

E. SCHADÉ

## De rol van de huisarts bij de behandeling van kanker

Bij de behandeling en begeleiding van patiënten met kanker door de huisarts spelen zowel de psychosociale zorg voor de patiënt en diens omgeving, als de medische somatische zorg een belangrijke rol. Voor een goed verloop van een en ander is bovendien samenwerking met andere hulpverleners noodzakelijk. In aansluiting op het voorafgaande artikel wordt in de volgende bijdrage alleen ingegaan op de medisch-somatische zorg die de huisarts kan geven in verband met de maligne aandoening en de therapie daarvoor, en op de samenwerking op dit gebied tussen huisarts en specialist.

### Pijn

Te allen tijde dient men bedacht te zijn op klachten en verschijnselen veroorzaakt door de tumor zelf of door uitzaaiingen. De meest voorkomende klachten zijn van algemene aard: zwakte, verlies aan eetlust, slapeloosheid en vooral pijn.<sup>1</sup> Van de patiënten die overlijden aan kanker, vraagt 60 procent om hulp wegens ernstige pijn.<sup>2</sup>

Door adequate therapie is pijn in het algemeen goed te behandelen.<sup>3</sup> In de laatste fase van het ziekteproces is pijn een zinloze kwelling, die daarom met alle beschikbare middelen bestreden dient te worden. Opvallend is dat medicamenteuze therapie vrijwel de enige vorm van therapie is die de huisarts hiervoor toepast, daarbij gesteund door allerlei adviesschema's.<sup>4</sup> De belevenis van pijn wordt mede bepaald door gevoelens van angst, verdriet, onzekerheid en stoornissen in de relatie met de omgeving en bij het behandelen van het *symptoom* pijn dient hiermee rekening te worden gehouden.

### Bijwerkingen van de therapie

Een belangrijk deel van de zorg door de huisarts bestaat uit het bestrijden van de effecten van de therapie.

Chemotherapie en bestraling worden, vanzelfsprekend afhankelijk van de dosering, in het algemeen bij de aanvang

van de therapie goed verdragen. Later kunnen de bijwerkingen zwaar gaan wegen, mede door een eventueel minder wordende gezondheidstoestand. De patiënt kan de huisarts hierover advies vragen. Hierbij is van belang dat de huisarts op de hoogte is van de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van zijn ziekte en de effecten van de therapie.

**Tabel 1.** Gevallen waarin de huisarts vaststelde dat er problemen waren tengevolge van de medisch-somatische zorg c.q. de samenwerking met de specialist. Aantallen patiënten.

Aandoening	Medisch-somatische zorg voor		Samenwerking met specialist
	aandoening	neveneffecten	
Bronchuscarcinoom (n=50)	10	4	1
Mammacarcinoom (n=23)	3	10	2

**Tabel 2.** Medisch-somatische problemen ten gevolge van bronchuscarcinoom en mammacarcinoom. Aantallen problemen.

Problemen	Bronchuscarcinoom (n=50)	Mammacarcinoom (n=23)
Neurologische uitvalsverschijnselen	1	3
Gedragsstoornissen		1
Anemie		2
Fracturen		2
Braken		3
Ascites		2
Vena cava superior syndroom	3	
Dyspnoe	3	1
Hoesten	5	
Pijn algemeen	3	4
Gelokaliseerde pijn	1	1
Overige	2	1

In het kader van een onderzoeksproject waarover al eerder is bericht<sup>5</sup>, werd bij acht huisartsen geïnventariseerd welke problemen zij hadden ervaren bij de behandeling en begeleiding van 223 – inmiddels overleden – patiënten met kanker. Van hen overleden 23 vrouwen aan de gevolgen van een mammacarcinoom, en 50 patiënten (49 mannen en 1 vrouw) aan de gevolgen van een bronchuscarcinoom. De uitkomsten voor deze groep zijn weergegeven in de *tabellen 1 en 2*.

### Chirurgische therapie

Na chirurgische therapie gaat het in de eerste plaats om de gevolgen van littekens, zoals ontsiering en pijn door neuroomvorming.

- Als vroege of late complicatie na mamma-amputatie kan oedeem van de arm optreden. Dit is voor de patiënt uitermate hinderlijk. Een enkele maal is metastasering de oorzaak.<sup>6</sup> Conservatieve maatregelen als ontwatering en massage gevolgd door eventueel chirurgisch ingrijpen, geven slechts een gedeeltelijke verbetering van het oedeem. Voorts kunnen psychische en lichamelijke klachten die het gevolg zijn van het ontbreken van een borst bij de vrouw, de zorg van de huisarts vereisen. Voor

\* Huisarts, medewerker Instituut voor Huisartsgeeneeskunde, Universiteit van Amsterdam.

herstel van de borstcontour kan men adviseren tot het gebruik van verschillende prothesen. De verpleegkundigen in het ziekenhuis, de wijkverpleegkundige of vertegenwoordigers van de patiëntenvereniging zijn overigens beter in staat tot advisering hieromtrent, maar de huisarts behoort zich in voorkomende gevallen niet te onttrekken aan het geven van een advies.

In een onderzoek over bortsreconstructie na mamma-amputatie bleek dat ongeveer de helft van de patiënten overwoog de geamputeerde borst te laten reconstrueren. In de praktijk laat echter slechts een klein deel van de daarvoor in aanmerking komende vrouwen borstreconstructie toepassen. Veel vrouwen blijken op te zien tegen de operatie en veel behandelend artsen raden de operatie af. Deze negatieve houding is gedeeltelijk het gevolg van de doorgaans matige resultaten van vroegere reconstructietechnieken. Ook lijkt onzekerheid bij de behandelend arts over selectiecriteria en indicatiestelling een rol te spelen. Te verwachten valt dat hierin op den duur verandering zal komen en dat patiënten beter zullen worden voorgelicht.<sup>7</sup>

• Bij de nazorg na een chirurgische ingreep voor een bronchuscarcinoom kan de huisarts geconfronteerd worden met enkele late gevolgen, zoals kortade-

igheid bij inspanning en soms ook in rust. Ook kunnen recidiverende bronchusinfecten optreden, die meer klachten geven dan voor de operatie. Bij veel hoesten kan tengevolge van een slijmvlieslaesie haemoptoë optreden, vooral bij een scherp ingestelde antistolling. Meestal wordt de haemoptoë echter veroorzaakt door een hechting in de bronchusstomp die met behulp van bronchoscopie kan worden verwijderd. Een recidief van de maligne aandoening in de stomp is echter niet uit te sluiten en daarom is een haemoptoë altijd een indicatie voor bronchoscopie. Soms ontstaat door een fistel in de stomp een empyeem dat gedraineerd moet worden. Verwijzing naar de chirurg is hierbij altijd noodzakelijk.<sup>8</sup>

**Radiotherapie**

Bij radiotherapie wordt onderscheid gemaakt tussen bijwerkingen en complicaties.

Onder bijwerkingen worden verstaan: ongewenste effecten tijdens of vlak na de bestralingsbehandeling. De ernst is voorspelbaar en is medebepalend bij de indicatiestelling voor radiotherapie. De effecten zijn over het algemeen reversibel. Bij het ontstaan van deze bijwerkingen speelt vooral de directe weefselbeschadiging een rol.

Algemene bijverschijnselen zijn: malai-

se, geringe misselijkheid en een grote behoefte aan slaap. De lokale bijwerkingen hangen samen met de plaats die bestraald wordt. Naast de directe celbeschadigingen treedt daarbij een kortdurende „steriele” ontstekingsreactie op, die gepaard gaat met oedeem.

Complicaties zijn ongewenste effecten die zich meestal lang na het beëindigen van de bestralingsbehandeling voordoen en irreversibel zijn. Bij het ontstaan hiervan spelen, behalve de directe weefselbeschadigingen, ook indirecte factoren een rol, zoals verlies aan vascularisatie.<sup>9</sup>

**Chemotherapie**

De directe bijwerkingen van chemotherapie bestaan in het algemeen uit misselijkheid en braken.

Aspecifieke bijwerkingen zijn bijwerkingen die samenhangen met het algemene werkingsmechanisme van cytostatica en die vrijwel altijd optreden, onafhankelijk van de keuze van het middel. De snelgroeïende weefsels, zoals het beenmerg en het slijmvlies van het maag-darmkanaal, de huid en de voortplantingsorganen zijn hiervoor het meest gevoelig.

Daarnaast zijn er specifieke bijwerkingen, die zich alleen voordoen bij bepaalde middelen c.q. bepaalde organen (tabel 3).<sup>10</sup>

Tabel 3. Bijwerkingen van cytostatica op organen.

Organen	Symptomen	Cytostatica
Beenmerg	Bloedingen en infectie	Alle middelen, behalve Bleomycine, Asparaginase en Vincristine
Bloed	Hemostase-stoornissen	Asparaginase, Mitramycine
Lymfatisch weefsel	Infectie	Alle middelen, behalve Bleomycine
Slijmvlies maag	Misselijkheid, braken	Alle middelen, behalve Bleomycine
Slijmvlies darm	Diarree	5-FU
Slijmvlies mond	Mond ulcera	Methotrexaat, Actinomycine-D, Adriamycine, 5-FU
Slijmvlies blaas	Cystitis	Endoxan
Huid	Hyperkeratose	Bleomycine
	Dermatitis	Procarbazine
Huid	Haaruitval	Vincristine, Actinomycine-D, Adriamycine, Bleomycine, Endoxan
Perifeer zenuwstelsel	Neuritis	Vincristine, vinblastine
Centraal zenuwstelsel	Coma	Procarbazine, nitrourederivaten
Longen	Fibrose	Bleomycine, mitomycine
Lever	Cirroze	Methotrexaat
Lever	Acute functiestoornis	Asparaginase
Pancreas	Pancreatitis, diabetes	Asparaginase, Mitramycine
Skelet	Hypocalcemie	Mitramycine, Daunomycine
Nieren	Functiestoornis tubuli	Mitramycine, methotrexaat, cis-diamminedichloorplatinum, nitrourederivaten
Hart	Myocarditis	Daunomycine, Adriamycine

## Contact met de specialist

Patiënten zijn zich vaak sterk bewust van de bijwerkingen en mogelijke complicaties ten gevolge van de behandeling en velen van hen zoeken voor advies direct contact met de specialist; dit kan ertoe leiden dat het contact met de huisarts op de achtergrond raakt. Gevoegd bij een vermeend tijdsgebrek, gebrek aan specifieke kennis inzake de bijwerkingen, eigen angsten en gevoelens van onvermogen, zal deze situatie vaak leiden tot een overmatig bescheiden opstelling van de huisarts bij kankerpatiënten die onder specialistische controle staan. Anderzijds hebben ook specialisten vaak problemen met de eigen professionele rol van de huisarts bij patiënten die zijn opgenomen in het ziekenhuis.

Dat er een gezamenlijk werkveld bestaat is intussen evident. De patiënt komt van huis naar het ziekenhuis en gaat daarna weer naar huis terug.<sup>11</sup> De huisarts kan een belangrijke rol vervullen bij de behandeling en begeleiding, bijvoorbeeld als intermediair tussen ziekenhuis en buitenwereld: vragen en informatie van patiënten en van familie over behandeling in het ziekenhuis – en vice versa – kunnen door de huisarts worden vertaald en overgebracht. Ook het bewaken en eventueel bijsturen van de gang van de patiënt door de intramurale gezondheidszorg kan de huisarts tot zijn taak rekenen. Als gezinsarts is de huisarts meestal bekend met de huiselijke omstandigheden en de draagkracht van de patiënt. Dit soort informatie kan bij de behandeling van gewicht zijn. Daarnaast is de huisarts bekend met de wijze waarop de behandelend specialist zijn mededelingen aan de patiënt verstrekt. Hij zal moeten trachten te bereiken dat alle betrokken specialisten hetzelfde tegen de patiënt zeggen. Mocht er een controverse optreden betreffende de behandeling, dan kan de huisarts de patiënt van advies dienen; hij moet dan wel zelf op de hoogte zijn van de mogelijkheden.

Sommige huisartsen hebben goede ervaringen met het bezoeken van de patiënt in het ziekenhuis, niet een beleefdheidsbezoek aan het eind van een werkdag, maar bij voorkeur een bezoek op een tijdstip dat tevoren aan patiënt en afdeling bekend is gemaakt. Het kan hierbij van nut zijn, dat de huisarts zich vooraf laat informeren over de resulta-

ten van het onderzoek. Indien de huisarts dergelijke contacten met de opgenomen patiënt als een normaal onderdeel van zijn begeleiding beschouwt, zal hij merken met hoeveel belangrijke vragen en problemen hij wordt geconfronteerd.<sup>11</sup>

## Het mededelen van de diagnose

De wijze waarop de patiënt wordt ingelicht over diagnose en prognose is van grote betekenis voor het verloop van de zorg en de medewerking van de patiënt. Het is vaak niet voorspelbaar hoe een patiënt zal reageren op de diagnose, en datzelfde geldt voor de familie. Soms is het goed dit in één en hetzelfde gesprek te doen, in een aantal gevallen is een gefaseerde mededeling te verkiezen. Daarom is het aan te raden afspraken te maken voor een aantal nagesprekken. Zodra de patiënt het slechte nieuws heeft verwerkt, komen er meestal nog veel vragen naar boven. Patiënt en familie, gezamenlijk of afzonderlijk, moeten de gelegenheid krijgen deze vragen op een rustig moment met de huisarts te bespreken.<sup>11 12</sup>

De reactie op de diagnose komt vaak pas duidelijk naar boven als de patiënt naar huis terugkeert, in de vertrouwde omgeving. Deze reacties zijn onder meer afhankelijk van het soort kanker, het stadium waarin het proces verkeert, de prognose en persoonlijkheidskenmerken. Mogelijke reacties zijn: onzekerheid, vaak afhankelijk van informatie over diagnose en prognose, gevoelens van depressie, angst of schaamte, gevoelens van hulpeloosheid en afhankelijkheid. De eigenwaarde van de patiënt kan hierdoor worden bedreigd. Andere patiënten hebben heftige agressieve reacties jegens familie en medische stand. Sommige patiënten kunnen de confrontatie met kanker en eventueel de dood als een zinvolle, zelfs positieve ervaring interpreteren. Het overheersende beeld bij de meerderheid van de patiënten is er echter een van somberheid en wanhoop.<sup>13</sup>

De eerste periode na het ziekenhuisverblijf is bijzonder belangrijk voor het verdere verloop van het contact tussen patiënt en huisarts. De patiënt moet weten wat hij aan de huisarts heeft, hoe hij op hem kan rekenen. De huisarts dient de patiënt behulpzaam te zijn bij het orde scheppen in zijn gedachten en gevoelens.

## Informatie en communicatie

Huisarts en specialist hebben ieder een eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt. Problemen bij de behandeling en begeleiding kunnen eenvoudiger worden opgelost wanneer huisarts en specialist inzicht hebben in elkaars werkvelden en taken. Deelname door de huisarts aan de besprekingen met oncologische consulenten, georganiseerd door de integrale kankercentra, kan hieraan bijdragen.

Daarnaast is een min of meer frequente schriftelijke communicatie gewenst. Ook hier gaat het om een wisselwerking tussen huisarts en specialist. De verwijsbrief van de huisarts dient duidelijk gerangschikte, leesbare informatie te bevatten over de achtergronden van de patiënt, de bevindingen van de huisarts, de diagnose, alsmede een verzoek tot het maken van verdere werkafspraken. Een duidelijk antwoord van de specialist op deze vragen is even noodzakelijk. Indien de patiënt tijdens de behandeling ambulantly is, dient de specialist hierover regelmatig verslag te doen aan de huisarts.

Het meegeven van deze schriftelijke informatie aan de patiënt is vaak de beste garantie dat de gegevens ook beschikbaar zijn op de daarvoor noodzakelijke tijdstippen. In deze informatie, die dus bij de patiënt blijft, dient niet alleen de algemene conditie van de patiënt te worden omschreven, maar ook de therapie, de reactie van de patiënt op de therapie en de eventueel te verwachten bijwerkingen. Tevens kunnen hierin adviezen worden opgenomen over de noodzakelijke handelwijze bij (on)verwachte complicaties.

Ook de huisarts heeft een taak in deze informatieoverdracht. Elke medisch relevante wijziging in het welbevinden en het functioneren van de patiënt, de wijze van reageren op de therapie, en zijn functioneren en zijn relaties dienen regelmatig door de huisarts aan de specialist te worden doorgegeven.

Steeds meer hulpverleners brengen hun eigen deskundigheid in bij de behandeling en begeleiding van patiënten met kanker. Het is de verantwoordelijkheid van deze hulpverleners hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen. De huisarts kan daarbij een belangrijke rol spelen.

*Literatuur op pag. 375.*

## Dankbetuiging

Met dank aan M. Hamers en M. Jansen, beiden medisch student, die in het kader van een wetenschappelijke stage actief betrokken waren bij de uitvoering van deze enquête.

- 1 Bruins CP. Wat verwacht de huisarts van de computer? Med Contact 1976; 31: 240.
- 2 Van de Hoogen J, Brassé M. Huisarts en computer. Med Contact 1984; 39: 593-5.
- 3 Baldwin DW. Experience with microcomputers. Practitioner 1985; 229: 643-6.
- 4 Van der Perk MA, Slager JN, Springer MP. Huisarts en computer. Een handreiking. Med Contact 1984; 39: 813-4.
- 5 Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior; an introduction to theory and research. Massachusetts: Addison Wesley, 1975.
- 6 Van Es JC, De Melker RA, Goosmann FC. Kenmerken van de huisarts II. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- 7 Van Aalderen HJ, De Haan M, Van Stavereen G. Richtlijnen voor de opleiding tot huisarts. Amsterdam: Huisartsen Instituut VU, 1980.
- 8 Springer MP, red. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1983.

## Literatuur bij Van den Bosch W. Kanker in vier huisartspraktijken (pp. 356-61)

- 1 Continue Morbiditeits Registratie NUH 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.
- 2 Van Westreenen E. Huisarts en carcinoompatiënt. Huisarts en Wetenschap 1965; 8: 241-3.
- 3 Centraal Bureau voor de Statistiek. Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1974. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- 4 Huygen FJA. Carcinoom in de huisartspraktijk. Patient Care 1982; 9(8): 2-4.
- 5 Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.
- 6 Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 401-14.
- 7 Harmse NS, De Waard F. Recente ontwikkelingen van de kankerfrequentie in drie registratiegebieden in Nederland. Tijdschr Soc Geneeskd 1973; 51: 670-9.
- 8 Bijlsma F. Waarom kankerregistratie? Med Contact 1981; 36: 695-6.
- 9 Schadé E. Over de volledigheid van de voorgestelde landelijke kankerregistratie. Huisarts en Wetenschap 1985; 28: 171-3.
- 10 Van den Hoogen HJM, Schellekens JWG, Schröder PBM, e.a. Huisarts en vergrijzing. Tijdschr Soc Geneeskd 1982; 60: 870.

- 11 Pruyt JFA, Van Brunschot CJM, Verbunt HMJ, Van den Borne HW. De rol en betekenis van de huisarts voor kankerpatiënten. Tijdschr Soc Geneeskd 1984; 27: 806-9.
- 12 Cuisinier M, Van Eyk J, Jonkers R, Dokter H. De confrontatie met kanker in de huisartspraktijk: knelpunten in zorg. Metamedica 1984; 63: 388-97, 404-16.
- 13 Schadé E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. Huisarts en Wetenschap 1984; 27: 246-8.
- 14 Urquhart AS, Whitford DL. Care of malignant disease in an urban practice. J R Coll Gen Pract 1985; 35: 326-8.

## Vervolg literatuur bij Schaake-Koning CCE. e.a. De behandeling van borst- en longkanker (pp. 362-5)

- 17 Carbone PP, Bauer M, Bond P, Tormey D. Chemotherapy of disseminated breast cancer. Current status and prospects. Cancer 1977; 39: 2916-22.
- 18 Bull JM, Tormey DC, Shou-Hua Li, et al. A randomized comparative trial of adriamycin versus methotrexate in combination drug therapy. Cancer 1978; 41: 1649-57.
- 19 Rossi A, Bonadonna G, Valagussa P, et al. CMF adjuvant program for breast cancer: five-year results. In: Proc Am Soc Clin Onc 1980; 21: C336, 404.
- 20 Freyse G, Gabler A, Liebig S. Bronchiocarcinoma and long term survival. Retrospective study of 433 patients who underwent resection. Thorax 1978; 33: 228-34.
- 21 Salazar OM, Creech RH. „The state of the art” toward defining the role of radiation therapy in the management of small cell bronchogenic carcinoma. Int J Rad Onc Biol Phys 1980; 6: 1103-17.
- 22 Noordijk EM. Classificatie, stadiumindeling en radiotherapie van het bronchuscarcinoom [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.
- 23 Salazar OM, Rubin Ph, Brown JC, et al. The assessment of tumor response to irradiation of lung cancer: continuous versus splitcourse regimes. Int J Rad Onc Biol Phys 1976; 1: 1107-18.
- 24 Hansen HH, Rørth M. Lung cancer. In: Pinedo HM, ed. Cancer chemotherapy. Amsterdam: Excerpta Medica, 1981.

## Literatuur bij Schadé E. De rol van de huisarts bij de behandeling van kanker (pp. 366-8)

- 1 Woodbine G. The care of the patient dying from cancer. J R Coll Gen pract 1982; 32: 685-9.

- 2 Van Doorn C, Zeldenrust M. Beleving en verwerking van zwaar ziek zijn. Weesp: De Haan, 1984.
- 3 Twycross RG. Incidence and assessment of pain in terminal cancer. In: Twycross RG, Ventafridda V. The continuing care of terminal cancer patients. Oxford: Pergamon Press, 1980.
- 4 Schadé E. Een pijnadvies en een pijnkaart. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 231-4.
- 5 Schadé E. Problemen bij de begeleiding van patiënten met kanker. Huisarts en Wetenschap, 1984; 27: 246-8.
- 6 Van der Ploeg E. Mamma-amputatie. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.
- 7 Bergman RB, Van Dam FSDM. Borstconstructie [Dissertatie] Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1981.
- 8 Meinesz AF. Inbegrepen bij longcarcinoom. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.
- 9 Szabó BG, Van Dijk-Milatz A. Radiotherapie. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1984.
- 10 Somers R, Dobbenburgh OA van, Wals A, red. Richtlijnen voor het onderzoek en de behandeling van kwaadaardige aandoeningen in het Antoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis, 1982.
- 11 Van Orshoven A, Spreeuwenberg C. De huisarts en de patiënt met acute leukemie. In: Punt K, Verwilghen RL, red. Acute leukemie. Alphen a/d Rijn, Brussel: Staf-leu, 1983.
- 12 Schadé E, Reenders K, Groenveld G. De begeleiding van de patiënt met kanker door de huisarts. In: Szabó BG, Van der Ploeg E, Brand ES, red. Medische zorg voor de patiënt met kanker. Amsterdam, Brussel, Elsevier 1984.
- 13 Cuisinier M, Van Eyk J, Jonker R, Dokter H. De confrontatie met kanker in de huisartspraktijk: Knelpunten in de zorg (I). Metamedica, 1984; 63: 388-97.

## Rectificatie

In het septemnummer van *Huisarts en Wetenschap* wordt op pagina 307 het *Advies inzake epidemiologie en preventie van ischemische hartziekten* besproken. Dit advies is niet uitgegeven door de Staatsdrukkerij, zoals ten onrechte in de literatuurlijst is vermeld, maar door de Gezondheidsraad. Het kan daar ook besteld worden (telefoon 070-47 14 41, toestel 127).