



Regionale Transmurale Afspraak Utrecht Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)

Status: Definitief	Looptijd: 2 jaar – t/m 16 juni 2028	Eigenaar: RSO Trijn	Beheerder: RTA-coördinator Trijn Elske van Diepen, e.diepen@rsotrijn.nl
Versie: 1.1			
Wijze van publicatie: Website Trijn	Evaluatiedatum: [april 2027]	Verantwoordelijke: Projectleider RTA Trijn	E-mailadres contactpersoon: info@rsotrijn.nl

Over deze RTA

Cardiovasculair risicomanagement is een zorgprogramma gericht op het verminderen van het risico op hart- en vaatziekten (zoals een hartaanval, beroerte) door risicofactoren zoals hoge bloeddruk, cholesterol, diabetes, roken, en overgewicht actief te identificeren, te monitoren en te behandelen, vaak via de huisarts en praktijkondersteuner met periodieke controles, leefstijladviezen en soms medicatie. Het is voor mensen met bestaande hart- en vaatziekten, of zij die een verhoogd risico lopen.

Doelstelling

Deze Regionale Transmurale Afspraak (RTA) Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is opgesteld als aanvulling op de landelijke richtlijn CVRM uit 2024. Het doel van deze RTA is om binnen de regio eenduidige afspraken vast te leggen tussen de eerstelijnszorg (huisartsen) en de tweede- en derdelijnszorg (medisch specialisten) en vaak ook overige professionals in zorg en welzijn over de samenwerking, taakverdeling en verantwoordelijkheden rondom de zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) cardiovasculaire aandoeningen. Deze RTA vormt de basis voor medisch inhoudelijke afspraken ten behoeve van samenwerking in de regio Utrecht en beschrijft de regionale afspraken over verwijzing, diagnostiek, behandeling, follow-up en terugverwijzing tussen de betrokken zorgverleners. Het is van belang dat de patiënt de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek krijgt. Een goede afstemming tussen de verschillende zorglijnen is essentieel om continuïteit, doelmatigheid en kwaliteit van zorg te waarborgen. Alle organisaties die lid zijn van RSO Trijn en waarop deze RTA van toepassing is, werken conform de afspraken in de RTA CVRM.

De RTA richt zich op de volgende thema's binnen het cardiovasculair risicomanagement:

- Dyslipidemie
- Hypertensie
- Myocardinfarct
- Aneurysma aortae abdominalis (AAA)
- Perifeer arterieel vaatlijden (PAV)
- Beroerte

Voor de inhoudelijke behandeladviezen en medische besluitvorming wordt verwezen naar de landelijke richtlijn CVRM ([Cardiovasculair risicomanagement](#)) en de specifieke richtlijnen voor medisch specialisten (ESC-richtlijnen). Bij sommige patiëntcategorieën kan beargumenteerd afgeweken worden van de streefwaarden in de NHG-standaard. Dit dient duidelijk en beargumenteerd te worden opgenomen in de ontslagbrief. Het verdient de voorkeur om de patiënt pas terug te verwijzen naar de eerste lijn zodra hij/zij de juiste streefwaarde heeft bereikt. De DOT/DBC wordt dan in het ziekenhuis afgesloten ("zorgtraject uitbehandeld"). De huisarts kan dan de patiënt opnemen in de CVRM-ketenzorg zonder dat er dubbel wordt gedeclareerd. Deze RTA vormt daarmee geen vervanging van de landelijke richtlijnen, maar een regionale aanvulling die de onderlinge samenwerking en de overdracht van zorg tussen de verschillende lijnen verduidelijkt en optimaliseert.

Het doel van deze RTA is het verbeteren van de samenhang en continuïteit van CVRM-zorg in de regio. Het beschrijft duidelijke afspraken over:

- De verdeling van verantwoordelijkheden tussen huisartsen, specialisten en andere betrokken zorgverleners;
- Het moment en de wijze van verwijzen en terugverwijzen;
- De onderlinge communicatie en gegevensuitwisseling;
- De afstemming van controles, behandeling en follow-up;
- Het voorkomen van doublures in diagnostiek en behandeling.

Door deze afspraken te hanteren, wordt gestreefd naar optimale, patiëntgerichte en doelmatige zorg voor mensen met (een verhoogd risico op) hart- en vaatziekten.

Reikwijdte

Deze RTA is van toepassing op alle zorgverleners binnen de regio die betrokken zijn bij de preventie, diagnostiek, behandeling en follow-up van patiënten binnen het CVRM-domein. Dit betreft met name huisartsen, internisten, cardiologen, neurologen, vaatchirurgen en andere relevante specialismen. De RTA geldt voor volwassen patiënten met (een risico op) cardiovasculaire aandoeningen binnen bovengenoemde zes thema's. De afspraken zijn bedoeld als leidraad voor samenwerking en overdracht, waarbij ruimte blijft voor professionele afweging op individueel patiëntniveau.

Context en werkwijze bij het opstellen van de RTA

Deze RTA is tot stand gekomen in samenwerking tussen vertegenwoordigers van de eerste, tweede en derde lijn binnen de regio, waaronder huisartsen, internisten, cardiologen, neurologen en vaatchirurgen. Daarnaast zijn relevante regionale zorggroepen en ziekenhuisorganisaties betrokken geweest bij de ontwikkeling en afstemming van de inhoud.

De RTA wordt periodiek geëvalueerd, bij voorkeur iedere twee tot drie jaar, of eerder indien landelijke richtlijnen wezenlijk worden herzien. Eventuele aanpassingen worden in overleg met de betrokken partijen doorgevoerd, zodat de afspraken actueel en werkbaar blijven in de dagelijkse praktijk.

Contact:

Heb je een suggestie, vraag of opmerking? Neem contact op via info@rsotrijn.nl

Inhoudsopgave

Over deze RTA	2
Doelstelling.....	2
Reikwijdte	3
Context en werkwijze bij het opstellen van de RTA	3
Inhoudsopgave.....	4
1. Algemene afspraken	6
1.1 Consultatie.....	6
1.2 Consultatie van de kaderhuisarts hart en vaatziekten.....	6
1.3 Consultatie van de specialist	6
1.4 Afspraken over de consultatieprocedure	6
1.5 Berichtgeving verwijzen en terugverwijzen	6
2. Thema's cardiovasculair risicomanagement.....	7
2.1 Dyslipidemie.....	7
2.1.1 Diagnostiek en behandeling	7
Afspraken tussen internisten en huisartsen	7
2.1.2 Verwijzen naar tweede/derde lijn	7
Inclusiecriteria verwijzing naar of consultatie van tweede/derde lijn.....	7
2.1.3 Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede/derde lijn	8
2.1.4 Terugverwijzen naar eerste lijn.....	8
2.2 Hypertensie.....	8
2.2.1 Diagnostiek en behandeling	8
2.2.2 Verwijzen naar tweede/derde lijn	9
2.2.3 Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede/derde lijn	9
2.2.4 Terugverwijzen naar eerste lijn.....	10
2.3 Myocardinfarct.....	10
2.3.1 Diagnostiek en behandeling	10
2.3.2 Verwijzen naar tweede/derde lijn	11
2.3.3 Informatieoverdracht bij verwijzing naar eerste lijn	11
2.3.4 Vervolg behandeltraject eerste lijn.....	12
2.4 Aneurysma Aortae Abdominalis	12

2.4.1 Diagnostiek en behandeling	12
2.4.2 Verwijzen naar vaatchirurg	13
2.4.3 Terugverwijzen naar eerste lijn.....	13
2.5 Perifeer Arterieel Vaatliden (PAV)	13
2.5.1 Diagnostiek en behandeling	13
2.5.2 Verwijzen naar multidisciplinair vaatteam of vaatchirurg.....	14
2.5.3 Terugverwijzen naar eerste lijn	14
2.6 TIA en beroerte.....	15
2.6.1. Diagnostiek en behandeling	15
2.6.2 Verwijzen naar tweede lijn	16
2.6.3 Terugverwijzen naar eerste lijn.....	16
3. Patiëntenvoorlichting.....	17
3.1 Voorlichting patiënt.....	17
3.1.1 Informatievoorziening patiënt- suggesties	17
3.1.2 Consultatie:	17
Bronnen	18
Vaststelling.....	18
4. Bijlagen	19
Bijlage 1: Contactpersonen/expertgroep.....	19
Kaderhuisartsen Hart- en Vaatziekten in de regio	19
Specialisten	19

1. Algemene afspraken

1.1 Consultatie

- Onder consultatie wordt verstaan: het adviseren van de huisarts over behandelopties en/of duiding van diagnostiek.
- Bij consultatie blijft de huisarts 'regiebehandelaar' van de patiënt.

1.2 Consultatie van de kaderhuisarts hart en vaatziekten

- Consultatie van de kaderhuisarts hart en vaatziekten heeft de voorkeur boven consultatie van de specialist.
- De kaderhuisarts hart en vaatziekten van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie.

1.3 Consultatie van de specialist

- De specialist is beschikbaar voor consultatie door een huisarts.
- Digitale consultatie van de specialist voor vragen die vermoedelijk in kort bestek beantwoord kunnen worden en waarbij het niet nodig is dat de specialist de patiënt ziet, kan gekozen worden voor
 - Niet acuut: digitale consultatie gaat via meedenkadvies van ZorgDomein. De specialist beoordeelt de casus binnen enkele dagen en geeft advies terug aan de huisarts. NB Het meedenkadvies is bedoeld voor zorgvragen waarvoor patiënt nog niet onder behandeling is bij desbetreffend specialisme.
 - Acut: telefonische consultatie (zie bijlage 1: contactpersonen)
- Telefonisch consultatie bij spoed of indien meedenkadvies niet mogelijk is

1.4 Afspraken over de consultatieprocedure

- Huisarts ontvangt binnen drie werkdagen (72 uur) antwoord op het meedenkconsult

Ontwikkelingen digitale communicatie:

Er zijn meerder ontwikkelingen op het gebied van digitale communicatie. Vanaf 2026 zullen er regionale veranderingen plaats vinden m.b.t. digitale consultatie tussen huisarts en specialist. Deze ontwikkelingen zullen t.z.t. in de RTA worden meegenomen.

1.5 Berichtgeving verwijzen en terugverwijzen

Huisartsen en specialisten houden de NHG-Richtlijn Informatie-uitwisseling Huisarts en Specialist (HASP) aan voor berichtgeving bij verwijzen en terugverwijzen

[Informatie uitwisseling tussen Huisarts en Specialist HASP .pdf.](#)

1. Indien relevant bij verwijzing aangeven of patiënt na advies terugverwacht wordt in de eerste lijn
2. Bij terugverwijzing aangeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft
3. Patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM-zorgprotocol van de huisarts

4. De patiënt is medeverantwoordelijk voor het in stand houden van de behandeling.
5. Verwijsbrief wordt verzonden via ZorgDomein.
6. Ontslagbrief wordt digitaal verzonden.
7. De behandelend arts die de medicatie voorschrijft en/of wijzigt is verantwoordelijk voor het communiceren naar patiënt en apotheker. NB Na terugverwijzing wordt de regie t.a.v. van medicatievoorschriften teruggenomen door de huisarts.

2. Thema's cardiovasculair risicomanagement

2.1 Dyslipidemie

2.1.1 Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen internisten en huisartsen

- Bloedonderzoek:
 - Er kan worden volstaan met een niet-nuchter lipidspectrum:
 - Totaal cholesterol, HDL-cholesterol, LDL-cholesterol (LDL-c), non-HDL-cholesterol, triglyceriden.
 - Indien triglyceriden >5 mmol/L dient het lipidspectrum nuchter herhaald te worden.
- Streefwaarden LDL-c:
 - <1,8 mmol/L: bij patiënten ≤70 jaar met een doorgemaakte hart- en vaatziekte (HVZ). Indien kwetsbaar overweeg standaarddosering cholesterolverlagende medicatie bij voldoende levensverwachting.
 - <2,6 mmol/L: bij patiënten met diabetes mellitus met eindorgaanschade, met matige of ernstige chronische nierschade, met sterk verhoogde bloeddruk, met aangetoonde familiale hypercholesterolemie, of hoog tienjaarsrisico op HVZ. [ouder dan 70 jaar]
- Cholesterolverlagende medicatie:
 - Bij kwetsbare ouderen zonder HVZ wordt geadviseerd cholesterolverlagende medicatie niet te starten of actief te staken.
 - Bij <40% gewenste LDL-daling: geef atorvastatine 1 dd 10 mg, rosuvastatine 1 dd 5 mg of simvastatine 1 dd 40 mg.
 - Bij >40% gewenste LDL-daling: geef atorvastatine 1 dd 20 mg of rosuvastatine 1 dd 10 mg.
 - Overweeg ezetimibe 1 dd 10 mg toe te voegen indien de LDL-c streefwaarde niet gehaald wordt.

2.1.2 Verwijzen naar tweede/derde lijn

Inclusiecriteria verwijzing naar of consultatie van tweede/derde lijn

Overweeg verwijzing naar een internist indien:

- Triglyceriden >5 mmol/L ondanks leefstijlaanpassingen en eventuele medicatie.
- Verdinking familiale hypercholesterolemie volgens de [Dutch Lipid Clinical Network \(DLCN\) criteria](#).
- Onacceptabele bijwerkingen van statines.
- Een zeer laag HDL-cholesterol (<0.6 mmol/L).

- Bij onvoldoende bereiken van de streefwaarde LDL-cholesterol ondanks behandeling en hoge recidiefkans op hart- en vaatziekten (zoals bij uitgebreid progressief vaatlijden of familiale hypercholesterolemie)
- Wanneer de streefwaarde niet is bereikt, dient een aanvullende anamnese te worden uitgevoerd om mogelijke oorzaken in kaart te brengen, zoals stemmingswisselingen en therapietrouw, voordat wordt verwezen naar de tweede of derde lijn. Indien nodig moet worden overwogen of het sociaal domein of andere partijen moeten worden betrokken bij de behandeling.

2.1.3 Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede/derde lijn

Huisarts vermeldt minimaal de volgende gegevens in de verwijsbrief:

- Relevante voorgeschiedenis.
- Beloop dyslipidemie, inclusief ingezette niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies.
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie.
- Huidige medicatie.

N.B. Een bewezen erfelijke dyslipidemie (bijv. familiale hypercholesterolemie, dysbetalipoproteïnemie) hoort in principe in de tweede/derde lijn onder controle te blijven.

2.1.4 Terugverwijzen naar eerste lijn

Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

De internist verwijst terug naar de huisarts als:

- De streefwaarde bereikt is (of een niet beter resultaat bereikt kan worden).
- De oorzaak van een eventuele secundaire dyslipidemie is behandeld.
- Een stabiele situatie is bereikt.

N.B. De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroep protocol of behandeling volgens NHG-richtlijn CVRM. De terugverwijzend specialist vraagt de patiënt om zelf een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk.

2.2 Hypertensie

2.2.1 Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen internisten en huisartsen

- Evaluer de bloeddruk door middel van meerdere spreekkamermetingen. Gebruik bij een behandelindicatie ook een ambulante meting.
- Bloeddrukmeting:
 - Doe eenmaal een 24-uursmeting (voorkeur) om een wittejassenhypertensie uit te sluiten of eventuele nachtelijke hypertensie aan te tonen. Alternatief is een geprotocolleerde thuismeting.

- Indien die niet haalbaar zijn, kan een BP30-meting worden overwogen.
- Laboratoriumonderzoek:
 - Bepaal voor risicoschatting serumcreatinine, eGFR en albumine-creatinineratio (ACR) in urine.
 - Bij medicamenteuze behandeling bepaal voor start RAS-blokker en/of diureticum ook natrium en kalium in labonderzoek.
- Streefwaarden:
 - Patiënten ≤ 70 jaar met een doorgemaakte hart- en vaatziekte (HVZ), met diabetes mellitus, met chronische nierschade, met sterk verhoogde bloeddruk (≥ 180 mmHg), met aangetoonde familiale hypercholesterolemie of met matig of hoog tienjaars risico op HVZ wordt gestreefd naar een systolische bloeddruk (SBD) < 140 mmHg (indien haalbaar < 130 mmHg).
 - *Indien > 70 jaar en vitaal* is de bloeddrukstreefwaarde < 150 mmHg (indien haalbaar < 140 mmHg).
 - *Indien > 70 jaar en kwetsbaar* is de bloeddrukstreefwaarde SBD < 150 mmHg en diastolische bloeddruk (DBD) ≥ 70 mmHg en dient voorzichtig getitreerd te worden.
- Start bij voorkeur met een combinatie van 2 middelen uit:
 - Stap 1: RAS-blokker (ACE-remmer of angiotensinereceptorblokker), calciumantagonist of thiazidediureticum
 - Stap 2: Indien streefwaarde niet wordt gehaald: uitbreiden naar combinatie van 3 middelen.
 - Stap 3: Indien streefwaarde nog steeds niet wordt gehaald: toevoegen van spironolacton 25 mg.

2.2.2 Verwijzen naar tweede/derde lijn

Inclusiecriteria voor verwijzing naar of consultatie van tweede/derde lijn

Overweeg verwijzing naar een internist indien:

- Er een hoog risico op HVZ blijft bestaan en er gedurende > 6 maanden sprake is van een persisterende therapieresistente hypertensie (systolische spreekkamerbloeddruk > 140 mmHg, ondanks gebruik van drie verschillende antihypertensiva in adequate doses, waarvan bij voorkeur tenminste 1 een diureticum is).
- Intolerantie van antihypertensiva.
- Vermoeden van secundaire hypertensie (bijvoorbeeld hypertensie bij leeftijd < 40 jaar, hypokaliemie, verdenking syndroom van Cushing, verdenking feochromocytoom, therapieresistente hypertensie).
- Afwijkend 24-uursbloeddrukpatroon: nachtelijke hypertensie, non-dipping, sterk schommelende bloeddrukken.

Verwijs met spoed naar de SEH bij:

- RR $> 200/120$ mmHg of een recentelijk gedocumenteerde sterke bloeddrukstijging, beide in combinatie met klachten van hoofdpijn, visusstoornissen, misselijkheid en/of braken. Zonder klachten is spoedverwijzing niet noodzakelijk.
- Hypertensie in combinatie met acute neurologische symptomen of cardiopulmonale klachten verwijzen naar resp neuroloog of cardioloog.

2.2.3 Informatieoverdracht bij verwijzing naar of consultatie van de tweede/derde lijn

Huisarts vermeldt minimaal de volgende gegevens in de verwijsbrief:

- Relevante voorgeschiedenis.
- Beloop bloeddruk, inclusief ingezette niet-medicamenteuze en medicamenteuze interventies.
- Medicatiehistorie met reden van staken eerdere relevante medicatie.
- Huidige medicatie.

N.B. Indicaties voor blijvende behandeling in de tweede/derde lijn: zeer therapieresistente hypertensie en/of hypertensie met ernstige eindorgaanschade.

2.2.4 Terugverwijzen naar eerste lijn

Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

De internist verwijst terug naar de huisarts in geval:

- De streefwaarde bereikt is (of een niet beter resultaat bereikt kan worden).
- De oorzaak van een eventuele secundaire hypertensie is behandeld.
- Een stabiele situatie is bereikt.
- De huisarts verzocht om inventarisatie en advies (met directe terugverwijzing).

N.B. De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-sprekuur binnen drie maanden na het laatste polibezzoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroep protocol of behandeling volgens NHG-richtlijn CVRM. De terugverwijzend specialist vraagt de patiënt om zelf een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk.

2.3 Myocardinfarct

2.3.1 Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen cardiologen en huisartsen.

- Patiëntenvoorlichting:
 - Patiënt wordt vanaf het begin geïnformeerd over de samenwerking tussen huisarts en cardioloog en de mogelijke terugverwijzing naar de huisarts bij ongecompliceerd herstel.
- Elke patiënt die wegens een event behandeld is in de tweede lijn, wordt in principe voor cardiovasculair risicomanagement zo snel mogelijk in het eerstelijns programma CVRM opgenomen.
- Een patiënt met een doorgemaakt ACS wordt beschouwd als een patiënt met een zeer hoog risico op recidief hart- en vaatziekten (zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement).
- Behandeling:
 - Voor de behandeling en streefwaarden van bloeddruk en cholesterolwaarden, zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- Verantwoordelijkheden bij stoppen behandeling medicatie
 - De behandeling met een P2Y12-remmer kan meestal gestopt worden na 12 maanden. Dit staat vermeld in de ontslagbrief van de cardioloog. De stopdatum wordt expliciet door voorschrijvend arts vermeld op digitale recept naar apotheek.

- De behandeling met een bètablokker kan vaak worden gestopt bij afwezigheid van eerder hartfalen en een behouden linkerventrikelfunctie (LVEF >50%) na 12 maanden. Dit staat vermeld in de ontslagbrief van de cardioloog.
- Een ACE-remmer kan soms worden gestopt na 12 maanden bij afwezigheid van hartfalen en/of een behouden linkerventrikelfunctie (LVEF >50%), DM en/of chronisch nierfalen. Dit staat vermeld in de ontslagbrief van de cardioloog.
- Verloop behandeltraject:
 - Bij ongecompliceerd verloop blijft de patiënt in principe zes tot twaalf maanden na het event onder behandeling van de cardioloog.
 - In deze fase wordt de patiënt voor CVRM-zorg begeleid door de huisarts/POH (gedeelde zorg). Voorwaarde hiervoor is dat het ziekenhuis geen DBC/DOT CVRM declareert.
 - Ongeveer 12 maanden na ontslag (of zo mogelijk eerder) vindt in principe volledige overdracht aan huisarts plaats.
 - De cardioloog zorgt voor schriftelijke overdracht aan huisarts.
 - Bij gecompliceerd verloop of uitgebreide pathologie kan dit een reden zijn om de patiënt langer in de tweede lijn te controleren.
 - Bij deze patiënten kan gedeelde CVRM-zorg overwogen worden.

2.3.2 Verwijzen naar tweede/derde lijn

Inclusiecriteria voor terugverwijzing naar of consultatie van tweede/derde lijn

De huisarts verwijst patiënt terug naar de cardioloog bij het opnieuw optreden van klachten.

Verwijs direct bij:

- AP-klachten die niet binnen 15 minuten afnemen (na rust/nitraten).
- Instabiele AP.

Overleg met de cardioloog over de urgentie van terugverwijzing bij:

- AP-klachten ondanks combinatiebehandeling met twee middelen.
- Aanwijzingen voor hartfalen of ritmestoornissen.
- Niet behalen van einddoelen wat betreft bloeddruk en LDL-c.

2.3.3 Informatieoverdracht bij verwijzing naar eerste lijn

De cardioloog vermeldt minimaal de volgende gegevens in de verwijsbrief:

- Besluit op voordracht van huisarts en/of op basis van de RTA dat de patiënt (gedeeltelijk) overgedragen kan worden naar de huisarts.
- Indien de patiënt akkoord gaat maakt de cardioloog een (voorlopige) huisartsenbrief. In dit bericht staat minimaal:
 - Duidelijke vermelding van terugverwijzing en overdracht van CVRM zorg aan huisarts dan wel gedeelde zorg.
 - Relevante medische gegevens en behandeling (incl. informatie en verantwoordelijkheid stoppen van medicatie).

- Resultaten en doelen van de hartrevalidatie (indien nog relevant).
- Resultaten van de cardiovasculaire risico-inventarisatie (linkerventrikelfunctie, beschrijving eventueel verricht (inspannings-)ECG).
- Actuele medicatie: een overzicht van de medicatie met indien ongebruikelijke indicatie of dosering, vermelding van de indicatie en de gebruiksduur. Eventuele gebleken intoleranties voor medicatie en/of stopredenen.
- Follow up afspraak bij de huisarts en/of cardioloog.
- Wensen/doelen van de patiënt om mee verder te gaan bij de huisarts (indien bekend).
- Overige betrokken disciplines (indien bekend).
- Geeft de patiënt het advies om een afspraak te maken met zijn eigen huisarts.

2.3.4 Vervolg behandeltraject eerste lijn

Huisarts en/of POH-s:

- Neemt patiënt op in CVRM ketenzorgprogramma
- Ziet patiënt de eerste keer na ontslag en daarna minimaal jaarlijks.
- Wordt vanaf het eerste contact met de patiënt de hoofdbehandelaar CVRM (zowel bij gedeelde zorg als terugverwijzing).
- Informeert de POH over de terugverwijzing en verwijst de patiënt naar spreekuur van POH-s.
- POH-s neemt patiënt op in gestructureerde CVRM-spreekuur en verwijst naar/onderhoudt zo nodig contact met andere disciplines.

N.B. De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroep protocol of behandeling volgens NHG-richtlijn CVRM. De terugverwijzend specialist vraagt de patiënt om zelf een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk.

2.4 Aneurysma Aortae Abdominalis

2.4.1 Diagnostiek en behandeling

- Diagnostiek - Echo:
 - Bij het vermoeden van een niet acuut asymptomatisch aneurysma aortae abdominalis wordt een echo met voor achterwaartse en dwarse diameter aangevraagd.
 - Bij een grootste echodiameter van 3,0 cm tot 4,0 cm wordt jaarlijks een echo herhaald.
- Een patiënt met een AAA wordt beschouwd als een patiënt met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten, zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- In de brief van de specialist aan de patiënt kan worden vermeld dat screening op AAA en/of thoracaal aneurysma bij familiair voorkomen wenselijk kan zijn.
- Voor de behandeling en streefwaarden van bloeddruk en cholesterolwaarden, zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement.
- Behandeling:
 - Start trombocytenaggregatieremmers ([acetylsalicylzuur](#)) tenzij een andere bloedverdunner is geïndiceerd of er sprake is van harde contra-indicaties.

2.4.2 Verwijzen naar vaatchirurg

- Bij een aneurysmagrootte van 4,0 cm
- Bij een fusiform aneurysma aortae abdominalis van 4,0 cm of meer
- Bij een sacculair aneurysma ongeacht de diameter van het aneurysma

2.4.3 Terugverwijzen naar eerste lijn

Vaatchirurg verwijst de patiënt terug naar de huisarts voor CVRM-ketenzorgprogramma:

- Zodra de diagnose aneurysma aortae abdominalis is gesteld en deze nog geen 4,0 cm in doorsnede is. Er kunnen op basis van gemotiveerd afwijken individuele overwegingen zijn om de patiënt bij de specialist te blijven controleren.
- Als een patiënt is geopereerd, een vaatprothese heeft gekregen en de nacontrole heeft plaatsgevonden.
- De patiënt blijft wel voor de follow up van het aneurysma (met beeldvorming) onder controle bij de vaatchirurg. Indien ervoor wordt gekozen om de follow up te staken, wordt de patiënt terugverwezen naar de huisarts.

CVRM

- Wordt door de vaatchirurg of de CVRM-poli in een vroeg stadium gecheckt en zo nodig opgestart
- Daarna overgedragen aan de huisarts
- Dit gebeurt middels een schriftelijke overdracht

Huisarts en/of POH-s:

N.B. De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-spreekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroep protocol of behandeling volgens NHG-richtlijn CVRM. De terugverwijzend specialist vraagt de patiënt om zelf een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk.

2.5 Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)

2.5.1 Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen vaatchirurgen en huisartsen.

- Bij perifeer arterieel vaatlijden wordt onderscheid gemaakt tussen;
 - Acute ischemie van het (onder)been met bedreiging van de levensvatbaarheid van het been binnen enkele uren tot dagen
 - Chronisch obstructief arterieel vaatlijden, onderverdeeld in claudicatio intermittens en kritieke ischemie
- Een patiënt met PAV wordt beschouwd als een patiënt met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten ([Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#)).

- Voor de behandeling en streefwaarden van bloeddruk en cholesterolwaarden, zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement ([Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#)).
- Behandeling:
 - Start trombocytenaggregatieremmers (clopidogrel) tenzij er sprake is van harde contra-indicaties.

2.5.2 Verwijzen naar multidisciplinair vaatteam of vaatchirurg

Inclusiecriteria voor verwijzing naar of consultatie van de tweede lijn

In de volgende situaties verwijst de huisarts voor nadere diagnostiek en/of behandeling naar een multidisciplinair vaatteam (zo mogelijk) of naar een vaatchirurg:

- Diagnostiek:
 - Als een bepaling van de enkel-armindex nodig is die niet in eigen beheer of via het eerstelijns laboratorium kan worden uitgevoerd.
 - Bij een gemiddelde enkel-armindex van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose.
 - Bij patiënten met diabetes mellitus en een vermoeden van perifeer arterieel vaatlijden (diagnostiek, EAI niet betrouwbaar).
- Behandelopties evalueren:
 - Perifeer arterieel vaatlijden Fontaine 2 met snelle progressie van de klachten.
 - Perifeer arterieel vaatlijden Fontaine 2 met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining.

N.B. Bij blijvende verdenking en onduidelijke diagnostiek altijd verwijzen.

Indicaties voor (semi)-acute verwijzing naar de vaatchirurg:

- Spoed:
 - Acute ischemie van het (onder)been met bedreiging van de levensvatbaarheid van het been binnen enkele uren tot dagen
 - Vermoeden van trombose of embolie (behandeling). Verwijzing naar SEH.
- Chronische ischemie:
 - Perifeer arterieel vaatlijden stadium 3 en 4 of een enkeldruk <50 mmHg (behandelopties evalueren). Verwijzing naar poli op korte termijn.

Consultatie van de tweede lijn:

- Bij onduidelijkheden over het wel of niet verwijzen van een patiënt met perifeer arterieel vaatlijden kan altijd met de dienstdoend vaatchirurg worden overlegd.
- Bij goed uitgevoerde maar gefaalde looptraining.

2.5.3 Terugverwijzen naar eerste lijn

Uitgangspunten voor terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

- Vaatchirurg verwijst de patiënt terug naar de huisarts:

- In geval van chronische ischemie type Fontaine II, een EAI tussen de 0,9 en 1,0 en indien er sprake is van een niet acuut niet vitaal bedreigde situatie.
 - In geval endovasculair/operatief ingrijpen niet tot een te verwachte verhoging van de kwaliteit van leven zal leiden (bijv. bij ernstige mobiliteitsbeperkende andere factoren).
 - Patiënten die met succes behandeld zijn
- Huisarts en/of POH-s:

N.B. De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-sprekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroep protocol of behandeling volgens NHG-richtlijn CVRM. De terugverwijzend specialist vraagt de patiënt om zelf een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk.
 - Verwijzing fysiotherapie:
 - Verwijs bij *claudicatio intermittens* voor gesuperviseerde looptraining, bij voorkeur naar een fysiotherapeut die aangesloten is bij chronisch zorgnet.

2.6 TIA en CVA

2.6.1. Diagnostiek en behandeling

Afspraken tussen neurologen en huisartsen.

- Triage/verwijzen:
 - Bel met spoed een ambulance (A1-indicatie) bij patiënten met blijvende uitvalsverschijnselen die <24 uur geleden zijn ontstaan.
 - In geval van twijfel: leg een visite af (U2-urgentie) bij patiënten met uitvalsverschijnselen die ≥12 uur bestaan. Indien mogelijk sprake is van een beroerte: overleg met de neuroloog, bel indien van toepassing daarna de meldkamer ambulancezorg en vraag met A1 een ambulance aan voor presentatie bij de neuroloog op de SEH.
 - Beoordeel patiënten bij wie de uitvalsverschijnselen volledig verdwenen zijn binnen een paar uur (U3-urgentie).
 - Stel de werkdiagnose TIA bij patiënten:
 - Wanneer er geen uitvalsverschijnselen meer aanwezig zijn bij presentatie aan de huisarts.
 - Overleg met de neuroloog over directe verwijzing naar de SEH (bijvoorbeeld bij recidiverende TIA's) of een bezoek aan de TIA-poli.
 - De patiënt wordt in principe binnen één werkdag na verwijzing door de neuroloog gezien, bij voorkeur op een TIA-poli.
- Behandeling:
 - Start acetylsalicylzuur 1 dd 160 mg bij de werkdiagnose TIA, tenzij de patiënt direct door de neuroloog wordt onderzocht.
- Een patiënt met een doorgemaakte TIA of beroerte wordt beschouwd als een patiënt met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Inventariseer en optimaliseer de risicofactoren voor hart- en

vaatziekten volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement ([Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#)).

2.6.2 Verwijzen naar tweede lijn

- Acuut:
 - Patiënten met de verdenking op een beroerte die mogelijk voor een acute behandeling in aanmerking komen (uitvalsverschijnselen die <24 uur geleden zijn ontstaan).
 - De patiënt wordt met A1-indicatie door de ambulance naar het ziekenhuis vervoerd.
 - De huisarts of ambulance doet een vooraankondiging van de komst van de patiënt.
- Patiënten met de verdenking op een TIA:
 - Overleg met de neuroloog over directe verwijzing naar de SEH (bijvoorbeeld bij recidiverende TIA's) of een bezoek aan de TIA-poli.
 - De patiënt wordt in principe binnen één werkdag na verwijzing door de neuroloog gezien, bij voorkeur op een TIA-poli.
- Patiënten met uitvalsverschijnselen die langer dan 24 uur geleden zijn ontstaan:
 - Overleg met de neuroloog over verwijzing naar de SEH of polikliniek.

Verloop behandeltraject:

- De neuroloog of een verpleegkundig specialist ziet de patiënten die naar huis zijn ontslagen drie tot zes weken na ontslag terug op de polikliniek, waarna terugverwijzing naar de huisarts volgt. Dit wordt expliciet in de correspondentie vermeld. Op indicatie kan besloten worden tot herhaalde controles op de polikliniek.

Direct overleg met de neuroloog over de urgentie van verwijzing bij:

- Alle overige patiënten met blijvende uitvalsverschijnselen

Verloop behandeltraject:

- De neuroloog ziet de patiënten die naar huis zijn ontslagen drie tot zes weken na ontslag of het eerste polikliniekbezoek terug op de polikliniek.

2.6.3 Terugverwijzen naar eerste lijn

De neuroloog verwijst de patiënt binnen drie maanden terug naar de huisarts voor het verdere cardiovasculaire risicomanagement volgens de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Uitzonderingen worden in de correspondentie van de neuroloog aan de huisarts vermeld. De neuroloog vraagt de patiënt om zelf een afspraak te maken met de POH-S of huisarts.

Huisarts en/of POH-s:

N.B. De huisarts zorgt dat de patiënt wordt opgeroepen voor het CVRM-sprekuur binnen drie maanden na het laatste polibezoek. CVRM wordt uitgevoerd volgens zorggroep protocol of behandeling volgens NHG-richtlijn CVRM. De terugverwijzend specialist vraagt de patiënt om zelf een afspraak te maken met de huisartsenpraktijk.

3. Patiëntenvoorlichting

3.1 Voorlichting patiënt

Regionale afspraken

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

Preventie is een belangrijk onderdeel bij het verkleinen van de kans op CVRM-gerelateerde klachten. Daarom is het essentieel om voorlichting over leefstijl, advies over bewegen en ondersteuning bij stoppen met roken een vaste plek te geven in de intake en behandeling.

3.1.1 Informatievoorziening patiënt- suggesties

- [Hoe maak je jouw risico op een ziekte van hart en bloedvaten kleiner? \(keuzehulp\) | Thuisarts](#)
- [Brondocument hulpmiddelen Samen Beslissen](#)
- Informatie voor naasten: [Naasten Archieven - Harteraad](#)
- [Overzicht van alle hart- en vaatziekten | Hartstichting](#)
- [U-Prevent](#)
- [Risico op een ziekte van hart en bloedvaten kleiner maken | Thuisarts](#)
- [5 stappen om succesvol te stoppen met roken | Je Leefstijl Als Medicijn](#)
- [Ikstopnu.nl - Stoppen met roken of vaperen: tips, advies en motivatie](#)
- [ZoHealthy | Leefstijl & Preventie](#)

3.1.2 Consultatie:

- Huisartsen: huisartsenlijn
- Meedenkadvis: voor de onbekende patiënt of bekende patiënt met andere zorgvraag
- Algemeen email adres poli ziekenhuis bij geen spoed voor de bekende patiënt
- Algemeen telefoonnummer poli – dienstdoende specialist
- Poli emailadres: bij geen spoed voor bekende patiënt
- Verzoek aan de huisartsen om een overleglijn (huisartsenlijn) te hebben in de praktijk.
 - Zodat artsen niet op dezelfde lijn komen te staan als patiënten.

Bronnen

- [Informatie uitwisseling tussen Huisarts en Specialist HASP .pdf](#)
- [Cardiovasculair risicomanagement | NHG-Richtlijnen](#)
- [Behandeling bloeddruk bij CVRM - Richtlijn - Richtlijnendatabase](#)
- [Acuut coronair syndroom](#)
- [Aneurysma van de abdominale aorta AAA .pdf](#)
- [Perifeer arterieel vaatlijden](#)
- [Beroerte](#)

Vaststelling

Deze RTA is vastgesteld in de ALV op 16 juni 2026

4. Bijlagen

Bijlage 1: Contactpersonen/expertgroep

Kaderhuisartsen Hart- en Vaatziekten in de regio

Huisartsen Utrecht Stad: Dr. M. Prinssen, cvm@huisartsenutrechtstad.nl

IJsselstein: M. Nasser, nasser@meridiaan.nl

Unicum: L. de Back, kaderhuisarts, l.de.back@unicum-huisartsenzorg.nl

RegioZorgNu: Dr. A. Eikendal, huisarts, a.Eikendal@vechtzorg.nl

Specialisten

Diakonessenhuis Utrecht: via 088-2505555 (huisartsenlijn)

Dr. M.A. van de Ree, internist, mvdree@diakhuis.nl

Dr. T.I.G. van der Spoel, cardioloog, tvdspoe1@diakhuis.nl

Dr. R.C.J.M. Donders, neuroloog, rdonders@diakhuis.nl

Dr. S.K. Nagesser, vaatchirurg, nasser@outlook.com

Dr. D. Dolmans, vaatchirurg, ddolmans@diakhuis.nl

St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein: via 088-3203200 (24-uurs huisartsenlijn)

Dr. O. Bakker, vaatchirurg, o.bakker@antoniuziekenhuis.nl

Dr. C. Veltman, cardioloog, c.veltman@antoniuziekenhuis.nl

Dr. B. Rovekamp, internist, b.rovekamp@antoniuziekenhuis.nl

Dr. W. Schonewille, neuroloog, w.schonewille@antoniuziekenhuis.nl

UMC Utrecht: via centrale verwijzerslijn 0800-8099

Dr. W. Spiering, internist, w.spiering@umcutrecht.nl

Dr. H.M. Nathoe, cardioloog, h.m.nathoe@umcutrecht.nl

Prof. dr. H.B. van der Worp, neuroloog, h.b.vanderworp@umcutrecht.nl

Dr. S. Hazenberg, vaatchirurg, c.c.v.b.hazenberg@umcutrecht.nl