacemaker.
- Bij patiënten met atriumflutter wordt verwezen naar cardioloog voor diagnostiek en het instellen van behandeling.

5.2 DIGITALE CONSULTATIE

Digitale consultatie voor atriumfibrilleren vindt plaats via Zorgdomein. Graag scans van goede kwaliteit aanleveren.

Indicaties voor consultatie via Zorgdomein=>TCC teleconsultatie zijn:

- Verzoek beoordeling van ECG (volledig ECG, uitdraai KardiaMobile van registratie); de uitdraai kan als pdf bestand meegestuurd worden via VIPLive. Geen fax gebruiken i.v.m. slechte beoordeelbaarheid.
- Bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (< 110/min) bij patiënt die liever niet meer naar het ziekenhuis gaat.
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie (> 110/min; cave niet-cardiale oorzaken van verhoogde hartfrequentie).
- Bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentie verlagende medicatie.

- Bij paroxysmaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst.

De cardioloog zal binnen maximaal 5 werkdagen de digitale consultatievraag beantwoorden.

5.3 TERUGVERWIJZING VAN CARDIOLOOG NAAR DE HUISARTS

- Alle patiënten met eenmalig of paroxysmaal atriumfibrilleren die **stabiel** zijn ingesteld.
- Als reeds 1 jaar stabiel bij geaccepteerd atriumfibrilleren, zonder veel bijkomende problematiek (geen ernstig kleplijden, geen ablatie in afgelopen jaar).
- Als reeds 1 jaar stabiel bij sinusritme (zonder tussenliggende elektrische en of chemische cardioversies, geen ablatie in afgelopen jaar). Patiënten die flecainide, sotalol of amiodarone gebruiken, blijven onder behandeling van de cardioloog.
- Geen neurologische complicaties (TIA/ iCVA/ bloeding) in het afgelopen jaar.
- Patiënten die stabiel zijn na behandelde atriumflutter.

Patiënten die flecainide, sotalol of amiodaron gebruiken, dienen altijd onder behandeling te zijn van de cardioloog. Indien de cardioloog terugverwijst naar de huisarts communiceert hij aan de patiënt dat hij zich jaarlijks moet laten controleren bij de huisarts. In de brief aan de huisarts wordt gevraagd de jaarlijkse controles over te nemen. Vervolg via huisarts conform afspraken ketenzorg Atriumfibrilleren.

5.4 OPMERKINGEN

Het transmurale ketenzorgprotocol AF wijkt af t.o.v. de NHG-standaard op onderstaande punten:

- In de NHG standaard wordt geadviseerd te ontstollen na 48 uur, maar het ketenprotocol van RZN adviseert ontstolling (als geïndiceerd op basis van de CHADSVASc-score) zo spoedig mogelijk na de diagnose AF te starten. Dit advies sluit aan bij de dagelijkse praktijk die huisartsen en cardiologen toepassen.
- Bij CHA2DS2-VASc-score van 1, de keuze om wel of niet te starten met antitrombotische medicatie mag ook in overleg met de patiënt en eventueel de cardioloog genomen worden.
- Het gebruik van de Kardia Mobile of een vergelijkbare methode is niet in de NHG standaard opgenomen. Valide registraties, uitgelezen en geanalyseerd op een PC en eventueel beoordeeld door de cardioloog, kunnen voldoende zijn voor de diagnose.

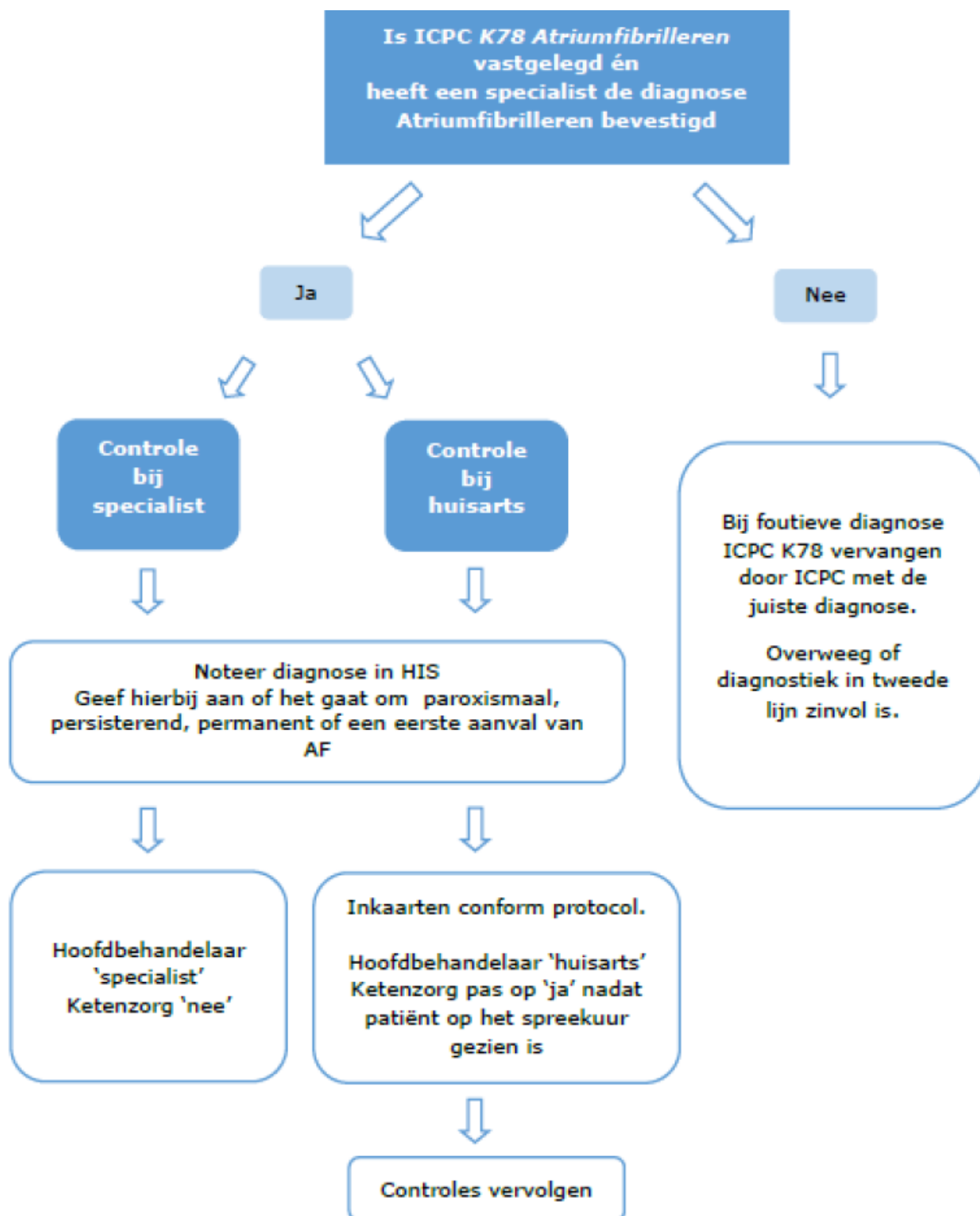
5.5 KWALITEITSBELEID

In samenwerking met het NHG is een bepalingcluster Atriumfibrilleren samengesteld. Vanuit dit bepalingcluster heeft RZN een minimale registratieset AF opgesteld (zie bijlage 4) om in te bouwen in het HIS. In veel gevallen voer je tegelijkertijd de controle voor CVRM of DM uit. Om deze redenen zijn specifieke CVRM items als stoppen met roken, cholesterolwaarden etc. niet opgenomen in de kernset AF in het HIS. Hiervoor kun je gebruik maken van je CVRM of DM protocol.

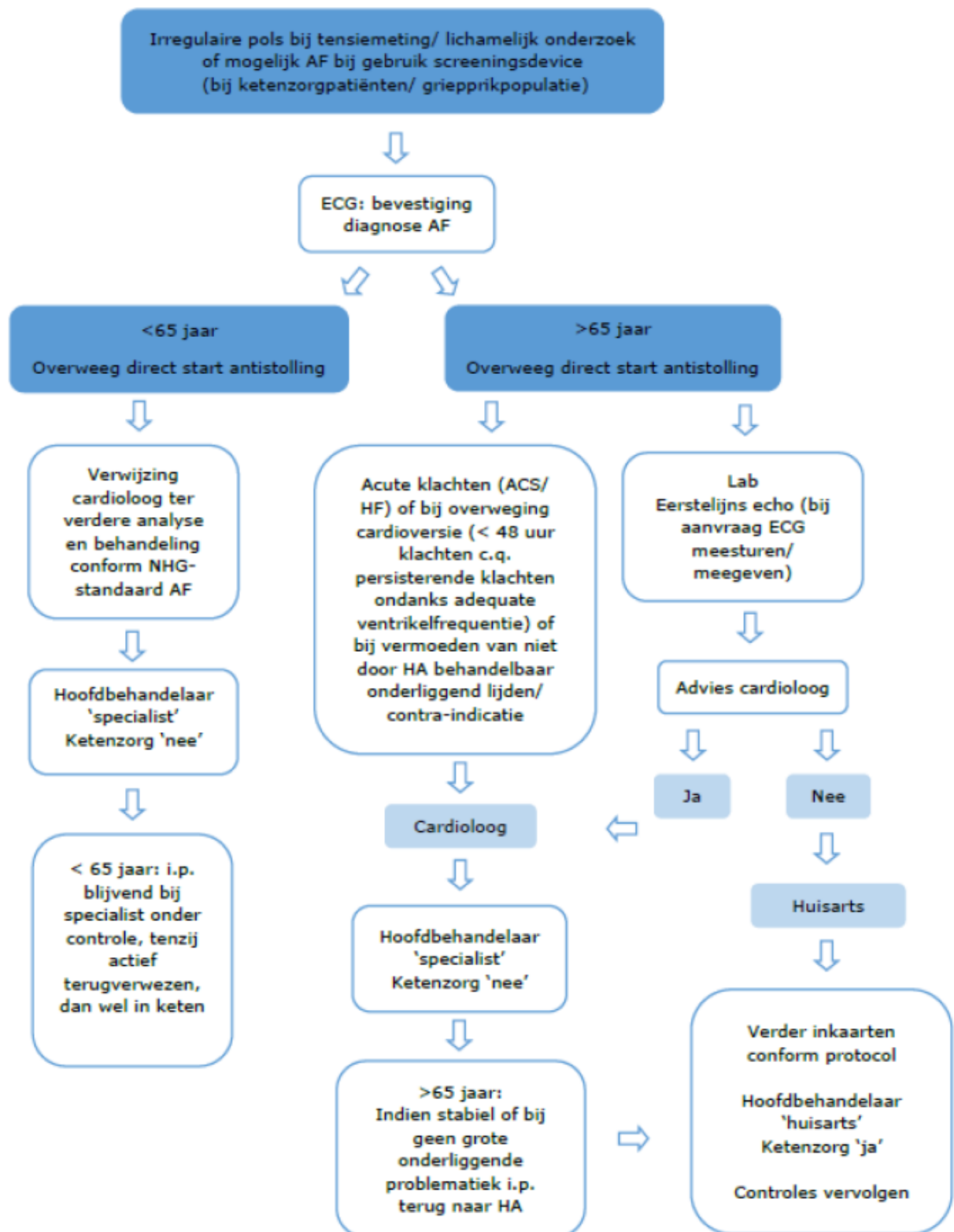
Op basis van de geregistreerde informatie in het HIS van de huisarts wordt door VIP Live in het rapport Atriumfibrilleren een overzicht gepresenteerd van:

- aantal patiënten bij wie bloeddruk is gecontroleerd (% onder 140/90 mmHg)
- aantal patiënten bij wie de hartfrequentie is gecontroleerd (% onder 110 bpm)
- aantal patiënten met antistolling (% patiënten op DOAC of vitamine K-antagonist)
- aantal patiënten bij wie jaarlijks nierfunctie is gecontroleerd (eGFR).

Bijlage 1: Voorselectie bij bekende patienten met atriumfibrilleren:



Bijlage 2: Actieve screening nieuwe patiënten met atriumfibrilleren



Bijlage 3: CHA2DS2-VASc-score

CHA2DS2-VASc-score voor het inschatten van het risico op ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren (> 48 uur of paroxismaal)

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (C ongestive heart failure)	1
H	Hypertensie	1
A2	Leeftijd ≥ 75 jaar (A ge)	2
D	Diabetes mellitus	1
S2	CVA/TIA/trombo-embolie (S troke)	2
V	Vaatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (A ge)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (S ex c ategory)	1*

Bijlage 4: Registratieset AF

Acties	Parameter	ICPC code	Afkorting	Kwaliteitsbeleid
1. Algemene gegevens				
	Atriumfibrilleren (Af) in voorgeschiedenis	K78		Registreren in episodelijst
	Hoofdbehandelaar AF	3451	AFHB KZ	1x/jaar registreren, bijhouden wijzigingen
	Type AF	3656	AFTY KH	≥1x/jaar registreren
In-en exclusie	Deelname ketenzorg AF	3838	AFKZ KZ	1x/jaar registreren, bijhouden wijzigingen
	Controlebeleid AF	3452	AFCB KZ	Registreren en wijziging bijhouden
	Reden geen ketenzorg AF	3450	AFRZ KZ	Exclusie ketenzorg(zorgweigeraar, medische redenen)
2. Anamnese ook in CVRM/DM protocol				
	Kortademigheid	1659	DYSP RQB	
	Hartkloppingen	3258	HKLP KQ B	
	Angineuze klachten	1595	ANGK KQ	
3. Lichamelijk onderzoek ook in CVRM en DM protocol				
Bloeddruk	Systolische bloeddruk(SBD)	1744	RRSY KA	≥1x/jaarregistreren
	Diastolische bloeddruk(DBD)	1740	RRDI KA	
	Systolische bloeddruk(thuismeting)	2055	RRSY KA MH	Alternatief voor SBD en DBD
	Diastolische bloeddruk(thuismeting)	2056	RRDI KA MH	
	Systolische bloeddruk(gem. 24 uur)	2659	RRGS KA MH	Alternatief voor SBD en DBD
	Diastolische bloeddruk(gem. 24 uur)	2660	RRGD KA MH	
	Systolische bloeddruk(gem 30 min. meting)	3336	RR3S KA	Alternatief voor SBD en DBD
	Diastolische bloeddruk(gem 30 min. meting)	3337	RR3D KA	
Hart en ritme	hartfrequentie/ventrikel-frequentie	3320	ECGF KHB	≥1x/jaarregistreren
	Auscultatie hart	2060	AUSC KH	≥1x/jaarregistreren
Tekenen Hartfalen	Perifeer oedeem	3007	POED LE	≥1x/jaarregistreren

Bijlage 5: Checklist consult AF

Bestaand Atriumfibrilleren (AF)

Roep de patiënt op voor spreekuur POH/verpleegkundige, maak indien nodig een 12 leads-ECG (of tijdens het spreekuur een 1 lead ECG via de Kardia Mobile, of vergelijkbare methode). Bepaal bij DOAC gebruik in ieder geval nierfunctie en bij digoxinegebruik nierfunctie en kalium. Voor veel patiënten zal de controle tegelijkertijd met de jaarcontrole DM of CVRM worden uitgevoerd. Bepaal in dit geval ook routine lab voor het protocol waarom het gaat.

Onderstaand schema wordt gehanteerd voor de jaarlijkse controle, maar kan ook gebruikt worden voor tussentijdse controle. Instabiele patiënten met AF dienen door de huisarts gecontroleerd te worden. Bij controle van AF door de POH/verpleegkundige is het uitgangspunt geen bijzonderheden tenzij er bij controle afwijkingen worden gevonden. Gebruik onderstaand schema bij de controle.

Anamnese			
1. Vraag naar de aanwezigheid van de onderstaande klachten en/of ga na of er sprake is van een toename van klachten:	Aanwezig	Toename	indicator
• Palpaties/hartkloppingen • Pijn op de borst/angina pectoris of pijnklachten in kaak, rug of armen • Kortademigheid, met name bij inspanning of liggen • Oedeem/pitting benen • Syncope/collaps/flauwvallen • Duizeligheid • Moehaid • Nycturie			3007 POED LE Perifeer oedeem
			1644 DETK KQ tekenen van hartfalen

Huidige situatie atriumfibrilleren			
Symptomatische periodes van atriumfibrilleren afgelopen periode: • Nooit • Dagelijks • Wekelijks • Maandelijks • Jaarlijks (< 1x/maand) Gemiddelde duur van een symptomatische periode atriumfibrilleren de afgelopen periode: • Minuten • Uren • Dagen			
Uitlokkende factoren			
0 Ja 0 Nee Indien ja: • Alcohol/drugs • Schildklierlijden • Operatie • Infectie • E621 (E nummer in voeding)			
Optioneel: classificering bij atriumfibrilleren			
• EHRA I = geen symptomen • EHRA II = milde symptomen (normale dagelijkse activiteiten worden niet beïnvloed) • EHRA III = heftige symptomen (normale dagelijkse activiteiten worden beïnvloed) • EHRA IV = onmogelijkheid tot uitvoer van dagelijkse activiteiten			
Overleg bij klachten passend bij Angina Pectoris met de huisarts. Overleg bij toename dyspnoe met de huisarts (betekenis afhankelijk van context en co-morbiditeit).			

Lichamelijk onderzoek		
2. Bloeddruk	RR	indicator
Gebruik geen automatische bloeddrukmeter		1744 RRSY KA Systolische bloeddruk 1740 RREDI KA Diastolische bloeddruk
Streefwaarden bloeddruk: <140/90 mmHg maar afhankelijk van context en co-morbiditeit		
3. Auscultatie hart en longen bij tekenen van hartfalen (huisarts)		indicator
Ga na of er een souffle hoorbaar is en ga na in het dossier van de patiënt of de souffle eerder is gehoord. Noteer datum laatste echo.	Datum laatste echo:	2060 AUSE KH Auscultatie hart
	Souffle: ja / nee	2061 AFAU KH Afwijking auscultatie hart
Voor een goede beoordeling van een souffle dient een echocardiogram te worden gemaakt. Een eerstelijns echocardiogram met beoordeling kan bij het ziekenhuis worden aangevraagd via Zorgdomein(vergoeding ziekenhuis en cardioloog via HZD) geen eigen risico patiënt voor patiënt in ketenzorg AF		
4. ECG		indicator
Noteer type atriumfibrilleren	- o Eenmalig - o Paroxysmaal - o Persistent - o Permanent	3656 AFTY KH type Atriumfibrilleren
Noteer de hartfrequentie ("volgfrequentie" ECG)		3320 ECGF KH ECG Hartfrequentie
Indien ECG gemaakt is; Zijn er andere afwijkingen op het ECG en zo ja, zijn ze nieuw of is er toename van de afwijking (vergelijk met een oud ECG of beschrijving van het ECG door de cardioloog)		
Streefwaarde hartfrequentie <110 slagen per minuut bij permanent AF. Laat ECG zo nodig beoordelen door cardioloog (consultatie en stuur ECG mee als PDF, vergoeding cardioloog via HZD eigen risico patiënt)		
Behandeling		
5. Antistolling DOAC		indicator
Nierfunctie (eGFR) 1 x per jaar; bij eGFR < 60ml/min 1x per half jaar nierfunctie controle		1919 KREM O FB MDRD (eGFR) 3583 KREC O FB CKD-EPI (eGFR)
CHADS-VASC score (bereken totaal score) Hartfalen (1), hypertensie (1), leeftijd 75 jaar en ouder (2), DM (1), CVA/TIA (2), vaatlijden (1), leeftijd 65-74 jaar (1), vrouwelijk geslacht (1)		3657 CHVA AZ CHADS-VASC score
Controleer juiste dosering DOAC		
Pas dosering DOAC zo nodig aan bij verminderde nierfunctie ga na of antistollingsbeleid gewijzigd dient te worden [CHADS-VASC score: 0 = geen medicatie, 1 = in overleg met patiënt (risico bloeding/embolie is even groot), 2 of meer punten = ontstollen (acenocoumarol of eventueel DOAC, geen acetylsalicylzuur)]		

Bijlage 6 Classificaties Angina pectoris en Hartfalen

Classificaties:

Angina pectoris:

- CCS I = geen beperkingen in dagelijks functioneren, AP klachten pas bij forse inspanningen/werk of sport
- CCS II = lichte beperking van normale activiteiten, AP klachten bij bijvoorbeeld 2 trappen lopen
- CCS III = duidelijke beperking dagelijkse inspanningen, AP klachten bij lopen van enkele trap in normaal tempo
- CCS IV = AP klachten bij minimale inspanningen

Hartfalen:

- NYHA I = Geen beperking van het inspanningsvermogen; lichamelijke activiteit veroorzaakt geen overmatige vermoeidheid of kortademigheid
- NYHA II = kortademigheid alleen bij flinke inspanning, geen symptomen tijdens normale activiteiten
- NYHA III = kortademigheid treedt op bij matige inspanning
- NYHA IV = kortademigheid treedt al op in rust