

Dawn and dusk of internal medicine: a view of a qualified oncologist and hematologist

Andrzej Deptała

Department of Oncology and Hematology, Central Clinical Hospital of the Ministry of the Interior and Administration in Warsaw, Warsaw, Poland
Department of Cancer Prevention, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland



lymphomas, chronic leukemia, and multiple myeloma; author and coauthor of over 170 peer-reviewed scientific papers and numerous book chapters; scientific editor of 4 books; principal investigator in over 35 clinical trials in oncology and hematology; recipient of multiple awards of the Rector of the Medical University of Warsaw and Minister of Health; decorated with Bronze and Gold Crosses of Merit and the Silver Medal for Long Service

An internal medicine specialist! When I received my diploma from the Rector of the Medical Academy of Warsaw, Professor Jan Nielubowicz, I knew that achieving this professional status had been a dream of mine and many of my colleagues. For years the internal medicine specialist has been a symbol of the highest level of medical profession as he could treat all diseases which affect the internal organs in a human body. During 30 years of my doctor's practice, I had a chance to witness the enormous progress that took place in medicine, but at the same time also the lowering of prestige and social faith in a doctor who is only an internal medicine specialist. In the meantime, the doctor training system has changed as well as the system for financing medical services. Narrow specialties are now preferred in those areas.

Both in Poland and abroad we are observing the aging of societies and the increased number of diseases affecting a single person. For several decades now we have been observing the epidemics of the cardiovascular system diseases and different types of cancer. Epidemiologists estimate that within the next 50 years different types of cancer will have become the major cause of mortality in Poland. Right now in Poland over 150 000 new cancer cases are diagnosed yearly, out of which over 90 000 patients die within the same year and the number of deaths is increasing from year to year. The main killers of the Polish people currently are: lung cancer, colorectal cancer, breast cancer, prostate cancer but also gastric cancer, pancreatic cancer, ovarian cancer, head and neck cancer. This

Prof. Andrzej Deptała MD, PhD A specialist in internal medicine, hematology, and clinical oncology; graduated from Medical University of Warsaw, Poland; Deputy Rector for Human Resources of the Medical University of Warsaw; Head of the Department of Cancer Prevention of the Faculty of Health Sciences at Warsaw Medical University, and Head of the Department of Oncology and Hematology at Central Clinical Hospital of the Ministry of Interior and Administration in Warsaw; active member of many Polish and European and American societies, including Polish Society of Clinical Oncology, Polish Society of Hematology and Transfusion Medicine, European Society for Medical Oncology, American Society of Clinical Oncology, and American Society of Hematology; research and clinical interests include apoptosis, cell cycle and proliferation, colorectal cancer, pancreatic cancer, hepatocellular carcinoma, neuroendocrine neoplasms, Hodgkin and non-Hodgkin

Correspondence to:
Prof. Andrzej Deptała, MD, PhD, Klinika
Onkologii i Hematologii, Centralny
Szpital Kliniczny MSWiA, Zakład
Profilaktyki Onkologicznej WNOZ
WUM, ul. Wołoska 137,
02-507 Warszawa, Poland,
phone: +48 22 508 19 80,
e-mail: andrzej.deptala@cskmswia.pl
Received: December 5, 2016.
Accepted: December 5, 2016.
Published online:
December 22, 2016.
Conflict of interests: none declared.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (12): 1040-1045
doi:10.20452/pamw.3731
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

epidemiological state compels for the new standards to be drawn up regarding the comprehensive care provided to the cancer patients, including the changes in the pregraduation and post-graduation training of doctors, nurses and public health specialists, the development of academic oncology as well as the establishment of palliative and hospice care centers. At each one of those phases internal medicine specialists play a key role, they educate students, doctors, and nurses, they diagnose the majority of cancer types, they treat many patients with complications after chemotherapy and radiotherapy, they work at palliative and hospice care centers.

From the perspective of over 11 years of managing the oncology and hematology ward at a multidisciplinary hospital, I notice major benefits for the cancer patients coming from the thorough internist education of medical personnel. My fellow doctors from the clinic, which I have the honor to be managing, had first become internal medicine specialists and only then they completed clinical oncology or hematology specialty. Thus, they acquired the knowledge and competency in diagnosing and treating many additional diseases with which the today's cancer patient comes to the oncologist. The patient who had suffered a heart attack, with a stable coronary heart disease, hypertension, diabetes, chronic nonspecific bronchopulmonary disease, cirrhosis, pancreatitis, renal failure, Hashimoto thyroiditis, Cushing syndrome, etc. is not a "bugaboo" of our oncology center. The work at a multidisciplinary hospital certainly comes with the comfort of being able to consult difficult internist cases with doctors of other specialties. Still, the basis for such consultations is the knowledge and competency of my internal medicine specialists. Here is the example. The patient with advanced hepatocellular carcinoma (HCC), male, 66 years old, treated with an antiangiogenic drug whose toxicity profile included the induction of hypertension and thromboembolic complications. During the subsequent visit, the patient presented with the signs of an attack of angina pectoris, the immediate electrocardiography showed a non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. The patient was transferred to the Clinical Department of Invasive Cardiology of the Central Clinical Hospital of the Ministry of the Interior and Administration (CSK MSWiA) where he underwent a coronary catheterization and a percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA). During the subsequent stay in the Clinical Department of Oncology and Hematology of CSK MSWiA, the internal medicine and clinical oncology specialist established that the cause of the cardiological disorders was coronary atheromatosis and not the toxicity of the antiangiogenic drug and since the danger of a heart attack had been obviated thanks to the PTCA, then the patient could continue the oncological treatment with this drug. Thanks to such an approach, the patient lived for 2 more years taking the antiangiogenic drug and he died as a result

of the HCC progression and not cardiovascular complications. The examples like this are many.

Other numerous examples from my doctor's practice lead me to a conclusion that the clinical oncology specialty should include the credit obtained upon the completion of the basic internal medicine module, based on the theoretical and practical examination for example at those centers where the basic module would be completed. In this way we could raise the level of knowledge and professional competency among young doctors who are embarking on a difficult oncology path, without prolonging the duration of the specialization process itself.

As opposed to oncology, which in Poland has been functioning mainly through the regional oncology centers as of 1970s, hematology has always been connected to the university and multidisciplinary hospitals and the hematology wards were usually created from the transformed internal medicine wards. Before the introduction of the modular system, the hematology specialty commenced after the obtaining of the diploma of an internal medicine specialist. In the case of hematologists the knowledge and skills pertaining to internal medicine were therefore confirmed by the successful completion of a national examination and consolidated by the clinical practice at multidisciplinary hospitals, which meant that an average hematology specialist had more internist experience than an average oncologist. Once the modular specialty system was introduced, hematology was moved to a 2-module system including a basic module and a specialist module. And similarly to the clinical oncology specialty, the progression from the basic to the specialist module is not regulated by the requirement for a doctor participating in the specialty training to confirm his or her knowledge through the examination process. Therefore, I fear that in the future we will observe the decrease of the level of internist knowledge and the professional preparation of doctors commencing their hematology specialty. It seems only justified to me that the hematology specialty include the credit obtained upon the completion of the basic internal medicine module, based on the theoretical and practical examination for example at those centers where the basic module would be completed. To those who are skeptical I can only say that the doctors will not lose and the patients will gain.

The Polish society is aging, it is a known fact. The aging society gets sick more often and is affected by a larger number of diseases. Hence, the society needs more doctors who will have comprehensive medical knowledge and this group undoubtedly includes internal medicine specialists. An internal medicine specialist is perfectly prepared professionally to provide medical care to senior patients, and in my opinion equally well as a geriatric medicine specialist. If we were to adopt this kind of solution, an internal medicine specialist would bring together and coordinate the individual links of the specialist medical

care, cooperating with other specialists, especially with the geriatric and family medicine specialists.

The average age of a Polish practicing doctor is 49.5 years¹ and the average age of a specialist, 54.5 years (according to Romuald Krajewski²). The number of practicing doctors is decreasing in the age group of 61–65 years, the same as regards specialists.³ It means that within the 2 first decades of the 21st century, the growing number of cancer patients in Poland will be “faced” with the decreasing number of doctors, and in particular specialists. Therefore, there is a danger of significant limitations as regards the access to medical services for the patients, in particular cancer patients, and within a relatively short period of time. The report prepared by the Polish Chamber of Physicians and Dentists regarding physicians and dentists grouped by the field and the degree of specialization showed that as of 31 August 2016 in Poland there are 18 399 practicing internal medicine specialists, 450 practicing hematologists, and 816 practicing oncologists¹. Just a brief look at the afore-mentioned data allows us to draw a conclusion that the number of hematology and clinical oncology specialists is too low to provide optimal medical care for the cancer patients in Poland. That is why internal medicine specialists constitute this professional group which is truly predisposed to help reduce the personnel shortage and treat cancer patients, both hematologically and in the case of solid tumors. Allowing internal medicine specialists to provide professional care for the cancer patients (solid tumors, leukemia and lymphoma, myeloma and associated monoclonal gammopathies, myeloproliferative syndrome and myelodysplastic syndrome) requires certain regulations and the changing of contracts concluded by the National Health Fund with the providers of oncological and hematological services. An internal medicine specialist working at an oncology or hematology ward for at least a year could receive a skills certification and in this way become authorized to independently conduct the oncology therapy and to provide medical services at the oncology or hematology clinic. Such a solution would reduce the shortage of clinical oncology and hematology specialists. Nevertheless, improving the access to medical services regarding oncology and hematology would require increasing the value of contracts which a given hospital and a clinic obtain from the Regional Department of the National Health Fund.

Undoubtedly, it is worth it to take action aimed at restoring the prestige once held by an internal medicine specialist. Coordinating the activities of the Polish Society of Internal Medicine with the activities of other scientific societies, like for example the Polish Society of Oncology, the Polish Society of Hematology and Transfusion Medicine, and the Polish Chamber of Physicians and Dentists together with the Regional Medical Chambers, supported by a proper policy of the Ministry of Health and the actions of

the National Health Fund should bring about the desired results.

In the past the *dawn*, currently the *dusk* for the specialists of internal medicine only. Thus, it is high time we took action that will bring about the change in the perception of this situation and therefore the change *from dusk till dawn*. This phrase reminds us of a famous Robert Rodriguez and Quentin Tarantino movie from 1996 where the main characters survive the somber dusk and together with the coming of dawn they enter the path leading to the renaissance of positive values. I have a lot of appreciation for the initiative of those who are involved in guiding the internal medicine from dusk till dawn, that is the Polish Society of Internal Medicine, the Editorial Team of the *Polish Archives of Internal Medicine* (*Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej – Pol Arch Med Wewn*), the National Consultant and the Regional Consultants in Internal Medicine and all doctors who took it to the heart to improve the social perception and the professional status of the internal medicine specialist. Coordinating the activities of all those persons and broadly understood cooperation with other scientific societies and doctors of other specialties should result in securing a uniform and exhaustive viewpoint that would be presented to the Minister of Health before the final decisions are taken regarding the changes within the health care system that are to be implemented at the beginning of 2018.

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 1043-1045.

REFERENCES

- 1 The Supreme Medical Council, statistical data as of 30.09.2016. <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>.
- 2 Romuald Krajewski. Medical specialists and dental practitioners in 2015. *Medical Gazette*. 2015; 6: 46-47.
- 3 The Supreme Medical Council, 2015 report. <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-specjalisci-i-lekarze-dentysty-specjalisci-sytuacja-demograficzna>.

Świt i zmierzch medycyny wewnętrznej – spojrzenie onkologa i hematologa

Andrzej Deptała

Klinika Onkologii i Hematologii, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, Warszawa
Zakład Profilaktyki Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa

Specjalista chorób wewnętrznych! Kiedy otrzymałem dyplom lekarza z rąk Rektora Akademii Medycznej w Warszawie, Profesora Jana Nielubowicza, osiągnięcie takiego statusu zawodowego było marzeniem moim i wielu moich Koleżanek i Kolegów. Przez lata specjalista chorób wewnętrznych był symbolem najwyższego poziomu w wykonywaniu zawodu lekarza – po prostu umiał leczyć wszystkie choroby, które dotknęły narządów wewnętrznych człowieka. W ciągu 30 lat wykonywania zawodu lekarza miałem okazję zaobserwować ogromny postęp, jaki dokonał się w medycynie, ale też postępujący spadek prestiżu i zaufania społecznego do lekarza, który jest specjalistą tylko chorób wewnętrznych. W tym czasie dokonały się zmiany w systemie szkolenia lekarzy, a także zmiany w systemie finansowania świadczeń medycznych. W obu tych obszarach preferuje się wąskoprofilową specjalizację.

Zarówno w Polsce, jak i na świecie obserwuje się postępujące starzenie się społeczeństw oraz wzrost liczby chorób przypadających na jednego człowieka. Od kilku dekad obserwujemy epidemię chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób nowotworowych. Epidemiolodzy szacują, że w ciągu najbliższych 50 lat nowotwory staną się pierwszą przyczyną umieralności w Polsce. Już teraz w naszym kraju rokrocznie rozpoznaje się ponad 150 tysięcy nowych zachorowań na nowotwory, z czego ponad 90 tysięcy chorych umiera w ciągu tego samego roku, a liczba zgonów z roku na rok rośnie. Głównymi zbrojcami Polek i Polaków są obecnie: rak płuca, rak jelita grubego, rak piersi, rak prostaty, ale też raki żołądka, trzustki, jajnika oraz rejonu głowy i szyi. Ten stan epidemiologiczny nakazuje wypracowanie nowych standardów w kompleksowej opiece nad chorymi na nowotwory, począwszy od zmian w szkoleniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, pielęgniarek i specjalistów zdrowia publicznego, poprzez rozwój onkologii akademickiej, po tworzenie ośrodków medycyny paliatywnej i opieki

hospicyjnej. Na każdym z tych etapów kluczową rolę odgrywają lekarze interniści – prowadzą dydaktykę dla studentów, lekarzy i pielęgniarek, rozpoznają większość nowotworów, leczą wielu chorych z powikłaniami po chemioterapii i po radioterapii, pracują w ośrodkach medycyny paliatywnej i hospicyjnej.

Z perspektywy ponad 11-letniego kierowania oddziałem onkologicznym i hematologicznym w szpitalu wieloprofilowym dostrzegam ogromne korzyści, jakie chorym na nowotwory daje gruntowne wykształcenie internistyczne personelu medycznego. Koleżanki i koledzy lekarze z kliniki, którą mam zaszczyt kierować, zanim uzyskali specjalizację z onkologii klinicznej lub hematologii, w pierwszej kolejności zostali specjalistami chorób wewnętrznych. Nabyli więc wiedzę i kompetencje w rozpoznawaniu i leczeniu wielu innych chorób, z którymi dziś zgłasza się do onkologa pacjent chory na nowotwór. Pacjent po zawale serca, ze stabilną chorobą wieńcową, z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, przewlekłą nieswoistą chorobą oskrzelowo-płucną, marskością wątroby, zapaleniem trzustki, niewydolnością nerek, chorobą Hashimoto, zespołem Cushinga itd. nie jest „postrachem” naszego ośrodka onkologicznego. Praca w szpitalu wieloprofilowym oczywiście daje nam komfort konsultacji trudnych przypadków internistycznych u lekarzy innych specjalności. Tym niemniej, podstawą do owych konsultacji jest wiedza i kompetencje moich specjalistów chorób wewnętrznych. Oto przykład. Chory na zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego, mężczyzna w wieku 66 lat, był leczony lekiem antyangiogennym, którego profil toksyczności obejmował indukowanie nadciśnienia tętniczego i powikłań zakrzepowo-zatorowych. Podczas kolejnej wizyty chory miał objawy napadu dławicy piersiowej – wykonany natychmiast elektrokardiogram wykazał ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST. Pacjent został przeniesiony do Kliniki Kardiologii Inwazyjnej CSK MSWiA, gdzie wykonano

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Andrzej Deptała,
Klinika Onkologii i Hematologii,
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA,
Zakład Profilaktyki Onkologicznej
WNOZ WUM, ul. Wołoska 137,
02-507 Warszawa,
tel. +48 22 508 19 80,
e-mail: andrzej.deptala@cskmswia.pl
Praca wpłynęła: 05.12.2016.
Przyjęta do druku: 05.12.2016.
Publikacja online: 22.12.2016.
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (12): 1040-1045
doi:10.20452/pamw.3731
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

u niego koronarografię i zabieg przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych. Podczas kolejnego pobytu w Klinice Onkologii i Hematologii CSK MSWiA lekarz specjalista chorób wewnętrznych i onkologii klinicznej uznał, że przyczyną zaburzeń kardiologicznych była miażdżycza tętnic wieńcowych, a nie toksyczność leku antyangiogenego i skoro niebezpieczeństwo zawału serca zostało zażegnane dzięki zabiegowi przezskórnej angioplastyki tętnic wieńcowych, to pacjent może kontynuować terapię onkologiczną tym lekiem. Dzięki takiemu podejściu chory żył jeszcze ponad 2 lata przyjmując lek antyangiogeny, a śmierć nastąpiła w wyniku progresji raka wątrobowokomórkowego, a nie powikłań sercowo-naczyniowych. Przykłady tego typu mógłbym mnożyć.

Wiele innych przykładów z lat praktyki lekarskiej skłania mnie do wniosku, że specjalizacja z onkologii klinicznej powinna zawierać zaliczenie modułu podstawowego z chorób wewnętrznych na zasadach egzaminu teoretycznego i praktycznego, np. w ośrodkach, w których realizowany byłby moduł podstawowy. W ten sposób można by podnieść poziom wiedzy i kompetencji zawodowych młodych lekarzy, którzy podejmują trudną ścieżkę specjalizacyjną w onkologii, nie wydłużając czasu trwania samego procesu specjalizacyjnego.

W odróżnieniu od onkologii, która w Polsce od lat 70. XX wieku funkcjonuje głównie na bazie regionalnych ośrodków onkologicznych, hematologia od zawsze była związana z ośrodkami uniwersyteckimi i szpitalami wieloprofilowymi, a oddziały hematologiczne zwykle powstawały z przekształcenia oddziałów internistycznych. Do czasu wprowadzenia systemu modułowego specjalizacja z hematologii rozpoczynała się po uzyskaniu dyplomu specjalisty chorób wewnętrznych. W przypadku lekarzy hematologów wiedza i umiejętności z zakresu interny były więc poświadczane zdaniem egzaminu państwowego i ugruntowane przez praktykę kliniczną pełnioną w szpitalach wieloprofilowych, co oznaczało, że statystyczny specjalista hematolog posiadał większe doświadczenie internistyczne niż statystyczny onkolog. W momencie wprowadzenia modułowego systemu specjalizacji hematologia znalazła się w systemie dwumodułowym, składającym się z modułu podstawowego i specjalistycznego. I podobnie jak w specjalizacji z onkologii klinicznej przejście od modułu podstawowego do specjalistycznego nie jest regulowane przez wymóg poddania wiedzy specjalizującego się lekarza postępowaniu egzaminacyjnemu. Dlatego w przyszłości obawiam się spadku wiedzy internistycznej i pogorszenia przygotowania zawodowego lekarzy rozpoczynających specjalizację z hematologii. Wydaje mi się zasadne, żeby specjalizacja z hematologii została wzbogacona o zaliczenie modułu podstawowego z chorób wewnętrznych na zasadach egzaminu teoretycznego i praktycznego, np. w ośrodkach, w których realizowany byłby moduł podstawowy. Sceptyków mogę zapewnić, że lekarze nie stracą, a chorzy zyskają.

Polskie społeczeństwo się starzeje – to rzecz znana. Starzejące się społeczeństwo choruje częściej i na większą liczbę schorzeń. Dlatego potrzebuje więcej lekarzy, którzy będą dysponować wszechstronną wiedzą medyczną, a do tych niewątpliwie należą specjaliści chorób wewnętrznych. Specjalista chorób wewnętrznych jest doskonale przygotowany zawodowo do sprawowania opieki lekarskiej nad seniorami, w mojej opinii na równi ze specjalistą w dziedzinie geriatrii. Gdyby przyjąć tego typu rozwiązanie, specjalista w dziedzinie interny spinałby jak klamrą poszczególne ogniwa specjalistycznej opieki medycznej, współpracując z innymi specjalistami, szczególnie ze specjalistami w zakresie geriatrii i medycyny rodzinnej.

Średni wiek osoby wykonującej zawód lekarza w Polsce wynosi 49,5 lat,¹ a średni wiek specjalisty – 54,5 lat (wg Romualda Krajewskiego²). Liczba lekarzy wykonujących zawód zmniejsza się od grupy w wieku 61–65 lat, podobnie jak i liczba lekarzy specjalistów.³ Oznacza to, że w ciągu pierwszych dwóch dekad XXI wieku rosnąca liczba zachorowań na nowotwory w Polsce „zderzy” się ze spadającą liczbą lekarzy, a szczególnie lekarzy specjalistów. Pojawia się więc niebezpieczeństwo znaczącego pogorszenia dostępu do świadczeń medycznych dla pacjentów, zwłaszcza dla chorych na nowotwory, w stosunkowo krótkim przedziale czasowym. Przygotowane przez Naczelną Izbę Lekarską zestawienie lekarzy i lekarzy dentyistów wg dziedziny i stopnia specjalizacji wykazało, że na dzień 31 sierpnia 2016 r. w Polsce praktykowało 18 399 specjalistów chorób wewnętrznych, 450 hematologów i 816 onkologów.¹ Już pobieżne spojrzenie na powyższe dane pozwala wysnuć wniosek, że liczba specjalistów w hematologii i onkologii klinicznej jest zbyt mała, aby zapewnić optymalną opiekę medyczną chorym na nowotwory złośliwe w Polsce. Dlatego specjaliści chorób wewnętrznych są tą grupą zawodową, która jest najbardziej predysponowana do uzupełnienia niedoborów kadrowych i leczenia chorych na nowotwory, zarówno hematologiczne, jak i guzy lite. Dopuszczenie specjalistów z zakresu interny do sprawowania profesjonalnej opieki nad chorymi na nowotwory (guzy lite, białaczki i chłoniaki, szpiczak i pochodne gammapatie monoklonalne, zespoły mieloproliferacyjne i mielodysplastyczne) wymaga pewnych regulacji oraz zmiany umów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami usług onkologicznych i hematologicznych. Lekarz specjalista chorób wewnętrznych, pracujący w oddziale onkologicznym lub hematologicznym przynajmniej przez rok, mógłby otrzymać certyfikat umiejętności i w ten sposób nabyć uprawnienia do samodzielnego prowadzenia terapii onkologicznej oraz do świadczenia usług medycznych w ramach poradni onkologicznej lub hematologicznej. Tego typu rozwiązanie zmniejszyłoby niedobory specjalistów z onkologii klinicznej i hematologii. Tym niemniej zwiększenie dostępności do świadczeń medycznych

z zakresu onkologii i hematologii wymagałoby zwiększenia kontraktów, który dany szpital i poradnia otrzymują z Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Niewątpliwie warto podjąć działania zmierzające do przywrócenia prestiżu, jakim cieszył się specjalista chorób wewnętrznych przed laty. Skoordynowane działania Towarzystwa Internistów Polskich wraz z innymi towarzystwami naukowymi, m.in. Polskim Towarzystwem Onkologicznym i Polskim Towarzystwem Hematologów i Transfuzjologów oraz Naczelną Izbą Lekarską wraz z Okręgowymi Izbami Lekarskimi, wsparte odpowiednią polityką Ministerstwa Zdrowia i działaniami Narodowego Funduszu Zdrowia powinny przynieść zamierzony skutek.

W przeszłości jutrenka (*dawn*), obecnie zmierzch (*dusk*) dla specjalistów tylko chorób wewnętrznych. Nadszedł więc dobry czas, aby podjąć działania, które zaowocują zmianą postrzegania tej sytuacji, a więc i przejściem *from dusk till dawn*. To zdanie przypomina tytuł słynnego filmu Roberta Rodrigueza i Quentina Tarantino z 1996, w którym główni bohaterowie przeżywają mroczny zmierzch, by z nastaniem świtu wejść na drogę odrodzenia pozytywnych wartości. Z ogromnym uznaniem postrzegam inicjatywę osób zaangażowanych w poprowadzenie medycyny chorób wewnętrznych od zmierzchu do świtu, a więc Towarzystwa Internistów Polskich, Zespołu Redakcyjnego *Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, Konsultanta Krajowego i Konsultantów Wojewódzkich w dziedzinie Chorób Wewnętrznych oraz wszystkich lekarzy, którym leży na sercu poprawa postrzegania społecznego i statusu zawodowego specjalisty chorób wewnętrznych. Skoordynowane działania wszystkich tych osób i szeroko pojęta współpraca z innymi towarzystwami naukowymi oraz lekarzami pozostałych specjalności powinny skutkować wypracowaniem jednolitego i wyczerpującego stanowiska, które zostałoby przedstawione Ministrowi Zdrowia jeszcze przed ostatecznymi decyzjami o zmianach systemowych w ochronie zdrowia, które mają nastąpić z początkiem 2018 roku.

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 Naczelna Rada Lekarska, informacje statystyczne na dzień 30.09.2016. <http://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-lekarzy/informacje-statystyczne>.

2 Romuald Krajewski. Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści w roku 2015. *Gazeta Lekarska*. 2015; 6: 46-47.

3 Naczelna Rada Lekarska, raport 2015. <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-specjalisci-i-lekarze-dentyści-specjalisci-sytuacja-demograficzna>.