

NIET ALLE DIAGNOSTISCHE TESTEN VOEGEN ECHT IETS TOE

Diagnostische tests zijn belangrijk, maar hebben niet alleen voordelen. Ze kunnen gezondheidsrisico's met zich meebrengen, kosten geld en zorgen voor extra druk op de zorg en het milieu. Evy Ulijn promoveerde in april 2025 op de evaluatie van (over)diagnostiek in reumatoïde artritis (RA) zorg. "Soms moet je je afvragen of al die tests echt iets toevoegen. Elke keer als we iets niet-nuttings bij de ene patiënt schrappen, kunnen we een andere patiënt helpen."

Evy Ulijn, arts in opleiding, merkt dat de druk op de zorg toeneemt. "Wachlijsten worden langer en er is een tekort aan personeel en geld. We moeten efficiënter gaan werken." Ze heeft in haar promotieonderzoek de klinische toegevoegde waarde van verschillende diagnostische en prognostische tests bij patiënten met RA geëvalueerd en hoopt met de resultaten de druk op en kosten van de zorg te kunnen verkleinen.

Röntgenonderzoek

Om de diagnose reuma te kunnen stellen doet een reumatoloog lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek én maakt röntgenfoto's van handen en voeten. "Vroeger kwamen mensen pas laat bij een reumatoloog terecht. Ze hadden dan vaak al gewrichtsbeschadiging in handen en voeten. Röntgenonderzoek liet zien hoe erg de schade was," legt Evy uit. "Tegenwoordig komen mensen eerder bij de reumatoloog. Beschadigingen zijn vaak nog niet ontstaan. Toch maken we nog steeds röntgenfoto's. Wat voegen die nog toe? Bij ernstige ziekte wordt toch al maximaal behandeld. Natuurlijk wil je eventuele schade wel een keer zien, maar dat kan ook later en gericht." Evy's onderzoek heeft succes. "Na ons onderzoek is de richtlijn aangepast. Röntgenonderzoek hoeft niet meer standaard gedaan te worden."

Voorspellende bloedtesten

Aan de hand van een preferentiebeleid wordt bepaald welk medicijn iemand gaat gebruiken. Dat volgt een bepaald patroon: we starten met dit middel, als het niet werkt stappen we over naar dat en daarna naar dat. De theorie bestond dat antistoffen tegen en medicijnwaarden van adalimumab in het bloed konden voorspellen of een volgend middel zal werken. Evy heeft aan de hand van bestaande data onderzocht of dit klopt. "Uit onze resultaten bleek dat zowel de bloedwaarden van adalimumab als de aanwezigheid van antilichamen geen voorspellende waarde heeft voor de kans van slagen van een volgend middel. Bijvoorbeeld, je hebt

adalimumab gebruikt en dat werkt niet. Dan maakt het niet uit of je als volgende medicijn etanercept of rituximab kiest. Het is dus niet nodig om bloedwaarden en antistoffen van adalimumab te testen. Dat scheelt de patiënt een bloedtest."

(Hypothetische) biomarker

Binnen de reumawereld wordt gewerkt volgens *treat to target*. Evy legt uit wat dit inhoudt.

"Het doel, target, is dat mensen een lage of (bijna) geen ziekteactiviteit laten zien. Om dat te bereiken behandel (*treat*) je. Systematisch bekijk je elke zoveel maanden of het doel is bereikt. Als het bereikt is, dan ga je door. Als het doel na een of twee keer testen niet bereikt is, dan wissel je van medicijn. Soms gebruikt een patiënt wel zes medicijnen voordat de goede gevonden wordt. Je wil dat zesde middel eigenlijk eerder vinden."

"Wij hebben aan de hand van een hypothetische biomarker waarmee je relatief goed kunt voorspellen welk volgend middel gaat werken, getest of dit de zorg kan verbeteren. Mensen zijn hierdoor ongeveer drie maanden eerder ziektevrij. Dat is winst en geeft minder kosten, maar omdat we al zo goed systematisch controleren is die winst bescheiden. Je kunt je dus afvragen: helpt een biomarker de zorg of werkt *treat to target* al goed genoeg?"

PET scans

PET scans zijn duur en belastend voor de patiënt. Evy onderzocht wat ze toevoegen in de RA zorg. "Bij een PET scan worden niet alleen je gewrichten, maar je hele lichaam gescand. De kans is dus groter dat er iets oplicht. Als dat gebeurt, dan is er de verdenking van kanker. In ons onderzoek zagen we dat er vaak aanvullende tests ingezet werden. Je creëert daarmee een hoop onrust, pijn en het brengt risico's met zich mee. Vaak blijkt het niets te zijn en dan ben je voor niets in die medische molen terechtgekomen. Andersom werkt het ook. Als een scan niets laat zien ben je gerustgesteld, terwijl er toch iets aan de hand kan zijn."



Bloedonderzoek bij langdurig gebruik van medicatie

Ooit is bloedonderzoek ingevoerd om bij langdurig gebruik van medicatie nauwgezet te kijken wat er bij medicijngebruik gebeurt met de lever, nieren en bloedwaarden. Maar is dat nog echt nodig? "Nee," zegt Evy. "Medicijnen worden steeds veiliger, we geven een minder hoge dosering en hebben beter contact met patiënten. Als er klachten zijn, dan zijn we er veel eerder bij. En de klachten die voorkomen, zien we eigenlijk altijd net na de start. Klachten die later ontstaan, komen vaak ergens anders vandaan. We zeggen natuurlijk niet dat je niet moet testen, maar het kan wel minder frequent."

Mindset

Uit haar onderzoek blijkt dat je met minder testen dezelfde kwaliteit zorg kunt geven. Waarom blijven we dan toch zoveel testen? "Het is makkelijk," zegt Evy. "En als in de richtlijn staat dat je een foto moet maken en je doet het niet, dan moet je je verantwoorden. Je doet het omdat het er staat. En voor de zekerheid. Minder testen moet een mindset worden. Je moet je afvragen: wat ga ik doen met de uitslag van een test? Doe ik hem nu of doe ik het een andere keer?"

Ook patiënten kunnen vragen stellen. Waarom doen we deze test? Wat leren we ervan?"

Evy merkt dat er langzaam iets verandert. "Met het dreigende zorginfarct begin je echt de consequenties te merken, dus het bewustzijn groeit. En mijn onderzoek gaat in die stroom mee."

Onderzoeker Evy Ulijn: "Je creëert met aanvullende testen een hoop onrust, pijn en het brengt risico's met zich mee. Zijn ze allemaal wel echt nodig?"



MARLIES ALLEWIJN