



Studentengezondheidszorg

Proeftuin voor integratie (I)

Deze en volgende week wordt de studentengezondheidszorg belicht door F. J. Meijman en E. Bracke, studentenartsen aan de Universiteit van Amsterdam respectievelijk de Katholieke Universiteit Leuven. Deze week de voorgeschiedenis, het werkterrein, de cliënten en het takenpakket van de studentenarts. Volgende week wat meer over de controversiële kanten van de studentengezondheidszorg.

Ruim vijftien jaar geleden vroeg Heringa in Medisch Contact op indringende wijze aandacht voor de studentengezondheidszorg. Sindsdien is in de vaktijdschriften de aandacht ervoor verslapt. Onder degenen die bemoeienis hebben met de studentengezondheidszorg is de discussie echter voortgezet. Het gehele spectrum van controversiële punten welke aan deze 'elitaire buitenplaats' van ons gezondheidszorgsysteem kleven, wordt daarbij met een zekere regelmaat doorlopen. Sleutelbegrippen in de discussie zijn bedrijfs- versus huisarts-geneeskundige benadering, de nadruk op de groep versus het individu, op somatische versus psychosociale aspecten, en tenslotte de integratie van preventie en curatie - allemaal thema's die ook buiten de studentengezondheidszorg actueel zijn.

In een tweetal artikelen willen wij een inventarisatie bieden van de studentengezondheidszorg tegen de achtergrond van een beschrijving van de universiteit en de student en die laten volgen door een beschouwing.

Historie

De studentengezondheidszorg ontstond in de jaren na de tweede wereldoorlog. Haar oorsprong lag in de preventie van tuberculose. De stichting van het Nederlandse Studentensanatorium was hiervan een illustratie. Geleidelijk ontstond er door de slechte lichamelijke conditie waarin veel studenten verkeerden behoefte aan curatieve zorg ten aanzien van de studentenpopulatie. De commissie-Rutten onderscheidde in 1956 een drietal

taakonderdelen binnen de studentengezondheidszorg, namelijk een preventieve, een curatieve en een algemene taak. De laatste taak bestaat onder meer uit het onderhouden van contacten met andere studentenbegeleiders en het hebben van een specifieke inbreng in overlegsituaties. De universiteitsarts tot dusver voornamelijk met preventieve taken belast, ging tevens fungeren als huisarts voor studenten en ontwikkelde zich daarbij tot studentenarts.

Parallel aan de ontwikkelingen in de algemene gezondheidszorg werd een nieuwe dimensie aan de studentengezondheidszorg toegevoegd, namelijk de psychosociale begeleiding (wel te onderscheiden van psychotherapie). Deze vorm van hulpverlening leek ondenkbaar zonder samenwerking tussen de studentenarts en hulpverleners van de andere disciplines: de studentendekaan, -psycholoog en -pastor. Dit resulteerde uiteindelijk in velerlei vormen van samenwerking.

Latere rapporten (Wester, NSR, Muntendam) en de democratiseringsprocessen die in de zestiger jaren aan de instellingen voor wetenschappelijk onderwijs hebben plaatsgevonden, hebben de taakstelling en de plaats van de studentenarts niet onberoerd gelaten. Punten van discussie waren hierbij onder meer de vraag of een aparte gezondheidszorgvoorziening voor studenten, gezien de bevoorrechtiging boven andere groepen jongeren (werkende jongeren en studenten aan instellingen voor hoger- en middelbaar beroepsonderwijs), moest worden gehandhaafd, en de stelling dat de curatieve aspecten van de studentengezondheidszorg aan de huisarts dienden toe te komen. Het aangrijpingspunt van de studentengezondheidszorg werd vooral in het sociaal-geneeskundige vlak gezien, gericht op de student en zijn specifieke milieu, terwijl somatisch-curatieve aspecten in principe tot het taakgebied van de huisarts werden gerekend. Inmiddels wordt in toenemende mate het onderscheid tussen curatieve en preventieve hulp, met name de organisatorisch-structurele scheiding daartussen, als onbruikbaar ervaren.

Op de vraag of jonge mensen die studeren recht of/een behoefte hebben aan een eigen gespecialiseerde medische begelei-

ding is moeilijk direct een zinvol antwoord te geven. Alleen wanneer men de specifieke leef- en werksituatie van de student bekijkt en ook rekening houdt met zijn eigen lichamelijke, psychologische en sociale ontwikkeling en de daaruit voortkomende noden en behoeften, is het mogelijk een zinvolle uitspraak te doen over de studentengezondheidszorg.

Lange tijd is het bestaansrecht van deze vorm van gezondheidszorg negatief geformuleerd: deze buitenplaats binnen het Nederlandse gezondheidszorgsysteem bestond omdat de studenten niet optimaal gebruik konden maken van de algemene voorzieningen, met name wegens financiële belemmeringen. Vanuit een positief gerichte benadering kan men de ervaringen en verworvenheden binnen de studentengezondheidszorg plaatsen in het perspectief van adolescentenzorg en dat van de integratie van curatie en preventie. In zo'n benadering blijkt de studentengezondheidszorg niet zozeer een 'elitaire buitenplaats' als wel een 'proeftuin'.

Het werkterrein en de werkwijze van de studentenarts worden enerzijds bepaald door de plaats waar hij zijn taak uitoefent: de universiteit als instelling van onderwijs en onderzoek, anderzijds door de noden en vragen en de eigen aard van de student wiens medische begeleider de studentenarts is. Voordat we nader kunnen ingaan op de taakomschrijving van de studentenarts en de ontwikkeling die zich daarin heeft voorgedaan, is het nuttig stil te staan bij de universiteit en de student.

De universiteit als bedrijf

De universiteit als instelling van onderwijs en onderzoek bestaat uit gebouwen, werktuigen en mensen. Het is een arbeidsintensief bedrijf. De mensen zijn er zeer talrijk aanwezig. Behalve de resultaten van wetenschappelijk onderzoek zijn zelfs de 'afgewerkte producten' van dit bedrijf mensen: hooggespecialiseerde academische arbeiders.

De universiteit is een bedrijf met een eigen karakter. Het bijzondere is dat de studenten (meestal beschouwd als werknemers) eigenlijk de werkgevers zijn!

Dankzij hun aanwezigheid hebben de proffen werk en is er geld voor wetenschappelijk onderzoek. Men zou dus mogen verwachten dat de studenten erg belangrijk zijn in het universiteitsbedrijf... De daadwerkelijke medezeggenschap van studenten is echter klein. De hervormingen in de bestuursstructuur van de universiteit die worden voorbereid laten bovendien een afname van de invloed van studenten zien, juist op het laagste bestuursniveau, waar de student de resultaten van invloed het best zou kunnen overzien.

De universiteit komt bij de studenten als log en massaal over. Ze is een mastodont van onderwijs en onderzoek geworden. De meeste studenten lopen verloren in de massa. Er is weinig plaats en tijd over voor een persoonlijke aanpak van de individuele student. De gehanteerde onderwijsmethoden sluiten vaak slecht aan bij diens verwachtingen en behoeften. Van de studenten wordt weinig kritisch werk verwacht. De arbeidsvreugde bij de meeste studenten is dan ook vermoedelijk niet erg groot.

Er is duidelijk behoefte aan een universiteit op menselijk formaat. Ook de huidige belasting zoals ze uitgaat van de universiteit wordt door de meesten als te zwaar ervaren. Het is belangrijk niet alleen de fysieke belasting die van het bedrijf uitgaat te kennen, maar ook en vooral de psychische en de mentale belasting. Wolf Wagner beschrijft dit aspect treffend aan de hand van de situatie aan de universiteiten in West-Duitsland. Volgens Wagner verkeren studenten in permanente onzekerheid over wat zij zelf te weten willen komen op de universiteit en nog sterker over wat er van hen wordt verwacht. De angst die uit deze onzekerheid voortvloeit wordt veelal overdekt door een zelfverzekerde houding, die kennis van zaken uitstraalt. Er is sprake van een zichzelf versterkende wisselwerking tussen angst en bluf, die in stand wordt gehouden door het (universitaire) onderwijssysteem.

De student als individu

Wie is de student? Met Heringa kan men zeggen, dat 'de student in de maatschappij een aparte plaats inneemt. Datgene wat hem en van het schoolkind en van de werknemer in een bedrijf onderscheidt is zijn sociale status. Aan die van het kind is hij ontgroeid, die van de volwassenen wordt hem ontzegd. Hij zweeft tussen beide met alle gevolgen van dien'. Studenten zijn jonge volwassenen van de

leeftijdsgroep 17 à 30 jaar. Ze hebben de problemen van hun leeftijdsgenoten, de niet-studerende adolescenten, en daarenboven ook nog de typische noden eigen aan het student-zijn. Het tot een goede verwerking komen van deze adolescentenproblemen wordt in niet geringe mate beïnvloed door de specifieke eisen die het 'beroep' student stelt. Het 'student-zijn' wordt bepaald door verantwoordelijkheden (examens doen, zelfstandig wonen), afhankelijkheden (van thuis: financieel, van de faculteit) en grote vrijheden (op eigen benen staan, wonen en leven zoals men wil, althans in de week; de vrijheid om al of niet lessen te volgen).

De situatie van de student is niet gemakkelijk en op zijn minst dubbelzinnig en ambivalent: volwassen zijn en geen verantwoordelijkheid mogen dragen; intellectuele vrijheid en financiële onvrijheid en afhankelijkheid; los van thuis en toch steeds gebonden aan thuis, vooral bij de eindrekening op het einde van het jaar. Er wordt van de student werk gevraagd, maar de beloning blijft steeds onzeker. Dit alles maakt de studenten kwetsbaar en uiterst vatbaar voor spanningen op het emotionele, het psychische en het relatiedomein. Eenzaamheid, lichamelijke verwaarlozing, verkeerde of onvoldoende voeding, relatieproblemen, te weinig (of te veel) sport; slecht verzekerd zijn tegen ziektekosten (of thuis niet durven praten over doktersbezoek), studiedruk en de daarbijkomende druk van de adolescentenproblematiek leiden tot stoornissen in de lichamelijke en de geestelijke gezondheid.

Een adolescent kan Hartgerink omschrijven 'als een persoon met eigen biologische en psychologische karakteristieken; deze zijn: psychische labiliteit, neiging tot zelfstandigheid in voeding, kleding en leefgewoonten, groot gebrek aan kennis en daardoor onzekerheid ten opzichte van het eigen lichaam, ontdekking van de seksualiteit en de mogelijkheid deze te gaan beleven, te ontdekken en te 'experimenteren'. Uitgaande van deze kenmerken kan men verwachten dat hulpvragen van adolescenten eigen karakteristieken hebben. Een hulpverlener die hun drang naar zelfstandigheid erkent, gemakkelijk bereikbaar is en hun persoonlijke keuze respecteert is hun enige betrouwbare helper!

Bij studenten nu constateert men een enorme wisselwerking tussen adolescenten- en studentenproblematiek. De meest typische adolescentenproblematiek kan manifest worden in de vorm van studiemoeilijkheden, en omgekeerd ko-

men stoornissen bij het studeren naar voren als (uitgestelde) faseproblematiek. Studiemoeilijkheden zijn niet alleen het gevolg van een gebrekkige intelligentie of een slecht functionerend onderwijs, maar ontstaan ook door persoonlijke problemen, zoals de sociale positie, de psychologisch dubbelzinnige situatie, spanning met de ouders, spanningen in de beleving van de seksualiteit, relatieproblemen, te hoog gespannen verwachtingen van thuis, minderwaardigheidsgevoelen, faalangst, enz.

Wegens de spanningen die bij de student optreden doordat hij zich enerzijds niet thuis voelt aan de onmenselijke mastodont universiteit en doordat hij anderzijds groeimoeilijkheden ondervindt, gebeurt het dat hij (zoals Sybesma zegt) 'dikwijls onbewust de band die er toch moet bestaan tussen interesse, motivatie en leefsfeer enerzijds, en wetenschap anderzijds, totaal verliest! Hij raakt vervreemd. Een vrij typisch neurotiserend symptoom van de student is dan ook 'demotivatie', met als gevolg het afbreken of steeds wisselen van de studie met uiteindelijk het opgeven en stoppen als eindfase'. Met Sybesma kan er verder gezegd worden, 'dat het psychosomatisch klachtenpatroon van de gemiddelde student (hoofdpijn, slapeloosheid, concentratiezwakte, moeheid) niet alleen een uiting is van de persoonlijke problemen van de student, maar ook een gevolg is van het ziek zijn van zijn leefwereld'.

De schets die hiermee van de student is gegeven komt wellicht als te somber over. Inderdaad bestaat er ook een positief gekleurd beeld. Voor veel studenten betekent de studietijd een levensfase vol creativiteit. In een aantal opzichten hebben studenten in vergelijking tot niet-studerende leeftijdsgenoten meer mogelijkheden. Ervaringen binnen de hulpverlening aan studenten leren ons echter dat velen niet of nauwelijks van deze mogelijkheden gebruik kunnen maken. Het hier geschetste beeld vindt voorts steun in de cijfers over het studierendement: één op de drie studenten verlaat binnen één tot tien jaar de universiteit zonder de studie te hebben voltooid. Aan het gevoel van krenking en teleurstelling dat dit 'falen' begeleidt is meestal een periode vol spanningen voorafgegaan.

Takenpakket studentenarts

Het is moeilijk een volledige en bindende taakomschrijving te maken waarin alle facetten van de studentengezondheidszorg worden opgesomd. Het feit dat in

Nederland, in Vlaanderen en ook in de ons omgevende landen de meeste studentenartsen, spontaan en als vanzelfsprekend, uitgaande van hun eigen interesse en opleiding en de plaatselijke noden, hun eigen specifieke taak en werkwijze hebben uitgebouwd is hiervoor het beste bewijs.

Algemeen kan men de taak van de studentenarts als volgt omschrijven:

De studentenarts moet:

1. helpend curatief optreden waar dit nodig mag zijn;
2. uitgaande van ervaren problematiek een inzicht trachten te verwerven in de oorzaken van de ziekmakende factoren;
3. uitgaande van dit verworven inzicht preventief optreden tegen deze ziekmakende factoren en structuren, en dit door rapporten en adviezen te adresseren aan de inrichtende overheid, door te wijzen op bepaalde problemen, door attitudebeïnvloeding via gezondheidsvoorlichting en indien nodig door het inluiden van acties.

De taak van de studentenarts werd omschreven door Sybesma in zijn tekst: 'Over de opleiding van de studentenarts'. Vrij naar Sybesma kan de taak van de studentenarts meer concreet als volgt worden beschreven; het bieden van een goede en op de specifieke situatie van de student gerichte medische hulp.

De morbiditeit en mortaliteit in een studentenpopulatie zijn anders dan die in de doorsneehuisartspraktijk en verschillen ook van die bij jonge werknemers. Psychosociale problemen, die zich samen met typische adolescentenproblemen uiten in psychosomatische klachten, vragen de meeste aandacht tijdens het spreekuur. Op het somatische vlak zijn aandoeningen van de luchtwegen, urogenitale infecties, huidaandoeningen en traumatologie de meest voorkomende afwijkingen. De voornaamste doodsoorzaak bij studenten is van geweldadige aard (ongevallen, suïcide), gevolgd door gezwelziekten en hartafwijkingen; in tegenstelling tot wat algemeen wordt aangenomen plegen studenten minder suïcide dan leeftijdgenoten (Verbeke, Sims and Ball).

Welke zijn de specifieke problemen?

1) Vragen rond anticonceptie en seksualiteit, die voor een deel voortvloeiën uit gebrek aan kennis en uit onvolledige persoonlijke verwerking van de verkregen informatie. Van het studentenmilieu gaat

een enorme druk uit om te doen als de anderen en om te experimenteren, vooral op het gebied van de seksualiteit.

2) Psychosociale en medicamenteuze begeleiding van studie- en examenbelasting en daaruit voortvloeiende stress.

3) De studentenarts heeft verder een belangrijke taak in de begeleiding en de verwijzing van studenten met psychische moeilijkheden. Hij speelt een rol waar het gaat om aansluitingen te vinden tussen lichamelijke klachten en psychosociale problematiek. Afhankelijk van de lokale situatie zal de studentenarts ijveren voor verbetering van (aangepaste) psychosociale hulpverlening in de individuele sfeer maar ook aan groepsgerichte activiteiten.

4) Specifieke studentenbegeleiding uit zich voorts in de opvang van problemen die voortvloeien uit de grote mate van geografische mobiliteit die kenmerkend is voor studenten: veel verhuizingen, veel gereis in de weekends, langdurig verblijf in het buitenland onder primitieve omstandigheden voor vakanties of stages. Dit laatste betekent dat de studentenarts met importziekten te maken krijgt en dat er behoefte is aan een vaccinatie-spreekuur.

5) Zolang voor vele studenten in Nederland tandheelkundige zorg onbetaalbaar is, moet er worden gezocht naar bevredigende oplossingen. In België is dit door de verplichte verzekering voor slechts 5% van de studenten een probleem.

6) Behandeling van sporttraumata, sportkeuringen en medewerking aan de 'physical fitness' vormen een deel van de taak van de studentenarts.

Om een indruk te geven van het takenpakket van de studentenarts wordt in een tabel een overzicht gegeven van de frequentie van de hoofdgroepen van probleempunten zoals die sinds 1974/1975 tijdens de spreekuren van de studentenartsen van de Universiteit van Amster-

dam naar voren zijn gekomen. Vergelijking van deze cijfers met die uit de jaarverslagen van de studentengezondheidsdiensten van RU Groningen en KU Leuven laat weinig essentiële verschillen zien.

In Amsterdam zien we een gemiddelde consultfrequentie die varieert tussen 2,5 en 3,0 per jaar voor vrouwelijke studenten die de afdeling bezoeken en rond 2,0 voor mannelijke studenten. Hierbij moet worden opgemerkt dat jaarlijks ongeveer 35% van de bezoekers nooit eerder bij de studentenarts is geweest. De doorstroming binnen het patiëntenbestand is derhalve aanzienlijk. Dit brengt mee dat de studentenarts bij veel consulten extra energie moet investeren in het tot stand brengen van een relatie met zijn patiënt; er is immers vaak nog geen sprake van een historisch gegroeide vertrouwensrelatie.

Uit de cijfers over de ziektekostenverzekering van bezoekers van de afdeling Studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam valt af te leiden dat er een positieve keuze voor de studentenarts wordt gemaakt. Bijna 10% van de bezoekers is namelijk verzekerd bij een Amsterdams ziekenfonds en heeft dus verplicht een huisarts in Amsterdam; toch bezoeken zij (tegen de financiële druk in) de studentenarts, soms incidenteel maar meestal met vaste regelmaat. Dit is een opmerkelijk hoog percentage als men weet dat ruim 85% van de studenten (over de gehele universiteitsbevolking bezien) particulier of via ouders bij een niet-Amsterdams ziekenfonds is verzekerd. Dit cijfer vormt naast de bezoekersaantallen van de studentenartsen de meest 'harde' illustratie van de behoefte die er onder studenten blijkt te bestaan aan een medicus die op de specifieke situatie van de student is gericht.

Signalerende activiteiten

De informatie die tijdens de individuele

Tabel. Procentueel voorkomen van probleempunten tijdens spreekuren van studentenartsen van de Universiteit van Amsterdam.

periode	anticonceptie	psychosociale probl., studie, relatie, seksual.	urinev., gesl.org.	voortl., prev., vacc.	andere	totaal
1974/1975	26%	11%	12%	16%	35%	100%
1975/1976	23%	17%	17%	14%	29%	100%
1976/1977	27%	14%	15%	15%	29%	100%
1977/1978	24%	11%	12%	14%	39%	100%
1978/1979	20%	13%	11%	14%	42%	100%
1979/1980	20%	12%	11%	16%	41%	100%

spreekuurcontacten wordt verkregen dient te worden gebundeld. Analyse van de gegevens maakt het mogelijk een signalerende functie tegenover de universiteit gestalte te geven. Hiertoe worden met wisselende mate van succes registratiesystemen toegepast. Meestal wordt binnen een instelling voor studentengezondheidszorg een coderingslijst voor 'diagnosen' gehanteerd die men zelf heeft opgesteld. Aan de Universiteit van Amsterdam werd drie jaar gecodeerd volgens de International Classification of Health Problems in Primary Care (de ICHPPC-lijst), welke in 1975 in Nederlandse vertaling verscheen. Deze lijst is echter onvoldoende toegespitst op de specifieke problematiek bij studenten. De morbiditeitsregistratie vindt nu plaats met behulp van een specifieke classificatielijst; deze is meer probleemgericht en er is plaats op ingeruimd voor de oorzakelijke factoren die een probleem beïnvloeden. In een enkele universiteitsstad heeft men de computer ingeschakeld voor de verwerking van de gegevens.

De resultaten van de signalerende functie betreffen meestal deelpopulaties. Zo is gebleken dat speciale categorieën buitenlandse studenten door hun nieuwe leef- en studietoestand in ernstige problemen komen; met name eenzaamheidsproblematiek en een (relatief) te hoge studiebelasting vielen op; een en ander uit zich niet als zodanig, maar als een lichamelijke klacht. Het veldwerk dat door studenten van een aantal faculteiten moet worden verricht geeft ook speciale problemen: studenten moeten soms weken tot maanden geïsoleerd hun veldwerk doen; dit leidt voor een aantal van hen tot depressies of paranoïde psychosen. De signalering van dergelijke problemen onder deelpopulaties leidt tot contacten met andere studentenwelzijnswerkers en diverse betrokkenen op de faculteiten, zoals de studieadviseurs, om verbeteringen te bewerkstelligen. Het is opmerkelijk dat dergelijke informatie slechts kan worden verkregen door bundeling op een centrale plaats. Indien de betrokken studenten huisartsen verspreid over de stad of regio zouden hebben bezocht zouden dergelijke probleemsituaties de besturen van de betreffende faculteiten niet hebben bereikt.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO)

Een deel van de studentengezondheidszorg wordt besteed aan, weliswaar moeilijke doch belangrijke, GVO-activiteiten.

De studentengroep lijkt nog vrij gunstig beïnvloedbaar in haar gedrag tegenover ziekte en gezondheid.

Een belangrijk deel van deze GVO-activiteiten vindt plaats tijdens individuele spreekuurcontacten; hierbij valt de nadruk op voeding, hygiëne, seksualiteit, anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen, leefpatronen en verblijf in het buitenland. Uitgangspunt bij GVO in de individuele sfeer vormt een vraagstelling van de kant van de student.

GVO-activiteiten in de collectieve sfeer krijgen vorm via brochures en informatiemappen, artikelen in de universiteitsbladen en voorlichtingsbijeenkomsten. Voorts valt aan gespreksgroepen rond thema's als relaties, seksualiteit en studieproblemen een voorlichtend karakter toe te kennen.

Arbeidsgeneeskundige begeleiding

Aan de studentengezondheidszorg valt een belangrijk arbeidsgeneeskundig aspect te onderscheiden. Hierbij dient men niet alleen oog te hebben voor de invloed die er van de universiteit uitgaat op de arbeidsbelasting van de student. Voor het doelmatig en plezierig studeren en student zijn, zijn andere omgevingsinvloeden die uitgaan van de behuizing, de financiële, maatschappelijke en rechtspositie, ouderlijk huis en 'studentenmilieu' evenzeer van groot belang. Arbeidsgeneeskundig bekeken kan de studentenarts veel problemen waarmee hij tijdens het spreekuur wordt geconfronteerd beschouwen als 'beroepsziekten' welke samenhangen met de typische positie van de studerende adolescent. Studiestoornissen en de psychosomatische uitingsvormen ervan vormen het meest karakteristieke voorbeeld; andere problemen kunnen echter ook als 'beroepsziekte' worden geïnterpreteerd: mislukte anticonceptie; conflictsituaties met ouders, studie- of huisgenoten, vrienden en docenten; demotivatie en faseproblematiek.

Mede op grond van zijn spreekuurervaringen zal de studentenarts in het arbeids- en leefmilieu van de student naar negatieve omgevingsinvloeden zoeken. Deze activiteiten resulteren in aanbevelingen voor verbeteringen. Naar analogie van milieuhygiëne kan men over *studiehygiëne* spreken. De studentenarts dient één van de bewakers van deze studiehygiëne te zijn.

Het spreekt vanzelf dat aan een optimale signalerings- en bewakingsfunctie alleen

doeltreffend in samenwerking met andere functionarissen gestalte kan worden gegeven. Binnen het netwerk van psychologische, onderwijskundige en organisatorische begeleiders van het academische bedrijf en het studentenleven verkeert de studentenarts in de gelukkige omstandigheid dat hij dicht bij de student staat en diens problemen door zijn dagelijkse contacten met grote aantallen studenten. Binnen de universitaire verzorgingsstructuur staan de studentenarts en de bedrijfsarts garant voor de medische invalshoek. Hierbij is het opmerkelijk dat de samenwerking tussen bedrijfsgeneeskunde en studentengezondheidszorg meestal een incidenteel karakter heeft. De problemen van de doelgroepen (studenten en personeel) zijn zo sterk verschillend dat de basis voor samenwerking smal is. Een belangrijke handicap voor de studentenarts in vergelijking met zijn collega bedrijfsarts vormt de gebrekkige wettelijke basis voor arbeidsgeneeskundige activiteiten van de studentenarts. Indien er negatieve situaties in het arbeidsklimaat van studenten worden signaleerd, ontbreekt het de studentenarts en de studenten aan dwingende mogelijkheden om verbeteringen aan te brengen. Voor het universitaire personeel is er sprake van een door de wet ondersteunde bescherming van de arbeidsomstandigheden; voor studenten moet deze bescherming nog grotendeels vorm krijgen, bijvoorbeeld in uitvoeringsbesluiten van de Arbeidsomstandighedenwet.

Het complexe karakter van het arbeids- en leefklimaat van studenten en het ontbreken van een doeltreffende wettelijke regeling van de arbeidsomstandigheden van studenten hebben ertoe bijgedragen dat het arbeidsgeneeskundige facet van de studentengezondheidszorg weinig aandacht krijgt. Bovendien zijn de resultaten van arbeidsgeneeskundige activiteiten, ook voor de studentenarts, vaak moeilijk te overzien: rapporten lijken te verdwijnen in een bureaula en contacten met beleids-verzorgingsinstanties moeten steeds opnieuw tot stand worden gebracht. De studentenarts laat zich dan ook snel verleiden om voorrang te geven aan de hulpverlening van de individuele student boven een analyse van de arbeids- en leefomstandigheden van de studenten als groep.

Aan enkele universiteiten vinden periodiek screeningsactiviteiten plaats onder bepaalde jaargangen studenten. Hierbij is de aandacht ook gericht op de geestelijke gezondheid van de student. Deze ►

vorm van screening staat echter ter discussie. In het kader van een ander artikel, dat in voorbereiding is, zal een nadere uitwerking gegeven worden van de arbeidsgeneeskundige facetten van de studentengezondheidszorg. De resultaten van signalerende activiteiten zullen daarbij worden geëvalueerd.

Overleg en samenwerking

Door de aard van zijn werkzaamheden heeft de studentenarts contact met een groot aantal functionarissen en instanties, vooral in de universitaire sfeer. De contacten tussen studentenarts en ande-

re studentenwelzijnswerkers, zoals psychologen, psychiaters, dekanen, facultaire studieadviseurs, pastores, consultants voor beroeps- en studiekeuze en consultants voor huisvestingsproblemen hebben aan vrijwel alle universiteiten en hogescholen geleid tot meer of minder duidelijk gestructureerde samenwerkingsverbanden. Voorts is er overleg met de bedrijfsgeneeskundige dienst en afdelingen voor onderwijsbegeleiding en -ontwikkeling. Buiten de universiteit zijn er contacten met de plaatselijke huisartsen(verenigingen), de GG&GD, bureaus voor GVO en alternatieve hulpverleningsinstellingen; het overleg hiermee is

sterk afhankelijk van de lokale situatie. Binnen de Nederlandse Vereniging van Universiteitsartsen (NVUA) wordt de diversiteit die voortvloeit uit de verschillende wijzen waarop de studentengezondheidszorg in de vele universitaire instellingen vorm heeft gekregen, in kaart gebracht. Dit artikel vormt een weerspiegeling van de grote lijnen van de opvattingen binnen de NVUA. In een volgend artikel zal een beschouwing worden gegeven, waarin de controversiële kanten van de studentengezondheidszorg aan de orde komen. ■

Literatuuroverzicht na deel II.

Nota patiëntenbeleid in Tweede Kamer

De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne mevrouw Mr. E. Veder-Smit, heeft de Tweede Kamer een nota Patiëntenbeleid aangeboden. De nota houdt zich bezig met de plaats van de patiënt in de gezondheidszorg en de wijze waarop de gezondheidszorg deze patiënt tegemoetkomt en bejegt.

In het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg dat in de laatste jaren steeds duidelijker gestalte kreeg werd voornamelijk de nadruk gelegd op structuren, functies, planning, financiering en beheersing van de gezondheidsvoorzieningen. Object van beleid was het totaal, dan wel onderdelen, van het enorme voorzieningenapparaat dat de patiënt ten dienste staat in onze samenleving. Uiteindelijk is bij dit alles het welzijn van de patiënt uitdrukkelijk het doel van het beleid, maar meer indirect, via de hem ter beschikking staande voorzieningen.

De onderhavige nota gaat echter direct uit van de patiënt en zijn gang door de gezondheidszorg en geeft aan wat het welzijn van de patiënt en zijn mondigheid, waardigheid en mogelijkheid tot medebeslissen kan bevorderen.

De nota gaat hierbij uit van twee leidende principes die de plaats van de patiënt in de gezondheidszorg dienen te bepalen: maatschappelijke toetsing en democratisering.

Maatschappelijke toetsing voert tot het toetsen van de structuren, functies en kwaliteit van de gezondheidszorg aan algemeen maatschappelijke normen. De gezondheidszorg mag niet geïsoleerd staan in de samenleving, maar dient zoveel mogelijk te zijn geïntegreerd in het maatschappelijk gebeuren. Er dienen normen te worden ten aanzien van bejegening van de patiënt, die overeenkomen met datgene wat in onze samenleving, buiten de gezondheidszorg, in onze tijd leeft.

Leidende principes

Democratisering betekent deelname van de patiënt aan bestuur en besluitvorming in de gezondheidszorg, het scheppen van waarborgen voor zijn rechtspositie en het bevorderen van de ontplooiing van patiënten- en consumentenorganisaties.

De nota geeft aan hoe deze beide leidende principes kunnen worden uitgewerkt en concreetiseerd op belangrijke aandachtsvelden: voorlichting, participatie, patiëntenorganisaties en patiëntenrecht. Het overheidsbeleid zal zich inzake patiëntenvoorlichting met name richten op de bevordering van:

- de ontwikkeling van de modellen voor de inhoud, de overdracht en de distributie van patiënteninformatie;
- de invoering van systematische patiëntenvoorlichting in de gezondheidszorg via opleiding en nascholing van de hulpverleners;
- de collectieve patiëntenvoorlichting, alsmede het scheppen van financiële ruimte voor goede patiëntenvoorlichting.

Als voorbeeld voor de patiënten- en gebruikersparticipatie in ziekenhuizen zou kunnen worden gedacht aan een contactcommissie of adviesraad waarmee de belangen in ruime zin, zoals bezoekfaciliteiten, kunnen worden besproken. Zo'n adviesraad zou kunnen worden samengesteld door leden (indien de instelling als rechtsvorm de vereniging heeft); een contactcommissie zou kunnen bestaan uit afgevaardigden van lokale of regionale maatschappelijke organisaties waarvan mag worden verwacht dat zij zich betrokken voelen bij het functioneren van het ziekenhuis. Daar waar reeds consumenten-, gebruikers- of patiënten-

organisaties bestaan, hetzij lokaal hetzij regionaal, zouden deze ook kunnen worden ingeschakeld.

Bij de uiteenzetting van het beleid op deze vier velden wordt aangekloopt bij ontwikkelingen die zich op deze terreinen reeds voordoen en - in wisselende mate - reeds gestalte kregen. Gesteld kon echter worden dat deze ontwikkelingen merendeels vrij recent zijn en stimuleringsbehoeven vanuit een duidelijke en samenhangende totaalvisie op de positie van de patiënt. Zo zal het departement onder meer de verdere ontwikkeling van patiëntenorganisaties automatisch volgen en daartoe binnenkort overleg openen met een aantal landelijke patiëntenorganisaties. In dit kader wordt overwogen landelijke patiëntenorganisaties die aantoonbare functies vervullen op bescheiden wijze financieel te ondersteunen. Hierbij kan worden gedacht aan project-, start- of experimentensubsidies.

De onderhavige nota geeft hiervoor een aanzet en een aantal concrete openingen. Het is duidelijk dat dit een begin is van beleid dat in een zich ontwikkelende maatschappelijke discussie tot verdere ontplooiing moet komen. De staatssecretaris vertrouwt erop met deze nota aan te knopen bij de waardevolle ontwikkelingen die zich reeds in onze gezondheidszorg voordoen en de genoemde maatschappelijke discussie te stimuleren en richting te geven. ■



Studentengezondheidszorg

Proeftuin voor integratie (Slot)

Na in het vorige nummer van Medisch Contact een inventarisatie te hebben gegeven van de onderdelen van de studentengezondheidszorg, besluiten de studentenartsen F. J. Meijman en E. Bracke, respectievelijk uit Amsterdam (GU) en uit Leuven (KU), hun korte serie over deze vorm van zorg met een beschouwing waarin enige controversiële aspecten de revue passeren.

De vraag of een specifieke voorziening als een afdeling Studentenartsen aan elke universiteit of hogeschool geboden is, hangt ten nauwste samen met de vraag tot hoever de verantwoordelijkheid van de instellingen ten aanzien van de studenten reikt.

De commissie Studentenvoorzieningen van de Academische Raad heeft in een meerderheids- en een minderheidsnota de verantwoordelijkheid van de instellingen op twee manieren geformuleerd. In de meerderheidsnota wordt gesteld dat de gerichtheid van onderwijs op de individuele ontplooiing ook aandacht inhoudt voor het welzijn van de student en wordt geconcludeerd dat een integrale gezondheidszorg voor studenten geboden is en dat deze dan ook als geheel als onderwijsgebonden voorziening dient te worden aangemerkt. In de minderheidsnota wordt eveneens gesteld dat de gerichtheid van onderwijs op het individu aandacht voor diens welzijn inhoudt en wordt eveneens geconcludeerd dat een geïntegreerd beleid op het gebied van studentenbegeleiding is geboden en is aan te merken als een onderwijsgebonden voorziening, maar kent aan de studentengezondheidszorg een aanvullend karakter toe ten opzichte van de algemene voorzieningen.

De meest recente uitspraak van de overheid over studentenvoorzieningen treft men aan in een brief van de voormalige staatssecretaris G. Klein. Volgens Klein zullen de instellingen, naast een verantwoordelijkheid voor onderwijs en onderzoek, in zekere mate verantwoordelijkheid blijven dragen voor het welzijn van de student, ook al wordt het specifieke

karakter aan de studentenvoorzieningen ontnomen. Als hieruit voortvloeiende taken noemt hij de behartiging van persoonlijke problemen van de studenten, samenhangend met de omstandigheid dat zij aan een instelling van wetenschappelijk onderwijs studeren en in engere zin de behartiging van studieproblematiek. De desbetreffende zorg wordt aangemerkt als welzijns- respectievelijk onderwijsgebonden voorziening. Toegevend dat de grens tussen beide voorzieningen niet altijd scherp is te trekken, zijgende over de gerechtvaardigheid van een scheiding tussen preventieve en curatieve zorg, en toegevend dat achtergrondkennis van de studiesituatie noodzakelijk kan zijn om in geval van ziekte een diagnose te kunnen stellen, komt Klein op onnavolgbare wijze tot de uitspraak dat de universitaire gezondheidszorg zich, analoog aan de bedrijfsgeneeskundige zorg, vooral moet beperken tot preventie.

Positie studenten in de samenleving

Naast de verantwoordelijkheid van de instellingen voor wetenschappelijk onderwijs rechtvaardigt het feit dat studenten een specifieke groepering in de samenleving vormen op zichzelf al een integrale studentengezondheidszorg.

Was vroeger het fenomeen 'student' een elitair verschijnsel, momenteel verkeren studenten in belangrijke opzichten in een achtergestelde positie. Studie wordt niet als arbeid gezien en als zodanig beloond. Het inkomen van studenten ligt althans ver beneden het minimumloon. Zij zijn verstoken van een aantal rechten en sociale zekerheden die andere wel hebben, en hebben au fond een machteloze positie door het ontbreken van een werkgever-werknemerverhouding. Studenten zijn nog steeds niet of in onvoldoende mate verzekerd tegen ziektekosten, of het moet voor een premie zijn die een relatief hoog percentage van hun (relatief lage) inkomen vormt. Ze vallen buiten de sociale verzekeringswetten als de Ziektewet en in het algemeen ook de Algemene Bijstandswet, en hun wacht bij herhaalde afwijzing voor een examen geen opvang door de Werkloosheidswet maar veeleer intrekking van de studietoelage en problemen met hun ouders.

Een andere factor is de eigensoortige werksituatie in massale instellingen met een vijandig werkklimaat, waarin de kans op falen zeer aanzienlijk is.

Weer een andere factor is de adolescentiefase waarin studenten verkeren. Op een leeftijd waarop werkende jongeren financieel onafhankelijk van hun ouders zijn, veelal hun ouders 'kost en inwoning' vergoeden of een eigen gezin vormen, zijn studenten over het algemeen financieel afhankelijk van hun ouders en verkeren zij mede hierdoor veelal in een 'uitgerekte' adolescentiefase met nogal eens conflictueuze relaties met ouder en/of partner.

Een volgende factor is het migrant zijn, als gevolg van de specifieke organisatie van het wetenschappelijk onderwijs. De oriëntatie op twee woonplaatsen en het vaak moeten verhuizen of aangewezen zijn op massale onderkomens voor studenten, belemmeren het sociaal wortel schieten.

Wij onderschrijven van harte het streven de integratie van de studenten in de samenleving waar mogelijk te bevorderen. Dit streven zou echter ijdel zijn bij een beleid waarbij studenten in de eerste plaats zijn aangewezen op de algemene voorzieningen, zonder dat zaken als inkomenspositie, rechtspositie en openstelling van de ziekenfondsen tegen redelijke premies een geïntegreerd onderdeel van dat beleid uitmaken.

Waar bijvoorbeeld elementaire behoeften als tandheelkundige, fysiotherapeutische en anticonceptionele hulp niet of zeer onvoldedig zijn gedekt, en alle studentenverzekeringen een 'eigen risico' voor huisartsenhulp hebben ingebouwd, valt van het 'open' stellen van de algemene voorzieningen toch niet een bijdrage aan de integratie van studenten in de samenleving te verwachten.

Het streven zoveel mogelijk studentenvoorzieningen in te passen in de algemene voorzieningen dient echter niet alleen te worden getoetst aan de verantwoordelijkheid van de instellingen voor het wetenschappelijk onderwijs en de positie van studenten en jongeren in de samenleving, maar ook aan de vraag of vrijgevestigde artsen of instanties van algemene maatschappelijke zorg adequate hulp kunnen bieden. Nu doet zich in de ge-

zondheidszorg het euvel voor, dat een obligeert zeer hoog percentage van de consumenten desgevraagd aangeeft tevreden of zeer tevreden te zijn over de behandelend arts en de geboden zorg. De tevredenheid van de consument kan daarom bezwaarlijk als richtsnoer worden gehanteerd voor de vraag of vrij gevestigde artsen dan wel studentenartsen adequate hulp hebben te bieden. 'Outcome-studies' zijn in de gezondheidszorg schaars. Gezien dit gebrek aan harde onderzoeksgegevens is de door ons gestelde vraag feitelijk niet goed te beantwoorden. Er zal aansluiting moeten worden gezocht bij concepten van hulpverlening in het algemeen en studentengezondheidszorg in het bijzonder. Laten we eerst kijken naar de aangeboden problematiek, om daarna te bezien wat daarop een adequaat antwoord vormt.

Adequate hulp

Vanuit een strikt somatisch gezichtspunt zijn studenten in het algemeen als een gezonde groep te beschouwen. Er is weliswaar een aantal leeftijds- en groepsgebonden probleem punten dat frequent voorkomt, zoals infecties van het urogenitale apparaat, sexueel overdraagbare aandoeningen, huidaandoeningen, sportblessures en anticonceptie. Het merendeel van de tijdens de spreekuren aangeboden problematiek berust echter niet op niet duidelijk op een ziekte of aandoening, maar betreft psychosomatische klachten, functionele klachten, omschreven leefproblemen en psychische stoornissen. Ook na een aantal consulten is niet altijd uit te maken of er sprake is van leefproblematiek of van ziekte, zodat deze klachten niet (of eerst later) in een van beide categorieën kunnen worden ondergebracht. Het is de vraag of er bij studenten vaker, even vaak of minder vaak sprake is van leefproblematiek dan bij hun leeftijdgenoten.

Wij hebben de indruk dat de problematiek van de consulterende studenten vaak en in belangrijke mate samenhangt met hun specifieke situatie. Deze indruk komt nog niet tot uiting in de tot nu toe gehanteerde morbiditeitsclassificatie: deze classificatie betreft immers de verhoudingsgetallen van uitsluitend ziekten. Een andere wijze van registreren en classificeren van aangeboden problematiek wordt binnen de Nederlandse Vereniging van Universiteitsartsen (NVUA) verrijnd en getest.

Het is een bekend gegeven dat achter lichamelijk gepresenteerde klachten

vaak problematiek van psychosociale of maatschappelijke aard schuilgaat. Onderzoekingen in de eerstelijns gezondheidszorg bevestigen verder het vermoeden dat er belangrijke verschillen bestaan tussen artsen in de mate waarin leefproblematiek aan de orde komt bij hun contacten met hulpvragers (de zogeheten interdokter-variantie). Dit is niet een kwestie van problemen zoeken waar ze niet bestaan. Het valt niet mee in een medische setting los te komen van de traditionele ruilhandel in medische valuta en van het adagium: 'De patiënt is ziek, totdat het tegendeel bewezen is.' Een en ander betekent dat het verhelderen van de hulpvraag samen met de hulpvragers van cardinale betekenis is voor de vraag of er inderdaad sprake is van leefproblematiek.

Het kunnen onderkennen van leefproblematiek klemt des te meer bij de hulpverlening aan studenten, bij wie de problematiek specifiek is gekleurd door hun studietoestand. Het is duidelijk dat adequate hulpverlening niet te bieden is zonder kennis en ervaring met studenten in hun specifieke studie- en leefsituatie.

Behalve kennis en ervaring zijn sociale vaardigheden en een juiste grondhouding van de hulpverlenende arts van grote betekenis. Bij veel studenten treft men immers, eigen aan hun levensfase en studietoestand, een ambivalente houding tegenover hulpverleners aan. Ze hebben er moeite mee hulpvragers te zijn, want dat lijkt strijdig met de eigen behoefte aan zelfstandigheid. Studenten hebben behoefte aan ruimte om te experimenteren op velerlei gebied, maar ervaren tevens vaak de behoefte aan begeleiding bij deze experimenten. De ambivalentie kan in evenwicht zijn of 'doorschieten' naar manifeste autoriteitsconflicten met de arts of een sterk appellerend afhankelijkheidsgedrag. Het spreekt voor zich dat dit alles consequenties moet hebben voor de attitude en vaardigheden van de hulpverlener. Van hem of haar wordt ook inlevingsvermogen en zelfs solidariteit verwacht. De hyperventilerende student die door de Mobiele Eenheid in zijn huisvestingssituatie in een kraakpand wordt bedreigd, verwacht van zijn arts meer dan een plastic zakje of ademhalingsoefeningen.

Niet elke huisarts zal de verwachte attitude naar studenten toe waar kunnen maken. Onvermijdelijk wordt voor de student daardoor het beeld van de paternalistische arts bevestigd. Bovendien plaatst het beeld dat de huisartsgenees-

kunde uitstraalt de huisarts in een minder gelukkige positie als hulpverlener. De huisartsgeneeskunde poogt in Nederland immers vooral gezinsgeneeskunde te zijn. De student nu voelt zich om vele redenen aan zijn universiteitsstad gebonden (zijn opleiding, zijn vrienden, het culturele klimaat); het deel zijn van een gezin behoort hier juist niet toe. Er bestaat hierdoor een essentiële discrepantie tussen de termen waarbinnen er in de huisartsgeneeskunde wordt gedacht en gehandeld en zoals studenten die meestal in hun dagelijks leven als studerende adolescent ervaren. Hiermee wil niet gezegd zijn dat de relatie met de ouders en overige familieleden voor de student wat ziekte en gezondheid betreft niet belangrijk zou zijn. Integendeel, stoornissen in deze relatie vormen nogal eens een essentieel onderdeel in de problematiek waar studentenwelzijnswerkers mee te maken krijgen. De huisarts van het gezin blijkt soms echter niet een vertrouwensfiguur, maar lijkt eerder een deelgenoot van het als vijandig ervaren 'ouderlijk milieu.' Binnen de studentengezondheidszorg kan met vrucht gebruik worden gemaakt van elementen uit het gezinsgeneeskundig denken, zoals dat door Huygen is ontwikkeld en beschreven. Alleen zal men de term 'gezin' veelal vervangen door bijvoorbeeld de term 'primaire leefgroep' en verkrijgt de studentenarts de informatie over de relaties van de student in de verticale en horizontale sfeer meestal van die student zelf. Contacten van de studentenarts met ouders zijn zeldzaam. Met partners, vrienden en kinderen van de student heeft de studentenarts, afhankelijk van zijn wijze van functioneren, nauwelijks of soms juist intensief contact. Deze sterk op het individu gerichte benadering, althans in de directe medische hulpverlening, lijkt waar het de categorie studenten betreft meer voordan nadelen te hebben.

Continue zorg

Het migrant-zijn van studenten, gesteld tegenover het hoog in het vaandel staan van continuïteit in de huisartsgeneeskunde roept de vraag op naar het belang van de verschillende facetten van continuïteit in de medische zorg voor studenten. Het belang van de continue bereikbaarheid van medische hulp heeft geen betoog. Het is dan ook elke keer weer schrijnend te moeten constateren dat het aanvragen van een huisbezoek of medische hulp op onregelmatige tijden moeilijkheden kan opleveren.

Voor een deel wordt deze situatie in de hand gewerkt, doordat een aanzienlijk deel van de studenten niet bij een huisarts staat ingeschreven en kennelijk ook niet van zins is zich in te schrijven. Anderzijds sluimert er enige onvrede bij de plaatselijke huisartsen. Hoe het ook zij, een continue bereikbaarheid dient op de een of andere wijze te worden gewaarborgd. Afhankelijk van de plaatselijke situatie zal deze continue bereikbaarheid kunnen worden verzorgd door huisartsen en/of studentenartsen. Organisatorische en verzekeringstechnische factoren belemmeren in enkele universiteitssteden het doeltreffend op elkaar afgestemd zijn van huisartshulp en studentengezondheidszorg.

Minder duidelijk dan bij de bereikbaarheid van medische hulp is de betekenis van continuïteit met betrekking tot andere aspecten van het functioneren van de eerstelijns gezondheidszorg. Hoewel velen een continue hulpverleningsrelatie op prijs stellen, is de appreciatie hiervan niet unaniem. Sommigen geven er de voorkeur aan zich niet te binden aan eenzelfde hulpverlener. Er is niet altijd een jarenlange relatie nodig om voldoende veiligheid en vertrouwen – de basis van elke hulpverleningsrelatie – op te bouwen; sociale vaardigheden en een juiste grondhouding van de hulpgever zijn eveneens van grote betekenis. Een continue relatie leidt niet noodzakelijkerwijs tot meer openheid in de relatie, maar kan ook verstarren in rituelen, die een effectieve hulpverlening blokkeren.

Bij een goede registratie van relevante gegevens van vroegere hulpverleningscontacten kan continuïteit van voordeel zijn voor verschillende aspecten van het professioneel handelen, zoals een anticiperende benadering en het mede zorg dragen voor continuïteit in de behandeling (bijvoorbeeld bij chronische aandoeningen of ziekenhuisopname). Voorkennis kan echter ook vooroordelen in de hand werken of in stand houden. Continuïteit vervult zeker een aantal behoeften, maar is niet altijd identiek met adequate hulp.

Bij een discussie over de noodzaak van continuïteit in de hulpverleningsrelatie moet waar het studenten betreft niet worden vergeten dat discontinuïteit al bij het eerste consult is te voorzien; men denke aan het veelal noodzakelijke of gewenste vertrek uit de universiteitsstad na afstuderen of het af- of onderbreken van de studie. Voorts bestaat er onder studenten een sterke migratie binnen de universiteitsstad, waardoor enerzijds een gevoel

van gebondenheid aan de buurt (en dus ook aan de huisarts) moeilijk tot stand komt, anderzijds de band met de huisarts herhaaldelijk moet worden verbroken wegens vertrek uit diens praktijkgebied. Studenten die continuïteit in de medische hulpverleningsrelatie op prijs stellen zullen dan ook eerder kiezen voor artsen die niet-buurtgericht werken.

Integrale zorg

Aan de moderne huisartsgeneeskunde wordt een integraal, een levensloopgeneeskundig en een gezinsgeneeskundig karakter onderscheiden (van Es). Het samenspel van somatische, psychische en sociale factoren heeft zowel in de curatieve als in de preventieve sfeer van de studentengezondheidszorg alle aandacht. De elementen gezin en continuïteit in de medische hulpverleningsrelatie zijn echter niet van primair belang binnen de eerstelijns gezondheidszorg voor studenten.

Het ligt voor de hand studenten een eerstelijns gezondheidszorg aan te bieden die uitgaat van datgene wat de student tot student maakt en hem of haar bindt aan zijn of haar woonplaats, namelijk de studie met alle sociale en rechtspositionele gevolgen van dien. Er is echter nog een ander punt van belang. Ten aanzien van werknemers en hun gezinsleden kan in Nederland een scheiding tussen bedrijfsgezondheidszorg en huisartsgeneeskundige zorg worden beargumenteerd.

Studeren heeft voor de meeste studenten echter niet het karakter van werken. Er is voor studenten een sterke verwevenheid tussen arbeids- en leefklimaat, zowel materieel als immaterieel. Een duidelijke afscheiding van de werktijd ontbreekt bovendien. De (medische) hulpverlening dient op deze verwevenheid te zijn afgestemd. Niet alleen bezien vanuit het perspectief van de directe hulpverlening vormt de studietoestand een goed uitgangspunt voor een gezondheidszorg voor studenten. De studentenarts bevindt zich in de welhaast unieke situatie signalerende en arbeidsgeneeskundige activiteiten te kunnen integreren in zijn directe hulpverlening. De bovenvermelde verwevenheid tussen arbeids- en leefklimaat vormt daarvoor de basis.

Studenten onderscheiden zich voorts van andere burgers door een aantal essentiële karakteristieken. Als groep zijn zij daarom gemakkelijker te benaderen met signalerende, preventieve en andere arbeidsgeneeskundige activiteiten. Nu wordt het concept van de integratie van

curatie en preventie niet alom onderschreven. Blijkens zijn nota schaarft ex-staatssecretaris Klein zich achter de opvatting dat preventieve gezondheidszorg iets totaal anders zou zijn dan curatieve gezondheidszorg. Een argumentatie voor de scheiding tussen preventie en curatie ontbreekt evenwel. Wij menen dat er geen censuur ligt in de reeks van activiteiten lopende van curatieve ingrepen tot preventieve maatregelen.

In navolging van Kuiper wordt de geneeskunde gezien als een belangrijk deel van de gezondheidsbevordering. Preventie is dan niet zozeer het voorkómen van ziekte als wel het streven naar het verbeteren van de kansen op gezondheid. Maar ook de curatieve zorg beoogt de kansen op gezondheid te verbeteren, zowel op het niveau van de mens als organisme alsook op het niveau van de mens als psychisch en sociaal wezen. Een strikt onderscheid tussen gezondheidsbevordering enerzijds en geneeskunde anderzijds zou zeer verschromelend zijn. Bovendien is een organisatorische scheiding tussen preventie (studentenarts) en curatie (huisarts) niet alleen een abstractie maar scheidt zij ook een doelhof voor de student als hulpvrager, zoals in 1972 duidelijk werd geconstateerd aan de Universiteit van Amsterdam, toen de studenten via publikaties werden geattendeerd op het feit dat zij voor 'curatieve' problemen de huisarts dienden te raadplegen. Ook ervaringen elders tonen aan dat preventie, gescheiden van curatie, 'een onhaalbare kaart' is, ondanks veel goede wil en projecten (jaarverslag 1976-1977 hoofdafdeling Studentenzaken RU Utrecht).

Een zorg die erop is gericht dat studenten zelf meer hun gezondheid behartigen, een zorg die op de studiesituatie is gericht, kan niet gedijen zonder signalen uit een behandelingspraktijk. Anderzijds is de situationele zorg dikwijls een voorwaarde voor het welslagen van individuele hulpverlening. De principiële en praktische verwevenheid tussen preventie en curatie vergt een organisatorisch kader. De taakstelling van de studentengezondheidszorg als onderwijsgebonden voorziening vergt voor het leren, onderkennen en signaleren van gezondheidsbelemmerende factoren in de situaties van studenten een zo representatief mogelijke basis. De studentengezondheidszorg bestrijkt dus bij voorkeur de gehele studentenpopulatie van een instelling. Waar studenten met een groot aantal, verspreid wonende huisartsen incidentele contacten hebben, soms te hooi en te gras ►

gebruik maken van de studentengezondheidszorg en nogal eens terugvallen op de huisarts van het ouderlijk gezin, kan van een signalering nauwelijks sprake zijn en hebben signalen weinig algemene waarde.

Bezien in het hier geschetste perspectief vormt de studentengezondheidszorg géén uit de nood geboren voorziening voor de in bepaalde opzichten achtergestelde groep studenten. Ze dient veeleer te worden opgevat als een proeftuin voor daadwerkelijke integratie van curatie en preventie binnen de gezondheidszorg. De specificiteit van de categorie studenten en de specifieke invalshoek van de studentengezondheidszorg (de studiesituatie in plaats van de gezinssituatie) maken deze integratie mogelijk. Het grote struikelblok bij de epidemiologie en preventie, zowel in de sociale geneeskunde als in de huisartsgeneeskunde: de diversiteit binnen de doelgroepen, vormt in de studentengezondheidszorg geen belangrijk probleem.

Uitstraling

Een proeftuin verdient die naam pas als de resultaten ervan niet alleen de direct betrokkenen van nut zijn. De concentratie van ervaring en deskundigheid op een overzichtelijk en beperkt terrein kan ook waar het de studentengezondheidszorg betreft resultaten opleveren die voor de algemene gezondheidszorg relevant zijn; deze kunnen bijvoorbeeld liggen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (Appels) of de anticonceptie (Meijman).

De concentratie van ervaringen binnen de studentengezondheidszorg met de eerstelijns geneeskunde van personen die een eenpersoonshuishouding hebben of juist in groepsverband (anders dan het traditionele gezin) leven, kan een aanvulling betekenen op de gezinsgeneeskundige visie van de huisartsgeneeskunde.

De activiteit van studentenartsen met betrekking tot een probleemclassificatie- en registratiesysteem dat is toegespitst op spreekuurcontacten met studenten zal mogelijk resultaten opleveren die tevens zinvol zijn voor de morbiditeitsregistratie in de eerstelijns gezondheidszorg. Dit geldt voor meerdere activiteiten die hun pendant hebben in de algemene gezondheidszorg, zoals gespreksgroepen, zelfhulpinitiatieven, probleemgerichte groepsbehandeling, GVO-projecten en onderzoeken naar de voor- en nadelen van screeningsactiviteiten (bijvoorbeeld op het gebied van cervixcyto-

logie, seksueel overdraagbare aandoeningen en of stressfactoren). De categorale beperking heeft steeds het plezierige voordeel dat enige methodologisch storende parameters in de onderzoeksgroep al bij voorbaat zijn geëlimineerd.

De ervaringen die binnen de studentenwelzijnszorg worden opgedaan met betrekking tot de samenwerking tussen verschillende disciplines kunnen interessant vergelijkingsmateriaal opleveren met de ervaringen binnen samenwerkingsverbanden in de algemene eerstelijns gezondheidszorg. In verband met de discussie over de vrije toegankelijkheid van de ambulante geestelijke gezondheidszorg bestaat er wellicht behoefte aan onderzoekgegevens over de factoren die de toegankelijkheid aan consumentenzijde beïnvloeden. De studenten die zich dagelijks zonder verwijzing bij onder meer studentenpsycholoog of -psychiater aanmelden vormen in dat verband een interessante groep in vergelijking met de studenten die eerst behoefte blijken te hebben aan een fase van probleemverheldering en decodering bij de studentenarts of -decaan.

Terecht wordt de vraag gesteld waarom de concentratie van ervaring en deskundigheid binnen de studentengezondheids- en welzijnszorg niet ter beschikking wordt gesteld aan andere categorieën studerende adolescenten, zoals studenten in het hoger en middelbaar beroepsonderwijs. Met name in steden met een groot aantal opleidingen is deze vraag aan de orde.

In het algemeen zullen de universiteiten trachten samen te werken met het HBO en MBO op het gebied van studentenvoorzieningen. De mogelijkheden daartoe worden echter beperkt door het vrijwel afwezig zijn van voorzieningen binnen het HBO en MBO zelf. Zonder het beschikbaar stellen van middelen door de overheid is een optimale samenwerking in de praktijk onmogelijk. Los van de financiële en organisatorische belemmeringen speelt er nog een probleem. Eén van de belangrijke elementen van het bestaansrecht van de studentenvoorzieningen vormen de signalerende activiteiten naar de universiteit en de maatschappij. Uitbreiding van het aantal te verzorgen onderwijsinstellingen kan de signalerende functie van een instantie voor studentenwelzijnszorg belemmeren.

In een breder perspectief bezien kan de vraag worden gesteld in hoeverre er behoefte bestaat aan een categorale eerstelijns gezondheidszorg (met 'sociaal-geneeskundige uitbouw') gericht op de ge-

hele groep adolescenten. In het kader van deze beschouwing kunnen we hier slechts kort over zijn. Gezien de voordelen die het historisch gegroeid gezondheidszorgsysteem in Nederland heeft, dient men terughoudend te zijn tegenover elke vorm van categorale beperking in de eerste lijn. De meeste argumenten die in dit artikel zijn genoemd om het bestaansrecht van een categorale studentengezondheidszorg te onderbouwen gelden mutatis mutandis ook voor de overige categorieën studerende adolescenten, zeker waar het de grote steden betreft, maar kunnen slechts voor een deel worden gebruikt om een geïntegreerde algemene adolescentenzorg te bepleiten.

Conclusie

Uit de verwevenheid van onderwijs en welzijn vloeit voort dat de universitaire instellingen mede verantwoordelijk zijn voor het welzijn der studenten, in de zin van het scheppen van voorwaarden ten einde de doelstellingen van wetenschappelijk onderwijs bereikbaar te maken vanuit het persoonlijke doel en de groeimogelijkheden van de aankomende student. Studentengezondheidszorg is dan op te vatten als één van de onderwijsgebonden voorzieningen, met een tweeledige taak: een signalerende naar de universitaire instelling en een helpende naar de student.

Afgezien van de universitaire verantwoordelijkheid, rechtvaardigt het praktische gegeven dat de studenten een specifieke groepering in de samenleving vormen een categorale gezondheidszorg voor studenten. De verschillende specifieke facetten van het student-zijn kunnen immers elk afzonderlijk – en a fortiori in combinatie – tot allerlei problemen leiden, juist ook op het vlak van de gezondheid.

Voor zover er een onderscheid kan worden gemaakt tussen persoonlijke problemen en problematiek die strikt samenhangt met de onderwijssituatie, tussen ziekte- en probleemgedrag, preventie en curatie, en sociaal-geneeskundige en individueel gerichte zorg, is zo'n onderscheid geen rechtvaardiging voor een organisatorische opdeling van de medische hulpverlening aan studenten. In de praktijk blijkt een dergelijke opdeling van studentengezondheidszorg te leiden tot vele onduidelijkheden bij studenten en hulpverleners, en een stap terug te betekenen op de moeilijke weg naar een integrale en gecoördineerde studentenwelzijnszorg. ▶

Studentengezondheidszorg als onderwijsgebonden voorziening, de verwevenheid tussen de hulpverlenende en signalerende functies, de studenten als specifieke groepering met de verwevenheid van adolescenten- en studieproblematiek en de verwevenheid van arbeids- en leefwereld, en de noodzaak van een integrale benadering van gezondheid, vergen een organisatorisch verband binnen het ruimere kader van andere studentenbegeleiders.

In dit licht bezien vormt de studentengezondheidszorg geen uit de nood geboren voorziening die nog als een anachronisme in stand wordt gehouden, maar een noodzakelijke instantie voor hulpverlening aan studenten welke tevens als proeftuin kan dienen voor de algemene gezondheidszorg. ■

Geraadpleegde literatuur

Academische Raad, (Naar een) studentenbeleid. Nota's van de commissie studentenvoorzieningen. Kenmerk AR-1943. Voorburg 1977.

Appels, A., Screenen als methode voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Acad. proefschrift Rotterdam. Swetz & Zielingen BV, Amsterdam 1975.

Beleidsnota 1978/1979 Afdeling Studentenartsen dienst Studenten-welzijnszorg Universiteit van Amsterdam.

Es, J. C. van, Patiënt en huisarts. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht 1980.

Hartgerink, M., Moederschapszorg en Jeugdgezondheidszorg. In R. J. van Zonneveld (red.), 'Sociale Geneeskunde', Oosthoek, Utrecht 1968.

Heringa, G. C., Studentenzorg. *Medisch Contact* (1964) 51:883-887; (1964) 52:904-907; (1965) 1:12-17.

Huygen, F. J. A. Family medicine. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen 1978.

Klein, G., Beleid studentenvoorzieningen. Kenmerk HW/AS/S 305.430. 's-Gravenhage 1977.

Kuiper, J. P., Een voorkomende gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1976, 31, 1323-1330.

Lamberts, H., Probleemgedrag in de eerste lijn. *Huisarts en Wetenschap* 1975, 18, 492-502.

Meijman, F. J., De pilcontrole. *Huisarts & Wetenschap* 1980, 23, 92-100.

Muntendam, P., Rapport inzake Collectieve Studentenvoorzieningen aan de RU te Leiden; deel II: Gezondheidszorg. Leiden 1969.

Nederlandse Studenten Raad, Studentengezondheidszorg. Leiden december 1966.

Rutten, F. J. Th., Rapport Adviescommissie voor te treffen voorzieningen ten behoeve van studenten. 's-Gravenhage 1956.

Sims, L. and Ball, M. J., Suicide among university students. *Journal of American College Health Association* (1973) 21, 371-376.

Sybesma, Th., Over de opleiding van de studentenarts. Ongepubliceerde scriptie NIPG/TNO, Zeist 1975.

Verbeke, N., Persoonlijke mededeling.

Wagner, W., 'Studietijd'; wordt wijzer en raak jezelf niet kwijt. SUA, Amsterdam 1980. Oorspronkelijke uitgave: Uni-Angst und Uni-Bluff. Rotbuch Verlag, Berlin 1977.

Wester, J., Rapport betreffende universitaire gezondheidszorg. 's-Gravenhage 1968.

door Dr. J. A. Stoop en M. J. M. Gerritsma

De identiteitsvraag van het verpleeghuis

I: Een personeelsprobleem?

In samenwerking met de sectie Organisatie van het Nationaal Ziekenhuis-instituut heeft indertijd een werkgroep 'Criteria Verpleegbehoefte' van het overlegorgaan 'Verpleeghuizen Utrecht-West' een rapport uitgebracht over 'Een verkenning van de identiteitsvraag'. Aan dat onderzoek heeft een zestal verpleeghuizen in de stad en de provincie Utrecht deelgenomen. Het oorspronkelijke uitgangspunt van de werkgroep was of er een relatie kan worden gelegd tussen de verpleegbehoefte en het personeelsbestand. Bij het bestuderen van deze vraag kwam de groep tot de opvatting dat de wijze van

invulling van zorgverlening aan de patiënt door de staf en medewerkers in kwantitatieve en kwalitatieve zin bepalend is voor de identiteit van het verpleeghuis. Dr. J. A. Stoop, geneesheer-directeur van het Utrechtse verpleeghuis Albert van Koningsbruggen, en M. J. M. Gerritsma, als organisatiedeskundige verbonden aan het NZI, beiden nauw betrokken bij genoemd onderzoek, behandelen in een viertal korte beschouwingen enkele speciale aspecten van de onderhavige problematiek. In deze eerste bijdrage gaan zij in op de invloed van het personeel op de identiteit van het verpleeghuis.

In de tamelijk besloten wereld van de verpleeghuizen lijkt het gesprek rond de eigen identiteit goed op gang te komen. In veel verpleeghuizen zijn de medewerkers met elkaar in discussie over de doelstellingen, de stijl van werken en de aard van de gewenste zorg aan de patiënten. Vooral ook krijgen de belemmeringen, die de realisatie van deze zorg in de weg staan, veel aandacht.

We constateren een toenemende spanning en ook onvrede bij de werkers, het management en enkele patiëntengroeperingen in de verpleeghuizen. Als problemen van de personeelssterkte, kritiek op het leefmilieu, kwesties over de kleding van de medewerkers kunnen leiden tot doelstellingsvragen, dan kan men zich afvragen of het verpleeghuis wel duidelijk herkenbaar is. En als men in de prak-