

Zagrożenia oraz możliwości organizacyjne w obszarze chorób wewnętrznych

Upadek królowej

Interna, zwana królową dyscyplin medycznych, niestety upada. W ostatnich kilkunastu latach w naszym kraju mamy do czynienia z bardzo niekorzystnym zjawiskiem, które polega na fragmentaryzacji opieki medycznej, zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej. Mamy już rekordową liczbę specjalizacji lekarskich w Europie (ok. 75), a nasze szpitale to zbiorowiska coraz mniejszych oddziałów czy pododdziałów, zorganizowanych według specjalizacji lekarskich, a nie stopnia natężenia opieki nad pacjentem.

W leczeniu ambulatoryjnym internistom, czyli specjalistom chorób wewnętrznych, nakazano nauczenie się pediatrii i uzyskanie specjalizacji z medycyny rodzinnej. W poradniach szpitalnych interniści nie zyskali uznania w oczach Narodowego Funduszu Zdrowia i zostali jako specjalizacja praktycznie wyeliminowani. Interniści, których większość szkolenia i praktyki zawodowej dotyczy pacjentów starszych, nie okazują się już godni zaufania, gdyż nagle muszą być geriatrami.

Dzielenie włosa na czworo

W leczeniu tak powszechnych chorób przewlekłych, mających wpływ na różne narządy wewnętrzne, jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze, promowani są specjaliści od tych chorób, tacy jak diabetolodzy czy hipertensjologowie. Intensywną terapię, będącą przecież w znacznym zakresie medycyną wewnętrzną o najwyższym stopniu natężenia, zawłaszczyli anestezjologowie, których domeną było – i w wypadku wielu anestezjologów niepraktykujących na co dzień intensywnej terapii dalej jest – znieszczenie pacjentów do zabiegów chirurgicznych i innych procedur. Nawet tak stare dziedziny wywodzące się z interny, jak kardiologia, wyrzekły się „królowej” i w naszym kraju wywalczyły bezpośredni tryb specjalizacji, co jest przypadkiem bardzo rzadkim w skali międzynarodowej. Oczywiście, podpierające się opiniami hiperspecjalistów i zatroskane media często informują, że specjalistów u nas brakuje, potęgując poczucie zagrożenia.

(Nie tak) dawno temu w Ameryce

Na początku lat 90. jedno z najbardziej renomowanych medycznych towarzystw naukowych na świecie – American College of Physicians (ACP) przeprowadziło kampanię wizerunkową dotyczącą interny w USA. Specjalizacja ta cierpiała wtedy na kryzys wizerunkowy. Wprawdzie w USA nie było i nie ma specjalizacji „jednochorobowych”, a każdy kardiolog, gastroenterolog czy pulmonolog musiał i nadal musi odbyć intensywne trzyletnie szkolenie z pełnego zakresu chorób wewnętrz-



nych, a jednak interna miała problem. Dodatkowym czynnikiem komplikującym było nazewnictwo, gdyż *internist* – czyli specjalistę internistę – mylono z *intern* – czyli stażystą z jakiegokolwiek dziedziny lekarskiej, a nawet nielekarskiej. Kampania ACP była prowadzona pod hasłem „interna – lekarze dorosłych” (*internal medicine: doctors for adults*). W zakresie opieki ambulatoryjnej nie było takiego problemu jak u nas czy w Wielkiej Brytanii – każdy internista może prowadzić praktykę pierwszego kontaktu dla pacjentów dorosłych. Zresztą ze względu na brak pewnych uciążliwości związanych z obecnością dzieci w przychodni często starsi pacjenci preferują POZ prowadzone przez internistów. Dodatkowym atutem jest także szersze wykształcenie i praktyka internistów w zakresie wielu chorób przewlekłych.

Lekarze rodzinni

W Polsce postawiono na lekarzy rodzinnych, którzy w przeciwieństwie do lekarzy brytyjskich (GP) rzadko zajmują się urazami czy drobnymi zabiegami chirurgicznymi, a jeszcze rzadziej ginekologią i można zaryzykować stwierdzenie, że są oni w praktyce przeważnie pediatro-internistami ambulatoryjnymi. Kampania informacyjna ACP przyniosła głównie korzyści wizerunkowe, gdyż na przykład w obszarze ambulatoryjnym nie było wiele do wywalczenia. Ciekawy i budujący, także w odniesieniu do naszego rynku, jest natomiast sposób, w jaki interna obroniła swoją pozycję i dostosowała się do wymogów nowoczesnego szpitalnictwa. Otóż w USA też postępowała fragmentaryzacja opieki medycznej w szpitalach, co niestety, jak zbadano, miało negatywne konsekwencje. Brak koordynacji leczenia szpitalnego prowadzonego przez specjalistów z wąskich dziedzin, szczególnie w odniesieniu do nieco bardziej skomplikowanych przypadków, prowadził do zdarzeń niepożądanych. Na podstawie badań porównawczych stwierdzono, że nawet pacjenci wymagający operacji chirurgicznej, ze schorzeniami współistniejącymi lub w podeszłym

wieku, których lekarzem prowadzącym był internista z chirurgiem czy ortopedą w roli konsultanta, mieli korzystniejszy przebieg leczenia szpitalnego niż ci, których prowadził chirurg konsultujący się z internistą według uznania. Powstał zatem projekt nowej definicji medycyny wewnętrznej w szpitalu, który szczęśliwie zakończył się wyodrębnieniem internistów szpitalnych, czyli hospitalistów. Menedżerowie szpitali, prywatne firmy ubezpieczeniowe, federalne fundusze zdrowia, organizacje medycyny koordynowanej, a wkrótce i pacjenci szybko zorientowali się, że taki właśnie model – z wiodącą rolą hospitalisty jako lekarza prowadzącego szeroki zakres leczenia szpitalnego – nie tylko się opłaca, lecz także jest bezpieczny i zmniejsza narażenie na procesy sądowe. Co ciekawe, od dekady także specjaliści z dziedzin internistycznych oraz chirurgicznych chętnie przyjęli model współpracy z hospitalistami, skupiając się na swoich umiejętnościach specjalistycznych, przede wszystkim zabiegowych czy operacyjnych. Mówi się już nawet o tzw. specjalistach proceduralistach, jak np. kardiolog interwencyjny czy gastroenterolog endoskopista, co sprzyja utrzymywaniu wysokiej sprawności zabiegowej. Kompleksowe prowadzenie coraz bardziej skomplikowanego pacjenta szpitalnego oddaje się w ręce hospitalistów. Obecnie jest to pożądana, dobrze płatna i stale rozwijająca się specjalizacja lekarska.

Ratujemy polską internę

Jaki jest zatem sposób na uratowanie honoru królowej w Polsce? Oczywiście, w lecznictwie ambulatoryjnym sprawa jest prosta: internista powinien mieć prawo do prowadzenia i kontraktowania POZ dla dorosłych, a także uprawnienia samodzielnego konsultowania pacjentów z chorobami wielosystemowymi w ramach po-

Nasze szpitale to zbiorowiska coraz mniejszych oddziałów czy pododdziałów, zorganizowanych według specjalizacji lekarskich, a nie natężenia opieki nad pacjentem

radni specjalistycznych. Ostatnio wreszcie słychać, że ważna jest kompleksowość opieki nad pacjentem szpitalnym. Mówi się przy tym, że specjalistów z wąskich dziedzin oczywiście brakuje. Im bardziej brniemy w ten schemat, tym bardziej będzie ich brakować. Menedżerowie szpitali chcą nowoczesnej organizacji pracy, obszarów wieloprofilowych i możliwości optymalnej gospodarki zasobami łóżkowymi, a także ludzkimi. Narodowy Fundusz Zdrowia chce leczyć kosztowo efektywnie. Pacjenci potrzebują lekarzy, którzy ich poprowadzą, wyjaśnią, przypilnują, a nie tylko wykonają konkretną procedurę, w czym mogliby mieć nawet – co zrozumiałe – interes ekonomiczny. Firmy ubezpieczeniowe (chwilowo u nas tylko jedna) chętnie widzą dobrze skoordynowaną i bezpieczną opiekę szpitalną, a w roli menedżerów ryzyka medycznego chętnie zobaczą lekarzy hospitalistów. Wielu specjalistów tak bardzo zajmuje się szlifowaniem perfekcji wykonywania procedur czy zabiegów, że powinni być zainteresowani przekazaniem części niezabiegowej hospitalistom. Tak więc są liczne argumenty za nadaniem nowej tożsamości internie szpitalnej poprzez wprowadzenie modelu hospitalistów. Polska Federacja Szpitali zamierza podjąć dalsze działania w tej sprawie, także we współpracy z organizacjami lekarskimi, a przede wszystkim z Towarzystwem Internistów Polskich. Chcemy unaocznić wszystkim uczestnikom rynku ochrony zdrowia, że warto ratować internę, warto ratować królową.

JAROSŁAW J. FEDOROWSKI