

het alleen maar van harte met hem eens zijn. Deze vrouw overleed niet ten gevolge van de instillatie van hypertoon zout, maar ten gevolge van een absurd hoge dosis oxytocine en medische verwaarlozing. In ons artikel hebben wij onze methode tot in details beschreven en daarbij vermeld dat wij uiterst spaarzaam omgaan met oxytocine. Wij geven het nooit kort na de instillatie. Sterfgevallen als dit hebben dan ook niets van doen met de door ons toegepaste methode.

In dit verband dringt zich aan ons de vraag op waarom, in navolging van GRIMES, in Nederland QUERIDO en anderen plotseling gaan spreken over D en E, een niet goed gedefinieerd verzamelbegrip voor een aantal uiteenlopende methoden. Bovendien verklaart QUERIDO dat D en E een voor de vrouw veilige methode is. Hij verzuimt dan te vermelden dat in Nederland één sterfgeval heeft plaatsgevonden als gevolg van D en E. Natuurlijk zou hij dit geval terecht niet willen opnemen in de series van Bloemenhove of van BEEKHUIZEN c.s., want de methode was anders. Maar het was wel D en E, evenzo als het door CATES e.a. beschreven sterfgeval optrad na zoutinstillatie.

4. Dan KERENYI, door QUERIDO aangevoerd als kroongetuige. Persoonlijke mededelingen kunnen wij uiteraard niet beoordelen, wel een door MUZSNAI en KERENYI zo juist gepubliceerd artikel. Zij blijken daar een combinatie toe te passen van prostaglandinen, hypertoon zout en oxytocine in relatief lage tot matige doses. Op de merites van deze behandeling willen wij hier niet ingaan, maar het artikel is in ieder geval geen pleidooi voor D en E. Over die methode zeggen de schrijvers: „Although D and E may be a safer procedure than all others according to a study by the Center for Disease Control, this method was not given a well-designed clinical trial.” Blijkbaar zijn wij niet de enigen die bezwaar hebben tegen het onderzoek van het CDC, beschreven door GRIMES.

Tenslotte: een ideale methode voor abortus provocatus in het tweede zwangerschapstrimester bestaat (nog) niet, en het is de vraag of die er ooit komt. Wij hebben gemeend er goed aan te doen onze beperkte ervaring bij onze 303 (niet 220) patiënten zo zorgvuldig en volledig mogelijk te beschrijven, inclusief de problemen in de beginperiode toen nog weinig ervaring was verkregen. Misschien was een kleine bijbedoeling de discussie hierover in Nederland wat op gang te brengen. Daarin zijn wij kennelijk geslaagd.

Literatuur: LOENDERSLOOT, E. W. (1976) *Med. Contact (Amst.)* 31, 744. — MUZSNAI, D. en T. KERENYI (1979) *Eur. J. Obstet. Gynec. reprod. Biol.* 9, 385.

Amsterdam, november 1979

P. E. TREFFERS
J. F. BLACQUIÈRE

De aansprakelijkheid van en voor de assistent-huisarts

Uit het commentaar van collega SCHUURMANS STEKHOVEN op de ingezonden brief van de Huisartsen Assistenten Vereniging Leiden (1979) blijkt dat het nuttig is nogmaals in bredere kring de aandacht te vestigen op het volgende: al sinds 1977 bestaat het Landelijk Overleg van Huisarts Assistenten (LOVAA), waarin huisarts-assistenten van alle universiteitssteden vertegenwoordigd zijn.

Het LOVAA heeft zitting in diverse commissies waaronder de commissie rechtspositieregeling assistent-huisartsen in opleiding, door de staatssecretaris mw. VEDER-

SMIT ingesteld om orde te scheppen in de chaos rondom de rechtspositie van huisarts-assistenten. Intern is er een discussie gaande over de inhoud van de beroepsopleiding en uiteraard ook over de huisartsenvestigingsproblematiek.

Literatuur: Ingezonden (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1810.

Leiden, oktober 1979
Grevenstraat 16-6

M. HIBBELN,
M. VAN WIJK,
namens het LOVAA

Met veel interesse heb ik de discussie inzake de aansprakelijkheid van en voor de assistent-huisarts in uw blad gevolgd, en er ook op gereageerd door bij de diverse huisartsinstituten nogmaals mijn standpunt kenbaar te doen maken. Diverse reacties en het ingezonden van de heren M. VAN WIJK en B. J. DE BOER (1979) ondersteunden de juistheid van mijn zienswijze. Ik wil deze gedachtengang dan ook gaarne in uw blad naar voren brengen.

De arts-assistent, die volgens de wet een volledig bevoegd arts is, heeft een eigen polis nodig, al was het slechts voor de mogelijkheid van aansprakelijkheid voor schade die zich voordoet buiten de hulpverlening in de praktijk van de huisartsenopleider. Hierbij valt te denken aan incidentele keuringen en EHBO-verleningen. Het is naar mijn mening niet juist de verzekeraar van de huisartsenopleider deze risico's van de arts-assistent te laten dragen.

Zoals de huisartsenopleider zijn belangen zal dienen af te wegen en te verzekeren, zo zal de arts-assistent dit ook behoren te doen. Dat hierbij sprake kan zijn van overlapping in dekkingen is dan iets wat op de koop toe moet worden genomen. Uiteraard moet bij schade voorkomen worden dat de verzekerde c.q. benadeelde van het kastje naar de muur wordt gestuurd. In de praktijk is het gebruikelijk dat in geval van twijfel welke verzekeraar de schade dient te regelen, steeds overleg tussen deze assuradeuren plaatsvindt, zonder dat verzekerde of patiënt daar moeilijkheden van ondervindt. Ik sta dan ook met betrekking tot de aansprakelijkheid van de arts-assistent de volgende constructie voor:

a. Huisartsenopleider: Deze kan de dekking voor het zogenaamde „arts-assistentenrisico” gratis op zijn beroepsaansprakelijkheidspolis meeverzekerden.

b. Arts-assistent: Deze sluit een eigen, volledige beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Voor de premie behoeft men het beslist niet na te laten.

Op deze wijze wordt tevens de onzekerheid over het al dan niet geldig zijn van de verzekering van een ander (verzwijging, premie niet betaald) uitgeschakeld. Het lijkt mij dat deze constructie, die overigens al geruime tijd wordt gevoerd door de maatschappij waarvan ik directeur ben, een voor ieder bevredigende oplossing biedt.

Literatuur: Ingezonden (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1810.

Bilthoven, oktober 1979
Jupiterlaan 7

Mr. J. H. KRAMER

Naar aanleiding van het antwoord van SCHUURMANS STEKHOVEN op de reactie van de Huisarts Assistenten Vereniging te Leiden (1979) zou ik namens de Initiatiefgroep Praktijkstartende Huisartsen (IPHA) gaarne het volgende willen opmerken.

In juni van dit jaar is de IPHA opgericht en binnenkort zal deze groep de status van een vereniging krijgen; de

groep heeft op dit moment ongeveer 150 leden (nog niet gevestigde huisartsen). Het doel van de groep is een oplossing te vinden voor de vestigingsproblematiek. Door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is dit voorjaar uitgesproken, dat binnen anderhalf jaar een vestigingsbeleid tot stand moet komen. Helaas zal dit vestigingsbeleid worden bepaald door de gevestigde huisartsen, daar de nog niet gevestigde huisartsen geen stemrecht hebben in de LHV.

De nog niet gevestigde huisartsen, die zich bij onze groep hebben aangesloten, hebben een gemeenschappelijke visie op de eerstelijnsgezondheidszorg; zij streven een bepaalde werkwijze na: meer tijd voor de patiënt, zodat daadwerkelijk gebruik gemaakt kan worden van vaardigheden als gesprekstechniek, methodisch werken, meer ruimte voor gevoelsmatige kanten van de arts-patiëntrelatie. Zij wensen meer tijd voor het doen van kleine chirurgische verrichtingen en voor actuele medische nascholing, meer tijd en bereidheid voor nauwe samenwerking met andere disciplines in het eerste en tweede echelon en daadwerkelijke intercollegiale toetsing. Dit alles vereist tevens een minder vrijblijvende positie van de huisarts in het eerste echelon.

Deze doelstelling zal alleen bereikt kunnen worden door praktijkverkleining. We proberen dit in alle redelijkheid te bewerkstelligen door in overleg te treden met instanties die betrokken zijn bij de eerstelijnsgezondheidszorg. Bovendien zullen we zelf mogelijkheden moeten creëren om bovengenoemde doelstelling te bereiken. De traditionele praktijkovername met zijn financiële regeling, gebaseerd op het aantal patiënten in de praktijk, zal in dit opzicht weinig mogelijkheden bieden. Wij zullen ons dan ook genooddakt zien, gebruik te maken van de mogelijkheid tot vrije vestiging, associatie of deelname aan (wijk-)gezondheidscentra.

Hiermee hoop ik van onze kant een antwoord te hebben gegeven op de vraag van collega SCHUURMANS STEKHOVEN naar de organisatie van de nog niet gevestigde huisartsen met het oog op de brandende vrije-vestigingsproblematiek.

Literatuur: Ingezonden (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1810.

Utrecht, oktober 1979
Marowijndreef 11

J. J. A. M. VAN DONGEN,
namens de Initiatiefgroep
Praktijkstartende
Huisartsen

Een patiënt met huid- en longafwijkingen

In de rubriek klinisch-pathologische conferenties (KPC) beschrijft KERST (1979) de fascinerende ziektegeschiedenis van een 55-jarige patiënt met acanthosis nigricans (AN), interstitiële pulmonale fibrose, auto-immuunthyreoiditis en plaveiselcelcarcinoom van een bronchus. In zijn bespreking doet KERST twee stellige uitspraken: Plaveiselcelcarcinoom en „maligne” AN passen niet bij elkaar en een samenhang tussen AN en auto-immuunziekte lijkt onwaarschijnlijk. Beide uitspraken zijn in strijd met gegevens uit de literatuur en met mijn eigen ervaring.

MILLER e.a. (1954) beschrijven een patiënt met AN geassocieerd met een plaveiselcelcarcinoom van de hypofarynx en FOX e.a. (1965) geven een gedetailleerde beschrijving van een 57-jarige patiënt met AN en een plaveiselcelcarcinoom van een bronchus. De laatsten maken tevens melding van 6 gevallen van AN geassocieerd met bronchuscarcinoom uit de na-oorlogse literatuur. BROWN

(1968) beschrijft 17 gevallen van AN geassocieerd met maligniteit: Een patiënt had een plaveiselcelcarcinoom van de cervix en 3 patiënten hadden een lymfoom.

De samenhang tussen AN en auto-immuunziekte is eveneens goed beschreven. KAHN e.a. (1976) beschrijven 6 patiënten met AN geassocieerd met insulineresistentie ten gevolge van antistoffen tegen de insulinerceptor. Bij 3 patiënten waren er tevens verschijnselen wijzende op gedissemineerde lupus erythematosus. TUCKER e.a. (1964) en KAWANISHI e.a. (1977) beschrijven ieder een patiënt met AN geassocieerd met respectievelijk lupus erythematosus disseminatus en ziekte van Sjögren. Ikzelf zag onlangs een 47-jarige patiënt met AN, insulineresistentie, gedissemineerde lupus erythematosus en ziekte van Sjögren en een 49-jarige patiënt met gegeneraliseerde AN, acromegalie en een hypofysetumor. Van AN geassocieerd met schildklierstoornissen wordt melding gemaakt door CURTH (1943). Zij haalt beschrijvingen aan van 4 patiënten met AN en struma.

Uit deze gegevens moge blijken dat de combinatie van AN, plaveiselcelcarcinoom en auto-immuunziekte geenszins als een coïncidentie beschouwd mag worden. Er is veeleer sprake van een nieuw fascinerend syndroom.

Literatuur: BROWN, J. en R. K. WINKELMANN (1968) *Medicine (Baltimore)* 47, 33. — CURTH, H. O. (1943) *Arch. Surg.* 47, 517. — FOX, H. en A. D. G. GUNN (1965) *Brit. J. Dis. Chest* 59, 47. — KAHN, C. R., J. S. FLIER e.a. (1976) *New Engl. J. Med.* 294, 739. — KAWANISHI, O., K. KWAMURA e.a. (1977) *J. clin. Endocr.* 44, 15. — KERST, A. J. F. A. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1475. — MILLER, T. R. en J. DAVIS (1954) *N. Y. Med.* 54, 2333. — TUCKER, W. R., D. KLINK e.a. (1964) *Diabetes* 13, 395.

Bethesda, Maryland (V.S.),
september 1979

H. J. DINANT

Collega DINANT geeft een belangrijke aanvulling over de met acanthosis nigricans geassocieerde ziektebeelden. De vraag of bij de in de KPC besproken patiënt een relatie bestond tussen de acanthosis nigricans en het plaveiselcelcarcinoom van de bronchus of de auto-immune ziekte kan ook thans nog niet beantwoord worden. Twee jaren zijn verlopen sinds de pneumonectomie en er zijn nog geen tekenen van tumorrecidief of recidief van de acanthosis nigricans waarneembaar. Wel kreeg de patiënt, toen de dosis prednison, gegeven wegens interstitiële longfibrose, verlaagd werd, een voor lupus erythematosus disseminatus kenmerkend vliedervormig gezichtserytheem; anti-dsDNA was aantoonbaar (42 U/ml), zodat hier ongetwijfeld sprake was van LED. Geconcludeerd kan worden dat het schrijven van een KPC niet mogelijk is voordat de obducent het laatste woord heeft gesproken.

Velsen, november 1979

A. J. F. A. KERST

Opvang en begeleiding van buitenlandse adoptiefkinderen

Het artikel van SCHULPEN, KINGMA en WOLTERS (1979) over de opvang en begeleiding van buitenlandse adoptiefkinderen hebben wij met belangstelling gelezen. Gaarne zouden wij het advies om als onderdeel van het oriënterend medisch onderzoek bij elk pas aangekomen buitenlands adoptiefkind o.a. bloedonderzoek op HBsAg (hepatitis