De visie van de huisarts over het gebruik van zelftesten door de patiënt

Wouter Van den Bergh, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: dr. Tessa Braeckman

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019– 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context:

De komst van zelftesten biedt mensen de mogelijkheid om op een autonome manier extra informatie over hun gezondheid te bekomen, zonder dat hierbij de tussenkomst van een (huis)arts noodzakelijk is. Echter in de hedendaagse samenleving is vaak de huisarts een eerste aanspreekpunt voor de patiënt in het verkrijgen van gezondheidsinformatie, waarbij de huisarts vaak de aanvrager is van een divers gamma aan screenings, opvolging en/of diagnostische testen. Om deze reden kan de vraag worden gesteld hoe deze groep van zorgverstrekkers staat tegenover het gebruik van zelftesten bij hun patiënten.

Onderzoeksvraag:

Wat is de visie van de huisarts over het gebruik van zelftesten door de patiënt?

Methode:

Het studieontwerp in dit onderzoek is een cross-sectionele studie met een online survey, opgesteld in Limesurvey. Deze online survey vond plaats bij huisartsen in de regio Zuidoost-Vlaanderen. De gegevens werden geïntegreerd in SPSS voor verdere verwerking en de resultaten werden descriptief weergegeven. Optioneel werd gezocht naar associaties met een specifiek profiel van de huisartsen.

Resultaten:

Huisartsen geven aan niet steeds voldoende kennis te hebben over de werking en de beschikbaarheid van zelftesten op de huidige markt. Wel prefereren zij een verkoop van zelftesten vanuit de apotheek. De vraag of de zelftest een meerwaarde kan betekenen in de gezondheidszorg wordt door de huisartsen eerder neutraal beantwoord. Anderzijds ziet de helft van de huisartsen het niet zitten om in de toekomst het gebruik van zelftesten te stimuleren bij hun patiënten. Indien men hiervoor wel naar de praktijk komt, wordt er doorsnee wel belang gehecht aan de resultaten. Huisartsen geven aan dat zij de zelftesten minder betrouwbaar vinden dan een consultatie bij de arts of een onderzoek in een klinisch laboratorium. Verder vinden zij dat het voor de gebruiker niet steeds eenvoudig is om zelftesten correct uit te voeren en te interpreteren. Het beschikbaar stellen van genetische zelftesten vinden de meeste huisartsen niet aanvaardbaar en wanneer er gevolgen zijn voor derden zouden deze resultaten in de praktijk moeten besproken worden.

Conclusie:

Om de meerwaarde van de door de patiënt gebruikte zelftesten mogelijks te verhogen, dient volgens de huisartsen de algemene omkadering van zelftesten binnen de zorg verder uitgewerkt te worden. Ook dienen voor- en nadelen volgens hen goed afgewogen te worden. Een betere omkadering kan leiden tot een gerichter testen hetgeen de kosten/baten analyse ten goede kan komen. Om meer statistische verbanden te kunnen leggen dient de onderzoekspopulatie te worden uitgebreid. De resultaten volgen echter wel de literatuurstudie, dus kunnen wel als indicatief beschouwd worden.

Dankwoord

Voor het verwezenlijken van deze masterproef wil ik graag mijn oprechte dank betuigen aan mijn promotor Dr. Tessa Braeckman, die mij heeft bijgestaan met tal van tips en adviezen. Verder gaat mijn dank uit naar mijn praktijkopleider Dr. Dirk Soetaert, die mij wegwijs heeft gemaakt in de lokale huisartsenkring. Ook wil ik mevrouw Els De Clercq, coördinator van de huisartsenwachtpost Panacea bedanken voor haar hulp bij het bereiken van verschillende huisartsen voor dit onderzoek. Tot slot wil ik mijn naaste omgeving bedanken voor het geduld dat zij opbrachten tijdens het vervaardigen van dit werk.

Inhoudstafel

1 Inleiding 7
1.1 Onderzoeksvraag 7
2 Zoekstrategie literatuur 8
2.1 Zoekstrategie via Pubmed 8
2.2 Aanvullende zoekstrategie 8
3 Literatuurstudie 9
3.1 Definitie van zelftesten 9
3.1.1 Het begrip 'zelftest' 9
3.1.2 Andere invullingen van het begrip zelftest 9
3.2 Verkrijgbare zelftesten bij de apotheek 10
3.3 Wetgeving zelftest 11
3.4 Meerwaarde en voordelen van zelftesten in de gezondheidszorg 12
3.5 Nadelen en onzekerheden omtrent zelftesten 13
3.5.1 Beslissingsprocedure tot het uitvoeren van een zelftest 13
3.5.2 De uitvoering van een zelftest 14
3.5.3 De interpretatie van een zelftest 14
3.5.4 Het follow-up gedrag na het bekomen van een resultaat 14
3.5.5 Verdere nadelen en onzekerheden 15
3.6 Veiligheid/ kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten 15
3.7 Wie en waarom gebruikt de zelftest 17
3.8 Ethische aspecten zelftesten 18
3.9 Financiële aspecten van zelftesten 20
3.10 Visie van zorgverstrekkers bij het gebruik van zelftesten 21
3.11 Toekomst zelftesten 22
3.12 Zelftesten: actueel binnen de COVID-19 pandemie 22
4 Methodologie 24
4.1 Online survey 24
4.2 Verspreiding van de online survey 24
4.3 Onderzoekspopulatie 24
4.4 Verwerking resultaten 24
4.5 Deelnemers enquête 25
5 Resultaten 26
5.1 Demografische gegevens 26
5.2 Kennis over zelftesten en voorkomen van zelftesten in de praktijk 27
5.3 Kennis over de werking en beschikbaarheid van zelftesten 28

5.4 Meerwaarde van zelftesten 28
5.5 Beschikbaarheid van zelftesten 29
5.6 Veiligheid/kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten 29
5.7 Ethische aspecten 31
5.8 Financiële aspecten 32
5.9 Toekomst zelftesten 32
5.10 Grote gevaren bij het gebruik van zelftesten 33
5.11 Grote voordelen van het gebruik van zelftesten 34
5.12 Wat mag de kostprijs zijn van een zelftest? 36
5.13 Mogelijke associaties tussen huisartsen en hun visie over zelftesten 37
6 Discussie 38
6.1 Inhoudelijk 38
6.2 Methodologie 40
7 Besluit 42
8 Referenties 43
9 Bijlagen 46
9.1 Bijlage 1: Protocol 46
9.2 Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie 49
9.3 Bijlage 3: Vragenlijst 50

1 Inleiding

Vandaag de dag hebben mensen steeds meer toegang tot een grote hoeveelheid aan informatie via tal van moderne kanalen (internet, sociale media,…). Deze evolutie maakt het mogelijk zich beter te informeren en zich te verdiepen in tal van aspecten van het leven. Mensen willen verder steeds meer autonomie en zelfmanagement in het leven, onder meer bij het nemen van belangrijke beslissingen waartoe ook beslissingen omtrent hun gezondheid behoren (1).

De gezondheidszorg in vele Westerse landen wordt vandaag de dag geconfronteerd met tal van uitdagingen, onder meer een vergrijzing van de bevolking, een gestegen levensverwachting en een toename van de welvaartziekten. Allen uitdagingen die ervoor zorgen dat er een toegenomen druk ontstaat op de gezondheidszorg en de hiervoor beschikbare middelen. Overheden zoeken constant naar antwoorden om met deze evoluties om te gaan, waarbij wordt gedacht aan het geven van meer verantwoordelijkheid aan mensen betreffende hun eigen gezondheid. Preventieve pistes kunnen hierbij een optie zijn: aanzetten tot beweging, antirookcampagnes, gezonde voeding stimuleren,…(2)

De verantwoordelijkheid of de taak voor het diagnosticeren van een ziekte of risicofactor ligt vandaag de dag nog vaak bij de (huis)arts, waarbij de patiënt meestal zelf het initiatief tot consultatie neemt. Uit onderzoek blijkt dat niet steeds iedereen via dit ‘klassiek’ zorgsysteem wordt bereikt, waardoor ziektes of risicofactoren niet of niet tijdig worden ontdekt (3).

Om de toegang tot gezondheidzorg te optimaliseren, bepaalde barrières te overwinnen en mensen autonome keuzes te laten maken, kan de vraag worden gesteld of zelftesten hieromtrent een meerwaarde kunnen bieden. Temeer daar onderzoek aangeeft dat doelgroepen die weinig beroep doen op de ‘klassieke’ gezondheidszorg soms wel via deze weg kunnen worden bereikt (3).

Het concept van zelftesten biedt de mogelijkheid om op eigen initiatief (4) een ziekte of risicofactor bij zichzelf vast te stellen. Zelftesten hebben bovendien het potentieel om het zelfmanagement en de autonomie omtrent hun gezondheid te vergroten (5). Momenteel maakt reeds een deel van de bevolking gebruik van zelftesten en er wordt verwacht dat dit aantal, maar tevens ook de beschikbaarheid van zelftesten, zal toenemen (1, 4). Aangezien vandaag de dag de huisarts vaak het eerste aanspreekpunt is van een patiënt en ook de aanvrager is van een divers gamma aan screenings, opvolging en /of diagnostische testen kan de vraag worden gesteld wat de visie van deze groep zorgverstekkers is tegenover het (toenemend (4)) gebruik van zelftesten door hun patiënten.

1.1 Onderzoeksvraag

In deze masterproef wordt op zoek gegaan naar wat de visie van de huisarts is over het gebruik van zelftesten door de patiënt.

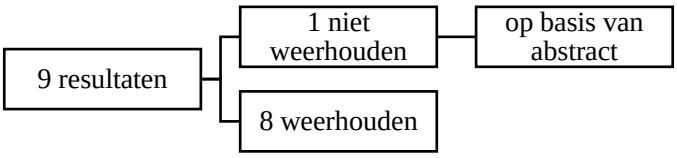
2 Zoekstrategie literatuur

2.1 Zoekstrategie via Pubmed

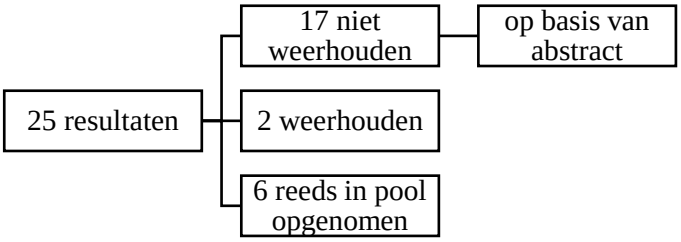
Via Pubmed werden er 4 zoekstrategieën gevolgd, waaruit er 14 artikels werden weerhouden.

De onderstaande 2 zoekstrategieën werden een laatste keer uitgevoerd in de periode februari 2020 (URL:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/).

Pubmed - Advanced -All Fields: self-tests AND general practitioner

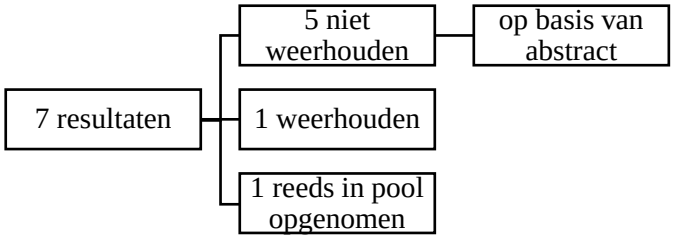


Pubmed -Advanced -All Fields: self-testing AND general practitioner

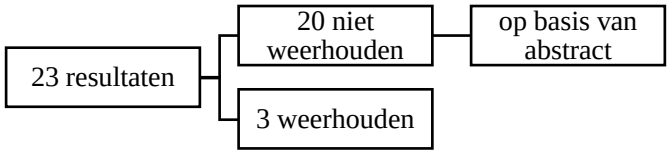


De 2 onderstaande zoekstrategieën werden een laatste keer uitgevoerd in de periode april 2020 (URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/).

Pubmed – Advanced -All Fields: informed patient AND self-test



Pubmed – Advanced -All Fields: ethical aspects AND self-testing



2.2 Aanvullende zoekstrategie

Om verder inzicht te verwerven over zelftesten, in onder meer de Belgische situatie, was het noodzakelijk hieromtrent bijkomende artikels uit de grijze literatuur en websites van organisaties of overheden te raadplegen. Deze geraadpleegde bronnen zijn terug te vinden in de referentielijst.

3 Literatuurstudie

3.1 Definitie van zelftesten

3.1.1 Het begrip ‘zelftest’

In de literatuur wordt aan het begrip zelftest soms een verschillende invulling gegeven. In deze masterproef wordt met een zelftest een diagnostische zelftest bedoeld. Dit houdt in dat het gaat om in vitro testen (testkits/testcassettes) uitgevoerd op lichaamsmateriaal (bloed, urine, feces, speeksel, sperma). De test wordt uitgevoerd en geïnterpreteerd door de gebruiker zelf, met als doel een bepaalde ziekte of risicofactor te diagnosticeren (5). De test kan slechts éénmalig worden gebruikt en meet slechts één risicofactor of aandoening. De gebruiker voert de test autonoom uit en bij het interpreteren is er geen tussenkomt van een zorgverlener of gecertificeerd laboratorium (6). De testen worden aangekocht bij de apotheek of online en bevatten een gebruiksaanwijzing.

Hoewel zwangerschapstesten strikt gezien niet beantwoorden aan bovenstaande definitie van een zelftest, daar ze geen ziekte of risicofactor voor het krijgen van een ziekte diagnosticeren, worden deze zelftesten per definitie niet uitgesloten. In sommige bronnen wordt de zwangerschapstest niet binnen deze zelfde noemer geplaatst (4, 7).

Met zelftesten kunnen ook monitoringstesten worden bedoeld welke de gebruiker zelf uitvoert om een ziekte te gaan monitoren. De testen gebeuren eveneens in vitro en maken meestal gebruik van lichaamsmateriaal. Met dit type test kan een ziekte of aandoening worden gemonitord via bepaalde biologische parameters, maar deze zijn niet bedoeld om een ziekte of risicofactor voor een ziekte vast te stellen. Een glycemie meting wordt hier per definitie niet uitgesloten aangezien deze eveneens kan wijzen op een risicofactor voor het ontwikkelen van een ziekte of voor de ziekte zelf. Om gelijkaardige redenen wordt het meten van de bloeddruk per definitie niet uitgesloten als zelftest in deze masterproef.

3.1.2 Andere invullingen van het begrip zelftest

3.1.2.1 Over the counter zelftest

Met een ‘over the counter zelftest’ wordt eigenlijk de ‘ware’ zelftest bedoeld, waarbij de gebruiker verantwoordelijk is voor zowel het aanschaffen, correct uitvoeren als het interpreteren van de resultaten van de zelftest zonder hulp van een gezondheidswerker (5, 8). Na het gebruik van een ‘over the counter test’ valt het initiatief tot verdere opvolging onder de verantwoordelijkheid van de gebruiker (5).

3.1.2.2 Streetcorner testen

Streetcorner testen zijn testen die veelal worden aangeboden in openbare ruimten, zoals een winkel, een sporthal, een supermarkt,… De testen worden niet zelf uitgevoerd, maar door getraind personeel (4) en de resultaten zijn direct beschikbaar na het uitvoeren van de test (5).

3.1.2.3 Direct acces testen

Direct acces testen zijn testen die de gebruiker in een laboratorium kan uitvoeren en laten onderzoeken (5) en waarbij de gebruiker de resultaten ontvangt via post of via het internet (4).

3.1.2.4 Home collect testen

Home collect testen worden soms ook 'direct to consumer' of 'self sampling' testen genoemd, bij deze testen wordt er thuis een staal verzameld door de gebruiker en stuurt de gebruiker dit staal naar een laboratorium voor onderzoek (7). Eveneens hier worden de resultaten later aan de gebruiker bezorgd per post of via het internet (4, 6, 8).

3.1.2.5 Andere (subgroepen van zelftesten waarnaar niet wordt gepeild in dit onderzoek)

In sommige onderzoeken worden online vragenlijsten als zelftesten gedefinieerd (met hieraan gekoppeld soms behandeling, educatie, contact met lotgenoten,...(9)), daar deze eveneens peilen naar risicofactoren en soms diagnostische vragenlijsten of tools zijn. Onderzoek toont aan dat mensen hier geregeld beroep op doen (4).

Applicaties via mobiele telefoons zijn in onze huidige maatschappij niet meer weg te denken (10). Eveneens zijn de mobiele gezondheidsapplicaties via smartphone en e-health mogelijkheden volop in ontwikkeling. Deze worden reeds gebruikt voor het stellen van een diagnose of risicofactor. Zo zijn er al bepaalde oogonderzoeken/screeningstesten die via smartphone ondersteund worden (11).

Het komt voor dat met zelftesten gezondheidstesten worden bedoeld in opdracht van verzekeraars, werkgevers, sportcentra en private klinieken (4).

3.2 Verkrijgbare zelftesten bij de apotheek

Vandaag de dag is een gamma aan zelftesten verkrijgbaar via het internet en via apotheken. De aankoopprijzen van dit soort testen schommelen tussen de verschillende verkoopsites. Bij apotheken zijn er voor zelftesten eveneens richtprijzen, echter de werkelijke aankoopprijs kan licht schommelen (gegeven kortingen,…). De meeste zelftesten schommelen tussen de 13 euro en de 20 euro (12), de HIV test kost gemiddeld 30 euro (13).

De zelftesten, welke op eigen initiatief worden gekocht, dienen volledig door de gebruiker te worden betaald (4), zonder tussenkomst van de mutualiteit.

Literatuur geeft aan dat in sommige landen wordt afgeraden (of verboden) hoog risicotesten (bv HIV,…) zonder tussenkomst van een arts of apotheker aan te kopen (7). In België kan een HIV test zonder doktersvoorschrift worden aangeschaft (13).

Onderstaande tabel 1 is louter illustratief en geeft enkele voorbeelden van zelftesten welke onder meer bij apotheken en online bronnen verkrijgbaar zijn. Onderzoek in Nederland toont aan dat de meest

gebruikte zelftesten deze voor diabetes, cholesterol, albuminurie, urineweginfectie, HIV en Chlamydia zijn (14).

Verkrijgbare zelftesten bij apotheek en online bronnen			
Cholesterol	Candida	Urineweginfectie	Ovulatie
Prostaat	Chlamydia	Menopauze	Proteïnurie
Tetanus	Glucosurie	Maagpreventie	Vaginale infecties
Schildklier	Glutenintolerantie	Darmpreventie	Drugs
Lyme	HIV	IJzertekort	Zwangerschapstest
Allergie	Mannelijke vruchtbaarheid		

Tabel 1: Verkrijgbare zelftesten bij apotheek en online bronnen

3.3 Wetgeving zelftest

De kans is vrij reëel dat mensen in de toekomst meer en meer gebruik gaan maken van zelftesten (2, 9) (5). Dit maakt dat een grote groep mensen geconfronteerd zal worden met een diagnose van een ziekte of risicofactor, zonder dat zij op dat moment omkaderd zijn door een professionele gezondheidswerker. Vanuit de veronderstelling dat dit een vrij grote impact kan hebben op de gebruiker (en mogelijks diens omgeving), lijkt het zinvol om stil te staan bij wat de huidige reglementeringen zijn omtrent het verkrijgen van een dergelijk type testen. Zelftesten vallen onder de regelgeving van medische hulpmiddelen voor in-vitro diagnostiek (IVD). In Europa zit deze vervat in de Europese richtlijn 98/79/EG van het Europees parlement en de Raad van 27 oktober 1998, op nationaal vlak is dit het KB van 14 november 2001 (15). Zelftesten welke in Europa op de markt komen moeten een CE-markering hebben en voorzien zijn van een identificatienummer van de aangemelde instantie. Ze moeten voldoen aan kwaliteitscriteria welke zijn vastgesteld binnen de bovenvermelde Europese richtlijn (16). Dit houdt in dat er aan zelftesten eisen worden gesteld qua analytische kwaliteit, informatievoorziening voor de gebruiker en zij geschikt moeten zijn voor thuisgebruik (16). Omtrent de regelgeving van zelftesten gaan er stemmen op dat louter de CE-markering niet voldoende blijkt voor het weergeven van de kwaliteit van de zelftest en de betrouwbaarheid van het resultaat (2). Zo ontbreekt het aan richtlijnen omtrent de ethische en maatschappelijke vragen rond zelftesten en ook de werkelijke klinische waarde wordt hiermee niet weergegeven (16). Onderzoek geeft aan dat er nood is aan een onafhankelijk keurmerk (2) en bijkomende wetgeving rond zelftesten die de gebruiker betrouwbaarheid, kwaliteit en nauwkeurigheid garandeert (17). De overheid kan hierbij een rol spelen, door bijvoorbeeld te waken over de kwaliteit van voorlichting en een controle uit te oefenen op de bijsluiter, ter garantie dat deze voldoende informatie bevat over hoe resultaten moeten worden geïnterpreteerd (16). Onderzoek in Nederland gaf aan dat leveranciers en fabrikanten van zelftesten ervoor open staan om over alle facetten van zelftesten te overleggen, dit om het vertrouwen in hun producten te waarborgen. Samenwerking zou kunnen bijdragen tot een verdere optimalisatie van de zelftesten (16). Finaal doel is dat de gebruiker correcte informatie voorhanden krijgt om een goed geïnformeerde beslissing te maken wanneer hij of zij overweegt een zelftest te gebruiken (4).

3.4 Meerwaarde en voordelen van zelftesten in de gezondheidszorg

Omdat de populariteit van zelftesten in de toekomst waarschijnlijk zal toenemen (4, 18), is het zinvol stil te staan of deze een meerwaarde hebben voor de gezondheidszorg.

Veel mensen hebben de behoefte gerust gesteld te worden over hun gezondheidstoestand. Hierdoor wil men, vaak anoniem (6), zaken over zijn eigen gezondheid te weten komen (16). Zelftesten spelen hierop in daar ze door de gebruiker thuis kunnen worden uitgevoerd, zonder aanwezigheid van een arts of andere zorgverlener (1). Op die manier blijft de privacy van de gebruiker gegarandeerd (4).

Uit onderzoek blijkt dat mensen een toegenomen belangstelling tonen om zelf verantwoordelijkheid op te nemen voor hun gezondheid en hun gedrag daarop eventueel aan te passen (16). Het uitvoeren van een zelftest kan voor de gebruiker een manier zijn om de eigen gezondheidstoestand te bevestigen, ook al heeft de gebruiker op dat moment geen klachten (4, 7). Zo kunnen ze ook fungeren als een soort van beloning van de geleverde inspanningen op gezondheidsvlak (5). Anderzijds kan er op basis van de verkregen resultaten, actie ondernomen worden door het gezondheidsgedrag aan te passen (4). Dit leidt tot autonomie van de gebruiker waarbij deze aan zelfmanagement van zijn gezondheid kan doen (4, 5), met een toegenomen patiënt empowerment (19). De gebruiker van de zelftest geeft aan gerustgesteld te zijn bij een negatief resultaat en een afwijkend resultaat wordt gezien als reden om een arts te consulteren (7). Ook melden gebruikers soms meer gemotiveerd te zijn om actie te ondernemen op basis van de resultaten van een zelftest in vergelijking met de resultaten verkregen via het reguliere gezondheidssysteem (4). Verder blijkt dat er eveneens mensen zijn die gebruik maken van zelftesten, maar tegelijk ook de huisarts consulteren, waardoor ze de meerwaarde van beide types gezondheidsinformatie combineren (3).

Gebruikers van zelftesten geven aan dat het uitvoeren van zelftesten thuis soms tijdefficiënter is dan op consultatie te gaan bij de arts (aangezien men zelf het tijdstip van gebruik kan kiezen) (1), zeker indien de arts vrij ver van de woonplaats gevestigd is (17). De zelftest kan in alle rust worden uitgevoerd, en dit bovendien 24/24 en 7/7 (6). Een bijkomend voordeel dat door gebruikers van zelftesten wordt gemeld, is dat de tijd tussen het beslissen tot testen en het verkrijgen van de resultaten kort is (4, 20).

Zelftesten kunnen een meerwaarde bieden bij groepen mensen die drempels ondervinden om een arts te contacteren (migranten, kansarmen,…) (3). De redenen waarom mensen de weg naar de reguliere gezondheidszorg niet vinden zijn divers: taalproblemen, discriminatie, schaamte, stigmatisering, afstand, vertrouwensbreuk.... (17, 21). Ook in ontwikkelingslanden, moeilijk toegankelijke gebieden, plaatsen waar geen geschikte laboratoria voorhanden zijn,… kunnen zelftesten mogelijks een meerwaarde opleveren (22). Zelftesten kunnen de toegankelijkheid naar gezondheidsinformatie vergroten (3). Anderzijds zouden zelftesten een meerwaarde kunnen betekenen bij een groep van de bevolking welke weigerachtig staat tegenover een bezoek aan de huisarts of het ziekenhuis en zich

daardoor nooit laten onderzoeken. Indien men deze groep kan motiveren tot het gebruik van zelftesten, waarbij men niet verplicht is een huisarts te consulteren (4), kan dit een voordeel opleveren (23). Sommige gebruikers zien de zelftest ook als een betrouwbaar alternatief voor een bezoek aan de huisarts en geven aan de huisarts niet nodeloos te willen storen wanneer er geen symptomen aanwezig zijn (4).

Anderzijds zijn er gebruikers die reeds gezondheidsklachten hebben en reeds een consultatie bij de huisarts achter de rug hebben. Zij gebruiken een zelftest als een soort extra controle, second opinion (24). Een extra voordeel is ook dat er door het gebruik van zelftesten een toenemend aantal personen kunnen worden getest (5).

3.5 Nadelen en onzekerheden omtrent zelftesten

Binnen het uitvoeren van een zelftest kan men 4 fasen onderscheiden. Dit houdt ook in dat er in elk van deze 4 fasen problemen of bedenkingen kunnen optreden (25).

3.5.1 Beslissingsprocedure tot het uitvoeren van een zelftest

Op tal van commerciële bronnen kunnen gebruikers van een zelftest informatie terugvinden over de zelftest die men wenst aan te schaffen (2). Deze gebruikers melden hierbij dat het brede gamma aan beschikbare zelftesten het maken van een doordachte en betrouwbare keuze moeilijk maakt (4). In een Nederlandse studie naar de ervaringen van zelftestgebruikers kwam naar voor dat sommige gebruikers afkeuring vanuit hun omgeving vrezen vanwege de kostprijs, onbetrouwbaarheid,…Men ziet het formele gezondheidssysteem als het normale waar ze finaal toch een beroep moeten op doen (4), Bij gebruik van zelftesten kijken jonge mensen vooral naar wat hun ‘peers’ doen. Dit blijkt een invloed te hebben op hun eigen gedrag en zal maken of men overweegt al dan niet de stap naar een zelftest te zetten (26). Een belangrijk element hier is de vraag of een gebruiker van zelftesten wel goed kan inschatten of een test geschikt is voor hem/haar als specifieke gebruiker (7). Zo moet de gebruiker een beslissing kunnen nemen rekening houdende met diens multiple risicofactoren, over wat voor hem of haar de exacte indicaties zijn om een zelftest uit te voeren (18). Binnen de bevolking heeft niet iedereen een hoog risico om een bepaalde aandoening of risicofactor te hebben. Echter blijkt dat de groepen met een hoger risico daarom niet meer beroep gaan doen op het gebruik van zelftesten dan niet risicogroepen (5). Zo wordt gezien in een onderzoek rond HIV zelftesten, dat bepaalde risicogroepen de testen juist minder gaan uitvoeren (MSM, jonge mensen tussen 15 en 24 jaar, gedetineerden, druggebruikers, transgenders,…) (27). Uit onderzoek blijkt echter dat mensen die zich reeds bewust zijn van een gezond leven, vaak zelftesten gaan gebruiken om hierin bevestiging te zoeken. De groep wordt de zogenaamde ‘worried well’ gebruikers genoemd (7). Wanneer bepaalde gebruikers met weinig kans op een ziekte, de zelftesten gaan gebruiken, kan dit een risico inhouden voor de betrouwbaarheid van de test (5). Onderzoek werd eveneens uitgevoerd om te bekijken waarom mensen geen gebruik zouden maken van zelftesten. Redenen zijn : omdat zij zelf denken een laag risico op een aandoening te hebben, een te hoog

onrealistisch optimisme over hun eigen ziektetoestand, schrik voor onprettige resultaten, sociale invloeden en de kostprijs (17, 26). Eveneens morele normen worden soms aangehaald om een zelftest niet uit te voeren (26). Wanneer mensen een ernstige aandoening of ziekte vermoeden, dan blijkt dat zij minder geneigd zijn een zelftest te gebruiken en opteren er dan eerder voor om een arts te contacteren (7). Er blijkt immers dat mensen ernstige ziekten liever niet alleen willen ontdekken (7). Indien een persoon bij het gebruik van een zelftest een fout positieve of fout negatieve uitslag vreest, blijkt zo iemand terughoudender te zijn in het gebruik van een dergelijk type testen als enige bron van gezondheidsinformatie (7).

3.5.2 De uitvoering van een zelftest

Bij het uitvoeren van een zelftest wordt soms vermeld dat de gebruiksaanwijzingen in jargontaal geschreven zijn (4). Een ander nadeel bij het gebruik van zelftesten is dat er vaak bloed moet geprikt worden, iets wat veel gebruikers soms als moeilijk ervaren (4, 6, 7). Nadeel van zelftesten is dat zij single use zijn, dit creëert een stress bij het uitvoeren, men moet het direct juist doen of de test is verloren (4). Zelftesten lijken niet geschikt voor het ongeletterde deel van de populatie, daar de informatie nog vaak ter beschikking is via geschreven documenten (6, 20, 22, 28).

3.5.3 De interpretatie van een zelftest

Wanneer de gebruiker van de zelftest deze correct heeft kunnen uitvoeren, moet ook stilgestaan worden bij de vraag of de gebruiker het bekomen resultaat wel in de juiste context gaat interpreteren (7).

3.5.4 Het follow-up gedrag na het bekomen van een resultaat

Gebruikers geven aan dat het soms niet of onvoldoende duidelijk is of ze nu op basis van de resultaten al dan niet een huisarts moeten contacteren (4). Gebruikers vrezen soms dat de huisarts de resultaten van een zelftest niet serieus zal nemen of hebben schrik de relatie met hun huisarts hierdoor te hypothekeren (4, 29). Soms zoeken gebruikers bij een positief resultaat geen verdere hulp en wordt dus niet tot een eventuele behandeling overgegaan (1).

Sommige zelftesten geven aan ter verifiëring of bij bezorgdheid een huisarts te contacteren, hierbij kan men zich afvragen waarom dan überhaupt een zelftest te doen (4).

Wanneer een zelftest alleen wordt uitgevoerd thuis en er een eventueel vals positief resultaat bekomen wordt, staat men zelden stil bij het volledige medische plaatje, waarbij de zelftest dan zelden in zijn volledige context wordt gezien. Eveneens is er geen directe begeleiding door een psycholoog, arts…(4, 5) waardoor men de last van het resultaat zelf moet dragen (4). De overgang naar verdere zorg is hierbij niet altijd verzekerd (23).

Bij het uitvoeren van een zelftest is er per definitie geen face to face gesprek met een zorgverlener ter bespreking van de resultaten. Uit onderzoek bij huisartsen blijkt dat wanneer er positieve HIV testresultaten zijn, een dergelijk gesprek aan te raden is als voorwaarde voor een goede post test counseling (30). De gebruiker van de zelftest voelt zich zekerder wanneer er opvolging is door een gezondheidsmedewerker (8).

Het is nog niet steeds mogelijk een correcte inschatting te maken van de medische en psychologische gevolgen van zelftesten. Verder onderzoek is nodig naar het zelfvertrouwen van de gebruiker van de specifieke zelftest, zijn interpretatie van de resultaten en ondernemen van follow up gedrag (14).

3.5.5 Verdere nadelen en onzekerheden

Een bijkomend nadeel bij het gebruik van zelftesten is dat zij bij de gebruiker veel stress kunnen veroorzaken bij een positief (of vals positief) resultaat (29). Resultaten van zelftesten worden nog niet geïntegreerd in het formele gezondheidssysteem (4), wat aanleiding kan geven tot een verlies van epidemiologische gegevens (6).

Uit het geheel van de voor- en nadelen kan worden besloten dat het niet geheel duidelijk is of zelftesten nu finaal een meerwaarde bieden voor de gebruikers (5).

3.6 Veiligheid/ kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten

Naast de verkrijgbaarheid via de apotheek kunnen zelftesten eveneens online worden aangeschaft. Bij online aangekochte zelftesten is het nog moeilijker te controleren of deze voldoende betrouwbaar zijn (28). Doordat het internet steeds toegankelijker wordt voor een groter deel van de bevolking, bestaat de mogelijkheid dat intellectuele en fysieke barrières tot het aanschaffen van zelftesten via deze weg verkleinen (1).

Een internationaal symposium rond de HIV-zelftest stelde voor hoe een betrouwbare zelftest er moet uitzien: betaalbaar, specifiek, sensitief, snel, robuust, ter beschikking voor zij die het nodig hebben, geen noodzaak voor ondersteunend materiaal, instructies duidelijk verstaanbaar, lokaal taalgebruik, beschikbaar voor minder geletterden, intuïtief, simpel, gebruik van symbolen, eventueel voorzien van opleidingssessies (31).

Om de kwaliteit van informatie aan de gebruiker te verhogen, moet er gebruik worden gemaakt van makkelijk te verstane informatie over de voor- en nadelen van de test, over de praktische uitvoering ervan en de gepaste follow up (18). Zo kan bijvoorbeeld het materiaal voor een zelftest worden gelabeld overeenkomstig met de nummering op het instructieformulier en tevens gebruik gemaakt worden van afbeeldingen of lokale spreektaal. Tevens kunnen lokale opleidingssessies een optie zijn om de zelftest te gaan demonstreren, ook het beperken van het aantal stappen en het aantal componenten voor de zelftest kan de foutenmarge bij het gebruik van een zelftest verminderen (31). Onderzoek bij studenten

in Canada gaf aan dat bij deze groep goed geletterde personen de resultaten van de zelftesten overeenkwamen met resultaten van testen welke werden begeleid door gezondheidsmedewerkers (20).

Net als andere diagnostische testen kunnen zelftesten geen 100% specificiteit of 100% sensitiviteit bieden. Hierdoor kunnen zelftesten soms vals negatieve of vals positieve resultaten geven (2).

Bovendien blijkt de prevalentie van aandoeningen bij een zelftest lager in de praktijk dan bij gebruik in klinische omstandigheden. Dit omdat een arts het risico op een aandoening bij een patiënt beter zal kunnen inschatten, wat ook de kans op foute testuitslagen kan doen dalen (2). Dit is een belangrijk gegeven bij de bepaling van de voorspellende waarde van een zelftest. Wanneer bij het deel van de populatie, die de specifieke zelftest gebruikt, de prevalentie van de ziekte of risicofactoren zeer laag is, zal dit de voorspellende waarde (die afhankelijk is van de prevalentie, sensitiviteit en specificiteit) sterk beïnvloeden. Voor de consument is het echter niet evident om het risico op een aandoening bij zichzelf in te schatten (2). Soms wankelt de testaccuraatheid omdat net die mensen die het meest risico hebben op een aandoening de zelftest niet gaan gebruiken (1).

Het is belangrijk, zeker bij ernstige aandoeningen, dat de consument dit beseft en hierbij stilstaat wanneer resultaten worden geëvalueerd. Resultaten van zelftesten kunnen immers aanleiding geven tot ernstige ongerustheid of net een vals gevoel van gerustheid creëren (2). Het is van belang dat een zelftest door die consument wordt gebruikt welke een verhoogd risico op een aandoening/ risicofactor heeft (1).

Naast bovenstaande facetten kunnen ook andere factoren de betrouwbaarheid van de zelftest beïnvloeden. Wanneer een zelftest niet op de correcte wijze wordt gebruikt en afgelezen, kan dit opnieuw de betrouwbaarheid van de zelftest aantasten. Voorbeelden zijn het niet correct interpreteren van de testresultaten of het aflezen na een verkeerde tijdsspanne. De gebruiker gaat hier dikwijls onzorgvuldig mee om (2).

Bovenstaande redenen maken het voor de zorgverlener dus niet steeds eenvoudig om het bekomen resultaat, uitgevoerd door de gebruiker, correct naar validiteit in te schatten (7). Er wordt aan artsen aangeraden om te proberen inschatten wat de prior kans op een aandoening of risicofactor is bij deze patiënt. Indien deze kans laag is, verhoogt de kans op een fout positief antwoord (7).

De betrouwbaarheid bij het gebruik van zelftesten zou kunnen stijgen wanneer de arts de gebruiker van een zelftest hierin zou begeleiden, met een daling van het aantal foute interpretaties of foute testuitslagen tot gevolg (2).

Omwille van onduidelijkheden die soms aanwezig zijn, geven vele landen en hun interne organisaties het advies kritisch te zijn bij het gebruik van zelftesten (1, 12, 32). Het is belangrijk dat consumenten goed worden geïnformeerd. Dit houdt in dat de betrouwbaarheid, de kwaliteit, de voor- en nadelen en het nut van gebruik goed moeten worden gecommuniceerd aan de gebruiker (5, 7). Naast deze informatieve taak zouden overheden streng toezicht moeten houden op beschikbare zelftesten, zodoende

dat bepaalde types zelftesten kunnen worden aangeraden of afgeraden (7). Een dergelijke monitoring is aangewezen, zeker indien de markt sterk zou toenemen. Een ongecontroleerde wildgroei kan een reden tot bezorgdheid zijn (2).

3.7 Wie en waarom gebruikt de zelftest

Het geheel van redenen waarom mensen zelftesten gebruiken, de frequentie van gebruik en geassocieerde factoren zijn nog onvoldoende opgehelderd (33). Vooral over de psychosociale determinanten bij het gebruik van zelftesten zijn er nog onbekenden (5). Er gebeurden reeds enkele land/regio specifieke onderzoeken naar het gebruik van zelftesten, waarin werd stilgestaan wie ze gebruikt en wat de redenen voor gebruik zijn. Onderzoek in Nederland gaf aan dat naar schatting 15% van de volwassenen reeds een diagnostische zelftest deed (7). Eveneens in Nederland gaf onderzoek aan dat voor Chlamydia zelftesten (en self-sampling testen) de gemiddelde gebruiker voor deze test in de leeftijdscategorie 18-35 jaar viel, meestal hetero was en de test meer door mannen werd gedaan (28). Ruw geschat zouden 10-15% van de Chlamydia testen in Nederland via zelftesten en self sampling testen gebeuren (28).

Of dergelijke cijfers 100% representatief zijn, is moeilijk te achterhalen. Zo is er geen 100% controle mogelijkheid op de aankoop, men weet niet exact wie koopt (28) en ook heeft men geen idee of koper de effectieve gebruiker is en/of deze meermaals test of niet (28).

Gebruik van sommige types van zelftesten hangt af van het perspectief dat de gebruikers erover hebben, ook de finale kostprijs voor de gebruiker is van sterk belang (34). Als aan zelftesten een lage prijs gekoppeld is of indien deze voor bepaalde subgroepen gratis zou zijn, kan dit een trigger zijn tot zelftesting. Wanneer zelftesten veel in de media komen, kan het zijn dat mensen eveneens sneller geneigd zijn tot zelftesten (7). Onzekerheid, potentiële pijn of incorrecte afname zijn dan weer redenen waarom ze niet zouden zelftesten (3).

Verder wordt gezien dat oudere patiënten minder bereid zijn te kiezen voor zelftesten in vergelijking met jongere patiënten. Eén van de mogelijke redenen hiervoor kan zijn dat men minder geneigd is om nieuwe technologieën aan te leren. Zo kan het nodig zijn dat gebruikers van zelftesten goed worden bijgestaan in geval van vragen of problemen (34).

Mensen doen soms zelftesten uit nieuwsgierigheid of omdat ze extra kennis willen opdoen, zonder soms echt klachten te hebben. Om deze laatste reden wensen ze dan ook geen huisarts te contacteren (7, 29). Een andere reden waarom mensen zelftesten, is om gejaagde afspraken bij een arts te vermijden. Sommigen geven aan dat zij zelftesten omwille van een negatieve ervaring met de reguliere gezondheidszorg of gebrek aan vertrouwen in artsen (29, 34).

Enkele mogelijke triggers voor de populariteit van zelftesten zijn: de toenemende aandacht voor preventieve geneeskunde, nieuwe technologische ontwikkelingen en commerciële initiatieven (16).

Een groot deel van de mensen staat positief ten aanzien van zelftesten, welke thuis kunnen worden uitgevoerd. Toch zijn er ook mensen die een afspraak bij een dokter verkiezen. De redenen hiervoor zijn talrijk. Indien men op consultatie gaat bij een huisarts wordt aangegeven dat zij dit moment eveneens nog kunnen aanwenden voor het stellen van vragen of om andere testen te laten uitvoeren. Zo geven mensen aan het zinvol te vinden dat bijvoorbeeld hun gewicht en bloeddruk wordt opgevolgd door de huisarts. Op die manier mag bij het gebruik van zelftesten niet enkel worden gekeken naar wat wordt gewonnen, maar eveneens naar wat de verliezen zijn wanneer men bijvoorbeeld minder in contact gaat komen met een huisarts (35).

De mate waarin mensen zelfredzaamheid belangrijk vinden en de waargenomen voordelen die zij hierin zien, blijken eveneens een goede voorspeller te zijn of mensen een zelftest al dan niet gaan uitvoeren. Mensen die een hoge zelfredzaamheid vertonen, blijken meer gebruik te maken van zelftesten (5).

Het Health Belief Model (HBM) en de theory of planned behaviour kunnen gebruikt worden om het verschillend gezondheid gerelateerd gedrag (zoals diabetes zelfzorg, alcohol gebruik,..) te verklaren en hierover voorspellingen te doen (25). Dit is een model waarbij het menselijk gedrag resulteert vanuit de verwachtingswaarde die men individueel geeft aan een doel en de overtuiging dat een levensverandering dat doel zal bereiken. De persoon schat hier zijn vatbaarheid en de ernst voor een aandoening in waarbij hij gelooft dat een specifieke levensverandering zal leiden tot een mildere vorm van de aandoening of dat hij/zij voor de aandoening minder vatbaar zal worden (25). Men zal dan ook enkel maar een persoonlijke grens overschrijden en een gedrag uitvoeren als de voordelen deze inzet gaan compenseren (25). Aspecten die ook meespelen om de stap naar zelftesten te zetten: morele verplichtingen (het zien van een morele verplichting naar zichzelf of naar personen in de omgeving toe om de zelftest uit te voeren), externe gebeurtenissen die aanzetten tot gedragsverandering, subjectieve normen (zoals sociale druk) en de perceptie van de persoonlijke kwetsbaarheid. Normaal hebben zelftesters een hoge respons effectiviteit, waarbij ze vertrouwen hebben in de eigen capaciteiten een gedragsverandering door te voeren op basis van de resultaten van een zelftest. Verder zal de gebruiker van de zelftest ook een inschatting maken van de mogelijke obstakels (pijnlijk, tijdrovend, duur,…) om een bepaalde gedragsverandering door te voeren (5).

3.8 Ethische aspecten zelftesten

In deze masterproef werd reeds vermeld dat het gebruik van zelftesten voor- en nadelen kent. Deze laatste komen niet enkel tot uiting in de werking, betrouwbaarheid,… van zelftesten, maar evenzeer kunnen pro's en contra's naar voor gebracht worden op vlak van ethische argumenten omtrent het gebruik van zelftesten.

De nationale raad orde der artsen stelde in 2017 een medisch/ethische reflectie op omtrent het gebruik van zelftesten met volgende 4 elementen als basis (19).

-Autonomie: een zelftest kan door de gebruiker in absolute privacy worden uitgevoerd en komt tegemoet aan het zelfempowerment van de gebruiker (19).

- Beneficience: het gebruik van een zelftest kan er door zijn laagdrempeligheid voor zorgen dat mensen deelnemen aan de gezondheidszorg, met mogelijks een vroegtijdige opsporing van een aandoening. Dit zou in sommige gevallen kunnen leiden tot een hogere kans op een betere outcome voor de patiënt (19).

- Justice: Het gebruik van zelftesten kan op korte termijn tot gevolg hebben dat er meer contact wordt opgenomen met artsen om zo de resultaten van de zelftesten, uitgevoerd door de gebruiker, via het laboratorium te verifiëren. Op lange termijn kan het zijn dat het gebruik van zelftesten, die voor iedereen beschikbaar zouden zijn, kan leiden tot het terugdringen van de kost door het vroegtijdig opsporen van aandoeningen (19).

- Non-maleficence: Het gevaar dreigt dat in sommige gevallen een ongunstige resultaat van een zelftest de gebruiker (te) zwaar valt. Bovendien kan het zijn dat er uit het resultaat van de zelftest niets besloten kan worden over de ziekte, maar toch tot ongerustheid kan lijden (19).

De gezondheidszorg kenmerkt zich door de vele evoluties die hierin plaatsvinden, vaak roepen deze evoluties nieuwe ethische vragen op. Dit geldt eveneens bij het gebruik van zelftesten. De vraag hierbij is of deze ethische vragen/conflicten zich direct gaan manifesteren. Onderzoekers geven aan dat de ethische weerslag omtrent het gebruik van zelftesten pas duidelijk kan worden lang na het ontwikkelen van de initiële testen, waardoor het effect op de ethische weerslag in die zin eerder reactief dan proactief kan zijn (22).

Wanneer ethische aspecten rond zelftesten worden belicht, dient te worden stilgestaan bij 2 dimensies van de gebruiker. Een eerste dimensie is het autonome karakter bij het gebruik van zelftesten, waarbij een persoon centraal staat in het maken van zijn eigen keuzes en deze onafhankelijk kan nemen van opinies of invloeden van anderen. Een tweede dimensie bij het gebruik van zelftesten is de relationele dimensie, hiermee wordt bedoeld dat het resultaat van een zelftest niet alleen een weerslag heeft op de directe gebruiker, maar ook op diens partner, familieleden, omgeving,...Hieruit rijst de vraag of er geen omkadering moet bestaan, zodat de gebruiker van het resultaat van een zelftest correct kan interpreteren, dit zowel voor zichzelf als in de relationele context (22).

Bij het gebruik van zelftesten binnen het kader van gezondheidszorg overheerst het autonome karakter van de gebruiker. Echter kan de gebruiker zelden als een losstaande entiteit worden gezien, quasi steeds moet het gebruik van zelftesten eveneens binnen een relationeel netwerk worden gezien (fysiek, sociaal, emotioneel, intellectueel,…) (22, 36). Omdat de resultaten van zelftesten vaak een invloed hebben op het relationeel netwerk van de gebruiker, kan de vraag worden gesteld of het niet genoodzaakt is de

resultaten van een zelftest met de arts te bespreken (8, 22). Wanneer bovendien positieve resultaten onvoldoende worden opgevolgd in de verdere gezondheidszorg kan het doel, om finaal het welzijn van de gebruikers te verbeteren, gemist worden (37). Een arts kan de gebruiker van een zelftest hierin direct betrekken, dit van meet af aan bij de diagnose, maar eveneens bij een potentiële behandeling. Hierdoor is er een grote betrokkenheid van de patiënt, wat tot een betere gezondheid aanleiding kan geven (8, 22).

Onderzoek geeft aan dat 39% van de patiënten 'delegators' zijn, mensen die het nemen van beslissing graag aan de arts overlaten, zo ook belangrijke beslissingen omtrent hun gezondheid (38). Daar tegenover staat dat 57% van de mensen autonomisten zijn die beslissingen over hun gezondheid graag zelf nemen (38). In die zin kan de betrokkenheid van een arts bij het interfereren in de resultaten van een zelftest van de patiënt dubbel zijn.

Wanneer iemand een zelftest uitvoert, wordt er meestal van uitgegaan dat de persoon dit op eigen initiatief doet (autonoom), het resultaat voor zich wil houden of deze eventueel wil delen met een arts na bekomen van het resultaat. De vraag hierbij is of dit autonome karakter steeds gegarandeerd is en de gebruiker nooit onder druk wordt gezet om een zelftest uit te voeren. In dat geval zou de autonomie van de gebruiker mogelijks onder druk kunnen komen te staan (22). Aanwijzingen of onderzoek omtrent het misbruik van zelftesten zijn weinig voorhanden. Om misbruiken alvast te beperken lijkt het aangewezen om de bestaande wetgeving hieromtrent verder aan te scherpen en op te volgen (8).

Een ethische vraag kan worden gesteld omtrent het fout interpreteren van zelftesten door de gebruiker. Dit zou bij een niet begeleide gebruiker van zelftesten aanleiding kunnen geven tot een onnodige angst en hard kunnen aankomen op diens naasten. Niet enkel een foute interpretatie na verkeerd gebruik is mogelijk, maar eveneens het verkeerd interpreteren van resultaten na correct gebruik van een accurate zelftest (22). De werkelijke weerslag hiervan op de gebruiker is nog niet volledig opgehelderd (22). Wel wordt gesuggereerd dat een expert noodzakelijk is bij het geven van ondersteuning en te zorgen voor een correct begrip bij een positief resultaat (22).

Eveneens op ethisch vlak kan de tussenkomst van een arts zeker een meerwaarde zijn. De arts kan de gebruiker voorzien van de nodige informatie en kan de gebruiker helpen bij het kaderen van de resultaten, hierbij rekening houdend met diens autonomie en diens relationele interacties (22).

Ondanks deze ethische uitdagingen geeft onderzoek aan dat dit daarom geen absolute reden is om het bestaan of het gebruik van zelftesten te verbieden. Wel vereisen zelftesten een vangnet om de gebruiker te helpen om resultaten in te schatten, zowel voor zichzelf, hun naasten als hun omgeving (22).

3.9 Financiële aspecten van zelftesten

Er wordt in studies aangegeven dat er reeds een aanbod is van zelftesten en dat de prijs hiervan aanvaardbaar is (1). Hoewel de aankooprijs aanvaardbaar is, blijkt er over vele types van zelftesten nog onzekerheid over de kosteneffectiviteit. De vraag die meermaals wordt gesteld is of dit nu finaal een

positief effect zal hebben op de kosten in de gezondheidszorg of niet, waarbij rekening wordt gehouden met de directe impact van dergelijke testen en de lange termijnkosten van eventuele complicaties (35).

Wanneer het aandeel van mensen die beroep doet op zelftesten zou gaan stijgen, kan ook de professionele hulp die mensen zoeken op basis hiervan stijgen. Dit zou kunnen aanleiding geven tot een extra druk op het gezondheidssysteem (1). Echter geeft een onderzoek aan dat zelftesten niet steeds de zorgconsumptie van mensen beïnvloeden. Zo zijn er mensen die sowieso geen verdere hulp zoeken na een positieve test, terwijl zij die dit wel doen dit sowieso al hadden gedaan. Nog andere gebruikers zoeken steeds professionele hulp, ondanks een negatieve resultaat van een zelftest (24).

3.10 Visie van zorgverstrekkers bij het gebruik van zelftesten

Zorgverstrekkers vinden het wenselijk dat mensen die gebruik maken van zelftesten nadien langskomen op consultatie voor het bespreken van de resultaten. Zodoende kunnen bekomen resultaten worden herhaald ter bevestiging en/of worden uitgebreid met andere onderzoeken indien nodig (17). Wel stellen zij zich de vraag of mensen na het uitvoeren van een zelftest wel steeds gezondheidszorg zullen opzoeken (6).

Onderzoek geeft aan dat een opmars in het gebruik van zelftesten vereist dat de gezondheidswerker hiervoor een opleiding krijgt om met deze zelftesten te kunnen omgaan en hierover aan de gebruiker informatie te verschaffen (17). Deze training kan nuttig zijn om het gebruik van zelftesten te optimaliseren. Ook is hierbij een centrale rol voor de apotheker weggelegd (39).

Huisartsen geven aan dat hun voorschrijfgedrag meer en meer wordt beïnvloed door wat de mensen vragen. Zij vermoeden dan ook dat hun werkdruk mogelijks zal verzwaren indien mensen massaal gebruik gaan maken van zelftesten, dit door eventueel daaropvolgende consultaties (1). Wel stellen zij zich de vraag hoe accuraat de testen zijn en via welke weg hierop controle wordt uitgeoefend. Ook vragen zij zich af wat er gebeurt met epidemiologische gegevens en hoe men gaat anticiperen op schadelijke gebeurtenissen als gevolg van testen (geweld, depressie, suicide,…) (6). De nationale raad orde der artsen geeft aan dat negatieve gebeurtenissen, door het gebruik van zelftesten moeten worden gemeld aan het FAGG (19).

De nationale raad orde der artsen geeft als advies dat zelftesten enkel mogen worden verkocht door apothekers, om via deze weg te garanderen dat de aflevering van de zelftest op maat van de gebruiker gebeurt en de apotheker hierbij de nodige informatie kan geven. Dit kan de authenticiteit, de houdbaarheid en de betrouwbaarheid beter garanderen (19).

In Nederland is het standpunt van het Nederlands huisartsengenootschap dat testen bij mensen zonder klachten geen gezondheidswinst oplevert. Wel kan dit aanleiding geven tot onnodige ongerustheid en

duur vervolgonderzoek. Voorlopig vinden zij zelftesten nog te divers en hebben deze nog teveel onbekende factoren om over de waarde ervan uitspraken te doen (16).

Medische beroepsbeoefenaars verkiezen om het gebruik van zelftesten niet blind aan de gebruiker over te laten, vooral wanneer dit gaat over onvoldoende bewezen testen. Aanbieders van zelftesten verkiezen de keuze voor het al of niet testen zoveel mogelijk aan de gebruiker over te laten. Artsen daarentegen willen de professsionele richtlijnen gebruiken om een afweging te maken of zelftesten al dan niet nuttig zijn. Arsten verkiezen evidence based medicine en zorg, echter geven zij wel aan de autonomie van de patiënt ook belangrijk te vinden (16). Onderzoek rond HIV-zelftesten bij migranten gaf aan dat huisartsen wel een belangrijke rol kunnen spelen in de lokale gemeenschap door deze mensen te informeren over zelftesten, en hen via deze weg te sensibiliseren om tot testen over te gaan (40).

3.11 Toekomst zelftesten

Verwacht wordt dat zelftesten in de toekomst via het internet zullen toenemen (28). Een strenger toezicht hierbij is wenselijk, zodat de consument inzicht krijgt in af te raden testen (7). Een online keuzehulp kan de consument verder ondersteunen in zijn/haar keuze (7).

Regelmatige evaluaties en controles zouden moeten gebeuren door een geaccrediteerd officieel instituut. Zonder een goede controle is het moeilijk voor de gebruiker een zelftest te kiezen welke aan de kwaliteitscriteria voldoet (28).

Vooraleer zelftesten een goed alternatief kunnen bieden voor de reguliere gezondheidszorg zal er een antwoord moeten worden gegeven op de vraag hoe verdere opvolging hiervan zal gebeuren. Internetplatformen zouden hierin een toegevoegde waarde kunnen hebben. Verder kan het nuttig zijn bij de zelftesten een link binnen de gezondheidszorg te voorzien met instructies waar, wanneer en in welk geval verdere vragen kunnen worden gesteld (41).

3.12 Zelftesten: actueel binnen de COVID-19 pandemie

Tijdens het uitschrijven van deze studie brak de COVID-19 pandemie uit waardoor aspecten, welke ook rond zelftesten worden beschreven, zeer actueel werden. Door deze pandemie moest de overheid op zoek gaan naar mogelijkheden om grote hoeveelheden mensen te testen. Huidig wordt hiervoor gebruik gemaakt van volgende types testen: een detectietest naar het SARS-COV-2 antigen welke op zoek gaat naar viraal RNA en de indirecte antilichamen detectie testen (42). Net als bij zelftesten zijn er bij de snelle testen ter opsporing van COVID-19 verschillende aandachtspunten. Aandacht bij correct gebruik en correcte interpretatie (43) van de testen is nodig. Deze testen bieden immers geen 100% sensitiviteit of 100% specificiteit. Bovendien kunnen er fouten sluipen in de staalafnameprocedure. Eveneens het moment van staalafname speelt een rol, zo kan bijvoorbeeld de SARS-CoV-IgG test een vals negatief resultaat geven bij een acute infectie als er nog geen seroconversie heeft plaatsgevonden (42). Met deze

aandachtspunten moet worden rekening gehouden om zo weinig mogelijk vals positieve of vals negatieve resultaten te bekomen. Deze kunnen enerzijds tot onnodige acties, ongerustheid en stress leiden, anderzijds kunnen vals negatieve resultaten gevaarlijk zijn voor o.a. de verspreiding van het virus. Om een wildgroei aan COVID-19 zelftesten te vermijden waarvan de validiteit niet gegarandeerd is, plaatste de overheid de verkoop hiervan voorlopig on hold (43). Echter indien men erin zou slagen om de validiteit van een aantal snelle testen of zelftesten te bevestigen voor het opsporen van COVID-19, kunnen deze mogelijk hun rol spelen in de aanpak van de COVID-19 pandemie (44).

4 Methodologie

Om een antwoord te bekomen op de onderzoeksvraag wat de visie van huisartsen is over het gebruik van zelftesten door de patiënt, werd geopteerd om als studieopzet gebruik te maken van een cross-sectionele studie waarbij gebruik gemaakt wordt van een online survey bij huisartsen.

4.1 Online survey

Er werd een literatuurstudie verricht naar zelftesten, waaruit belangrijke aspecten rond zelftesten naar voor kwamen. Deze aspecten vormden de basis voor het opstellen van verschillende vragen gebruikt in deze survey. Een gedeelte van de vragen werd reeds gebruikt in onderzoek aan de VUB en UGent (45, 46), waarbij aan de VUB binnen de vakgroep huisartsengeneeskunde onderzoek wordt verricht naar het gebruik van zelftesten. In de online survey werden de vragen verdeeld in zeven themagroepen. Het grootste deel van de vragen maakt gebruik van de Likert schaal, waarbij kan worden gekozen uit 5 antwoordmogelijkheden. Daarnaast worden enkele open vragen gesteld en hebben enkele vragen een nominale of ordinale schaal als antwoordmogelijkheid (Zie bijlage 3: vragenlijst).

4.2 Verspreiding van de online survey

De vragenlijst werd geïntegreerd in de online enquête software van Limesurvey. Via e-mail, gericht aan de huisartsen, werd de link met de survey en een korte omschrijving van het onderzoek verdeeld. Huisartsenkringen van betrokken steden of gemeenten werden aangeschreven met de vraag deze e-mail te verdelen onder hun leden. De online survey was beschikbaar van 3 september 2019 tot 31 oktober 2019. Vier weken na de start werd er een herinneringsmail verstuurd als motivatie voor diegene die de enquête nog niet of onvolledig hadden ingevuld.

4.3 Onderzoekspopulatie

De verspreiding van de survey gebeurde bij huisartsen (zowel solo als groepspraktijken) in de regio Zuidoost Vlaanderen (22 steden of gemeenten) via convenience sampling. In deze regio was ik actief als huisarts in opleiding. Het streefdoel van de aan te schrijven onderzoekspopulatie is 331[1].

4.4 Verwerking resultaten

Resultaten van de survey werden opgeslagen in de software van Limesurvey. Na het beëindigen van de online survey werden deze geïntegreerd in de statistische software van SPSS voor de verdere analyse en verwerking van de resultaten. Enkel data afkomstig van volledig ingevulde enquêtes (met uitzondering van de optionele open vragen, welke niet verplicht dienden beantwoord te worden) werden gebruikt

[1] Aantal actieve huisartsen volgens huisartsenkringen in de regio Zuidoost Vlaanderen.

voor analyse. De resultaten van het onderzoek werden voornamelijk descriptief weergegeven. Hierbij werd gebruik gemaakt van percentages die in tabellen of grafieken worden weergegeven. Bij het weergeven van stellingen met een Likert antwoordmogelijkheid werd gebruik gemaakt van gestapelde staafdiagrammen met hierin weergegeven percentages en bijhorende 'mean' per vraag. Binnen SPSS werd deze 'mean' berekend via volgende codering voor de Likert antwoordmogelijkheden: 1= Helemaal niet akkoord 2= eerder niet akkoord 3=neutraal 4= eerder wel akkoord 5= helemaal akkoord.

Met behulp van de demografische gegevens van de huisartsen en de Likert stellingen werd optioneel gezocht naar associaties met een specifiek profiel van de huisarts. Om dit mogelijk te maken werden drie demografische vragen en Likert stellingen binair gecodeerd. Voor de vragen rond het profiel van de artsen gebeurde dit als volgt: (man/vrouw, < 51jaar oud / >51 jaar oud, <16 jaar ervaring als praktiserend huisarts / > 16 jaar ervaring als praktiserend huisarts). Voor de stellingen met Likert antwoordschaal gebeurde dit als volgt 0 = helemaal niet akkoord + eerder niet akkoord + neutraal, 1 = eerder wel akkoord + helemaal akkoord. Vervolgens werden binnen SPSS met deze verkregen binaire data kruistabellen aangemaakt waarbij gebruik gemaakt werd van de Chi-kwadraat toets. Resultaten werden als significant beschouwd bij een p waarde < 0.05.

Open vragen gebruikt in de online survey werden uit SPSS gehaald, gecodeerd waar mogelijk en verder kwalitatief weergegeven.

4.5 Deelnemers enquête

De online survey werd geopend door 69 deelnemers. Van deze 69 enquêtes werden 40 volledig ingevulde enquêtes weerhouden. Twee van de in data opgenomen enquêtes zijn afkomstig van huisartsen in opleiding welke normalerwijze weldra afstuderen. Deze 40 volledig ingevulde enquêtes stemmen overeen met een response rate van 12,1% van de effectieve onderzoekspopulatie.

5 Resultaten

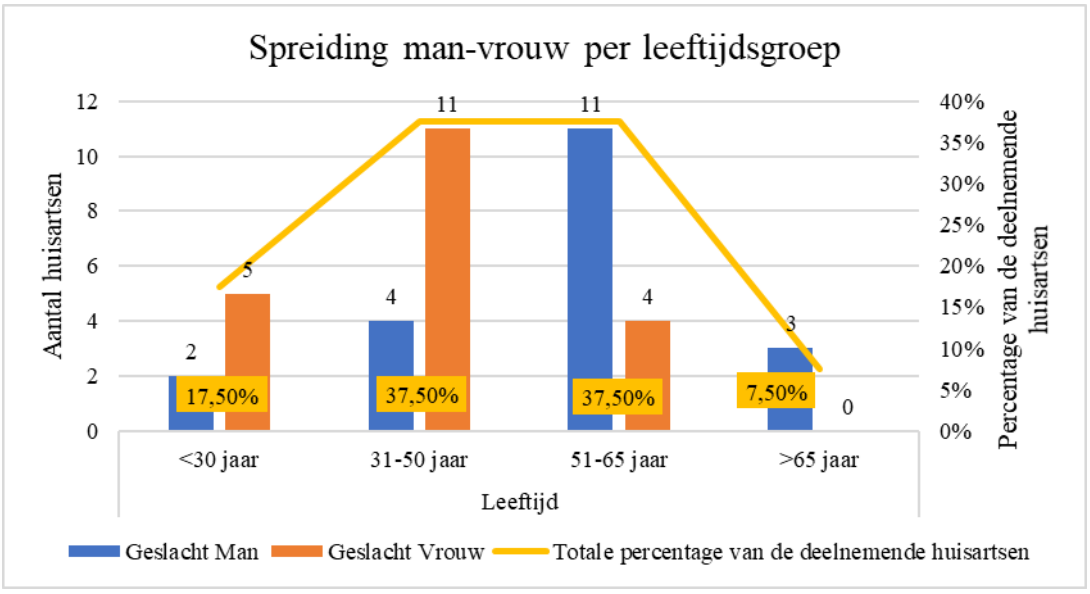
5.1 Demografische gegevens

Uit de resultaten van de demografische gegevens komt naar voor dat het geslacht van de deelnemers gelijkmatig is verdeeld tussen mannen en vrouwen, deze wordt weergegeven in tabel 2.

Geslacht	Aantal huisartsen	Percentage huisartsen
M	20	50 %
V	20	50 %

Tabel 2: Geslacht van de deelnemende huisartsen

In grafiek 1 wordt de leeftijdsspreiding van de deelnemende huisartsen weergegeven met eveneens de man/vrouw verdeling per leeftijdscategorie.

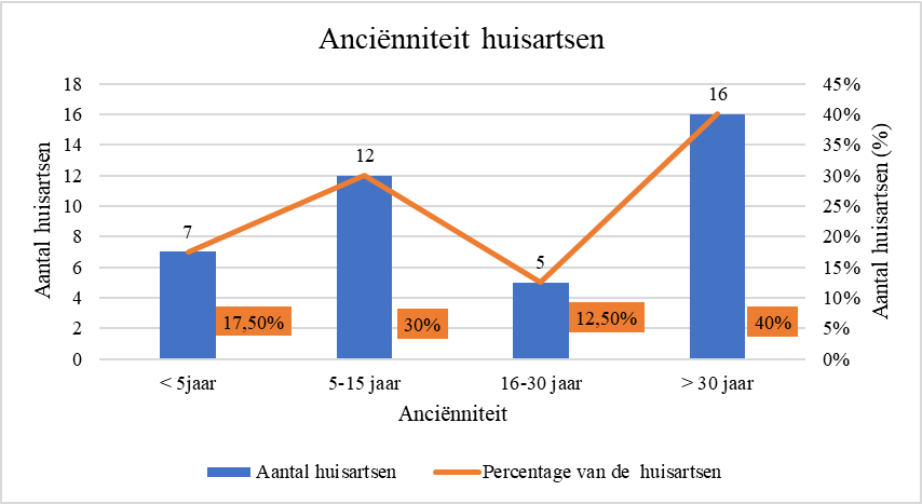


Grafiek 1: Spreiding man-vrouw per leeftijdsgroep

17,5% van de deelnemers aan de studie is jonger dan 30 jaar. 75% van de deelnemers is tussen de 31 en 65 jaar. 7,5% van de deelnemers aan de studie is ouder dan 65. Tot de leeftijd van 50 jaar is 73% van de deelnemers vrouwelijk. Vanaf de leeftijd van 51 jaar is 78% van deelnemers een man.

In grafiek 2 wordt de anciënniteit van de deelnemende huisartsen weergegeven. Het percentage deelnemende huisartsen dat minder dan 5 jaar actief is als praktiserend huisarts is 17,5 %. Het aandeel dat 5 tot 15 jaar actief is 30%. 12,5% van de huisartsen heeft tussen de 16 en de 30 jaar ervaring. Echter huisartsen met meer dan 30 jaar ervaring vertegenwoordigen de grootste groep met 40%.

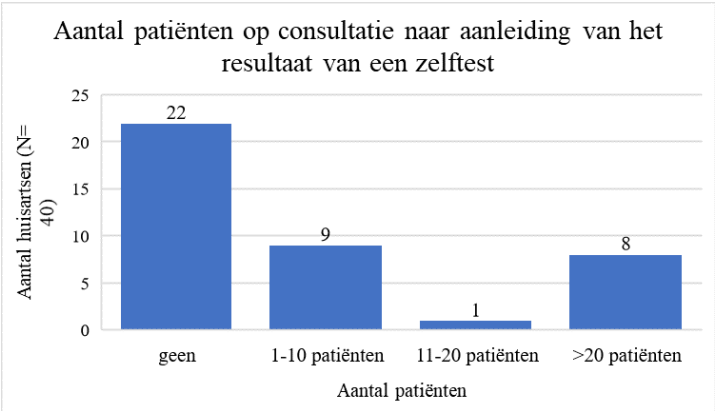
Gemiddeld gezien behaalden de deelnemende huisartsen hun diploma huisarts 21,45 jaar geleden, met een mediaan van 18,50 jaar.



Grafiek 2: Anciënniteit als praktiserend huisarts

5.2 Kennis over zelftesten en voorkomen van zelftesten in de praktijk

Grafiek 3 geeft een histogram weer waarop terug te vinden is hoeveel huisartsen reeds een patiënt op consultatie zagen naar aanleiding van het resultaat van een zelftest. Een meerderheid van 22 huisartsen (55%) zag op basis hiervan nog geen patiënten op consultatie. 18 huisartsen (45%) gaven aan reeds een consultatie te hebben gevoerd naar aanleiding van het resultaat van een zelftest. Van deze laatste groep zagen 9 huisartsen (50%) 1-10 patiënten, 1 huisarts (5,5%) zag 11-20 patiënten en 8 huisartsen (44%) van deze groep zag reeds meer dan 20 patiënten om deze reden op consultatie.



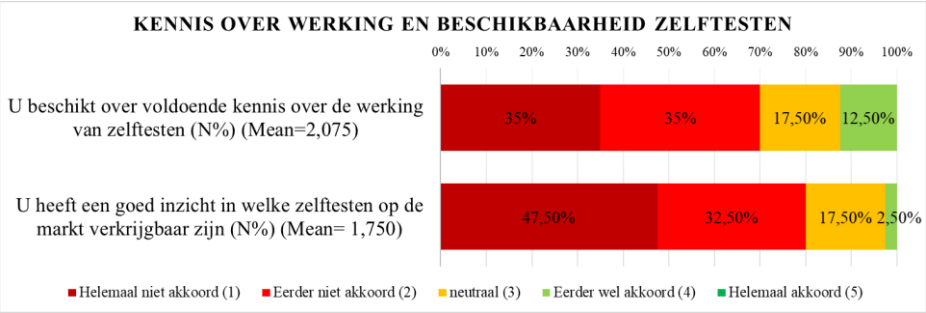
Grafiek 3: Aantal patiënten op consultatie naar aanleiding van het resultaat van een zelftest

Optioneel konden huisartsen met zelftest-ervaring vermelden om welk type zelftest het ging. De zwangerschapstest werd hier het vaakst vermeld (55%), gevolgd door de glycemiemeting (33%), de bloeddrukmeting (17%) en iFOB-test[2] (11%). Volgende testen werden éénmalig (6%) vermeld: allergietest, cholesterol test, coeliakie, HIV-test, drugtest, INR test.

[2] iFOB-test = immunochemische faeces occult bloedtest

5.3 Kennis over de werking en beschikbaarheid van zelftesten

Binnen de respondenten gaf een meerderheid (70%) aan niet steeds over voldoende kennis te beschikken aangaande de werking van zelftesten. Dit wordt bevestigd in de doorsnee visie hierover van de huisartsen (Mean: 2,075). Verder meldt een grote meerderheid (80%) geen goed inzicht te hebben in welke testen op de markt verkrijgbaar zijn. Dit wordt eveneens bevestigd in de doorsnee visie die huisartsen hierover hebben (Mean: 1,750). Deze resultaten worden weergegeven in grafiek 4.

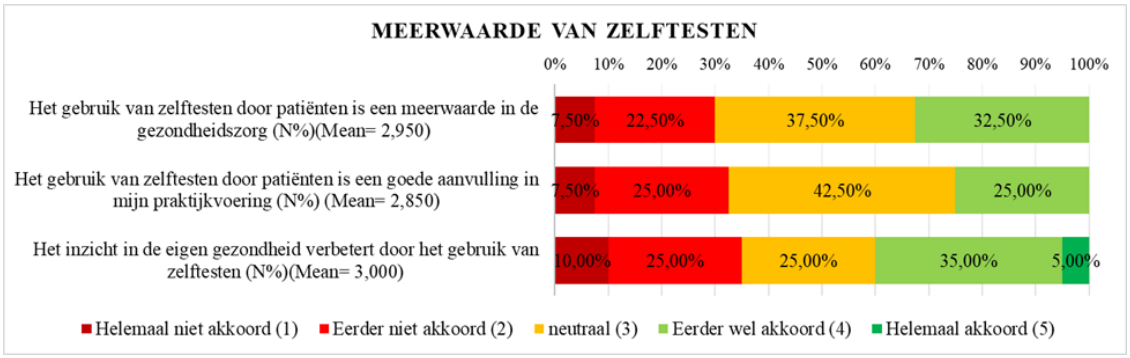


Grafiek 4: Kennis over de werking en beschikbaarheid van zelftesten

5.4 Meerwaarde van zelftesten

In grafiek 5 wordt de visie van de respondenten weergegeven omtrent de meerwaarde van zelftesten. Huisartsen zijn verdeeld over de meerwaarde van zelftesten in de gezondheidszorg. Ongeveer 1/3 (30%) van hen denkt dat een zelftest geen meerwaarde kan bieden. 37,5% staat hier neutraal tegenover. Doorsnee (Mean: 2,950) geven huisartsen inderdaad aan neutraal te staan tegenover de vraag of de zelftest een meerwaarde kan bieden.

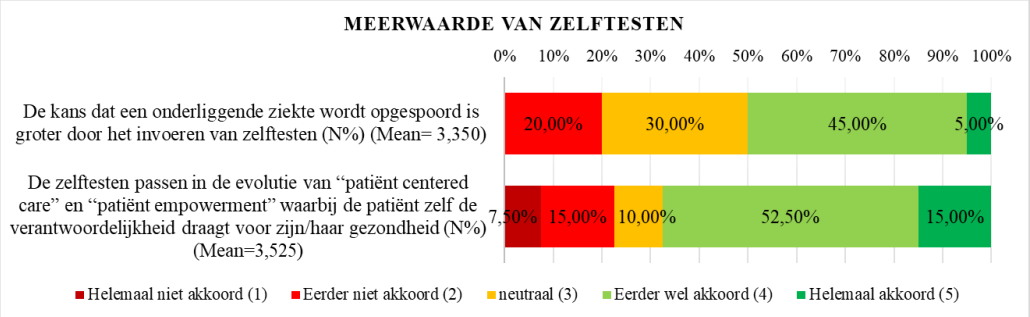
Een deel van de huisartsen (42,5%) staat neutraal tegenover het idee dat zelftesten een goede aanvulling in de huisartsenpraktijk kunnen zijn. Ongeveer 1/3 (32,5%) vindt van niet. Doorsnee (Mean: 2,850) vinden huisartsen dit niet zo'n goede aanvulling voor hun praktijkvoering. 40% van de huisartsen geeft aan dat het inzicht in de eigen gezondheid verbetert door het gebruik van zelftesten. Doorsnee (Mean: 3,000) staan huisartsen hier echter neutraal tegenover.



Grafiek 5: Meerwaarde van zelftesten (deel 1)

Grafiek 6 toont dat de helft van de huisartsen aangeeft dat de kans om onderliggende ziekte op te sporen vergroot bij het gebruik van zelftesten. Doorsnee (Mean: 3,350) geven huisartsen aan dat deze kans inderdaad vergroot.

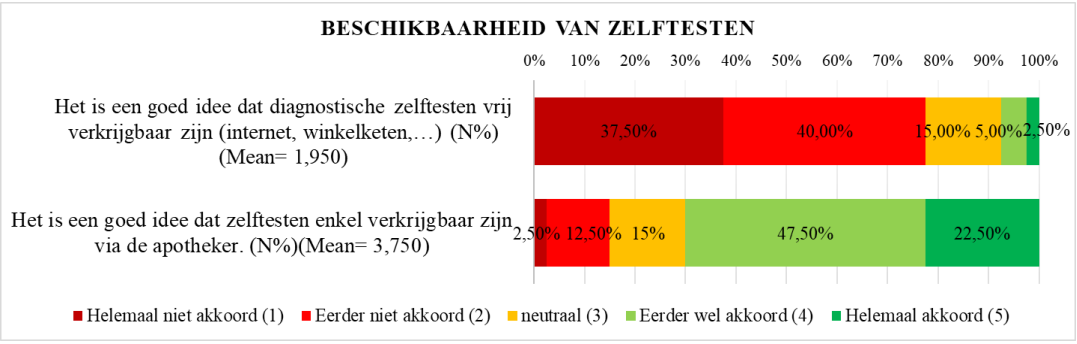
De meerderheid van de huisartsen (67,5%) denkt dat zelftesten passen in de evolutie van "patiënt empowerment" en "patiënt centered care" waarbij de patiënt verantwoordelijkheid draagt voor eigen gezondheid. Doorsnee (Mean: 3,525) wordt dit inderdaad bevestigd.



Grafiek 6: Meerwaarde van zelftesten (deel2)

5.5 Beschikbaarheid van zelftesten

De resultaten van stellingen omtrent de beschikbaarheid van zelftesten worden weergegeven in grafiek 7. Een grote meerderheid van de huisartsen (77,5%) is er niet mee akkoord dat zelftesten vrij verkrijgbaar zouden zijn. Doorsnee (Mean: 1,950) wordt dit inderdaad bevestigd. Een meerderheid (70%) vindt het een goed idee dat zelftesten enkel verkrijgbaar zijn via de apotheek. Doorsnee (Mean: 3,750) vinden huisartsen het een goed idee zelftesten enkel via de apotheek te verkopen.

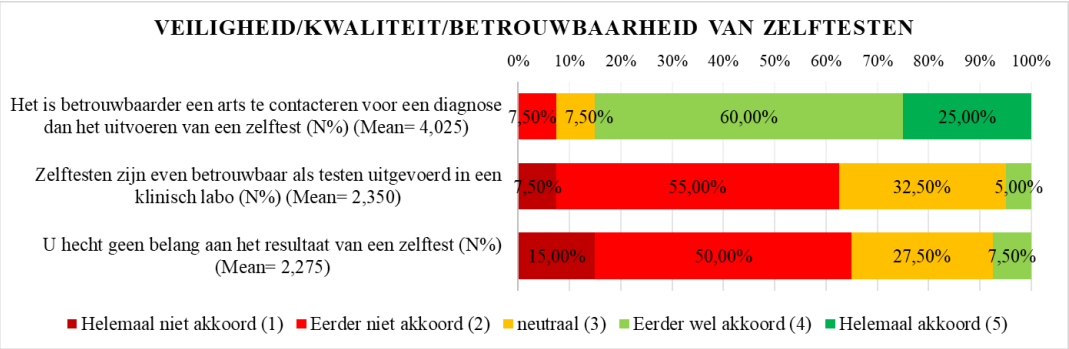


Grafiek 7: Beschikbaarheid van zelftesten

5.6 Veiligheid/kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten

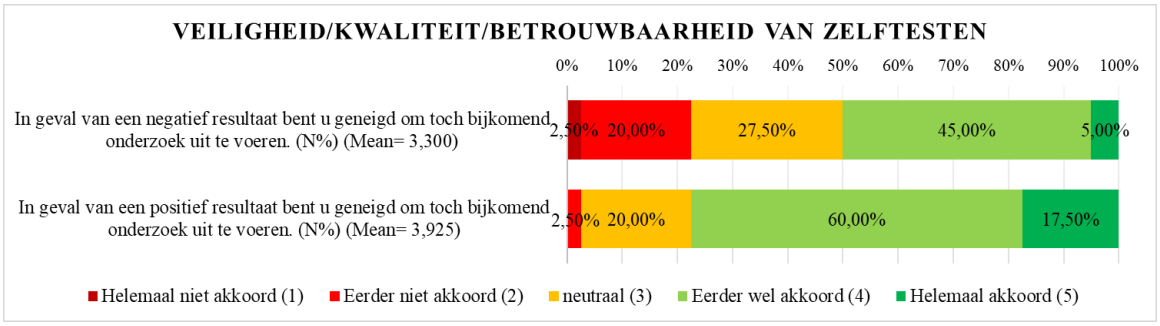
Uit grafiek 8 blijkt dat een grote meerderheid (85%) van de huisartsen vindt dat het betrouwbaarder is een arts te contacteren voor het stellen van een diagnose dan een zelftest uit te voeren. Doorsnee (Mean: 4,025) vinden huisartsen inderdaad dat beter een arts kan worden gecontacteerd voor het stellen van een diagnose. Een meerderheid van de huisartsen (62,5%) zijn het niet eens met de stelling dat zelftesten even betrouwbaar zijn als testen uitgevoerd in een laboratorium. Doorsnee (Mean: 2,350) is te zien dat

huisartsen een test in een laboratorium betrouwbaarder vinden. Een meerderheid van de huisartsen (65%) geeft aan belang te hechten aan het resultaat van een zelftest. Doorsnee (Mean: 2,275) hechten huisartsen wel belang aan het resultaat van een zelftest.



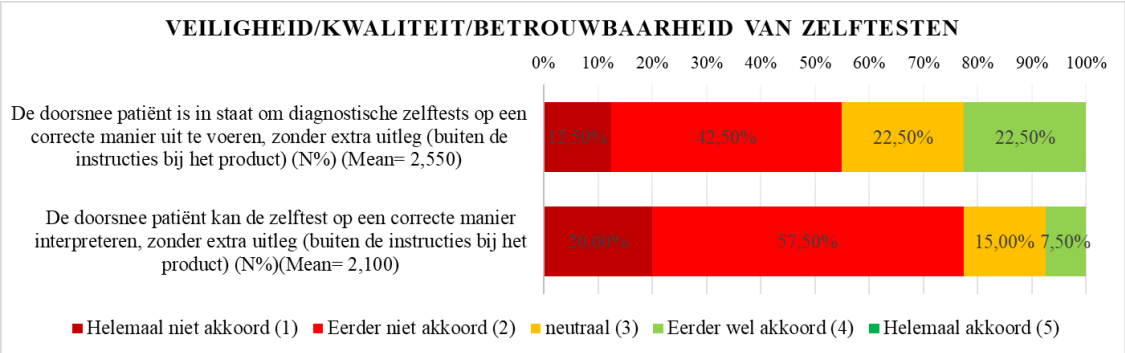
Grafiek 8: Veiligheid/kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten (deel 1)

Uit grafiek 9 blijkt dat de helft van de huisartsen bij een negatief resultaat van een zelftest toch geneigd is bijkomend onderzoek uit te voeren. De doorsnee visie (Mean: 3,300) van de huisartsen is inderdaad dat zij geneigd zijn zelf verder onderzoek te doen bij een negatief resultaat van een zelftest. Wanneer de zelftest een positief resultaat opleverde, is een meerderheid (67,5%) van de huisartsen geneigd bijkomend onderzoek te doen. Doorsnee (Mean: 3,925) blijken de huisartsen in dat geval inderdaad verder te testen.



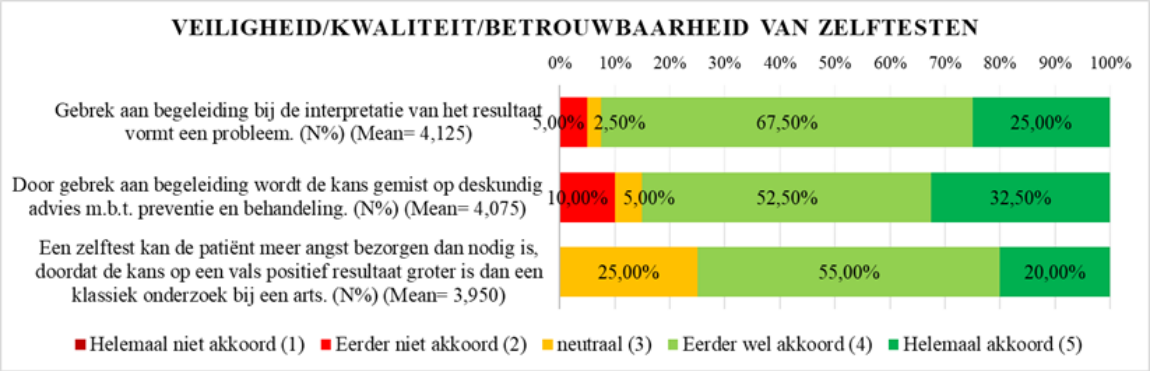
Grafiek 9: Veiligheid/kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten (deel 2)

Grafiek 10 geeft aan dat iets meer dan de helft (55%) van de huisartsen denkt dat een doorsnee patiënt niet echt in staat is om een zelftest op een correcte manier uit te voeren zonder extra informatie. Doorsnee (Mean: 2,550) geven huisartsen aan dat de doorsnee patiënt het moeilijk zal hebben een zelftest correct uit te voeren zonder extra informatie. Een grote meerderheid van de huisartsen (77,5%) geeft aan dat de doorsnee patiënt een zelftest niet op een correcte wijze kan interpreteren zonder extra uitleg. Doorsnee (Mean: 2,100) denken huisartsen dat extra uitleg nodig zal zijn.



Grafiek 10: Veiligheid/kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten (deel 3)

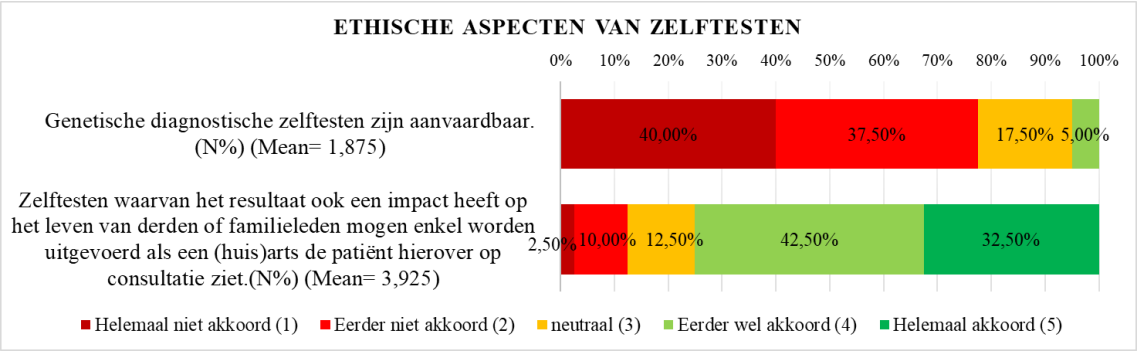
Grafiek 11 toont dat een grote meerderheid van de huisartsen (92,5%) een gebrek aan begeleiding van de patiënt een probleem vindt, wanneer de patiënt zijn resultaten van een zelftest interpreteert. De doorsnee visie van de huisartsen (Mean: 4,125) is hieromtrent hetzelfde. Volgens een grote meerderheid van de huisartsen (85%) wordt door gebrek aan begeleiding bij het zelftesten, de kans gemist op advies met betrekking tot preventie en behandeling. Hun doorsnee visie (Mean: 4,075) is hieromtrent gelijkaardig. Een grote meerderheid van de huisartsen (75%) vindt dat een zelftest, uitgevoerd door de patiënt, hem of haar meer angst kan bezorgen dan nodig. Dit doordat de kans op een vals positief resultaat groter is dan een bij een klassiek onderzoek. De doorsnee visie van huisartsen (Mean: 3,950) lijkt dit te bevestigen.



Grafiek 11: Veiligheid/kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten (deel 4)

5.7 Ethische aspecten

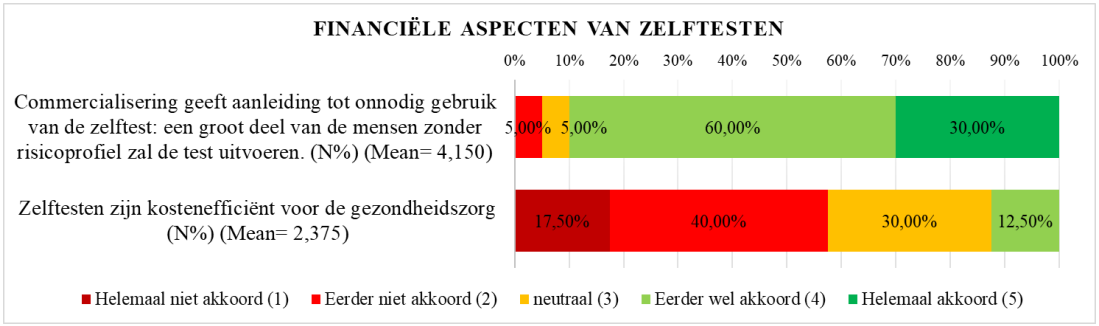
In grafiek 12 wordt weergegeven dat een grote meerderheid van de huisartsen (77,5%) vindt dat genetische zelftesten niet aanvaardbaar zijn. De doorsnee visie van de huisartsen (Mean: 1,875) is dat dit type test niet aanvaardbaar is. Wanneer het resultaat van een zelftest een impact heeft op het leven van derden, dan geeft een grote meerderheid van de huisartsen (75%) aan dat deze testen enkel mogen worden uitgevoerd als de arts de patiënt hierover op consultatie ziet. De doorsnee visie van de huisartsen (Mean: 3,925) is inderdaad dat in dat geval de arts de patiënt op consultatie moet zien.



Grafiek 12: Ethische aspecten van zelftesten

5.8 Financiële aspecten

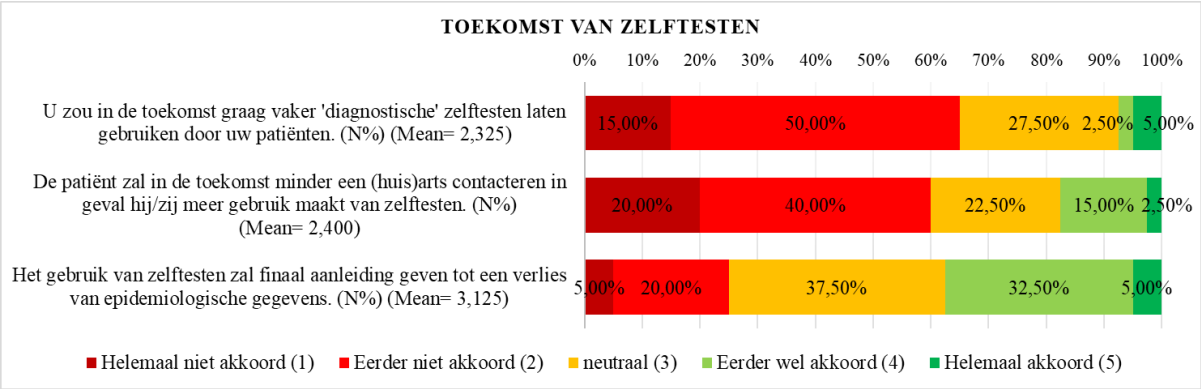
Grafiek 13 geeft aan dat een grote meerderheid van de huisartsen (90%) vindt dat commercialisering aanleiding geeft tot het onnodig gebruik van zelftesten. De doorsnee huisarts volgt deze visie (Mean: 4,150). Iets meer dan de helft (57,5%) van de huisartsen vindt dat zelftesten niet echt kostenefficiënt zijn voor de gezondheidszorg. De doorsnee huisarts (Mean: 2,375) volgt deze visie.



Grafiek 13: Financiële aspecten van zelftesten

5.9 Toekomst zelftesten

Grafiek 14 geeft aan dat een meerderheid van de huisartsen (65%) niet van plan is in de toekomst vaker zelftesten te laten gebruiken door zijn of haar patiënten. De doorsnee huisartsen (Mean: 2,235) volgen deze visie. Eveneens zullen volgens een meerderheid van de huisartsen (60%) patiënten in de toekomst niet minder hun arts contacteren wanneer zij beroep zouden doen op zelftesten. Doorsnee (Mean: 2,400) lijken huisartsen dit te bevestigen. Een vierde van de huisartsen denkt niet dat het gebruik van zelftesten aanleiding zal geven tot een verlies aan epidemiologische gegevens, echter (37,5%) vindt van wel. Eenzelfde aantal (37,5%) spreek zich hier niet over uit. De doorsnee visie van de huisartsen (Mean: 3,125) is echter dat dit tot een verlies van epidemiologische gegevens kan aanleiding geven.



Grafiek 14: Toekomst van zelftesten

5.10 Grote gevaren bij het gebruik van zelftesten

De optionele open vraag naar wat volgens de huisartsen de grote gevaren zijn bij het gebruik van zelftesten werd door 35 huisartsen (87,5%) beantwoord. Antwoorden op deze vraag werden gecodeerd waar mogelijk en naar frequentie weergegeven in onderstaande tabel 3. 48,5% van de huisartsen die deze open vraag beantwoordden gaven aan dat angst en onnodige stress een gevaar konden zijn.

"**Grootste gevaar is dat men met een positief resultaat, de patiënt verder niets uitvoert en ongerust blijft rondlopen" (man, >65 jaar)**

31,4% van de huisartsen die deze open vraag beantwoordden, vermelden een verkeerde interpretatie van de resultaten als een gevaar. 22,9% van hen vermelden dat het onterecht gebruik van zelftesten een gevaar kan zijn of dat de zelftest aanleiding kan geven tot onnodige onderzoeken (overconsumptie).

"Lukraak testen doen omwille van een symptoom dat volgens dr. Google kan passen in een bepaald syndroom en de patiënt die inderdaad ongerust is, zal deze test aanschaffen. Opnieuw vooral de 'worried well' die de testen uitvoeren, terwijl de a priori kans misschien net kleiner is. Een huisarts kan de kans beter inschatten en de correcte testen uitvoeren." (vrouw<30 jaar)

14,3% van deze huisartsen gaven aan dat de betrouwbaarheid van de zelftest met de eventuele vals positieve of negatieve resultaten een mogelijk gevaar kan betekenen. Hetzelfde percentage huisartsen geven een gemis aan verdere opvolging van de resultaten aan als een mogelijks gevaar van de zelftesten.

Nadelen:	Aantal keer geantwoord	Proportie binnen respondenten N= 35
angst, onnodige stress, ongerustheid, paniek	17	48,5%
verkeerde interpretatie	11	31,4%
onnodige verdere onderzoeken, overconsumptie	8	22,9%
onterecht gebruik, verkeerd uitvoeren zelftest	8	22,9%
geen verdere opvolging resultaat	5	14,3%
betrouwbaarheid zelftest (vals+/vals-)	5	14,3%
valse geruststelling	3	8,6%
andere aandoeningen over hoofd zien (totaalbeeld)	3	8,6%
zelftherapie	2	5,7%
ethische problematiek	2	5,7%
huisarts verliest controle	1	2,9%
onvoldoende omkadering en informatie over zelftest	1	2,9%

Tabel 3: Beschreven antwoorden over mogelijke gevaren bij het gebruik van zelftesten

8,6% van deze huisartsen gaven aan dat valse geruststelling en de afwezigheid van een totaalbeeld waarbij andere aandoeningen gemist kunnen worden, mogelijke gevaren bij het gebruik van zelftesten kunnen zijn.

“Bij een negatief resultaat is er valse geruststelling, vb. HIV. Er is de mogelijkheid tot andere SOA’s, die niet gescreend worden” (vrouw, 31-50 jaar)

5,7% van deze huisartsen gaven als mogelijke gevaren van zelftesten de kans op zelftherapie of een ethische problematiek aan.

“Een aantal basiszelftesten zijn relevant: bloeddrukmeting, hartfrequentie, glycemie, zwangerschapstesten, iFOB. Voor ingewikkelde pathologie: genetische aandoeningen, SOA,… zijn eerder gevaarlijk. Worden de testen juist uitgevoerd? Zijn de resultaten betrouwbaar? Gaat de patiënt wel effectief hulp zoeken bij een positief en twijfelachtig resultaat? Sommige beseffen de impact niet van een positieve test naar de gemeenschap toe, zelfs al wordt dit op handleidingen vermeld. Anderen slaan in paniek en gaan over tot nodeloze overconsumptie van specialistische geneeskunde.” (vrouw, 51-65 jaar)

Er wordt door 2,9% van deze huisartsen aangehaald dat er onvoldoende omkadering en informatie is over de zelftest en zien dit als mogelijks gevaar bij het gebruik van zelftesten. Tot slot haalt 2,9% van deze huisartsen aan dat de huisarts de controle kan verliezen bij het gebruik van zelftesten.

5.11 Grote voordelen van het gebruik van zelftesten

Een tweede optionele vraag polste bij de huisartsen naar wat de grote voordelen kunnen zijn bij het gebruik van zelftesten. Deze resultaten worden weergegeven in tabel 4. 6 huisartsen (15%) hebben deze vraag niet ingevuld. Van de overige 34 huisartsen, welke de vraag beantwoordden (85%) heeft 17,6% van hen genoteerd geen voordelen van het gebruik van zelftesten te kennen.

“Ik ben te weinig op de hoogte van de op de markt beschikbare zelftesten. Ik heb liever dat patiënten Google consulteren en hun bezorgdheden op tafel leggen, zodat we deze samen kunnen weerleggen of eventueel verder onderzoek kunnen doen.” (vrouw, <30 jaar)

“Grote voordelen zijn mij niet bekend daar ik geen kennis heb i.v.m. zelftesten, mogelijks wijzigt mijn visie bij meer accurate kennis.” (man, 51-65 jaar)

Van de 34 huisartsen die de open vraag hebben ingevuld, geeft 22,9% aan dat de laagdrempeligheid van de zelftest als een voordeel kan gelden.

“Drempelverlagend voor patiënten met enige schroom over hun “probleem”. (vb. bij sexueel risicogedrag en SOA’s) (man, 31-50 jaar)

Volgens verschillende huisartsen (14,7%) krijgt de patiënt bij het gebruiken van zelftesten mogelijks ook een betere kennis van zijn/haar eigen gezondheid en kan dit aansporen tot een verdere opvolging van de eigen gezondheid.

“Bepaalde zelftesten kunnen bijdragen tot een betere kennis van iemands gezondheid en hopelijk bijdragen tot een gezondere levensstijl.” (man, 51- 65 jaar)

Ook in het kader van een screeningsprogramma of preventiemaatregel geven 8,8% van de huisartsen aan dat mits gebruik van de zelftest op het juiste moment, dit een voordeel zou kunnen zijn.

“ Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker is eigenlijk een soort zelftest maar wel georganiseerd en ondersteund naar resultaatwaarden.” (vrouw, 31-50 jaar)

“Als een betrouwbare test op het juiste moment gebruikt wordt, bv. in screening/primaire preventie, mits de nodige begeleiding/handleiding.” (man, 51-65 jaar)

Bij 5,9% van deze huisartsen worden volgende voordelen aangehaald: de privacy voor de patiënt, het tijdig/sneller opsporen van bepaalde aandoeningen, een snellere geruststelling (o.a. ook bij risicogroepen), de patiënt verwerft meer kennis over de ziekte, er kan een daling optreden van onnodige consultaties, en men kan zelftesten anoniem uitvoeren (bv. bij SOA).

“Dat de patiënt anoniem misschien iets durft testen waarover hij de arts niet durft te spreken.” (vrouw 51-65 jaar)

2,9% van de huisartsen haalt aan dat zelftesten de gezondheidszorg efficiënter zou kunnen maken. Er wordt ook éénmaal vermeld dat het uitvoeren van zelftesten snel en goedkoop kan zijn. Ook haalt een huisarts aan dat zelftesten een voordeel kunnen zijn voor moeilijk te bereiken doelgroepen maar dat de zelftest waarschijnlijk eerder door de ‘worried well’ wordt uitgevoerd. Volgens een huisarts kan een zelftest bijdragen tot een gezondere levensstijl. Ook beschrijft een huisarts dat de patiënt zelf meer controle krijgt.

“ De patiënt krijgt meer controle, kan zelf kiezen wanneer hij een test doet, op welke plaats, met wie in de buurt, wanneer resultaat,…” (vrouw, 31-50 jaar)

Voordelen:	Aantal keer geantwoord	Proportie binnen respondenten N= 34
laagdrempeligheid	8	22,9%
nihil/niet gekend/geen	6	17,6%
betere kennis/opvolging eigen gezondheid	5	14,7%
op juiste moment uitgevoerd aangaande screening/preventie	3	8,8%
tijdig/sneller opsporen bepaalde aandoeningen	2	5,9%
snellere geruststelling (bij risicogroepen)	2	5,9%
meer kennis over ziekten	2	5,9%
geen doktersafspraak nodig/daling onnodige consultaties	2	5,9%
anonimiteit (bij bv. SOA)	2	5,9%
patiënt krijgt meer controle	1	2,9%
bijdragen tot een gezondere levensstijl	1	2,9%
moeilijk te bereiken doelgroepen	1	2,9%
goedkoop	1	2,9%
snel	1	2,9%
efficiënter maken gezondheidszorg	1	2,9%
screening	1	2,9%

Tabel 4: Meest beschreven mogelijke voordelen van zelftesten door de huisartsen

5.12 Wat mag de kostprijs zijn van een zelftest?

Aangaande de kostprijs van een zelftest geven 20% van de huisartsen aan geen mening of geen idee te hebben hoeveel een zelftest mag kosten.

“Geen idee. Als het gaat om screening misschien wel gratis?” (man, 51-65 jaar)

10% van de huisartsen noteren een kostprijs die maximum 10 euro bedraagt, 15,0% van de huisartsen hebben een bedrag tussen de 10-20 euro opgegeven, 2,5% een bedrag van maximum 25 euro en 2,5% 50 euro. 5% van de huisartsen geeft aan dat de prijs moet afhangen van de op te sporen aandoening. 10% van de huisartsen zijn geen voorstander van een terugbetaling door de ziekteverzekering terwijl andere huisartsen dit laten afhangen van het soort zelftest, of dit kosten voor de gezondheidszorg zou kunnen uitsparen en de bruikbaarheid test.

“Als je het ziet als een recht voor iedere patiënt om zelftesting te doen, dan moet het ook beschikbaar zijn voor iedereen en niet enkel voor de rijkere populatie…. Hoeveel we als maatschappij dan weer gaan investeren zal goed door gezondheidseconomen moeten berekend worden: hoeveel spaart deze test uit? En hoeveel budget is er dus voor…” (vrouw, 31-50 jaar)

Er wordt ook aangehaald dat zelftesten er moeten zijn voor iedereen en niet enkel voor de rijkere populatie. Anderzijds halen sommige huisartsen ook aan dat de prijs niet te laag mag liggen, eventueel

dezelfde prijs als een labotest, om te vermijden dat er te veel getest wordt. Volgens één huisarts zou de kostprijs van een zelftest duurder moeten zijn dan een artsenconsult.

“Dit moet voor de rekening van de patiënt zijn. Niet te laag, zodat er niet op alles wordt getest. En niet te hoog, zodat het niet enkel iets is voor de hogere klasse. Hoewel ik toch wat sceptisch sta tegenover het gebruik ervan.” (vrouw, <30 jaar)

5.13 Mogelijke associaties tussen huisartsen en hun visie over zelftesten

Voor het zoeken naar associaties tussen de artsenprofielen en hun visie over de vragen/stellingen rond zelftesten werd binnen SPSS een output van 78 kruistabellen gemaakt waarbij steeds de Chi kwadraat toets werd gebruikt. Deze 78 kruistabellen gaven een verschillende Chi kwadraat waarde met steeds een p-waarde >0.05. Bovendien blijkt uit de kruistabellen ook dat de steekproef soms te klein is om uitspraken richting significantie te doen.

6 Discussie

6.1 Inhoudelijk

De demografische gegevens geven aan dat het aantal deelnemende vrouwelijke en mannelijke huisartsen aan deze survey gelijkmatig verdeeld is, echter binnen de verschillende leeftijdscategorieën zien we wel een verschil man/vrouw optreden. Bij de jonge respondenten tot een leeftijd van 50 jaar zien we dat de meerderheid van de huisartsen vrouwen betreft, terwijl de respondenten vanaf 51-jarige leeftijd hoofdzakelijk mannen zijn. Deze vaststelling kan mogelijks worden verklaard door een toenemende vervrouwelijking in de gezondheidssector in verschillende landen, wat ook in de literatuur wordt beschreven (47).

Bij het peilen naar de ervaring met zelftesten bleek dat slechts iets meer dan de helft van de huisartsen reeds één of meerdere patiënten op consultatie heeft gehad naar aanleiding van een gebruikte zelftest. De meest gebruikte zelftesten in deze gevallen hadden betrekking tot de zwangerschapstest, monitoringstesten (glycemie, hypertensie, INR) en de iFOB screeningstest. In een Nederlandse studie zien we dat naast de zwangerschapstest, de glycemie monitoringstest het vaakst aangekocht wordt en dat de cholesterol- en HIV test veel gebruikte zelftesten zijn (14). Deze laatste twee werden in deze studie slechts éénmaal aangehaald door de huisartsen.

Uit de antwoorden van de huisartsen bleek dat er niet steeds voldoende kennis is over de werking en beschikbaarheid van zelftesten op de huidige markt. Een betere kennis van de beschikbare zelftesten en hun werking zou het antwoordgedrag van de huisarts mogelijks kunnen wijzigen. In de literatuur wordt aangegeven dat bij een toename van het gebruik van zelftesten, hetgeen men verwacht, een verdere opleiding van de gezondheidsmedewerkers hierbij zeker een meerwaarde kan betekenen (17).

Of de zelftest een algemene meerwaarde kan betekenen in de gezondheidszorg en daarbij aansluitend een goede aanvulling zou kunnen zijn in de huisartsenpraktijk laten de huisartsen in het midden. In de literatuur vinden we terug dat het geheel van voor- en nadelen van de zelftesten ertoe leidt dat het niet geheel duidelijk is wat nu finaal de meerwaarde is voor de gebruiker (5). Zo zijn ook de medische en psychologische gevolgen van de zelftesten nog niet voldoende in kaart gebracht om hier conclusies te kunnen uit trekken (14).

Anderzijds zien de huisartsen in deze studie de laagdrempeligheid van zelftesten als een mogelijk voordeel. Dit zou volgens de literatuur zeker het geval kunnen zijn bij bepaalde risicogroepen (5). Sommige huisartsen halen in deze studie het gebruik van zelftesten in screeningsprogramma's aan als mogelijk voordeel. Hieruit volgend denken dan ook de meeste huisartsen dat zelftesten het inzicht van de patiënt in de eigen gezondheid kan doen toenemen. Ook vermoedt men dat er meer kans is om onderliggende aandoeningen op deze manier op te sporen. Het gebruik van zelftesten kan volgens de huisartsen bijdragen aan patiënt centered care en patiënt empowerment. Alhoewel er ook wordt

aangehaald dat de mogelijkheid bestaat dat de zogenaamde “worried well” de zelftesten uitvoeren ter bevestiging van hun gezondheid (7). Uit onderzoek blijkt inderdaad dat de bevolking toegenomen belangstelling toont voor eigen gezondheid en eventueel ook bevestiging zoekt in de vorm van een beloning van de gedragsveranderingen (5, 16). Hierdoor wordt er inderdaad gewerkt aan de autonomie van de patiënt waarbij deze aan zelfmanagement kan doen (19).

Ondanks deze mild positieve respons van de huisartsen ziet de helft het echter niet zitten om in de toekomst patiënten vaker deze zelftesten te laten gebruiken in de praktijk. Bovendien vindt iets meer dan de helft van de huisartsen dat testen uitgevoerd in het labo betrouwbaarder zijn dan de zelftesten. Een grote meerderheid vindt dat het betrouwbaarder is een arts te contacteren voor het stellen van een diagnose dan een zelftest uit te voeren. Een mogelijke verklaring vinden we terug in de literatuur waarbij het voor zorgverleners niet steeds eenvoudig is om bekomen resultaten van zelftesten door gebruikers correct te kunnen inschatten. Dit wat betreft de validiteit van de zelftest en of er een correcte evaluatie gebeurd is van de risicofactoren voor de betreffende aandoening (7). De prevalentie van een bepaalde aandoening bij een zelftest valt dan ook vaak lager uit in de praktijk dan in klinische omstandigheden (2), dit omdat de arts juist alle randomstandigheden ook in rekening brengt voor deze kansberekening op een aandoening (7). Gebeurt deze berekening niet, dan bestaat er een grotere kans op vals positieve resultaten, hetgeen tot onnodige stress en ongerustheid kan leiden bij de gebruiker (2). Dit wordt door de huisartsen ook als grootste gevaar van zelftesten naar voor gebracht in deze studie. Wel wordt in de literatuur aangegeven dat de betrouwbaarheid van de zelftesten zou kunnen stijgen indien de arts de gebruiker hierin zou begeleiden (2).

Naast de juiste inschatting van prevalentie geven de huisartsen ook aan dat het voor de gebruiker van zelftesten niet altijd eenvoudig is om de zelftest correct uit te voeren en de resultaten correct te interpreteren zonder extra uitleg naast de bijsluiter. Men geeft dan ook aan dat dit tot problemen kan leiden. Deze nadelen vinden we ook terug in de literatuur (7), waarbij een verdere optimalisering van de gegeven informatie aan de gebruiker van de zelftest zowel voor het gebruik, tijdens de uitvoering als in de follow-up belangrijk blijkt (18, 31). Dit geven ook de huisartsen duidelijk aan in dit onderzoek, er blijft op deze manier een kans op deskundige begeleiding aangaande preventie en behandeling onbenut. We kunnen dit staven in de literatuur waar blijkt dat de gebruiker van een zelftest niet steeds weet welke actie deze moet ondernemen na het bekomen van een resultaat (4).

Alhoewel de huisartsen minder vertrouwen stellen in de zelftesten in vergelijking met een consultatie bij de huisarts en een onderzoek uitgevoerd in het labo, hecht meer dan de helft van de huisartsen toch belang aan het bekomen resultaat van de zelftest en denkt verdere onderzoeken uit te voeren bij een positief resultaat. Minder dan de helft van de artsen zou mogelijks ook bijkomende testen uitvoeren bij een negatief resultaat. Dit kan echter leiden tot bijkomende onderzoeken bij een vals positief resultaat die de kostprijs voor de gezondheidszorg niet ten goede komt. Blijkt het positief resultaat correct te zijn,

kan een aandoening vroeg opgespoord worden. Of dit dan weer een voordeel kan opleveren voor de kostprijs in de gezondheidszorg hangt volgens een Nederlandse studie dan weer af van de aandoening en mogelijke behandeling (24). Bij een vals negatief resultaat kan er een vals gevoel van veiligheid ontstaan bij de gebruiker. Het onterecht gebruik van zelftesten en de mogelijks onnodige verdere onderzoeken werden ook als mogelijke gevaren door de deelnemende huisartsen naar voor gebracht.

De meeste huisartsen vinden niet dat diagnostische testen beschikbaar moeten gesteld worden ter online bestelling of via een winkelketen maar prefereren de verkoop via de apotheker. Dit is ook het advies dat de nationale raad orde der artsen geeft om zo de aflevering van de zelftest op maat van de gebruiker, gecombineerd met de nodige informatie over de zelftest, te voorzien. Een verdere commercialisering kan volgens de huisartsen zo ook aanleiding geven tot onnodig gebruik van de zelftest waarbij een groot deel van de mensen die de test zal uitvoeren niet het geschikte risicoprofiel hebben zoals hoger beschreven.

Het beschikbaar stellen van genetische zelftesten voor de gebruiker vinden de huisartsen niet aanvaardbaar. Ook vindt men dat zelftesten die een impact hebben op derden enkel mogen uitgevoerd worden door de huisarts tijdens een consultatie. Dit blijkt ook in de literatuur nog een punt ter discussie, waar nog veel onderzoek moet gebeuren naar de mogelijke gevolgen voor de gebruiker bij het uitvoeren van een zelftest die mogelijks een ernstige aandoening aan het licht brengt (20). Een bevestiging van de diagnose en goede follow-up zijn hier cruciaal om te vermijden dat de patiënt dit nieuws alleen moet dragen (4).

Over de kostprijs van een zelftest voor de patiënt zijn huisartsen verdeeld, hierbij noemen zij bedragen van 5 tot 50 euro als mogelijke aankoopprijs van een zelftest. Eveneens over eventuele terugbetalingscriteria door de mutualiteit zijn er verschillende visies. Wel komt naar voor dat zelftesten, indien ze gebruikt worden, niet enkel toegankelijk mogen zijn voor het financieel sterker deel van de maatschappij. Te goedkoop zou volgens enkele artsen tot overconsumptie kunnen leiden. In de literatuur vinden we terug dat er inderdaad nog veel vragen zijn over de kosteneffectiviteit van zelftesten (35). De gemiddelde kostprijs in België voor een zelftest bedraagt tussen de 13-20 euro, voor HIV ligt deze rond de 30 euro (13).

6.2 Methodologie

Het aantal respondenten in deze studie is beperkt. Dit zorgt ervoor dat bepaalde statistische analyses niet naar behoren kunnen worden uitgevoerd. De respons rate in dit onderzoek bedraagt 12,1%, berekend volgens het aantallen huisartsen verbonden aan de verschillende huisartsenkringen. Hierin is het aantal actieve huisartsen lager dan het aantal geregistreerd bij het RIZIV. Hierdoor verkleinde mogelijks de onderzoekspopulatie. Door de beperkte respons werden de antwoorden, ingevuld door 2 huisartsen in opleiding welke binnen enkele maanden afstuderen, ook meegenomen in de resultaten.

Een verdere verklaring voor de lage respons rate is waarschijnlijk multifactorieel van oorzaak en moeilijk toe te kennen aan één of meerdere specifieke factoren daar deze niet te achterhalen zijn. De start van de survey werd bewust verschoven naar begin september, met als doel een hogere respons rate te bekomen, rekening houdend met de herinneringsmail die na 4 weken verstuurd werd, conform het protocol. Het doel was om zoveel mogelijk huisartsen te bereiken die hun vakantie reeds hadden afgesloten en het werk terug hadden hervat. Aangezien de GDPR wetgeving niet toelaat email adressen op te vragen van de huisartsen, verliep de communicatie via de huisartsenkringen, welke de mail naar hun leden stuurden. Hierdoor ging een deel van de persoonlijke controle over de verspreiding van de mail, naar de huisartsen toe, verloren. In die zin kan er dus niet nagegaan worden hoeveel huisartsen effectief de mail ontvangen hebben. Ook het tijdstip waarop de mail werd verstuurd en gelezen kan een invloed hebben op het antwoordgedrag van de huisartsen. 42% van de huisartsen die de enquête geopend hebben, hebben deze niet vervolledigd waardoor deze niet weerhouden werden. In de literatuur vinden we terug dat dit mogelijks te maken kan hebben met de eigenlijke opbouw van de survey of specifieke factoren in de privésfeer van de huisarts waaronder tijdsdruk. Lange werkuren, veel nevenactiviteiten en het aantal mails in de mailbox kunnen mogelijks een rol spelen bij het al dan niet openen of volledig invullen van de survey. Bovendien heeft eenieder zijn eigen interesses, psychologische vooroordelen waarom men meer of minder interesse kan tonen voor het onderwerp van de survey. Als laatste kunnen er eventuele voorgaande ervaringen met surveys een rol spelen in het al of niet deelnemen aan deze survey. Allen elementen die ook in de literatuur worden teruggevonden (48).

Bij de kwalitatieve verwerking van de open vragen werd geen jaartal van afstuderen vermeld zodat de anonimiteit van de gegeven antwoorden gegarandeerd blijft.

Op basis van het uitgevoerde onderzoek blijkt dat er geen significante associatie kan worden gevonden tussen het profiel van de artsen en hun visie over de vragen/stellingen rond zelftesten. Vaak is de steekproef in dit onderzoek te klein om op basis hiervan valide conclusies te trekken over het verschil in visie over zelftesten tussen mannelijke en vrouwelijke artsen, tussen oudere en jongere artsen of tussen artsen die reeds korter of langer dan 16 jaar actief zijn als huisarts. Meer valide resultaten hieromtrent kunnen worden bekomen bij een hoger aantal respondenten.

7 Besluit

Het gebruik van zelftesten zal naar alle waarschijnlijkheid verder zijn intrede doen in België. Hierbij is het echter essentieel om de gebruiker van de zelftest op een of andere manier voldoende te informeren, zodat de juiste zelftest gebruikt wordt en deze op een correcte manier uitgevoerd en geïnterpreteerd kan worden. Ook dient de algemene omkadering binnen de zorg verder uitgewerkt te worden om mogelijks een groter succes te verwezenlijken. Dit door verdere specificering van de controles door de overheidsorganen bovenop de CE- markeringen en opleiding voor de zorgverleners zodat mensen verder begeleid kunnen worden bij hun keuzes en tijdens de follow-up. Dit kan mogelijks ook op lokaal niveau en met speciaal oog voor een aantal risicogroepen, die nu minder overgaan tot zelftesten. Daar zelftesten mogelijks ook gebruikt worden door "worried well" en gebruikers die geen risico hebben op de aandoening, kan een betere integratie van de zelftest in de gezondheidszorg leiden tot gerichter testen, hetgeen de kosten/baten analyse eventueel ten goede kan komen. Het gebruik van reeds bestaande online applicaties kunnen hierbij ook een toekomstige rol spelen om de gebruiker meer informatie, begeleiding en opvolging van eigen gezondheid aan te bieden.

Zoals beschreven zijn er tal van voor- en nadelen op te sommen bij het gebruik van zelftesten. Bij de voordelen komt hoofdzakelijk de laagdrempeligheid van de zelftest naar voor bij de huisartsen. Ook het stimuleren van de gebruiker om meer te weten te komen over diens eigen gezondheid en de mogelijkse voordelen van zelftesten gekaderd op het vlak van screening.

Bij de nadelen treffen we vooral het creëren van onrust tot angst bij de patiënt als belangrijkste opmerking van de huisartsen. Verder wordt er getwijfeld of de gebruiker in staat is een gepaste zelftest te selecteren, deze steeds correct uit te voeren en deze vooral steeds correct te interpreteren. Dit zijn immers elementen die een invloed hebben op de betrouwbaarheid van de resultaten van de zelftest. Hieruit vloeit voort dat er meer kans is op onnodige onderzoeken en een overconsumptie van de gezondheidszorg.

Het gebruik van zelftesten voor genetische aandoeningen of aandoeningen met mogelijkse gevolgen voor derden kennen geen bijval tenzij uitgevoerd in de praktijk van de huisarts. Dit omdat huidig de mogelijke emotionele en psychologische gevolgen van zelftesten nog onvoldoende gekend zijn.

Verder onderzoek is nodig naar de globale financiële impact van zelftesten op het gezondheidssysteem en of deze al dan niet kostenefficiënt blijken te zijn of kunnen worden.

Om meer statistische verbanden en associaties te kunnen leggen in dit onderzoek, dient er een grotere onderzoekspopulatie te worden bereikt (bv. gans Vlaanderen). Extrapolaties zijn bijgevolg niet mogelijk maar dit onderzoek kan mogelijks wel indicatief zijn voor eventueel te verwachten resultaten binnen een grotere onderzoekspopulatie. Echter is het wel zo dat resultaten uit dit onderzoek, resultaten uit de literatuur lijken te bevestigen.

8 Referenties

1. Ryan A, Wilson S, Greenfield S, Clifford S, McManus RJ, Pattison HM. Range of self-tests available to buy in the United Kingdom: an Internet survey. J Public Health (Oxf). 2006;28(4):370-4.
2. Deutekom M, Bossuyt PMM. De toegenomen beschikbaarheid van doe-het-zelftests voor medische metingen. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde. 2007:901-4.
3. Tranberg M, Bech BH, Blaakær J, Jensen JS, Svanholm H, Andersen B. Preventing cervical cancer using HPV self-sampling: direct mailing of test-kits increases screening participation more than timely opt-in procedures - a randomized controlled trial. BMC Cancer. 2018;18(1):273.
4. den Oudendammer WM, Broerse JEW. Towards a decision aid for self-tests: Users' experiences in The Netherlands. Health Expect. 2019;22(5):983-92.
5. Grispen JE, Ronda G, Dinant GJ, de Vries NK, van der Weijden T. To test or not to test: a cross-sectional survey of the psychosocial determinants of self-testing for cholesterol, glucose, and HIV. BMC Public Health. 2011;11:112.
6. Elizaveta P. e-shopping: availability on internet of selftests, especially for STI/HIV diagnosis. 2014; accessed 2019 may 19.
7. Ickenroth M, Ronda G, Dinant G-J, van der Weijden T. Diagnostische zelftests: gebruik en betrouwbaarheid. Huisarts en wetenschap. 2015:pp 74–6.
8. Ibitoye M, Frasca T, Giguere R, Carballo-Diéguez A. Home testing past, present and future: lessons learned and implications for HIV home tests. AIDS Behav. 2014;18(5):933-49.
9. Smeets O, Martin Abello K, Zijlstra-Vlasveld M, Boon B. [E-health within the Dutch mental health services: what is the current situation?]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A8589.
10. Agoriavzw, beMedTechvzw. Aa. mHealthBelgium is the Belgian platform for mobile apps that are CE-marked as a medical device. 2020; accessed 2020 february 2. [Available from: https://mhealthbelgium.be/.
11. Rodin A, Shachak A, Miller A, Akopyan V, Semenova N. Mobile Apps for Eye Care in Canada: An Analysis of the iTunes Store. JMIR Mhealth Uhealth. 2017;5(6):e84.
12. TestAankoop. Zelftests. 2019; accessed 2020 january 12. [Available from: https://www.test-aankoop.be/gezond/gezondheidszorg/medische-hulpmiddelen/dossier/zelftests.
13. Sensoa. HIV Test. 2020; accessed 2020 march 15. [Available from: https://www.allesoverseks.be/hiv-test.
14. Ickenroth MH, Ronda G, Grispen JE, Dinant GJ, de Vries NK, van der Weijden T. How do people respond to self-test results? A cross-sectional survey. BMC Fam Pract. 2010;11:77.
15. Binnenlandse zaken Ez, Sociale zaken, Volksgezondheid en leefmilieu. Koninklijk besluit betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitro diagnostiek. 2001; accessed 2019 may 26. [Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2001111446&table_name=wet.
16. STEMERDING D, VAN RIJSWOUD E, SWINKELS DW. Zelftests: zelfbeschikking of professionele bescherming? Nederlands Tijdschrift Klinische Chemische Labgeneeskunde. 2008;33(35):4.
17. Katz ML, Zimmermann BJ, Moore D, Paskett ED, Reiter PL. Perspectives from health-care providers and women about completing human papillomavirus (HPV) self-testing at home. Women Health. 2017;57(10):1161-77.
18. Ickenroth MH, Grispen JE, Ronda G, Tacken M, Dinant GJ, de Vries NK, et al. Motivation and experiences of self-testers regarding tests for cardiovascular risk factors. Health Expect. 2014;17(1):60-72.
19. Nationaleraadordederartsen. Verkoop van zelftesten in apotheken. 2017; accessed 2019 march 17. [Available from: https://www.ordomedic.be/nl/adviezen/advies/verkoop-van-zelftesten-in-apotheken.

20. Pant Pai N, Bhargava M, Joseph L, Sharma J, Pillay S, Balram B, et al. Will an unsupervised self-testing strategy be feasible to operationalize in Canada? Results from a pilot study in students of a large canadian university. AIDS Res Treat. 2014;2014:747619.
21. Nielen MM, Schellevis FG, Verheij RA. The usefulness of a free self-test for screening albuminuria in the general population: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2009;9:381.
22. Kearns AJ, O'Mathúna DP, Scott PA. Diagnostic self-testing: autonomous choices and relational responsibilities. Bioethics. 2010;24(4):199-207.
23. Hurt CB, Powers KA. Self-testing for HIV and its impact on public health. Sex Transm Dis. 2014;41(1):10-2.
24. Panteia. Effecten van preventief zelfonderzoek op zorgkosten. 2014; accessed 2019 may 26. [Available from: https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvgs5kjg27kof_j9vvij5epmj1ey0/vjlv9zxxeoyn/f=/blg360546.pdf.
25. Grispen JE, Ickenroth MH, de Vries NK, Dinant GJ, Ronda G, van der Weijden T. Improving behaviour in self-testing (IBIS): Study on frequency of use, consequences, information needs and use, and quality of currently available consumer information (protocol). BMC Public Health. 2010;10:453.
26. Ten Hoor G, Hoebe CJ, van Bergen JE, Brouwers EE, Ruiter RA, Kok G. The influence of two different invitation letters on Chlamydia testing participation: randomized controlled trial. J Med Internet Res. 2014;16(1):e24.
27. WHO. HIV rapid diagnostic tests for self-testing. 2018; accessed 2019 january 13. [Available from: https://unitaid.org/assets/HIVST-landscape-report.pdf.
28. den Daas C, Sukel B, Bos H, van den Broek I. Evaluation and enumeration of online test providers for sexually transmitted infections, specifically chlamydia, in the Netherlands. Sex Transm Infect. 2019;95(5):380-5.
29. Ryan A, Ives J, Wilson S, Greenfield S. Why members of the public self-test: an interview study. Fam Pract. 2010;27(5):570-81.
30. Devroey D, Van Casteren V, Sasse A. How are patients informed about their HIV test results? Fam Pract. 2002;19(2):125-7.
31. Peck RB, Lim JM, van Rooyen H, Mukoma W, Chepuka L, Bansil P, et al. What should the ideal HIV self-test look like? A usability study of test prototypes in unsupervised HIV self-testing in Kenya, Malawi, and South Africa. AIDS Behav. 2014;18 Suppl 4:S422-32.
32. CM. Zelftesten. 2020; accessed 2020 february 9. [Available from: https://www.cm.be/ziekte-en-behandeling/zelftesten.
33. Ronda G, Portegijs P, Dinant GJ, Buntinx F, Norg R, van der Weijden T. Use of diagnostic self-tests on body materials among Internet users in the Netherlands: prevalence and correlates of use. BMC Public Health. 2009;9:100.
34. Shah SG, Barnett J, Kuljis J, Hone K, Kaczmarski R. Factors determining patients' intentions to use point-of-care testing medical devices for self-monitoring: the case of international normalized ratio self-testing. Patient Prefer Adherence. 2013;7:1-14.
35. Hall JM, Fowler CF, Barrett F, Humphry RW, Van Drimmelen M, MacRury SM. HbA. Diabet Med. 2019.
36. Scott PA. Unsupervised self-testing as part public health screening for HIV in resource-poor environments: some ethical considerations. AIDS Behav. 2014;18 Suppl 4:S438-44.
37. Bain LE, Ditah CM, Awah PK, Ekukwe NC. Ethical implications of HIV self-testing: the game is far from being over. Pan Afr Med J. 2016;25:114.
38. Flynn KE, Smith MA, Vanness D. A typology of preferences for participation in healthcare decision making. Soc Sci Med. 2006;63(5):1158-69.
39. Guitton S, Rabiaza A. [Which information is given during the purchase of an HIV self-test in a Caen pharmacy? A Comprehensive transversal and observational study using surveys, without modification of practice]. Ann Pharm Fr. 2018;76(5):355-60.

40. Gray C, Lobo R, Narciso L, Oudih E, Gunaratnam P, Thorpe R, et al. Why I Can't, Won't or Don't Test for HIV: Insights from Australian Migrants Born in Sub-Saharan Africa, Southeast Asia and Northeast Asia. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(6).
41. Janssen R, Engel N, Esmail A, Oelofse S, Krumeich A, Dheda K, et al. Alone But Supported: A Qualitative Study of an HIV Self-testing App in an Observational Cohort Study in South Africa. AIDS Behav. 2020;24(2):467-74.
42. ECDC. An overview of the rapid test situation for COVID-19 diagnosis in the EU/EEA. 2020; accessed 2020 april 19. [Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-rapid-test-situation-for-COVID-19-diagnosis-EU-EEA.pdf.
43. FAGG. Koninklijk besluit tot instelling van een verbod op de terbeschikkingstelling, de ingebruikname en het gebruik van snelle tests voor het meten of opsporen van antilichamen met betrekking tot het SARS-COV-2-VIRUS. 2020; accessed 2020 may 5. [Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2020031703&table_name=wet.
44. Zhe Du Fengxue ZFGBY, Tianbing Wang. Detection of antibodies against SARS-CoV-2 in patients with COVID-19. Journal of medical virology. 2020; accessed 2020 may 3.
45. DeMeyer. J. Visie over zelftests en gedroogde bloedspots (dried blood spot sampling) in apotheek. 2016-2017;accessed december 2018. [Available from: https://users.ugent.be/~cstove/Enquete_zelftests.pdf.
46. DeMeyer. J. Visie van de diverse gezondheidsactoren over zelftests point of care tests en dried blood spot sampling in de apotheek. 2017;accessed 2018 december.
47. Boerma WG, van den Brink-Muinen A. Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe: a signal to health care planners. Med Care. 2000;38(10):993-1002.
48. Ronald R. Rindfuss MKC, Noriko O. Tsuya, Larry L, Bumpass, Emi Tamaki. Do low survey response rates bias results? Evidence from Japan. 2015; accessed 2020 february 9.

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1: Protocol

Protocol:
De visie van de huisarts over het gebruik van zelftesten door de patiënt

Achtergrond

In tijden van toegenomen internetverkoop en autonoom handelen van mensen kunnen zelftesten een belangrijke plaats innemen in het gezondheidszorglandschap. Onder zelftesten verstaan we diagnostische - en monitoringstesten, om een ziekte of risicofactor aan te tonen of op te volgen. Dit gebeurt op eigen initiatief, zonder tussenkomst van een arts, waarbij de uitslag uitsluitend aan de gebruiker bekend wordt gemaakt. Afhankelijk van de test wordt er gebruik gemaakt van volgende lichaamsstoffen voor het opsporen van een biomerker: bloed, urine, speeksel of stoelgang.

Voor het bewaken van de kwaliteit en veiligheid van deze in vitro diagnostic devices (IVD) binnen Europa, is het verplicht een CE markering te vermelden op de verpakking. De aanwezigheid van een CE markering op de verpakking van een zelftest is bijgevolg een belangrijke veiligheidsmerker voor de patiënt die tegenwoordig graag producten online bestelt en thuis laat leveren. Echter hierdoor ontbreekt vaak de juiste omkadering die een huisarts of apotheker kan bieden. (begeleiding, gebruik test, juist aflezen test, interpretatie resultaten, emotionele opvang, opstarten behandeling).

De huidige generatie zelftesten die op de markt beschikbaar zijn, kunnen geen 100% sensitiviteit of specificiteit bieden. Vaak valt het vastgestelde % door de fabrikant dan ook nog lager uit in de praktijk door het niet volledig opvolgen van de instructies of niet aflezen van het resultaat op het juiste moment. De voorspellende waarde van een test berust daarentegen niet enkel op de specificiteit en sensitiviteit maar ook op de prevalentie van de aandoening. Doordat de voorspellende waarde van de test lager zal zijn in de thuissituatie dan bij de huisarts, is er ook meer kans op vals positieve en vals negatieve resultaten.

Zelftesten hebben het potentieel om het selfempowerment van de patiënt met betrekking tot zijn gezondheid verder te vergroten. De patiënt kiest zelf of hij een test uitvoert, zo kan hij zelf mee verantwoordelijkheid opnemen voor zijn gezondheid. De privacy van de patiënt blijft gewaarborgd en de drempel tot het kopen van een test is lager dan een consultatie bij de huisarts. Bovendien is het uitvoeren van de zelftest in de privésfeer minder stigmatiserend (vb. bij HIV test).

Naast deze positieve elementen moet er toch kritisch worden stilgestaan bij het gebruik van zelftesten. Zo zijn niet alle patiënten voorbereid of in staat om met een tegenvallend resultaat om te gaan en vallen deze zo mogelijk in een isolement of raken zij in paniek door een gebrek aan counseling. Het uitsluitend verkopen van de zelftesten via een apotheker kan meer zekerheid bieden omtrent de veiligheid en houdbaarheid van de zelftest en de bijkomende begeleiding van de patiënt. Een ander gevaar schuilt in het verzamelen van epidemiologische gegevens, momenteel worden deze vaak verzameld aan de hand van gegevens afkomstig van referentielaboratoria. Door het gebruik van zelftesten kan deze informatie deels verloren gaan.

Verder is er nog weinig gekend over de finale kostprijs van zelftesten. Vals positieve resultaten geven aanleiding tot extra onderzoeken of het onnodig of verkeerdelijk zelfmediceren van de patiënt, terwijl vals negatieve resultaten een gevoel van geruststelling geven terwijl er wel een

probleem is. Aandoeningen die op deze manier niet tijdig opgespoord worden, zullen bij detectie in een latere fase aanleiding geven tot een uitgebreidere behandeling die veel duurder uitvalt.

Zelftesten zijn vaak ook screeningstesten die nadien moeten geverifieerd worden in geval van een positief resultaat. Een vraag die regelmatig terugkomt is of het juiste publiek de zelftest gebruikt, namelijk de patiënt die effectief kans heeft om de ziekte te hebben. De commercialisering van de zelftesten vergroot de groep die de zelftest zal uitproberen maar niet noodzakelijk de patiënten die echt kans maken op het doormaken of ontwikkelen van de ziekte.

Doordat er duidelijk voor –en nadelen zijn verbonden aan de zelftesten kan men zich de vraag stellen of deze een meerwaarde bieden binnen het gezondheidslandschap. Momenteel is de huisarts niet zelden het eerste aanspreekpunt en ook aanvrager van een divers gamma aan screenings en diagnostische testen. Vandaar dat in deze masterproef zal worden getoetst hoe deze groep zorgverstrekkers staat tegenover zelftesten en/of zij hierin voordelen of eerder nadelen zien.

Objectieven

De studie heeft als doel een antwoord te vormen betreffende de volgende onderzoeksvraag: Wat is de visie van de huisarts over het gebruik van zelftesten bij de patiënt?

Primair objectief:
Bieden zelftesten een meerwaarde volgens huisartsen? Vinden zij zelftesten een goede aanvulling op de huidige praktijkvoering? Zien zij in zelftesten gevaren/voordelen? Hoe moeten zelftesten verkrijgbaar zijn? Vinden zij zelftesten veilig? Zijn zij vertrouwd met de werking en de mogelijkheden van zelftesten?

Secundair objectief:
Hoe zien huisartsen de toekomst van zelftesten? Zullen zelftesten finaal kostenefficiënt zijn?

Methodologie

Studieontwerp

Een prospectieve cross-sectionele studie met een online survey.

Steekproefgrootte

Er zal in deze studie naar een onderzoekspopulatie van 430 huisartsen gestreefd worden.

Onderzoekspopulatie en sampling plan

Huisartsen van de regio Zuid- Oost Vlaanderen waarbij alle actieve huisartsen (zowel solo als groepspraktijken) worden geïncludeerd.

Data collectie en management

Huisartsen zullen via mail worden gecontacteerd. Data zullen worden verzameld uit een online enquête (Limesurvey). De vragenlijsten zullen beschikbaar zijn in het Nederlands in de periode tussen 1 augustus 2019 tot 31 oktober 2019. Tot 4 weken na de start van de enquête kan een herinneringsmail worden gestuurd als motivatie voor zij die de enquête nog niet of onvolledig hebben ingevuld.

Inhoud van de survey

Vragenlijst voor de huisarts

De enquête zal bestaan uit een vragenlijst bedoeld voor huisartsen. Binnen deze enquête zijn volgende punten opgenomen: Demografische gegevens van huisartsen; vragen over de kennis en werking van zelftesten; vragen over de meerwaarde van zelftesten; vragen omtrent de beschikbaarheid van zelftesten; vragen over de veiligheid, kwaliteit en betrouwbaarheid van zelftesten; vragen over ethische aspecten van zelftesten; vragen over financiële aspecten van zelftesten; vragen over de toekomst van zelftesten

Volledige vragenlijst: zie bijlage 1: vragenlijst

Dataverwerking

De bekomen antwoorden van de deelnemers zullen automatisch worden opgeslaan in de LimeSurvey database. Eens deze wordt afgesloten, zullen de resultaten worden verwerkt. Enkel surveys die volledig worden ingevuld zullen verder worden verwerkt en geanalyseerd. Bij de verwerking van de resultaten zal worden gebruik gemaakt van SPSS. De verwerking van de resultaten zal hoofdzakelijk descriptief zijn. Hierin zal eveneens worden gezocht naar bepaalde associaties (vb. welk profiel van arts is meer of minder geneigd om zelftesten als een goede aanvulling te zien)

Rapportering

De resultaten bekomen uit deze enquêtes zullen worden gepresenteerd in uitgeschreven werk.

28/02/19
Wouter

9.2 Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

PROF. DR. D. DEVROEY
VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE
VUB

Brussel, 20-03-2019

Ons Kenmerk: 2019/078

ADVIES VAN DE COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK

Betreft:
De visie van de huisarts over het gebruik van zelftesten door de patiënt
B.U.N. 143201939500

Na kennis genomen te hebben van de documenten betreffende het bovensvermelde project, besluit de Commissie Medische Ethiek tijdens de vergadering van 20 maart 2019

dat de voorziene studie mag ondernomen worden.

Deze goedkeuring blijft geldig voor de duur van het project. De Commissie wenst een jaarlijks overzicht van de stand van zaken van het project te ontvangen. De studieresultaten dienen overgemaakt te worden aan de Commissie bij het beëindigen van de studie. Zij herinneren de verantwoordelijke van het experiment eraan dat dit experiment onder zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zal worden uitgevoerd. Het gunstig advies van de Commissie betekent geenszins dat de Commissie de verantwoordelijkheid van het experiment op zich neemt. De Commissie Medische Ethiek werkt en is georganiseerd volgens de richtlijnen van ICH-GCP.

Met de meeste hoogachting,

prof. dr. M. Deneyer, voorzitter

Universitair Ziekenhuis Brussel

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK (O.G. 016)
Reflectiegroep Biomedische Ethiek
Laarbeeklaan 101
1090 BRUSSEL

Tel + 32 2 477 55 84
Fax + 32 2 477 55 94
commissie.ethiek@uzbrussel.be

Meeting date: 20-03-2019
Ons kenmerk: 2019/078

MEMBERS OF THE MEDICAL ETHICS COMMITTEE UZ BRUSSEL - VUB
(since 20-02-2019)

Name	Function	Gender
Prof. Dr. M. Deneyer, MD, PhD	CHAIRMAN Pediatrics UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Van Scharen, LLM	VICE- CHAIRMAN Legal Expert UZ Brussel	F
Dr. Y. Adriaenssens, MD	General Practitioner Mechelen	M
Dr. K. Beeckman, PhD	Nursing and Midwifery research group UZ BRUSSEL	F
Mrs. B. Blommaert	Nurse UZ BRUSSEL	F
Dr. A. Bretz, MD	Medical Oncology /Radiotherapy UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. F. Cools, MD, PhD	Neonatology UZ BRUSSEL	M
Dr. Apr. P.-J. Cortoos, PhD	Pharmacist UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. C. de Asmundis, MD, PhD	Cardiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Forget, MD, PhD	Anesthesiology UZ BRUSSEL	M
Prof. Dr. P. Lacor, MD	Internal Medicine UZ BRUSSEL	M
Mrs. A. Lintermans	Patient representative External Member	F
Prof. Dr. C. Schotte, PhD	Clinical Psychology UZ BRUSSEL	M
Prof. Apr. I. Smolders, PhD	Pharmacology - Faculty of Medicine and Pharmacy VUB	F
Dr. K. Vergaelen, MD	Intensive Care UZ BRUSSEL	F
Prof. Dr. I. Willekens, MD, PhD	Radiology UZ BRUSSEL	F

If member of the Ethics Committee, the investigator does not participate to the vote

9.3 Bijlage 3: Vragenlijst

Demografische gegevens:

- Wat is uw geslacht? M/V/X
- Wat is uw leeftijd? <30 jaar/ 31-50 jaar/51-65 jaar/>65 jaar
- In welk jaar hebt u uw diploma van huisarts behaald? ____
- Hoeveel jaren bent u actief als praktiserend huisarts? <5j/5-15j/16-30/>30 j

Kennis/werking van zelftesten:

- Hoeveel patiënten zijn er al op consultatie gekomen naar aanleiding van het resultaat van een zelftest? Geen/1-10/11-20/>20
- Over welke zelftest ging het? _____

Geef aan in welke mate u akkoord gaat met de volgende stellingen: (Duid aan op de Likert-schaal)

- U beschikt over voldoende kennis over de werking en het gebruik van zelftesten
- U heeft een goed inzicht in welke zelftesten op de markt verkrijgbaar zijn

Meerwaarde van zelftesten: (Duid aan op de Likert-schaal)

- Ik vind het gebruik van zelftesten door patiënten een meerwaarde in de gezondheidszorg
- Het gebruik van zelftesten door patiënten is een goede aanvulling in mijn praktijkvoering
- Het inzicht in de eigen gezondheid verbetert door het gebruik van zelftesten (45, 46)
- De kans dat een onderliggende ziekte wordt opgespoord is groter door het invoeren van zelftesten (45, 46)
- De zelftesten passen in de evolutie van "patient centered care" en "patient empowerment", waarin de patiënt zelf de verantwoordelijkheid draagt voor zijn gezondheid (45, 46)

Beschikbaarheid van zelftesten: (Duid aan op de Likert-schaal)

- Het is een goed idee dat diagnostische zelftesten vrij verkrijgbaar zijn (internet, winkelketen,…)
- Het is een goed idee dat zelftesten enkel verkrijgbaar zijn via de apotheker

Veiligheid/ kwaliteit/betrouwbaarheid van zelftesten: (Duid aan op de Likert-schaal)

- Het is betrouwbaarder een arts te contacteren voor een diagnose dan het uitvoeren van een zelftest
- Zelftesten zijn even betrouwbaar als testen uitgevoerd in een klinisch labo
- Ik hecht geen belang aan het resultaat van een zelftest
- In geval van een negatief resultaat ben ik geneigd om toch bijkomend onderzoek uit te voeren
- In geval van een positief resultaat ben ik geneigd om toch bijkomend onderzoek uit te voeren
- De doorsnee patiënt is in staat om diagnostische zelftests op een correcte manier uit te voeren, zonder extra uitleg (buiten de instructies bij het product) (45, 46)
- De doorsnee patiënt kan de zelftest op een correcte manier interpreteren, zonder extra uitleg (buiten de instructies bij het product) (45, 46)
- Gebrek aan begeleiding bij de interpretatie van het resultaat vormt een probleem (45, 46)
- Door gebrek aan begeleiding wordt de kans gemist op deskundig advies met betrekking tot preventie en behandeling (45, 46)
- Een zelftests kan de patiënt meer angst bezorgen dan nodig is, doordat de kans op een vals positief resultaat groter is dan een klassiek onderzoek bij een arts (45, 46)

Ethische aspecten zelftesten: (Duid aan op de Likert-schaal)

- Genetische diagnostische zelftesten zijn aanvaardbaar
- Zelftesten waarvan het resultaat ook een impact heeft op het leven van derden of familieleden mogen enkel worden uitgevoerd als een (huis)arts de patiënt hierover op consultatie ziet (voorbeelden van dergelijke testen: SOA-testen, mannelijke vruchtbaarheid,…)

Financieel aspect zelftesten: (Duid aan op de Likert-schaal)

- Commercialisering geeft aanleiding tot onnodig gebruik van de zelftest: een groot deel van de mensen zonder risicoprofiel zal de test uitvoeren (45, 46)
- Zelftesten zijn kostenefficiënt voor de gezondheidszorg (45, 46)

Toekomst zelftesten: (Duid aan op de Likert-schaal)

- Ik zou in de toekomst graag vaker 'diagnostische' zelftesten laten gebruiken door mijn patiënten
- De patiënt(e) zal in de toekomst minder een (huis)arts contacteren in geval hij/zij meer gebruik maakt van zelftesten
- Het gebruik van zelftesten zal finaal aanleiding geven tot een verlies van epidemiologische gegevens

Open vragen:

- Wat zijn volgens u de grote gevaren bij het gebruik van zelftesten? (open tekstvak)
- Wat zijn volgens u de grote voordelen bij het gebruik van zelftesten? (open tekstvak)
- Hoeveel mag een zelftest volgens u kosten? (open tekstvak)