

Forum for internal medicine: opinions and controversies

Antoni Hrycek

Department of Internal, Autoimmune and Metabolic Diseases, Faculty of Medicine of Katowice, Medical University of Silesia, Katowice, Poland



Prof. Antoni Hrycek, MD, PhD A specialist in internal diseases; since 1971, affiliated with Medical University of Silesia, Katowice, Poland; Head of the Department of Internal, Autoimmune, and Metabolic Diseases (since 2005) and Vice-Dean of Medical Faculty of Medical University of Silesia (1990–1996); an author of more than 170 papers in internal medicine published in numerous Polish and international journals; active member of the Polish Society of Internal Medicine

Correspondence to:
Prof. Antoni Hrycek, MD, PhD,
Klinika Chorób Wewnętrznych,
Autoimmunologicznych
i Metabolicznych, Śląski Uniwersytet
Medyczny, ul. Medyków 16,
40-752 Katowice, Poland,
phone: +48 32 252 56 63,
e-mail: genmar@ka.onet.pl
Received: September 23, 2016.
Accepted: September 23, 2016.
Conflict of interest: none declared.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (10): 814-818
doi:10.20452/pamw.3624
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

For more than a decade now, we have been observing the continued depreciation of internal diseases and internal medicine specialists despite a huge need for their services, which can be noted in the current activity of the hospitals and outpatient clinics. It was reflected in the closing of internal medicine clinics and supplementing the names of internal medicine units with additional terminology related to the detailed specializations rising from the internal medicine, since

in this way it was easier to upkeep the internal medicine units.

It is high time that we protested firmly against the depreciation of the significance of internal diseases in clinical practice. The reasons for this are many, for example they stem from the fact that only the internal medicine specialists can provide a holistic approach to the patient, while at the same time acting as doctors who solve numerous and very difficult clinical problems, working both in their own units as well as in surgical, neurology, infectious diseases, dermatology units, etc.

It is known that the internal medicine specialists function successfully for example in the United States. It has become apparent that experienced internists are a “treasure” for the hospital because they are able to analyze the majority of additional tests, be it endoscopic, imaging, or laboratory examination. Then, taking into account a clinical picture of a disease, they are able to synthesize all information based on which they tie all loose ends, thus providing a correct diagnosis. One should not forget that a precise diagnosis based on accurate actions and subsequent recommendation of a proper treatment translates into tangible economic results. Such actions in a more and more complex area of medicine require the implementation of a detailed differential diagnosis of diseases, which does not only relate to the work in the internal medicine units but also to consultations in different units for which internists are essential and which also proves to be the reason for their “exploitation”.

If we do not restore due importance of internal medicine and its specialists, then we can anticipate that in the near future we will witness more and more mistakes committed by doctors as regards diagnosis and therapy. Generally speaking, we could be faced with a certain chaos in the area of diagnosis and treatment.

We need to remember that in medicine and in patient treatment 2×2 is not always 4. Frequently, during the diagnostic process and also during

the treatment, we observe some adverse events that manifest themselves as complications related to different systems and organs. Here we can see a positive role of experienced internal medicine specialists who could recognize such problems in advance and react properly to treat them.

Generally speaking, I would divide doctors, including internists, into “craftsmen” (with all positive connotations of the term) who perform their work duly and responsibly and “artists” who because of their passion, commitment and a sense of mission, as well as experience can provide a broad-scale differential diagnosis of diseases. Those who are truly cut out for this are the internal medicine specialists who have vast knowledge encompassing different aspects of internal medicine as well as infectious diseases, neurology, immunology, dermatology, and others.

Internal medicine units cannot be used solely for the purposes of treatment needed to be administered in the case of complications resulting from the actions taken by the highly specialized units, for example, complications following chemotherapy, radiotherapy, and anticoagulant therapy, as well as acid base homeostasis and water-electrolyte balance alterations. Typically, internal medicine units provide care to patients with systemic diseases, including metabolic disorders, such as atherosclerosis, diabetes and its complications. They provide diagnostics that encompasses cancer, diseases of the digestive and osteoarticular systems, hypertension, and other entities where the disease afflicts different organs and hence the need for internists’ services. With the aging of the Polish society, the role of the internal medicine specialists becomes very important as regards the care provided to elderly patients, especially considering the fact that the geriatric units are scarce and they are not necessarily suitable to provide care to these patients.

From my own experience, I know that in internal medicine units, we often come across patients with rare diseases, and this typically requires costly diagnostic workup and treatment. The role played by the internal medicine specialists in diagnosis and treatment is not appreciated enough. What is more, their work in units and clinics goes unnoticed, as does their part in diagnosing and treating clinically complex diseases, de facto systemic ones, resulting from microbial infections (Lyme disease, yersiniosis, toxoplasmosis, etc), in the case of treatment of which, to put it mildly, the highly specialized units, having their roots in internal medicine, may have a problem. The aforementioned facts require that the action be taken to strengthen the position of the internal medicine specialists and restore the importance of internal diseases units as well as to reactivate internal medicine clinics, especially the outpatient hospital ones.

Many a times have I observed the patients frequenting different highly specialized clinics, which always led to a therapeutic chaos, and as

a result, it could theoretically pose a threat to the patient’s health.

We have already forgotten about the medical councils convened to help the patients with an unclear clinical image of the disease. I cannot imagine such meetings without the presence of the internists.

I understand that young doctors prefer to choose narrow subspecialties because this means a less stressful job that is more convenient, predictable, and gives the opportunities for a fast-paced professional development if compared to such a broad specialty as internal medicine. But can this be in any way beneficial for the society with respect to internal diseases (which encompass the patients with individual diseases but also, and mostly, those with a complex clinical picture suffering from an acute or chronic condition), here I have my doubts. Therefore, an action needs to be taken in order to provide a financial incentive for the internists and this could motivate doctors to specialize in internal medicine, which is both broad and difficult.

Another important issue is training. Besides the fact that it should mostly be of a practical kind, I need to say that when during the meetings of doctors of different specialties I listen to the lecture about procedures and algorithms read by the lecturers and I see the doctors in training noting the information down or recording it, then I feel like asking the lecturers how many of these algorithms can they themselves memorize? The more experience I have as a doctor the more convinced I am that diagnostics and treatment are still a form of art and that the professional experience acquired at the patient’s bedside (observing the course of a disease) is very important. All this is mostly related to the experience acquired in the units with a broad diagnostic spectrum, as represented by the internal diseases units, and this cannot be underestimated.

All in all, I think that there are too many training courses, they are repetitive and in my opinion, and let me be wrong, too commercialized and on the service of pharmaceutical companies. Another issue related to the pharmaceutical companies is introducing on the market medications under different company names but with the same active substance. This clutters the doctor’s memory and leads to the chaos in treatment. I suggest that something be done with this problem because internists are the main group of doctors who receive those medications.

I think that it is essential to run a large-scale campaign that would raise awareness within the medical circles so as to demonstrate the importance of the work of experienced internists and to establish cooperation between internists and doctors of narrow specialties stemming from internal diseases. At the same time, internal medicine specialists would play a key role and they would manage the integrated medical care in the hospital units. Furthermore, I stand by my opinion expressed in one of the interviews that

an experienced internist working in the internal diseases unit, where he or she is faced with millions of cases of different medical conditions, does not need the help of doctors working in narrow specialties. Nevertheless, with regard to the hospital and nonhospital care we need to establish a certain consensus between the internal medicine specialists and subspecialists in the fields stemming from the internal diseases as well as family doctors. I think that comprehensive medical knowledge provided by the internal medicine specialty proves that this specialty is the one that best serves the society and the medical care over it, thus bringing about measurable and long-term health benefits and at the same time making it possible to solve the patients' current medical problems.

In the end one has to realize that if we are to take into consideration public health, we cannot allow that the economic considerations (medical commercialization) related to diagnostics and treatment dominate and paralyze the autonomous diagnostic and treatment plans offered by the doctors to their patients who trust them and who remain under their care. I dare to point out that it would be inhumane and contradictory to the doctor's mission and it would certainly lead to the undermining of the doctor's expertise and the patient's expectations towards doctors.

Note The opinions expressed by the author are not necessarily those of the journal editors, Polish Society of Internal Medicine, or publisher. The Polish version of the commentary is available on pages 817-818.

Forum medycyny wewnętrznej – opinie i kontrowersje

Antoni Hrycek

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Autoimmunologicznych i Metabolicznych, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

W ciągu ostatnich kilkunastu lat postępuje deprecjacja specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych, mimo wielkiego zapotrzebowania na ich usługi wyraźnie widocznego w bieżącej pracy szpitali i ambulatoriów. Przejawia się to m.in. likwidacją poradni internistycznych oraz uzupełnianiem nazw oddziałów wewnętrznych o dodatkowe określenia z zakresu specjalizacji szczegółowych wywodzących się z interny, gdyż w tej formie oddziały wewnętrzne mają większą szansę na utrzymanie się.

Nadszedł czas, aby kategorycznie przeciwstawić się zjawisku umniejszania znaczenia chorób wewnętrznych w praktyce klinicznej. Uzasadnień jest wiele – wynikają np. z faktu, że tylko specjaliści chorób wewnętrznych mogą spojrzeć na chorego holistycznie, jako lekarze rozstrzygający wiele bardzo trudnych problemów klinicznych w ramach pracy zarówno na własnych oddziałach, jak i na oddziałach zabiegowych, neurologicznych, zakaźnych, dermatologicznych itp.

Specjaliści z zakresu chorób wewnętrznych z powodzeniem funkcjonują m.in. w Stanach Zjednoczonych. Uznaje się tam, że doświadczony specjalista internista to „majątek” dla szpitala, ponieważ potrafi poddać analizie większość badań dodatkowych (endoskopowych, obrazowych, laboratoryjnych), a następnie dokonać ich syntezy z obrazem klinicznym choroby, stawiając tym samym diagnostyczną „kropkę nad i”, czyli właściwe rozpoznanie. Diagnoza postawiona precyzyjnie na podstawie celnego postępowania, a następnie właściwe ukierunkowanie leczenia przynosi wymierne korzyści ekonomiczne. Takie działania w coraz bardziej skomplikowanej dziedzinie nauki, jaką jest medycyna, wymagają prowadzenia dogłębnej diagnostyki różnicowej nie tylko w ramach pracy na oddziałach chorób wewnętrznych, ale również podczas konsultacji na innych oddziałach. Interniści są wręcz „wykorzystywani” do tych celów i są w nich niezastąpieni.

Jeśli nie przywrócimy specjalistom z zakresu chorób wewnętrznych należnej im rangi,

należy oczekiwać, że w nadchodzącej przyszłości zwiększy się liczba błędów popełnianych przez lekarzy w zakresie diagnostyki i terapii. Ogólnie mówiąc, może nastąpić pewien rodzaj chaosu diagnostyczno-leczniczego. Trzeba pamiętać, że w medycynie nie zawsze $2 \times 2 = 4$. W toku procedur diagnostycznych i terapii często występują działania niepożądane przejawiające się powikłaniami ze strony różnych układów i narządów. W tej sytuacji dostrzegam pozytywną rolę doświadczonych specjalistów chorób wewnętrznych, którzy potrafiliby zawczasu takie stany rozpoznać i odpowiednio na nie reagować.

Lekarzy, w tym internistów, podzieliłbym ogólnie na „rzemieślników”, solidnie wykonujących swój zawód, oraz na „artystów”, którzy z zapałem, poświęceniem, wizją i doświadczeniem potrafią prowadzić zakrojoną na szeroką skalę diagnostykę różnicową. Do tego zadania szczególnie predysponowani są specjaliści z chorób wewnętrznych, posiadający bardzo szeroką wiedzę z zakresu różnych dyscyplin chorób wewnętrznych oraz zakaźnych, neurologii, immunologii, dermatologii itp.

Oddziałów chorób wewnętrznych nie powinno się wykorzystywać tylko do leczenia powikłań wynikających z działalności oddziałów wysokospecjalistycznych, np. powikłań po chemioterapii, powikłań leczenia przeciwwkrzeplowego, zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej. Z natury rzeczy na oddziałach wewnętrznych leczy się chorych z zaburzeniami ogólnoustrojowymi, w tym metabolicznymi (takimi jak miażdżycą, cukrzycą i jej powikłania), prowadzi się diagnostykę w kierunku chorób nowotworowych, układu pokarmowego, układu kostno-stawowego, nadciśnienia tętniczego itd. W tych schorzeniach procesem chorobowym mogą być objęte różne narządy i dlatego niezbędna jest tu rola internistów. Wiadomo też, że polskie społeczeństwo starzeje się, w związku z czym rola specjalistów chorób wewnętrznych staje się bardzo istotna w opiece nad chorymi

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. med. Antoni Hrycek,
Klinika Chorób Wewnętrznych,
Autoimmunologicznych
i Metabolicznych, Śląski Uniwersytet
Medyczny, ul. Medyków 16,
40-752 Katowice, tel.: 32 252 56 63,
e-mail: genmar@ka.onet.pl
Praca wpłynęła: 23.09.2016.
Przyjęta do druku: 23.09.2016.
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (10): 814-817
doi:10.20452/pamw.3626
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

w podeszłym wieku, zwłaszcza że oddziały geriatryczne są nieliczne i nie do końca mogą przejąć opiekę nad tymi pacjentami. Z doświadczenia wiem, że na oddziałach wewnętrznych często prowadzi się obserwację skutkującą wykrywaniem tzw. chorób rzadkich, które nieraz wymagają kosztownej diagnostyki i leczenia. Nie docenia się roli specjalistów internistów w diagnostyce i leczeniu, w ramach oddziałów i ambulatoriów, coraz bardziej skomplikowanych klinicznie chorób ogólnoustrojowych wynikających z zakażeń drobnoustrojami (borelioza, jersinioza, toksoplazmoza itp.), z których prowadzeniem oddziały wysokospecjalistyczne mogą mieć problemy.

Przytoczone fakty nakazują wzmocnić pozycję specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych oraz przywrócić rangę oddziałom wewnętrznym, a także reaktywować poradnie internistyczne, zwłaszcza przyszpitalne. Nieraz obserwowałem pacjentów korzystających naraz z różnych poradni wysokospecjalistycznych, co skutkowało chaosem terapeutycznym i w efekcie mogło stanowić zagrożenie dla zdrowia chorego.

Zapomnieliśmy już o konsyliach lekarskich zwoływanych w celu pomocy chorym o niejasnym obrazie klinicznym choroby. Nie wyobrażam sobie, aby w ich składzie mogło zabraknąć internistów.

Zdaję sobie sprawę, że młodzi lekarze wolą wybierać wąskie podspecjalizacje, bo zapewnia to w porównaniu ze specjalizacją tak szeroką jak choroby wewnętrzne pracę spokojniejszą, wygodniejszą, przewidywalną i pozwalającą na szybki rozwój zawodowy. Ale czy na pewno służy to dobru społecznemu tak, jak interna, uwzględniająca nie tylko pacjentów z pojedynczymi schorzeniami, ale także, i to w głównej mierze, chorych ze skomplikowanym obrazem klinicznym, zarówno w ostrym, jak i w przewlekłym okresie choroby? Mam co do tego wątpliwości. Dlatego też należałoby podjąć kroki w celu zwiększenia satysfakcji finansowej internistów, co mogłoby się przyczynić do zachęcenia lekarzy w specjalizowaniu się w tej tak szerokiej i trudnej dziedzinie, jaką są choroby wewnętrzne.

Kolejna sprawa to szkolenia. Pomijając fakt, że powinni mieć przede wszystkim charakter praktyczny, to gdy podczas zebrań lekarzy różnych specjalności słucham przekazu dotyczącego procedur i algorytmów postępowania oraz widzę notujących lub nagrywających te wypowiedzi lekarzy, to mam ochotę zapytać wykładowców: ile algorytmów sami jesteście w stanie zapamiętać? Im dłużej jestem lekarzem, tym bardziej nabieram przekonania, że diagnostyka i leczenie są w dużym stopniu sztuką, a doświadczenie zawodowe zdobywane przy łóżku chorego (obserwacja przebiegu chorób) jest bardzo ważne. Dotyczy to zwłaszcza doświadczenia nabywanego na oddziałach o szerokim wachlarzu diagnostycznym, jakimi są oddziały chorób wewnętrznych. Uważam, że szkoleń jest zbyt dużo, powtarzają się tematycznie i w moim odczuciu (obym się mylił) są nastawione komercyjnie i zbyt mocno związane z firmami farmaceutycznymi.

Inną sprawą związaną z firmami farmaceutycznymi jest wprowadzanie na rynek leków o różnych nazwach, a zawierających tę samą substancję czynną. To niezwykle obciąża pamięć lekarską i wprowadza zamęt leczniczy. Proponowałbym wprowadzić jakieś zmiany w tym zakresie, bo lekarze interniści to główna grupa lekarzy, których dotyczą te leki.

Uważam, że niezbędne jest przeprowadzenie na szeroką skalę akcji uświadamiającej całemu środowisku lekarskiemu, jak ważna jest rola doświadczonych internistów. Istotne jest powiązanie ich współpracy ze specjalistami w zakresie specjalizacji szczegółowych wywodzących się z chorób wewnętrznych, przy czym rola specjalistów internistów byłaby tutaj kluczowa i polegałaby na kierowaniu zintegrowaną opieką medyczną w oddziałach szpitalnych. Podtrzymuję także moją opinię wyrażoną w jednym z wywiadów, że wykształcony internista pracujący na oddziale chorób wewnętrznych w ogromnym odsetku przypadków nie potrzebuje pomocy lekarzy z zakresu specjalności szczegółowych. Niezależnie od tego należy wypracować pewien konsensus w opiece szpitalnej i pozaszpitalnej między specjalistami z zakresu chorób wewnętrznych a podspecjalistami z dziedzin wywodzących się z tych chorób oraz lekarzami rodzinnymi. Uważam, że wszechstronne wykształcenie medyczne, które zapewnia specjalizacja w zakresie chorób wewnętrznych, najlepiej służy społeczeństwu, przynosząc wymierne korzyści zdrowotne przede wszystkim w trybie wieloletnim, a także rozwiązując bieżące problemy zdrowotne pacjentów.

Na koniec należy sobie jednoznacznie uświadomić, że dla dobra zdrowia publicznego nie można dopuścić, aby względy ekonomiczne dotyczące diagnostyki i leczenia (komercjalizacja medyczna) dominowały i paraliżowały autonomiczne plany diagnostyczno-lecznicze lekarzy względem ufających im i objętych przez nich opieką chorych. Ośmielam się zauważyć, że byłoby to nieludzkie i sprzeczne z misją lekarza, prowadząc nieuchronnie do dalszego podważania jego autorytetu.

Nota redakcyjna Opinie wyrażone w tym artykule są poglądami Autora i nie zawsze są tożsame ze stanowiskiem redakcji czasopisma, Towarzystwa Internistów Polskich oraz wydawcy.