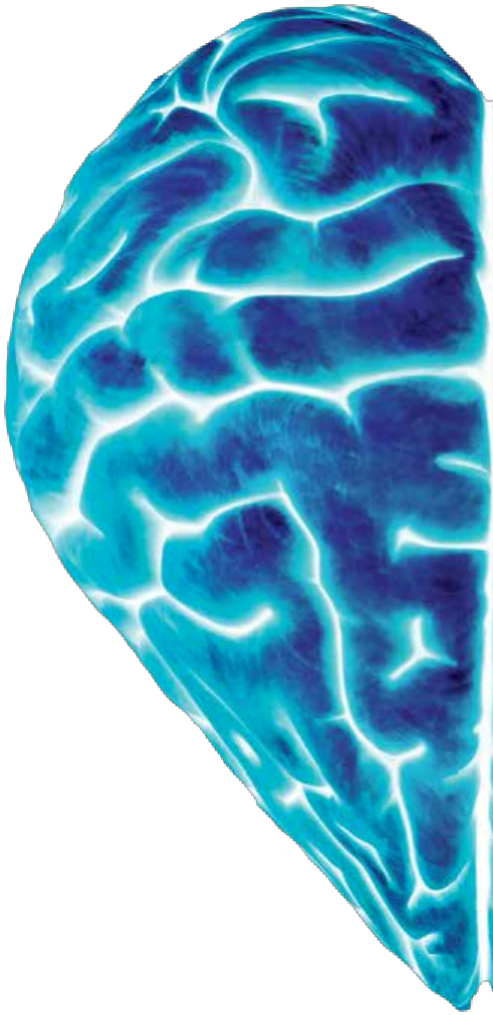
AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİ İLE İLGİLİ DEĞİŞİKLİK İÇİN YOL HARİTASI VE AVRUPA ATLASI



Profesör John Camm
St. Georges Tıp Merkezi

Trudie Lobban MBE
Antikoagülasyon
Avrupa ve aritmi ittifakı

Eve Knight
Atrial fibrilasyon Derneği

AFAssociation
www.afa-international.org

anticoagulation EUROPE

I: ANAHTAR KATILIMCILAR

Raporun önceki taslakları hakkındaki görüşleri ve rapora sağladıkları önemli katkılardan dolayı aşağıdaki kişilere teşekkür ederiz:

Professor Michael Brainin,
European Stroke Organisation

Mary Baker,
European Brain Council
Brussels

Noreen Siba,
International Longevity Centre-UK, UK

Professor Paulus Kirchhof,
Founding member of AFNET and University of Birmingham, Germany

Chris Macey,
Irish Heart Association
Ireland

Paolo Binelli,
ALiCE, Italy

Lena Marie Izzat,
Llanelli...,
Wales, UK

Dr Matthew Fay,
GP Principal,
Westcliffe Medical Practice and GP Executive Member Bradford Districts CCG
Westcliffe Medical Centre, UK

Jo Jerrome,
Atrial Fibrillation Association and Arrythmia Alliance, UK

Professor Gheorge Andrei Dan
Colentina University Hospital, University of Medicine "Carol Davila"-Bucharest - Romania and FACTS programme,
Romania

Joe Korner,
Stroke Association, UK

Philippe Thebault,
Alliance du Cœur, France

Erdem Diker, MD, FHRS,
Professor of Medicine
Director of Cardiology and Electrophysiology Department, Medicana International Ankara Hospital, Ankara, Turkey.
President of Atrial Fibrillation Association,
Turkey

Dr xx,
Hellenic Cardiology Society,
Greece

Dr Thomas Fåhraeus,
Chairman of Arrhythmia Alliance, Sweden

Jeroen Hendriks, RN, PhD, NFESC,
Researcher, Department of Cardiology
Department of Health Services Research
University of Maastricht,
The Netherlands

Associate Professor Axel Brandes, MD, FESC,
Atrial Fibrillation Association
Denmark

Katkıda bulunan kişilerin son listesi halen tamamlanmamıştır.

II. YÖNETİM KOMİTESİNDEN BİR NOT

Atrial fibrilasyon (AF) sık rastlanan ancak çok kişinin duymadığı bir durumdur. Yine yaygın şekilde bilinen bir durum, AF'nin kan basıncından sonra inme için ikinci en önemli risk faktörü olması ve her 5 inmenin birinin sebebi olduğudur [2] – Avrupa Birliğinde (AB) yılda yaklaşık 360.000 olgu.

AF'li kişilerde inme riskinin düşürülmesine yardımcı olacak efektif tedavilerin bulunması iyi haberdir. Ancak kanıt temeline ve bu tedavilerin uygulanmasını tavsiye eden tutarlı uluslararası kılavuzlara rağmen pek çok hastaya – birçok ülkede hastaların %40'a varan bir bölümüne – bu tedaviler sunulmamaktadır.

En büyük zorluk, her zaman için uygulama sorunudur. Bununla birlikte başarılı bir uygulama her ülkede karşılanmamış en önemli ihtiyaçların ne olduğunun ve en büyük geri dönüşleri sağlamak için çabaların neleri hedef alması gerektiğini anlaşılmasına yardımcı olacak güncel, güvenilir veriler gerektirmektedir.

Biz bundan 2 yıl önce, Avrupa'daki değişik ülkelerin AF ile ilişkili inmenin etkili bir şekilde önlenmesine yardımcı olmak için tüm Avrupa'da ne yaptıklarına dair güvenilir kanıtları ilk kez bir araya getirerek AF ile ilişkili inmenin önlenmesi ile ilgili bir Avrupa Politika Atlasını geliştirmeye başladık.

Bu belgenin bilgilendirilmesine yardımcı olmak – karşılanmamış ihtiyaçların ve kanıtların ve tüm Avrupa'da bu önemli halk sağlığı sorununu aşmak için yapılanların karşılaştırılmasına izin vermek amacıyla düşünceleriyle ve en iyi uygulama örnekleriyle katkıda bulunan bütün Avrupa'dan pek çok hasta organizasyonuna ve klinik uzmana minnettarız.

Ancak veriler yeterli değildir – eyleme geçirilmeleri gerekir. Bu Atlas, politika belirleyicilerin kendi ülkelerinde öncelikli eylemleri öneriler sunmaları için Atlas'ın bulgularından yararlanan Değişiklik için Yol Haritasına eşlik etmektedir.

Burada kullanılacak olan bu dokümanlar, AF ile ilişkili inmenin halk sağlığı üzerinde oluşturduğu baskı konusunda politika belirleyicileri etkilemenize yardımcı olmak amacıyla kullanılmalıdır ve biz sizden ve meslektaşlarınızdan, bu belgelerden bu amaçla çıkarımda bulunmanızı istiyoruz. Bu katastrofik olayları engellemenin ve sonuç olarak, çok sayıda kişisel trajediyi önlemenin yollarına sahibiz. Bu belgenin, bizi bu amaca bir adım daha yaklaştıran değerli bir kaynak olarak hizmet etmesini umuyoruz.

Profesör John Camm
St. Georges Tıp Merkezi

Trudie Lobban MBE
Antikoagülasyon
Avrupa ve aritmi ittifakı

Eve Knight
Atrial fibrilasyon Derneği

AFAssociation
www.afa-international.org

anticoagulation EUROPE

III: BU DUKÜMAN HAKKINDA

Bu doküman Avrupa'da AF ile ilişkili inmenin önlenmesi ile ilgili ilgi, politika ve kaynaklar üzerinde odaklanma ihtiyacının farkındalığını arttırmak amacıyla geliştirilmiştir. AF ile ilişkili inmelerin tüm Avrupa'da yol açtığı yükü belgelendiren anahtar verileri sunmakta, bu inmelerin önlenmesine yardımcı olmak için en iyi pratik uygulamaların uygulamaya konmasındaki zorlukları ve anahtar konuları aydınlatmakta ve Avrupa'da bir fark oluşturan başarılı girişimlerin örneklerini sunmaktadır.

AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİ İLE İLGİLİ DEĞİŞİKLİK İÇİN YOL HARİTASI VE AVRUPA ATLASI

sf.XX
İdari özet

sf.XX-XX

Değişiklik durumunun, Avrupa'daki durumun ve özet önerilerin 3 sayfalık özeti

sf.XX
Değişiklik için yol haritası

7 öncelikli alan:
Her biri arka plan kanıtlar, iyi uygulama örnekleri ve değişiklik alanları ile birlikte

- *sf.XX* **Öncelik 1**: Hedeflenmiş politikalar ve kaynaklar
- *sf.XX* **Öncelik 2**: Kamuoyunda daha fazla farkındalık
- *sf.XX* **Öncelik 3**: Daha iyi tespit ve teşhis
- *sf.XX* **Öncelik 4**: İnme riski altındaki bütün hastalar için uygun antikoagülasyon tedavisi
- *sf.XX* **Öncelik 5**: Hasta-merkezli bakım
- *sf.XX* **Öncelik 6**: Bakıma bütün-sistem yaklaşımı
- *sf.XX* **Öncelik 7**: Politikaya kılavuzluk edecek daha iyi veriler

sf.XX
Avrupa Atlası

sf.XX-XX

AB'den* 27 ülkenin, Norveç, Türkiye ve İsviçrenin profili: verileri, politikaları ve uygulamaları karşılaştırma ve zıtlaştırmak için.

*Veriler Malta, Kıbrıs ve Lüksemburg'un ülke profillerini geliştirmek için yeterli değildi.

Vaka Çalışmaları:

Öncelik 1: AF ile ilişkili inmeden etkili korunmayı mümkün kılacak hedeflenmiş politikalar ve kaynakla

- *sf.XX* AF'nin ve AF ile ilişkili inmenin sağlık politikalarına tam entegrasyonu: İrlanda örneği.
- *sf.XX* Birinci Ulusal Kalp Günü: Alliance du Coeur'dan kalp hastalığı ile ilgili eyleme politik bir çağrı.

Öncelik 2: Daha fazla kamuoyu farkındalığı ve AF'nin ve AF ile artmış inme riskinin anlaşılması

- *sf.XX* Bate Bate Coração Derneği
- *sf.XX* İrlanda Kalp Vakfı Farkındalık Kampanyası
- *sf.XX* F.A.S.T Eylem Kampanyası

Öncelik 3: AF'nin iyileştirilmiş tespiti ve nabız kontrollerinin klinik pratiğe entegrasyonu

- *sf.XX* Eczanelerde Nabız Kontrolü
- *sf.XX* Kendi Nabzınızı Bilin Kampanyası – Birleşik Krallık, Çin, Hindistan, Avustralya, ABD, Uruguay.

Öncelik 4: İnme riski altında bulunan her AF hastası için uygun antikoagülasyon tedavisi

- TAF Kalbi Programı ***p.XX*** — *sf.XX*
- Yeni antikoagülanların kullanımı için EHRA pratik kılavuzu — *sf.XX*
- Bradford'da en iyi uygulamayı sürdüren birinci basamak bakım liderliği — *sf.XX*

Öncelik 5: Hasta-merkezli bakım ve hastalara kesin bilgilendirme

- AF riski inme hesaplayıcısı — *sf.XX*
- AF yönetimi için hemşire-liderliğinde entegre edilmiş kronik bakım modeli — *sfXX*

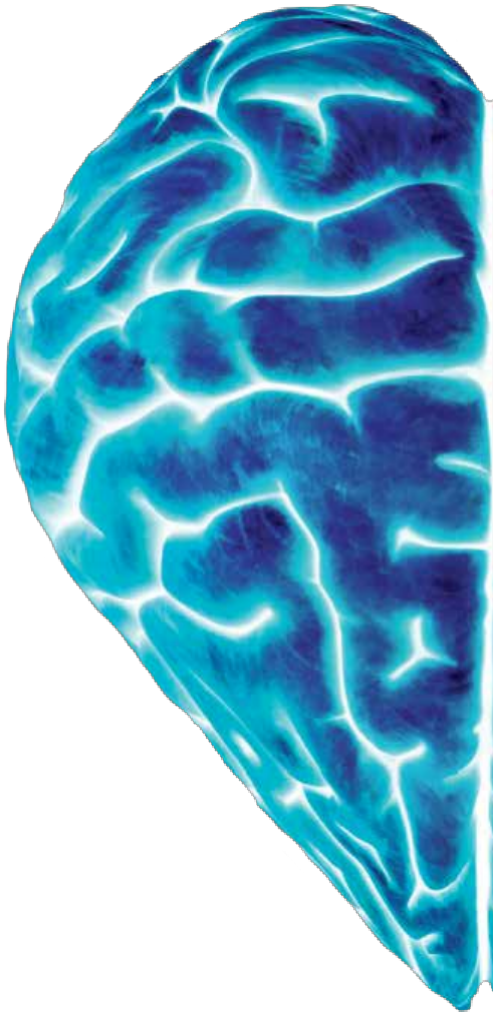
Öncelik 6: AF ile ilişkili inmenin önlenmesine bir bütün-sistemi yaklaşımı

- "Tek-durak-noktaLI" bir klinik — *sf.XX*
- Odense'de kardiyolog ve nörologlar arasında işbirliği — *sf.XX*

Priority 7: Better data to guide policy and clinical management

- Alman Atrial Fibrilasyon Kompetans Ağı (AFNET) — *sf.XX*
- FACTS Nokta Kaydı — *sf.XX*

GENEL ÖZET



1: AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİ: DEĞİŞİKLİK DURUMU

AB'de her yıl, her biri kişisel bir trajedi olan ve hep birlikte toplum üzerinde çok büyük bir ölüm, maluliyet ve sağlık bakım maliyet yükü oluşturan 1.8 milyon yeni inme olgusu görülmekte [1]. Bu inmelerin beşte biri [2] – yılda 360.000'e yakın olgu – AF'ye (atrial fibrilasyona) bağlıdır.

AF ile ilişkili inmelerin çoğu etkili tedaviyle önlenebilir. Ancak mevcut tedaviler çoğunlukla hastalara sunulmamaktadır – bu durum milyonlarca AF hastasını sakat bırakıcı ve potansiyel olarak fatal bir inmeden muzdarip olma riski altında bırakmaktadır.

- AB'de her yıl inmeye bağlı 624.000 ölüm olmaktadır [1].
- İnme inmeyle yaşayan kişiler, aileleri, sağlık bakım sistemleri ve toplum üzerinde çok büyük bir yük oluşturur [3-8]. AB inmeyi tedavi etmek için 38 milyar € harcamaktadır ve dolaylı maliyetler (iş gücü kaybı, resmi olmayan bakım ihtiyaçları) çok büyük düzeydedir [5]. Bazı ülkelerde inme hastaları, akut hastane yataklarının %20'ye kadar olan bölümünü ve uzun-süreli yatışların %25'ini teşkil etmektedir [9].
- AF en sık rastlanan kalp ritim anormalliğidir ve genel popülasyonun %2'ye yakın bir kısmını [2, 10], veya AB'de 10 milyona varan sayıda kişiyi etkiler. İnsidans yaşla artar [11].
- Ömür boyu AF gelişme riski, 40 yaşından sonra dörtte birdir [12].
- AF, her beş inmeden birine– 80 yaşından sonra her 3 inmeden birine sebep olur [13, 14].
- AF, inme için kan basıncından sonra en önemli ikinci risk faktörüdür ve sigara içmekten, diyabetten veya hareketsizlikten daha büyük bir risk faktörüdür [15].
- AF ile ilişkili inmeler en ölümcül ve en sakat bırakıcı inmelerdir [16, 17]; daha kalıcı maluliyete sebep olurlar [18, 19] ve AF'ye bağlı olmayan inmelerden 1.5 kat daha yüksek maliyetlidirler [2].
- Bugün için, Avrupa'da milyonlarca kişi AF ile birlikte yaşadığının farkında olmayabilir ve bu yüzden tedavi edilmeden kaldıkları süre boyunca çok daha yüksek bir inme riski altındadırlar. AF çoğu zaman "sessiz" bir durum olabilir [20] ve ancak inme veya başka bir ciddi sorun ortaya çıktıktan sonra teşhis edilebilir [21].
- AF, popülasyonun yaşlanmasıyla birlikte yükseliştedir. AF'den etkilenen kişi sayısının 2050 yılında 2 katına çıkacağı öngörülmektedir [2, 22] ve bu da, AF ile ilişkili inmelerin gelecek yıllarda artmasının mümkün olduğu anlamına gelmektedir.
- AF hastalarında inme riskinin önlenmesine yardımcı olacak, Oral antikoagülasyon (OAC) tedavisi şeklinde etkili tedavi bulunmaktadır [20].
- Verilen belli bir OAC tedavisi uygulama (kullanma) kararı, her hasta için tedavinin potansiyel yararları (inmenin önlenmesi) ile riskleri (artmış majör kanama riski) arasında dikkatli bir dengeyi gerektirir – ayrıca hastanın tercihleri ve değerleri arasında da denge gerektirir [23, 24].
- OAC tedavisinin iki şekli vardır: 60 yıldan beri bakım standardı olan K vitamini antagonistleri (VKA'lar) ve son yıllarda hastalar için bulunan VKA-dışı (veya yeni) antikoagülasyon tedavi (genellikle NOAC'lar olarak adlandırılırlar).
- 2012 Avrupa Kardiyoloji Topluluğu (ESC) kılavuzları, NOAC'ların pek çok hastada VKA'lara tercih edilebildiğini önermektedir [20].
  Ancak pratikte, AF'li kişilerin büyük bir bölümü (%50-60'a varan bir bölümü)
- OAC tedavisi bile almamaktadır [25, 26] – bunun yerine genellikle, AF ile ilişkili inme riskini düşürmede etkisiz olan antiplatelet tedavi (genelde aspirin) almakta [27] veya hiç tedavi almamaktadır.
- Bu tedavi eksikliği çeşitli sebeplerden dolayı meydana gelir. Bu sebepler arasında hekimlerin OAC tedavisinin sebep olacağı kanama korkusu [28], geçmişte VAK'ları kullanmadaki pratik zorluklar [29-33] ve hekimlerin ve hastaların OAC tedavisinin amacını yeterince anlamamaları [34, 35] gibi sebepler yer almaktadır.
- Güncel kılavuzlarla ve 60 yılda ilk kez bulunan yeni tedavi seçenekleriyle şu an için, AF ile ilişkili inmeyi önlemek için eşi görülmemiş bir fırsata sahip bulunmaktayız. Politika belirleyiciler AF ile ilgili kamuoyu farkındalığını iyileştirecek, sistem eksikliklerini çözümleyecek, hekimlerin kılavuzlara uymalarını iyileştirecek ve artmış inme riski altında bulunan bütün AF hastalarında OAC tedavisinin uygun şekilde kullanılmasını teşvik edecek acil çabalar sarf etmelidir.

2: AVRUPA ATLASINDAN ANAHTAR BULGULAR

Hükümetler tarafından tatmin edici olmayan liderlik

•Sadece 2 ülkede (İrlanda ve Birleşik Krallık) AF ile ilişkili inmenin önlenmesi ile ilgili tahsis edilmiş ulusal stratejiler vardır ve sadece 10 ülkede (Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Macaristan, İrlanda, Polonya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık) ulusal inme planları bulunmaktadır.
•Diğer tıbbi durumlarla karşılaştırıldığında, inme araştırmalarına fon sağlanması giderek azalmaktadır [36].
•Akut inme bakımında önemli boşluklar (eksikler) devam etmektedir, özellikle inme yükünün en yüksek olduğu Doğu Avrupa ve Baltık ülkelerinde [37].

Düşük kamuoyu farkındalığı ve anlayışı

•AF sık rastlanan, yaygın bir sorundur ancak çok az kişi bunun farkındadır [38, 41].
•Çoğu kişi, AF'nin inme için bir risk faktörü olduğunu bilmemektedir [38, 41-45].

Üçte bire varan tespit açığı

• Ülke düzeyindeki verilere göre, AF'nin daha önce bildirilenden daha yaygın olması mümkündür [18, 31, 33, 42, 46-64].
• AF olgularının %10-45 arasındaki bir bölümü, koşullara bağlı olarak tespit edilmeden kalabilir [31, 33, 51, 62, 65, 66].
• Nabız kontrolleri gibi basit tarama araçları genel sağlık kontrollerine henüz entegre edilmemiştir. Ancak toplum tarama inisiyatifleri pek çok ülkede giderek sağlam bir zemin kazanmaktadır [65, 67].

Pek çok ülkede %40'a varan tedavi eksiği ile birlikte ülkeler arasında ve yerel koşullar arasında ciddi düzeyde varyasyon

- Avrupa'da güncel kılavuzlara rağmen AF hastalarının büyük bir bölümü OAC almamaktadır:
  - Verilerin bulunduğu 20 ülkenin 13'ünde AF hastalarının %40'a varan bölümü OAC tedavisi almamaktadır [31, 52, 62-64, 68-90].
  - Verilerin bulunduğu 15 ülkenin 8'inde AF hastalarının %40'a varan bölümü OAC tedavisi almamaktadır [52, 57, 63, 72, 77, 82, 91-98].
- Aspirinin AF ile ilişkili inmeyi önlemede etkisiz olduğunu gösteren kanıtlara rağmen aspirine genel bir aşırı-güven söz konusudur [27].
- En büyük inme riski altında bulunan hastaların yetersiz-tedavisi [52, 70, 91, 92] ve aynı zamanda, artmış inme riski altında olmayan hastaların aşırı (fazla, gereksiz) tedavisi söz konusudur [52, 69, 70, 76, 98, 99].
- Yaşlı hastalar, özellikle de yaşlı kadınlar inme riski açısından en büyük risk altında bulunmalarına rağmen yetersiz tedavi edilme olasılıkları en yüksek olan hastalardır [75, 76, 92, 100, 101].

2: AVRUPA ATLASINDAN ANAHTAR BULGULAR (devamı)

Hastalar için hasta-merkezli koordine bir bakım yaklaşımıyla birlikte daha iyi bilgilendirilme ihtiyacı vardır.

•AF hastalarının çoğu kendi durumlarını, artmış inme risklerini ve OAC tedavisinin amacını yeterince anlamamaktadır [35, 102-104]. Hekimler, AF hastaları için mevcut bulunan bilgilerin diğer tıbbi sorunlarla karşılaştırıldığında düşük olduğunu öne sürmüşlerdir [23].
•Kardiyologlar dışındaki diğer sağlık profesyonellerinin (GP'ler [105, 83], hemşireleri, geriatristler [106] ve eczacılar [107] gelecek yıllarda AF hastalarının bakımında giderek artan bir rol oynamaları olasıdır.
•Bazı ülkeler, AF hastalarına hasta-merkezli bir bakım sunmak için uzman hemşirelerin hastalara bakımları boyunca koordine edici ve destekleyici bir rol oynamasıyla hemşire-liderliğinde AF bakımı sunmayı düşünmektedir [108].
•Entegre edilmiş, multi-disipliner bakım yaklaşımları çok sayıda ülkede başarılı bir şekilde uygulamaya konmuş [108] ve birinci ve ikinci basamak hekimler arasında koordinasyonu iyileştirdikleri profesyonel siloları parçalamaya yardımcı oldukları kanıtlanmıştır.
•Çok sayıda ülkede, AF yönetimi ile ilgili kılavuzların taslağı birinci basamak profesyonelleri tarafından hazırlanmıştır ve Fransa'da geriatristler ile kardiyologlar arasında ortak kılavuzlar mevcuttur [106].

Kötü bir kanıt temeli ve daha güvenilir epidemiyolojik ve ekonomik veriler

•Avrupa'da AF ve AF ile ilişkili inme ile ilgili genel anlamda güvenilir verilerin bulunmaması söz konusudur.
•Sadece üç ülke (Almanya, Letonya ve Estonya) AF için tahsis edilmiş kayıtlara yatırım yapmıştır.
•Çok az sayıdaki ülkede AF'ye bağlı inme oranının güvenilir hesaplamaları vardır [17, 109-117].
•AF ile ilişkili inme prevalansı popülasyonun yaşlanmasına bağlı olarak artmaktadır [32].
•İnme, toplumlarımıza ciddi bir yük getirmektedir [3, 9, 118-132] ama inme yükünün en yüksek olduğu Doğu Avrupa ve Baltık ülkeleri de dahil olmak üzere pek çok ülkede AF ile ilişkili inmelerin maliyet hesapları bulunmamaktadır.
•Mevcut verilerin düşündürdüğü şey, AF ile ilişkili inmelerin en sakat bırakıcı, fatal ve pahalı inmeler olduğudur [123, 124, 130, 133-138].

3: ÖZET ÖNERİLER

1

AF ile ilişkili inmenin önlenmesini mümkün kılacak hedeflenmiş politikalar ve kaynaklar

- Ulusal, bölgesel ve global politika liderleri sigara içme, yüksek kan basıncı, kötü diyet ve fiziksel hareketsizlik gibi diğer "konvansiyonel" risk faktörleriyle birlikte AF'yi de inme için majör bir risk faktörü olarak tanımalıdır.
- Hükümetler, AF üzerine odaklanan ulusal programlar yaratmalıdır (miyokard enfarktüsü, diyabet ve onkoloji için olduğu gibi).
- Politika belirleyiciler ayrıca, bütün ilgili politik çerçevelerde – örneğin kronik hastalıklarla, kardiyovasküler hastalık önlenmesiyle ve sağlıklı yaşlanmayla ilgili çerçevelerde - AF'ye ve AF ile ilişkili inmeye uygun bir öncelik tanımalıdır.

2

Daha fazla kamuoyu farkındalığı ve AF'nin ve AF ile artan inme riskinin daha fazla anlaşılması

•Hasta organizasyonları ve profesyonel topluluklar kamuoyunun, AF'nin inme için majör bir risk faktörü olduğunu ve bütün AF hastalarının inme riskinin azaltılması için uygun OAC tedavisi almaları gerektiğini anlamalarını arttıracak hedefli, etkileyici farkındalık kampanyalarına öncülük etme konusunda teşvik edilmelidir.

3

İyileştirilmiş AF tespiti ve nabız kontrollerinin klinik pratiğe entegrasyonu

•Birinci basamak hekimleri ve uzmanları, 65 yaşın üstündeki hastalarını AF için fırsatçı bir şekilde taramalıdır.
•Hükümetler ve sağlık sigorta kuruluşları, elle nabız kontrollerini ulusal sağlık kontrollerine entegre etmelidir.

4

Artmış inme riski altında her AF hastası için uygun antikoagülasyon tedavisi

•Hasta organizasyonları ve profesyonel topluluklar, hekimlerin bütün AF hastalarını inme riskleri açısından değerlendirmek ve en düşük inme riski altında bulunanlar hariç diğer bütün hastalara en etkili OAC tedavisini sunma açısından pratikteki kılavuzları uygulamaya koymalarına yardımcı olmak için sağlık profesyonelleriyle birlikte çalışmalıdır. Birinci basamak hekimlerini hedef alan araçlara özellikle ihtiyaç duyulmaktadır.
•Sağlık bakım sisteminin liderleri, yerel bir düzeyde ve özellikle birinci basamakta AF hastalarına OAC tedavisinin sunulmasındaki heterojenliği azaltmak ve en iyi uygulamaların yerel pratik uygulamalarla birleştirilmesini sağlamak için uygulanacak yerel kalite iyileştirme çerçeveleri ve merkezi bakım standartları geliştirmelidir.

5

Hasta merkezli bakım ve hastaların kesin bilgilendirilmesi

- Bütün sağlık profesyonelleri hasta merkezli bir bakım yaklaşımını desteklemeli ve daha fazla hasta katılımını ve hasta eğitimini teşvik etmelidir.

6

AF ile ilişkili inmenin önlenmesine bir bütün-sistem yaklaşımı

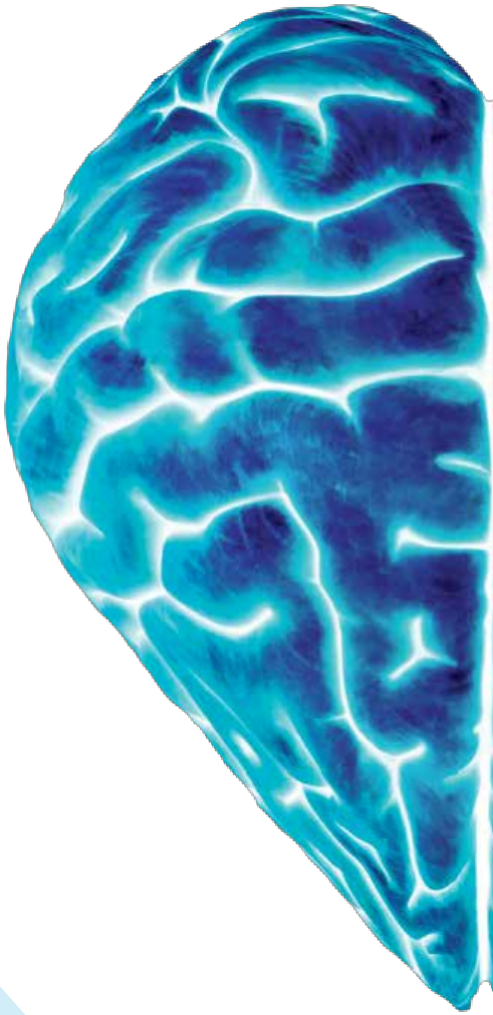
- Sağlık profesyonelleri profesyonel siloların yıkılmasına yardımcı olacak başarılı multi-disipliner, entegre bakım modellerini tanımak için diğer kronik hastalıklarla çalışmalı ve onlardan bir şeyler öğrenmelidir.

7

Politikaya kılavuzluk edecek daha iyi veriler

- Hükümetler, araştırma enstitüleri ve profesyonel topluluklar AF ve AF ile ilişkili inme ile ilgili epidemiyolojik ve ekonomik verilerin sistematik bir şekilde toplanmasına yatırım yapmalıdırlar. Bu, politika belirleyicilerin politikalara kılavuzluk etmek ve kaynakları uygun bir şekilde hedef almak için mümkün olabilecek en güvenilir ve güncel verilerle donatılmasını sağlayacaktır.

AF İLE İLGİLİ İNMENİN ÖNLENMESİNDE DEĞİŞİKLİK İÇİN YOL HARİTASI



Değişiklik için yol haritası 8 bölümden, bir Değişiklik Durumunun ardından gelen 7 öncelikli eylem alanından oluşur:

***Değişiklik durumu*:**
Bu bölüm AF, inmeye ne şekilde yol açabildiği, topluma getirdiği yük, güncel en iyi pratik öneriler ve bunların pratiğe geçirilmesinin önünde hangi bariyerlerin bulunduğu konularında kısa ve özet bir inceleme sunmaktadır. Faydalı bir inceleme olması ve 7 eylem önceliğinin özetini desteklemesi amaçlanmaktadır.

Eylem Öncelikleri, Avrupa Atlasında yer alan tüm Avrupa ile ilgili anahtar bulgulardan sonuç çıkaran politika belirleyicileri için anahtar alanlar sunmaktadır ve farklı ülkelerde iyi işe yarayan Olgu çalışmaları ile desteklenmektedir

Öncelik 1: AF ile ilişkili inmenin etkili önlenmesini mümkün kılacak hedeflenmiş politikalar ve kaynaklar

Öncelik 2: Daha fazla kamuoyu farkındalığı ve AF'nin ve AF ile artmış inme riskinin anlaşılması

Öncelik 3: AF'nin iyileştirilmiş tespiti ve nabız kontrollerinin klinik pratiğe entegrasyonu

Öncelik 4: İnme riski altında bulunan her AF hastası için uygun antikoagülasyon tedavisi

Öncelik 5: Hasta-merkezli bakım ve hastalara kesin bilgilendirme

Öncelik 6: AF ile ilişkili inmenin önlenmesine bir bütün-sistemi yaklaşımı

Öncelik 7: Politikalara kılavuzluk edecek ve klinik yönetime bilgi sağlayacak daha iyi veriler

Değişiklik Durumu:

BU BÖLÜMÜN İÇERİĞİ

- ŞUNLARLA İLGİLİ KISA BİR GÖZDEN GEÇİRME:
  - AF
  - İNME İLE NE ŞEKİLDE İLİŞKİLİ OLDUĞU
  - TOPLUM ÜZERİNDEKİ YÜKÜ
- GÜNCEL EN İYİ PRATİK ÖNERİLERİ
- ÖNERİLERİN PRATİK UYGULAMAYA GEÇİRİLMESİNİN ÖNÜNDE HANGİ ENGELLERİN BULUNDUĞU

i. *Atrial Fibrilasyon (AF) Nedir?*

Atrial fibrilasyon (AF) kalbin düzensiz bir şekilde attığı bir durumdur. Genel nüfusun %2'ye yakın bir kısmını [2, 10] veya AB'de yaklaşık 10 milyon kişiyi etkileyen en sık rastlanan kalp ritim bozukluğudur.

AF gelişme riski, 40 yaşından sonra dörtte birdir [12]. AF olgularının %70 küsur kadarı 65 – 85 yaş arasındaki kişilerde meydana gelir ve AF riski yaşla birlikte artar [11].

İNME

- AB'de her yıl 1.8 milyon yeni olgu [1]
- AB'de her yıl 624.000 ölüm
- AB'de erkeklerde ölümlerin %8'i ve kadınlarda ölümlerin %10'u [140]
- Erişkin maluliyetinin önde gelen bir sebebi
- [41]
  AB'de her yıl 38 milyar € maliyet [5].

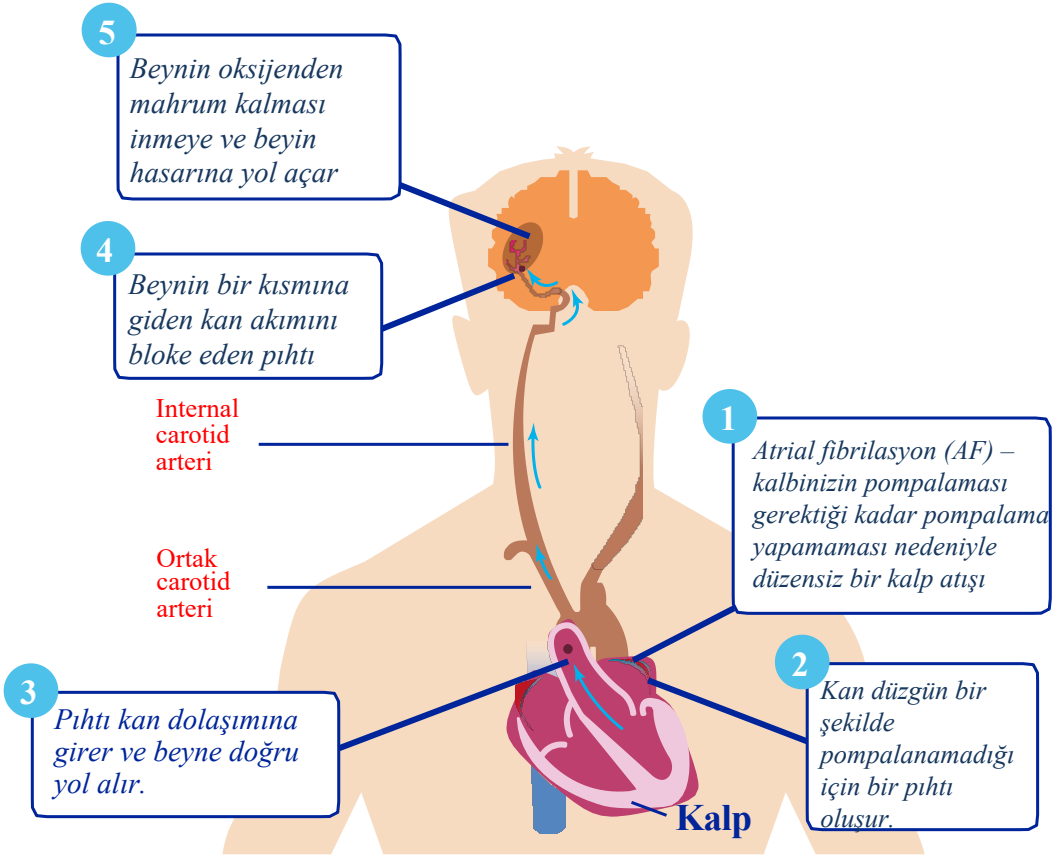
AF

- Avrupa'da 10 milyona yakın kişi
- Nüfusun %2'sini etkiler [2, 10]
- Prevalansın 2050 yılında 2 katına çıkacağı hesaplanmıştır [2, 22].

AF İLE İLİŞKİLİ İNME

- AB'de her yıl yaklaşık 360.000 yeni olgu [1, 2]
  Her 5 inmeden biri AF'ye bağlıdır [2]
- AF ile ilişkili inmeler en çok sakat bırakıcı ve en
- pahalı inmelerdir [2, 142]

***Şekil 1:* AF NE ŞEKİLDE İNMEYE YOL AÇAR ?**



Her 5 inmeden biri AF'ye bağlıdır ve AF ile ilişkili inmeler en çok sakat bırakan inmelerdir.

ii. AF ne şekilde inme ile ilişkilidir?

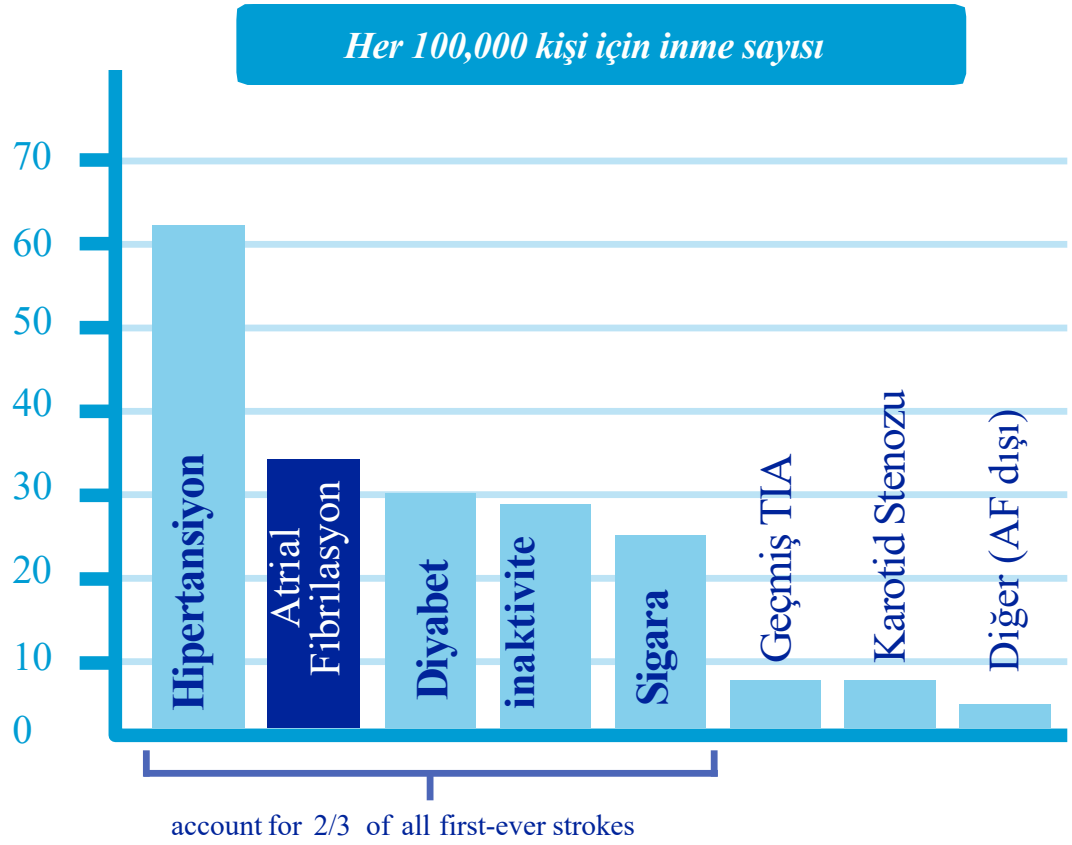
Her 5 inmeden biri AF'ye bağlıdır ve AF ile ilişkili inmeler en çok sakat bırakan inmelerdir.

AF'de kalp düzensiz attığı için kan kalp odacıklarından kolay bir şekilde akamaz ve sonuç olarak kalp odacıklarının içinde bir pıhtı oluşarak arterlerin içinden geçerek yol almaya başlar ve beynin kan damarlarında yerleşir. İnmede, kan pıhtısı beynin bir bölümünü oksijenden mahrum bırarakarak etkilenen bir dokuya şiddetli şekilde zarar verir.

Her 5 inmeden biri AF'ye bağlıdır [2] ve bu rakam 80 yaşından sonra üçte bire çıkmaktadır [13, 14

AF inme riskini 5 kat arttırır – diğer bütün kardiyovasküler durumlardan daha fazla artış [13].

Şekil 2: Yüksek kan basıncı, diyabet, fiziksel hareketsizlik ve sigara içmekle birlikte AF inme için "beş büyük" risk faktöründen biridir:



Adapted from Apslund 2003[15]

iii. AF İLE İLİŞKİLİ İNME NEDEN POLİTİKA BELİRLEYİCİLER İÇİN BİR ÖNCELİK OLMALIDIR?

AF ile ilişkili inmelerin getirdiği klinik ve ekonomik yük şok edicidir. İnme etkilenen kişiler ve aileleri üzerinde maluliyet, iş gücü kaybı ve yaşam kalitesi açısından ciddi bir yük oluşturur [3-7, 143]. Avrupa'nın sağlık ve sosyal yardım sistemlerini ve topluma da çok büyük bir maliyet getirir. Bu yükün AB'de 38 milyar € [5] ve tüm Avrupa'da yılda 64 milyar € tuttuğu hesaplanmıştır [3].

AF ile ilişkili inmeler en ölümcül, en sakat bırakıcı ve en pahalı inmelerdir: AF'ye bağlı olmayan inmelerden 2 kat daha yüksek mortalite oranına [16, 17], daha yüksek rekürrens şansına [16] sahiptirler, daha kalıcı maluliyete sebep olurlar [118, 19] ve 1.5 kat daha yüksek maliyetlidirler [2].

AF ve inme yükseliştedir. Popülasyonun yaşlanmasına ve diğer kalp sorunlarına bağlı sağkalımın iyileşmesi sonucunda **AF prevalansının 2050 yılı itibariyle 2 katına çıkacağı hesaplanmaktadır** [2, 22]. Ayrıca, pek çok ülkede düşen inme mortalitesine rağmen inmeden etkilenen kişilerin (yani inme geçirenlerin) toplam sayısı önümüzdeki yıllarda artacaktır [1].

Sonuç olarak, tüm Avrupa'da etkili korunma önlemleri uygulamaya konmazsa AF ile ilişkili inmelerin sayısı ve yükü artmaya devam edecektir

iv. AF İLE İLİŞKİLİ İNMELERİ NASIL ENGELLEYEBİLİRİZ?

AF yönetimi konusunda en saygı duyulan, güncel Avrupa kılavuzları Avrupa Kardiyoloji Topluluğunun (ESC) 2012 kılavuzlarıdır [20]. AF ile ilişkili inmelerin önlenmesine ilişkin anahtar öneriler şunlardır:

1. 65 yaşın üzerindeki bütün hastalar fırsatçı bir şekilde, nabız kontrolüyle AF açısından taranmalı (örneğin tedavi için doktora başvurduklarında) ve gerektiğinde EKG ile doğrulanmalıdır.
2. AF'li bütün kişiler inme riskleri açısından, doğruluğu onaylanmış bir inme riski katmanlandırma sistemi kullanılarak değerlendirilmelidir [20].
3. Gerçekten düşük bir inme riski altında bulunanlar hariç diğer bütün AF hastalarına, inme riskini düşürmeye yardımcı olmak için etkili oral antikoagülasyon (OAC) tedavisi sunulmalıdır.
4. Verilen belli bir OAC tedavisi uygulama (kullanma) kararı, her hasta için tedavinin potansiyel yararları (inmenin önlenmesi) ile riskleri (artmış majör kanama riski) arasında dikkatli bir dengeyi gerektirir – ayrıca hastanın tercihleri ve değerleri arasında da denge gerektirir [23, 24].
5. Hastaların çoğunda VKA-dışı (veya yeni) antikoagülasyon tedavisi (NOAC'lar), hastalar için OAC tedavisi seçimi olarak 60 yıldan beri OAC tedavisi için bakım standardını oluşturan K vitamini antagonistlerine (VKA'lara) geniş anlamda tercih edilmelidir [20].

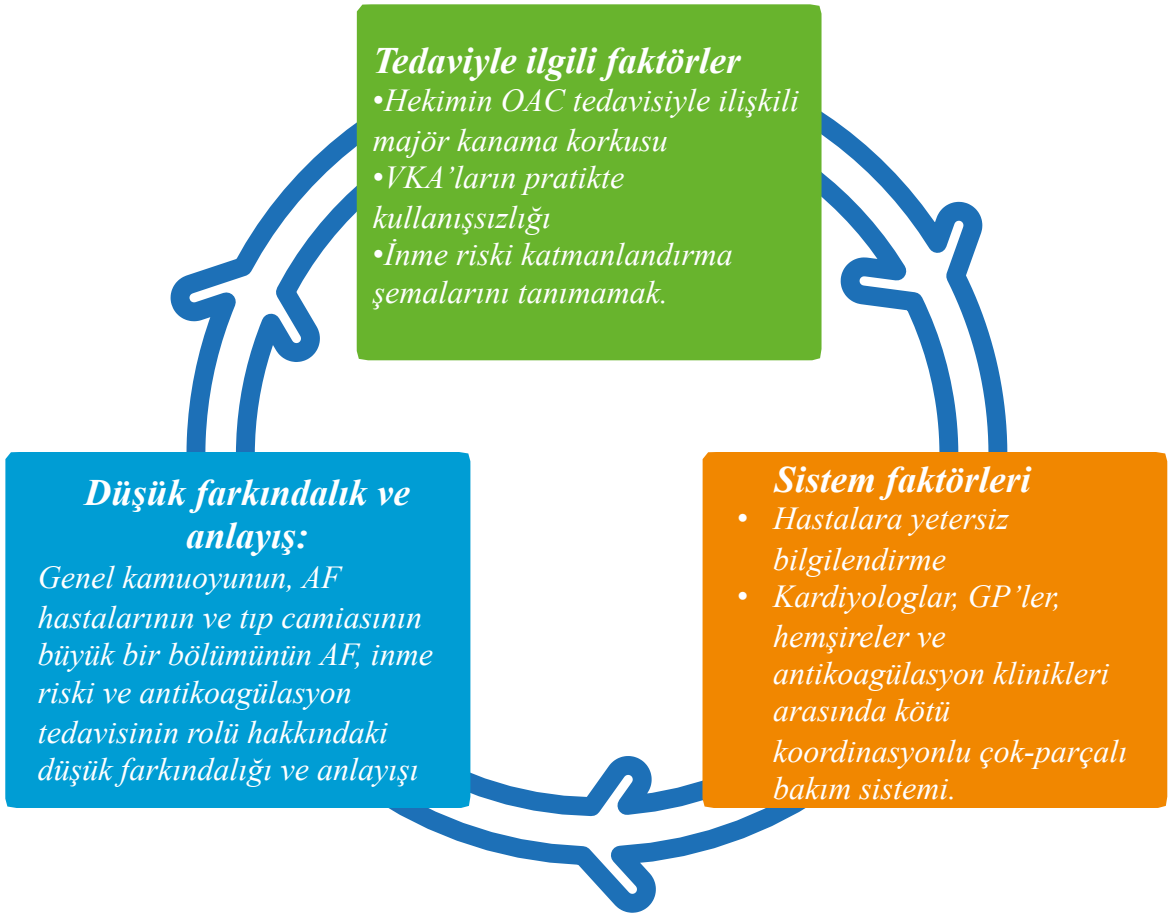
Bu öneriler, Özel Brifing bölümünde daha ayrıntılı bir şekilde açıklanmaktadır.

v. Pratikte Ne Olur ?

Maalesef, mevcut kılavuzların pratikte yeterince uygulanmadığına dair yaygın kanıtlar vardır: AF yeterince tespit edilememektedir, AF hastaların çoğunlukla inme riski açısından değerlendirilmemektedir ve AF hastalarının yaklaşık olarak %50-60 kadarı klinik kılavuzlara uygun OAC tedavisi almaktadır [25, 26].

Çok sayıda faktörün AF ile ilişkili inmelerin yeterince önlenememesine katkıda bulunduğunun anlaşılması önemlidir. Hekimler majör kanamayla ilgili korkularından dolayı veya VKA'larla ilgili tecrübelerine dayanan tedaviyle ilgili diğer faktörlerden dolayı hastalarına OAC tedavisi uygulamak konusunda isteksiz olabilirler [30-33]. Ayrıca AF, inme riski ve OAC tedavisinin rolü konusunda pek çok AF hastasının [35] ve hekimin [34] düşük farkındalığı ve yetersiz anlayışı ve kötü bakım koordinasyon ve hasta merkezli bir yaklaşımın olmaması gibi sistemle ilgili faktörler [21] de bir rol oynamaktadır

Figure 3: ***AF ile ilişkili inmenin yeterince önlenememesi yönünde katkıda bulunan faktörler***



vi. *Özel brifing : AF ile ilişkili inmenin önlenmesi konusunda ESC 2012 kılavuzu*

a. AF Hastalarında inme riskinin değerlendirilmesi

İnme için, doğruluğu onaylanmış başlıca 2 risk katmanlandırma şeması vardır: CHADS2 [144] ve CHA2DS2-VASc [145]. Bunların her ikisi de bütün hastalarda kolaylıkla bulunabilen yaş ve tıbbi öykü gibi verileri kullanan puanlama sistemleridir ve bütün klinik koşullarda kolay kullanılacak şekilde tasarlanmışlardır.

Avrupa Kardiyoloji Topluluğunun ve Amerikan Kalp Derneğinin/Amerikan Kardiyoloji Kolejinin/HRS [146] en önemli uluslararası kılavuzları CHA2DS2-VASc sisteminin kullanılmasını önermektedir [145]. Ancak bu sistemin öncüsü olan CHADS2 sistemi de klinik pratik yaygın bir şekilde kullanılmaya devam etmektedir.

b. AF ile ilişkili inmenin önlenmesinde0 OAC tedavisinin rolü

AF ile ilişkili inmeyi önlemek için geleneksel olarak çeşitli yaklaşımlar olmuştur (aşağıdaki kutuya bakınız). 2012 ESC Kılavuzları, tedavi önerilmeyen çok düşük inme riski altında bulunan hastalar dışındaki diğer bütün AF hastalarına oral antikoagülasyon tedavisinin (OAC tedavisinin) verilmesini önermektedir [20].

Bu öneri, çeşitli önemli açılardan daha önceki kılavuzlardan farklılık göstermektedir:

- Antikoagülasyon tedavisine daha kapsayıcı bir yaklaşımı savunurlarken önceki kılavuzlar bu tedavinin kullanımını yüksek inme riski bulunan hastalarla sınırlandırmıştır.
- NOAC'ların yayınlanmış klinik çalışmalarda olduğu gibi kullanılıyorlarsa, birçok hastada VKA'lara geniş ölçüde tercih edilebilir olduğunu önermektedir.
- Diğer OAC tedavilerini reddeden hastalarda aspirin ve diğer anti-platelet ilaçların kullanımını kısıtlamayı önerirlerken daha önceki kılavuzlar bu ilaçlara düşük riskli hastalar için bir seçenek olarak yer vermiştir.

vi. ÖZEL BRİFİNG: F İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİ KONUSUNDA ESC 2012 KILAVUZU (devamı)

AF ile ilişkili inmenin önlenmesi için mevcut yaklaşımlar:

- Aşağıdakileri içeren oral antikoagülasyon (OAC) tedavisi: Klinik çalışmalarda inmede %64'e varan bir azalma gösteren warfarin gibi **K vitamini antagonistleri (VKA'lar)** [147]. VKA'lar 60 yıldan beri bakım standardı olmuşlardır. Ancak çok sayıda kısıtlılıkları vardır [10, 35, 148]. Sadece çok dar bir terapötik aralıkta etkilidirler. Bu terapötik aralığın dışında hastalar artmış bir inme veya kanama riski altında kalırlar. Ayrıca rutin monitorizasyon ve sık doz ayarlamaları gerektirirler. Bu kısıtlamalar, klinik pratikte az kullanılmalarına katkıda bulunmuştur [25, 26, 149].
- **Genellikle yeni oran antikoagülanlar olarak adlandırılan VKA-dışı ilaçlar (NOAC'lar) [1]**: NOAC'lar klinik çalışmalarda warfarin ile karşılaştırıldığı zaman inmenin önlenmesinde ve kanama riskinde umut vaat edici sonuçlar sergilemişlerdir [150-153]. Sabit dozlama imkanı sunarlar ve rutin monitorizasyon gereksinimini ortadan kaldıran geniş bir terapötik aralığa sahiplerdir [154-156]. Ancak bu ajanlar son yıllarda klinik pratikte kullanılmak üzere lisans (ruhsat) almışlardır ve hekimlerin spesifik klinik durumlarda kullanılmaları konusunda bu ilaçları tanımalarına gerek vardır [157].

2. Anti-platelet ilaçlar
En yaygın kullanılan anti-platelet ilaç asetilsalisilik asittir (veya aspirin). Aspirin inmeyi azaltmada VKA'lardan daha az etkilidir ve benzer bir kanama riskine sahiptir [147]. Bu sebeple artık AF ile ilişkili inmeyi önlemek için uygun bir seçenek olarak görülmemektedir [20]. Yaygın olarak kullanılan bir diğer antiplatelet ajan klopidogreldir [158]. Aspirin ve klopidogrel kombinasyonu, AF ile ilişkili inmenin önlenmesi açısından tek başına aspirinden daha etkilidir ama artmış bir kanama riski sunmamaktadır [159].

3. Kan pıhtısı kaynağının cerrahi veya kateter-bazlı çıkarılması veya oklüzyonu [160]: Bu yaklaşımlar, tromboembolizm ve inme açısından yüksek risk altında bulunan ama OAC tedavisinin kontrendike olduğu sınırlı sayıda hastada kullanılma eğilimindedir.

[1]At the time of writing this report, only apixaban, dabigatran etexilate and rivaroxaban are licensed for use in patients for stroke prevention in atrial fibrillation in Europe.

ÖNCELİK 1:

AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİNİ MÜMKÜN KILACAK HEDEFLENMİŞ POLİTİKALAR VE KAYNAKLAR

Öncelik 1 için olgu çalışmaları

AF'nin ve AF ile ilişkili inmenin sağlık politikalarına tam entegrasyonu: İrlanda örneği

Birinci Ulusal Kalp Günü: Alliance du Coeur'dan kalp hastalığı ile ilgili eyleme politik bir çağrı.

ÖNCELİK 1: AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİNİ MÜMKÜN KILACAK HEDEFLENMİŞ POLİTİKALAR VE KAYNAKLAR

Bildiklerimiz:

AF politika belirleyiciler tarafından inme için bir risk faktörü olarak genellikle göz ardı edilmektedir. Örneğin, Kalp Hastalıkları ve İnme ile ilgili WHO 2011 Global Atlası AF'yi inme için risk faktörleri listesine dahil etmemekte [161] ve bunun yerine yüksek kan basıncı, sigara içme, fiziksel hareketsizlik ve kötü diyet gibi "konvansiyonel" risk faktörlerine odaklanmaktadır. AF ölüm riskini bu risk faktörlerinin her birinden daha fazla arttırdığı için bu endişe verici bir durumdur [16].

Bu neden önemlidir ?

Ulusal ve bölgesel hükümetler AF ile ilişkili inmeyi önlemek için ihtiyaç duyulan sistem-çapında yaklaşımları sürdürme yetkisine sahiptirler ve sağlık bakım sistemlerine bu yaklaşımları pratikte uygulamaya koymaları için güçlü bir baskı yapabilirler.

Avrupa atlasında yeni bulgular:

- Sadece 2 ülkede (İrlanda ve Birleşik Krallık) **AF ile ilişkili inmenin önlenmesi ile ilgili tahsis edilmiş ulusal stratejiler vardır** ve sadece 10 ülkede (Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Macaristan, İrlanda, Polonya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık) ulusal inme planları bulunmaktadır.
- **AF ve AF ile ilişkili inme**, özellikle yaşlı popülasyonda giderek artan prevalanslarına rağmen kronik hastalıkların önlenmesi veya sağlıklı yaşlanma gibi diğer politika çerçevelerinde nadiren görünmektedir.
- **İnme araştırmalarının finanse edilmesi**, diğer durumlarla karşılaştırıldığında daha düşüktür [36].
- **Özellikle Avrupa'daki en yüksek inme** yükünden muzdarip olan Doğu Avrupa ve Baltık ülkelerinde inme tedavisinde önemli boşluklar devam etmektedir.

Değişim alanı:

- Global politika raporları sigara içme, yüksek kan basıncı, kötü diyet ve fiziksel hareketsizlik gibi diğer "konvansiyonel" risk faktörleriyle birlikte AF'nin de inme için majör bir risk faktörü olmasına yol açmalı ve AF'yi böyle bir risk faktörü olarak tanımalıdır.
- Ulusal hükümetler, AF ile ilişkili inmenin önlenmesi konusunda hedeflenmiş eylem planları geliştirmelidir (Bkz. Durum Çalışması) 1: AF'nin ve AF ile ilişkili inmenin sağlık politikalarına tam entegrasyonu: İrlanda örneği).
- İlgili politika çerçevelerinde (örneğin kronik hastalıklar, kardiyovasküler sağlık ve sağlıklı yaşlanma gibi) AF'ye ve AF ile ilişkili inmeye daha fazla önem verilmelidir (**Bkz. Durum Çalışması 2:** Birinci Ulusal Kalp Günü: Alliance du Coeur'dan kalp hastalığı ile ilgili eyleme politik bir çağrı)
- AF'nin topluma yüklediği yükü yansıtacak, daha fazla inme araştırmaları ve tedavisi için hedeflenmiş fonlara ihtiyaç duyulmaktadır.

> **AF inme için majör bir risk faktörüdür ama politik gündemde basitçe bir risk faktörü değildir. Korunma, kronik durumlar ve sağlıklı yaşlanma üzerinde giderek artan bir şekilde odaklanıyoruz – ama AF bariz bir şekilde politika çerçevelerinde yer almamaktadır ve korunma diyaloğuna henüz girmemiştir.**
> **"Glyn Davies, AF ile ilgili Bütün Partiler Politik Grubunun (APPG-AF) Üyesi, Birleşik Krallık.**

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BİLGİLERİ:

Çok az sayıda ülkede AF ile ilişkili inmeyi hedef alan ulusal politikalar vardır.

Sadece 2 ülkede (İrlanda ve Birleşik Krallık) AF ile ilişkili inmenin önlenmesi ile ilgili tahsis edilmiş ulusal stratejiler vardır. On ülkede (Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Macaristan, İrlanda, Polonya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık) bazı durumlarda AF ile ilişkili inmede spesifik bölümleri içerebilen ulusal inme stratejileri bulunmaktadır.

Tablo 1: İnme ve AF ile ilişkili inme ile ilgili mevcut politikaların gözden geçirilmesi (AB27 + Norveç, İsviçre, Türkiye)

Ulusal inme stratejisi veya planı olan ülkeler:	AF ile ilişkili inmenin önlenmesiyle ilgili bir ulusal planı olan:
Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Fransa, Macaristan, İrlanda, Polonya, Portekiz, İspanya ve Birleşik Krallık	İrlanda, Birleşik Krallık

AF ve AF ile ilişkili inme ulusal sağlık planlarında ve politika çerçevelerinde nadiren görülmektedir.

Popülasyonun yaşlanmasıyla birlikte artan prevalansı dikkate alındığında, AF'nin sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalık önlenmesi ile ilgili politikalarda öncelikli bir sağlık konusu olarak görülmesi beklenir. **Ancak çok az sayıdaki ülke AF'yi veya AF ile ilişkili inmeyi kendi ulusal politikalarında dikkate alıyor gibi görünmektedir.** Bunun önemli bir istisnası İrlanda'dır (Bkz. Durum Çalışması 1). Fransa da AF ile ilişkili inmeyi önlemenin kalp hastalıkları ile ilgili bir Beyaz kağıda ve genel anlamda kalp hastalıklarıyla ilgili politik bir eylem çağrısına nasıl entegre edildiği konusunda ilginç bir durum çalışması sunmaktadır (Bkz. Durum Çalışması 2).

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZEL BİLGİLER

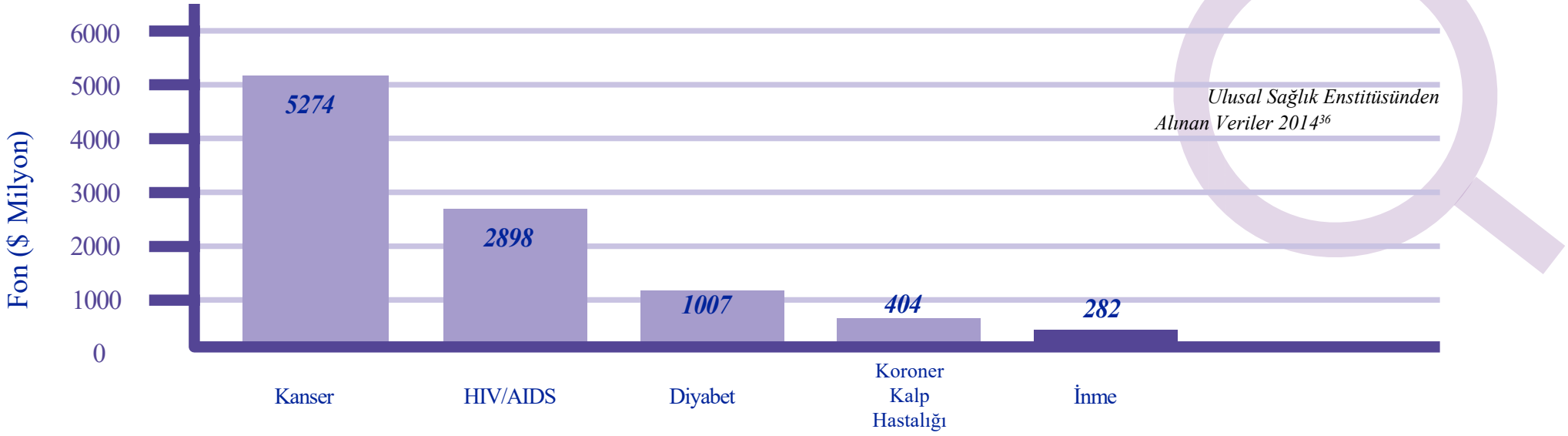
İnme araştırmalarına yapılan yatırımlar diğer sorunlarla karşılaştırıldığında daha düşüktür.

İnme araştırmasına sağlanan finansal destek diğer yaygın sorunlarla karşılaştırıldığında düşüktür. Örneğin, Birleşik Devletlerin verileri inme için araştırma fonlarının diğer kronik durumlara ayrılan fonların yaklaşık onda biri olduğunu düşündürmektedir **(Şekil 4)** [36]. Benzer şekilde, Birleşik Krallıkta inmeye atfedilebilen sağlık ve sosyal bakım maliyetlerinin her 1 milyon £'u için inmeye 71 £'luk toplam hükümet ve hayır araştırması ayrılmaktadır – karşılaştırmak gerekirse kanser için 129.268 £ ve koroner kalp hastalığı için 73.153 £ ayrılmaktadır [163].

Akut inme bakımının sağlanmasında önemli boşluklar devam etmektedir.

Pek çok ülkede, son yıllardaki önemli iyileşmelere rağmen akut inme hizmetlerinin sağlanmasında hala sebat eden boşluklar vardır. Özellikle, inme yükünün en büyük olduğu Baltık ve Doğu Avrupa ülkelerinde durum böyledir [37, 56, 162]. Örneğin, Estonya'da iskemik inme hastalarının sadece %30-40'ı 3 saat içinde hastaneye ulaşmakta ve sadece %5'i intravenöz tromboliz almaktadır [56].

Şekil 4: Birleşik Devletlerde diğer durumlarla karşılaştırmalı olarak inme ile ilgili araştırma fonları [36]



DURUM ÇALIŞMASI 1: İRLANDA

AF VE AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN SAĞLIK POLİTİKASINA TAM ENTEGRASYONU

İnceleme

İrlanda Hükümeti, birçoğu İrlanda Kalp Vakfının liderliğindeki Ulusal İnme Konseyi ile yakın işbirliği halinde geliştirilen kendi ulusal kardiyovasküler sağlık ve ilgili iyileştirme programlarının çekirdek komponenti olarak AF ile ilişkili inme önlenmesini sunmuştur.

Zaman Ölçekleri

- National Cardiovascular Health Policy: 2010-19[64]
- National Stroke Clinical Care Programme: ongoing
- 'Model of Care' position paper:
- 2012[165]

Yaklaşım

AF ve AF ile ilişkili inme önlenmesi İrlanda sağlık politikasının ulusal stratejiden sunum ve uygulamaya kadar çeşitli tabakalarında belirgin bir şekilde görülmektedir.

Kapsayıcı hükümet stratejisi, "Kardiyovasküler Sağlığın Değiştirilmesi: Ulusal Kardiyovasküler Sağlık Politikası 2010-2019" hem inmeyi hem de AF'nin önlenmesini, tespitini ve yönetimini içermektedir. Özellikle, birinci basamakta AF'de etkili anti-koagülasyon tedavisine duyulan ihtiyacın altını çizmektedir [164]. Bu, GP'ler ve hastane personeli arasında anti-koagülasyonda klinik liderliğin ve yeni ortak bakım standartlarının formalize edilmesi, AF için ulusal bir tarama programı, ve birinci basamak bakım, ikinci basamak bakım ile yeni AF hemşire uzmanları, yeni enformasyon sistemleri ve eczacılarla işbirliği yanında diğer önlemleri de içeren toplum hizmetlerini kapsayan yeni entegre antikoagülasyon hizmetleri için çağrı yapan spesifik önerilerle kenetlenmiştir.

İrlanda'da, İrlanda Sağlık Hizmet Yönetiminin (HSE) liderlik ettiği bir Ulusal İnme Programı vardır [165]. Bu program, ulusal kardiyovasküler stratejide yer alan ve İrlanda Kalp Vakfının nüfuzundaki İnme Konseyiyle yakın işbirliliğiyle geliştirilen inme hedeflerinin çoğunu uygulamaya koymayı amaçlamaktadır.

✓ *HEDEFLENEN POLİTİKALAR VE KAYNAKLAR*

Neler başarıldı?

- Program 2012 yılında, inme sonuçlarını önleme, AF ile ilişkili inmede antikoagülasyon da dahil olmak üzere tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesiyle ne şekilde iyileştirileceğini belirleyen kapsamlı bir "Bakım Modelini" yayınlamıştır [71].
- AF'da antikoagülasyon ile ilgili ulusal bir boşluk analizinin başlaması ve antikoagülasyonda yeni bakım standartlarının geliştirilmesi ve hasta-merkezli bakımın, erken AF tespitinin ve hasta ve profesyonel eğitiminin teşvik edilmesi çabalarını kapsayan çok sayıda iyileştirme inisiyatifi tasarlanmıştır.
- Sunum ve uygulamaya koyma çabaları Birinci Basamak, Kardiyoloji, Hematoloji, Eczacılık, İlaçlar ve Terapötikler, Nöroloji, Geriatrik Tıp ve Halk Sağlığı temsilcilerini kapsayan yeni bir AF Çalışma Grubunun oluşturulmasıyla desteklenmiştir.
- İrlanda, akut inme hastalarını kabul eden her hastanede bir inme kaydını uygulamaktadır [165].

DURUM ÇALIŞMASI 2: FRANSA BİRİNCİ ULUSAL KALP GÜNÜ: ALLIANCE DU COEUR'DAN KALP HASTALIKLARIYLA İLGİLİ POLİTİK BİR ÇAĞRI

"Kardiyovasküler hastalık majör bir halk sağlığı problemidir. Fransa'da AF her 20 dakikada bir inmeye sebep olmaktadır – ve, herkesin AF ile bağlantılı risklerin farkında olmasını ve bu riskleri azaltmak için gereken bütün tedbirleri almamızı sağlamak için kalp hastalığının önlenmesiyle ilgili bütün kamuoyu farkındalık kampanyalarının içine kurmamız gereken mesaj budur. (Philippe Thebault, Başkan, Alliance du Coeur)"

Gözden geçirme

Kalp hastalıkları ile ilgili olarak, bütün şekillerdeki kardiyovasküler hastalıkların önlenmesini savunan ve sürmekte olan farkındalık kampanyaları ile desteklenen bir Beyaz Sayfanın (le Plan Coeur) yayınlanması için çağrıda bulunmak amacıyla Kalp Hastalıklarına, Sevgililer Gününde Alliance du Coeur tarafından ulusal bir gün ayrılmıştır.

Zaman Ölçekleri

Farkındalık kampanyası birkaç yıl boyunca tekrarlanacaktır, yani 2015 yılında tekrarlanacak olan Ulusal Kalp Günü (Journeé du Coeur) süresince gerçekleşecektir. Ulusal plan (Plan Coeur) 2014'ün sonunda hükümete sunulmalıdır.

Yaklaşım

16 yardım kuruluşundan ve bir hasta organizasyonundan oluşan ulusal bir ittifak olan L'Alliance du Coeur, son 20 yıl boyunca kalp hastalıklarından ve inmeden muzdarip olan kişiler için daha iyi bir korunma ve daha büyük destek sağlama çağrısı yapan bir kampanyaya yol açmıştır. Yıllar içinde, AF ile ilişkili inmenin önlenmesi ile ilgili aktif bir kampanyaya yol açmışlardır. Bu kampanyanın anahtar mesajı, Fransa'da her 20 dakikada bir AF'ye bağlı bir inmenin meydana geldiği şeklindedir.

İttifak 2012 yılında Fransız Kardiyoloji Topluluğu (Fédération Française de Cardiologie) ile ortaklığa girerek kalp hastalıklarıyla ilgili olarak 2014'ün sonunda politika belirleyecilere sunulacak bir Beyaz Kağıdın geliştirilmesini amaçlayan ulusal bir kardiyovasküler hastalık stratejisini (le Plan Coeur) önermiştir. İttifak bu yıl, Sevgililer Gününde ilk ulusal Kalp Gününü (Journeé Nationale pour le Coeur) organize etmiştir. Bu, kalp hastalıklarıyla ilgili bütün tarafların – hastaların, sağlık profesyonellerinin, politika belirleyicilerin – üç şehirde (Paris, Bordeaux ve Strasbourg) canlı bağlantılarla birbirine bağlandığı etkileşimli bir etkinlik olmuştur. Etkinliğin amacı kalp hastalığıyla ilgili devam etmekte olan yerel inisiyatiflerin çokluğu ile ilgili farkındalığı arttırmak ve yerel üye organizasyonların kardiyovasküler hastalıklarla ilgili ulusal bir stratejinin (Plan Coeur) oluşturulması yönündeki kararlılığını göstermekti.

HEDEFLENEN POLİTİKALAR VE KAYNAKLAR

Neler başarıldı?

- AF ve AF ile ilişkili inme de dahil olmak üzere kardiyovasküler hastalıklarla ilgili daha iyi bir farkındalık,
- AF'nin ve AF ile ilişkili inmenin daha geniş bir kardiyovasküler politika belgesine entegrasyonu
- Halk sağlığı, korunma ve kronik hastalıklarla ilgili daha geniş bir kararlılığın bir parçası olarak kardiyovasküler hastalıklar (AF ve AF ile ilişkili inme de dahil olmak üzere) ile ilgili daha büyük bir politik katılım için uyumlu bir çağrı

Linkler/Refereranslar

http://www.alliancecoeur.fr/

http://lajourneeducoeur.org/

http://www.fedecardio.org/plateforme-plancoeur/

İrtibat bilgisi:
contact@alliancecoeur.fr

Öncelik 2:

AF'NİN VE AF İLE ARTAN İNME RİSKİ İLE İLGİLİ DAHA YÜKSEK BİR KAMUOYU FARKINDALIĞI VE ANLAYIŞ

Öncelik 2 için durum çalışmaları

- **Bate Bate Coração Derneği**
- **İrlanda Kalp Vakfı farkındalık çalışması**
- **F.A.S.T Eylm kampanyası**

ÖNCELİK 2: AF'NİN VE AF İLE ARTAN İNME RİSKİ İLE İLGİLİ DAHA YÜKSEK BİR KAMUOYU FARKINDALIĞI VE ANLAYIŞ

Bildiklerimiz:

AF sık rastlanan yaygın bir **durumdur ve ömür boyu AF gelişme riski 40 yaşından sonra dörtte birdir** [12]. Ancak çok az kişi AF'yi duymuştur ve AF ve AF ile artan inme riskiyle ilgili düşük farkındalık ve anlayış düzeyi Avrupa'da aşılması gereken en önemli engeldir [29, 30].

Neden önemlidir?

AF herhangi bir semptomla seyretmez. Bu yüzden pek çok kişi bilmeden AF geçirebilir. Bu, söz konusu hastaların tedavide atlanabileceği ve gereksiz yere çok daha yüksek bir inme riski altında kalabilecekleri anlamına gelir

AVRUPA ATLASINDAN ANAHTAR BULGULAR

•Özellikle yaşlı kişiler başta olmak üzere [40] genel popülasyonda **AF ile ilgili düşük bir farkındalık ve anlayış düzeyi vardır** [38, 41].

•Pek çok kişi, **AF'nin inme için bir risk faktörü olduğunu bilmemektedir [38, 41-45].**

•İnsanlar, **inmenin diğer risk faktörlerinin AF'den daha çok farkındadır** [45].

Değişim alanları :

- Bilgi sağlanmasında anahtar oyuncu olarak **hasta organizasyonlarının** ve profesyonel toplulukların geliştirilmesi (Bkz. Durum Çalışması 3: Bate Bate Coraçao Portekiz).
- Genel kamuoyunu AF hakkında eğitmek, nabızlarını düzenli bir şekilde kontrol ettirmelerini teşvik etmek ve AF'nin inme için majör bir risk faktörü olduğunu ve uygun bir OAC tedavisinin AF ile ilişkili inme riskini azaltmalarına yardımcı olacağı bilgisini kesin ve net bir şekilde iletmek için **hedefli, etkileyici farkındalık kampanyalarına ihtiyaç vardır** (Bkz. Durum Çalışması 4: İrlanda Kalp Vakfı farkındalık kampanyası).
- Benzer şekilde**, insanların inme bulgularını tanımalarını mümkün kılacak ve hemen tedaviye başvurmalarını teşvik edecek etkileyici kampanyalara ihtiyaç duyulmaktadır**, özellikle inme yükünün en büyük olduğu ve farkındalığın daha düşük olabildiği ülkelerde (Bkz. Durum Çalışması 5: F.A.S.T Kampanyası).

> **İnsanlar yüksek kan basıncını anlıyorlar. Kolesterolü anlıyorlar. Kalp hızını veya nabzı anlamıyorlar. (Mary Baker, Avrupa Beyin Konseyi).**

DAHA DERİNLEMESİNE BULGULAR:

AF ve inme için majör bir risk faktörü olarak rolü hakkında genel olarak düşük bir farkındalık ve anlayış düzeyi söz konusudur.

Çok sayıda ülkeden gelen kanıtlar, özellikle yaşlı kişiler başta olmak üzere [40] çok **düşük bir genel AF farkındalığının olduğunu doğrulamaktadır** [38-41].

Ayrıca, AF'nin inme için majör bir risk faktörü olduğu konusunda da düşük bir anlayış düzeyi söz konmuşudur [38, 41-45] – örneğin, yüksek kan basıncının oynadığı rolle karşılaştırıldığında [45].

Şekil 2: *AF ve inme için majör bir risk faktörü olarak rolü hakkında genel olarak düşük bir farkındalık ve anlayış düzeyi ile ilgili kanıtlar.*

Ülke	Çalışma Tarımı/Ortamı	Bulgular
Belçika	Ligue Cardiologique Belge (2012)[41] tarafından yürütülen genel popülasyon çalışması	Popülasyonun %40'ı AF hakkında hiçbir şey duymamıştı. Sadece %11'i AF'yi doğru bir şekilde tanımlayabilmekteydi. Katılımcıların yarıdan fazlası AF'nin en sık rastlanan komplikasyonunun inme olduğunu biliyordu.
Bulgaristan	Kuzey-doğu Bulgaristan'da yaşan 45-74 yaş arası kişilerde yapılan anket çalışmaları (2000-3) [44]	AF'nin bir inme riski olarak bilinmesi kırsal ve kentsel popülasyonlarda sıfır düzeyindeydi.
Estonya	Tartu ve Tallin'de genel popülasyon ile ilgili 2 anket çalışması (2012) [45]	Katılımcıların %50'den biraz fazlası kardiyak aritminin inme için bir risk faktörü olduğunu bilirken %95'i yüksek kan basıncının bir risk faktörü olduğunun farkındaydı [45].
Fransa	Popülasyon çalışması	Popülasyonun en az %25'i inme ve inmenin sebepleri hakkında yetersiz bilgiye sahipti [166].
Almanya	AFNET'in himayesinde 3 büyük Alman şehrinde ve 40 yaşın üzerindeki erişkinlerde yürütülen genel popülasyon çalışması (2011) [38]	40 yaşın üzerindeki popülasyonun dörtte birden fazlası AF'yi hiç duymamıştı. Popülasyonun sadece yarısı AF ile artmış inme riskinin farkındaydı.
İrlanda	2013'de bir farkındalık kampanyasının başlamasından önce yapılan bir anket [40]	Popülasyonun %38'i AF'nin farkında değildi ve bu rakam, 65-70 yaş arasındaki kişilerde %64'e çıkmaktaydı.
İtalya	Kuzey İtalya'da yürütülen çalışma	Kişilrin %50'si inme veya mevcut antikoagülasyon tedavisi hakkında çok fazla şey bilmiyordu.
Portekiz	Yerel hasta organizasyonu tarafından yürütülen çalışma [39]	Portekizlilerin %40'ı kardiyak aritmilere eşlik eden semptomların farkında değildi. Portekizlilerin %80'i muhtemel bir ölüm sebebi olarak aritmileri tanımlayamamaktadır.
İsviçre	İsviçre Kalp Vakfı tarafından yürütülen çalışma [42]	Kişilerin %40'ı AF'nin inmeye yol açabileceğini bilmemekteydi ve sadece üçte biri inme geçiren birinin bulgularını tanımlayabilmekteydi.
Birleşik Krallık	AF Derneği, AF haftası çalışması (2013) [43]	Her 3 erişkinden biri AF'nin sebep olduğu yüksek inme riskinin farkında değildir.

DURUM ÇALIŞMASI 3: PORTEGİZ
BATE BATE CORAÇAO DERNEĞİ

Gözden Geçirme
Futbol kulüpleri tarafından desteklenen majör etkinlikler de dahil olmak üzere çok çeşitli halk eğitim etkinlikleri ve günlük şartlarda nabız testi. AF politikaları ve sunumu ile ilgili kamuoyu tartışmalarında hükümetin ve sivil toplum örgütlerinin güçlü katılımı.

Zaman Ölçekleri
Dernek, 2010 yılında Bate Bate Coraçao kampanyasının ardından 2011 yılında kurulmuştur ve o zamandan beri aktiftir [168].

Kaynak Açıklamaları
"Sinta o seu pulso" kampanyası gönüllü sağlık bakım profesyonellerine dayalıdır. Bate Bate Coraçao derneği Portekiz Aritmoloji Derneği ve Portekizli Hastalar Kalp Ritim Enstitüsü ve Derneği tarafından pacemaker'larla ve implante edilebilen defibrilatörlerle (ICD'lerle) desteklenmiştir [39].

Yaklaşım
Bate Bate Coraçao Derneği, kardiyak aritmilerle ilgili farkında ve bilgi arttırma görevinin yerine getirilmesi için çeşitli anahtar programlar geliştirmiştir. "Sinta deu pulso" (Nabzınızı bilin) kampanyasının bir parçası olarak gönüllü doktorlar, hemşireler ve teknisyenler kamu mensuplarına alışveriş merkezleri, iş yerlerindeki yemek molaları, üniversiteler ve müzikal etkinlikler gibi günlük ortamlarda nabızlarını kontrol etmeyi düzenli bir şekilde öğretmektedir. Sağlık profesyonellerinin AF prevalansı, eşlik eden ko-morbiditeler ve tedavi seçenekleri hakkında konuştukları halk seminerleri de düzenlenmektedir.

Bate Bate Coraçao Portekiz Ulusal Parlamentosunda Sağlık Komisyonuyla ve politikacılarla sık sık iletişim kurarak kamu işlerinde ve ulusal politikalarda yüksek bir profil edinmiştir. Bate Coraçao'nun çalışmaları önde gelen sağlık yorumcuları tarafından tanınarak kar amacı gütmeyen "Hospital do Futuro" grubu tarafından 2011 yılında ilk onur ödülünü almıştır.

ASSOCIAÇÃO BATE BATE CORAÇÃO

Linkler / Referanslar
http://www.batebatecoracao.pt/

✓ *DAHA FAZLA KAMUOYU FARKINDALIĞI*

Neler Başarıldı ?
- Nabız kontrolleri ile ilgili düzenli kamuoyu destek programları (Bkz. "Yaklaşım").
- En önemli etkinlik 2010 yılında, SL Benfica futbol takımının ortaklığıyla Estadio da Luz stadında düzenlenen anahtar bir futbol maçıdır [168].
- Çocuklar ve aileler için düzenlenen uzman aktiviteler "Coraçao Tic Tac" projesiyle sağlanmıştır [168].
- Kardiyak aritmilerle ilgili derinlemesine ve güncellenen bilgilerin bulunduğu web sitesi halk tartışma forumları. Facebook'ta bulunma.
- 2012'de başlayan ve sağlık bakanlığının sekreterliğini ve diğer önemli kamu figürlerini kapsayan etkileşimli halk tartışması "Coversas con ritmo" (Ritim sohbetleri).
- 12 Kasımın Ulusal Ani Ölüm Önleme Günü olarak tanınması için dilekçe [168].
- Ulusal parlamentoda 2013 yılında organize edilen aritmi ile ilgili tam bir oturum.

DURUM ÇALIŞMASI 4: IRLANDA

İRLANDA KALP VAKFI FARKINDALIK KAMPANYASI

> **İnsanları, tanı konmamış AF'nin tehlikelerinin farkına vardırmak bizim işimizdir. Bütün etkili kampanyalar kamuoyunda biraz korku yaratmaya dayanır çünkü gerçekler acı vericidir.**
> **Chris Macey, Aktif Destek Başkanı, İrlanda Kalp Vakfı**

✓ *DAHA FAZLA KAMUOYU FARKINDALIĞI*

Gözden Geçirme

Düzenli nabız kontrolleri yaptırma çağrısıyla kamuoyunu AF ile ilişkili artmış inme riski konusunda uyaran etkileyici bir farkındalık kampanyası.

Zaman Ölçekleri

Kampanya Kasım 2013'te başlatılmıştır – 2014 yılı için bir takip kampanyası planlanmaktadır.

Neler Başarılmıştır ?

- 50 yaş üzerindeki kişilere düzenli nabız kontrolleri için eylem çağrısı
- AF geçiren kişilerin AF ve inme arasındaki bağlantılar konusundaki arttırılmış farkındalığı
- GP camiasının tespit edilmemiş AF sıklığı konusunda duyarlılaştırılması
- Kampanya etkisinin tam bir değerlendirmesi yakında yapılacaktır.

KAYNAK AÇIKLAMALARI

Kampanya, Pfizer ve Bristol-Myers Squibb tarafından finanse edilmiştir.

Linkler / Referanslar

http://www.irishheart.ie/iopen24/atrial-fibrillation-awareness-campaign-2013-t-38_1339.html

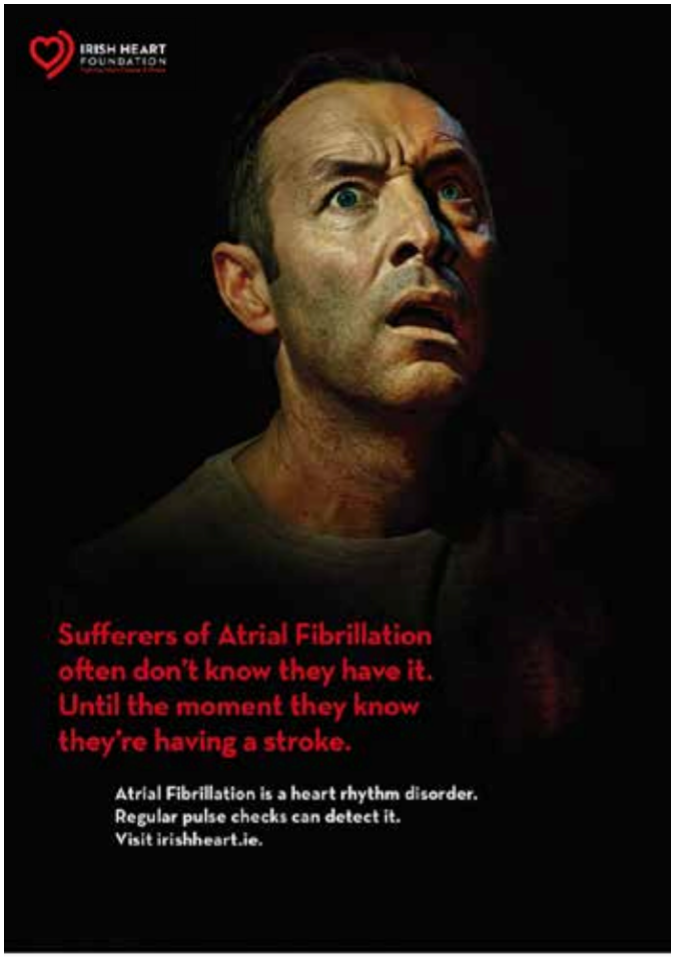
Yaklaşım

İrlanda Kalp Vakfı son yıllarda, İrlanda popülasyonunda inmenin uyarıcı bilgileriyle ilgili bilgileri üç misline çıkartan çok sayıda başarılı inmeyle ilgili farkındalık kampanyalarını yürütmüştür.

Bir AF farkındalık kampanyasına duyulan ihtiyaç Kuzey Dublin İnme Kayıtlarıyla belirlenmiştir. Bu kayıtlar, İrlanda'daki her 3 inmeden birinin AF'ye bağlı olduğunu düşündürmüştür. Bu oran, Avrupa Kardiyoloji Topluluğunun kılavuzlarında bildirilen %15-20 oranından çok daha yüksektir. Anket çalışmaları ayrıca, genel popülasyonun %74'ünün AF'nin farkında olmadığını ve EKG ile belgelendirilmiş AF bulunan kişilerin %38'inin düzensiz bir kalp ritmine sahip olduklarının farkında olmadığını da düşündürmüştür – bu oran 65-70 yaşındaki kişilerde %64'e çıkmaktadır [40]. Bu durum, İrlanda Kalp Vakfı tarafından, anahtar mesajı "AF'den etkilenenlerin çoğunlukla inme geçirinceye kadar kendilerinde AF olduğunu bilmedikleri" olan güncel AF kampanyasının geliştirilmesine yol açmıştır.

Kampanya, 50 yaş üzerindeki kişilerin düzenli nabız kontrollerine girmesini gerektirmekteydi. Kampanya, ulusal ve bölgesel radyolarda 4 hafta boyunca çalınan sözlü bir reklamı içermekteydi ve GP çalışma yerlerine, hastanelere ve sağlık merkezlerine etkileyici posterleri, el ilanları ve bilgilendirme kitapçıkları dağıtılmıştı. Kampanyanın bir sonraki aşaması AF için yaygın taramaların uygulanmasına odaklanmak olacaktır.

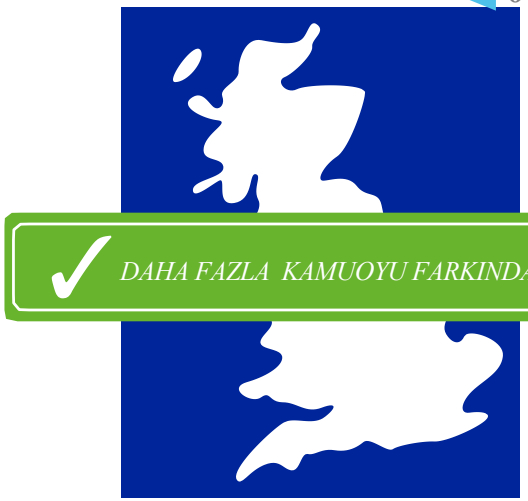
İrtibat Bilgileri:
Chris Macey, Irish Heart Foundation
cmacey@irishheart.ie



Supported By: Bristol-Myers Squibb Pfizer

DURUM ÇALIŞMASI 5:
BİRLEŞİK KRALLIK VE DİĞERLERİ
F.A.S.T EYLEMİ KAMPANYASI

> **Saptadığımız şey, genel halkta inme farkındalığının yükseltilmesiyle bunun sisteme, inme hizmetlerini genel olarak iyileştirmek konusunda baskı yapmasına yardımcı olacağıdır.**
> **Joe Korner, Dış İlişkiler Müdürü, İnme Derneği**



✓ *DAHA FAZLA KAMUOYU FARKINDALIĞI*

Gözden Geçirme

F.A.S.T Eylem Kampanyası, genel halkta uyarıcı inme bulgularıyla ilgili farkındalığı arttırmaya çalışmakta ve inmenin uzun-dönemdeki etkisini azaltmak için akut bakıma hızlı erişimi teşvik etmektedir

Zaman Ölçekleri

Kampanya, 2009 yılında İngiltere'de Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır ve o zamandan beri Sağlık Bakanlığı tarafından ve odaklanmış aktivite patlamalarıyla ve ayrıca İnme Derneği ve birinci/ikinci basamak organizasyonlar vb'den gelen destekleyici aktivitelerle yılda bir kez düzenlenmeye devam etmektedir.

Kaynak Açıklamaları

2004 yılında Newcastle Üniversitesinden Profesör Gary Ford'un ekibi ambulans paramediklerinin bir kişi inme geçirdiği zaman farkına varmak için Yüz Kol Konuşma Süresi (F.A.S.T) Testini kullanabildiklerini göstermiştir. İnme derneği tarafından finanse edilen çalışma, F.A.S.T testini uygulayan paramediklerin inmeyi, özel olarak eğitilmiş doktorlar kadar doğru ve geçerli bir şekilde tanıyabildiklerini saptamıştır.
Bu araştırma, acil paramediklerini ve kamuoyunu inme bulgularının nasıl tanımlanacağı ve tıbbi bir acil durum olarak nasıl tedavi edileceği konusunda bilgilendiren ulusal F.A.S.T Eylem Kampanyasının temelini oluşturmuştur.

Yaklaşım

Sağlık, sosyal bakım ve sağlıklı yaşam konusunda bilgiyi yayan bir kamu ajansı olan Sağlık Bakanlığı (şu an için İngiltere Halk Sağlığı) İnme Derneği ile ortaklık yaparak, F.A.S.T Eylem kısaltmasını teşvik eden bir kampanya başlatmıştır. F.A.S.T kısaltmasının baş harfleri "Face (yüz)", "Arms (kollar)", "Speech (Konuşma)" ve "Time (süre)" şeklindedi,r (999'u aramak ve acil bakıma ulaşmak) – kolay hatırlanabilir 4-noktalı bir eylem listesinin, halk içindeki herhangi bir kişiyi şüpheli inme durumunda kesin olarak yönlendirebildiği kanıtlanmıştır.

F.A.S.T Eylemi, İngiltere Halk Sağlığı ve NHS Choices tarafından yönetilen bir websitesi tarafından hasta öyküleri ve bir katılım daveti gibi daha ileri bilgilerle desteklenmiştir. Kamu alanlarına posterler, ilanlar ve diğer websiteleri için videoklipler gibi kampanyanın desteklenmesini sağlayacak kaynaklar sunan "viral" bir medya kampanyası olması planlanmaktadır.

Kampanya 2014 yılında birincil olarak televizyon ilanıyla ve harici organizasyonların destekleyici kampanya aktiviteleriyle sunulmuştur. Bir kamu kaynağı merkezi aracılığıyla merkezi olarak download edilebilecek başka kaynaklar da mevcuttur.

Links/References

http://www.nhs.uk/actfast/Pages/stroke. aspx

Stroke association

Neler Başarılmıştır?

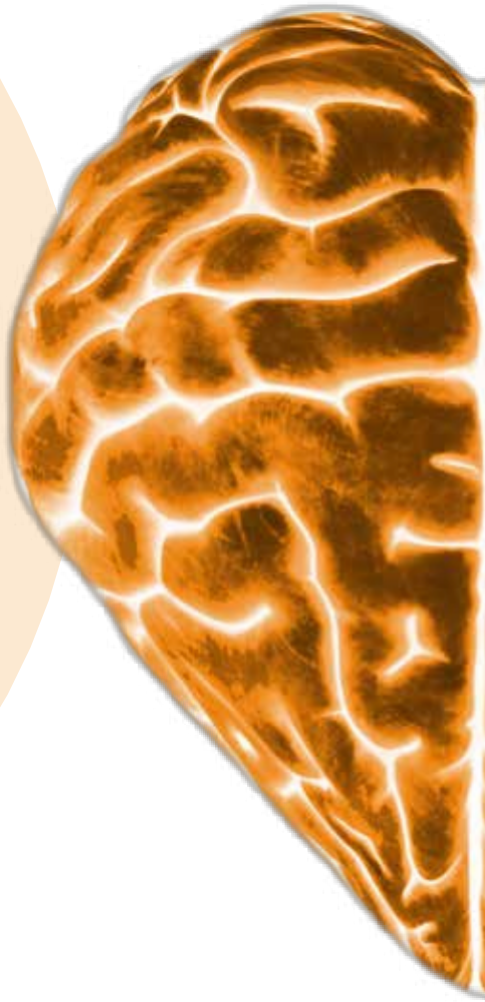
- Kampanyanın başlamasından bu yana, 999'a yapılan inmeyle ilgili çağrılarda %54'lik bir artış olmuştur. Bu, yaklaşık 24.000 kişinin inme semptomlarının başlamasından itibaren 3 saat içinde hastaneye ulaşabildiği anlamına gelmektedir.
- İnme semptomlarıyla ilgili farkındalık İngiltere'de şu an için %783 düzeyindedir.
- İnme derneği, İnme Bilgilendirme Yardım Hattını ve kendi websitelerindeki F.A.S.T kampanya sayfalarını sorgulamada yıllık bir artışı da görmektedir.

İrtibat Bilgileri

http://www.nhs.uk/actfast/Pages/contact-information.aspx VEYA stroke@dh.gsi.gov.uk
İnme Derneğinin F.A.S.T kampanyasına katılımı konusunda daha fazla bilgi için lütfen, Kıdemli Önleme Pazarlama Görevlisi Laura Harris ile irtibat kurun: laura.harris@stroke.org.uk

Öncelik 3:

AF'NİN DAHA İYİ TESPİTİ VE NABIZ KONTROLLERİNİN KLİNİK PRATİĞE ENTEGRASYONU



Öncelik 3 için Durum Çalışmaları

- **Eczanelerde nabız kontrolleri**
- **Nabzınızı Bilin Kampanyası – Birleşik Krallık, Çin, Hindistan, Avustralya, ABD, Uruguay**

ÖNCELİK 3: AF'NİN DAHA İYİ TESPİTİ VE NABIZ KONTROLLERİNİN KLİNİK PRATİĞE ENTEGRASYONU

Bildiklerimiz:

AF çoğu zaman hiçbir bariz semptom olmadan seyredebilir [10] ve bu yüzden birçok AF olgusunun ancak kişi inme gibi ciddi bir komplikasyonla doktoruna başvurduğu zaman teşhis edildiği düşünülmekterdir [21]. Ayrıca AF semptomları gelip gidebilir ve bu bazen tanıyı zorlaştırabilir. ESC kılavuzları bu boşluğu doldurmak için, klinik çalışma kanıtlarına dayanarak 65 yaşın üzerindeki herkesin AF açısından fırsatçı bir şekilde taranması gerektiğini önermektedir [20].

Bu Neden Önemlidir ?

AF'nin yeterli şekilde tespit edilmesi, AF ile ilişkili inmelerin önlenmesinde ilk adımdır.

AVRUPA ATLASINDAN ANAHTAR BULGULAR

•AF Prevalansı ile ilgili ülke düzeyindeki veriler çok sayıda kaynaktan köken almaktadır [18, 31, 33, 42, 46-64] ve güvenilirlik açısından farklı olmaları mümkündür; ancak birçok ülkeden gelen hesaplamalar AF prevalansının daha önce **hesaplanandan daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir** [18, 31;47;48;51;52;54-56;59;61-63;57].

•AF'nin bulunduğu ancak tespit edilmeden kaldığı **yaklaşık %10-45 oranında bir tespit açığı olduğuna dair kanıtlar vardır** [31, 33, 51, 62, 65, 66].

•**Toplum taraması** AF'nin tespit edilmesini iyileştirmek için önemli bir alanı yansıtmaktadır ve birçok ülkede ilginç pilot programlara yol açmış olabilir [65, 67].

•Ancak genelde **basit tarama araçları göz ardı edilmektedir.** Örneğin AF'nin, taramanın gerekli olduğu durumlar için WHO kriterlerini genellikle karşılamasına rağmen nabız kontrolleri henüz genel sağlık kontrollerinin bir parçası olarak entegre edilmemiştir [169].

Değişim Alanları

- 65 yaş ve üzerindeki bütün hastalar ESC kılavuzlarına uygun bir şekilde AF açısından fırsatçı bir şekilde taranmalıdır. Özellikle, AF'nin diğer ko-morbid sorunları olan kişilerde daha yüksek prevalansa sahip olduğu düşünüldüğünde zaten uzun-süreli tıbbi bir sorunu bulunan kişiler tarama için iyi adaylar olabilirler [30].
- Manüel (elle) nabız kontrolleri, ulusal sağlık organizasyonları veya sağlık sigortası kuruluşları tarafından finanse edilen ulusal sağlık kontrollerine entegre edilmelidir (Bkz. Durum Çalışması 7: "Nabzınızı Bilin" Kampanyası).
- Toplum taraması fırsatları her yerel kapsamda araştırılmalıdır – örneğin alışveriş merkezlerinde, toplum merkezlerinde, eczanelerde, grip kliniklerinde (Bkz. Durum Çalışması 6: İtalya'da eczanelerde tarama).
- Birinci basamak hekimleri tarafından AF'nin proaktif tespitini teşvik edecek teşvikler yerel çerçeve anlaşmalarına ve farklı ülkelerde varsa ödeme planlarına eklenmeli ve AF'nin tüm tıp camiasında anlaşılmasının gelişmesine yardımcı olacak hedeflenmiş profesyonel eğitimlerle desteklenmelidir.

> Ne kadar çok bakarsanız o kadar çok bulursunuz.
> **Profesör John Camm, AF yönetimi ile ilgili ESC kılavuzlarının baş yazarı.**

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR:

Ülke-düzeyindeki AF prevalansı hesaplamaları, daha önce hesaplanandan daha fazla sayıda kişinin AF'den etkilendiğini düşündürmektedir.

Uluslararası literatür geleneksel olarak, AF prevalansının popülasyonda %1.5 ile %2 arasında olduğunu öne sürmektedir [20]. Ancak AF prevalansı ile ilgili **birçok ulusal hesaplama bunun daha yüksek olabileceğini düşündürmüştür** [18;31;47;48;51;52;54-56;59;61-63].
(Bkz. Öncelik 7, AF prevalansı ile ilgili bütün mevcut ülke-düzeyindeki hesaplamalar.

Nabız kontrolü henüz klinik pratiğe entegre edilmemiştir.

AF tespitinin iyileştirilebilmesi için, birçok ülkedeki (örneğin Almanya, Danimarka ve Birleşik Krallık) hasta organizasyonları ve profesyonel topluluklar hükümetler nezdinde, belli bir yaşın üzerindeki hastalara sunulan **genel sağlık kontrollerine manüel nabız kontrollerinin de eklenmesi** konusunda lobi faaliyetinde bulunmuştur. Maalesef, AF'nin tarama için WHO tarafından belirlenen kriterlere genel olarak uymasına rağmen hükümetlerin bu konuda verdiği kararlar bunları entegre etmemek olmuştur [169].

AF olgularının büyük bir bölümü, ülkeye göre değişen bir şekilde %10-45 arasında tespit edilmeden kalmaktadır.

Mevcut bulunan prevalans verileri tespit edilmeden kalan AF olgularını hesaba dahil etmedikleri için bu verilerin düşük bir hesap olması muhtemeldir. Tespit edilmeden kalan olguların kesin sayısını elde etmek zordur ama farklı ülkelerde bazı hesaplamalar sunulmuştur – bunlar, çalışmaya göre değişen bir şekilde %10-45 arasında bir tespit açığını göstermektedir [31, 33, 51, 62, 65, 66](**Bkz. Tablo 3).**

Table 3: AF Prevalansındaki Tespit Açığı ile ilgili Ülke-Düzeyindeki Hesaplamalar

Ülke	Tespit Açığı (%)
Çek Cumhuriyeti	40%[66]
Norveç	11%[62]
Portekiz	36%[31]
İspanya	10%[33]
İsveç	45% (in 75-76 year olds), 30% of all AF cases[65]
Birleşik Krallık	18%[51]

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR:

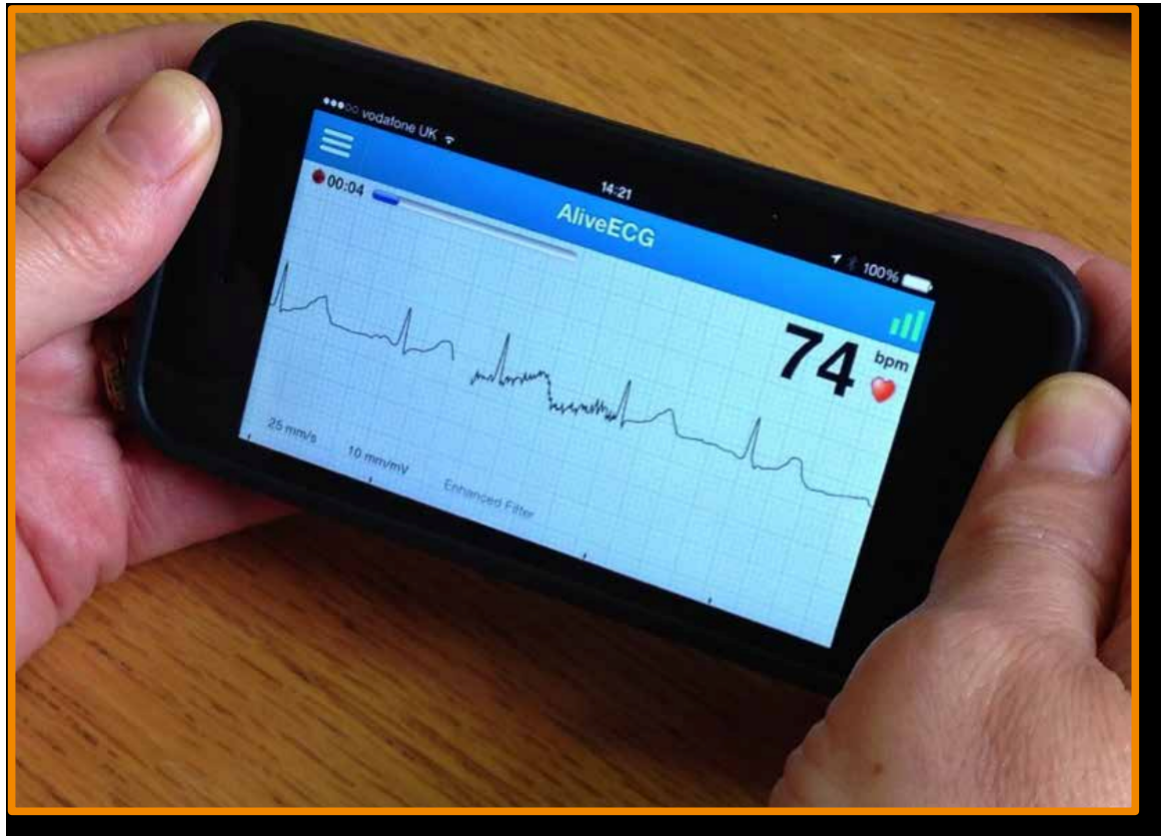
AF için toplum tarama programları tespit edilmemiş AF'yi ortaya çıkarabilir.

Toplum tarama programları AF tespitini iyileştirebilir [170]. Örneğin İsveç'te 75-76 yaşındaki kişileri kapsayan pilot bir tarama çalışması (STOPSTROKE [İnmeyi Durdur] Çalışması) AF **olgularının %45'inin tespit edilmediğini saptamıştır** [65]. Bu bulguların popülasyona-dayalı rakamlara uyarlanmasıyla yazarlar, İsveç'te hesaplanan %3'lük hesaplanan prevalans oranının %4-5 kadar yüksek olabileceğini düşündürmüştür [32, 65].

Toplum taraması fırsatları da her yerel kapsamda araştırılmalıdır. Örneğin**, mevsimsel grip aşılaması esnasında 65 yaş üstündeki kişilerin taranması** Birleşik Krallık'ın bazı bölümlerinde AF'yi tespit etmenin etkili ve ekonomik bir yolu olmuştur [171] ve eczanelerde yüksek kan basıncıyla aynı anda AF'nin de taranması İtalya ve Fransa'daki bazı eczanelerde gerçekleştirilmiştir (Bkz. Durum Çalışması 6).

Elde-taşınan EKG cihazları ve iPhone uygulamaları şeklindeki teknolojik gelişmelerin (Şekil 5) gelecekte toplum taramalarını kolaylaştırmaları olasıdır ve birinci basamak şartlarında AF'yi tespit etmede çok etkili oldukları gösterilmiştir [67]. Ancak belli bir ölçekte kullanılacaklarsa uygulanabilirliklerinin ve maliyet etkinlerinin daha fazla araştırılması gerekmektedir [170].

Şekil 5: *Kişinin kendi kalp ritmini kontrol etmesine imkan sağlayan portatif bir EKG, bir AliveECG örneği.*



DURUM ÇALIŞMASI6: İTALYA
ECZANELERDE NABIZ KONTROLLERİ

> *Genel kamuoyu, atrial fibrilasyonun inme için majör bir risk faktörü olduğunun hala yeterince farkında değildir. Bu inisiyatif, kişilerin inmeyi önleme çabaları içinde nabızlarını kontrol ettirmeleri ve kan basınçlarını kontrol ettirmeleri gerektiği mesajını iletmektedir.*
> *Paolo Binelli, Başkan, A.L.I.Ce. İtalya)*

✓ İNME İÇİN BİR RİSK FAKTÖRÜ OLARAK AF HAKKINDA DAHA FAZLA FARKINDALIK

Genel Balkış
Dünya İnme Gününün haftasında İtalya'daki 3000 eczanede genel halka kan basıncı monitorizasyonu ile birlikte bedava (ücretsiz) olarak nabız kontrolleri sunulmuştur.

Zaman Ölçekleri
Her yıl Dünya İnme Günü (29 Ekim) haftasında – 2011'den beri

3000 PHARMACIES ACROSS ITALY

Yaklaşım
Colpharma 2011'den beri 3000 eczanede, İtalya'daki dağıtıcısı eczanelere monitorizasyon aletlerini temin eden MicroLife inisiyatifinin sponsorluğunu yapmaktadır. İnisiyatif, A.L.I.Ce İtalya'nın himayesinde düzenlenmektedir. Kişilerin, yüksek kan basıncı ile ilgili olası problemlerin tespit edilmesi için kan basıncı yanında nabızlarını da kontrol ettirmeleri teşvik edilmektedir. Daha sonra gerektiğinde aile hekimlerine sevk edilirler.

2011'den beri binlerce kişi inisiyatiflere katılmıştır ve değerlendirilen kişilerin %5-6'sında AF bulunduğundan şüphelenilmiştir. Genelde, AF tanımlanan kişilerin %50'si bunun majör bir inme sebebi olduğunu bilmemektedir.

Neler Başarıldı?
- 3000 eczane katıldı.
- 1 haftalık bir dönemde binlerce kişi nabzını kontrol ettirdi ve yeni AF olgularının %5'den fazlası hekimlere sevk edildi.
- İnme için önemli bir risk faktörü olarak yüksek kan basıncı ile birlikte AF hakkında artan farkındalık.
- Bu inisiyatif ayrıca, Fransa-AVC (ulusal inme hasta organizasyonu) ortaklığıyla Fransa'da da tekrarlanmıştır.

Kaynak Açıklamları
İnisiyatifin finansal desteği Colpharma'dan. Kan basıncı ve nabız kontrol monitorizasyonu aletleri MicroLife tarafından temin edildi. İnisiyatifin promosyonu ve duyurulması A.L.I.Ce İtalya tarafından desteklendi.

Link / Referanslar
www.aliceitalia.org

A.L.I.Ce. Italia Onlus
Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale
www.allceitalia.org

İrtibat Bilgileri
Paolo Binelli, Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale (A.L.I.Ce. Italia)
paolo.binelli@aliceitalia.org

DURUM ÇALIŞMASI 7:
BİRLEŞİK KRALLIK VE DÜNYA «NABZINIZI BİLİN» KAMPANYASI

> Hepimiz kilomuzu, kan basıncımızı, kolesterolümüzü, kanser durumunda herhangi bir yumruyu kontrol ettirmeyi biliyoruz – ama çok azımız kendi nabzını kontrol etmeyi biliyor. Basit bir nabız kontrolü düzensiz bir kalp ritmini tanımlayabilir – potansiyel AF'nin teşhisinde bu ilk bulgudur. Nabız kaydınızın alınması, doktorunuzun sizde AF olup olmadığını belirlemesine ve sizin için AF ile ilişkili inme riskinizin azaltılmasına yardımcı olacak etkili bir tedavi başlamasına yardımcı olacaktır.
> (Trudie Lobban, MBE, Atrial Fibrilasyon Derneği)

✓ **AF'nin daha iyi tespiti ve nabız kontrollerinin klinik uygulamaya dahil edilmes**

Gözden Geçirme

İnsanların nabızlarını kontrol etmelerini sağlayacak ve rutin nabız kontrollerinin klinik pratiğe dahil edilmesini teşvik edecek geniş bir kampanya.

Zaman Ölçekleri

2009'da başladı, hala devam ediyor

Kaynak Açıklamaları

Kampanya, Birleşik Krallık'da Atrial Fibrilasyon derneği ve farklı ülkelerde diğer AF dernekleri tarafından düzenlenmektedir. Kampanya, Bayer Healthcare ve diğer özel kampanyalardan sağlanan eğitim fonlarından yararlanmıştır.

Neler Başarıldı?

- Genel kamuoyunda kişinin AF'yi tespit etmenin ilk adımı olarak kendi nabzını kontrol etmesinin önemi ile ilgili daha iyi farkındalık ve anlayış.
- Kampanya, Birleşik Krallık'ta Sağlık Bakanlığı tarafından ve diğer ülkelerde önde gelen kardiyoloji toplulukları tarafından desteklendi.
- Katılımcı ülkelerde ulusal parlamentolarda, okullarda ve diğer kamu alanlarında halk etkinlikleriyle AF üzerine odaklanan güçlü bir politik kampanya.

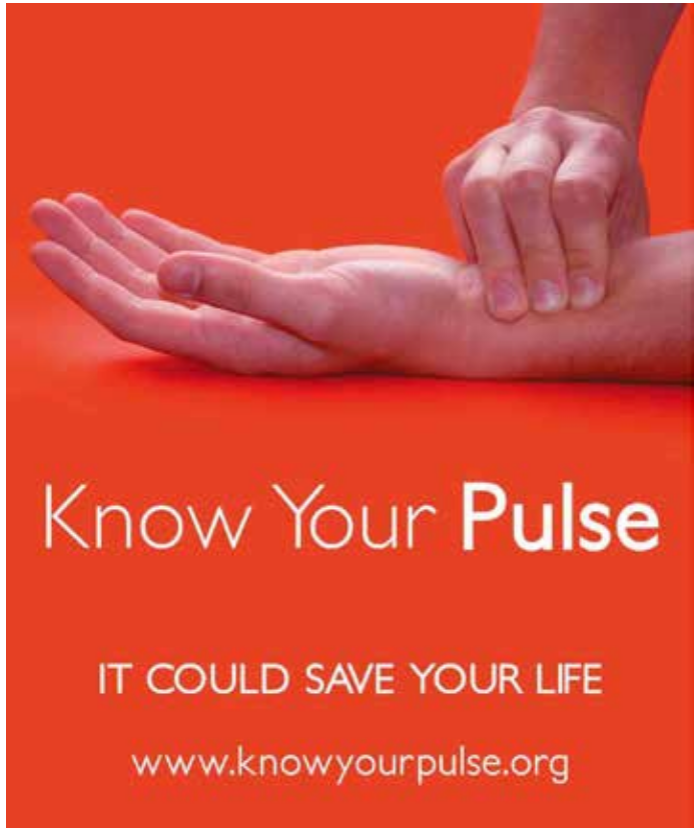
Yaklaşım

"Nabzınızı Bilin" (KYP) kampanyası ilk kez 2009 yılında Kalp Ritim Haftasında AF Derneği ile Arrythmia Alliance (Aritmi İttifakı) tarafından ortak bir şekilde düzenlenmiştir. Amacı, potansiyel kardiak aritmileri tanımanın en etkili yollarından biri olarak nabız ile ilgili olarak halkın ve tıp camiasının farkındalığını arttırmaktır. Birleşik Krallık'ta başlayan ve halen Birleşik Krallık, Avustralya, ABD, Uruguay, Çin ve Hindistan'da devam eden kampanya hepimizin nabzımızın farkında olmamız gerekliliğini teşvik etmekte ve hükümetleri rutin manüel nabız kontrollerini klinik pratiğe dahil etme konusunda cesaretlendirmektedir.

Kampanya binlerce etkinliği ve sosyal medyayı kapsamıştır. Kampanyanın websitesi, kişilerin kendi politikacılarına genel sağlık kontrollerinde ve grip aşılama kliniklerinde AF taraması için nabız kontrollerini tanıtma konusunda lobi faaliyetlerinde bulunmaları için tahsis edilmiş bir uygulama, "Kalbinizin Ritmini Bilin" uygulaması ve araçlar (tıbbi pratisyenlere mektuplar) içermektedir.

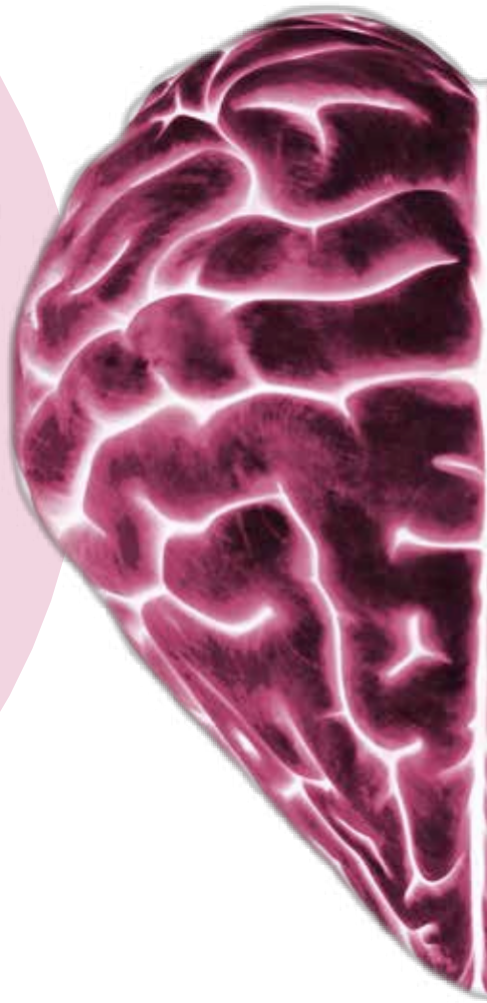
Linkler / Referanslar
http://pulse.knowyourpulse.org/

İrtibat Bilgileri:
kyp@heartrhythmcharity.org.uk



Öncelik 4:

ARTMIŞ İNME RİSKİ ALTINDA BULUNAN HER AF HASTASI İÇİN UYGUN ANTİKOAGÜLASYON TEDAVİSİ



Öncelik 4 için Durum Çalışması

- **AF Kalp Programı**
- **Yeni antikoagülanların kullanımı için EHRA Pratik Kılavuzu**
- **Bradford'da en iyi pratik uygulamayı sürdüren birinci basamak liderliği**

Öncelik 4: ARTMIŞ İNME RİSKİ ALTINDA BULUNAN HER AF HASTASI İÇİN UYGUN ANTİKOAGÜLASYON TEDAVİSİ

Bildiklerimiz:

Belli bir OAC tedavisini reçeteleme kararı, tedavinin her hasta için potansiyel yararları (inmenin önlenmesi) ile riskleri (artmış majör kanama riski) arasında – ve ayrıca hastanın tercihleri ile değerleri arasında dikkatli bir denge kurulmasını gerektirir [23, 24]. Kanıtlar, hekimlerin kanama riskini olduğundan daha yüksek hesapladığını ancak OAC tedavisiyle inme riskini düşük hesapladıklarını [28] ve bu yüzden AF hastalarına uygun OAC tedavisi sunmadıklarını düşündürmektedir.

Bu Neden Önemlidir ?

ESC Kılavuzları, çok düşük inme riski altında bulunanlar haricindeki diğer bütün AF hastalarına bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak en uygun antikoagülasyon tedavisinin sunulmasını önermektedir [20].

AVRUPA ÇAPINDA ANAHTAR BULGULAR:

•OAC tedavi kullanımı ile ilgili ülke düzeyindeki hesaplamalar, AF hastalarının büyük bir bölümünün klinik kılavuzlara uygun bir şekilde OAC tedavisini almadığını ve tedavi açığının en son uluslararası kayıt çalışmalarında bildirilenden daha büyük olduğunu düşündürmektedir:

- Verilerin bulunduğu 20 ülkenin 13'ünde AF hastalarının %40'ı OAC tedavisi almamaktadır [31;52;62-64;68-90;97].
- Verilerin bulunduğu 15 ülkenin 8'inde yüksek riskli hastaların %40'a varan bir bölümü OAC tedavisi almamaktadır [52;57;63;72;77;82;91-98].
- Hekimler genellikle, aspirinin AF ile ilişkili inmeyi önlemede etkisiz olduğunu gösteren kanıtlara rağmen aspirine gereğinden fazla güvenmektedir (bel bağlamaktadır) [27].

•Ulusal kılavuzların OAC tedavisini önerdiği ülkelerde bile OAC kullanımı açısından yerel koşullar arasında ciddi düzeyde bir varyasyon söz konusudur – bu durum, lokalize kalite iyileştirme programlarına duyulan ihtiyaca işaret etmektedir.

•Pratik uygulamada aşağıdakileri içeren önemli eksiklikler söz konusudur:

•En yüksek inme riski altında bulunan hastaların yetersiz tedavisi [52, 70, 91, 92] ve inme riski altında olmayan hastaların aşırı-tedavisi [52;69;76;98;99;70].

•İnme açısından daha yüksek bir risk altında bulunan özellikle yaşlı kadınlar başta olmak üzere yaşlı hastaların yetersiz tedavisi [75, 76, 92, 100, 101].

Değişim Alanları:

- Erişimdeki eşitsizliklerin yerel koşullar arasında çözümlenmesini ve yerel bakım yollarına iyi pratik uygulamaların kurulmasını sağlamak için yerel kalite geliştirme çerçeveleri geliştirilmelidir (Bkz. Durum Çalışması 10: Bradford'da en iyi pratik uygulamaları sürdüren birinci basamak liderliği).
- Bunlar mümkünse, GP'lerin mevcut kılavuzlara uymalarını teşvik edecek finansal teşviklerle desteklenmelidir.
- Bütün AF hastalarını inme riski açısından değerlendirmenin ve her hastaya özellikle birinci basamak bakımda bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak en uygun OAC tedavisini sunmanın önemi ile ilgili hekim eğitim araçlarına ve kaynaklarına da ihtiyaç vardır (Bkz. Durum Çalışması 8: AF Kalbi).
- OAC alternatiflerinin uygun ve güvenli bir şekilde kullanılmasını ve hastalara bireyselleştirilmiş bir tedavi yaklaşımının sunulmasını sağlamak için hekimlere ve hastalara bütün OAC tedavi alternatifleriyle ilgili bilgiler de sunulmalıdır [157, 172] (Bkz. Durum Çalışması 9: yeni antikoagülanların kullanımı ile ilgili EHRA pratik kılavuzu).

> **AB'de her yıl yaklaşık 360.000 yeni AF ile ilişkili inme olgusu olmaktadır – ve bunların büyük bir bölümü uygun antikoagülasyon tedavisiyle önlenerek ciddi düzeydeki morbiditeden, ölümden ve topluma getirilen yükten kaçınılabilir.**
> **Eve Knight, Antikoagülasyon Avrupa Başkanı**

Öncelik 4: ARTMIŞ İNME RİSKİ ALTINDA BULUNAN HER AF HASTASI İÇİN UYGUN ANTİKOAGÜLASYON TEDAVİSİ

DAHA DERİNLMESİNE ÖZET BULGULARI

Pek çok ülkede hastaların önemli bir bölümü OAC tedavisiyle tedavi edilmemektedir ve bunun yerine, kullanımının en son klinik kanıtlarla veya ESC kılavuzlarıyla desteklenmemesine rağmen kendilerine aspirin verilmektedir.

OAC tedavisinin uygulanması ile ilgili veriler 22 ülkede mevcuttur ve bu veriler Tablo 4'te gösterilmiştir. Bu oranlar, uluslararası kayıtların en son yayınlanmasında bulunanlarda genellikle çok daha düşüktür [173-175] – muhtemelen, bu ulusal çalışmaların çoğunda hastaların daha çok birinci basamak da dahil olmak üzere OAC tedavisinin daha seyrek olarak uygulandığının bilindiği uzman olmayan merkezlerden toplanmasını yansıtan bir durumdur [176]. Anahtar bulgular şu şekildedir:

- Verilerin bulunduğu 20 ülkenin 13'ünde AF **hastalarının %40'a varan bölümü OAC tedavisi almamaktadır** [31, 52, 62-64, 68-90, 97].
- **Verilerin bulunduğu 15 ülkenin 8'inde AF hastalarının %40'a varan bölümü OAC tedavisi almamaktadır** [52, 57, 63, 72, 77, 82, 91-98].
- Birçok ülkede, inmeyi önlemede daha az etkili olmasına ve OAC tedavisi ile karşılaştırıldığı zaman daha düşük bir kanama riski taşımamasına dayanılarak ESC kılavuzlarında artık önerilmemesine **rağmen aspirine aşırı şekilde bel bağlanmaktadır** [20, 27].

Tablo 4: *Farklı ülkelerde OAC Tedavisi kullanımı (veriler, > 2006 çalışmalarıyla sınırlıdır).*

Ülke	**OAC tedavisi** alan yüksek riskli hasta yüzdesi	**OAC tedavisi** alan yüksek riskli hasta yüzdesi
Çek Cumhuriyeti	75%[73]	
Danimarka	32-66%[72;79]	69%[72]
Estonya	66%[88]	
Finlandiya	60%[82]	71%[82]
Fransa	51%[89]	
Almanya	60-83%[63;71;84]	70%[63]
Yunanistan	39%[85]	33%[59]
Macaristan	50-60%[78,68]	
İrlanda	47%*[52]	59%[52]
İtalya	46-69% [64;76;98]	69% [98]
Letonya		39.4%***[97]
Hollanda	69%[70]	87%[70]
Norveç	94%[62]	
Polonya	50%[86]	15%[57]
Portekiz	34-41% [31;80;87]	
Romanya		71%**[96]
Slovakya	67%[77]	58%**[77]
İspanya	52-84%[74;83;94]	57%-59%[91;94]
İsveç	42[177]-64%[69]	50%[92]
İsviçre	51%[90]	80%****
Türkiye	44%[81]	
Birleşik Krallık	56%[75]	51%[95,93]

* OAC tedavisi için uygun olan ve OAC tedavisi alan hasta yüzdesi

** Geçirilmiş GİA veya inme öyküsü olan hastalar şeklinde tanımlanmıştır.

*** Hastaneden inmeyle taburcu edilen hastalarda OAC oranları şeklinde tanımlanmıştır.

**** Uzman görüşü, yayınlanmamış veriler.

Şu ülkeler için veri bulunmamaktadır: Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Letonya, Slovenya.

DAHA DERNLEMESİNE ÖZET BULGULAR:

Ulusal kılavuzların OAC tedavisinin yaygın bir şekilde kullanılmasını önerdiği ülkelerde bile, yerel pratiklerde büyük bir varyasyon bulunmaktadır.

Avrupa'nın birçok ülkesinde sağlık bakımının özelleştirilmesi, AF ile ilişkili inmenin önlenmesi ile ilgili **pratik uygulamalarda ciddi düzeyde heterojenlik ile sonuçlanmıştır** – ve bu heterojenlik, ulusal standartlara ve kılavuzlara rağmen genellikle mevcut bulunmaktadır.

Örneğin İsveç'te, Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu (NBHW) kısa bir süre önce, hastalık yükünün azaltılması için, inme için ek bir risk faktörü bulunan AF hastalarının en az %80'inin antikoagülan tedavi alması gerektiği KPI'larından birini tanıtmıştır. Teorik olarak bu KPI'ların anlamı, yerel bir düzeyde odaklanmaya ve yatırıma yol açmalarıdır. Ancak pratikte şu ana kadar: İsveç'teki 21 şehir konseyinin hiçbiri bu hedefe ulaşamamıştır.

Özellikle birinci basamak bakımdaki **yerel kalite iyileştirme inisiyatifleri** lokaliteler arasındaki farklılıkların azaltılmasına yardımcı olabilir ve kılavuzların yerel uygulanmasını teşvik edebilir. Ancak az sayıda ülke bu tür inisiyatiflerin gerçekleştirildiğini bildirmiştir (Bkz. Durum Çalışması 10).

DAHA DERNLEMESİNE ÖZET BULGULAR:

Yetersiz tedavi ve aynı zamanda aşırı-tedavi yaygındır

Çeşitli ülkelerden alınan bulgular, hekimlerin OAC tedavisini reçete etme kararlarını inme riskine dayandırmadığını ve inme riski katmanlandırma şemalarını anlamalarının ve kullanmalarının sınırlı olduğunu da düşündürmektedir. Bu bulgular, daha önceki raporların bulgularını doğrulamaktadır [35]. Özel olarak belirtmek gerekirse:

•**Yetersiz tedavi:** yani, en büyük inme riski altında bulunan hastalara çoğunlukla OAC tedavisi sunulmamaktadır [52, 70, 91, 92] ve

•**Aşırı tedavi:** inme için bilinen risk faktörleri bulunmayan hastalara çoğunlukla OAC tedavisi sunulmaktadır [52, 69, 70, 76, 98, 99].

•Yetersiz tedavi, birinci basamak gibi uzman olmayan koşullarda önemli bir problemdir – bu durum, dahiliye departmanlarına örneğin kardiyoloji departmanlarıyla karşılaştırıldığında daha çok sayıda birden **çok morbid sorunu bulunan hastaların** başvurma eğiliminde olmasını yansıtıyor olabilir.

Yaşlı kişiler, özellikle de yaşlı kadınlar en büyük inme riski altında bulunmalarına rağmen en yüksek yetersiz-tedavi riski altındadırlar.

Pek çok ülkede, OAC tedavisinin yetersiz kullanılması, diğer bakımlardan sağlıklı olsalar bile yaşlı kişilerde en fazladır [75, 76, 91, 100, 101].

Yaşlı kişiler en büyük AF ve inme riski altında bulundukları için bu endişe verici bir durumdur [13]. Özellikle yaşlı kadınlar, OAC tedavisinin bu hasta popülasyonunda en büyük faydayı sağlayabildiğine dair kanıtlara rağmen [179] en büyük , yetersiz-tedavi riski altında bulunmaktadır [81, 178]. Bu bulgu maalesef, kalp hastalığı bulunan kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında yetersiz tedavi edilme eğiliminde olduğuna dair çok sayıdaki raporla benzer bir durumu yansıtmaktadır [180].

DURUM ÇALIŞMASI 8: ONLINE ARAÇ

AF KALBİ PROGRAMI

> **Başlangıçta hekimlere bilgi sağlamak amacıyla tasarlanmış olmasına karşın AF'de uzman olmayan kişilerin meslektaşlarıyla iyi pratik uygulamaları değiş-tokuş edebilecekleri bir forum olarak websitesini memnuniyetle karşıladıklarını saptadık.**
> **(Jo Jerrome, Atrial Fibriblasyon Derneği)**

✓ *UYGUN ANTİKOAGÜLASYON TEDAVİSİ*

Gözden Geçirme

Sağlık bakım profesyonellerine, kendilerini AF hastalarını daha iyi teşhis ve tedavi etmek ve yönetmek konusunda beceriler ve bilgi ile donatacak sanatsal durum kaynakları sağlayan web-tabanlı bir kaynak

Zaman Ölçekleri

Site, Haziran 2013'te açılmıştır ve o zamandan beri sürekli olarak çalışmaktadır.

Kaynak Açıklamaları

Çeşitli özel ve ticari kaynaklardan finansal destekle tamamı Atrial Fibrilasyon Derneği (hasta organizasyonu) tarafından oluşturulan ve yönetilen kaynak.

Linkler / Referanslar

http://www.heartofaf.org/

Yaklaşım

Site, online bir bilgi platformu olarak işlev görmektedir ve AF'li kişilerin bakımında yer alabilen bütün sağlık profesyonellerini hedef almaktadır. Site, farklı ortamlarda çalışan çok çeşitli sağlık profesyonelleri tarafından kullanılmaktadır (örneğin GP'ler, acil hekimleri, komisyonlar ve tıp öğrencileri) ve materyaller çok çeşitli profesyoneller için uygundur.

Sunulan kaynaklar şunları içermektedir: Bir sorun olarak AF ile ilgili kılavuzlar, bilgiler, tedavi seçenekleri, görevlendirme ile ilgili bilgiler, gerçek yaşam örnekleri ve ilgili kurslara imza postalama da dahil olmak üzere eğitim kaynakları. Kullanıcılar bunu ayrıca iyi pratikle ilgili bir değiş tokuş için bir ağ ve forum olarak da kullanmaktadır.
.

THE HEART OF AF

Neler Başarıldı ?

- İlk 12 ayda websitesine 4973 ziyaret ve 1293 yeni sağlık bakım profesyonelinin katılımı. Ve her geçen ay artan ziyaretçi sayısı.
- Sitede bilgi paylaşmak için AF Derneğine yaklaşan giderek artan sayıdaki merkezler ve ayrıca bilgi almak için siteye giren diğerlerinden alınan geri bildirim.
- Uzman olmayanların AF ve yönetimi hakkında daha iyi bilgilendirilmesi yönünde sağlanan katkılar.
- AF yönetimi konusunda, uzman olmayan hekimler arasında bilgi değiş tokuşu ve en iyi pratik uygulamaların paylaşılması için bir forum.

İrtibat Bilgileri
Jo Jerrome, Atrial Fibrillation Association
info@afa.org.uk

DURUM ÇALIMASI 9: AVRUPA
YENİ ANTİKOAGÜLANLARIN KULLANIMI İLE İLGİLİ EHRA PRATİK KILAVUZU

> **Benzerliklerin ve farklılıkların neler olduğunun hekimler tarafından anlaşılması için NOAC'larla ilgili bütün bilgileri bir araya topladık. KÜB'lerde (hasta bilgilendirme formları) bulunan bütün bilgilerin aynı zamanda kendi dokümanımızda da bulunması için ilaç firmalarıyla yakın bir ilişki içinde çalıştık.**
> Profesör Hein Heidbuchel – Başyazar [181].

✓ *UYGUN ANTİKOAGÜLASYON TEDAVİSİ*

Gözden Geçirme

Farklı NOAC'ları hastalarıyla birlikte kullanmalarında hekimlere yardımcı olacak, ESC 2012 kılavuzlarının tamamlayıcısı olması düşünülen pratik bir kılavuz.

Zaman Ölçekleri

2013'te yayınlandı [157], güncellenecek.

Kaynak Açıklamaları

EHRA Pratik Kılavuzu ve bütün destekleyici eğitim materyali sadece Avrupa Ritim Derneği tarafından üretilmiştir ve Boeringher Ingelheim, Bayer, Daiichi-Sankyo ve Pfizer ve Bristol-Myers Squibb'ten alınan kısıtsız ve eğitim fonları ile finanse edilmiştir.

Linkler / Referansla

Heidbuchel H., et al. Avrupa Kalp Ritim Derneğinin valvüler olmayan atrial fibrilasyon hastalarında yeni oral antikoagülanların kullanılmasıyla ilgili Pratik Kılavuzu. Europace 2013; 15(5): 625-651 [157].
www.NOACforAF.eu

Yaklaşım

ESC 2012 kılavuzları, AF ile ilişkili inmenin önlenmesi için VKA'lara alternatif olarak NOAC'ları önermektedir; yeni olmaları göz önüne alındığında hekimlerin ve hastaların NOAC'ları ne şekilde güvenli ve etkili bir şekilde kullanacaklarını öğrenmeleri gerekecektir. Bu sebeple Avrupa Kalp Ritim Derneği (EHRA) NOAC'ların pratik kullanımı konusunda klinisyenleri desteklemek için, kendilerine tek tek NOAC'ları kullanılması için ESC kılavuzlarına tamamlayıcı olarak işlev görecek pratik bir kılavuz sağlayarak tek bir kapsamlı kılavuz geliştirmiştir. Bu kılavuz, en iyi pratikle ilgili mevcut kanıtları özetler ve 15 somut klinik senaryo için pratik direktifler verir. NOAC kullanan hastalarla, NOAC'ların anti-koagülasyon yararının nasıl ölçüleceğiyle, ilaç-ilaç etkileşimleriyle ve NOAC'ların farmakokinetiğiyle, antikoagülan rejimleri arasında geçiş yapılmasıyla, ko-morbiditelerin ve komplikasyonların yönetimiyle ve diğer çeşitli önemli "ya …." senaryosuyla ilgili başlangıç ve takip şemalarını kapsarlar.

Bu kılavuz klinik pratiğe yardımcı olacak, NOAC'larla ilgili önerilen bir hasta bilgilendirmesi, planlanmış ve planlanmamış bütün ziyaretlerin kaydedilmesi için bir kart ve eş zamanlı olarak kullanılan her türlü ilacı listeleyen bir kalıp içeren birleşik kaynaklarla birlikte gelmektedir. Yeni bilgilerin ve kanıtların hızlı bir şekilde geliştiğini fark eden EHRA, anahtar mesajların bulunduğu destekleyici bir websitesi olan www.NOACforAF.eu sitesini ve cep büyüklüğünde bir kitapçığı sunmuştur.

EHRA pratik kılavuzu Avrupa'daki 5 farklı ülkenin önde gelen kardiyologları tarafından birlikte yazılmıştır.

Neler Başarıldı ?

- Hekimlerin ESC kılavuzlarını farklı klinik durumlarda uygulamalarına yardımcı olacak pratik bilgiler
- Hekimlere tek tek NOAC'ların karakteristikleri, riskleri ve yararları hakkında yararlı bilgiler.
- Hastaların ilaçlarının kaydını tutabilecek, tedaviyi ne şekilde optimize edebilecekleri konusunda onları eğitecek ve farklı bakım sağlayıcılar tarafından sunulan bakımın bütünlüğünü sağlayacak yararlı, adapte edilebilir hasta bilgilendirme kartları.

İrtibat Bilgileri
ESC Press Office
press@escardio.org

DURUM ÇALIŞASI 10: Birleşik Krallık

AF KALİTE GELİŞTİRME PROJESİ (AFQIF) – BRADFORD'DA BİRİNCİ BASAMAK LİDERLİĞİ

> **Kılavuzlar önemlidir ama bir şeylerin gerçekten değişmesi için, her sağlık çalışma yerinde meslektaşlarıyla birlikte en iyi pratik uygulamaları sürdürebilecek ve mevcut politika araçlarını destekleyecek klinik liderleriniz olmalıdır.**
> **Dr. Matthew Fay, GP İcra Üyesi, Bradford Bölgesi Klinik Görevlendirme Grubu Westcliffe Tıp Merkezi**

Gözden Geçirme

Yerel görevlendirme kuruluşları ile GP'ler arasında bir işbirliği yaklaşımının öncülüğünde gerçekleştirilen ve AF hastaların antikoagülasyon oranlarını iyileştirmeyi amaçlayan bir kalite geliştirme projesi

Zaman Ölçekleri

İlk inisiyatif 2012'de 18 aylık bir takiple başlamıştır ancak kalite geliştirme modeli o zamandan beri katılımcı çalışma yerlerine eklenmiştir.

Kaynak Açıklamaları

Program, mevcut kaynaklar ve gönüllü GP çalışma zamanları kullanılarak fonlandırılmıştır. Ekonomik bir ön-değerlendirme analizi, uygulamanın toplam maliyetinin AF ile ilişkili inmenin önlenmesiyle ilişkili olarak azalan maliyetlerle ciddi bir şekilde dengelendiğini düşündürmüştür.

Yaklaşım

Bradford'da AF hastalarında antikoagülasyon tedavisinin kullanımını ve kalitesini iyileştirmek amacıyla, GP'ler için ulusal teşvik çerçevesini (Kalite Sonuçları Çerçevesini) tamamlayıcı olarak bir kalite iyileştirme inisiyatifi kurulmuştur. Seksen yerel çalışma yerinden 64 tanesi bu inisiyatife katılmıştır. Katılımcı yerlere iyileştirmeyi teşvik edecek 10 tane basit, kanıta dayalı strateji sunulmuştur. Program, OAC tedavisi alan AF hastalarının sayısında anlamlı bir artış ile birlikte en büyük iyileşmeyi en yüksek inme riski altında bulunan hastalarda sağlamıştır. Başarı faktörleri şunları içermekteydi:

•

•Bütün katılımcı yerlerde değerlendirilen kesin ölçülebilir göstergeler ve iyileştirmeyi teşvik edecek geri bildirim.
•Yerel komisyonlarla, halk sağlığıyla ve yerel hastanelerle işbirliği halinde çalışan yerel GP'lerden liderlik
•Meslektaş kolaylaştırması için, Çalışma yerlerinin "uzmanlar" olarak birbirlerine öğretecekleri çok olduğunu öğrenmeleri gerektiğini anlayan, kesin bir yaklaşım.
•Q&A, uzman etkinlikleri, eğitim, pratik ziyaretler ve IT destek araçları şeklindeki tavsiye ve desteklerin sürekli bulunabilmesi.

Neler Başarıldı ?

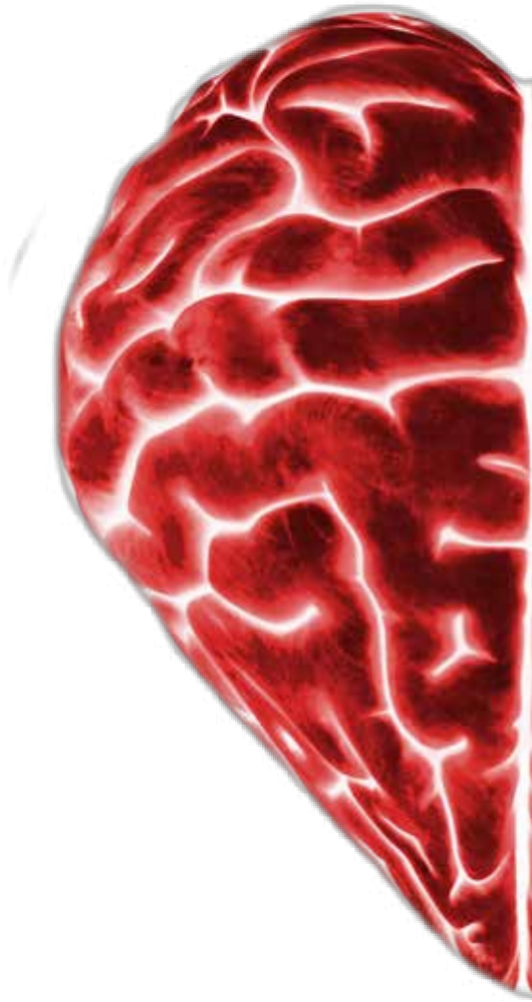
- 18 ay içinde, OAC tedavisine başlanan hastaların oranında katılımcı olmayan yerlerde %4'lük görece artışa karşı
- %31 oranında görece artış.
- Bir yılda inmede %10 oranında azalma
- 25 inmenin ve 17 ölümün önlenmiş olduğu hesaplanmıştır.

İrtibat Bilgileri

Dr. Matthew Fay
GP Principal, Westcliffe Medical Practice and GP Executive Member Bradford Districts CCG
Westcliffe Medical Centre
matthew.fay@bradford.nhs.uk

Öncelik 5:

HASTA MERKEZLİ BAKIM VE HASTALARA KESİN BİLGİLENDİRME



Öncelik 5 için Durum Çalışmaları

- AF riski inme hesaplayıcısı
- AF yönetimi için hemşire liderliğinde entegre kronik bakım

Öncelik 5: HASTA MERKEZLİ BAKIM VE HASTALARA KESİN BİLGİLENDİRME

Bildiklerimiz:

Hekimlerin ve hastaların, OAC tedavisinin görece risklerini ve yararlarını görme biçimi bakımından farklılık gösterdikleri bilinmektedir: hekimler, hastalarla karşılaştırıldığında kanama riskini olduğundan fazla hesaplama ve inme riskini düşük hesaplama eğilimindeyken [28] hastalar inme riskinin düşürülmesine daha fazla önem vermektedir [24, 182].

Bu Neden Önemlidir?

OAC tedavisinde sebat edilmesi düşük oranda olup [183] OAC tedavisi alan AF hastalarının %60'a varan bir bölümü ilk yıl içinde tedaviyi sonlandırır [184].

AVRUPA ATLASINDAN ANAHTAR BULGULAR

•AF hastaları kendi durumlarını, artmış inme riskini ve OAC tedavisinin amacını genellikle iyi anlayamazlar [35, 102, 104].

•Hekimlere göre, AF hastaları için bulunan bilgi miktarı ve kalitesi diğer kardiyak durumlarla karşılaştırıldığında daha düşüktür [23].

•Bazı ülkeler, AF hastalarına bakımları süresince uzman hemşirelerin koordine edici ve destekleyici bir rol oynamalarıyla hasta-merkezli bir bakım yaklaşımı sunmak için hemşire liderliğinde AF bakımı aramaya başlamışlardır [108].

Değişim Alanları:

- Hastaların, OAC tedavisinin önemini anlamalarını arttırmaya yardımcı olmak ve tedaviye uyumlarını teşvik etmek için AF, AF ile ilişkili inme ve OAC tedavisinin önemi ilgili **kolay erişilebilir bilgilere** acil bir şekilde ihtiyaç duyulmaktadır.
- **AF hastalarına ve ailelerine yerel bir destek ağı** ve ayrıca kendi hastalıklarıyla birlikte yaşamayı, doğru tedavi seçimleri yapabilmeyi ve yaşam kalitelerini arttırmanın yollarını bulabilmeyi öğrenmeleri için ihtiyaç duydukları bilgileri, başa çıkma becerilerini ve desteği sağlamak için hasta organizasyonlarının geliştirilmesini destekleyecek kaynaklar önemlidir.
- Hekim-hasta ilişkisine ve **hekim ile hastası arasında paylaşılmış (ortak) karar-verme süreçlerine yardımcı olacak araçların geliştirilmesi** de teşvik edilmelidir (bkz. Durum Çalışması 11: AF inme riski hesaplayıcısı).
- **Sağlık bakım sistemleri, bir bakım modeli olarak hemşire-liderliğindeki AF kliniklerinin uygulanabilirliğini araştırmalı** ve AF hastalarına sürekli olgu yönetimi, destek ile toplum ve hastane ortamlarında bilgi sağlayacak uzman hemşirelere yatırım yapmalıdır (Bkz. Durum Çalışması 12: Maastricht'te AF bakımı için hemşire-liderliğinde entegre bir kronik model).

"Hastalar çok sık bir şekilde, kendilerine oral antikoagülasyon reçete edildiğini çoğu zaman ya anlamamakta ya da bu kendilerine söylenmemektedir. Antikoagülasyon ilaçlarının alınmasıyla AF semptomları ortadan kaybolmaz ve bu yüzden hastalar çoğu zaman bir fark hissetmedikleri için ilacı almayı keserler. Baş ağrınız için size parasetamol verilmişse ve ağrınız geçmemişse ilacı bırakırsınız. OAC tedavisine iyi bir uyum sağlamak istiyorsak, tedavinin amacıyla ilgili olarak hastalara sunduğumuz bilgileri iyileştirmemiz ve reçete edilen tedaviye bağlı kalmanın kritik önemini vurgulamamız gerekir".

(Trudie Lobban, MBE, Atrial Fibrilasyon Derneği)

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BİLGİLER:

AF hastaları kendi durumlarını, artmış inme riskini ve OAC tedavisinin amacını genellikle iyi anlayamazlar

Çok sayıda ülkeden alınan bulgular, AF hastalarının çoğunun kendi hastalıkları, AF riski ve OAC tedavisinin rolü hakkında **yeterince bilgilendirilmediklerini düşündürmektedir**. Örneğin:

•Uluslararası bir hasta anketi, AF hastalarının %25'e varan bir bölümünün kendi hastalıklarına başka birine açıklayamadığını saptamıştır [102].
•Bir Birleşik Krallık çalışmasında, AF'li hastaların %56'sı AF'nin inmeye yol açabileceğini bilmemekteydi [103].
•Pekçok hasta, kendilerine OAC tedavisinin neden başlandığını bilmemektedir [35].
•İnme geçirmiş hastaların bile inme için risk faktörleri konusunda düşük bir anlayışa sahip oldukları saptanmıştır – özellikle yaşlı hastalar ve mükemmel iyileşmesi olanlar [104].

AF hastaları için, bakımlarına düşük oranda katılmalarına yol açan genel bir yüksek-kaliteli bilgi ve destek eksikliği söz konusudur

AF'ye, antikoagülasyona ve inmeye odaklanmış hasta organizasyonları birçok Avrupa ülkesinde mevcuttur. Ancak, özellikle Doğu Avrupa ve Baltık ülkelerinde bilgi ve destekte hala önemli boşluklar (eksikler) vardır.
Beş AB ülkesindeki hekimler ve hastalar üzerinde yapılan bir anket çalışmasında hekimler, AF ile ilgili hasta bilgilerinin miktarının ve bulunabilirliğinin diğer kardiyak hastalıklarla karşılaştırıldığında daha düşük düzeyde olduğunu öne sürmüşler ve AF hastaları da klinik kararlara düşük katılımın ve destek yokluğunun önemli bir endişe kaynağı olduğunu belirtmişlerdir [23].
Aynı çalışmada, AF hastalarının ortalama %14'ü ilaçlarının potansiyel yan etkileri konusunda bilgilendirilmiş olduklarını bildirmiştir beş ülkedeki değer aralığı: %9 - %30) [23].
Benzer şekilde, bir İtalyan çalışması AF hastalarının %20'den azının OAC tedavisinin yan etkileri hakkında bilgi aldığını ve sadece %24'ünün diğer ilaçlarla etkileşimler konusunda bilgi aldığını saptamıştır [98].

Hastalara gerçek anlamda hasta-merkezli yaklaşım sunma yolları olarak hemşire liderliğinde bakım modelleri araştırılmalıdır.

Hekimler genellikle kendi AF hastaların bilgi sunmak için yeterli vakte sahip değildir [102]. Uzman hemşirelerin rolünün, Hastalara bakımları süresince bilgi, destek ve bakım bütünlüğü sağlamak olduğu ve hastalık yönetim programlarının başarılı bir şekilde uygulandığı yerlerde diyabet veya kalp yetmezliği gibi diğer kronik hastalıklardan dersler alınabilir [185].
Bazı **ülkeler uzman aritmi hemşirelerine** yatırım yapmaya başlamaktadır ve AF için entegre edilmiş, **hemşire liderliğinde başarılı kronik bakım modelleri** uygulamaya konmuş ve daha yüksek hasta memnuniyetine ve daha iyi hasta sonuçlarına yol açmıştır (Bkz. Durum Çalışması 12) [108, 186, 187].

DURUM ÇALIŞMASI 11: ONLINE ARAÇ
AF İNME RİSKİ HESAPLAYICISI

> **Bu kullanıcı dostu araç sadece, herhangi bir çalışma ortamındaki hekimlerin hastalarını kılavuzlara göre inme riski açısından değerlendirmelerini mümkün kılmakla kalmaz, ama aynı zamanda inme riski altındaki AF hastalarına başka yerlerdeki sağlık çalışanlarının görmesi için bu değerlendirmenin bir kaydını da sağlayarak bakım yolunda herhangi bir kritik bilginin kaybedilmesini engeller.**
> **(Jo Jerome, Atrial Fibrilasyon Derneği)**

✓ *HASTA MERKEZLİ BAKIM*

Gözden Geçirme
AF hastalarına CHA2DS2-VASc risk puanlama sistemini kullanarak inme risklerinin bireysel değerlendirmesini sunan online (çevrimiçi) bir araç.

Zaman Ölçekleri
Bu risk hesaplayıcı 2012'de kullanılmaya başlanmıştır ve halen online olarak bulunmaktadır.

Kaynak Açıklamaları
Risk hesaplayıcı, Atrial Fibrilasyon Derneği (AFA) ve Antikoagülasyon Avrupa tarafından geliştirilmiştir. Projenin finansmanı Bayer Healthcare tarafından sağlanmıştır.

Linkler/Referanslar
http://www.preventaf-strokecrisis.org/calculator

Yaklaşım
Bu araç, AF hastalarının kendi inme riskleriyle ilgili farkındalığı iyileştirmelerini amaçlayan ama aynı zamanda GP'ler ve diğer hekimler tarafından itibarlı bir şekilde görülmesi için profesyonel görünümde olan kullanımı kolay online bir araçtır.

Birinci ve ikinci basamak bakım ortamlarında kullanılabilir. Araç, CHA2DS2-VASc skorundaki soru dizisini taklit eden bir dizi soruyla başlamakta ve hastanın inme riski ile ilgili kapsamlı bir değerlendirme alması için hiçbir adımın atlanmamasını sağlamaktadır. Araç her hastaya, sonuçların bir kaydı olarak işlev görebilecek basılı bir bilgilendirme de sunmaktadır – bu, hastaya veya doktoruna e-mail yoluyla gönderilebilir.

Risk hesaplayıcısı, en son kılavuzlara dayanan antikoagülan tedavi seçenekleri ile ilgili bilgiler de sunmaktadır.

AF İNME RİSKİ HESAPLAYICISI
AF'niz varsa, kişisel inme geçirme riskinizi hesaplamak için burayı tıklayın.

Neler Başarıldı ?
- Hastalar için olduğu kadar hekimler için de çekici olan kullanıcı dostu, basit bir araç.
- AF hastalarının kendi inme risklerini anlamalarında iyileşme
- Her hastanın klinik kılavuzlara uygun bir şekilde inme riskinin tam bir değerlendirmeden geçmesini sağlamaya yardımcı
- AF ve AF ile birlikte inme riskleri hakkında hasta ile tedaviyi yürüten bütün hekimler arasında tartışma için bir başlangıç noktası; bakım yolu boyunca bakımın bütünlüğünün iyileştirilmesine yardımcı.
- Hekimlerden ve AF hastalarından bugüne kadar alınan olumlu geri bildirim.

İrtibat Bilgileri:
Jo Jerrome, Atrial Fibrillation Association
info@afa.org.uk

DURUM ÇALIŞMASI 12: HOLLANDA

MAASTRICHT'TE AF YÖNETİMİ İÇİN HEMŞİRE-LİDERLİĞİNDE ENTEGRE KRONİK BAKIM MODELİ

> **Hastalara, sorumluluğun katılımla el-ele yürüdüğünü – ve kardiyologları ikna etmek için, hastalar kendi bakımlarında yer alsalar daha iyi sonuçlar alınacağını aktarabiliyorduk.**
> **Dr. Jeroen Hendriks, Maastricht Üniversitesi**

Gözden Geçirme

AF hastalarına entegre, uzun dönemli destek ve bakım sunan multidisipliner, hemşire-liderliğinde bir klinik [108].

Zaman Ölçekleri

Hemşire liderliğindeki model 2007-8'de klinik bir çalışmada [108] değerlendirilmiş ve o zamandan berri poliklinik koşullarında belirlenmiştir.

Kaynak Açıklamaları

Hemşire liderliğindeki bakım ile olağan bakımı karşılaştıran ilk çalışma Maastricht üniversitesi tarafından ve ayrıca Boehringer Ingelheim ve Medtronic Bakken Araştırma Merkezinin kısıtsız eğitim fonları ile desteklenmiştir. Klinik şu anda, genel Üniversite Tıp Merkezi bütçesi aracılığıyla fonlandırılmaktadır.

LİNKLER/REFERANSLAR

Hendriks JML. Nurse-led vs. usual care for patients with AF: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with AF. Eur Heart J 2012; 33: 2692-6. [108].

Yaklaşım

2007 yılında Maastricht Üniversitesi Tıp Merkezi, AF hastaları için Hemşire liderliğindeki bakım ile bir kardiyolog tarafından sağlanan olağan bakımı karşılaştırma randomize bir klinik çalışma başlatmıştır. Entegre bakım modeli Kronik Bakım Modeline dayanmaktaydı [188] ve ESC kılavuzlarına dayanan bir karar-destek yazılı ile donatılmış ve bir kardiyoloğun gözetimindeki hemşire liderliğinde bir poliklinik bakımını kapsamaktaydı [108]. Olağan bakım, düzenli poliklinik ortamında kardiyologlar tarafından sunulan bakımdan oluşmaktaydı.

Klinik model, paylaşılmış bir karar-verme yaklaşımına dayanmaktaydı: hastalara başlangıçtan itibaren hastalıkları, bakımları ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi sunulur ve hastalar kendi bakımları süresince kararlarda yer alma konusunda teşvik edilirler. Ayrıca, öz-yönetim aktivitelerini üstlenmeleri ve ek desteğe ve bilgiye ihtiyaçları olması durumunda hemşireyle temas kurmaları konusunda da teşvik edilirler.

Model, dayanağını hemşirelerin oluşturduğu, tıbbi gözetmen konumundaki bir kardiyoloğun rehberlik ettiği multidisipliner bir yaklaşıma dayanır. Yaygın bir elektronik kayıt ve karar-verme aracının kullanılması, klinik kılavuzlardan sapmaları doğrulayacak ve böylece kılavuzlara uyulmasını iyileştirecek uzman hemşireler ve kardiyologlar gerektirir. Son olarak, elektronik tıbbi kayıtların kullanılması tedaviyi yürüten klinisyenler arasında daha iyi bir bilgilendirme sağlayabilir [108].

Neler Başarıldı ?

- Hemşire liderliğinde bakım, olağan bakımla karşılaştırıldığı zaman şunlara yol açmıştır:
- İnme önleme kılavuzlarına daha fazla uyulması (%99'a karşı %83)
- Genelde, tam olmayan diagnostik ve terapötiklerin önlenmesi.
- Daha düşük kardiyovasküler ölüm oranı (%1.1'e karşı %3.9).
- Hastaların, doğrulanmış bir ölçekle (AF Bilgi Ölçeği) ölçüldüğü kadarıyla AF ve tedavileri hakkında daha iyi bilgilenmesi [186].
- Kardiyovasküler hospitalizasyon veya ölümde %35 bağıl risk azalması [108].
- Olağan bakımla karşılaştırıldığında daha düşük genel maliyetler ve kazanılmış yaşam yılları; dolayısıyla ekonomik bir bakış açısından bakıldığında maliyet açısından yüksek düzeyde etkili (baskın) bir seçenek

İrtibat Bilgileri:
Jeroen Hendriks RN PhD NFESC
University of Maastricht Medical Centre
Jeroen.Hendriks@maastrichtuniversity.nl

ÖNCELİK 6:

AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİNE BİR BÜTÜN-SİSTEM YAKLAŞIMI

Eylem için 6 Öncelik Alanı

Tek-durak-noktalı" bir AF kliniği

Odense'de kardiyologlar ile nörologlar arasında işbirliği

Öncelik 6: AF İLE İLİŞKİLİ İNMENİN ÖNLENMESİNE BİR BÜTÜN-SİSTEM YAKLAŞIMI

Bildiklerimiz:

Bakımın kötü koordinasyonu kendilerini, bilgileri sistematik bir şekilde hastalarıyla paylaşmayan çok sayıda hekim tarafından – kardiyologlar, genel pratisyenler, nörologlar ve diğer profesyoneller – yakalanmış hisseden AF hastaları için anahtar bir endişe kaynağıdır. Bu yüzden, AF ile ilişkili inmeyi önleyecek her türlü strateji, hekimler arasında daha fazla iletişimi destekleyecek ve kaynakların daha iyi bir şekilde kullanılmasını ve hastalar için daha iyi bir bakım kalitesini sağlayacak sistem değişikliklerine ve araçlarına bakmalıdır [102, 185].

Bu Neden Önemli ?

Bakım koordinasyonunun eksikliği AF hastalarının başlıca endişe kaynaklarından biridir ve hastaların, tedaviyi yürüten doktorlar arasında kaybolmaları ile ilgili önemli bilgilerin kaybolmasına yol açabilir [23].

AVRUPA ATLASINDAN ANAHTAR BULGULAR:

Önümüzdeki yıllarda, kardiyologlar dışındaki diğer sağlık bakım profesyonellerinin (özellikle genel pratisyenlerin, hemşirelerin, geriatristlerin ve eczacıların [107]) AF yönetiminde giderek artan bir rol oynamaları olasıdır.

Pek çok ülkede, birinci basamak klinisyenleri AF hastaları için antikoagülasyon kararlarında daha fazla katılım talebinde bulunmuşlardır [105, 83].

Entegre, multidisipliner bakım yaklaşımları hekimler arasında daha fazla koordinasyonu teşvik edebilir ve profesyonel siloların yıkılmasına yardımcı olabilir.

Antikoagülasyon pratiği için uyumlandırılmış bakım standartları, bakım ortamları arasındaki heterojenliğin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Değişim Alanları:

- **Politika belirleyiciler, diğer koşullardan bir şeyler öğrenmeli** ve AF hastalarının bakım koordinasyonunu iyileştirmek ve bütün ilgili profesyoneller arasındaki işbirliğini iyileştirecek multidisipliner bakım modellerinin geliştirilmesini ve uygulanmasını araştırmalıdır.
- Her bir belirli sağlık bakım ortamının kapsamında kardiyologlar, nörologlar ve diğer sağlık profesyonelleri (GP'ler, hemşireler, eczacılar ve geriatristler dahil olmak üzere) arasında daha fazla işbirliği sağlama yolları araştırılmalıdır (Bkz. Durum Çalışması 13: Llanelli'de "tek-duruş-noktalı" klinik ve Durum Çalışması 14: Odense'de kardiyologlar ve nörologlar arasında koordinasyon).
- Profesyonel kardiyoloji toplulukları, pratikte çalışan hekimlerin AF ile ilişkili inmeyi önleme gerekliliklerini her hastanın bireysel sağlık ihtiyaçlarını kapsayan daha geniş bir kapsama yerleştirebilmelerine yardımcı olacak ortak kılavuzluk geliştirilmesi için **diğer disiplinlerle (geriatristler, nöroloji, birinci basamak bakım) birlikte çalışmalıdır.**

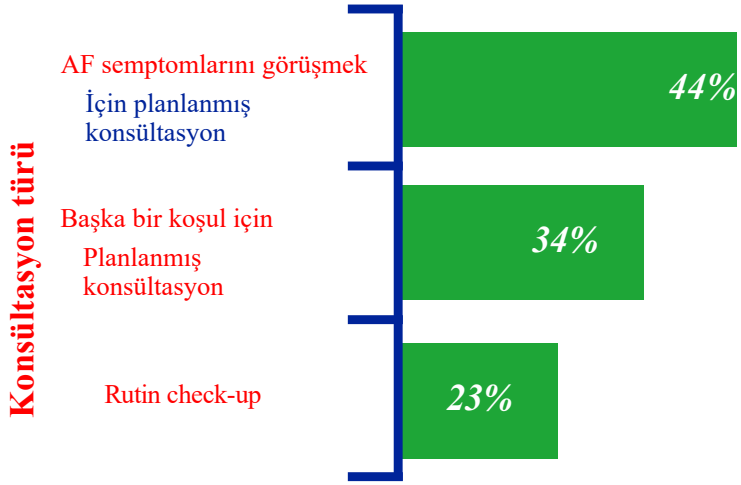
> **AF ile ilişkili inmenin daha iyi bir şekilde önlenmesini sağlamak sadece kardiyologların sorumluluğu değildir. AF prevalansının artmasıyla ve popülasyonun yaşlanmasıyla, konuyla ilgili profesyonellerin kendi hastalarında AF ile ilişkili inme riskleri hakkında farkındalığı arttırmaları ve hastalara, bütün sağlık bakım sisteminde en yüksek bakım standardını sunabilmek için mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanarak çalışmaları kritik olacaktır.**
> **Dr. Thomas Fahraeus, Arrhythmia Alliance Başkanı, İsveç.**

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET OLGULAR

Giderek artan AF prevalansı, GP'lerin ve diğer birinci basamak hekimlerinin önümüzdeki yıllarda AF yönetiminde giderek artan bir rol oynayacakları anlamına geliyor olabilir.

Sayıları giderek artan AF hastalarının, hastane-bazlı kardiyoloji kliniklerine sürdürülemez baskılar oluşturması muhtemeldir ve bakımın kademeli bir şekilde birinci basamak ortamlarına kayması mümkündür. Ayrıca, AF tanılarının büyük bir bölümünün "tesadüfen" konması (**Bkz. Aşağıdaki şekil 6**) bütün birinci basamak hekimlerinin hastalarına uygun bir bakım yönünde rehberlik edebilmek için klinik kılavuzları ve OAC tedavisini iyi bir şekilde anlamasının önemini vurgulamaktadır [34, 102].

Şekil 6: **AF tanısının konduğu konsültasyon türü**



Aliot ve ark.2010'dan uyarlanmıştır[102]

Bir çok ülkede genel pratisyenler, eczacılar ve aile hekimleri OAC yönetim kararlarında kritik rollerinin daha fazla tanınmasını istemişlerdir.

Tüm Avrupa'da, birinci basamakta çalışan profesyonellerin AF hastalarının yönetiminde giderek artan bir rolü olduğuna – veya daha fazla rol almak istediklerine – dair çok sayıda örnek vardır. Örneğin:

- Avusturya'da ulusal genel pratik ve aile hekimliği profesyonel topluluğu AF ile ilişkili inmenin önlenmesi için, profesyonel kardiyoloji topluluklarıyla iş birliği yaparak kendi kılavuzlarının taslağını hazırlamışlardır [189].
- İspanya'da birinci basamak hekimleri AF hastalarının yönetiminde daha fazla yer almak ve birinci ve ikinci basamak bakım arasında daha iyi koordinasyon istemişlerdir [105].
- İspanya ve İtalya'da birinci basamak hekimleri NOAC'larla ilgili uygun eğitim almak ve hastalarına NOAC reçete etme hakkına sahip olmak istemişlerdir (şu anda sadece uzmanların reçete yazmasına izin verilmektedir) [83].
- Fransa'da asıl Hastalık Vakfı 2013 itibariyle eczacıların OAC tedavisi alan hastalara takip sunmadaki rolleri için özel ödeme yapmayı kabul etmiştir [107].

Kardiyoloji ve geriatri arasındaki ortak kılavuzlar, AF'li yaşlı hastaların bakımı için yararlı kılavuzlar sağlayabilir.

AF hastalarının %70'i 65 yaş üzerindedir [11] ve AF'li hastalar çoğunlukla, her biri için özel bir bakım yolu gerekene ciddi ko-morbiditelerle seyrederler. Ancak şaşırtıcı bir şekilde, ulusal geriatri ve kardiyoloji toplulukları arasındaki ortak kılavuzların tek örneği Fransa'da bulunmuştur [106]. Yazarlar, OAC tedavisinin gerekliliklerini yaşlı hastaların birbiriyle yarışan sağlık ihtiyaçlarından oluşan daha geniş bir kapsama ne şekilde yerleştirecekleri konusunda yararlı bir kılavuz sunmakta ve bütün hastalarda kapsamlı bir geriatrik değerlendirme yapma ihtiyacını vurgulamaktadır. Ancak şunu belirtmek gerekir ki örneğin İsviçre'de dâhiliye, hematoloji ve diğerleri gibi farklı uzmanlıklar arasındaki ortak kılavuzlar mevcuttur [190].

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR

Entegre, multidisipliner bakım yaklaşımları daha iyi koordinasyonu teşvik edebilir ve profesyonel siloların yıkılmasına yardımcı olabilir.

Multidisipliner, entegre bakım modelleri kalp yetmezliği gibi diğer durumlara başarılı bir şekilde uygulanmıştır [191] ve AF yönetiminin organizasyon için de umut vaat edici bir model sunabilirler [108] (Bkz. Durum Çalışması 12).

Bu tür entegre bakım modellerinin anahtar unsurları aşağıdakileri içerir:

•Profesyoneller arasında rollerin kesin bir şekilde belirtildiği **multidisipliner bir bakım yaklaşımı**

•Kararlarını açıklamaları ve hastaların terapötik kararlara katılmasına yardımcı olmaları için klinisyenler arasında bir diyalog gerektiren **karar-destek yazılımının kullanılması** [108].

•Hastalarla ilgili olarak, GP'ler ve kardiyologlar arasında diyaloğu kolaylaştıran **merkezi bilgi kayıtları** (Bkz. Durum Çalışması 13 ve Durum Çalışması 14).

Antikoagülasyon pratiği için uyumlandırılmış bakım standartları bakım ortamları arasındaki heterojenliğin azaltılmasına yardımcı olabilir.

Birinci ve ikinci basamak bakım arasında işleyen **uyumlandırılmış bakım standartları**, genel bakım standartlarının iyileştirilmesinde de önemli bir rol oynayabilirler.

Örneğin Tuscany'de, OAC tedavisi alan bütün AF hastalarının birinci basamak veya hastane ortamında tedavi görmüş olmalarına bakılmaksızın aynı düzeyde bilgi ve takip bakımı almalarını sağlayacak bölgesel bir yasa yürürlüğe girmiştir. Bütün profesyoneller için, sürekli ve tam bir bilgi kaydının tutulması ve her hasta için bunun bütün bakım zincirine aktarılabilmesi için **"yazılı olan daha iyidir"** sloganıyla özel bir eğitim programı geliştirilmiştir [192].

Şekil 7:
AF Bakımına multidisipliner bir yaklaşımın köşe taşları

DURUM ÇALIŞMASI 13: Birleşik Krallık

GALLER'DE "TEK DURUŞ NOKTALI" BİR KLİNİK

> **AF genellikle diğer kardiyak problemlere bir giriş noktasıdır – örneğin ben bugün, bana AF sebebiyle gelen bir hasta gördüm ama kendisinde iskemik kalp hastalığı olduğunu saptadım. Hepimiz aynı çatının altında olduğumuz için kendisini hemen bypass cerrahisine sevk edebildim.**
> **Dr. Lena Marie İzzat, Prince Philip Hastanesi, Galler**

✓ *BİR BÜTÜN-SİSTEM YAKLAŞIMI*

Gözden Geçirme

Yerel hastanede, AF'li hastalara kapsamlı, entegre bir hizmet sunacak ve sahada daha fazla inme önlenmesi sağlayabilecek multidisipliner, tek-duruş-noktalı bir AF klinik kurulmuştur.

Zaman Ölçekleri

Ocak 2009'da faaliyete geçen klinik halen haftada 2-3 klinik çalışmaktadır.

Kaynak Açıklamaları

Hizmet tamamen kendi kendini finanse etmektedir. Üçüncü bir seansın finanse edilmesi için kısa bir süre önce özel bir firmadan ek fon kabul edilmiştir.

Linkler / Referanslar

http://www.atrialfibrillation.org.uk/files/file/Events/120501-1-1125%20Carmarthen%20Audit%20Report%20on%20AF.pdf

Yaklaşım

Merkez, Galler'in yüksek AF oranlarına yakın kırsal bir bölgesi olan Carmarthenshire'de bulunmaktadır (nüfusu: 200.000).

Merkez GP'lerden ve diğer sağlık sunucularında (acil servis, diğer hastane klinisyenleri) gelen bütün sevkleri kabul etmekte ancak bireysel başvuruları kabul etmemektedir. Sevk yapan klinisyenlerden bütün AF hastalarını CHA2DS2-VASc kullanarak inme riski açısından değerlendirmeleri ve kesin bir tedavi planı sunmaları istenmektedir.

Daha sonra hastalar klinikte önce, ESC 2012 kılavuzlarına göre OAC tedavisine başlayan/tedaviyi teyit eden bir kardiyovasküler hemşire tarafından ve daha sonra hastanın tam bir kardiyak değerlendirmesini yapan ve daha sonraki yönetimi öneren bir kardiyoloji konsültanı tarafından görülür.

Hastalar tek bir çatı altında her şeye erişim imkanına sahiptir – bütün hastalar aynı gün içinde bir EKG çektirebilirler, antikoagülasyon tedavilerini ve ekokardiyografilerini alabilirler hemen kardiyoversiyon ve diğer uzman girişimleri alabilirler. Klinik, inme ünitesiyle ve Swansea'de bulunan üçüncü basamak merkeziyle yakın bağlantı halindedir ve bu durum, prosedürler için bekleme sürelerini kısaltmaktadır.

Neler Başarıldı ?

- Daha fazla yerel GP AF'yi kontrol etmektedir.
- Bölgede malul bırakıcı inme insidansında genel bir azalma
- Genel kardiyoloji için kısalmış bekleme süreleri
- AF hastalarında fark edilmeden kalmış diğer kardiyak problemlerin tanımlanması

İrtibat Bilgileri:
Dr Lena Marie Izzat, Prince Philip Hospital
lena.izzat@carmarthen.wales.nhs.uk

DURUM ÇALIŞMASI14: DANİMARKA
ODENSE'DE KARDİYOLOGLAR VE NÖROLOGLAR ARASINDA İŞBİRLİĞİ

> ***Bölgemizde anahtar bir başarı faktörü pek çok nörologun, AF hasta popülasyonunda daha etkili bir inme önlenmesini sağlamak için AF hastalarını tedavi eden bütün kişiler arasında daha fazla işbirliği ihtiyacını desteklemeleri olmuştur.***
> ***(Dr Axel Brandes, Odense University Hospital and President of the Atrial Fibrillation Association, Denmark)***

✓ *BİR BÜTÜN-SİSTEM YAKLAŞIMI*

Gözden Geçirme
Nöroloji ve kardiyoloji departmanları arasında işbirliğine dayalı bir yaklaşım, GİA veya inme nedeniyle hastaneye kabul edilen bütün hastaların AF açısından ve özellikle de sinüs ritminde olup olmadıkları açısından monitorize edilmelerini sağlar. Hastanede yatış esnasında AF saptanırsa, bu veri ulusal inme kayıtlarına dahil edilir. Ayrıca, AF hastalarının OAC tedavisi alabilecekleri bütün birinci basamak bakım merkezlerine standardize edilmiş web-tabanlı bir araç da uygulanır.

Zaman Ölçekleri
Halen devam etmektedir.

Kaynak Açıklamaları
Kaynak açıklamaları yok

Linkler / Referanslar
Brandes A, Overgarrd, M, Plauborg L, et al. Guideline adherence of antithrombotic treatment initiated by general practitioners in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a Danish study. Clin Cardiol 2013; 36: 427-432.[72]

Yaklaşım
Odense'de kardiyoloji ve nöroloji departmanları,şüpheli GİA veya inme nedeniyle nöroloji departmanına kabul edilen bütün hastaların AF açısından monitorize edilmelerini ve OAC tedavisi için uygun şekilde sevk edilmelerini sağlamak için birlikte çalışırlar. Bu uzun süreli monitorizasyonun gelecekte inme kayıtları için standardize edilmiş veri tabanına da dahil edilmesi amaçlanmaktadır.

Pratik uygulamaların bütün hekimler arasında uyumlu hale getirilmesi çabası içinde, Danimarka Kardiyoloji Topluluğu tarafından Ulusal Kardiyoloji Tedavi Kılavuzlarının bir parçası olarak, bütün hastaların nerede görülürlerse görülsünler AF tespitinden inme riskinin değerlendirilmesine, OAC tedavisine kadar aynı yolu izlemelerini sağlayacak pratik bir kılavuz da geliştirilmektedir.

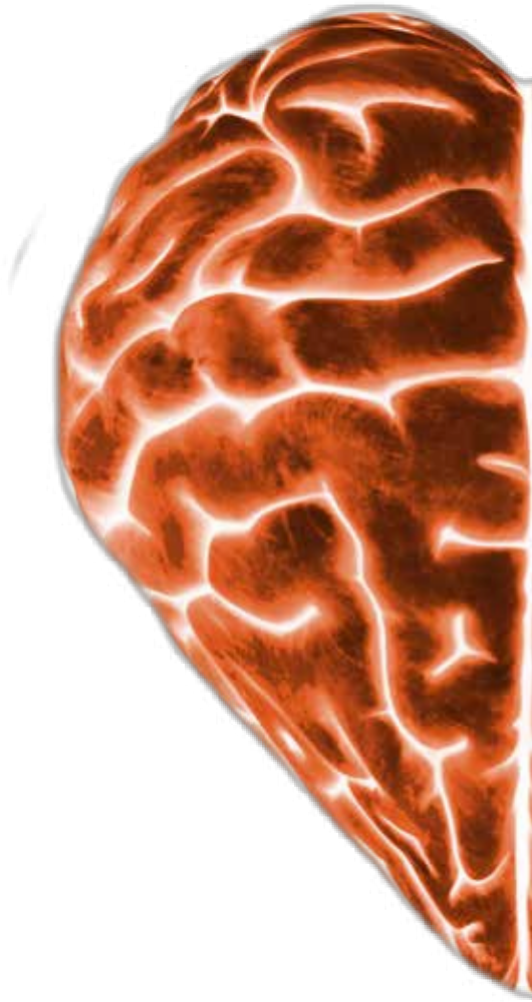
Ayrıca, bütün hastanelerin veya GP'lerin gelecekte INR sonuçlarını merkezi olarak bildirmeleri ve sonuçları, sürenin %70'inde TTR içinde olmayan bütün hastaların tedavi için uzman bir departmana sevk edilmeleri beklenmektedir.

Neler Başarıldı?
- Bütün inme ve GİA hastaları için artık AF için rutin monitorizasyon yapılmaktadır.
- Tüm tedavi yollarında OAC tedavisinde bakım kalitesinin standardizasyonu
- Birinci basamak bakımda OAC tedavisi için klinik kılavuzlara yüksek düzeyde uyulması (>%75) [72].

İRTİBAT BİLGİLERİ:
Doç. Dr. Axel Brandes
FESC, Kardiyoloji Departmanı
Odense Üniversite Hastanesi
Axel.brandes@rsyd.dk

Öncelik 7:

POLİTİKAYA KILAVUZLUK EDECEK VE KLİNİK YÖNETİMİ BİLGİLENDİRECEK DAHA İYİ VERİLER



Öncelik 7 için Durum Çalışmaları

- Atrial Fibrilasyon İle İlgili Alman Kompetans Ağı (AFNET)
- FACTS Nokta Kaydı

ÖNCELİK 7: POLİTİKAYA KILAVUZLUK EDECEK VE KLİNİK YÖNETİMİ BİLGİLENDİRECEK DAHA İYİ VERİLER

Bildiklerimiz:

2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü AF'yi ilk kez, kendi etkili **Global Hastalık Yükü çalışmasında** incelenecek durumlardan biri olarak dahil ederek AF'nin tüm dünyada giderek artan prevalansını kabul etmiştir [193]. Çok sayıda uzman raporu mevcut bulunan düşük kanıt düzeyiyle ve hem AF hem de AF ile ilişkili inme konusunda daha fazla araştırmaya duyulan ihtiyaç ile ilgili yorumlarda bulundukları için bu durum memnuniyetle karşılanan bir kilometre taşı olmuştur [29, 194].

Bu raporun bir parçası olarak geliştirilen **Avrupa Atlasının** amacı her AB ülkesinde olduğu kadar Norveç, Türkiye ve İsviçre'de de hangi verilerin ve kanıtların bulunduğunu ortaya çıkarmaktır. Anahtar bulguları aşağıda özetledik.

Bu Neden Önemlidir ?

Politika belirleyicilerin sağlık bakım sistemlerinin hasta ihtiyaçlarını uygun bir şekilde karşılayabilmesini mümkün kılmak için, AF ile ilişkili inmeden etkilenen kişilerin sayısı hakkında doğru ve geçerli hesaplamalara ihtiyacı vardır.

AVRUPA ATLASINDAN ANAHTAR BULGULAR

•AF prevalansı ile ilgili ülke düzeyindeki veriler, gerçek AF prevalansının daha önce hesaplanan **daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir** [18, 31, 33, 42, 46-64].

•Çok az sayıda ülkede tahsis edilmiş AF **kayıtları** bulunmaktadır.

•AF'ye bağlı inme oranı hesapları nadirdir ama var olan **hesaplar inmelerin en az %20'sinin AF'ye bağlı olduğunu** ve popülasyonun yaşlanmasıyla bu oranın arttığını düşündürmektedir. [17, 47, 109-117].

•Mevcut ekonomik veriler, **inmenin taşıdığı büyük yükü** teyit etmektedir [3, 9, 118-132] ama Doğu Avrupa ve Baltık ülkelerinin çoğunda inmenin getirdiği yük en yüksek düzeyde olsa bile bu ülkelerde bu tür hesaplamalar bulunmamaktadır.

•AF'nin ekonomik yükü ile ilgili veriler nadirdir ancak mevcut rakamlar AF ile ilişkili inmelerin en fazla malul bırakıcı ve en yüksek maliyetli inmeler olduğu şeklindeki önceki raporları desteklemektedir [123, 124, 130, 133-138].

Değişim Alanları:

- Hükümetler politikalara mümkün olan en iyi kanıtların kılavuzluk etmesini sağlayabilmek için AF, inme ve AF ile ilişkili inme ile ilgili **epidemiyolojik ve ekonomik verilerin sistematik bir şekilde toplanmasına** yatırım yapmalıdır.
- Bu kanıt tabanını güçlendirmede ve bu verileri politika belirleyicilere iletmede **profesyonel toplulukların** önemli bir rolü vardır.
- AF'ye bağlı inmelerin yüzdesini geçerli bir şekilde ölçebilmek için inme kayıtlarına yatırım yapılması ve "AF tanısının" mevcut inme kayıtlarına dahil edilmesi gereklidir.
- Prevalansın en yüksek olduğu ülkelerde, Doğu Avrupa ve özellikle Baltık bölgesinde – inme ve AF ile ilişkili inme yükü ile ilgili güvenilir rakamlar sağlayabilecek araştırmalara **AB düzeyinde fonlar** tahsis edilmelidir.

> **AF ve AF ile ilişkili inme konusunda güvenilir bilgi elde etmenin farklı yolları vardır – ve her ülkede en uygulanabilir şeye dayanan farklı kaynaklar araştırılmalıdır (kayıtlar, gözlem çalışmaları, büyük tazminat veri tabanları gibi). Bütün bakım ortamlarında hasta sonuçlarını iyileştirme nihai amacıyla, pratikteki mevcut farklılıkları anlamak ve bunlara çözüm bulmak istiyorsak bu verilerin elde edilmesi şarttır.**
>
> ***(Professor Paulus Kirchhof, founding member and current board member, AFNET)***

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR

AF prevalansı ile ilgili hesaplamalar çeşitli kaynaklardan gelmektedir ve AF prevalansının daha önce hesaplanandan daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

AF prevalansı ile ilgili ülke çapındaki mevcut hesaplamalar **Tablo 5**'de sunulmuştur. Veriler çok sayıda kaynaktan türetilmiştir ve bazı verilerin diğerlerinden daha güvenilir olması muhtemeldir. Bu sebeple karşılaştırmalar dikkatle yapılmalıdır.
Avusturya, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Letonya, Litvanya veya Slovakya'dan yeni (> 2005) prevalans verileri bulunamamıştır.

Tablo 5: *AF prevalansı ile ilgili ülke çapındaki en son* hesaplamalar*

Ülke	Hesaplan Prevalans (%)	Yaş Grubu	Çalışma Tasarımı
Belgium[48]	2.2%	>40	Gönüllü tarama programı
Danimarka[18]	2%	Tümü	Kopenhag İnme Çalışması
Estonya[56]	2%	Tümü	
Fransa[53]	1-2%	Tümü	Resmi hükümet rakamı (hesaplama)
Almanya[63]	2.1%	Tümü	2 büyük mali sigorta fonunun tazminat veri tabanı
Yunanıstan[59]	3.9%	Tümü	Toplum tarama çalışması
Macaristan[61]	2.9%	Tümü	Ulusal Sağlık sigortası Fonları veri tabanının analizi
İrlanda[52]	3%	>50	İrlanda Boylamsal Yaşlılık Çalışması (TILDA)
İtalya[64]	1.85%	Tümü	ISAF (İtalyan AF Yönetim Çalışması anketi)
Letonya[55]	3.0 – 3.5%		Riga Stradins Üniversitesi pilot projesi
Hollanda[54]	5.5%	>55	Rotterdam çalışması
Norveç[62]	10%	Age 75	2 büyük şehirde Popülasyona-dayalı çalışma
Polonya[57]	18%	>65	Kendi kendine bildirilen anket çalışması
Portekiz[31]	2.5%	>40	FAMA çalışması, çapraz-kesitsel bir gözlem çalışması
Romanya[49]	2-3%	Tümü	Uzman görüşü
Slovenya[58]	1-2%	Tümü	Uzman görüşü
İspanya[33]	4.4%	>40	OFRECE çapraz-kesitli, popülasyona dayalı çalışma
İsveç[47]	3.2%	>20	Popülasyona dayalı çalışma
İsviçre[42]	1.25%	Tümü	İsviçre Kalp Vakfı hesaplaması
Türkiye[60 50]	0.8-1.25%	Tümü	AF hastane veri tabanı TRAF; TEKHARF (Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri); çapraz-kesitli geleceğe yönelik çalışma
UK[46]	1.4%	Tümü	GARFIELD kayıtları (Birleşik Krallık Kolu)
UK[51]	6.9-7.9%	>65	SAFE çalışması

* Güncel bir prevalans hesabına sahip olabilmek için rakamları 2005 yılından sonra elde edilenlerle sınırladık.

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR

Çok az sayıda ülkede AF veya inme için belirlenmiş kayıtlar bulunmaktadır.

Almanya, tüm Avrupa'da AF kayıtlarını kurmuş olan tek ülkedir (Bkz. Durum Çalışması 12) ancak Estonya ve Letonya'da da AF kayıtları geliştirilmektedir. Çok sayıdaki başka ülkede de kayıt yapılması düşünülmektedir. Danimarka ve İsveç'te bütün sorunları kapsayan ve AF verilerinin alınabileceği ulusal hasta kayıtları vardır ve Norveç'te AF ile ilgili bilgileri benzer bir şekilde toplayan ulusal bir reçete veri tabanı vardır [195]. Romanya'da AF ile ilgili bir nokta kaydı vardır (Bkz. Durum Çalışması 14). Alman ve Romanya kayıtları Avrupa-çapındaki EORP-AF kayıtlarına eklenirken Almanya genişletilmiş bir katkı sağlamıştır [175]. Diğer birçok ülke, AF ile ilgili bu tür kayıtlar olmayan boylamsal kohort çalışmaları yürütmektedir – örneğin Türkiye'de TRAF adı verilen ve AF üzerine odaklanmış hastane-tabanlı bir veri tabanı bulunmaktadır [60].

Biraz daha fazla sayıda ülkede inme verileri mevcuttur.

AF KAYITLARI BULANAN ÜLKELER

AUS, BEL, BUL, CZR, EST, FIN, FRA, GRE, HUN, IRE, ITA, LIT, NET, POL, POR, SVK, SLO, SWZ, TUR, UK

AF KAYITLARI BULANMAYAN ÜLKELER

BEL, BUL, CZR, FIN, FRA, GER, GRE, HUN, ITA, LIT, NET, POR, ROM, SVK, SPA, SWZ, TUR

ÜLKE	AF KAYITLARI	İNM E KAYITLARI
Avusturya	X	Avusturya inme kayıtları
Çek Cumh.	X	IKTA – Ulusal İnme kayıtları
Danimark	Yok, ancak Danimarka Ulusal Hasta Kayıtları AF ile ilgili bilgi toplamaktadır.	Danimarka İnme Kayıtları
Estoya	X	Hazırlık aşamasında
Almanya	AF-NET kayıtları	X
İrlanda	X	Ulusal İnme kayıtları
Letonya	Letonya AF Kayıtları geliştirme aşamasındadır	Letonya Ulusal İnme kayıtları
Norveç	Yok, ancak Norveç Reçete Veri Tabanı (NorPD) AF ile ilgili bilgi toplamaktadır.	Norveç İnme kayıtları
Polonya	X	Polonya Ulusal İnme Önleme ve Tedavi Kayıtları
Romanya	FACTS nokta kayıtları (kaydetme durdurulmuştur)	X
Slovenya	X	Slovenya İnme Kayıtları
İspanya	Yok, ancak OAC tedavisi gören AF hastalarının İspanyol Kardiyoloji Topluluğu tarafından yürütülen FANTASIIA Kayıtları	X
İsveç	İsveç Popülasyon Kayıtları AF tanısı ile ilgili kayıtlar tutar. AuricuLA, AF'li hastaların ulusal kalite kaydıdır.	Risk-İnme kayıtları
Türkiye	X	X
UK	X	Yok, ancak Sentinel İnme Ulusal Denetleme Programı

* Yorumcuların, güncellenmiş veya kapsamlı olduğunu öne sürmemelerine rağmen [196]

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR:

AF ile ilgili halen devam etmekte olan çok sayıda Avrupa kayıtları ve Global kayıtlar (AB ülkelerini de kapsayan) vardır.

Son yıllarda **AF ile ilgili Avrupa çapında ve uluslararası çok sayıda kayıt** geliştirilmiştir ancak bunlar baskın bir şekilde hastanelerin kardiyoloji departmanlarından hasta toplama eğilimindedir (**Bkz. Tablo 6**).

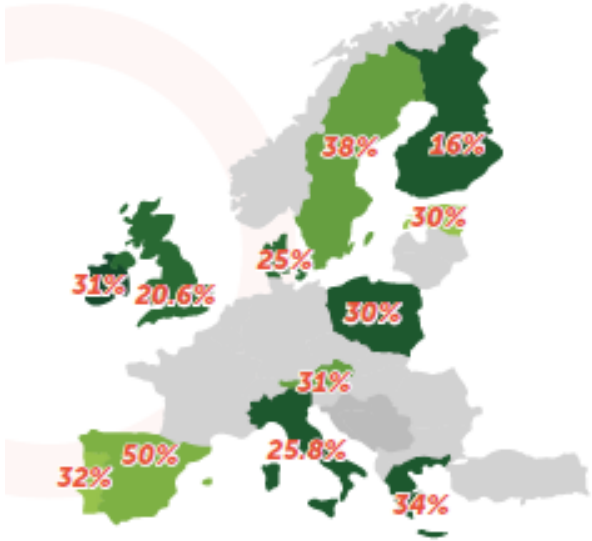
Tablo 6: **Halen devam eden Avrupa ve Global AF Kayıtları***

EORP-AF [175] Hastane + ayaktan hasta	*GARFIELD*[173] Hastane-tabanlı kardiyologlar	*PREFER in AF*[174] %53 hastane tabanlı, %42 muayenehane tabanlı, %70'i kardiyologlar tarafından kaydedilen	*Realise-AF*[197] %85 Kardiyologlar, %17 Dahiliyeciler, hastane ve muayenehane tabanlı.
BEL, DEN, GER, GRE, ITA, NET, NOR, POL, POR, ROM, UK	AUS, DEN, FIN, FRA, GER, ITA, NET, NOR, POL, SPA, SWE, UK	AUS, FRA, GER, ITA, SPA, SWZ, UK	BEL, BUL, CZR, GER, HUN, IRE, ITA, LIT, POR, SVK, SPA, SWE, SWZ, TUR

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR

Her ülkede AF ile ilişkili inmenin tam klinik ve ekonomik yükünü anlamaya imkan verecek çok fazla mevcut bilgi bulunmamaktadır.

Avrupa'dan çarpıcı bir bulgu, pek çok ülkede **AF ile ilişkili inmelerin sayısıyla ilgili geçerli verilerin bulunmamasıdır.** Örneğin, ESC kılavuzları her 5 inmeden birinin AF'ye bağlı olduğunu düşündürmektedir. Ancak **AF'ye bağlı inmelerin oranı ile ilgili kesin hesaplar Avrupa'da nadirdir**. Uzman görüşleri [198] ve ayrıca çeşitli ülkelere ait veriler bu oranında gerçekte %20'nin üzerinde olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum, popülasyonun yaşlanmasıyla ve yaşlı kişilerde artan AF riski ile kısmen açıklanabilir (**Bkz. Tablo 7**). Bu bulgular politika belirleyiciler açısından önemli anlamlara sahiplerdir ve AF'nin mevcut politik platformlarda inme için majör bir risk faktörü olarak anahtar rolünü tanımanın önemini güçlendirebilir (**Bkz. ÖNCELİK 1**).



Tablo7: **AF'ye bağlı inme oranıyla ilgili ülke-çapındaki hesaplamalar**

Ülke	AF'ye Bağlı İnme Yüzdesi	Çalışma Detayları/Kaynağı
Avusturya	31	Avusturya inme kayıtları[17]
Danimarka	25	Danimarka Kalp Vakfı ve Danimarka Kardiyoloji Topluluğu hesaplamaları
Estonya	30	Uzman Raporu[56]
Finlandiya	16	Ulusal hastane taburcu kayıtları (1999-2006)[114]
Yunanistan	34	Arcadia İnme Kayıtları [117]
İrlanda	31	Kuzey Dublin Popülasyon inme çalışması [112]
İtalya	25.8	Kapsamlı bir inme ünitesine kabul edilen ardışık inme hastaları ile ilgili geleceğe dönük bir çalışma [111]
Polonya	30	Polonya Ulusal İnme Önleme ve Tedavi Kayıtları [115]
Portekiz	32	Tek bir hastaneye kabul edilen inme hastalarıyla ilgili geçmiş dönük bir çalışma [116]
İspanya	50% of cardioembolic strokes	Diaz Guzman 2013[110]
İsvaç	38	Tek bir İsveç bölgesinde popülasyona-dayalı çalışma [47]
UK	20.6	Ulusal inme denetlmesi[199]

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR

İnme maliyeti ile ilgili ülke-düzeyindeki hesaplamalar inmenin getirdiği yüksek yükü teyit etmektedir ancak inmenin getirdiği yükün en yüksek olduğu Doğu Avrupa ve Baltık bölgelerinden hesaplamalar gelmemektedir.

Şu ülkeler için inme maliyetinin ülke düzeyinde hesaplamaları bulunmamaktadır: Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Yunanistan, Letonya, Litvanya, Portekiz, Romanya veya Slovakya.

Tablo 8: İnme maliyeti ile ilgili ülke düzeyinde hesaplamalar

Ülke	Doğrudan Tıbbi Maliyetler	Dolaylı Maliyetler	Data
Finlandiya	√		Bir inmeden sonra ortalama ömür boyu sağlık bakım maliyetleri hasta başına 86.300 € olup yılda toplam 1.1 milyar € veya toplam sağlık maliyetlerinin %7'si kadar tutmaktadır [[127, 137].
Fransa	√	√	Toplam doğrudan maliyetler yılda 5.3 milyar €; hemşirelik ev maliyetleri: 2.4 milyar €; 65 yaş altındakiler için kayıp iş gücü kaybı: yılda 255.9 milyon € [121].
Almanya	√	√	İlk kez meydana gelen inme için doğrudan tıbbi maliyetler birinci yılda 18.517€ ve inmeden sonraki 4 yılın her biri için 5.479€.
Macarstan			İnmeye bağlı giderek artan 38.8 m€ (12.1 milyar HUF) (doğrudan sağlık bakım maliyetleri) [124].
İrlanda	√	√	Toplam inme maliyetlerinin 489 milyon € olduğu hesaplanmıştır. Bu, doğrudan sağlık bakım maliyetlerinde 345-557 milyon €'yu ve dolaylı maliyetlerde 143-248 milyon €'yu kapsamaktadır [131].
İtalya	√		Kişi başına 20.000 [200] ile 30.000 € [129] arasında
Hollanda	√		Toplam doğrudan sağlık bakım maliyeti 1.5 milyar € (2005 verileri) [119]
Norveç	√	√	Yıllık toplam maliyet 874 milyon € (doğrudan + dolaylı maliyetler) [3]
Polonya	√		704 milyon PLN (168 milyon €), bunun 159 milyon PLN'si rehabilitasyon için ve 545 milyon PLN'si akut inme bakımı içi [120].
Slovenya	√	√	87.4 milyon € doğrudan maliyet, 24.7 milyon € dolaylı maliyet [132]
İspanya	√	√	Serebrovasküler hastalıkların toplam doğrudan maliyetleri yılda 6 milyar €'dur. Bunun içinde hastane maliyetleri 1.5 milyar € kadardır [126]. Resmi olmayan inme bakımı yılda 6.5 – 10.8 milyar € tutmaktadır, başka bir ifadeyle inme geçiren her kişi için 27.314 €'dur [130].
İsveç	√		İlk yıl içinde inme hospitalizasyonları yaklaşık 10.000€ tutar [123].
İsviçre	√	√	Sağlık bakım ve sosyal maliyetler, inme şiddetine göre değişen bir şekilde 21.203 – 43.821 CHF tutmaktadır [118]
Türkiya	√		Birinci yılda doğrudan sağlık bakım maliyetleri 5.791 TL olup bunun 2.432 lirası ilk ay içinde ve 3.257 lirası sonraki 11 ay içinde olmaktadır [122].
Birleşik Krallık	√	√	Birleşik Krallıkta inmenin yıllık doğrudan sağlık bakım maliyeti 2.8 [9] – 3.0 [128] milyar £ arasında olup dolaylı toplumsal maliyetler 4.2 [9] – 5.0 [128] £ arasında tutar.

DAHA DERİNLEMESİNE ÖZET BULGULAR

AF ile ilişkili inmenin ekonomik yükü ile ilgili veriler hala çok seyrektir

AF ile ilişkili inmeyle ilgili maliyetlerin çok sınırlı bir hesabı söz konusudur ancak mevcut olan hesaplamalar AF ile ilişkili inmelerin AF'ye bağlı olmayan inmelere göre daha fazla malul bırakıcı ve daha yüksek maliyetli olduğunu düşündürmektedir.
Şu ülkeler için AF ile ilişkili inmenin maliyetleriyle ilgili yeni ülke-düzeyinde hesaplamalar bulunmamaktadır: Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Estonya, Almanya, Yunanistan, İtalya, Letonya, Litvanya, Hollanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya, İsviçre ve Türkiye.

Tablo 9: AF ile ilişkili inmeyle ilgili ülke-düzeyinde hesaplamalar

Ülke	Veriler
Finlandiya	AF ile ilişkili inmeler ilk yıl içinde doğrudan sağlık bakım maliyetlerinde yaklaşık 23.500 € tutarken ilk-kez iskemik inme geçiren bütün hastaların ortalama maliyeti 21.900 € tutmaktadır [137].
Fransa	AF ile ilişkili inmelerin ortalama doğrudan tıbbi maliyetleri 2 yıl içinde 4.848 € (hafif) ile 29.700 € (şiddetli olgu) arasında değişir [124].
Macaristan	AF ile ilişkili inmeden kaynaklanan $8 milyon (2.5 milyar HUF) artan maliyet (direkt sağlık bakım maliyetleri).124
İrlanda	AF ile ilişkili inmenin 2 yıllık medyan maliyetleri 25.150 € iken AF'ye bağlı olmayan inmelerin ortalama maliyeti 12.751 €'dur [135].
İspanya	AF ile ilişkili inmeler, AF'ye bağlı olmayan inmelerden daha uzun bir hastanede kalma süresine sahiptir ve eve taburcu edilme olasılıkları AF'ye bağlı olmayan inmelere göre daha düşüktür (%38'e karşı %63) [138]. AF ile ilişkili inme nedeniyle hastaneye yatırılan hastalar AF'siz inme geçiren hastalardan daha yaşlıdırlar, daha fazla intravenöz tedavi gerektirirler, daha şiddetli nörolojik defisitleri ve daha fazla sistemik komplikasyonları vardır ancak bakım maliyetleri benzerdir [130, 133].
İşveç	Hastalar için yatan hasta maliyetleri AF ile ilişkili inme için 9.300 € ve AF'ye bağlı olmayan inmeler için 8.900 € tutmaktadır. 65 yaş altındaki inme hastalarında AF olması, AF olmayan inme hastalarıyla karşılaştırıldığında maliyetleri %46 oranında arttırmıştır [123].
Birleşik Krallık	AF'li hastalarda ortalama inme maliyetleri 10.413£ idi [136]. Akut inme fazından sonra hayatta kalan inme hastalarının %10'u yıllık uzun-dönemli bakım maliyetlerini yılda 6880 € arttırmıştır [136].

DURUM ÇALIMASI15: ALMANYA
ALMAN KOMPETAN AĞ KAYITLARI (AFNET)

> **"Kayıtların oluşturulması, bütün disiplinlerden ve bakım ortamlarından hekimlerin bir araya getirilmesine izin vermiş ve toplanan veriler politika belirleyicilerin, medyanın ve hastalarının katılımı için bir başlangıç noktası oluşturduğu gibi ayrıca klinik çalışmaların planlanması için de bir başlangıç noktası sunmuştur. AFNET kayıtlarındaki hastaların uzun dönemli takip verilerini bildirmekten mutluluk duyacağız."**
> **(Profesör Paulus Kirchhof, kurucu üye ve halen kurul üyesi, AFNET)**

✓ POLİTİKALARA REHBERLİK EDECEK DAHA İYİ VERİLER

Gözden Geçirme

AFNET, 200 Alman merkeziyle başlayan ve şu anda AF'da uluslararası klinik çalışmalar yürüten disiplinler arası iş birliğine dayalı bir araştırma organizasyonudur. AF'nin bir bölümü, atrial fibrilasyonun (AF) tedavisini iyileştirmeyi amaçlayan ulusal bir hasta kaydını oluşturmaktadır.

Zaman Ölçekleri

AFNET 2003 yılında kurulmuştur ve bugün halen Almanya ve Avrupa'da gözlemsel ve araştırmacı-tarafından-başlatılan çok-merkezli, girişimsel çalışmaların yürütülmesine odaklanmıştır.

Kaynak Açıklamaları

AFNET Alman Federal Araştırma ve Eğitim Bakanlığı tarafından 10 yıldan beri finanse edilmektedir. AFNET bağımsız bir dernektir ve 2015 itibariyle, yeni oluşturulan Alman kardiyovasküler hastalıklar araştırma merkezinin bir ortağı olması beklenmektedir.

Linkler / Referanslar

http://www.kompetenznetz- vorhofflimmern.de/en/
Nabauer et al. 2009[116]; Kirchhof, et al. 2011[81]

Yaklaşım

AFNET, Alman hükümeti tarafından finanse edilen 17 kompetan ağdan biri olarak kurulmuştur. Başlangıcından itibaren üç amacı vardır: i) Almanya'da AF ve yönetimi ile ilgili bilgi sağlayacak bir kayıt sisteminin kurulması, ii) araştırmacı tarafından başlatılan çalışmalar için bir platform sunmak ve

AF mekanizmalarının ve patolojisinin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olmak.
Temel-AF kaydı, 2004 yılından 2006 yılına kadar 191 Alman merkezinde birinci basamaktan, muayenehane ve hastane tabanlı kardiyologlardan ve dahiliye uzmanlarından alınan toplam 9577 hastanın toplandığı geleceğe dönük, ülke çapında bir kayıt sistemidir. Bu kayıt sistemi hasta karakteristikleri, tıbbi öykü, ko-morbiditelerin varlığı, risk faktörleri ve tedaviler ile ilgili verileri içermekteydi. Hastalar kaydedildikten sonra ortalama 5.1 yıl boyunca takip edilmişlerdir ve takip verilerinin güncellenmiş bir yayını halen hazırlanmaktadır. 2012 yılında AFNET, EURObservational Araştırma Programı AF Genel Kayıtlarının (EORP-AF Kayıtları) resmi Alman ortağı olarak açıklanmıştır ve 3500 hastalık genişletilmiş bir katkı sağlamaktadır (EORP-AF Kayıtları, Almanya).

AFNET bugün için AF konusunda, özellikle araştırmacı önderliğinde çalışmaların geliştirilmesiyle ilgili olarak özgün bir mükemmellik merkezi olarak tanınmaktadır. Avrupa Kalp Ritmi Derneği (EHRA) ile ortak olarak, sonuncusu AF'nin bireyselleştirilmiş yönetimi üzerinde odaklanan bir dizi konsensüs konferansı düzenlemektedir [172].

Neler Başarıldı ?

- Bugüne kadar tamamlanmış üç büyük çok-merkezli klinik çalışma da dahil olmak üzere yaklaşık 20 klinik çalışma, kayıt ve temel araştırma projesi tamamlandı.
- Avrupa'da, AFNET'in akademik bir araştırma organizasyonu olarak işlev gördüğü araştırmacı tarafından başlatılan çalışmaların planlanması, yürütülmesi ve analizi için bir platform kurulması.
- Güçlü medya varlığı, çok miktarda yayın ve geniş, disiplinler arası üyelik aracılığıyla AF hakkında bilgilere ciddi bir katkı.
- AF ile mücadele etmenin yeni yolları hakkında medya, Alman parlamentosu, hasta grupları ve diğer hissedarlarla katılım için güçlü bir platform.

İrtibat Bilgileri:

Dr Gerlinde Benninger, Managing Director
info@kompetenznetz-vorhofflimmern.de
Prof. Paulus Kirchhof, Founder and Board Member
p.kirchhof@bham.ac.uk

DURUM ÇALIŞMASI16: ROMANYA

FACTS NOKTA KAYITLARI

> **GP'leri, AF'yi pasif tanımaktan aktif tanımaya geçme konusunda ikna etmeliyiz. AF için ulusal bir kayıt sisteminin bulunması tıp camiasında AF ve inme riski hakkında farkındalığı arttırmanın önemli bir adımı idi.**
> **(Prof. Gheorge Andrei Dan, Üniversite Klinik Hastanesi, Colentina, Bükreş)**

Gözden Geçirme

Romanya'da AF ve AF ile ilişkili inme farkındalığını arttırmayı amaçlayan daha geniş bir programın bir parçası olarak çalışan bir nokta kayıt sistemi (AF – Farkındalık, Bilinç ve Terapötik Strateji)

Zaman Ölçekleri

FACTS Programı 2010'da başlamıştır. 2011-2012 arasında 3800 hasta taramadan geçirilmiş ve bunların 3644'ü kayıt sistemine dahil edilmiştir. Tüm sonuçlar 2014'te yayınlanacaktır.

Kaynal Açıklamaları

FACTS Programı, Sanofi Aventis'ten kayıt için kısıtlamasız bir fonla finanse edilen akademik bir inisiyatiftir. APA 1 Euro 1 Hasta Projesi'nin sponsoru, "1 Görev 1 Milyon" projesi aracılığıyla Boehringer Ingelheim olmuştur.

Linkler / Referanslar

Popescu R, Dan, GA, Buzea A. Secondary prevention in patients with atrial fibrillation and stroke or transient ischemic attack – an insight from the FACTS programme. Romanian J Neurology 2013; 12: 130-135. *http://www.medica.ro/reviste_med/download/neurologie/2013.3/Neuro_Nr-3_2013_Art-5.pdf*

Yaklaım

FACTS Nokta Kayıtları, tüm Romanya'da bulunan 27 kardiyoloji ünitesinde 2011 ile 2012 arasında tanımlanan AF veya atrial flutter'lı hastaları içermekteydi. AF ile ilişkili inmenin önlenmesi konusunda kılavuzlara uyulmasını arttırma çabası içinde AF farkındalığını yükseltmeyi amaçlayan FACTS programının bir parçası olarak başlamıştır. FACTS programının önemli bir eğitim unsuru vardı ve merkezi amaçlarından biri, ülkede görece az sayıda kardiyolog bulunduğu ve GP'lerin gelecekte AF tespitinde daha büyük bir rol oynamasına kaçınılmaz bir şekilde ihtiyaç duyulacağı için GP'ler arasında AF ve AF ile ilişkili inme farkındalığını ve anlayışını arttırmaktı.

Kayıt sisteminden veri toplanması, AF ve AF ile ilişkili inme probleminin büyüklüğünün ölçülmesine ve özel hasta gruplarında, örneğin daha önce inme veya başka bir trombotik olay geçirmiş olan hastalarda tedavi boşlukları ile ilgili farkındalığın arttırılmasına yardımcı olmuştur. Gelecekteki önemli zorluklardan biri, genel çalışma ortamında AF'nin tespit edilmesini iyileştirmek ve doktorları, antiplatelet tedaviden vazgeçerek ve uygun antikoagülasyon tedavisine geçme konusunda ikna etmek olacaktır.

Kayıt sistemi, ESC tarafından desteklenen AF ile ilgili EORP Pilot kayıtlarının oluşturulmasından önce oluşturulmuştur (sonuçlar 2013, 2014'te yayınlanmıştır) ve katılımcı merkezler şu anda EORP uzun dönemli kayıt sisteminin bir parçasıdır.

Neler Başarıldı?

- AF hakkında ve AF ile ilişkili inmenin önlenmesi açısından yerel düzeyde neler olduğu konusunda daha fazla farkındalık.
- Şu anda mevcut bulunan, AF ve inmeye harcanacak daha fazla kaynak için politik destek kazanmaya yardımcı olacak ulusal veriler.
- Belirli hasta alt-gruplarında daha fazla tedavi bilgisi (örneğin GİA veya inme geçirmiş olan hastalarda) ile birlikte planlanan daha ileri analizler
- Aritmi Hastaları Derneği (APA) FACTS programına dayalı olarak kurulmuştur.

İrtibat Bilgileri:

Professor Gheorghe Andrei Dan, University Clinical Hospital 'Colentina', Bucharest
andrei.dan@gadan.ro

2: ÇIKARIMLAR VE ANAHTAR ÖNERİLER

AF ile ilişkili inmeler en ölümcül ve pahalı olan inmelerdir ve önümüzdeki yıllarda artış göstererek Avrupa çapında ciddi bir mortalite ve morbiditeye yol açmaları muhtemeldir. AF hastalarının etkili bir şekilde önlenmesini sağlayan en son kılavuzlarla ve yeni terapötik seçeneklerin gelişmesiyle, en fazla malul bırakıcı inmeleri önlemenin ve Avrupa'da binlerce hayatı kurtarmanın eşi görülmemiş bir fırsatı söz konusudur.

Bunu başarmanın anahtarı klinik kılavuzların daha fazla uygulanmasıdır ancak daha fazla kamuoyunda, hastalarda ve profesyonellerde AF ve AF ile artan inme riski konusunda daha fazla anlayış; daha fazla işbirliğini ve multidisipliner bir bakım yaklaşımını destekleyen daha entegre, daha hasta merkezli ve daha etkili bakım yolları; ve AF ile ilişkili inmenin etkili bir şekilde önlenmesine yönelik politikaları ve hedef kaynakları sürdürecek güvenilir verilere yatırım olmadan bu gerçekleşmeyecektir.

Son olarak, AF'nin inme için majör risk faktörlerinden biri olduğu yüksek sesle dile getirilmeli ve politika belirleyicilerle bütün karar-vericilere net bir şekilde aktarılarak AF'nin daha iyi bir şekilde tespiti ve antikoagülasyon tedavisinin AF ile ilişkili inmenin ve daha genel anlamda kardiyovasküler korunmanın bütünleşik bir parçası olarak düşünülmesi sağlanmalıdır.

Özet olarak, Avrupa'da AF ile ilişkili inme önlenmesini iyileştirmek için aşağıdaki anahtar önerileri yapıyoruz:

1

AF ile ilişkili inmenin etkili şekilde önlenmesini mümkün kılacak hedeflenmiş politikalar ve kaynaklar

- **Ulusal, bölgesel ve global politika liderleri sigara içme, yüksek kan basıncı, kötü diyet ve fiziksel hareketsizlik gibi** diğer "konvansiyonel" risk faktörleriyle birlikte AF'yi de inme için majör bir risk faktörü olarak tanımalıdır.
- **Politika belirleyiciler ayrıca, bütün ilgili politik çerçevelerde** – örneğin kronik hastalıklarla, kardiyovasküler hastalık önlenmesiyle ve sağlıklı yaşlanmayla ilgili çerçevelerde - AF'ye ve AF ile ilişkili inmeye uygun bir öncelik tanımalıdır.
- **Hükümetler, AF üzerine odaklanan ulusal programlar** yaratmalıdır (myokart infarktüsü, diyabet ve onkoloji için olduğu gibi).

2

AF ve AF ile artan inme riski hakkında kamuoyunda daha fazla farkındalık ve anlayış

- **Hasta organizasyonları ve profesyonel topluluklar** kamuoyunun, AF'nin inme için majör bir risk faktörü olduğunu ve bütün AF hastalarının inme riskinin azaltılması için uygun OAC tedavisi almaları gerektiğini anlamalarını arttıracak hedefli, etkileyici farkındalık **kampanyalarına öncülük etme konusunda teşvik edilmelidir.**

3

AF'nin daha iyi tespiti ve nabız kontrollerinin klinik pratiğe entegrasyonu

- **Birinci basamak hekimleri ve uzmanları**, 65 yaşın üstündeki hastalarını AF için fırsatçı bir şekilde **taramalıdır.**
- **Hükümetler ve sağlık sigorta kuruluşları**, **elle nabız kontrollerini** ulusal sağlık kontrollerine **entegre etmelidir.**

Recommendations 4-7 on the next page.

2: ÇIKARIMLAR VE ANAHTAR ÖNERİLER

4

Artmış inme riski altında bulunan her hasta için uygun antikoagülasyon tedavisi

- **Hasta organizasyonları ve profesyonel topluluklar, hekimlerin** bütün AF hastalarını inme riskleri açısından değerlendirmek ve en düşük inme riski altında bulunanlar hariç diğer bütün hastalara en etkili OAC tedavisini sunma açısından pratikteki kılavuzları uygulamaya koymalarına yardımcı olmak için sağlık profesyonelleriyle birlikte çalışmalıdır. Birinci basamak hekimlerini hedef alan araçlara özellikle ihtiyaç duyulmaktadır.
- **Sağlık bakım sisteminin liderleri,** yerel bir düzeyde ve özellikle birinci basamakta AF hastalarına OAC tedavisinin sunulmasındaki heterojenliği azaltmak ve en iyi uygulamaların yerel pratik uygulamalarla birleştirilmesini sağlamak için uygulanacak yerel kalite iyileştirme çerçeveleri ve merkezi bakım standartları geliştirmelidir.

5

Hasta merkezli bakım ve hastaların kesin bilgilendirilmesi

- **Bütün sağlık profesyonelleri hasta merkezli bir bakım yaklaşımını desteklemeli ve daha fazla hasta katılımını ve hasta eğitimini teşvik etmelidir.**

6

AF ile ilişkili inmenin önlenmesine bir bütün-sistem yaklaşımı

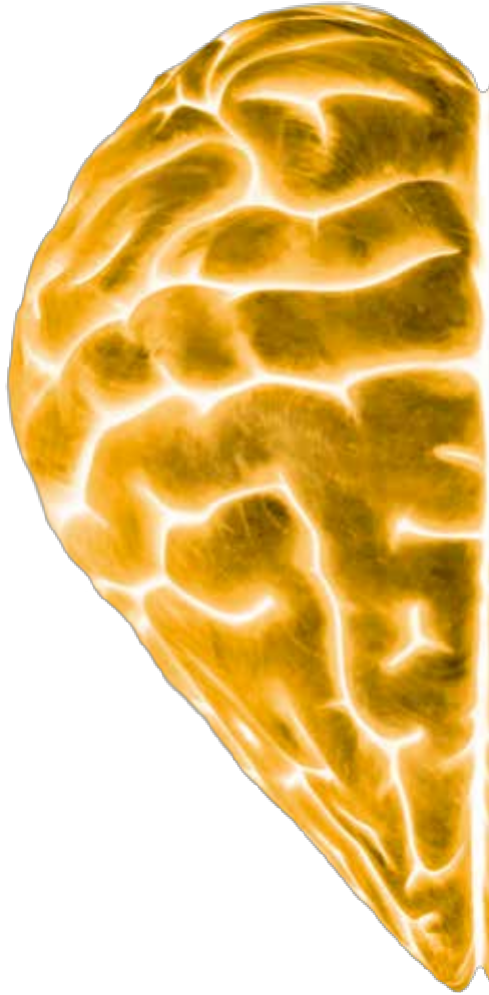
- Sağlık profesyonelleri profesyonel siloların yıkılmasına yardımcı olacak başarılı multi-disipliner, entegre bakım modellerini tanımak için diğer kronik hastalıklarla çalışmalı ve onlardan bir şeyler öğrenmelidir.

7

Politikaya kılavuzluk edecek daha iyi veriler

- **Hükümetler, araştırma enstitüleri ve profesyonel topluluklar** AF ve AF ile ilişkili inme ile ilgili **epidemiyolojik ve ekonomik verilerin sistematik bir şekilde toplanmasına** yatırım yapmalıdırlar. Bu, politika belirleyicilerin politikalara kılavuzluk etmek ve kaynakları uygun bir şekilde hedef almak için mümkün olabilecek en güvenilir ve güncel verilerle donatılmasını sağlayacaktır.

DEĞİŞİKLİK İÇİN YOL HARİTASI DURUM ÇALIŞMALARI



Durum Çalışmaları:

***Öncelik 1:** AF ile ilişkili inmeden etkili korunmayı mümkün kılacak hedeflenmiş politikalar ve kaynaklar*

- AF'nin ve AF ile ilişkili inmenin sağlık politikalarına tam entegrasyonu: İrlanda örneği.
- Birinci Ulusal Kalp Günü: Alliance du Coeur'dan kalp hastalığı ile ilgili eyleme politik bir çağrı.

***Öncelik 2:** Daha fazla kamuoyu farkındalığı ve AF'nin ve AF ile artmış inme riskinin anlaşılması*

- Bate Bate Coraçao Derneği
- İrlanda Kalp Vakfı Farkındalık Kampanyası
- F.A.S.T Eylem Kampanyası

***Öncelik 3:** AF'nin iyileştirilmiş tespiti ve nabız kontrollerinin klinik pratiğe entegrasyonu*

- Eczanelerde nabız kontrolleri
- Kendi Nabzınızı Bilin Kampanyası – Birleşik Krallık, Çin, Hindistan, Avustralya, ABD, Uruguay.

***Öncelik 4:** İnme riski altında bulunan her AF hastası için uygun antikoagülasyon tedavisi*

- AF Kalbi programın
- Yeni antikoagülanların kullanımı için EHRA pratik kılavuzu
- Bradford'da en iyi uygulamayı sürdüren birinci basamak bakım liderliği

***Öncelik 5:** Hasta-merkezli bakım ve hastalara kesin bilgilendirme*

- AF riski inme hesaplayıcısı
- AF yönetimi için hemşire-liderliğinde entegre edilmiş kronik bakım modeli

***Öncelik 6:** AF ile ilişkili inmenin önlenmesine bir bütün-sistemi yaklaşımı*

- "Tek-durak-noktaLI" bir klinik
- Odense'de kardiyolog ve nörologlar arasında

***Öncelik 7:** Politikalara ve klinik yönetime kılavuzluk eden daha iyi veriler*

- Alman Atrial Fibrilasyon Kompetans Ağı (AFNET)
- FACTS Nokta Kayıt Sistemi

REFERANS LİSTESİ

(1) Feigin V, et al. Global and regional burden of stroke during 1990—2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2014; 383:245-255.

(2) European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2010; 31(19):2369-2429.

(3) Gustavsson A, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21(10):718-779.

(4) Hunger M, et al. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-age study. Health Qual Life Outcomes 2011; 9:53.

(5) Leal J, Luengo-Fernandez R, Gray A. Economic costs. in: European Cardiovascular Disease Statistics 2012. ESC and European Heart Network. In: Nichols M eal, editor. European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis. 2012 edition ed. 2012. http://www.escardio.org/about/Documents/ EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf

(6) McPherson CJ, Wilson KG, Chyurlia L, Leclerc C. The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: a cross-sectional study. Health Qual Life Outcomes 2011; 9(1):29.

(7) Opara JA, Jaracz K. Quality of life of post-stroke patients and their caregivers. J Med Life 2010; 3(3):216-220.

(8) Wikman A, Wardle J, Steptoe A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study. PLoS One 2011; 6(4):e18952.

(9) NICE. NICE cost impact and commissioning assessment: quality standard for stroke. London, NHS. 2010.

(10) Camm AJ. Stroke prevention in atrial fibrillation - the unmet need and morbidity burden. Eur Cardiol 2011; 7(3):187-195.

(11) Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, Crijns HJ, Curtis AB, Ellenbogen KA et al. 2011 ACCF/AHA/HRS focused updates incorporated into the ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. Circulation 2011; 123(10):e269-e367.

(12) Lloyd-Jones DM. Lifetime risk for atrial fibrillation. Circulation 2004; 110:1042-1046.

(13) Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991; 22(8):983-988.

(14) Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation: a major contributor to stroke in the elderly. The Framingham Study. Arch Intern Med 1987; 147:1561-1564.

(15) Asplund K. [Stroke - risk factors and primary prevention]. Swedish. Lakartidningen 2003; 100:3500-3505.

(16) Marini C, et al. Contribution of atrial fibrillation to incidence and outcome of ischemic stroke: results from a population-based study. Stroke 2005; 36(6):1115-1119.

(17) Steger C, et al. Stroke patients with atrial fibrillation have a worse prognosis than patients without: data from the Austrian Stroke registry. Eur Heart J 2004; 25:1734-1740.

(18) Jorgensen HS, Nakayama H, Reith J, Raaschou HO, Olsen TS. Acute stroke with atrial fibrillation. The Copenhagen Stroke Study. Stroke 1996; 27(10):1765-1769.

(19) Lamassa M, et al. Characteristics, outcome, and care of stroke associated with atrial fibrillation in Europe: data from a multicenter multinational hospital- based registry (The European Community Stroke Project). Stroke 2001; 32(2):392-398.

(20) Camm AJ, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation * Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association. Eur Heart J 2012; 33(21):2719-2747.

(21) Working Group Report: Prevention of Atrial Fibrillation-Related Stroke. How can we avoid a stroke crisis? 2012. http://www.stopafib.org/downloads/ News436.pdf

(22) Naccarelli GV, Varker H, Lin J, Schulman KL. Increasing prevalence of atrial fibrillation and flutter in the United States. Am J Cardiol 2009; 104(11):1534-1539.

(23) Bakhai A, et al. Patient perspective on the management of atrial fibrillation in five European countries. BMC Cardiovasc Disord 2013; 13(1):108.

(24) MacLean S, et al., . Patient Values and Preferences in Decision Making for Antithrombotic Therapy: A Systematic Review. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians, Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012; 141(2 Suppl):e1S-e23S.

(25) Ogilvie IM, Newton N, Welner SA, Cowell W, Lip GY. Underuse of oral anticoagulants in atrial fibrillation: a systematic review. Am J Med 2010; 123(7):638-645.

REFERANS LİSTESİ

(26) Zimetbaum PJ, et al. Are atrial fibrillation patients receiving warfarin in accordance with stroke risk? Am J Med 2010; 123(5):446-453.

(27) Mant J, et al. Warfarin versus aspirin for stroke prevention in an elderly community population with atrial fibrillation (the Birmingham Atrial Fibrillation Treatment of the Aged Study, BAFTA): a randomised controlled trial. Lancet 2007; 370(9586):493-503.

(28) Bungard TJ, et al. Physicians' perceptions of the benefits and risks of warfarin for patients with nonvalvular atrial fibrillation. CMAJ 2001; 165(3):301-302.

(29) Atrial Fibrillation Association., Anticoagulation Europe. Preventing a stroke crisis. 2012. http://www.preventaf-strokecrisis.org/files/files/The%20AF%20Report%2014%20April%202012.pdf

(30) Atrial Fibrillation Association., All Party Parliamentary Group on Atrial Fibrillation. Pulse checks in the NHS: Ideas worth spreading. 2013. http://www.atrialfibrillation.org.uk/files/file/APGAF%20Pulse%20Check%20Report.pdf

(31) Bonhorst D, et al. Prevalence of atrial fibrillation in the Portuguese population aged 40 and over: the FAMA study. Rev Port Cardiol 2010; 29:331-350.

(32) Friberg L, Bergfeldt L. Förmaksflimmer vanligare än man trott Strokeprofylaxen till dessa patienter behöver förbättras. [Atrial fibrillation is more common than previously thought. Stroke prophylaxis in these patients needs to be improved.]. Lakartidningen 2013; 110(45):1976.

(33) Gomez-Doblas JJ. Prevalencia de Fibrilación Auricular. Resultatados del estudio OFRECE. 2013. http://www.secardiologia.es/formacion-y-becas/elearning/webinars/4508-resultados-del-estudio- ofrece

(34) Deplanque D, Leys D, Parnetti L, Schmidt R, Ferro J, de RJ et al. Stroke prevention and atrial fibrillation: reasons leading to an inappropriate management. Main results of the SAFE II study. Br J Clin Pharmacol 2004; 57(6):798-806.

(35) Lip G, Agnelli G, Thach AA, Knight E, Rost D, Tangelder M. Oral anticoagulation in atrial fibrillation: a pan-European patient survey. Eur J Intern Med 2007; 18:202-208.

(36) National Institutes of Health. Research Portfolio Online Reporting Tools. 2014. http://www.atrialfibrillation.org.uk/files/file/APGAF%20Pulse%20Check%20Report.pdf

(37) Lenti L, et al. Stroke care in Central Eastern Europe: current problems and call for action. Int J Stroke 2013; 8:365-371.

(38) Vorhofflimmern verbreitet kaum Schrecken. Artzte Zeitung online 2011. http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/herzkreislauf/herzrhythmusstoerungen/article/674005/vorhofflimmern-verbreitet-kaum-schrecken.html

(39) Bate bate coracao. 2014. http://www.batebatecoracao.pt/index.aspx?ID=3

(40) Finucane C, et al. Low awareness of atrial fibrillation in a nationally representative sample of older adults. Circulation 2011; 124; A15661 . Circulation 124[A15661]. 2011.

(41) Ligue Cardiologique Belge. Survey results 2012. Personal Communication, 2012.

(42) Schweitzerische Herzstiftung (Swiss Heart Foundation). 2012. www.swissheart.ch/uploads/media/Befragung_vorhofflimmern_MM_public_01.pdf

(43) Atrial Fibrillation Association awareness campaign. 1 in 3 Brits unaware of stroke. 2013. http://www.atrialfibrillation.org.uk/campaigns/AF- Aware-Week-survey.html

(44) Dokova KG, Stoeva KJ, Kirov PI, Feschieva NG, Petrova SP, Powles JW. Public understanding of the causes of high stroke risk in northeast Bulgaria. Eur J Public Health 2005; 15:313-316.

(45) Vibo R, et al. Stroke awareness in two Estonian cities: better knowledge in subjects with advanced age and higher education. Eur Neurol 2013; 69(2):89-94.

(46) Apenteng PN, Murray ET, Holder R, Hobbs FD, Fitzmaurice DA. An international longitudinal registry of patients with atrial fibrillation at risk of stroke (GARFIELD): the UK protocol. BMC Cardiovascular Disorders 2013; 13(1):31.

(47) Bjorck S, Palaszewski B, Friberg L, Bergfeldt L. Atrial fibrillation, stroke risk, and warfarin therapy revisited: a population-based study. Stroke 2013; 44(11):3103-3108.

(48) Claes N, et al. Prevalence of atrial fibrillation in adults participating in a large-scale voluntary screening programme in Belgium. Acta Cardiol 2012; 67(3):273-278.

(49) Dan GA. Personal correspondance with Professor Dan, University of Medicine and Pharmacy 'Carol Davila', Bucharest, and University Clinical Hospital 'Colentina', Bucharest. 2014.

(50) Ertas F, et al. Epidemiology of atrial fibrillation in Turkey: preliminary results of the multicenter AFTER study. Turk Kardiyol Dern Ars 2013; 41(2):99-104.

(51) Fitzmaurice DA, et al. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomised controlled trial. BMJ 2007; 335(7616):383.

REFERANS LİSTESİ

(52) Frewen J, et al. Factors that influence awareness and treatment of atrial fibrillation in older adults. QJM 2013; 106:415-424.

(53) Haute Autorité de Santé. Synthèse d'avis de la Commission de Transparence Pradaxa. 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/pradaxa_15022012_avis_ct10749.pdf

(54) Heeringa J, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J 2006; 27(8):949-953.

(55) Kalejs O. 'Riga Stradins University Pilot project' - Presentation to Latvian Congress 20.09.2013.

(56) Kõrv J, Vibo R. Burden of stroke in Estonia. Int J Stroke 2013; 8(5):372-373.

(57) Labuz-Roszak B, et al. Oral anticoagulant and antiplatelet drugs used in prevention of cardiovascular events in elderly people in Poland. BMC Cardiovascular Disorders 2012; 12:98.

(58) Mavri A (ed). Priroènik za uporabo novih peroralnih antikoagulacijskih zdravil v klinièni praksi. Slovensko zdravniško društvo, Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprec(evanje trombembolic(nih bolezni pri Združenju za žilne bolezni. Ljubljana. 2012.

(59) Ntaios G, et al. Prevalence of atrial fibrillation in Greece: the Arcadia Rural Study on atrial fibrillation. Acta Cardiol 2012; 67(1):65-69.

(60) TRAF (Turkish atrial fibrillation database) presented as oral presentation at ESC congress Amsterdam. 2013.

(61) Tomcsanyi J, Bozik B, Rokszin G, Abonyi-Toth Z, Katona L. The prevalence of atrial fibrillation in Hungary Tomcsányi J, Bózsik B, Rokszin G, Abonyi-Tóth Z, Katona L. Orv Hetil 2012; 153(9):339-342.

(62) Tveit A, et al. Atrial fibrillation and antithrombotic therapy in a 75-year-old population. Cardiology 2008; 109(4):258-262.

(63) Wilke T, et al. Oral anticoagulation use by patients with atrial fibrillation in Germany. Adherence to guidelines, causes of anticoagulation under-use and its clinical outcomes, based on claims-data of 183,448 patients. Thrombosis and Haemostatis 2012; 107.6:1-13.

(64) Zoni-Berisso M, et al. Frequency, patient characteristics, treatment strategies, and resource usage of atrial fibrillation (from the Italian Survey of Atrial Fibrillation Management [ISAF] study). Am J Cardiol 2013; 111(5):705-711.

(65) Friberg L, Engdahl J, Frykman V, Svennberg E, Levin LA, Rosenqvist M. Population screening of 75- and 76-year-old men and women for silent atrial fibrillation (STROKESTOP). Europace 2013; 15(1):135-140.

(66) Táborský M. Léèba fibrilace síní v interní praxi - co je nového a na co musíme myslet? [Treatment of atrial fibrillation in general medicine - what is new and what do we have to think about?]. Postgraduální medicína 2011. http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni- medicina-priloha/lecba-fibrilace-sini-v-interni-praxi- co-je-noveho-a-na-co-musime-myslet-461323

(67) Orchard J, Freedman SB, Lowres N, Peiris D, Neubeck L. iPhone ECG screening by practice nurses and receptionists for atrial fibrillation in general practice: the GP-SEARCH qualitative pilot study. Aust Fam Physician 2014; 43:315-319.

(68) Magyar Stroke Társaság Vezetosége. Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve a cerebrovascularis betegségek ellátásáról [Department of Health guidelines on treatment of cerebrovascular disease]. 2010. A Magyar Stroke Társaság és a Neurológiai Szakmai Kollégium szakmai irányelve. 2010.

(69) Andersson P, Londahl M, Abdon NJ, Terent A. The prevalence of atrial fibrillation in a geographically well-defined population in northern Sweden: implications for anticoagulation prophylaxis. J Intern Med 2012; 272(2):170-176.

(70) Arts D, et al. Frequency and risk factors for under- and over-treatment in stroke prevention for patients with non-valvular atrial fibrillation in general practice. PLoS One 2013; 5:e67806.

(71) Bonnemeier H, et al., for the MOVE Study Group. Presentation of atrial fibrillation and its management by cardiologists in the ambulatory and hospital setting: MOVE cross-sectional study. Current Med Res Opinion 2011; 27:995-1003.

(72) Brandes A, et al. Guideline adherence of antithrombotic treatment initiated by general practitioners in patients with nonvalvular atrial fibrillation: a Danish survey. Clin Cardiol 2013; 36:427-432.

(73) Bulkova V, et al. [Conventional treatment of atrial fibrillation in the Czech Republic managed by outpatient cardiologists. Overview of diagnostic and treatment procedures, pharmacological treatment and hospitalisation]. Vnitr Lek 2008; 54(1):36-44.

(74) Cordero A, et al. Patients with cardiac disease: changes observed through last decade in out-patient clinics. World Journal of Cardiology 2013; 5(8):288-294.

(75) Cowan C., et al. The use of anticoagulants in the management of atrial fibrillation among genreal practices in England. Heart 2013; online first 7 Feb 2013(doi: 10.1136/heartjnl-2012-303472):1-7.

(76) Gussoni G, et al. Decision making for oral anticoagulants in atrial fibrillation: the ATA-AF study. Eur J Intern Med 2013; 24(4):324-332.

REFERANS LİSTESİ

(77) Hatala R, Hlivak P, Smolkova, Spitzerova H. Quality of oral anticoagulation with warfarin in the outpatients in Slovakia in patients with AF. Cardiology Lett 2012; 21(2):113-123.

(78) Hofgart C, Ver G, Csiba L. [Anticoagulant therapy in practice]. Orv Hetil 2 13;153(19):732-6 2012; 153(19):732-9.

(79) Johnsen SP, Svendsen ML, Hansen ML, Brandes A, Mehnert F, Husted SE. Preadmission Oral Anticoagulant Treatment and Clinical Outcome Among Patients Hospitalized With Acute Stroke and Atrial Fibrillation: A Nationwide Study. Stroke 2014; 45:45.

(80) Jorge E, et al. Terapeutica anti trombotica no idso com fibrilhacao auricular. Das Guidelines a pratica clinica. Acta Med Port 2011; 24(S2):293-300.

(81) Kaya H, et al. Predictors of Anticoagulant Treatment in Patients With Nonvalvular Atrial Fibrillation: Results From Atrial Fibrillation in Turkey: Epidemiologic Registry. Clin Appl Thromb Hemost 2013.

(82) Lehto M, et al. Treatment of atrial fibrillation in Finland - the FinFib study. Finnish Medical Journal 2011; 66:3401-3407.

(83) Lobos JM, et al. Caracteristicas de los pacientes y manejo terapeutico de la fibrilacion auricular en Atencion Primaria en Espana: estudio FIATE. Med Clin (Barc) 2013; in press.

(84) Meinertz T, et al. Management of atrial fibrillation by primary care physicians in Germany: baseline results of the ATRIUM registry. Clin Res Cardiol 2011; 100:897-905.

(85) Ninios I, et al. Prevalence, clinical correlates and treatment of permanent atrial fibrillation among the elderly: insights from the first prospective population- based study in rural Greece. J Thromb Thrombolysis 2010; 30:90-96.

(86) Opolski G, et al. One.year follow.up of the Polish subset of the RecordAF registry of patients with newly diagnosed atrial fibrillation. Polskie Archiwum Medycyny Wewnêtrznej 2013; 123(5).

(87) Pereira da Silva T, et al. Impedimentos à Prescrição de Anticoagulação na Fibrilhação Auricular e Atitude Face aos Novos Anticoagulantes Orais [Restraints to Anticoagulation Prescription in Atrial Fibrillation and Attitude Towards the New Oral Anticoagulants]. Acta Med Port 2013; 26:127-132.

(88) Reile R, et al. Antikoagulantide kulutõhusus virvendusarütmia tüsistuste ennetamisel. Tartu:Tartu Ülikooli tervishoiu instituut. 2013. http://rahvatervis.ut.ee/handle/1/5724

(89) Sabouret P, Depret-Bixio L, Cotte FE, Marie P., Bedira N, Blin P. Gender differences in the management of antithrombotic prescriptions among patients with atrial fibrillation by general practitioners in France. Eur Heart J 2013; 4 Suppl 1:96.

(90) Zehnder BS, Schaer BA, Cron TA, Osswald S. Atrial fibrillation: estimated increased rate of stroke due to lacking adherence to guidelines. Swiss Med Wkly 2006; 136:757-760.

(91) Barrios V, Calderon A, Escobar C, de la Figuera M, on behalf of the Pimary Care Group in the Clinical Cardiology Section of the Spanish Society of Cardiology. Patients with atrial fibrillation in a primary care setting: Val-FAAP Study. Rev Esp Cardiol 2012; 65(1):47-53.

(92) Forslund T, Wettermark B, Wandell P, von EM, Hasselstrom J, Hjemdahl P. Risk scoring and thromboprophylactic treatment of patients with atrial fibrillation with and without access to primary healthcare data: Experience from the Stockholm health care system. Int J Cardiol 2013.

(93) Holt TA, Hunter TD, Gunnarsson C, Khan N, Cload P, Lip GY. Risk of stroke and oral anticoagulant use in atrial fibrillation: a cross-sectional survey. British J Gen Practice 2012; 62:e710-e717.

(94) Huguet M, et al. Antithrombotic therapy prescription and persistence in patients with atrial fibrillation in France and Spain (pcv109). Value in health 2012; 15:A382.

(95) Mohammed M, Marshall T, Nirantharakumar K, Stevens A, Fitzmaurice D. Patterns of warfarin use in subgroups of patients with atrial fibrillation: a cross-sectional analysis of 430 general practices in the United Kingdom PLoS One 2013; 8:e61979.

(96) Popescu R, Dan GA, Buzea A. Secondary prevention in patients with atrial fibrillation and stroke or transient ischemic attack - an insight from the FACTS programme.. Romanian J Neurology 2013; 12:130-135.

(97) Ryliskiene K, Jatuzis D, Ulevieute I, Milaikaite E. Underuse of oral anticoagulation in atrial fibrillation: Lithuanian real-life clinical practice . 2009. http://www.neuroseminarai.lt/uploads/Ryliskiene_2009_Helsinki.pdf

(98) Volterrani M, et al. Anticoagulation in "real world" patients with atrial fibrillation in Italy: Results from the ISPAF (Indagine Sicoa Paziente Con Fibrillazione Atriale) survey study. Int J Cardiol 2013; 168(5):4729-4733.

(99) Nabauer M, et al. The Registry of the German Competence NETwork on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management. Europace 2009; 11:423-234.

(100) Di Pasquale G, et al. Current presentation and management of 7148 patients with atrial fibrillation in cardiology and internal medicine hospital centers: the ATA AF study. Int J Cardiol 2013; 167(6):2895-2903.

REFERANS LİSTESİ

(101) Pugh D, Pugh J, Mead GE. Attitudes of physicians regarding anticoagulation for atrial fibrillation: a systematic review. Age Ageing 2011; 40:675-683.

(102) Aliot E, et al. An international survey of physician and patient understanding, perception, and attitudes to atrial fibrillation and its contribution to cardiovascular disease morbidity and mortality. Europace 2010; 12(5):626-633.

(103) AntiCoagulation Europe. Living With Warfarin. 2012. http://www.anticoagulationeurope.org/publications/living-with-warfarin

(104) Croquelois A, Bogousslavsy J. Risk awareness and knowledge of patients with stroke: results of a questionnaire survey 3 months after stroke. Neurol Neurosurg Psychiatry 2006; 77:726-728.

(105) Lobos Bejarano JM, Mena Gonzalez A. Prevencion de ictus en pacientes con fibrilacion auricular no valvular. Que hay de nuevo? Atencion Primaria 2013; 45(suppl 1):1-4.

(106) Hanon O, et al. Expert consensus of the French society of geriatrics and gerontology and the French society of cardiology on the management of atrial fibrillation in elderly people. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013; 11(2):117-143.

(107) Assurance Maladie. Avenant n°1 à la convention nationale des pharmaciens. 2013. http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/votre-convention/convention-nationale-titulaires-d-officine/avenant-n-1-a-la-convention-nationale.php

(108) Hendriks J, et al. Nurse-led vs. usual care for patients with atrial fibrillation: resuls of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patietns with atrial fibrillation. Eur Heart J 2012; 33:2692-2699.

(109) Dansk Cardiologisk Selskab. Antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme "Trombokardiologi". DCS Vejledning 2012; 3.

(110) Diaz Guzman J. Ictus cardioembolico: epidemiologia [Embolic strokes: epidemiology]. Neurologia 2012; 27(Supl 1):4-9.

(111) Gandolfo C, Balestrino M, Burrone A, Del SM, Finocchi C. Stroke due to atrial fibrillation and the attitude to prescribing anticoagulant prevention in Italy. A prospective study of a consecutive stroke population admitted to a comprehensive stroke unit. J Neurol 2008; 255(6):796-802.

(112) Hannon N, et al. Stroke Associated with Atrial Fibrillation - Incidence and Early Outcomes in the North Dublin Population Stroke Study. Cerebrovasc Dis 2010; 29:43-49.

(113) Hjerteforeningen [Danish Heart Foundation]. Schneider M. [Quote by professor GB Jensen]. Ny forskning skal gøre det lettere at opdage atrieflimren. 2013. http://www.hjerteforeningen.dk/index.php?pageid=334&newsid=1081

(114) Meretoya A, et al. Effectiveness of Primary and Comprehensive Stroke Centers: PERFECT Stroke: A Nationwide Observational Study From Finland. Stroke 2010; 41(6):1102-1107.

(115) Niewada M, Skrowronska M, Ryglewicz D. Acute Ischemic Stroke Care and Outcome in Centers Participating in the Polish National Stroke Prevention and Treatment Registry. Stroke 2006; 37:1837-1843.

(116) SARGENTO-FREITAS J, Silva F, Koehler S. Fibrilhação Auricular na Doença Cerebrovascular: A Perspectiva Neurológica Nacional. [Atrial fibrillation in cerebrovascular disease: national neurological perspective]. Acta Med Port 2013; 26:86-92.

(117) Vemmos K, Bots ML, Tsibouris PK. Stroke Incidence and Case Fatality in Southern Greece: The Arcadia Stroke Registry. Stroke 1999 1999; 30(363):370.

(118) Statistique Suisse. 2010. http://www.bfs.admin.ch/

(119) Baeten SA, van Exel NJ, Dirks M, Koopmanschap MA, Dippel DW, Niessen LW. Lifetime health effects and medical costs of integrated stroke services - a non-randomized controlled cluster-trial based life table approach. Cost Eff Resour Alloc 2010; 8:21.

(120) Bogucki M, Gierczyñski J, Karczewicz E, Zalewska H. Mózgu Konsekwencje Spoeczne I Ekonomiczne . Warsaw LI, editor. 2013. Ref Type: Report

(121) Chevreul K, et al. Cost of stroke in France. Eur J Neurol 2013; 20:1094-1100.

(122) Fak AS, et al. Expert panel on cost analysis of atrial fibrillation. Anadolu Kardiyol Derg 2013; 13(1):26-38.

(123) Ghatnekar O. The burden of stroke in Sweden:Studies on cost and quality of life based on Riks-Stoke, the Swedish stroke register. 2013. Umeå, Department of Public Health and Clinical Medicine.

(124) Karpati K, Majer I, Boncz I, Nagy A, Bereckzki D, Gulacsi L. [Social insurance costs of hospital treatment of stroke in Hungary, 2003- 2005].Ideggyogy Sz 2007; 60(7-8):311-320.

(125) Kolominsky-Rabas PL, et al. Lifetime cost of ischemic stroke in Germany: results and national projections from a population-based stroke registry: the Erlangen Stroke Project. Stroke 2006; 37(5):1179-1183.

(126) Mar J, et al. The costs of stroke in Spain by aetiology: the CONOCES study protocol. Neurologia 2013; 28(6):332-339.

REFERANS LİSTESİ

(127) Meretoja A. Stroke - an expensive public health issue in Finland. Duodecim 128[2], 139-146. 2012.

(128) National Audit Office. Progress in improving stroke care. 2010. http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2010/02/0910291.pdf

(129) Piscitelli P, et al. Incidence and costs of hip fractures vs strokes and acute myocardial infarction in Italy: comparative analysis based on national hospitalization records. Clin Interv Aging 2012; 7:575-583.

(130) Santamarina E, Sabin JA. Impacto social del ictus producido por fibrilacion auricular. Neurologia 2012; 27(Supl 1):10-14.

(131) Smith S, et al. The cost of stroke and transient ischaemic attack in Ireland: a prevalence-based estimate. Age Ageing 2012; 41:332-338.

(132) Šelb Šemerl J, Nadrag P, Sedlak S. Epidemiologija možganske kapi v Sloveniji [Epidemiology of Stroke in Slovenia]. 2010. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

(133) Alvarez-Sabin J., et al. Costes hospitalarios del ictus en España. Estudio CONOCES. Presentación en XXXII Jornadas de Economia de la Salud Bilbao 15-18 Mayo 2012 2012.

(134) Cotte FE, Chaize G, Kachaner I, Gaudin AF, Vainchtock A, Durand-Zaleski I. Incidence and Cost of Stroke and Hemorrhage in Patients Diagnosed with Atrial Fibrillation in France. J Stroke Cerebrovasc Dis 2013; Oct 8. pii: S1052-3057(13)00351-0. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.08.022. [Epub ahead of print].

(135) Hannon N, et al. Abstract 171: A Population-based Comparison of Total Costs: The Economic Burden of Atrial Fibrillation-Associated Stroke. Stroke . 2013. http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/meeting_abstract/43/2_MeetingAbstracts/A171

(136) Luengo-Fernandez R, Yiin GS, Gray AM, Rothwell PM. Population-based study of acute- and long-term care costs after stroke in patients with AF. Int J Stroke 2013.

(137) Meretoja A, et al. Direct costs of patients with stroke can be continuously monitored on a national level: performance, effectiveness, and Costs of Treatment episodes in Stroke (PERFECT Stroke) Database in Finland. Stroke 2011; 42(7):2007-2012.

(138) Roquer Gonzalez J, Alvarez-Sabin J, Grupo de estudio de enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Espanola de Neurologia. Es el ictus cardioembolico la gran amenaza del anciana? El ictus en la persona mayor. 31-45. 2009.

(139) Camm J. Atrial fibrillation: a silent epidemic. Presentation given at the "Healthy Ageing Across the Lifecycle" conference, Filosenia Conference Center, Nicosia, Cyprus . 2012. http://www.cy2012.eu/index.php/en/file/OD2f6NMCVKT2nxXo9+AUZw==

(140) Nichols M, et al. European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis. 2012. http://www.escardio.org/about/Documents/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf

(141) Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM. Stroke. Lancet 2008; 371(9624):1612-1623.

(142) Hylek EM, et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. N Engl J Med 2003; 349(11):1019-1026.

(143) Wikman A, Wardle J, Steptoe A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study. PLoS One 2011; 6(4):e18952.

(144) Gage BF, Waterman AD, Shannon W, Boechler M, Rich MW, Radford MJ. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA 2001; 285(22):2864-2870.

(145) Lip GY, Nieuwlaat R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJ. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the euro heart survey on atrial fibrillation. Chest 2010; 137(2):263-272.

(146) January CT, et al. 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary. J Am Coll Cardiol 2014; doi: 10.1016/j.jacc.2014.03.021.

(147) Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. Ann Intern Med 2007; 146(12):857-867.

(148) Gross CP, et al. Factors influencing physicians' reported use of anticoagulation therapy in nonvalvular atrial fibrillation: a cross-sectional survey. Clin Ther 2003; 25(6):1750-1764.

(149) Gallagher AM, Rietbrock S, Plumb J, van Staa TP. Initiation and persistence of warfarin or aspirin in patients with chronic atrial fibrillation in general practice: do the appropriate patients receive stroke prophylaxis? J Thromb Haemost 2008; 6(9):1500-1506.

(150) Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2009; 361(12):1139-1151.

REFERANS LİSTESİ

(151) Connolly SJ, et al. Apixaban in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 364(9):806-817.

(152) Granger CB, Armaganijan LV. Newer oral anticoagulants should be used as first-line agents to prevent thromboembolism in patients with atrial fibrillation and risk factors for stroke or thromboembolism. Circulation 2012; 125(1):159-164.

(153) Patel MR, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365(10):883-891.

(154) De Caterina R, et al. New oral anticoagulants in atrial fibrillation and acute coronary syndromes: ESC Working Group on Thrombosis-Task Force on Anticoagulants in Heart Disease position paper. J Am Coll Cardiol 2012; 59(16):1413-1425.

(155) Steffel J, Braunwald E. Novel oral anticoagulants: focus on stroke prevention and treatment of venous thrombo-embolism. Eur Heart J 2011; 32(16):1968-76, 1976a.

(156) Viles-Gonzalez JF, Fuster V, Halperin JL. New anticoagulants for prevention of stroke in patients with atrial fibrillation. J Cardiovasc Electrophysiol 2011; 22(8):948-955.

(157) Heidbuchel H, et al. European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of new oral anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation. Europace 2013; 15(5):625-651.

(158) ACTIVE Writing Group of the ACTIVE Investigators, et al. Clopidogrel plus aspirin versus oral anticoagulation for atrial fibrillation in the Atrial fibrillation Clopidogrel Trial with Irbesartan for prevention of Vascular Events (ACTIVE W): a randomised controlled trial. Lancet 2006; 10:1903-1912.

(159) ACTIVE investigators. Effect of Clopidogrel Added to Aspirin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; 360:2066-2078.

(160) Calkins H, et al. 2012 HRS/EHRA/ECAS Expert Consensus Statement on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation: recommendations for patient selection, procedural techniques, patient management and follow-up, definitions, endpoints, and research trial design. Europace 2012; 14(4):528-606.

(161) World Heart Organisation. Atlas of heart disease and stroke. Risk factors. 2011. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf?ua=1

(162) Czlonkowska A, et al. High early case fatality after ischaemic stroke in Poland: exploration of possible explanations in the International Stroke Trial. J Neurol Sci 2002; 202(1-2):53-57.

(163) Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray AM. UK research expenditure on dementia, heart disease, stroke and cancer: are levels of spending related to disease burden? Eur J Neurol 2012; 19:149-154.

(164) Department of Health and children. Changing Cardiovascular Health: National Cardiovascular Health Policy 2010 - 2019. Dublin, Ireland. 2010. http://www.dohc.ie/publications/pdf/changing_cardiovascular_health.pdf?direct=1

(165) Health Service Executive. HSE Quality and Clinical Care Directorate. Stroke Clinical Care Programme. 2012. Dublin, Ireland. http://hse.ie/eng/about/Who/clinical/natclinprog/strokeprogramme/Policy_Documents/stroke.pdf

(166) France AVC. Communique de presse 29.10.2013 - journée mondiale de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux (AVC) . 2013. http://www.franceavc.com/communique_presse/files/communique_de_presse_536858.pdf

(167) President of ALICE. La Repubblica , 43. 2013. (Personal Communication)

(168) Morais C. Bate Bate Coração Association, From the Heart to Society. 2013.

(169) Wilson MG, Junger G. Principles and Practice of Screening for Disease. WHO, editor. 1968.

(170) Lowres N, Neubeck L, Redfern J, Freedman B. Screening to identify unknown atrial fibrillation: A systematic review. Thrombosis and Haemostasis 2013; 110:213-222.

(171) Gordon S, Hickman.M., Pentney V. Screening for asymptomatic atrial fibrillation at seasonal influenza vaccination. Primary Care Cardiovascular Journal 2012; 5:161-164.

(172) Kirchhof P, et al. Personalised management of atrial fibrillation: proceedings from the fourth Atrial Fibrillation competence NETwork/European Heart Rhythm Association consensus conference. Europace 2013; 15:1540-1556.

(173) Kakkar AK, et al. Risk profiles and antithrombotic treatment of patients newly diagnosed with atrial fibrillation at risk of stroke: perspectives from the international, observational, prospective GARFIELD registry. PLoS One 2013; 8(5):e63479.

(174) Kirchhof P, et al. Management of atrial fibrillation in seven European countries after the publication of the 2010 ESC Guidelines on atrial fibrillation: primary results of the PREvention oF thromboemolic events-- European Registry in Atrial Fibrillation (PREFER in AF). Europace 2014.

REFERANS LİSTESİ

(175) Lip GY. EUR Observational research programme: atrial fibrillation general registry pilot phase. Eur Heart J 2013; 34(11):794.

(176) Kirchhof P. Impact of the type of centre on management of AF patients: surprising evidence for differences in antithrombotic therapy decisions. Thromb Haemost 2011; 105:1010-1023.

(177) SBU. Förmaksflimmer - Förekomst och risk för stroke . 2013.

(178) di Carlo A, et al., for the European BIOMED Study of Stroke Care Group. Sex differences in the clinical presentation, resource use and 3-month outcome of acute stroke in Europe. Data from a multicenter mulnational hospital-based registry. Stroke 2003; 34:1114-1119.

(179) Poli D, Antonucci E, Testa S, Ageno W, Palareti G, on behalf of the FCSA (italian Federation of Anticoagulation Clinics. Gender differences of bleeding and stroke risk in very old atrial fibrillation patients on VKA treatment. Results of the EPIC study on behalf of the FCSA (Italian Federation of Anticoagulation Clinics). Thrombosis Research 2013; 131:12-16.

(180) Lane D, Lip GY. Anti-thrombotic therapy for atrial fibrillation and patients' preferences for treatment. Age Ageing 2005; 34(1):1-3.

(181) ESC Press Office. ESC guide on new oral anticoagulant drugs. Integrated guidance on 4 drugs with practical advice for clinicians. 2013.

(182) Devereaux PJ, et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: observational study. BMJ 2001; 323(7323):1218-1222.

(183) Evers D, Diamantopoulos A. Real-life treatment persistence with newer oral anticoagulants and potential strokes avoided in patients with atrial fibrillation. Eur Heart J 2013; 34(suppl 1):519.

(184) Mazzaglia G, et al. A national survey of the management of atrial fibrillation with antithrombotic drugs in Italian primary care. Thromb Haemost 2010; 103(5):968-975.

(185) Berti D, et al. A proposal for interdisciplinary, nurse-coordinated atrial fibrillation expert programmes as a way to structure daily practice. Eur Heart J 2013; 34:2725-2730.

(186) Hendriks J, Crijns H, Tieleman RG, Vrijhoef H. The atrial fibrillation knowledge scale: Development, validation and results. Int J Cardiol 2013;1422-1428.

(187) Hendriks J, Tomin F, van Asselt T, Crijns H, Vrijhoef H. Cost-effectiveness of a specialized atrial fibrillation clinic vs. usual care in patients with atrial fibrillation. Europace 2013; 15:1128-1135.

(188) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs (Millwood) 2001; 20:64-78.

(189) Österreische Gesellschaft fur Allgemein- und Familien-medizin (ÖGAM). Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern in der Allgemeinmedizinischen Praxis. Konsensus-Statement unter der Ägide der ÖGAM und der Mitarbeit von Experten der Österreichischen Schlaganfall-Gesellschaft (ÖGSF) und der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG). 2013. http://www.oegam.at/wissenschaft-publikationen/newsletter/2013/

(190) AGLA GSLA (Swiss Antithrombotic Association). AGLA Pocketguide Antithrombotika. Practical overview of the use of antithrombotic medicines in cardiovascular disease. 2014. http://www.agla.ch

(191) Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333:1190-1195.

(192) Prisco D, et al. Different models for oral anticoagulation may be applied provide that minimal assistnace criteria are fufilled: an Italian experience. Semin Thromb Hemost 2009; 35:568-573.

(193) Chugh SS, et al. Worldwide epidemiology of atrial fibrillation: a global burden of disease 2010 study. Circulation 2014; 129(8):837-847.

(194) Lancet Neurology. Stroke prevention: getting to the heart of the matter. Lancet Neurol 2010; 9(2):129.

(195) Thelle D.S., Selmer R, Gjesdal K. Resting heart rate and physical activity as risk factors for lone atrial fibrillation: a prospective study of 309,540 men and women. Heart 2013; 99(23):1755-60.

(196) Svigelj V. Smernice za obravnavo bolnika z možgansko kapjo. Boehringer Ingelheim. 2010.

(197) Chiang CE, Naditch-Brule L, Murin J, Goethals M, Inoue H, O'Neill J et al. Distribution and risk profile of paroxysmal, persistent, and permanent atrial fibrillation in routine clinical practice: insight from the real-life global survey evaluating patients with atrial fibrillation international registry. Circ Arrhythm Electrophysiol 2012; 5(4):632-639.

(198) Quote by professor Jensen GB; Schneider M. Ny forskning skal gøre det lettere at opdage atrieflimren. Danish Heart Federation (Hjerteforeningen). Link: http://www.hjerteforeningen.dk/index.php?pageid=334&newsid=1081 . 2014.

(199) Royal College of Physicians. Royal College of Physicians (RCP) Clinical Effectiveness and Evaluation Unit on behalf of the Intercollegiate Stroke Working Party. SSNAP (Sentinel Stroke National Audit Programme) - Clinical audit first pilot public report. 2013. http://www.rcplondon.ac.uk/projects/sentinel- stroke-national-audit-programme

(200) Fattore G, et al. The social and economic burden of stroke survivors in Italy: a prospective, incidence- based, multi-centre cost of illness study. BMC Neurol 2012; 12:137.