

te stellen.

Natuurlijk heeft dit onderzoek ook zijn beperkingen: er kon geen onderscheid gemaakt worden tussen een chronische depressie en een recidief en doordat de follow-up slechts twee jaar besloeg, konden eventuele recidieven niet worden vastgesteld. Niettemin wordt hiermee een goede basis gelegd voor een in eerste instantie afwachtend beleid, tenzij er prognostisch ongunstige factoren aanwezig zijn.

Henk van Weert

Screening op dragerschap van cystic fibrosis bij kindervwens

Henneman L. *Preconception cystic fibrosis carrier screening. Desirability and feasibility in the Netherlands* [Proefschrift]. Vrije Universiteit Amsterdam, 2002.

Cystic Fibrosis (CF) komt bij 1 op de 3600 kinderen voor. Globaal is er bij 1 op de 900 paren sprake van dragerschap bij beide partners; hun kans op een kind met CF is 25%. Er zijn veel mutaties bekend die kunnen leiden tot CF, ongeveer 95% daarvan kan gedetecteerd worden. Daarbij zitten ook een paar mutaties waarvan niet vaststaat of ze pathogeen zijn. Er is dus een kleine restkans op een kind met CF als de dragerschapsscreening niets oplevert en mogelijk is de kans op CF bij sommige mutaties uiteindelijk toch heel klein.

Om de doelgroep – paren met kindervwens – te bereiken zijn in het midden en westen van Nederland bijna 40.000 personen tussen de 20 en 35 jaar schriftelijk uitgenodigd om deel te nemen aan de screening, hetzij via een brief ondertekend door de huisarts, hetzij door een brief van de GGD. Ongeveer 20% daarvan behoorde tot de doelgroep. Zowel via de huisarts als via de GGD werden twee soorten uitnodigingen om deel te nemen aan de screening verstuurd: een deel van de mensen werd uitgenodigd om deel te nemen aan een voorlichtingsbijeenkomst, een ander deel werd verzocht binnen een maand een afspraak met de huis-

arts te maken om zich te laten voorlichten. De wijze van uitnodiging, via huisarts of GGD, bleek geen invloed te hebben op de deelname aan de screening. Wel bleek van invloed of mensen de voorlichting over de screening van de huisarts of via een voorlichtingsbijeenkomst ontvingen. Van degenen die de voorlichting van de huisarts zouden ontvangen, maakte 25% een afspraak, terwijl maar 10% aan de uitnodiging voor de voorlichtingsbijeenkomst gehoor gaf. Bijna alle paren (96%) lieten zich uiteindelijk testen via een mondspoelsel dat bij beide partners werd afgenomen.

Deze cijfers komen aardig overeen met die uit andere, buitenlandse onderzoeken. Uiteindelijk zijn 559 paren getest; er werden wel 18 dragers gevonden, maar daarbij was geen enkel paar waarvan beide partners drager waren. Negatieve effecten van de screening zijn na een half jaar door middel van vragenlijsten nagegaan.

Acht deelnemers, waaronder vier dragers, gaven aan dat ze zich na de test zorgen maakten. Zeven dragers zeiden dat ze zich na de testuitslag minder gezond voelden. Draggers rapporteerden dat de testuitslag geen invloed heeft gehad op de beslissing om al dan niet kinderen te krijgen. Vijfennegentig procent zou opnieuw de beslissing nemen om zich te laten screenen. Uit het non-respons-onderzoek onder 150 paren bleek dat de meest genoemde redenen om niet aan de screening deel te nemen waren dat zij er geen tijd voor hadden of het vergeten waren; 28% gaf aan de testuitslag niet te willen weten.

De 18 huisartsen die de voorlichtingsgesprekken hielden, waren over het algemeen tevreden; de consulten duurden meestal niet langer dan een 'gewoon' consult en leverden geen problemen op. Elf van de 18 huisartsen vonden het echter niet tot hun takenpakket horen, vooral vanwege het tijdsbeslag.

Om 391 paren voor te lichten waren 37 voorlichtingsbijeenkomsten van 45 minuten nodig. Daarnaast ontvingen 188 paren van hun huisarts voorlichting

(gemiddelde consultduur 12 minuten, spreiding 2-30).

De vraag is of we hieraan onze schaarse menskracht en financiën willen besteden, maar daarover beslissen anderen.

Henriëtte van der Horst

Ziek op Urk

De Lege W. *Medische consumptie in de huisartspraktijk op Urk* [Proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen, 2002.

In mei promoveerde Wim de Lege, huisarts in Urk, op een uitvoerige registratie van de morbiditeit in Urk en het handelen van vijf Urker huisartsen. Het is een proefschrift in de traditie van huisartsen die hun werk zeer nauwgezet vastleggen. Buma, Deen en Oliemans gingen hem vele jaren geleden voor. De Lege gebruikt de meetinstrumenten van de eerste Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen van het NIVEL. Dat onderzoek startte in 1987 (de Tweede Nationale Studie is inmiddels afgerond); De Lege verzamelde zijn gegevens in 1991 en dat is al weer lang geleden. Zeer stipt registreerden De Lege en collega's de klachten en diagnoses in hun praktijken. Hij repliceert de hele Nationale studie, inclusief de patiëntenenquête en zelfs de huisartsenenquête van het NIVEL. Of een enquête onder vijf huisartsen de aangegeven onderzoeksmethode is om bijvoorbeeld risicogeneigdheid vast te stellen, laat hij helaas onbesproken. Al die enquêtes en contactregistraties leverden een enorme berg gegevens op.

Urk heeft een speciale bevolking en dat zie je in het werk van de dokter. Urkers gaan minder vaak naar de huisarts dan die 'op het vasteland'; ze hebben meer ongelukjes, meer chronische aandoeningen (varices, aambeien en hypertensie) en meer psychische klachten. Men zoekt minder vaak hulp voor alledaagse aandoeningen – al hebben ze er meer – en psychische klachten. Voor dat laatste gaan ze vaak naar de ouderling of diaken. Het aantal contacten met de huisarts was lager; de huisartsen doen veel zelf (chi-