

Integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag waarop hij aan het promoveren is. • Coördinatie: N. Rasenberg, Erasmus MC, aiotho en redactiefeld H&W, n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Kan chronische zorg voor oudere patiënten met atriumfibrilleren, inclusief antistollingszorg, veilig in de huisartsenpraktijk plaatsvinden?

HUIDIG BELEID

Bij de behandeling van patiënten met atriumfibrilleren (AF) zijn verschillende zorgverleners betrokken. Een groot aantal patiënten komt voor reguliere controle bij de cardioloog en de trombosedienst controleert de INR-waarden bij patiënten die een vitamine K-antagonist gebruiken. De huisarts heeft daarin vaak een beperkte rol, maar heeft wel het beste overzicht over iemands overige aandoeningen en medicatie. Met het oog op het toenemend aantal AF-patiënten en de veranderingen in de antistollingszorg is het belangrijk om te onderzoeken of integrale AF-zorg (begeleiding antistollingsbehandeling en behandeling comorbiditeit) veilig in de eerste lijn kan plaatsvinden.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Momenteel heeft een huisartsen(norm)praktijk circa vijftig patiënten met atriumfibrilleren. Dit aantal zal de komende decennia toenemen naar circa honderd patiënten. Geschat wordt namelijk dat er in 2050 in Nederland ruim 550.000 AF-patiënten zullen zijn; meer dan het dubbele van het aantal patiënten in 2010.¹ Dit heeft aanzienlijke economische consequenties en substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn lijkt onvermijdelijk. Het betreft laagcomplex, hoogvolumezorg en cardiologen verwijzen hun stabiele AF-patiënten al regelmatig terug naar de eerste lijn. Onduidelijkheid over wie vervolgens hoofdbehandelaar is, is daarbij niet zeldzaam.

AF gaat gepaard met aanzienlijke comorbiditeit, zoals hypertensie, hartfalen en diabetes mellitus. Deze comorbiditeit draagt op zichzelf ook weer bij aan een verhoogd trombose-risico. Dit uit zich in het vijfvoudig verhoogde risico op een ischemisch CVA bij AF-patiënten. Behandeling van comorbiditeit is daarom, samen met adequate antistolling, hartfrequentiecontrole en leefstijl, essentieel in de preventie van AF-gerelateerde beroertes.

Ook de antistollingszorg is sterk in beweging, vooral door de opmars van de non-vitamine K orale anticoagulantia (NOAC, ook bekend als DOAC). Prikposten van de trombosedienst zullen kleiner worden of sluiten, terwijl de keten van antistollingszorg volgens het ICGZ-rapport uit 2010 al niet sluitend was. Het betreft vaak oudere, kwetsbare patiënten bij wie zorg met

een lage drempel, dicht bij de patiënt, van belang is. Omdat actuele gezondheidsinformatie voor een goede INR-instelling essentieel is en de huisartsenpraktijk daarover beschikt, is er wellicht een belangrijke rol in de antistollingszorg weggelegd voor de huisartsenpraktijk. Dit geldt ook voor NOAC-patiënten, bij wie therapietrouw erg belangrijk is. Een zorgorganisatieverandering waarbij huisarts en praktijkondersteuner/praktijkverpleegkundige integrale zorg leveren aan patiënten met atriumfibrilleren, inclusief antistollingszorg, sluit goed aan op de behandeling in de eerste lijn van andere chronische aandoeningen, zoals diabetes en hypertensie. Deze zorgverandering vraagt om een tijdige wetenschappelijke evaluatie van veiligheid en (kosten)effectiviteit.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

In Maastricht is onderzocht wat het effect is van gestructureerde controle door een gespecialiseerd verpleegkundige op een AF-poli versus *care-as-usual* door de cardioloog. Resultaten van dit gerandomiseerde onderzoek waren veelbelovend; het optreden van het gecombineerde eindpunt van cardiovasculaire sterfte en ziekenhuisopnames na bijna twee jaar follow-up was 14,3% in de groep die door de verpleegkundige werd gecontroleerd versus 20,8% in de *care-as-usual*groep.² De recente update van de richtlijn Atriumfibrilleren van de European Society of Cardiology roept dan ook op tot integrale zorg en steeds meer ziekenhuizen openen AF-poli's. Een logische vervolgvraag is of gestructureerde, integrale AF-zorg net zo goed in de eerste lijn kan plaatsvinden.

CONCLUSIE

Atriumfibrilleren is onderdeel van het samenspel tussen meerdere cardiale en niet-cardiale aandoeningen en vraagt om een integrale benadering. Er dient tijdig te worden ingespeeld op het toenemende aantal AF-patiënten en de veranderingen in de antistollingszorg om kwaliteit van zorg voor de vaak oudere AF-patiënt te waarborgen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Is integrale zorg voor patiënten met atriumfibrilleren inclusief antistollingszorg in de huisartsenpraktijk non-inferieur vergeleken met *care-as-usual*? ■

LITERATUUR

De literatuurlijst kunt u vinden op www.henw.org/archief, rubriek (Ver)stand van zaken.



LITERATUUR

- 1 Krijthe BP, Kunst A, Benjamin EJ, Lip GYH, Franco OH, Hofman A, et al. Projections on the number of individuals with atrial fibrillation in the European Union, from 2000 to 2060. *Eur Heart J*. 2013;34(35):2746-51.
- 2 Hendriks JML, De Wit R, Crijns HJGM, Vrijhoef HJM, Prins MH, Pisters R, et al. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: Results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2012;33(21):2692-9.