

Mits de staphylococci gevoelig zijn voor penicilline geneest de sycosis barbae onder invloed van de locale applicatie van penicilline-zalf (23 patiënten). Daar hetzelfde serologische staphylococcustype meestal in de neus voorkomt, moet tegelijkertijd op dezelfde wijze de neus worden behandeld.

A. R. D. ADAMS and D. R. SEATON. *Intensive treatment of kala-azar with sodium antimonyl tartrate.* — Beschrijving van de behandeling van kala-azar met een 2 pCt. oplossing van natriumantimoontartraat, die gedurende 2 dagen om de 3 uur intraveneus werd ingespoten. Van de 6 behandelde patiënten genazen er 4 volledig, een patiënt kreeg kort na de behandeling een recidief, dat genas na een tweede behandeling. Een patiënt reageerde niet op de behandeling.

M. E. MORGANS. *GAUCHER'S disease without splenomegaly.* — Beschrijving van een familie, lijdende aan M. GAUCHER, doch zonder miltvergroting. De diagnose werd gesteld door het vinden van GAUCHER-cellen in het beenmerg en de kenmerkende röntgenologische botafwijkingen.

W. NAPIER. *The dropside cot in hospital.* — De metalen kinderbedjes met verschuifbare zijwanden zijn in ziekenhuizen onpractisch voor de verpleging, maken veel geluid en zijn niet zonder gevaar voor de kinderen.

J. PATTERSON. *Diagnosis of adrenal tumors. A new chemical test.* — Voorlopige mededeling over een kleurreactie van dehydro-isoandrosteron. Met deze reactie kan bij lijders aan bijniertumoren een overmaat van deze stof in de urine worden aangetoond.

N. LUBSEN

BRIEVEN UIT DEN VREEMDE



REISINDRUKKEN UIT AMERIKA

III

DE ORGANISATIE VAN DE UNIVERSITAIRE CLINISCHE STAF IN AMERIKA

De grootte van de Amerikaanse klinische staf

Een zeer groot en essentieel verschil tussen de organisatie der Universiteitsklinieken in Amerika en die in Nederland, is de samenstelling der klinische staven (senior staff). In verhouding tot die in Nederland kan men de universitaire klinische staf in Amerika gigantisch groot noemen. Als voorbeeld diene weer het staats-universitaire ziekenhuis in Ann Arbor (Michigan), een stad van slechts 35000 inwoners. In de Interne kliniek aldaar met 100 bedden en verscheiden „outpatient” afdelingen (ingedeeld naar orgaanspecialismes) bestaat de klinische staf uit: één hoogleraar, directeur der afdeling (Chairman); twee hoogleraren (één voor stofwisselingsziekten en één voor cardiologie); negen „associate” hoogleraren (ongeveer onze buitengewone hoogleraren en lectoren); zeven „assistant” hoogleraren (ongeveer onze conservatoren) en eenentwintig „instructors” (ongeveer onze hoofd-assistenten). De „residents”, „assistant residents” en „interns” (onze gewone assistenten) rekent men in Amerika niet officieel tot de universitaire klinische staf, daar men ze beschouwt als in opleiding zijnde aanstaande specialisten. Past men dezelfde indeling toe bij voorbeeld op de Leidse Interne kliniek (150 bedden), dan bestaat de specialistische klinische staf aldaar uit één hoogleraar, twee klinische conservatoren (een algemene internist en een rheumatoloog) en één hoofdassistent (algemene internist). De verhouding in getalsterkte tussen Ann Arbor en Leiden is dus, het beddenaantal in aanmerking genomen, 60 : 4, dat wil zeggen: de universitaire Interne kliniek in Ann Arbor heeft het vijftienvoudige aantal oudere gespecialiseerde krachten van die in Leiden.

De klinische staf in de chirurgische afdeling in Ann Arbor bestaat uit drie en dertig specialisten. (Met onderafdelingen laryngologie, thoraxchirurgie en neurochirurgie.)

Deze organisatie der Amerikaanse klinische staven dient drie grote universitaire principes: ten eerste kan men op deze wijze een groot aantal jongere goede krachten aan de universiteit binden door middel van titel en salaris en verhoogt men daarmee in hoge mate de intensiteit van het universitaire oorspronkelijke en toegepaste klinisch-wetenschappelijke onderzoek; ten tweede beschikt men over een reeks ervaren specialisten voor het onderwijs aan aanstaande algemene internisten, orgaanspecialisten en aanstaande huisartsen, en ten derde kan men als directeur (Chairman) van een afdeling kiezen een clinicus met talent en zin voor organisatie en coördinatie, die daaraan veel tijd wil geven, zonder dat het wetenschappelijke onderzoek in de kliniek zelf erdoor in gevaar komt.

Orgaanspecialisatie in de interne geneeskunde in Amerika

In alle grote klinieken, die wij bezochten, was de interne geneeskunde onderverdeeld in orgaanspecialismes. In Ann Arbor waren de verschillende afdelingen: stofwisselingsziekten, endocrinologie en diabetes; hartziekten; bloedziekten; gastro-enterologie; allergische ziekten (met asthma) en rheuma. In grotere steden had men ook nog infectieziekten en longziekten.

Verhouding van de afdelingsdirecteur (Chairman) tot de andere specialisten

De Chairman is het organisatorische en coördinerende hoofd der afdeling. De verschillende patiënten liggen op gemeenschappelijke zalen, die eens per week door hem worden bezocht. Hij controleert dan tevens de klinische registratie. De verschillende orgaanspecialisten hebben geen eigen routinebedden of afdelingen, doch analyseren een ziektegeval uit de zaal, dat op hun speciële terrein ligt, consultatief zo goed mogelijk. Zij werken dus min of meer evenwijdig met de algemene internisten, wien de zorg van de zaal is opgedragen. Deze kunnen natuurlijk zo veel van het orgaanspecialistische routine en wetenschappelijke onderzoek meemaken als zij wensen. Dit systeem voorkomt te eenzijdig orgaanspecialisme en tevens een onderverdeling in allerlei departementen, die geheel of grotendeels naast elkaar zouden werken. In sommige klinieken is het de gewoonte, dat de Chairman jaarlijks de verantwoording over alle klinische patiënten opdraagt aan één der andere hoogleraren gedurende enkele maanden. Dit wordt als een „eer” beschouwd en geeft de orgaanspecialist jaarlijks een tijd van volledig contact met de algemene interne geneeskunde. Zo geeft MEANS in het Boston Massachusetts Hospital gedurende 6 maanden van het jaar de „wards” aan BAUER, WHITE en ALLBRIGHT (ieder 2 maanden), zodat hij zelf gedurende een half jaar meer tijd aan wetenschappelijk klinisch onderzoek kan besteden. Sommige orgaanspecialisten hebben een klein aantal „research” bedden met een daarbij behorende gespecialiseerde verplegende en technische staf. De verhouding tussen jongeren en ouderen is uitstekend. Iedereen doet vragen en verkondigt openhartig zijn eigen mening. Om het Europese „Geheimratsystem” lacht men.

De organisatie van de klinische laboratoriumstaf

Deze is eveneens zeer doelmatig samengesteld, doch omtrent getalsterkte heb ik van Ann Arbor geen cijfers. Het spreekt vanzelf, dat een ziekenhuiscomplex onder één dak het inrichten van centrale biochemische, bacteriologische en serologische ziekenhuislaboratoria zeer in de hand werkt. De klinische bacteriologie was in Ann Arbor verdeeld in een serologische afdeling (Directeur dr. R. L. KAHN, die tevens assistent professor is in het theoretisch-bacteriologische instituut der universiteit) en een bacteriologische. Wij bezochten verscheiden ziekenhuizen, waar ook virologische laboratoria waren.

De organisatie der basisvakken ten dienste van klinisch wetenschappelijk onderzoek

In Amerika is het voor de klinische onderzoeker meestal zeer gemakkelijk hulp te krijgen ten aanzien van bepaalde klinisch-biochemische of klinisch-bacteriologische problemen van zeer gespecialiseerde theoretici. In Ann Arbor bij voorbeeld

stelde de „School of Public Health” haar zeer grote en prachtig ingerichte virus-laboratorium in dienst van de kliniek. Ook een instituut als het ROCKEFELLER Institute for Medical Research stelt zich open voor hulp aan medici voor bepaalde vraagstukken. De sterke ontwikkeling van de theoretische basisvakken der geneeskunde in Amerika, waarvan de wetenschappelijke staven ook vele malen zo groot zijn als bij ons, komt het klinisch toegepaste onderzoek natuurlijk ten goede. Een grote betekenis daarbij hebben ook de wetenschappelijke werkgroepen der medisch-biologische industriële concerns, waar men talrijke topkrachten der Amerikaanse medische wetenschap kan vinden. De sterke specialisatie van de onderzoekers der basiswetenschappen maakt de organisatie en coördinatie van bepaalde klinisch-wetenschappelijke „research-units” noodzakelijk (voorbeelden zijn bij voorbeeld long-hart-teams; de werkgroep van dr. J. E. DINGLE (commission on respiratory diseases); de werkgroep van dr. G. RAKE (mazelen), en zo voort).

Het klinische interne onderwijs in verband met de organisatie van de klinische specialistenstaf

In Amerika heeft men het stadium, waarin de enige organisatie van het universitaire interne klinische onderwijs is die voor de aanstaande huisarts, reeds lang achter zich. De organisatie van het Amerikaanse intern-klinische onderwijs is als volgt ingedeeld:

- 1e. Onderwijs aan de aanstaande huisarts.
- 2e. Onderwijs aan de aanstaande specialist en orgaanspecialist.
- 3e. Post-graduate onderwijs aan de gevestigde huisarts en specialist.
- 4e. Onderwijs aan de klinische analisten.
- 5e. Onderwijs aan de verplegende staf.

Het zijn ook de zware eisen, die de Amerikaanse universiteit stelt aan het onderwijs voor de bovengenoemde vijf categorieën, die een groot aantal oudere krachten in elk klinisch departement noodzakelijk maken. Terecht ziet men in Amerika in, dat enkele oudere stafleden onmogelijk naast hun routinetaak als arts in het ziekenhuis, hun klinisch wetenschappelijk onderzoek kunnen nagaan en daarbij goed onderwijs kunnen geven aan aanstaande huisartsen en specialisten.

Het klinisch interne onderwijs aan de aanstaande huisarts

Dit staat op een hoog peil en is zeer intensief. Daar de jaar-„klassen” niet groter mogen zijn dan ongeveer 100 (dit jaar waren zij in verband met de na-oorlogse omstandigheden ongeveer 120), kan men goed individueel onderwijs geven aan kleine groepen. In het tweede studiejaar zijn er twee uur per week een college en praktische oefening in fysische diagnostiek (ook chirurgische) en tevens een zeer fraaie acht weken durende cursus van tien uur per week (!) in klinische laboratoriumdiagnostiek (in een zeer grote zaal van het universiteitsziekenhuis). In het derde studiejaar zijn drie klinische colleges (8 uur 's ochtends!) per week en gedurende acht weken dagelijks van 10 tot 17 uur praktische klinische oefeningen. In het vierde studiejaar zijn de enige „colleges” de conferenties van de klinische staf en gedurende acht weken dagelijks van 8 tot 12 uur praktische klinische oefeningen. Er zijn afzonderlijke cursussen in electrocardiographie, bloedziekten en allergie. In de ziekenzalen en polycliniek werkt de student als zogenaamde clinical clerk. Hij onderzoekt nieuwe patiënten klinisch en verricht van elk ziektegeval het laboratoriumonderzoek. Hij vervolgt de onderzochte patiënten, zolang hij op de ziekenzaal werkzaam is en van hem wordt verwacht, dat hij de literatuur kent van de ziekten, waarmede hij in aanraking komt. Voortdurend wordt hij bij zijn werk geholpen en geleid door een daarvoor bestemd ouder en ervaren staf lid. Zijn werk is niet ingeschakeld in dat van de zaal- of polycliniek routine, dat wil zeggen de patiënt wordt tevens nagezien door de gewone routinestaf. Voortdurend zijn er discussies en demonstraties om bepaalde symptomen en behandelingen te verduidelijken. Het lezen van tijdschriften wordt zeer aangemoedigd en overdreven „belief in authority” wordt gecorrigeerd. Het verplichte „practische jaar” besteedt

de graduate in een kliniek als zogenaamde „intern” of in de praktijk van een practicus. De „interns” doen zelfstandig werk en worden gecontroleerd en geassisteerd door oudere stafleden (instructors en professors) of in de ziekenhuizen der grote steden vaak door de zogenaamde „visiting staff”. Het systeem van de „visiting staff” heeft echter ook grote nadelen, waarvan prof. dr. I. SNAPPER in New York onlangs een belangwekkend overzicht gaf.

Het onderwijs aan de aanstaande specialist

Dit staat in Amerika op een zeer hoge trap. Men neemt niet aan, dat een pas afgestudeerd arts „vanzelf” specialist wordt door een paar jaar in een universiteitsziekenhuis te werken. Men voelt zeer sterk de noodzaak van een didactische universitaire specialistenopleiding. De aanstaande specialist werkt als „intern”, „assistant resident” en „resident” in de kliniek, voortdurend geleid door oudere stafleden. Officieel behoort de intern en de resident niet tot de staf en hij wordt niet in de personalia der universiteitsgidsen vermeld. Hij rouleert door de departementen der verschillende orgaanspecialisten en pathologen. Voortdurende dagelijkse „conferénces” en cursussen dienen verder tot zijn opleiding (clinical, clinical-radiological, clinical-pathological conferences). Een zwaar specialisten-examen moet worden afgelegd om als specialist te kunnen worden erkend.

Het is voor de samenstelling van de klinische staf van zeer grote betekenis, dat het onderwijs aan aanstaande specialisten op deze wijze is georganiseerd en rekening houdt met de orgaanspecialisatie in de interne geneeskunde. Het houdt in, dat de klinische wetenschappelijke staf de beschikking moet hebben over ervaren orgaanspecialisten en pathologen. Men kan voor het onderwijs aan aanstaande huisartsen desnoods volstaan met algemene internisten, doch op het ogenblik is voor de specialisatie in de interne geneeskunde en voor internist orgaanspecialist zeer beslist de ervaren orgaanspecialist en patholoog onmisbaar en het is vooral hier, dat de gemiddelde Nederlandse universiteit in haar organisatie ten achter blijft en als opleidingscentrum in aanzien dalende is, nog afgezien van alle hiaten ten aanzien van het klinisch-wetenschappelijke onderzoek, die daardoor ontstaan. Ook aan het „post-graduate” onderwijs wordt in Amerika zeer hard gebouwd. Sommige ziekenhuizen zijn hiervoor geheel georganiseerd (onder andere het Mount Sinai Hospital in New York, leiding prof. dr. I. SNAPPER en de MAYO Clinics in Rochester (Minnes)).

(4). *Het onderwijs aan de aanstaande laboratoriumtechnici (analysten)*

Dit is in Amerika ingeschakeld in het universitaire onderwijs. Een deel van de klinische laboratoriumstaf is daartoe werkzaam.

(5). Ook het klinische onderwijs en dat der basisvakken aan het *verplegende personeel* is universitair, hetgeen onzes inziens een uitstekende maatregel is.

Scholen voor diëtisten en medische secretaresses worden grotendeels geleid door ervaren krachten uit de diëtistenorganisatie van het ziekenhuis (het ziekenhuis in Ann Arbor had 20 diëtisten !) en uit het secretariaat zelf, zodat de klinische staf hiervan is vrijgesteld.

Vergelijkt men het Nederlandse universitaire ziekenhuis zelf en die van de haar toebedeelde klinische geneeskundige staven met die in Amerika, dan treffen de leemten vanzelf. Zij zijn echter in hoofdzaak van organisatorische aard. Het ontbreken van een blijvend organisatorisch en coördinerend lichaam (een Nederlandse „Council on Medical Education and Hospital Organisation” als onderafdeling van een Nederlandse „Medical Research Council”), dat voortdurend corrigerend kan werken en voldoende contact houdt met buitenlandse organisaties, voor zover het geen oorspronkelijke nieuwe wegen inslaat, doet zich in ons land onzes inziens pijnlijk gevoelen.

Leiden, September 1947

J. MULDER