Nowa strategia walki z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2

- Na jesieni pojawia się wiele zachorowań, infekcji i do tego mamy koronawirusa. Te wszystkie zachorowania - co jest nowym elementem w naszym systemie - będą się na siebie nakładać i niestety będą niezwykle trudne do rozróżnienia. Musimy zatem przygotować się na pewną specyfikę warunków jesiennych - podkreślił Adam Niedzielski.

Jego zdaniem, nowa strategia jest również zmianą filozofii podejścia do walki z koronawirusem i po etapie intensywnej walki z pandemią (w której państwo zdecydowało się na bardziej drastyczne środki m.in. lockdown) resort zdrowia planuje zmienić charakter reakcji i podejścia. Adam Niedzielski zapowiedział odejście od środków zapobiegawczych mających charakter ogólnokrajowy, na rzecz środków stosowanych punktowo w zależności od regionalnych potrzeb i dostosowanych do skali zjawiska i pojawiania się koronawirusa. - O tego typu strategii w zarządzaniu mówi się "SMART". Będzie ona celowana i dostosowana środkami do lokalnych sytuacji, a jednocześnie nie będzie jednolitych rozwiązań w skali całego kraju. To będzie jedna z charakterystycznych cech naszego, nowego podejścia strategicznego - zapowiedział minister zdrowia. Zaznaczył jednocześnie, że kolejną ważną cechą będzie bardziej elastyczne podejście do działań i zarządzania ryzykiem. W tym podejściu MZ będzie ważył decyzje z jednej strony dotyczące zdrowia, z drugiej natomiast koszty czy zyski gospodarcze i społeczne. Adam Niedzielski zastrzegł jednocześnie, że przygotowana strategia nie jest dokładnym planem działania.

Zmiany w organizacji walki z pandemią

- Celem, który nam przyświeca to zwiększenie efektywności wykorzystania zasobów - zarówno infrastrukturalnych, jak i ludzkich. Wiedząc więcej o funkcjonowaniu np. szpitali jednoimiennych i mając świadomość, z jaką skalą ryzyka mamy do czynienia, nasze decyzje mogą być lepiej dopasowane do poziomu zagrożenia. I tak właśnie postąpimy z siecią szpitali, dla których utworzymy trzy poziomy szpitalnictwa odpowiedzialnego za przeprowadzenie procesu leczenia pacjentów chorych na COVID-19. Poziom pierwszy to szpitale powiatowe (ponad 600 szpitali), w których powstaną miejsca izolacji dla pacjentów oczekujących na wyniki testów. Poziom drugi to szpitale z oddziałami zakaźnymi (87 szpitali w kraju), w tej grupie znajdują się również dotychczasowe szpitale jednoimienne. W sumie ma się tu znaleźć ponad 4000 miejsc dla pacjentów, w tym miejsca na oddziałach intensywnej opieki medycznej. Trzeci poziom szpitalnictwa to

szpitale wielospecjalistyczne ukierunkowane na walkę z covid-19 (9 szpitali w Polsce). To szpitale, do których będą trafiać pacjenci zarażeni wirusem, ale wymagający też specjalistycznej pomocy z zakresu innych dziedzin jak: chirurgia, ortopedia czy ginekologia. Co ciekawe, na liście 9 szpitali nie ma ani jednej jednostki z województwa łódzkiego. – Być może wynika to z lokalizacji Łodzi, która jest dość dobrze skomunikowana z Warszawą i Poznaniem, gdzie takie szpitale będą otwarte, a gdzie można przewieźć chorych w ciągu półtorej godziny - mówi dr Łukasz Jasek z Okręgowej Rady Lekarskiej w Łodzi.

Rozbudowie ulegnie również sieć mobilnego testowania "drive-thru". Resort chce nie tylko zagęścić sieć mobilnych punktów poboru próbek, ale również wydłużyć ich czas działania bowiem dotychczasowe dane wskazują, że nawet 91 proc. wszystkich mobilnych punktów jest czynna zaledwie dwie godziny.

Dla kogo testy w kierunku SARS-CoV-2?

W myśl nowej strategii takie testy będą wykonywane wyłącznie pacjentom mającym objawy. - To ważna różnica i nowy kierunek strategii w systemie. Testowani będą pacjenci wykazujący gorączkę, duszności, kaszel identyfikowane jako podstawowe objawy zakażenia koronawirusem. Oczywiście cały czas sieć Sanepidu będzie koncentrowała się na śledztwach epidemicznych i będzie wyławiała osoby, które niekoniecznie są objawowe, ale ze względu na ryzyko zakażenia powinny zostać poddane testowi - wskazał Adam Niedzielski. Przy testowaniu pod uwagę zostaną wzięte również szczególne grupy ryzyka, które będą poddawane testom nawet w sytuacji, kiedy nie będą wykazywać objawów. MZ wskazał, że będą tom.in. osoby wybierające się do uzdrowisk, pacjenci przyjmowani do hospicjów, ZOL-i oraz DPS-ów, a także medycy.

Jak przypomniał minister zdrowia, system daje możliwość realizowanie 60 tys. testów na koronawirusa dziennie, co w jego opinii powinno pokryć zapotrzebowanie jesienią. Planowane jest natomiast zarówno zwiększenie gęstości sieci punktów pobrań wymazów drive thru, jak i wydłużenie godzin pracy istniejących punktów, tak by zwiększyć dostęp do nich.

Zielone światło dla testów antygenowych

Ministerstwo zapowiedziało również wykorzystanie szybkich testów antygenowych, które mają znaleźć zastosowanie na SOR-ach, tam gdzie trzeba podejmować szybkie decyzje, pacjentów jest wielu i konieczne jest sprawne działanie. - Ma być to dla SOR-ów narzędzie do szybkiej weryfikacji- zaznaczył Adam Niedzielski.

Szef resortu zdrowia wskazał również na konieczność przyswojenia i utrzymania zasady

DDM tj. dezynfekcja, dystans oraz maseczki, które to są nadal kluczowym orężem w walce z pandemią.

Najpierw teleporada w POZ

Minister tłumaczył jak, po włączeniu lekarzy rodzinnych w kierowanie na testy, zmieni się ścieżka pacjenta z podejrzeniem koronawirusa. W pierwszej kolejności pacjent trafi do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Po wywiadzie w ramach teleporady może zostać skierowany na wizytę fizykalną, a w razie potrzeby dalej na test na obecność koronawirusa.

- Tak jak z każdą infekcją, pacjenci w pierwszej kolejności trafiają do POZ, czyli pod opiekę lekarza rodzinnego. Chcielibyśmy, żeby ta opieka zaczynała się od teleporady. Natomiast, jeżeli po 3-5 dniach objawy będą się utrzymywały bądź nasilały, to wtedy oczywiście jest konieczność ponownego badania i chcemy, żeby to było badanie fizykalne, weryfikujące czy objawy uzasadniają skierowanie na test. Ma poprzedzić decyzję o skierowaniu na badanie w kierunku COVID-u, czyli na wymaz - tłumaczył minister. W przypadku wyniku dodatniego pacjent zostanie skierowany na ścieżkę zakaźną, która będzie realizowana w sieci szpitali.

Minister podkreślił, że rola lekarzy POZ nie obejmuje leczenia pacjentów z koronawirusem. - Nie ma tutaj nakładania na lekarza POZ odpowiedzialności za leczenie pacjenta z COVID-19. Lekarze rodzinni, do których trafią pacjenci z infekcjami, będą mogli za pomocą zlecenia testu zidentyfikować, czy pacjent jest koronapozytywny.

Konsultant krajowy ds. chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban dodał, że pacjent, który ma objawy infekcji górnych dróg oddechowych powinien skonsultować się telefonicznie z lekarzem POZ i ustalić, czy ma zgłosić się na wizytę osobiście. Przekonywał, że lekarz, zadając pacjentowi odpowiednie pytania, może ustalić czy zlecić mu wykonanie testu na obecność COVID-19.

- To jest ułatwienie dla lekarzy POZ i dla pacjentów. Ponieważ codziennie w szczycie zachorowań na infekcje górnych dróg oddechowych ok. 100 tys. pacjentów idzie do lekarza - podkreślił.

To rozwiązanie powoduje szereg wątpliwości i to nie tylko wśród lekarzy POZ. – Po pierwsze nie wiemy jak lekarze mają być do tego przygotowani i jakie dostaną wyposażenie od ministerstwa – sygnalizuje dr Jasek. – Ponadto jeśli do lejkarza POZ trafi pacjent z covid, lekarz będzie musiał odbyć kwarantannę co wyłączy go z pracy. Co w tedy z przychodnią, w której pracuje? Moim zdaniem to rozwiązanie powoduje ryzyko, że całkowicie zablokujemy sobie Podstawową Opiekę Zdrowotną.

Według ekspertów może to być najsłabszy punkt nowej strategii. Podobne wątpliwości, podczas konferencji prasowej zgłaszali dziennikarze. W odpowiedzi konsultant krajowy profesor Horban powiedział: - Albo się jest lekarzem i świadczy się usługę pacjentom, albo można przejść na stanowisko kasjera.

Justyna Kowalewska