

MEDISCH CONTACT

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Hoofdredacteur W. J. Royaards - Redactiesecretaris: J. J. van Mechelen - Bestuur: K. Vaandrager, Deventer, voorzitter; Prof. Dr. A. Kummer, Amsterdam, vice-voorzitter; Dr. C. de Groot, Rotterdam, secretaris; Dr. M. van der Stoep, Voorschoten, penningmeester; A. Taminiau, Tilburg - Redactie en abonneementenadministratie Keizersgracht 327, Amsterdam, Tel. 242535.

Dr. J. H. HAGENBEEK:

WERELDGEZONDHEIDSDAG 1961

ONGEVALLEN EN ONGEVALSPREVENTIE

TOEN na de tweede wereldoorlog het Statuut der Verenigde Naties tot stand kwam, stelde Brazilië voor, de gezondheidszorg in het charter van de Verenigde Naties op te nemen als één van de vitale voorwaarden voor stabiliteit en welvaart en daarmee voor de wereldvrede. Het heeft tot 1948 geduurd vooraleer de Wereldgezondheidsorganisatie werd opgericht. Zoals in haar constitutie is vastgelegd, is de W.G.O. de leidinggevende en coördinerende autoriteit voor internationaal gezondheidswerk. Het is geen supra-nationale gezondheidsorganisatie, maar zij staat de nationale gezondheidsorganisaties ten dienste teneinde deze bij de verbetering van het gezondheidsspeil van hun bevolkingen behulpzaam te zijn.

Elk jaar viert de W.G.O. op 7 april de herdenking van haar oprichting door het organiseren van een wereldgezondheidsdag. Doel van deze dag is de aandacht te vragen voor de zeer veel omvattende werkzaamheden van de W.G.O. in het algemeen en in het bijzonder voor een bepaald onderwerp van volksgezondheidszorg, door de Directeur-Generaal der Organisatie persoonlijk aan te wijzen. In voorgaande jaren is een aantal onderwerpen gekozen van algemene aard, zoals bestrijding en uitroei-

ing van malaria, drinkwatervoorziening, doelmatige voeding enz.

Voor dit jaar heeft Dr. M. G. Candau (Brazilië), Directeur-Generaal van de W.G.O., een actueel probleem aan de orde gesteld, een vraagstuk dat door zijn steeds groeiende omvang de aandacht van de gehele wereld op-eist, nl. „ongevallen en hoe deze te voorkomen”. Het ongevalsgebeuren is een van de modernste „plagen” die de wereld teistert.

In het W.G.O.-maandblad is afgedrukt de boodschap, die Dr. Candau schrijft ter gelegenheid van deze wereldgezondheidsdag. Hierin staat o.m.: ongevallen veroorzaken meer sterfgevallen dan enige ziekte, uitgezonderd kanker en ziekten van hart en bloedvaten. In vele landen worden meer kinderen van 5 tot 19 jaar gedood door ongevallen dan door alle andere oorzaken tezamen. Zij eisen een groter aantal slachtoffers, speciaal jeugdige personen, dan enige oorlog tot nu toe heeft geëist. Dr. Candau spoort de artsen aan tot meer speurwerk om zodoende tot bestrijding van ongevallen te kunnen komen.

Tot voor korte tijd is het ongeval nauwelijks door artsen op een wetenschappelijk verantwoorde manier bestudeerd. Er heerst nog steeds, misschien onbewust, een stemming van fatalisme. De moderne mens heeft dezelfde houding ten aanzien van ongevallen als de middeleeuwse mens ten opzichte van besmettelijke ziekten. Het is een onontkoombaar iets, men noemt het een ongeluk, men aanvaardt het zonder meer. Vandaar dat de W.G.O. aanspoort het fatalisme te laten varen en het speurwerk naar de oorzaken van de ongevallen krachtig ter hand te nemen. De artsen hebben hier een achterstand in te halen. De technici zijn ons voorgedaan, de veiligheidsingenieur (Veiligheids Instituut) heeft reeds zijn sporen op dit gebied verdiend. De belangstelling der artsen bleef tot voor kort beperkt tot de diagnostiek en de gevolgen van ongevallen. Alleen de curatieve zijde had de belangstelling, aan preventie werd weinig of niets gedaan. Hetzelfde hebben wij gezien bij de ontwikkeling van de geneeskunde. Het heeft lang geduurd voordat het adagium „voorkomen is beter dan genezen” tot werkelijkheid werd in de preventieve geneeskunde, zoals wij deze thans kennen.

Prof. Dr. P. Muntendam heeft in een publikatie over „de sociale betekenis van ziekten” (1955) begripsbepalingen geïntroduceerd over de sociale geneeskunde en

INHOUD

16e Jaargang - 7 april 1961 - No. 14

Dr. J. H. Hagenbeek:	
Wereldgezondheidsdag 1961	213
Uit de Maatschappij	215
Prof. Dr. G. C. Heringa: De Stichting Het Nederlands Studenten Sanatorium in dienst der revalidatie	216
Arts en fiscus	219
Vertraging en mislukking van de academische studie	220
Berichten	221
<i>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</i>	
Waarneming van specialistische praktijken door artsen-niet-specialisten	222
Uit de afdelingen	222

haar indeling. Indien men deze volgt dan onderscheidt het ongeval zich, in zijn sociaal-geneeskundige verschijningsvorm, niet van ziekten. Ook de epidemiologische studies, die men tot dusver van het ongeval heeft gemaakt, tonen aan dat het aanbeveling verdient het ongeval op dezelfde manier te bestuderen als ziekten en speciaal als infectie-ziekten. Evenals men bij infectie-ziekten de trias: gastheer, agens en milieu kent, zo komen bij het ongeval voor: de getroffene, de oorzaak van het ongeval en de omgeving. Ongevallen zijn nooit het resultaat van puur toeval, vaak zijn zij te voorspellen: „daar komen ongevallen van!”

Er zijn nog meer overeenkomsten tussen infectie-ziekten en ongevallen: geografische variaties, seizoenfluctuaties, verschillen in optreden naar leeftijd en geslacht. Dr. Gordon (Epidemiology of accidents, 1949) beschrijft deze overeenkomst en vergelijkt het explosieve karakter van een epidemie met dat van een ramp. Op deze manier is het ongeval gaan behoren tot het terrein van de volksgezondheid, het is een „Public Health”-vraagstuk geworden. Naast de ingenieur, de technicus, de architect, de constructeur en de wegenbouwer, krijgt de arts een plaats in de rij van deskundigen, die tot taak hebben de veiligheid, in de ruimste zin, te helpen bevorderen. Zo wordt de studie van het ongevalsgebeuren en hieraan direct aansluitend de bestrijding van ongevallen een essen-

tieel onderdeel van de gezondheidszorg. Dit komt o.m. tot uiting in een aantal uitstekende proefschriften, over diverse aspecten van het ongeval, die de laatste drie jaar zijn verschenen. Verder blijkt deze verhoogde belangstelling uit de congressen over het ongeval en de ongevalspreventie, die de laatste jaren in ons land gehouden zijn. De omvang van het vraagstuk is echter veel groter dan men zich meestal realiseert. Welke ziekte, die in ons land jaarlijks ruim 4000 slachtoffers maakt, zouden wij niet met alle ons ten dienste staande middelen bestrijden? Dit is in ons land eenvoudig ondenkbaar, onze goed georganiseerde gezondheidszorg zou direct paraat zijn. Gelukkig is er een begin, een ontwakend besef dat de artsen hun deel moeten bijdragen om deze ziekte, genaamd „het ongeval” te gaan bestrijden.

In 1959 bedroeg de sterfte aan ongevallen in Nederland in totaal 4072 waarvan 2890 mannelijke slachtoffers, d.i. een gemiddelde van 14 doden per dag. De toenemende intensiteit van het gemotoriseerde wegverkeer in ons land heeft tot gevolg, dat er thans elke 13 minuten een mens als slachtoffer van dit verkeer valt. Het totaal aantal verkeersslachtoffers bedroeg volgens de laatste publikatie van het C.B.S. in 1959: 45.244, waarvan 1718 gedood, 25.492 ernstig en 18.034 licht gewond werden. Naar alle waarschijnlijkheid is de groep der lichtgewonden zelfs hoger.

Behalve de meer spectaculaire verkeersongevallen is er een grote groep die de aandacht vraagt nl. de ongevallen in de woning. In 1959 werden in en rondom de woning 527 mannen en 730 vrouwen door een ongeval dodelijk getroffen (in en rondom de boerderij 56 mannen en 5 vrouwen).

Er is weinig bekend in Nederland over de frequentie van ongevallen zonder dodelijke afloop. Wel zijn enkele lokale gegevens bekend, maar het is dringend gewenst om te komen tot het systematisch, op een verantwoorde wijze, verzamelen van gegevens over de omvang en de betekenis van de niet dodelijke ongevallen. Het is de verdienste geweest van Dr. G. de Haas te Groningen om aldaar een onderzoek in te stellen naar het vóórkomen en de betekenis van ongevallen, die in de woning plaats vinden. Het resultaat van zijn onderzoek is vastgelegd in zijn proefschrift (1958). Het onderzoek in Groningen wees uit dat 52.2% van de ongevallen in de woning plaats vindt. Een percentage dat overeenkomt met gevonden waarden in het buitenland. De onveiligheid binnenshuis wordt veelal onderschat. Onderzoekingen in Engeland en Zweden hebben aangetoond, dat van elke twee ongevallen er één gebeurt in of rondom de woning. Ook in de Verenigde Staten komen zeer veel ongevallen voor in de woning, zodat men daar, met een variant op „Home, sweet Home” spreekt van „Home, risky Home”!

De W.G.O. heeft een onderzoek ingesteld naar de aard der ongevallen. Men heeft de ongevalsmortaliteit geregistreerd in 19 landen met een bevolking van 553 miljoen inwoners. In „World Health” van maart/april 1961 is een grafiek afgedrukt met zeven hoofdoorzaken van dodelijke ongevallen in 1958. Deze zeven oorzaken waren 36.0% verkeersslachtoffers, 21.1% door vallen, 8.6% door verdrinken, 6.2% verkeersslachtoffers niet direct door auto's, 4.6% door vuur of explosie, 3.8% door vergiften, 1.3% door vuurwapens en 17.4% door andere oorzaken.

De medische medewerker van „Het Vaderland” heeft de vijfdaagse werkweek van geneeskundig standpunt bezien. Hij acht deze werkweek van vijf dagen een stelsel van vijf dagen spurten om twee dagen vrij te zijn, waarin men moet trachten tot ontspanning te komen. Een ongewone geestkracht zal nodig zijn om die vrije uren voor studie, verdere geestelijke ontwikkeling of voor de opvoeding der kinderen te gebruiken. De vijfdaagse werkweek dreigt ons land - uit politieke oogmerken en concurrentiestrijd bij de aanwerving van personeel - te overspoelen, zo verzucht deze medewerker en hij vraagt wie nog durft instemmen met het beroemde lied van Xavier Privas, dat wijlen Jean Louis Pisuise met zoveel overtuiging kon voordragen:

Si tu veux être libre et fort,
Travaille !
Si tu veux gagner sans effort,
Le repos final de la Mort,
Travaille !

Si tu veux être respecté
Travaille !
Si tu veux garder ta fierté,
Ta belle humeur et ta santé,
Travaille !

Si tu veux soutenir tes droits,
Travaille !
Si tu veux que ta grande voix
Ait plus de force qu'autre fois,
Travaille !

Si tu veux forcer ton destin
Travaille !
Si tu veux que sur ton déclin
Ton frère te tende la main....
Travaille !

Tenslotte enige opmerkingen over de preventie van ongevallen. In hoofdstuk II van de constitutie der wereldgezondheidsorganisatie is te lezen, dat de W.G.O. de preventie van ongevallen mede tot haar taak rekent: „to promote, in co-operation with other specialised agencies where necessary, the promotion of accidental injuries”. Het bureau voor Europa van de W.G.O. heeft in 1958 een studiegroep gevormd welke zich bezig hield met de preventie van ongevallen in de kinderleeftijd. Het resultaat van het werk van deze studiegroep is onlangs verschenen en het verslag biedt waardevolle gegevens over de preventie. De noodzaak tot samenwerking van functionarissen van onderwijs en voorlichting, techniek en gezondheidszorg wordt bepleit.

Een goede preventie is niet mogelijk zonder dat men een duidelijk inzicht heeft in de aard van het ongeval. Steeds dient aan de preventie maatregelen die er genomen kunnen worden een nauwkeurige analyse vooraf te gaan van het, meestal multiconditioneel bepaalde, ongeval. In ons land zijn de bedrijfsongevallen het best bestudeerd en is men gekomen tot uitgebreide voorzorgsmaatregelen. Deze veiligheid in de bedrijven kan als voorbeeld gelden voor alle preventie. Dit is niet alleen te danken aan de legale basis voor deze veiligheid maar ook aan het gekweekte verantwoordelijkheidsbesef der uitvoerders hiervan. In de particuliere sector ligt het echter minder gunstig. Verschillende factoren zijn hiervoor aan te wijzen. Eén hiervan is onwetendheid. Dit is het best te illustreren met een voorbeeld. Na de invoering van kunststoffen als plastic bleek dat dit voor jonge kinderen gevaarlijk kan zijn. De eigenschap van plastic, electrostatisch aan de huid te kleven, maakt slachtoffers. Veelal wordt als doodsoorzaak verstikking vermeld, maar helaas wordt niet onderkend de manier waarop het kind gestikt is. In de Lancet (28-1-'61) vindt men een sterfgeval vermeld van een vier weken oude zuigeling, die op een met plastic bekleed matrasje verstikt raakte. Dit komt voort uit onwetendheid en was te voorkomen geweest. Een aanduiding op met plastic beklede matrassen, kussens of wieggordijnen, is nodig om de moeders te waarschuwen voor dit gevaar. En hier komen wij tot het voornaamste punt bij de preventie nl. de voorlichting en opvoeding. Naast technische verbeteringen, voorschriften en mogelijk wetgeving zal de aandacht geconcentreerd moeten worden op een op ongevallen gerichte „Health Education”. Wanneer men het ongeval als ziekte beschouwt dan is voorlichting en opvoeding bij de ongevalspreventie *het vaccin!* Evenals andere immunisatie zal het vaccin zo vroeg mogelijk gegeven moeten worden b.v. reeds gedurende de schoolperiode. Men zal de kinderen, zonder ze vrees aan te jagen, zodanig moeten opvoeden, dat zij een soort zelfbeschermingssysteem voor zichzelf opbouwen. Het kleine kind moet beschermd worden, maar het oudere kind zal geleerd moeten worden welke gevaren er bestaan en hoe zij hiermede moeten omgaan. De ongevalspreventie moet tevens een onderdeel worden van de algemene gezondheidsvoorlichting.

Aan de preventie van verkeersongevallen wordt op de lagere school reeds (verplicht) aandacht besteed d.m.v. verkeersonderwijs. Ook de Kruisverenigingen en de Stichting „Commissie voor huishoudelijke- en gezinsvoorlichting” doen in samenwerking met het Veiligheids Instituut hier reeds veel goed werk. De Bond van Moederschaps-



In haar einde 1959 ingediende basisrapport heeft de Commissie Consultatiebureauwezen een redactionele verduidelijking aangebracht en met haar voorstel een gedeelte van de tekst van haar rapport door deze nieuwe redactie te doen vervangen, is het hoofdbestuur akkoord gegaan. Dit hield tevens in dat het basisrapport van deze commissie is aanvaard. Ook met een eerste vervolgrapport heeft het hoofdbestuur zich kunnen verenigen. Besloten is dit basisrapport in Medisch Contact te publiceren, zodat ieder van de volledige tekst kennis zal kunnen nemen.

Niet uitgesloten is, dat deze publikatie nog korte tijd op zich zal laten wachten, nu ter voorbereiding van de Algemene Vergadering in juli a.s. nog voor einde april, binnen de reglementair gestelde tijd, een groot aantal jaarstukken moet worden afgedrukt, die op deze jaarvergadering in behandeling moeten komen. Ook de agenda voor deze vergadering moet nog worden gepubliceerd. Zij was in concept gereed, doch het hoofdbestuur is er tengevolge van beraadslagingen over belangrijke zaken, o.a. de wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering, welke in het verschiet ligt, op zijn zaterdag 25 maart gehouden vergadering niet aan toe kunnen komen. Het komt kort na Pasen, op 8 april, opnieuw bijeen teneinde o.m. alle stukken door te nemen, welke aan de Algemene Vergadering moeten worden voorgelegd en die dan nog in april kunnen worden gepubliceerd.

zorg en Kinderhygiëne heeft de preventie van ongevallen de laatste jaren sterk gestimuleerd, mede door het verschijnen van publikaties hierover financieel mogelijk te maken.

Toch zijn we er nog lang niet. Ieder die zich met de bestudering van ongevallen en ongevalspreventie bezig houdt is er van overtuigd dat er nog veel meer op dit gebied moet worden gedaan. Het onderwerp heeft vele facetten, ook op sociaal medisch gebied. De opzet van dit artikel laat niet toe dieper op deze facetten in te gaan. Het is alleen de bedoeling om de belangstelling voor het onderwerp te stimuleren. Intensiever „medisch contact” met ongevallen en ongevalspreventie is noodzakelijk, willen wij komen tot hetgeen de W.G.O. dit jaar op de wereldgezondheidsdag propageert:

„accidents need not happen”.

De Stichting Het Nederlands Studenten Sanatorium in dienst der revalidatie

INGEVOLGE een verzoek van de redactie van Medisch Contact wordt in het hierna volgende een en ander medegedeeld over de Stichting, aan welker totstandkoming na de oorlog de Maatschappij tot bevordering der geneeskunst door morele en materiële steun een werkzaam aandeel heeft gehad en van welker ontwikkeling en werk de leden der Maatschappij dus alleszins recht hebben op de hoogte te zijn; dit te meer omdat sedertdien de Stichting in verschillend opzicht buiten haar eerste opzet is uitgegroeid en er dus inderdaad wel het een en ander te vertellen valt. In het volgende zal echter niet het medisch-therapeutische maar uitsluitend het revalidatie-aspect van het werk der Stichting ter sprake worden gebracht.

Het mag als genoegzaam bekend worden verondersteld, dat van den beginne af aan de opzet was, in navolging van de studentensanatoria in Zwitserland en Frankrijk, de patiënten gelegenheid te bieden te studeren, met het tweeledige doel voor hen het tijdverlies door de kuur zo veel mogelijk te beperken en hen uit te heffen uit de put van depressie, waarin zij door werkeloos zijn en door zorg omtrent studie en toekomst zo licht dreigden te verzinken.

De begrippen revalidatie en integrale geneeskunde hadden hun intrede in de medische en sociale wereld nog niet gedaan. Wij meenden, dat het al voldoende was de voorwaarden te scheppen voor rustig studeren (kamers voor 1-4 personen, leskamers, bibliotheek, verschaffing van studiebenodigdheden als bed-lezenaars, tekenmachines voor Delftenaren, microscopen, anatomische modellen e.d.; daarnaast het organiseren van colleges en examenmogelijkheid in huis enz.). Van onze Zwitsers-Franse voorgangers hadden we wel geleerd dat bij die voorwaarden ook behoort de geestelijke en culturele sfeer te laten groeien, die bij het student-zijn past (niveau van geestesleven en ontspanning, veranderlijke, aanpasbare aankleding der kamers).

Het toelaten van de studie in het kader van de strenge Nederlandse kuuropvatting werd destijds in de longartsenwereld niet zonder zorg en kritiek gezien en dienovereenkomstig werd de dosering van de toegestane studietijd met angstvallige zorg gehanteerd. Gelukkig bevatten de medische jaarverslagen van den beginne af aan de mededeling, dat niet alleen geen schadelijke gevolgen zijn waargenomen, maar zelfs veeleer in de gewonnen psychische rust een invloed ten goede op de genezing werd gezien. Deze positieve waardering van de werkzaamheid tijdens de kuur in de moderne, letterlijk genomen zin van *arbeidstherapie* — is in de loop van de jaren bij de medici van het sanatorium, longartsen en psychiaters, tot zaak van overtuiging geworden, en heeft zoals ook blijkt uit het rapport van de nazorg-sectie van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose, verschenen in 1960, elders ingang gevonden.

Door deze waardering als arbeidstherapie heeft de stu-

diebevordering, zoals die door het Studentensanatorium van de beginne af aan als doelstelling is genomen, haar plaats gekregen in het sinds 1945 met verrassende snelheid tot ontplooiing gekomen gecombineerd medische en sociale arbeidsveld der revalidatie; tegelijkertijd in dat der integrale geneeskunde, welke in wezen niet anders is dan de doortrekking van de revalidatie-gedachte in de „gewone” preventieve en curatieve geneeskunde, tenzij men het liever omgekeerd wil stellen en zeggen dat revalidatie een onderdeel is van de integrale geneeskunde. Hoe men dit ook neme, het is een belangrijk en tekenend feit, dat in het bedoelde nazorg-rapport de arbeidstherapie bij de behandeling van tuberculose als revalidatie wordt aangeduid. Moeilijker wordt het voor schrijver dezes dit rapport in zijn gedachtengang te volgen, waar het in de revalidatie (van tbc-patiënten) een scheiding maakt in twee delen, een medisch deel „dat het zo volledig mogelijk herstel der arbeidsgeschiktheid” beoogt, en een in hoofdzaak sociaal-geneeskundig deel, hetwelk de overige aanpassing aan de normale levens- en arbeidsomstandigheden nastreeft” (l.c. blz. 54 en 55). Is het wel juist, vragen we, tussen therapie en revalidatie een scheidslijn te trekken (zoals bovenaan op blz. 55 gebeurt), ook al wordt dan direct daarbij de vaagheid van deze scheiding erkend, speciaal voor de arbeidstherapie die in het sanatorium geschiedt? Als er één ding is, wat de ervaring in het studentensanatorium heeft geleerd, dan is het juist de positief therapeutische waarde van de arbeid tijdens de kuur. Althans bij de intellectuele en bij de kunstzinnige handenarbeid, zoals die in het N.S.S. wordt beoefend, is de binding aan de psychische status van de patiënt zó nauw, dat zodra men aanneemt dat psychische factoren bij somatisch ziek-worden en genezen meespelen, eo ipso alles wat studie-lust en -concentratievermogen vergroot, ook als therapeutisch actief moet worden gewaardeerd. Therapie en revalidatie zijn voor ons, zo niet identieke, dan toch onscheidbare begrippen.

Bij de revalidatie in haar oorspronkelijk, klassiek werkkerrein, nl. bij het herstellen van motorische functies na verwondingen en verlammingen, is een gunstige psychische instelling, medewerking en vertrouwen van de patiënt, zoals algemeen bekend is, *conditio sine qua non* voor het welslagen van de therapie. De meest verrassende, anatomisch onbegrijpelijke gevallen van functieherstel, als het leren lopen en beheersen van blaasfunctie na dwarslaesie en poliomyelitis, worden beschreven als resultaat van onverzettelijke wilskracht van de patiënt (en van de arts en zijn helpers). Omgekeerd zijn gevallen beschreven, waarin onder psychische, soms aantoonbaar van uit de omgeving afkomstige, stress een reeds verkregen functieherstel weer verloren ging. Trefende voorbeelden van psychogene invloed op de activiteit van tuberculose zijn in de laatste decennia in de vakliteratuur op overtuigende wijze beschreven.* Het is hier niet de plaats de invloed van psychische factoren

op het ontstaan, de ontwikkeling en genezing van tuberculose tot een speciaal punt van bespreking te maken. Het aantonen van causaal verband tussen psychische spanningen en de activiteit van het tuberculeus proces, c.q. de daarop te richten specialistische behandeling, is de psychiater voorbehouden.**

Dat van de geboden studiemogelijkheid door de sanatoriumbevolking in zeer uiteenlopende mate gebruik wordt gemaakt en dat, afgezien van de shock door het ziek zijn zelf en door de internering, onder de patiënten dezelfde scala van uiteenlopende studie-zin en concentratievermogen wordt gevonden als onder hun collegae aan de universiteit, is a priori te verwachten. Onmiskenbaar is nochtans dat bij vele patiënten tijdens het verblijf in Laren wijziging ten goede in de studie valt op te merken. Reeds uit de eerste jaren van het sanatorium, dus vóór de tijd dat de onderwijszorg door psychiatrische en sociologische bemoeiing kon worden aangevuld, dateren uitspraken van van huis uit goede studenten als: „ik heb hier pas begrepen wat studeren eigenlijk is” en „ik heb hier pas plezier in mijn studie gekregen”. Dat afzondering en het op-zich-zelf-teruggeworpen-zijn bij goed geïntegreerde, studieuze aangelegde personen tot werk-intensifiëring kan leiden is op zich zelf niet verwonderlijk; ook is het geen ongewone ervaring dat door het los-komen vanuit allerlei, voordien slecht verwerkte spanningen, de kuurtijd gelegenheid geeft tot het bereiken van betere persoons-integratie, voor adolescenten het opgroeien tot een hoger niveau van volwassenheid en zelfstandigheid. Psychiater en sociale werkster hebben stellig in vele gevallen hiertoe het hunne bijgedragen. Daarnaast echter zijn er zeker ook gevallen waarin de persoonlijke krachten van de patiënt geen andere steun hebben nodig gehad dan die welke gegeven werd in wat de heer Brandt, de in 1959 overleden directeur van het onderwijs, gaarne aanduidde als „de studiesfeer van het sanatorium.”

Hoe dit zij, zo niet alle, dan toch een groot deel der in het Nederlands Studenten Sanatorium verkregen studieresultaten, waarbij in gevarieerde verhouding somatische- en psychisch-therapeutische en sociologische zorg betrokken zijn geweest, behoren tot het domein der revalidatie; men zou ze tezamen, op de wijze van pars pro toto, als studierevalidatie kunnen samenvatten. Zij zijn van belang, in de eerste plaats natuurlijk voor de betrokkenen zelf, daarnaast voor de staf van het sanatorium en het bestuur der Stichting, voor wie ze even zo vele aanmoedigingen waren om op de ingeslagen weg voort te gaan; last but not least onzes inziens voor het Hoger Onderwijs in het algemeen, omdat zij een vingerwijzing schijnen te geven in de richting, waar mogelijkheid tot verbetering van de gemiddeld zo onbevredigende resultaten van het Hoger Onderwijs gevonden kan worden: geestelijke hygiëne voor de student en in het onderwijs.

Het was in 1957 dat het Algemeen Bestuur van het Nederlands Studenten Sanatorium het besluit nam de studie-revalidatiewerkzaamheid der Stichting in principe uit te breiden tot in hun studie lichamelijk gehandicapte studenten. Begonnen werd met op dezelfde wijze als dit tot dusver voor de studenten in het sanatorium geschiedde, na verkregen goedkeuring van de hoogleraren, voor blinde studenten colleges op de band te doen op-

nemen. Tijdens de cursus 1957/1958 werden in Amsterdam (G.U. en V.U.) Nijmegen en Utrecht op deze wijze acht blinde studenten wat betreft hun notitieproblemen in de collegezaal - naar hun eigen getuigenis - afdoende geholpen. Daarnaast werd, in samenwerking met de Nederlandse Blindenbibliotheek, een organisatie geschapen, waardoor door deskundige voorlezers(essen) - grotendeels belangeloos - een aantal belangrijke studieboeken „op de band werden gelezen”. Het was nl. direct al gebleken dat, terwijl de hoeveelheid ontspanningslectuur en belletrie „op de band” in de bibliotheken betrekkelijk bevredigend ruim is, op wetenschappelijk terrein het aanwezige minimaal is. Tenslotte werden alle populair-wetenschappelijke lezingen, die wekelijks in het sanatorium, onder de naam Studium Generale, werden gehouden, eveneens op de band gezet en ter beschikking van blinden gesteld. Dit werk is begonnen en geschiedt op verzoek van en met medewerking van het Genootschap voor Academische Blinden „Petronella Moens”. Doordat aldus een en ander was voorbereid, kon voor blinden vrij vlot een studiehulporganisatie worden opgebouwd. Voor allerlei andere vormen van invaliditeit echter liggen alleen technisch al, de problemen dikwijls aanmerkelijk moeilijker.

Onafscheidelijk met de revalidatie in engere zin verbonden is de zorg, dat de afgestudeerden de verworven kundigheid in praktijk brengt en daarmee zijn maatschappelijke zelfstandigheid kan verwerven. Afgezien van de hier nodige bijzondere arbeidsbemiddeling, waarvoor aparte rijksinstanties zijn geschapen, heeft - zo is de ervaring reeds van enkele jaren - de gehandicapte als regel naast de gewone studie, behoefte aan een of andere, van de aard van zijn handicap afhankelijke, aanvullende of compensatoire oefening of „training”. Soms gaat het hier om niets anders - waarmee niet gezegd wil zijn dat dit eenvoudig is! - dan om het inhalen wat de persoon door zijn betrekkelijke isolatie t.a.v. zijn handicap aan sociale ervarenheid (vergadertechniek b.v.) bij zijn studiegenoten ten achter is gebleven; dikwijls betreft dit juist die potenties, die voor het slagen bij een „proefaanstelling” van doorslag gevende betekenis kunnen zijn. In andere gevallen, in het bijzonder bij de zeer zware handicaps, ligt de beste kans op maatschappelijk slagen in het vinden van een zo zeldzaam specialisme, dat de daaruit verkregen monopolie-positie de invaliditeitsbezwaren overtroeft.

Sinds enkele jaren groeit deze tak van werkzaamheid, „studiehulp buiten het sanatorium”, onder leiding van de zelfde directeur van het Onderwijs onder wie ook de studieleiding in het sanatorium ressorteert, met de medewerking van twee, speciaal voor dit werk aangestelde academicae. Terwijl te snelle groei bezwaarlijk moet worden geacht, enerzijds omdat de ervaring onder voorzichtig voorwaarts-gaan moet groeien, anderzijds om de nog onopgeloste financiële problemen, waarmee dit initiatief de Stichting confronteert, geeft het voldoende te kunnen zeggen, dat gedurende het jaar 1960 hulp bij de studie kon worden gegeven aan 17 op verschillende wijze gehandicapte studenten en aan 1 afgestudeerde. De studenten waren verdeeld over 5 instellingen van H.O. Drie van hen slaagden voor een examen (één doctoraal en twee kandidaats-examens).

Nog in een ander opzicht heeft het werkgebied van de Stichting een uitbreiding ondergaan. Door de zo verheugende daling van de tuberculose-morbiditeit had het sanatorium aan tuberculose-verpleging van studenten alleen geen exploitabel empool meer, terwijl het in de bouw vastgelegde patroon van het huis combinatie met enige andere medische doelstelling uitsluit wegens besmettingsgevaar. Nu was wel al reeds sinds 1953 incidenteel ervaring opgedaan met het opnemen van leerlingen van de hogere klassen van het V.H.M.O. e.d. met ten aanzien van het onderwijs alleszins bevredigende resultaten. Daarnaast was ook reeds lang gebleken dat voor oudere academici en in het algemeen voor hoofdarbeiders en kunstenaars de culturele sfeer in het Nederlands Studenten Sanatorium aan een intens gevoelde behoefte voldeed. Dit alles overwegende, kwam het Algemeen Bestuur, dat daarnevens het alternatief „opheffing” moest overwegen, tot het inzicht dat aan studie-revalidatie voor jongere en oudere hoofdarbeiders evenzeer behoefte bestaat als voor studenten, terwijl deze taakuitbreiding tevens de mogelijkheid zou kunnen bieden aan de oorspronkelijk op de studenten gerichte doelstelling te blijven voldoen.

In zijn vergadering van 21 maart 1959 nam dus het Algemeen Bestuur het besluit dat het sanatorium voortaan opengesteld zal zijn voor alle tuberculose-patiënten, die zich tijdens hun ziekte met studie wensen bezig te houden.

De naam van de Stichting „Het Nederlands Studenten Sanatorium” bleef onveranderd gehandhaafd; evenzo die van het sanatorium te Laren; het laatste echter met dien verstande dat aan de naam van het sanatorium werd toegevoegd: „Sanatorium voor Studerenden.”

Al deze ontwikkelingen moesten vanzelfsprekend hun weerslag vinden in organisatorische maatregelen. Het algemeen bestuur, tot dusverre geheel uit vertegenwoordigers van de universitaire wereld samengesteld, heeft zijn deskundigheid verbreed door opname van vooraanstaan-

de figuren op revalidatie- en onderwijsgebied. Dat voor de hulp aan invalide studenten speciale academische hulpmiddelen werden aangetrokken, is reeds vermeld. De toevloed van V.H.M.O.-leerlingen in het sanatorium zelf maakte een aantal nieuwe voorzieningen noodzakelijk; vooral het aantrekken van een aantal bevoegde leraren voor het geven van de lessen, aangepast aan de behoeften der individuele leerlingen. Voor de organisatie van het onderwijs met zijn onderscheiden facetten staat de directeur voor het Onderwijs een commissie van zaakkundige raadgevers terzijde.

Zo is dan voor de Stichting en voor allen die in haar werken, het besef van haar specifieke doelstelling op revalidatiegebied en de daarvoor nodige toerusting tot een voorlopig bevredigende afronding gekomen. Deze doelstelling luidt: allen, die door (lichamelijke) ziekte of invaliditeit worden gehinderd in hun studie, (terug) te brengen tot zo volledig mogelijke ontplooiing van hun geestvermogens en daarmee tot de mogelijkheid van het verkrijgen van een onafhankelijk maatschappelijk bestaan als hoofdarbeider.

*) R. J. van Helsdingen, De psychologie van de tuberculose patiënt, dissertatie, Leiden 1951

Personality, Stress and Tuberculosis, edited by Ph. J. Sparrer M.D. (1956)

H. Loois, Tuberculose, ziekte van de tweesprong (Nederlands tijdschrift voor psychologie en hare grensgebieden. Nieuwe Reeks, deel 15, 1960, blz. 295 e.v.).

**) Als curiosum zij vermeld de ervaring van een student-patiënt, die gaarne en niet onverdienstelijk naar de natuur aquarelleerde, dat het eerste symptoom dat aan het manifest worden van de tbc voorafging, het wegvallen was van zijn kleurgevoeligheid. In het sanatorium maakte hij aanvankelijk alleen tekeningen in zwart. Pas in de loop van 2 tot 3 maanden keerde zijn neiging tot kleurig werk terug.

speciale artsenpolis



**HOLLANDSCHE SOCIETEIT
VAN LEVENSVZERKERINGEN N.V.**

Herengracht 475 Amsterdam-C. Tel. 221322

Dismenol
TABLETTE

DYSMENORRHOE

PER TABLET

Acid. p-sulfamidobenzoicum 0.050 g
Isopropylantipyrinum 0.250 g

AGPHARM A.G. - LUZERN

voor Nederland C.A.V. DE ONDERLINGE PHARMACEUTISCHE GROOTHANDEL G.A. UTRECHT

PERSOONLIJKE VERPLICHTINGEN

DE eerste rubriek van de in M.C. no. 9 (3 maart 1961) genoemde aftrekbare uitgaven wordt gevormd door de persoonlijke verplichtingen.

Het persoonlijke van deze uitgaven is gelegen in het feit, dat ze niet met een bron van inkomen in verband staan. Uitgaven die dit wel doen worden of als uitgaven ter zake van bedrijf of beroep van de winst afgetrokken of als kosten van verwerving bij de bepaling van de opbrengst van de betrekkelijke bron. In het algemeen maakt het geen verschil waar de uitgaven worden afgetrokken, als ze maar worden afgetrokken. Toch is het soms wel van belang, b.v. als een deel van het inkomen belast wordt naar een bijzonder tarief (20—40% of 20%). De persoonlijke verplichtingen zijn, zoals we de vorige maal reeds in het kort hebben gezien, de navolgende:

- a. *pensioenen*. Hieronder vallen uitkeringen aan gewezen dienstpersoneel; ook uitkeringen gedaan door de erfgenamen aan vroeger dienstpersoneel van een erflater. Niet verschuldigde, vrijwillig betaalde uitkeringen zijn eveneens aftrekbaar. De verstrekkingen moeten echter steeds het karakter hebben van pensioen, de uitkering moet dus periodiek geschieden.
- b. *lijfrenten en andere periodieke uitkeringen en verstrekkingen*.

Deze uitkeringen zijn alleen aftrekbaar als:

1. ze niet gegeven worden aan bloed- en aanverwanten in de rechte lijn of in de tweede graad der zijlinie (broers, zusters, zwagers) en
2. ze verschuldigd zijn en niet tevoren vaststaat hoeveel in totaal betaald moet worden; dit is steeds het geval als ze afhankelijk zijn van een of meer levens, mits de kans, dat ze door overlijden eindigen reëel is. Als iemand van 26 jaar met een vrouw van 22 jaar een periodieke uitkering geeft gedurende 6 maanden, maar eindigende bij eerder overlijden van de langstlevende, is er geen reële kans, dat de uitkering eindigt door overlijden; en
3. de uitkering moet voor de wederpartij niet zijn opbrengst van bedrijf of beroep. Als ik een schilderij koop van een schilder en ik betaal hem door middel van een periodieke uitkering, dan mag ik deze niet aftrekken.

Van de mogelijkheid tot aftrek van periodieke uitkeringen kan een goed gebruik gemaakt worden bij schenkingen aan kerken of instellingen van algemeen nut. Een uitkering gedurende drie jaar, afhankelijk van één leven is hier door de Minister aangeduid als voldoende onzeker om de uitkering aftrekbaar te doen zijn.

Aangezien een schenking aan een rechtspersoon, welke een algemeen maatschappelijk belang voor het grondgebied van Nederland beoogt, vrij is van schenkingsrecht indien de schenking niet meer dan f 5.000,— bedraagt, kan men b.v. (bij notariële akte) aan een algemeen-nut-instelling een periodieke uitkering schenken van f 1.200,— per jaar, gedurende 4 jaar, doch eindigende bij eerder

overlijden van de schenker. Deze uitkering is alsdan aftrekbaar voor de inkomstenbelasting, zodat, bij een top-tarief van b.v. 60%, de schenking jaarlijks slechts f 480,— kost.

Een dergelijke schenking is ook mogelijk aan instellingen, die niet een ten algemene nutte strekkend doel hebben en aan particulieren. Dan echter dient de waarde van de geschonken uitkering niet hoger te zijn dan f 2.000,—, daar anders schenkingsrecht verschuldigd wordt.

c. *interesten van schulden*.

Dit betreft dus schulden, die niet met een bron van inkomen in verband staan. Als een schuld wordt aangegaan om een praktijk te kopen, drukt de rentelast op de inkomsten uit beroep; wordt een schuld aangegaan voor de aankoop van een (privé) huis, dan wordt de opbrengst van onroerend goed met de rente bezwaard. Gaat men daarentegen een schuld aan b.v. om een vacantiereisje te maken, dan kan de rente onder de persoonlijke verplichtingen worden afgetrokken.

d. *premiën voor lijfrenten en voor periodieke uitkeringen ter zake van ziekte of ongeval, alsmede premie A.O.W.* Dit onderdeel bestaat uit drie delen:

1. *premiën voor periodieke uitkeringen ter zake van ziekte of ongeval*. Deze kunnen ongelimiteerd worden aftgetrokken.
2. *premie A.O.W.* Deze is ook tot het totaal betaalde bedrag aftrekbaar.
3. *premiën voor lijfrenten*. Deze zijn slechts aftrekbaar tot een bedrag van f 3.600,— per jaar. Voor de beoordeling of dit bedrag uitgegeven wordt spelen de premiën, genoemd onder 1 en 2 geen rol. Men kan dus b.v. aftrekken f 3.600,— premie lijfrente, f 400,— premie voor periodieke uitkering ongevallenverzekering en f 556,— premie A.O.W.

Wat deze lijfrenten betreft moge ik nog het volgende opmerken:

De premiën zijn aftrekbaar niet alleen als de bedongen uitkering een zuivere lijfrente is, maar ook als verzekerd is een kapitaalbedrag, dat uitsluitend kan worden aangewend voor aankoop van één of meer lijfrenten, zulks door het stellen van de zogenaamde lijfrenteclausule. Uw verzekeringsdeskundige zal u hierover kunnen inlichten. U bedenke echter, dat deze mogelijkheid van aftrek van de premiën ook een keerzijde heeft: de uitkeringen worden volledig belast, zonder enige aftrek. Is er geen lijfrente-verzekering, maar een kapitaalverzekering, dan wordt alleen het in de uitkering begrepen rente-element belast, en dan nog naar het bijzonder tarief van 20—40%. Dit rente-element wordt door de wet gefixeerd op $\frac{3}{4}\%$ van de verzekerde som voor ieder jaar dat de verzekering gelopen heeft, indien normaal jaarlijkse premies betaald zijn (bij betaling van een koopsom is het percentage $1\frac{1}{2}\%$).

B.v.: Verzekerd wordt f 20.000,—, uit te keren na 10 jaar of bij eerder overlijden. Bij uitkering na tien jaar is belast: $10 \times \frac{3}{4} \times f 20.000,— = f 1.500,—$.

Vertraging en mislukking van de academische studie

VERTRAGING en mislukking van academische studies vormt een van de vele problemen van onze tijd. Dit is de constatering waartoe *Prof. Dr. F. J. Th. Rutten* is gekomen op een vergadering van het Interuniversitair Contactorgaan, waarvan een verslag is opgenomen in het decembernummer van *Universiteit en Hogeschool*. Dit verslag kon men overzichtelijk samengevat aantreffen in *Folia Civitatis*, het weekblad voor de *Civitas Academica* der Universiteit van Amsterdam, welke samenvatting wij ons veroorloven hier over te nemen en te laten volgen.

Men is bekommerd om de desillusies die uit een slecht studieverloop voortvloeien. Sommigen zijn van mening, dat de universiteiten en hogescholen in het verleden de studenten teveel aan zichzelf hebben overgelaten. Men denke hierbij aan het, inmiddels afgestemde, artikel 60 van de nieuwe wet op het wetenschappelijk onderwijs.

Doch als de huidige bekommernis een reactie op deze mening is, dan moeten we oppassen om niet in het andere uiterste te vervallen. Een sterk besef van het interim karakter van de studententijd, tussen de inleidende periode van de middelbare school en de latere taak in de maatschappij, doet velen ernaar streven ernstig te werken en snel af te studeren. Desalniettemin kan soms juist deze tussentijdse hoedanigheid een gevoel van twijfel aan de juistheid van het gaan studeren doen ontstaan, wat de prestaties ongunstig beïnvloedt. Het succesvol beëindigen van de studie is voor een groot deel afhankelijk van een complex van factoren welke in vier groepen is te verdelen, n.l. 1. de persoon van de student, 2. de studietaak, welke voor een beginnend student vaak moeilijk is te overzien, 3. aanpassingsproblemen bij de overgang van een bekende situatie naar een geheel nieuwe, 4. toevallige gebeurtenissen.

In zijn betoog zegt prof. Rutten dat de maatstaf waarnaar vroeger beoordeeld werd of iemand een goed student was, niet onveranderd is gebleven. Weleer stonden de sociaal-culturele aspecten van het student-zijn en van het student-geweest zijn hoog in waardering. Sinds de techniek (in ruime zin genomen) een preponderante plaats in neemt in de samenleving, is de blik gericht op „rendement” en denken wij aan kundigheid op een beperkt gebied. Algemene cultuur zonder specialisatie is onmogelijk geworden. Specialisatie zonder algemene cultuur is wel mogelijk. Zij levert de vakman die zich isoleert en blind blijft voor wat de buurman doet (het professionalisme).

Of een student een goed dan wel een minder goed student is, zijn wij geneigd te beoordelen naar het al dan niet tijdig afleggen van tentamina en examens. Dat wij tot „goede studenten” dan ook rekenen degenen die met eenzijdige, intellectualistische instelling het studieprogramma in de normale tijd volbrengen ten koste van hun ethisch culturele vorming, dreigen wij uit het oog te verliezen.

Het is de verandering in algemene mentaliteit die tot het werken met deze maatstaf heeft geleid. Maar die niet alleen. De omstandigheden hebben een zwaar accent op die maatstaf gelegd. Het aantal studenten is aanzienlijk gestegen en schijnt nog meer te moeten toenemen. Links

en rechts wordt gezegd, dat „geen intellect verloren mag gaan”, dat „alle intellectuele reserves moeten worden aanbeoordeld”.

Vervolgens merkt hij op dat thans de studieprogramma's en de studie in menige studierichting — in de éne meer, in de andere minder — de indruk wekken van een zekere schoolsheid. Het is niet ondenkbaar, dat de toenomen strakheid der opleidingen heeft geleid tot een verflauwing in de spontane interesse van de studenten. Wat betreft het tijdselement, zo zegt professor Rutten, zijn wij zakelijk.

De student zelf.

De eerste groep van factoren welke invloed uitoefenen op het studieverloop, betreft de student zelf. In verband hiermede meent professor Rutten het volgende.

Op grond van zijn eindexamen toegelaten tot het afleggen van bepaalde academische examens, wordt elke student geacht de vereiste capaciteiten voor een bepaalde studie te bezitten. Niet zelden komt het voor dat studenten die een goed eindexamen deden, aan de academie te zwak begaafd blijken te zijn en dat anderen, die met de hakken over de sloot hun eindexamen behaalden, als student het zeer goed doen. In feite blijkt het eindexamen voor velen niet een afdoende waarborg te bieden dat zij over de vereiste capaciteiten beschikken. Zij moeten het nadien nog ondervinden. De student die zich voor het eerst laat inschrijven, draagt ook een verlangen in zich met betrekking tot zijn werkzaamheid in de toekomst. Er is een of ander beroep dat hem aantrekt. Over de inhoud van de studie die hij daartoe moet maken, heeft hij niet meer dan een vaag idee. Het is te begrijpen, dat menige student na korte tijd over zijn gedane keuze gaat twifelen. De sociale, culturele ontwikkeling en belangstelling die hij of zij van huis uit meebracht sluiten al dan niet, meer of minder bij het academisch milieu aan. Dit kan voor de één meer, voor de ander minder moeilijkheden meebrengen.

De voorlichting die verstrekt wordt, geeft geen juist beeld van wat men aan universiteit of hogeschoolervaart. De voorlichting kan geen adequaat beeld geven: alle weten over het leven aan de universiteit is iets anders dan *beleven* wat het betekent.

Al naar een student meer flexibel of meer star van aard is, zal hij meer of minder soepel op zijn nieuwe bestaan reageren. Zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en het tempo van zijn studie zal de een of andere student af en toe het bijzijn en het voorbeeld van gezinsleden missen of ook de stok achter de deur; wellicht zal een ander zich oefenen in zelfdiscipline om innerlijk vrij te kunnen worden; een derde voelt de noodzaak tot studeren altijd weer op zich wegen; nog een ander raakt verstrikt in het gevoel dat hij tegen de situatie niet opgewassen is.

Uit zijn middelbare schooljaren brengt hij een schoolse wijze van studeren mee. Het valt hem niet gemakkelijk zich te zetten tot een studie, die niet daags daarna wordt gecontroleerd. Van beslissende invloed voor het verloop van de studie schijnt te zijn, of en in hoeverre de student

zich een nieuwe doelmatige methode van studeren eigen maakt.

De studietaak.

Als tweede groep van factoren werd genoemd de studietaak. Professor Rutten wijst erop dat de taken en de studiestof naar de studierichting zeer uiteen lopen. Binnen één en dezelfde richting liggen ze niet voor lange tijdperken vast; ze zijn veranderlijk. De student die begint kan zijn studietaak in het geheel niet overzien. De stof, niet omgrensd, lijkt onbeperkt. In de onoverzienbare studiestof zijn de accenten van belangrĳkheid door de student zelfs niet te vermoeden. M.a.w. de studietaak is diffuus. In de middelbare school had men collectief gestudeerd; aan Universiteit of Hogeschool is die sociale steun niet aanwezig. De wijze waarop de studiestof wordt aangeboden is eveneens anders; ze mag voor de docent typerend zijn, voor de student is ze onpersoonlijk, evenals de band tussen de leermeester en hemzelf. Waar het op aankomt, is dat de student zijn taak en haar onderdelen zelf moet ontdekken.

Levensomstandigheden en andere factoren.

De derde groep van factoren wordt gevormd door de aanpassingseisen bij de overgang van de ene situatie naar de andere. Voor iedere beginnende student is de situatie nieuw. De leefgewoonten van het gezin heeft hij losgelaten: de gebruikelijke dagindeling, de normen voor het gebruik van zijn tijd, voor het houden van het midden tussen studie en sociaal contact, de omgangsvormen, het spraakgebruik, enz. De sociale controle waaraan hij gewend was, is nagenoeg weggefallen. Meer en meer groeien de meesten weg van het ouderlijk huis, naar zelfstandigheid toe. Intussen voelen zij zich financieel onzelfstandig, ook onzelfstandig t.o.v. het algemeen functionerend maatschappelijk leven. Speciaal de student die op kamers woont, moet maar zien hoe hij zijn leven laat verlopen en hoe hij met zijn geld rondkomt. Hij beleeft het, dat hij om zich bij een bepaalde groep aan te sluiten, initiatief moet nemen. Het studentenmilieu is geenszins alleen beproeving. Het kan ook veel bijdragen tot wat wij in onze tijd zijn „vorming” noemen. Of een student zich gemakkelijk of moeilijk aanpast, schijnt voor een groot deel te worden bepaald door de sociale groep die hij begeert of waarin hij in werkelijkheid terecht komt.

Tenslotte de vierde groep zoals bijvoorbeeld een gebeurtenis thuis, ziekte, verloving of huwelijk, ongunstige ervaringen bij een tentamen of examen opgedaan, welke een spaak in het wiel kunnen steken.

Die toevallige en onvoorzienbare gebeurtenissen, waarbij ook andere te voegen zijn, zoals een bestuursfunctie in het studentenleven, het vervullen van een student-assistentchap, maken het berekenen van een gemiddelde studieduur problematisch.

Professor Rutten herinnert eraan dat wij er veel meer aan zouden hebben, als de relatieve belangrĳkheid van de onderscheiden complexen van factoren bekend was. Maar zover kunnen we nog niet zien. Daartoe zal een uitgebreide factor-analyse vereist zijn. De factoren komen echter in zulk een grote verscheidenheid van combinaties voor, dat een dergelijk onderzoek zeer ingewikkeld is. De meebepalende factoren zijn interdependent. Zo kunnen de levensomstandigheden van een student op

zich genomen minder belangrĳk zijn dan zijn persoonlijke toerusting of zijn studietaak, maar gevoegd bij de invloed van zwakke punten in die andere factoren de doorslag geven.

Een ernstige belemmering ligt in de instabiliteit der studietaken. Studiestof, tentamen- en examenprogramma's verschillen van studierichting tot studierichting, van universiteit tot universiteit, van hogeschool tot hogeschool, van docent tot docent. Bovendien blijven hun eisen niet gedurende vele jaren achtereen dezelfde. Men moet er dus steeds op bedacht zijn dat verkregen gegevens een beperkt en tijdelijk karakter hebben, aldus professor Rutten.



Vereniging Artsencursus 's-Gravenhage

De voordrachten voor de 4e en laatste maand van de Artsencursus 1960-1961, zijn de volgende:

11 april. *Joh. de Deo.* Dr. J. C. Gunst: Een bijzonder geval van geelzucht. Dr. N. P. M. v. Wayenburg: Patiëntendemonstratie.

18 april. *St. Ursula kliniek.* Dr. A. Popelier: Neurologische aspecten van aangezichtspijn. Dr. A. C. de Vet: Neurochirurgische aspecten van aangezichtspijn.

25 april. *R. Kruis Ziekenhuis.* Dr. N. J. Bakker: Behandeling van blaastumoren. Dr. L. v. d. Drift: Staphylococci in de longen bij jonge kinderen.

De cursus-middagen duren steeds van 16.30 uur tot 18 uur.

Poliomyelitis symposium

Op 2 mei 1961 zal ter gelegenheid van het eerste lustrum van het Prinses Beatrix Polio-fonds een poliomyelitis-symposium worden gehouden, georganiseerd door het bestuur van dit fonds in samenwerking met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

De bijeenkomst is bedoeld voor huisartsen en voor specialisten en zal worden gehouden in de Stadsschouwburg te Utrecht (Esplanade). Om 10.30 uur zal de voorzitter van het Prinses Beatrix Fonds, Mr. J. Klaasesz, commissaris van de Koningin in de provincie Zuid-Holland, het symposium openen waarna de geneeskundig hoofdinspecteur H. J. Dijkhuis een inleiding zal houden. Hierna zal Prof. Dr. R. Gispens, wetenschappelijk directeur van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid een referaat houden over: „Vaccinatie tegen poliomyelitis met niet-vermeerderingsvatbaar virus”, waarop discussie volgt.

Na de lunchpauze spreken Mejuffrouw Ch. A. Hanrik, arts, inspecteur in algemene dienst bij de geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid over: „Opzet, uitvoering en resultaten van de entingen tegen poliomyelitis in Nederland” en Prof. Dr. J. D. Verlinde, hoogleraar in de microbiologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden over: „Problemen rond het perorale polio-virusvaccin”.

Het ligt in de bedoeling de bijeenkomst na een slotdiscussie te ± 17 uur te beëindigen.



Waarneming van specialistische praktijken door artsen-niet-specialisten

NAAR aanleiding van vragen, gerezen in verband met het waarnemen van specialistische praktijken door artsen-niet-specialisten, meent het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging het navolgende onder de aandacht van de leden te moeten brengen.

Het moet in het algemeen onjuist en ongeoorloofd worden geacht, dat een specialist gedurende zijn afwezigheid zijn praktijk laat waarnemen door een niet officieel in het specialistenregister der Maatschappij ingeschreven arts. De patiënten, die door een huisarts naar een specialist worden verwezen, hebben het recht door een specialist te worden onderzocht en/of behandeld. Ook de ziekenfondsen hebben er - krachtens de met de L.S.V. gesloten overeenkomst - recht op, dat hun verzekerden die naar een specialist worden verwezen, specialistische hulp - dat is hulp door een in het specialistenregister der Maatschappij ingeschreven specialist - verkrijgen.

In de praktijk wordt van het bovenstaande in zoverre wel eens afgeweken, dat het als geoorloofd wordt beschouwd dat de praktijk van een specialist tijdens diens afwezigheid wordt waargenomen door een arts, die zijn

opleiding tot specialist vrijwel heeft beëindigd. Daarvoor is het echter vereist, dat de opleider van deze arts dit verantwoord acht en hem daartoe in de gelegenheid stelt.

Een specialist, die met vacantie gaat, dient in het algemeen van zijn afwezigheid kennis te geven via een advertentie in de dagbladen, opdat zowel patiënten als huisartsen hiervan op de hoogte zijn.

Indien meerdere specialisten van eenzelfde specialisme of van verwante specialismen in een bepaalde plaats aanwezig zijn, zal de waarneming zo mogelijk bij onderlinge afspraak tussen de betrokken specialisten worden geregeld. Is er geen waarnemer beschikbaar, dan zal bekend gemaakt moeten worden, dat tijdens de afwezigheid van de specialist geen spreekuur zal worden gehouden; de specialist zal de praktijk dan wel zo moeten regelen, dat de patiënten die in behandeling zijn, tijdens deze periode niet worden terugbesteld en dat een andere specialist de in behandeling zijnde patiënten - voor zover nodig - overneemt. Voor dringende gevallen zullen de huisartsen hun patiënten dan ook moeten verwijzen naar een andere specialist ter plaatse, dan wel - zo deze ontbreekt - naar een specialist in de omgeving van hun woonplaats.

Uit het bovenstaande volgt, dat het onjuist is, dat een arts die b.v. als algemeen assistent in een ziekenhuis werkzaam is, regelmatig als vervanger voor specialisten optreedt.

Namens het Centraal Bestuur der L.S.V.:

Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, *voorzitter*.



Eindhoven en Omstreken

Samenwerking huisarts en specialist

Dat de behoefte aan onderling contact, waarover in een redactioneel artikel van dit blad op 17 maart j.l. werd geschreven, in onze afdeling wordt gevoeld, is reeds gebleken uit het feit dat op de afdelingsvergadering van 30 januari j.l. de samenwerking tussen huisartsen en specialisten aan de orde is gesteld. Van de daarbij gevoerde bespreking moge hieronder een verslag volgen.

Het uitgangspunt was dat een goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten een voorwaarde is voor een optimale geneeskundige verzorging van onze patiënten. Deze samenwerking wordt in toenemende mate bedreigd door een aantal factoren, waarvan er enkele zijn:

1. De sterke en steeds voortschrijdende specialisatie in de geneeskunde, en de snelle technische ontwikkeling, ook in de geneeskunde, waardoor de huisarts nauwelijks meer in staat is op de hoogte te blijven van wat er in de verschillende specialismen op het gebied van de diagnostiek en de therapie mogelijk is.

2. De onbekendheid van de meeste specialisten met het werk van de huisarts en de omstandigheden, waaronder dit moet worden verricht. Oorzaak hiervan is, dat

velen direct na het behalen van het arts-diploma zich gaan specialiseren en dus altijd in ziekenhuizen blijven werken.

3. Het grote aantal artsen, waarmee contact zou moeten worden onderhouden, maakt het praktisch onmogelijk om dit, zoals vroeger, in de persoonlijke sfeer te houden. Het hierdoor veroorzaakte verschijnsel, dat nieuw aangekomen artsen zich vaak niet meer persoonlijk voorstellen aan andere, langer gevestigde collegae, is betreurenswaardig, maar vermoedelijk slechts gedeeltelijk te verbeteren. Onze afdeling Eindhoven van de Maatschappij bestaat reeds uit meer dan 200 artsen, waarvan zeer velen onderling meer of minder beroepsmatig in contact komen.

4. Een gebrek aan de nodige tijd voor een rustig gesprek, de tijd van beide categorieën artsen is veel te zwaar bezet om hier nog enkele uren voor te kunnen afzonderen, hoe nuttig dit op zich ook is.

Als gevolg van deze en mogelijk nog andere oorzaken is een verwijdering tussen de huisartsen en de specialisten ontstaan, die dreigt toe te nemen. Indien men wil trachten hieraan iets te veranderen, zal men zijn toevlucht niet kunnen nemen tot herstel van allerlei oude en vroeger zeer gewaardeerde gewoonten zoals de koffiekamer in de ziekenhuizen, en persoonlijke vriendschap tussen de artsen. Het eerste is praktisch onmogelijk door tijdgebrek, het tweede door het daarvoor veel te grote aantal artsen. We zullen ons dus moeten bezinnen op eigentijdse middelen om aan deze, door allen als een

gevaar voor de geneeskunde gevoelde ontwikkeling, een einde te maken en zoveel mogelijk de hier en daar reeds ontstane verwijdering te corrigeren. Dit probleem werd uitvoerig besproken, nadat het was ingeleid door vertegenwoordigers van huisartsen en specialisten.

Hierbij kwamen de volgende gedachten naar voren:

De basis voor elke verbetering in de bestaande situatie zal moeten zijn: vertrouwen van de huisarts in de behandeling van de specialist. De huisarts zal er van uit moeten gaan, dat de specialist naar wie hij de patiënt heeft verwezen, alle nodige diagnostische en therapeutische maatregelen zal nemen, die in het belang van de hem toevertrouwde patiënt nodig zijn, inclusief het in consult roepen van een mede-specialist, ook al zal de specialist niet altijd in staat zijn tevoren steeds met de huisarts te overleggen over de keuze der consultants. Als middelen, die kunnen dienen om het beoogde doel te bereiken, kunnen worden genoemd:

De *specialist* zal er naar streven, dat

a. de huisarts op de hoogte wordt gehouden van ernstige veranderingen in de toestand van de patiënt, die in het ziekenhuis is opgenomen. Dit kan geschieden met een korte schriftelijke mededeling, eventueel ook mondeling.

b. de huisarts tijdig in kennis wordt gesteld van verwijzing naar een andere specialist.

c. bij ontslag uit het ziekenhuis zo spoedig mogelijk, binnen 5 dagen, bericht wordt gestuurd aan de huisarts. In bijzondere gevallen zal hij de huisarts mondeling de inlichtingen geven, die deze nodig heeft voor het voortzetten der behandeling thuis. Indien het onmogelijk is de ontslagbrief binnen de vijf dagen aan de huisarts te sturen, zal hij direkt een kort bericht sturen, eventueel later gevolgd door een uitvoeriger verslag.

d. de patiënt naar de huisarts wordt terug verwezen, indien blijkt, dat het ziektegeval niet tot zijn specialisme blijkt te behoren. Indien de specialist echter voor zijn diagnose de hulp nodig heeft van een collega-specialist zal hij de laatste zonder overleg met de huisarts in consult kunnen roepen. (Wij kunnen hier spreken in het eerste geval van een curatieve verwijzing, in het tweede van een diagnostische verwijzing).

e. de assistenten en verpleegsters een juiste houding

aannemen tegenover de huisarts en zich tegenover de patiënt niet laatdunkend uitlaten over de huisarts. Indien hij meent, dat de huisarts inderdaad onjuist heeft gehandeld zal hij dit persoonlijk rechtstreeks met de huisarts opnemen.

f. hij de patiënten, die door de huisarts naar hem worden verwezen, zoveel mogelijk zelf ziet, vooral in ernstige of diagnostisch moeilijke gevallen.

g. indien de behandeling aan een assistent wordt overgelaten, deze ook het bericht aan de huisarts met zijn eigen naam zal ondertekenen namens de specialist en niet met de handtekeningsstempel van de specialist.

h. recepten door specialisten of assistenten afgegeven leesbaar de naam van de voorschrijvende arts vermelden (dit is vooral van belang voor de apotheekhoudende huisartsen).

De *huisarts* zal er naar streven, dat

a. aan de patiënt, die naar een specialist wordt verwezen de nodige gegevens worden medegegeven, eventueel tevoren telefonisch wordt overlegd.

b. de patiënt in gevallen, waarin de diagnose twijfelachtig is, naar het ziekenhuis zal worden gestuurd voor consult door de specialist, het daarbij aan de specialist overlatend of opname noodzakelijk is of niet. Hij zal dit dan ook aan de patiënt of de familieleden mededelen.

c. de patiënt niet voor opname naar het ziekenhuis zal worden gestuurd zonder overleg met de specialist, behoudens in bijzondere gevallen.

d. hij zijn patiënten, die in het ziekenhuis zijn opgenomen zoveel mogelijk tijdens het ziekenhuisverblijf zal bezoeken, vooral ernstige patiënten of die met een twijfelachtige diagnose.

e. in het algemeen het advies van de specialist over verdere behandeling en vooral betreffende de medicamenteuze therapie, wordt opgevolgd. Indien de huisarts meent, dat hij van het gegeven advies moet afwijken, zal hij hiervan aan de specialist kennis geven. Dit laatste geldt in het bijzonder voor die gevallen, waarin de apotheekhoudende huisarts meent, niet het door de specialist voorgeschreven recept te moeten afleveren.

Ook de ziekenhuizen zullen worden verzocht aan het betere contact tussen de huisarts en de specialisten mede te werken. Hier komen in aanmerking:

a. het zo goed mogelijk verzorgen van de interne telefoonverbindingen, zodat de huisarts de specialist zo snel mogelijk kan bereiken. Daarbij dient wel te worden bedacht, dat vele specialisten (chirurg, gynaecoloog, k.n.o.-arts enz.) vaak niet in staat zijn aan de telefoon te komen.

b. het bij opname van een patiënt terstond sturen van een bericht aan de huisarts, waarop ook vermeld staat op welke afdeling de patiënt wordt verpleegd.

c. het instrueren van verpleegsters, dat zij een correcte houding t.o.v. de huisartsen dienen te bewaren en zich dienen te onthouden van elke kritiek op de huisarts tegenover de patiënt.

Voorts kan worden nagegaan of het aanleggen van een

MAATSCHAPPIJ-AGENDA

3 juni	Ledenvergadering L.S.V.
17 juni	Ledenvergadering L.H.V.
8 juli	Alg. Vergadering Mij.
12, 13 en 14 oktober	Ledencongres der Mij., A'dam
4 november	Ledenvergadering L.H.V.
18 november	Ledenvergadering L.A.D.
9 december	Ledenvergadering L.S.V.
16 december	Alg. Vergadering Mij.

„critical list” mogelijk en wenselijk is en of deze „list” een wezenlijke bijdrage zou kunnen leveren aan de oplossing van het hier gestelde probleem.

Tenslotte nog een suggestie voor beide groepen artsen: men bezoeke zoveel mogelijk de maandelijks afdelingsvergaderingen van onze Maatschappij. Dit is nog het enige milieu, waar alle artsen, ongeacht hun specialisatie, elkaar kunnen ontmoeten en waar het zo nuttige persoonlijke contact tussen de collegae kan worden gelegd en verstevigd, zowel op de vergadering als vooral daarna.

A. J. M. van Susante, Eindhoven.

Walcheren

Voor de vergadering van 5 april vermeldde de agenda het onderwerp: „Diabetes en zwangerschap”, met als sprekers de collegae M. J. van der Vooren, H. H. Merkelijn en Dr. L. P. Roegholt.

J. Stumphius, Vlissingen.

Voorne en Putten

De agenda voor de vergadering van 6 april vermeldde een causerie door collega W. L. Meijering van het Delta-ziekenhuis te Poortugaal over: „Psychiatrie in de algemene praktijk”.

W. P. J. Woittiez, Zuidland.

Drenthe Zuid Oosthoek

Op 19 april zal collega P. A. J. Deodatus in „Homan” om 8 uur ’s avonds spreken over revalidatie, waarna collega F. A. Bol iets zal vertellen over de organisatie van de kankerbestrijding.

Het bestuur van de afdeling verwacht de leden gaarne op 27 april a.s. te 7 uur voor het diner in „t Herenhof” dat om 8 uur zal aanvangen.

Th. Veldhuyzen van Zanten, Emmen.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Abonnement voor niet-leden f 20,—. Losse nummers f 0,50.

★

REDACTIE EN ADMINISTRATIE

De Redactie en Administratie is gevestigd: Keizersgracht 327. Amsterdam-C. - Telefoon 242535 - Postgiro 58083

ADVERTENTIES

De advertentie-exploitatie Medisch Contact is gevestigd: Van Ostadestraat 233, Amsterdam-Z., Telefoon 719911; postgiro 58083 ten name van de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst onder vermelding advertentie-exploitatie Medisch Contact.

Advertenties in dit blad behoeven de goedkeuring van de redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

★

ADRESSEN VAN DE MAATSCHAPPIJ, HAAR ORGANEN, ENZ.

Gevestigd: Keizersgracht 327 - Amsterdam-C. - Tel. 242535
Bureau Hoofdbestuur, Dagelijks Bestuur, Boekhouding, Bureau voor Waarneming en Vestiging 9-18 uur. (Na 19 uur en zondags tel. 79.89.84) — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — L.A.C.C.

Ondersteuningsfonds weduwen en wezen: postgiro 111950, Keizersgr. 327, Amsterdam-C., secr. F. Weijnen, Vijverweg 14, Sittard, tel. 3363.

Raad van Beroep: secretaris Ph. J. Hoedemaker, Harlingerstraatweg 13, Leeuwarden.

Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid

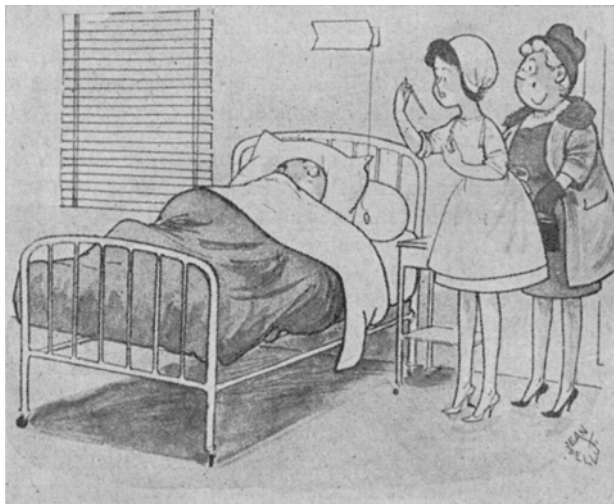
No. 2/3 februari-maart 1961

Dit 43 pagina's tellende nummer opent met een aantal besluiten uit de *Opiumwet*, over verloven, verleend aan wetenschappelijke werkers of aan de handel, tot het in bezit hebben van opium en andere narcotische stoffen, in ruwe of in bewerkte vorm, voor wetenschappelijke-, handels- of bereidingsdoeleinden.

Voor de *uitoefening van de geneeskunst in Belgisch-Nederlandse grensgemeenten* werd aan twee artsen voor een tijdvak van vijf jaren machtiging verleend.

Voorts bevat het nummer een opgave van het aantal aangegeven gevallen van *besmettelijke ziekten* van 3 juli-1 oktober 1960, verdeeld over provincies en gemeenten, welke zeer overzichtelijke opgave een groot deel van dit nummer beslaat. Ook van het aantal *overledenen aan besmettelijke ziekten*, bedoeld in de Besmettelijke Ziektenwet, worden als gewoonlijk de cijfers gegeven, ditmaal van oktober en november 1960.

Met de *mutaties* en een opgave van schrijvers en titels van enkele belangrijke *aanwinsten van de bibliotheek van de Gezondheidsraad* wordt dit beknopte nummer besloten.



—41° 3/10, it ne doit pas être loin du record du monde.

Paris Match