

# Huidziekten in de huisartspraktijk\*

DOOR DR. G. J. BREMER, HUISARTS TE NIEUWKOOP

In het bekende boek van *Taylor* staat dat de meeste huisartsen weinig interesse voor de dermatologie hebben. Is dit juist en geldt dit ook voor Nederland? Om dit enigermate na te gaan heb ik in acht en een halve jaargang van „huisarts en wetenschap” het aantal dermatologische artikelen geteld. Op een totaal van 293 klinische artikelen werd in zes een dermatologisch onderwerp behandeld (2 procent). Van alle referaten in deze acht en een halve jaargang had slechts anderhalf procent de dermatologie tot onderwerp. Het aanbod is dus niet groot.

Om een indruk te krijgen van „de vraag” telde ik daarna in vier jaargangen van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde alle vragen. In totaal waren dit 281. In 23 vragen (8 procent) werd een dermatologisch probleem aan de orde gesteld. Er is dus „meer vraag dan aanbod”, maar uit deze percentages kan men niet de conclusie trekken dat de dermatologie bij de Nederlandse huisarts bijzonder in de belangstelling staat. Het aantal dissertaties over een dermatologisch onderwerp, bewerkt in de huisartspraktijk, is ook niet bijster groot. *Hornstra* was zo vriendelijk de lijst van gepromoveerde huisartsen, welke hij had samengesteld, op dit punt voor mij door te nemen: in de periode van 1925 tot 1960 was een dergelijk proefschrift niet te vinden. Ook daarna is de oogst gering. Alleen het proefschrift van *F. H. J. Kortenhorst* voldoet aan onze eisen.

Mijns inziens is de interesse in de dermatologie ten onrechte zo gering. De huisarts ziet immers genoeg dermatologische patiënten en vrijwel al deze patiënten zijn in principe poliklinisch, dus thuis, te behandelen.

*Simons* merkt op dat de dermatologie „in de huisartsenpraktijk van de zogenaamde kleine vakken heelemaal bovenaan staat”, en dat de leer der huidziekten in de opleiding van de aanstaande medicus een belangrijke plaats inneemt. Inderdaad komen huidziekten in de algemene praktijk veel voor. Een der eersten die getallen noemt betreffende de frequentie van de verschillende ziektebeelden in de huisartspraktijk is *Mackenzie* die duizend achtereenvolgende spreekuurgevallen analyseerde: in 65 hiervan ging het om een dermatologisch of venereologisch ziektebeeld. *Fry* telde gedurende een jaar alle dermatologische patiënten

in zijn praktijk. Hij komt tot de conclusie dat tien procent van alle contacten huisarts-patiënt een dermatologische patiënt betreft en dat het hierbij vooral om jonge mensen gaat.

Het heeft geen zin op deze plaats allerlei tellingen van andere onderzoekers te vermelden (zie hiervoor *Buma*). De resultaten van deze tellingen zijn onderling dikwijls slecht vergelijkbaar omdat men niet dezelfde diagnose- en rubricering gebruikt. Telt men bijvoorbeeld alleen de ziektebeelden welke behoren tot de diagnosehoofdgroep XII (Ziekten van de huid en onderhuidse weefsels) van de „International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 1948” (I.S.C.), dan telt men slechts een gedeelte van de dermatologische gevallen welke men ziet. Tot deze diagnosehoofdgroep behoren ook ziektebeelden welke geen enkele medicus een dermatose zou noemen, bijvoorbeeld de panaritria.

\* \* \*

Om een indruk te krijgen van de dermatologische morbiditeit in de algemene praktijk wordt hier gebruik gemaakt van de resultaten van het uitgebreide morbiditeitsonderzoek dat meer dan honderd Engelse huisartsen in 1955 verrichtten en dat in 1958, 1960 en 1962 in drie delen werd gepubliceerd: „Morbidity Statistics from General Practice”. Met behulp van deze publikaties zijn de *tabellen 1, 2, 3 en 4* samengesteld. Terwijl de Engelse artsen getallen geven per 1000 personen heb ik dit gedaan per 2500. Dit is een praktijk van gemiddelde grootte, zodat men een indruk krijgt wat „de gemiddelde huisarts” per jaar ziet.

In de tabellen staan het aantal patiënten en het aantal verrichtingen vermeld. Het quotiënt van deze twee geeft dus het aantal verrichtingen aan dat voor de desbetreffende afwijking per patiënt nodig was. Bij het genoemde Engelse morbiditeitsonderzoek heeft men gebruik gemaakt van de classificatie volgens I.S.C.\* Van de achttien diagnosehoofdgroepen van de I.S.C. is voor ons vooral diagnosehoofdgroep XII van belang (*tabel 1*). Zoals men ziet bedraagt voor alle ziekten in deze groep het quotiënt — aantal verrichtingen gedeeld door aantal patiënten — 2,5.

\* Voor belangstellende lezers zij hier vermeld dat het Centraal Bureau voor de Statistiek deze I.S.C. in twee delen, namelijk een systematisch en een alfabetisch register heeft uitgegeven, in een uitvoerige bewerking tot in zes decimalen. De prijs van beide delen tezamen is f 12,50.

\* Naar een voordracht, gehouden op de tweede Boerhaave-cursus dermatologie voor huisartsen, oktober 1966.

In tabel 2 zijn alle huidziekten ondergebracht die voorkomen in de andere diagnosehoofdgroepen, namelijk bij:

Infectieziekten en parasitaire ziekten.

- I Nieuwvormingen.
- II Allergische-, endocrine-, voedings- en stof-
- III wisselingsziekten.
- IV Ziekten van de organen van de bloedsomloop en het lymfstelsel.

De volgende afwijkingen heb ik niet gerekend tot huidziekten: exanthematische ziekten, ulcus cruris, brandwonden, geïnfecteerde wonden, blefaritis, hordeolum en otitis externa.

Het aantal verrichtingen per patiënt bedraagt 2,2.

In tabel 3 staan alle „gecorrigeerde” huidziekten opgeteld (panaritium en cellulitis zijn nu niet mee-gerekend) samen met „alle ziekten” welke de Engelse huisarts dat jaar per 2500 personen zag. Het is interessant om te zien dat per patiënt met een huidziekte 2,5 verrichtingen nodig waren terwijl dit aantal bij „alle ziekten” 5,6 bedroeg.

In het algemeen gesproken ziet de huisarts een patiënt met een huidziekte dus niet vaak, twee tot drie verrichtingen per patiënt zijn voldoende. Het Engelse morbiditeitsonderzoek levert dan ook ten aanzien van de dermatologie de volgende conclusie op: „The general practitioner appears to be able to deal with most incidence of skin disease in two to three consultations and without making a definite or detailed diagnosis”. Men ziet uit tabel 3 dat de Engelse huisarts met een praktijk van 2500 mensen, per jaar 298 patiënten met een huidziekte ziet, dit is 17,5 procent van alle patiënten die hem consulteren; een op de zes patiënten heeft dus een huidafwijking.

Men kan op deze getallen kritiek leveren, maar het is er ons vooral om te doen een indruk te krijgen van de dermatologische problematiek in de huisartspraktijk. Het begrip „morbiditeit” is in het voorafgaande ook niet geheel juist gebruikt. Het gaat hier om wat de arts ziet, niet om wat in de gemeenschap aan ziekte aanwezig is. Wat dat betreft zouden de onderzoeken die bij gezonden zijn verricht ons informatie kunnen geven, ware het niet dat ook hier niet tevoren werd gedefinieerd wat men onder een huidziekte verstaat, zodat de resultaten van dergelijke onderzoeken nogal uiteenlopen (Heide, Van Zonneveld, Fuldauer en Bergsma). Wel blijkt dat er nogal wat mensen met huidziekten rondlopen die nimmer een arts consulteren. Zo ontdekte Kortenhorst dat in zijn praktijk van de 27 patiënten met een nikkel-allergie, elf nimmer voor enig symptoom een medicus hadden geraadpleegd.

De resultaten van een morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk zijn ook sterk aan de tijd ge-

Tabel 1. Aantal verrichtingen en aantal patiënten met genoemde huidziekte per jaar bij een praktijk-omvang van 2500 personen.

Diagnosehoofdgroep XII	Verrichtingen	Patiënten
Furunkel .....	127	51
Panaritium .....	65	26
Cellulitis .....	60	19
Impetigo .....	47	27
Wratten .....	28	15
Dermatits/Eczeem .....	162	61
Psoriasis .....	21	8
Pruritus .....	34	14
Diversen .....	150	43
Totaal .....	694	264 = 2,5

Tabel 2. Aantal verrichtingen en aantal patiënten met genoemde huidziekte per jaar bij een praktijk-omvang van 2500 personen.

Diagnosehoofdgroep I II III VII	Verrichtingen	Patiënten
I Syfilis (in alle vormen) .	7	—
Gonorrhoea .....	1	—
Herpes zoster .....	34	9
Herpes febrilis .....	9	6
Schimmelinfecties .....	30	14
Scabies .....	4	2
Pediculosis .....	1	—
II Huidcarcinomen .....	6	2
Benigne tumoren .....	5	2
III Urticaria .....	58	35
VII Perniones .....	15	9
Totaal .....	170	79 = 2,2

Tabel 3. Aantal verrichtingen en aantal patiënten per jaar bij een praktijkomvang van 2500 personen

Ziekten	Verrichtingen	Patiënten	Quotient
Alle ziekten .....	9378	1675	5,6
Huidziekten .....	739	298	2,5
Percentage voor huidziekten .....	7,9	17,5	

onden. *Ruhe* kon aantonen dat hij in 1954 veel meer dermatologische patiënten had gezien dan in 1938 terwijl het aantal ziektegevallen niet kon zijn toegenomen; hij werd dus vaker geconsulteerd.

*Tabel 4* geeft een indruk welke huidziekten vooral door de huisarts worden gezien. Wij hebben in deze tabel alle ziektebeelden samengebracht waarvan de huisarts er meer dan tien per jaar ziet. Zeventig procent van alle patiënten met een huidziekte die de huisarts consulteren vertoont een van deze zeven ziektebeelden. De grootste groep wordt gevormd door de pyodermieën (furunkel plus impetigo): 78 patiënten per jaar of wel 26 procent van alle dermatologische patiënten.

Vergelijken wij deze getallen met die uit een specialistenpraktijk (*Polano* en *Van der Put*), dan blijkt bij de specialist de dermatitis/eczemgroep bovenaan te staan (33 procent), gevolgd door de pyodermieën (11 procent). De meest voorkomende zeven ziektebeelden, die 70 procent uitmaken van alle dermatosen in de huisartspraktijk (*tabel 4*) vormen bij deze specialisten ongeveer 60 procent van het totale aantal huidziekten. De genoemde auteurs geven in hun artikel een overzicht van de procentgewijze verdeling van de diagnoses uit vijf dermatologische poliklinieken. In alle gevallen staat de dermatitis/eczemgroep bovenaan.

Op mijn verzoek verschaftte de secretaris van de Ziekenfondsraad de gegevens van *tabel 5*. Men ziet in deze tabel welke plaats de dermatologie onder de overige specialismen inneemt. Terwijl de dermatoloog 24 verwijzingen per duizend verzekerden per jaar ziet, worden slechts 1,4 per duizend verzekerden opgenomen. Hier staat tegenover dat de gemiddelde verpleegduur van een dermatologische patiënt zeer lang is.

In een praktijk van 2500 mensen zal de huisarts per jaar dus ongeveer 60 patiënten naar de dermatoloog verwijzen, dat is twintig procent van het totale aantal (298) patiënten met een huidziekte dat hij dat jaar ziet (*tabel 3*). Ook hier geldt dus wat *Jansen-Emmer* in 1958 reeds poneerde ten aanzien van alle patiënten die de huisarts ziet: ongeveer 80 procent van alle aandoeningen wordt door de huisarts behandeld zonder hulp van specialist of ziekenhuis.

\* \* \*

Na al deze getallen is het misschien interessant iets te vermelden van de diagnostische problematiek welke de huisarts bij patiënten met een huidziekte ontmoet. Daartoe heb ik in mijn praktijk 90 opeenvolgende eerste dermatologische verwijzingen geanalyseerd. Deze verwijzingen dateren uit de periode januari 1962 tot juli 1966. Van deze verwijzingen werd het diagnostische niveau genoteerd op het moment van verwijzen (*Bremer*).

Onder het diagnostische niveau verstaan wij de mate van inzicht welke de huisarts in het ziekte-

*Tabel 4. Aantal verrichtingen en aantal patiënten met genoemde huidziekte per jaar bij een praktijkomvang van 2500 personen. Ziektebeelden waarvan de huisarts meer dan tien gevallen per jaar ziet.*

Ziektebeelden	Verrichtingen	Patiënten
1. Dermatitis/Eczeem . . .	162	61
2. Furunkel . . . . .	127	51
3. Urticaria . . . . .	58	35
4. Impetigo . . . . .	47	27
5. Wratten . . . . .	28	15
6. Pruritus . . . . .	34	14
7. Schimmelinfecties . . . .	30	14
Totaal . . . . .	486	217

*Tabel 5. Verdeling van het aantal verwijzingen, aantal opgenomen patiënten, aantal verpleegdagen en aantal opnamedagen per patiënt, per specialisme. Gegevens over ruim 8,5 miljoen verzekerden.*

Specialismen	Aantal verwijzingen per 1000 verzekerden	Aantal * patiënten	Aantal verpleegdagen	Aantal dagen per patiënt
Chirurgie	80	25,9	484	18,7
Interne geneeskunde	57	17,1	489	28,7
Verloskunde en gynaecologie	21	11,5	148	12,9
Psychiatrie en neurologie	23	5,3	210	39,4
Kindergeneeskunde	11	6,3	176	27,9
Keel-, neus- en oorziekten	39	13,0	72	5,5
Oogheelkunde	124	1,9	28	15,0
Huid- en geslachtsziekten	24	1,4	40	29,3
Gezonde zuigelingen	—	3,0	34	11,2
Overige specialismen	1	—	—	—
Totaal	380	85,4	1681	19,7

\* Wier verpleging voor rekening van de hoofdverzekering in 1964 is beëindigd.

proces meent te hebben op het moment van verwijzen. Er werden vier diagnostische niveaus onderscheiden. Niveau 1 noemen wij het hoogste, niveau 4 het laagste niveau.

*Niveau 1.* De huisarts heeft een diagnose gesteld. Hij heeft bij de patiënt een bepaalde ziekte

of afwijking gevonden en deze ziekte of afwijking een naam kunnen geven.

**Niveau 2.** De diagnose staat voor de huisarts niet vast, er is een keuze tussen enkele mogelijkheden. Het aantal mogelijkheden lijkt beperkt, één diagnose lijkt het meest waarschijnlijk.

**Niveau 3.** De patiënt vertoont verschijnselen die min of meer richtinggevend zijn voor een verder onderzoek, maar het aantal diagnostische mogelijkheden is groot. Een diagnose is in het algemeen niet te stellen zonder een vrij uitvoerig onderzoek waarbij specialistische apparatuur is vereist.

**Niveau 4.** De huisarts heeft er geen idee van welke diagnose moet worden gesteld.

De beoordeling van de juistheid van het diagnostische niveau vond plaats aan de hand van de uiteindelijke specialistische diagnose. De vraag was dus: „Heb ik op het juiste niveau gediagnostiseerd?” Zo niet, dan was het genoemde niveau te hoog of te laag. In feite kan alleen een diagnose „fout” zijn wanneer het diagnostische niveau 1 is. In dat geval is er immers pas van een diagnose sprake. De huisarts moet dus, zoals altijd bij het verwijzen, tussen twee klippen doorzeilen. Aan de ene kant het riskante diagnostiseren met de kans diagnostische fouten te maken, aan de andere kant het zich op de vlakte houden met het risico onnodig veel te verwijzen.

Van de 90 verwijzingen waren er 66 met niveau 1, zeventien met niveau 2, zes met niveau 3 en een met niveau 4. Wanneer men nu elke verwijzing met diagnostisch niveau 1 het cijfer 1 geeft, elke verwijzing met niveau 2 het cijfer 2, enzovoort, dan is het gemiddelde diagnostische niveau van deze 90 verwijzingen:

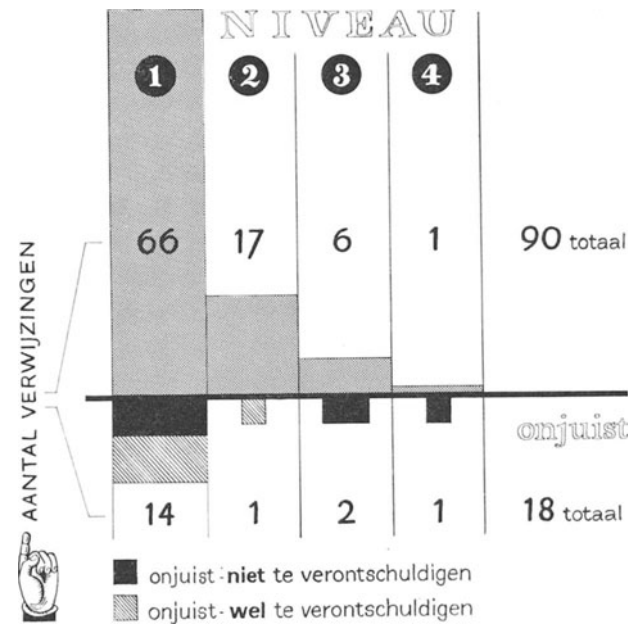
$$\frac{(66 \times 1) + (17 \times 2) + (6 \times 3) + (1 \times 4)}{90} = 1,4$$

Dit gemiddelde diagnostische niveau, dat uiteraard bij een willekeurige groep verwijzingen kan schommelen tussen 1 en 4, geeft aan hoe riskant de verwijzende huisarts diagnostiseert. Hoe kleiner dit quotiënt is hoe meer inzicht de huisarts in de ziektebeelden meent te hebben, hoe groter dit quotiënt is hoe meer de huisarts zich onttrekt aan het diagnostiseren. De huisarts wiens brieven alle behoren tot het „skin . . . please treat” type (*Tomlinson*) heeft dus een gemiddeld diagnostisch niveau van 4, maar hij heeft dan ook geen enkele diagnostische fout gemaakt.

**Figuur 1** geeft de niveaus van deze 90 verwijzingen in beeld. Aan de onderkant van de figuur staan de verwijzingen waarvan het niveau onjuist was: totaal achttien of twintig procent van het totaal. Bij veertien van deze verwijzingen bleek de diagnose fout te zijn (diagnostisch niveau 1) en bij vier was het niveau te laag. Bij een nauwkeuriger onderzoek van de patiënt had ik in drie van deze vier gevallen wel een juiste diagnose kunnen stellen.

Het is niet eenvoudig een classificatie te maken

**Figuur 1.** Voor de verklaring raadplege men de tekst.



van diagnostische fouten. In vele gevallen is onvoldoende onderzoeken de belangrijkste oorzaak. De meest voor de hand liggende, weliswaar subjectieve, indeling wordt gevonden in het oordeel van de verwijzende arts zelf: deze fout is te verontschuldigen of niet. Van de achttien verwijzingen met onjuist diagnostisch niveau vond ik dat de helft van de gemaakte fouten hij te verontschuldigen.

Hier volgen vier voorbeelden. Geval 1, 2, en 3 hebben diagnostisch niveau 1, geval 4 heeft niveau 3. De fouten gemaakt bij de gevallen 2 en 4 leken mij niet te verontschuldigen.

**Geval 1.** Brief van de huisarts. „Hierbij zend ik U de heer X, geboren-, wonende-, met een afwijking aan de neuspunt, berustend op een beginnend ulcus rodens. Tevens heeft patiënt een afwijking in de genitaalstreek, mijns inziens een erythrasma. Veel klachten heeft hij hierover echter niet. Gaarne uw oordeel over deze patiënt”.

Brief van de specialist. „In onze polikliniek zagen wij Uw patiënt de heer X, met een tumortje aan de neuspunt en de resten van een erythrasma in de liezen voornamelijk rechts. Wij verwijderden het gezwelletje door middel van proefexcisie. De uitslag zullen wij U te zijner tijd berichten. Voor de liezen adviseren wij te gebruiken een schudsel met 10% liq. carb. deterg. Gaarne zien wij patiënt over 3 weken ter controle terug”.

Tweede brief van de specialist. „De proefexcisie verricht uit de afwijking op de neuspunt van Uw patiënt de heer X, liet het beeld zien van molluscum contagiosum. Er waren geen aanknopingspunten voor maligniteit”.

**Geval 2.** Brief van de huisarts. „Hierbij zend ik U mejuffrouw X., geboren-, wonende-, met een huidafwijking op het behaarde hoofd, volgens mij een pityriasis capitis. Gaarne uw advies voor de behandeling”.

Brief van de specialist. „Hedenochtend zagen wij in de polikliniek Uw patiënte X., wegens psoriasis vulgaris, ge-

localiseerd op behaarde hoofd en in zeer geringe mate op de strekzijde van de ellebogen en op de rechter voetrug. Ter behandeling van de plekken op behaarde hoofd schreven wij 20% lig. carb. deterg. in lanoline-vaseline ana voor, voor de overige plekjes 5% acid, salicyl. in vaseline”.

*Geval 3.* Brief van de huisarts. „Hierbij zend ik U mevrouw X., geboren-, wonende-, die al lang klachten heeft over pruritus ani. Volgens mij is hier sprake van een eczema. Ik gaf eerst wat indifferente zalf, daarna wat hydrocortisonzalf, maar de klachten worden niet minder. Er zijn geen oxyuren. Gaarne uw advies voor deze patiënte”.

Brief van de specialist. „In de polikliniek zagen wij Uw patiënte mevrouw X., wegens recidiverende pruritus ani, die onzes inziens veroorzaakt wordt door een candida infectie. Wij hebben een afstrijk gemaakt voor een kweek, waarvan de uitslag U te zijner tijd zal worden bericht. In de literatuur worden de laatste tijd patiënten beschreven, die aan recidiverende candida albicans infectie lijden tijdens het gebruik van orale anticonceptiva. Het langdurig gebruik van deze preparaten zou een verhoogde vaginale melkzuurproductie veroorzaken, en zo de groei van candida albicans bevorderen.

Ter behandeling adviseren wij voorlopig ultracortenol/vioform. Het verdient tevens aanbeveling om de echtgenoot van patiënte op aanwezigheid van candida albicans te onderzoeken, aangezien dit ook de oorzaak kan zijn van de recidiverende infectie. Bovendien is het van belang de 24-uurs urine van patiënte op reductie na te zien”.

*Geval 4.* Brief van de huisarts. „Hierbij zend ik U mevrouw X., geboren-, wonende-, die al sinds enkele maanden een huidafwijking heeft op haar rechter bil, die met een uitwendige therapie niet geneest. Het is een erythematosquammeuze dermatose met een onregelmatige begrenzing. Er bestaat hier en daar een hyperkeratose, terwijl de afwijking flink jeukt, waardoor er een lichenificatie is opgetreden. Het lijkt mij dat hier sprake is van een chronisch ontstekingsproces (Koch?). Gaarne uw oordeel”.

Brief van de specialist. „In onze polikliniek zagen wij Uw patiënte mevrouw X., wegens een afwijking op de rechter nas, ongeveer handgroot, scherp begrensd en grillig gevormd, bestaande uit livide rood verkleurde papels, grotendeels geconflueerd, hier en daar wat vlak, glanzend en wat polygonaal. Op het rechterwangslimvlies was enige witte netvormige streptekening te zien. Wij stelden de diagnose lichen ruber planus. Wij verrichtten een proefexcisie uit de afwijking op de rechter nas om onze diagnose histologisch te verifiëren. Zodra de uitslag bekend is zullen wij U hierover berichten. Ter behandeling schreven wij voorlopig voor 1/2% phenolschudsel”.

Tweede brief van de specialist. „De proefexcisie verricht uit de afwijking gelokaliseerd op de rechter nas bij Uw patiënte mevrouw X., liet het klassieke beeld van een lichen ruber planus zien. Wij zouden U willen voorstellen haar te behandelen met een serie van 12 intramusculaire injecties met loco bismogenol (2 x per week 1 1/2 cc.)”.

Merkwaardig is dat ik bij deze 90 verwijzingen naar een dermatoloog veel meer fouten heb gemaakt dan bij het verwijzen naar andere specialisten. Bij een onderzoek van 500 eerste verwijzingen naar alle specialismen tezamen bleek in elf procent het niveau niet juist te zijn (*Bremer*). De oorzaak moet waarschijnlijk worden gezocht in het feit dat een dermatologische afwijking, veel meer dan bijvoorbeeld een interne afwijking, de arts prikkelt tot diagnostiseren omdat „de hele ziekte zichtbaar is”. Deze verklaring lijkt wel waarschijnlijk want

het gemiddelde diagnostische niveau van deze 90 verwijzingen bedroeg 1,4 terwijl dit van de genoemde 500 verwijzingen 1,6 was.

Bij deze 90 verwijzingen stelde de specialist 25 verschillende diagnoses. De in *tabel 4* genoemde meest voorkomende zeven huidziekten kwamen in dit materiaal 37-maal voor (40 procent) waarmee weer eens is aangetoond dat de groep verwezen patiënten niet representatief moet worden geacht voor het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk.

*Samenvatting.* Uit een Engels morbiditeitsonderzoek blijkt dat ongeveer één op de zes patiënten die de huisarts ziet een huidafwijking heeft. Ondanks dit grote aantal wordt er weinig over huidziekten in de huisartspraktijk geschreven.

De auteur bespreekt in het kort het dermatologische morbiditeitspatroon in de algemene praktijk. Het blijkt dat de schrijver bij dermatologische verwijzingen in verhouding meer diagnostische fouten maakt dan bij het verwijzen naar andere specialismen. Er wordt getracht hiervoor een verklaring te geven.

*Summary. Skin affections in general practice.* An English morbidity study has shown that about one out of every six patients seen by the family doctor is suffering from some skin affection. Nevertheless, little has been published about skin diseases in general practice. The author briefly discusses the dermatological morbidity pattern in general practice. In his dermatological referrals, the author made relatively more diagnostic errors than in referrals to other specialists. An attempt is made to explain this.

- Bergsma, J. J. (1966) Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk. Academisch Proefschrift, Nijmegen.
- Bremer, G. J. (1964) Het verwijzen in de huisartspraktijk, Van Gorcum en Comp. N.V., Assen.
- Buma, J. T. (1959) Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse Gezondheidszorg. Uitgave: Ned. Inst. voor Praev. Geneesk.
- Fry, J. (1954) Clinical medicine in general practice. Churchill Ltd., London.
- Fuldauer, A. (1966) Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Leiden.
- Heide, R. M. van der (1959) Resultaten van een geneeskundig onderzoek van mannen en vrouwen van 40-65 jaar. Academisch Proefschrift, Amsterdam.
- Hornstra, R. (1960) huisarts en wetenschap 3, 281.
- Jansen-Emmer, E. M. (1958) Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. Academisch Proefschrift, Amsterdam.
- Kortenhorst, F. H. J. (1964) Nikkelallergie in een huisartspraktijk. Academisch Proefschrift, Amsterdam.
- Mackenzie, J. (1919) The future of medicine. Oxford University Press, London.
- Morbidity Statistics from General Practice. (1958-1960-1962) H.M.S.O., London.
- Polano, M. K. en H. J. van der Put (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 1462.
- Ruhe, H. A. M. (1957) Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. Van Gorcum en Comp. N.V., Assen.
- Simons, R. D. G. Ph. (1937) Ned. T. Geneesk. 81, 5728.
- Taylor, S. (1955) Good general practice, Oxford University Press, London.
- Tomlinson, K. M. (1957) Trans. St. John's Hosp. Derm. Soc. 38, 27. Zie: Prakken, J. R. (1958) Ned. T. Geneesk. 102, 1215.
- Zonneveld, R. J. van (1961) The health of the aged. Van Gorcum en Comp., Assen.