

- 14 Concato J, Feinstein AR, Holford TR. The risk of determining risk with multivariable models. *Ann Intern Med* 1993;118:201-10.
- 15 Christiansen CL, Morris CN. Improving the statistical approach to health care provider profiling. *Ann Intern Med* 1997;127:764-8.
- 16 Hunter DJ. Reflections on key messages. In: DeLamotte T, editor. *Outcomes into clinical practice*. Londen: BMJ publishing group, 1994:162-4.
- 17 Legemaate J. Kwaliteit van beroepsuitoefening: het ontwerp Kwaliteitswet Zorginstellingen en het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg in onderling verband. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992;136:2380-4.
- 18 Dunning AJ. Prijzen en waarden. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139:1-3.
- 19 Post D, Gubbels TJ, Ploeg TJ van der. *Zorg met maten*. Zwolle: OLM Het Groene Land, 1995.
- 20 Welch HG, Miller ME, Welch WP. Physician profiling. An analysis of inpatient practice patterns in Florida and Oregon. *N Engl J Med* 1994;330:607-12.
- 21 Pine M, Norusis M, Jones B, Rosenthal GE. Predictions of hospital mortality rates. *Ann Intern Med* 1997;126:347-54.
- 22 Haasdijk AP, Dekker FW, Zwetsloot-Schonk JHM, Rosseel PMJ, Ottenkamp J, Berreklouw E, et al. Een landelijke database voor hartchirurgische en cardiologische ingrepen. *Med Contact* 1997; 52:443-5.
- 23 Rigge M. Whose outcome is it anyway? In: Delamotte T, editor. *Outcomes into clinical practice*. Londen: BMJ publishing group, 1994:40-9.
- 24 Topol EJ, Califf RM. Scorecard cardiovascular medicine. Its impact and future directions. *Ann Intern Med* 1994;120:65-70.
- 25 Schneider EC, Epstein AM. Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care. A survey of cardiovascular specialists. *N Engl J Med* 1996;335:251-6.
- 26 Brook RH. Health care reform is on the way: do we want to compete on quality? *Ann Intern Med* 1994;120:84-6.
- 27 Lombarts MJMH. Openbaarmaking van visitatierapporten. Raad van State doorbreekt collegiale karakter visitaties. *Med Contact* 1997;52:997-9.
- 28 Davidoff F. Databases in the next millennium. *Ann Intern Med* 1997;127:770-4.
- 29 O'Connor GT, Plume SK, Olmstead EM, Coffin LH, Morton JR, Maloney CT, et al. A regional prospective study of in-hospital mortality associated with coronary artery bypass grafting. The Northern New England Cardiovascular Disease Study Group. *JAMA* 1991; 266:803-9.

Aanvaard op 2 maart 1998

Beleid bij psoriasis in de huisartspraktijk nu meer in overeenstemming met de standaard van het Nederlands Huisartsen Genootschap

G.A.DONKER, M.FOETS, P.SPREEUWENBERG EN G.TH.VAN DER WERF

Psoriasis is een chronische huidziekte waarbij schilfering, verdikking en roodheid van de huid op de voorgrond staan. De ernst varieert van enkele plekjes tot een zeldzame diffuse gegeneraliseerde roodheid met calor en al dan niet uitgebreide schilfering (erythrodermie). Artritis komt bij 5-7% van de patiënten met psoriasis voor, meestal als een asymmetrische oligoartritis van de vingers of de tenen.¹ De literatuur is wat betreft toegenomen comorbiditeit bij psoriasis, met name op het psychosociale vlak, niet eenduidig.²⁻⁴ Een volledige remissie treedt bij eenderde van de patiënten spontaan op; de duur van de remissie valt niet te voorspellen.^{1,2} De ziekte kan zich op elke leeftijd openbaren en komt bij vrouwen en mannen in gelijke mate voor. De prevalentie in de huisartspraktijk is 3 per 1000 patiënten.⁵⁻⁷

In maart 1994 gaf het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) een standaard uit die beoogt huisartsen een leidraad te geven bij het zelfstandig uitvoeren van de diagnostiek en behandeling van psoriasis.² De standaard stelt een stapsgewijze behandeling voor en stipt daarnaast de therapeutische mogelijkheden in de tweede lijn aan. De standaard stelt bij volwassen patiënten voor als eerste keus een klasse-3-corticosteroidzalf voor te schrijven (bij kinderen een klasse-2-preparaat),

SAMENVATTING

Doel. Onderzoeken van de incidentie van psoriasis en van eventuele veranderingen in het beleid bij psoriasis in de huisartspraktijk na het uitkomen van de standaard 'Psoriasis' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Opzet. Secundaire gegevensanalyse.

Plaats. Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), Utrecht.

Methode. Gegevens over de incidentie van psoriasis en over het beleid van huisartsen werden verzameld uit een bestand van vóór het opstellen van de NHG-standaard 'Psoriasis' in 1994, namelijk uit de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk' (NS; 1987/'88), en uit een later bestand, het 'Registratienetwerk Groningen' (RNG; 1995).

Resultaten. In de NS waren er 106 nieuwe patiënten met psoriasis (incidentie: 1,3/1000/jaar; 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI): 1,2-1,4) en in het RNG 24 (incidentie: 1,2/1000/jaar; 95%-BI: 0,7-1,9). In totaal waren er in de NS 466 patiënten met psoriasis en in het RNG 125. Het aantal verwijzingen naar de dermatoloog bij psoriasis was in 1995 gehalveerd (7,2%) ten opzichte van 1987/'88 (14,4%; $p < 0,05$). De meest voorgescreven dermatologica bij psoriasis waren in 1995 de corticosteroiden van klasse 3 (32,8%; in 1987/'88: 28,5%), doch de toename was sterker bij corticosteroiden van klasse 2 (29,6%; in 1987/'88: 16,0%; $p < 0,001$) en klasse 4 (16,0%; in 1987/'88: 8,8%; $p < 0,05$).

Conclusie. De incidentie van psoriasis in de huisartspraktijk was tussen 1987/'88 en 1995 niet veranderd. Zowel het verwijspatroon als de behandeling is meer in overeenstemming gekomen met de richtlijnen van de standaard 'Psoriasis' van het NHG.

Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Mw.G.A.Donker, huisarts-epidemioloog; mw.dr.M.Foets, medisch socioloog; drs.P.Spreeuwenberg, psycholoog; dr.G.Th.van der Werf, huisarts.

Correspondentieadres: mw.G.A.Donker.

en bij onvoldoende resultaat na 4 weken, als tweede keus, een klasse-4-corticosteroidzalf (bij kinderen een klasse-3-preparaat) (de klassen 1-4 komen overeen met een zwakke tot een zeer sterke werkzaamheid). Als derde en vierde keus worden respectievelijk calcipotriol (niet bij kinderen) en ditranol 0,1% in lanettecrème FNA aanbevolen. Voor erupties op het gelaat geldt bij volwassenen het therapieschema voor kinderen, en bij kinderen is in dit geval een klasse-1-corticosteroid de eerste keus. Teerbvattende preparaten worden in de NHG-standaard niet meer aanbevolen.

Ook geeft de standaard indicaties voor verwijzing naar de dermatoloog: onvoldoende reactie op therapie na 3 maanden, blijvende twijfel aan de diagnose, uitgebreide laesies tot meer dan 10% van de huid, erythrodermie en psoriasis guttata die niet binnen 2-4 weken geneest. Psoriasis guttata is een acute gegeneraliseerde vorm van psoriasis, gekenmerkt door erythemato-squameuze papels met een diameter van maximaal 1 cm, vooral op de romp en de proximale delen van de extremiteiten. Deze vorm komt met name bij kinderen en jonge volwassenen voor en geneest in het algemeen spontaan.²

Het doel van dit artikel is na te gaan in welke mate deze standaard verandering gebracht heeft in het beleid van de huisarts ten aanzien van psoriasis. Daartoe werd het beleid van de huisarts voordat er een standaard was, vergeleken met het beleid na de standaard. Er staan huisartsen behalve de NHG-standaarden ook andere informatiebronnen ter beschikking, waarvan het jaarlijks aan alle huisartsen toegezonden *Farmacotherapeutisch Kompas* voor de keuze van dermatologica wellicht de belangrijkste is. Zowel in het *Farmacotherapeutisch Kompas* van 1987 als in dat van 1993 luidde de instructie voor het voorschrijven van corticosteroidbevattende dermatologica als volgt: 'Huidaandoeningen waarbij vanaf het begin sterk werkzame corticosteroiden in aanmerking komen, zijn vormen van eczeem die gepaard gaan met verbreding van de epidermis (lichenificatie), verder lichen planus en psoriasis.'^{8,9} De instructie (van het *Farmacotherapeutisch Kompas*) voor huisartsen wat betreft het gebruik van corticosteroidbevattende zalven bij psoriasis en eczeem veranderde niet in de periode voorafgaand aan het verschijnen van de NHG-standaard 'Psoriasis' en was ook in 1987 reeds conform die standaard. In dit artikel wordt antwoord gegeven op de volgende vragen:

- Wat is de incidentie van psoriasis in de huisartspraktijk?
- Wat is het verwijs- en prescriptiebeleid van de huisarts bij patiënten met psoriasis? Zijn er veranderingen in de tijd?

METHODEN

Voor dit onderzoek werd gebruikgemaakt van twee databestanden: gegevens verzameld in het kader van de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk' (NS) en gegevens verzameld door het 'Registratienetwerk Groningen' (RNG). De NS is uitgevoerd in 1987/'88 bij een aselecte steek-

proef van 161 Nederlandse huisartsen, met in totaal 332.303 patiënten. De contactregistratie vond plaats in 4 opeenvolgende groepen van 3 maanden. De methoden van datacollectie en episoderegistratie zijn elders uitvoerig beschreven.^{10,11} Het RNG is een sinds 1990 bestaande doorlopende geautomatiseerde registratie (software: MicroHis 7.2) van 15 huisartsen in Groningen, Sappemeer en Hoogeveen met in 1995 21.174 patiënten. Uit het RNG-bestand werden de in 1995 verzamelde gegevens voor dit onderzoek geselecteerd. In beide databestanden werd gebruikgemaakt van diagnoses geclassificeerd volgens de 'International classification of primary care' (ICPC).¹² Ook werden in beide databestanden opeenvolgende redenen van contact tijdens de registratieperiode, indien deze betrekking hadden op hetzelfde gezondheidsprobleem, samengevoegd tot een zorgepisode. In de NS zijn in totaal ruim 300.000 episoden vastgelegd, in het RNG over 1995 62.099. Voor dit onderzoek werden uit beide databestanden episoden betreffende psoriasis (ICPC-code: S91) geselecteerd.

Onder 'nieuwe patiënten' werden patiënten verstaan bij wie gedurende de registratieperiode voor het eerst de diagnose 'psoriasis' gesteld werd. Patiënten met recidieven van psoriasis na een remissie werden niet als nieuwe patiënten geteld. Incidentiegegevens werden berekend over een jaar. De NS registreerde per huisartspraktijk slechts 3 maanden; voor de berekening van de incidentie per jaar werd daarom het aantal nieuwe patiënten met 4 vermenigvuldigd. Gezien het gebruikte onderzoeksmateriaal willen wij er de nadruk op leggen dat in beide bestanden alleen gegevens beschikbaar waren over patiënten met psoriasis die de huisartspraktijk bezocht hadden gedurende de registratieperiode en bij wie door de huisarts psoriasis als diagnose was geregistreerd. De patiënten hadden gedurende de registratieperiode ieder slechts één episode psoriasis, hetgeen wil zeggen dat recidieven onder dezelfde episode vielen.

De prescriptie van dermatologica werd geanalyseerd door middel van de berekening van het percentage patiënten dat in de NS en in het RNG een bepaald dermatologium kreeg voorgeschreven. Het kon daarbij om een eenmalig of om een herhaald voorschrift gaan. De gegevens werden geanalyseerd met SPSS.¹³ Er werd gecorrigeerd voor leeftijd om het mogelijk te maken de bestanden met elkaar te vergelijken. Als standaard voor de leeftijdscorrectie werd de leeftijdsdistributie in het RNG gebruikt. Voor patiënten die wegens psoriasis bekend waren, werden de gegevens van de NS behalve voor leeftijd ook voor herhalingsreceptuur gecorrigeerd, omdat de herhalingsreceptuur niet gedurende de gehele registratieperiode geregistreerd werd, doch slechts voor de eerste 6 weken van elke registratieperiode. Voor de statistische analyse werd de Mantel-Haenszel-methode gebruikt.¹⁴

RESULTATEN

Incidentie van psoriasis. In de NS werden in 1987/'88 466 (487 na leeftijdscorrectie) patiënten geregistreerd (evenveel mannen als vrouwen) die de huisartspraktijk 1 keer

TABEL 1. Leeftijdverdeling van patiënten met psoriasis in de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk' (NS; 1987/88) en het 'Registratienetwerk Groningen' (RNG; 1995)

leeftijd in jaren	patiënten met psoriasis (%)	
	NS	RNG
0-14	14 (3,0)	5 (4,0)
15-24	53 (11,4)	8 (6,4)
25-44	155 (33,3)	46 (36,8)
45-64	145 (31,1)	38 (30,4)
≥ 65	99 (21,2)	28 (22,4)
totaal	466 (100,0)	125 (100,0)

of meer bezochten wegens psoriasis (tabel 1). In deze groep van 466 patiënten waren er 106 (22,7%) nieuwe gevallen van psoriasis (na leeftijdscorrectie: 125). De incidentie van psoriasis in de NS was 1,3 (95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI): 1,2-1,4) per 1000 per jaar (46,2% mannen). Het RNG registreerde in 1995 125 patiënten met psoriasis (56,0% mannen; zie tabel 1). In deze groep waren er 24 (19,2%) nieuwe episoden van psoriasis. De incidentie van psoriasis in het RNG was 1,2 (95%-BI: 0,7-1,9) per 1000 per jaar (50,0% mannen). De incidentie van psoriasis in de NS en in het RNG verschilde niet (ruim overlappende 95%-BI's). In beide bestanden werd psoriasis het meest gediagnosticeerd bij patiënten tussen 25 en 65 jaar (zie tabel 1).

Verwijs- en prescriptiebeleid van de huisarts. Het grootste deel van de patiënten met psoriasis kreeg door de huisarts medicatie voor de aandoening voorgeschreven. Dit gold voor zowel de NS als het RNG, en voor zowel nieuwe als reeds wegens de aandoening bekende patiënten (tabel 2). In de NS (1987/88) werd 14,4% van de patiënten met psoriasis naar de dermatoloog verwezen, in het RNG (1995) 7,2% ($p < 0,05$) (zie tabel 2). Het percentage patiënten dat nog onder behandeling was van de dermatoloog was in de NS 5,2; de vraag bij welk percentage patiënten uit het RNG-bestand dit het geval was, kon niet beantwoord worden.

Nieuwe patiënten met psoriasis kregen door huisartsen in het RNG (1995) iets vaker corticosteroiden van klasse 2 (29,2%) dan van klasse 3 (25,0%) voorgeschreven.

TABEL 2. Het beleid van de huisarts voor psoriasis in de 'Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk' (NS; 1987/88) en het 'Registratienetwerk Groningen' (RNG; 1995)

beleid van de huisarts	patiënten met psoriasis (%)	
	NS (n = 466)	RNG (n = 125)
medicatievoorschrift nieuwe patiënten*	106 (84,8)	21 (87,5)
medicatievoorschrift alle patiënten	394 (84,5)	108 (86,4)
verwijzing naar dermatoloog	67 (14,4)	9 (7,2)†
handhaven behandeling door dermatoloog	24 (5,2)	‡

*NS: n = 125; RNG: n = 24.

†Waarde van $p < 0,05$.

‡Niet bekend.

ven, terwijl dat in de NS (1987/88) net andersom was (respectievelijk 16,8 en 24,0%; tabel 3). Bij nieuwe patiënten met psoriasis was het gebruik van corticosteroiden van klasse 1 (12,5% in het RNG versus 3,2% in de NS), 2 (29,2 versus 16,8%) en 4 (4,2 versus 1,6%) toegenomen en het gebruik van klasse-3-corticosteroiden gelijk gebleven (25,0 versus 24,0%; zie tabel 3). Verder nam het gebruik van medicinale shampoos (8,3 versus 0,0%) en het gebruik van antranolderivaten (ditranol) (12,5 versus 0,0%) toe ($p < 0,001$; zie tabel 3).

Het gebruik van corticosteroidbevattende dermatologica bij alle patiënten met psoriasis was toegenomen tussen 1987 en 1995 (zie tabel 3). De meest voorgeschreven dermatologica bij psoriasis waren in 1995 (RNG) corticosteroiden van klasse 3 (32,8%; in 1987/88 (NS): 28,5%), doch de toename was sterker bij corticosteroiden van klasse 2 (29,6%; in 1987/88: 16,0%; $p < 0,001$) en van klasse 4 (16,0%; in 1987/88: 8,8%; $p < 0,05$). Sommige patiënten gebruikten achtereenvolgens en (of) tegelijkertijd voor verschillende huddelen meerdere soorten dermatologica. Ook het gebruik van milde corticosteroiden (klasse 1) liet een stijging zien (5,6%; 1,4% in 1987/88; $p < 0,01$). Verder was er een toenevend gebruik van medicinale shampoos (10,4%; 0,8% in 1987/88; $p < 0,001$) en van emollientia en protectiva (vaseline- en vetproducten, ureum, salicylzuurpreparaten en aminobenzoëzuur) (5,6%; 0,8% in 1987/88; $p < 0,001$) en daarnaast verscheen de behandeling met psoralenen (methoxsaleen) en antranolderivaten in de huisartspraktijk (15,2%; afwezig in 1987/88; $p < 0,001$), echter geïnitieerd door de dermatoloog. Teren werden in 1987/88 nog wel eens voorgeschreven, doch waren in 1995 geheel uit het arsenaal verdwenen.

TABEL 3. De 8 meest voorgeschreven groepen dermatologica bij nieuwe en bij alle patiënten met psoriasis (%) respectievelijk vóór ('Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de Nederlandse huisartspraktijk' (NS; 1987/88)) en na ('Registratienetwerk Groningen' (RNG; 1995)) het verschijnen van de NHG-standaard 'Psoriasis' (gegevens gecorrigeerd voor leeftijd)

dermatologica	nieuwe patiënten		alle patiënten	
	vóór (n = 125)	na (n = 24)	vóór (n = 487)	na (n = 125)
corticosteroiden*				
klasse				
1	4 (3,2)	3 (12,5)†	7 (1,4)	7 (5,6)‡
2	21 (16,8)	7 (29,2)	78 (16,0)	37 (29,6)§
3	30 (24,0)	6 (25,0)	139 (28,5)	41 (32,8)
4	2 (1,6)	1 (4,2)	43 (8,8)	20 (16,0)†
antimycotica	5 (4,0)	0 (0,0)	9 (1,8)	3 (2,4)
medicinale shampoos	0 (0,0)	2 (8,3)§	4 (0,8)	13 (10,4)§
emollientia/protectiva	2 (1,6)	3 (12,5)†	4 (0,8)	7 (5,6)§
psoralenen/antranol-derivaten/teren	4 (3,2)	3 (12,5)†	12 (2,5)	19 (15,2)§

*En andere middelen.

†Waarde van $p < 0,05$ voor het verschil tussen de situatie vóór en na het verschijnen van de standaard; Mantel-Haenszel-methode.

‡Waarde van $p < 0,01$ voor het verschil tussen de situatie vóór en na het verschijnen van de standaard; Mantel-Haenszel-methode.

§Waarde van $p < 0,001$ voor het verschil tussen de situatie vóór en na het verschijnen van de standaard; Mantel-Haenszel-methode.

BESCHOUWING

Dit artikel geeft inzicht in veranderingen in het beleid van de huisarts bij psoriasis tussen 1987/88 en 1995. Uit de resultaten blijkt dat het aantal verwijzingen voor psoriasis is gehalveerd na het uitkomen van de standaard. Tussen 1988 en 1995 hebben de psoralenen en antranol-derivaten als therapie voor patiënten met psoriasis hun intrede gedaan in de huisartspraktijk en zijn teerpreparaten uit het arsenaal verdwenen. Het gebruik van corticosteroïdbevattende dermatologica en medicinale shampoos is sterk toegenomen. De toename van corticosteroïdbevattende dermatologica gold vooral voor de matig sterk en zeer sterk werkzame corticosteroïden (klassen 2 en 4). Bij nieuwe patiënten neigden huisartsen tot voorzichtiger voorschrijven dan aangegeven in de standaard.

Het onderzoek beschrijft slechts een trend in het voorschrijven en kan een oorzakelijk verband tussen een trend en het uitkomen van een standaard niet bewijzen, doch slechts aannemelijk maken. Zoals al in de inleiding uiteengezet is, staan huisartsen behalve de NHG-standaarden ook andere informatiebronnen ter beschikking, waaronder het jaarlijks aan alle huisartsen toegezonden *Farmacotherapeutisch Kompas*. De instructie van het *Farmacotherapeutisch Kompas* voor huisartsen wat het gebruik van corticosteroïdbevattende zalven bij psoriasis betreft, veranderde niet in de periode voorafgaand aan het verschijnen van de NHG-standaard 'Psoriasis' en was ook in 1987 reeds conform die standaard. De uitkomsten doen vermoeden dat bestaande trends versterkt en versneld kunnen worden door het uitbrengen van richtlijnen door de eigen beroepsgroep (NHG). Het beleid bij psoriasis is tussen 1987 en 1995 in grote lijnen duidelijk verschoven in de richting van de standaard en het *Farmacotherapeutisch Kompas*. Ook suggereren de uitkomsten van dit onderzoek dat huisartsen zich dusdanig gesterkt voelen door de richtlijnen dat het verwijzingspercentage omlaaggaat.

Het gebruik van twee verschillende databestanden voor dit onderzoek brengt het risico met zich mee van mogelijke verschillen tussen de bronnen. Een verschil in leeftijdsverdeling van patiënten zou kunnen leiden tot systematische verschillen in het voorschrijfpatroon. Er werd geen substantieel verschil in leeftijdsverdeling gevonden, maar gegevens werden desalniettemin gecorrigeerd voor leeftijd. De incidentie van psoriasis bleek in beide bestanden praktisch gelijk. Systematische verschillen tussen de databestanden werden niet gevonden. Zo werd ook nog gekeken naar comorbiditeit. De 20 meest voorkomende aandoeningen bij patiënten met psoriasis in beide bestanden werden vastgesteld; daarna werd in de NS het vóórkomen van die aandoeningen bij patiënten met psoriasis vergeleken met dat bij alle andere patiënten. Bij patiënten met psoriasis in de NS werd alleen een toegenomen vóórkomen van overmatig cerumen gevonden (mogelijk toe te schrijven aan de bij psoriasis beschreven epidermale hyperplasie).¹⁵

Ook het verschil in grootte van de databestanden zou een risico kunnen inhouden. Zijn de 15 huisartsen van het RNG, allen werkzaam in het noorden des lands, re-

presentatief voor de huisartsen in heel Nederland? In de NS bleken bij analyses naar regio slechts op een gering aantal punten verschillen gevonden te worden. Zo bleken huisartsen in het noordelijke deel van het land in het algemeen iets minder te verwijzen, met name minder naar beschouwende specialismen en fysiotherapeuten.¹⁶ De verschillen waren echter niet van dien aard dat ze het in dit onderzoek gevonden gehalveerde verwijzingspercentage bij psoriasis kunnen verklaren. In de NS werden geen systematische verschillen naar regio gevonden bij het voorschrijven van dermatologica.

Concluderend kan men stellen dat er geen verandering van incidentie bij psoriasis is opgetreden. Het beleid van huisartsen bij psoriasis is aanzienlijk veranderd sinds 1987. Zowel het verwijzingspatroon als de behandeling is meer in overeenstemming gekomen met de richtlijnen van de standaard 'Psoriasis' van het NHG. Naast andere factoren zal ook de standaard invloed hebben gehad op deze ontwikkelingen.

Wij danken de huisartsen en hun assistenten die materiaal verzamelden voor de NS en het RNG, en J. van der Velden, arts-epidemioloog, voor commentaar op een eerdere versie van het manuscript.

ABSTRACT

Management of psoriasis in general practice now more in agreement with the guidelines of the Dutch College of General Practitioners (NHG)

Objective. To assess changes in incidence of psoriasis and to study changes in the management of psoriasis in general practice after the sending of guidelines on management of psoriasis to general practitioners (GPs) by the NHG.

Design. Secondary data analysis.

Setting. Netherlands Institute for Health Care Research (NIVEL), Utrecht, the Netherlands.

Method. Data on the incidence of psoriasis and its management by general practitioners were collected from a file pre-dating the publication of the NHG guideline 'Psoriasis' in 1994, namely the 'Dutch National Survey of General Practice' (NS; 1987/88), and from a subsequent file, the 'Registration Network Groningen' (RNG; 1995).

Results. In the NS there were 106 new patients with psoriasis (incidence: 1.3/1000/year; 95% confidence interval (95% CI): 1.2-1.4) while in the RNG there were 24 (incidence: 1.2/1000/year; 95% CI: 0.7-1.9). In all, there were 466 psoriasis patients in the NS and 125 in the RNG. The number of referrals to dermatologists was halved in 1995 (7.2%) compared with 1987/88 (14.4%; $p < 0.05$). The most frequently prescribed dermatologica in psoriasis was in 1995 corticosteroid group 3 (32.8%; in 1987/88: 28.5%), but the rise was stronger in corticosteroid group 2 (29.6%; in 1987/88: 16.0%; $p < 0.001$) and group 4 (16.0%; in 1987/88: 8.8%; $p < 0.05$).

Conclusion. The incidence of psoriasis in general practice had not changed between 1987/88 and 1995. Referral pattern and prescription shifted towards the guidelines issued by the NHG.

LITERATUUR

- 1 Farber EM, Nall ML. The natural history of psoriasis in 5,600 patients. *Dermatologica* 1974;148:1-18.
- 2 Lantinga H, Ek JW, Nijman FC, Antonietti-Barels IH, Nijssen JP, Bos D, et al. NHG-standaard psoriasis. *Huisarts Wet* 1994;37:111-9.

- ³ Ramsay B, O'Reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Brit J Dermatol* 1988;118:195-201.
- ⁴ Campbell SM, Warburton B, Amos CE, Roland MO. Who cares for people with psoriasis? A qualitative study of the impact of psoriasis on patients' lives. *Eur J Gen Practice* 1996;2:101-3.
- ⁵ Velden J van den, Bakker DH de, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg, 1991.
- ⁶ Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- ⁷ Hellgren L. Psoriasis: the prevalence in sex, age and occupational groups in total populations in Sweden. Morphology, inheritance and association with other skin and rheumatic diseases. Stockholm: Almquist & Wiksell, 1967.
- ⁸ Nelemans FA. Farmacotherapeutisch kompas 1987. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1987;408-24.
- ⁹ Kuy A van der. Farmacotherapeutisch kompas 1993. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1993;428-44.
- ¹⁰ Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. *Huisarts Wet* 1991;34:51-61.
- ¹¹ Foets M, Velden J van der. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, 1990.
- ¹² Velden J van der, Schellevis FG, Steen J van der. International classification of primary care. Tabulaire lijst. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg, 1991.
- ¹³ Norusis MJ. SPSS/PC+ V2.0 base manual. Gorinchem: SPSS International, 1990.
- ¹⁴ Rosner B. Fundamentals of biostatistics. 2nd ed. Boston: Prindle, Weber, Schmidt, 1986;302-68.
- ¹⁵ Bos JD, Rie MA de. Immunologie in de medische praktijk. VII. Psoriasis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:2334-8.
- ¹⁶ Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg, 1992;60-1.

Aanvaard op 24 februari 1998

Beleidsverandering op grond van een ECG bij patiënten in de huisartspraktijk

M.J.VAN DIJKE, W.N.VAN DEN BERG EN A.W.HOES

Hoeveel huisartsen in Nederland een ECG-apparaat in de praktijk hebben en of zij dit gebruiken, is niet precies bekend. In een recent artikel over de uitrusting van de huisartspraktijk was in 38% van de gevisiteerde praktijken een ECG-apparaat aanwezig.¹ Dit percentage is waarschijnlijk een overschatting; de huisartsen die aan dit onderzoek deelnamen, hadden zich aangemeld voor het visitatieproject en waren minder vaak in solopraktijken en vaker in plattelandspraktijken werkzaam dan Nederlandse huisartsen in het algemeen.

Er is weinig onderzoek verricht naar de waarde van het electrocardiogram voor de huisarts. In de jaren tachtig verschenen er diverse artikelen over het gebruik van zogenaamde cardiofonie, een techniek waarbij de huisarts het ECG per telefoonlijn verzendt naar een beoordelend cardioloog. Uit deze onderzoeken bleek dat door het gebruik van deze techniek een gericht verwijsbeleid kan worden gevoerd. In een cardiofonieproject in Zwolle trad in 30% van de gevallen een verandering in het verwijsbeleid op, ten opzichte van de situatie waarin de huisarts geen ECG tot zijn beschikking zou hebben gehad.²

In Groot-Brittannië onderzocht Jones de waarde van het gebruik van het ECG in zijn eigen huisartspraktijk,

SAMENVATTING

Doel. Nagaan hoe vaak het maken en het beoordelen van een ECG door de huisarts in niet-acute situaties aanleiding geven tot verandering van het voorgenomen beleid na anamnese en lichamelijk onderzoek.

Opzet. Prospectief observationeel.

Plaats. Huisartspraktijken (n = 18) in Amersfoort en omstreken.

Methode. In de onderzoeksperiode van eind september 1996 tot begin februari 1997 werden door de huisartsen bij alle gemaakte ECG's twee vragenlijsten (voor en na het maken van het ECG) ingevuld en het voorgenomen beleid van de huisarts voor en na het maken van het ECG werd vervolgens vergeleken.

Resultaten. Er werden 119 sets vragenlijsten ingevuld (119 patiënten). Na beoordeling van het ECG veranderden de huisartsen hun beleid in 47 gevallen (40%; 95%-betrouwbaarheidsinterval: 31-48). Vooral het verwijsbeleid werd vaak gewijzigd (26 patiënten; 22%). Het beleid veranderde relatief vaak bij patiënten bij wie klachten van palpities of kortademigheid aanleiding waren geweest tot het maken van het ECG.

Conclusie. Het maken van een ECG in de huisartspraktijk in niet-acute situaties lijkt een waardevolle aanvulling op anamnese en lichamelijk onderzoek.

waar de ECG's door hemzelf werden gemaakt en beoordeeld. Hij concludeert in een retrospectief onderzoek bij 102 patiënten dat het maken van een ECG vrijwel nooit directe invloed had op zijn beleid.³ De klinische diagnose gesteld op basis van anamnese (inclusief voorgeschiedenis) en lichamelijk onderzoek was hier-

Universiteit Utrecht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht.

Mw.M.J.van Dijke, huisarts; dr.A.W.Hoes, klinisch epidemioloog (tevens: Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek).

W.N.van den Berg, huisarts te Leusden.

Correspondentieadres: dr.A.W.Hoes.