

Multiple case-finding in een huisartspraktijk

C.P. VAN LIDTH DE JEUDE
M.M. KUYVENHOVEN
R.A. DE MELKER

Gedurende drie jaar is onderzocht of multiple case-finding in een huisartspraktijk uitvoerbaar is, en hoe de patiënten deze vorm van preventie ervaren. De onderzoeksgroep bestond uit alle 407 patiënten die aan het begin van het onderzoek 35-55 jaar oud waren en gedurende de gehele onderzoeksperiode waren ingeschreven. De beschermingsgraad varieerde na drie jaar van 73 (uitstrijkje) tot circa 85 procent (bloeddruk, gewicht, roken en borstzelfonderzoek). Case-finding van bloeddruk, roken en gewicht vond plaats bij 97 procent van de mensen die het spreekuur bezochten; met betrekking tot borstzelfonderzoek en uitstrijkje bedroegen die percentages respectievelijk 86 en 72 procent. De ervaringen van de patiënten waren zeer gunstig; alleen het aan de orde stellen van roken werd iets minder gunstig ervaren.

Van Lidth de Jeude CP, Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Multiple case-finding in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991; 34(12): 546-50.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

Dr. C.P. van Lidth de Jeude, huisarts te Huizen; Mw. Dr. M.M. Kuyvenhoven, socioloog; Prof. dr. R.A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: Dr. C.P. van Lidth de Jeude.

Inleiding

Case-finding en bevolkingsonderzoek zijn twee vormen van secundaire preventie: het opsporen van een ziekte in een asymptomatisch stadium.¹ Bij bevolkingsonderzoek worden gezonde mensen uitgenodigd voor een onderzoek, terwijl bij case-finding mensen die op het spreekuur komen – onafhankelijk van de gepresenteerde klachten – worden onderworpen aan vroege diagnostiek.²

Case-finding door de huisarts valt mogelijk te prefereren boven bevolkingsonderzoek. De huisarts kent zijn patiënten en hun omstandigheden, en op basis van deze kennis kan hij 'vissen in visrijk water' – wat *Van den Dool* 'anticiperende geneeskunde' heeft genoemd.³ Bij een eventueel positief resultaat kan de huisarts de patiënt goed begeleiden bij de vereiste nadere diagnostiek en een mogelijke gang door de curatieve gezondheidszorg.⁴

Van Weel heeft laten zien dat case-finding van hoge bloeddruk en baarmoederhalskanker mogelijk is.⁵ Het gelijktijdig uitvoeren van een groter aantal preventieve activiteiten (multiple case-finding) was echter nog niet onderzocht. Daarnaast was het de vraag of een ongevraagd preventief aanbod wel *geoorloofd* is, en of de hulpvraag er niet onder lijdt.⁶ Ongeveer de helft van de huisartsen zou overwegende bezwaren hebben tegen preventie vanwege de mogelijk nadelige effecten.^{7,8} Onderzoek naar deze effecten is echter schaars.⁹⁻¹¹

De vraagstelling van dit onderzoek was:

- Wat is na drie jaar de opbrengst van case-finding in een huisartspraktijk met betrekking tot bloeddruk, roken, gewicht, borstzelfonderzoek en uitstrijkje?
- Hoe oordelen patiënten over case-finding?

Methode

Het onderzoek vond plaats in de periode 1985-1987 in een huisartspraktijk die deel uitmaakt van een groepspraktijk. Ten tijde van het onderzoek telde de praktijk circa 2000 patiënten, onder wie relatief veel jonge gezinnen en veel particulier verzekerden.

De onderzoeksgroep bestond uit alle patiënten die per 1 januari 1985 35-55 jaar oud waren, en gedurende de gehele onderzoeksperiode tot de praktijk behoorden. Patiënten die reeds bekend waren met hypertensie of borst- of baarmoederafwijkingen, kwamen niet in aanmerking voor case-finding, evenmin als vrouwen die reeds onder controle stonden wegens een verhoogde kans op borst- of baarmoederhalskanker.

De groene NHG-kaarten van alle leden van de onderzoeksgroep werden voorzien van een sticker waarop kon worden aangegeven of case-finding had plaatsgevonden (*figuur*). De verdere gegevens met betrekking tot de case-finding werden genoteerd op een aparte registratiekaart; het *kader* op pag. 532 geeft een overzicht van de wijze waarop gegevens van de vijf preventieve activiteiten werden verkregen en genoteerd. Soms werden verschillende consulten gebruikt om alle preventieve activiteiten uit te voeren. Voor het maken van een uitstrijkje werd de patiënten gevraagd een afspraak te maken.

Begin 1988 werden de ervaringen van de

Figuur De sticker.

	A	B	Bo	C	D	E	F	G	H	I
naam	Ser Aar									
adres	Streekheeg									
tel.	50039									
bldgr.										
Rh.										
anti-D										
psychosociaal										
vader										
chronische m										
fam:	man									
lobjectief										
evaluat										
	2 ^e huwelijk									
	12a PAD III									

patiënten gemeten met behulp van een schriftelijke vragenlijst. Eerst werd per preventieve activiteit gevraagd naar de globale ervaringen van de patiënt; daarna werd doorggevraagd naar de mogelijke schade die door de case-finding aan het consult was toegebracht. Tenslotte werd gevraagd naar de algemene opvattingen van de patiënt over vroege diagnostiek en case-finding.

De vragenlijsten zijn anoniem, onder nummer verwerkt.

De gegevens over de case-finding zijn verzameld door de onderzoeker. Als meetinstrumenten werden een – geijkte – bloeddrukmeter, weegschaal en meetlat gebruikt. De cervixuitstrijkjes werden routinematig beoordeeld door het ziekenhuis.

De betrouwbaarheid van de gegevens op de registratiekaarten is gecontroleerd door 5 procent van de kaarten te vergelijken met de patiëntenkaarten.

De gegevens van de registratiekaarten zijn gecodeerd door de onderzoeker; 5

procent van de gegevens werd tevens gecodeerd door een student-assistent.

De gegevens van de vragenlijsten werden gecodeerd door de onderzoeker en de student-assistent; 5 procent werd door beiden gecodeerd om de *intra*-codeursbetrouwbaarheid te kunnen bepalen, en nog eens 5 procent ter bepaling van de *inter*-codeursbetrouwbaarheid.¹³

De mate waarin case-finding heeft plaatsgevonden, is bepaald aan de hand van drie parameters:

- *Opsporing*: Het percentage patiënten dat case-finding heeft ondergaan, op basis van het aantal *spreekuurbezoekers* dat voor case-finding in aanmerking kwam (dus exclusief 'reeds bekend').
- *Opsporingsgraad*: het percentage patiënten dat case-finding heeft ondergaan, op basis van de *totale onderzoeksgroep* voor zover die voor case-finding in aanmerking kwam (exclusief 'reeds bekend').

- *Beschermingsgraad*: het percentage patiënten dat case-finding heeft ondergaan of 'reeds bekend' was, op basis van de *totale onderzoeksgroep* (dus inclusief 'reeds bekend').

De verschillen zijn getoetst met de Chi²-toets, behalve als het totaal aantal patiënten in de kruistabel kleiner was dan 40. Bij de vierveldentabellen is de Yates-correctie toegepast. De ervaringen van de patiënten zijn getoetst met de t-toets voor het verschil in gemiddelden, waarbij een onbetrouwbaarheidsdrempel van 5 procent is gehanteerd.

Resultaten

Bij het begin van het onderzoek telde de praktijk 499 patiënten van 35-55 jaar. Tijdens het onderzoek verlieten 92 patiënten de praktijk. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 201 mannen en 206 vrouwen.

De gegevens over 'reeds bekende' patiënten en over het aantal consulten op de registratiekaart en de patiëntenkaart bleken goed met elkaar in overeenstemming.

De *inter*-codeursbetrouwbaarheid bedroeg voor beide series gegevens 98 procent, terwijl de *intra*-codeursbetrouwbaarheid bij de vragenlijst 95 procent bedroeg.

Na één jaar had 62 procent van de onderzoeksgroep het spreekuur bezocht, na twee jaar 80 procent en na drie jaar 89 procent (94 procent van de vrouwen, 84 procent van de mannen). Patiënten van 35-39 en 45-49 jaar kwamen vaker dan patiënten van 40-44 en 50-55 jaar. De verzekeringsvorm maakte geen verschil.

Case-finding

Bij de bloeddruk, het roken en het gewicht was de *opsporingsgraad* meer dan 80 procent, bij het borstzelfonderzoek bijna 80 procent. Bij het uitstrijkje was dat slechts 60 procent. De *beschermingsgraad* bedroeg in alle gevallen omstreeks 80 procent (tabel I).

Bloeddruk, roken en gewicht werden bij 97 procent van de spreekuurbezoekers onderzocht. Voor borstzelfonderzoek en uitstrijkjes was dat respectievelijk 86 en 72 procent. Bij de bloeddruk, het roken en het

De preventieve activiteiten

Bloeddruk

Gemeten met een kwikmeter met een manchet van 14×38 cm (luchtkamer) bij zittende patiënt. De meting vond plaats na drie minuten rust aan de linkerarm. Diastolische waarde: verdwijnen van het geluid (Korotkow-fase V); bij waarden ≥140 mm Hg systolisch en/of ≥90 mm Hg diastolisch volgde hermeting tijdens twee volgende consulten; de laatste meting werd gebruikt. Voor de indeling golden de criteria van de WHO:

- normaal <140 mm Hg systolisch en/of <90 mm Hg diastolisch;
- borderline ≥140 en <160 mm Hg systolisch en/of ≥90 en <95 mm Hg diastolisch;
- hypertensie ≥160 mm Hg systolisch en/of ≥95 mm Hg diastolisch.¹²

Rookgedrag

- niet roken;
- <10 sigaretten/dag en/of pijp- en/of sigaarroker;
- 10-20 sigaretten/dag;
- >20 sigaretten/dag;

Gewicht

Gemeten met een vloerweegschaal; de eerste keer werd tevens de lengte gemeten. Een score >1,1 op de Broca-index – gewicht in kg/(lengte in cm – 100) – komt ongeveer overeen met een score >27 op de Quetelet-index, hetgeen overgewicht betekent.¹³

Borstzelfonderzoek

- regelmatig: borstzelfonderzoek wordt eens per maand gedaan;
- soms: borstzelfonderzoek wordt eens per 2-6 maanden gedaan;
- zelden: minder dan eens per 6 maanden of nooit.

Uitstrijkje

Met een houten puntige spatel (ayre-spatel). Beoordeling in een streekziekenhuis volgens de classificatie van Papanicolaou (oude indeling): onvoldoende materiaal; geen endocervicale cellen; Pap I normaal; Pap II ontstekingsbeeld of lichte dysplasie; Pap IIIA matige dysplasie; Pap IIIB ernstige dysplasie; Pap IV carcinoma in situ; Pap V carcinoma.

gewicht was er een duidelijk geslachtsverschil, dat echter gebaseerd is op een verschil in spreekuurbezoek. Er was geen noemenswaardige samenhang tussen enerzijds leeftijd of verzekeringsvorm en anderzijds opsporings- en beschermingsgraad.¹³

- Bij 7 procent van de patiënten bij wie de bloeddruk werd gemeten, was deze afwijkend (tabel 2). Bij drie patiënten werd hypertensie vastgesteld, bij vijf een *borderline* bloeddruk. Daarnaast werd bij 14 mensen een- of tweemaal een verhoogde bloeddruk gemeten (11 mannen, 3 vrouwen).

- Een derde van de onderzochte patiënten rookte, meer mannen dan vrouwen (tabel 3); van hen rookte ruim een kwart meer dan 10 sigaretten per dag.

- Een op de zes onderzochte patiënten had *overgewicht* (tabel 4); er was geen significant verschil tussen mannen en vrouwen.

- Van de 158 ondervraagde vrouwen antwoordde 30 procent geen *borstzelfonderzoek* uit te voeren, 41 procent deed dat soms en 29 procent regelmatig.

- In totaal 179 vrouwen kwamen in aanmerking voor een *uitstrijkje*; 123 hebben er ook een laten maken. Bij 18 procent kwamen geen endocervicale cellen in het uitstrijkje voor en bij 81 procent was de uitslag normaal (Pap I of II). Verder had één vrouw een Pap IIIA. Deze patiënte is wegens bijzondere omstandigheden verwezen naar de gynaecoloog.

Ervaringen/opvattingen patiënten

Achttien personen van de onderzoeksgroep kregen om uiteenlopende redenen geen vragenlijst toegestuurd. Van de 389 verzonden vragenlijsten werden er 344 (88 procent) ingevuld teruggestuurd. Er was geen verschil in respons naar geslacht, leeftijd of verzekeringsvorm. Patiënten die niet op het spreekuur waren geweest en patiënten die meer dan 10 sigaretten per dag rookten, bleken ondervertegenwoordigd.

Vanzelfsprekend hadden vrijwel alle vrouwen het maken van het uitstrijkje opgemerkt. Slechts de helft van de patiënten kon zich echter de vragen naar het roken herinneren en vier op de vijf het opnemen van de bloeddruk, terwijl circa 70 procent de activiteiten gericht op het gewicht en het borstzelfonderzoek had opgemerkt.

Tabel 2 Opsporingsgraad, beschermingsgraad en opsporing. Percentages.

Preventieve activiteit	Opsporingsgraad			Beschermingsgraad			Opsporing		
	Tot.	M	V	Tot.	M	V	Tot.	M	V
Bloeddruk	82	76	89*	86	81	91*	97	97	97
Roken	86	81	92*	86	81	92*	97	97	97
Gewicht	86	81	92*	86	81	92*	97	97	97
BZO	77	nvt	77	82	nvt	82	86	nvt	86
Uitstrijkje	60	nvt	60	73	nvt	73	72	nvt	72

*Chi² = significant; p ≤ 0,05.

Tabel 3 Uitkomst opsporing bloeddruk. Percentages.

Bloeddruk	Mannen (n=153)	Vrouwen (n=183)	Totaal (n=336)
Normaal	90	96	93
Borderline	1,5	1,5	2
Hypertensie	1,5	1	1
Hypertensie?*	7	1,5	4

* ≥ 95 mmHg diastolisch en/of ≥ 160 systolisch tijdens eerste of tweede meting, terwijl de derde meting buiten de onderzoeksperiode viel.

Tabel 4 Uitkomst opsporing roken. Percentages.

Roken	Mannen (n=163)	Vrouwen (n=189)	Totaal (n=352)
Niet	56	70	64
1-10 sigaretten	13	6	9
11-20 sigaretten	9	6	7
>20 sigaretten	22	18	20

Chi² = 6,54; p ≤ 0,05.

Tabel 5 Uitkomst opsporing overgewicht. Percentages.

Gewicht	Mannen (n=163)	Vrouwen (n=189)	Totaal (n=352)
Normaal	81	88	85
Overgewicht	19	12	15

Chi² = 2,68; n.s.

Tabel 6 Antwoorden op de vraag of de opsporing op 'initiatief van de huisarts' c.q. 'onafhankelijk van de klacht' (casefinding) had plaatsgevonden. Percentages van degenen die de opsporing hadden opgemerkt.

	Bloeddruk n=223	Roken n=137	Gewicht n=186	BZO n=86	Uitstrijkje n=100
Initiatief huisarts	86	90	92	83	59
Onafhankelijk klacht	60	69	72	69	41

Tabel 7 De gemiddelde scores van de vijf dimensies bij de vijf preventieve activiteiten.

Dimensies	Bloeddruk n=134	Roken n=94	Gewicht n=134	BZO n=59	Uitstrijkje n=41
Vanzelfsprekend	3,9	4,1	4,0	4,2	4,1
Positief	4,8	4,6	4,7	4,9	4,9
Geruststellend	4,7	4,0	4,3	4,5	4,5
Zorgzaam	4,5	4,2	4,4	4,6	4,7
Soepel verlopend	4,7	4,5	4,7	4,7	4,8

Van de mensen die de opsporing hadden 'opgemerkt', gaf – behalve bij het uitstrijkje – bijna iedereen te kennen dat de opsporing op 'initiatief van de huisarts' had plaatsgevonden (tabel 5). Volgens meer dan de helft tot driekwart zou dit onafhankelijk van de gepresenteerde klacht zijn gebeurd; ook nu lag dit percentage bij het uitstrijkje lager.

Of iemand de opsporing wel of niet had opgemerkt, hing samen met de uitkomst van de opsporing. Van de mensen met een verhoogd risico met betrekking tot bloeddruk, roken, gewicht of borstzelfonderzoek gaf circa 80 procent aan de opsporing te hebben opgemerkt, terwijl bijvoorbeeld slechts 38 procent van degenen die niet of minder dan 10 sigaretten per dag rookten, deze opsporing had opgemerkt.

De ervaringen van de patiënten met de case-finding waren over het algemeen gunstig (tabel 6). Bij de verschillende preventieve activiteiten was het profiel van de ervaringen ongeveer identiek. Het meten van de bloeddruk werd het gunstigst en het vragen naar roken het ongunstigst beoordeeld vooral door degenen die meer dan 10 sigaretten per dag rookten. De ervaringen bleken niet noemenswaardig samen te hangen met geslacht, leeftijd of verzekeringsvorm.

Bij alle vijf de preventieve activiteiten waren de patiënten vrijwel unaniem van mening dat de case-finding geoorloofd was en gaven zij te kennen dat ze nauwelijks waren afgeleid van de klacht waarvoor ze eigenlijk gekomen waren. Tenslotte vond vrijwel iedereen dat de case-finding geen nadelige invloed had gehad op de aandacht voor de feitelijke klacht.

Bijna iedereen achtte het in het algemeen geoorloofd dat de huisarts preventie-

ve activiteiten uitvoert, onafhankelijk van de gepresenteerde klacht, en dat de huisarts patiënten eens per 2 à 3 jaar zou oproepen voor enkele preventieve activiteiten.

Beschouwing

Uit dit onderzoek blijkt dat persoonsgerichte preventie door middel van multiple case-finding in een huisartspraktijk goed mogelijk is. In drie jaar werd het grootste deel van de praktijkpopulatie onderzocht en werd een goede beschermingsgraad verwezenlijkt met betrekking tot de verschillende risicofactoren en aandoeningen. Wel dient er rekening mee te worden gehouden dat het enthousiasme en de motivatie van de huisarts-onderzoeker hierbij een rol zullen hebben gespeeld; elders werden veel slechtere resultaten bereikt.¹⁴

De mate waarin de opsporing werd gerealiseerd, bleek samen te hangen met de aard van de verschillende preventieve activiteiten, en niet met patiëntkenmerken. Dit onderstreept de afhankelijkheid van het welslagen van case-finding van de motivatie van de huisarts.

Hoewel de signaleringsmethode door middel van een sticker goed bleek te voldoen, zou een geautomatiseerd patiëntenbestaan te prefereren zijn om wijzigingen in de doelgroep bij te houden. Hierdoor zou het ook gemakkelijker worden systematisch rekening te houden met familiale risicofactoren.

Het feit dat in drie jaar tijd 89 procent van de patiënten het spreekuur heeft bezocht is in overeenstemming met ander onderzoek.^{15 16} Hieruit blijkt (opnieuw) dat de huisarts in een unieke positie verkeert om

preventieve met curatieve activiteiten te verweven. Wel blijken bepaalde patiëntencategorieën – met name mannen – minder frequent het spreekuur te bezoeken. Oudere vrouwen zijn over het algemeen niet ondervertegenwoordigd op het spreekuur van de huisarts en in deze studie evenmin bij de case-finding.¹³ Dit pleit voor een actieve rol van de huisarts bij oudere vrouwen die niet recent zijn uitgestreken. De gevonden beschermingsgraad ten aanzien van de bloeddruk en baarmoederhalskanker is vergelijkbaar met de uitkomsten van ander onderzoek in de huisartspraktijk en met bevolkingsonderzoek waarbij op één of twee aandoeningen werd gescreend.^{5 17}

De patiënten bleken de preventieve activiteiten van de huisarts geoorloofd te vinden en werden naar hun gevoel niet van de gepresenteerde klacht afgeleid. Men vindt het juist goed dat de huisarts zich met preventie bezighoudt, ook als dit ongevraagd en onafhankelijk van de gepresenteerde klacht gebeurt. Overigens wil dit niet zeggen dat er door case-finding geen nadelige effecten kunnen ontstaan. Het is echter moeilijk om psychologische neveneffecten, zoals bezorgdheid over de eigen gezondheid, gevoelens van afhankelijkheid en hypochondere ontwikkelingen, betrouwbaar te meten.

Het is begrijpelijk dat rokers minder positieve ervaringen hadden. Verandering van rookgewoonten vraagt om gedragsverandering en dit roept weerstanden op. Juist de huisarts is echter door zijn kennis van de persoonlijke omstandigheden bij uitstek geschikt om het roken aan de orde te stellen. Uit onderzoek is gebleken dat de huisarts het rookgedrag gunstig kan beïnvloeden.¹⁸⁻¹⁹

Literatuur

- 1 Sturmans F. Epidemiologie. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1982.
- 2 Sackett DL, Haynes RB, Tugwell B. Clinical epidemiology. Boston, Toronto: Little, Brown and Company, 1985.
- 3 Van den Dool CWA. Surveillance van risicogroepen: anticiperende geneeskunde. Huisarts Wet 1970; 13: 59-62.
- 4 De Melker RA. Anticiperende geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 950-4.
- 5 Van Weel C. Anticiperende geneeskunde in

- de praktijk. [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1981.
- ⁶ Van Weel C. Van oude schema's en nieuwe schoenen. *Huisarts Wet* 1986; 29: 2-4.
- ⁷ Thomas S. Preventie door middel van actieve opsporing in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1987; 30: 87-8.
- ⁸ Tijmstra Tj. Psychosociale en maatschappelijke aspecten van bevolkingsonderzoek op borst- en baarmoederhalskanker. *Gezondheid en Samenleving* 1987; 8: 182-8.
- ⁹ Reelick NF, Schuurman JH, De Haes WFM. Psychologische neveneffecten van bevolkingsonderzoeken. *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1983; 38: 1443.
- ¹⁰ Tijmstra Tj, Bieleman B. Emotionele aspecten en gedragsveranderingen bij een bevolkingsonderzoek. *Huisarts Wet* 1985; 28: 204-6.
- ¹¹ Marteau TM. Psychological costs of screening. *Br Med J* 1989; 299: 527.
- ¹² Consensusbijeenkoms. Diagnostiek en behandeling Hypertensie. Utrecht 1990.
- ¹³ Van Lidth de Jeude CP. Persoonsgerichte preventie door een huisarts. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ¹⁴ Meijman F. Cervixcytologie via een actieve benadering. *Huisarts Wet* 1986; 29: 336-8.
- ¹⁵ Van Es JC. Patiënt en huisarts. 2e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1980.
- ¹⁶ Roolvink EGJJ. Huisarts en surveillance. *Med Contact* 1985; 40: 609-10.
- ¹⁷ Anoniem. Eindrapportage van de evaluatiecommissie inzake de vroege opsporing van cervixcarcinoom (EVAC). Leiden, 1988.
- ¹⁸ Russell MAH, Wilson C, Taylor C, Baker CD. Effects of general practitioners advice against smoking. *Br Med J* 1979; ii: 231-5.
- ¹⁹ Donovan C. Prevention in practice: a new initiative [Editorial]. *Br Med J* 1988; 296: 312.

Abstract

Van Lidth de Jeude CP, Kuyvenhoven MM, De Melker RA. Multiple case-finding in a general practice. *Huisarts Wet* 1991; 34(12): 546-50.

A three-year study was performed of the feasibility of multiple case-finding in a general practice and of the acceptance by patients of this type of preventive medicine. The group investigated consisted of all 407 patients who were aged 35-55 at the start of the study and who were registered in this practice during the entire period of investigation. After three years, the degree of protection varied from 73 percent (vaginal smear) to approx. 85 percent (blood pressure, weight, smoking and self palpation of the breast). Case-finding of blood pressure, smoking and weight was carried out, with 97 percent of people seeing their physician; the percentages for self palpation of the breast and vaginal smear were 86 and 72 respectively. Patients' experiences were very favourable; only the discussion of smoking was experienced as less favourable.

Key words Family practice; Mass screening.

Correspondence Dr. C.P. van Lidth de Jeude, Department of General Practice, University of Utrecht, 6 Bijlhouwerstraat, 3511 ZC Utrecht, The Netherlands.