



Iwona Schymalla, 2015-09-13 19:58

Leczenie schizofrenii: polityka niezrozumiałych oszczędności



Schizofrenia nie musi wykluczać - mówi Bartosz Łoza kierownik Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z którym rozmawia Iwona Schymalla.

Schizofrenia nie musi wykluczać - mówi Bartosz Łoza kierownik Kliniki Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, z którym o nowych formach leczenia rozmawia Iwona Schymalla.

Osoby zapadające na schizofrenię to najczęściej ludzie młodzi , w wieku około dwudziestu pięciu lat, aktywni zawodowo lub studiujący. Czy, jeśli już wystąpią objawy choroby, mogą oni być dalej aktywni?

Oczywiście, mogą oni być aktywni. Tylko, trzeba im stworzyć specjalne warunki. Słowo specjalne pobudza w nas myśli, że są one trudne do spełnienia. Nie! To co się nazywa kulturą pracy chronionej powinno być rozwijane. Nie ma terapii ukończonej o ile pacjent nie wróci do swojego środowiska - szkoły, uniwersytety czy pracy, kiedy nie założy rodziny i nie będzie funkcjonował tak, jak jakość życia społeczno-zawodowego należy się jego generacji.

Można powiedzieć, że aktywizacja zawodowa, aktywność pacjenta to warunek niezbędny by proces terapii się powiódł?

Dokładnie tak. Nie powinniśmy w ogóle myśleć o ukończonej terapii gdy ten cel społeczno-zawodowy nie zostanie zrealizowany. Czas przyjąć na siebie tego typu standard terapii i nie opowiadać, że kończy się ona przez wypisanie recepty i udzielenie wysokospecjalistycznego świadczenia, tylko w tym momencie, kiedy będziemy pewni że pacjent znalazł swoje miejsce w życiu, pracy, rodzinie.

Farmakoterapia i jej najnowsze osiągnięcia dają ogromną szansę chorym na schizofrenię bycia aktywnymi. Jakie są to terapie?

Rzeczywiście, dzieje się tu wiele. Mamy do czynienia z nową generacją leków. Nazywamy je iniekcyjnymi lekami długodziałającymi. Są to środki, które faktycznie umożliwiają ten społeczny cel terapii. Są to kuracje polegające na okresowym podawaniu leku. Odpada więc problem żmudnego przyjmowania leku, którego nikt nie przetrwa i to nie przez schizofrenię tylko przez zwykłe zapominalstwo. Wielu leków ze światowej oferty podawanych co dwa, cztery tygodnie czy dwa a nawet co trzy miesiące, bo już i takie leki mamy, powoduje że kuracja niezwykle się upraszcza. Proszę sobie wyobrazić kurację składającą się z dwunastu albo czterech zastrzyków na rok. Zmniejsza to wszelkie ryzyka związane z chorobą i leczeniem właśnie dla osób młodych czy nowych chorych. To jest rewolucja. Tak trzeba o tej formie leczenia powiedzieć. Pacjent, któremu zapiszemy receptę, a który z pełną przejrzystością i uczciwością podejmie leczenie i tak ma tylko pięćdziesiąt procent szansy, że dotrwa w tej ciągłości leczenia do końca miesiąca. Początek nieszczęść polega na tym, że kuracja zostaje przerwana. Wówczas praktycznie w ciągu kilku dni w istotny sposób wzrasta ryzyko nawrotów, a każdy nawrót z punktu widzenia społecznego, biologicznego, perspektyw dalszego życia, jest po prostu nieszczęściem. Za wszelką cenę powinniśmy utrzymać pacjenta w stanie beznawrotowym, remisyjnym.

Jeśli patrzymy na dostęp polskich pacjentów do najnowocześniejszego leczenia, najnowszych terapii, to na tle pacjentów europejskich są oni wykluczeni.

Publikujemy standardy, które mówią że takie terapie należą się każdemu pacjentowi, tym bardziej nowemu. Tymczasem, mamy do czynienia z polityką niezrozumiałych oszczędności. Niezrozumiałych, ponieważ kuracje długoterminowe są najlepszym sposobem oszczędności dla systemu. Każda hospitalizacja jest kosztowna. Jest ona wręcz katastrofą ekonomiczną dla pacjenta i jego rodziny oraz dla anonimowego systemu. Moim zdaniem to problem braku decyzji oraz refleksji nad tym, jak wiele korzyści, również ekonomicznych, można uzyskać dzięki utrzymaniu pacjenta ze schizofrenią w ciągłym leczeniu.