

Hoe weet je zeker of de **AF-patiënt** in jouw praktijk de optimale bescherming krijgt?

In overleg met je huisarts helpt dit stappenplan je bij het controleren van de AF-patiënten op de juiste antistollingsbehandeling.



Start het gesprek en ontdek verbeterpunten

Bespreek met de patiënt:

- Eventuele klachten
- Huidige medicatie
 - Bloedplaatjes remmer – overweeg deze behandeling te staken en VKA/DOAC te starten
 - VKA of DOAC
- **Ervaringen** met de medicatie
 - Positief
 - Negatief
 - Dosering
 - Aanpassing nodig ivm:
 - Dalende nierfunctie
 - Stijgen leeftijd
 - Cognitieve status
 - Comedicatie
 - Gewicht
 - Medicatie-wijziging naar baxter
 - **Therapietrouw:** hoe en wanneer wordt medicatie ingenomen?
 - **Trombosedienst:** hoe verloopt de samenwerking?
 - Belang van innemen huidige medicatie



1

Start controle met (lichamelijk / aanvullend) onderzoek

Metten:

- Gewicht
- Bloeddruk
- Hartfrequentie & hartritme
 - Check de **pols**
 - Streefwaarde: < 110 slagen per minuut
 - Regelmatig of onregelmatig ritme
 - Bij **twijfel:** stuur door naar huisarts voor ECG
- Nierfunctie en kalium
 - Overweeg meting indien afgelopen jaar geen meting heeft plaatsgevonden

2

3

Bespreek de behandelopties, indien een switch wordt overwogen

Bespreek met de patiënt:

- Mogelijke **antistollingsmedicatie** bij atriumfibrilleren
 - DOAC t.o.v. VKA
 - Doel antistollingsmedicatie: tegengaan van bloedstolsels door atriumfibrilleren
 - Vergelijkbare effectiviteit, maar verschillen bestaan
 - Verhoogde kans op bloedingen, minder kans bij DOAC
 - **Belangrijk** voor de patiënt:
 - Wel / geen INR controle door trombosedienst
 - Dagelijkse vast dosering of flexibel
 - Wel / niet in baxter
 - Invloed van voedsel op dosering VKA
 - Innemen met of zonder voedsel
 - Eventuele contra-indicaties
- Wanneer de POH / huisarts gecontacteerd moet worden voor afstemming met verantwoordelijke specialist of arts:
 - **Chirurgische ingreep**
 - **Kleine ingreep** (zoals behandeling mondhygiëniste, tandheelkundige ingrepen, kleine dermatologische excisies, ingrepen waarbij goede lokale hemostase mogelijk is)
- Wanneer de POH / huisarts gecontacteerd moet worden:
 - **Bloedingen**
 - Andere klachten die patiënt zorgen baren (mogelijke bijwerkingen medicatie)

Bespreek de stappen om de switch van VKA naar DOAC te maken

4

• Bij **acenocoumarol**:

- Stap 1: **Stop** de acenocoumarol. Patiënt ontvangt recept DOAC
- Stap 2: Patiënt laat na **2 dagen** de INR bepalen
- Stap 3: De uitslag van de INR wordt met de patiënt gedeeld
- Bij een INR <2 kan de patiënt starten met DOAC
 - Bij een INR >2 wordt de patiënt gevraagd of deze werkelijk is gestopt met VKA. indien dit het geval is, dan volgende dag starten met DOAC. Wanneer dit niet het geval is wordt na 2 dagen opnieuw INR bepaalt, totdat deze <2 . Dan starten met DOAC behandeling.

• Bij **fenprocoumon**:

- Stap 1: **Stop** de fenprocoumon. Patiënt ontvangt recept DOAC
- Stap 2: Patiënt laat na **5 dagen** de INR bepalen
- Stap 3: De uitslag van de INR wordt met de patiënt gedeeld
- Bij een INR <2 kan patiënt starten met DOAC
 - Bij een INR >2 patiënt vragen of deze werkelijk is gestopt met VKA, indien dit het geval is, bepaal de INR om de 2 dagen totdat deze lager is dan 2. Zodra de INR lager is dan 2 kan worden gestart met de DOAC. Indien de patiënt niet gestopt is met de VKA dan na 5 dagen opnieuw INR bepalen. Indien deze na 5 dagen nog niet <2 is, na 2-3 dagen opnieuw INR bepalen, totdat deze <2 is. Dan starten met DOAC behandeling.

Let op: tijdens corona-pandemie gelden andere richtlijnen rondom de switch van VKA naar DOAC. Bekijk deze op de NHG [website](#).



5

Beslis samen met de patiënt, huisarts en POH

- De patiënt maakt de **beslissing** om over te stappen **nooit alleen**
- Bespreek daarom na het doorlopen van alle stappen of de patiënt vragen heeft over de verschillende behandelopties en de mogelijke switch
- Indien de patiënt **interesse** heeft om over te stappen, plan afspraak in met de huisarts
- Indien de patiënt eerst wil **nadenken** over de switch, maak nieuwe afspraak met POH en/of huisarts



Veel succes bij het optimaliseren van de behandeling van jouw AF-patiënten.

Hoe weet je zeker of de **AF-patiënt** in jouw praktijk de optimale bescherming krijgt?

In overleg met je huisarts helpt dit stappenplan je bij het opsporen en behandelen van de AF-patiënten die momenteel niet met antistolling worden behandeld.



Bij indicatie antistollingsmedicatie

Bespreek met de patiënt:

- Mogelijke **antistollingsmedicatie** bij atriumfibrilleren
 - DOAC t.o.v. VKA
 - Doel antistollingsmedicatie: tegengaan van bloedstolsels door atriumfibrilleren
 - Vergelijkbare effectiviteit, maar verschillen bestaan
 - Verhoogde kans op bloedingen, minder kans bij DOAC
 - **Belangrijk** voor de patiënt:
 - Wel / geen INR controle door trombosedienst
 - Dagelijkse vast dosering of flexibel
 - Wel / niet in baxter
 - Invloed van voedsel op dosering VKA
 - Innemen met of zonder voedsel
 - Eventuele contra-indicaties
 - Wanneer de POH / huisarts gecontacteerd moet worden voor afstemming met verantwoordelijke specialist of arts:
 - **Chirurgische ingreep**
 - **Kleine ingreep** (zoals behandeling mondhygiëniste, tandheelkundige ingrepen, kleine dermatologische excisies, ingrepen waarbij goede lokale hemostase mogelijk is)
 - Wanneer de POH / huisarts gecontacteerd moet worden:
 - **Bloedingen**
 - Andere klachten die patiënt zorgen baren (mogelijke bijwerkingen medicatie)

1

Opsporing patiënten met anti-aritmica en/of episodes van AF

- Zet verzoek uit bij **apothek** voor zoekopdracht in apotheekstelsel:
 - patiënten met anti-aritmica worden doorgespeeld naar huisartsenpraktijk en opgeroepen voor controle
- Voer zoekopdracht uit in eigen **HIS** systeem:
 - patiënten met episodes AF worden opgeroepen voor controle
- Jaarlijkse controle:
 - bereken CHA₂DS₂-VASC-score om te bepalen of er een indicatie is voor antistollingsmedicatie
 - CHA₂DS₂-VASC-score ≥ 2 behandel met antistollingsmedicatie

3

Bij geen indicatie antistollingsmedicatie

- Continueer jaarlijkse controle d.m.v. CHA₂DS₂-VASC-score berekening



Veel succes bij het optimaliseren van de behandeling van jouw AF-patiënten.

Hoe weet je zeker of jouw patiënten atriumfibrilleren hebben?

Dit stappenplan helpt je bij het opsporen en behandelen van patiënten die een vermoeden hebben van atriumfibrilleren (AF) maar nog niet met antistolling worden behandeld in jouw praktijk.



2 Vermoeden atriumfibrilleren

- Anamnese: **bespreek klachten** zoals hartkloppingen, duizelig, dyspnoe, pijn op de borst, onderliggend lijden, co-morbiditeit, uitlokkende factoren zoals koorts, anemie, hyperthyreoïdie, stress, inspanning, alcohol, drugs, levothyroxine, corticosteroiden, betasympathico-mimetica.
- Meten:
 - bloeddruk
 - hartfrequentie & hartritme
- Beoordeel tekenen van hartfalen
- Stel **diagnose** met behulp van ECG, ritmestroom, holterregistratie of eventrecorder in de eigen huisartsenpraktijk of door middel van doorverwijzing naar de cardioloog



Veel succes bij het opsporen en behandelen van jouw AF-patiënten.

1

1 Opsporing patiënten met vermoeden atriumfibrilleren

- Start systematische **screening** van risico groepen van AF binnen de zorgprogramma's CVRM en Diabetes dmv bloeddrukmeting en 30 seconden polscheck
- De huisartsenpraktijk kan ook gebruik maken van eenvoudige **diagnostische tools** zoals Mydiagnostick of Alivecor om AF op te sporen

Jaarlijkse controle van risico groepen in de huisartsenpraktijk zorgt voor continue opsporing atriumfibrilleren

2

3

3 Diagnose atriumfibrilleren

- Korter dan 48 uur AF bij vitale patiënt → overleg met cardioloog over cardioversie
- Langer dan 48 uur AF
 - Meten:
 - Nierfunctie en kalium
 - TSH, HB en glucose
 - Bepaal indicatie antistolling door middel van CHA₂DS₂-VASc-score
 - CHA₂DS₂-VASc-score ≥ 2 behandel met **antistollingsmedicatie**
 - Start bij hartfrequentie >110 slagen per minuut medicatie ter verlaging van ventrikelfrequentie
 - Vitale patiënten doorverwijzen naar cardioloog voor onderzoek naar onderliggend lijden
 - Controleer patiënt wekelijks tot behandeldoel is bereikt
 - Registreer meetwaarden patiënt in HIS/KOS systeem
 - Na bereiken behandeldoel: spreek vervolgcontrole af of plan controle in tegelijk met controle CVRM/Diabetes

Referenties:

1. Boriani G et al. Changes to oral anticoagulant therapy and risk of death over a 3-year follow-up of a contemporary cohort of European patients with atrial fibrillation final report of the EURObservational Research Programme on Atrial Fibrillation (EORP-AF) pilot general registry. *Int J Cardiol* 2018;271:68-74.
2. Data IQVIA AF patiënten met antistolling maart 2020.
3. Data FNT in medisch jaarrapport 2020.
4. Davis RC et al. Prevalence of atrial fibrillation in the general population and in high-risk groups: the ECHOES study. *Europace* 2012;14:1553-1559.
5. Deitelzweig S et al. *Curr Med Res Opin* 2017; 33: 1745-1754.
6. Engdahl J et al. Stepwise screening of atrial fibrillation in a 75-year-old population: implications for stroke prevention. *Circulation* 2013;127:930-937.
7. Graham DJ et al. *Am J Med* 2019; 132:596-604.
8. Halvorsen S et al. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother* 2017;3: 28-36.
9. Heeringa J et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study *Eur Heart J* 2006;27(8):949-53.
10. Heidbuchel H et al. *Europace*. 2015 Oct;17(10):1467-507.
11. Hobbs FDR et al. A randomised controlled trial and cost-effectiveness study of systematic screening (targeted and total population screening) versus routine practice for the detection of atrial fibrillation in people aged 65 and over. The SAFE study. *Health Technol Assess*. 2005 Oct;9(40):iii-iv, ix-x, 1-74.
12. Huisman MV et al. The Changing Landscape for Stroke Prevention in AF, Findings From the GLORIA-AF Registry Phase 2. *J Am Coll Cardiol* 2017;69:777-85.
13. Lip GYH et al. *Stroke* 2018; 49: 2933-2944.
14. Li X et al. *Thromb Haemost* 2017; 117: 1072-1082.
15. M79 NHG standaard Atriumfibrilleren 2017. *Huisarts en Wetenschap* 2017;60(9):460.
16. Ruff et al, 2014.
17. Svennberg E et al. Mass Screening for Untreated Atrial Fibrillation, The STROKESTOP Study. *Circulation*. 2015;131:2176-2184.
18. Tieleman RG et al. Validation and clinical use of a novel diagnostic device for screening of atrial fibrillation. *Europace* 2014;16:1291-1295.
19. Van Doorn S et al. *Eur J Cardiol* 2018;273:123-129.
20. Verheugt et al. Characteristics of patients with atrial fibrillation prescribed antiplatelet monotherapy compared with those on anticoagulants: insights from the GARFIELD-AF registry *Eur Heart J* 2018;39:464-473).
21. Yao X et al. *J Am Heart Assoc*. 2016; 5:e003725.
22. Protocol Zorg voor de patiënt met atriumfibrilleren in Twente, Thoon, juni 2018.