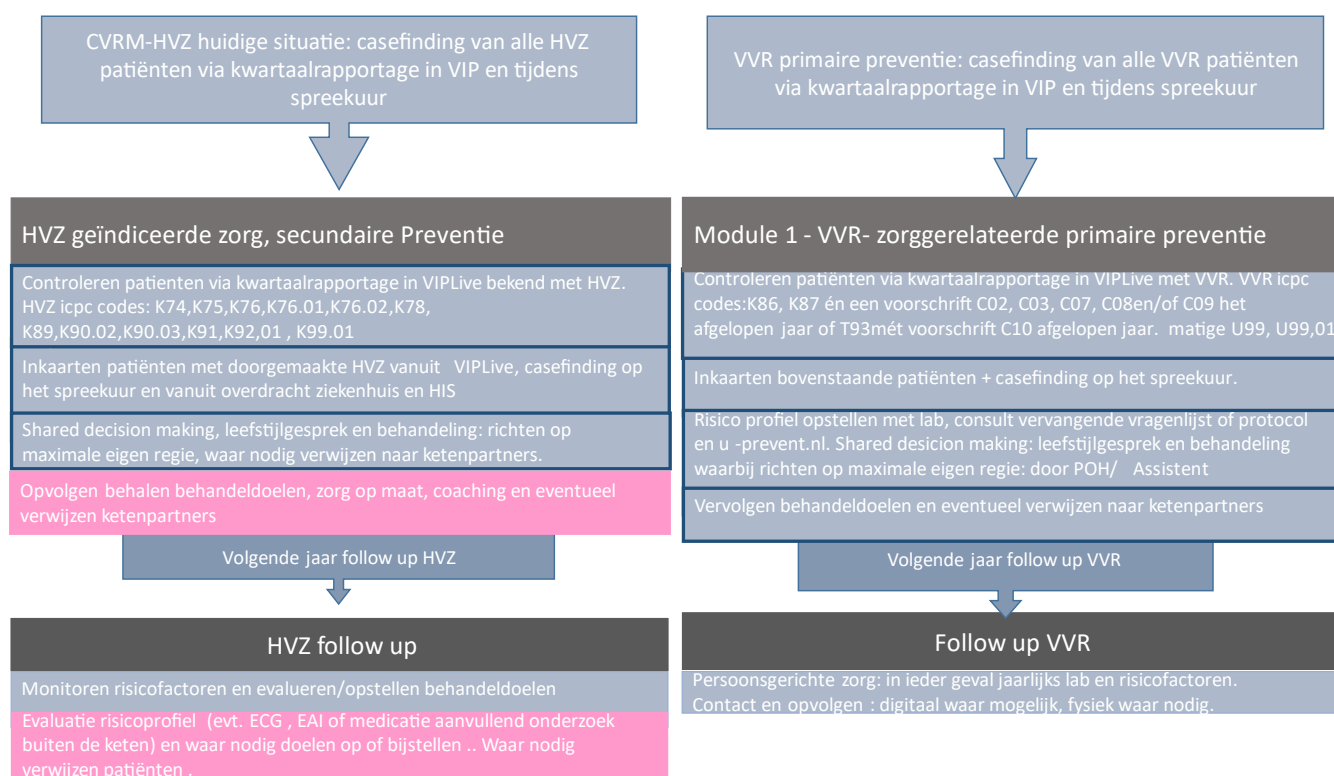


Stappenplan module AF

Dit stappenplan en deze afbeelding bieden je een samenvatting van het Zorgprogramma Module Atriumfibrilleren:



1. SCREENEN:

•**Actieve screening bij oudere patiënten:** Bepaal laagdrempelig het hartritme bij oudere patiënten met aspecifieke klachten. Bij een onregelmatige polsfrequentie dient een ECG (of KardiaMobile ECG/ritmestroom) te worden gemaakt .

•**Voorselectie bij bekende patiënten:** Raadpleeg periodiek het rapport "Atriumfibrilleren RZN" in VIPLive om bekende patiënten met een episode K78 Atriumfibrilleren te identificeren.

•**Dossieronderzoek (HA):** Voer bij geïdentificeerde patiënten dossieronderzoek uit om het type AF vast te stellen (eerste aanval, paroxysmaal, persisterend, permanent), wie de diagnose heeft gesteld, of de diagnose door de cardioloog is bevestigd, wie de hoofdbehandelaar is en of de cardioloog de patiënt actief heeft terugverwezen.

2. INCLUSIE IN DE MODULE ATRIUMFIBRILLEREN (EN TEvens IN DE KETEN CVRM):

•**Inclusiecriteria:** De ICPC-code K78 Atriumfibrilleren dient geregistreerd te zijn en de hoofdbehandelaar dient de huisarts zijn.

•**Exclusiecriteria:** patiënten jonger dan 65 jaar (tenzij actief terugverwezen door de cardioloog), nieuw gediagnosticeerde patiënten 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, en patiënten waarbij de hoofdbehandelaar een specialist is.

3. ANAMNESE:

•Vraag naar klachten die passen bij AF: hartkloppingen (sinds wanneer, continu of in aanvallen, frequentie, duur, momenten), duizeligheid, wegrakingen, verminderde inspanningstolerantie, dyspneu en vraag naar uitlokkende factoren: koorts, anemie, hyperthyreoïdie, stress, lichamelijke inspanning, zware maaltijd, intoxicaties (koffie, alcohol, drugs), medicatie (bètasympathicomimetica, levothyroxine, corticosteroïden).

•Ga na of er sprake is van onderliggende aandoeningen en belangrijke comorbiditeit: aanwijzingen voor angina pectoris of hartfalen, hartklepijden, diabetes mellitus, hypertensie, COPD, hyperthyreoïdie, TIA of CVA, myocardiinfarct in de voorgeschiedenis, plotse hartdood in de familie.

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

4. LICHAMELIJK EN AANVULLEND ONDERZOEK:

•**Lichamelijk onderzoek:** handmatige bloeddrukmeting, ausculteer het hart (ritme, frequentie, souffles; herhaal na lichte inspanning indien rustfrequentie < 90 slagen/minuut), en let op tekenen van hartfalen.

•**Aanvullend onderzoek (HA):** Maak minimaal een ECG (of ritmestroom via KardiaMobile) bij een waargenomen onregelmatige polsfrequentie. Verricht indien geïndiceerd bloedonderzoek (Hb, TSH, natrium, kalium, kreatinine, eGFR en nuchter glucose). Bij vermoeden van hartfalen wordt een echocardiografie geadviseerd. De echocardiogram kan rechtstreeks via Zorgdomein worden aangevraagd bij Saltro of Cardiologiecentra Nederland (echo-cor in het kader van ketenzorg AF).

5. VOORLICHTING (HA):

•Geef uitleg over de aandoening en het te verwachten beloop, bespreek mogelijke uitlokkende factoren en leg uit dat medicatie voor verlaging van de hartfrequentie zinvol is.

•Benadruk het belang van antitrombotische medicatie bij paroxismaal en persisterend AF langer dan 48 uur, leg de verschijnselen van CVA, TIA en perifere trombo-embolie uit en instrueer de patiënt direct contact op te nemen bij deze verschijnselen.

•Bespreek bij paroxismaal AF met frequente aanvallen met klachten de mogelijkheden om de aanvalsfrequentie te verminderen.

6. MEDICAMENTEUSE BEHANDELING (HA):

•Schrijf antitrombotische medicatie voor bij AF > 48 uur of van onbekende duur, en bij paroxismaal AF indien geïndiceerd. **Adviseer een cumarinederivaat of DOAC bij patiënten met een CHA2DS2-VASc-score ≥ 2, alle vrouwen ≥ 65 jaar en alle mannen ≥ 75 jaar**¹⁶. Bij mannen van 65-75 jaar zonder cardiovasculaire comorbiditeit (CHA2DS2-VASc-score 1) is antitrombotische medicatie niet geïndiceerd, tenzij in overleg met de patiënt en eventueel de cardioloog anders wordt besloten. Overweeg acetylsalicylzuur bij (relatieve) contra-indicatie voor orale anticoagulantia. Bij patiënten ≥ 75 jaar is acetylsalicylzuur niet effectief ter voorkoming van ischemisch CVA bij AF. Start ontstolling (indien geïndiceerd op basis van de CHA2DS2-VASc-score) zo spoedig mogelijk na de diagnose AF.

•Schrijf op indicatie medicatie voor om de ventrikelfrequentie te verlagen. Met deze middelen kan gelijktijdig met antistolling worden gestart.

•Verwijs bij een indicatie voor (medicamenteuze) cardioversie naar de cardioloog.

7. FOLLOW-UP:

•Halfjaarlijkse TSH controle bij amiodarongebruik.

•Minimaal jaarlijkse controle nierfunctie bij DOAC-gebruik (bij verlaagde uitgangswaarde 2x p.j.)

•CVRM begeleiding

Jaarlijkse controle door de huisarts bij terugverwezen patiënten. De controle kan vaak gecombineerd worden met de jaarcontrole voor DM of CVRM.

8. VERWIJSCRITERIA NAAR DE CARDIOLOOG (HA):

•**Spoedverwijzing:** Bij hemodynamische instabiliteit en/of verdenking op acuut coronair syndroom of (acuut) hartfalen.

•**Spoedoverleg:** Bij patiënten jonger dan 65 jaar met AF korter dan 48 uur (spoedcardioversie overwegen). Bij patiënten ouder dan 65 jaar met AF korter dan 48 uur die zich melden met (aan AF gerelateerde) klachten .

•**Reguliere verwijzing:** Patiënten jonger dan 65 jaar die langer dan 48 uur AF hebben. Bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende medicatie (overweeg eerstelijns Holter) Bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie. 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. Bij vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen . Bij aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-Whitesyndroom of plotse hartdood in de familie. Bij paroxismaal AF, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen wenst. Bij patiënten met een pacemaker. Bij patiënten met atriumflutter voor diagnostiek en behandeling.

9. DIGITALE CONSULTATIE MET DE CARDIOLOOG (VIA ZORGDOMEIN):

- Voor beoordeling van ECG's. Maak voor beoordeling door de cardioloog goed leesbare exemplaren (KardiaMobile ECG en reguliere ECG).
- Bij persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie (< 110/min) bij patiënten die liever niet naar het ziekenhuis gaan.
- Bij onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie (> 110/min; let op niet-cardiale oorzaken) •Bij een ventrikelfrequentie < 50/min zonder frequentieverlagende medicatie .
- Bij paroxismaal atriumfibrilleren, wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen wenst .

10. TERUGVERWIJZING VAN DE CARDIOLOOG NAAR DE HUISARTS:

- Alle patiënten met eenmalig of paroxismaal AF die stabiel zijn ingesteld of indien reeds 1 jaar stabiel bij geaccepteerd AF, zonder veel bijkomende problematiek (geen ernstig kleplijden, geen ablatie in afgelopen jaar) .
- Indien reeds 1 jaar stabiel bij sinusritme (zonder tussenliggende elektrische en/of chemische cardioversies, geen ablatie, TIA of bloeding in afgelopen jaar). **Patiënten die flecaïnide, sotalol of amiodaron gebruiken, blijven onder behandeling van de cardioloog .**

11. KWALITEITSBELEID EN REGISTRATIE:

- Registreer relevante gegevens in het HIS in de registratieset AF. Dit omvat onder andere het registreren van AF in de episodelijst (K78), hoofdbehandelaarschap, type AF en deelname aan de ketenzorg.
- Je kunt VIPLive rapportages, zoals de AF oproeplijst, gebruiken om de kwaliteit van de zorg te monitoren (bloeddrukcontrole, hartfrequentiecontrole, antistollingsgebruik, jaarlijkse nierfunctiecontrole).

12. ORGANISATIE VAN DE ZORG IN DE PRAKTIJK:

- De betrokken zorgverleners dienen deskundig en bekwaam te zijn in het actief opsporen, controleren en begeleiden van patiënten met AF, en het geven van leefstijladviezen. Zorg ervoor dat de huisarts en POH de scholing AF hebben gevolgd .
- Beschik over een KardiaMobile of vergelijkbare methode voor het opsporen van risicopatiënten. •Indien de praktijk geen ECG-apparaat heeft, kan ECG-diagnostiek worden uitbesteed via Zorgdomein.
- Indien nodig kan een multidisciplinaire behandeling worden ingezet met diëtist, fysiotherapeut, apotheker of psycholoog/POH-GGZ.

13. FINANCIERING:

- Er wordt gestreefd naar een moduletariaf voor AF bovenop de vergoeding voor de keten Diabetes of CVRM. Indien de patiënt geen deel uitmaakt van deze ketens maar wel COPD ketenzorg of zorg vanuit de ouderenmodule ontvangt, geldt bij voorkeur een CVRM ketentariaf. Vanaf 1 april 2025 kunnen AF-patiënten al worden geïncludeerd binnen de CVRM-keten tegen het reguliere tarief, met mogelijkheid tot declaratie van extra consulten.
- De kosten voor de echo om onderliggend lijden uit te sluiten vallen onder het eigen risico van de patiënt en het diagnostisch proces valt buiten de keten CVRM.