

Overigens baseren wij ons wat het tijdstip van afneming voor de Sims-Huhnertest betreft, niet alleen op het onderzoek van DANEZIS en medewerkers, maar ook op dat van GIBOR en medewerkers (1970). In dit onderzoek werd aangetoond dat zelfs tot 24 uur post coitum de uitslag van de Sims-Huhnertest constant blijft.

Ad b. In de subgroepen van ons onderzoek (tabel 6) waren de vrouwen met afgesloten tubae, anovulatoire cycli en andere oorzaken van een gestoorde fertiliteit verhoudingsgewijs in dezelfde frequentie vertegenwoordigd. Een eventuele invloed van deze afwijkingen op de uitslag van de Sims-Huhnertest en op de bevruchtungskans deed zich daarom in deze groepen in dezelfde mate gelden.

Het staafdiagram op bl. 65 is gebaseerd op de resultaten van eigen onderzoek. Door een schrijffout (en niet door een drukfout) staat boven tabel 6 het getal 338. Dit moet zijn 488.

De conclusies van ons onderzoek, nl. dat het geen zin heeft om de uitslag van de Sims-Huhnertest sterk gespecificeerd weer te geven en dat alleen bij echtparen met subfertil of laagfertil semen de uitslag van de Sims-Huhnertest relevant is voor de fertiliteitsprognose, menen wij te mogen handhaven.

Literatuur: DANEZIS, J., S. SUJAN en A. J. SOBRERO (1962) Evaluation of the post coital test. *Fertil. and Steril.* 13, 559. — GIBOR, Y., C. J. GARCIA JR., M. R. COHEN en A. SCOMMEGNA (1970) The cyclical changes in the physical properties of the cervical mucus and the results of the postcoital test. *Fertil. and Steril.* 21, 20.

Groningen, juni 1975

J. KREMER
O. BOUMAN
H. D. TJEENK WILLINK

Bevriezing (cryochirurgie) van de cervix bij poliklinische patiënten

Naast de verdienste die het artikel van LANKHORST en BESSEM (1945) heeft door nogmaals de aandacht erop te vestigen, dat aandoeningen van de cervix een veelvuldige oorzaak van fluor genitalis vormen en behandeling van de cervix slechts dient plaats te vinden na voorafgaand cytologisch onderzoek, roept het enige teleurstelling op bij degenen, die gewend zijn elektrocoagulatie toe te passen in plaats van cryochirurgie.

In 1954 wees GRABER reeds op de grote voordelen van elektrocoagulatie boven cauterisatie en exconisatie. De vraag of cryochirurgie wezenlijk voordelen heeft boven elektrocoagulatie blijft helaas onbeantwoord. Beide methoden resulteren in een coagulatie van celeiwitten gevolgd door een identiek helingsproces. Het ongerief voor de patiënte is zowel tijdens als na de behandeling hetzelfde bij beide behandelingswijzen.

Een hyfrecator met bipolaire Graber coagulator kost f 1000,— en kan vooral in de huisartsenpraktijk ook voor vele andere doeleinden gebruikt worden. Aan de co-assistenten in onze kliniek en de huisartsen in de stad wordt deze eenvoudige en effectieve behandelingswijze geleerd, van oordeel zijnde, dat cytologisch onderzoek van de cervix, zonodig

gevolgd door coagulatie, zeer wel aan het eerste échelon kan worden toevertrouwd.

Literatuur: GRABER, E. A. en J. J. O'ROURKE (1954) The treatment of cervical erosion by a simple method of electrocoagulation. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 67, 639. — LANKHORST, P. F. C. en N. D. BESSEM (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 703.

Nijmegen, mei 1975

J. M. J. DONY

Als ik collega DONY goed begrijp bedoelt hij met elektrocoagulatie hetzelfde als wij met diathermische cauterisatie. Dit laatste is misschien juist (zie Pinkhof).

Er zijn enkele vergelijkende literatuurgegevens aangehaald (JACKSON, MILLER en ELSTEIN). Hieruit, en ook uit ons onderzoek, lijken met cryochirurgie met minder behandelingen dezelfde resultaten te behalen te zijn als met diathermische cauterisatie, of betere resultaten met hetzelfde aantal keren behandeling. GRABER (1954) behandelde zijn patiënten gemiddeld meer dan 3 keer. Hiermee willen wij natuurlijk niet zeggen dat de behandeling van het ectropion uitsluitend door de specialist dient te geschieden. Het is natuurlijk heel dankbaar voor een huisarts om dit zelf te doen d.m.v. een diathermische cauterisatie.

Er zijn vele wegen die naar Rome leiden.

's-Gravenhage, juni 1975

P. F. C. LANKHORST

Arbeidsongeschiktheids-WAO-wee

In zijn waarderende annotaties bij mijn kanttekeningen bij zijn klinische les over „sociale etiologie” heeft WEIJEL (1975) terecht naar voren gebracht, dat „ziekteverzuim” een juridisch en geen medisch begrip is. Maar hij maakt bezwaar tegen de door mij gebruikte term „oneigenlijk ziekteverzuim”. Waarom wordt duidelijk doordat hij de term vertaalt door „verzuim door een oneigenlijke ziekte”. Het is nuttig het door een inderdaad niet gelukkige term „oneigenlijk ziekteverzuim” gerezen misverstand uit de weg te ruimen: bedoeld is arbeidsverzuim van werknemers, die niet arbeidsongeschikt wegens ziekten of gebreken in de zin van ZW of WAO zijn en toch uitkering krijgen. Daargelaten, dat ook „ziekte in de zin der wet” geen nosologisch, maar een juridisch probleem is. Dat hebben in 1962 MERTENS en HORNSTRA ondervonden, toen de Centrale Raad van Beroep hun een rapport vroeg over de vraag wat ziekte in de zin van de ZW was (de WAO was er nog niet). In plaats van te antwoorden, dat dat geen medisch probleem was, kwamen zij met nosologische beschouwingen, die daarop neerkwamen, dat ziekte het karakter droeg van een proces. Zodra dat proces was afgelopen was iemand met het resulterende gebrek, de invalide, niet arbeidsongeschikt meer wegens ziekte. Dat hadden HIJMANS VAN DEN BERGH en BAART DE LA FAILLE in 1936 eigenlijk ook al beweerd, maar dat gaf geen moeilijkheden omdat de ziekengeldanspraken toen nog maar 6 maanden bedroegen en deze beide hoogleraren zich positief hadden uitgesproken over het ziekte karakter van ouderdomsgebreken. Het slot van het liedje was, dat bij de eerstvolgende wijziging van de ZW gebreken met ziekte werden gelijk gesteld.

Maar de huidige arbeidsongeschiktheidsimpasse zit niet in de toepassing van artikel 19 ZW, beheerst door „zijn arbeid”

als de maatstaf, die de meeste moeilijkheden geeft, maar bij het volkomen andere arbeidsongeschiktheidsbegrip van artikel 18 WAO. Iedereen zal het met WEIJEL eens zijn, dat zijn patiënt De Vries het eerste jaar arbeidsongeschikt was wegens ziekte in de zin van artikel 19 ZW („Arbeitsunfähigkeit“). Maar WEIJEL heeft niet aannemelijk gemaakt, dat er voor een gezonde, arbeidslustige man van midden 50 in het bankbedrijf — vooral in het kleinere bankbedrijf — in geheel Nederland geen passend werk te vinden is. WEIJEL moet zich vooral niet blindstaren op de papieren beperking van artikel 18 WAO tot ter plaatse of in een naburige plaats. Dit was een van de vele fouten, die VELDKAMP in de jaren 60 bij het ontwerpen van de WAO maakte door de invaliditeitsclausule van OW en IW vrijwel letterlijk over te nemen. Openbaar en particulier vervoer hebben een zodanige omvang aangenomen, dat de afstanden bij de „verdiencapaciteit“ („Erwerbsfähigkeit“) praktisch geen rol meer spelen. Op die clausule beroepen zich alleen de paar honderdduizend WAO-ers van midden vijftig die liever tot hun AOW in de WAO lopen en dat vooral wanneer ze genoeg inkomsten uit „bijverdiensten“ hebben. Opvallend is de ervaring van de gewestelijke arbeidsbureaux, dat er ondanks de schrikbarende werkloosheid zo weinig aanbod van arbeidskrachten is en geweldige tegenstand tegen herplaatsing.

Al schrijft WEIJEL het niet ronduit, tussen de regels kan men lezen dat de bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige met De Vries geen raad wisten. Van de bedrijfsarts is dat zonder meer begrijpelijk. Verzekeringsgeneeskundigen schuiven tegenwoordig in twijfelgevallen hun verantwoordelijkheid liever af op een medisch expert, die men dan twee verkeerde vragen stelt:

1. is verzekerde ziek in de zin van de WAO? WEIJELS antwoord was „neen, eigenlijk niet. . . mits hij passend werk krijgt“. Wie niet ziek is, kan ook niet arbeidsongeschikt wegens ziekte zijn en dus had vraag 2 toen geen zin meer, maar goed, vele medici ontgaat de zinloosheid van de vraag die daarna aan de orde kwam:

2. is verzekerde arbeidsongeschikt in de zin van de WAO? Daarop had WEIJEL moeten antwoorden „neen, eigenlijk niet . . . mits hij passend werk krijgt“.

De vraag of en waar er passend werk is en wat passend werk voor een bepaalde verzekerde is, is helemaal geen medische vraag en de beantwoording daarvan ligt niet eens op het terrein van verzekeringsgeneeskundige en medische expert. Dat zag WEIJEL kennelijk over het hoofd! Hier komt de kern van de „arbeidsongeschiktheids-WAO-impasse“ aan het licht: iemands „verdiencapaciteit“ is primair een „arbeids- en loonkundig“ probleem. Natuurlijk moet de arbeids- en loonkundige weten welke functionele belemmeringen de verzekeringsgeneeskundige heeft gevonden, maar hij is de man die verstand heeft van de „passende“ baantjes. De gemiddelde verzekeringsarts kan geen „arbeidsanalyse“ maken. Als hij ergometrische ervaring heeft (zie MCBRIDE (1963) en de *Guides to the evaluation of permanent Impairment* (American Medical Association 1971)) kan hij de arbeidsdeskundige wel veel vertellen over de belastingsbeperking bv. van de wervelkolom, maar hij kent niet het gewicht van een mud antraciet, een volle melkbus, of van een kist tomaten; noch het arbeidsvermogen van zijn patiënt. Verzekeringsgeneeskundige en arbeids- en loonkundige beslissen uitsluitend over de vraag met welke passende arbeid de belanghebbende zijn „verdiencapaciteit“ productief kan maken. Met de vraag of die passende arbeid ter plaatse of in de omgeving beschikbaar is, hebben zij niets te maken. WEIJEL zal nu begrijpen, dat en waarom zijn conclusie onjuist was dat de niet meer

zieke en niet meer arbeidsongeschikte De Vries met 100% verdiencapaciteit toch recht had op WAO-uitkering, zolang hij de voor hem medisch en arbeidskundig als passend erkende arbeid niet ter plaatse of in de omgeving vond. BV, GAK, GMD zijn niet belast met arbeidsbemiddeling, dat is het GAB! Als verzekeringsarts sinds 1924, zowel op het terrein van de sociale verzekering (ZW, WAO, WW, WSV) als op het terrein van de particuliere verzekering (AOV = particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering), ben ik nog dagelijks — hetzij als adviseur van verzekerden, hetzij als adviseur van assuradeuren — betrokken bij de beslechting van soortgelijke miserabele geschillen als waarbij WEIJEL betrokken was. Het zijn vaak drama's, die extra ingewikkeld worden, indien aan specialisten (experts) verkeerde vragen gesteld worden, waarop zij een verkeerd antwoord geven, vooral als zij de jurisprudentie of de polisvoorwaarden niet kennen.

Het zou te ver voeren hier in een vergelijkende beschouwing te treden. Maar wel zij gewezen op een leemte in de les van WEIJEL; daarin ontbreekt de vermelding van de hem raadplegende instantie en van de hem gestelde vraag, resp. vragen. Er ontbreekt ook nog iets anders: hoe zit het met die „afkeuring“ van De Vries? Die uitdrukking wordt tweemaal gebruikt en past niet in het kader van ZW en WAO, wel in het kader van de AMPW (algemene burgerlijke pensioenwet). Ook in CAO's kunnen aanspraken op aanvullende uitkering voorkomen in geval van ontslag wegens blijvende arbeidsongeschiktheid. Ontslag is nl. krachtens artikel 1639h BW tijdens ziekte niet geoorloofd, tenzij de arbeidsongeschiktheid ten minste twee jaar geduurd heeft. In de praktijk komt dat neer op ontslagmogelijkheid na afloop van het eerste jaar WAO-uitkering. Natuurlijk loopt dan de WAO-uitkering door.

Maar WEIJEL heeft één vraag onbeantwoord gelaten die allen, die als schrijver dezes met grote belangstelling zijn klinische les gevolgd hebben, zich zeker zullen hebben gesteld — als zij ten minste sociaal „geëngageerd“ zijn — nl. wat is die De Vries gaan doen? Dat is geen man om de rest van zijn leven te gaan „niksen“. Dat is een man, die niet alleen in het bankbedrijf waardevol is, maar ook in het verzekeringsbedrijf. Heeft hij niemand gevonden die onmiddellijk doorzag, dat de man capaciteiten had, waarvan hij in zijn bedrijf kon profiteren? Heeft niemand hem gevonden met hetzelfde inzicht? De Vries is een van de vele fusieslachtoffers, wier verdrietig lot te wijten is aan gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef van personeelschefs en van de „big bosses“, die als managers bij de fusie betrokken zijn. Kennelijk heeft WEIJEL op „laag niveau“ — nl. dat van bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige — zijn visie gegeven.

Ik moge dit ingezonden stuk besluiten met het advies aan bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en experts, in een zo vroeg mogelijk stadium rechtstreeks een beroep te doen op de „biggest of the bosses“, met andere woorden, door te dringen tot de hoogste niveaus, die in laatste instantie met dergelijke drama's geconfronteerd moeten worden.

Literatuur: American Medical Association (1971) *Guides to the evaluation of permanent impairment*. — Commentaren bij de art. ZW 19 en WAO 18. Kluwer. — MCBRIDE, D. (1963) *Disability evaluation*. 6e druk. — SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 935. — WEIJEL, J. A. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 617, 937.

Naarden, juni 1975

W. SCHUURMANS STEKHOVEN