

## RTA voor Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM)



Datum: 19 mei 2022



## **Inleiding**

Voor u ligt de regionale transmurale verwijfspraak (RTA) voor Cardiovasculair Risicomanagement (CVRM) gemaakt tussen de huisartsen aangesloten bij de RHOGO en de specialisten van Tergooi MC.

Deze RTA vervangt de RTA uit 2017 en is in te zien op de site van de RHOGO en van het MCC Gooi en Vechtstreek.

Bij het opstellen is uitgegaan van de NHG richtlijn CVRM 2019, het ketenzorgprogramma CVRM van de RHOGO en het lipiden- en hypertensieprotocol van Tergooi MC.

Deze RTA is opgesteld door het MCC Gooi- en Vechtstreek, in samenwerking met genoemde consulenten, de CVRM kwaliteitscommissie en RHOGO Services.

## Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Algemene Afspraken.....</b>                                  | <b>4</b>  |
| <b>1.1 Hoofdbehandelaarschap.....</b>                              | <b>4</b>  |
| <b>1.2 Consultatie, verwijzen en terugverwijzen.....</b>           | <b>4</b>  |
| <b>1.3 Consultatie van de kaderhuisarts .....</b>                  | <b>5</b>  |
| <b>1.4 Consultatie van de specialist, meekijkconsult .....</b>     | <b>5</b>  |
| <b>1.5 Besprekingen, casuïstiekbespreking door specialist.....</b> | <b>5</b>  |
| <b>2. Afspraken per aandoening .....</b>                           | <b>5</b>  |
| <b>2.1 Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA).....</b>                  | <b>5</b>  |
| <b>2.2 Hyperlipidaemie.....</b>                                    | <b>7</b>  |
| <b>2.3 Hypertensie bij volwassenen.....</b>                        | <b>10</b> |
| <b>2.4 Acut Myocardinfarct .....</b>                               | <b>14</b> |
| <b>2.5 Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) .....</b>               | <b>15</b> |
| <b>2.6 Beroerte.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>2.7 Chronische Nierschade (CNS) .....</b>                       | <b>18</b> |
| <b>3. Colofon .....</b>  | <b>19</b> |
| <b>4. Literatuur.....</b>  | <b>20</b> |

## 1. Algemene Afspraken

Naast de specifieke verwijsafspraken per ziektebeeld, beschreven in hoofdstuk 2 gelden de volgende algemene afspraken:

### 1.1 Hoofdbehandelaarschap

De huisarts is volgens deze RTA eindverantwoordelijk voor CVRM tenzij:

- De patiënt door de huisarts voor optimalisering van CVRM verwezen wordt naar de medisch specialist en de procedure “overname van behandeling” is aangegeven in de verwijsbrief.
- De CVRM door de medisch specialist is gestart en de patiënt nog niet schriftelijk is terugverwezen naar de huisarts.
- De medisch specialist aangeeft de CVRM behandeling over te nemen en dit schriftelijk heeft vermeld in de terugrapportage naar de huisarts.
- De patiënt is opgenomen in het ziekenhuis.

### 1.2 Consultatie, verwijzen en terugverwijzen

- Huisartsen en specialisten houden de HASP richtlijn aan voor berichtgeving bij consultatie, verwijzen en terugverwijzen.
- Bij voorkeur wordt er gebruik gemaakt van een meekijkconsult via Zorgdomein boven een verwijzing.
- De verwijsbrief wordt verzonden via Zorgdomein. De ontslagbrief wordt verzonden via Edifact.
- Bij terugverwijzing wordt aangegeven of het volledige terugverwijzing of gedeelde zorg betreft. De patiënt wordt in beide gevallen opgenomen in het CVRM zorgprotocol van de huisarts.
- De medisch specialist draagt schriftelijk de CVRM zorg over aan de huisarts, adviseert over de streefwaarden voor CVRM en geeft bij voorschrijven van medicatie de duur van gebruik aan.
- Spoedverwijzing vindt altijd plaats na telefonisch contact met de dienstdoende specialist, gevolgd door een verwijzing via Zorgdomein.

### **1.3 Consultatie van de kaderhuisarts**

Consultatie van de kaderhuisarts door een huisarts heeft de voorkeur boven consultatie van de specialist. De kaderhuisarts CVRM van de zorggroep is beschikbaar via een vorm van (elektronische) communicatie voor consultatie via Caresharing, Portavita of VIPLive.

### **1.4 Consultatie van de specialist, meekijkconsult**

- Bij vragen die in kort bestek beantwoord kunnen worden en waarbij het niet nodig is dat specialist de patiënt ziet of bij twijfels over verwijzingen, kan gebruik gemaakt worden van het meekijkconsult via Zorgdomein.
- De huisarts ontvangt binnen drie werkdagen antwoord.
- Zowel de specialist als de huisarts krijgt een tarief voor deze vorm van consultatie, deze declaratiestroom loopt via de regio-organisatie.
- De huisarts blijft hoofdbehandelaar voor de aandoening.

### **1.5 Besprekingen, casuïstiekbespreking door specialist**

De specialisten zijn bereid tot casuïstiekbesprekingen en bijwonen van bijeenkomsten met het doel dat specifieke patiënten de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Bijeenkomsten worden op wijkniveau door de huisartsen, in samenspraak met de tweede lijn, georganiseerd.

## **2. Afspraken per aandoening**

### **2.1 Aneurysma Aorta Abdominalis (AAA)**

Verwijsafpraak tussen huisartsen, radiologen en vaatchirurgen

Consulenten : P.M. Huisman, radioloog en E.J.F. Hollander, vaatchirurg

#### **Uitgangspunten en definities**

Er is sprake van een AAA bij een echografisch gemeten voor achterwaartse diameter groter of gelijk aan 3cm.

Echografische controle, tijdige selectieve interventie, een adequaat CVRM en antitrombotische behandeling zijn van belang.

### **Verslaglegging radioloog**

- Vorm van het aneurysma; sacculair of fusiform.
- Groei ten opzichte van een eventuele vorige meting.

### **Behandeling en follow-up door de huisarts**

- Echografische follow-up: Bij een fusiform AAA met diameter tot 4,0 cm wordt driejaarlijks een echo herhaald door de huisarts.
- Adequaate CVRM
- Plaatjesaggregatieremming : Clopidogrel t75 mg, 1dd1
- Begeleiding bij leefstijlverandering.

### **Verwijsindicaties vaatchirurg**

- Bij een sacculair AAA ,ongeacht de diameter van het aneurysma.
- Bij een fusiform AAA van 4,0 cm of meer.
- Bij snelle groei van meer dan 1 cm per jaar.

### **Selectieve interventie**

Bij een AAA vanaf 5,5 cm doorsnede (mannen) c.q. 5,0 cm doorsnede (vrouwen) is in het algemeen een electieve correctie aangewezen, meestal door middel van EndoVasculair Aneurysma Repair (EVAR). Deze ingreep bedraagt momenteel >90 % van de operatieve behandelingen. De overige ingrepen betreffen een open AAA uitschakeling met buis- of bifurcatieprothese.

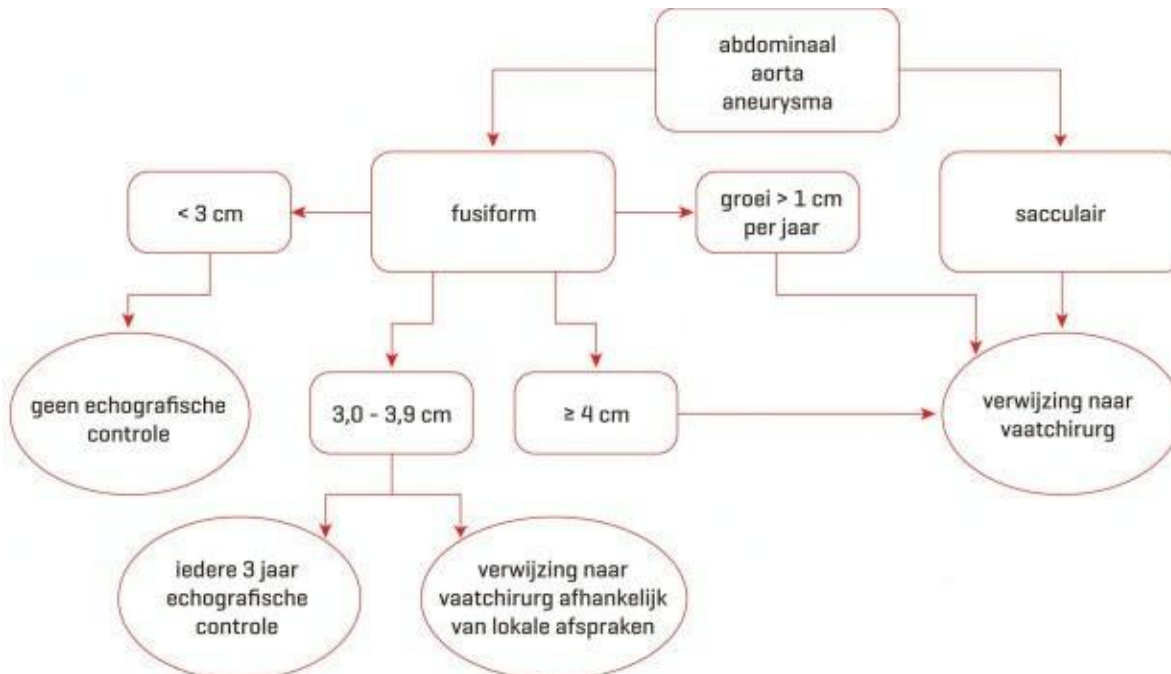
### **Terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn •**

Indien het AAA nog geen 4,0 cm in doorsnede is.

- Een jaar na een open AAA uitschakeling met buis- of bifurcatieprothese .
- Na een EVAR , Endovasculair Aneurysma Repair, wordt de patient blijvend jaarlijks gecontroleerd door de specialist.

CVRM behandeling wordt zo spoedig mogelijk na de ingreep schriftelijk overgedragen aan de huisarts.

## Stroomschema



## 2.2 Hyperlipidaemie

Verwijsafpraak tussen huisartsen en vasculair geneeskundigen

Consulent: P. W. Kamphuisen , internist -vasculair geneeskundige.

### Uitgangspunten en definities

- Streef naar een LDL-c < 2.6 mmol/L bij personen met een hoog tot zeer hoog risico volgens de NHG tabel CVRM.
- Bij patiënten < 70 jaar ( of ouder maar niet kwetsbaar) met eerder vastgestelde hart- of vaatziekte wordt gestreefd naar een LDL-c < 1,8 mmol/L.
- Voor vragen die vermoedelijk in kort bestek beantwoord kunnen worden en waarbij het niet nodig is dat de internist de patiënt ziet wordt de voorkeur aan een meekijkconsult boven verwijzing gegeven.

## Medicatie

- De voorkeur wordt gegeven aan rosuvastatine waarbij af wordt geweken van de NHGstandaard, die de keus laat tussen simvastatine/atorvastatine/rosuvastatine.
- In het geval van bijwerkingen op rosuvastatine dient de medicatie 4 weken gestaakt te worden, alvorens er wordt overgegaan op atorvastatine (20-40 mg) of simvastatine 40mg.
- De voorkeur gaat uit naar pravastatine indien er CYP3A4 interacties plaatsvinden met co-medicatie.
- In geval van intolerantie voor twee of drie statines kan er worden gestart met ezetimibe 10 mg ,1D1T .

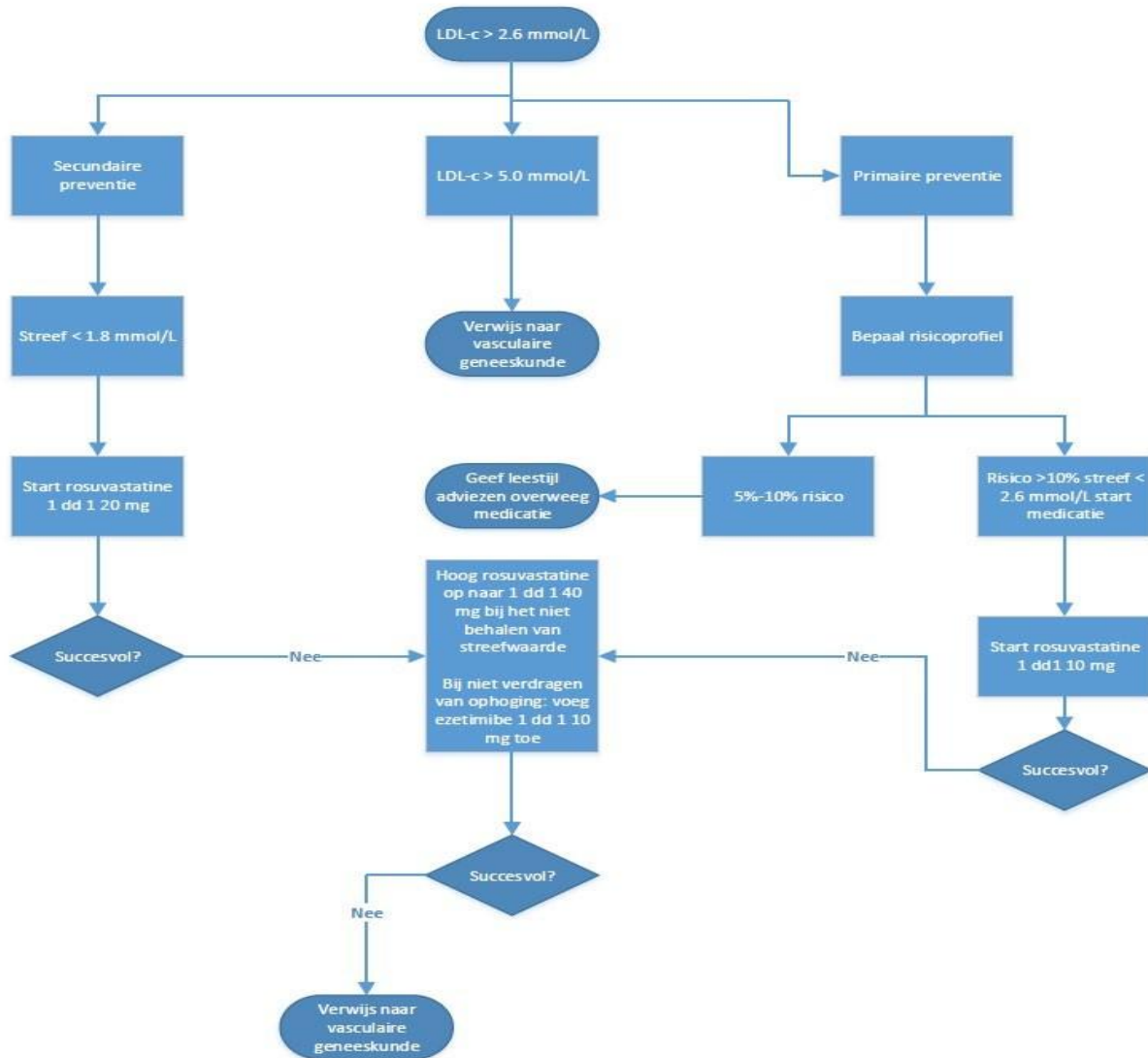
## Indicaties meekijkconsult / verwijzing

- Indien er een hoog risico op HVZ blijft bestaan en er sprake is van het niet halen van de LDLstreefwaarde (blijkend uit 2 of meer opeenvolgende metingen).
- Bij een nuchter triglyceridengehalte > 10 mmol/L ondanks leefstijlaanpassingen en eventuele medicatie.
- Bij verdenking op familiale hypercholesterolemie volgens de FH-criteria (zie NHGstandpunt diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemia)
- Bij onacceptabele bijwerkingen van statines.
- Als er sprake is van een zeer laag HDL-cholesterol (<0.6 mmol/L).

## Terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

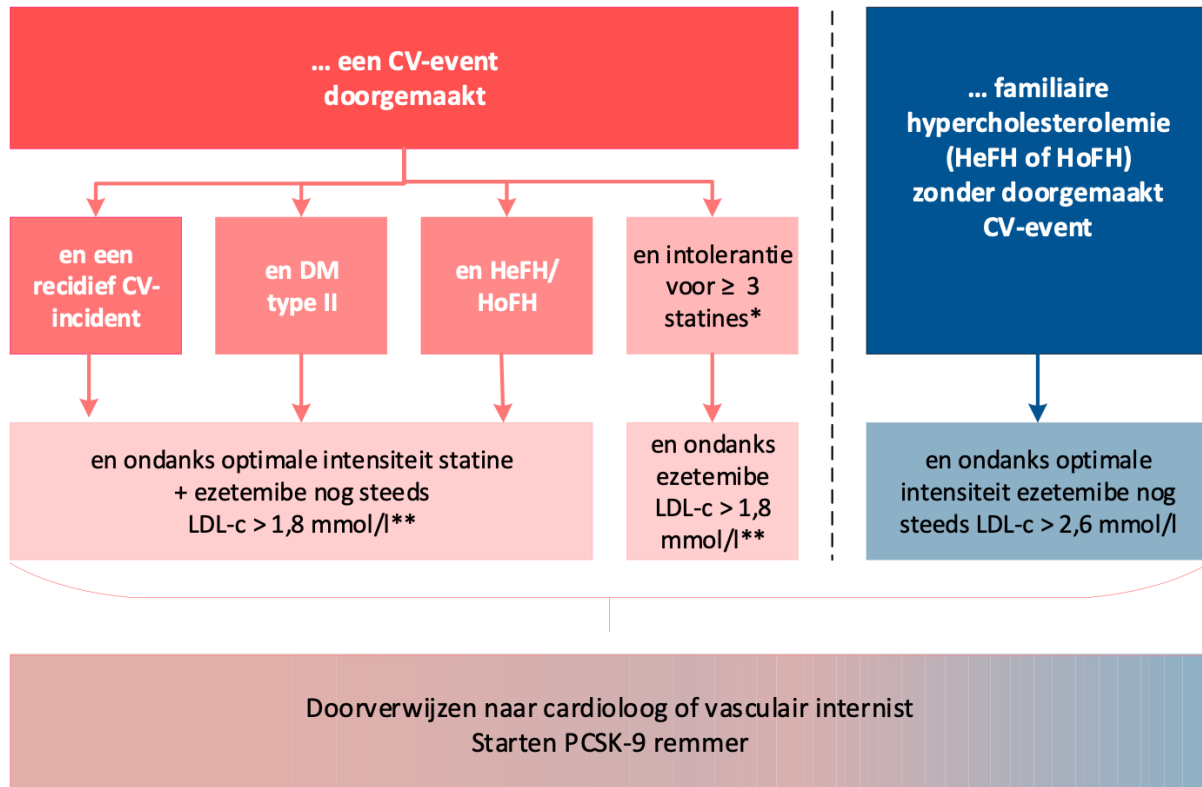
- Bij bereiken van de streefwaarden of een maximaal resultaat en een stabiel situatie.
- Na behandeling van de oorzaak van secundaire hyperlipidemie.
- NB: Ook patiënten met een erfelijke dyslipidemie kunnen bij stabiele cholesterolwaarden goed door de huisarts begeleid worden.

**Lipidenprotocol stroomdiagram**



NB Controleer het LDL cholesterol 4 weken na start of wijziging van medicatie.

**Voorschrijf en vergoedingscriteria PCSK-9 remmer:**



\* Intolerantie gedefinieerd als statine geassocieerde spierpijn vastgesteld volgens het stroomschema en criteria beschreven door EAS/ECS consensus  
\*\* LDL-c streefwaarde conform geldende CVSM richtlijn: < 1,8 mmol/l voor de groep < 70 jaar en < 2,6 mmol/l voor de groep > 70 jaar

**2.3 Hypertensie bij volwassenen**

Verwijsafpraak tussen huisartsen, vasculair geneeskundigen en cardiologen

Consulenten: P. W. Kamphuisen, internist- vasculair geneeskundige, K. Arkenbout, interventiecardioloog, L. Kramer, verpleegkundig specialist vasculaire geneeskunde en E. Oudshoorn, kaderhuisarts hart- en vaatziekten

**Uitgangspunten en definities**

Verhoogde bloeddruk

- Iedere SBD boven de streefwaarde die voor een specifieke patiëntencategorie geldt. > 180mmHg, ongeacht het risico op HVZ.

### Persisterende therapieresistente hypertensie

- Meer dan 6 maanden bestaande SBD > 140 mmHg, ondanks gebruik van drie verschillende antihypertensiva in adequate doses, waarvan bij voorkeur tenminste één diureticum.)

### Hypertensieve crisis

- Ernstige verhoging van de bloeddruk, SBD > 220 mmHg en/of DBD >120 mmHg waarbij de stijging ten opzichte van uitgangswaarde meestal belangrijker is dan absolute waarde, die gecompliceerd wordt of kan worden door acute of progressieve tekenen van hypertensieve orgaanschade (hersenen, hart, nieren, grote en kleine bloedvaten, retinabloedingen of pupiloedeem).

### Doelorgaanschade

- Schade in grote en kleine bloedvaten, ogen, hersenen, hart, en nieren.

### **Verwijsindicaties**

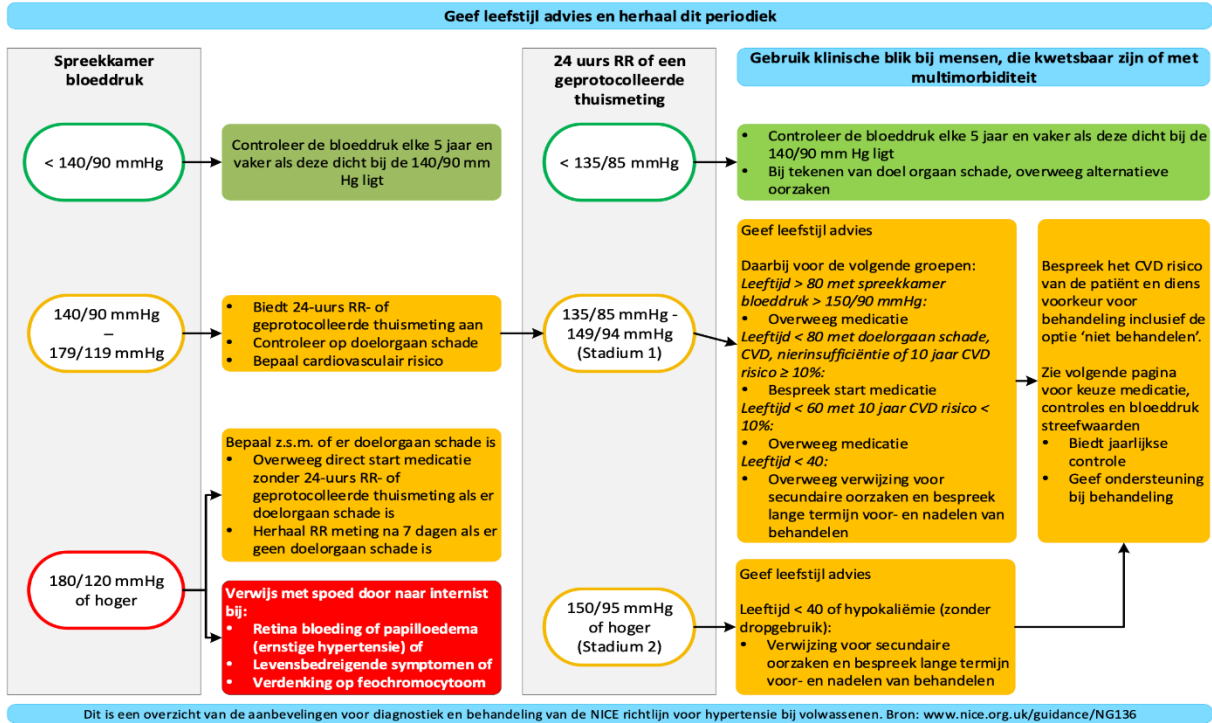
- Therapieresistente hypertensie ondanks 3-4 middelen waaronder hydrochloorthiazide. Vóór verwijzing is toevoeging van een aldosteronantagonist te overwegen.
- Vermoeden van secundaire hypertensie, bv bij jonge beginleeftijd, gebruik van specifieke medicamenten of genotsmiddelen, tekenen van afwijkende schildklierfunctie, bijnierziekte of Cushingsyndroom, hypokaliaemie, aanwijzingen voor slaapapneu.

### **Spoedverwijzing**

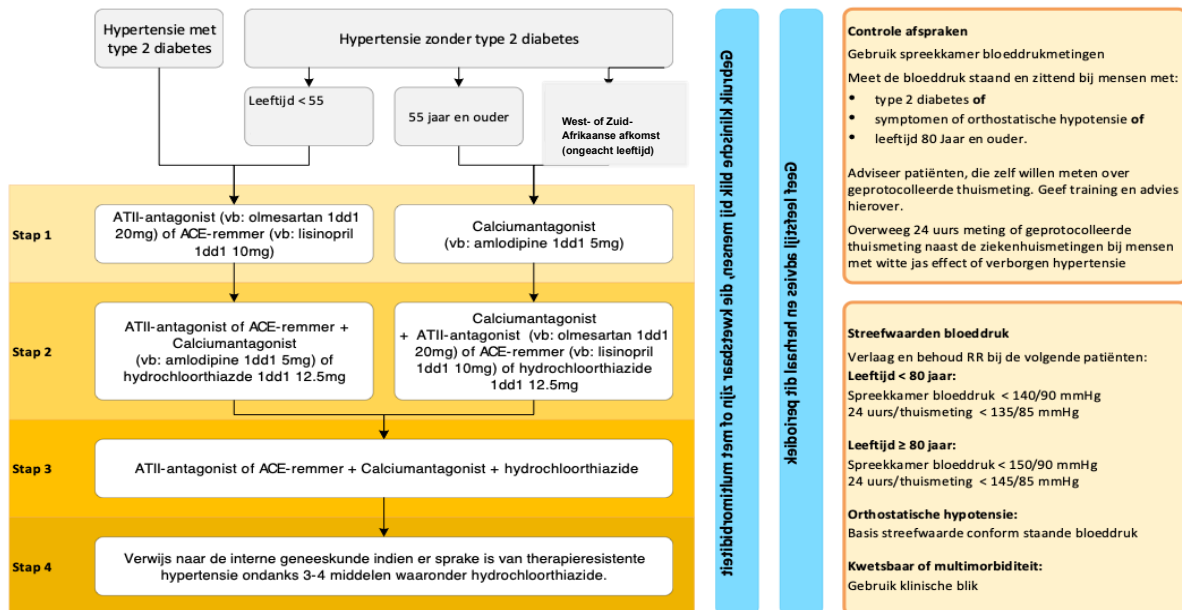
- Bij hypertensieve crisis met acute of progressieve tekenen van doelorgaanschade, cave levensbedreigende symptomen.
- Verdenking op feochromocytoom

Altijd na telefonisch overleg met dienstdoende internist.

**Hypertensie bij volwassenen: diagnostiek en behandeling**



**Beslisboom voor medicatie, controles en bloeddruk streefwaarden**



**Tabel 1 Voorkeursmiddelen bij bijzondere omstandigheden**

| Omstandigheid   | Middel van voorkeur   |
|---|---|
| Verhoogde albuminurie (> 3mg/mmol albumine/ creatinine) | ARB/ACE-R   |
| Hartfalen   | ARB/ACE-R, $\beta$ -blokkers, diuretica, mineralocorticoïdereceptorantagonist                                     |
| Atriumfibrilleren                                       | $\beta$ -blokkers, non-dihydropyridine-calciumkanaalblokkeerders, ARB/ACE-R, mineralocorticoïdereceptorantagonist |
| Perifeer arterieel vaatlijden                           | ARB/ACE-R   |
| Diabetes mellitus                                       | ARB/ACE-R   |
| Zwangerschap  | Methyldopa, labetalol, calciumantagonist  |
| Personen van West – of Zuid-Afrikaanse afkomst          | Calciumantagonisten, diuretica, daarna ARB/ACE-R  |

## 2.4 Acuut Myocardinfarct

Verwijsafpraak tussen huisartsen en cardiologen

Consulent: K. Arkenbout, interventiecardioloog

### Uitgangspunten en definities

Bij elke patiënt die wegens een cardiaal event behandeld is in de tweede lijn wordt na afloop van de hartrevalidatie de CVRM zo snel mogelijk aan de huisarts overgedragen. De patiënt wordt tijdens de opname al geïnformeerd over de invulling van de medische zorg na de opname. Hierbij wordt o.a. de begeleiding door de verpleegkundig specialist op de postinfarct poli besproken, het verloop van de hartrevalidatie en de terugverwijzing naar de huisarts. De cardioloog is verantwoordelijk voor het starten van medicatie en het bepalen van de streefwaarden voor bloeddruk en LDL. Op de postinfarctpoli zullen deze waarden worden gecontroleerd en de medicatie waar nodig aangepast. Hartrevalidatie duurt 3 - 4 maanden en is een verplicht aanbod aan post- infarct patiënten.

### Terugverwijzing naar en follow-up in de eerste lijn

- **Ongecompliceerd verloop**, gedefinieerd als geen wandbewegingsstoornissen (geen restschade, LVEF 50%) en alle streefwaarden gehaald : Terugverwijzing naar huisarts na afronden van de hartrevalidatie.
- **Ongecompliceerd beloop , maar met restschade** (EF 40-50%) : De patiënt wordt na 6 en/of 12 maanden gezien door de cardioloog waarna terugverwijzing naar de huisarts.
- **Gecompileerd verloop of uitgebreide pathologie** (gedefinieerd als meervaatslijden, belangrijk kleplijden of EF < 40%) : De patiënt zal langer in de tweede lijn worden gecontroleerd . Bij deze patiënten kan gedeelde CVRM-zorg overwogen worden. Het is noodzakelijk dat de patiënt deze zorg en begeleiding door de huisarts als een onderdeel van de totale begeleiding gaat ervaren.

### Follow-up door de huisarts

- De streefwaarden voor RR en LDL worden individueel bepaald volgens de NHG CVRM richtlijn. Bloeddruk <140 /90 mmHg en LDL < 1,8 mmol/l.
- Bij geselecteerde patiëntengroepen kunnen lagere streefwaardes worden nagestreefd op advies van de cardioloog/SV.
- Consultatie via Zorgdomein of verwijzing bij opnieuw optreden van cardiale klachten of het niet halen van de streefwaarden.

### **Spoedverwijzing:**

- Angina Pectoris klachten die niet binnen 15 minuten afnemen na rust of nitraten sl
- Instabiele AP
- Altijd na telefonisch overleg met de dienstdoende cardioloog.

### **2.5 Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV)**

Verwijsafpraak tussen huisartsen en vaatchirurgen

Consulenten: E.J.F. Hollander, vaatchirurg en M.T. de Bruijn, vaatchirurg

### **Uitgangspunten en definities**

- Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV): Atherosclerose van de onderste of bovenste extremiteiten.
- Enkel-Arm Index (EAI): Verricht een Enkel-Arm Index in de eigen praktijk of verwijs naar het vaatlaboratorium van Tergooi.

### **Diagnostiek door de huisarts**

Bepaal de Enkel-Arm Index (EAI) bij:

- Claudicatio intermittens, vermoeden ischaemische pijn in rust, of wonden bij verdenking PAV.
- Indien pijnklachten en verschil in huidtemperatuur voeten, afwijkende pulsaties van de a. tibialis posterior en/of a. dorsalis pedis aan een voet;
- Voor start ambulante compressietherapie indien sprake van perifere neuropathie

### **Behandeling door de huisarts**

- Draag zorg voor een adequaat CVRM.
- Verwijs voor begeleiding bij leefstijlverandering.
- Verwijs voor looptraining bij claudicatio intermittens naar een fysiotherapeut aangesloten bij Claudicationet. Deze begeleiding komt in aanmerking voor vergoeding door de ziektekostenverzekeraars.
- Start met plaatjesaggregatieremming : Clopidogrel T 75 mg , 1D1T

### **Follow up door de huisarts**

- Als er na een half jaar geen verbetering of juist verslechtering optreedt van de klachten en als deze voor de patiënt niet acceptabel zijn : Overweeg verwijzing naar de vaatchirurg

### **Verwijzing naar de vaatchirurg regulier**

- Bij een gemiddelde enkel-armindex van 0,9 tot en met 1,0 en twijfel over de diagnose (diagnostiek);
- Voor diagnostiek bij patiënten met diabetes mellitus in combinatie met voetulcera en een vermoeden van perifeer arterieel vaatlijden.
- PAV stadium 2 met snelle progressie van de klachten (behandelopties evalueren);
- PAV stadium 2 met blijvende klachten of duidelijke subjectieve invalidering ondanks looptraining (behandelopties evalueren).

### **Verwijzing met voorrang 1-2 weken:**

- Bij ulceraties of necrose
- Bij PAV stadium 3 en 4 of een enkeldruk < 50 mm Hg

### **Spoedverwijzing:**

- Bij acute sensomotorische stoornissen
- Na telefonisch overleg met dienstdoende vaatchirurg.

### **Diagnostiek en behandeling door de vaatchirurg**

- Fontaine 2: Initieel conservatieve behandeling dmv looptraining volgens richtlijn NVvV.
- Fontaine 3 en 4 : Revascularisatie mogelijkheden in kaart brengen en uitvoeren

### **Uitgangspunten voor terugverwijzen naar en follow-up in de tweede lijn**

- Bij stabiel PAV type Fontaine 2,
- Als de verwachting is dat endovasculair/operatief ingrijpen geen verhoging van kwaliteit van leven als resultaat zal hebben,
- Na afronding van endovasculair/operatief ingrijpen.

## 2.6 Beroerte

Verwijsafpraak tussen neurologen en huisartsen.

Consulent: S. Zinkstok, neuroloog

### Uitgangspunten en definities

Tergooi, de RHOGO en het MCC Gooi en Vechtstreek zijn ketenpartners in de zorgketen Beroerte Gooi en Vechtstreek: Iedere patiënt met klinische kenmerken van een beroerte wordt in principe altijd verwezen naar de SEH van Tergooi, locatie Blaricum, na telefonisch overleg met de dienstdoende neuroloog. Het vervolgtraject is afhankelijk van de duur van de uitvalsverschijnselen.

Patiënten die in aanmerking komen voor endovasculaire behandeling worden na iv trombolysie via Tergooi verwezen naar een interventiecentrum (UMC-U/Nieuwegein). Ook patiënten met een SAB of een andere gecompliceerde neurovasculaire aandoening kunnen via Tergooi naar een gespecialiseerd centrum uit het StrokeNetwerk worden verwezen.

Patiënten met een beroerte in de ANW-uren woonachtig in Baarn worden ook naar Tergooi Blaricum verwezen.

### Verwijsurgentie

Patiënten met klinische kenmerken van een beroerte worden door de huisarts **direct** na telefonisch overleg met de dienstdoende neuroloog verwezen naar de Spoedeisende Hulp van Tergooi locatie Blaricum met de volgende urgenties:

Dienstdoende neuroloog: T 088- 7535648.

#### 1. Indien tijdstip bekend en uitval < 24 uur:

Vervoer met spoed (U1) naar Tergooi locatie Blaricum.

Doel:(late) Intraveneuze trombolysie, zo mogelijk gevolgd door endovasculaire trombolysie.

#### 2. Uitval > 24 uur:

Vervoer zo snel mogelijk (U2) naar Tergooi locatie Blaricum.

Doel: Adequate behandeling op Stroke-Unit Tergooi

#### 3. TIA/Minor Stroke

Bij kenmerken van een TIA dient direct telefonisch overleg plaats te vinden met de dienstdoende neuroloog, deze besluit waar patiënt gezien wordt .

Doel: Adequate neurovasculaire work-up binnen 24 uur na het ontstaan van de symptomen. De neuroloog start CVRM en antistolling.

Bij een TIA zorgt de patiënt voor eigen vervoer en in alle gevallen is de patiënt bij voorkeur in het bijzijn van een persoon die de hetero-anamnese kan verzorgen.

### **Antistolling**

- De neuroloog start medicamenteus CVRM en antistolling.
- Indien er klinische aanwijzingen zijn voor een beroerte maar er geen verwijzing geïndiceerd is kan door de huisarts direct gestart worden met eenmalig Clopidogrel T 300 mg gevolgd door Clopidogrel T 75 mg 1D1T

### **Terugverwijzing naar en follow up door de huisarts**

- Maximaal 3 maanden na een beroerte ( of later na opname in een revalidatiekliniek) en zo mogelijk direct na een TIA /Minor Stroke wordt de patiënt door de neuroloog terugverwezen voor CVRM naar de huisarts.
- Streefwaarden: bloeddruk <140/90 mmHg, LDL <1,8 mmol/l.
- Voor zover de huisarts de reeds gestarte behandeling zou willen wijzigen is overleg met de behandelende neuroloog gewenst. Bij voorkeur telefonisch.

## **2.7 Chronische Nierschade (CNS)**

Verwijsafpraak tussen neurologen en huisartsen.

Consulenten: M.Yo, nefroloog, M.Brinker, kaderhuisarts Diabetes Mellitus

### **Algemeen**

Voor de definities en begrippen wordt de NHG-standaard chronische nierschade (CNS) uit 2018 gevolgd (zie tabel hieronder).

Zie ook de verwijsafpraak Chronische Nierschade 2020, MCC Gooi en Vechtstreek **Meekijkconsult**

Bij voorkeur wordt gebruik gemaakt van een meekijkconsult via Zorgdomein bij patiënten met matige en ernstige chronische nierschade.

### **Verwijzing**

Verwijzing is geïndiceerd bij verdenking op acute nierschade, snelle progressie van de nierschade en bij jonge patiënten.

### **Spoedverwijzing**

Altijd na telefonisch overleg met de dienstdoende nefroloog.

### 3. Colofon

Deze RTA is in opdracht van de RHOGO tot stand gekomen in samenwerking met Tergooi MC en het MCC Gooi en Vechtstreek. Met dank aan de betrokken consulenten zoals genoemd in de hoofdstukken per aandoening.

**Datum van uitgifte:** Mei 2022

#### **Leden RHOGO kwaliteitscommissie CVRM:**

Lonneke Kamer – verpleegkundig specialist Tergooi

Marijke Post – POH-s

Karin Arkenbout – Interventiecardioloog Tergooi

Pieter Willem Kamphuisen – vasculair geneeskundige

Fiona Bart – praktijkconsulent RHOGO

Norbert Ijkelenstam - huisarts

Barbara Tanis - huisarts

Berdine Armbrust - apotheker

Jorrit van Zuiden - huisarts

Patricia Roobol – patiëntvertegenwoordiger

Marianne Popping, medisch coördinator MMC Gooi- en vechtstreek

René Batenburg – medisch directeur RHOGO

Mariska Rietman – manager Services RHOGO

Contact via [ketenzorg@rhogo.nl](mailto:ketenzorg@rhogo.nl)

#### 4. Literatuur

NHG <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/cardiovasculair-risicomanagement>

RHOGO: pdf meekijkconsult , CVRM Ketenzorgprogramma

Tergooi : Lipidenprotocol & Hypertensieprotocol

Bron: Regionale richtlijn Hypertensie .

HASP: [https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/richtlijn\\_informatie-uitwisseling\\_tussen\\_huisarts\\_en\\_medisch\\_specialist\\_2018\\_web.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/richtlijn_informatie-uitwisseling_tussen_huisarts_en_medisch_specialist_2018_web.pdf)

LESA :<https://www.nhg.org/themas/artikelen/lesa-rationeel-aanvragen-van-laboratoriumdi>