

Maandblad van de
Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen

Elle prend la pilule, et elle est enceinte: casus

K. Hendrickx, E. Lodewijckx

Hormonale substitutie: kennistoets

*M. Lemiengré, A. De Sutter
A. Derese*

Kwaliteitsbewaking in Groot-Brittannië
een overzicht van recente ontwikkelingen

R. Schepers

Een beetje samen sterven:
communicatie in de laatste levensfase

M. Cosyns

Opsporen van familiale kanker:
ethische en praktische aspecten

*A. Rigo, G. Goelen, E. Teugels,
B. Neyns, W. Betz, J. De Greve*



Een beetje samen sterven

Communicatie in de laatste levensfase

Het begeleiden van patiënten in hun laatste levensfase is een heel specifieke situatie. De verschillende hulpverleners, de patiënt en zijn familie moeten op elkaar worden afgestemd. Daarvoor is communicatie absoluut noodzakelijk. Duidelijke afspraken moeten worden gemaakt, verwachtingen worden verwoord en mededelingen verzacht. Alleen dan kan de patiënt op zijn manier afscheid nemen. De vier volgende casussen van de hand van Marc Cosyns, winnaar van de derde prijs in de GlaxoWellcome-wedstrijd, illustreren dit.

M. COSYNS is huisarts in een groepspraktijk te Gent, redactiemedewerker van Huisarts Nu en verbonden aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent.

Stervensbegeleiding in opspraak of op afspraak, met of zonder inspraak. Dé uitspraak in dit belangrijke ethische jaar is nog niet voor morgen.

Communicatie:
 zonder... ga je dood alléén
 mét... sterf je een beetje samen

Politici en Bekende Vlamingen willen de frontpagina met dit onderwerp, terwijl de artsjournalistiek met sprokkelenquêtes ijvert voor het eerste dagitem in het audiovisuele circuit... De woorden "terminaal, uitzichtloos lijden, uitdrukkelijk verzoek, palliatieve zorg, passief handelen, actief ingrijpen" lopen in elkaar en smelten op het gladde ijs van de menselijke-wenselijke communicatie.

Dié communicatie vormt echter de realiteit van de huisarts aan het sterfbed. Zonder begrijpbare, klare taal sterft de patiënt soms eenzaam...

"Dokter, zou je dringend iets willen doen voor vader: de pijn is niet meer om aan te zien en de morfinepomp staat op het maximum. Het moet natuurlijk weer in het weekend gebeuren; mocht zijn huisarts thuis zijn, hij zou wel een spuitje geven. Trouwens, we zijn hier nu toch allemaal (twee zonen, één dochter en hun respectievelijke schonen). Ze hebben ons opgebeld van het RVT omdat het zo slecht gaat en nu wilden ze je nauwelijks roepen om het wat sneller te doen gaan."

Het is weekendwacht en de verpleegster had me gebeld omdat de familie nogal agressief bleef aandringen, alhoewel ze denkt dat ik weinig kan doen. "De morfinepomp is gisteren nog opgedreven tot 390 mg/24 uur omdat de patiënt wat trekkingen vertoonde bij het wassen, moeilijk uit te maken of het van de pijn was." Zij heeft het gevoel dat de pijn goed onder controle is, maar de subcomateuze toestand verergerde en hij rea-

Casus 1

Gerard

geerde noch nauwelijks op zijn naam. Daarom had ze de familie verwittigd. Optimale pijnstilling en verzorging was de betrachting, van een "spuitje" geven was nooit gesproken en gisterennacht had zij er met haar collega zelf bij gemaakt omdat het op de gang toch niet

zo druk was. Het systematische en overzichtelijk ingevulde dossier bevestigde dit relaas. Er stond ook in fluo-stift gemarkeerd: geen reanimatie - geen ziekenhuisopname - optimale pijnstilling.

Toen ik dit met de familie opnieuw besprak, was de enige reactie dat ze me daarvoor geen weekendvisite betaalden. "Dat hoeft niet, dat regelt de centrale receptie wel", beet de verpleegster van zich af.

Het enige wat ik nog kon doen, was de man zijn hand nemen; hij vertoonde geen pijn en ik voelde een zachte druk. Van de familie kreeg ik alleen van de dochter een handdruk.

"KAN HET NIET WAT SNELLER DOKTER?" Zo blokketert een interview met de antropoloog R. Pool in De Standaard (15 juni 1996). Zijn boek "Vragen om te sterven" beschrijft verhalen over stervensbegeleiding en/of levensbeëindiging: "De dood mag dan mysterieus zijn, de manier waarop mensen erom vragen door dok-

ters onder druk te zetten, lijkt dat allerminst", luidt één van de commentaren¹. In 0,8% van alle sterfgevallen in Nederland zouden artsen een middel voorschrijven, verstrekken of toedienen met het uitdrukkelijk doel het levenseinde te bespoedigen van patiënten die er niet (meer) om kunnen vragen... op dringend verzoek van

partner of familie².

In een inventariserend en oriënterend onderzoek bij huisartsen neemt 9% diezelfde houding aan bij de niet meer aanspreekbare patiënt zonder zijn uitdrukkelijke wil te kennen maar wel op aandringen van de familie³.

"Die twee flacons Penthotal® bewaar ik in de broodtrommel en die doos ampullen Pavulon® ligt in het groentebakje van de koelkast. Ik heb het gedistilleerd water ook aan de apotheker gevraagd opdat het van de goede pH zou zijn, zoals ik in de bijsluiter las. 't Is gewoon de geruststelling dat ik weet dat het er is, de rest is het vertrouwen in u en in Sofie van de palliatieve zorg." Zo vertelt mij Marcel, een gepensioneerd laborant van 71 jaar oud.

Het verslag van de pneumoloog vermeldt het volgende: "flinke roker (langer dan 20 jaar) met een aanslepde pijn, momenteel uitstralend tot in de rechterarm, suggestief voor Pancoastsyndroom. Er blijkt een neoformatie te bestaan in de rechterbovenhals met aanvreting van de overliggende ribben en beginnende aantasting van de naastgelegen wervels op CT-scan. Omdat de patiënt op een openlijk gesprek aandrong, werd hij volledig op de hoogte gebracht. Wij stelden hem nog een, weliswaar moeilijk te bereiken, endoscopie voor. De man ging dit met de huisarts bespreken."

Pijn zal hem niet kleinkrijgen, maar zijn grote schrik zijn hersenmeta's: niet meer weten wat hij doet of zegt, is voor hem het einde. De laatste palliatieve radiotherapeutische einddosis van 39 Gy gaf nauwelijks verbetering. Op aanvraag van Sofie en in samenspraak met de pijnkliniek wordt diamorfine tot 2800 mg gecombineerd met Ketalar® 400 mg.

Casus 2

Marcel

De Scopalamine® voor slijmhoest kan nu ook in de 16 ml-spuit.

Marcel vindt "de palliatieve" trouwens fantastisch, alhoewel hij eerst wat huiverachtig stond tegenover dit voorstel ("Is dat niet van de katholieken?").

De pijn is toch niet te onderschatten en het subcutane naaldje moet Sofie om de twee dagen vervangen wegens nodulaire reactie: "mijn lichaam wil dat eruit, het vecht nog", zegt hij lachend, maar ondertussen komen ook tranen in zijn ogen, "gelukkig heb ik nog mijn vrouwtje, ik begrijp niet dat ze het al zo lang uithoudt dag en nacht aan mijn zijde, een hoestje en zij is ook wakker, ze moet trouwens wat meer eten, 't is niet omdat ik nog alleen die melkjes binnenkrijg... "mokka" zijn de beste! Dat stond ook altijd of het feestmenu, he..."

Drie dagen later, telefoon: na een immense hoestbui met bloed is hij in coma gevallen. Zijn broer laat mij binnen: een sterk hoorbare maar trage ademhaling en zijn hand in de hare is het klinische beeld. Nog wat bloederig slijm op het witte hemd; hij lag altijd "gekleed" in bed. "Na die hoestbui sloeg hij paars uit, maar nu ligt hij er zo vredig bij..., ik weet dat hij nu naar de brooddoos en de koelkast zou wijzen, mocht hij kunnen, maar ik zou nog wat wachten, dokter". Ik spreek af om na mijn avondconsultatie terug langs te komen en ondertussen Sofie te verwittigen. Rond 18 uur krijg ik opnieuw telefoon: "Ik denk dat het zover is... Sofie is hier al..."

Sinds de toenemende informatie over adequate pijnbestrijding kan iedere arts waarschijnlijk de analgetische ladder op⁴. De indicatiestelling en het belang van ambulante adjuverende en palliatieve radiotherapie zet de trapladder wat steiler⁵. En voor de continue infusiemengsels zit men liever in de lift

met een collega van de pijnkliniek en/of het palliatieve team⁶. En dan wordt nog niet gesproken over de middelen die levensbeëindigend kunnen werken!

In België zorgt meestal de pseudo-medisch wetenschappelijke journalistiek voor dit soort informatie, terwijl in Nederland ook in deze materie wetenschappe-

lijk onderzoek wordt verricht en richtlijnen tot standaarden worden uitgewerkt: zo zou volgens het medische tuchtcollege de inhoud van Marcells broodtrommel en koelkast receptuurkundig correct zijn, maar mag de arts dit niet onder het beheer van de patiënt laten⁷.

Karen is 39 jaar en actrice. Ze heeft een zoon van 8 jaar oud die nu ook een klein debuut maakt in een Vlaamse tv-serie waarin zijn mama stilaan een bekende Vlaming wordt. Ze wil er zelfs haar eigen terminaal ziek zijn in vertolken. Doodgaan in een serie is alleen een scenario-aanpassing; voor sterven in haar eigen leven op háár leeftijd zal nooit plaats zijn. Als het ooit zover komt dat de bloeding, de pijn en de aftakeling onomkeerbaar lijken, dan moeten ik en haar echtgenoot beslissen wat het meest wenselijk is. Het liefst zou ze thuis sterven, maar zichzelf afscheid nemen: nooit! Daarvoor is haar leven nog té kort geweest, haar toekomst als actrice én moeder nog verre van voltooid. Haar ziekte begon met een anaal abces dat steeds maar recidiveerde en ten slotte een epidermoïd epithelioma bleek te zijn. Ondanks een mutilerende recto-vagina-rectale operatie, een maximale bestralingsdosis en een inductie-

Casus 3

Karen

chemotherapie bleef de toestand precair. Een eerste hemorragie van het tumorale pakket stopte onder lokale tamponade. Herstel van het bloedvolume en opgedreven morfinebehandeling brachten haar weer thuis en op de set. Twee dagen voor de tv-opname van "haar dood" ontwikkelde zich een nieuwe bloeding met hevige pijnen. Samen opteerden wij voor een nieuwe ziekenhuisopname. Een arteriële tumorinvasie veroorzaakte blijvend pulserend bloedverlies, onmogelijk te tamponeren noch hemodynamisch te corrigeren. Ondanks maximale morfineinfusie bleef de pijn afschuwelijk bewust. Samen (de echtgenoot, de oncoloog en ik) besloten wij tot het "afzien van verdere hemodynamische reanimatie", zodat hypovolemische shock haar verlostte uit een ondraaglijk lijden! Haar man hing huilend rond haar nek, en ik voelde haar hand machteloos wegglijden.

In "La mort intime", een bestseller na de dood van FRANÇOIS MITTERRAND, verklaart MARIE DE HENNEZEL in haar voorwoord dat pijnen en het fysieke lijden altijd te verhelpen zijn⁸. Ook van zuster LEONTINE is dit een bekende uitspraak⁹. Beiden stel-

len ook dat het actieve gebaar om de dood te verhaasten nooit wordt gesteld.

Dit ontkent dr. PV. ADMIRAAL, anesthesist en Nederlands expert in pijnmedicatie, maar ook hij pretendeert in een interview ("Admiraal en het euthanasiedebat" in

Humo 18 maart 1993) dat pijn al jaren geen probleem is: "*Bij ons gilt nooit iemand dat hij liever dood gaat dan de pijn nog langer te moeten meemaken*".

"Ik hoop dat ik geen braakneigingen krijg als ik "het" middel neem: dat is het enige dat mij zorgen baart. Je denkt dat die hoeveelheid Motiliumsirop toch voldoende is?"

Gerda is 67 jaar en sinds 31 jaar MS-patiënte. Ze woont nog steeds in haar "gerestaureerde werkmansvilla": haar man en de twee kinderen pasten het volledig aan zodat ze met haar rolstoel zo mobiel mogelijk kan zijn. Twee jaar geleden is haar man plots gestorven: acuut myocardinfarct. Samen waren ze sinds de oprichting van "Recht op Waardig Sterven" jaarlijks hernieuwd lid; vooral voor haar hadden zij zich lid gemaakt. "*Haar man had het al niet nodig gehad*", zegt ze, "*maar ik vrees voor mezelf van wel*", lacht ze. Zolang zij in hun huis verder kon leven, zag zij het allemaal nog "zitten". De sociale (mantel)zorg werd dan ook geoptimaliseerd: een zelfstandig verpleegsterduo dagelijks, een kinesist drie keer per week, een familiale helpster drie halve

Casus 4

Gerda

dagen, zoon- en dochterlief volgens de pare en onpare wekdagen en om de veertien dagen kleine - kinderen - familiereünie, en ikzelf, haar dokter, om de veertien dagen op dinsdagnamiddag en dagelijks in acute periodes. Dit werd

allemaal mooi genoteerd in het "plan".

De laatste weken verminderde de mobiliteit van beide armen gestadig; ze kon nauwelijks haar rolstoel nog zelf besturen. En nu komt er nog een pijnlijke gluteaal ulcus bij zodat de watermatras bijna haar 24-urenrustplaats wordt... Wordt definitieve (residentiële) opname noodzakelijk?!

"Morgenvroeg komt de kinesist als eerste. De kinesist en ik zijn de enigen die de echte doodsoorzaak zullen weten en "mijn man" natuurlijk ook", schalkt ze. Ik ben er klaar voor. Op de overlijdensaangifte zal "natuurlijke dood" staan, want op de lippen van haar (klein)kinderen wil ze nooit het woord "zelfmoord" zien; daarvoor deden ze te veel voor haar.

De Orde van geneesheren verklaart of pleit voor invulling van "natuurlijke dood" indien de arts volkomen zeker is van suïcide: politieoptreden en mogelijke procureursmelding worden aldus vermeden¹⁰.

Prof. Nijls van het Centrum voor Biomedisch Recht van de KU Leuven daarentegen pleit voor de juistheid van verklaring inzake doodsoorzaak om tot cor-

recte gegevens en mogelijke rechtspraak te komen (zie het interview "Aangifte reglementeren" in De Huisarts van 3 april 1996).

Dit gebrek aan correcte gegevens is ook een verdere motivatie van het iHE om de registratie van zelfmoord via de huisartsenpeilpraktijken verder te zetten¹¹.

In het themanummer van Huisarts Nu rond sterven eindigde de redactionele

commentaar als volgt: "Het wordt hoog tijd dat ook rond stervensbegeleiding intensief huisartsengeneeskundig onderzoek wordt verricht"¹². Dit kan alleen door correcte registratie, de basispijler, maar die is er in 1996 nog steeds niet! Hebben de huisartsen hier misschien toch het moratorium nodig dat dr. P. DE SMET, arts-voorzitter van de Oost-Vlaamse Orde, voorstelt¹³?

Uitspraak - Inspraak - Afspraak

De korte bespreking van elke casus vertelt één aspect en vraagt naar allerlei andere individuele bedenkingen: over terminale status, uitzichtloosheid, ondraaglijk lijden, uitdrukkelijk verzoek, palliatieve zorg, passief handelen, actief ingrijpen, rouwverwerking...

Wanneer er zoveel termen en nuances zijn voor één realiteit, namelijk de realiteit van het sterfbed, is er maar één menselijke wenselijkheid: proberen te communiceren. Daarom is hier de som van deze voorgestelde casussen slechts één woord: *communicatie*. En breng ik iemand in opspraak als ik deze communicatie opsplits in drie pijlers: uitspraak - inspraak - afspraak?

Uitspraak

Hoe gebeurt het meedelen van de fatale diagnose: wie doet dit en vooral op welke manier? Het slechtnieuwsgesprek is een belangrijk opleidingsonderdeel en krijgt de nodige aandacht in de beroeps-literatuur. Misschien is het ook een uitdaging om een dergelijk gesprek te beginnen of verder te oefenen in de LOK-groepen. Het blijkt immers dat het omgaan met emoties in deze specifieke situaties een belangrijk probleem blijft na twee jaar beroepsopleiding¹⁴. Uitspraken over prognose en follow-up zijn belangrijke gevoeligheden voor de continue relatie met de patiënt en zijn familie.

Dr. WAGENER probeert adviezen te formuleren om een gesprekstechniek te hantieren met het nodige invoelende vermogen¹⁵. Met deze adviezen zou de pneumoloog

van Marcel in de tweede casus een andere taal gebruiken. Misschien zou hij zelfs iets vertellen over zijn handdruk of de gelaatsuitdrukking in plaats van het koude relaas "dat hij de patiënt op zijn aandringen volledig op de hoogte had gebracht".

Inspraak

Wat zijn de wensen en betrachtingen van de patiënt en zijn/haar familie? Welke verwachtingen koesteren zij nog? Wat is de wil, het recht van mensen om zelf uit te maken wat in hun stervensfase met hun verlangens strookt¹⁶? Waar liggen de grenzen?

Bij *Gerda* was dit duidelijk uitgestippeld maar bij *Marcel* werden de grenzen rond pijnbestrijding steeds opnieuw bevestigd én verlegd, ook op het einde toen zijn vrouw vroeg om te wachten... Achteraf bleek dit belangrijk voor de rouwverwerking.

Voor goede terminale zorg is flexibiliteit blijvend noodzakelijk. De hulpverlener kan ook anticiperen op vragen en problemen die hij/zij kan voorzien en inschatten¹⁷.

En wat zijn de betrachtingen van de hulpverlening? Wat zijn de mogelijkheden van de huisarts, de oncoloog, de radiotherapeut, de chirurg? Bij *Karen* werden ze steeds opnieuw besproken en overlegd, rekening houdend met elkaars deskundigheid en opties.

Welke positie wil de verpleegster, de kine-sist, de familiale hulp? Zo werd in functie van *Gerard* prioriteit verleent aan de wensen en mogelijkheden van de verpleegster.

Zij bleef verantwoordelijk voor haar eigen taak en inzicht.

Afspraak

Het grote aantal hulpverleners kan een belangrijke bron van problemen zijn bij de begeleiding van terminale patiënten¹⁷. Wanneer veel hulpverleners zijn ingeschakeld, is teambespreking noodzakelijk. Leden van een multidisciplinair team moeten elkaars rol kennen en een strategie ontwikkelen waarbij ze kunnen samenwerken^{17,18}.

Terminale thuiszorg is bij uitstek een terrein waarop gestructureerde samenwerking door middel van werkafspraken mogelijk is. Het logboek en het zorgenplan vormen hierbij hét hulpmiddel voor communicatie, continuïteitsbewaking en procesevaluatie¹⁹. De betrokkenheid en de eigenheid van iedere discipline wordt aldus gevrijwaard en optimaal benut. Zo kan alles volgens "plan" lopen bij *Gerda* en wordt het doel bereikt.

Samen met dit doelgericht medisch handelen is ook een functioneel zorgenmodel van belang²⁰. Dit zijn afspraken inzake behandeling, verpleging en verzorging ten dienste van de patiënt: de juiste behandeling, door de juiste persoon, op de juiste plaats.

Hulpverleners kunnen dit wel overleggen en afspreken in het team, maar de afspraak van de patiënt blijft behouden. In *Gerda's* geval was bij de afspraak dat de zorg niet meer in haar thuismilieu kon plaatsvinden, de "juiste plaats" voor *Gerda* belangrijker dan de "juiste zorg".

Besluit

Stervensbegeleiding kent veel woorden, termen, standpunten en nuances. Stervensbegeleiding vraagt veel verschillende hulpverleners met wie de huisarts moet samenwerken.

Alleen samenspraak kan tot een goed einde leiden...

Klare invoelende uitspraken, eerbied voor elkaars inspraak en duidelijke afspraken, bevragen en bevruchten elkaar tot dié communicatie die nodig is aan het sterfbed. *Want zonder communicatie ga je alleen dood; met communicatie sterf je een beetje samen.* Zo krijgt het sterfbed weer een plaats in ons leven.

Literatuur

- 1 POOL R. *Vragen om te sterven*. Rotterdam: WVT Uitleefgroep, 1996: 234.
- 2 PIJNENBORG L, VAN DER MAAS PJ, VANDELLEN JJ, LOOMAN CW. *Life-terminating acts without explicit request of patient*. *Lancet* 1993; 341: 1196-9.
- 3 VAN DER WAL G, VAN EYCK T, LEENEN HJ, SPREEUWENBERG C. *Actieve levensbeëindiging door huisartsen zonder verzoek van de patiënt*. *Huisarts Wet* 1991; 34: 523-6.
- 4 ANONYMOUS. *Morfine en kankerbestrijding in Europa (redactioneel commentaar)*. *Folia Pharmacotherapeutica* 1995; 22: 73-4.
- 5 RUITEN EH, VAN DER TOORN PP, CRUL BJ. *Bestraling tegen pijn bij kankerpatiënten: hoe eerder hoe beter*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1537-9.
- 6 BOEKEMA AG, MAK AC, WIGBOLDUS AH, WULFRINCK A. *Pijnbestrijding bij kanker: een knelpuntanalyse*. *Med Contact* 1994; 49: 128-31.
- 7 LEENEN HJ. *Ontwikkelingen in jurisprudentie met betrekking tot het levenseinde*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 1459-61.
- 8 DE HENNEZEL M. *La mort intime*. Paris: Laffont, 1995: 231.
- 9 ZUSTER LEONTINE. *Waarom nog euthanasie?* Leuven: Davidsfonds, 1995: 125.
- 10 DE THIBAUT DE BOESINGHE L, HACHE R. *Problemen rond medische ethiek en deontologie*. *Tijdschr Geneesk* 1991; 47: 715-24.
- 11 VAN CASTEREN V, VAN DER VEKEN J, TAFFOREAU J, VAN OYEN H. *Zelfmoord en zelfmoordpogingen in België 1990-1991*. *Huisarts Nu* 1993; 22: 198-202.
- 12 BUNTINX F, VAN DEN EYNDEN B. *Stervende mensen (redactioneel commentaar)*. *Huisarts Nu* 1989; 18: 7.
- 13 DE SMET P. *Het euthanasiedebat*. *Hippocrates* 1994; 24: 10-21.
- 14 PHILIPSEN BD, VANDERWAL G. *Welke problemen voorzien HAO's bij een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding?* *Huisarts Wet* 1995; 38: 209-12.
- 15 WAGENER DJ. *Het gesprek met de patiënt met kanker*. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 85-9.
- 16 VAN DEN ENDEN H. *Ons levenseinde humaniseren*. Brussel: vub press, 1995: 174.
- 17 BLYTH AC. *Audit of terminal care in a general practice*. *BMJ* 1990; 300: 983-6.
- 18 DE MAESENEER J. *Thuisgezondheidszorg is een vak*. *Huisarts Nu* 1992; 21: 47-50.
- 19 VAN MUNSTER TJ, VAN DER POEL MH, VAN DEN HOEVEN HA. *Terminale thuiszorg: werkafspraken in gezondheidscentra*. *Med Contact* 1994; 49: 132-4.
- 20 DE LEPELEIRE J. *De zorg voor dementerenden*. *Huisarts Nu* 1993; 22: 98-100.

Prijs GlaxoWellcome

Ter herinnering: ook dit jaar reikt de firma Glaxo-Wellcome prijzen uit voor de drie beste klinische lessen of casusbesprekingen van het jaar. De uiterste inzendingdatum is 1 september 1997.

Artsen doen heel wat ervaring op door de relatie die ze met hun patiënten uitbouwen. Deze ervaring wordt echter zelden neergeschreven waardoor heel wat boeiende informatie voor collegae verloren gaat. Met de steun van de firma Glaxo-Wellcome biedt Huisarts Nu een forum waar huisartsencasuïstiek aan bod kan komen.

Wat moet je doen?

Beschrijf één concreet verhaal uit de praktijk, wat een levensgeschiedenis of een korte episode uit een arts-

patiëntrelatie kan zijn of verzamel verschillende patiëntengeschiedenissen rond een bepaald thema. Je begint met een inleiding, dan volgt het verhaal of de beschrijving van de casussen, gevolgd door eigen commentaar (aangevuld met literatuur) en een besluit. Essentieel is dat het artikel een boodschap bevat voor andere huisartsen. Deze kan op diagnostisch of therapeutisch vlak liggen of algemeen verband houden met het handelen van de huisarts.

Inzending

Zend je artikel, voorzien van een schuilnaam, tot 1 september 1997 naar:
GlaxoWellcome, mevr. A. Electeur,
Triomflaan 172, 1160 Brussel.