

**Patiëntenpopulatie** Als onderdeel van de SAFE-studie (screening for atrial fibrillation in the elderly) werden 2595 patiënten boven de 65 jaar gescreend voor AF. Er deden 49 huisartsen en 49 nurse practitioners mee aan het onderzoek.

**Interventies** Alle ECG's werden onafhankelijk van elkaar beschreven door huisartsen, nurse practitioners en de 'Biolog interpretatieve software' en ze werden beoordeeld door twee cardiologen.

**Primaire uitkomstmaat** Sensitiviteit, specificiteit en positief en negatief voorspellende waarden van het oordeel van huisartsen en praktijkverpleegkundigen.

**Resultaten** De prevalentie van AF in dit screeningsonderzoek was 7%. Huisartsen detecteerden 79 van de 99 gevallen van AF op een 12-afleidingen ECG (sensitiviteit 80%; 95%-BI 71-87) en diagnosticeerden AF ten onrechte bij 114 van de 1355 patiënten met sinusritme (specificiteit

92%; 95%-BI 90-93. De positief voorspellende waarde (VW+) was 40%; de negatief voorspellende waarde (VW-) was 98%. Nurse practitioners detecteerden bijna evenveel gevallen van AF (sensitiviteit 77%; 95%-BI 67-85), maar de specificiteit was lager (85%; 95%-BI 83-87; VW+ 27%, VW- 98%, prevalentie 8%). De interpretatieve software was beter met een specificiteit van 99%, maar de sensitiviteit was 83%. De bijbehorende VW+ was 90%; de VW- was 98%, bij een prevalentie van 8%. De combinatie van de huisartsinterpretatie en de interpretatieve software leidde tot een sensitiviteit van 92% en specificiteit van 91%. Het gebruik van extremitetenafleidingen of alleen de thoracale afleiding resulteerde in geringe afname van de specificiteit.

**Conclusie van de onderzoekers** Veel eerstelijns werkers kunnen AF niet goed opsporen met een ECG. De interpreta-

tieve software is niet voldoende accuraat om dit probleem op te lossen, ook niet in combinatie met de interpretatie van de huisarts. Diagnostiek van atriumfibrilleren moet gebeuren door professionals met een adequate training in het interpreteren van ECG's.

**Bewijskracht** Valideringsonderzoek (1b).<sup>3</sup>

Metin Aydin en Arie Knuistingh Neven

1 Boode BSP, Frijling BD, Heeringa J, Rutten FH, Van den Berg PJ, Zwietering PJ, et al. NHG-Standaard Atriumfibrilleren. [www.nhg.org](http://www.nhg.org).

2 Mant J, Fitzmaurice DA, Hobbs FD, Lowett S, Murray ET, Holder R, et al. Accuracy of diagnosing atrial fibrillation on electrocardiogram by primary care practitioners and interpretative diagnostic software: analysis of data from screening for atrial fibrillation in the elderly (SAFE) trial. *BMJ* 2007;335:380.

3 [www.infopoems.com/levels.html](http://www.infopoems.com/levels.html)

## Proefschrift

### Effectiviteit van zelfzorgcursus bij screening ontdekte type 2 diabetes

Bart Thoolen. *Beyond good intentions. The effectiveness of a proactive self-management intervention in patients with screen-detected type 2 diabetes [proefschrift]*. Utrecht: Universiteit van Utrecht, 2007. 151 pagina's. ISBN 978-90-393-4664-8.

Hebben via screening gediagnosticeerde patiënten met type 2 diabetes baat bij een zelfzorgcursus? De schrijver onderzocht eerst via systematisch literatuuronderzoek welke psychologische reacties optreden bij pas ontdekte diabetes type 2. Daarbij bleek wel de emotionele reactie onderzocht maar haast niet in hoeverre de diagnose leidde tot actieve zelfzorg. Ook bleek dat het succes van de meeste zelfzorgcursussen beperkt bleef tot de duur van de cursus.

Daarna onderzocht de promovendus met behulp van een gerandomiseerd onderzoek het effect van een 12 weken durende diabetescursus onder pas ontdekte

patiënten met diabetes type 2. Van de 486 patiënten wilden 227 meedoen. De helft volgde de cursus (interventiegroep) en de andere helft kreeg alleen een brochure uitgereikt over zelfzorg de gebruikelijke zorg (de controlegroep). De interventie bestond uit 4 groepsbijeenkomsten van 2 uur en 2 individuele bijeenkomsten van 1 uur.

Beide groepen werden een jaar gevolgd en vulden 3 keer een vragenlijst in over zelfzorggedrag, welzijn en attitudes. Daarnaast werden gewicht, bloeddruk, HbA1c en cholesterol gemeten. Ook werd de cursus geëvalueerd.

De cursisten vonden de cursus relevant en bruikbaar en een aanrader voor anderen (95%). Zij waren proactiever en hun zelfzorgend vermogen was meer toegenomen dan bij de controlegroep. Dat was ook meetbaar in meer bewegen en gezonder eten. Ook het medisch effect was zelfs twaalf maanden na begin van de cursus aantoonbaar: het gewicht was 2,6 kg en de bloeddruk 6 mmHG meer gedaald dan in de controlegroep. Er was echter geen

effect meetbaar op het HbA1c en cholesterol, mogelijk omdat deze waarden al laag waren bij de start van de cursus. Ook negen maanden na de cursus bleek het effect nog positief, mogelijk door de proactieve vaardigheden die men tijdens de cursus had aangeleerd.

Het is de vraag of de cursus representatief is en voor alle patiënten even effectief, want bij de werving deed slechts de helft van de ontdekte patiënten (227 van de 486) mee. En 41 van de 119 cursisten vielen uit. Thoolen heeft daarom de kenmerken van de deelnemers (=227) en cursisten (=78) vergeleken met de non-participanten (=241) en uitvallers (=41). Er was geen verschil tussen beide groepen in hoe zij aankeken tegen de ziekte of zelfzorg. Wel bleken personen met een lagere opleiding minder mee te doen en eerder uit te vallen. Thoolen schrijft dat enerzijds toe aan praktische problemen: werk, geen vervoer, te grote afstand, maar ook aan onbekendheid met sommige elementen van de cursus zoals stukken lezen, zelfreflectie en planning. Patiënten

met een lage opleiding die de cursus volledig volgden vonden de cursus echter niet te moeilijk.

Dit onderzoek laat zien dat een zelfzorgcursus effectief kan zijn, niet alleen zo lang de cursus duurt, maar ook nog negen maanden later. Voorwaarde is wel dat de patiënt leert belemmeringen in de

zelfzorg vroegtijdig te herkennen en daarvoor tijdig maatregelen te nemen, zodat dit effect ook beklijft. Thoolen stelt dat deze cursus kort duurt (totaal tien uur), niet duur is en gegeven kan worden in een huisartsenpraktijk door een praktijkondersteuner met minimale training. Het is daarbij essentieel dat zoveel mogelijk

patiënten deze cursus kunnen volgen. Dit proefschrift is een stimulans om in de huisartspraktijk aan nieuw ontdekte patiënten met diabetes type 2 een dergelijke cursus aan te bieden.

Klaas Reenders

## Boeken

### Klinische probleemstellingen

Kaandorp CJE, et al. *Klinische probleemstellingen. Onderzoek en diagnostiek van 236 aandoeningen. Serie klinische diagnostiek, deel 1.* Houten: Prelum Uitgevers, 2007. 516 pagina's, € 65. ISBN 978-90-856-2042-6. Online versie (€ 49,50) via <http://geneeskundeboek.nl>.

Klinische probleemstellingen is het eerste deel in de reeks Compendium Klinische Diagnostiek. Deze uitgave is de herziening van de derde druk van het (voormalig) Diagnostisch Kompas, dat in 2003 werd uitgegeven door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Vanwege een taakherschikking heeft het CVZ besloten de rechten van het kompas af te staan en over te dragen aan Prelum Uitgevers.

De doelgroep bestaat uit alle artsen die direct of indirect betrokken zijn bij klinische diagnostiek van patiënten. Het boek beschrijft onderzoek en diagnostiek van 236 aandoeningen. De werkwijze is evidence based. Afhankelijk van de beschikbare kwalitatief goede literatuur en de betekenis voor de dagelijkse praktijkvoering koos men de onderwerpen. Artsen en medisch specialisten beoordeelden de teksten; opmerkelijk genoeg staan in de lijst van medewerkers geen huisartsen.

De 236 aandoeningen betreffen uiteenlopende onderwerpen, waarbij zowel symptomen (zoals diarree of heesheid) als ziekten de revue passeren. Iedere probleemstelling wordt aan de hand van een vaste structuur behandeld: epidemiologische gegevens, alternatieve diagnoses, klinisch relevant onderzoek, cave (val-

kuilen), aanvullende diagnostiek, niet-geïndiceerd onderzoek, algemene opmerkingen, classificatie ICPC en ICD-10 en literatuur.

Omdat deze uitgave zich richt op een brede doelgroep zijn voor huisartsen met name de meer huisartsgeneeskundige onderwerpen waarvoor geen NHG-Standaard bestaat de moeite waard, zoals haaruitval, CTS, hirsutisme, polyneuropathie, ziekte van Paget, erythema nodosum, en retentio testis. Maar ook de meer specialistische aandoeningen zijn zeer leesbaar, omdat ze in kort bestek de hoofdzaken rond een onderwerp aangeven. Onderwerpen als fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom zijn ook opgenomen, waarschijnlijk omdat ze betekenis hebben voor de dagelijkse praktijkvoering. Bij veel onderwerpen zal de huisarts geen nieuws aantreffen in deze uitgave; hij heeft de NHG-Standaarden al en die worden veelvuldig aangehaald in de literatuurlijsten van deze uitgave. En hij heeft ook de LESA Rationeel aanvragen van laboratoriumdiagnostiek tot zijn beschikking.

De specialistische insteek is bij een aantal onderwerpen duidelijk aanwezig. Aan onderwerpen als anemie en amenorroe worden beide vier hoofdstukjes gewijd. Bij diepe veneuze trombose wordt de Wellsscore aanbevolen, die in de eerste lijn minder goed bleek te voldoen dan een specifiek voor de huisarts ontwikkelde regel. En bij het aantonen van paroxismaal atriumfibrilleren noemen de auteurs wel de Holter-registratie, maar ontbreekt de eventrecorder. In de epidemiologische gegevens maken de auteurs niet con-

sequent onderscheid tussen gegevens afkomstig uit eerste of tweede lijn.

Met name in de kopjes 'algemene opmerkingen' staan vaak behartenswaardige zaken. Bij appendicitis acuta: 'bij twijfel herhalen van het lichamelijk onderzoek na enkele uren. Vaak is het beeld dan duidelijker en vervalt soms de indicatie voor verder onderzoek'.

Net zoals het diagnostisch kompas vroeger hoort de opvolger ervan (deze uitgave) in de spreekkamer te staan, of online beschikbaar te zijn.

Wietze Eizenga

### Polders als proeftuin

Remco van Diepen. *Polders als proeftuin. Experimenten met de gezondheidszorg in Flevoland 1940-1984.* Lelystad: Nieuw Land Erfgoedcentrum, 2007. 168 pagina's, € 22,50. ISBN 978-90-72380-91-3.

Een boek voor De Slegte, is mijn eerste reactie bij ontvangst voor recensie. Maar goed, ik ben als huisarts in 1984 in Almere gaan werken omdat ze daar gezondheidscentra hadden en een nieuwe zorgvisie, dus ik ben toch nieuwsgierig. Het boek is het resultaat van het onderzoeksproject 'Medische zorg in het nieuwe land' in opdracht van de provincie uitgevoerd door Nieuw Land Erfgoedcentrum. Dat klinkt taai, maar het leest vervolgens als een boeiende historische roman over 'Nieuwe land geestdrift', medische ambitie en Hollandse ondernemersgeest. Het boek gaat over de kansen die de nieuwe polder bood en wat ervan terecht kwam.