

Wijzigingen t.o.v. vorige versie

- Herziening van screeningscriteria met o.a. toevoeging van een controle voor start GLP1-RA of tirzepatide,
- Aanpassing advies bij uitslag
- Bij verwijzing duidelijker afspraken over rolverdeling oogarts en eerstelijns.
- Bij spoedvragen zijn niet alleen de ziekenhuizen aanspreekbaar, ook oogartsen bij ZBC's moeten zorgen voor bereikbaarheid bij eventuele spoedsituaties.

Aanleiding

Diabetische retinopathie (DRP) is een veelvoorkomende oorzaak van blindheid en slechtziendheid bij volwassenen in de leeftijd tussen de 30 en de 65 jaar. Een ernstige visuele handicap heeft niet alleen verstrekkende gevolgen voor de kwaliteit van leven van de patiënt, maar speelt ook op macro-economisch niveau een aanzienlijke rol. Doordat het aantal mensen met diabetes mellitus gestaag toeneemt, neemt ook het aantal mensen met diabetische retinopathie toe. Bij langer bestaande diabetes (type 1 en 2) kan de prevalentie van retinopathie oplopen tot 35%. De Richtlijn diabetische retinopathie (NIV 2023) biedt de betrokken zorgprofessional handvatten voor de screening, diagnostiek en behandeling van diabetische retinopathie bij volwassenen. Deze RTA is een afgeleide van deze richtlijn.

Doelstelling

De RTA heeft als doelstelling:

- Zorgprofessionals handvatten te bieden voor de screening van diabetische retinopathie.
- Procesoptimalisatie en verminderen ongewenste praktijkvariatie, waarbij voldaan wordt aan de huidige stand van de wetenschap.
- Een eenduidig classificatiesysteem, waardoor de consequenties voor het vervolg van de uitslag eenvoudig te traceren zijn.

Definitie

De hoofdbehandelaar:

- is verantwoordelijk voor het aanbieden en (laten) uitvoeren van screening op retinopathie bij patiënten met diabetes.
- ziet toe op de retinopathie screening en het uit de screening voortvloeiende geadviseerde vervolgbeleid.
- ziet toe op een correcte verwerking van de screeningsuitslagen in het EPD.

De bij de screening betrokken professionals hanteren een protocol voor de organisatie van screening en berichtgeving waarin ieders verantwoordelijkheden zijn vastgelegd. De screenende partij stuurt na iedere screeningsessie een gespecificeerd verslag inclusief follow-up advies aan de hoofdbehandelaar.

De beoordeling van de fundusbeelden vindt plaats door adequaat opgeleide graders onder supervisie van een oogarts. Graders hebben voldaan aan formele opleidingseisen en zijn gecertificeerd voor het screenen op diabetische retinopathie. De digitale fundusfotografie wordt initieel uitgevoerd zonder verder oogheelkundig onderzoek tenzij er indicaties bestaan voor aanvullend onderzoek.

Patiëntenvoorlichting

De hoofdbehandelaar:

- Geeft de patiënt met diabetes informatie over retinopathiescreening en moedigt aan screening uit te laten voeren.
- Bespreekt de uitslag en de geadviseerde herhalingstermijn van de fundusfoto of verwijst naar de oogarts indien hier een indicatie voor is.

Screening

Fundusscreening vindt bij voorkeur plaats d.m.v. een fundusfoto, omdat dit de meest sensitieve methode is om diabetische retinopathie te kunnen vaststellen.

Wanneer screening?

Diabetes	Screening
Eerste screening bij DM 1, DM2 (en LADA, MODY, mitochondriale diabetes, pancreasaandoeningen etc.)	< 3 maanden na diagnose
Zwangere vrouwen, die al vóór de zwangerschap diabetes mellitus hadden	- bij de 1 ^e zwangerschapscontrole - indien er geen retinopathie wordt vastgesteld, dient de screening herhaald te worden bij een zwangerschapsduur van 28 weken.

Bij patiënten met (mogelijk) langdurig bestaande sterk verhoogde glucosewaarden (arbitrair HbA1c >86 mmol/mol) dient een fundusfoto te worden vervaardigd vóór de start met insuline, een GLP1-RA of tirzepatide, tenzij dit korter dan een jaar daarvoor is gedaan en er toen geen retinopathie aanwezig was. Overleg bij afwijkingen van de fundusfoto en bij patiënten die al retinopathie hebben met een oogarts, omdat een snelle daling van de glucosewaarden kan leiden tot een toename van de retinopathie.

Bij ouderen met diabetes is navolgende beleid afgesproken:

- Bij niet-kwetsbare ouderen: screening voortzetten
- Bij kwetsbare ouderen, bij 80+ met veel comorbiditeit of bij korte levensverwachting (arbitrair: <5 jaar) en geen retinopathie: screening in overleg met patiënt stoppen
- Bij oogheelkundige klachten: verwijzen naar de oogarts

Verslaglegging

Indeling retinopathie

R0	Geen zichtbare retinopathie	
R1	Milde achtergrondretinopathie	Microaneurysmata en/of retinabloeding (puntvormige bloedingen of 'red dots', maximaal 10)
R2	Pre-proliferatieve (matige tot ernstige non-proliferatieve) retinopathie	Multipiele, ronde of vlekkelijke bloedingen en/of vastomlijnde IRMA en/of 'venous beading' en/of reduplicatie
R3	Proliferatieve retinopathie	Alle nieuwe vaten, pre-retinale fibrose, glasvocht- of pre-retinale bloeding met of zonder loslating door tractie
M1	Maculopathie	Gaat gepaard met R1, R2 of R3. Maculopathie: aanwezigheid van tweedimensionale fotografische markers van diabetische maculopathie;

		Exsudaat binnen 1 disc diameter van het centrum van de fovea, circinate- of groeps-exsudaten binnen de macula, microaneurysma of bloeding binnen 1 disc diameter van het centrum van de fovea.
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Advies bij uitslag

Uitslag fundusscreening		Actie
R0	Geen zichtbare retinopathie	Na eerste screening: herhaal na 2 jaar Na 2x achtereenvolgend R0: herhaal na 3 jaar
R1	Milde achtergrondretinopathie	Herhaal na 1 jaar
R2	Pre-proliferatieve retinopathie	Consult oogarts binnen 3 maanden
R3	Proliferatieve retinopathie	Consult binnen 4 weken
M1	Maculopathie	Consult oogarts binnen 3 maanden (reguliere verwijzing)*
	Retinopathie in beide ogen	Bij R1 of R2: verwijs naar oogarts binnen 3 maanden Bij R3: verwijs naar oogarts binnen 4 weken

*Optometrist kan o.b.v. foto's maken indicatie aangeven van termijn waarbinnen patient gezien moet worden.

Verwijzing

Verwijzing naar de oogarts is eveneens geïndiceerd indien:

- Enige vorm van retinopathie wordt ontdekt bij een zwangere patiënt; tot 6 maanden postpartum
- Bij ernstige niet-diabetische fundusafwijkingen.

Bij patiënten, die vanwege diabetische retinopathie (R2,R3) of maculopathie (M1) verwezen zijn naar de oogarts, vindt follow-up plaats door de oogarts (met stopzetten van de funduscontrole via de huisartsenpraktijk). Bij patiënten, die vanwege andere indicaties onder controle zijn bij de oogarts (bijv. glaucoom), wordt de fundusscreening op de normale wijze voortgezet met inachtneming van het geadviseerde herhalingsinterval: 2 jaar na eerste screening en 3 jaar bij 2x achtereenvolgend R0 als uitslag.

Voorzie verwijzing van:

- HbA1c waarde

Terugverwijzing

Wanneer geen oogheelkundige co-morbiditeit (meer) aanwezig is, verwijst de oogarts de patiënt terug naar de huisarts.

Inhoud van het retourbericht:

- Conclusie van de oogarts;
- Behandelplan/-advies met vermelding van codering.

Namens de regionale huisartsen

Jaap Kroon, huisarts n.p., stafarts diabetes Pozob
Ilse Herfst, kaderhuisarts DM Stroomz
Nikol Snoeren, kaderhuisarts diabetes Pozob
Fianne van Cleef, kaderhuisarts diabetes Elan
Lian van Gurp, kaderhuisarts Stroomz
Marly Verheijden, consulent Stroomz

Namens de regionale oogartsen

Rogier Rademaker, Catharina Ziekenhuis
Emile van Oosterhout, Elkerliek ziekenhuis
Caroline Slangen, St. Jans Gasthuis
Michelle Hendriks, Anna Ziekenhuis

Namens de transmurale zorg Philippine Rahman, Pozob en Yvonne van Oosterhout, HaCa

Deze regionale transmurale afspraak is ontwikkeld in samenwerking met de transmurale organisaties HaCa, THEMA, Transmurale Zorg Elkerliek ziekenhuis en huisartsen zorggroepen Pozob en Stroomz. Voor deze samenwerkingsafpraak is uitgegaan van landelijke richtlijnen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze RTA mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming en bronvermelding van Pozob.

© 2026, Philippine Rahman, Pozob

Deze RTA is goedgekeurd door de commissie RTA's en zorgpaden in februari 2026