

Internal medicine in the future

Zbigniew Zdrojewski

Department of Internal Medicine, Connective Tissue Diseases and Geriatrics at Medical University of Gdańsk, Gdańsk, Poland



Prof. Zbigniew Zdrojewski, MD, PhD A specialist in internal diseases, nephrology, clinical transplantation, hypertension, and rheumatology; Head of the Department of Internal Medicine, Connective Tissue Diseases and Geriatrics, Medical University of Gdańsk, Poland; for many years, a regional consultant in internal diseases; involved in projects of numerous scientific societies, including Polish Society of Internal Medicine, Polish Society of Nephrology, and Polish Society for Rheumatology; recipient of numerous awards for his contribution to the field; author and coauthor of over 400 scientific papers

Correspondence to:
Prof. Zbigniew Zdrojewski, MD,
PhD, Katedra i Klinika Chorób
Wewnętrznych, Chorób Tkanki
Łącznej i Geriatrii, Gdański
Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7,
80-952 Gdańsk, Poland, phone:
+48 58 349 28 32, e-mail:
zdroj@gumed.edu.pl
Received: November 10, 2016.
Accepted: November 10, 2016.
Published online:
December 22, 2016.
Conflict of interests: none declared.
Pol Arch Med Wewn. 2016;
126 (12): 1085-1088
doi:10.20452/pamw.3753
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2016

The dynamic development of medicine has forced the division of the “queen of medical sciences” into many subspecialties. The duties of a cardiologist, gastroenterologist, nephrologist, etc. are clearly specified and they have their own place in the health care system. However, the role of an internal medicine specialist remains important and

such a specialist cannot be substituted by doctors of other specialties.

Internal medicine specialists are key doctors working at internal medicine units, and these units are essential for the functioning of each hospital, both a multispecialty hospital and a district hospital taking part in fulfilling health needs of the society (emergency rooms). The observation of the hospitals in the Pomerania region proves that an internal medicine specialist is also indispensable as regards the work of a hospital/clinic emergency department. Difficult work conditions and inadequate salaries are the reasons for the current shortage of internal medicine specialists at the regional internal medicine units. The reasons behind this are certainly related to more attractive conditions of work at primary health care outpatient clinics.

Thus, there is a compelling need to raise the prestige of the internal medicine specialty and specialists. Otherwise we could experience the collapse of the health care system, the increased expenditure and the impairment of effectiveness. Such discussion should not only be held in the medical press but above all in every single hospital, in the circles of the decision makers responsible for the health care system on every possible level, in the local and central governments. The change has to lead to the improvement of profitability of hospitalization in internal medicine units (eg. summation of procedures, proper valuation within the diagnosis-related groups, a premium for the comprehensiveness of services), also proper remuneration for the employees working in the internal medicine units. Maybe the name of the position held by the doctors working in those units should be changed to “hospitalists”.

Since the postgraduate training mode was changed to a modular one, the internal medicine units should be the only places of training encompassing the basic internist module required by all “narrow” specialties. At the same time, without the internal medicine specialists the whole postgraduate training system could collapse.

Thanks to the significant progress in medicine and the improving conditions of living in Poland, the lifespan of an average inhabitant of Poland keeps getting longer. According to the statistics of the Central Statistical Office at the end of 2014, the number of persons aged 65 and above in Poland exceeded 5.8 million, which amounted to 15.3% of population. Within the last dozen or so years, we have observed the dynamic growth of the number of persons advanced in years. In the years 1989–2014, this number increased by almost 2 millions. It is anticipated that in 2025, the percentage of persons aged 65 and above in Poland will exceed 23%. The fastest rate of increase has been observed in the case of persons in very old age (80 years and above)—their percentage in the total population of Poland still seems to be small (currently ca. 4%); however, in comparison to the numbers from over a dozen years ago, the number of those persons doubled reaching over 1.5 million persons at the end of 2014.

Because of the continued process of aging and thus increased dysfunction of many organs and systems leading to multiple morbidities, the patients advanced in years constitute a group with the biggest needs as regards treatment, rehabilitation and care services. Undoubtedly, the role of the coordinator and the „guide” in the complicated health care system in Poland will remain with the family physician (until now strongly supported by the internal medicine specialists and pediatricians) who, if the need be, will be helped by the doctors specialized in “narrow fields”. If we consider care provided for the patients advanced in years, the geriatrist plays an important role. Unfortunately, the number of geriatrists in Poland is still insufficient. What is more, the basis for educating a geriatrist is the perfect knowledge regarding internal diseases. It is very beneficial that the basic internist module includes an obligatory geriatrics course and a monthly internship at the geriatrics unit.

One of the most important tasks of geriatrics is the comprehensiveness of care understood in several ways. This concept should be understood as a holistic approach to the senior patient. It should already be present at the stage of clinical examination, which should go beyond medical history taking (previous diseases, current afflictions) as its objective is to assess many aspects of the patient’s physical and mental health and also his or her resources as regards social support and needs encompassing different areas of life.

The tool used in geriatrics in everyday practice that allows such a multidisciplinary assessment of the patient is a Complete Geriatric Assessment. It is a multidisciplinary diagnostic process addressed to those senior patients in the case of whom multiple morbidities, complex health problems, and the expanding disability as well as the dependence on provided care can have a significant impact on the development of the so called “geriatric giants” (eg, falls, urinary incontinence, delirium) and the subsequent deterioration of health.

The Complete Geriatric Assessment, starting from the internist examination (supplemented by the questions related to falls, changes in body weight, the assessment of mental state or the orthostatic hypotension test), is aimed at assessing the patient in 4 main areas: efficient functioning, physical health, mental health, and socioenvironmental conditions.

Another aspect as regards the comprehensiveness of care provided for the senior patients that can only be ensured by the internal medicine doctor is providing senior patients not only with medical care but also with the support of social services and family. In Poland, the biggest care institution is still a family. Providing rules for the good cooperation between the health care personnel, social services, and family, that is the cooperation triangle with the patient at the center of it would certainly facilitate the work and therapeutic decision-making for the health care personnel, it would shorten the time of the hospitalization in many units and most of all it would increase the patient’s chances to receive the treatment optimal for him or her and remain in his or her own environment for as long as possible.

The benefits of the Complete Internist Assessment are as follows: the facilitation of a more complete assessment of the patient in different areas, prevention of polypharmacy, specifying a list of priorities in the diagnostic and therapeutic process as well as the creation of the support network. Only the holistic assessment of the senior patient’s needs taking into account his or her preferences, sometimes requiring to depart from the more intensive forms of therapy (bordering on medical futility) increases the chances to ensure not only medical care but also the best quality of life possible.

Finally, the internal medicine specialists and the comprehensive care provided to the patients of different ages are the guarantee for the improvement of the health care system’s effectiveness and the patients’ quality of life.

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 1087-1088.

Interna w przyszłości

Zbigniew Zdrojewski

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

Dynamiczny rozwój medycyny wymusił podział „królowej nauk medycznych” na wiele podspecjalności. Zadania kardiologa, gastroenterologa, nefrologa itp. są ściśle określone i mają swoje miejsce w systemie opieki zdrowotnej. Jednakże pozycja specjalisty chorób wewnętrznych jest nadal ważna i niemożliwa do zastąpienia przez lekarzy innych specjalności.

Specjalista chorób wewnętrznych jest podstawowym lekarzem pracującym na oddziałach chorób wewnętrznych, które są z kolei podstawą funkcjonowania każdego, zarówno wielospecjalistycznego, jak i rejonowego szpitala, biorącego udział w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa (ostre dyzury). Z obserwacji szpitali Pomorza wynika, że internista jest również nie do zastąpienia w pracy szpitalnego/klinicznego oddziału ratunkowego. Trudne warunki pracy i nieodpowiednie wynagrodzenie sprawiają, że już obecnie brakuje internistów na terenowych oddziałach chorób wewnętrznych. Dzieje to się z pewnością z powodu korzystniejszych warunków pracy w POZ.

Istnieje więc pilna potrzeba podniesienia prestiżu specjalizacji i lekarzy chorób wewnętrznych, w przeciwnym razie może dojść do załamania funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, zwiększenia wydatków i pogorszenia efektywności. Dyskusję taką należy przeprowadzić nie tylko na łamach czasopism medycznych, ale przede wszystkim w każdym szpitalu, środowisku decydentów opieki zdrowotnej każdego szczebla, władz samorządowych i centralnych. Należy doprowadzić do poprawy rentowności hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych (np. sumowanie procedur, właściwa wycena w obrębie jednorodnych grup pacjentów, premiowanie kompleksowości usług) oraz do właściwego wynagradzania pracowników oddziałów wewnętrznych. Być może, należałoby zmienić nazwę stanowiska lekarzy tych oddziałów na „hospitaliści”.

W wyniku zmiany trybu szkolenia podyplomowego na tryb modułowy oddziały wewnętrzne powinny być jedynymi miejscami szkolenia w zakresie podstawowego modułu internistycznego, wymaganego we wszystkich „wąskich

specjalnościach. Tym samym, bez specjalistów chorób wewnętrznych może się zawalić cały system szkolenia podyplomowego.

Dzięki znaczącemu postępowi w medycynie i poprawie warunków życia polskiego społeczeństwa okres życia statystycznego mieszkańca Polski stale się wydłuża. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego na koniec 2014 roku, liczba osób w wieku 65+ przekraczała w Polsce 5,8 mln, co stanowiło 15,3% ludności. W ciągu ostatnich kilkunastu lat obserwujemy dynamiczny wzrost liczby osób w wieku podeszłym. W latach 1989–2014 ich liczba wzrosła prawie o 2 miliony. Przewiduje się, że w 2025 roku odsetek mieszkańców 65+ w naszym kraju przekroczy 23%. Najwyższe tempo wzrostu dotyczy liczby osób w zaawansowanej starości (80 lat i więcej) – ich udział w całkowitej liczbie mieszkańców Polski wydaje się wciąż mały (obecnie ok. 4%), jednak w porównaniu ze stanem sprzed kilkunastu lat liczba tych osób podwoiła się, sięgając na koniec roku 2014 ponad 1,5 mln osób.

Z racji postępującego procesu starzenia i narastającej w związku z tym dysfunkcji wielu narządów i układów prowadzącej do wielochorobowości, pacjenci w wieku podeszłym są grupą o największych potrzebach, jeśli chodzi o usługi lecznicze, rehabilitacyjne i opiekuńcze. Niewątpliwie koordynatorem i „przewodnikiem” po skomplikowanym systemie opieki zdrowotnej w naszym kraju będzie jak dotąd lekarz rodzinny (dotychczas silnie wspierany przez specjalistów chorób wewnętrznych i pediatrów), który w sytuacjach koniecznych będzie korzystał z pomocy lekarzy specjalistów „wąskich dziedzin”. Ważną rolę do odegrania w opiece nad pacjentem w podeszłym wieku ma lekarz geriatra. Niestety, ich liczba jest w Polsce nadal niewystarczająca, ponadto podstawą do wykształcenia geriatry jest doskonała znajomość wiedzy o chorobach wewnętrznych. Bardzo dobrze się stało, że w podstawowym module internistycznym jest obowiązkowy kurs z geriatrici oraz miesięczny staż na oddziale geriatrycznym.

Jednym z najważniejszych zadań geriatrici jest rozumiana na kilka sposobów kompleksowość opieki. Pod tym pojęciem należy rozumieć

Adres do korespondencji:
 prof. dr hab. n. med. Zbigniew Zdrojewski, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Chorób Tkanki Łącznej i Geriatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk, tel.: 58 349 28 32, e-mail: zdroj@umed.edu.pl
 Praca wpłynęła: 10.11.2016.
 Przyjęta do druku: 10.11.2016.
 Publikacja online: 22.12.2016.
 Nie zgłoszono sprzeczności interesów.
 Pol Arch Med Wewn. 2016; 126 (12): 1085-1088
 doi:10.20452/pamw.3753
 Copyright by Medycyna Praktyczna, Kraków 2016

całościowe spojrzenie na pacjenta w wieku senioralnym. Powinno się ono wyrażać już na etapie badania klinicznego, które wykraczając poza zebranie wywiadu lekarskiego (przebytych chorób, obecnych dolegliwości) ma na celu ocenę wielu aspektów zdrowia somatycznego i psychicznego pacjenta, a także jego zasobów w zakresie wsparcia społecznego i wreszcie potrzeb w różnych sferach życia.

Narzędziem stosowanym w geriatricznym w codziennej praktyce i umożliwiającym tak wielokierunkową ocenę pacjenta jest Kompleksowa Ocena Geriatryczna. Jest to wielokierunkowy proces diagnostyczny skierowany do tych pacjentów w wieku podeszłym, u których wielochorobowość, złożone problemy zdrowotne oraz rozwijająca się niesprawność i zależność od opieki mogą w znaczący sposób wpłynąć na rozwój tzw. wielkich problemów geriatrycznych (np. upadki, nietrzymanie moczu, majaczenie) oraz na dalsze pogorszenie stanu zdrowia.

Kompleksowa Ocena Geriatryczna, zaczynając od badania internistycznego (poszerzonego między innymi o pytania o upadki, wahania masy ciała, ocenę stanu psychicznego czy test na hipotonię ortostatyczną), dąży do oceny pacjenta w 4 głównych obszarach: sprawności funkcjonalnej, zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego oraz warunków socjalno-środowiskowych.

Kolejnym wymiarem kompleksowości w opiece nad pacjentem w wieku senioralnym, którą może zapewnić lekarz chorób wewnętrznych, jest zagwarantowanie osobom w starszym wieku nie tylko opieki medycznej, ale również wsparcia służb socjalnych i rodziny. W Polsce to rodzina jest wciąż największą instytucją opiekuńczą. Stworzenie zasad dobrej współpracy w trójkącie „pracownicy ochrony zdrowia–służby socjalne–rodzina”, w którego centrum jest pacjent, z pewnością ułatwiłoby pracę i podejmowanie różnych decyzji terapeutycznych pracownikom służby zdrowia, skróciłoby czas hospitalizacji na wielu oddziałach, a przede wszystkim zwiększyłoby szanse pacjenta na otrzymanie optymalnej dla niego terapii i jak najdłuższe utrzymanie go we własnym środowisku.

Zaletami kompleksowej oceny internistycznej są: ułatwienie pełniejszej oceny potrzeb pacjenta w różnych obszarach, przeciwdziałanie poli-pragmacji, ustalenie listy priorytetów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym oraz budowanie sieci wsparcia. Jedynie holistyczna ocena potrzeb pacjenta w podeszłym wieku, uwzględniająca jego preferencje, czasami z odstępniem od bardziej intensywnych form terapii (graniczących z terapią uporczywą), zwiększa szanse na zapewnienie, oprócz opieki medycznej, również jak najlepszej jakości życia.

Wreszcie interniści oraz kompleksowa opieka nad pacjentem w różnym wieku to gwarancja poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej i jakości życia pacjentów.

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