

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 Ziektewet 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 ziekengeld 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 ziekengeld 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