

Specjalizacja, podspecjalizacja i podpodspecjalizacja w chorobach wewnętrznych

Christine K. Cassel, MD¹

David B. Reuben, MD^{1,2}

¹ American Board of Internal Medicine, Philadelphia, USA

² Division of Geriatrics, David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, USA

Specialization, Subspecialization, and Subspecialization in Internal Medicine

N Engl J Med 2011;364:1169-1173

Tłum. dr Maria Grązewicz

Wzrost zapotrzebowania na lekarzy ogólnych jest ogromny, Amerykańska Rada Medycyny Wewnętrznej (ABIM – American Board of Internal Medicine) [organizacja nadająca w USA tytuły specjalisty w zakresie chorób wewnętrznych i 19 uznawanych przez nią podspecjalizacji; więcej na www.abim.org – przyp. red.] mnoży specjalizacje szczegółowe (podspecjalizacje). W ciągu ostatnich dwóch lat ABIM uruchomiła proces przyznawania tytułu specjalisty w dziedzinie opieki hospicyjnej i medycyny paliatywnej oraz specjalisty w dziedzinie leczenia zaawansowanej niewydolności serca. Rozpoczęła też prace nad warunkami przyznawania tytułu specjalisty chorób wewnętrznych w leczeniu szpitalnym. ABIM wyraziła również zgodę na zarekomendowanie Radzie Specjalizacji Medycznych (ABMS – American Board of Medical Specialties) [organizacja skupiająca wszystkie inne rady zajmujące się nadawaniem tytułu specjalisty w USA; obecnie 24 organizacje nadające tytuły specjalisty w dziedzinie specjalizacji podstawowych – przyp. red.] podspecjalizacji dla lekarzy zajmujących się leczeniem osób dorosłych z wrodzonymi wadami serca. Ponadto specjalistyczne towarzystwa przedstawiły ABIM wnioski o uznanie kolejnych podspecjalizacji, w tym informatyki medycznej, farmakologii klinicznej, angiologii, medycyny uzależnień oraz medycyny otyłości. Z każdym z tych wniosków łączą się problemy wynikające z przeciwstawienia aspektu społecznego (tzn. korzyści dla społeczeństwa w postaci dostępności do jasno określonych standardów nowych obszarów specjalizacji medycznej) aspektowi praktycznemu (czyli kosztom opracowania i przeprowadzania egzaminów na specjalizacje oraz obawom związanym z dalszą fragmentacją opieki zdrowotnej). Problemom tym towarzyszy niepokój związany z faktem, że przedstawiciele różnych specjalizacji mogą faworyzować tworzenie specjalizacji szczegółowych lub być im przeciwni. Co najważniejsze, otrzymujemy jasne, lecz wzajemnie sprzeczne sygnały od samych lekarzy. Z jednej strony mówią: „doceniejcie moją pracę” (czyli: „utwórzcie specjalizację dotyczącą mojej niszy”), z drugiej zaś: „przestańcie rozdrabniać system, który i tak już jest nadmiernie pofragmentowany”.

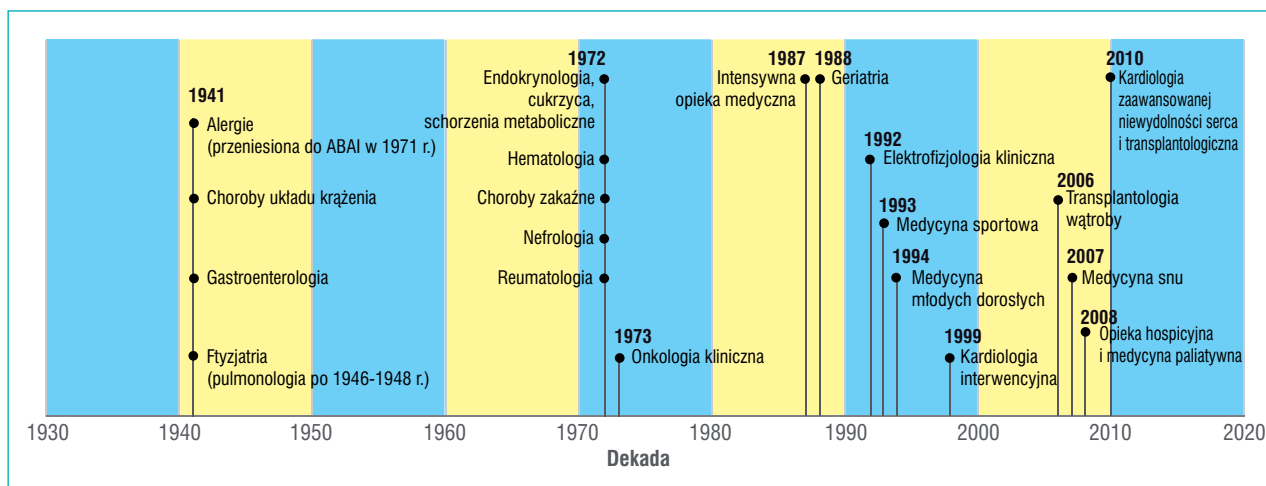
Tymczasem standardy odpowiedzialności lekarzy są coraz wyższe, a otrzymanie tytułu specjalisty [w warunkach amerykań-

skich stosowane jest wyrażenie *board certification*, co można tłumaczyć jako certyfikowanie przez rady medyczne – przyp. red.] od odpowiedniej organizacji mającej prawo do przyznawania takiego tytułu (tzw. rady) stawia przed lekarzami coraz większe wymagania.¹ Podobnie jest nie tylko w dziedzinie chorób wewnętrznych, ale także chirurgii czy pediatrii. Sposób myślenia obowiązujący w ABIM może rozszerzyć się na inne dyscypliny. Zrozumienie procesu uznawania kolejnych specjalizacji przez ABIM wymaga analizy historycznych i współczesnych powodów dążenia do przeprowadzania dodatkowych egzaminów i ocen pracy.

Historia specjalizacji

Od niemal dwóch wieków specjalizacja jest dowodem postępu naukowego w medycynie. W związku z obchodami stulecia wydania raportu Flexnera,² fundamentalnego dzieła, dużo uwagi poświęcono apelowi jego autora o przeprowadzenie reformy edukacji przyszłych lekarzy. U podłoża tego wezwania do kształcenia opartego w większym stopniu na badaniach leżały: zwiększenie znaczenia konsensusu naukowego w medycynie allopatycznej oraz coraz dokładniejsza wiedza na temat fizjologii i biochemii, a co za tym idzie lepsze zrozumienie chorób człowieka. Wynikiem tego poszukiwania wiedzy i doświadczenia stała się jeszcze węższa specjalizacja. Artykuły opublikowane w NEJM^{3,4} w 1936 i 1950 r. określiły uruchomienie procedury certyfikowania przez rady medyczne, czyli nadawania specjalizacji przez uprawnione do tego organizacje pozarządowe, mianem „genialnego posunięcia”, pozwalającego przedstawicielom środowiska lekarskiego, niezależnie od rządu, na kontrolę „niebezpieczeństw związanych ze specjalizowaniem się. Autorzy najbardziej obawiali się niewykwalfikowanych lekarzy uważających się za specjalistów. Szczególny niepokój budziło reklamowanie przez lekarzy własnych usług, co wówczas uznawano za nieetyczne.

Podczas gdy naukowcy zajmujący się medycyną poświęcali energię intelektualną na zrozumienie coraz węższych obszarów tematycznych, ogólni lekarze praktycy stawali się specjalistami, poświęcając część lub cały czas na pracę w tych dziedzinach.



Rycina 1. Historia zatwierdzania specjalizacji szczegółowych przez American Board of Internal Medicine

American Board of Allergy and Immunology (ABAI) została utworzona w 1971 r.

Pierwszą specjalizacją medyczną, która w 1917 r. utworzyła własną radę oceniającą i nadającą uprawnienia specjalisty, była okulistyka. Zachęcone rozwojem optometrii jako odrębnej dyscypliny American Medical Association i American Ophthalmological Society powołały niezależną radę specjalistów. Jej zadaniem było opracowanie standardów pozwalających na uznanie lekarzy, których wiedza i umiejętności wskazywały na specjalistyczne doświadczenie w rozpoznaniu i leczeniu chorób oczu, za specjalistów w tej dziedzinie.

W 1933 r. przedstawiciele czterech specjalizacji utworzyli federację nazwaną ABMS. Do 1935 r. organizacja ta skupiała już przedstawicieli 10 specjalizacji. W 1936 r. dodano do niej ABIM. Do lat siedemdziesiątych minionego wieku uznano już 20 specjalizacji podstawowych, w tym główne specjalizacje zabiegowe: ortopedyczną, urologiczną, neurochirurgiczną, chirurgię plastyczną oraz chirurgię jelita grubego i odbytnicy. Medycyna wewnętrzna utrzymała ujednolicony wymóg szkolenia w ogólnej dziedzinie chorób wewnętrznych, ale w tym samym czasie podzieliła się na podspecjalizacje, inaczej zwane specjalizacjami szczegółowymi. W latach czterdziestych XX w. ABIM zaakceptowała powstanie kolejnych czterech podspecjalizacji, a dalszych sześciu w latach siedemdziesiątych. Od tamtej pory do listy dodano 10 kolejnych podspecjalizacji (ryc. 1). Niektóre z nich powstają w procesie podziału dużych specjalizacji szczegółowych, takich jak kardiologia i pulmonologia, podczas gdy inne, w tym medycyna snu, medycyna sportowa i geriatrya, obejmują wiele dyscyplin. W tych przypadkach możliwe są różne ścieżki kształcenia prowadzące do uzyskania tego samego tytułu specjalisty przyznawanego przez odrębne rady.

Przez dziesięciolecia niektóre autorytety niepokoiła postępująca fragmentaryzacja opieki medycznej.⁵ Osoby te twierdziły, że może ona doprowadzić wręcz do deprecjacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, a przecież jego rolę w dobrej opiece nad pacjentami uważano za zasadniczą. Wraz z pojawianiem się kolejnych specja-

lizacji rosły obawy o to, że zasięg praktyki ogólnej będzie zbyt ograniczony i stanie się dla rezydentów nieatrakcyjną opcją. Obawy te doprowadziły do stworzenia w 1969 r. nowej specjalizacji – lekarza medycyny rodzinnej. Apelowano też o wzmocnienie znaczenia szeroko pojętej medycyny ogólnej i dostarczenie nowych kadr dla ogólnej medycyny wewnętrznej.⁵ W tym samym czasie inne autorytety medyczne twierdziły, że powstawanie nowych specjalizacji wzmacnia znaczenie medycyny wewnętrznej.⁶

Współczesne nurty wiodące w tworzeniu nowych specjalizacji

Dzisiaj stajemy się świadkami ponownego zainteresowania tworzeniem nowych specjalizacji, a jednocześnie rosnących obaw dotyczących malejącej roli i liczby lekarzy zajmujących się opieką podstawową. Jakie są współczesne potrzeby? Czy dostarczają argumentów przemawiających za wartością nowych specjalizacji? Czy przewyższają one obawy związane z kosztami, fragmentaryzacją i dodatkowymi obowiązkami nakładanymi na lekarzy? Jakie czynniki skłaniają do podjęcia decyzji?

Podobnie jak w przeszłości powstawanie nowych specjalizacji szczegółowych to wynik głównie postępu nauk biomedycznych. Na przykład specjalizacja w zaawansowanej niewydolności serca i transplantologii wątroby to dwa przykłady podspecjalizacji wynikających z potrzeby rozszerzenia opieki medycznej na okres przed i po przeszczepieniu. W przypadku kardiologii chodzi o opiekę nad chorymi, u których zastosowano urządzenia wszczepialne. Stworzenie tych podspecjalizacji odzwierciedla opinię, że istnieją określone grupy pacjentów, którzy odniosą korzyści z dostępu do lekarzy o wysoce specjalistycznej wiedzy i umiejętnościach pozyskanych podczas dodatkowych szkoleń, posiadających tytuł specjalisty, czyli wiedzę i umiejętności wykraczające poza te odpowiadające kardiologii ogólnej czy gastroenterologii. W przypadku tych specjalizacji trzeciego stopnia (które można nazwać podspecjalizacjami) lekarze

nimi się parający, aby zachować biegłość, muszą mieć pod opieką dużą liczbę pacjentów, zatem zwykle pracują w ośrodkach referencyjnych. Przyznawanie certyfikatów w tych podspecjalizacjach ograniczone jest do lekarzy, którzy przeszli szkolenie w ramach specjalizacji obejmującej dany układ narządowy, i ten wymóg należy utrzymać. Z kolei dyscypliny takie jak geriatryka, medycyna paliatywna i medycyna szpitalna powstają raczej ze względu na zapotrzebowanie kliniczne, organizacyjne lub konieczność zapewnienia opieki niż ekspertyzę naukową i techniczną obejmującą dany układ narządowy. Wiele nowych i powstających specjalizacji szczegółowych dotyczy szeregu dziedzin: na przykład medycyna snu obejmuje sześć różnych specjalizacji, a podspecjalizację dotyczącą medycyny paliatywnej uzyskać można w 10 różnych specjalizacjach pierwszego stopnia. Oczekujemy, że również informatyka medyczna przekraczać będzie granice wielu dziedzin specjalistycznych.

Zapotrzebowanie na tytuły specjalisty nadawane przez odpowiednie rady po części jest inicjatywą samych lekarzy. Większość ankietowanych odpowiada, że powodem, dla którego chcieli uzyskać bądź odnowić uprawnienia specjalisty, był „wizerunek profesjonalny”.⁷ Wszystkie propozycje dotyczące stworzenia nowych podspecjalizacji początkowo napływały ze stowarzyszeń skupionych wokół danej specjalizacji, często z poparciem organizacji pacjentów. Dziś, w czasach rosnących wymagań dotyczących podwyższania standardów i większej przejrzystości, firmy oferujące ubezpieczenia zdrowotne i szpitale także poszukują sposobów na udowodnienie, że lekarze mają wiedzę i umiejętności niezbędne do uzyskania zaufania chorych. Dyplom specjalisty wydany przez uprawnioną do tego radę jest jednym z kryteriów często wykorzystywanych w tym celu. Niektóre organizacje zdrowotne, zatrudniające lekarzy oraz grupy medyczne, przy zatrudnianiu lekarzy wymagają posiadania tytułu specjalisty nadanego przez odpowiednią organizację.

Choć opinia publiczna ceni system przyznawania dyplomu specjalisty przez powołane do tego rady,⁸ większość osób nie rozumie, jakie kryteria należy spełnić, aby je uzyskać. Nierzadko brak także zrozumienia tego, że dyplomy różnych organizacji mają odmiennie znaczenie kliniczne i często, aby je uzyskać, trzeba spełnić różne warunki. Przykładem zainteresowania tym typem informacji jest fakt, że większość stron internetowych z danymi lekarzy zawiera też dane na temat specjalizacji wraz z informacją, jaka rada ją przyznała. Nie dziwi zatem fakt powstania wielu nowych organizacji oferujących własne wersje dyplomów specjalizacyjnych. Sądzymy, że kryteria i wymagania związane z certyfikowaniem w danej dziedzinie medycyny powinny być ogólnodostępne i przejrzyste. Zarówno ABMS, jak i ABIM przedstawiają takie informacje na swych stronach internetowych.

Kryteria ustanawiania nowych specjalizacji w chorobach wewnętrznych

Sposoby ustanawiania przez ABIM nowych obszarów specjalizacji od lat poddawane są „ciągłej i wyczerpującej ocenie”.⁶

Doprowadziło to do opracowania dwóch kolejnych dokumentów (w 1993 i 2006 r.), zawierających wskazania co do podejmowania przez radę decyzji dotyczących aprobowania nowych specjalizacji. Kryteria obecnie wykorzystywane przy rozpatrywaniu wniosków o stworzenie kolejnej specjalizacji szczegółowej w ramach medycyny wewnętrznej przedstawiono w opublikowanym w 2006 r. raporcie zatytułowanym „New and Emerging Disciplines in Internal Medicine – 2” (NEDIM-2).⁹ Wymienione w nim kryteria dotyczą zwłaszcza tego, czy nowa dyscyplina ma określone poparcie w dowodach oraz znaczną liczbę programów szkoleń praktycznych, z uzasadnionym oczekiwaniem, że usługi kliniczne objęte tą podspecjalizacją okażą się korzystne dla pacjentów (tab. 1). Takie kierunki na ogół wymagają co najmniej roku akredytowanych szkoleń. Wnioski o uznanie [w USA – przyp. red.] podspecjalizacji z zakresu farmakologii klinicznej, angiologii, medycyny uzależnień i terapii otyłości do dziś nie zostały rozpatrzone pozytywnie, ponieważ nie spełniły jednego lub więcej z wymienionych kryteriów lub uznane zostały za niewystarczająco dopracowane, czego odzwierciedleniem jest liczba programów szkoleniowych lub specjalistów praktykujących w tych obszarach.

Wpływ zmian na praktykę lekarską

W 1998 r., we wstępie do uaktualnionego wydania swej klasycznej książki „American Medicine and the Public Interest: A History of Specialization”,¹⁰ Rosemary Stevens wyraziła opinię: „można się spierać, czy struktura profesji medycznej zmierza ku systemowi specjalizacji określanych bardziej przez rynek pracy niż profesjonalny system specjalistycznych kwalifikacji”. Jeśli do tego dodamy: „określonych przez zakres praktyki, w której działa lekarz i w ramach której pacjent oczekuje fachowości”, przewidywania Stevens dotyczące przyszłości medycyny opartej na specjalizacji mogą być trafne. Najważniejsze dla klientów są przejrzyste, jasne dowody posiadania określonych kompetencji. Sami lekarze chcą mieć możliwość uzyskania dyplomów specjalisty w dziedzinach coraz bardziej zawężonych w stosunku do tych, w których szkolili się na początku swej drogi zawodowej. W odpowiedzi na te zmiany odnawianie uprawnień specjalisty – proces, w wyniku którego certyfikaty przyznawane są na czas określony i podlegają odnawianiu – może stać się bardziej elastyczny, odzwierciedlając to, co w NEDIM-2 określa się jako „uznanie praktyki specjalistycznej”. Pierwszym przykładem jest proponowanie przez ABIM lekarzom pracującym w szpitalach określonej ścieżki utrzymania tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych w medycynie szpitalnej. Jest to ściśle określona ścieżka, z jasnymi wymaganiami, wśród których jest kontakt z odpowiednio dużą liczbą pacjentów, pomiar jakości i bezpieczeństwa oraz egzamin z medycyny szpitalnej. Choć ABMS zaaprobowała tę ścieżkę jako pilotażową, ABIM i inne rady, takie jak rada oftalmologii czy radiologii, również otrzymały wnioski o stworzenie podobnych ścieżek utrzymania certyfikatu.

Tabela 1. Kryteria przyznania dyplomu specjalisty w zakresie specjalizacji szczegółowej oraz uznania praktyki w danym zakresie*

Kryteria przyznawania dyplomu specjalisty w zakresie specjalizacji szczegółowej (podspecjalizacji)

Reprezentuje unikalną wiedzę, której nie można w pełni włączyć w zakres dyscypliny macierzystej
Ma zastosowanie kliniczne (praktyka kliniczna jest wyraźnie inna niż w dyscyplinie macierzystej)
Jest oparta na badaniach naukowych będących podstawą medycyny i przyczynia się do ich rozwoju
Dostarcza dowodów, że dyscyplina prowadzi do poprawy opieki nad pacjentami
Wymaga nadzoru i bezpośredniej obserwacji w warunkach formalnego szkolenia, na ogół trwającego co najmniej 12 miesięcy
Obejmuje wykorzystanie złożonej technologii lub swoistych umiejętności w miejscu wykonywania opieki
Dodatnia wartość uznania podspecjalizacji z nowej dziedziny przewyższa jakikolwiek ujemny wpływ na praktykę w zakresie interny lub już istniejących specjalizacji szczegółowych

Kryteria uznania praktyki w danym zakresie poprzez odnawianie uprawnień specjalisty

Obejmuje dużą liczbę internistów, którzy praktykują głównie w danej dyscyplinie, podczas gdy inni internści mogą w ogóle nie praktykować w tym obszarze
Wychodzi naprzeciw ważnemu zapotrzebowaniu społecznemu na taką właśnie praktykę i przedstawia dowody, że prowadzenie praktyki w takiej specjalności poprawia opiekę nad pacjentami

* Kryteria opracowane na podstawie „New and Emerging Disciplines in Internal Medicine” – 2 (NEDIM-2).⁹

Ścisłe zawężenie zakresu przyznawanych uprawnień oraz uznanie praktyk obejmujących węższe pole specjalizacji powinno przemawiać do pacjentów – konsumentów usług medycznych, którzy chcą znać zakres umiejętności i doświadczenia swych lekarzy. Jednak logicznym skutkiem takiej tendencji może być osłabienie tradycyjnej struktury medycyny opartej na specjalizacji, którą opisała Stevens. Na przykład, czy endokrynolog, który interesuje się wyłącznie cukrzycą i który, aby utrzymać swój dyplom, skupia uwagę wyłącznie na wykazywaniu się znajomością najnowszej wiedzy i wyników leczenia tylko cukrzycy, nadal może być uznawany za endokrynologa? Rolą ABMS jest określenie takich obszarów specjalizacji z jednoczesnym uszanowaniem zakresu kompetencji, jakiego opinia publiczna oczekuje od specjalisty. Zbyt intensywne dążenie ku praktykom o coraz węższym zakresie oznaczałoby dodatkowe, węższe obszary kompetencji. Takie zawężenie specjalizacji może jednak cieszyć się większym zainteresowaniem pacjentów poszukujących opieki lekarskiej w związku z określoną chorobą. Jeśli podejście to realizuje się z rozwagą, certyfikaty specjalizacyjne określałyby formalnie dziedzinę wiedzy, z założeniem że w miarę postępu kariery zawodowej zakres praktyki może ulec zmianie. Zarówno pierwotny zakres uzyskanej specjalizacji, jak i określone obszary obecnej praktyki mogłyby być udostępnione opinii publicznej na stronie internetowej.

W dzisiejszych czasach skoncentrowanych na konsumencie trudno znaleźć argumenty przeciwko udostępnianiu opinii publicznej dokładniejszych i popartych dowodami informacji na temat specjalistów otaczających daną społeczność opieką medyczną. Baza danych Center for Medicare and Medicaid Services Physician Compare oraz być może inne ogólnodostępne bazy danych przemawiają za udostępnianiem najważniejszych informacji (tzn. wykraczających poza te o charakterze administracyjnym i oświadczenia).¹¹ Jednak trudno, biorąc pod uwagę znaczenie dyplomów specjalistów przyznawanych przez rady

oraz korzyści z udostępnienia bardziej szczegółowych informacji na temat lekarza, właściwie wyważyć interes publiczny i koszty opracowania dokładnych i sztywnych narzędzi oceny. W miarę rozwoju medycznej kariery lekarza zawężenie zakresu praktyki może być z punktu widzenia konsumenta bardziej korzystne i odpowiedzieć na postulaty lekarzy, którzy proszą o ocenę, obok ich głównego obszaru wiedzy, rzeczywistej praktyki klinicznej.¹²

Wpływ na praktykę lekarza ogólnego

Mimo że lekarze ogólni z obawą patrzą na powstawanie nowych podspecjalizacji, wydaje się mało prawdopodobne zwiększenie znaczenia dyscyplin opieki podstawowej czy ogólnej za pomocą nałożenia moratorium na tworzenie dalszych specjalizacji szczegółowych. To raczej system opłat i organizacja praktyki medycznej wymuszają postęp podstawowej opieki zdrowotnej.^{13,14} W miarę rozwoju to właśnie w dyscyplinach z zakresu medycyny ogólnej wypracowywane są nowe standardy wiedzy. Przykładem jest utworzenie geriatrici szpitalnej oraz wskazanie na potrzebę położenia większego nacisku na naukę o systemach informatycznych dla lekarzy ogólnych w jednostce medycznej. Studenci medycyny otrzymują nieprawdziwy sygnał, że dyscypliny ogólne są mniej wymagające intelektualnie, gdy w rzeczywistości dotrzymanie kroku ogromowi wiedzy wymaganej w tych dziedzinach, w tym umiejętnościom klinicznym, technicznym i zarządzania, staje się coraz trudniejsze. W miarę powstawania nowych modeli praktyki medycznej liderzy grup medycznych, płatnicy i szpitale muszą umieć rozpoznawać lekarzy z takimi umiejętnościami. Niektórzy proponują by, być może stosując takie same procesy jak te zastosowane przy odnawianiu dyplomu specjalisty, sprawdzać wiedzę na temat systemów informatycznych wykorzystywanych w systemie ochrony zdrowia oraz kompetencje zespołowe niezbędne dla efektywnej praktyki w jednostce medycznej czy organizacji zdrowotnej.¹⁵ Osta-

tecnie opieka podstawowa będzie rozwijać się dzięki reformie systemu płatności, reformie systemów (informatycznych) oraz wzmocnionym standardom, a nie dzięki malejącej konkurencji specjalizacji szczegółowych.

Wnioski

Powstanie nowych specjalizacji może przynieść korzyści zarówno pacjentom, jak i lekarzom. Jednak nadmierne, nieuzasadnione mnożenie specjalizacji może wprowadzić zamęt w opinii publicznej. Zastosowanie ścisłych kryteriów, takich jak te określone w raportach NEDIM autorstwa ABIM, może prowadzić do podejmowania decyzji racjonalnych, równoważących potencjalne korzyści z rozpoznawania doświadczenia w coraz węższych dziedzinach i szkodliwość nadmiernej fragmentaryzacji profesji medycznej. Takie podejście wykracza poza wymagającą formalnego szkolenia specjalizację tradycyjną, sięgając do nowych obszarów doświadczenia, jakie lekarze zdobywają podczas wykonywania swojego zawodu – to jest praktykując w określonym zakresie. Choć wnioski o uznanie nowych podspecjalizacji wycho-

dzą właśnie od grup skupiających lekarzy, niektórzy z ich członków równocześnie skarżą się na obciążenia, jakie nakładają na nich zwiększone wymagania. Kryteria, na podstawie których aprobuje się powstanie specjalizacji, muszą być rygorystyczne. Jednocześnie, aby spełniać swą rolę, muszą odpowiadać innym wymogom oceny i sprawozdawczości, takim jak te obowiązujące w programach typu „wynagrodzenie za wyniki”, stanowym procedurom przyznawania licencji oraz nadawania szpitalom uprawnień i referencji. Rady nadające tytuły specjalisty (*certifying boards*) muszą kontynuować współpracę z innymi organizacjami akredytującymi i ustanawiającymi standardy, co pozwoli na nadanie tym ustaleniom możliwie dużej wagi, zarówno z punktu widzenia pacjentów, jak i lekarzy.

Oświadczenie

Wypełnione przez autorów formularze dotyczące potencjalnego konfliktu interesów są dostępne wraz z pełnym tekstem artykułu na stronie internetowej NEJM.org

From The New England Journal of Medicine 2011;364:12:1169-1173. Translated and reprinted in its entirety by permission of the Massachusetts Medical Society. Copyright 2011 © Massachusetts Medical Society. All Rights Reserved.

Piśmiennictwo:

1. Levinson K, King TE Jr, Goldman L, Goroll AH, Kessler B. American Board of Internal Medicine maintenance of certification program. *N Engl J Med* 2010;362:948-52.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin no. 4. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
3. The certification of specialists. *N Engl J Med* 1936;215:468-9.
4. Fitz R. The rise of the practice of internal medicine as a specialty. *N Engl J Med* 1950;242:569-74.
5. Petersdorf RG. The doctors' dilemma. *N Engl J Med* 1978;299:628-34.
6. Reitemeier RJ, Benson JA Jr. Two views of "the doctors' dilemma": as the Board sees it. *N Engl J Med* 1978;299:1308-9.
7. Lipner RS, Bylsma WH, Arnold GK, Fortna GS, Tooker J, Cassel CK. Who is maintaining certification in internal medicine – and why? A national survey 10 years after initial certification. *Ann Intern Med* 2006;144:29-36.
8. Brennan TA, Horwitz RI, Duffy FD, Cassel CK, Goode LD, Lipner RS. The role of physician specialty board certification status in the quality movement. *JAMA* 2004;292:1038-43.
9. Final report of the Committee on Recognizing New and Emerging Disciplines in Internal Medicine (NEDIM) – 2. Philadelphia: American Board of Internal Medicine, 2006. (<http://www.abim.org/pdf/nedim-2-report.pdf>.)
10. Stevens R. American medicine and the public interest: a history of specialization. Berkeley: University of California Press, 1998:xxvi.
11. Obama B. Memorandum for the heads of executive departments and agencies: transparency and open government. Washington, DC: The White House, 2010. (http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Transparency_and_Open_Government.)
12. Drazen JM, Weinstein DF. Considering recertification. *N Engl J Med* 2010;362:946-7.
13. Bodenheimer T, Lo B, Casalino L. Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *JAMA* 1999;281:2045-9.
14. Baron RJ, Cassel CK. 21st-century primary care: new physician roles need new payment models. *JAMA* 2008;299:1595-7.
15. What should outpatient internists do? Weblog: db's medical rants. May 1, 2010. (<http://www.medrants.com/archives/5472>.)



Komentarz:

prof. dr hab. med.
Jacek Imiela
Konsultant Krajowy
w Dziedzinie Chorób
Wewnętrznych

Christine K. Cassel i David B. Reuben opublikowali w „New England Journal of Medicine” artykuł niezwykle ważny z punktu widzenia praktyki internistycznej. Od lat, nie tylko w Stanach Zjednoczonych, obserwujemy wyodrębnianie się

wielu nowych specjalizacji z medycyny wewnętrznej. Wynika to z jednej strony z bardzo dynamicznego postępu wiedzy medycznej, a z drugiej z dążenia firm ubezpieczeniowych do płacenia za określone czynności medyczne, wykonywane jak najbardziej profesjonalnie. Jest to dyktowane warunkami rynku pracy, a także dążeniami samych lekarzy pracujących w wąskich specjalnościach. Także chorzy starają się ukierunkować leczenie swoich chorób. Powstaje pytanie: czy taka sytuacja jest właściwa? Czy należy tworzyć coraz to większą liczbę nowych specjalności? Czy poprawi to opiekę nad chorym?

Te wątpliwości mają również autorzy artykułu, który rozpoczyna się stwierdzeniem: „W czasach gdy w USA zapotrzebowanie na lekarzy ogólnych jest ogromne, Amerykańska Rada Medycyny Wewnętrznej (ABIM – American Board of Internal Medicine) mnoży specjalizacje szczegółowe (podspecjalizacje)”. Nie chodzi tu jednak o dalszą fragmentaryzację opieki zdrowotnej. Świadczą o tym

bardzo ostre kryteria uznawania przez ABIM nowych podspecjalności i dyplomów w zakresie węższych kompetencji (*focused practice*), które w naszych warunkach mogłyby odpowiadać tzw. umiejętnościom. Warto przytoczyć niektóre z tych kryteriów, ponieważ powinny one obowiązywać także w Polsce. I tak nowa pospecjalizacja (specjalizacja szczegółowa) między innymi powinna:

- reprezentować wiedzę, której nie da się w pełni włączyć w specjalizację podstawową (tu: choroby wewnętrzne, patrz tab. 1)
- w praktyce klinicznej zdecydowanie odbiegać od specjalizacji podstawowej
- wymagać szkolenia pod bezpośrednim nadzorem, na ogół przez co najmniej 12 miesięcy
- dotyczyć skomplikowanych technologii lub wymagać specyficznych umiejętności
- nie mieć negatywnego wpływu na praktykę w internie ogólnej lub innej specjalności szczegółowej wywodzącej się z medycyny chorób wewnętrznych.

Trzymając się tych kryteriów, ABIM odrzuciła propozycję utworzenia np. takich nowych podspecjalności, jak farmakologia kliniczna, angiologia, medycyna uzależnień, medycyna otyłości. Należy podkreślić, że w Polsce nawet nie wszystkie specjalności podstawowe spełniają wyżej wymienione kryteria. Wyodrębnianie nowych specjalności w Polsce powinno, tak jak w USA, być w gestii specjalistycznego towarzystwa – Towarzystwa Internistów Polskich. Powstawanie nowych podspecjalizacji i podpodspecjalizacji może doprowadzić do dalszego rozdrobnienia kompetencji lekarskich. Wynikający z tego niedobór dobrze wykształconych lekarzy internistów może spowodować, że pacjent będzie miał trudności z ustaleniem przyczyny dolegliwości i wdrożeniem właściwego leczenia. Trudno bowiem namawiać go, żeby w razie bólu brzucha od razu leczył się u gastrologa, w przypadku nadciśnienia tętniczego – u hipertensjologa, a kaszlu – u pneumonologa. Warto też pamiętać, że mnożenie podspecjalności może zamiast doskonalenia kształcenia w zakresie już istniejących specjalności podstawowych lub szczegółowych doprowadzić do obniżenia poziomu wiedzy wszystkich lekarzy medycyny ogólnej. Wreszcie prowadzić to

będzie do wzrostu kosztów oraz – przy niewłaściwej polityce finansowania określonych świadczeń – do nieuzasadnionego merytorycznie ograniczenia ich dostępności. Jaskrawym tego przykładem jest w Polsce historia finansowania przez NFZ leczenia przełomu nadciśnieniowego wyłącznie na oddziałach zatrudniających hipertensjologów. Na szczęście zdecydowana reakcja środowiska lekarskiego spowodowała, że NFZ wycofał się z tego pomysłu zagrażającego zdrowiu i życiu pacjentów. Oczywiście istnieją także obszary praktyki klinicznej, w których wprowadzenie podspecjalizacji lub umiejętności będzie uzasadnione. Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy do skutecznej opieki nad pacjentem potrzebne są umiejętności z kilku dziedzin podstawowych (np. w medycynie paliatywnej lub sportowej). Na tej podstawie Towarzystwo Internistów Polskich uznało za celowe utworzenie specjalizacji (lub umiejętności) w zakresie intensywnej opieki medycznej. W kontekście zagadnień omówionych w artykule wydaje się, że tworzenie w Polsce nowych podspecjalizacji wymaga poważnego namysłu. W naszym kraju mamy najwięcej specjalizacji w Europie. Myślę, że pewnym rozwiązaniem jest niedawno stworzona lista umiejętności z jednolitym systemem kształcenia i egzaminowania. Także certyfikaty zostaną ujednoczone. Warto zwrócić uwagę na poruszony w artykule problem odnawiania specjalizacji. Dotyczy to zarówno specjalizacji podstawowych, jak i szczegółowych. Im węższa specjalizacja, tym mniejsza szansa utrzymania wcześniej zdobytych szerokich wiadomości podstawowych. Wreszcie niezbędne wydaje się informowanie o zakresie i możliwościach nowych specjalizacji.

Nie można jednak zapominać, że podstawą właściwego diagnozowania i leczenia pacjentów jest szeroko pojęta medycyna wewnętrzna. Należy dążyć do utrzymania jej wysokiego poziomu. W Polsce wyrazem takich dążeń jest utrzymanie pięcioletniej specjalizacji z chorób wewnętrznych oraz trzyletni moduł internistyczny w specjalizacjach wywodzących się z interny.

Autorzy artykułu sygnalizują niebezpieczeństwa związane z nadmiernym rozdrobnieniem specjalizacji, jednak nie proponują rozwiązań. Sądzę, że tworzenie nowych specjalizacji musi być szczegółowo przemyślane, oparte na jasnych kryteriach. Nadrzędnym celem, uwzględniającym postęp wiedzy medycznej, musi być szeroko rozumiane dobro pacjenta.