

FINANCIËLE STEUN VAN DE STICHTING „DE DRIE LICHTEN”

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 1 december 1970 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betreft bij voorkeur levensonderhoud van hen die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen, iemand in de gelegenheid te stellen hulp personeel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstellingen en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Leiden, 21 oktober 1970
Pathologisch Laboratorium
Wassenaarseweg 62

Prof. Dr. A. SCHABERG,
secretaris

INGEZONDEN

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

HET CO-ASSISTENTSCHAP IN HET KADER VAN EEN HERVORMDE OPLEIDING TOT SPECIALIST IN DE INTERNE GENEESKUNDE

Een co-assistenten schap in de Interne Geneeskunde is voor een co-assistent een geheel andere ervaring en heeft voor hem (haar) een geheel ander doel dan voor degenen, die uit de positie van „afgestudeerde” een begeleidende en didactische functie hebben. Enerzijds door het verschil in kennisniveau, anderzijds door het verschil in instelling; dat laatste in niet geringe mate door juist een gebrek aan opleiding tot begeleider en didact bij de afgestudeerde.

De instelling van een co-assistent berust voor een groot deel op achtereenvolgens: zijn (haar) gebrek aan ervaring, de eerste kennismaking met geheel nieuwe facetten van het dagelijks gebeuren en het enthousiasme om toch vooral zoveel mogelijk kennis en kunde te vergaren. Dat enthousiasme te frustreren vanuit de positie van de medisch „Überlegene” betekent een ernstige didactische fout, die vooral het moreel en het kritisch vermogen van de pas praktizerende student in negatieve zin zal beïnvloeden.

Na een vrij algemene, theoretische „over-all” kennismaking met de vakproblematiek van de Interne Geneeskunde wil iedere co-assistent in de tijd, die ter beschikking staat, de eerste routine in diagnostiek, dagelijkse behandeling en evt. causale therapie van de zieke mens opdoen. Immers dat laatste vormt de examenstof van de discipline Interne Geneeskunde bij het semi-artsexamen; immers met die kennis zal hij (zij) — voorlopig nog — de toekomstige patiënten met betrekking tot de „interne aandoningen” tegemoet moeten kunnen treden. Niet alleen is dan biochemie en pathogenese — zoals die zo sterk naar voren komen bij de verschillende deelspecialismen — van belang, maar ook de psychosociale context van de zieke mens.

Al te veel zal de co-assistent bij de voorgestelde uitsplitsing van de opleiding in de Interne Geneeskunde geconfronteerd en geoccupeerd worden met de ziekte van een mens, die toevalligerwijze is ondergebracht bij de Interne Geneeskunde. Voornamelijk de exact-wetenschappelijke kant van de zieke mens zal bij de dagelijkse observatie en therapie de nadruk krijgen bij de onvermijdelijk geachte vertechnering van de

Interne Geneeskunde via de deelspecialisaties. Doch de co-assistent is ook zeer geïnteresseerd in de persoonlijke problematiek van de patiënt.

De kans nu dat de praktizerende student inzicht krijgt in de psychosociale vraagstukken van de zieke mens en dat de co-assistent kennis maakt met alle gebieden van de Interne Geneeskunde, wordt hem (haar) ontnomen bij de voorgestelde veranderingen in de universitaire scholing in de Interne Geneeskunde, dan nog afgezien van het feit, dat het doorgronden van team-work, dat dagelijks zal plaatsvinden, in de korte periode van een dergelijk co-assistenten schap slechts voorbehouden is aan de zeer intelligenten.

De volgende conclusies en stellingen lijken gerechtvaardigd te zijn:

1. Indien omgaan met de zieke mens bestaat uit het leiden van vakspecifieke tests en algemeen laboratoriumonderzoek, beantwoordt dit zeker niet aan de instelling van de co-assistent.

2. Indien de co-assistent geen duidelijk merkbare verantwoordelijkheid krijgt ten opzichte van de zieke mens, wordt hij (zij) ook niet werkelijk betrokken bij de zorg voor de patiënt.

3. Bij een sterke deelspecialisatie zal het discussie-niveau in teamverband in het algemeen niet aangepast zijn aan het kennis-niveau van de co-assistent. Het begrip team-work krijgt dan bij hem (haar) geen wezenlijke inhoud.

4. De denkwereld van de deelspecialist loopt zeker niet parallel met die van de co-assistent (en zeker in de toekomst niet!).

5. Bij sterke deelspecialisatie zullen de „allegaagse problemen” in de kliniek zeker niet gelijk zijn aan die, welke zich voordoen in de algemene dagelijkse praktijk.

6. Eventuele theoretische bijscholing wordt bij sterke deelspecialisatie te zeer gefragmenteerd en is vaak de garantie voor de desintegratie van de kennis bij de co-assistent.

De samenvatting van bovenstaande is, dat de voorgestelde veranderingen in de organisatie van de opleiding in het specialisme van de Interne Geneeskunde, althans voor de co-assistent, geen algemeen voordelige zaak is.

Literatuur: WIJDEVELD, P. G. A. B. (1970) Integrale of gedifferentieerde interne geneeskunde. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 1212.

Nijmegen, augustus 1970 P. J. I. VAN T PAD BOSCH

Een universitaire kliniek voor inwendige ziekten moet veel belangen dienen: die van de patiënten, van de artsen en specialisten in opleiding, van de verpleegkundigen, van de studenten, van de wetenschappelijke onderzoekers en ook die van de er werkende specialisten en docenten. Zo'n polymorfe taak vereist een organisatorische structuur, die noodzakelijkerwijze een compromis inhoudt en waarvan de tekortkomingen alleen door enthousiasme en bereidheid tot samenwerken kunnen worden aangevuld. De snelle uitbreiding van de kennis en de mogelijkheden in de interne discipline leiden ertoe dat teamwerk de enige mogelijkheid is om goede prestaties te blijven leveren. In een te groot geworden vak impliceert teamwerk specialisering op gedeelten.

Ik begrijp de vrees van de inzender dat de co-assistent in de verdrukking zou kunnen komen. Ten opzichte van de situatie van een kliniek voor „algemene interne geneeskunde” is in de door mij bepleite structuur het evenwicht inderdaad iets meer gelegd in de richting van geavanceerde patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Men moet echter bedenken dat een universiteitskliniek ook deze taken behoort te vervullen. Het is misschien niet eens zo dwaas te veronderstellen dat het co-assistenten schap in de universiteitskliniek bestemd zou moeten zijn voor de zeer begaafde of althans

voor de tot de interne discipline bijzonder gemotiveerde studenten.

Naar mijn mening idealiseert de inzender onbewust de opleiding in een kliniek voor „algemene interne geneeskunde”. Ook daar kan een co-assistent geen kennis maken met alle ziekten op intern-geneeskundig terrein om de eenvoudige reden dat het co-assistentchap daarvoor tekort is. Ik vind dat op zich niet zo'n bezwaar. Het is niet de doelstelling van academisch onderwijs alle situaties die de student in zijn latere loopbaan kan tegenkomen tevoren te programmeren. Het is in principe methodologisch onderricht, dat leert hoe men zijn weg moet zoeken en attendeert op ontwikkelingen die in de toekomst belangrijk kunnen worden. Het pogen de student alles te leren is naar mijn mening een van de grondfouten van de medische opleiding.

Een voordeel van de „gedifferentieerde interne geneeskunde” voor de co-assistent lijkt mij de grotere duidelijkheid. Wanneer er hiaten in de opleiding dreigen te ontstaan kan men veel gemakkelijker een tegenwicht organiseren, bijvoorbeeld door optimale patiëntenbesprekingen uit de deelspecialistische afdelingen ten behoeve van het onderwijs aan co-assistenten. In een kliniek voor „algemene interne geneeskunde” blijken de tekorten veel minder gemakkelijk. De kwaliteit van zo'n tegenwicht zal door deelspecialisering alleen kunnen winnen. Voorts is de kans dat de co-assistent zal kunnen meedoen aan wetenschappelijk onderzoek, tenminste de waarde daarvan kan leren beseffen, duidelijk groter op een deelspecialistische afdeling. Tenslotte lijkt het mij zeer wel mogelijk dat beperking van het aantal ziekten de gelegenheid tot geven van een zekere eigen verantwoordelijkheid aan de co-assistent vergroot.

Wat ik niet begrijp is de angst voor geborneerde en verwaande docenten, die in de opmerkingen van de inzender doorklinkt. Evenmin lijkt mij zijn gevoelen juist als zou, door het trekken van de organisatorische consequenties van de deelspecialisering, de medische techniek gaan domineren over de aandacht voor de persoon van de patiënt. Als zodanig maakt deskundigheid de mens bescheiden, wordt zijn vermogen tot informatie-overdracht erdoor bevorderd en wordt hij — in het geval van de arts — waardevoller voor de patiënt en opener ten opzichte van diens persoonlijke problematiek. Misschien is dit niet waar voor artsen, die hun belangstelling tot een piepklein terrein zouden vernauwen. Maar de in mijn voorstellen opgenomen deelspecialismen zijn ieder voor zich een zee om uit te drinken. En één van mijn doelstellingen is juist het voorkómen van te ver gaande opsplitsing in kleine delen en het scheppen van de mogelijkheid tot loyaal teamwerk.

Concluderend zou ik tegenover de voorzichtig geformuleerde conclusie van de inzender de overtuiging willen plaatsen, dat herstructurering van de interne geneeskunde tot federatie van een beperkt aantal interne deelspecialismen, voor de co-assistentopleiding geen oncorrigeerbare nadelen en verscheidene duidelijke voordelen kan opleveren.

Nijmegen, 9 oktober 1970 P. G. A. B. WIJDEVELD

ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN ZIEKTEWET

De klinische les van Dr. A. TH. M. VAN BALEN (1970) geeft mij aanleiding een opmerking te maken over hetgeen gezegd is over patiënt B.

Ik citeer: „In het sociale bestel van Nederland is het niet mogelijk iemand tijdelijk ander werk te laten doen voor hetzelfde salaris als hij met zijn eigen werk verdient. De man wilde wel werken, want zijn handicap was maar heel gering, maar begrijpelijkerwijze weigerde hij dat te doen als hij daardoor minder verdiende dan met nietsdoen.”

Art. 30 van de Ziekwet luidt als volgt:

Lid 1. In geval het, op aanwijzing van de geneeskundige, die voor de controle van verzekerden is aangewezen, in het belang van de zieke werknemer moet worden geacht, dat deze hem passende arbeid verricht en hij door zijn werkgever — of, indien de dienstbetrekking met deze werkgever is geëindigd, door een andere werkgever — tot het verrichten van zodanige arbeid in de gelegenheid wordt gesteld, kan het ziekgeld gedurende de tijd, dat hij deze arbeid verricht, worden gesteld op het bedrag, waarmede zijn dagloon het loon, dat hij voor de bedoelde arbeid ontvangt, overtreft.

Dit betekent dat, wanneer iemand die ongeschikt is voor zijn oorspronkelijke werk, in de ziekteperiode met toestemming van behandelend arts en verzekeringsgeneeskundige ander werk gaat doen, aanvullend ziekgeld zal ontvangen tot de hoogte van zijn oude loon.

Bij een tijdelijke ongeschiktheid zal in den regel bij de eigen werkgever dit passend werk gevonden worden, maar ook wanneer bij een andere werkgever dienst genomen wordt vindt de aanvulling plaats.

Ik citeer: „Gesprekken met zijn bedrijf hadden niets opgeleverd.” Wie voerde die gesprekken en met wie werd gesproken? Wanneer, zoals de wet zegt, de geneeskundige, belast met de medische controle, dit met de bedrijfsleiding bespreekt, zal het in den regel wel terecht komen. Dit geldt nog sterker wanneer er een bedrijfsarts aan het bedrijf verbonden is.

Daar hier sprake is van een klinische les, kan hieruit ook sociaal-geneeskundige lering getrokken worden. Immers de behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige hebben een gemeenschappelijke taak ten aanzien van het verzuim.

De opmerking over het sociale bestel in Nederland doet mij vermoeden, dat het overleg tussen genoemde artsen niet optimaal geweest is. Dit neemt niet weg dat het heel goed mogelijk is, dat de werkgever niet de vereiste medewerking heeft verleend; anderzijds is het moeilijk een dubbelziende kraanmachinist tijdelijk bij een andere werkgever geplaatst te krijgen.

Ik citeer: (laatste zin) „Ik wil er met nadruk op wijzen dat een verbetering van deze situatie niet van medische maar van sociale zijde moet worden gebracht.”

In het licht van het bovenstaande zou ik willen zeggen, dat verbetering noch van medische, noch van sociale zijde, maar van *sociaal-medische* zijde gebracht moet worden.

Literatuur: BALEN, A. TH. M. VAN (1970) Parese van de musculus obliquus superior. *Ned. T. Geneesk.* 114, 1561. — DOELEMEN, H. (1969) De gemeenschappelijke taak van behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige ten aanzien van het verzuim. *Med. Contact (Amst.)* 21, 586; (1969) *Arts en sociale Verzekering* 4, 80.

Oegstgeest, 29 september 1970

H. DOELEMEN,
medisch adviseur GAK

Ik ben blij dat collega DOELEMEN met het wetboek in de hand ons duidelijk maakt hoe een tijdelijk gehandicapte aan het werk gehouden kan worden. Het sociale en vooral psychologische voordeel voor de patiënt is evident.

Ik ben blij ook dat mijn, op sociaal-geneeskundig gebied, ondeskundige opmerking aanleiding is tot deze discussie, waardoor collegae uitgenodigd worden zich hierover te beraden in-voorkomende gevallen.

De dagelijkse praktijk leert dat de genezingstijd van tijdelijke kleine afwijkingen nogal eens doorgebracht wordt in onnodige lediggang. Ik ben er niet van overtuigd dat dit altijd een gevolg is van onwil van de werknemer.

Rotterdam, 5 oktober 1970

A. TH. M. VAN BALEN