

Forum medycyny wewnętrznej: opinie i kontrowersje

Włodzimierz J. Musiał¹, Anna Tomaszuk-Kazberuk¹, Hanna Bachórzewska-Gajewska^{2,3}

1 Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

2 Klinika Kardiologii Inwazyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok

3 Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Białystok



Prof. Włodzimierz J. Musiał, MD, PhD



Prof. Hanna Bachórzewska-Gajewska, MD, PhD



Prof. Anna Tomaszuk-Kazberuk, MD, PhD

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Włodzimierz J. Musiał,
Klinika Kardiologii, Uniwersytet
Medyczny w Białymstoku,
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A,
15-276 Białystok, tel.: 85 746 86 56,
e-mail: musialwj@poczta.onet.pl
Praca wpłynęła: 23.12.2016.
Przyjęta do druku: 23.12.2016.
Publikacja online: 23.12.2016
Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.

Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (12): 1089-1090
doi:10.20452/pamw.3782
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

Zadany przez profesorów Anettę Undas i Jacka Imieł temat jest bardzo szeroki, dlatego też przekazujemy kilka wspólnych przemyśleń dotyczących tego problemu. Nasza trójka posiada zróżnicowany staż zawodowy od powyżej 45 do 20 lat praktyki. Pracujemy w dziedzinie kardiologii. Wszyscy doszliśmy do tego, zdając wcześniej egzamin z chorób wewnętrznych.

Wydaje się nam, że powrót do klasycznej wielkiej interny nie jest już możliwy. Jej era minęła w wyniku ogromnego postępu i dynamicznego rozwoju wiedzy medycznej, której jeden człowiek nie jest w stanie opanować. Uważamy, że mimo licznych specjalizacji szczegółowych wciąż istnieje potrzeba całościowego spojrzenia na chorego, które zapewnić może interna. Całościowe podejście do pacjenta dotyczy zarówno lekarzy pierwszego kontaktu jak i specjalistów poszczególnych dziedzin. Całościowe traktowanie chorego to kanon, który wynieśliśmy ze studiów. Tak medycynę wyobrażali sobie nasi nauczyciele i taka wiedza

została nam wpojona. Wynika z tego konieczność znajomości podstawowych, najczęściej spotykanych jednostek chorobowych w zakresie interny. Lekarz rodzinny powinien umieć postawić wstępną diagnozę i zinterpretować najważniejsze wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych. W razie problemów skierować chorego do odpowiedniego specjalisty. Przy czym w rozpoznaniu w pierwszej kolejności należy brać pod uwagę najczęściej występujące typowe jednostki chorobowe. Wówczas nawet mniej doświadczony lekarz w większości przypadków postawi prawidłową diagnozę, a mylić się będzie stosunkowo rzadko. Jeśli odwróci my sytuację i lekarz skupi się na rzadkich przyczynach chorób, jego rozpoznanie najczęściej będzie błędne. Celowe wydaje się w związku z tym stworzenie pewnego kompendium wiedzy internistycznej zawierającego wybrane z poszczególnych dziedzin chorób wewnętrznych najważniejsze i najczęściej występujące jednostki chorobowe i metody postępowania. Konieczna przy tym jest okresowa ich aktualizacja.

Obserwujemy obecnie powrót niektórych form postępowania, które pamiętamy z początków pracy zawodowej. Wracają konsylia lekarskie obecnie w formie tzw. *heart team* czyli „kardiogrupy”. W trudnych czy nietypowych przypadkach specjaliści kardiologów zachowawczy, inwazyjni, kardiochirurdzy, a w miarę potrzeby także inni specjaliści omawiają poszczególnych chorych, aby w sposób optymalny zdecydować o wyborze najlepszej metody postępowania i dalszego kompleksowego leczenia. Wymagają tego od nas wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Uważamy, że błędem byłoby rozwijanie interny kosztem wąskich specjalizacji, które są bardzo potrzebne i stały się znakiem naszych czasów, ale ogólna internia jest również niezbędna. Do degradacji interny w naszym kraju przyczynił się niewątpliwie podlegający ciągłym zmianom system ochrony zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nie jest przychylny internistom. Dyskredytuje internistów widząc przede wszystkim lekarzy specjalistów, dla lekarzy chorób wewnętrznych nie ma w nim miejsca. Wymaga, aby w podstawowej opiece zdrowotnej pracowali specjaliści medycyny rodzinnej, zaś w poradniach specjalistycznych lekarze specjaliści. W obecnej rzeczywistości w POZ internistę zastąpił poniekąd lekarz rodzinny, którego zasób wiedzy w zakresie chorób wewnętrznych nie wydaje się większy. Wcześniej doświadczony specjalista chorób wewnętrznych doskonale spisywał się jako kierownik Poradni Rejonowej, zaś internista z wieloletnim stażem z powodzeniem pracował w poradni specjalistycznej. Obecnie interniści mają trudności ze znalezieniem pracy. Brakuje łóżek internistycznych w szpitalach i przychodni o takim profilu. Co więcej likwiduje się deficytowe Oddziały Chorób Wewnętrznych, przekształcając je w placówki specjalistyczne, które łatwiej jest zbilansować.

Problem polega też na tym, że lekarze rodzinni zastąpili w ambulatorium internistów, natomiast nie zastąpili internistów w szpitalach.

A czy paradoksem nie jest, w dobie starzejącego się cierpiącego na liczne choroby społeczeństwa, leczy się głównie na specjalistycznych oddziałach, przy czym NFZ płaci za jedną tylko najważniejszą jednostkę? O leczeniu coraz bardziej decyduje nie lekarz lecz urzędnik, który często w procesie leczenia chciałby widzieć taśmę produkcyjną. Podobną liczbę porad czy zabiegów miesięcznie, kwartalnie czy rocznie. Tego przecież nie da się przewidzieć, a poza tym każdy chory jest inny. Z drugiej strony w związku ze starzeniem się społeczeństwa wyraźnie zmienił się profil leczonych chorych. Coraz częściej mamy do czynienia z ludźmi wiekowymi, cierpiącymi na kilka, a nawet kilkanaście chorób. Są to osoby po licznych zabiegach lub operacjach. Taką populację mógłby leczyć holistycznie internista. Dramatycznie brakuje w Polsce lekarzy geriatrów i trudno spodziewać się, że szybko ich przybędzie. Tu też widzimy miejsce dla odpowiednio przeszkolonych internistów.

W opisanej sytuacji nie dziwi małe zainteresowanie młodych lekarzy wyborem interny jako specjalizacji. Opanowanie tak rozległego materiału stanowi prawdziwe wyzwanie. Egzamin z interny jest trudny, wymagający wielomiesięcznego przygotowywania, a perspektywy dobrej pracy i dalszego awansu ograniczone. Wąskie podspecjalizacje zapewniają wygodniejszą pracę i lepsze wynagrodzenie.

Stoimy na stanowisku, że paradoksalnie w czasach coraz większej specjalizacji, która dotyczy całej medycyny rola interny jako dyscypliny integrującej postępowanie lekarskie rośnie. Przytoczone fakty, nakazują, reaktywować poradnie i oddziały internistyczne oraz wzmocnić pozycję specjalistów chorób wewnętrznych.

Życie najlepiej weryfikuje wszelkie teorie, o tym jak funkcjonuje obecnie oddział chorób wewnętrznych będzie się można przekonać w Białymstoku. W związku z modernizacją i rozbudową Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego stworzona ma być w przyszłym roku Klinika Chorób Wewnętrznych. Zobaczymy, jak będzie funkcjonowała w obecnej rzeczywistości.

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