

„Nie” dla medycyny patriarchalnej

Czy polski pacjent ma szansę stać się pacjentem europejskim? Odpowiedź na to pytanie może być pozytywna – stwierdzili uczestnicy konferencji otwierającej cykl debat eksperckich Pacjent Polski – Pacjent Europejski, która poprzedziła wielką galę XIV edycji konkursu Sukces Roku w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny.

Gala odbyła się 22 stycznia na Zamku Królewskim w Warszawie. Wcześniej odbyła się konferencja panelowa dotycząca roli i miejsca polskiego pacjenta w obecnym systemie zdrowotnym. Została ona podzielona na cztery moduły tematyczne, w których prezentowano aktualną sytuację, problemy i wyzwania w systemie ochrony zdrowia z perspektywy pacjenta: kardiologicznego, diabetologicznego, psychiatrycznego i hematologicznego. W debacie wzięli udział przedstawiciele resortu zdrowia, cenieni lekarze i politycy. Uczestnicy debaty zgodzili się, że system opieki medycznej nie istnieje dla lekarzy, pracowników resortu zdrowia czy polityków i firm farmaceutycznych, tylko dla pacjentów, którzy powinni być w centrum uwagi.

Miejsce pacjenta

Pierwszy panel dotyczył miejsca pacjenta w systemie opieki zdrowotnej. Prelegenci stwierdzili, że świadomość Polaków w zakresie dbałości o zdrowie wciąż jest niezadowolająca. Dzieje się tak dlatego, że pacjent staje się częścią systemu, jest szufladkowany i traktowany przedmiotowo. Przyczyną jest także brak świadomości polityków, którzy często decydują z parlamentarnych biurków o losie pacjentów.

– *Mam stały kontakt z pacjentami. Uważam, że to ważne dla polityka i każdy, kto na tym poziomie zajmuje się systemem opieki zdrowotnej, powinien być też czynny zawodowo* – mówiła posłanka Lidia Gądek.

Podkreślono także rolę lekarza rodzinnego, który zdaniem uczestników panelu powinien zajmować się pacjentem od chwili jego narodzin aż do śmierci, prowadzić go przez całe życie, mieć kontakt nie tylko z nim samym, lecz także z jego rodziną. Ale również pacjent powinien mieć świadomość wagi swojego zdrowia.

Priorytety

Tomasz Latos, przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia, podkreślił, że wciąż brakuje dyskusji z pozycji pacjenta. Pytał, czy na pewno zdrowie jest priorytetem w Rzeczypospolitej, bo w tej chwili najważniejszy staje się wynik ekonomiczny, a nie człowiek. To nie jest model przyjazny pacjentowi. – *To prawda, że poprawia się stan zdrowia Polaków, ale wciąż jest w kraju wiele nierówności w zakresie dostępu do świadczeń i to powinno się zmienić. Powinien zostać stworzony model, który będzie przyjazny pacjentowi. Potrzebny jest dialog ze środowiskiem pacjenckim* – zaznaczał.

Kolejny panel poświęcono sytuacji pacjenta kardiologicznego. W dyskusji także podkreślano rolę dbałości o zdrowie. Zwracano uwagę, że potrzebne są zmiany systemowe. Często bowiem dochodzi do sytuacji prawnych, które są zupełnie oderwane od rzeczywistości. Paulina Kieszkowska-Knapik, prawnik, założycielka fundacji Lege Farmaciae, zaproponowała stworzenie „mapy absurdów”, które trzeba zwalczać w pierwszej kolejności, a dopiero potem można zajmować się przygotowaniem nowych ustaw. Należy też stworzyć podstawy właściwej komunikacji z pacjentem i w dialogu z nim wykorzystać to, co jest sprawdzone i dobre. Częstym błędem jest klasyfikacja pacjenta – wspomniała Lidia Gądek – przykładem może być leczenie chorych z nadciśnieniem u kardiologa. Podsumowaniem panelu była propozycja

przebudowania procedur, aby droga leczenia pacjenta była oparta na faktycznym stanie jego zdrowia. Ważne jest stworzenie i procedowanie ustawy o zdrowiu publicznym. Podobnie jest w wypadku pozostałych pacjentów, także diabetyków. Podstawę leczenia cukrzycy stanowi edukacja pacjenta.

Profilaktyka

– *Dzisiaj nie ma mowy o uprawianiu medycyny patriarchalnej. Potrzebny jest udział beneficjentów* – przekonywał wiceminister Igor Radziejewicz-Winnicki. W leczeniu cukrzycy należy zwiększyć profilaktykę.

Potrzebna jest nowa kategoria świadczeń, ale przede wszystkim stworzenie szybkiego i sprawnego, a przez to efektywnego systemu. System musi być dostępny dla wszystkich pacjentów, a także przejrzysty i zrozumiały. W wypadku cukrzycy jest to bardzo ważne, bo – jak mówiła dr Paulina Miśkiewicz, dyrektor biura WHO w Polsce – na całym świecie z powodu tej choroby umiera 3 mln pacjentów rocznie, a choruje na nią aż 350 mln osób. Dobrym działaniem byłoby postrzeganie pacjentów kardiologicznego i diabetyków razem, bo te schorzenia mają wiele wspólnych cech. Podkreślono, że błędne jest postrzeganie leczenia w kategorii usługi przynoszącej zysk. Zły jest sposób kodowania pacjentów diabetycznych po wejściu nowych modyfikacji od stycznia tego roku, które nie pozwalają klasyfikować do hospitalizacji chorych na cukrzycę niepowikłaną.

Krew i choroby psychiczne

Kolejnym ważnym elementem systemu opieki zdrowotnej jest przygotowanie nowelizacji zasad opieki nad pacjentem psychiatrycznym. Uczestnicy tego panelu przedstawili dowód, że 85 proc. populacji ocenia warunki życia w kraju jako naganne dla zdrowia psychicznego.

– *Co prawda nakłady na ochronę zdrowia wzrosły, ale w wypadku psychiatrii relatywnie zmalały. Sytuacja polskich pacjentów psychiatrycznych jest o wiele gorsza niż chorych w państwach ościennych. Istnieje potrzeba postrzegania pacjentów jednakowo, niezależnie od schorzenia. Nie można ich stygmatyzować, a tak dzieje się w tym wypadku. Trzeba też zaznaczyć, że zdrowie psychiczne jest podstawą zdrowia, często wiele schorzeń somatycznych ma podłoże psychologiczne* – podkreślał prof. Janusz Heitzman.

Postulaty, które zostały zgłoszone podczas konferencji, mogą być przyczynkiem do rzeczywistych działań, które pozwolą przebudować nasz system na... bardziej ludzki. Chodzi o to, by stwarzać realne sytuacje, a nie tylko zapowiedzi. Należy też znaleźć rozwiązania, które uporządkują zakres finansowania organizacji pacjentów i koniecznie uczynić wszystko, by ustawa o zdrowiu publicznym wpłynęła do sejmu.

KAMILA GĘBSKA
JANUSZ MACIEJOWSKI