

STUDENTENGEZONDHEIDSZORG

Rede van P. J. Kaiser, voorzitter der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, gehouden op de openingszitting van het Ledencongres 1965 der Maatschappij op donderdag 7 oktober 1965.

Dames en heren, het is het voorrecht van de voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, dat hij op het Ledencongres mag spreken over een — uiteraard medisch — onderwerp, dat hem in het bijzonder interesseert. De aard van dit onderwerp wordt, binnen redelijke grenzen, aan hem overgelaten. Het kan gaan over een vraagstuk dat van belang is voor de gehele artsenstand, het kan ook zijn een onderwerp dat een meer bijzonder terrein bestrijkt, maar toch van voldoende algemeen belang is in de sector volksgezondheid. Ik heb voor dit laatste gekozen en wil vanmiddag voor u spreken over een bijzonder onderwerp, dat van grote betekenis is voor een belangrijke groep van ons volk, namelijk de studentengezondheidszorg.

De keuze van mijn onderwerp is natuurlijk mede bepaald door mijn functie van studentenarts, maar dat ik juist tijdens het Ledencongres er over spreek heeft twee redenen: de eerste is, dat velen van u studerende kinderen hebben en daarom geacht mogen worden enige belangstelling voor mijn onderwerp te hebben, de tweede is, dat de studentengezondheidszorg behoort tot de zeer enkele onderontwikkelde gebieden op het terrein van de volksgezondheid in ons land en dit congres mij de gelegenheid geeft daarbij, zij het in gematigde termen, enige kritische kanttekeningen te maken, waarbij ik wel met nadruk wil stipuleren, dat de verantwoordelijkheid daarvoor geheel bij mij persoonlijk ligt.

Wanneer men een onderwerp gaat bespreken, dat niet voor iedere toehoorder gemeengoed is, dan dienen enkele algemene opmerkingen, die het mogelijk kunnen maken het betoog te volgen, vooraf te gaan. Allereerst zal dan moeten worden besproken wat nu eigenlijk studentengezondheidszorg is. Wat speels zou ik kunnen zeggen, dat dit een merkwaardige combinatie is van schoolgeneeskunde, bedrijfsgeneeskunde en huisartsgeneeskunde, overgoten mét een sociaal en psychologisch sausje, dit alles uitgeoefend door één arts, die moet zijn een schaap met vijf poten, waarvan ten hoogste drie worden gehonoreerd. Want, volgt men het zogenaamde rapport Rutten — een rapport, waarop ik nader terugkom — dan wordt van een studentengezondheidszorg verwacht dat deze de studenten ruime gelegenheid geeft voor een periodiek geneeskundig onderzoek, voor een jaarlijks tuberculose-onderzoek en voor talrijke vaccinaties, schoolgeneeskunde dus, als u wilt hogeschool-geneeskunde. Dat voorts toezicht wordt gehouden op voeding, huisvesting, hygiëne in bedrijfsgebouwen; dat voordrachten worden gehouden over hygiëne, seksuele proble-

matiek; dat intensief contact wordt onderhouden met anderen die werken in de studentengemeenschap, als pastores, decanen, psychologen, bedrijfsgeneeskunde dus. En tenslotte dat er een dagelijks spreekuur wordt gehouden voor studenten — huisartsgeneeskunde — zelfs, gelet op de vele psychische en psychosomatische klachten bij studenten, een zeer moderne huisartsgeneeskunde. Men vergeet bovendien niet, dat de kandidatenziekte van de medische studenten, gezien het grote aantal studenten, niet meer door de hoogleraar na het college wordt genezen, maar de volgende dag door de studentenarts.

Wanneer ik echter een wat meer officiële omschrijving van studentengezondheidszorg geef, dan zou ik dit — en hierbij citeer ik het rapport Rutten — als volgt willen doen: studentengezondheidszorg beoogt de student door preventieve en curatieve maatregelen in een zodanige optimale gezondheidstoestand te brengen of te houden, dat deze geen belemmering vormt voor zijn studie.

Heb ik hiermede in grote lijnen geschetst wat studentengezondheidszorg is en welke de taak van de studentenarts is, althans zou moeten zijn, dan zal bij velen van u de vraag naar voren komen over het waarom. Een enkele jongere onder u zal misschien — naar ik hoop: dankbaar — met deze tak van geneeskunde hebben kennis gemaakt. Voor de meesten uwer is echter de studentengezondheidszorg waarschijnlijk nauwelijks meer dan een vaag begrip, tenzij u met aandacht de artikelen van professor Heringa in *Medisch Contact* hebt gelezen. Zeker is dat in onze studententijd zoiets niet bestond en dat daaraan nauwelijks behoefte werd gevoeld. Is er dan sinds die tijd zoveel veranderd en in de studentenwereld en in onze opvattingen over de geneeskundige verzorging van ons volk? Op beide vragen luidt het antwoord bevestigend.

Wat betreft de veranderde positie van de student: aan het einde van de vorige eeuw studeerde 85 procent van de studenten voor een vrij beroep, rechten of medicijnen, van wie in grote lijnen kan worden gezegd, dat de afgestudeerden in het vrije beroep terecht kwamen. Vijftien procent studeerde een gebonden beroep, filosofie, letteren, waarin men als regel in ambtelijk verband werkt. Nu studeert 43 procent der studenten voor een vrij beroep en 57 procent voor een gebonden beroep - een verschuiving van het vrije beroep met de daaraan verbonden risico's naar de geborgenheid van de sociale zekerheid. Rond 1900 was 70 procent der studenten lid van „de” studentenvereniging, nu 60 procent van „een” vereniging; geen

groot verschil in percentages, wel echter in absolute getallen, gezien de sterke toeneming van het aantal studenten sindsdien. Omstreeks 1900 kwam „de” student uit de zogenaamd hogere milieus, waarin een of beide ouders hadden gestudeerd, nu nog slechts 30 procent. In 1900 kende men nauwelijks het begrip studiebeurs, nu studeert een-derde der studenten van een beurs, terwijl de overigen met aanzienlijk minder maandgeld toe moeten komen dan dit vroeger het geval was. Dit zijn uiteraard globale getallen, die echter duidelijk de verschillen aantonen.

Niet alleen de samenstelling van de studentengemeenschap is veranderd, de studieomstandigheden zijn dat eveneens. De huisvesting is veranderd, de oude hospita, die in vele opzichten taken van de moeder overnam, is nagenoeg verdwenen; de gehele positie van de student ten aanzien van de universiteit is veranderd, het merendeel der studenten komt uit een niet-universitair milieu, de financiële positie is belangrijk achteruit gegaan en ook de maatschappelijke positie en de toekomstverwachtingen zijn veranderd. Voegt men daarbij de ongetwijfeld hogere eisen welke de studie nu stelt, het door veel grotere aantallen nauwelijks nog in contact komen met leermeesters, het steeds meer verdwijnen van de gesloten groep, die de studentengemeenschap eertijds vormde en de duidelijk veranderde positie van de jeugd in onze maatschappij — eensdeels zelfbewuster met meer drang naar onafhankelijkheid, andersdeels door langere studie en militaire dienst langer afhankelijk — andere seksuele opvattingen het leven buiten gezinsverband, dan is door dit alles — ook al heb ik daarmee nog niet alle factoren opgesomd — reeds in voldoende mate aangetoond, dat er veel veranderd is en dat veel studenten onder veel grotere spanning leven dan vroeger.

De tweede vraag: is er zoveel veranderd in onze opvatting over de volksgezondheid? Rond 1900 werd de preventieve geneeskunde zoals wij die nu kennen, nog niet uitgeoefend. Sindsdien zijn prenatale zorg, consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters, schoolgeneeskundig toezicht op kleuterschool, lagere school en middelbare school en bedrijfsgeneeskundige diensten ontstaan, terwijl zich geleidelijk aan het preventief toezicht op de ouderdom, de geriatrie, aan het ontwikkelen is. Buiten deze gezondheidszorg, die zich uitstrekt van voor de geboorte tot aan de dood, is echter een specifieke groep tussen wal en schip gevallen: de studentengemeenschap, een vergeten groep, een onderontwikkeld terrein. Evenwel, het feit, dat er in tweeërlei opzicht veranderingen zijn opgetreden betekent nog niet, dat maatregelen, in casu studentengezondheidszorg, gerechtvaardigd zouden zijn. Dit is het pas als de noodzaak blijkt. En deze blijkt als regel, omdat de betrokken groep er om vraagt.

Men ziet nagenoeg alle massale preventieve maatregelen ontstaan uit het particulier initiatief en eerst daarna door de overheid worden gesteund. Ook in de studentengemeenschap is dit geschied. Reeds voor de

laatste wereldoorlog ontstond in Amsterdam de stichting studentengezondheidszorg, omdat de studenten hierop aandrongen wegens het veelvuldig voorkomen van tuberculose onder hen. Direct na de oorlog, toen universiteiten en hogescholen overstromd werden met studenten, veelal in slechte lichamelijke en geestelijke conditie tengevolge van de oorlog, bleek bij hen het tuberculose-percentages verontrustend hoog, nog hoger dan bij de overige bevolking. In meerdere inrichtingen voor hoger onderwijs werd de bestrijding, voorlopig nog vanuit het particulier initiatief, ter hand genomen. Particulier initiatief: namelijk de studenten en de wetenschappelijke staf. Al spoedig bleek dat naast deze bestrijding behoefte bestond aan een uitgebreider preventieve zorg en dat ook, vooral door de tengevolge van de oorlog slechte hygiënische omstandigheden, de curatieve zorg aandacht ging vragen. Daarnaast bleek dat vele andere studentenvoorzieningen — huisvesting, studiebegeleiding, sport — bestudering en aanvulling behoeften. Voor de toenmalige minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen is dit aanleiding geweest in 1953 een grote commissie in te stellen ter bestudering en advisering onder voorzitterschap van de oud-minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen, minister Rutten. De commissie vormde een aantal subcommissies, waarvan één was de subcommissie voor de studentengezondheidszorg. In 1956 werd het zogenaamde rapport Rutten gepubliceerd. De andere facetten buiten beschouwing latende, kan gezegd worden, dat de subcommissie voor de gezondheidszorg kwam tot een unanieme opvatting over de inrichting en instelling van een studentengezondheidszorg aan inrichtingen voor hoger onderwijs.

Dit voortreffelijke rapport, dat met enkele niet essentiële wijzigingen nog steeds kan dienen als handleiding, heeft het helaas niet verder gebracht dan een bespreking in de Tweede kamer naar aanleiding van een nota van minister Cals. Besluiten werden daarbij niet genomen, van enig dwingend of stimulerend voorschrift van de zijde van de overheid was geen sprake. Wel was het gevolg, nu er een goede handleiding bestond, dat verschillende plaatselijk reeds bestaande studentengezondheidszorgen overgingen tot het aanstellen van een studentenarts in vol-ambtelijke dienst met de opdracht zoveel mogelijk de richtlijnen van het rapport Rutten te volgen. Helaas heeft door het ontbreken van een dwingend voorschrift nog steeds niet iedere instelling van hoger onderwijs de beschikking over één of meer vol-ambtelijke studentenartsen.

Een tweede gevolg was, dat de overheid, het ministerie van O.K. en W., besloot aan elke instelling voor hoger onderwijs waar studentengezondheidszorg bestond of werd opgericht, een subsidie te verstrekken van ten hoogste f 7,50 per aan deze instelling ingeschreven student, welke subsidie alleen mocht worden gebruikt voor het preventieve werk. Aan aard en omvang van dit preventieve werk stelt de overheid echter geen eisen. Een negatief gevolg van de gang van zaken was dat — door het ontbreken van dwin-

gende of stimulerende voorschriften — de plaatselijke studentengezondheidszorgen geheel zelf mochten uitmaken wat zij wel en wat zij niet deden. Erger, er is geen verplichting tot het instellen van een studentengezondheidszorg, alleen een zekere beloning als de instelling voor hoger onderwijs hiertoe overgaat. Een beloning, die bovendien geheel onvoldoende is, om tot verantwoord werk te komen.

In 1956 becijferde de commissie Rutten, dat voor een volledig werkende studentengezondheidszorg een subsidie van f 10,— per ingeschreven student nodig was. Met gepaste zuinigheid bracht het ministerie deze subsidie terug tot f 7,50 en handhaafde dit bedrag — ondanks herhaalde welgemotiveerde verzoeken om verhoging — tot op deze dag, negen jaar later, op f 7,50. Als men dan nog bedenkt, dat de berekening van de commissie Rutten, uitgaande van één arts op 5.000 studenten te laag was, aangezien — zoals inmiddels de ervaring heeft geleerd — één arts nodig is op 3.000 studenten, dan blijkt ook hieruit het weinige belang, dat de overheid hecht aan dit onderdeel van de volksgezondheid. Mogelijk moet en kan als excuus voor deze stiefmoederlijke behandeling gelden, dat de studentengezondheidszorg bij het departement van Onderwijs en Wetenschappen inderdaad een stiefkind is. Bij de geboorte is het kind uit het ziekenhuis met de verkeerde ouders naar huis gezonden. Inmiddels is wel duidelijk geworden — om in deze biologisch niet geheel verantwoorde bespreking verder te gaan — wie de werkelijke ouders zijn: het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Teruggave van het kind aan zijn natuurlijke ouders is dan ook een daad van rechtvaardigheid waartegen het opgroeiende kind zeker geen bezwaar zal maken. Men bedenke wel — en hierin schuilt tevens een rechtvaardiging van mijn betoog op deze plaats — dat het hier gaat om de geestelijke en lichamelijke gezondheid van nu 60.000 straks 80.000 studenten, jonge mensen, die, zo mag men toch aannemen, plaatsen zullen gaan innemen in de leidende kringen in ons land en daarmee tevens de positie van Nederland in het wereldbeeld cultureel, wetenschappelijk, economisch en zo meer zullen moeten bepalen.

Is er dus van de zijde van de overheid geen grote belangstelling voor deze jeugd, helaas moet worden geconstateerd, dat lange jaren ook de jeugd zelf zich weinig aan zijn groei en bloei gelegen liet liggen. Anders gezegd, afgezien van een passieve belangstelling, zich uitende in een steeds grotere toeloop van studenten, heeft, tot voor enkele jaren, de studentengemeenschap zich nauwelijks actief met de studentengezondheidszorg bemoeit. Met vreugde kan echter worden vastgesteld dat hierin sinds enkele jaren een belangrijke verandering is ingetreden. In toenemende mate wint in de studentengemeenschap de mening veld, dat een goed werkende studentengezondheidszorg, zowel preventief als curatief, in de moderne studentenmaatschappij onmisbaar is. Door de georganiseerde studentenmaatschappij wordt dan ook sterk pressie uitgeoefend om dit te bereiken. De huidige

situatie is thans dat aan iedere instelling voor hoger onderwijs een studentengezondheidszorg bestaat, waarbij — vergeleken met het rapport Rutten — van zeer weinig tot zoveel mogelijk wordt gedaan. Echter, elke eenheid ontbreekt, zowel op preventief als op curatief terrein: telkens andere organisatievormen, andere uitvoeringen, andere documentaties, andere arbeidsvoorwaarden. Een jaren geleden ondernomen poging om door een federatief verband te komen tot meer eenheid, is volledig mislukt doordat geen van de instellingen bereid was zich bij de andere aan te passen en een stukje van haar eigen autonomie te offeren en doordat de overheid zich er niet mee bemoeide.

In de universitaire wereld zelf, bij studenten en wetenschappelijke staf, groeit intussen het besef, dat er op talloze punten een tekort is. Het gevolg hiervan is, dat overal verschillende groeperingen bezig zijn met studies over verbeteringen. De Nederlandse Studentenraad zoekt naar wegen om te komen tot verbetering van de organisatie en werkwijze van de studentengezondheidszorg. De Commissie van de Academische Raad bestudeert de problematiek van de geestelijke gezondheid van de student en de te nemen maatregelen. De stichting „Het Nederlands Studentensanatorium” zoekt naar wegen de lichamelijk en geestelijk gehandicapte student hulp te bieden bij zijn studie. De Landelijke universitaire sportvereniging naar mogelijkheid om te komen tot een goede sportkeuring in universitair verband. De enige die nog niets doet, is de overheid. Duidelijk is trouwens dat bij een niet-gecentraliseerde aanpak overlapping, verwarring en onderlinge tegenstellingen dreigen.

Nu is kritiek op vermeende misstanden van iemand, die dagelijks met deze materie te maken heeft, alleen geoorloofd als daar tegenover staat een idee, een suggestie, hoe het wel moet zijn. De consequentie van mijn kritiek is dan ook, dat ik wil pogen een opbouw te plannen. Ondanks mijn grote waardering voor het rapport Rutten meen ik dat het, althans het medische gedeelte ervan, moet worden herzien en aangepast aan de huidige inzichten. Hiertoe zal nodig zijn dat de overheid — en naar mijn voorkeur het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid — een commissie vormt, die alle facetten van deze gezondheidszorg opnieuw bestudeert; een commissie waarin, naast overheid en deskundigen, ruim plaats dient te zijn voor studenten. Terecht verwacht de huidige studentengemeenschap, dat er niet meer óver maar mét haar wordt gesproken.

Met het advies een commissie in te stellen — het panacee van de moderne tijd — mag ik mij er echter niet van afmaken; dit zou een weinig bevredigende opbouw zijn. Van mij mag worden verwacht dat ik verder ga en mijn persoonlijke inzichten geef. Ik wil daartoe trachten in grote lijnen aan te geven, hoe in een zo nabij mogelijke toekomst een universitaire gezondheidszorg, althans naar mijn mening, georganiseerd zou kunnen zijn.

U heeft wellicht opgemerkt dat ik nu niet meer spreek over een studentengezondheidszorg, maar

over een universitaire gezondheidszorg. Het is namelijk mijns inziens noodzakelijk dat aan iedere instelling voor hoger onderwijs een geneeskundige- en gezondheidsdienst wordt gevormd, niet alleen voor studenten, maar tevens voor het personeel in al zijn geledingen. Het contact tussen studenten en universitair personeel is zo innig en zo frequent, dat een studentengezondheidszorg alléén het halve werk is. Dat dit niet zo maar een fantasie is, moge blijken uit het feit, dat dank zij de hulp en het inzicht van de betrokken curatoren, in Leiden een dergelijke instelling — zij het niet als erkende organisatie — bestaat, dat Groningen sedert kort bezig is op deze basis een gezondheidsdienst te organiseren en dat Enschede dit zal gaan doen.

Deze universitaire geneeskundige- en gezondheidsdienst werkt preventief, zoals bijvoorbeeld een gemeentelijke, waarmede hij zeer wel te vergelijken is. Hij dient in te houden een preventieve gezondheidszorg — omvattende periodiek geneeskundig onderzoek, tuberculose-onderzoek, vaccinaties, toezicht op voeding, huisvesting, enz. enz. — waarvoor nodig is één arts op ongeveer 3.000 studenten. Daarnaast een bedrijfsgeneeskundige dienst voor het personeel, eveneens met één arts op 3.000 personeelsleden: de taak hiervan behoeft niet nader te worden omschreven. Beide diensten, voor studenten en voor personeel, moeten worden ondergebracht in één organisatie in één gebouw, zodat intensieve samenwerking en regelmatige uitwisseling van gegevens mogelijk is. De gehele preventieve dienst staat onder rechtstreekse verantwoordelijkheid van curatoren, die hiervoor op adequate wijze door de overheid, in casu het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dienen te worden gesubsidieerd. Het is wenselijk, dat curatoren een adviesorgaan instellen, waarin zitting hebben studenten, universitair personeel, curatoren, de overheid en zoveel en zodanige deskundigen als de omstandigheden nodig en wenselijk maken.

Behalve deze preventieve zorg dient er, zoals ik reeds in het voorafgaande heb aangeduid, voor de studenten een curatieve zorg te zijn. Ik bedoel hiermede niet dat de studentenarts ook de behandeling van studenten op zich neemt, maar dat er een instelling in het leven wordt geroepen, die de curatieve zorg aan studenten garandeert. Dit is te bereiken door een landelijke organisatie, waarbij te denken is aan een eigen ziekenfonds voor studenten. Gezien de aan de studentenwereld inherente problematiek, die een aparte en gerichte belangstelling van de arts vraagt, moet ernstig worden overwogen of de artsen, die als medewerker aan dit ziekenfonds worden verbonden, bepaalde voorwaarden zullen moeten aanvaarden. Men vergete niet dat de studentengemeenschap, ondanks de toenemende openheid, nog altijd een vrij sterk gesloten groep is, die samen woont, samen eet, samen werkt, samen feest, en dat het van het grootste belang is tijdig te weten, wat op gezondheidsgebied in deze groep omgaat. Zo ooit, dan is hier een beperkte en gerichte artsenkeuze, in het belang van de student zelf, zeker gewenst. Men bedenke toch, dat de vrije artsenkeuze er is ter wille en ten bate van de patiënt

en niet ter wille van de arts. Indien beperking van deze keuzevrijheid in het belang van de patiënt is, kan dit voor de artsengemeenschap een dringende reden zijn er aan tegemoet te komen.

Men tille niet te zwaar aan deze opvatting. Uitzonderingen daargelaten, heeft de student, afzonderlijk wonend in zijn studiestad, geen eigen huisarts. De ervaring leert trouwens, dat de student hulp zoekt bij diegene, die het best op zijn problematiek is ingesteld, de studentenarts, die immers zijn milieu, werkomstandigheden en zorgen kent.

Het is niet gewenst studenten onder te brengen in de bestaande ziekenfondsen, ten eerste omdat daarbij beperking der artsenkeuze niet mogelijk is; ten tweede omdat bij onbeperkte keuze, de artsen het overzicht over de groep gaan missen en onderling overleg der artsen — een noodzakelijke voorwaarde — niet goed mogelijk is; ten derde omdat de studentengemeenschap een geheel eigen problematiek kent, die in de massaliteit van een algemeen ziekenfonds te loor zal gaan; ten vierde omdat de student een ruime inspraak zal moeten hebben in zijn eigen ziekenfonds. Het zou wenselijk zijn het lidmaatschap van het studentenziekenfonds verplicht te stellen, vooreerst omdat hierdoor de basis aanzienlijk zou worden verbreed en meer kan worden gedaan, doch tevens omdat dan de mogelijkheid van een overheidsbijdrage in principe geschapen wordt.

Naast elkaar dus een preventieve gezondheidszorg voor studenten en personeel, gefinancierd door de overheid en onder verantwoordelijkheid van curatoren, en een curatieve zorg bekostigd door de student zelf — zo mogelijk en zo nodig met steun van de overheid — onder mede-verantwoordelijkheid van de student. Vanzelfsprekend zal het contact tussen beide organisaties zeer nauw moeten zijn, zowel in het bestuuren adviesorgaan, als tussen de medewerkende artsen.

Dames en heren, ik heb getracht u uiteen te zetten wat studentengezondheidszorg is, waarom zij er is, waarom zij niet voldoet en hoe het wel zou moeten. Ik heb hier en daar een duidelijke kritiek uitgeoefend, met begrip overigens voor de moeilijke positie van de overheid, het ministerie van O. en W., dat steun moet bieden aan een hem vreemde instantie. Ik heb daarom gepleit de studentengezondheidszorg over te brengen naar het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waar zij mijns inziens thuis hoort. Ik heb getracht schematisch aan te geven hoe de organisatie zal moeten zijn en ik heb gepleit voor de instelling van een deskundige commissie, die op korte termijn de overheid van advies kan dienen. Ik besef, dat dit inderdaad niet meer is dan een schema, niet vrij van hiaten en fouten, en dat bij een tenuitvoerlegging daarvan, nog talloze problemen zich zullen gaan voordoen. Ik hoop, dat ik enige belangstelling heb kunnen wekken bij u en bij de verantwoordelijke instanties voor dit belangrijke, onderontwikkelde, maar toch zo fascinerende stuk volksgezondheid, in de stellige verwachting, dat spoedig kan worden gesproken van een ontwikkelingsgebied.