

# **Regionale transmurale afspraak Atriumfibrilleren Regio Amstelland - Meerlanden**

Amstelland Zorg  
Amstelland Ziekenhuis  
Atalmedial  
Apotheken regio Amstelland

# Inhoudsopgave

|   |    |
|---|----|
| 1. Inleiding en achtergrond:.....   | 3  |
| 2. Aanbevelingen voor de huisarts bij het voelen van een irregulaire hartslag de novo.....  | 5  |
| 3. Verwijzing naar de cardioloog.....   | 8  |
| 4. Verwijsprocedure.....  | 8  |
| 5. Aanvullend onderzoek cardioloog/PA.....  | 8  |
| 6. Terugverwijzing eerste lijn.....   | 9  |
| 7. Informatieoverdracht bij terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn.....  | 10 |
| 8. Chronische zorg in de eerste lijn.....   | 10 |
| 9. Indicaties voor een verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn bij een patiënt die al in de eerste lijn wordt begeleid..... | 11 |
| 10. Rol van de apotheek.....  | 12 |
| 11. Samenstelling initiatiefgroep:.....   | 13 |

# 1. Inleiding en achtergrond:

Atriumfibrilleren (AF) is een veelvoorkomende aandoening op oudere leeftijd in de huisartsenpraktijk met een algemene prevalentie van 0,5%, oplopend tot een prevalentie van 6% in de populatie ouder dan 75 jaar. Mensen met AF worden deels in de eerste lijn, en deels in de tweede lijn behandeld. Tot recent waren er geen duidelijke afspraken wie in de eerste lijn en wie in de tweede lijn behandeld werden. Mensen met AF gebruiken antistolling om het (hoge) risico op een beroerte te doen afnemen. Als zodanig zijn antistollingsmiddelen een heterogene groep van geneesmiddelen die zowel in de eerste als de tweede lijn worden voorgeschreven.

In de HARM studie (2006) blijkt dat 24% van alle opnames en 56% van alle acute opnames geneesmiddel-gerelateerd is, waarvan 46% potentieel vermijdbaar. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland zou dit gaan om 41.000 geneesmiddel-gerelateerde opnames. Daarvan zijn 19.000 potentieel vermijdbare opnames met 85 miljoen euro per jaar aan kosten (niveau 2006).

In 2013 werd naar buiten gebracht dat ondanks inspanningen vanuit de gezondheidszorg en het ministerie het aantal medicijn gerelateerde opnames was gestegen naar 65.000 (Rapport Erasmus, Radboud, Nivel, Pharmo 2017). Een belangrijk deel van deze opnames wordt veroorzaakt door trombocytenaggregatieremmers, vitamine K antagonist (16,8%) en NSAID's (51%).

In 2022 laat het gebruik van antistollingsmiddelen een sterk veranderd beeld zien: waren het voorheen overwegend vitamine K antagonist, tegenwoordig zijn DOAC's de eerste keus bij het voorschrijven. Waar vroeger de trombosediensten een belangrijke rol speelden bij de controle op therapietrouw, interacties, nierfunctie en complicaties, is bij het gebruik van DOAC's deze controlefunctie veel beperkter. Wanneer patiënten ontslagen worden uit de tweede lijn is bestaat de begeleiding van patiënten die DOAC's gebruiken momenteel uit niet veel meer dan het advies tenminste éénmaal per jaar de nierfunctie te laten controleren. De ervaring leert dat de meeste patiënten deze boodschap niet krijgen, niet horen als deze in de tweede lijn wordt meegegeven, of deze in de loop van het jaar vergeten. Er is ook geen gestructureerde manier deze patiënten voor controle op te roepen. Al met al een situatie waardoor het aantal geneesmiddel-gerelateerde complicaties, opnames en daarmee de behandelkosten zeker zal toenemen. Daarnaast is inmiddels bekend dat bij de overgang van het gebruik van een vitamine K antagonist naar een DOAC in het eerste jaar gemiddeld al 10,1% van de mensen hun antistollingsmedicatie niet trouw inneemt, en dat dit percentage in het vierde jaar tot 23.4% oploopt (Toorop MMA et al. J. Thromb Haemost. Febr 2022). Bij DOAC-naïeve AF-patiënten bleek eerder al dat in het eerste jaar 11.8% stopte met het gebruik van de antistollingsmedicatie, oplopend tot 28.0% in het vierde jaar. Het discontinueren van de antistolling leidde tot een verhoogd risico op de samengestelde uitkomst ischemische beroerte en ischemische beroerte-gerelateerd overlijden [aangepaste hazard ratio (aHR) 1.79, 95% BI 1.49-2.15] en op het ontstaan van een ischemische beroerte (aHR 1.58, 95% BI 1.29-1.93) vergeleken met een doorgaand gebruik van orale antistollingsmiddelen (Toorop MMA et al. Eur Heart J. Oct 2021).

## *Inzet van verpleegkundigen en POH*

In verschillende studies is gebleken dat integrale zorg door gespecialiseerde verpleegkundigen leidt tot afname van mortaliteit. (Hendriks JML, et al. Eur Heart 2012, Gallagher C, et al. Heart 2017). Recent onderzoek laat zien dat ook integrale zorg in de eerste lijn voor mensen met AF vergeleken met reguliere eerstelijnszorg leidt tot een non-cardiovasculaire sterftereductie van

45%. (Van den Dries, CJ et al European Heart ;41: 2836-44, tevens NTVG; 165:36-43). In dit recente onderzoek worden mensen met AF in de eerste lijn begeleid door een daartoe getrainde POH die mensen met AF driemaal per jaar zag. Daarnaast zag de huisarts deze mensen éénmaal per jaar. Niet alle mensen met AF werden toegelaten tot de zorg in de eerste lijn. Mensen met valvulair AF, een ICD, PVI of MAZE, een recente of geplande cardiale ingreep, een levensverwachting minder dan 3 maanden of wilsonbekwaamheid werden uitgesloten van deelname. Zorg in de eerste lijn door getrainde POH's blijkt onder bepaalde voorwaarden voor een geselecteerde groep patiënten veilig te zijn en bewerkstelligt een non-cardiovasculaire sterfte reductie van 45%. Deze uitkomst geeft daarmee aan dat, in het kader van de juiste zorg op de juiste plek, aan een selecte patiëntengroep met AF in de eerste lijn op een veilige, met tweedelijns zorg kwalitatief vergelijkbare manier zorg kan worden verleend.

In een situatie waarbij minimaal 10% van de mensen in het eerste jaar na de overgang van het gebruik van vitamine K antagonisten naar DOAC's stopt, en bij DOAC-naïeve gebruikers in het eerste jaar 11.8% stopt, met 41.000 antistolling gerelateerde opnames, waarvan 19.000 potentieel vermijdbaar zijn, het complicatierisico hoog is. Omdat ook NSAID's nog altijd op eenvoudige manier als OTC-middelen verkrijgbaar zijn, een deel van deze mensen op geen enkel moment onder controle is hiervoor, is het bieden van gestructureerde zorg van groot belang. Dit is de reden dat wij in onze regio ervoor gekozen hebben de zorg voor mensen met AF die antistollingsmedicatie gebruiken te combineren en hen dit gestructureerde zorgpakket aan te bieden, waarbij eerste en tweede lijn, laboratorium en trombosedienst afspraken hebben gemaakt om gezamenlijk de best mogelijke kwaliteit van zorg te leveren.

Deze regionale transmurale afspraak is onderdeel van de regionale afspraak rond het gebruik van antistollingsmedicatie. Zij is tot stand gekomen door de inspanningen van een eigen initiatiefgroep.

## 2. Aanbevelingen voor de huisarts bij het voelen van een irregulaire hartslag de novo

Reden voor spoedverwijzing:

- Haemodynamisch instabiele patiënt (Ambu!)
- Vermoeden acute cardiale pathologie (ACS, acuut hartfalen) (Ambu!)
- Veel klachten, met name bij snelle volgfrequentie (HF > 110/min) en klachten < 24-48 uur

Stabiele patiënt:

### a. Vaststellen van AF:

- Wanneer de huisarts denkt aan atriumfibrilleren maakt hij/zij zo mogelijk direct een ECG en beoordeelt dit.
- Huisartsen die niet de beschikking hebben over een ECG-apparaat kunnen een ECG laten maken op de ECG-afdeling in het Amstelland ziekenhuis (tel nr: (020) 755 6107 of (020) 755 6109). Dit kan in overleg op korte termijn. De cardioloog beoordeelt het ECG binnen 48 werkuren en de cardioloog stelt de huisarts via de mail van de uitslag in kennis.

Bij een normaal ECG met sinusritme overweegt de huisarts of er een indicatie is voor een Holter. Als de huisarts een Holter wil aanvragen kan dit op verschillende manieren:

1. De Holter is in beheer van de huisarts, de assistente brengt hem aan en de gegevens worden verstuurd naar de cardioloog via Ksyos. Uitslag komt via edifact bij de huisarts binnen 48 werkuren. De huisarts kan direct via Ksyos een teleconsult aanvragen.
2. De Holter is in beheer van Ksyos, zij regelen het direct met de patiënt en sturen de gegevens op naar de cardioloog, die naar de huisarts terug rapporteert via edifact. Ook hierover kan de huisarts via Ksyos een teleconsult aanvragen.
3. De Holter wordt aangevraagd als eerstelijns diagnostiek. Dit kan alleen via CCN. De holter wordt beoordeeld door de cardioloog en wordt via edifact naar de huisarts verstuurd.

### b. Bij vastgesteld AF:

- De huisarts bepaalt of er sprake is van relevante co-morbiditeit, zoals hypertensie, diabetes mellitus, (mogelijk) hartfalen, vaatlijden (coronair of perifeer), (eerder) CVA of TIA, hartklepafwijkingen, verminderde nierfunctie, hyperthyreoïdie of OSA.
- De huisarts legt uit dat er sprake is van (paroxysmaal) AF.
- De huisarts legt uit dat een verhoogde CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score een (sterk) verhoogd risico op beroerte geeft en adviseert te starten met antistollingsmedicatie.
- De huisarts start orale anticoagulantia, en frequentie verlagende medicatie indien geïndiceerd volgens de NHG standaard Atriumfibrilleren bij CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score ≥ 2 (groter of gelijk aan 2) tenzij er een harde contra-indicatie bestaat.
- Een CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAsC-score van 1 bij mannen en 2 bij vrouwen komt in het algemeen bij jongere mensen voor (<65jr) en de indicatie voor antistolling wordt door de cardioloog met de patiënt besproken.

- Het advies is bij het starten van antistolling te starten met een DOAC, tenzij er overwegende redenen zijn om een Vitamine K antagonist voor te schrijven. Het overzetten van kwetsbare mensen van vitamine K antagonist op een DOAC wordt niet geadviseerd.
- Er wordt gestreefd naar een minder strikte frequentie controle (lenient rate control) met een hartfrequentie in rust  $\leq 110$ /min.
- De huisarts behandelt en controleert de patiënt volgens de NHG standaard Atriumfibrilleren. De huisarts verwijst de patiënt door, tenzij niet gewenst door patiënt en/of huisarts. Overweeg dan een echo in eigen beheer

Fig. 1 Nieuw vastgesteld AF: (uit NHG standaard atriumfibrilleren 2023)

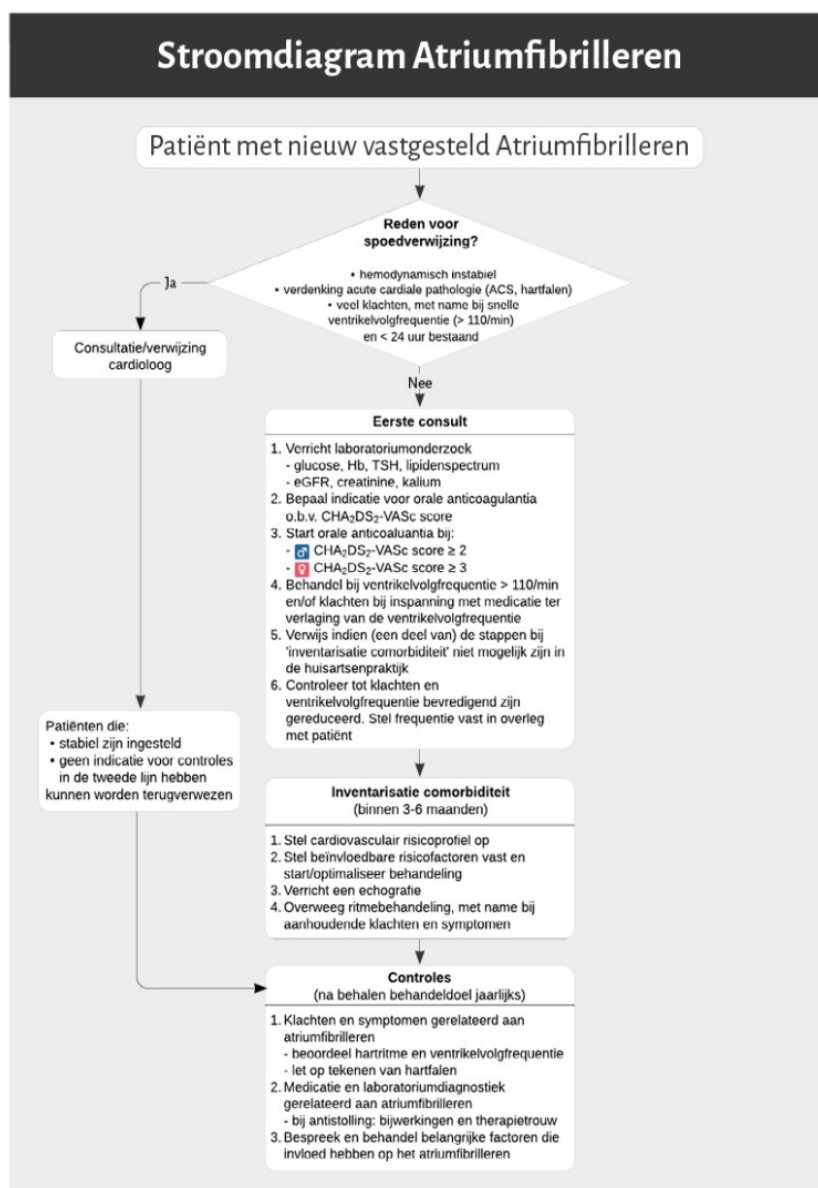


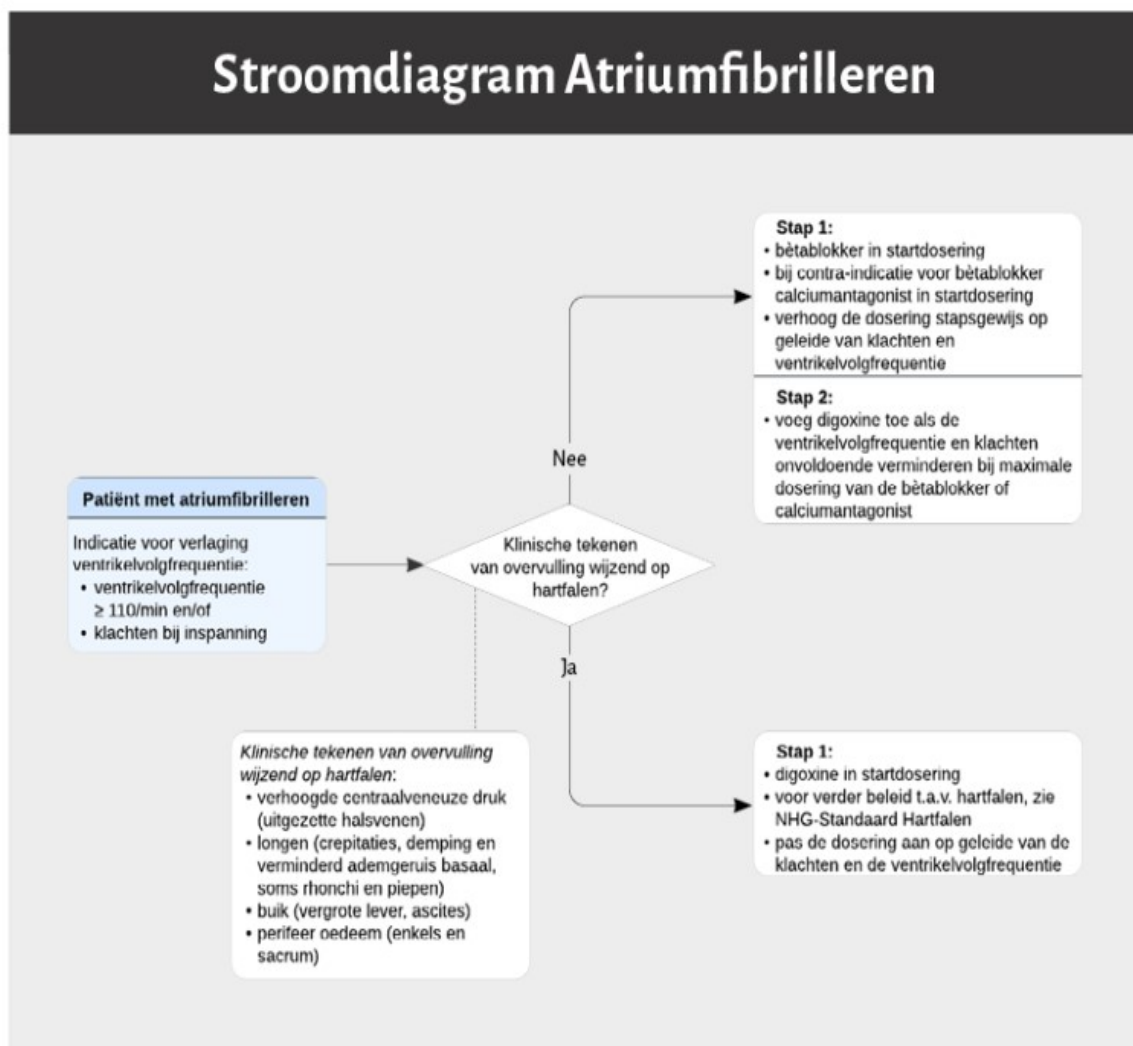
Fig. 2 CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAScScore (NHG Standaard atriumfibrilleren 2023)

**CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc Score**

|   | Score |
|---|-------|
| C Congestive Heart Failure/LV Dysfunction | 1     |
| H Hypertension                            | 1     |
| A Age ≥ 75 Years                          | 2     |
| D Diabetes Mellitus                       | 1     |
| S Stroke (TIA/TE)                         | 2     |
| V Vascular Disease <sup>a)</sup>          | 1     |
| A Age 65-74 Years                         | 1     |
| S Sex (female)                            | 1     |

a. Prior myocardial infarction, peripheral artery disease, aortic plaque.  
LV = left ventricular, TE = thromboembolism, TIA = transient ischemic attack

Fig 3: Diagram indicatie voor verlaging ventrikelvolgfrequentie (uit NHG Standaard AF 2023)



### 3. Verwijzing naar de cardioloog

Direct overleg over verwijzing met dienstdoende cardioloog:

- AF korter dan 24 uur bij jonge patiënten (< 70 jaar) met of zonder klachten. Cardioversie is dan vaak succesvol en kan plaatsvinden zonder antistollingsmedicatie.
- AF korter dan 24 uur bij oudere patiënten (>70 jaar) met klachten. Cardioversie kan overwogen worden en kan plaatsvinden zonder antistollingsmedicatie.
- Bij AF duur tussen 24 en 48 uur in bovenstaande gevallen overleg met de cardioloog.
- Klachten van pijn op de borst met snelle ventriculaire volgfrequentie.
- Klachten bij ventrikelfrequentie < 50/min.

Overige niet spoedeisende verwijsindicaties:

- Leeftijd < 70 jaar en > 24-48 uur bestaand AF. *Let op:* voor AF met onbekende duur is minstens 3 weken adequate antistolling nodig voordat cardioversie kan plaatsvinden.
- AF met ventriculaire volgfrequentie < 50 zonder frequentie verlagende middelen, zonder klachten.
- Persisterende klachten ondanks adequate ventrikelfrequentie.
- Onvoldoende daling van de ventrikelfrequentie door digoxine en  $\beta$ -blokker.
- Onvoldoende daling van de frequentie ondanks gebruik van twee frequentie verlagende middelen.
- Vermoeden van een hartklepafwijking en/of hartfalen, ischemie of andere ritmestoornissen.
- Aanwezigheid van WPW-syndroom of plotselinge hartdood in de familie.
- Paroxysmaal AF, wanneer de patiënt behandeling wenst ter vermindering van het aantal aanvallen.

### 4. Verwijsprocedure

De huisarts verwijst indien gewenst en vermeldt in de verwijsbrief de relevantie informatie en voorgeschiedenis, recente labuitslagen (volledig bloedbeeld, nierfunctie- electrolyten en TSH), holteruitslag en strookjes indien mogelijk. Indien nodig haalt de patiënt een medicatieoverzicht bij de apotheek.

De huisarts maakt zo nodig een hoofdbehandelaar aan in het dossier.

De patiënt wordt binnen 3 weken gezien op de poli cardiologie.

### 5. Aanvullend onderzoek cardioloog/PA

- Echo-cor
- Eventueel Ergometrie
- Eventueel CAG
- Eventueel TEE
- Eventueel MRI-hart
- Jaarlijks nierfunctie



## 6. Terugverwijzing eerste lijn

De cardioloog verwijst de patiënt terug naar de eerste lijn bij:

- Klachtenvrij AF.
- Stabiele hartfrequentie < 110 in rust.
- Stabiel ingesteld met eenmalig AF of stabiel bij paroxysmaal AF.
- Indien reeds 1 jaar stabiel bij sinusritme.

De cardioloog houdt de patiënt onder controle bij:

- Persisterende klachten van AF, zeker wanneer strikte frequentiecontrole (< 80/min) geïndiceerd is.
- Bij persisterende gebruik van flecaïnide, sotalol, of amiodaron.
- Onderliggend coronairlijden met significante ischemie of AP.
- Onderliggende *belangrijk* kleplijden met indicatie tot follow-up.
- Hartfalen NYHA-klasse 3 of 4, of instabiel hartfalen NYHA-klasse 1 of 2.
- Noodzaak van pacemaker.
- Bestaande pacemaker of ICD.
- Wanneer er neurologische complicaties geweest zijn in het voorafgaande jaar (TIA/CVA/bloeding).
- Gebruik van antistollingsmedicatie/thrombocytenaggregatieremmers tot het gebruik hiervan is ingesteld. Wanneer er toch wijzigingen zullen volgen na ontslag uit cardiologische controle geeft de cardioloog heldere instructies wanneer de medicatie gestaakt moet worden:
  - Aan de patiënt.
  - Aan de apotheek, middels een STOP-datum op het recept.
  - Aan de huisarts via de ontslagbrief.

Als de cardioloog de patiënt onder controle houdt:

- Is de cardioloog/ PA verantwoordelijk voor de dosering van de antistolling aan de hand van de nierfunctie.
- Kan de CVRM zowel door de cardioloog/ PA als de huisarts/ POH gedaan worden.
  - Bij actief coronairlijden of ischemisch hartfalen wordt de CVRM in de tweede lijn gedaan.
  - De cardioloog is verantwoordelijk voor jaarlijkse controle van de schildklier bij Amiodaronegebruik.
  - De cardiologen /PA's schrijven in principe jaarrecepten voor.
  - Bij voorschrijven van een SGLT2 remmer, danwel een GLP1 agonist verlaagt de cardioloog zo nodig de diabetesmedicatie volgens de richtlijn en geeft dit in een brief aan de huisarts duidelijk aan.

## 7. Informatieoverdracht bij terugverwijzing van de tweede naar de eerste lijn

- De cardioloog/PA vermeldt in de ontslagbrief de laatste laboratoriumwaardes van de patiënt. (ihb. kreatinine, eGFR, Na, K, Hb en TSH).
- De cardioloog/PA vermeldt de uitslag van het laatste ECG. Graag beschrijven of toevoegen.
- De cardioloog/PA vermeldt in de ontslagbrief de gegevens en de conclusies van de echo en evt. andere aanvullende diagnostiek.
- De cardioloog/PA doet aanbevelingen voor aanvullende controles buiten de standaard controles van de huisarts indien geïndiceerd.
- De cardioloog/PA vermeldt in de brief of er sprake is van ritme of frequentie controle
- Wanneer medicatie van de patiënt na terug verwijzing naar de eerste lijn toch nog gewijzigd moet worden op advies van de cardioloog:
  - Communiceert de cardioloog/ PA die met de patiënt en de huisarts (conclusies brief).
  - Komt er een STOPdatum op het ontslagrecept.
- De cardioloog/ PA adviseert de patient binnen 2 maanden contact op te nemen met de huisartsenpraktijk om de zorg ihkv CVRM/ AF/AS over te nemen

## 8. Chronische zorg in de eerste lijn

Uitgangspunten: Huisartsen en POH's in de regio Amstelland werken op basis van persoonsgerichte zorg. Zij hebben een scholing 'Positieve Gezondheid' gevolgd samen met hun netwerkpartners. Persoonsgericht werken betekent aansluiting vinden bij de drijfveren en motivatie van de patiënt en biedt ruimte voor zorg en ondersteuning op maat. Dit betekent dat er samen met de patiënt beslissingen genomen worden ten aanzien van het medisch beleid en de te nemen preventiemaatregelen. De patiënt dient hiertoe goed geïnformeerd te worden. De zorg wordt zoveel mogelijk gecoördineerd door één hulpverlener en geleverd in samenwerking met het netwerk rondom de patiënt. Waar nodig kan in overleg of op verzoek van de patiënt een verwijzing plaatsvinden naar bijvoorbeeld de nulde lijn. Centraal staat niet alleen de behandeling van het gezondheidsprobleem maar ook de manier waarop de patiënt met het probleem omgaat en in het leven staat. Hierdoor kunnen mensen met een chronische aandoening hun ziekte beter inpassen in het dagelijks leven.

Uitvoering van de controle:

- Direct na terug verwijzing wijzigt de huisarts of POH zo nodig de hoofdbehandelaar in: ``hoofdbehandelaar huisarts``.
- De huisarts/POH controleert de patiënt tenminste jaarlijks en op indicatie vaker, en stemt de controlefrequentie af met de patiënt.

Inhoud van de controle:

- CVRM-controle:
  - Gezamenlijk formuleren POH/ HA en de patiënt de aandachtspunten op het gebied van CVRM.

- CVRM lab.
- AF controle:
  - De hartfrequentie, zo nodig bij klachten met ECG ter vaststelling ritme en frequentie.
  - Bij patiënten zonder antistolling controle of er wijzigingen zijn waardoor de indicatie voor antistolling verandert (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score).
  - Bij digoxinegebruik controleert de huisarts jaarlijks de nierfunctie en het de kaliumspiegel, zo nodig wordt de dosering aangepast (zit ook in CVRM controle).
  - De POH /huisarts kijkt aan de hand van een vragenlijst of er sprake is van hartfalen.
- Weegconsult antistollingsmedicatie (conform [LTA antistolling](#)):
  - Bij patiënten die een DOAC gebruiken kijkt de huisarts/POH of er hiervoor geen contra-indicatie is ontstaan (zie NHG-standaard: leeftijd, nierfunctie, multiple comorbiditeit, interactie, verminderde therapietrouw of cognitieve stoornissen). Overweeg indien nodig het overzetten op een VKA.
  - Bij alle patiënten met antistollingsmedicatie wordt tenminste jaarlijks het risico op bloedingen geëvalueerd.
  - Bij braken, diarree of tijdelijke infectie wordt geadviseerd contact op te nemen met de huisarts/apotheek, omdat door dehydratie met verminderde nierfunctie een tijdelijke aanpassing van de dosis noodzakelijk kan zijn.
  - Bij VKA gebruik worden periodieke INR-controles, de registratie van complicaties en beoordeling van aanpassing van VKA-dosering en controletermijn bij potentiële interactie met andere medicatie gedaan door de trombosedienst. Bij problemen in de VKA-begeleiding wordt telefonisch contact gelegd met de huisartspraktijk.

Indicaties voor initiatief tot frequentere controles zijn:

- Aanwezigheid van hartfalen NYHA-klasse 2 of meer.
- AF gerelateerde klachten.
- Hartfrequentie >110/ min in rust
- eGFR < 60 of snel teruglopende nierfunctie.
- Kwetsbaarheid.
- Vermoeden van therapieontrouw.
- Complicaties/bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling.

## **9. Indicaties voor een verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn bij een patiënt die al in de eerste lijn wordt begeleid**

- Verwijs direct bij:
  - Instabiele patiënten of patiënten met instabiele angina pectoris.
- Consultatie gewenst bij:
  - Optreden van klachten toegeschreven aan AF.
  - Hartfrequentie > 110, niet reduceerbaar door medicatie van de huisarts (of >2 middelen nodig).
  - Hartfalen

## 10. Rol van de apotheek

Voorlichting (in de apotheek, telefonisch of bij de patiënt thuis): De apotheek draagt zorg voor een adequate voorlichting bij de start met het gebruik van een DOAC: hoe wordt deze gebruikt (dosering en inname plus evt. voorzorgen m.b.t. het gebruik van andere medicatie en/of voedsel), het belang van therapietrouw, wat te doen bij niet ingenomen/vergeten doseringen, welke bijwerkingen treden mogelijk op en waar moet de patiënt op letten gedurende het gebruik. Overhandigen/sturen van de patiëntenbrief met samengevatte informatie. Follow-up met betrekking tot deze punten bij een tweede en verdere vervolgitgite.

De apotheker draagt bij aan preventie, vroege opsporing en een veilig en effectief geneesmiddelengebruik. Zowel de initiële als de chronische behandelfase omvat meerdere stappen, zoals het beoordelen van de farmacotherapie conform standaarden, medicatiebewaking, genees- en hulpmiddelen gereed maken voor aflevering, het ter hand stellen van de medicatie en patiëntenbegeleiding (zie voorlichting). De stappen zijn hieronder uitgewerkt. Daarnaast lost de apotheek alle overige zorgvragen van patiënt die een DOAC gebruiken situationeel op.

Aflevering/medicatiebewaking: de apotheek gaat bij iedere aflevering na of het gebruik van antistollingsmedicatie verenigbaar is met de reeds door de patiënt gebruikte medicatie (zo nodig vindt hierbij in overleg met de huisarts [mede op basis van prioritering] aanpassing plaats). Hierbij wordt er ook meegenomen dat het gebruik van bepaalde zelfzorgproducten (bijv. NSAID's) in combinatie met het gebruik van antistollingsmedicatie onwenselijk is. Als nodig voor het bepalen van de juiste dosering controleert de apotheek jaarlijks de nierfunctie (opvragen bij de huisarts) en het gewicht van de patiënt. Ook wordt nagegaan of het gebruik van de antistollingsmedicatie (nog altijd) plaatsvindt binnen de kaders van landelijke richtlijnen en/of lokaal gemaakte afspraken, of dat hiervan op valide gronden wordt afgeweken. Als dit laatste het geval is, dient de (huis-)arts dit op het recept te vermelden of op een andere manier kenbaar te maken.

Indien patiënt onbekend is en voor een verantwoorde aflevering aanvullende gegevens nodig zijn worden gegevens van de patiënt bij de huisarts opgevraagd. Dit zijn bijvoorbeeld gewicht, indicatie, nierfunctie, andere medicijnen en informatie over aandoeningen.

Ter optimalisering van de farmacotherapie voert de apotheker, voor zover al niet verplicht (Richtlijn Polyfarmacie Ouderen/IGJ), jaarlijks medicatiegesprekken met de gebruikers van een DOAC (dan wel VKA) die in de verschillende van toepassing zijnde richtlijnen (Polyfarmacie ouderen en relevante HVZ) als kwetsbaar zijn omschreven. De gesprekken worden op een gestructureerde manier gevoerd volgens een daarvoor opgesteld protocol plaats. De onderwerpen omvatten werking en bijwerkingen van geneesmiddelen, therapietrouw en zorgen en verwachtingen van patiënten ten aanzien van geneesmiddelgebruik. De gesprekken vinden plaats in nauwe samenwerking met de POH en/of de huisarts.

In geval van (vermoeden op) therapieontrouw voert de apotheker een gestructureerd gesprek met de patiënt om de oorza(a)k(en) van therapieontrouw te identificeren. Afhankelijk van de oorzaak van therapieontrouw wordt een passende interventie ingezet. Bij persistente therapieontrouw stemt de apotheker af met de huisarts

De apotheker bespreekt met daarvoor in aanmerking komende patiënten de mogelijkheid de medicatie te verkrijgen als herhaalmedicatie of in geval van therapieontrouw of ordeningsproblemen per inname-moment verpakt in een baxterrol. In dit laatste geval overlegt de apotheker daarover met de huisarts.

## **11. Samenstelling initiatiefgroep:**

Stefanie Mouwen (programmamanager Amstellandzorg)  
Fere van Loenen Martinet (huisarts, kaderhuisarts hart- en vaatziekten)  
Galina Ladyjanskaia (cardioloog Amstelland)  
Jacqueline Hugtenburg (apotheker)  
Melchior Nierman (medisch leider Atalmedial trombosezorg)  
Huib Kok (beleidsadviseur en kwartiermaker Atalmedial)