

Internal medicine: still the queen of medical sciences?

Maria Trusz-Gluza

Medical University of Silesia, Katowice, Poland



Prof. Maria Trusz-Gluza, MD, PhD A specialist in internal medicine and cardiology; Professor Emeritus of Cardiology at Medical University of Silesia in Katowice, Poland; in the years 1998–2011, Head of the I Department of Cardiology at Medical University of Silesia and I Department of Cardiology at Upper Silesian Medical Centre in Katowice; scientific and clinical interests include cardiac arrhythmias, especially atrial fibrillation, clinical cardiac electrophysiology, sudden cardiac death, and heart failure; an author of over 350 peer-reviewed papers and more than 50 book chapters; involved in the production of European Society of Cardiology guidelines such as Sudden Cardiac Death (2001/2003), and Cardiac Pacing and Resynchronization (2007); in the years 1992–2007, member of the Board of the Polish Cardiac Society (Treasurer of the Board in the years 1995–2004); past member of numerous committees of the Polish Cardiac Society and European Society of Cardiology

I am a retired medical doctor but I still practice medicine. I have a 1st and 2nd degree specialty in internal medicine and a 2nd degree specialty in cardiology. Naturally, I did both specialties in internal medicine a long time ago and during practically my whole professional life I have worked in the field of cardiology. Having general knowledge regarding internal medicine was helpful for me but less and less as the years went by due to the fact that the knowledge became outdated. It was difficult enough to keep abreast of the current knowledge regarding cardiology only, not to mention the internal medicine.

The crisis that befell the internal medicine is not a result of its weakness but only the inability to correctly understand its role within the structures of a health care system and social awareness. During my rather long professional life I have witnessed the emergence of, and not only in Poland, numerous detailed specializations, the so called “daughters” of the internal medicine. Perhaps there are too many of them and to a large extent it was them who deposed of the queen, that is the internal medicine. I am treating a lot of patients who are over 65 years old and are suffering from various internal diseases. Not all of them realize the number of specialists they visit or would like to visit to receive a consultation. Many a time one could say: luckily the waiting period is long. Naturally, sometimes it is needed, however, frequently it is unnecessary. For example, why is a patient with a stable coronary heart disease, arterial hypertension, creatinine clearance of about 60 ml/min, diabetes controlled by diet and small doses of metformin, and with hypothyroidism at 50 µg of levothyroxine treated by: a family doctor, a cardiologist, a nephrologist, a diabetologist, and an endocrinologist? Certainly he also visits a neurologist, a rheumatologist, and an orthopedist. Each doctor thinks that it is absolutely necessary to prescribe a patient at least one drug (frequently more than one). Eventually the patient ends up with a long list of drugs

Correspondence to:

Prof. Maria Trusz-Gluza, MD, PhD,
Śląski Uniwersytet Medyczny w
Katowicach, ul. Poniałowskiego 15,
40-055 Katowice, Poland,
phone: +48 32 252 38 54,
e-mail: truszm@wp.pl

Received: October 10, 2016.

Accepted: October 10, 2016.

Published online: November 30,
2016.

Conflict of interest: none declared.

Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (11): 944-947

doi:10.20452/pamw.3691

Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

that he needs to take. This generates bigger costs both for the patient and the health care system. No one (or almost no one) knows what had been prescribed by another specialist and what interactions could occur between those drugs. And, most importantly, in the era of numerous generic drugs, many times I have arrived at a conclusion that a patient ends up with for example 2 β -blockers or even 2 aspirin-containing products. Unfortunately, there is no computer system which would control such information.

Who is responsible for the crisis within the internal medicine? Everyone to a degree but to a large extent internal medicine specialists themselves. Instead of protecting their stronghold, very often and as soon as possible they complete different subspecialties, thus leaving the general internal medicine. Currently it is believed that there is only one place left for the internal medicine specialist, that is the internal diseases unit. However, there are less and less of these units because they also get specialized. Why are there no internal medicine clinics? Who allowed this to happen? Supposedly the internal medicine specialist cannot be a family doctor?

Taking into account the aging of society, the revival of internal medicine should be expected. We will have more and more patients suffering from various diseases. Is the current trend of prioritizing detailed specialties reasonable? Such patients will need a holistic approach. In my opinion, it should not be the development of another detailed specialty, that is geriatrics. The internal medicine specialists will be needed and in a few years' time we will notice the painful shortage of such specialists.

Why do the young doctors sometimes still choose to specialize in internal medicine? Most frequently because (as it can be seen from their posts on the Internet): it is an intellectual challenge, they do not have manual skills, in order to perform procedures, to have an easier way to get into a residency program. At the same time all of them emphasize that they are concerned about job perspectives upon the completion of this difficult training.

Is the modern training system good? I think that the fundamentals are correct. If you want to complete a detailed specialty, first you need to train in the general internal medicine. Unfortunately, the specialty programs themselves raise some doubts. Too many details and requirements. Has the actual execution been verified in any objective manner?

Questionnaire-based research conducted by the European Board of Internal Medicine has shown that considering individual European countries there is a difference in the understanding of the role of internal medicine, the internal medicine specialists' competences, as well as their training process. The in-depth analysis of the data could perhaps help us find the model best suited for our conditions. Our health care system will be changing. What is it going to be

like? Probably nobody knows yet. It is important that it provides a proper place for the internal medicine and its specialists. It is essential to have general internal medicine units, especially in the lowest referral level hospitals. I believe that together with these units, we also need internal medicine clinics.

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 946-947.

Interna – czy nadal królowa nauk medycznych?

Maria Trusz-Gluza

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Katowice

Jestem lekarzem emerytem, ale jeszcze czynnym zawodowo. Posiadam specjalizację I i II stopnia z chorób wewnętrznych i II stopnia z kardiologii. Oczywiście, obie specjalizacje z chorób wewnętrznych uzyskałam dawno temu, a praktycznie przez całe życie zawodowe zajmuję się kardiologią. Posiadanie tej ogólnej wiedzy internistycznej było dla mnie pomocne, lecz w miarę upływu lat coraz mniej, gdyż wiedza ta przestawała być aktualna. Wystarczająco trudno było śledzić bieżący stan wiedzy w samej kardiologii, a co dopiero w internie.

Kryzys medycyny wewnętrznej to nie wynik jej słabości, a jedynie błędnego pojmowania jej roli w strukturach ochrony zdrowia i w świadomości społecznej. W trakcie mego dość długiego żywota zawodowego powstały, nie tylko w Polsce, rozliczne tzw. specjalizacje szczegółowe, czyli „córki” interny. Jest ich chyba za dużo i to one w dużym stopniu zdezonizowały królową-internę. Leczę wielu pacjentów w wieku >65 lat, którzy mają szereg chorób wewnętrznych. Nie wszyscy zdają sobie sprawę, z rad jak wielu specjalistów korzystają lub chcieliby korzystać. Wielokrotnie można powiedzieć: dobrze, że są długie kolejki. Oczywiście, czasem jest to potrzebne, jednak często zbędne. Dlaczego przykładowo pacjent ze stabilną chorobą wieńcową, nadciśnieniem tętniczym, klirensem kreatyniny ok. 60 ml/min, cukrzycą leczoną dietetycznie i małymi dawkami metforminy oraz z niedoczynnością tarczycy na 50 µg lewotyroksyny – leczony jest przez: lekarza rodzinnego, kardiologa, nefrologa, diabetologa i endokrynologa? Oczywiście chodzi też do neurologa, reumatologa i ortopedy. Każdy z lekarzy uważa, że koniecznie musi zapisać pacjentowi co najmniej 1 lek (często dużo więcej). Ostatecznie powstaje długa lista leków przyjmowanych przez chorego. Rosną koszty pacjenta i systemu ochrony zdrowia. Nikt (lub prawie nikt) nie wie, co zalecił inny specjalista i jakie są interakcje między tymi lekami. I, co najważniejsze, w dobie rozlicznych leków generycznych wielokrotnie stwierdzam, że pacjent otrzymuje np. 2 leki β-adrenolityczne lub nawet 2 preparaty aspiryny. Niestety, nie istnieje system informatyczny, który by te informacje kontrolował.

Kto jest winowajcą kryzysu interny? Wszyscy po trochu, ale w dużym stopniu sami interniści. Zamiast bronić swego bastionu, często jak najszybciej sami robili różne subspecializacje, opuszczając internę ogólną. Obecnie uważa się, że dla internisty tak naprawdę pozostało jedyne miejsce – oddział wewnętrzny. A i takich oddziałów jest coraz mniej, bo się kierunkują. Dlaczego nie ma poradni internistycznych? Kto do tego dopuścił? Ponoć internista nie będzie mógł być lekarzem rodzinnym?

Wobec starzejącego się społeczeństwa należałoby oczekiwać renesansu interny. Będzie przybywać pacjentów z wielością różnych chorób. Czy obecne parcie na specjalizacje szczegółowe jest rozsądne? Potrzebne będzie holistyczne podejście do tych pacjentów. Sadzę, że nie powinien to być rozwój kolejnej specjalizacji szczegółowej czyli geriatrii. Potrzebni będą interniści, a za kilka lat będzie ich dotkliwie brakować.

Dlaczego młodzi lekarze jeszcze czasem wybierają specjalizację z interny? Najczęściej, jak wynika to z ich wpisów internetowych: bo jest to wyzwanie intelektualne, bo nie mam zdolności manualnych, aby być zabiegowcem, bo łatwiej o rezydenturę. Ale wszyscy podkreślają, że bardzo się boją o swoje perspektywy po zakończeniu tego trudnego szkolenia.

Czy obecny system szkolenia jest dobry? Podstawowe zasady uważam za słuszne. Jeśli chcesz zostać specjalistą szczegółowym, najpierw musisz się szkolić w ogólnej internie. Niestety, same programy specjalizacji budzą pewne wątpliwości. Za dużo szczegółów i wymogów. Czy weryfikowano w jakiś obiektywny sposób faktyczną realizację?

Badania kwestionariuszowe prowadzone przez European Board of Internal Medicine pokazały, że w poszczególnych krajach europejskich istnieje spora różnorodność widzenia roli interny, kompetencji internisty, a także procesu jego szkolenia. Głębsza analiza tych danych być może pomogłaby znaleźć najlepszy model do zastosowania w naszych warunkach. Nasz system ochrony zdrowia będzie się zmieniał. Jaki będzie – chyba nikt jeszcze nie wie. Ważne jest, aby znalazło

Adres do korespondencji:
Prof. dr hab. med. Maria Trusz-Gluza,
Śląski Uniwersytet Medyczny w
Katowicach, ul. Poniatowskiego 15,
40-055 Katowice,
tel.: +48 32 252 38 54,
e-mail: truszm@wp.pl
Praca wpłynęła: 10.10.2016.
Przyjęta do druku: 10.10.2016.
Publikacja online: 30.11.2016.
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (11): 944-947
doi:10.20452/pamw.3691
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

się w nim właściwe miejsce dla interny i specjalistów – internistów. Oczywiście jest potrzeba istnienia oddziałów ogólnointernistycznych, szczególnie w szpitalach najniższej referencyjności. Sądzę, że przy takich oddziałach konieczne są poradnie internistyczne.

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