Regionale Transmurale Afspraak Utrecht
Atriumfibrilleren

<table>
<tr><td>Status: Definitief</td><td rowspan="2">Looptijd:
2 jaar – t/m 16 juni 2028</td><td rowspan="2">Eigenaar:</td><td rowspan="2">Beheerder:
RTA-coördinator Trijn
Elske van Diepen,
e.diepen@rsotrijn.nl</td></tr>
<tr><td>Versie: 1.0</td></tr>
<tr><td>Wijze van publicatie:
Website Trijn</td><td>Evaluatiedatum:
[april 2027]</td><td>Verantwoordelijke:
Projectleider RTA Trijn</td><td>E-mailadres contactpersoon:
info@rsotrijn.nl</td></tr>
</table>

Korte samenvatting

Atriumfibrilleren (AF), ook wel boezemfibrilleren genoemd, is een hartritmestoornis waarbij sprake is van een chaotische elektrische activiteit in de atria (boezems), waarbij de atria niet meer goed contraheren. Een deel van die prikkels wordt voorgeleid naar de kamers, waardoor de hartslag vaak snel en onregelmatig is. De verminderde werking van de atria kan leiden tot stolselvorming in de atria wat een ischemisch CVA kan veroorzaken. Ruim de helft van de patiënten met atriumfibrilleren is ≥ 75 jaar. De meeste patiënten met atriumfibrilleren hebben comorbiditeit. Deze comorbiditeit bepaalt mede het beleid bij atriumfibrilleren.

Deelnemende partijen

De Regionale Transmurale Afspraak (RTA) wordt gedragen door alle organisaties die lid zijn van RSO Trijn. De betrokken doelgroepen zijn o.a. huisartsen, medisch specialisten, specialisten ouderengeneeskunde (VVT), openbaar apothekers en ziekenhuisapothekers. Goede afstemming tussen de verschillende zorglijnen is essentieel om continuïteit, doelmatigheid en kwaliteit van zorg te waarborgen. Alle organisaties die lid zijn van RSO Trijn en waarop deze RTA van toepassing is, werken conform de afspraken in de RTA Atriumfibrilleren.

Scope

Deze RTA is van toepassing op alle zorgverleners binnen de regio die betrokken zijn bij de preventie, diagnostiek, behandeling en follow-up van patiënten binnen het AF-domein. De RTA Atriumfibrilleren geeft richtlijnen voor samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals, waaronder (kader)huisartsen, apothekers, medisch specialisten en specialisten ouderengeneeskunde (VVT). Overal waar in deze RTA 'huisarts' staat, wordt tevens de specialist ouderengeneeskunde bedoeld.

De RTA geldt voor volwassen patiënten met (een risico op) Atriumfibrilleren. De afspraken zijn bedoeld als leidraad voor samenwerking en overdracht, waarbij ruimte blijft voor professionele afweging op individueel patiëntniveau.

Achtergrond en aanleiding

Het doel van de 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 Utrecht. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op het juiste moment 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, waarin richtlijnen voor de samenwerking tussen verschillende zorgprofessionals zijn opgenomen. Deze RTA is gebaseerd op de NHG Richtlijn Atriumfibrilleren (december 2024). De RTA heeft de volgende doelstellingen:

- Het in kaart brengen van het volledige proces van verwijzen en terugverwijzen van patiënten met atriumfibrilleren binnen de regio, inclusief betrokken disciplines, communicatiekanalen, knelpunten en een visueel stroomschema.
- Het opstellen van uniforme afspraken met zorgverleners met betrekking tot informatieoverdracht, consultatie, regiebehandelaarschap en patiëntenvoorlichting.

- Het bereiken van consensus over en het vaststellen van uniforme afspraken voor de screening van patiënten met (vermoedelijk) atriumfibrilleren, inclusief de benodigde middelen, zoals ECG-apparatuur en digitale registratie.

Inhoud

Korte samenvatting **2**

Deelnemende partijen **2**

Scope **2**

Achtergrond en aanleiding **2**

1. Diagnostiek **6**

1.1 Screenen van atriumfibrilleren (AF) 6

2. De rol van de huisarts bij de diagnostiek en behandeling **6**

3. De rol van cardiologie (MS, PA, VS) **7**

3.1 DOAC/Medicamenteuze behandeling bij atriumfibrilleren 7

3.1.1 DOAC's en nierfunctiecontrole 9

4. Informatieoverdracht bij verwijzen eerste, tweede en derde lijn **10**

4.1 Huisarts: 10

4.2 Specialist/ traject in het ziekenhuis 11

5. Verwijzen en terugverwijzen: **12**

6. Patiënteninformatie **12**

6.1 Info aan de patiënt 12

6.2 Voorlichting patiënt 13

6.2.1 Informatievoorziening patiënt - extra 13

7. E-health **14**

8. Consultatie – communicatie en samenwerking **14**

8.1 Consultatie van cardiologie door POH/huisarts 14

9. Berichtgeving **15**

10. Bronnen **15**

Vaststelling: deze RTA is vastgesteld in de ALV op 16 juni 2026 15

Bijlage 1: Stroomdiagram behandeling [ziektebeeld] en terugverwijzing **16**

Bijlage 2: Tabel CHA_2DS_2-VA-score **17**

Classificatie van atriumfibrilleren 17

Bijlage 3: Expertgroep **18**

Bijlage 4: Verwijzen **19**

4.1 Spoed 19

4.1.1 Direct per ambulance 19

4.1.2 Direct overleg met cardioloog 19
4.1.3 Direct overleg met de cardioloog overwegen 19
4.1.4 Overweeg doorverwijzing tweede lijn 19
4.2 Exclusiecriteria verwijzing tweede lijn 20
4.2.1 Exclusiecriteria verwijzing derde lijn 20
4.3 Terugverwijzing 20
4.3.1 Van cardiologie naar eerste lijn – huisarts 20
4.3.2 Contra-indicatie terug verwijzing huisarts 20

1. Diagnostiek

1.1 Screenen van atriumfibrilleren (AF)

Doel: vroegtijdig opsporen nog voor er klachten zijn ter preventie van cardiovasculaire events.

Regionale afspraken

We spreken met elkaar af dat we screenen middels de opportunistische screening. Facultatief is het mogelijk systematische screening te gebruiken. Zie richtlijn NHG (Atriumfibrilleren) en handreiking screening NVVC – (Handreiking-Screening-en-Behandelingsoptimalisatie-AF.pdf)

Detectie van AF

Voor zowel opportunistische als systematische screening kunnen diverse methoden worden gebruikt. We spreken met elkaar af dat een ECG voorwaardelijk is. De diagnose 'atriumfibrilleren' moet dus altijd worden bevestigd op basis van één-afgeleiden (ritmestrook) opname van minimaal 30 seconden of meerdere-afgeleiden opname van minimaal 10 seconden

2. De rol van de huisarts bij de diagnostiek en behandeling

- **Diagnose AF:** op basis van een één-afgeleiden (ritmestrook) opname van minimaal 30 seconden of meerdere-afgeleiden opname van minimaal 10 seconden. Eventueel door beoordeling van de cardioloog via teleconsult of een andere vorm van digitale communicatie.

- **Alertheid op**: zie overweging echo cor

- **Aanvragen**: bloedonderzoek: glucose, lipidenspectrum, eGFR, creatinine, Hb, TSH, kalium, ASAT, ALAT, GAMMA-GT, alkalische fosfaten

- **Behandeling:** Behandelt zelf de kwetsbare patiënten met AF inclusief het voorschrijven van antistolling en vertragen hartfrequentie <110/min. Behandelt patiënten die terug zijn verwezen vanuit de cardioloog. De patiënt heeft jaarlijks een controle nodig. Deze zorg kan mogelijk gedaan worden door de POH. Deze inrichting is praktijkafhankelijk.

- **Ketenzorg:**
    - Patiënten die al in de CVRM- of DM-keten deelnemen, blijven binnen dit zorgprogramma.
    - De AF-module wordt hier (indien die aanwezig is voor de regio) bovenop toegevoegd wanneer sprake is van atriumfibrilleren. De AF-module is dus een aanvulling op de bestaande ketenzorg. Ten tijde van deze RTA is de AF-module gecontracteerd bij Unicum en RegiozorgNu en niet bij de HUS.
    - Patiënten kunnen, terwijl ze in behandeling zijn bij de cardioloog, voor CVRM worden terugverwezen naar de huisarts en daarvoor in de CVRM-keten worden toegevoegd.

- **Verwijst** zo nodig naar cardioloog: zie stroomschema.

- **Overweegt echo cor:**
    - Indien geen verwijzing naar cardioloog: Bij vitale patiënten is eenmalig echo cor geïndiceerd met vraagstelling klepgebreken of hartfalen.

- Bij kwetsbare patiënten een echo cor achterwege te laten in overleg met patiënt.
- Echo cor kan aangevraagd worden via eerstelijnsdiagnostiek via zorgdomein (Saltro).

- **Kwetsbaren ouderen intramuraal of thuiswonend.**
  - Bij nieuw AF: wees terughoudend met verwijzing naar het ziekenhuis, afhankelijk van het bij de betrokkene passend medisch beleid.
  - Overweeg bij bestaand AF, de controles in het ziekenhuis te stoppen.

3. De rol van cardiologie (MS, PA, VS)

- **Aanvullende diagnose:** Bij diagnostiek in de eerste lijn beoordeelt/superviseert de medisch specialist, de diagnostiek/aanvraag van de huisarts en voorziet dit van een advies voor verdere diagnostiek of behandeling.
  - Voor eerste poli bezoek: standaard gewone ECG en TTE
  - Na eerste polibezoek: op basis van klachten verdere diagnostiek

- **Consultatie**: bij vragen over behandeling van AF door huisarts zonder verwijzing van patiënt
  - Meedenkconsult via Zorgdomein voor de onbekende patiënt
  - Voor alsnog telefonisch/e-mail overleg over de bekende patiënt
  - In de toekomst volgt mogelijk digitale communicatie bij de bekende patiënt

- **Behandeling:**
  - Medicatie (*zie hieronder*)
  - EHH (bij spoedindicatie) of poli cardiologie voor analyse. Indien AF niet voldoende verholpen kan worden met medicijnen of wanneer medicijnen leiden tot hinderlijke bijwerkingen kunnen patiënten verwezen worden voor ablatie. *Zie onderdeel ablatie*.

- **Verwijst** terug naar eerste lijn.

3.1 DOAC/Medicamenteuze behandeling bij atriumfibrilleren

Medicamenteuze behandeling
Medicamenteuze behandeling van atriumfibrilleren dient een aantal behandeldoelen, namelijk:

- Ter voorkoming van herseninfarcten
- Ter voorkoming van hartfalen
- Behandelen van symptomen
- Eventueel behandelen van onderliggende factoren bijv. hypertensie.

De medicamenteuze behandeling van atriumfibrilleren gaat volgens NHG Atriumfibrilleren en ESC richtlijn 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) | European Heart Journal | Oxford Academic

Op het recept moet staan:
- De labwaarden voor de doseringscontrole DOAC zijn; eGFR als CKD-epi, creatinine, gewicht
- De indicatie

- Voor uitgebreidere info DOAC's: zie werkafspraak DOAC's: Directwerkende orale anticoagulantia (DOAC's) – RSO Trijn

Het UMCU probeert al enkele jaren (tevergeefs) om de indicatie van o.a. de DOAC's op het (digitale) recept te krijgen via software leverancier Chipsoft. Helaas voorziet de technische ondersteuning hier nog niet in. Deze RTA volgt de regionale ontwikkelingen en zal wanneer nodig worden aangepast.

Verantwoordelijkheden bij medicatie

Regiebehandelaarschap

Door middel van een verwijzing gedurende het eerder beschreven diagnostisch proces of tijdens de behandelfase kan de huisarts te allen tijde de patiënt verwijzen naar de tweede lijn. Middels deze verwijzing wordt officieel het regiebehandelaarschap overgedragen aan de medisch specialist en/of verpleegkundig specialist. De hierboven genoemde diagnostiek en behandeling zal altijd onder de primaire verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar vallen, waarbij er op individueel niveau kan worden afgesproken dat de huisarts bepaalde zaken (tijdelijk) overneemt (denk bijvoorbeeld aan labcontroles). Indien de medisch specialist een patiënt terugverwijst (conform de hierboven benoemde criteria) dan draagt deze officieel het regiebehandelaarschap weer over aan de huisarts.

Regionale afspraken In deze RTA wordt afgesproken dat de medicatiewijzigingen plaatsvinden door, of onder supervisie van, de regiebehandelaar. De arts die medicatie voorschrijft (de regiebehandelaar), is verantwoordelijk voor het herhalen van recepten en het controleren van de nierfunctie. Bij overdracht van een patiënt moeten adviezen met betrekking tot nierfunctiecontrole en andere relevante zaken duidelijk worden vermeld middels een schriftelijke overdracht.

Regiefunctie bij comorbiditeit
Indien er sprake is van een nog onvoldoende behandelde comorbiditeit verwijst de regiebehandelaar indien gewenst de patiënt door naar een andere specialist. Indien de huisarts dit dient te vervolgen wordt dit specifiek gemeld in de correspondentie.
Regiebehandelaar van AF is ook regiebehandelaar van comorbiditeit. Hierover zijn de volgende afspraken gemaakt:

- Wie hypertensie heeft geconstateerd schrijft de medicatie voor. Voor CVRM (inclusief adipositas) kan de cardioloog terugverwijzen naar de huisartsenpraktijk. Hierover is een duidelijke communicatie bij de verwijzing en een duidelijke instructie naar de POH, erg belangrijk
    - De rol van de POH in kader van hypertensie is praktijk afhankelijk
    - Deze patiënten worden in de meeste gevallen opgenomen in de CVRM-ketenzorg
- Regiefunctie bij comorbiditeiten:
    - Bij verdenking van slaapapneu in de tweede lijn verwijzen AZN en Diakonessenhuis intern naar longarts. De regie en behandeling blijft in de tweede lijn.
    - Een goede communicatie in de verwijsbrief is van groot belang.
    - De derde lijn verwijst terug naar de huisarts. Hij/zij neemt het regiebehandelaarschap over en verwijst naar tweedelijns longarts voor diagnostiek en behandeling van slaapapneu.

3.1.1 DOAC's en nierfunctiecontrole

Controle nierfunctie:

- Bij gebruik van DOAC's dient de nierfunctie jaarlijks te worden gecontroleerd. De behandelend arts is ervoor verantwoordelijk dat de nierfunctie bij hem/haar bekend is.
- Indien de nierfunctie recentelijk door een andere zorgverlener is vastgesteld, kan de behandelend arts deze informatie opvragen of via de patiënt verkrijgen, waardoor herhaald onderzoek kan worden voorkomen.

NB: Het is belangrijk dat de regiebehandelaar de patiënt bij de start van de medicatie informeert dat de nierfunctie jaarlijks gecontroleerd moet worden

Herhaalrecept:

- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor interpreteren en controleren van de nierfunctie en het verstrekken van een herhaalrecept DOAC's. De actuele nierfunctie dient op het recept vermeld te worden.
- Herhaalrecepten kunnen alleen aangevraagd worden bij de regiebehandelaar:
  - Als het recept door de specialist is uitgeschreven, moet de patiënt zelf een herhaalrecept bij de specialist aanvragen.
  - Als het recept door de huisarts is uitgeschreven kan de apotheker of de patiënt een herhaalrecept bij de huisarts aanvragen.
- De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt hoe die het herhaalrecept aan kan vragen.
- De apotheker kan de labwaarden van de eerste lijn inzien.

Knelpunt: labwaarden van tweede lijn zijn niet inzichtelijk voor de apotheker. Tenzij dit via lab 4 apo gaat. Dit is nog niet ingericht en geïmplementeerd in de regio Utrecht. Dit is wel een duidelijke behoefte van de apothekers en dus wenselijk dat dit in de toekomst ingericht wordt. Dit knelpunt is tijdens het schrijven van deze RTA nog niet op te lossen.

Voor overdracht tussen eerste- en tweedelijnszorg bij DOAC's wordt verwezen naar het document 'Regionale werkafspraken DOAC's' (2021): Directwerkende orale anticoagulantia (DOAC's) – RSO Trijn

Nieuwe adviezen (KNMP, 1 mei 2025)

Per 1 mei 2025 zijn er nieuwe adviezen ten aanzien van nierfunctiestoornissen en aanpassing DOAC dosering. Ten tijde van het ontwikkelen van deze RTA volgen de ziekenhuizen hun eigen beleid hierin. Huisartsen volgen farmacotherapeutisch kompas. Mogelijk worden hierover in de toekomst uniforme afspraken gemaakt binnen de betreffende werkgroep tijdens de herziening van de RTA Antistolling. Voor nu verwijzen we naar het document 'Regionale werkafspraken DOAC's' (2021): Directwerkende orale anticoagulantia (DOAC's) – RSO Trijn.

Hoi

4. Informatieoverdracht bij verwijzen eerste, tweede en derde lijn

4.1 Huisarts:

Info aan de specialist tweede lijn

Verwijst via Zorgdomein en vermeldt in de brief**:**

- Anamnese: duur AF, type AF (definities op basis van NHG-richtlijn – zie bijlage), bijkomende klachten
- Voorgeschiedenis: co-morbiditeit en vitale parameters
- Labuitslag: glucose, lipidenspectrum, eGFR, creatinine, Hb, TSH, kalium, ASAT, ALAT, GAMMA-GT, alkalische fosfaten
- Bloeddrukmeting
- Medicatie
- Vraagstelling
- Stuur ritmestrook en/of ECG mee; in elk geval datgene waarop AF is gediagnosticeerd

Info aan specialist derde lijn

Noodzakelijke variabelen voor verwijzing via Zorgdomein van patiënten voor AF **ablatie**

- Geslacht
- Leeftijd
- Lengte, gewicht, BMI
- CHA_2DS_2-VA score
- Documentatie van de ritmestoornis (indien een patiënt zowel atriumfibrilleren als atriumflutter heeft, dan van beide ritmes een ECG toevoegen aan de verwijzing)
- Linker atrium volume index (LAVI) + echo <6 maanden (inclusief MI-graad). Echoverslag moet meegestuurd worden naar cardioloog
- Linker ventrikelfunctie (LVEF)
- Creatinine en de klaring
- Patroon van AF (paroxysmaal/ persisterend/ langdurig persisterend)
- Bij langdurig persisterend AF is verwachtingsmanagement naar de patiënt erg belangrijk gelet op de lage succeskans; overweeg hier zeker ook andere opties
- Mitralisklepinsufficiëntie (geen/ mild/ matig/ ernstig)
- Eerdere ablatie in het linker atrium

Follow-up na ablatie:

- AZN:
    - 3 maanden post-ablatie heeft patiënt telefonisch consult bij het AZN. Indien klachtenvrij-> terugverwijzing naar verwijzend cardioloog.
    - Via Luscii-app blijft patiënt wel tot een jaar post-ablatie bij het Antonius onder thuismonitoring.
    - Bij recidief AF-gerelateerde klachten 3 tot 12 maanden post-ablatie meldt de patiënt zich in principe bij verwijzend cardioloog, echter gezien patiënt tevens nog onder de thuismonitoring van het AZN valt, mag patiënt ook contact opnemen met het AZN. Het AZN handelt dan, in samenspraak met patiënt, naar welbevinden.

Terugkoppeling: na een jaar thuismonitoring vindt terugkoppeling over de bevindingen van (aantal metingen, recidief AF ja/nee) plaats aan de verwijzend cardioloog.

  - AZN en ziekenhuis Rivierenland kunnen (als de patiënt daarvoor toestemming geeft) elkaars documenten inzien via een transmuraal portaal.
  - Er lopen diverse projecten rondom thuismonitoring vanuit het AZN bij bijvoorbeeld één thuismonitoringcentrum voor zowel het AZN als Rivierenlandziekenhuis Tiel en toegang tot thuismonitoringmetingen vanuit 2 ziekenhuizen (AZN en Meander MC). Deze RTA volgt de regionale ontwikkelingen.

- Diakonessenhuis en AZN:
  - Dezelfde wijze van terugverwijzing geldt als hierboven beschreven.
  - Wanneer de patiënt al via de Luscii-app in de thuismonitoring van het Diakonessenhuis zit, blijft de patiënt op de app van het Diakonessenhuis zitten.

- UMCU:
  - Bij tweedelijnsverwijzingen, verwijst UMCU na de ingreep direct terug naar de verwijzend cardioloog, die vervolgens de follow-up verzorgt. Hiervoor zijn afspraken met de verwijzende ziekenhuizen gemaakt.
  - Bij eerstelijnsverwijzingen, volgt het UMCU zelf op, eerste poliklinische controle na 3 maanden.
  - Indien nodig blijft de patiënt 12-24 maanden onder controle.
  - Patiënt ontvangt een advieslijst met relevante aandachtspunten en aanbevelingen voor het verdere herstel en de nazorg.

Knelpunt: gedeeld behandelaarschap

Het feit dat cardiologen patiënten een jaar op de app houden zorgt voor gedeeld behandelaarschap. Hier moeten afspraken over komen.
Een toekomstige oplossing zou het digitaal verwijzen via EPD/transmuraal portaal kunnen zijn.
Tijdens het opstellen van deze RTA is dit knelpunt nog niet op te lossen.

4.2 Specialist/ traject in het ziekenhuis

Info aan de huisarts

Cardioloog vermeldt in de verwijsbrief:

- Brief met uitslag en behandeladvies volgt zo snel mogelijk na polikliniekbezoek per edifact.
- Bij echo-uitslag wordt beschreven of en welke klep aangedaan is, of er sprake is van hartfalen en zo ja, welk type hartfalen.
- Heeft een patiënt ‘pill in the pocket’; wordt de instructie aan de patiënt in de brief gedeeld.
- Op welke termijn patiënt terugkomt op de poli of dat controle aan huisarts wordt overgedragen
- Welke afspraken er met patiënt zijn gemaakt in geval van klachten
- Draagt desgewenst CVRM over aan de huisarts en vermeldt dit duidelijk in de brief.

Info aan apotheker

Regiebehandelaar: huisarts of specialist vermeldt

- De labwaarden voor de doseringscontrole DOAC; eGFR, CKD-epi, creatinine, gewicht
- De indicatie

5. Verwijzen en terugverwijzen:

Zie stroomdiagram (bijlage 1)

Voor achtergrondinformatie t.a.v. de verwijsprocedures **zie bijlage 4**

Wie belt patiënt wanneer:

Bij problemen/vragen rondom AF (te denken aan een nieuwe AF-episode, klachten van AF of herhaalmedicatie) neemt patiënt op met diens regiebehandelaar, ofwel cardiologie ofwel huisarts.

- Indien de huisarts regiebehandelaar is belt de patiënt ma t/m vr tussen 8u en 17u de huisartsenprakijk en in ANW-tijd de huisartsenpost.
- Als cardiologie regiebehandelaar is geldt de onderstaande bereikbaarheid per ziekenhuis:

- Antonius:
  - Bellen met de dienstdoende cardioloog
  - Binnen kantooruren: onderaan de polibrief en de brief van EHH staat nummer van de poli (088-3201100)
  - Buiten kantooruren: in de brief van EHH staat het nummer van de huisartsenspoedpost

- Diakonessenhuis:
  - Geeft patiënt zakkaartje mee met alle contactgegevens en uitleg
  - Tijdens kantooruren 088-2505040 poli cardiologie of
  - Tussen 9.30-11.30 uur telefonisch spreekuur verpleegkundig specialist (088-2509393)
  - Buiten kantooruren:
    - Contact met EHH bij:
      - Niet te verdragen klachten
      - Ontbreken van antistolling

- UMCU:
  - Kantoortijden; Contact via poli cardiologie
  - Buiten kantoortijden: HAP
  - Poli verwijst zo nodig door naar de dienstdoende cardioloog

6. Patiënteninformatie

6.1 Info aan de patiënt

Tweede of derde lijn

- Bij verwijzing naar poli cardiologie wordt patiënt opgeroepen vanuit Diakonessenhuis of AZN of UMCU.
- Bij verwijzing naar EHH kan patiënt zich direct melden bij EHH van Diakonessenhuis of AZN.
- De patiënt krijgt informatie per post of digitaal. Hierin staat:

- Wanneer de patiënt contact op moet nemen met huisarts of ziekenhuis
- In geval van ziekenhuis, via welke weg de patiënt dit moet doen: ofwel poli cardiologie ofwel EHH.
- Neemt de patiënt mee in samen beslissen (hierbij worden de volgende onderwerpen behandeld:
  - Therapietrouw
  - Hartrevalidatie
  - Medicamenteuze behandeling
  - Leefstijlinterventies
  - Psychosociale problematiek (sociale kaart)
  - Cognitieve functie

Huisarts

- Stuurt thuisarts link naar de patiënt
- Verwijst patiënt
- Neemt de patiënt mee in samen beslissen (hierbij worden de volgende onderwerpen behandeld):
  - Therapietrouw
  - Hartrevalidatie
  - Medicamenteuze behandeling
  - Leefstijlinterventies
  - Psychosociale problematiek (sociale kaart)
  - Cognitieve functie

Zie voor algemene patiënten informatie: 202409-Brondocument-patienteninformatie-atriumfibrilleren.pdf

Regionale afspraken

Informatievoorziening en voorlichting over AF, de behandeling en de leefregels wordt gestart door de regiebehandelaar. Onderstaande adviezen worden afgestemd op de patiënt, waarbij rekening wordt gehouden met de motivatie en de mogelijkheden van de patiënt. Dit kan gedaan worden door een verpleegkundig specialist /gespecialiseerd verpleegkundige in de tweede/derde lijn of - in overleg met de huisarts - door de praktijkondersteuner huisarts (POH),

6.2 Voorlichting patiënt

6.2.1 Informatievoorziening patiënt - extra

- Patiënt reis atriumfibrilleren: PDF Harteraad-patientreis-atriumfibrilleren.pdf
- Informatie voor naasten: Naasten Archieven - Harteraad
- Aandachtspunten vanaf intake, behandeling tot thuis leven met de aandoening: PDF Oplossingsrichtingen atriumfibrilleren.pdf
- Boezemfibrilleren: dit moet je weten | HartstichtingFilmpjes over AF: Homepage - Alles over boezemfibrilleren
- Informatie over de medicatie is te vinden op www.apotheek.nl
- Bij vragen over medicatie gerelateerde zaken is de apotheek laagdrempelig te bereiken.

Het Diakonessenhuis gaat op korte termijn een hybride zorgpad maken, waar patiënten via de Beterdichtbij-app met een verwijzing onder een bepaalde code automatisch verschillende specifieke informatie krijgen toe gezonden over hun afspraak.

7. E-health

Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten van atriumfibrilleren verlichten en hanteerbaar maken. De patiënt heeft hierin een belangrijke rol door zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen met betrekking tot het inpassen van leefregels en het vroegtijdig signaleren van klachten of verschijnselen die passen bij verslechtering van atriumfibrilleren en om hierop actie te ondernemen. Het belang van het optimaliseren van de kennis van patiënt, maar ook diens mantelzorgers over atriumfibrilleren is belangrijk. E-health kan hierbij een rol spelen.

Met behulp van apps kan informatie met de patiënt gedeeld worden en met telemonitoring kunnen zorgverleners atriumfibrilleren monitoren.

Het AZN en het Diakonessenhuis maken gebruik van thuismonitoring middels Luscii. Er zijn verschillende protocollen rondom atriumfibrilleren om patiënten te monitoren (bijv. voor of na een elektrocardioversie of na een ablatie). De meldingen worden op werkdagen uitgelezen door het telemonitoringscentrum en indien nodig wordt hierop het beleid aangepast. Patiënten die terug worden verwezen naar de huisarts worden niet meer gemonitord door het ziekenhuis. Het is wel mogelijk om gebruik te blijven maken van het zelfmanagementprotocol voor patiënten indien gewenst.

Regionale afspraken

De VS/PA zouden in de toekomst in het algemeen een aanspreekpunt kunnen zijn voor patiënten met AF of voor de huisartsen die een patiënt met AF op spreekuur hebben.

Het is ten tijde van de ontwikkeling van deze RTA te vroeg om hierover gezamenlijk regionale afspraken te maken.

8. Consultatie – communicatie en samenwerking

8.1 Consultatie van cardiologie door POH/huisarts

De huisarts kan de MS, VS of PA om consultatie vragen: dit gaat veelal over diagnostiek en behandelopties. Er dient rekening te worden gehouden met de situatie van de patiënt. De consultatie vindt bij voorkeur plaats via meedenkadvies (zorgdomein) of een andere digitale vorm van communicatie. Bij uitzondering is er telefonisch overleg. De huisarts blijft regiebehandelaar.

9. Berichtgeving

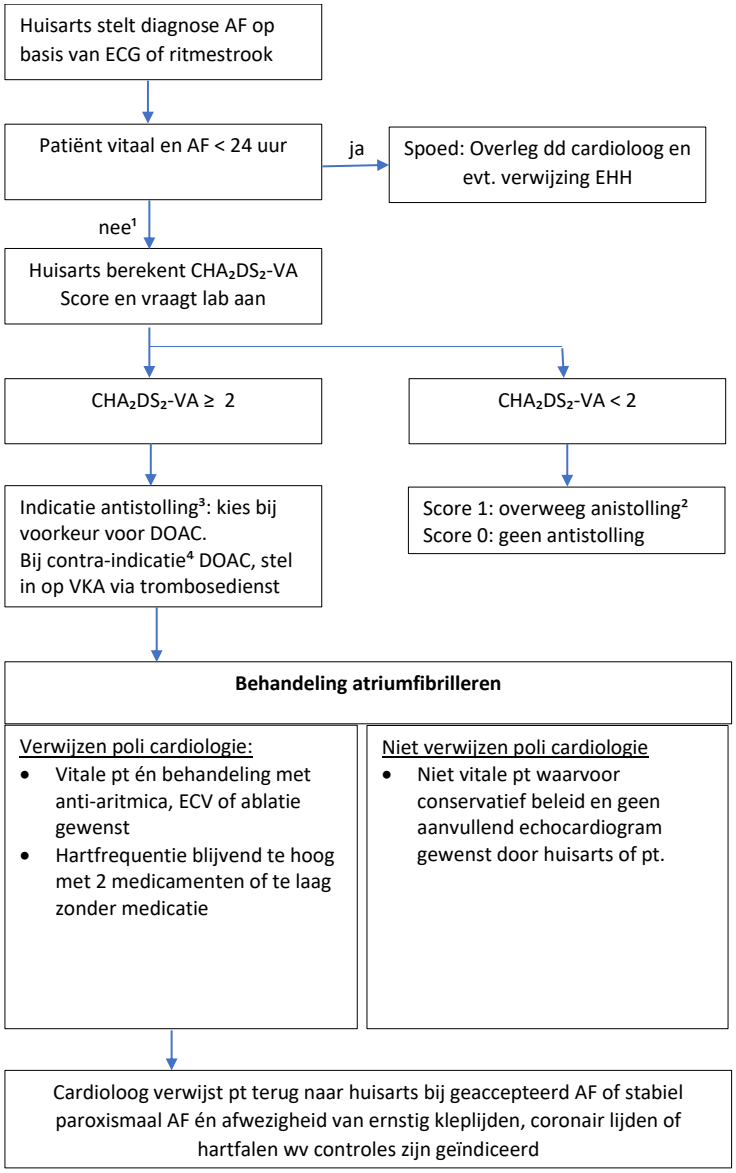
- Zie richtlijn NHG HASP voor berichtgeving: https://www.nhg.org/praktijkvoering/gegevensuitwisseling/gegevensuitwisseling-huisarts-specialist-hasp/
- Samenvattingskaart: Richtlijn-HASP-Samenvatting.pdf (nhg.org)

10. Bronnen

- NHG standaard Atriumfibrilleren (2024)
- AF Connect concept Medicamus (2017)
- ESC richtlijn (2024)
- Zorgmodel-AF-dec-2024.pdf
- Toolkit Atriumfibrilleren - NVVC Connect
- Handreiking-Screening-en-Behandelingsoptimalisatie-AF.pdf
- 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) | European Heart Journal | Oxford Academic
- Samenvatting - Richtlijn - Richtlijnendatabase

Vaststelling: deze RTA is vastgesteld in de ALV op 16 juni 2026

Bijlage 1: Stroomdiagram behandeling [ziektebeeld] en terugverwijzing



[1]Overweeg bij niet vitale pt met AF korter van 48 uur én veel klachten direct overleg met dd cardioloog
[2]Bij score 1 antistolling overwegen (mede gebaseerd op ESC-richtlijn)
[3]Contra-indicties antistolling: recente bloeding of operatie, stollingsstoornis, ernstige leverfunctiestoornis, oesophagusvarices, AV malformatie of aneurysma
[4]Mechanische hartklepprothese, mitralisstenose, ernstige leverfunctiestoornis of EGFR <15ml/min (daarboven zn middel en/of dosis aanpassen

Note: Rol SO: de SO in het verpleeghuis continueert doorgaans de ingezette behandeling bij patiënten met AF. Bij nieuwe gevallen diagnosticeert en behandelt de SO-er over het algemeen zelfstandig.

Bijlage 2: Tabel CHA_2DS_2-VA-score

CHA_2DS_2-VA-score voor het inschatten van het risico op ischemisch CVA bij patiënten met atriumfibrilleren (> 24 uur of paroxismaal)

Letter	Kenmerk	Score
C	Hartfalen (Congestive heart failure)	1
H	Hypertensie	1
A2	Leeftijd = 75 jaar (Age)	2
D	Diabetes mellitus	1
S2	CVA/TIA/trombo-embolie (Stroke)	2
V	Vaatlijden	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (Age)	1

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%) MB: De NHG standaard hanteert nog de oude score met een extra punt voor het vrouwelijk geslacht.

Classificatie van 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 echter 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.

Wanneer bij een patiënt voor het eerst atriumfibrilleren wordt vastgesteld en geen duidelijk begin kan worden aangegeven, moet worden aangenomen dat het langer bestaat dan 48 uur.

Bijlage 3: Expertgroep

Naam	Organisatie	E-mailadres	Functie
Ad Oomen	Diakonessenhuis	aoomen@diakhuis.nl	Cardioloog-elektrofysioloog
Marieke Verhagen	Diakonessenhuis	mverhag1@diakhuis.nl	Verpleegkundig specialiste AF Poli
Martijn Pruissen	Diakonessenhuis	mpruisse@diakhuis.nl	neuroloog
Jippe Balt	Antonius ziekenhuis	j.balt@antoniusziekenhuis.nl	cardioloog
Erin van der Grift	Antonius ziekenhuis	e.van.de.grift@antoniusziekenhuis.nl	Physician assistant cardiologie
Peter Loh	UMCU	p.loh@umcutrecht.nl	cardioloog
Linda de Back	Unicum	l.de.back@unicum-huisartsenzorg.nl	Kaderhuisarts HF i.o.
Mehrzad Nasseri	Unicum	nasseri@outlook.com	Kaderhuisarts HF
Femke Kaassenbrood	HUS/sterkzorg	fkaasenbrood@mariahoek.nl	huisarts
Monique Bakker	RegioZorgNu	m.bakker@regiozorgnu.nl	praktijkondersteuner
Marloes Groot	Warande	m.alberts@warandeweb.nl	SO
Jisca Vrancken	Axion continu	jvrancken@axioncontinu.nl	SO
Omer Yasar	Apotheek Bosrand Driebergen	o.yasar@pharma-interim.nl	apotheker
Marloes Koole - Oostveen	UMCU	m.i.oostveen-2@umcutrecht.nl	Ziekenhuis apotheker

Bijlage 4: Verwijzen

4.1 Spoed

4.1.1 Direct per ambulance

• Patiënt is ABCDE-instabiel en heeft een behandelwens (zie NHG behandelrichtlijn: Geneesmiddelen en zuurstof in spoedeisende situaties | NHG-Richtlijnen)

4.1.2 Direct overleg met cardioloog

• Vitale patiënt heeft < 24 uur AF en geen antistolling

- < 48 uur AF met veel klachten (en/of bij ventrikelvolgfrequentie van >110/min) en wel antistolling gebruik
- Geef eventueel vast metoprolol 50 mg (**NIET** mga).
- Indien de patiënt antistolling gebruikt en klachten te verdragen zijn mag patiënt het een week afwachten

4.1.3 Direct overleg met de cardioloog overwegen

- Niet vitale patiënt heeft < 24 uur AF met daarbij veel klachten (met name bij ventrikelvolgfrequentie van >110/min); evt. cardioversie zonder antistolling. Geef eventueel vast metoprolol 50 mg (**NIET** mga).
- Patiënt heeft klachten van bekend AF ofwel een recidief AF en is in behandeling bij de cardioloog hiervoor:
    - Patiënt moet zelf contact opnemen met poli / EHH zoals dat in het individuele behandelplan is afgesproken met hun behandelend cardioloog.
    - Zie contactgegevens in bovenstaand document

4.1.4 Overweeg doorverwijzing tweede lijn

Indien bij het eerste consult of bij een vervolgconsult een van de onderdelen van het beleid van de huisarts niet uit te voeren is in de huisartsenpraktijk;

- Verhoogd risico op een herseninfarct bij een absolute contra-indicatie voor orale anticoagulantia

Ritmebehandeling wordt overwogen:

- Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie
- Contra-indicaties of intolerantie voor frequentie verlagende middelen;
- Niet-kwetsbare patiënten met korter bestaand atriumfibrilleren en weinig relevante comorbiditeit komen regelmatig in aanmerking voor een ritmebehandeling.
- Bij patiënten met een afwijkende echografie (vergrote atria, hartfalen), relevante comorbiditeit of kwetsbaarheid is doorgaans minder voordeel van ritmebehandeling te verwachten.
- Ritmebehandeling binnen 3 tot 6 maanden na de diagnose geeft betere uitkomsten voor de patiënt.
- Ventrikelfrequentie < 50/min (niet veroorzaakt door medicatie): beoordeling of pacemaker geïndiceerd is;
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie ondanks gebruik van 2 frequentie verlagende middelen;
- Paroxismaal atriumfibrilleren (PAF), wanneer de patiënt medicamenteuze behandeling ter preventie van aanvallen of vermindering van het aantal aanvallen wenst;
- Aanwezigheid van het Wolff-Parkinson-Whitesyndroom of wanneer in de familie van de patiënt plotse hartdood voorkomt op jonge leeftijd;

4.2 Exclusiecriteria verwijzing tweede lijn

Niet-vitale patiënt met AF zonder of met weinig klachten. Zij kunnen door de huisarts worden behandeld. Patiënten dienen wel altijd geïnformeerd te worden m.b.t. de behandelmogelijkheden, zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken.

De huisarts stelt de indicatie (zie CHA_2DS_2-VA tabel) voor antistolling en schrijft deze voor volgens NHG-richtlijn atriumfibrilleren.

4.2.1 Exclusiecriteria verwijzing derde lijn

Op basis van landelijke afspraken vormt een BMI van >35 tegenwoordig een contra-indicatie voor het verrichten van een PVI. Bij patiënten met een BMI van >35 zullen we de verwijzing daarom in principe afwijzen en is het advies om de patiënt eerst levensstijl (of andere) maatregelen te laten nemen gericht op gewichtsreductie.

4.3 Terugverwijzing

4.3.1 Van cardiologie naar eerste lijn – huisarts

Patiënt wordt terugverwezen naar huisarts bij afwezigheid van ernstig kleplijden, coronairlijden of hartfalen waarvoor controles zijn geïndiceerd en geen onderhoudsdosering anti-aritmicum gebruiken en indien:

- Patiënt klachtenvrij is van paroxysmaal AF en stabiel (z)onder medicatie na ECV of ablatie of chirurgie.
- Geaccepteerd paroxysmaal AF met voor de patiënt acceptabele frequentie van optreden aanvallen.
- Chronisch geaccepteerd AF met adequate volgfrequenties

4.3.2 Contra-indicatie terug verwijzing huisarts

Bij onderhoud-ritmemedicatie sotalol (amiodaron, flecainide, uitgezonderd bij “pill in the pocket”) blijft patiënt onder controle van cardioloog.