

Forum for internal medicine: opinions and controversies

Jacek Manitius

Department of Nephrology, Hypertension and Internal Diseases, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Bydgoszcz, Poland



Prof. Jacek Manitius, MD, PhD A specialist in internal diseases, nephrology, hypertensiology, and clinical transplantology; full professor, graduated from the Faculty of Medicine of the Medical University of Gdańsk, Poland, in 1975; established the Department of Nephrology and Internal Diseases, Medical University of Bydgoszcz, Poland (1998); since 2015, Healthcare Services Director at the Jurasz University Hospital No. 1 in Bydgoszcz; awarded the status of Clinical Hypertension Specialist by the European Society for Hypertension; research fellow at the Department of Nephrology, Hannover Medical School, Germany (1980–1981); Department of Physiology, University of Birmingham, United Kingdom (1985); and Department of Clinical Biochemistry, University of Toronto, Canada (1991–1992); served as the Executive Board Chair of the Polish Society of Nephrology (2010–2013); appointed Honorary Member of the Polish Society of Nephrology (2016)

The lack of internists, or rather their relative shortage, is a progressive and, even worse, irreversible phenomenon. This is undoubtedly due to the dynamic development of specializations deriving from traditional internal medicine. The said specializations are attractive not only for financial reasons, but also by virtue of the well-earned prestige enjoyed by their holders among both fellow professionals and patients. In this context, a specialist in internal medicine is recognized as a physician whose competences, and hence skills, are not clearly specified. Such a specialist is perceived this way not only by their own professional community, but also by patients.

Nowadays, there is a belief and a consequent expectation among patients that they qualify for specialist treatment every time they suffer from any symptom or ailment. My 40-year long clinical experience has given me the impression that the subjective well-being of a patient is based on the frequency of their visits to a specialist, and not on objective treatment effects which translate into the broadly taken improvement of life quality. I presume that this is associated with substantial deficiencies in the society's health education, which is based on the premise that health should be regarded from a holistic and quality-oriented perspective. It could therefore be concluded that there is no part to be played by an internal diseases specialist within medicine as a domain so grossly divided into specialties. However, the mirror image of this conclusion is the fact that it is in such a highly branched medicine that a stable role should be occupied by an experienced physician, who is able to draw final conclusions based on information obtained from individual specialists.

Adopting such a solution would entail the re-evaluation of the role of an internal medicine specialist with respect to 2 central processes: diagnostics and treatment. Thus, within the structure of a hospital, an internist should be the person responsible for planning the diagnostic process. Through referring patients to relevant specialists

Correspondence to:

Prof. Jacek Manitius, MD, PhD,
Katedra Nefrologii, Nadciśnienia
Tętniczego i Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
Szpital Uniwersytecki nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza,
ul. Skłodowskiej-Curie 9,
85-094 Bydgoszcz, Poland,
phone: +48 52 585 40 30;
e-mail: nerka@nerka.cpro.pl
Received: December 6, 2016.

Revision accepted:

December 6, 2016.

Published online:

December 22, 2016.

Conflict of interest: none declared.

Pol Arch Med Wewn. 2016;

126 (12): 1062-1065

doi:10.20452/pamw.3743

Copyright by Medycyna Praktyczna,

Kraków 2016

and drawing from own thorough and experience-based knowledge in the field of internal medicine, an internist establishes the final diagnosis and the appropriate treatment regimen. It can be assumed that the proposed solution will bring a range of advantages, such as reducing the number of unnecessary specialist consultations as well as preventing polypragmasy. Once a patient is discharged from hospital, their treatment is managed by one doctor. Similar changes should be introduced in outpatient health care.

In view of the above considerations, changes should also be pursued with regard to the general perception of hospital internal medicine departments, which could potentially prompt the graduating students of medicine to seek employment as an internist. Because of the profile of internal medicine inpatients, the contemporary perception of internal medicine departments is that they serve as residential care facilities rather than hospital units where both diagnostic and treatment plans are governed by rational principles. Therefore, in order to make the internal medicine specialty attractive (not only in financial terms, which is an obvious matter) to individuals embarking on their professional career, the working conditions and environment of internists should be modified.

As regards the initial considerations concerning the shortage of internists in both inpatient and outpatient health care, there is yet another aspect that should be addressed, namely, postgraduate education. Currently, individuals enrolled on modular specialization training programs are obliged to complete a mandatory 3-year training course along with relevant residency placements in the area of internal diseases. It comes as a complete surprise that, in the face of the shortage of internists, the potential has not as yet been exploited, even in those hospitals that provide the said training courses. I believe it is a short-coming that an obligatory, full examination (test-based, practical and oral), to be taken upon completing an internal medicine module, has so far not been introduced as a prerequisite for further specialization. I am firmly convinced that such a solution would greatly improve the access to internal medicine specialists and the quality of their education.

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 1064-1065.

Forum medycyny wewnętrznej – opinie i kontrowersje

Jacek Manitius

Katedra Nefrologii, Nadciśnienia Tętniczego i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Bydgoszcz

Brak internistów, czy – jak kto woli – ich względny niedobór, jest zjawiskiem postępującym i co gorsze, jak się wydaje, nieodwracalnym. Powodem tego jest bez wątpienia dynamiczny rozwój specjalności, które wyrosły na gruncie tradycyjnej interny. Specjalizacje te są nie tylko atrakcyjne z punktu widzenia materialnego, lecz także z powodu zasłużonego prestiżu zarówno w środowisku, jak i u pacjentów. W tym kontekście specjalista chorób wewnętrznych jawi się jako lekarz o nie do końca sprecyzowanych kompetencjach i, co tu więcej mówić, również umiejętnościach. Jest tak odbierany nie tylko przez własne środowisko, ale również przez pacjentów.

Obecnie wśród pacjentów panuje przekonanie, a zarazem idące z ich strony oczekiwanie, aby z powodu każdego objawu czy też dolegliwości leczyli ich specjaliści. Odnoszę wrażenie na podstawie swojej ponadczterdziestoletniej praktyki klinicznej, że o samopoczuciu chorego, w jego przekonaniu, decyduje częstość wizyt u specjalistów, a nie obiektywne efekty leczenia wyrażające się szeroko rozumianą poprawą jakości życia. Dostrzegam w tym ogromne niedostatki edukacji zdrowotnej społeczeństwa, polegające na tym, że nie traktuje się zdrowia w ujęciu całościowym, w kategoriach jakościowych. W związku z tym można by dojść do wniosku, że lekarz, specjalista chorób wewnętrznych, w tak podzielonej na specjalności medycynie nie znajduje miejsca w leczeniu chorego. Jednak właśnie w tak rozczłonkowanej na wiele dziedzin medycynie aż się prosi, aby na stałe znalazł się doświadczony lekarz, który potrafi wyciągnąć ostateczne wnioski z informacji uzyskanych od poszczególnych specjalistów.

Przyjęcie takiego rozwiązania będzie wymagało całkowitego przewartościowania roli specjalisty chorób wewnętrznych w zakresie dwóch kluczowych procesów: diagnostycznego i leczniczego. W tym ujęciu, w strukturze szpitala internista powinien pełnić funkcję osoby planującej diagnostykę. Poprzez kierowanie pacjentów

do stosownych specjalistów oraz na podstawie swojej szerokiej wiedzy internistycznej, wynikającej również z jego doświadczenia, ustali ostateczne rozpoznanie i, co za tym idzie, leczenie. Proponowane rozwiązanie, jak należy sądzić, przyniesie szereg udogodnień, między innymi ograniczenie zbędnych konsultacji specjalistycznych, a także polipragmazji. Z chwilą opuszczenia szpitala przez chorego terapię będzie prowadzić jeden lekarz. Podobne zasady należałoby wprowadzić w lecznictwie otwartym.

Należy również dążyć do zmiany wizerunku szpitalnych oddziałów chorób wewnętrznych, co mogłoby wpłynąć na decyzję studentów kończących studia medyczne o podejmowaniu pracy jako internista. W dzisiejszym krajobrazie szpitalnym bardzo często oddziały internistyczne, ze względu na profil przebywających tam chorych, kojarzone są z oddziałami zakładów opiekuńczych, a nie miejscem, gdzie, opierając się na racjonalnych zasadach, planuje się zarówno diagnostykę, jak i terapię. Dlatego też, chcąc uczynić specjalizację z chorób wewnętrznych atrakcyjną dla osób rozpoczynających pracę zawodową, nie tylko w aspekcie materialnym, co jest oczywiste, należy zmienić warunki i środowisko pracy internistów.

Wracając do początku rozważań dotyczących niedostatku internistów, zarówno w lecznictwie szpitalnym, jak i pozaszpitalnym, należy poruszyć inny aspekt, a mianowicie szkolenie podyplomowe. Obecnie osoby szkolące się w systemie modułowym w celu uzyskania specjalizacji szczegółowej obowiązkowo muszą odbyć trzyletnie szkolenie wraz ze stosownymi stażami w zakresie chorób wewnętrznych. Należy wyrazić ogromne zdziwienie, że do tej pory nie wykorzystuje się tego potencjału w obliczu braku internistów, nawet w tych szpitalach, w których prowadzi się wspomniane szkolenie. Uważam, że niepowodzeniem w zakresie szkolenia podyplomowego jest niewprowadzenie dotychczas obowiązkowego, pełnego egzaminu (testowego, praktycznego oraz ustnego)

Adres do korespondencji:
Prof. dr hab. n. med. Jacek Manitius,
Katedra Nefrologii, Nadciśnienia
Tętniczego i Chorób Wewnętrznych,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu, Collegium Medicum
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
Szpital Uniwersytecki nr 1
im. dr. Antoniego Jurasza,
ul. Skłodowskiej-Curie 9,
85-094 Bydgoszcz, tel.: 52 585 40 30,
e-mail: nerka@nerka.cpro.pl
Praca wpłynęła: 06.12.2016.
Przyjęta do druku: 06.12.2016.
Publikacja online: 22.12.2016.
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (12): 1062-1065
doi:10.20452/pamw.3743
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

po zakończonym module internistycznym, jako warunku niezbędnego do kontynuowania specjalizacji szczegółowej. Jestem w pełni przekonany, że takie rozwiązanie w znacznym stopniu zwiększyłoby dostęp do internistów, ale również podniosłoby jakość kształcenia.

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