

Beroertepreventie

Optimale 1^e lijns zorg voor de preventie van ernstige beroertes ten gevolge van atriumfibrilleren

SPECIAL
BIJ MEDISCH
CONTACT



“Beroerte is de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. Voorkomen is beter dan revalideren.”

Monique Lindhout - DIRECTEUR, HERSENLETSEL VERENIGING



“Samen kunnen we nu per jaar 5.000 beroertes ten gevolgen van atriumfibrilleren voorkomen.”

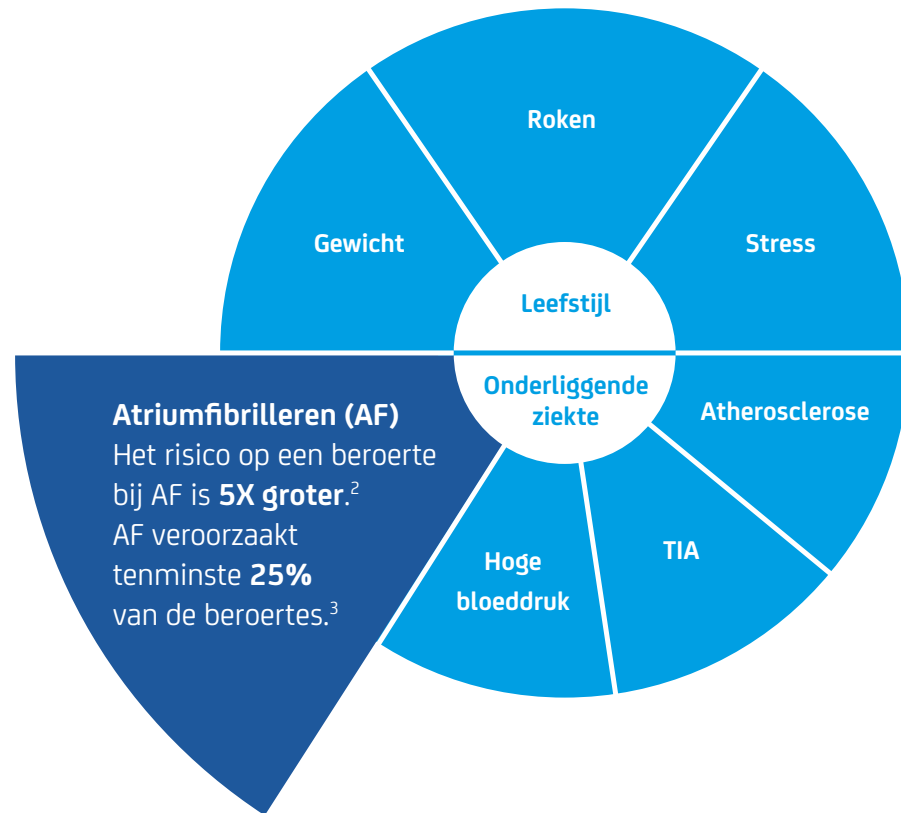
Martin Hemels - CARDIOLOOG, RIJNSTATE ZIEKENHUIS



Beroertepreventie

Risicofactoren

De meest voorkomende risicofactoren voor het krijgen van een beroerte zijn:



REGIEROL 1^E LIJN IN BEROERTEPREVENTIE BIJ AF

Martin Hemels, cardioloog in het Rijnstate Ziekenhuis en namens AF-Connect lid van de werkgroep Beroertepreventie: “In Nederland treden er zo’n 40.000 beroertes per jaar op en daarvan wordt ongeveer een derde veroorzaakt door atriumfibrilleren. Als we patiënten eerder kunnen opsporen of optimaler kunnen behandelen met antistollingstherapie, kunnen we een aanzienlijk deel van de beroertes voorkomen. En dat begint al in de huisartsenpraktijk.”

1. [HTTPS://WWW.HARTSTICHTING.NL/HART-EN-VAATZIEKTEN/FEITEN-EN-CIJFERS-HART-EN-VAATZIEKTEN](https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/feiten-en-cijfers-hart-en-vaatziekten)
2. WOLF ET AL. STROKE 1991;22(8):983-8. (FRAMINGHAM DATA)
3. MARINI C ET AL. STROKE 2005;36(6):1115-9

INHOUD

4 Beroertepreventie heeft hoogste prioriteit

Dr. Martin Hemels

6 Beroertereductie door antistolling en opsporing AF

Jaap van Soest

8 Boezemfibrilleren?

Informeer uw AF-patiënt over de opties

10 AF opsporen in 48 uur

Melchior Nierman

12 Awareness vergroten en de huisarts concrete handvatten bieden kunnen het verschil maken

Prof. dr. Jaap Kappelle

14 Antistolling op maat bij AF

Lida van der Maat en Stephan Joosten

16 Voorkomen is beter dan genezen!

Monique Lindhout

18 Educatie

Beroertepreventie is een zaak van urgentie

“Het krijgen van een beroerte verandert je leven ingrijpend. Het zet ook het leven van je naasten volledig op zijn kop. Per dag krijgen 110 mensen in Nederland een beroerte. Bijna 90% van die beroertes hadden we kunnen voorkomen! Niet alleen zou het welzijn van tienduizenden mensen en hun naasten daarmee gediend zijn, maar het zou ook een enorme besparing van kosten van de gezondheidszorg met zich meebrengen.

Gelukkig krijgt een gezonde levenswijze steeds meer aandacht, ook vanuit andere invalshoeken. Gezond eten, niet roken, niet of nauwelijks alcohol gebruiken, voldoende bewegen, een gezond gewicht houden: we weten inmiddels allemaal dat dat belangrijk is om gezond oud(er) te worden.

De werkgroep Beroertepreventie is opgericht om het aantal beroertes ten gevolge van atriumfibrilleren (AF), ook wel boezemfibrilleren genoemd, in Nederland terug te dringen. AF veroorzaakt ongeveer een derde van alle beroertes. Een op de vier personen van 55 jaar en ouder ontwikkelt AF en 25 tot 35% is hier onbekend mee. Een beroerte als gevolg van AF leidt tot zwaardere invaliditeit, vermindering van kwaliteit van leven en heeft grotere impact op patiënten en naasten in vergelijking met beroertes door andere oorzaken. De hoge prevalentie, mortaliteit en de grote kans op ernstige restverschijnselen van een beroerte ten gevolge van AF, maakt dat de noodzaak hoog is om nu in actie te komen.

De eerstelijns kan hier een centrale rol in spelen. Betere screening en optimalisatie van de behandeling van AF zijn zonder meer haalbaar, betaalbaar en zullen een grote impact hebben op het terugdringen van het aantal beroertes in ons land.

In deze uitgave gaan leden van de multidisciplinaire werkgroep Beroertepreventie in op hoe we de zorg voor mensen met AF kunnen verbeteren. Focus op vroege detectie, primaire en secundaire preventie, en een AF behandeling op maat. Dit is van belang om een eerste beroerte en recidieven te voorkomen.

We nodigen je uit om mee te doen, te zorgen voor grotere bewustwording, kennis en gedragsverandering te realiseren om samen tenminste 5.000 beroertes per jaar ten gevolge van AF te voorkomen. Dat is onze missie.

Alleen samen houden we Nederland gezond!”

Monique Lindhout,
directeur Patiëntenvereniging Hersenletsel.nl



MONIQUE LINDHOUT
DIRECTEUR PATIËNTENVERENIGING
HERSENLETSEL.NL



Beroertepreventie

COLOFON

REDACTIE:
WERKGROEP BEROERTEPREVENTIE

EINDREDACTIE & PRODUCTIE:
PUBLIC EYES BV

PP-ELI-NLD-1448
432-NL-2200026/02-22

Beroertepreventie heeft hoogste prioriteit

■ DR. MARTIN HEMELS - CARDIOLOOG RIJNSTATE ZIEKENHUIS

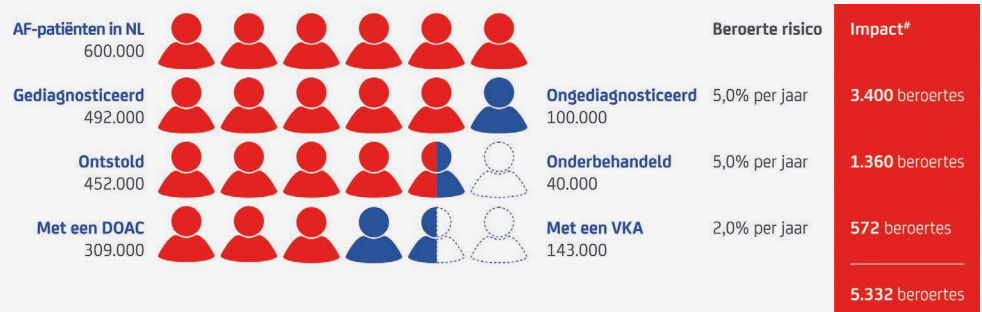
Cardioloog dr. Martin Hemels zet zich vol overtuiging in voor beroertepreventie ten gevolge van atriumfibrilleren in Nederland. Teamwork en een multidisciplinaire benadering is hierin essentieel. Martin is nauw betrokken bij het AF-Connect programma van de NVVC om AF opsporing en ketenzorg in Nederland goed te organiseren en samen sterker te kunnen maken. Daarnaast is hij lid van de werkgroep Beroertepreventie en medeontwikkelaar van vele nascholingen op AF gebied.

MARTIN, KUN JE EEN BEROERTE ECHT VOORKOMEN?

“Jazeker en dat heeft de hoogste prioriteit, want met de vergrijzing en steeds ouder wordende bevolking zal de prevalentie van beroertes toenemen. Nu al zijn dit er 50.600 per jaar en dat zal alleen nog maar

gaan stijgen. Een beroerte veroorzaakt veel leed voor patiënten en hun naasten. De zorgkosten van beroertes voor onze samenleving zijn enorm, rond € 1,5 miljard per jaar.”¹

Impact van preventie op het beroerterisico: voorkomen van 5.332 beroertes per jaar



In totaal zijn er 5.332 beroertes per jaar in Nederland te voorkomen. Hoe is dit berekend?

Er zijn naar schatting 600.000 mensen met atriumfibrilleren (AF) in Nederland. Daarvan zijn er 100.000 nog niet gediagnosticeerd en alleen met screening op te sporen. Uitgaande van een beroerterisico van 5% per jaar en een gereduceerd risico door behandeling met een DOAC, kunnen hier in theorie jaarlijks 3.400 beroertes worden bespaard.

Daarnaast zijn naar schatting 40.000 patiënten wel bekend met AF, maar worden ondanks een indicatie daarvoor niet met antistolling behandeld. Ook hier kan het beroerterisico van

gemiddeld 5% per jaar worden verlaagd naar 1,6% per jaar en kunnen daarmee in theorie jaarlijks 1.360 beroertes worden voorkomen.

Tenslotte is er een groep AF-patiënten die met een VKA worden behandeld, terwijl zij ook zouden kunnen worden behandeld met een DOAC. Bij aanname van gelijkwaardige bescherming tegen ischemische beroertes, kan het risico op een intracraniale bloeding gehalveerd worden van 0,8% per jaar naar 0,4% per jaar. In theorie kan met omzetten van de 143.000 VKA patiënten naar een DOAC jaarlijks 572 intracraniale bloedingen worden voorkomen.

BRONNEN: Data uit IQVIA Analyzer data maart 2021 v.w.b. AF-patiënten met antistolling en schatting van onderbehandelde AF-patiënten / Van Doorn S et al. 2021 Intern J Cardiol 2018; 273:123-129 (CAFE studie) / Voorhout L et al, poster ESC congress Augustus 2021 (SAVE Strokes studie) / schatting aandeel ongediagnosticeerd AF o.b.v. Svenberg E et al. Circulation 2015;131:2176-2184 en verlaagd naar 20% ofwel 100.000 AF-patiënten / gemiddeld jaarlijks risico op ischemische beroerte bij onbehandeld AF van 5% per jaar ontleend aan Friberg L et al. Eur Heart J 2012;33:1500-10.

WAAR LIGGEN DE MOGELIJKHEDEN VOOR BEROERTEPREVENTIE?

“Ongeveer een derde van alle beroertes is te associëren met hartritmestoornissen zoals atriumfibrilleren (AF). Het goede nieuws is dat we deze kunnen opsporen en behandelen. Antistollingsmedicijnen zorgen ervoor dat het risico op een beroerte wordt verminderd met 65%. Daar liggen dus mogelijkheden om een beroerte te voorkomen, naast het opsporen en behandelen van andere hart- en vaatziekten en risicofactoren zoals roken, overgewicht, stress enz.”

WAT IS DE ROL VAN DE EERSTE EN TWEEDE LIJN?

“Het komt ook nogal eens voor dat AF pas na het optreden van de beroerte wordt vastgesteld. Ook komt het voor dat AF nog niet of niet optimaal wordt behandeld. Deze twee factoren: tijdige opsporing en goed ingestelde behandeling met antistollingsmedicijnen, zijn bij uitstek zorgtaken die in de eerste lijn passen, in samenwerking met de tweede lijn.”

WAT ZIJN DE LAATSTE WETENSCHAPPELIJKE INZICHTEN OVER ANTISTOLLING EN BEROERTE-PREVENTIE?

“Afgelopen jaar is op het Europees Cardiologen Congres van de ESC de STROKESTOP studie gepresenteerd waaruit blijkt dat populatiescreening op atriumfibrilleren bij patiënten van 75 of 76 jaar leidt tot minder complicaties als beroertes, systemische embolie, ernstige bloedingen en overlijden. Dit is de eerste studie die daarmee een belangrijk klinisch effect van screenen op atriumfibrilleren heeft aangetoond.² De NHG richtlijn wordt nu ook weer onder de loep genomen om de laatste wetenschappelijke kennis erin op te nemen.”

WAT VOOR RESULTATEN KUNNEN WE VERWACHTEN?

“Met een gestroomlijnde multidisciplinaire aanpak kunnen we 5.000 beroertes per jaar voorkomen, die ten gevolge van AF optreden. Dit is een berekening die gebaseerd is op de prevalentiecijfers, het aantal opgespoorde AF-patiënten die we in beeld hebben en de behandelde patiënten. Als we deze optimaal beschermen met



■ DR. MARTIN HEMELS

antistollingsmedicatie en op maat behandelen, gaan we heel veel leed en zorg voorkomen.”

TIP

Is uw regio al actief op het gebied van AF? Kijk eens op de website van de NVVC. AF-Connect is het programma van de NVVC met als doel regionaal de zorg op het gebied van AF transmuraal te implementeren en te optimaliseren.

nvvconnect www.nvvcconnect.nl

1. [HTTPS://WWW.VOLKSGEZONDHEIDENZORG.INFO/ONDERWERP/BEROERTE/CIJFERS-CONTEXT/HUIDIGE-SITUATIE](https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/beroerte/cijfers-context/huidige-situatie)
2. E. SWENNBERG ET AL., CLINICAL OUTCOMES IN SYSTEMATIC SCREENING FOR ATRIAL FIBRILLATION (STROKESTOP): A MULTICENTRE, PARALLEL GROUP, UNMASKED, RANDOMISED CONTROLLED TRIAL. LANCET 2021; 398: 1498–506 PUBLISHED ONLINE AUGUST 29, 2021 [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/S0140-6736\(21\)01637-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01637-8)

Beroertereductie door antistolling en opsporing AF

■ JAAP VAN SOEST - HUISARTS EN KADERARTS HART- EN VAATZIEKTEN MEDISCH CENTRUM NIJVERDAL

Twente loopt voorop als het gaat om een geïntegreerd zorgpad voor AF-patiënten om zo bij te dragen aan het reduceren van beroertes. Huisarts Jaap van Soest nam het initiatief samen met de twee zorggroepen en cardiologen uit de regio. Het zorgpad bevat een helder protocol van een eerstelijns CVRM-plus spreekuur, waarin atriumfibrilleren wordt meegenomen, tot aan afspraken met de tweede lijn over de behandeling en verwijzing van AF. Wat is de aanpak van Twente en is dit toe te passen in andere regio’s?



■ JAAP VAN SOEST

HIATEN IN ZORG VOOR AF
“Na onderzoek in de regio bleken er twee verbeterpunten in de huisartsenzorg voor AF te bestaan: ten eerste het optimaliseren van de behandeling van reeds opgespoorde patiënten met AF. Ten tweede: het gerichter en beter opsporen van AF. Er was nog geen categoriaal spreekuur, waarbij we jaarlijks mensen met AF controleerden of vervolgden.”

PROTOCOL
“De eerste stap was de huidige ketenzorg in kaart te brengen. Hoe is het geregeld met antistolling? Kennen we de oorzaken van AF? Op basis van de standaard zijn we het protocol gaan maken met de cardiologen, op maat voor de regio. Dit resulteerde in een AF poli voor mensen met een opgespoord AF, aangetoond met behulp van een door de huisarts gemaakt ECG. Daar wordt deze patiënt in 1 dag gezien, onderzocht en beoordeeld door de cardioloog. Daarna blijft de patiënt met gecompliceerde AF in de 2e lijn, anderen gaan meteen weer terug naar de 1e lijn. In dit traject hebben we duidelijke afspraken over het antistollingsbeleid, controles en verwijzingen gemaakt.”

ANTISTOLLING OP MAAT
“Er bleken vanuit de huisarts veel vragen en onduidelijkheden te bestaan rondom antistolling. We hanteren nu een duidelijk indicatie op basis van de CHA2DS2-VASc-score, die het risico berekent op een beroerte. Deze is eenvoudig te doen door een arts of POH. We starten

“DE ESSENTIE VOOR HET REDUCEREN VAN HET AANTAL BEROERTES LIGT IN BEHANDELING MET ANTISTOLLINGS-MEDICATIE EN OPSPOREN VAN ATRIUMFIBRILLEREN”

de antistolling meteen als er sprake is van een score van 1 of meer. In onze regio heeft de DOAC de voorkeur, vanwege de bewezen veiligheid en effectiviteit. Wat voor ons telt is dat de AF-patiënt direct wordt beschermd bij een hoge CHA2DS2-VASc-score.

Ten tweede hebben we een jaarlijkse controle van AF-patiënten ingesteld die tijdens het CVRM spreekuur door de POH wordt gedaan. Daarin wordt ook de keuze van de antistollingsmedicatie besproken met voor- en nadelen voor de patiënt. Daarin zien we dat patiënten informeren en begeleiden goed werkt. Ze begrijpen het belang van antistolling en kennen de risico’s van niet behandelen.”

Stel aan de hand van de **CHA2DS2-VASc-score** vast of er een indicatie is voor antitrombotische therapie.

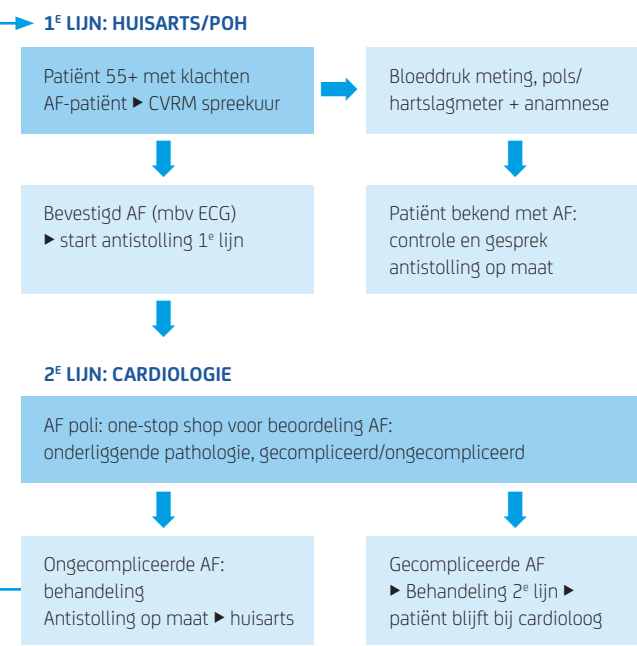
LETTER	KENMERK	SCORE
C	Hartfalen (Congestive heart failure) Ejectiefractie <40%	1
H	Hypertensie (Behandeld of onbehandeld)	1
A ₂	Leeftijd ≥75 jaar (Age)	2
D	Diabetes mellitus	1
S ₂	CVA/TIA/trombo-embolie (Stroke)	2
V	Vaatlijden (perifeer, carotiden, coronair)	1
A	Leeftijd 65-74 jaar (Age)	1
Sc	Vrouwelijk geslacht (Sex category)	1*

* Geldt niet als vrouwelijk geslacht de enige risicofactor is. 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%).

OPSPORING
“Uit de literatuur bleek dat screening niet zo heel erg zinvol is, behalve voor mensen boven 70 jaar. We pakken het anders aan. Bij iedereen die voor een CVRM controle of met klachten komt die kunnen wijzen op het bestaan van AF, wordt naast de bloeddruk ook het hartritme beoordeeld. Daarbij gebruiken we hulpmiddelen als de AliveCor of MyDiagnostick. De POH werkt daar dagelijks mee.”

RESULTATEN
“We halen er best veel nieuwe AF gevallen uit, maar de grote winst zit hem vooral in de antistolling op maat. De jaarlijkse CHA2DS2-VASc-score en frequentiecontrole, plus het gesprek over de antistolling DOAC of VKA, zorgt ervoor dat we AF vanuit de eerste lijn op maat behandelen. De POH heeft daarbij de regie gekregen en kan dit perfect organiseren.”

SUCCEFACTOREN
“De samenwerking is opgebouwd vanuit de vraag en situatie van de huisartsen in onze regio. De NHG richtlijn hebben we grotendeels gevolgd, maar ook op maat aangepast. Met de tweede lijn zijn goede afspraken gemaakt.”



MEER WETEN?
In de POH Beroertepreventiechallenge zit een module met een podcast waarin Jaap van Soest de ketenzorg nader toelicht.
www.beroertepreventie.nl/challenge



Atriumfibrilleren? Informeer uw AF-patiënt over de opties

Meer dan 450.000 mensen in Nederland hebben atriumfibrilleren én gebruiken daar antistollingsmedicatie voor: Vitamine K-antagonisten (VKA) of Directe Orale Anticoagulantia (DOAC). Uit onderzoek blijkt dat de patiënten beter voorgelicht kunnen worden over de behandelopties. Hieronder de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek en de behandelopties VKA en DOAC's nader toegelicht.



ONDERZOEK

Wat vindt de patiënt belangrijk?¹

Patiënten vinden het belangrijk dat een antistollingsmedicijn:

- 1 de kans op een **bloedstolsel** in de **hersenen** vermindert
- 2 de kans op een (ernstige) bloeding zoals een **bloeding** in de **hersenen**, **maag** of **darmen**, vermindert
- 3 **niet** door de trombosedienst **gecontroleerd** hoeft te worden



Slechts **1 op de 10 patiënten** is op de hoogte van de **verschillende behandelopties** met antistollingsmedicijnen



VKA

DOAC

1

Jarenlange ervaring en sinds de jaren 50 de standaard.

2

Regelmatige bloedcontroles via de trombose dienst zijn nodig om de juiste dosering (aantal pillen) te bepalen.

3

Niet altijd met andere medicijnen te combineren, waardoor het bepalen van de juiste dosering (soms) lastig kan zijn.

4

Voeding en alcohol hebben invloed op de werking van een VKA waardoor de kans op een bloeding of beroerte toe kan nemen.*

Wat kan de patiënt zelf doen en over meebeslissen?

Voor patiënten met AF die antistolling gebruiken kunnen de volgende 3 vragen relevant zijn:

- 1. Zijn er nog andere behandelopties?
- 2. Wat zijn de voordelen en nadelen van die behandelopties?
- 3. Wat betekent dat in mijn situatie?



1

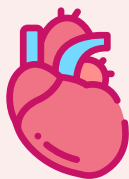
Minder hersenbloedingen dan bij het gebruik van VKA.

2

DOAC zijn minimaal even effectief als VKA in het voorkomen van beroertes.

3

Bloedcontroles bij de trombosedienst zijn niet nodig. Er kan een vaste dosering per dag worden gebruikt omdat DOAC's op een andere manier dan een VKA in het lichaam werken.



Wat zijn de risico's van atriumfibrilleren?

Atriumfibrilleren vergroot de kans op een beroerte. Een beroerte wordt veroorzaakt wanneer er in de hersenen een tekort aan zuurstof of een bloeding ontstaat. De kans op een beroerte is 5x groter dan normaal, omdat er door atriumfibrilleren sneller bloedstolsels ontstaan. Daarnaast is er een groter risico op het ontstaan van hartfalen, omdat de hartspier harder moet werken en kan verzwakken.

Opsporing en diagnostiek zichtbare en onzichtbare AF in 48 uur

MELCHIOR NIERMAN - MEDISCH LEIDER TROMBOSEZORG ATALMEDIAL

Een grote uitdaging in de zorg voor atriumfibrilleren (AF) zit volgens Melchior Nierman in het opsporen van de 100.000 mensen in Nederland die nog niet zijn gediagnosticeerd. Melchior is medisch leider Trombosezorg bij Atalmedial, een van de grootste laboratoria en trombosediensten in Nederland. Hij ziet dat opsporing loont, aangezien patiënten dan beter en eerder beschermd kunnen worden tegen een beroerte met antistollingsmedicatie. Hij benadrukt dat preventie door vroege opsporing van AF in Nederland vormgegeven kan worden in een 48 uren zorgpad van de nulde tot eerstelijns.

DOEL VAN 48 UURS ZORGPAD

“Het heeft natuurlijk geen zin alle Nederlanders van 65 jaar of ouder steeds voor een ritmecontrole naar de huisarts te gaan sturen. Maar als we dit slim aanpakken en kosteneffectief, kunnen we wel vermoeden van AF gericht en snel opsporen voordat mensen de 1e lijn bezoeken. Deze diagnostiek pre-huisarts of -praktijkondersteuner kan op een eenvoudige manier in bijvoorbeeld de wachtkamer van de huisarts, tandarts, het laboratorium of in de apotheek. Ook de thuiszorg kan hier een rol in spelen.”

SAMENWERKINGSMODEL

“Hiervoor zou een samenwerkingsmodel kunnen worden getest in een regio, waarbij we gebruik maken van een eenvoudige diagnostiek paal met tools als AliveCor of MyDiagnostick, die je de mensen aanbiedt te gebruiken in een wachtkamer of bij de apotheek. Deze wordt gecombineerd met een kennistest, informatie voor bezoekers van wachtkamers, apotheek en lab. Via het FTO overleg kan afgesproken worden wie dan de patiënt met vermoeden van AF opvangt in de eerste lijn en eventueel doorverwijst naar een cardioloog.”

WAT IS ERVOOR NODIG?

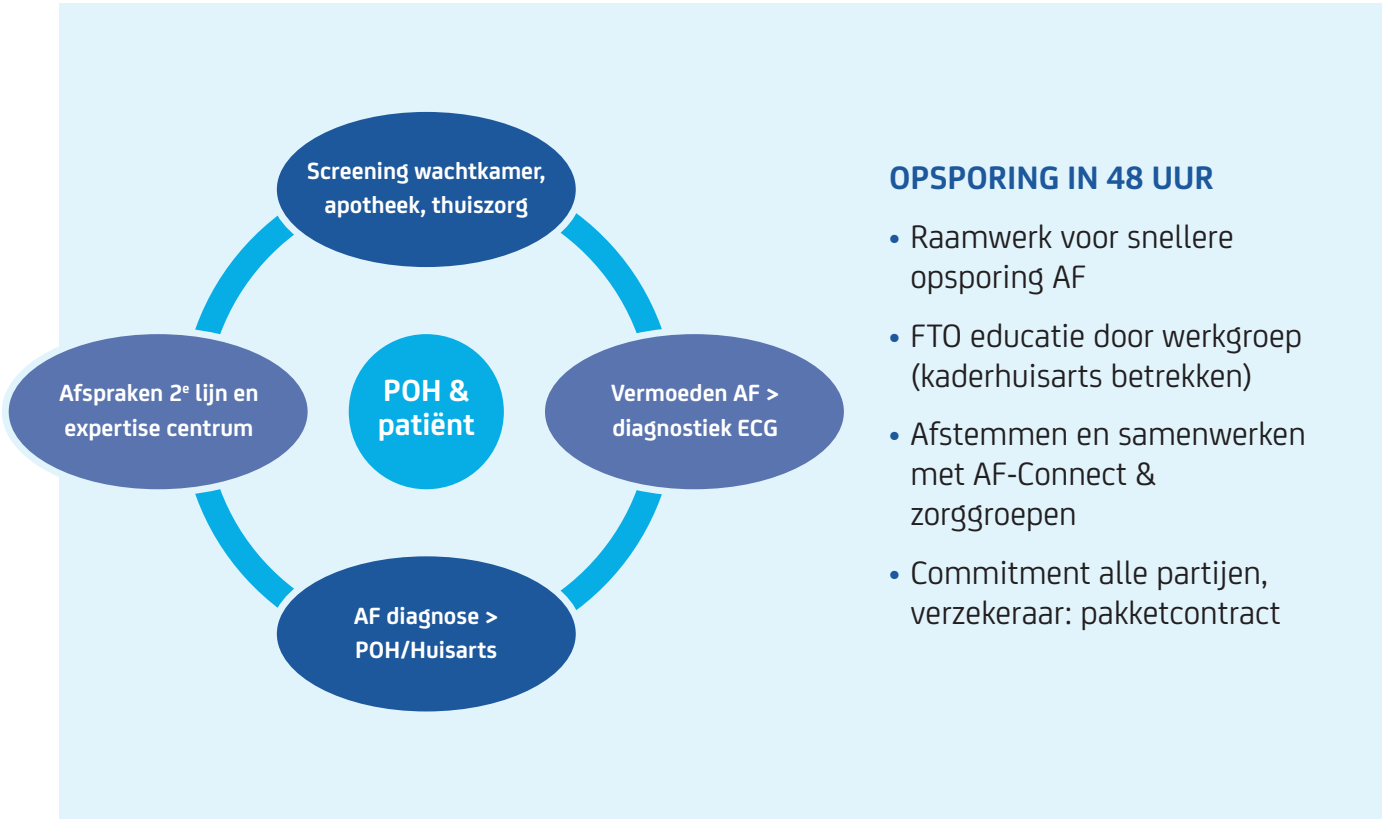
“Patiënten in kaart brengen begint uiteraard met kennis en overtuiging van de mensen die gaan meedoen aan deze uitdaging. De praktijkondersteuner kan al de POH Beroertepreventie Challenge volgen, een geaccrediteerde nascholing (4 punten). Ook voor de huisarts zijn er op het gebied van atriumfibrillatie en antistolling vele nascholingen. AF-Connect is een programma om regionaal de zorg goed op orde te krijgen en enkele verzekeraars geven/werken aan een pakketvergoeding.”

GESLOTEN KETENZORG

“Het ideale zorgpad is erop gericht de opsporing te laten aansluiten bij het optimaliseren van de antistollingsbehandeling en het begeleiden van AF-patiënten. Apothekers en praktijkondersteuners zullen naar alle waarschijnlijkheid binnen enkele jaren een veel prominentere rol kunnen gaan spelen bij de begeleiding van de antistolling met de DOAC. Een goed gesloten ketenzorgsysteem en patient empowerment kan ervoor zorgen dat we het aantal beroertes ten gevolge van AF kunnen gaan terugdringen.”



MELCHIOR NIERMAN



“Awareness vergroten en concrete handvatten bieden aan de huisarts kunnen het verschil maken”

■ PROF. DR. JAAP KAPPELLE - NEUROLOOG EN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEKER UMC UTRECHT

Neuroloog en wetenschappelijk onderzoeker prof. dr. Jaap Kappelle uit het UMC Utrecht krijgt dagelijks te maken met beroertes en de ernstige gevolgen ervan. Zijn visie op beroertepreventie formuleert hij als volgt: “Als mensen een beroerte krijgen en op tijd in een ziekenhuis zijn, kan er steeds beter worden ingegrepen om een bloedstolsel te verwijderen. Maar er kan veel meer leed worden voorkomen met brede awareness van risicofactoren, het regelmatig meten van bloeddruk en pols bij 65-plussers, en zorgen dat deze mensen in beeld van de eerstelijns CVRM zorg komen.”

URGENTIE GEBODEN

“De cijfers zeggen genoeg. Elk jaar worden zo’n 40.000 mensen getroffen door een beroerte. Dat zijn er ongeveer 110 per dag, ongeveer 5 in iedere huisartsenpraktijk. De sterfte daalt, deels doordat mensen een beroerte beter herkennen, op tijd in het ziekenhuis komen en goed behandeld kunnen worden. De technieken om minimaal invasief een bloedstolsel te verwijderen hebben de laatste jaren een enorme vlucht genomen. Maar de aantallen nemen toe en iedere huisartsenpraktijk heeft te maken met meer dan 100 gevallen per jaar.”¹

BREDE AWARENESS RISICOFACTOREN

Bijna iedere dag ziet Kappelle patiënten die bij eerder ontdekken van risicofactoren, hun kans op een beroerte hadden kunnen verkleinen. “Dat begint met awareness: waarom is het belangrijk om je bloeddruk en hartslag te meten? Zo voorkom je dat mensen jarenlang met een hoge bloeddruk of atriumfibrilleren kunnen rondlopen zonder het te

weten. De 65-plusser zouden we dit laagdrempelig moeten kunnen aanbieden, met informatie over de verhoogde risico’s van een beroerte bij hoge bloeddruk en boezemfibrilleren en goede informatie delen in families, waar hart- en vaatziekten vaak voorkomen.”

INSTROMING CVRM ZORG

Ten tweede ziet Kappelle de noodzaak om de huisarts concrete handvatten te bieden om mensen met risico’s in te laten stromen in de CVRM zorg. “De zorg is er wel, maar we moeten de huisartsen helpen de risicovolle groep op tijd te laten instromen. Dan worden ze regelmatig gecontroleerd door de praktijkondersteuner en op tijd behandeld. Concrete zaken als een extra bloeddruk of polsmeting, een ECG laten maken met een kleine vergoeding voor de huisarts of assistentes zijn nodig om huisartsen te ondersteunen en te stimuleren.”



■ PROF. DR. JAAP KAPPELLE

Wanneer denken we aan atriumfibrilleren?

Veel mensen ervaren **geen klachten**.

Meest voorkomende klachten zijn **hartkloppingen**: snelle hartslag, bonzende hartslag of onregelmatige hartslag.

Andere mogelijke klachten van atriumfibrilleren zijn:



Hartkloppingen



Pijn op de borst (angina pectoris)



Duizelig



Kortademig



Dikke enkels

1. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/beroerte/cijfers-context/huidige-situatie>

Antistolling op Maat bij AF



LIDA VAN DER MAAT
PRAKTIJKCONSULENT UNICUM EN PRAKTIJKONDERSTEUNER
GEZONDHEIDSCENTRUM MAARSSEN BROEK



STEPHAN JOOSTEN
OPENBAAR APOTHEKER IJSSELSTEIN

14

Lida: “Stephan, hoe zie jij de samenwerking tussen de POH en de apotheker als we het hebben over atriumfibrilleren? Is dat nodig en hoe kunnen we de krachten bundelen?”

Stephan: “In eerste instantie lijkt dat wellicht niet nodig. Toch zien we allebei dagelijks mensen met AF, ook wel boezemfibrilleren genoemd, en veel van hen gebruiken antistollingsmedicatie. Dit is wat mij betreft echt zorg op maat, en om dat te kunnen realiseren is het wat mij betreft essentieel om samen te werken.”

Lida: “Dat lijkt mij ook, en we kunnen de kennis hierover delen met onze achterban. Om dat te kunnen doen hebben we in een stappenplan uiteengezet hoe je AF-patiënten op maat kunt behandelen. Het begint natuurlijk met de basis: de werking van antistollingsmiddelen. Daar weet jij als apotheker alles van.”

Stephan: “Je weet dat er twee categorieën antistollingsmiddelen zijn. De Vitamine K-antagonisten (VKA's) en de Direct werkende Orale Anticoagulantia (DOAC's). Bij AF worden deze bloedverdunners gegeven om de kans op stolselvorming in het hart te verkleinen. Deze stolsels kunnen vervolgens via de bloedbaan in de hersenen terechtkomen en een beroerte veroorzaken. Er zijn wel wat verschillen tussen VKA's en DOAC's. Eén van de verschillen is dat koorts en voedingsmiddelen die rijk zijn aan vitamine K invloed kunnen hebben op de werking van VKA's.

Vandaar dat de trombosedienst regelmatig moet bepalen hoe snel het bloed stolt om op basis daarvan een doseerschema vast te stellen. Het innameschema kan dus behoorlijk variëren. DOAC's hebben direct effect op de stollingscascade, daardoor is er geen interactie tussen voeding en de werking van de DOAC's en geldt een vast doseerschema. Voor beide middelen geldt dat je de juiste dosering moet geven, want door het gebruik van bloedverdunners is er nu eenmaal altijd een risico op een bloeding, of de patiënt nu een VKA of een DOAC gebruikt.”

MAAR LIDA, HEB JIJ EEN GESPREK HIEROVER MET JE AF-PATIËNTEN IN JOUW PRAKTIJK?

Lida: “Jazeker, ik vind een goed gesprek over AF heel belangrijk omdat deze patiënten vaak chronisch medicijnen gebruiken en daarbij is goed gebruik en therapietrouw erg belangrijk. Ik vind het ook belangrijk dat het medicijn bij de patiënt past. Patiënten weten bijvoorbeeld niet altijd dat er voor antistolling twee groepen geneesmiddelen zijn en wat de verschillen zijn tussen VKA's en DOAC's. De onderwerpen die ik altijd in dit gesprek hanteer zijn:

- Klachten of bijwerkingen huidige antistolling
- Huidige antistolling: wat, wanneer, hoe & waarom
- Trombosedienst ja / nee
- Therapietrouw
- Behandelopties: VKA en DOAC -> wat past bij jou?”

15

BEHANDELEN OP MAAT START VOLGENS MIJ MET EEN GOED GESPREK. HEB JIJ DAAR OOK TIJD EN OOG VOOR IN DE APOTHEEK?

Stephan: “We zijn ons er in de apotheek van bewust dat we patiënten die deze geneesmiddelen gebruiken goed in de gaten moeten houden. Daarom controleren we of patiënten hun medicatie op tijd ophalen. Een patiënt die te laat terugkomt voor het ophalen van vervolgmedicatie, heeft automatisch niet iedere dag de medicatie ingenomen. Vooral in het begin van de behandeling kan er voor de patiënt nog veel onduidelijk zijn; ik zie dat het risico dat een patiënt zijn medicatie niet opnieuw aanvraagt of ophaalt met name in de eerste maanden aanwezig is. Wij houden dus in de gaten of patiënten na het starten met hun medicijn ook voor de 2e en de 3e keer komen. Gebruiken patiënten het al langer, dan kijken we echt naar therapietrouw. Signaleren we iets, dan nemen we contact op met de patiënt om het gesprek aan te gaan. Ik denk dat wij hier goed in kunnen samenwerken Lida?”

Lida: “Eens. De POH kan de metingen doen van de hartslag met de polscheck en jaarlijks een goed gesprek hebben met de patiënt, de apotheker kan signalen geven als er iets verandert of verbeterd kan worden in de medicatie. Dat moet zorgvuldig gebeuren. Houden jij en je assistenten daar ook vinger aan de pols?”

Stephan: “Ja. Jaarlijks moet bijvoorbeeld de nierfunctie gecontroleerd

worden bij DOAC-gebruikers. Wij houden wat dat betreft een oogje in het zeil en geven een seintje als dit een keer vergeten is. Maar we moeten ook voorkomen dat we alleen checken of de meting gedaan is; op basis van de indicatie, de nierfunctie en soms ook de leeftijd en het gewicht van de patiënt moet worden vastgesteld of de dosering nog wel passend is voor de patiënt. Om die beoordeling te maken hebben we elkaar echt nodig. En de antistollingswijzer met het 5-stappenplan dat is gemaakt, kan hier zeker bij helpen.”

Lida: “Inderdaad, die antistollingswijzer gebruik ik zelf ook en geeft precies aan welke stappen je kunt doorlopen met de patiënt om er zeker van te zijn dat hij de optimale antistollingsbehandeling krijgt. Zo staan er ook tips in over het wisselen tussen VKA's en DOAC's. Daarnaast is er een handige tafelflipover voor de praktijk om het gesprek over antistolling bij boezemfibrilleren te houden.”

MEER WETEN?

Vraag de flipover aan via de QR code.



Voorkomen is beter dan genezen!

■ MONIQUE LINDHOUT - DIRECTEUR PATIËNTENVERENIGING HERSENLETSSEL.NL

In opdracht van de Stroke Alliance of Europe (SAFE), de koepelorganisatie van Europese beroerte/hersenletsel patiëntenorganisaties, heeft King’s College London enige jaren geleden onderzoek gedaan naar de ‘Burden of Stroke’ (letterlijk: de ‘last’ van beroerte) en in welke mate de gezondheidszorg daarop een goed antwoord geeft in Europa. Op 11 mei 2017, de Europese dag van de beroerte, zijn de resultaten van dit grootschalige onderzoek officieel aan het Europees Parlement gepresenteerd.

“Hoewel het aantal mensen, dat als gevolg van een beroerte overlijdt, de laatste 20 jaar aanzienlijk is geslonken, neemt het aantal mensen, dat moet leven met de gevolgen ervan, schrikbarend toe.

HET AANTAL MENSEN IN EUROPA DAT EEN BEROERTE KRIJGT TUSSEN NU EN 2035 ZAL MET 34% STIJGEN

Omdat we ook steeds ouder worden, zal het aantal mensen in Europa dat een beroerte krijgt tussen nu en 2035 met 34% stijgen, met als gevolg het aantal mensen dat moet leven met consequenties als halfzijdige verlamming, afasie, ernstige vermoeidheid en cognitieve problemen tussen nu en 2035 met ruim 25% zal toenemen. Daarmee zullen ook de totale kosten enorm stijgen: van een geschatte 45 miljard euro in 2015 naar meer dan 60 miljard!”

NIETS DOEN IS GEEN OPTIE

“De getallen uit het Burden of Stroke rapport laten aan duidelijkheid niets te wensen over: met deze vooruitzichten is niets doen geen optie meer. Wie bekend is met wat families overkomt als iemand een beroerte krijgt, zal de dringende oproep van de Europese patiëntenverenigingen van harte onderschrijven: de epidemie aan beroertes, die voor de

deur staat, met alle gevolgen van dien, vraagt NU om een (politiek) actieplan. Dat plan zal zich enerzijds moeten richten op de preventie van beroertes en anderzijds op het vinden van manieren om het leven met de gevolgen ervan gemakkelijker te maken voor getroffen en hun naasten.”

STROKE ACTION PLAN FOR EUROPE

“Op verzoek van de EU Gezondheidscommissie werkte SAFE in nauwe samenwerking met de European Stroke Organisation (ESO, het Europese samenwerkingsverband van professionals die betrokken zijn bij de zorg voor CVA) in 2017 aan het Stroke Action Plan for Europe. In maart 2018 is dat plan door 70 professionals én vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties in een bijeenkomst in München vastgesteld. Vanuit Nederland schreef ondergetekende, destijds bestuurslid van SAFE, mee. Op 20 oktober 2018 werd, tijdens de World Stroke Day, het Stroke Action Plan for Europe gepubliceerd in het European Stroke Journal. Het plan bestrijkt de periode 2018-2030 en doet aanbevelingen voor de zorg op 7 domeinen, waaronder preventie, revalidatie en leven met de gevolgen van een beroerte.

Jaarlijks krijgen bijna 800.000 mensen in Europa een beroerte. Dat betekent dat er elke 2 minuten 3 Europeanen getroffen worden door een CVA. In Nederland krijgen jaarlijks ruim 40.000 mensen een beroerte; dat zijn er ongeveer 110 per dag. Uit onderzoek weten we dat 90% van de beroertes te voorkomen is als het ons lukt om brede preventieve maatregelen te nemen. Voor een deel ligt die verantwoordelijkheid bij

mensen zelf. Met publiekscampagnes kunnen we aandacht voor het belang daarvan vragen, maar daadwerkelijk veranderingen aanbrengen in de leefstijl (denk aan stoppen met roken, matig gebruik van alcohol, gezond en gevarieerd eten, voldoende bewegen etc.) blijft een persoonlijke beslissing. Voor een ander deel ligt die verantwoordelijkheid bij de politiek. Bijvoorbeeld als het gaat om het beperken van armoede en milieuvervuiling: twee factoren die bewezen het risico op een beroerte vergroten. Tenslotte is een aantal risicofactoren te beperken door gerichte beroertepreventie programma’s die huisartsen en andere 1e lijnsprofessionals gezamenlijk zouden kunnen vormgeven, zeker als de overheid daarin zou faciliteren.”

BEVOLKINGSONDERZOEKEN

“Voor kanker is het inmiddels in ons land heel normaal dat er preventieve bevolkingsonderzoeken plaatsvinden. We kennen drie bevolkingsonderzoeken naar kanker: de bevolkingsonderzoeken borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker. De onderzoeken worden aangeboden door de overheid en meedoen is gratis en vrijwillig. Ongeveer 50% van de mensen die een uitnodiging krijgen om aan zo’n onderzoek mee te doen neemt ook daadwerkelijk deel.

Voor beroerte bestaan die onderzoeken gek genoeg niet. En dat terwijl beroerte doodsoorzaak nummer 4 was in 2020¹ (na COVID-19, dementie en longkanker) met 8890 overlijdens waar borstkanker, baarmoederhalskanker en darmkanker gezamenlijk dat getal nog niet halen (totaal 8265 in 2020). Daarnaast is het CVA in Nederland de belangrijkste oorzaak van invaliditeit. Reden genoeg om juist ook voor deze aandoening te kijken naar mogelijkheden om die te voorkomen.

Het Stroke Action Plan heeft als eerste preventietarget geformuleerd dat het aantal beroertes in Europa in 2030 met 10% moet zijn verminderd. Dat is een hele uitdaging als je die zet naast de voorspelde groei van bijna 30% in 2030!”

BEROERTEPREVENTIE IN NEDERLAND

“Een bevolkingsonderzoek naar 4 belangrijke risicofactoren voor beroerte is eenvoudig te realiseren. Het gaat dan om een jaarlijkse meting, bijvoorbeeld door de huisarts of de POH, van bloeddruk, bloedsuiker, cholesterolgehalte en hartslag. Nu al proberen we mensen te motiveren om hiervoor zelf eens per jaar de huisarts te bezoeken, maar het zou goed zijn als dit een standaardprocedure zou worden.

Speciale aandacht hierbij vraagt atriumfibrilleren (AF): het risico op een beroerte is bij AF vijf keer groter dan normaal en een beroerte veroorzaakt door AF heeft vaak ernstige gevolgen.

Daarom maken we deel uit van de werkgroep Beroertepreventie, waarmee we concrete acties, educatie en een toolbox voor optimale 1e lijnszorg ontwikkelen met als doel het aantal beroertes dat ontstaat door AF met 10% te verminderen. Daarmee kunnen we een al een grote stap zetten om te komen tot de doelstelling uit het Stroke Action Plan!”

Monique Lindhout,

directeur Patiëntenvereniging Hersenletsel.nl



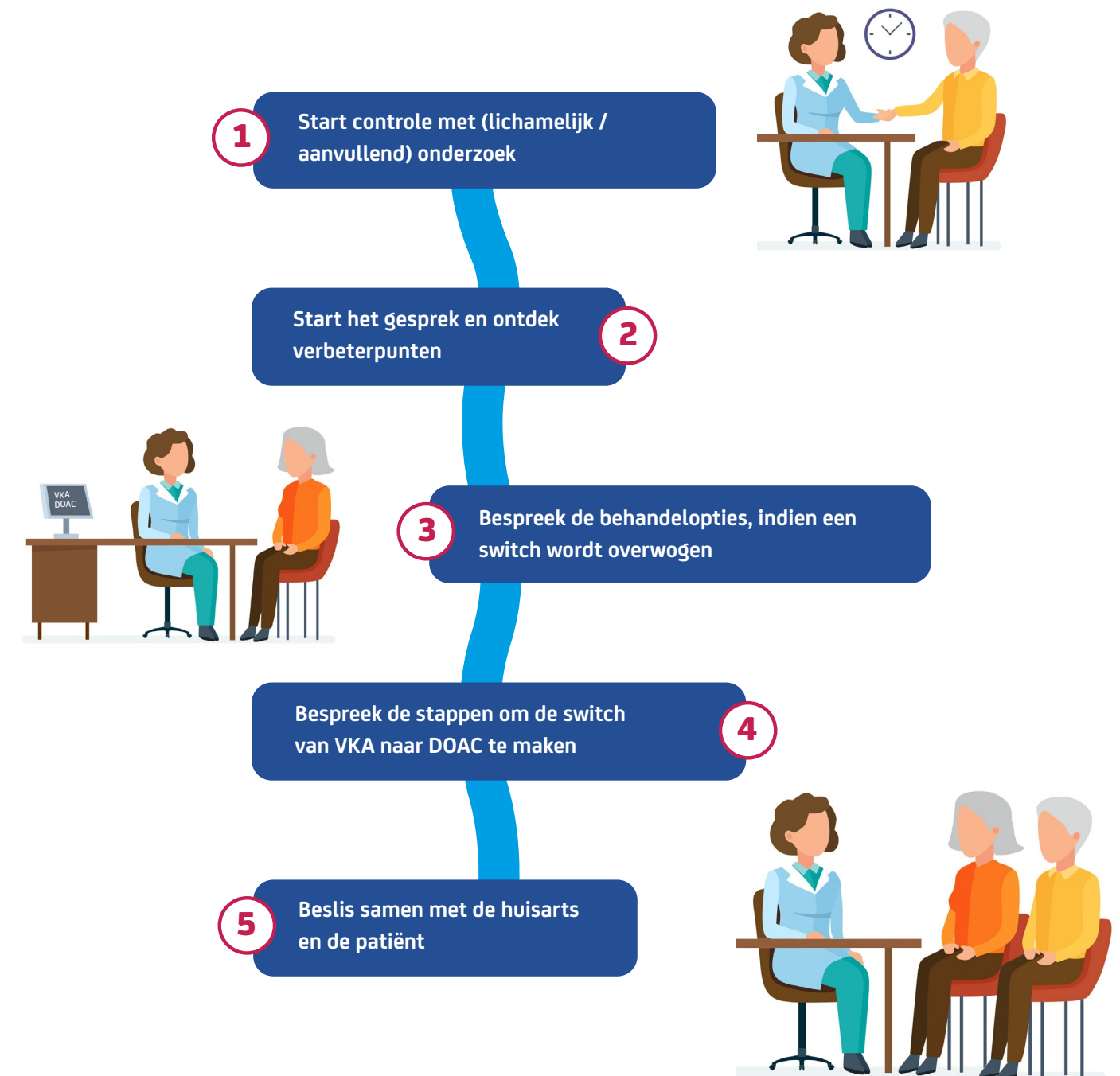
1. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/RANGLIJST/RANGLIJST-DOODSOORZAKEN-OP-BASIS-VAN-STERFTE>



AF-patiënten die momenteel met antistolling worden behandeld

Hoe weet u zeker of de **AF-patiënt** in uw praktijk de optimale bescherming krijgt?

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



Europese dag van de beroerte - 10 mei 2022 - Omgeving Utrecht van 13.00 - 18.00 uur

Beroertepreventie op



SAVE
THE DATE
LIVE SYMPOSIUM
10 MEI 2022

Meld u aan voor het eerstelijns zorg live symposium op 10 mei a.s. met keynote speakers:

- Cardioloog **prof. dr. Leo Hofstra** - Hoe motiveren en leren we meer over beroertepreventie?
- **Monique Lindhout**, directeur vereniging Hersenletsel.nl - Stroke Prevention in Europa en Nederland
- Cardioloog **dr. Janneke Wittekoek** - In de praktijk draait alles om ritme

Het aantal beroertes neemt toe in uw praktijk. Beroertepreventie is een zaak van urgentie. Wat kunt u doen in de eerstelijns om een beroerte voor te zijn?



Kijk voor meer informatie
en aanmelding op

www.beroertepreventie.nl



Beroertepreventie