Image not found or type unknown

Stanowisko podjęte przez PNRL w dniu 25 września 2020 r.

W dniu 25 września 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło:

- STANOWISKO w sprawie modyfikacji „Strategii walki z pandemią COVID-19 jesień 2020”

STANOWISKO Nr 113/20/P-VIII
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 25 września 2020 r.
w sprawie modyfikacji „Strategii walki z pandemią COVID-19 jesień 2020”

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje na potrzebę modyfikacji dokumentu „Strategia walki z pandemią COVID-19 jesień 2020” z dnia 3.09.2020 oraz wytycznych z dnia 23.09.2020 „Zlecenie badania w kierunku SARS-CoV-2 przez POZ”.

Przewidziany w strategii walki algorytm włączenia lekarzy POZ do testowania wymaga modyfikacji w zakresie, w jakim przewiduje konieczność kontaktu z lekarzem specjalistą chorób zakaźnych w przypadku pozytywnego wyniku testu przeprowadzonego na zlecenie lekarza POZ.

W Polsce jest jedynie 1118 wykonujących zawód lekarzy chorób zakaźnych (posiadających tytuł specjalisty lub specjalizację I stopnia) z czego 313 (28,17%) wg. stanu na dzień 31 XII 2018 r. przekroczyło 67 rok życia. Lekarze ci pracując w zdecydowanej większości w oddziałach zakaźnych mają pod swoją opieką pacjentów wymagających hospitalizacji, dlatego wymaganie, aby konsultowali każdego pacjenta z potwierdzonym w ramach działania POZ zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie znajduje uzasadnienia medycznego, a z całą pewnością zakłóci ciągłość opieki sprawowanej przez lekarzy specjalistów na pacjentami hospitalizowanymi. Ze schematu postępowania w ramach algorytmu „Włączenie POZ do systemu testowania” należy zatem wykreślić konieczność odsyłania każdego pacjenta z pozytywnym wynikiem testu do lekarza specjalisty w dziedzinie chorób zakaźnych. Nie ma powodu, aby pacjent z pozytywnym wynikiem testu, który nie wymaga hospitalizacji, był dodatkowo konsultowany przez lekarza specjalistę. Ocena, czy pacjent wymaga hospitalizacji może być dokonana przez lekarza POZ.

Powyższe jest tym bardziej zasadne, że algorytm jest w tym zakresie niezgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego, które przewiduje, że lekarz rozpoznający zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub zachorowanie na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) może skierować pacjenta do leczenia lub diagnostyki laboratoryjnej w kierunku wirusa SARS-CoV-2 w ramach obowiązkowej izolacji lub izolacji w warunkach domowych. Powyższe jest jednocześnie niezgodne z art. 28 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, który stanowi, że lekarz lub felczer, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę szczególnie niebezpieczną i wysoce zakaźną, stanowiącą zagrożenie dla zdrowia publicznego, lub stwierdza zgon w wyniku takiej choroby, podejmuje działania zapobiegające

szerzeniu się zachorowań, w tym:

1. kieruje osobę podejrzaną o zakażenie lub zachorowanie oraz zakażoną lub chorą na chorobę zakaźną do szpitala specjalistycznego zapewniającego izolację i leczenie tej osoby oraz niezwłocznie informuje szpital o tym fakcie;
2. organizuje transport uniemożliwiający przeniesienie zakażenia na inne osoby;
3. poucza osobę chorą lub osobę sprawującą prawną pieczę nad chorą osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, osoby najbliższe oraz osoby, o których mowa w art. 17 ust. 1a, o obowiązkach wynikających z art. 5 ust. 1;
4. niezwłocznie powiadamia państwowego powiatowego inspektora sanitarnego właściwego dla miejsca podejrzenia, rozpoznania choroby szczególnie niebezpiecznej i wysoce zakaźnej lub stwierdzenia zgonu o podjętych działaniach.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że w celu zwiększenia liczby dostępnych łóżek dla pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, którzy wymagają hospitalizacji, należy w sytuacji, gdy liczba miejsc w oddziałach zakaźnych/obserwacyjno-zakaźnych okaże się niewystarczająca umożliwić włączenie do systemu również oddziałów chorób płuc, a w dalszej potrzebie również oddziałów chorób wewnętrznych. Leczenie chorych na COVID-19 związane jest z występowaniem objawów ze strony układu oddechowego, co uzasadnia twierdzenie, że w przypadku braku dostępnych miejsc w oddziałach zakaźnych/obserwacyjno-zakaźnych można je zastąpić miejscami w innych oddziałach, które będą w stanie zapewnić tym pacjentom niezbędną opiekę. Takimi oddziałami będą właśnie oddziały chorób płuc, a w dalszej kolejności oddziały chorób wewnętrznych.

Podejmowanie decyzji o włączeniu do opieki nad pacjentami chorymi na COVID-19 ww. oddziałów powinno być pozostawione w gestii wojewodów, którzy uzyskaliby w ten sposób możliwość bieżącego reagowania na zapotrzebowanie na łóżka szpitalne na obszarze swego działania.

Prezydium wyraża również zaniepokojenie liczbą wykonywanych w ostatnim czasie testów. Liczba ta jest daleka od możliwości, którymi dysponuje system ochrony zdrowia. Zwiększenie liczby wykonywanych testów pozwoli szybciej identyfikować osoby zakażone, poddawać je izolacji lub gdy to konieczne hospitalizacji, co w istotny sposób ograniczy szerzenie się pandemii. W ocenie Prezydium liczba wykonywanych testów powinna być zwiększona a możliwość zlecenia wykonania testów dostępna nie tylko dla lekarzy POZ, ale również innych lekarzy, w tym prywatnie praktykujących. Możliwość zlecania testów powinna być dostępna dla jak najszerszego grona lekarzy podobnie, jak ma to miejsce w przypadku wystawiania druków ZUS ZLA czy wystawiania recept na leki refundowane.

Tylko szersze testowanie populacji pozwoli ograniczyć wzrost liczby zakażonych osób. Bez takich działań powstrzymanie epidemii będzie niemożliwe.

Kolejnym elementem usprawnienia diagnostyki COVID-19 są wchodzące na rynek testy antygenowe o swoistości ponad 99%. Wykonywanie tych testów powinno zostać włączone do strategii walki z COVID-19. Dodatni wynik testu u pacjenta objawowego nie powinien wymagać potwierdzenia testem PCR przed odesłaniem pacjenta do szpitala zakaźnego, tylko skutkować stwierdzeniem podejrzenia COVID-19 (wg ICD 10 U.07.2) i przekazaniem pacjenta, co pozwoli na

rozszerzenie puli diagnozowanych pacjentów, przy znacznie niższych kosztach (koszt rynkowy jednego testu ok. 30 zł). Szpital zakaźny jeśli uzna to za niezbędne, to wykona test PCR dla ostatecznego potwierdzenia COVID-19.

Konieczne jest również usunięcie z kryteriów zlecenia badania PCR podczas teleporady warunku jednoczesnego występowania 4 objawów typowych dla COVID-19, ponieważ nie więcej niż ok. 1% pacjentów ma te objawy równocześnie, a ponadto niewykonanie testu przy pierwszych objawach COVID-19 powoduje, że osoba potencjalnie chora nie ma obowiązku izolacji, co oznacza, że będzie mogla przenosić wirusa na otoczenie. Konieczność stwierdzenia 4 objawów jednocześnie nie jest zgodna z przyjętą definicją przypadku COVID-19.

Dodatkowym problemem jest zbędne wydłużenie drogi pacjenta do uzyskania dostępu do badania w przypadku osób niesamodzielnych – lekarz powinien mieć możliwość wystawienia bezpośredniego zlecenia karetce wymazowej, a nie wyłącznie za pośrednictwem Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.