

Where are you headed internal medicine?

Wiesław Bryl

Department of Internal, Metabolic and Arterial Hypertension Diseases, Poznan University of Medical Science, Poznań, Poland



Prof. Wiesław Bryl, MD, PhD A specialist in internal medicine, social medicine, and hypertension; currently affiliated with the Department of Internal Diseases, Metabolic Diseases and Hypertension at Poznan University of Medical Science, Poznań, Poland; in 1984, graduated from the Faculty of Medicine at the Poznan University of Medical Science; became a professor in 2015; since 2012, a member of the National Scientific Board of the Polish Society of Internal Medicine

Correspondence to:
Prof. Wiesław Bryl, MD, PhD,
Katedra i Klinika Chorób
Wewnętrznych, Zaburzeń
Metabolicznych i Nadciśnienia
Tętniczego, Uniwersytet Medyczny
w Poznaniu, ul. Szamarzewskiego
82/84, 60-569 Poznań, Poland,
phone: +48 61 854 93 77,
e-mail: wieslawbryl@wp.pl
Received: October 9, 2016.
Accepted: October 9, 2016.
Published online:
November 30, 2016.
Conflict of interest: none declared.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (11): 916-920
doi:10.20452/pamw.3673
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

For more than a decade, we have been observing the process of dethronization of the former queen of medical sciences, the internal medicine. What gave rise to this phenomenon and who or what is responsible for this? Let us try to look at the problem holistically, that is in the same way we teach medicine students to diagnose and treat patients.

Firstly, the advances in many areas of knowledge, including medicine, that we have been experiencing over the last few decades are truly enormous. It is impossible to keep up with all the scientific news that are being published every single day all over the world. The more we

discover, the more questions we have and... the more doubts. The Socratic *scio me nihil scire* is what all great contemporary minds have in common, the proof of it being in the speeches of many Nobel Prize laureates. Hence the idea to delegate ever-more specialized units (and competent persons) to find the answers to the continuously emerging questions. Looking at this solution in the light of the presented problem regarding the division of medicine and the "dethronization" of the internal medicine, we have created a network of sophisticated subspecialties. Poland is one of the leading countries among those who have the highest numbers of detailed specialties. It would not be a flaw in our postgraduate system of education if the emphasis were put on the development of the ability to see the patient holistically, on every level of education. Unfortunately, many a time during my everyday practice have I noticed that the doctors of different specialties do not use a common language and they cannot cooperate for the good of the patient. What is more, and it needs to be stressed out, there are less and less masters of internal medicine who would know how to treat the patient holistically, at the same time being able to promptly undertake proper diagnostic and therapeutic steps. Sometimes it feels as though within this network of sophisticated subspecialties there is no one who could integrate the collected data. This missing link is/ would be/will be (I shall leave it to the Reader to choose) the internal medicine specialist.

Secondly, it is obvious that so many subspecialties have been created mainly out of concern for the patients' wellbeing, the reason being the need to provide them with medical services of the highest quality. Considering the history of medicine we can discover that the attention to the quality of medical services has always played an essential part of the great actions undertaken with regard to people's health and life. The awaiting punishment for the incompetent medical treatment had already been described in the Code of Hammurabi (1728–1686 BC), in the Laws of Manu of the Veda Books of Knowledge (1500–500 BC) and in the Lex Visigotorum (300 BC). Contemporary

definitions of the quality of medical services are most often formulated from the perspective of the patients whose opinion is based mostly on the “course” of a service and the final result of the medical treatment. It is worth to note that for the patient the quality of the received service is in fact related to the competency of medical personnel. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization defines the quality as “the degree to which each service provided to the patient, delivered in accordance with the current level of knowledge, increases the probability of obtaining the desired result of care and reduces the probability of undesirable results.” In the name of improving the competency of medical personnel as well as the attention to the use of the current level of medical knowledge, so many detailed specialties were singled out.

What steps should be taken in order to secure a proper place for the internal medicine specialist, without having to ruin the existing achievements in the postgraduate system of education or within the organizational division of units providing medical services? It is a difficult question and finding an answer can certainly be compared to an attempt to disentangle the Gordian Knot. Nevertheless, I will venture to provide some suggestions as to the direction which, in my opinion, should be taken by the decision-makers dealing with the health care issues.

An important step on the way to strengthen the position of the internal medicine specialist would be to reestablish medical councils and ensure that they are included in the diagnosis and therapy framework pertaining to all patients, not only the oncological ones. I would say that the internal medicine specialist should play the role of the meeting’s multidisciplinary coordinator. The common ground established by such a body would significantly shorten the diagnostic path and the time the patient needs to wait to receive treatment. At this opportunity I would also like to express my hopes that it could possibly save our time which we often waste on writing referrals and making dozens of phone calls to our colleagues dealing with different specialties.

I call upon the decision-makers responsible for the health care system to think about a better valuation of hospitalization, taking into account general internal medicine considerations. In my opinion it is the most important (and possibly the only) way to put an end to the elimination of the costly intensive internal diseases units and the subsequent transformation of those, due to financial reasons, into units providing care for those patients who were “lucky enough” to contract a disease that was highly valued by the National Health Fund (Polish: Narodowy Fundusz Zdrowia – NFZ).

There is one more place for the “endangered species” of the internal medicine specialists within the structures of the domestic health care. I am far from wanting to multiply entities and create an artificial place for the internal medicine

specialists but I would still see the need to reestablish the internal medicine clinics. I would like to emphasize that it is not my intention to depreciate the role of the family doctors and to strip them off their competences but, knowing well their problems in the everyday clinical practice, I would like for them to have the possibility to consult an internal medicine specialist if they are treating a “difficult” patient. Not every such patient requires immediate hospital diagnostics and referring him or her to several different specialists will not promptly solve the patient’s problem due to the long waiting period for the consultations. The internal medicine clinics could function only on the basis of one-time consultation method, without having to create the complex diagnostic facilities. After conducting the anamnesis, the physical examination, and reading the existing medical documentation, the internal medicine specialist could prescribe the subsequent diagnostic and therapeutic steps. Question: who could be the potential candidate for such a consultation? I will answer from the perspective of my everyday work in the cardiology clinic and in the unit providing the treatment for arterial hypertension and metabolic diseases. I would see here the patients with poorly controlled hypertension who need to wait for several months for a cardiology consultation. Maybe the internal medicine specialist could quickly and effectively help those colleagues who specialize in family medicine and who need to see several dozens of patients every day and maybe when they are faced with patient number 50 they do not have any energy left to modify the treatment offered for the Average Joe, thus they decide to refer him to a cardiologist? Such a candidate could also be a patient with type 2 diabetes, with a worse metabolic balance. In such a case, the consultation provided by the internal medicine specialist could be seen as the bridging therapy before visiting a diabetologist. We have a similar situation in the case of patients with lipid disorders and obesity (many a time have I seen the referrals marked as “URGENT” and the patients were directed to the metabolic disorders clinic or unit with the diagnosis of “Obesitas”!) The inspiration and the example to be followed as regards the establishment of such clinics is the prestigious (and well-paid) position of consultants, including the internal diseases, in foreign health-care facilities.

Stressing out the specific nature of the health care facility on the services market, Korbicki¹ wrote: “Nowhere else do we have fear and hope, and to such a degree, being present at the same time, the feeling that one is alone in one’s suffering and the need for the gesture of goodwill, consolation and the help from another person.” According to Kotler,² all those elements of “atmospherics” have a significant influence on the relation between the patient and the service provider, namely a hospital, a clinic and their direct representatives—the doctors. While trying to provide

services of ever-better quality, which is reflected in the fact that we constantly improve our qualifications (by for example completing new specialties), we should not forget about the role of consolation and gestures of goodwill towards our patients. In my everyday work, both at a hospital unit and in a specialist clinic, in spite of procedural restrictions, I am trying to help not only as a “hypertension doctor” (with a specialist title in one of the afore-mentioned sophisticated fields, namely hypertensiology) but also as an internal medicine specialist with a calling to treat the patient as a whole (taking into account the body and the spirit), not focusing only on one of his or her diseases.

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 919-920.

REFERENCES

- 1 Krobicki M. [Quality in the hospital – why and for whom]. In: Rogoziński K. [Marketing of professional service]. Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej; 2001. Polish.
- 2 Kotler P. Atmospherics as a marketing tool. *J Retailing*. 1973; 49: 48. Polish.

Dokąd zmierzasz, interno?

Wiesław Bryl

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań

Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat obserwujemy proces detronizacji dotychczasowej królowej nauk medycznych – interny. Gdzie szukać początków tego zjawiska i kto lub co jest za to odpowiedzialny? Spróbujmy spojrzeć na ten problem holistycznie, czyli tak, jak uczymy studentów medycyny diagnozować i leczyć chorych.

Po pierwsze, rozwój wielu dziedzin wiedzy, w tym także medycyny, dokonany w ostatnich dziesięcioleciach, jest niewyobrażalnie wielki. Nie sposób śledzić wszystkich doniesień naukowych, jakie publikuje się każdego dnia na całym świecie. Im więcej odkrywamy, tym więcej mamy nowych pytań i ... coraz więcej wątpliwości. Sokratejskie *scio me nihil scire* jest bliskie wszystkim współczesnym wybitnym umysłom, o czym nieraz mogliśmy się przekonać, słuchając wypowiedzi laureatów Nagrody Nobla. Stąd naturalny pomysł, by do poszukiwania odpowiedzi na piętrzące się pytania, delegować coraz bardziej wyspecjalizowane jednostki (i kompetentne osoby). Przekładając to rozwiązanie na przedstawiany problem rozczłonkowania medycyny, w tym „detronizacji” interny, stworzyliśmy sieć wysublimowanych podspecjalizacji. Polska jest jednym z liderów w rankingu krajów z największą liczbą specjalizacji szczegółowych. Nie byłaby to wada naszego systemu kształcenia podyplomowego, gdyby na każdym jego etapie kładziono nacisk na rozwijanie umiejętności całościowego spojrzenia na chorego. Niestety, niejednokrotnie przekonałem się w codziennej praktyce klinicznej, że lekarze różnych specjalności nie posługują się wspólnym językiem i nie potrafią współdziałać dla dobra pacjenta. I, co wymaga podkreślenia, coraz bardziej brakuje dawnych mistrzów medycyny wewnętrznej, potrafiących w sposób całościowy podejść do pacjenta, a także szybko podjąć właściwe kroki diagnostyczne i terapeutyczne. Czasami można odnieść wrażenie, że w sieci wysublimowanych podspecjalizacji brakuje jednostki, która zintegrowałaby zebrane dane. Tym brakującym ogniwem jest/byłby/będzie (wybierz sam, drogi Czytelniku) lekarz specjalista chorób wewnętrznych.

Po drugie, co oczywiste, istotnym przyczynkiem do wyodrębnienia tak wielu podspecjalizacji

była troska o dobro chorego, wyrażająca się dążeniem do zapewnienia mu usługi medycznej o najwyższej jakości. Zagłębiając się w historię medycyny można odkryć, że dbałość o jakość usług zdrowotnych towarzyszyła od zarania dziejów wszelkim działaniom związanym z ludzkim zdrowiem i życiem. Przewidywane kary za nieudolne leczenie zostały opisane już w Kodeksie Hammurabiego (1728–1686 p.n.e.), zbiorze praw Manu księgi Wedy (1500–500 p.n.e.) oraz Kodeksie Wizygotów (300 p.n.e.). Współczesne definicje jakości usług medycznych najczęściej formułowane są z perspektywy pacjentów, których opinia zależy przede wszystkim od „przebiegu” usługi i końcowego wyniku leczenia. Warto podkreślić, że dla chorego jakość uzyskanej usługi istotnie zależy od kompetencji personelu medycznego. W Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization zdefiniowano jakość jako „stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi, dostarczana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy, podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo niepożądanych rezultatów”. W imię podnoszenia kompetencji personelu lekarskiego i dbałości o posługiwanie się aktualnym stanem wiedzy medycznej wyodrębniono tak wiele specjalizacji szczegółowych.

Jakie kroki podjąć, by nie burząc dotychczasowych dokonań w systemie kształcenia podyplomowego oraz w pionie organizacyjnym jednostek świadczących usługi medyczne, znaleźć właściwe miejsce dla specjalisty chorób wewnętrznych? Pytanie trudne, a znalezienie odpowiedzi jest tej miary, co próby rozwiązania węzła gordyjskiego. Pokuszę się jednak o pewne sugestie kierunku, w którym powinni podążać decydenci zajmujący się problematyką służby zdrowia.

Ważnym krokiem do umocnienia pozycji specjalisty medycyny wewnętrznej byłoby przywrócenie konsyliów lekarskich i zapewnienie im właściwego miejsca w schemacie diagnostyczno-terapeutycznym wszystkich pacjentów, nie tylko onkologicznych. Widziałbym lekarza chorób wewnętrznych w roli koordynatora multidyscyplinarnego spotkania. Wypracowanie wspólnego

Adres do korespondencji:
Prof. dr n. med. Wiesław Bryl,
Katedra i Klinika Chorób
Wewnętrznych, Zaburzeń
Metabolicznych i Nadciśnienia
Tętniczego, Uniwersytet Medyczny
w Poznaniu,
ul. Szamarzewskiego 82/84,
60-569 Poznań, Poland,
tel.: 61 854 93 77,
e-mail: wieslawbryl@wp.pl
Praca wpłynęła: 9.10.2016.
Przyjęta do druku: 9.10.2016.
Publikacja online: 30.11.2016.
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (11): 916-920
doi:10.20452/pamw.3673
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

stanowiska takiego gremium istotnie skróciłoby ścieżkę diagnostyczną i czas oczekiwania na podjęcie leczenia. Przy okazji podzielił się nadzieją, że może zaoszczędziłoby to również nasz czas, który często tracimy na pisanie skierowań i wykonywanie dziesiątków telefonów do kolegów lekarzy innych specjalności.

Do decydentów zajmujących się służbą zdrowia kieruję apel o lepszą wycenę hospitalizacji z przyczyn ogólnointernistycznych. Moim zdaniem, jest to najważniejszy (i chyba jedyny) sposób, aby zakończyć proceder likwidowania kosztochłonnych oddziałów wewnętrznych i z pobudek finansowych zamieniania ich w jednostki zajmujące się tymi pacjentami, którzy „mieli szczęście” zapaść na chorobę dobrze wycenianą przez NFZ.

Jest jeszcze jedno miejsce dla „wymierającego gatunku” specjalistów chorób wewnętrznych w strukturze rodzimej służby zdrowia. Będąc dalekim od chęci mnożenia bytów i tworzenia sztucznego miejsca dla lekarzy naszej specjalności, widziałbym potrzebę powołania na nowo poradni chorób wewnętrznych. Podkreślam, że moim zamiarem nie jest deprecjonowanie pozycji lekarzy rodzinnych i odbieranie im kompetencji, ale znając dobrze ich problemy w codziennej praktyce klinicznej, chciałbym, aby mieli możliwość skonsultowania „trudnego” pacjenta ze specjalistą chorób wewnętrznych. Nie każdy taki pacjent wymaga od razu diagnostyki szpitalnej, a wystawienie kilku skierowań do różnych specjalistów nie rozwiąże szybko problemu chorego z racji długiego oczekiwania na porady. Poradnie chorób wewnętrznych mogłyby funkcjonować tylko w oparciu o jednorazowe konsultacje, bez tworzenia rozbudowanego zaplecza diagnostycznego – specjalista internista po badaniu podmiotowym, przedmiotowym i zapoznaniu się z dotychczasową dokumentacją medyczną mógłby zalecić dalsze kroki diagnostyczne i terapeutyczne. Pytanie: kto mógłby być potencjalnym kandydatem do takiej porady? Odpowiem z perspektywy swojej codziennej pracy w poradni kardiologicznej i oddziale ukierunkowanym na leczenie nadciśnienia tętniczego i zaburzeń metabolicznych. Widziałbym tutaj chorych ze źle kontrolowanym nadciśnieniem, którzy oczekują kilka miesięcy na wizytę u kardiologa. Może specjalista internista mógłby szybko i skutecznie pomóc kolegom i koleżankom ze specjalizacją w zakresie medycyny rodzinnej, którzy dziennie przyjmują kilkadziesiąt chorych i może przy 50. chorym nie mają już sił na kolejną modyfikację terapii przysłowiowego Kowalskiego i podejmują decyzję o wysłaniu go do kardiologa? Takim chorym mógłby też być pacjent z cukrzycą typu 2, z pogorszeniem wyrównania metabolicznego – wizyta u specjalisty internisty byłaby wówczas terapią pomostową przed dostaniem się do diabetologa. Podobna sytuacja dotyczy pacjentów z zaburzeniami lipidowymi, otyłością (wielokrotnie widziałem skierowania z adnotacją „PILNE” na przyjęcie do poradni zaburzeń metabolicznych lub do oddziału z rozpoznaniem „Obesitas”!) Inspiracją i przykładem do naśladowania,

do stworzenia takich poradni jest prestiżowa (i dobrze wynagradzana) pozycja konsultantów, także w zakresie chorób wewnętrznych, w zagranicznych placówkach służby zdrowia.

Podkreślając specyficzny charakter placówki ochrony zdrowia na rynku usług, Krobicki¹ napisał: „Nigdzie w takim natężeniu nie występują razem: obawa i nadzieja, poczucie, że jest się samym w cierpieniu i oczekiwanie na gest, dobre słowo i pomoc drugiego człowieka”. Według Kotlera,² te wszystkie elementy „atmosferyki” (ang. *atmospherics*) wywierają istotny wpływ na relację między pacjentem a świadczeniodawcą, czyli szpitalem, poradnią i ich bezpośrednimi reprezentantami – lekarzami. Starając się o coraz wyższą jakość świadczonych przez nas usług, czego wyrazem jest podnoszenie kwalifikacji (w tym zdobywanie kolejnych specjalizacji), nie zapominajmy o roli dobrego słowa i życzliwych gestów wobec naszych pacjentów. W swojej codziennej pracy, zarówno w oddziale szpitalnym, jak i w poradni specjalistycznej, pomimo obostrzeń proceduralnych usiłuję pomagać nie tylko jako „doktor od nadciśnienia” (posiadający tytuł specjalisty w jednej ze wspomnianych wysublimowanych dziedzin – hipertensjologii), ale jako lekarz chorób wewnętrznych, powołany do leczenia całego pacjenta (jego ciała i sfery ducha), a nie tylko jednej z jego chorób.

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

PIŚMIENNICTWO

- 1 Krobicki M. Jakość w szpitalu – dlaczego i dla kogo. W: Rogoziński K. Marketing usług profesjonalnych. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań, 2001.
- 2 Kotler P. *Atmospherics as a marketing tool*. J Retailing. 1973; 49: 48.