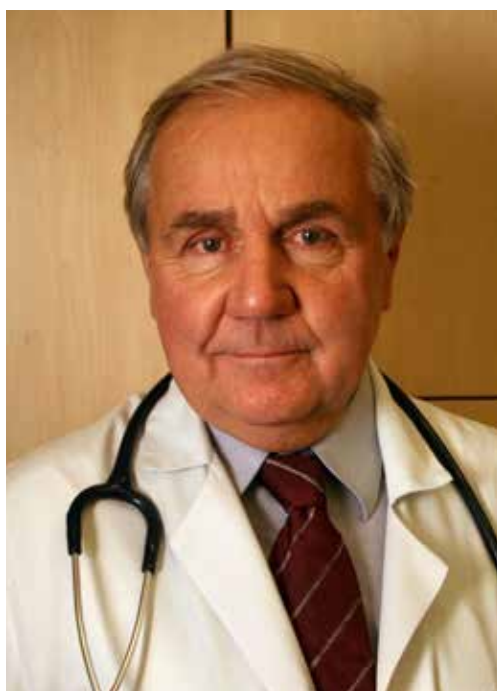


The role of an internal medicine specialist in the health care system: going back to the past?

Lech Poloński

3rd Department of Cardiology, Medical University of Silesia, Zabrze, Poland



Prof. Lech Poloński, MD, PhD A specialist in internal medicine and cardiology; affiliated with the Medical University of Silesia, Katowice, Poland, and Silesian Center for Heart Diseases in Zabrze, Poland; in the years 1998–2015, Head of the 3rd Department of Cardiology in Zabrze; vice-Dean and Dean of Medical Faculty in Zabrze of the Medical University of Silesia; author and coauthor of 247 papers in cardiology journals; coinvestigator of the biggest Polish Registry Acute Coronary Syndromes Registry PL-ACS (since 2003); member of the European Society of Cardiology, Polish Cardiac Society, and Polish Society of Internal Medicine; hobbies include tennis and skiing

I have no doubts that an internal medicine doctor should be a key figure in the health care system. One-degree specialties that have been implemented for the last few years have led to the very fast but at the same time very narrow training of

doctors. It may be good for the doctors but it is definitely not good for the patients. The observations coming from the cardiological examinations are not positive. What is disturbing is not only the lack of basic knowledge in the area of internal diseases but also the more frequent lack of knowledge about cardiology outside the field in which the person taking the exam works. We hear excuses like “I work in a hemodynamics laboratory and that is why my knowledge of echocardiography is limited.” Such a narrow specialty has its pros. Performing numerous procedures the majority of doctors (but not all) achieves true mastery in their field. On the other hand, with this approach we provide treatment for example for coronary arteries instead of for a coronary heart disease, and certainly not for a patient suffering from a coronary heart disease. This is a dangerous tendency, especially that we come in contact with older and older patients suffering from multiple diseases. If we stick to the cardiocentric approach, we can make mistakes. A doctor who does not have sufficient knowledge either does not see the problem or prefers not to see it if he does not know the solution for it. That is why the system of consultations is developing. But here we come across another problem, in order to ask for a consultation one has to notice the problem and describe it. And how should one do this without knowing the significance of wheezes over the lung fields or what the symptoms of fluid in the peritoneal cavity are or what the erysipelas looks like? Specialist consultations, whose value cannot be questioned in some situations, must not be treated as a fundamental method of diagnostics and treatment. Such a method prolongs the diagnosis time, is certainly inconvenient for the patient, especially if it happens in an outpatient clinic and the patient has to move between different places where the consultations are provided and in the end this is an expensive course of action. What is more is that such a situation very often leads to polypharmacy and the associated

Correspondence to:

Prof. Lech Poloński, MD, PhD,
Śląskie Centrum Chorób Serca,
ul. M. Curie-Skłodowskiej 9,
41-800 Zabrze, Poland,
phone: +48 32 373 36 19,
e-mail: scchs@sum.edu.pl

Received: December 5, 2016.

Accepted: December 5, 2016.

Published online:

December 22, 2016

Nie zgłoszono sprzeczności
interesów.

Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (12): 1074-1076

doi:10.20452/pamw.3749

Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

risk of drug interaction. The current system lacks the presence of a doctor who would look at the patient holistically and “coordinate” all those activities. I think that in the case of some patients the role of a “coordinator” should belong to (and often does) a general practitioner. Considering the competencies and knowledge, more difficult cases should be run by an internal medicine specialist. I am trying to get into the patient’s shoes who is experiencing for example shortness of breath. The first examination should be conducted by a general practitioner. If he or she identifies the underlying cause and can treat it, like for example in the case of bronchitis, then the diagnostics and treatment will end at this stage. If the patient had suffered a heart attack, is suffering from a duodenal ulcer disease, is 75 years old, had worked in a mine and has pneumoconiosis and has respiratory problems because of this, then the case is more difficult. Such a patient should remain under the care of an internal medicine specialist, aided by a consulting pulmonologist or cardiologist if the need be. Nevertheless, in both cases, that is the patient with bronchitis and the patient with several diseases, there should be one doctor in charge. The aging society will more and more often require comprehensive and specialist care. Such care can be provided by the internal medicine specialists or to some degree general practitioners if the training curriculum is changed and there is even more emphasis placed on the internal diseases. Therefore, what should be the role of an internal medicine specialist in the health care system? It should be a doctor in charge of difficult cases which cannot be solved by a general practitioner. This doctor should decide about the need of specialist consultation, specifying the questions to which he or she needs answers from a specialist. If it is a well prepared internal medicine specialist then 1–2 consultations per year will most likely suffice, even for difficult cases. What will we gain from this or, even better, what will the patient gain from such organization? Firstly, the patient will have a competent doctor who is going to coordinate diagnostics and treatment. Secondly, we will reduce the number of specialist consultations for which, as it is generally known, the patients simply have to wait for too long. The availability of specialists is considered to be one of the indicators of the health care quality. The waiting period for a consultation is so long because specialists do not consult, instead they provide treatment and this is not their role.

I am in direct contact with the young generation of cardiologists. They are really good considering their narrow fields but completely lost as regards the comprehensive observation of the patient. The majority of them is aware of the gaps in knowledge, some of them go into additional training, others “hide” in the safety of their laboratories where they feel somewhat more confident. I have always been and still am the supporter of obligatory specializing in internal medicine

before beginning the cardiology specialty. I would like to remind us all that there was a time when one could begin the cardiology specialty only after completing the second-degree specialty in internal medicine (“internal medicine specialist”). This time is probably forever gone and it will be difficult to change the current training methods. However, I would like to suggest that 2 small changes be made as regards the obligatory 3-year training in the area of internal medicine. The first thing is to omit or significantly limit the training in the area of the target specialty at this stage of specialty training. For example, if a doctor is specializing to be a cardiologist, then the internal diseases panel should include only minimal training in this area and instead expand other topics. The second thing is to have an examination at the end of this part of specialty training whose scope should correspond to the level of the first-degree specialty (“internal medicine doctor”). The specialty training program is very well prepared, specific courses and training types are required but what is lacking is the stage at which the acquired knowledge could be verified. There is no need to convince anyone as it is obvious that this does not encourage learning and the actual courses are very often conducted in a fashion that is far from ideal. The courses very often do not prepare doctors for their work as the majority of them finishes with a “fictitious” credit. The training program does not need to be changed; however, it is necessary to have more consistent methods to verify the knowledge acquired. Preparing a national test encompassing the fundamentals of internal medicine with small modifications corresponding to each specialty would not be difficult and it could be organized and implemented in every voivodeship. Passing this exam would be a prerequisite for the subsequent participation in the detailed specialty training. An additional benefit of such a system would be the possibility to compare training results between different parts of Poland. Nothing is more encouraging than healthy competition. Looking at the course of training, one can easily notice that for many doctors the education and verification of knowledge in the area of internal medicine ends during the fifth year of studies when they pass an exam from this subject. I have talked about the training program with the young doctors working at the clinic. The majority of them pointed out the insufficient preparation regarding internal diseases and the need to change this situation. Such opinions are formulated in particular by those doctors who work solo or are on call solo. Responsible doctors want to have good working conditions and make proper and safe decisions while on call. I think that the training system should guarantee them precisely that. The issue becomes even more pressing if narrower and narrower specialties become prevalent in medicine. The doctor on call has to be prepared to provide help to every patient, the one with diarrhea but also the one in coma or the one having

seizures. The patient often ends up in the nearest emergency room, waiting for help and not pondering over whether he is in the cardiology, nephrology, or diabetology unit.

I am aware that even the best available specialty training will not function if the people involved in it, both specialty supervisors and the specializing candidates, will try to “take short cuts”. Looking for an easy fix is an inherent characteristic of human nature. Therefore, the organizers of the system need to prepare such rules so that those short cuts are no longer convenient or even impossible.

A separate problem is related to the difficulties that doctors experience as regards obtaining the permission to be delegated to participate in a specialist internship or a course. I think that it has to be clearly stated that the permission to participate in specialty training signed by the unit’s chief or director guarantees the time off from work for the duration of the training. It cannot be good (or ill) will of the chief, it has to be a duty.

Thus, I will once again state my opinion, I cannot imagine that anyone could be a good cardiologist, diabetologist, or nephrologist without proper preparation in the area of internal diseases. Medicine is moving fast in the direction of narrow specialties and we will not be able to change that. Nevertheless, every single day it becomes more evident that this whole medical organization needs a “master of the house”. This role should be given to an internal medicine specialist.

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 1077-1078.

Rola specjalisty chorób wewnętrznych w systemie opieki zdrowotnej – powrót do przeszłości?

Lech Poloński

III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny, Zabrze

Nie mam wątpliwości, że lekarz chorób wewnętrznych powinien być kluczową postacią w systemie opieki zdrowotnej. Jednostopniowe specjalizacje realizowane od kilku lat doprowadziły do szybkiego, ale bardzo wąskiego szkolenia lekarzy. Dobrze to może dla lekarzy, gorsze dla pacjentów. Obserwacje z egzaminów kardiologicznych nie są budujące. Niepokój budzi nie tylko brak podstawowej wiedzy z zakresu chorób wewnętrznych, ale coraz częściej brak wiedzy z kardiologii poza obszarem, w którym zdający pracuje. Słyszy się usprawiedliwienie „pracuję w pracowni hemodynamiki i dlatego moja wiedza z zakresu echokardiografii jest ograniczona”. Tak wąska specjalizacja ma swoje dobre strony. Wykonując dużą liczbę zabiegów, większość lekarzy (ale nie wszyscy!) dochodzi do perfekcji w swojej dziedzinie. Z drugiej jednak strony, przy takim podejściu leczymy np. tętnice wieńcowe, a nie chorobę wieńcową, a już na pewno nie pacjenta z chorobą wieńcową. To niebezpieczny trend, tym bardziej, że mamy do czynienia z chorym coraz starszym, obciążonym wieloma chorobami. Patrząc kardiocentrycznie, możemy popełniać błędy. Lekarz, nie mając dostatecznej wiedzy albo nie widzi problemu, albo woli go nie widzieć, nie znając sposobu rozwiązania. Dlatego rozwija się system konsultacji. Ale i tu jest problem – chcąc poprosić o konsultację, trzeba problem zauważyć i go opisać. Jak to zrobić, nie wiedząc jakie znaczenie mają świsty nad polami płucnymi, jakie są objawy płynu w jamie otrzewnej albo jak wygląda róża? Specjalistyczne konsultacje, których wartości w pewnych sytuacjach nie można kwestionować, nie mogą być podstawową metodą diagnostyki i terapii. Ten sposób postępowania wydłuża czas diagnozy, stanowi istotną niedogodność dla chorego, zwłaszcza jeżeli dzieje się to w poradni i chory musi dojeżdżać na kolejne konsultacje i w końcu to kosztowny sposób postępowania. Nie bez znaczenia jest też bardzo często wynikająca z takiego postępowania polipragmatyzacja

i związane z tym ryzyko interakcji międzylekowej. W obecnym systemie brakuje lekarza, który całościowo spojrzy na chorego i „skoordynuje” te wszystkie działania. Uważam, że u części chorych rolę „koordynatora” powinien (i często tak jest) odgrywać lekarz POZ. Ze względu na kompetencję i zakres wiedzy, trudniejszych chorych powinien prowadzić specjalista chorób wewnętrznych. Próbuję postawić się w roli pacjenta, który ma np. duszność. Pierwsze badania powinien wykonać lekarz POZ. Jeżeli zdiagnozuje przyczynę i potrafi ją leczyć, jak może być w przypadku np. zapalenia oskrzeli, na tym etapie diagnostyka i terapia się kończą. Jeżeli chory przeżył zawał serca, cierpi na chorobę wrzodową dwunastnicy, ma 75 lat, pracował w kopalni i w związku z tym ma pylicę płuc i niewydolność oddechową, sprawa jest trudniejsza. Takim chorym powinien się zająć specjalista chorób wewnętrznych, prosząc w razie potrzeby o konsultację specjalistę pulmonologa czy kardiologa. Ale w obu przypadkach – tego chorego z zapaleniem oskrzeli i tego pacjenta z kilkoma chorobami, prowadzącym powinien być jeden lekarz. Starzejące się społeczeństwo będzie wymagało coraz częściej kompleksowej, specjalistycznej opieki. Taką opiekę mogą zapewnić specjaliści chorób wewnętrznych lub w jakiejś części lekarze POZ przy zmianie programu szkolenia i położenia jeszcze większego nacisku na choroby wewnętrzne. Jaka więc powinna być rola specjalisty chorób wewnętrznych w systemie opieki zdrowotnej? To powinien być lekarz prowadzący trudnych pacjentów, z którymi nie radzi sobie lekarz POZ. To ten lekarz powinien decydować o potrzebie konsultacji specjalistycznej, precyzując pytania, na które oczekuje od specjalisty odpowiedzi. Jeżeli będzie to dobrze przygotowany specjalista chorób wewnętrznych, to najpewniej wystarczą 1–2 konsultacje w ciągu roku, nawet u tych trudnych chorych. Co zyskujemy, a właściwie co zyskuje chory przy takiej organizacji: po pierwsze,

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Lech Poloński,
Śląskie Centrum Chorób Serca,
ul. M. Curie-Skłodowskiej 9,
41-800 Zabrze, tel.: 32 37 33 619,
e-mail: scchs@sum.edu.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): 1074-1078
doi:10.20452/pamw.3749
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

ma kompetentnego lekarza koordynującego diagnostykę i leczenie, po drugie, ogranicza się liczbę konsultacji specjalistycznych, na które zgodnie z powszechną opinią czeka się zbyt długo. Dostęp do specjalisty jest traktowany jako jeden z wykładników jakości służby zdrowia. Czas oczekiwania na konsultację jest tak długi, bo specjaliści nie konsultują, tylko leczą – to nie jest ich rola.

Mam bezpośredni kontakt z kardiologami młodej generacji. Są świetni w swoich wąskich dziedzinach, zupełnie zagubieni w całościowym oglądzie chorego. Większość z nich ma poczucie niedostatków wykształcenia – część podejmuje szkolenie na własną rękę, część „chowa” się w zaciszu swoich pracowni, w których czują się pewnie. Byłem i jestem zwolennikiem obowiązkowego specjalizowania się z chorób wewnętrznych przed przystąpieniem do specjalizacji z kardiologii. Przypomnę, że był czas, że specjalizację z kardiologii można było rozpocząć po uzyskaniu II stopnia z chorób wewnętrznych („specjalista chorób wewnętrznych”). Ten czas pewnie bezpowrotnie minął i trudno będzie zmienić obowiązujące zasady szkolenia. Proponuję jednak w ramach obowiązujących trzech lat szkolenia z zakresu chorób wewnętrznych dokonać dwóch niewielkich zmian. Jedna to pominięcie lub znaczne ograniczenie na tym etapie specjalizacji szkolenia z zakresu docelowej specjalizacji. Na przykład, jeżeli lekarz przygotowuje się do kardiologii, to w panelu choroby wewnętrzne zminimalizować szkolenie z tego zakresu, a rozbudować pozostałe tematy. Druga, to zakończenie tej części specjalizacji egzaminem, którego zakres powinien odpowiadać poziomowi specjalizacji I stopnia („lekarz chorób wewnętrznych”). Program specjalizacji jest przygotowany bardzo dobrze, wymagane są określone kursy i szkolenia, ale brakuje momentu weryfikacji zdobytej wiedzy. Nie muszę nikogo przekonywać, że to nie mobilizuje do nauki, a szkolenia często są realizowane w sposób daleki od ideału. Kursy też nie do końca przygotowują lekarzy, gdyż większość kończy się „fikcyjnymi” zaliczeniami. Nie trzeba zmieniać programu szkolenia, trzeba natomiast bardziej konsekwentnie weryfikować zdobywaną wiedzę. Przygotowanie ogólnopolskiego testu z małymi modyfikacjami dla każdej specjalizacji z podstaw chorób wewnętrznych nie byłoby trudne, a i organizacyjnie jest do zrealizowania na poziomie każdego województwa. Zdanie tego egzaminu byłoby warunkiem koniecznym do uzyskania zgody na przystąpienie do specjalizacji szczegółowej. Dodatkową korzyścią takiego systemu będzie możliwość porównania szkolenia w różnych częściach Polski. Nic tak dobrze nie robi, jak zdrowa konkurencja. Patrząc na przebieg szkolenia, łatwo zauważyć, że dla wielu lekarzy edukacja i weryfikacja wiedzy z zakresu chorób wewnętrznych kończy się na 5 roku studiów zdaniem egzaminu z tego przedmiotu. Dyskutowałem program szkolenia z młodymi lekarzami pracującymi w klinice. Zdecydowana większość zwraca uwagę na niedostateczne przygotowanie z zakresu chorób wewnętrznych

i potrzebę zmiany tej sytuacji. Takie opinie formułują zwłaszcza lekarze pracujący samodzielnie lub samodzielnie dyżurujący. Odpowiedzialni lekarze chcą mieć komfort pracy i podejmować właściwe, bezpieczne decyzje na dyżurach. Uważam, że system szkolenia powinien im to zapewnić. Sprawa staje się tym bardziej istotna, im bardziej wąskie specjalizacje zaczynają dominować w medycynie. Podejmując się pracy na dyżurach, lekarz musi być przygotowany do pomocy każdemu choremu – i temu z biegunką i temu w śpiączce, czy z napadem padaczki. Chory trafia często na najbliższą izbę przyjęć, oczekując pomocy, nie zastanawiając się, czy jest na kardiologii, nefrologii, czy diabetologii.

Mam świadomość, że najlepiej przygotowany program specjalizacji nie spełni swoich zadań, jeżeli realizujący go ludzie, zarówno opiekunowie specjalizacji, jak i sami specjalizujący się, będą próbowali „pójść na skróty”. Szukanie łatwych dróg jest immanentną cechą ludzkiej natury. Zadaniem organizatorów systemu jest przygotowanie takich zasad postępowania, aby te skróty się nie opłacały albo były wręcz niemożliwe.

Osobnym problemem są często podnoszone przez lekarzy trudności z uzyskaniem zgody na oddelegowanie na staże specjalizacyjne czy na kursy. Myślę, że należy jednoznacznie określić, że zgoda na odbywanie specjalizacji podpisana przez ordynatora czy dyrektora jednostki, obliguje do zwolnień z pracy na czas szkolenia. To nie może być dobra (albo zła) wola ordynatora, to musi być obowiązek.

Powtórzę więc jeszcze raz opinię, że nie wyobrażam sobie dobrego lekarza kardiologa, diabetologa czy nefrologa bez przygotowania z zakresu chorób wewnętrznych. Medycyna idzie szybko w stronę wąskich specjalizacji i tego nie zmienimy. Coraz bardziej wyraźnie widać jednak, że brakuje w tym całym medycznym porządku „gospodarza”. Rolę tę powinien odgrywać lekarz specjalista chorób wewnętrznych.

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