

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Sociale etiologie

Het is niet het verhaal van de heer De Vries dat voor mij nieuw is of me moeite geeft in de klinische les van WEIJEL (1975) maar wel de strekking van deze les. Naar mijn oordeel kwam meneer De Vries ziekgeld toe zolang hij ziek was. Na herstel mag echter het feit dat de werksituatie een bedreiging bleef vormen voor het welzijn en de gezondheid van De Vries geen reden zijn hem te accepteren voor de WAO. Meneer De Vries is nl. niet meer verminderd arbeidsgeschikt, ook niet voor zijn werk. Niet verward mogen worden het begrip „zijn werk” en situatieve factoren in de werksituatie.

Door toch de WAO van toepassing te doen zijn, wordt iatrogen een oneigenlijk gebruik van deze wet gecreëerd. Daarmee wordt tevens de premiebetalende burgers ernstig te kort gedaan. Hun verzekering wordt aangetast. Dit klemt te meer omdat er in Nederland vele honderdduizenden menen De Vries zijn. Een ontstellend deel van hen treedt jaarlijks toe tot de WAO-populatie; dat blijkt uit de statistiek.

Als bij meneer De Vries „sociale etiologie” onderkend is (ik voel meer voor de term pathogenese), dan passen daarop geënte therapeutische maatregelen van sociale aard. Opneming in de WAO is niet adequaat zulk een maatregel. De Vries zal zich op de een of andere wijze moeten leren aanpassen aan de hem bedreigende noxe. Daarmee dient hij geholpen te worden. Door WEIJEL wordt De Vries losgekoppeld en sociaal buiten spel geplaatst. Dat er daarna geen ziektegedrag meer is waargenomen door zijn huisarts bewijst allerminst dat hij dus gezond is. Door WEIJEL wordt hij echter beschouwd als gezond. Indien men sociale dreiging wil accepteren als grond voor arbeidsverzuim met uitkering, zal deze uitkering krachtens een andere wet dienen te geschieden dan krachtens de WAO. Voor de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering dient men per definitie arbeidsongeschikt te zijn. Het hanteren van andere criteria, zoals WEIJEL doet en dan helaas nog wel *ex cathedra*, betekent het einde van de bruikbaarheid van de WAO, althans van de betaalbaarheid ervan.

Vele mensen mogen „geen leven hebben”, arbeidsongeschikt zijn is iets anders. Het lijkt me een ernstige bedreiging voor de belangen van de verzekerden als medici op andere dan medische gronden eraan gaan meewerken dat een stuk maatschappijproblematiek onze expliciet en impliciet anders bedoelde sociale verzekeringswetten gaan aantasten en uithollen.

Literatuur: WEIJEL, J. A. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 617.

Groningen, mei 1975

H. BLIJHAM

Voor een deel kan ik collega BLIJHAM verwijzen naar mijn antwoord aan collega SCHUURMANS STEKHOVEN, in het bijzonder wat de uitvoering van de wet betreft. De beide ingezonden stukken werpen zoveel vragen op dat het mij meer zinvol voorkomt in een volgend artikel daarop nader in te gaan dan de altijd wat onvruchtbare pennestrijd van inge-

zonden stukken en hun weerwoord. De materie is daarvoor veel te gecompliceerd.

Niet juist lijkt mij de schatting van collega BLIJHAM over het aantal gevallen gelijk dat van De Vries. Er zijn nu rond 340.000 WAO-uitkeringsgerechtigden; de WAO-populatie, zowel het jaarlijkse aanbod als het blijvende bestand, is nog steeds groeiende. Voor een deel zijn dat chronisch zieke mensen, voor een ander deel mensen die lijden aan allerlei mengvormen van somatische, psychische en sociale deficiëntie. In het tot nu toe vigerende registratiesysteem van de sociale verzekeringen is geen differentiatie mogelijk; er is derhalve geen enkele grond voor de bewering over vele honderdduizenden menen De Vries van wie een ontstellend deel de WAO binnenkomt. Dit is de redeneertrant waarmee door sommigen ook alle apotheehoudende artsen verdacht gemaakt worden, omdat er enkele gefraudeerd hebben.

Collega BLIJHAM leest meer dan er staat. Ik heb een geval beschreven in de situatie van hier en nu, zoals de wet werkt, de uitvoering zich voltrekt, de maatschappij zich gedraagt en hoe een mens op dit alles reageren kan. Daarbij rijzen allerlei vragen en problemen, waarvoor geen kant-en-klare oplossingen zijn. Er moet geluisterd, gewogen en overwogen worden en omdat men een beslissing moet nemen, zal deze altijd discutabel zijn. *Ex cathedra* wijs ik alleen op de veelvormigheid van de sociale werkelijkheid en de vele facetten van allerlei situaties. Waar geen exacte zekerheid te krijgen is, moet men het met een beetje wijsheid en mededogen doen in het bewustzijn van de betrekkelijkheid van alle dingen.

Literatuur: WEIJEL, J. A. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 937.

Amsterdam, juni 1975

J. A. WEIJEL

Een onderzoek naar de betekenis van de plaats van afname van gonokokkenkweken voor de herkenning van gonorrhoe bij vrouwen

Met zeer veel belangstelling heb ik kennis genomen van het artikel van Dr. E. STOLZ (1975). In de jaren 30 heb ik mij zeer intensief beziggehouden met het kweken van gonokokken bij meisjes en vrouwen, omdat in die jaren dikwijls op grond van preparaten bij meisjes met vulvo-vaginitis ten onrechte de diagnose van gonorrhoeïsche ontsteking werd gesteld (1932). Bij de kinderen met een positieve cultuur werd ook vrijwel altijd een gonorrhoeïsche ontsteking van het rectum door de kweekproef ontdekt (RUYS en JENS 1933). Spoedig daarna kon ik vaststellen dat ook bij volwassen vrouwen met gonorrhoe het rectum in een groot aantal gevallen was geïnfecteerd (1934). Rectoscopisch onderzoek verricht door R. KOOY gaf bij 15 van 26 patiënten met gonorrhoe een positieve kweek uit het rectum. De ontsteking was in de regel slechts oppervlakkig en beperkt tot het onderste gedeelte van het rectum (KOOY en RUYS (1938)).

Al meer dan 40 jaar heeft in Amsterdam bij het onderzoek op gonorrhoe het rectum-onderzoek dan ook tot de routine