

Geschiedenis van de wetgeving op het gebied van de artsopleiding, het artsexamen en het artsdiploma

Met meer dan gewone belangstelling heb ik kennis genomen van het artikel van de beide DRION'S (1978). Wellicht mag ik daarbij tegen een historische achtergrond enkele kanttekeningen maken over het geringe aantal doctores medicinae onder onze huidige artsengeneratie.

Thorbecke's wet van 1 juni 1865, die op 1 januari 1866 in werking trad, heeft inderdaad een zeer ingrijpende wijziging in de geneeskundige opleiding en de bevoegdheidsverklaring tot het uitoefenen der geneeskunde teweeggebracht; voorts ook, gelijk bekend, in de titulatuur.

De middeleeuwse universiteiten verleenden de graden van magister, licentiaat en doctor. De titel van „magister” leeft ten onzent slechts voort in de juridische faculteit (meester in de rechten); in de Angelsaksische landen kent men nog de titel van „Magister artium”, afgekort tot M.A. De term „licentiaat” is bij onze zuidelijke burens nog wel gebruikelijk, bij voorbeeld „licentiaat in de tandheelkunde” (bij toevoeging aan de naam afgekort tot l.t.). Ook de faculteit der geneeskunde kende in vroeger eeuwen het licentiaat naast het doctoraat. Aan het doctoraat was de bevoegdheid tot het geven van onderwijs in alle landen verbonden, het „jus (of de: facultas) ubique docendi”.

De oude Leuvense Universiteit leverde nog in de zestiende eeuw hoofdzakelijk licentiaten in de geneeskunde af. Slechts de zeer begaafde studenten, in wie men een toekomstige docent zag, bracht ze tot de promotie. Dit is vermoedelijk ook één der redenen geweest, dat bijna alle Noordnederlandse medische studenten Leuven voorbijgingen om in Italië de doctorstitel te behalen.

Ook de Friese Hogeschool te Franeker heeft nog in de zeventiende eeuw (enkele) licentiaten in de geneeskunde afgeleverd. Het licentiaat (waarvan het diploma op zichzelf iets minder kostte dan dat van het doctoraat: f 40,- in plaats van f 30,-) lag dicht bij het doctoraat, dat onmisbaar was voor een benoeming als lector of hoogleraar. Binnen een jaar kon de doctorstitel betrekkelijk gemakkelijk als volgt worden behaald.

Intussen werden vrij algemeen het licentiaat en het doctoraat samengetrokken tot één gebeuren met één examen en de verdediging van een proefschrift. Zo gaf de promotie tegelijk de praktijkbevoegdheid en de wetenschappelijke graad.

Op het einde der achttiende eeuw brak de behoefte aan een betere en vollediger academische opleiding in de heelen verloskunde door. Terwijl een zuiver praktische opleiding in de chirurgie en verloskunst tevoren aan de Gilden was toevertrouwd, bleef deze opleiding tot (plattelands) heelen- en vroedmeester na de opheffing der Gilden in 1798 naast de universitaire bestaan (hiertoe werden ook de Klinische Scholen opgericht), maar de examens geschieden toen door de Provinciale Commissies van Geneeskundig Onderzoek en Toevoorzicht.

Ten einde te verzekeren dat de academisch opgeleide geneeskundigen ook op het gebied van de chirurgie en obstetrie voldoende onderlegd waren en om uitdrukking te geven aan hun hogere status, werd bij het Besluit op de Organisatie van het Hooger Onderwijs in de Noordelijke Provinciën (K.B. 2 augustus 1815) besloten dat men in die

drie vakken afzonderlijk moest promoveren, wilde men de geneeskunst in volle omvang mogen uitoefenen — zó nauw was de bevoegdheid verbonden aan het doctoraat. De promotie tot doctor medicinae diende eerst te geschieden en vond plaats na een examen en de verdediging van een (klein) proefschrift (zelden van stellingen). Pas daarna kon de promotie tot chirurgiae doctor en tot artis obstetriciae doctor plaats vinden. Deze was minder zwaar en volgde veelal vrij spoedig, een jaar of langer na de eerste, en dan op stellingen. Beide werden voorafgegaan door een examen en vereisten bewijzen van praktische vaardigheid. De toekomstige chir. Dr. moest enige „gewichtige operaties” op het kadaver hebben verricht (zoals nog heel lang later „operatieve chirurgie” op het kadaver voor het artsexamen werd geëxamineerd), en de aanstaande art. obst. Dr. moest 10 gewone en 2 buitengewone bevellingen onder leiding hebben verricht. Driemaal gepromoveerd zijnde was men dus pas een echte academisch opgeleide genees-, heelen- en verloskundige. (Voor het recht van onderwijs geven (de venia legendi) hield men streng aan de doctorstitel in het vak vast. Werd aan een med. Dr. en chir. Dr. ook het onderwijs in de verloskunde opgedragen, dan gaf een andere universiteit wel een eredoctoraat in dat vak. Vandaar vrij veel eredoctoraten in de negentiende eeuw.)

Bij de voorbereiding van zijn Wet, die bedoeld was om de bestaande chaos in de bevoegdheden en tevens het grote tekort der geneeskundige hulp op te heffen, heeft THORBECKE zich aanvankelijk voorgesteld aan het in te voeren staatsexamen deze titel van genees-, heelen- en verloskundige te verbinden. Pas tijdens de behandeling van zijn wetsontwerp in de Tweede Kamer op 21 maart 1865 kwam hij plotseling met het voorstel om aan de staatsbevoegdheid de titel van arts te verbinden. Mocht één der leden al als zijn overtuiging te kennen geven dat dat toch zo niet opeens maar kón, er moest over gestemd worden, en zonder dat de medische professie ook maar iets in het midden kon brengen, werd de titel onmiddellijk door de Kamer aanvaard!

De door KAPPEYNE VAN DE COPPELLO in 1878 ingevoerde „Wet houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging van de bevoegdheid van arts, . . .” gewaagde voor het eerst van de *hoedanigheid* van arts.

De ont koppeling van het doctorsdiploma en het vroegere licentiaatsdiploma heeft een einde gemaakt aan een eeuwenlange traditie en heeft aan de tot praktijk-uitoefening bevoegd verklaarde medicus het recht ontnomen dr. voor zijn naam te plaatsen. In ettelijke andere landen is dat niet het geval geweest. In Duitsland bij voorbeeld moet elke „arts” een — klein — proefschrift schrijven, dat niet gedrukt hoeft te worden, en kan hij na zijn eindexamen terecht als „Herr Doktor” aangesproken worden. Ook in andere landen (België, Zwitserland bij voorbeeld) bestaan soortgelijke regelingen. Daar is de band met het verleden dus zinnig bewaard.

Op deze wijze zijn dus onze artsen door de operatie van THORBECKE achtergesteld bij hun collega's in andere landen, die met slechts weinig meer prestatie de doctorstitel verkrijgen, tegelijk met de bevoegdheid. Immers, de „dissertaties” zijn weinig meer dan de scripties, die de medische studenten bij ons aan enkele universiteiten al tijdens hun studie moeten maken. Deze achterstelling kan nog pijnlijker gevoeld worden als men bedenkt, dat elders verleende universitaire graden hier mogen worden gebruikt. De geneesheer-immigrant van binnen of ook van buiten de

E.E.G. prijkt hier met een titel voor zijn naam, waarvoor hier een veel en veel zwaardere wetenschappelijke prijs moet worden betaald (om van de steeds hogere drukkosten maar te zwijgen). Ik heb nu 24 artsen tot de promotie mogen brengen, en velen van hen jaren en jaren zien zwoegen. Er zou m.i. veel voor te zeggen zijn om te trachten de ontkoppeling van doctoraat en artsexamen geleidelijk ongedaan te maken, of ten minste te verzachten — vooral nu sinds 1921 het artsexamen een universitair examen is geworden. Anders dan de econoom, de jurist en de socioloog, moet de medische student na zijn doctoraal examen zich nog minstens een jaar universitair bekwaam alvorens de praktijk-bevoegdheid te verkrijgen. Bovendien moet hij veelal toch al een scriptie schrijven. En tenslotte is er de blijvende verwarring tussen dokter en doctor in de samenleving.

Het zou m.i. aanbeveling verdienen te streven naar een hoger niveau van de thans veelal gebruikelijke scripties (waarvan ik overigens uitstekende voorbeelden heb gezien), zodat deze bij een vereenvoudigde wijze van vermenigvuldiging als dissertatie zouden kunnen dienen, zodat de promotie, gebeurlijk van een aantal promovendi tegelijk (zoals in het buitenland niet zelden geschiedt), zeer spoedig op het artsexamen kan volgen. Anders zou ik willen streven naar een geleidelijk herstel van het verband tussen bevoegdheidsverklaring en wetenschappelijke graad, dat door THORBECKE destijds hardhandig verbroken is, ook omdat de universiteiten, o.a. wegens gebrek aan behoorlijke academische ziekenhuizen, toen geen voldoende praktische opleiding konden bieden. Zeker zou het promoveren op reeds gepubliceerde artikelen bevorderd kunnen worden en zou er zelfs gedacht kunnen worden aan het (weer) kunnen promoveren op stellingen (zoals in de juridische faculteit in de eerste decennien onzer eeuw nog mogelijk was).

Ik ontveins mij niet, dat de verwezenlijking van dit streven, ook indien de faculteiten en universiteiten het zouden willen steunen, vele jaren tijds zou vergen. Daarom zou ik in elk geval bij de medische hoogleraren en faculteiten er voor willen pleiten de eisen voor de proefschriften niet te hoog op te schroeven en onze artsen niet veel zwaardere lasten op te leggen om de doctorstitel te kunnen voeren dan in vele andere landen het geval is.

Literatuur: DRION, R. en B. DRION (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1334. — NIJHOFF, G. C. (1923) *Ned. T. Geneesk.* 67, 1610.

Amsterdam, september 1978

G. A. LINDEBOOM

Poliomyelitis in Nederland

De reactie van DEKKING op mijn ingezonden (1978) kan aanleiding geven tot misverstand. Daarom gaarne uw aandacht voor de volgende punten:

1. Ik heb slechts willen zeggen dat men met het trekken van conclusies met betrekking tot de aanwezigheid, c.q. circulatie van poliovirus uit onderzoekresultaten van patiëntenmateriaal — vooral uit gegevens afkomstig van patiënten met aandoeningen die aan enterovirussen toegeschreven kunnen worden (toevoeging ter wille van de duidelijkheid) — voorzichtig moet zijn.

2. De laatste alinea van DEKKING's betoog behoeft m.i. enige nadere adstructie. Het wezenskenmerk van het orale poliovaccin is *niet* het „ordeloze gedrag” waardoor verspreiding naar niet-gevaccineerden kan vóórkomen, doch

het teweegbrengen van een infectie van de darm van de gevaccineerde waardoor een lokale immuniteit ontstaat. Deze immuniteit die vergelijkbaar is met de weerstand die ontstaat na een natuurlijke infectie draagt er toe bij dat een wild-type poliovirus zich nadien hierin minder gemakkelijk kan nestelen dan in de darm van een niet-gevaccineerde of van een met geïnactiveerd vaccin geïmmuniseerd persoon.

Behalve bij de door DEKKING reeds eerder genoemde bijdrage van HUISMAN (1978) over allerlei aspecten van vaccinatie tegen poliomyelitis kan de geïnteresseerde lezer terecht bij een artikel van MELNICK (1978) en bij een onlangs verschenen Leading Article (1978).

3. DEKKING schrijft — waar hij spreekt over de in Canada in de afgelopen zomer voorgekomen gevallen van kinderverlamming — over een „milieu waar het orale vaccin gebruikt wordt”. Deze mededeling is onvolledig; in Canada worden beide vaccintypen toegepast. Onder meer wordt in de provincie Ontario, waar poliogeallen zijn gesignaleerd, het geïnactiveerde vaccin volgens Salk gebruikt.

Literatuur: DEKKING, F. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1585. — HUISMAN, J. (1978) *Med. Contact* 33, 762; (1978) *Epid. Bull. (Rotterdam)* 14, 1. — Leading Article (1978) *Brit. med. J.* II, 845. — MELNICK, J. L. (1978) *Bull. Wld Hlth Org.* 56, 21. — WILTERDINK, J. B. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1585.

Groningen, oktober 1978

J. B. WILTERDINK

Aanzienlijk dalend aantal kinderen met mongolisme

Het artikel van D. HOOGENDOORN (1978) in dit tijdschrift geeft aanleiding tot een kritische reactie. Het lijkt mij nl. onjuist om uit de frequentie van mongolisme als hoofd-diagnose van een ziekenhuisopname conclusies te trekken over de natale incidentie van mongolisme, en dat om de volgende redenen:

a. Het is voor de diagnostiek van mongolisme (inclusief het chromosomenonderzoek) als regel niet nodig het kind op te nemen.

b. Indien een kind met mongolisme wordt opgenomen is dat in de regel niet in de eerste plaats wegens het mongolisme, maar wegens voedingsmoeilijkheden, decompensatio cordis, een infectieziekte of een andere aandoening. Het is aanvechtbaar om in zulk geval mongolisme als hoofddiagnose te registreren, zodat enig voorbehoud ten aanzien van dit registratie-beleid en veranderingen daarin, geboden is.

c. Het is zeer wel mogelijk dat sommige van deze complicaties van mongolisme in 1976 meer dan in 1969 poliklinisch werden behandeld; ook op dit punt is voorbehoud noodzakelijk.

d. Tenslotte, uit onderzoekingen in Manitoba (UCHIDA 1970) en uit Kopenhagen (MIKKELSEN e.a. 1976) bleek de aanmerkelijke daling van het aantal oudere moeders in de bevolking niet te leiden tot een daling van de natale incidentie van mongolisme. Het zou kunnen zijn dat nog andere, onbekende, omgevingsfactoren op deze incidentie van invloed zijn. Er is ook daarom reden tot wat meer voorbehoud in tekst en titel.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1119. — MIKKELSEN, M., G. FISCHER, J. STENE e.a.