

Україна

НАДАННЯ ПІДТРИМКИ УКРАЇНІ У РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Переклад технічного звіту Європейського центру з
профілактики та контролю захворювань

“Спостереження за COVID-19 в установах тривалого
догляду у країнах ЄС/ЄЕЗ”

Червень 2020



ПРЯМУЄМО
РАЗОМ

ГРОМАДСЬКЕ
ЗДОРОВ'Я

ПРОЕКТ ФІНАНСУЄТЬСЯ ЄВРОПЕЙСЬКИМ СОЮЗОМ

Контакти:

Керівник проекту

Предраг Дюріч, MD, PhD

Тел.: +380 44 425 43 54

Електронна пошта:

Predrag.Duric@gfa-group.de

Україна

НАДАННЯ ПІДТРИМКИ УКРАЇНІ У РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Спостереження за COVID-19

в установах тривалого догляду

у країнах ЄС/ЄЕЗ

Підготовлено Європейським центром

Адреса

Офіс Проекту GFA у Києві, Україна

04071, Київ, вул. Ярославська 41





Уряд України взяв на себе серйозні зобов'язання щодо впровадження порядку денного реформування, керуючись Угодою про асоціацію Європейського Союзу (ЄС) з 2017 року. Угода про асоціацію зобов'язує Україну співпрацювати в економічних, судових та фінансових реформах для наближення її політик та законодавства до тих, що в ЄС. ЄС надає Україні політичну та фінансову підтримку, доступ до досліджень та знань та пільговий доступ до ринків ЄС. Україна є пріоритетним партнером у Східному партнерстві ЄС. Угода про асоціацію між ЄС та Україною визначає законодавство та практику у сфері громадського здоров'я як пріоритетний напрямок гармонізації.

Загальна мета Проекту Підтримка України у розвитку сучасної системи громадського здоров'я це підтримка модернізації та розвитку стійкої системи громадського здоров'я, яка здатна забезпечити стандарти профілактики та контролю захворювань відповідно до законодавства, вимог та практики ЄС.

Пандемія COVID-19, що виникла на початку 2020 року, є безпрецедентним викликом для систем громадського здоров'я у світі, включаючи Україну. Це також виявило багато недоліків у системах громадського здоров'я. Європейський центр контролю та профілактики захворювань, як провідна установа ЄС у сфері громадського здоров'я, постійно здійснює моніторинг ситуації та готує на основі доказів керівні принципи та їхнє оновлення. Ці вказівки, вже перекладені на українську мову, можуть допомогти українським професіоналам успішно реагувати на пандемію.



Європейський центр
з профілактики та
контролю
захворювань

Технічний звіт Європейського центру з профілактики та контролю захворювань

Спостереження за COVID-19 в установах тривалого догляду у країнах ЄС/ЄЕЗ

19 травня 2020 року

Вступ

Високий рівень захворюваності і смертності від COVID-19 серед пацієнтів установ тривалого догляду (УТД) в країнах ЄС/ЄЕЗ створює серйозну проблему для профілактики захворювань і боротьби з ними за умов, що склалися. Крім того, відсутність спеціальних систем епідагляду та відмінності у стратегіях та можливостях тестування, наявних у різних країн, можливо, призвели до того, що випадки захворювання і смертності в установах тривалого догляду істотно занижуються, що сприяє загальній недооцінці тягаря захворюваності та смертності в таких установах. Один з чинників, який міг сприяти поширенню COVID-19 всередині і між УТД, пов'язаний з персоналом, який працює з хворими на інфекційні захворювання, включаючи симптоматичні, передсимптомні і безсимптомні випадки. Іншими чинниками, могли бути робота співробітників у декількох установах, відсутність засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), недостатня підготовка, а також недостатнє тестування та перевірка лише тих осіб, які мають симптоми. Обмеженість тестування, можливо, зіграло непропорційно велику роль в недостатньому виявленні випадків захворювання серед цього контингенту. Висока поширеність неврологічних захворювань, таких як деменція і невропатичні розлади, серед пацієнтів УТД може стати причиною атипових клінічних проявів COVID-19 чи відсутності явних ознак або симптомів до тих пір, поки стан пацієнтів не погіршиться.

Впровадження місцевих і національних систем моніторингу COVID-19 та інших респіраторних вірусів в УТД сприятиме виявленню спалахів захворювання раніше, тим самим скорочуючи його поширення як всередині установ, так і між ними.

Пропонована цитата: Європейський центр з профілактики інфекцій та інфекційного контролю.

Спостереження за COVID-19 в установах тривалого догляду у ЄС/ЄЕЗ, 19 травня 2020 р. ЄЦПКЗ: Стокгольм; 2020 р.

© Європейський центр з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, Стокгольм, 2020 р.



Раннє виявлення можливих випадків захворювання, швидкий початок тестування і повідомлення відповідних органів охорони здоров'я, для того щоб вони могли здійснювати відстеження контактів, є ключовими елементами зменшення масштабів спалахів COVID-19. Необхідно створити систему для щоденного скринінгу пацієнтів на наявність симптомів і їхнього періодичного тестування, навіть за відсутності симптомів. Пропонується поетапний підхід до тестування з урахуванням того, де розташована установа – на ураженій чи неурраженій території. Пропонується також регулярно (наприклад, раз на тиждень) проводити тестування персоналу, при цьому слід якомога швидше проводити тестування принаймні всіх тих пацієнтів, які могли заразитися. Якщо у пацієнта або співробітника УТД буде виявлено підтверджений випадок, рекомендується провести всебічне тестування для виявлення безсимптомних випадків, а також негайно вжити заходів контролю. Установа повинна збирати дані про випадки захворювання, а також заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю. Відомості про випадки захворювання серед пацієнтів і персоналу УТД, а також про випадки смерті серед пацієнтів слід щодня повідомляти на місцевому, регіональному, національному рівні та на рівні ЄС/ЄЕЗ. Пропонується створити електронну систему звітності, щоб звести до мінімуму робоче навантаження. Найкращим підходом є національна, комплексна і обов'язкова система спостереження на базі УТД з кумулятивним щоденним або щотижневим поданням зведених даних про можливі, ймовірні і підтвержені випадки захворювання серед пацієнтів та персоналу. Разом з тим звітність може також ґрунтуватися на системі дозорного епідагляду, а також на використанні державних УТД, перш ніж залучати УТД з приватного та/або соціального сектора на поетапній основі. Збір даних в установі слід здійснювати щодня, в той час як звітність на місцевому та національному рівнях повинна залежати від епідеміологічної ситуації на території та в установі. Наприклад, після виявлення підтверджених випадків COVID-19 необхідно щодня подавати звіти у місцеві органи влади. Звітність на національному рівні дозволить отримати дані для оцінки загального навантаження на пацієнтів УТД і географічного розподілу випадків захворювання в УТД протягом певного періоду. Електронні засоби звітності є найкращим варіантом додаткової системи, що доповнює обов'язкове повідомлення про спалах або підтверджений випадок захворювання, оскільки вони уможливають легкий збір даних і знижують робоче навантаження на обмежений персонал УТД.

Суворі ізоляція на ранньому етапі та захисні заходи, які вживаються під час спалахів захворюваності в аналогічних установах, показали, що захисні дії можуть зменшити поширення захворювання [1]. Профілактика та боротьба зі спалахами респіраторних захворювань в УТД вимагає багатогранного підходу, включаючи нефармацевтичні контрзаходи (наприклад, використання масок для обличчя, розподіл на групи та ізоляцію інфікованих людей). Навчання персоналу і надання інформації про те, як дотримуватися гігієнічних рекомендацій до виявлення можливих, ймовірних або підтверджених випадків має першочергове значення, особливо в контексті COVID-19.

Для захисту цього особливо вразливого контингенту надзвичайно важливо мати можливість оперативно виявляти, оцінювати і контролювати спалахи COVID-19 в УТД. Цей документ містить рекомендації для держав-членів ЄС/ЄЕЗ, які планують



впровадити системи моніторингу в УТД, і опис цілей епіднагляду.

Експерти-консультанти

Зовнішні експерти: Сірі Хауге (Норвезький інститут охорони громадського здоров'я), Ліза Домеган і Джоан О'Доннелл (Центр нагляду за охороною здоров'я керівників служб охорони здоров'я Ірландії); Сібілл Бернар-Стоклін і Костас Данис («Санте Публік», Франція); Катрін Латур («Сьенсано», Бельгія); Енріко Річчіцці (Регіональне агентство охорони здоров'я та соціального захисту – Емілія Романья, Італія); Бригіта Швейкерт, Ніколь Шмідт, Муна Абу-Сін і Тім Екманнс (Інститут Роберта Коха, Німеччина); Хосе-Артур Пайва (PPCIRA – DGS, Португалія);

Всі зовнішні експерти призначені на національному рівні Національними координаційними центрами або Оперативними контактними центрами з питань інфекцій або грипу, пов'язаних з охороною здоров'я.

Експерти ЄЦПКЗ: Корнелія Адльох, Бруно Чанко, Піт Кінросс, Ангелікі Меліду, Джанфранко Спітері, Карл Зуетенс.

Експерт Європейського регіонального бюро ВООЗ: Пернілла Йоргенсен.

Експерт EU OSHA (Європейського агентства з безпеки та гігієни праці): Ельке Шнайдер

Проблема і мета охорони здоров'я

Пацієнти УТД є вразливою групою населення. Це, як правило, слабкі літні люди, зі складними медичними потребами, хронічними захворюваннями і слабким імунітетом, які, зазвичай, потребують медичної підтримки. Люди віком 65 років і старше, особливо з супутніми захворюваннями, непропорційно сильно страждають від несприятливих наслідків COVID-19 у порівнянні з молодшими віковими групами [2].

Закрите середовище УТД сприяє поширенню інфекційних захворювань серед пацієнтів. Інші респіраторні інфекції, такі як грип, також викликають спалахи в УТД, наслідком яких є високий рівень захворюваності та смертності. На сьогодні у європейських УТД зареєстровано велику кількість спалахів COVID-19 [3]. Інші спеціалізовані типи УТД, наприклад, призначені для фізичної реабілітації або для осіб з фізичними, розумовими, інтелектуальними чи сенсорними порушеннями, є середовищем, де збирається відносно велика кількість людей, і, отже, вони також є об'єктом ризику спалахів інфекційних захворювань попри те, що середній вік цих осіб, як правило, є меншим.

Мета цього документа полягає в наданні державам-членам рекомендацій щодо налагодження епіднагляду в УТД у контексті розповсюдження COVID-19. У документі викладені цілі епіднагляду. Збір даних про окремі випадки захворювань в установах для місцевого використання, а також дані по установах, якими слід обмінюватися з місцевими та національними органами влади, нададуть можливість для вжиття заходів на ранньому етапі. Це допоможе оцінити і запобігти поширенню COVID-19 як всередині установ, так і між ними, зменшити загальний масштаб спалахів і звести до



мінімуму наслідки захворювання як серед пацієнтів, так і серед персоналу УТД. Ці дані також допоможуть отримати уявлення про зміни в географічному розподілі захворювання протягом певного періоду часу і загальний вплив COVID-19 у цій групі ризику на національному та міжнародному рівнях.

Цей документ підготовлено на основі рекомендацій, попередньо опублікованих ВООЗ: **«Профілактика та контроль спалахів сезонного грипу в установах тривалого догляду: огляд фактичних даних і передового досвіду»**, а також ЄЦПКЗ: **«Профілактика та контроль інфекцій і готовність до COVID-19 в медичних установах – друге оновлення»**.

Цільова аудиторія

Цільовою аудиторією цих рекомендацій є експерти в галузі охорони здоров'я, медичні працівники та адміністратори, що працюють в установах тривалого догляду на місцевому/регіональному рівні, а також національні органи охорони здоров'я.

Довідкова інформація

31 грудня 2019 року в Ухані, провінція Хубей, Китай, було зареєстровано кілька випадків пневмонії невідомої етіології. 9 січня 2020 року Центр з контролю та профілактики захворюваності в Китаї повідомив про те, що збудником цього спалаху коронавірусної хвороби 2019 року (COVID-19) є новий коронавірус. Дані про конкретні випадки захворювання, зібрані ЄЦПКЗ в країнах ЄС/ЄЕЗ через Європейську мережу з епіднагляду (TESSy), свідчать про зростання кількості госпіталізованих хворих віком старше 50 років, діагноз яких підтверджено лабораторними дослідженнями. Показники захворюваності були найвищими у віковій групі 65 років і старше [2]. З відомостей, отриманих від TESSy щодо летальних випадків, також очевидним є ризик тяжкого перебігу інфекції у літніх людей (44% всіх смертей припадає на вікову групу 65-79 років і 46% на вікову групу 80 років і старше).

COVID-19 в установах тривалого догляду

У Європі і в усьому світі значна частка УТД повідомила про спалахи COVID-19, які характеризуються високим рівнем захворюваності та смертності серед пацієнтів, а також високим рівнем невиходу персоналу на роботу [4-6]. Динаміка передачі COVID-19 у поєднанні з низькою доступністю тестів сприяли стрімкому поширенню захворювання як всередині установ, так і між ними, що призвело до високої захворюваності та смертності серед пацієнтів цих установ.

У кваліфікованій¹ установі догляду в окрузі Кінг, штат Вашингтон (США), протягом 23 днів після першого позитивного результату тесту SARS-CoV-2, в 64% (n = 57/89) пацієнтів УТД було виявлено повторний позитивний результат тесту. Установа провела два комплексних виявлення нових захворювань (ВНЗ) під час огляду 76 пацієнтів з тижневим інтервалом. У першому ВНЗ третина пацієнтів УТД (21/76; 28%) мала позитивний результат щодо SARS-CoV-2 та симптоми, в той час як у іншій третині (27/76; 36%) тест показав позитивний результат, але симптомів не було. Однак протягом семи днів у 24/27 (89%) «безсимптомних» хворих розвинулися відповідні симптоми (тобто вони були передсимптомними). Станом на 3 квітня 2020 року 15/57

¹ Медичний заклад США, що відповідає федеральним критеріям «Medicaid» і «Medicare». Більш детальну інформацію можна знайти на сайті <https://www.skillednursingfacilities.org/resources/what-are-skilled-nursing-facilities/>.



(26%) пацієнтів цієї установи, що мали позитивний результат на SARS-CoV-2, померли [7]. Це підкреслює важливість вжиття заходів щодо осіб, які не мають симптомів, в установах, де було виявлено випадки захворювання [8]. У Бельгії, станом на 5 травня, систематичне тестування всіх пацієнтів і персоналу у низці УТД, де були підтверджені випадки захворювання, виявило, що 73% (5695/7751) хворих з ПЛР-позитивним результатом не мали симптомів [9].

Виявлення не всіх хворих і заниження кількості випадків COVID-19 в УТД було спільною рисою епідагляду за COVID-19 в Європі. Збільшення кількості повідомлених спалахів, які пов'язані з високою смертністю, вказує на необхідність цілеспрямованого підходу до захисту вразливих груп в таких умовах. У більшості європейських країн до початку нинішньої пандемії були відсутні системи епідагляду для УТД, тобто системи, здатні здійснювати систематичний і послідовний моніторинг респіраторних захворювань та своєчасно подавати звіти на місцевому або національному рівні з метою інформування про вжиті заходи. В останні тижні були оновлені або створені місцеві, регіональні чи національні системи моніторингу з метою включення в них УТД. Приклади систем, які можуть повідомляти про випадки COVID-19, перераховані наприкінці цього документа (див. Додаток). У деяких країнах ЄС частка випадків смертей від COVID-19 в УТД перевищила 60% всіх зареєстрованих смертей, що підкреслює серйозний вплив COVID-19 на цю вразливу популяцію [4].

У Бельгії, станом на 17 травня 2020 року, 51% з 9052 пов'язаних зі смертельними наслідками випадків COVID-19 були зареєстровані в УТД, і тільки 23% випадків були підтверджені лабораторними дослідженнями [9]. Систематичне тестування SARS-CoV-2 серед усіх пацієнтів УТД показало, що в 4% (5640/141 089) протестованих осіб було виявлено позитивний результат, і у більшості з них були симптоми (25% і 3%, відповідно). Тести також проводили серед співробітників УТД, при цьому в 3106/136 282 (2%) протестованих осіб було виявлено позитивний результат. Загальна позитивна реакція на тести є вищою у персоналу, який має симптоми, аніж у безсимптомного (11% і 2%, відповідно). Однак загальна кількість безсимптомних випадків серед пацієнтів і персоналу склала 75% (6540/8746) від усіх пацієнтів цих установ, в яких тести показали позитивний результат.

Франція створила спеціальну систему повідомлення про випадки COVID-19, про які повідомляють УТД. У період з 1 березня по 11 травня 2020 року 7469 установ повідомили про випадки захворювання, з яких 4367 (66%) установ були будинками для людей похилого віку та 2245 (34%) - іншими УТД, такими як установи для інвалідів або дітей і молоді. З 73 435 пацієнтів із зареєстрованими підтвердженими та можливими випадками захворювання, 13 539 (17%) померли, 3321 у лікарнях і 9501 в установах, що становить 50% всіх смертей [10]. Крім того, було зареєстровано 39 294 випадки захворювання серед співробітників.

Станом на 17 травня 2020 року Німеччина повідомила про 22 071 випадок інфікування в установах по догляду за людьми похилого віку (установи тривалого догляду, будинки для людей похилого віку), інвалідами, бездомними, мігрантами або особами, які перебувають у в'язницях. З них 8536 випадків захворювання були зареєстровані серед персоналу (42 померли) і 14 740 випадків – серед пацієнтів. З них 2966 осіб померли (20%), що становить 37% від всіх 7914 випадків смерті, пов'язаних з COVID-19 у Німеччині [11].



В Ірландії існує спеціальна система епіднагляду за всіма інфекційними захворюваннями, яка зараз використовується для COVID-19. Станом на 13 квітня 2020 року Ірландія повідомила про спалахи в УТД, при цьому 245 (55,2%) з 444 випадків захворювання на COVID-19, про які надійшли повідомлення, мали летальний результат [12].

У Норвегії 136 (61%) з усіх 224 смертельних випадків, зареєстрованих до 11 травня 2020 року, були зареєстровані в «установах по догляду на дому» або «інших медичних установах» [13].

В Іспанії станом на 11 травня було зареєстровано 17 730 випадків захворювання зі смертельними наслідками, причому 5400 постраждалих осіб мешкали у будинках для людей похилого віку, що становить 66% всіх випадків захворювання на COVID-19 зі смертельними наслідками [14].

У Швеції 212 з 400 УТД в окрузі Стокгольм повідомили про 1711 випадків COVID-19, що становить 630 (45%) з 1406 смертей у Стокгольмі [15-18]. В окрузі Стокгольм протягом періоду з 12 по 15 квітня 2020 року 400 УТД взяли участь в обстеженні, при цьому 212 (53%) з них повідомили про підтвержені випадки COVID-19. 123 з цих 212 УТД повідомили про масштаб спалахів, які у них сталися, 37% повідомили про 4-10 випадків, а 22% - про більш ніж 10 випадків. По всій Швеції захворювання уразило 541 будинок для людей похилого віку і серед пацієнтів УТД віком старше 70 років було зафіксовано 2866 підтверджених випадків захворювання на COVID-19 з 948 летальними наслідками, що становить 50% всіх випадків смерті від COVID-19 у цій віковій групі [19].

У Сполученому Королівстві Управління національної статистики нарахувало 6997 (21%) смертей у будинках для людей похилого віку від COVID-19, що пов'язано з 33 337 зареєстрованими випадками смерті від COVID-19 в Англії, і 404 (25%) випадки смерті у будинках для людей похилого віку зі 1641 випадком смерті від COVID-19 відбулися в Уельсі протягом періоду з 28 грудня 2019 року по 1 травня/9 травня 2020 року [20]. Комісія з контролю якості догляду за пацієнтами нарахувала 8314 смертей в будинках для людей похилого віку від COVID-19, про які було повідомлено протягом періоду з 10 квітня по 8 травня 2020 року в Англії, і 350 смертей в будинках для людей похилого віку в Уельсі [20, 21].

Станом на 17 травня Шотландія повідомила, що 632 (58%) будинків для людей похилого віку повідомили принаймні про одну підозру на захворювання і 463 – про більш ніж один випадок COVID-19, причому загалом було зареєстровано 5096 випадків підозри на захворювання [22]. До 10 травня з будинків для літніх надійшли повідомлення про 1438 випадків смерті, пов'язаних з COVID-19, що становить 45% від усіх 3213 випадків смерті [23].

Про аналогічну ситуацію повідомили у Північній Америці, включаючи як Канаду, так і США, де станом на 23 квітня 2020 року в УТД США було зареєстровано понад 10 000 смертельних випадків [24-26]. До 14 травня понад 7000 установ у 41 штаті по всій території США повідомили про інфікування їхніх пацієнтів, при цьому було повідомлено про більш ніж 150 000 випадків COVID-19, включаючи понад 30 000 смертей [27]. У США перший спалах COVID-19 у кваліфікованій установі по догляду за хворими було зафіксовано 28 лютого 2020 року в окрузі Кінг, штат Вашингтон. До



18 березня було виявлено 167 випадків серед пацієнтів, персоналу та відвідувачів. Коефіцієнт госпіталізації серед пацієнтів і персоналу склав 50%, а смертність серед пацієнтів – 34% [28, 29]. Протягом декількох тижнів ще 30 кваліфікованих медсестр і обслуговуючого персоналу в окрузі Кінг також повідомили про спалахи COVID-19. Розслідування показало, що переміщення медичного персоналу між різними установами сприяло поширенню вірусу по всьому округу в інші УТД. В окрузі Кінг діагностичні дослідження передбачали тестування безсимптомних пацієнтів і персоналу для оцінки поширення вірусу в медичних установах. Виявлення безсимптомних інфекцій в установі призвело до здійснення стратегії контролю за установою в цілому та ізоляції всіх пацієнтів, а не просто до ізоляції осіб, у яких зафіксовано симптоми [30]. Зосередження заходів втручання в УТД лише на пацієнтах та персоналі із симптомами захворювання навряд чи буде достатньо для боротьби з передачею інфекції, оскільки половина або більше хворих осіб можуть не мати симптомів [7, 9].

Європейські установи тривалого догляду (УТД)

УТД охоплюють широкий спектр типів установ, починаючи від тих, у яких спеціально створені домашні умови, і закінчуючи тими, які надають спеціалізовану медичну допомогу [31]. Незважаючи на те, що більшість УТД призначені для літніх людей, причому деякі з них – для осіб з фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, а інші є центрами паліативного догляду та реабілітаційними центрами [32]. Нижче наводиться визначення терміну «УТД», сформульоване ЄЦПКЗ. За оцінками ЄЦПКЗ, у 2016-2017 роках в країнах ЄС/ЄЕЗ налічувався 64 471 будинок для людей похилого віку, реабілітаційний центр і змішана УТД, що становить загалом 3 440 071 койко-місце (див. Додаток, таблиця А1 і таблиця А2).

У третьому виявленні інфекцій, пов'язаних з медичним обслуговуванням і використанням протимікробних препаратів у європейських УТД під час огляду населення у 2016-2017 роках (HALT-3) взяло участь 3052 особи з 24 країн ЄС/ЄЕЗ, Північної Македонії та Республіки Сербія. Дані, надані цими УТД, проаналізували для вибірки з 1797 будинків для людей похилого віку, будинків тривалого догляду і змішаних установ. Лише 25% УТД з ЄС/ЄЕЗ, які взяли участь у проекті, мали у своєму закладі лікаря-координатора, 48% - стороннього лікаря-координатора і 4,5% - обох фахівців. Загалом 39,1% всіх УТД мали у своєму закладі Комітет з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (ПІІК), який за попередній рік збирався в середньому 3,8 рази. Однак між країнами спостерігалися істотні відмінності: у Греції і Словаччині такі комітети відсутні, а в Хорватії вони є у всіх УТД, які беруть участь у проекті. У розпорядженні більшості УТД (71,0%) є щонайменше одна особа, яка пройшла підготовку щодо ПІІК. Цими особами були або медсестра (50,2%), або лікар (5,3%), або команда з обох цих фахівців (44,5%). Найчастіше вони створювалися у складі УТД (43,0%), в той час як значна меншість була сформована за межами компанії (32,9%) або працювала як всередині компанії, так і за її межами (24,1%). Ці дані, швидше за все, є завищеною оцінкою ситуації в ЄС/ЄЕЗ, оскільки вони отримані від УТД, які змогли взяти участь у цьому добровільному обстеженні.



Визначення

Установи тривалого догляду

До установ тривалого догляду (УТД) відносяться такі установи, як будинки тривалого догляду, кваліфіковані установи по догляду за хворими, будинки для людей похилого віку, інтернати для проживання людей похилого віку з особливими потребами, установи проживання з доглядом та інші установи. Ці установи забезпечують догляд за людьми, які потребують підтримки і яким важко жити самотійно в громаді через бар'єри у навколишньому середовищі та фізичні, розумові, інтелектуальні та сенсорні порушення, можливо, через старість або хронічні захворювання. Це визначення поширюється на УТД для всіх вікових груп.

В УТД, як правило, є пацієнти, які:

- потребують постійного нагляду (24 години на добу)
- потребують «висококваліфікованого сестринського догляду» (тобто більш ніж «базового» сестринського догляду та допомоги у повсякденному побуті)
- є стабільними з медичної точки зору і не потребують постійного «спеціалізованого медичного догляду» (тобто догляду, який забезпечують лікарі-фахівці)
- не потребують проведення інвазивних медичних процедур (наприклад, вентиляції).

Для оцінки частоти нововиявлених захворювань під час огляду пацієнтів європейських УТД у 2010, 2013 і 2016-2017 роках визначення УТД, сформульоване ЄЦПКЗ, не поширюється на деякі типи установ [31]. Це стаціонарні відділення тривалого перебування, гуртожитки (гуртожитки без будь-якого виду догляду), будинки для людей похилого віку, денні центри, центри догляду на дому і захищеного проживання. Однак, з огляду на те, що у цих типах установ також склалося середовище, чутливе до спалахів COVID-19 серед вразливих осіб, деякі країни, можливо, висловлять бажання розглянути питання про запровадження епіднагляду за COVID-19 і в цих установах.

Визначення типів УТД

Будинки загального сестринського догляду	У цих установах пацієнти потребують медичного або кваліфікованого сестринського догляду та цілодобового спостереження. Ці установи в основному забезпечують догляд за літніми людьми з важкими захворюваннями або травмами.
Будинки престарілих	У цих установах пацієнти не мають доступу до послуг та підтримки в громаді, щоб мати можливість жити самотійно. Вони потребують спостереження і допомоги для того, щоб вести звичний спосіб життя. Ці установи зазвичай надають послуги із забезпечення особистої гігієни, ведення домашнього господарства і триразового харчування.
Спеціалізовані УТД	Ці установи спеціалізуються на одному конкретному виді догляду (наприклад, при фізичних вадах, хронічних



	захворюваннях, таких як розсіяний склероз, деменція, психічні захворювання, реабілітаційний догляд, паліативний догляд або інтенсивна терапія).
Змішані УТД	Ці установи надають різні види послуг з догляду в одному місці (суміш вищевказаних типів УТД).
Інші УТД	Інші установи, які неможливо віднести до вищевказаних типів УТД.

Примітка: Ця класифікація не означає, що характеристики пацієнтів установ кожного типу суворо однорідні.

Визначення випадку зараження

Визначення випадку зараження для епідагляду в ЄС можна знайти на [веб-сторінці ЄЦПКЗ](#). Модифікована класифікація випадків зараження, які необхідно тестувати в УТД і про які слід повідомляти наведена в Таблиці 1. У клінічній картині COVID-19, представленій нижче, описано додаткові клінічні симптоми, сумісні з COVID-19, які слід враховувати у випадку виявлення **можливого випадку зараження** серед пацієнтів УТД.

Таблиця 1. Пропонована класифікація випадків зараження

Можливий випадок зараження	Будь-яка особа, яка відповідає клінічним критеріям, за наявності щонайменше одного з наступних симптомів ² : кашель лихоманка задишка раптовий наступ аносмії, агевзії або дисгевзії
Ймовірний випадок зараження	Будь-яка особа, яка відповідає клінічним критеріям (див. можливий випадок зараження) з епідеміологічним зв'язком: тісний зв'язок ³ з особою, в якій підтверджено випадок зараження COVID-19 протягом 14 днів до появи симптомів; пацієнт або співробітник, який протягом 14 днів до появи симптомів перебував в установі для вразливих людей, де підтверджено поширення інфекції COVID-19; АБО Будь-яка особа, яка відповідає діагностичним критеріям: радіологічні дані, що свідчать про ураження, сумісні з COVID-19
Підтверджений випадок зараження	Будь-яка людина, що відповідає лабораторним критеріям: виявлення нуклеїнової кислоти SARS-CoV-2 в клінічному зразку ⁴ .

² Серед додаткових, менш специфічних симптомів може бути головний біль, озноб, біль у горлі, м'язові болі, втома, блювота та/або діарея.

³ Близький контакт визначено відповідно до рекомендацій ЄЦПКЗ «[Відстеження контактів: управління охороною здоров'я осіб, в тому числі медичних працівників, які мали контакт з пацієнтами, інфікованими COVID-19 у Європейському Союзі](#)».

⁴ Додаткові рекомендації щодо лабораторних питань див. на сайті <https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus/laboratory-support>.



Визначення смертності через COVID-19

Моніторинг смертності [33]: смерть від COVID-19 визначається для цілей епіднадзора як смерть від клінічно сумісного захворювання у випадку **вірогідного** чи **підтвердженого** зараження COVID-19, за відсутності явної альтернативної причини смерті, яку неможливо пов'язати з COVID (наприклад, травма). Між хворобою і смертю не повинно бути періоду повного одужання. Смерть від COVID-19 не слід пов'язувати з іншим захворюванням (наприклад, на рак) і необхідно враховувати незалежно від існуючих станів, котрі, ймовірно, викликають тяжкий перебіг COVID-19.

В існуючих національних системах епіднадзора, ймовірно, не вдасться повною мірою застосувати це визначення випадку інфікування. Наприклад, у Франції не виключено випадки інфікування зі смертельними наслідками з альтернативними причинами смерті або періодом одужання між хворобою і смертю. Радше, у Франції реєструються всі випадки смерті в лікарнях і в УТД серед пацієнтів УТД, у яких були зафіксовані ймовірні або підтверджені випадки інфікування COVID-19.

Підходи до моніторингу COVID-19 в установах тривалого догляду

Цілі епіднадзора

Цілі епіднадзора за COVID-19 в УТД на місцевому, регіональному та національному рівнях, а також на рівні ЄС/ЄЕЗ полягають в наступному:

- виявлення інфекцій COVID-19 у пацієнтів і персоналу УТД, щоб забезпечити належне запровадження заходів з профілактики інфекції для обмеження масштабів спалахів (місцева мета);
- здійснення моніторингу загальної кількості та частки уражених УТД для забезпечення ситуаційної обізнаності;
- подальше відстеження змін в інтенсивності і географічному розподілі уражених УТД для оцінки зусиль, спрямованих на запобігання і контроль інфекцій;
- моніторинг впливу і ступеня тяжкості COVID-19 в УТД, включаючи вплив на загальний рівень смертності серед пацієнтів УТД, з метою забезпечення ситуаційної обізнаності про поточний тягар захворювань та інформування про заходи щодо пом'якшення наслідків.

Див. також [стратегію епіднадзора](#) ЄЦПКЗ.

Для отримання загальнонаціональної інформації про поточне та очікуване навантаження COVID-19 в УТД, країни ЄС/ЄЕЗ можуть розглянути питання про впровадження національної комплексної системи епіднадзора на базі УТД з кумулятивним щоденним або щотижневим повідомленням про можливі, ймовірні та підтверджені випадки захворювання серед пацієнтів та персоналу. Однак країнам, які прагнуть забезпечити повне національне охоплення, може знадобитися поетапний підхід до реалізації, оскільки послуги з тривалого догляду надаються комплексом установ державного, приватного і соціального секторів (наприклад, некомерційних, неурядових). У таких країнах такі підходи можуть охоплювати:

- добровільну систему, що не спрямована на забезпечення національної



репрезентативності, наприклад, не репрезентативна вибірка, потенційно з субнаціональним охопленням на початковому етапі;

- систему індикаторів, засновану на загальнонаціональному відборі установ, які будуть служити індикаторами для відповідного регіону;
- спочатку пріоритет віддається участі державних УТД, після чого набираються УТД з приватного та/або соціального сектора на основі поетапного підходу.

Синдромний епіднагляд

Ключем до запобігання та боротьби зі спалахами є систематичний моніторинг всіх пацієнтів та персоналу УТД. У пацієнтів слід спостерігати за симптомами, зазначеними нижче, шляхом вимірювання температури, насиченості крові киснем за допомогою пульсоксиметру і частоти дихання не рідше одного разу в день або кожної зміни для раннього виявлення можливих випадків інфікування та початку тестування. Показники зниження насиченості крові киснем (<95%) і збільшення частоти дихання (> 25/хв) можна вимірювати безпосередньо біля ліжка пацієнта.

УТД повинні щодня оновлювати свої адміністративні записи на основі синдромного епіднагляду, щоб зафіксувати, чи пройшов пацієнт тест на COVID-19, чи був він ізолюваний через симптоми, сумісні з COVID, та/або чи потребував він вжиття якихось інших нестандартних заходів щодо ПІІК.

Клінічні прояви COVID-19

До симптомів, сумісних з COVID-19, відноситься грипоподібне захворювання (ГЗ: раптова поява симптомів і наявність, принаймні, одного з наступних чотирьох системних симптомів: лихоманка або збуджений стан, нездужання, головний біль, біль у м'язах та, принаймні, один з трьох наступних респіраторних симптомів: кашель, біль у горлі або задишка) або гостра респіраторна інфекція (ГРВІ: раптова поява симптомів і наявність, принаймні, одного з наступних чотирьох респіраторних симптомів: кашель, біль у горлі, задишка або риніт). Ці симптоми можна використовувати для виявлення симптоматичних випадків інфікування.

Однак важливо відзначити, що клінічні прояви хвороби можуть бути дуже м'якими або нетиповими, чи супроводжуватися нез'ясовним погіршенням стану здоров'я. Крім того, під час розслідування спалахів захворювання в УТД була виявлена висока частка (близько 15%) безсимптомних підтверджених випадків інфікування. До інших атипичних проявів захворювання у людей старшого віку і людей з супутніми захворюваннями відносяться анорексія, анемія, апатія, кон'юнктивіт, діарея, дезорієнтація, млявість, втрата ваги, нудота, висип, порушення дихальних функцій, сонливість, закладений ніс або блювота [34, 35].

Підхід до тестування

Лабораторне тестування можливих випадків слід ініціювати спільно з епіднаглядом за COVID-19 відповідно до Таблиці 2. З огляду на стрімке поширення хвороби в УТД і коефіцієнт ураження 50% та вище, а також важкі наслідки хвороби серед пацієнтів



УТД, слід розглянути наступний підхід:

- окремих пацієнтів з можливими випадками інфікування, які мають клінічні симптоми, сумісні з COVID-19, слід якомога швидше ізолювати і тестувати, причому лабораторії повинні віддавати перевагу таким зразкам, незалежно від наявності епідеміологічного зв'язку з COVID-19;
- після підтвердження першого випадку інфікування у пацієнта або співробітника УТД, слід ретельно розглянути комплексну стратегію тестування всіх пацієнтів і співробітників, в тому числі й тих, у кого немає симптомів;
- якщо в УТД спостерігалися підтвержені випадки інфікування, можна розглянути можливість посмертного тестування померлих пацієнтів.

Цю політику слід адаптувати до місцевих можливостей і епідеміологічної ситуації в громаді. За умови виявлення можливого випадку інфікування слід повідомити про це місцеві органи охорони здоров'я. Раннє виявлення безсимптомних або нетипових і легких випадків інфікування повинно стати підставою для комплексного тестування на підтримку зусиль з контролю захворювання і дозволити запровадження заходів з реагування на спалах хвороби, аби відповідним чином розділити пацієнтів на групи. Широкомасштабне тестування може також служити орієнтиром в боротьбі з інфекцією, ізоляції та ранній клінічній допомозі, аби звести до мінімуму кількість важких форм захворювання і смертей.

Можна було б розглянути питання про регулярне тестування всіх співробітників, зокрема, в районах, де поширене контактне зараження. Принаймні під час тестування слід віддавати перевагу персоналу, який спеціалізується на симптомах, включаючи персонал зі слабкими симптомами, аби можна було приймати рішення про його відсторонення від роботи. Чинними рекомендаціями ЄЦПКЗ передбачено, що персонал із симптомами, сумісними з COVID-19, не повинен виходити на роботу і повинен інформувати про свій стан призначеного представника УТД: [«Профілактика інфекцій та інфекційний контроль, а також готовність до COVID-19 в медичних установах»](#). Персонал повинен проходити тестування через регулярні проміжки часу (наприклад, щотижня або раз на два тижні), в залежності від наявних ресурсів, щоб виключити можливість безсимптомного зараження та обмежити потрапляння COVID-19 в установу.

Якщо в установи допускаються відвідувачі, в залежності від епідеміологічної ситуації у районі розташування установи, вони повинні одягати захисні маски і дотримуватися фізичної дистанції у 2 метри, а також суворих гігієнічних заходів. Слід також розглянути питання про регулярні відвідини, якщо такі є. Відвідувачі з симптомами респіраторних інфекцій не повинні відвідувати установу.

Якщо у співробітників або відвідувачів результат тестування виявиться позитивним, слід застосовувати заходи з ізоляції та відстеження контактів у порядку, визначеному в рекомендаціях щодо ПІК: [Профілактика інфекцій та інфекційний контроль і готовність до COVID-19 в медичних установах](#). Всі установи, в персоналу яких результат тестування виявиться позитивним, слід включити у програму негайних заходів, які вживають місцеві органи охорони здоров'я, і в цих установах також слід провести комплексне тестування.



ЄЦПКЗ опублікував [рекомендації щодо виписки і припинення ізоляції в контексті широко поширеного контактного зараження COVID-19.](#)

Таблиця 2. Інструкції щодо тестування для УТД, засновані на різних сценаріях

Захід/сценарій	Лабораторне тестування пацієнтів	Лабораторне тестування персоналу	Інформування місцевих органів влади
Випадки інфікування відсутні	Уражена територія: випадкові вибірки, в залежності від можливостей тестування* Не уражена територія: залежно від національної політики тестування УТД.	Уражена територія: розглянути питання комплексного тестування для всього персоналу раз на тиждень/раз на два тижні* Не уражена територія: залежно від національної політики тестування вибіркових зразків з УТД	Уражена територія: щотижня або щомісяця. Не уражена територія: щомісяця
Можливий випадок інфікування	Якнайшвидше перевірте, принаймні, всі можливі випадки інфікування*.	найкоротші терміни перевірте всі можливі випадки *, оптимально: всебічно для всіх співробітників	Уражена територія: щодня Не уражена територія: щотижня. Раптове збільшення кількості можливих випадків інфікування: щодня.
Підтверджений випадок інфікування	Комплексне тестування всіх пацієнтів, включаючи тих, хто помер, в залежності від ресурсів для тестування*.	Комплексне тестування всіх співробітників, по можливості регулярно (щотижня, раз на два тижні).	Щодня

Уражена територія: поточне або передбачуване контактне зараження; відповідно до визначень в Європейській мережі епідемогляду (TESSy). Протокол звітності: див. веб-сторінку ЄЦПКЗ: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance>.

Схеми тестування і звітності повинні відповідати національним рекомендаціям для УТД і залежати від епідеміологічної ситуації у країні та регіоні, а також передбачати тестування безсимптомних пацієнтів і персоналу.

* Якщо ресурси для тестування обмежені, слід розглянути можливість вибіркового тестування або об'єднання [зразків](#)

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2764364>.



Збір зразків і метод тестування

В ідеалі, клінічні зразки слід збирати на місці в УТД за підтримки місцевих органів охорони здоров'я. Більш детальна інформація доступна [тут](#). Можна розглянути можливість використання перевірених комплектів для самостійного збору зразків. Зразки для дихальної діагностики (мазок з носоглотки, мазок з ротоглотки (горла), носоглотковий аспірат або носові змиви) слід збирати якомога швидше після появи симптомів у кожної людини. Заходи зі збору і транспортування зразків слід організувати заздалегідь спільно з місцевими мікробіологічними/вірусологічними лабораторіями. Зараз найкращим методом діагностики вірусів є аналіз ПЛР зі зворотною транскрипцією, що проводиться спеціалізованими лабораторіями, призначеними місцевими/національними органами влади.

Лабораторна діагностика повинна бути зосереджена на SARS-CoV-2 і охоплювати визначення типу і підтипу грипу (в тому числі визначення типу і підтипу вірусу) у випадку розповсюдження грипу. Для отримання додаткової інформації див. [стратегію епіднадзора ЄЦПКЗ і Лабораторні випробування на коронавірусну хворобу 2019 г. \(COVID-19\) у випадку підозри на захворювання людини: проміжні рекомендації ВООЗ](#).

Збір даних і звітність

Особи, які збирають та передають дані

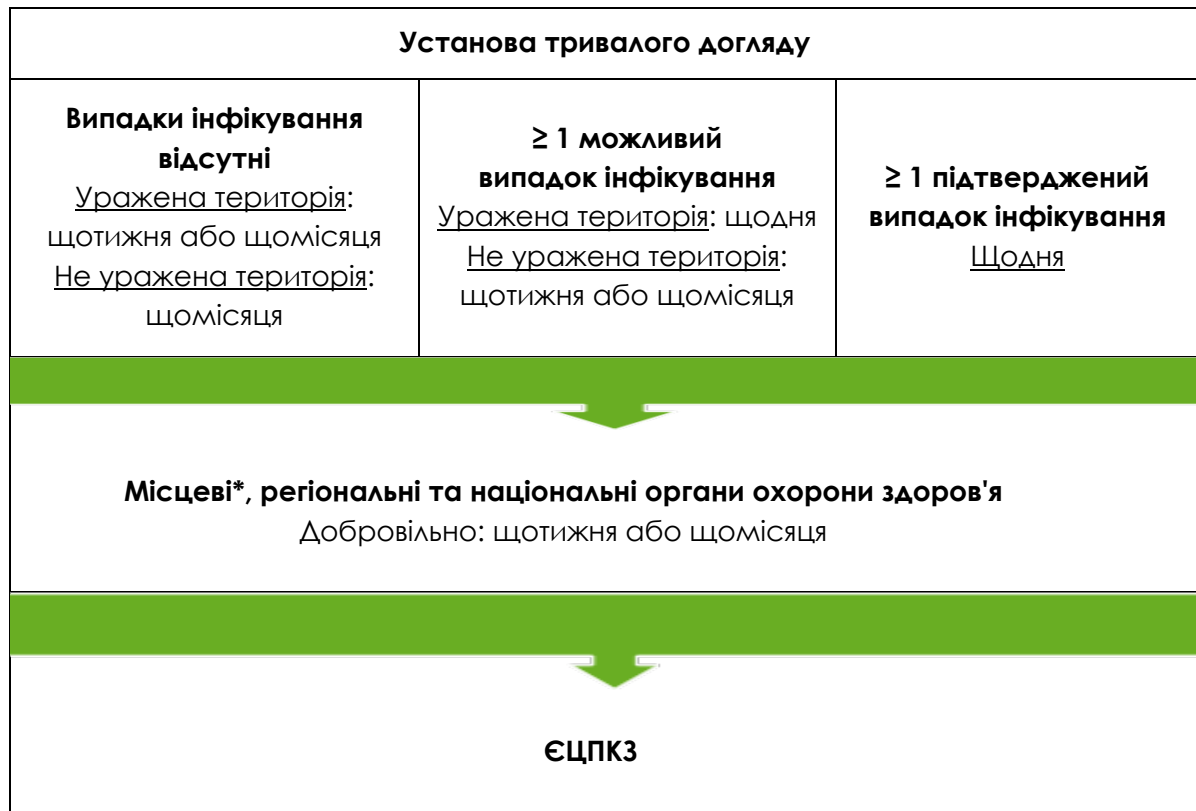
Керівництво УТД повинно призначити уповноважених співробітників, які відповідатимуть за щоденний активний моніторинг появи симптомів/ознак COVID-19 у всіх пацієнтів та персоналу установ і за інформування про це відповідних місцевих/національних органів влади, в залежності від визначення випадку інфікування. Персонал повинен бути навчений виявляти та оцінювати симптоми, зазначені у попередньому розділі про клінічні симптоми.

Збір даних

Наступні запропоновані періоди часу для щоденної, щотижневої або щомісячної звітності кожна країна повинна скоригувати в залежності від епідеміологічної ситуації загалом та у конкретному регіоні, а також від здатності установ і органів охорони здоров'я подавати звітність. Див. пропозиції на рис. 1 і в Таблиці 2. Щодня УТД повинні збирати інформацію про ситуацію в установі (перелік рядків: Таблиця А3). На початку спалаху захворювання кожна установа повинна надати місцевому органу охорони здоров'я звіт з описом характеристик установи і детальним зазначенням кількості пацієнтів та персоналу (Таблиця А4). Після підтвердження випадку захворювання слід щодня інформувати відповідні місцеві або регіональні органи охорони здоров'я про стан справ. Дані, які слід збирати, пропонуються в Таблиці А5. Щотижневі або щомісячні звіти до відповідних місцевих або регіональних органів охорони здоров'я слід подавати навіть якщо випадків інфікування не буде виявлено (нульова звітність, Таблиця А5). Щотижнева нульова звітність може створювати велике навантаження, і, по можливості, відповідні органи влади повинні переглянути цю вимогу.



Рисунок 1. Схема звітності



**Якщо регіональні/національні органи охорони здоров'я звернуться до УТД з проханням надсилати звіти у місцеві органи охорони здоров'я.*

Збір даних в установі слід організувати цілий рік, але змінювати вимоги в залежності від епідеміологічної ситуації. Про виявлення можливого випадку інфікування слід негайно повідомляти місцеві органи охорони здоров'я, а у випадку його підтвердження – щодня. Якщо в УТД спостерігаються помітно високі показники важких наслідків або смертності внаслідок захворювання, слід негайно надіслати до місцевого органу влади відповідне попередження. Звітність повинна відповідати тим же процедурам, що і у випадку інших спалахів. УТД, де відбувся спалах захворювання, повинні подавати звіти на місцевому, регіональному і національному рівні щодня або, як мінімум, щотижня.

Щоденну звітність слід подавати й після того, як в останнього зараженого пацієнта зникнуть симптоми, з тим щоб підтвердити припинення спалаху. Тривалість безперервного щоденного інформування слід узгоджувати з місцевими/національними органами влади. Період її подання може тривати до 28 днів після виявлення останнього випадку інфікування для підтвердження закінчення спалаху (відсутність нових випадків інфікування протягом терміну, який удвічі перевищує максимальний інкубаційний період). Слід вести регулярний лабораторний скринінг для моніторингу на предмет повторного зараження, як зазначено в Таблиці 2.

Слід і надалі подавати обов'язкову звітність про можливі та підтвержені випадки захворювання у відповідні органи охорони здоров'я. Дані з УТД повинні бути окремим,



додатковим джерелом інформації про ситуацію в установах на регіональному та національному рівнях. В якості найбільш ефективного варіанту пропонується електронна звітність через національні онлайн-платформи; електронне рішення також могло б вирішити проблему одночасного виконання вимог стосовно обов'язкової звітності про можливі/підтвержені випадки захворювання, щоб уникнути подвійного навантаження на персонал. Розробка електронної системи звітності має вирішальне значення, однак затримка з її впровадженням або відсутність такої системи не повинні бути перешкодою для початку моніторингу в УТД.

Пропоновані форми звітності (див. Таблицю А3, Таблицю А4, Таблицю А5, Таблицю А6) можна доповнювати додатковою інформацією, яка дозволяє зробити обґрунтовані припущення про ситуацію в УТД, або подавати оновлену інформацію про хід виконання рекомендацій щодо запобігання та регулювання COVID-19 в УТД. Основні змінні можна позначати у формі звітності як обов'язкові або необов'язкові, в залежності від конкретної регіональної чи національної ситуації.

Проекти форм звітності стосовно даних для цієї мети і простий окремий файл MS Excel (з пошуковими списками для стандартизації введення даних) представлені в додатку і доступні на веб-сторінці.

Дані, які слід збирати в установі

Кожна УТД повинна вести таблицю в оглядовому документі, що містить інформацію, перераховану нижче, про кожен день спалаху і стосовно кожного пацієнта (список рядків, зразок аркуша Excel наведено в Таблиці А3).

До інших питань, які необхідно розглянути, відносяться дані про пацієнтів, такі як номер кімнати, поверх тощо. Цей перелік, який містить дані про окремих пацієнтів, повинен залишатися в установі.

Призначена група УТД з питань звітності повинна також вести додатковий облік, з тим щоб місцеві органи охорони здоров'я могли ефективно проводити будь-які необхідні розслідування спалахів, аби оперативно визначати заходи з метою зведення до мінімуму ступеня тяжкості/походження цього спалаху:

- опис методів роботи персоналу і будь-яких відвідувачів, включаючи облік відвідуваних об'єктів, тривалість відвідування та відповідну діяльність;
- контактні дані будь-якого відвідувача;
- схема розташування УТД;
- виділення спеціальних одномісних палат/поверхів для інфікованих пацієнтів;
- режими екологічного очищення, включаючи утилізацію відходів;
- існуючі заходи ПІК;
- наявність/недостатня наявність/відсутність:
 - масок (і їх різновидів), халатів, рукавичок, захисних щитків та інших відповідних ЗІЗ.
 - відповідні режими прибирання навколишнього середовища, включаючи утилізацію відходів.

Мінімальний обсяг даних, які слід збирати: загальна кількість пацієнтів і співробітників за попередні сім днів, а також кількість можливих, імовірних і підтверджених випадків



інфікування серед них.

Дані про відсутність на роботі можуть бути корисними для оцінки, але повинні відповідати вимогам щодо захисту даних. Заохочується збір інформації про кількість днів відсутності співробітників через респіраторні симптоми, підтверджене захворювання на COVID-19 або самоізоляцію/перебування на карантині в домашніх умовах після контакту з пацієнтом, у якого підтверджено випадок інфікування COVID-19.

Дані, які повинні повідомляти УТД в (місцеві/регіональні/національні) органи охорони здоров'я

Кожна УТД повинна подавати наступні дані щодня або щотижня (чи щомісяця для не уражених територій) до місцевих органів влади, які потім будуть передаватися у національні органи влади. Збір даних, тестування і звітність повинні відповідати схемі, запропонованій у Таблиці 1, в залежності від епідеміологічної ситуації та національних вимог.

У першому звіті, де зазначено про перший можливий випадок інфікування, кожна УТД повинна вказати його тип (див. визначення вище) відповідно до Таблиці А4.

Після того, як буде виявлено, принаймні, один можливий випадок інфікування, кожна УТД повинна щодня або щотижня подавати дані місцевим органам охорони здоров'я в залежності від епідеміологічної ситуації та національних вимог, визначених у Таблиці А5. Після підтвердження випадку захворювання на COVID-19 серед пацієнтів або співробітників УТД відповідні звіти слід подавати щодня. Для країн, які не матимуть змоги вирізняти персонал і пацієнтів у своїх даних про результати епіднагляду, ми пропонуємо варіант, при якому загальна кількість пацієнтів/співробітників буде повідомлятися як по пацієнтах, так і по персоналу.

Дані, які повинні подавати місцеві/регіональні органи охорони здоров'я в національні органи охорони здоров'я

Кожен місцевий орган охорони здоров'я повинен щотижня подавати одну і ту ж інформацію (принаймні) в регіональні/національні органи влади (в залежності від структури системи охорони здоров'я і епіднагляду у відповідній країні).

Звітність для ЄЦПКЗ

Національним органам влади країн ЄС/ЄЕЗ рекомендується розглянути питання обміну вищевказаними даними на рівні УТД з ЄЦПКЗ на добровільних засадах, при цьому у кожному звіті будуть зазначатися анонімізовані ідентифікатори рівня УТД.

Ці дані дозволять ЄЦПКЗ надавати країнам оцінку географічного поширення COVID-19 в УТД, в тому числі з точки зору частки уражених установ, охоплюючи зміни з плином часу, із розбивкою по країнах. Аналіз багатонаціональних даних на рівні УТД, які включають в себе УТД без випадків інфікування, може дозволити виявити характеристики УТД, що уможливають профілактику та контроль за COVID, які не були виявлені в рамках окремих національних наборів даних. Дані на рівні УТД дозволять також провести стратифікацію таких показників, як частота



можливих/ймовірних випадків інфікування в УТД з підтвердженими та без підтверджених випадків інфікування. Змінною, яка вказує на географічне розташування УТД, переважно має бути NUTS2, або NUTS1, оскільки дані про поширеність захворювання у громадах, як правило, доступні на такому рівні деталізації.

Метадані TESSy міститимуть новий «тип запису» для цього набору даних УТД. Звітність про дані на основі УТД слід вносити у цей новий тип запису. Звітність про національні випадки інфікування або сукупну звітність про ймовірні та підтвержені випадки COVID-19 за типами записів «NCOV» і «NCOVAGGR» слід вести окремо (див. метадані TESSy). Див. документи, що відносяться до ЄЦПКЗ: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance>.

Дані на місцевому/регіональному та національному рівнях

Мінімум даних, які необхідно збирати для виконання завдань з епідагляду:

- заходи профілактики та контролю, які вживаються;
- загальна кількість і частка уражених УТД на регіональному та національному рівнях;
- зміни в географічному розподілі уражених УТД з плином часу;
- кількість і частка (можливих,) ймовірних і підтверджених випадків інфікування COVID-19 серед пацієнтів;
- кількість і частка (можливих,) ймовірних і підтверджених випадків інфікування COVID-19 серед персоналу;
- кількість і частка (можливих,) ймовірних і підтверджених смертельних випадків від COVID-19 серед пацієнтів;
- загальна кількість смертей в УТД, незалежно від причин;
- визначення характеристик УТД, що мають відношення до запобігання і контролю COVID.

Профілактика інфекцій і заходи інфекційного контролю

У всіх УТД слід вживати посилені заходів з профілактики інфекції та інфекційного контролю. Сюди відноситься відмежування можливо інфікованих пацієнтів з респіраторними симптомами, навіть без лабораторного підтвердження. Відповідні заходи ПІІК щодо COVID-19 у медичних установах зосереджені, здебільшого, на оперативному виявленні, контролі джерел, адміністративному контролі, заходах з охорони довкілля та заходах індивідуального захисту відповідно до директив державних або місцевих органів влади. ЄЦПКЗ опублікував рекомендації, які містять вимоги щодо гігієни і безпеки праці у медичних установах і УТД. У районах зі стійким контактним зараженням, усім співробітникам УТД під час догляду за всіма пацієнтами, на додаток до суворої гігієни рук, рекомендується одягати хірургічні маски або респіратори FFP2. Іншими заходами, які слід розглянути, є тимчасове закриття УТД для відвідувачів і систематичне тестування всіх співробітників УТД. Для ознайомлення з відповідною літературою, яка поширюється на УТД, див. наступні матеріали: Систематичний огляд причин передачі інфекції і заходів з боротьби зі спалахами захворювання в установах тривалого догляду: повернення до основ інфекційного контролю.



ЄЦПКЗ опублікував такі документи, які стосуються цієї галузі:

[Профілактика та контроль інфекцій і готовність до COVID-19 у медичних установах.](#)
[Рекомендації щодо дезінфекції приміщень медичних та немедичних установ, потенційно заражених SARS-CoV-2.](#)

Ознайомтеся також з керівництвом ВООЗ:

[Керівництво з профілактики інфекцій та інфекційного контролю в установах тривалого догляду у контексті COVID-19](#)

Здоров'я та безпека персоналу

Здоров'я та безпека персоналу, що працює в УТД, мають першочергове значення, причому не лише для їхнього власного захисту, а й для запобігання поширенню вірусу і поліпшення загального догляду. Для захисту здоров'я і безпеки працівників на робочому місці існує цілий пакет законодавства ЄС. Додаткові заходи, які необхідно вживати у випадку реєстрації випадків захворювання на COVID-19 в УТД, можуть створювати додатковий ризик для персоналу в плані вищого фізичного та розумового навантаження, більш тривалого робочого дня, а також збільшення адміністративного навантаження. Тому необхідно буде переглянути оцінку ризиків на робочому місці відповідно до законодавства в галузі охорони праці і техніки безпеки, а також адаптувати заходи з охорони праці та техніки безпеки за погодженням зі службами охорони праці і працівниками, беручи до уваги всі види ризику (зокрема додаткове фізичне навантаження під час носіння засобів індивідуального захисту). За наявності комітету з безпеки та гігієни праці, необхідно проконсультуватися з ним.

Слід переглянути належний штатний розклад УТД, щоб мати можливість виконувати завдання із догляду за пацієнтами, контролювати насиченість крові киснем і частоту дихання, а також вимірювати температуру пацієнтів, одночасно збираючи дані, про які слід повідомляти в органи охорони здоров'я. Кожна країна повинна знайти спосіб (наприклад, IT-рішення) звести до мінімуму навантаження на установи, досягнувши при цьому хорошого співвідношення витрат і користі.

Методичні рекомендації дорадчого характеру, розроблені на рівні ЄС, спрямовані на те, щоб допомогти роботодавцям і працівникам залишатися у безпеці та зберігати своє здоров'я у робочому середовищі, яке значно змінилося у зв'язку з пандемією COVID-19. У них даються рекомендації стосовно оцінки ризику і відповідних заходів, таких як мінімізація впливу, відновлення роботи, дії на випадок невиходу працівника на роботу та догляд за хворими працівниками. Вони також містять корисні посилання на національні рекомендації у конкретних галузях, включаючи служби охорони здоров'я та догляду. Більш детальну інформацію про безпеку та гігієну праці можна отримати тут:

Огляд: <https://osha.europa.eu/en/themes/covid-19-resources-workplace>

COVID-19: Рекомендації щодо робочого місця: https://oshwiki.eu/wiki/COVID-19:guidance_for_the_workplace

COVID-19: Повернення на робоче місце – адаптація робочих місць і захист працівників

<https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-back-workplace-adapting-workplaces-and-protecting-workers/view>



Інші міркування та обмеження

Пацієнтам і персоналу слід пропонувати сезонну вакцинацію проти грипу і пневмококів, а також інші звичайні вакцини відповідно до національних або регіональних рекомендацій. Протягом сезону грипу можна розглядати питання профілактики і лікування інгібіторами нейрамінідази від грипу відповідно до національних рекомендацій.

Управління відвідувачами об'єктів і видача масок для обличчя, вжиття заходів в рамках ПІІК тощо, можливо, створить істотне додаткове навантаження на персонал і вплине на час, наявний для виконання завдань з догляду. Етичні міркування, що стосуються тривалої ізоляції (і обмеження відвідувань) пацієнтів, слід балансувати з впливом інфекції на пацієнтів і персонал.

Додаткові запити стосовно подання звітності від УТД, які, можливо, вже недоукомплектовані кадрами у звичайних умовах, без урахування впливу пандемії, створять додатковий тягар, з яким важко буде впоратися без шкоди для базового догляду за пацієнтами. Крім того, навички, необхідні для подання звітності в електронному вигляді, можуть бути відсутніми у працівників деяких УТД, особливо якщо вони зазвичай подають звітність у паперовій формі. Ці обмеження необхідно враховувати під час впровадження моніторингу УТД.

Список використаних джерел:

1. Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, Lynch JB, Dellit TH, James A, et al. Detection of SARS-CoV-2 Among Residents and Staff Members of an Independent and Assisted Living Community for Older Adults - Seattle, Washington, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Apr 10;69(14):416-8.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK– ninth update Stockholm: ECDC; 2020 [updated 24 April 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>
3. Vaux S, Poujol I, Bonmarin I, Lévy-Bruhl D, Desenclos J-C. Surveillance of lower respiratory tract infections outbreaks in nursing homes in France. *European Journal of Epidemiology.* 2009 2009/03/01;24(3):149-55.
4. Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin C, Hsu AT, Fernandez-Plotka J-L. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. *International Long Term Care Policy Network* [21 April 2020]. Available from: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
5. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine.* 2020.
6. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *Journal of Aging & Social Policy.* 2020:1-6.
7. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *New England Journal of Medicine.* 2020.
8. Gandhi M, Yokoe DS, Havlir DV. Asymptomatic Transmission, the Achilles' Heel of Current Strategies to Control Covid-19. *New England Journal of Medicine.* 2020.
9. Sciensano. Coronavirus Covid-19, Overall Epidemiological Situation 2020 [18 May 2020]. Available from: <https://covid-19.sciensano.be/fr/covid-19-situation-epidemiologique>
10. Santé Publique France. Infection au nouveau Coronavirus (SARS-CoV-2), COVID-19, France et Monde 2020 [11 May 2020]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde#block-244210>.



11. Robert Koch Institut. Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19 2020 [18 May 2020]. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html
12. Health Protection Surveillance Centre. Epidemiology of COVID-19 in Ireland - daily reports, May 2020 [18 May 2020]. Available from: <https://www.hpsc.ie/a-z/respiratory/coronavirus/novelcoronavirus/casesinireland/epidemiologyofcovid-19inireland/>
13. FHI Folkehelseinstituttet. Koronavirus - temaside 2020 [11 May 2020]. Available from: <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/>
14. rtve.es. Coronavirus: Radiografía del coronavirus en residencias de ancianos: más de 17.200 fallecidos a falta de test generalizados 2020 [12 May 2020]. Available from: <https://www.rtve.es/noticias/20200505/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>
15. Lindkvist H, Dragic M. Fler än 1.700 personer smittade på äldreboenden i Region Stockholm. Dagens Nyheter. 2020.
16. Smittskydd Stockholm. Kartläggning av covid-19 på SÄBO i Stockholms län. 2020. p. <https://www.sll.se/globalassets/bilagor-till-nyheter/2020/05/kartlaggning-av-covid-19-pa-sabo-i-stockholms-lan.pdf>
17. Edwinsson L. Coronasmitta på över 500 av landets äldreboenden. Dagens Nyheter; 2020.
18. Nikel D. Sweden Health Agency Investigates High Coronavirus Death Toll In Elderly Care Homes. Forbes; 2020.
19. Socialstyrelsen. Statistik om smittade och avlidna med covid-19 bland äldre efter boendeform. 2020 Contract No.6.7-1552/2020.
20. Office for National Statistics. Comparison of weekly death occurrences in England and Wales: up to week ending 1 May 2020 2020 [18 May 2020]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/articles/comparisonofweeklydeathoccurrencesinenglandandwales/uptoweekending1may2020>
21. Office for National Statistics. Number of deaths in care homes notified to the Care Quality Commission, England 2020 [updated 12 May 2020]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/numberofdeathsincarehomesnotifiedtothecarequalitycommissionengland>
22. Scottish Government Riaghaltas na h-Alba gs. Coronavirus (COVID-19): daily data for Scotland 2020 [updated 17 May 2020]. Available from: <https://www.gov.scot/publications/coronavirus-covid-19-daily-data-for-scotland/>
23. National Records of Scotland. Deaths involving coronavirus (COVID-19) in Scotland 2020 [18 May 2020]. Available from: <https://www.nrscotland.gov.uk/covid19stats>
24. CDC COVID-19 Response Team. Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID- 19) - United States, February 12-March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Mar 27;69(12):343-6.
25. Kamp J, Wilde Mathews A. Coronavirus Deaths in U.S. Nursing, Long-Term Care Facilities Top 10,000. The Wallstreet Journal. 2020.
26. Bowden O. Long-term care homes with the most coronavirus deaths in Canada. GlobalNews. 2020.
27. KFF KAISER FAMILY FOUNDATION. State Data and Policy Actions to Address Coronavirus 2020 [18 May 2020]. Available from: <https://www.kff.org/health-costs/issue-brief/state-data-and-policy-actions-to-address-coronavirus/>
28. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG, et al. Epidemiology of Covid-19 in a Long-Term Care Facility in King County, Washington. N Engl J Med. 27 March 2020.
29. McMichael TM, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Lewis J, Baer A, et al. COVID-19 in a Long-Term Care Facility - King County, Washington, February 27-March 9, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Mar 27;69(12):339-42.
30. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS- CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington, March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Apr 3;69(13):377-81.
31. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections in long-term care facilities 2020 [24 April 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-long-term-care-facilities>
32. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities Stockholm: ECDC; 2014 [updated April– May 2013]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-2>
33. World Health Organization. International Guidelines for Certification and Classification (coding) of COVID-19 as Cause of Death 2020 [23 April 2020]. Available from: https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf?ua=1



ПРЯМУЄМО
РАЗОМ

ГРОМАДСЬКЕ
ЗДОРОВ'Я

ПРОЕКТ ФІНАНСУЄТЬСЯ ЄВРОПЕЙСЬКИМ СОЮЗОМ

34. Pan L, Mu M, Yang P, Sun Y, Wang R, Yan J, et al. Clinical Characteristics of COVID-19 Patients With Digestive Symptoms in Hubei, China: A Descriptive, Cross-Sectional, Multicenter Study. *Am J Gastroenterol*. 2020 Apr 14.
35. Yang X, Yu Y, Xu J, Shu H, Xia J, Liu H, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS- CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med*. 2020 Feb 24.

Додаток

Приклади систем моніторингу в європейських країнах

Бельгія

Бельгія започаткувала спеціальний епіднадгляд для моніторингу COVID-19 в інтернатах, включаючи будинки для хронічних хворих та інші установи тривалого догляду. Збір даних в будинках для хронічних хворих відрізняється в залежності від регіону, оскільки ці установи регулюються регіональною владою. Однак федеральний інститут охорони здоров'я «Sciensano» об'єднує, затверджує і аналізує дані, з тим щоб отримати детальну картину поширення захворювання на COVID-19 у бельгійських будинках для людей похилого віку (n = 1542). Щоденні і щотижневі бюлетені результатів епіднадгляду доступні голландською та французькою мовами (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie>).

Збір даних розпочався 18 березня у Фландрії, 20 березня в Валлонії і 26 березня 2020 року в Брюсселі та німецькомовному регіоні. Кількість установ, які беруть участь у спостереженні, поступово збільшується (станом на 5 травня 2020 року епіднадгляд здійснюється у більш ніж 80% будинках для хронічних хворих у Бельгії). У Фландрії і Валлонії будинки для хронічних хворих щодня повідомляють агреговані цифри з використанням власної системи спостереження в регіоні. Будинки для хронічних хворих у Брюсселі і в німецькомовному регіоні щодня заповнюють онлайн-анкету, створену інститутом Sciensano. Крім того, про всі спалахи, пов'язані з COVID-19, необхідно в обов'язковому порядку повідомляти регіональним органам влади.

Ведеться збір наступних даних:

- Загальна кількість і кількість нових (тобто з моменту останнього повідомлення) можливих або підтверджених випадків інфікування COVID-19 серед пацієнтів.
- Загальна кількість і кількість нових (тобто з моменту останнього повідомлення) можливих або підтверджених смертей від COVID-19 серед пацієнтів.
- Загальна кількість і кількість нових (тобто з моменту останнього повідомлення) можливих або підтверджених випадків COVID-19 серед співробітників будинків для хронічних хворих.

Підтверджений випадок зараження COVID-19 – це людина з лабораторним підтвердженням наявності в організмі вірусу, що викликає зараження COVID-19, незалежно від наявності клінічних ознак і симптомів. Можливий випадок зараження COVID-19 визначається як людина з ознаками/симптомами інфекції верхніх або нижніх дихальних шляхів, які є новими або набагато гіршими (за наявності хронічних респіраторних симптомів) АБО (b) будь-яка людина, лабораторні аналізи якої показали негативний результат, але у якої діагностовано COVID-19 на підставі передбачуваної клінічної картини і відповідних результатів КТ-знімку грудної клітини. **Це визначення може змінюватися.*

У співпраці з регіонами, інститут Sciensano прагне у найближчому майбутньому, тобто з 12 березня, відстежувати характеристики всіх померлих пацієнтів, а саме

дату народження, дату смерті, стать, причину смерті і її можливий, підтверджений чи відсутній зв'язок з COVID-19, метод діагностики (якщо вона проводилась) і місце смерті (сам будинок для хронічних хворих, лікарня або інше).

Наприкінці березня 2020 року у Бельгії була створена цільова група з тестування на COVID-19. Метою роботи цієї цільової групи є значне розширення ресурсів з тестування у Бельгії. На першому етапі в будинки для хронічних хворих надіслали тестові набори, щоб отримати чітку картину поширення вірусу серед їхніх пацієнтів та/або співробітників. Кінцева мета полягає в тому, щоб розширити тестування на інші галузі охорони здоров'я.

Франція

У Франції система епіднадзора за спалахами гострих респіраторних інфекцій в установах тривалого догляду (УТД) існує вже понад 10 років. Її головне завдання полягає в тому, щоб забезпечити раннє і оптимальне управління такими спалахами з боку регіональних закладів охорони здоров'я (РЗОЗ), але вона також використовується організацією «Охорона громадського здоров'я у Франції» на регіональному та національному рівнях задля оцінки впливу епідемії грипу на людей похилого віку в режимі реального часу. УТД (в основному для людей похилого віку) своєчасно повідомляють про будь-який спалах ГРВІ (мінімум 5 випадків ГРВІ протягом 4 днів).

Анкета складається з двох розділів: перший заповнюється тоді, коли повідомлення про епізод надсилається в РЗОЗ, а другий заповнюється тоді, коли епізод вважається таким, що припинився. З жовтня 2019 року УТД заповнюють обидві анкети на онлайн-платформі.

На основі даних, які збираються протягом усього сезону грипу, можна проаналізувати динаміку щотижневої кількості епізодів (в тому числі тих, у яких було виявлено грип), частоту нападів, кількість випадків смерті та охоплення пацієнтів і персоналу вакцинацією від грипу.

Цей епіднадгляд координується на регіональному рівні. Незважаючи на те, що він, ймовірно, далеко не всеосяжний, зі значними відмінностями між регіонами, він виявився вельми інформативним щодо тягаря грипу серед людей похилого віку, особливо в сезони зі значною циркуляцією вірусів А (H3N2).

В контексті COVID-19 ця система була адаптована для моніторингу епідемії в УТД:

- всі види УТД, в тому числі для молоді/дітей та інвалідів, повідомляють про принаймні один ймовірний чи підтверджений випадок інфікування COVID-19 відразу ж після його виявлення, використовуючи початкову електронну форму повідомлення на новій спеціалізованій національній онлайн-платформі;
- далі УТД щодня повідомляють про **загальну кількість випадків інфікування і смертей** серед пацієнтів, а також про кількість випадків серед персоналу в узагальненій формі. Форма з остаточною кількістю випадків інфікування і смертей заповнюється після закінчення епізоду;

- Місцеві органи охорони здоров'я щодня мають доступ до цієї інформації для здійснення заходів контролю. На національному та регіональному рівнях формуються щоденні та щотижневі звіти.

З протоколом і анкетами (французькою мовою) можна ознайомитися тут:

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/infection-au-nouveau-coronavirus-sars-cov-2-covid-19-france-et-monde>

Щотижневі звіти доступні тут: <https://www.santepubliquefrance.fr/>.

Німеччина

Згідно із законом Німеччини про захист від інфекцій, повідомлення про передбачувані і підтвержені випадки захворювання на COVID-19 та смертності, а також про спалахи захворювання подаються в обов'язковому порядку (через місцеві органи охорони здоров'я на регіональній і національній рівні). Інститут Роберта Коха рекомендував проведення щоденного місцевого синдромного епіднагляду (за пацієнтами і персоналом) в УТД. В рамках синдромного епіднагляду на базі установ слід реєструвати окремі аспекти моніторингу випадків інфікування, персоналу та відвідувачів, результатів аналізів і перебігу хвороби в окремих осіб. Також слід документально зафіксувати заходи, які вживають установи, і звітність, яка подається в органи охорони здоров'я.

Рекомендації доступні німецькою мовою:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.html

Велике сховище документів для збору даних від пацієнтів, співробітників і відвідувачів можна знайти тут:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Pflege/Dokumente.html.

Ірландія

В Ірландії всі спалахи інфекційних захворювань фіксуються у звітах. Національна система епіднагляду за всіма спалахами інфекційних захворювань існує тут вже понад 15 років. Інформація про COVID-19 підлягає обов'язковому включенню у звіти, і тому регіональні департаменти охорони громадського здоров'я повідомляють про всі спалахи COVID-19. Зараз такі спалахи фіксуються у національній системі звітності про інфекційні захворювання в Ірландії, яка становить собою національне онлайн-сховище лабораторних і клінічних/наглядових даних про інфекційні захворювання, що підлягають повідомленню. Ця система називається CIDR – Комп'ютеризована система повідомлення про інфекційні захворювання, яка містить дані про конкретні випадки інфікування, а також слугує засобом для повідомлення про спалахи захворювання та пов'язування усіх відповідних випадків інфікування з такими спалахами. Ця система містить дані про спалахи у всіх ситуаціях – в сім'ї, у відрядженнях, в лікарнях та в УТД. Оскільки про всі спалахи захворювання слід повідомляти, є дані як про підозрювані, так і про підтвержені спалахи COVID-19 в УТД, а також про спалахи будь-яких інших захворювань в УТД, про які було повідомлено.

Блок-схема проміжної оцінки, тестування і рекомендацій щодо дій в умовах спалахів COVID-19 для пацієнтів і персоналу будинків для хронічних хворих і УТД доступна [тут](#). Проміжні методичні рекомендації щодо охорони здоров'я і профілактики інфекцій в контексті профілактики та лікування випадків і спалахів COVID-19 в установах проживання з доглядом і аналогічних підрозділах можна знайти тут: <https://www.hpsc.ie/a-z/respiratorv/coronavirus/novelcoronavirus/guidance/outbreakmanagementguidance/Preliminary%20RCF%20guidance%20document.pdf>

Норвегія

Про всі спалахи захворювань в УТД в обов'язковому порядку надсилаються повідомлення в Національний інститут охорони здоров'я і в місцевий муніципальний орган охорони здоров'я. Спостерігається зниження звітності за цією системою, що також має місце під час поточної пандемії. Звітність подається через онлайн-систему баз даних.

Сполучене Королівство

Англія: COVID-19: рекомендації щодо побутової допомоги та догляду за хворими на дому

<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-residential-care-supported-living-and-home-care-guidance>

Служба охорони здоров'я в Англії: методичні рекомендації щодо управління спалахами грипоподібних захворювань в будинках по догляду за хворими: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/747543/Influenza-like_illness_in_care_home_2018_FINAL.pdf

Шотландія: COVID-19 – Інформація та керівництво для будинків престарілих <https://www.hps.scot.nhs.uk/web-resources-container/covid-19-information-and-guidance-for-care-home-settings/>

Коронавірус (COVID-19): клінічні рекомендації для пацієнтів будинків для людей похилого віку та інтернатів – оновлено 15 травня <https://www.gov.scot/publications/coronavirus-covid-19-clinical-and-practice-guidance-for-adult-care-homes/>

Північна Ірландія: COVID-19: рекомендації по будинках-інтернатах та будинках для хронічних хворих у Північній Ірландії: <https://www.health-ni.gov.uk/publications/covid-19-guidance-nursing-and-residential-care-homes-northern-ireland>

Методичні рекомендації Центру контролю і профілактики захворюваності США:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-responding.html>
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-testing.html>

Дані від HALT по установам тривалого догляду

Таблиця А1. Кількість установ тривалого перебування з розбивкою по типу установи і ліжок для тривалого перебування, по країнам (2010-2017 рр.)

Країна	Джерело даних	Кількість УТД Загальні будинки для хронічних хворих	Дома престарілих	«Змішані УТД»	Разом	Кількість ліжок в УТД
Австрія	HALT	NA	NA	817	817	72 602
Бельгія	HALT-3	1230	329	NA	1559	146 462
Болгарія	HALT	NA	NA	33	33	486
Хорватія	HALT-3	155	170	ND	325	37 249
Кіпр	HALT-3	ND	43	47	90	3436
Чеська Республіка	HALT-2	73	ND	ND	73	17 204
Данія*	HALT-3	*	*	827	827	42 668
Естонія	HALT-3	59	NA	NA	59	1849
Фінляндія	HALT-3	350	1 578	NA	1928	50 373
Франція	HALT-3	7428	2 316	NA	9744	687 936
Німеччина*	HALT-3	*	*	10 389	10 389	852 849
Греція	HALT-3	NA	NA	263	263	10 849
Угорщина	HALT-2	1067	110	ND	1177	57 929
Ісландія	Євростат (2015)	ND	ND	ND	43	2628
Ірландія*	HALT-3	*	NA	578	578	30 531
Італія	HALT-3	3219	NA	ND	3219	186 872
Латвія	HALT-2	NA	NA	82	82	5798
Ліхтенштейн	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Литва*	HALT-3	*	*	154	154	11 722
Люксембург	HALT-3	51	11	NA	62	6966
Мальта	HALT-3	NA	35	6	41	5035
Нідерланди	HALT-3	NA	NA	700	700	92 000
Норвегія*	HALT-3	*	*	907	907	39 583
Польща	HALT-3	257	116	NA	373	17 291
Португалія*	HALT-3	*	*	*	360	8400
Румунія	Євростат (2015)	ND	ND	ND	628	37 727
Словаччина	HALT-3	99	300	278	677	27 497
Словенія	HALT-2	NA	NA	90	90	20 777
Іспанія*	HALT-3	*	*	5387	5387	372 306
Швеція*	HALT-3	*	*	2300	2300	93 000
Сполучене Королівство	HALT-2/3	4953	13 510	1123	19 586	546 974
Сполучене Королівство- Англія	HALT-2	4684	12 789	ND	17 473	468 658
Сполучене Королівство- Північна Ірландія	HALT-3	NA	195	250	445	15 924
Сполучене Королівство - Шотландія*	HALT-3	*	*	873	873	37 746
Сполучене Королівство- Уельс	HALT-3	269	526	ND	795	24 646
ЄС/ЄЕЗ + СПОЛУЧЕНЕ КОРОЛІВСТВО	NA	26 674	16 940	16 159	62 471	3 486 999

Розшифрування:

УТД – установи тривалого догляду, визначення УТД і типів УТД наводиться в протоколах ЄЦПК для епідагляду за інфекціями, пов'язаними з охороною здоров'я, в УТД (URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/healthcare-associated-infections-long-term-care-facilities>);

* Країна не в змозі провести відмінність між типами УТД;

NA – не застосовується, тобто тип УТД в країні відсутній;

ND – дані відсутні;

NP – участь не береться; HALT/HALT-2/HALT-3 – Обстеження поширеності інфекцій, пов'язаних з охороною здоров'я, і використання протимікробних препаратів в європейських установах тривалого догляду за 2010/2013/2016-2017 роки (URL: <https://www.ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated-infections-long-term-care-facilities>)

Таблиця А2. Кількість установ тривалого догляду (УДМ) і чисельність населення, в розбивці по країнах

Країна	УТД			Популяція (2020 р.)**					Популяція пацієнтів ≥ 80 років на одне ліжко в УТД
	Кількість	Кількість ліжок	Середній розмір (ліжок)	≥ 65 років N	%	≥ 80 років N	%	Будь-якого віку N	
Австрія	817	72 602	89	1 668 559	18,8	442 517	5,0	8 858 775	6,1
Бельгія	1 559	146 462	94	2 165 459	18,9	646 969	5,6	11 455 519	4,4
Болгарія	33	486	15	1 493 119	21,3	338 610	4,8	7 000 039	696,7
Хорватія	325	37 249	115	838 599	20,6	217 633	5,3	4 076 246	5,8
Кіпр	90	3 436	38	141 112	16,1	32 013	3,7	875 899	9,3
Чеська Республіка	73	17 204	236	2 086 617	19,6	432 907	4,1	10 649 800	25,2
Данія	827	42 668	52	1 136 063	19,6	263 746	4,5	5 806 081	6,2
Естонія	59	1 849	31	261 848	19,8	74 717	5,6	1 324 820	40,4
Фінляндія	1 928	50 373	26	1 204 837	21,8	302 710	5,5	5 517 919	6,0
Франція	9 744	687 936	71	13 470 073	20,1	4 106 665	6,1	67 012 883	6,0
Німеччина	10 389	852 849	82	17 883 532	21,5	5 389 106	6,5	83 019 213	6,3
Греція	263	10 849	41	2 363 273	22,0	760 434	7,1	10 724 599	70,1
Угорщина	1 177	57 929	49	1 889 959	19,3	433 033	4,4	9 772 756	7,5
Ісландія	43	2 628	61	50 739	14,2	12 478	3,5	356 991	4,7
Ірландія	578	30 531	53	691 439	14,1	163 824	3,3	4 904 240	5,4
Італія	3 219	186 872	58	13 783 580	22,8	4 330 074	7,2	60 359 546	23,2
Латвія	82	5 798	71	388 979	20,3	107 513	5,6	1 919 968	18,5
Ліхтенштейн	ND	ND	ND	6 861	17,9	1 456	3,8	38 378	ND
Литва	154	11 722	76	552 373	19,8	161 539	5,8	2 794 184	13,8
Люксембург	62	6 966	112	88 328	14,4	24 282	4,0	613 894	3,5
Мальта	41	5 035	123	92 180	18,7	20 846	4,2	493 559	4,1
Нідерланди	700	92 000	131	3 314 004	19,2	798 820	4,6	17 282 163	8,7
Норвегія	907	39 583	44	918 841	17,2	225 999	4,2	5 328 212	5,7
Польща	373	17 291	46	6 706 044	17,7	1 660 376	4,4	37 972 812	96,0
Португалія	360	8 400	23	2 244 225	21,8	661 456	6,4	10 276 617	78,7
Румунія	628	37 727	60	3 596 357	18,5	906 398	4,7	19 414 458	24,0
Словаччина	677	27 497	41	874 319	16,0	179 513	3,3	5 450 421	6,5

Країна	УТД			Популяція (2020 р.)**					Популяція пацієнтів ≥ 80 років на одне ліжко в УТД
	Кількість	Кількість ліжок	Середній розмір (ліжок)	≥ 65 років N	%	≥ 80 років N	%	Будь-якого віку N	
Словенія	90	20 777	231	413 054	19,8	111 033	5,3	2 080 908	5,3
Іспанія	5 387	372 306	69	9 105 575	19,4	2 880 884	6,1	46 937 060	7,7
Швеція	2 300	93 000	40	2 035 711	19,9	522 133	5,1	10 230 185	5,6
Сполучене Королівство	19 586	546 974	28	12 272 378	18,4	3 319 956	5,0	66 647 112	6,1
Сполучене Королівство – Англія**	17 473	468 658	27	10 179 253	18,2	2 768 734	4,9	55 977 178	5,9
Сполучене Королівство – Ірландія**	445	15 924	36	651 993	20,8	170 459	5,4	3 138 631	10,7
Сполучене Королівство – Шотландія**	873	37 746	43	1 026 114	18,9	263 634	4,8	5 438 100	7,0
Сполучене Королівство – Уельс**	795	24 646	31	308 197	16,4	79 128	4,2	1 881 641	3,2
ЄС/ЄЕЗ + СПОЛУЧЕНЕ КОРОЛІВСТВО	62 471	3 486 999	56	103 738 037	20,0	29 529 640	5,7	519 195 257	8,5

Розшифрування:

УТД – установи тривалого догляду, тобто загальні будинки для хронічних хворих, інтернати і «змішані установи», визначення яких наводиться в протоколах ЄЦПК для епіднадзора за інфекціями, пов'язаними з охороною здоров'я, в УТД ([URL: https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/healthcare-associated-infections-long-term-care-facilities](https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-diseases-public-health/healthcare-associated-infections-long-term-care-facilities));

* Джерело даних: найостанніші дані, представлені країнами для Обстеження поширеності інфекцій, що передаються в медичних установах, і використання протимікробних препаратів в європейських установах тривалого догляду, організованого ЄЦПКЗ, тобто у 2016-2017, 2013 або 2010 році, за винятком Ісландії та Румунії, по яких є дані Євростату за 2015 рік (див. таблицю А1).

** всі дані про чисельність населення є даними Євростату за 2020 рік, за винятком чотирьох адміністрацій Сполученого Королівства, які представляють собою оцінки чисельності населення станом на середину 2018 року, отримані від Національного бюро статистики Сполученого Королівства.

(<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/datasets/populationestimatesforukenglandandwalesscotlandandnort hernireland>).

ND – дані відсутні.

Пропозиції щодо збору даних і форм звітності

Таблиця А3. Приклад списку рядків для збору даних про випадки інфікування в УД для внутрішнього використання в установах

довільний текст	Ім'я				Відомості про пацієнта			
	Дата народження	Стать	єрвинний/основний поставачальник медичних послуг	ервинний/основний поставачальник медичних послуг	Код кімнати	Місце розташування пацієнта	Симптоми	Симптоми
РРРР.ММ.ДД.	Дата народження	Стать	єрвинний/основний поставачальник медичних послуг	єрвинний/основний поставачальник медичних послуг	Код кімнати	Місце розташування пацієнта	Симптоми	Симптоми
М: чоловіки F: жінки U: невідомо								
довільний текст								
довільний текст								
довільний текст								
довільний текст								
Так/Ні/Не відомо								
РРРР.ММ.ДД.	Дата появи симптому							
У РРРР.ММ.ДД.	Дата взяття проб							
ТЕСТ НЕ ПРОВОДИВСЯ, POS, NEG, UNK	Лабораторний результат							
РРРР.ММ.ДД.	Дата лабораторний результат отримано							
Можливо, PROB; Можливо, CON; Підтверджено, UNK: Невідомо.	Статус випадку інфікування							
Так/Ні/Не відомо	Находження до лікарні							
РРРР.ММ.ДД.	Дата госпіталізації							
РРРР.ММ.ДД.	Дата видужання/ виписки/ смерті							
А: пацієнт живий, D: пацієнт помер	Результат							
Так/Ні/Не відомо	Ізоляція в одній кімнаті							
Так/Ні/Не відомо	Розподіл на групи							
Е: маски відсутні, А: маска доступна (тип не вказано), SMM: саморобні	Чи співробітники носять маски для обличчя							

Маски для обличчя вважаються найбільш важливим засобом, особливо в контексті контролю персоналу над джерелом інфекцій.

Таблиця А4. Початкові дані, які УТД повинні повідомляти місцевим і національним органам влади у своєму першому звіті (ці дані можуть оновлюватися щомісяця/щокварталу)

Категорія	Опис	Змінна	Формат даних
ДатаД Дата	Звітний період	Дата від	РРРР.ММ.ДД.
		Дата до	РРРР.ММ.ДД.
Дані про місцезнаходження		Адреса	(довільний текст, наприклад, адреса)
УТД	Характеристики	Ідентифікатор УТД	(Номер або довільний текст)
		Тип УТД (вказіть один раз)	<input type="checkbox"/> Інтернат <input type="checkbox"/> Будинок для хронічних хворих <input type="checkbox"/> Змішана установа <input type="checkbox"/> Центр паліативної допомоги <input type="checkbox"/> Реабілітаційний центр <input type="checkbox"/> УТД для фізично або розумово непрацездатних осіб <input type="checkbox"/> Психіатрична УТД <input type="checkbox"/> Інший тип УТД
		Організація УТД	<input type="checkbox"/> Державна <input type="checkbox"/> Приватна <input type="checkbox"/> Недержавна установа соціального забезпечення <input type="checkbox"/> Інший тип УТД
	Регіональний код	Наприклад, код NUTS 1/2	(текст)
Чисельність	Пацієнти	Загальна кількість спальних місць *	N
		Загальна кількість пацієнтів	N
	Співробітники	Загальна кількість співробітників	N
ЗІЗ**		Чи носять співробітники, які безпосередньо контактують з пацієнтами, маски для обличчя?	<input type="checkbox"/> ТАК для всіх пацієнтів <input type="checkbox"/> ТАК тільки для інфікованих COVID-19 <input type="checkbox"/> ТАК для всіх пацієнтів із симптомами <input type="checkbox"/> Маски для обличчя не використовуються <input type="checkbox"/> Невідомо
		Вкажіть тип маски для обличчя, яку використовують співробітники	<input type="checkbox"/> Маска відсутня <input type="checkbox"/> Маска доступна (тип не вказаний) <input type="checkbox"/> Саморобні маски <input type="checkbox"/> Хірургічна маска <input type="checkbox"/> Респіратори FFP2/3 <input type="checkbox"/> Комбінація перерахованого вище
		Чи відвідувачі пацієнтів носять маски для обличчя?	<input type="checkbox"/> ТАК, до всіх відвідувачів <input type="checkbox"/> ТІЛЬКИ до вибраних відвідувачів <input type="checkbox"/> Маски для обличчя не використовуються <input type="checkbox"/> Невідомо
		Вкажіть тип маски для обличчя, яку використовують відвідувачі	<input type="checkbox"/> Маска відсутня <input type="checkbox"/> Маска наявна (тип не вказано) <input type="checkbox"/> Саморобні маски <input type="checkbox"/> Хірургічна маска <input type="checkbox"/> Респіратори FFP2/3 <input type="checkbox"/> Комбінація перерахованого вище

N – кількість

* Загальна кількість ліжко-місць в УТД, як зайнятих, так і незайнятих. Ліжка, якими спільно користуються партнери, обліковуються як два ліжка. ** Маски для обличчя вважаються найбільш важливим засобом, особливо в контексті контролю персоналу над джерелом інфекцій; також можна додати інші ЗІЗ.

Таблиця А5. Дані, які слід збирати в кожній УТД щодня або щотижня*

Категорія	Опис	Змінна	Формат даних
Дата	Звітний період	Дата від	РРРР.ММ.ДД
		Дата до	РРРР.ММ.ДД
		Початкова дата збору узагальнених даних (за замовчуванням = 2020.03.01 р.).	РРРР.ММ.ДД
УТД	Характеристики	Ідентифікатор УТД	N
		Код розташування, наприклад, код NUTS1/2	(Текст)
Пацієнти	Чисельність (в день, коли вперше було повідомлено про спалах)	Всього пацієнтів	N
	Разом N випадків інфікування COVID-19**	Сукупні випадки з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
	Можливі і ймовірні випадки	Сукупні випадки з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
	Підтверджені випадки***	Сукупні симптоматичні випадки з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
		Сукупні безсимптомні випадки з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
	Смерть (всі причини)	Сукупна смертність в лікарнях з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
		Сумарна смертність в УТД з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
	Смерть серед можливих і ймовірних випадків інфікування	Сукупна смертність з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
	Смертність серед підтверджених випадків інфікування	Сукупна смертність з 1 березня 2020 року або обраної дати	N
Співробітники	Загальна кількість з 1 березня 2020 року або обраної дати	N симптоматичних підтверджених випадків інфікування	N
		N безсимптомних підтверджених випадків інфікування	N

Категорія	Опис	Змінна	Формат даних
		N смертей в Підтверджених випадках інфікування	N
Пацієнти + співробітники	Загальна кількість підтверджених випадків інфікування з 1 березня 2020 року або обраної дати	N з усіх підтверджених випадків інфікування	N
		N протестованих пацієнтів	N
Тести	За період, включений у цей звіт	N протестованих співробітників	N
		N усіх тестів [¥]	N
	Загальна кількість з 1 березня 2020 року або обраної дати	N усіх тестів [¥]	N

N – кількість; обрана дата: наприклад, занесення вірусу в країну.

Співробітники: визначення осіб як «співробітників» встановлюється на національному рівні і повинно охоплювати осіб, які працюють повний або неповний робочий день чи по змінах; в тому числі оплачуваних і неоплачуваних співробітників. Зокрема, існують наступні типи співробітників: медичний персонал, парамедичний персонал, група з організації дозвілля, персонал, який займається прибиранням, обслуговуванням або контролем якості, а також керівники та адміністративний персонал УТД, включаючи співробітників, який контактують тільки з іншими співробітниками.

* УТД знаходиться на ураженій території: звіти слід подавати щодня, якщо ≥ 1 підтверджений випадок, щодня (щотижня), якщо ≥ 1 можливий випадок; УТД знаходиться на не ураженій території: щотижня або щомісяця, якщо немає випадків або ≥ 1 можливий випадок.

**Загальна кількість усіх можливих, імовірних і підтверджених випадків COVID-19 відповідно до визначення випадку інфікування, сформульованого ЄЦПКЗ, або визначення, прийнятого на національному рівні.

*** За відсутності даних про те, чи є підтверджений випадок інфікування симптоматичним або безсимптомним, слід припускати, що всі підтвержені випадки інфікування є симптоматичними.

¥ - кількість тестів, а не кількість протестованих осіб.