



Усиление мер реагирования систем здравоохранения на COVID-19

Техническое руководство № 6

Профилактика и работа в условиях пандемии COVID-19 в учреждениях долговременного ухода в Европейском регионе ВОЗ (22 мая 2020 г.)

Содержание

Аннотация	3
Актуальность.....	3
Введение	5
Особые трудности, связанные с принятием решений в отношении систем долговременного ухода	6
Десять стратегических задач для профилактики и работы в условиях пандемии COVID-19 в системе долговременного ухода	8
Стратегическая задача 1. Приоритетное поддержание услуг долговременного ухода во время пандемии COVID-19 за счет эффективного механизма управления.....	9
Стратегическая задача 2. Мобилизация дополнительных средств для эффективного реагирования системы долговременного ухода на пандемию COVID-19	11
Стратегическая задача 3. Внедрение стандартов профилактики инфекций и инфекционного контроля в систему долговременного ухода для предотвращения заражения COVID-19 и безопасного взаимодействия с инфицированными.....	12
Стратегическая задача 4. Принятие мер безопасности с учетом обоюдной выгоды обеспечения безопасности людей, получающих и предоставляющих услуги долговременного ухода	14
Стратегическая задача 5. Первоочередное обеспечение тестирования, отслеживания и мониторинга распространения COVID-19 среди людей старшего возраста, получающих и предоставляющих услуги долговременного ухода.....	16
Стратегическая задача 6. Выявление и мобилизация средств для выполнения работы в условиях пиковой нагрузки в целях обеспечения персонала и ресурсов, необходимых для предоставления надлежащего долговременного ухода в период пандемии COVID-19	18
Стратегическая задача 7. Нарращивание поддержки лицам, обеспечивающим уход за родственниками, в период пандемии COVID-19.....	19
Стратегическая задача 8. Координация оказания услуг для обеспечения постоянного долговременного ухода на всех этапах в период пандемии COVID-19	21

Стратегическая задача 9. Предоставление доступа к достойной паллиативной помощи в период пандемии COVID-19	23
Стратегическая задача 10. Приоритетное внимание к благополучию людей, получающих и предоставляющих услуги долговременного ухода, на протяжении всего периода пандемии COVID-19 и после ее окончания	25
Определения	27
Основные документы ВОЗ.....	28
Библиография.....	31

Выражение признательности

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает благодарность и признательность Adelina Comas, Jose Luis Fernandez и Klara Lorenz, представляющих Международное стратегическое объединение систем долговременного ухода на базе Лондонской школы экономики за помощь в разработке и валидации этого руководства и сборе фактических данных для него. Благодарим также Natasha Curry и Nigel Edwards, представляющих Фонд Наффилда, за рецензирование материала.

Аннотация

Число случаев инфицирования COVID-19 и летальных исходов в медицинских учреждениях и учреждениях долговременного ухода вызвало беспокойство у лиц, принимающих решения, медицинских работников и местных сообществ. Однако, как показывает международный опыт, распространение COVID-19 в учреждениях долговременного ухода можно предотвратить, и некоторым странам удалось избежать большого количества смертей в таких местах. Предварительные фактические данные, собранные в ходе пандемии COVID-19, свидетельствуют о том, что возможно уменьшить воздействие вируса на системы долговременного ухода за счет принятия своевременных и всесторонних стратегических мер, основанных на понимании того, каким образом оказываются и получают такие услуги.

В настоящем техническом руководстве определено десять задач для лиц, принимающих решения, разработчиков политики и национальных или региональных органов здравоохранения, стремящихся обеспечить профилактику и работу в условиях пандемии COVID в учреждениях долговременного ухода.

Лица, принимающие решения по поводу систем долговременного ухода, часто структурно отделены от тех, кто управляет системами здравоохранения, однако на различных этапах пандемии им следует ставить перед собой определенные задачи в области сотрудничества и придавать им не меньший вес при подготовке официальных руководств, поддержании связей с общественностью и планировании мер реагирования. Такое сотрудничество может помочь не только расширить и гарантировать наличие услуг долговременного ухода в период пандемии COVID-19 для получателей таких услуг, но и способствовать уменьшению нагрузки на системы здравоохранения.

Услуги долговременного ухода оказываются людям всех возрастов, но чаще всего они бывают востребованы среди людей в возрасте старше 65 лет, которые получают их на дому, в центрах дневного пребывания или в специализированных учреждениях (домах престарелых и интернатах). Пожилые люди подвергаются повышенному риску тяжелого течения и неблагоприятного исхода COVID-19 ввиду их возраста и во многих случаях ввиду сопутствующих нарушений здоровья.

Актуальность

- Некоторые страны, в которых отмечается передача инфекции внутри местных сообществ, сообщают, что на учреждения долговременного ухода приходится 40–60% общего числа летальных исходов от подтвержденного заболевания COVID-19 (Comas-Herrera et al., 2020). Люди старшего возраста, пользующиеся услугами долговременного ухода, составляют значительную часть тех, кто больше всего пострадал от COVID-19. Инфекция передается пожилым от лиц, обеспечивающих уход (родственников и персонала). Если не решать эту проблему, контролировать распространение вируса будет затруднительно.
- Удовлетворение потребностей и обеспечение безопасности получателей услуг долговременного ухода и лиц, обеспечивающих уход, в рамках реагирования на COVID-19 – это тоже вопрос соблюдения прав человека и человеческого достоинства. В

противном случае две группы населения, которые и так рискуют оказаться изгоями (и пользователи, и поставщики услуг), становятся еще более уязвимыми. У этой проблемы есть также важные этнические и гендерные аспекты, учитывая, что среди лиц, обеспечивающих уход, преобладают женщины, а зачастую и трудовые мигранты (Christensen, Hussein & Ismail, 2016).

- Неспособность обеспечить профилактику и работу в условиях COVID-19 в системах долговременного ухода может дорого обойтись не только отдельным людям или даже группам людей по цепочке, но и всей системе здравоохранения ввиду роста числа людей, которых потребуется госпитализировать для дальнейшего лечения.
- Системы здравоохранения обязаны обеспечить уход за всеми людьми и предоставить безопасные качественные услуги самым уязвимым и слабым группам населения, нуждающимся в медицинской помощи, независимо от того, получают ли они паллиативную помощь (AGE Platform for Europe, 2020).

Введение

Люди старшего возраста (старше 65 лет) и люди с сопутствующими нарушениями здоровья, нуждающиеся в уходе и поддержке со стороны окружающих, оказались подвержены особенно высокому риску тяжелого течения COVID-19 (United Nations, 2020; ВОЗ, 2020d). При рассмотрении странами возможных мер защиты от заболевания и минимизации его распространения среди людей старше 65 лет, которые сильнее других пострадали от COVID-19, важно проанализировать потребности этой группы и причины ее особой восприимчивости к COVID-19. При этом необходимо понимать, что риск инфицирования определяется не биологическим возрастом. Одной из важных причин такой уязвимости, скорее, является тот факт, что многие пожилые люди получают услуги долговременного ухода – дома, в центрах дневного пребывания или в специализированных учреждениях – и зависят от них, а кроме того, часто страдают несколькими сопутствующими заболеваниями (ВОЗ, 2020d).

Так, соблюдение требований относительно физического дистанцирования особенно затруднено в ситуациях, когда люди находятся в специализированном учреждении или когда за ними ухаживают лица, которые не живут с ними постоянно, но приезжают и уезжают, а зачастую и работают в нескольких учреждениях. Поэтому неудивительно, что в некоторых странах половина всех случаев смерти от этого заболевания приходится на людей, проживающих в учреждениях долговременного ухода. В странах Европейского региона ВОЗ, в которых зафиксировано большое число подтвержденных случаев инфицирования COVID-19 с летальным исходом, на учреждения долговременного ухода приходится более 40% таких случаев (Comas-Herrera et al., 2020). Несколько меньше изучена статистика в отношении людей, получающих услуги долговременного ухода по месту жительства.

Число случаев инфицирования и смерти в интернатах и домах престарелых, а также нехватка оперативной и надежной информации вызвали беспокойство у лиц, принимающих решения, медицинских работников и местных сообществ. В то же время международный опыт свидетельствует о том, что в Республике Корея (Kim, 2020) и Специальном административном районе Гонконг, Китай (Wong et al., 2020), удалось избежать большого количества смертей в подобных учреждениях. Распространение COVID-19 в учреждениях долговременного ухода можно предотвратить, и, как показывает опыт этих стран, существует возможность сокращения воздействия вируса на системы долговременного ухода за счет принятия своевременных и всесторонних стратегических мер, основанных на понимании того, каким образом оказываются и получают такие услуги.

Однако долговременный уход не всегда ограничен рамками системы здравоохранения. На самом деле большинство таких услуг оказываются вне этой системы (ВОЗ, 2015). Судя по всему, этот вопрос структурного характера – кто, где и как несет ответственность за то, чтобы пожилые люди получали долговременный уход, – и создает трудности с выработкой скоординированных мер реагирования в целях предотвращения и смягчения воздействия COVID-19 в различных условиях, а также в целях обеспечения безопасности получения подобных услуг. Таким образом, прежде чем рассматривать возможности обеспечения безопасности оказания и получения услуг долговременного ухода во время пандемии COVID-19, важно изучить несколько ключевых проблем, с которыми сталкиваются учреждения долговременного ухода в Европейском регионе ВОЗ.

Особые трудности, связанные с принятием решений в отношении систем долговременного ухода

Некоторые проблемы в системе долговременного ухода, существовавшие еще до пандемии COVID-19, могут объяснять некоторые трудности, с которыми связано реагирование на распространение заболевания в этом секторе. Приведем ниже их краткий обзор, прежде чем представить десять стратегических задач, решение которых позволит более эффективно реагировать на COVID-19.

Управление системой долговременного ухода часто осуществляется на нескольких уровнях и несколькими структурами

Управление услугами долговременного ухода часто осуществляется отдельно от управления общей системой здравоохранения и считается второстепенным (WHO, 2019). В итоге системы долговременного ухода часто существуют автономно и исключаются из надзора за системой здравоохранения с точки зрения финансирования, сбора и обработки информации/данных, обучения и набора персонала (OECD, 2019d) или закупки ресурсов. Кроме того, страны часто перекладывают ответственность за обеспечение долговременного ухода по вертикали на национальные, региональные и местные структуры (Sprasova et al., 2018).

Услуги долговременного ухода оказывают самые разные организации – государственные и частные, коммерческие и некоммерческие

Помимо сложной структуры управления, для услуг долговременного ухода характерно большое разнообразие поставщиков – государственных и частных, коммерческих и некоммерческих (King & Zigante, 2020). Большинство из них работает вне системы здравоохранения. Такое многообразие различных участников, задействованных в предоставлении поддержки людям, зачастую имеющим непростые потребности в долговременном уходе, затрудняет надзор за качеством оказываемых услуг (WHO, 2019). В большинстве стран результатами становятся отсутствие чувства ответственности, размытая структура подчинения, проблемы с координацией и недоразвитые информационные системы (WHO, 2019).

Объем государственного финансирования, выделяемого на долговременный уход, варьируется в разных странах

Сложность структуры управления сказывается и на финансировании. Некоторые наиболее «зрелые» государственные системы долговременного ухода получают от 1,1% ВВП (в Австрии) до 3,7% ВВП (в Нидерландах), тогда как в «развивающихся» системах, например в Венгрии или Эстонии, на это направление выделяется лишь 0,2% ВВП (OECD, 2019c). Государственные учреждения долговременного ухода обычно финансируются за счет налоговой выручки или системы социального страхования – в каждом из этих вариантов есть свои плюсы и минусы (Rodrigues, 2015). Во многих странах государственные системы социального обеспечения выделяют больше средств на обеспечение долговременного ухода в специализированных учреждениях, чем на предоставление тех же услуг по месту жительства.

Системы социального обеспечения долговременного ухода обычно предполагают проверку потребностей и имущественного положения и часто требуют покрытия части оплаты

Кроме того, поддержка долговременного ухода за счет государства – как в денежном выражении, так и в виде услуг – часто предполагает проверку потребностей и имущественного положения (Coste & Ces, 2019). Люди, имеющие более высокие потребности, часто получают больше помощи, но в некоторых странах установлен предел суммы, которая может покрываться за счет бюджетных средств. В некоторых государствах наиболее уязвимые граждане застрахованы от дополнительных расходов, но в самых разных странах большинство людей, получающих долговременный уход, вынуждены доплачивать значительные суммы из своих средств (Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020).

Уход обеспечивают преимущественно женщины, которые работают в относительно плохих условиях и получают низкую оплату за свой труд

Персонал, который поддерживает людей, нуждающихся в долговременном уходе, состоит преимущественно из женщин (на 90%). Дефицит сотрудников, обеспечивающих уход, в различных странах усугубляется низкой оплатой и относительно плохими условиями труда, а также представлением о том, будто эта работа относится к «низкоквалифицированным» (OECD, 2019e). В некоторых европейских странах, таких как Австрия, Франция и Италия, значительная часть персонала в сфере долговременного ухода приходится на трудовых мигрантов (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012).

Часто уход обеспечивают родственники, при этом структуры их поддержки ограничены

Значительную часть работы в сфере долговременного ухода выполняют родственники – как непосредственно, так и в виде координации и дополнения официальных услуг. Основная доля этой занятости приходится на женщин (61%). Число мужчин, обеспечивающих уход на дому, увеличивается с возрастом. В преклонном возрасте и мужчины, и женщины с равной вероятностью могут взять на себя определенную заботу о супруге (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012). В уходе участвуют и более молодые люди – дети, подростки, молодежь, которые поддерживают родственников, нуждающихся в долговременном уходе. Каждая из этих групп сталкивается со своими собственными проблемами, но в целом при высокой занятости в сфере ухода у людей трудоспособного возраста, как правило, остается меньше возможностей для трудоустройства, следствием чего становится более низкий уровень дохода и более высокий уровень бедности (OECD, 2019a). Кроме того, среди родственников, обеспечивающих уход, больше распространены проблемы с психическим здоровьем (OECD, 2019a). Некоторые страны признают вклад родственников в обеспечение ухода и предлагают различные формы поддержки, такие как оплачиваемый отпуск по уходу за членом семьи, гибкий рабочий график, замещающие работники для предоставления отдыха лицу, обеспечивающему уход, психологическая помощь и денежные пособия для поддержания материального положения (OECD, 2019a). Однако структуры поддержки лиц, обеспечивающих уход за родственниками, такие как предоставление обучения, отпуска или замещающих работников на период отдыха, носят ограниченный характер, и обычно родственники, занятые в сфере ухода, не получают никакой компенсации. При этом правительство пытается достичь баланса между поддержкой родственников, обеспечивающих уход, и мотивированием к участию в этой деятельности трудовых ресурсов (Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020).

Долговременный уход часто требует постоянных, сложных и персонализированных структур поддержки

Большинству людей, нуждающихся в долговременном уходе, постоянно требуется помощь с самообслуживанием (например, купание, одевание, кормление, посещение туалета) и/или с совершением бытовых действий (таких как поход за покупками, работа по дому, приготовление пищи, поездки в транспорте). Во многих странах большинство людей, проживающих в домах престарелых, страдают деменцией (WHO, 2017b; Wang, 2020). Оказание помощи с самообслуживанием предполагает особенно тесный физический и эмоциональный контакт, и людям, получающим такой уход и зависимым от поддержки, очень важно обеспечивать его на постоянной основе (ВОЗ, 2015). Некоторые люди, нуждающиеся в долговременном уходе, такие как люди, страдающие деменцией, сталкиваются с изменениями физического состояния и когнитивных способностей. Резкие перемены в повседневном режиме могут сделать их более уязвимыми (Alzheimer Europe, 2020).

Десять стратегических задач для профилактики и работы в условиях пандемии COVID-19 в системе долговременного ухода

Вниманию лиц, принимающих решения, разработчиков политики и национальных или региональных органов здравоохранения, стремящихся обеспечить профилактику и работу в условиях пандемии COVID в учреждениях долговременного ухода, предлагаются следующие десять стратегических задач. Эти меры направлены на развитие сотрудничества и координации действий системы здравоохранения и системы долговременного ухода и отражают признание их взаимозависимости.

Каждая стратегическая задача сопровождается фактическими данными и набором ключевых мер, которые могут помочь решить эту задачу. Кроме того, каждая из них проиллюстрирована примерами из опыта стран Европы. Если не указано иначе, примеры взяты из докладов экспертов международного уровня, представленных в [Международное стратегическое объединение систем долговременного ухода](#) на базе Лондонской школы экономики и политических наук¹.

Настоящее техническое руководство призвано поддержать и дополнить действующие рекомендации ВОЗ по профилактике инфицирования COVID-19, быстрому выявлению и лечению заболевших COVID-19, обеспечению непрерывного оказания основных медицинских услуг, созданию возможностей для работы в условиях пиковой нагрузки и защите уязвимых групп населения (см. раздел «Основные документы ВОЗ»).

Десять стратегических задач для профилактики и работы в условиях пандемии COVID-19 в системе долговременного ухода

1. Приоритетное поддержание услуг долговременного ухода во время пандемии COVID-19 за счет эффективного механизма управления
2. Мобилизация дополнительных средств для эффективного реагирования системы долговременного ухода на пандемию COVID-19

¹ LTC responses to COVID-19. International Long-term Care Policy Network: <https://ltccovid.org/>.

3. Внедрение стандартов профилактики инфекций и инфекционного контроля в систему длительного ухода для предотвращения заражения COVID-19 и безопасного взаимодействия с инфицированными
4. Принятие мер безопасности с учетом обоюдной выгоды обеспечения безопасности людей, получающих и предоставляющих услуги длительного ухода
5. Первоочередное обеспечение тестирования, отслеживания и мониторинга распространения COVID-19 среди людей старшего возраста, получающих и предоставляющих услуги длительного ухода
6. Выявление и мобилизация средств для выполнения работы в условиях пиковой нагрузки в целях обеспечения персонала и ресурсов, необходимых для предоставления надлежащего длительного ухода в период пандемии COVID-19
7. Нарастивание поддержки лицам, обеспечивающим уход за родственниками, в период пандемии COVID-19
8. Координация оказания услуг для обеспечения постоянного длительного ухода на всех этапах в период пандемии COVID 19
9. Предоставление доступа к достойной паллиативной помощи в период пандемии COVID-19
10. Приоритетное внимание к благополучию людей, получающих и предоставляющих услуги длительного ухода, на протяжении всего периода пандемии COVID-19 и после ее окончания

Стратегическая задача 1. Приоритетное поддержание услуг длительного ухода во время пандемии COVID-19 за счет эффективного механизма управления.

Продолжающаяся пандемия COVID-19 проявила необходимость более четкого координирования мониторинга, информации, рекомендаций, персонала и других ресурсов (финансов и оборудования) для обеспечения качества услуг и безопасности их получателей, поставщиков, а также членов семей и сообществ, связанных с такими получателями и поставщиками.

Ввиду сложности структуры управления системами длительного ухода, а зачастую и ее оторванности от других структур необходимо незамедлительно принять меры, чтобы обеспечить оказание и мониторинг услуг длительного ухода для этой уязвимой группы населения с учетом ее потребностей в стабильности и безопасной координации всех видов помощи. Чрезвычайно важную роль может сыграть включение информации о числе случаев заражения и смерти (с подтвержденным и вероятным диагнозом), происходящих в учреждениях длительного ухода, в национальную статистику эпиднадзора; такие данные должны предоставляться международным и национальным мониторинговым сетям и платформам. Кроме того, для поддержания объема услуг на прежнем уровне с одновременным обеспечением длительного ухода за людьми, которые в противном случае находились бы в больнице в течение более длительного времени, потребуются не просто сохранить имеющиеся ресурсы в системе длительного ухода, но и нарастить их.

Поскольку состав услуг, входящих в систему длительного ухода, сильно варьируется в зависимости от страны, национальные планы профилактики и работы в условиях COVID-19 в системах длительного ухода должны составляться на индивидуальной основе, с учетом того, какие услуги предоставляются пожилым людям в рамках системы, а какие нет. Государствам-членам необходимо рассмотреть возможность применения наиболее актуальных инструкций и оперативного снабжения как специализированных учреждений, так и лиц, обеспечивающих уход

на дому, медицинским оборудованием, лекарственными препаратами и средствами индивидуальной защиты (СИЗ) (ВОЗ, 2020a). Тем не менее любые инструкции должны адаптироваться к конкретной системе долгосрочного ухода с участием экспертов в данной области. Эти эксперты, в свою очередь, должны иметь связь с мерами реагирования на COVID-19 и конкретными государственными механизмами, чтобы при необходимости действовать, реагировать и предоставлять отчеты в рамках общих усилий по борьбе с пандемией.

Ключевые меры

Рассмотрите возможность создания системы управления, в рамках которой будут выполнены следующие действия:

- назначение координатора, обеспечивающего оказание услуг пожилым людям и людям, нуждающимся в уходе, с особым вниманием к поставщикам услуг долгосрочного ухода в общей структуре/организации управления реагированием на COVID-19;
- оценка и мониторинг непрерывного оказания услуг долгосрочного ухода в период COVID-19 для выявления пробелов и потенциальной необходимости пересмотреть механизм оказания услуг;
- внедрение сигналов/пороговых значений, при достижении которых начинается поэтапное перераспределение ресурсов для оказания обычных комплексных медицинских услуг в сторону долгосрочного ухода;
- создание системы эпиднадзора для сбора информации о числе случаев заражения и смерти (с вероятным и подтвержденным диагнозом) в учреждениях долгосрочного ухода, и обеспечение ее интеграции с существующими системами эпиднадзора;
- создание механизма регулярного и частого получения и передачи информации поставщикам услуг долгосрочного ухода, органам общественного здравоохранения и населению;
- создание механизма планирования, определения приоритетности и поддержки реализации мер защиты персонала и лиц, получающих услуги долгосрочного ухода, от инфицирования или распространения COVID-19;
- создание группы специалистов для разработки, корректировки и актуализации руководств и протоколов оказания услуг долгосрочного ухода в период COVID-19 на основе самых надежных из имеющихся данных и посредством изучения различных руководств ВОЗ;
- установление связей между структурами закупок медицинских и социальных услуг для обеспечения бесперебойных согласованных поставок в период COVID-19.

Примеры из опыта стран

В **Ирландии** создана национальная группа реагирования на чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, которая осуществляет надзор, управление и поддержку в рамках национальных мер реагирования. Учреждения долгосрочного ухода обязаны сообщать о вспышках COVID-19 Управлению информации о здоровье и обеспечения качества медицинских услуг (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). Аналогично в **Германии** о подозреваемых и подтвержденных случаях инфицирования следует уведомлять местные органы здравоохранения. Помощь в сдерживании вспышки заболевания в домах престарелых обеспечивают специалисты из Института Роберта Коха. В федеральной земле Баварии в случае выявления инфекции в интернате мобилизуется рабочая группа инфекционистов. Если лица, обеспечивающие уход на дому, больше не могут оказывать такие услуги, они связываются со страховой службой и совместно с органами здравоохранения и властями ищут альтернативные способы обеспечить уход (Lorenz-Dant,

2020b). В **Австрии** в период пандемии COVID-19 региональные органы власти (правительства федеральных земель) информируют централизованную группу реагирования о возможностях больниц в данном регионе (Schmidt et al., 2020).

Стратегическая задача 2. Мобилизация дополнительных средств для эффективного реагирования системы долговременного ухода на пандемию COVID-19

Во время пандемии COVID-19 потребуются дополнительное стабильное финансирование для предоставления дополнительного кратковременного и долговременного ухода и обеспечения безопасности людей, получающих долговременный уход, и персонала (ВОЗ, 2020d). Объем необходимого дополнительного финансирования зависит от того, насколько хорошо обеспечены финансами существующие системы.

Хотя правительства большинства государств-членов в Европейском регионе ВОЗ выделяют государственное финансирование на оказание услуг долговременного ухода, зачастую силами частных организаций, в некоторых странах на эти средства обычно можно обеспечить лишь самый базовый уход далеко не на том уровне, как требуется людям (Spasova et al., 2018; OECD/European Union, 2013). В связи с этим широко распространена практика доплат со стороны пациентов и их родственников; например, сверхурочная занятость, отдельные палаты, постельные принадлежности и белье, средства гигиены и медицинское оборудование оплачиваются отдельно. Если средств на это нет, качество услуг может быть ниже, и это усугубляет неравенство и нестабильное качество предоставляемого людям ухода (Hashiguchi & Llena-Nozal, 2020; Muir, 2017).

Учитывая повышенные потребности в оборудовании и персонале и либо сокращение, либо увеличение числа пациентов в интернатах во время COVID-19, необходимо обеспечить стабильность субсидий и их справедливое распределение таким образом, чтобы гарантировать предоставление услуг на обычном уровне с соблюдением стандартов профилактики инфекций и инфекционного контроля (ПИИК) и мер контроля COVID-19.

Помимо выделения финансирования на оплату оборудования, позволяющего обеспечить безопасность оказания услуг долговременного ухода, необходимо будет скорректировать размер вознаграждения персонала. Учитывая низкий уровень оплаты по сравнению с другими работниками здравоохранения и плохие условия труда, сотрудники, обеспечивающие долгосрочный уход, часто совмещают работу в нескольких учреждениях и уход за несколькими людьми, чтобы обеспечить себе необходимый уровень дохода; кроме того, сотрудники, обеспечивающие уход, часто работают как вольнонаемные сотрудники, без гарантии занятости. Это может повлечь за собой повышенный риск заражения COVID-19. Таким образом, совершенно необходимо обеспечить работникам достаточное вознаграждение, чтобы минимизировать их перемещения и сохранить им стабильный доход в случае необходимости их самоизоляции.

Ключевые меры

- Рассмотрите возможность повышения вознаграждения работников, обеспечивающих долговременный уход, чтобы более справедливо оценить их труд и минимизировать их перемещение между учреждениями и людьми, получающими уход.
- Рассмотрите возможность оплаты больничных персоналу, обеспечивающему уход.

- Рассмотрите возможность выделения дополнительного целевого финансирования для обеспечения долговременного ухода, чтобы покрыть расходы на привлечение дополнительных работников, компенсировать сокращение числа пациентов и оплатить внедрение мер ПИИК (СИЗ, моющих средств и т. д.).

Примеры из опыта стран

В **Ирландии** выделено финансирование в размере 2,5 млн евро для общественных и добровольческих организаций, оказывающих основные услуги, такие как доставка еды. Кроме того, частные и добровольческие дома престарелых могут получить непосредственную временную финансовую помощь для реагирования в случае вспышки COVID-19 (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). В **Австрии** выделено 100 млн евро на поддержку сферы долговременного ухода. Часть этих средств направлена на увеличение числа койко-мест для людей, которые не могут получить надлежащий уход на дому, и на единовременные выплаты в размере 500 евро трудовым мигрантам, остающимся в стране и продолжающим работать в этой сфере (Schmidt et al., 2020). В **Словении** пенсионеры с низким уровнем дохода могут подать заявление на получение единовременной выплаты (Oven, 2020). В **Нидерландах** региональные управления долговременного ухода могут оказать финансовую поддержку поставщикам таких услуг, столкнувшимся с дополнительными затратами в связи с COVID-19 (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020). В **Германии** действует аналогичная система: учреждения, понесшие дополнительные расходы или убытки в связи с COVID-19, могут получить компенсацию от страховой службы. Кроме того, там будет повышен минимальный размер оплаты труда лиц, обеспечивающих уход. Федеральные земли Бавария и Шлезвиг-Гольштейн объявили о выплате единовременной премии работникам, обеспечивающим уход. В Баварии также предусмотрено финансирование на организацию питания персонала в учреждениях долговременного ухода (Lorenz-Dant, 2020). Входящие в состав Соединенного Королевства **Шотландия** и **Уэльс** повысили уровень оплаты труда и выплатили специальные единовременные премии для мотивации персонала (Government of Scotland, 2020b; BBC, 2020a).

Стратегическая задача 3. Внедрение стандартов профилактики инфекций и инфекционного контроля в систему долговременного ухода для предотвращения заражения COVID-19 и безопасного взаимодействия с инфицированными

Во всем регионе наблюдаются особые трудности со снабжением учреждений долговременного ухода средствами индивидуальной защиты. Многие поставщики услуг долговременного ухода (например, дома престарелых) раньше не нуждались в большом количестве СИЗ, и система их закупки не была налажена. Поэтому неудивительно, что в регионе было много примеров того, как учреждения долговременного ухода не попадали в перечень организаций, которые снабжались СИЗ на ранних этапах пандемии, несмотря на острую потребность в СИЗ в сфере, предполагающей очень близкий физический контакт и, следовательно, более высокий риск распространения инфекции, что еще усугубилось обычной для лиц, обеспечивающих уход, практикой работы в нескольких местах (International Long-Term Care Policy Network, 2020). Таким образом, в этой сфере необходима дополнительная помощь с наладкой соответствующих цепочек поставки.

Использование СИЗ – самое очевидное средство контроля для предотвращения распространения инфекции, однако это лишь одна из целого ряда мер ПИИК, и она не должна становиться единственным методом профилактики. Также важно умение персонала распознавать симптомы и

правильно обращаться с пациентами, зараженными COVID-19. Для проведения обучения мерам ПИИК потребуются время и дополнительные ресурсы (ВОЗ, 2020f). Государства-члены могут скорректировать имеющиеся руководства ВОЗ и регулярно должны оценивать практику их применения (ВОЗ, 2020d). В отсутствие эффективных административных и технических средств контроля СИЗ приносят лишь ограниченную пользу, как указано в рекомендациях ВОЗ по поводу профилактики инфекций и инфекционного контроля острых респираторных инфекций, способных вызвать эпидемию или пандемию, в сфере здравоохранения (WHO, 2014).

Ниже кратко перечисляются соответствующие средства контроля в сфере ПИИК.

- **Административные средства** предполагают обеспечение ресурсов для принятия мер ПИИК, таких как создание надлежащей инфраструктуры, разработка четкой политики ПИИК, облегчение доступа к лабораторным исследованиям, внедрение надлежащих процедур медицинской сортировки и размещения пациентов, в том числе отдельных зон ожидания/кабинетов для пациентов с симптомами респираторных заболеваний, поддержание разумного соотношения количества сотрудников и пациентов и обучение персонала. В случае COVID-19 по возможности также следует организовать отдельные пути прохода, чтобы минимизировать вероятность пересечения пациентов с подозреваемой или подтвержденной инфекцией COVID-19 и остальных пациентов (например, посредством выделения медицинских учреждений, палат, зон ожидания и сортировки). В учреждениях долговременного ухода потребуются некоторые коррективы ввиду отсутствия зон сортировки, однако там также необходимо четко разграничить зоны по степени риска (Fewster, 2020).
- **Внешние и технические средства** направлены на сокращение распространения патогенов и загрязнения поверхностей и предметов. В их число входит обеспечение достаточного пространства для поддержания социальной дистанции не менее одного метра между пациентами и медицинскими работниками, выделение хорошо проветриваемых изоляторов для пациентов с подозреваемой или подтвержденной инфекцией COVID-19, а также соответствующая уборка и дезинфекция помещений (ВОЗ, 2020d).
- **Обучение и памятки для принятия решений** также могут стать эффективным способом оказания поддержки персоналу в любое время дня, особенно в случае работы поодиночке, как часто бывает при оказании услуг на дому, в целях соблюдения рекомендаций и совершенствования практики. Также потребуется регулярно и часто общаться с семьями и сотрудниками, чтобы они почувствовали себя более защищенными и информированными.

Ключевые меры

- Обеспечьте всем участвующим в непосредственном оказании помощи в специализированных учреждениях или на дому (работникам и членам семьи, осуществляющим уход) доступ к обучению мерам ПИИК, в том числе рациональному использованию СИЗ, правилам гигиены рук, уборки и дезинфекции помещений и т. д. Это необходимо всем, независимо от степени их участия в осуществлении ухода, но особенно тем, кто непосредственно контактирует с людьми старшего возраста, имеющими сопутствующие нарушения здоровья.
- Обеспечьте наличие необходимых протоколов и руководств в сфере ПИИК, расположенных на видном месте и выполненных в формате, облегчающем их понимание всеми сотрудниками и посетителями учреждений.

- Назначьте в учреждениях долговременного ухода координаторов ПИИК, ответственных за принятие и координацию мер в области ПИИК и в идеале имеющих в своем подчинении отделы ПИИК, которым могут делегироваться обязанности, и располагающих возможностью консультироваться с междисциплинарным комитетом.
- Нарращивайте обучение и подготовку памяток для медицинских и социальных работников, оказывающих услуги на дому или в специализированных учреждениях, в том числе для членов семей, осуществляющих уход, в целях эффективной работы в условиях COVID-19.
- Обеспечьте круглосуточную поддержку персонала по телефону, интернету или очно, чтобы работники, обеспечивающие уход за пожилыми людьми во время пандемии COVID-19, могли задать вопросы и поделиться тем, что их беспокоит.
- Обучите всех работников и членов семей, осуществляющих уход, раннему выявлению, изоляции, лечению и контролю источников инфекции (профилактике дальнейшего распространения вируса от инфицированного человека).
- Создайте четкие цепочки коммуникации для обеспечения регулярного и частого контакта с персоналом, занятым в сфере долговременного ухода.

Примеры из опыта стран

Федеральное министерство социальных дел, здравоохранения и защиты прав потребителей **Австрии** выпустило рекомендации, касающиеся мер профилактики и защиты работников, обеспечивающих уход в различных условиях, а также руководства по использованию масок медицинскими и социальными работниками. Ответственность за разработку руководств для учреждений долговременного ухода, их внедрение и надзор за их соблюдением возложена на вновь созданные рабочие группы (Schmidt et al., 2020). В **Италии** Министерство здравоохранения разработало руководство для домов престарелых, обязывающее поставщиков услуг организовать обучение работников, осуществляющих уход (Berloto et al., 2020). В **Нидерландах** государство взяло на себя централизованные функции закупки средств защиты. Их распределение осуществляется в зависимости от степени риска, то есть СИЗ будут предоставлены только работникам учреждений долговременного ухода, подвергающимся риску инфицирования (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020). В **Германии** в закупках СИЗ участвуют Федеральное министерство здравоохранения, а также некоторые федеральные земли (Lorenz-Dant, 2020b). В **Ирландии** было рекомендовано провести оценку риска для обеспечения в учреждениях надлежащих запасов, в том числе запасов СИЗ (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). В **Словении** во всех учреждениях, обеспечивающих уход, были подготовлены планы работы в условиях пандемии (Oven, 2020).

Стратегическая задача 4. Принятие мер безопасности с учетом обоюдной выгоды обеспечения безопасности людей, получающих и предоставляющих услуги долговременного ухода

Безопасность получателей услуг ухода неразрывно связана с безопасностью персонала. Помимо вопросов ПИИК, рассмотренных в рамках задачи 3, страны применяли разные подходы из-за трудностей, с которыми столкнулись некоторые из них в связи с дефицитом возможностей тестирования. Люди, проживающие в интернатах, особенно уязвимы, – там в замкнутом пространстве (часто в одной комнате или с общими зонами) находится много людей из группы риска, поскольку интернаты не предназначены для изоляции пациентов (WHO, 2017a). В случаях, когда в учреждении невозможно эффективно организовать ПИИК, его необходимо реорганизовать, иначе зонировать или рассмотреть альтернативные решения; если же это

невозможно, после окончания острой фазы эпидемии COVID-19 необходимо пересмотреть национальные рекомендации, включая меры физического дистанцирования.

В большинстве стран были приняты меры, ограничивающие посещение лиц, находящихся в интернатах, предполагающие обследование персонала и т. д., но при этом важно признать, что сами по себе эти меры неэффективны и что для решения этой проблемы необходим комплексный подход. Кроме того, запрет на посещение может отрицательно сказаться на людях, проживающих в интернатах, поэтому важно найти способы обеспечения безопасности посещений вместо того, чтобы в течение слишком длительного времени выдерживать тотальный запрет.

Реагирование на COVID-19 в учреждениях долговременного ухода основано на раннем выявлении, изоляции, лечении и контроле источников инфекции (профилактике дальнейшего распространения вируса от инфицированного человека).

ВОЗ выпустила временные рекомендации, направленные на предотвращение проникновения вируса COVID-19 в учреждения и его распространения в стенах учреждений и за их пределы (ВОЗ, 2020d).

Ключевые меры

- Обеспечьте всему обслуживающему персоналу учреждений долговременного ухода и членам семей доступ к рекомендациям и обучению необходимым мерам изоляции и защиты для больных COVID-19 или пациентов с подозрением на COVID-19.
- Обеспечьте всему обслуживающему персоналу учреждений долговременного ухода и членам семей доступ к рекомендациям и обучению необходимым мерам для тех, кто не болен, но проживает в учреждениях долговременного ухода или оказывает им услуги.
- Обеспечьте доступ к рекомендациям относительно пороговых значений, свидетельствующих о необходимости ввода или отмены изоляции пациентов.
- Рассмотрите пороговые значения и рекомендации относительно времени и способа ограничения посещений в интернатах.
- Рассмотрите возможность разработки и ввода в обращение стандартных операционных процедур (СОП) с указанием того, как и когда следует быстро изолировать людей, получающих услуги долговременного ухода, с использованием наиболее актуальных руководств, посвященных COVID-19.
- Внедрите усиленные меры предосторожности в рамках ПИИК для людей, выписанных из больницы.
- Рассмотрите возможность распространения рекомендаций относительно зонирования домов престарелых для изоляции людей с подозреваемой или подтвержденной инфекцией COVID-19. Некоторые учреждения спроектированы таким образом, что это может оказаться невыполнимым или для этого может не хватить ресурсов, и в этом случае необходимо рассмотреть иные меры, такие как перемещение людей с подозрением на COVID-19 (ввиду симптоматики или контакта с инфицированным человеком) или с диагнозом COVID-19, подтвержденным с помощью теста, на карантин в другие центры.
- Предоставьте дополнительную поддержку, финансовые, кадровые и материальные ресурсы учреждениям долговременного ухода, чтобы они могли внедрить эти меры.
- Изложите все стратегии СОП в виде четких систем назначений и распространите их среди всех работников, оказывающих услуги долговременного ухода.

Примеры из опыта стран

В **Нидерландах** Инспекция по делам молодежи и вопросам здравоохранения проводит оценку контроля над ситуацией в учреждениях долговременного ухода. В числе прочих показателей учитываются наличие СИЗ, а также качество и безопасность услуг (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020).

В **Ирландии** Управление информации о здоровье и обеспечения качества медицинских услуг опубликовало механизм оценки в целях регулирования для оказания помощи учреждениям, работающим с людьми старшего возраста, в подготовке к вспышке COVID-19. После проведения самостоятельной оценки осуществляется проверка на месте (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). Кроме того, Администрация медицинского обслуживания предоставит консультационную помощь и обучение. При необходимости Администрация медицинского обслуживания может оказать поддержку персоналу в виде выделения альтернативного временного места проживания и организации проезда. В каждом доме престарелых будет назначен ответственный за реагирование на COVID-19. Также были созданы национальные и региональные группы реагирования в целях осуществления надзора, профилактики и работы с кластерами случаев в учреждениях долговременного ухода, предполагающих постоянное пребывание. Новый Центр профилактики инфекций и инфекционного контроля предоставляет таким учреждениям рекомендации по подготовке к вспышке и организации работы в условиях пандемии, информацию о профилактике инфекций и инфекционном контроле, поддержку в реализации национальных руководств в конкретных условиях и ответы на вопросы персонала по поводу профилактики инфекций и инфекционного контроля. В поддержку домов престарелых также проводятся онлайн-занятия и вебинары. Помимо этого, Администрация медицинского обслуживания выпустила рекомендации для лиц, осуществляющих уход на дому. Кроме того, национальное объединение лиц, осуществляющих уход на дому, разработало Национальный план действий в связи с пандемией COVID-19 (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

В **Германии** Институт Роберта Коха выпустил рекомендации для работников, осуществляющих уход в различных условиях, в том числе на дому. Во многих федеральных землях были выполнены рекомендации, касающиеся изоляции и разделения на группы; также были освобождены реабилитационные центры и другие учреждения, чтобы можно было временно перевести туда людей в случае невозможности их изоляции на месте. В федеральной земле Баварии в каждом учреждении постоянного пребывания должен быть назначен ответственный за организацию работы в условиях пандемии (Lorenz-Dant, 2020b).

Стратегическая задача 5. Первоочередное обеспечение тестирования, отслеживания и мониторинга распространения COVID-19 среди людей старшего возраста, получающих и предоставляющих услуги долговременного ухода

Рост числа случаев передачи инфекции в интернатах в отсутствие симптомов или до их проявления свидетельствует о необходимости регулярного профилактического эпиднадзора среди пациентов, посетителей и персонала (Arons et al., 2020). Гериатры также высказывают беспокойство в связи с тем, что у людей, нуждающихся в долговременном уходе, симптомы COVID-19 могут проявляться не в виде характерного кашля и повышенной температуры, как указано в руководствах для интернатов во многих странах, – для инфицированных COVID-19 пациентов в домах престарелых более характерен ряд других симптомов (делирий (гипо- или гиперактивный), диарея, выраженная вялость, частые падения и снижение аппетита) (British Geriatric Society, 2020a).

Фактические данные свидетельствуют о том, что выделение вируса SARS-CoV-2 наиболее активно происходит на ранних стадиях заболевания (Zou et al., 2020). Риск выделения вируса у персонала, инфицированного COVID-19, до проявления симптомов или при минимальной симптоматике подтверждает необходимость исполнения действующих рекомендаций относительно расширенного скрининга медицинских работников в учреждениях долговременного ухода (ВОЗ, 2020d).

Раннее выявление, изоляция и лечение инфицированных COVID-19 совершенно необходимы для ограничения распространения заболевания в учреждениях долговременного ухода (ВОЗ, 2020d; CDC, 2020). Понимание масштаба проблемы помогает правильно определить очередность выделения ресурсов (с точки зрения того, кто из поставщиков услуг, медицинских работников и пациентов нуждается в повышенном внимании) (ВОЗ, 2020b); однако на данный момент в большинстве стран тестирование пожилых людей в учреждениях долговременного ухода и сотрудников представляется недостаточно надежным (Comas-Herrera et al., 2020). Ввиду сильных расхождений между регионами в отношении политики тестирования предполагается, что количество положительных тестов значительно больше, чем сообщается (Berloto et al., 2020; Laurent, 2020).

Ключевые меры

- Проводите профилактический эпиднадзор среди пациентов, посетителей и персонала.
- Обеспечьте выделение в учреждениях, оказывающих услуги долговременного ухода, зон изоляции и карантина, соответствующих по своим размерам числу пациентов.
- Организуйте быстрый перевод пациентов с подтвержденной инфекцией в зону изоляции во избежание заражения других пациентов и персонала.
- Позаботьтесь о том, чтобы выписанные из больницы пациенты или новые пациенты помещались отдельно в зону изоляции на 14 дней.
- Информировать органы здравоохранения о случаях заражения COVID-19 среди людей, получающих долговременный уход в специализированных учреждениях, интернатах или на дому.
- Обеспечьте отслеживание контактов и изоляцию в случае контакта с людьми, у которых подтвердился диагноз COVID-19.
- Отслеживайте все кластеры случаев инфицирования или смерти в учреждениях долговременного ухода и интернатах, а также среди тех, кто получает уход на дому.
- Внедрите механизм уведомления правительств об этой статистике и ее анализа не реже раза в неделю.

Примеры из опыта стран

В **Австрии** правительство планирует проводить тестирование среди людей, живущих и работающих в интернатах по всей стране, и нарастить объемы тестирования среди людей, находящихся в стационарах и нуждающихся в долговременном уходе, в целях их выписки и организации ухода за ними (Schmidt et al., 2020). В **Ирландии** люди, получающие и осуществляющие уход в домах престарелых, включены в приоритетную группу для организации тестирования. Кроме того, рекомендуется организовать медицинские осмотры людей, получающих и осуществляющих уход. Сотрудники домов престарелых будут проходить скрининг на наличие симптомов заболевания дважды в день (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). В **Нидерландах**

работники, осуществляющие уход, при проявлении симптомов могут пройти тестирование (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020). В **Словении** тестирование в домах престарелых проводят мобильные медицинские бригады (Oven 2020). В **Германии** правила проведения тестирования в разных федеральных землях незначительно различаются, однако в большинстве земель действует требование об обязательном тестировании всех людей, получающих и обеспечивающих уход и контактировавших с теми, у кого подтвердился диагноз COVID-19. В некоторых федеральных землях все пациенты и персонал должны пройти тестирование при наличии хотя бы одного подтвержденного случая COVID-19 в данном учреждении. Германия придает первоочередное значение отслеживанию контактов в учреждениях постоянного пребывания. Кроме того, Институт Роберта Коха рекомендует ежедневно проводить медицинский осмотр персонала и пациентов и тестировать группы населения, подверженные наибольшему риску заболевания, даже при низких пороговых значениях (Lorenz-Dant, 2020b).

Стратегическая задача 6. Выявление и мобилизация средств для выполнения работы в условиях пиковой нагрузки в целях обеспечения персонала и ресурсов, необходимых для предоставления надлежащего долговременного ухода в период пандемии COVID-19

На фоне принятия мер в форме тестирования, изоляции и наращивания имеющегося финансирования и возможностей для предотвращения пандемии и реагирования на нее остается еще вопрос мобилизации дополнительных трудовых ресурсов и пространства. Минимизация контактов потребует большего, а не меньшего количества ресурсов для непрерывного оказания услуг долговременного ухода.

Дополнительные кадры и пространство (на период пиковой загрузки) потребуются и в больницах – чтобы обеспечить пожилым людям достойное и уважительное отношение, – и в учреждениях долговременного ухода. Набор дополнительного медицинского персонала в систему долговременного ухода принес существенное облегчение и, вероятно, повысил потенциал профилактики вируса и реагирования на него. После определения требований и планов изоляции также потребуется дополнительное пространство.

Очевидно, что обеспечение учреждений долговременного ухода и мест оказания паллиативной помощи достаточным количеством лекарственных препаратов и оборудования жизненно важно для реагирования, а с учетом различных цепочек поставок органам здравоохранения, возможно, придется взять на себя координацию закупок, чтобы помочь решить эту проблему. Есть ряд примеров того, как правительство отрядило военных и пожарных, чтобы снизить нагрузку на кадровые и другие ресурсы учреждений долговременного ухода.

Ключевые меры

- Установите дежурства и определите сотрудников системы здравоохранения, которых можно командировать в помощь персоналу учреждений долговременного ухода.
- Совместно с координатором долговременного ухода оцените возможности работы в условиях пиковой нагрузки для непрерывного оказания услуг долговременного ухода.
- В сотрудничестве с системой здравоохранения определите, какое количество медицинских работников можно переориентировать на оказание услуг долговременного ухода.

- Выделите и перераспределите сотрудников в больницах и в сфере долговременного ухода для работы в режиме ускоренной выписки и приема пациентов в целях высвобождения дополнительных мощностей в больницах для ведения пациентов с COVID-19 при одновременном обеспечении безопасности людей, получающих и осуществляющих долговременный уход.
- Наберите дополнительный персонал из числа пенсионеров, студентов медицинских факультетов и отделений долговременного ухода, добровольцев, людей, имеющих ограничения в области трудоустройства по условиям действующей визы, и тех, кто оставил медицинскую практику.
- Разрешите сотрудникам с визовыми ограничениями работать сверх установленного времени, ускорьте процесс повторной регистрации тех, у кого истек срок аккредитации или регистрации.
- Решите договорные и смежные вопросы и внедрите политику с пояснением мер, направленных на обеспечение безопасности персонала и одновременно его гибкой занятости и возможности перевода из системы здравоохранения в систему долговременного ухода.
- По возможности сократите число пациентов, находящихся в интернатах, для облегчения реагирования на потенциальные вспышки или расширьте выделенное пространство в общественных учреждениях и больницах для различных этапов передачи вируса.
- Рассмотрите возможность кратковременного перевода пациентов в другие учреждения.

Примеры из опыта стран

В **Австрии** на период пандемии COVID-19 были существенно ослаблены регуляторные требования к персоналу и лицензированию в отношении сотрудников, обеспечивающих уход. Это позволяет людям, прошедшим воинскую службу (преимущественно тем, кто выполнял гражданские обязанности), осуществлять базовый уход. Правительство может обязать их выполнять работу по уходу. Кроме того, можно привлечь к этому труду людей, прошедших обучение в соответствующих сферах, или заинтересованных безработных (Schmidt et al., 2020). Аналогично этому в **Нидерландах** дома престарелых получили возможность набирать сотрудников, осуществляющих уход, из более широких масс населения (например, из числа студентов-медиков) (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020). В **Ирландии** Объединение домов престарелых организовало кампанию по найму работников в частные и добровольческие дома престарелых. Также была достигнута договоренность о том, что Администрация медицинского обслуживания может направлять своих сотрудников в частные дома престарелых на добровольной основе (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). В **Словении** в случае переутомления или перегрузки штатных сотрудников учреждений постоянного пребывания туда могут быть направлены медицинские бригады (Oven, 2020). В **Германии** учреждения постоянного пребывания могут отклоняться от некоторых требований к персоналу и режиму работы. Три федеральных земли (Бавария, Бремен и Рейнланд-Пфальц) создали онлайн-реестры, где могут зарегистрироваться люди, имеющие соответствующую квалификацию, но на данный момент не работающие в сфере долговременного ухода. В Баварии добровольцы могут быть даже освобождены от другой работы с сохранением прежнего уровня дохода (Lorenz-Dant, 2020b).

Стратегическая задача 7. Нарращивание поддержки лицам, обеспечивающим уход за родственниками, в период пандемии COVID-19

Для систем долговременного ухода характерна высокая степень участия членов семьи, осуществляющих уход, многие из которых сами являются уязвимыми (Colombo et al., 2011). Физические и психологические последствия такой практики для членов семьи, обеспечивающих уход, хорошо известны (Rodrigues, Huber & Lamura, 2012).

Во время пандемии COVID-19, когда многие центры дневного пребывания и учреждения, предоставляющие услуги замещающего персонала, закрыты, многие лица, осуществляющие уход, столкнулись с дополнительной нагрузкой и лишились обычных возможностей получения поддержки, в результате чего многие остались со своими проблемами один на один. Больше всего от этого пострадают женщины в возрасте от 65 до 75 лет и мужчины старше 80 лет (Wenham, Smith & Morgan, 2020). В некоторых случаях уход осуществляют совсем юные члены семьи. Важно понять, с чем сталкиваются во время пандемии члены семьи, обеспечивающие уход (Carers UK, 2020a).

Несмотря на то, что родственники играют важную роль в осуществлении долговременного ухода, им не уделялось должного внимания и до начала реагирования на COVID-19 (Brimblecombe et al., 2018). Следовательно, необходимо будет нарастить поддержку членов семей, осуществляющих уход. Кроме того, в регионе было зафиксировано очень мало примеров предоставления им дополнительной финансовой/практической помощи в условиях COVID-19 (OECD, 2019b; Carers UK, 2020b).

К важным мерам можно отнести предоставление информации и организацию обучения уходу за членом семьи с точки зрения ПИИК, новых технологий, лекарственных препаратов и оборудования, которые сейчас используются. Столь же важно предоставить им руководства и рекомендации, так как им самим, возможно, потребуются самоизолироваться (WHO, 2020c). Телефонные службы поддержки могут предоставлять не только информацию, но и психологическую помощь, поскольку во время пандемии уже был отмечен всплеск насилия и жестокого обращения, которым особенно могут быть подвержены члены семьи, осуществляющие уход (WHO, 2020g).

Ключевые меры

- Обеспечьте лицам, осуществляющим уход (особенно за пожилыми людьми с деменцией), информацию, поддержку и, по возможности, услуги замещающих работников для обеспечения отдыха; в частности, необходима информация о работе с повышенным уровнем ответственности и стресса.
- Рассмотрите возможность проведения оценки для отслеживания потребностей членов семей, осуществляющих уход.
- Разработайте информационные и учебные материалы для членов семей, осуществляющих уход, чтобы обеспечить безопасность их самих и получателей ухода.
- Разработайте четкие рекомендации для членов семей, осуществляющих уход, посвященные тому, когда и как необходимо самоизолироваться.
- Будьте бдительны и отслеживайте случаи домашнего насилия в отношении членов семей, осуществляющих уход.
- Предоставьте членам семей, осуществляющим уход, расширенный доступ к психологической поддержке.
- Предоставьте расширенный доступ к оборудованию и лекарственным препаратам.
- Нарастите финансовую поддержку членов семей, осуществляющих уход.

Примеры из опыта стран

В **Австрии** членам семей, осуществляющих уход, предоставлен доступ к консультациям психолога, онлайн-службам поддержки, а также рекомендациям и ресурсам. Австрийский «Красный Крест» разработал для них специальный онлайн-курс. В **Шотландии** (Соединенное Королевство) в рамках чрезвычайного пакета законов, принятых в связи с коронавирусом заболеванием, правительство выделило дополнительные инвестиции в размере 19,2 млн фунтов стерлингов на выплату пособий лицам, осуществляющим уход, с учетом дополнительной нагрузки, с которой они столкнулись в результате пандемии. Благодаря этому в июне около 83 тысяч человек, соответствующих условиям, получают дополнительную единовременную выплату в размере 230,10 фунта стерлингов в качестве дополнения к пособию лиц, осуществляющих уход, в связи со вспышкой коронавирусного заболевания. Для получения этих средств ничего делать не требуется, они автоматически будут зачислены на счет людей, получающих пособие по уходу (Government of Scotland, 2020a). В **Ирландии** лица, обеспечивающие уход и имеющие право на пособие по данным проверки имущественного положения, продолжают получать эту финансовую помощь. Члены семей, обеспечивающие уход и потерявшие работу, имеют право на получение дополнительной выплаты пособия по безработице в связи с коронавирусом заболеванием в размере 350 евро. Страховая компания Irish Life Insurance Company пожертвовала 350 тысяч евро в Ирландский фонд членов семей, осуществляющих уход. Эта организация распространила информацию и рекомендации в поддержку членов семей, осуществляющих уход (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). В **Нидерландах** члены семей, осуществляющие уход, в скором времени получат возможность пройти тестирование на коронавирус при появлении симптомов. Кроме того, были выпущены рекомендации, посвященные гигиене рук и уходу за людьми, у которых развиваются симптомы COVID-19 (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020). В **Германии** люди, нуждающиеся в уходе и получавшие поддержку в нефинансовом выражении, например в центрах дневного пребывания, которая стала недоступной в связи с пандемией COVID-19, могут получить компенсацию на обеспечение замены такой поддержки (в определенных пределах). Кроме того, люди, нуждающиеся в уходе, имеют право на получение финансовой помощи (125 евро в месяц) для компенсации расходов на уход, предоставляемый авторизованными поставщиками. В некоторых федеральных землях были сокращены барьеры для получения статуса авторизованного поставщика услуг ухода. Кроме того, действующее законодательство позволяет членам семьи, осуществляющим уход, взять отпуск по уходу за родственником и/или организовать замещающий уход. Также они имеют право на сокращенный график занятости в течение определенного времени для осуществления ухода. В случае потери дохода им предоставляется доступ к беспроцентному кредиту (Lorenz-Dant, 2020b).

Стратегическая задача 8. Координация оказания услуг для обеспечения постоянного долговременного ухода на всех этапах в период пандемии COVID-19

Несколько стран региона выпустили руководства, запрещающие госпитализацию людей старшего возраста. Однако если в учреждениях долговременного ухода не обеспечены базовые клинические стандарты ухода, принимать подобные меры не рекомендуется. Необходимо гарантировать достаточный и надлежащий доступ к медицинским услугам как в форме госпитализации при наличии показаний, так и в форме предоставления услуг на дому и в рамках системы первичной медико-санитарной помощи. При острой инфекции, в частности COVID-19, рекомендуется отслеживать уровень сатурации и, в случае если он опускается ниже 95%, уже на

раннем этапе назначать кислородную терапию (с использованием маски или назальной канюли) (ВОЗ, 2020h). Если в рамках системы длительного ухода пациенту с одышкой невозможно предоставить такую помощь, ему необходимо предложить возможность перевода в учреждение, где такое лечение доступно. В противном случае речь идет об отказе в медицинской помощи (ВОЗ, 2020h).

Случаи отказа в оказании помощи (в виде консультирования, доступа к кислороду, мониторинга сатурации, госпитализации или экстренного вмешательства) пожилым людям на основании их биологического возраста, уязвимости или ложно понятой пользы вызывают беспокойство и являются нежелательными.

Кроме того, в попытках обеспечить непрерывное оказание помощи на всех этапах длительного ухода необходимо с особой тщательностью и вниманием подойти к координации действий системы здравоохранения и системы длительного ухода. Для обеспечения непрерывности медицинских услуг во время вспышки COVID-19 акцент смещается в сторону альтернативных платформ и способов оказания помощи (ВОЗ, 2020e; ВОЗ, 2020i), рассматриваются новые или альтернативные стратегии инициации врачебной помощи и госпитализации при выявлении опасных симптомов (Bennold, 2020), и надо обратить особое внимание на то, как на эти изменения будут реагировать пожилые люди, получающие длительный уход, смогут ли они к ним приспособиться и подходят ли для них подобные способы. Использовать технологии для взаимодействия с людьми старшего возраста иногда допустимо, но часто такие технологии им не подходят.

У людей, нуждающихся в уходе (особенно у некоторых групп, например страдающих деменцией), складываются определенные отношения с теми, кто за ними ухаживает. Им сложно адаптироваться к другим людям или к знакомым в костюмах индивидуальной защиты.

Людям, содержащимся в интернатах, часто бывает важен привычный режим (в том числе повторяющиеся действия), который сейчас нарушен. Поэтому в свете появляющихся фактических данных важно соблюдать это хрупкое равновесие и защищать пожилых людей не только от инфицирования COVID-19, но и от невнимания и одиночества (Diamantis et al., 2020).

Госпитализация может вызвать большой стресс (особенно у людей с нарушениями когнитивной функции). Внезапная или внеплановая выписка из больницы тоже часто нарушает привычный уклад людей старшего возраста, но во время пандемии COVID-19 они могут представлять опасность, поскольку некоторые люди могут по-прежнему выделять вирус и инфицировать тех, с кем они пересекаются в местном сообществе (WHO, 2020c) или в учреждениях длительного ухода (Lorenz-Dant, 2020a). Возможность избежать госпитализации из учреждений длительного ухода или из дома посредством усиления групп оперативного реагирования, которые могут посещать пожилых людей на дому или в учреждениях, где они находятся, потребует изучения и гарантии того, что людей будут госпитализировать только в соответствующих случаях, а при необходимости им будет оказана медицинская помощь по месту получения длительного ухода.

Ключевые меры

- Определите четкие критерии для поводов и способов помещения людей, находящихся в учреждениях долговременного ухода, в больницу и их выписки обратно в учреждения, чтобы защитить и сотрудников, и других пациентов.
- Рассмотрите возможность составления четких протоколов оказания первичной и вторичной помощи людям с симптомами COVID-19 и других заболеваний.
- Оптимизируйте и скорректируйте существующие платформы оказания услуг и разработайте альтернативные платформы для предоставления долговременного ухода в соответствии с потребностями людей старшего возраста.
- Создайте группы оперативного реагирования, прошедшие обучение в области гериатрии, в целях сокращения числа госпитализаций до строго необходимого.
- Совместно с людьми старшего возраста рассмотрите возможность внедрения соответствующих дистанционных и виртуальных технологий для проведения медицинских консультаций и всех необходимых инструментов, которые помогут эффективно использовать эту технологию.

Примеры из опыта стран

В **Нидерландах** терапевтов обязали следить за состоянием людей со слабым здоровьем, постоянно находящихся дома, и брать на себя обязанности по ведению пациентов в случае появления у таких людей симптомов COVID-19 (Kruse, Remers & Jeurissen, 2020). В **Словении** людей, находящихся в учреждениях долговременного ухода, будут по возможности переводить в другие места при появлении в учреждении случаев инфицирования COVID-19 (Oven, 2020). В **Германии** Национальная ассоциация официальных фондов медицинского страхования предоставляет возмещение расходов на замену способа получения ухода при невозможности его получения в обычном порядке. Институт Роберта Коха выпустил рекомендации относительно выписки пациентов из больниц в различные учреждения для получения ухода. В некоторых федеральных землях на законодательном уровне были закреплены некоторые условия, такие как тестирование пациентов при переводе между учреждениями; в других федеральных землях были созданы возможности для приема пациентов в иные учреждения, такие как реабилитационные центры (Lorenz-Dant, 2020b).

Стратегическая задача 9. Предоставление доступа к достойной паллиативной помощи в период пандемии COVID-19

Предоставление доступа к качественному уходу также предполагает возможность оказания паллиативной помощи по запросу пациента при условии его информирования о последствиях и после исчерпания всех терапевтических мер. Оказание паллиативной помощи без надлежащего консультирования не может быть оправданным ни при каких обстоятельствах. В новых условиях, связанных со вспышкой COVID-19, также необходимо обсуждать с пациентами и их семьями планы паллиативной помощи, предварительные распоряжения или распоряжения об отказе от реанимации и уточнять пожелание о получении паллиативной помощи несмотря на COVID-19. В некоторых случаях планы паллиативной помощи и предварительные распоряжения на конец жизни могли сдвинуться из-за COVID-19, поэтому их следует пересмотреть; пандемия создала дополнительную нагрузку на сферу оказания паллиативной помощи, и эта проблема нуждается в решении.

Далее, тем, кто желает продолжать получать паллиативную помощь, необходимо оказывать ее безопасно и стабильно. Следует рассмотреть возможность использования протоколов клинического ведения, характерных для COVID-19, включая снабжение кислородом (ВОЗ, 2020h). Паллиативная помощь необходима людям, находящимся в специализированных учреждениях, но также и тем, кто проживает у себя дома. Многие люди получают паллиативную помощь на дому, и при наличии выбора большинство желает умереть дома, поэтому паллиативная помощь – это важная услуга, которая должна входить в предусмотренный комплекс и оказываться на постоянной основе (WHO, 2018a).

Предоставлению качественной паллиативной помощи и ухода в терминальной стадии препятствует отсутствие стандартов ПИИК и доступа к препаратам, необходимым для оказания паллиативной помощи, а также нестабильное финансирование в поддержку этого направления (Bauer, Dixon & Comas-Herera, 2020).

Наконец, у всех людей, умирающих от COVID-19, должно быть право уйти из жизни достойно и получить доступ к паллиативному уходу, если все остальные меры качественной медицинской помощи, в том числе кислородная терапия, были исчерпаны. Ни один человек, нуждающийся в паллиативной помощи, в том числе в уходе в терминальной стадии, не должен быть брошен или оставлен без внимания. Это потребует наращивания возможностей оказания паллиативной помощи в больницах и участия персонала, не знакомого с методами оказания паллиативной помощи.

Ключевые меры

- Обеспечьте пересмотр всех планов паллиативной помощи и предварительных распоряжений с учетом COVID-19.
- Обеспечьте пересмотр национальной и региональной политики, программ и руководств, касающихся оказания паллиативной помощи в интернатах, с учетом COVID-19.
- Проведите обучение методам оказания паллиативной помощи для тех, кто еще не знаком с ними, но кому могут потребоваться эти знания и навыки, и включите умение оказывать паллиативную помощь в перечень основных компетенций.
- Позаботьтесь о том, чтобы люди старшего возраста могли получить паллиативную помощь и уход в терминальной стадии и чтобы у их близких постоянно был доступ к психологической и духовной поддержке.
- Включите сведения об оказании паллиативной помощи в интернатах в перечень минимальных комплектов данных и отчетов, предоставляемых на национальном уровне.
- Обеспечьте наличие стандартов качества и подготовку персонала в области обсуждения предварительных распоряжений, основанных на взвешенных, инклюзивных и самостоятельных решениях.

Примеры из опыта стран

В Австрии национальная ассоциация паллиативной помощи выступила с меморандумом по вопросу оказания паллиативной помощи во время пандемии COVID-19 и предоставила рекомендации по поводу обеспечения доступа к паллиативной помощи для тех, кто не получает

интенсивной терапии, предоставляемой в обычном порядке. Кроме того, ассоциация опубликовала рекомендации для членов семей, обеспечивающих уход, и работников сферы долговременного ухода. Правительство также разработало междисциплинарное руководство в поддержку людей, инфицированных COVID-19 и находящихся в терминальной стадии. Существуют и клинические руководства и материалы, посвященные оказанию социальной помощи и поддержки в связи с утратой близкого человека для членов семей и работников, обеспечивающих уход за больными в терминальной стадии во время пандемии COVID-19 (Schmidt et al., 2020). В **Германии** людям в терминальной стадии, находящимся в учреждениях постоянного пребывания, разрешено принимать посетителей. Кроме того, в федеральной земле Баден-Вюртемберг было разработано руководство по вопросу предварительных распоряжений в условиях COVID-19 (Lorenz-Dant, 2020b). В **Ирландии** временные рекомендации были дополнены разделом о пастырском попечении, уходе за умирающими и обращении с телами недавно умерших (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020).

Стратегическая задача 10. Приоритетное внимание к благополучию людей, получающих и предоставляющих услуги долговременного ухода, на протяжении всего периода пандемии COVID-19 и после ее окончания

Серьезное беспокойство во время пандемии COVID-19 вызывает благополучие сотрудников – его ухудшение может быть связано с повышенным риском инфицирования и с выгоранием. В поддержку медицинских работников создаются различные ресурсы. При этом важно обеспечить паритет работников сферы долговременного ухода с остальными медиками с точки зрения доступной поддержки. Подобным образом, потребуются дополнительные меры для поддержки большого числа трудовых мигрантов, которые составляют значительную часть занятых в этом секторе (Erizanu, 2020).

Межучрежденческий постоянный комитет описал возможные виды психологической и психосоциальной поддержки, которая должна оказываться на четырех уровнях (IASC, 2020): специализированные индивидуальные консультации; неспециализированные консультации в индивидуальном порядке силами медицинских работников или специально обученных членов местного сообщества (ВОЗ, 2011); наращивание поддержки со стороны семьи и местного сообщества; базовые услуги и социальное обеспечение. Системы здравоохранения могут принять меры на первых двух уровнях, обеспечив наличие ресурсов, а также в сотрудничестве с другими министерствами наладить необходимую поддержку на двух остальных уровнях.

Что касается пациентов, то уже было доказано, что многим людям, получающим долговременный уход, чрезвычайно полезно общаться с персоналом, лицами, осуществляющими уход, и родственниками. Участие в общественной жизни, нужная деятельность, общение и социальные связи имеют большое значение для благополучия людей старшего возраста. Благодаря такому взаимодействию также снижается число медицинских ошибок и сокращаются потребности в госпитализации, поэтому важно его поддерживать.

В условиях пандемии COVID-19, когда необходимо соблюдать физическую дистанцию, люди преклонного возраста, находящиеся в режиме изоляции – особенно страдающие расстройством

когнитивной функции/деменцией, – во время вспышки заболевания и пребывания на карантине могут стать более тревожными, сердитыми, подавленными, возбужденными, замкнутыми и чрезмерно подозрительными (Social Care Institute for Excellence, 2012; IASC, 2020; NICE 2015; Wang et al., 2020). Кроме того, появляются данные, свидетельствующие о том, что пожилые люди стали чаще подвергаться жестокому обращению. До пандемии доля людей в возрасте старше 60 лет, страдающих от жестокого обращения в той или иной форме, оценивалась в 16% (Yon et al., 2017; 2019). Среди людей, входящих в группу риска, – в том числе людей с ограниченными физическими возможностями или страдающих психическими заболеваниями, а также людей, находящихся в учреждениях долговременного ухода, – этот показатель был еще выше (Storey, 2020). Считается, что с начала пандемии число случаев жестокого обращения с людьми старшего возраста выросло в целых 10 раз (CTV, 2020). Это происходит в местных сообществах, в различных учреждениях, таких как интернаты и дома престарелых, а также в интернет-пространстве, где возросло количество мошеннических схем, направленных на пожилых людей. Изоляция и призывы оставаться дома, которые, вероятно, будут действовать дольше для людей старшего возраста, приводят в действие именно те факторы, в связи с которыми пожилые люди подвергаются риску насилия (Storey, 2020): усугубляются социальная изоляция, проблемы с психическим здоровьем, зависимость от лиц, обеспечивающих уход, алкогольная и наркотическая зависимость, а также финансовые затруднения. Дискриминация по возрастному признаку, которая и до пандемии была повсеместно распространена и создавала риск насилия в отношении пожилых людей, ужесточилась во время пандемии, которая и так гораздо сильнее поражает лиц старшего возраста (Han & Mosqueda, 2020), а к гендерному неравенству добавился возросший риск насилия на гендерной основе, направленного на пожилых женщин (WHO, 2020g). Воздействие пандемии на учреждения для престарелых в форме сокращения персонала из-за болезни и отмены визитов родственников приводит к еще большей оторванности людей от общества и повышает и без того высокий риск насилия (Gardner, States & Bagley, 2020). Поэтому лицам, принимающим решения, важно активно подключиться к деятельности по мониторингу ситуации и предотвращению насилия, а также помочь семьям понять, что составляет жестокое обращение с людьми старшего возраста и каковы его признаки, чтобы они могли обратиться за соответствующей помощью (McMaster Optimal Ageing Portal, 2020).

Ключевые меры

- Создайте межотраслевую рабочую группу для отслеживания уровня стресса и выгорания работников сферы долговременного ухода, а также для оценки и осуществления стратегий предоставления психологической и психосоциальной помощи работникам данной сферы.
- Создайте отдельную горячую линию психологической поддержки для всех нуждающихся в ней.
- Расширьте доступ к ресурсам для мигрантов, обеспечивающих уход с проживанием.
- Рассмотрите возможность обучения добровольцев и членов местных сообществ методам оказания первой психологической помощи для поддержки работникам в зонах, связанных с наибольшим стрессом, с помощью цифровых и других платформ. Рассмотрите возможности оказания медицинским работникам помощи в виде ухода за детьми и иного ухода, например в случае закрытия школ в связи с

пространственным/социальным дистанцированием, или ухода за пожилыми родственниками, находящимися на попечении медицинских работников.

- Активизируйте привлечение пенсионеров и добровольцев для оказания помощи с социализацией изолированных от общества людей, получающих долговременный уход.
- Повышайте информированность населения о возросшем риске насилия в отношении персонала учреждений долговременного ухода и пожилых людей и распространяйте по радио и телевидению, в печатных СМИ и интернете информацию о том, как жертвы могут обратиться за помощью и получить поддержку безопасным способом.
- Постоянно отслеживайте ситуацию с насилием в отношении людей старшего возраста с помощью кратких инструментов скрининга на жестокое обращение; помогайте людям, содержащимся в учреждениях, в случае ограничения доступа поддерживать контакт с родственниками и друзьями по телефону, интернету или с помощью записок; пересмотрите условия найма персонала (гибкий график, отдых от работы) для более эффективного регулирования нагрузки; стремитесь сократить использование физических ограничений.
- Обеспечьте наличие психологической и эмоциональной поддержки от профессиональных психологов и объединений членов семей, осуществляющих уход, в том числе, при необходимости, с помощью цифровых платформ.

Примеры из опыта стран

В **Австрии** действует организация, оказывающая поддержку людям с деменцией в легкой форме посредством телефонных консультаций, групповых звонков и видеоконференций. Трудовые мигранты, занятые в сфере ухода, могут получить консультацию через Торговую палату. Кроме того, получили развитие онлайн-сообщества поддержки (Schmidt et al., 2020). В **Ирландии** для смягчения последствий введенных ограничений на посещения распространяется информация о том, чем можно занять людей, живущих в учреждениях долговременного ухода, и как им поддерживать контакт с родственниками. Кроме того, в рамках национальной инициативы «Слова утешения» детям предлагается вступить в переписку с людьми, находящимися в домах престарелых. Для активистов из местного сообщества реализуется добровольческая инициатива «Сообща», направленная на поддержку уязвимых людей с помощью сбора и доставки бакалейных товаров, сообщений и готовой еды. Работает телефонная линия поддержки (Pierce, Keogh & O'Shea, 2020). В **Словении** было объявлено о предстоящем создании объединения психосоциальной поддержки для оказания помощи работникам, осуществляющим уход на дому (Oven, 2020).

Определения

Услуги долговременного ухода – деятельность окружающих, направленная на обеспечение людям, в значительной мере и на долгое время утратившим силы, возможности поддерживать уровень функциональной способности, соответствующий их основным правам, фундаментальным свободам и человеческому достоинству (ВОЗ, 2015). Если не указано иначе, в данном документе

термин «услуги долговременного ухода» всегда относится как к уходу по месту жительства, так и к уходу в домах престарелых и интернатах (или в иных учреждениях постоянного пребывания).

Системы долговременного ухода – национальные системы, гарантирующие надлежащее качество и доступность (с точки зрения финансовых затрат и физического доступа) комплексного долговременного ухода, а также соблюдение прав как пожилых людей, так и лиц, обеспечивающих уход. В зависимости от национальных особенностей финансирование и услуги могут предоставляться в различных сочетаниях родственниками, гражданским обществом, частным и/или государственным сектором. Правительства не обязаны предоставлять все услуги, но должны взять на себя общую ответственность за обеспечение функционирования такой системы (ВОЗ, 2015).

Член семьи, осуществляющий уход. В настоящем документе термин «член семьи, осуществляющий уход» относится к человеку, оказывающему бесплатную помощь члену семьи, другу, соседу, или к добровольцу (ВОЗ, 2015). Бесплатная помощь в сфере ухода определяется как деятельность человека по предоставлению всего необходимого для здоровья, благополучия, обслуживания и защиты кого-либо или деятельность, требующая умственных или физических усилий и затрат времени и не предполагающая вознаграждения (WHO, 2018b).

Основные документы ВОЗ

COVID-19

ВОЗ (2020). Профилактика инфекций и инфекционный контроль в учреждениях долговременного ухода в контексте вспышки COVID-19. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-rus.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2020). Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts), по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Всемирная организация здравоохранения (2020). Отслеживание контактов в контексте COVID-19. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332049/WHO-2019-nCoV-Contact_Tracing-2020.1-rus.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Всемирная организация здравоохранения (2020). Применение масок в контексте COVID-19. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331693/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.3-rus.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Всемирная организация здравоохранения (2020). Рекомендации по поддержанию психического здоровья и психосоциального состояния во время вспышки COVID-19. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331739/WHO-2019-nCoV-Mental_Health-2020.1-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health), по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2020). Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining essential health services and systems. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Европейское региональное бюро ВОЗ

WHO (2019). Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2019/country-assessment-framework-for-the-integrated-delivery-of-long-term-care-2019>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2018). Age-friendly environments in Europe: Indicators, monitoring and assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/377481/afee-indicators-monitoring-eng.pdf?ua=1, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2017). Age-friendly environments in Europe: A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF?ua=1, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2016). Creating age-friendly environments in Europe: A tool for local policy-makers and planners. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/333702/AFEE-tool.pdf?ua=1, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

ВОЗ (2012). Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/175546/RC62wd10Rev1-Rus.pdf?ua=1, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Штаб-квартира ВОЗ

ВОЗ (2020). Полное итоговое предложение о проведении Десятилетия здорового старения (2020–2030 гг.). Женева: Всемирная организация здравоохранения. (<https://www.who.int/ru/ageing/decade-of-healthy-ageing>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

ВОЗ (2019). Комплексный уход за пожилыми людьми (ICOPE): Механизм реализации концепции. Рекомендации для систем и служб. Женева: Всемирная организация здравоохранения.

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789240004665-rus.pdf?sequence=17&isAllowed=y&ua=1>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

ВОЗ (2019). Комплексный уход за пожилыми людьми (ICOPE): Рекомендации в отношении проведения оценок и составления схем организации ухода, ориентированных на потребности людей, в первичном звене медико-санитарной помощи. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-rus.pdf?ua=1>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2017). WHO guidelines on integrated care for older people (ICOPE). Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

WHO (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

ВОЗ (2015). Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf?sequence=10, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Библиография

- AGE Platform for Europe (2020). COVID-19: Older persons' rights must be equally protected during the pandemic. Coronavirus COVID-19 (<https://www.age-platform.eu/policy-work/news/covid-19-older-persons%E2%80%99-rights-must-be-equally-protected-during-pandemic>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Alzheimer Europe (2020). Alzheimer Europe recommendations on promoting the wellbeing of people with dementia and carers during the COVID-19 pandemic. Luxembourg: Alzheimer Europe. (<https://www.alzheimer-europe.org/Policy/Our-opinion-on/Wellbeing-of-people-with-dementia-during-COVID-19-pandemic>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Arons M, Hatfield KM, Reddy, SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. (2020). Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *New Engl J Med*. doi: 10.1056/NEJMoa2008457. (https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2008457?query=featured_coronavirus, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Bauer A, Dixon J, Comas-Herera A (2020, May 1). End-of-life support for people in care homes in the context of COVID-19: international report. LTC-COVID/International Long-Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Palliative-care-in-care-homes-and-COVID-1-May-2020.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- BBC (2020a). Coronavirus in Wales: Social care workers to get £500 bonus. 1 May, BBC News. (<https://www.bbc.co.uk/news/uk-wales-52502325>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Bennold K (2020). A German exception? Why the country's coronavirus death rate is low. 4 April, *New York Times* (<https://www.nytimes.com/2020/04/04/world/europe/germany-coronavirus-death-rate.html?smid=fb-share>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, Rotolo A (2020). Italy and the COVID-19 long-term care situation. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Brimblecombe N, Fernandez J-L, Knapp M, Rehill A, Wittenberg R (2018). Unpaid care in England: Future patterns and potential support strategies. London: London School of Economics. (<http://www.lse.ac.uk/cpec/assets/documents/Economics-of-caring-2018.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- British Geriatric Society (2020a). Atypical Covid-19 presentations in older people – the need for continued vigilance. 14 April, British Geriatric Society Blog. (<https://www.bgs.org.uk/blog/atypical-covid-19-presentations-in-older-people-%E2%80%93-the-need-for-continued-vigilance>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

- Carers UK (2020a). Caring behind closed doors: Forgotten families in the coronavirus outbreak, April 2020. London: Carers UK. (https://www.carersuk.org/images/News_and_campaigns/Behind_Closed_Doors_2020/Caring_behind_closed_doors_April20_pages_web_final.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Carers UK (2020b). Coronavirus guidance, 12 May. London: Carers UK. (<https://www.carersuk.org/help-and-advice/coronavirus-covid-19/coronavirus-covid-19>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- CDC (2020). Interim additional guidance for infection prevention and control for patients with suspected or confirmed COVID-19 in nursing homes. In: Coronavirus Disease 2019 [веб-сайт]. Atlanta: Centre for Disease Control. (https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fhealthcare-facilities%2Fprevent-spread-in-long-term-care-facilities.html, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Christensen K, Hussein S, Ismail M (2016). Migrants' decision-process shaping work destination choice: the case of long-term care work in the United Kingdom and Norway. *Eur J Ageing*. 14(3):219-23. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-016-0405-0>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: OECD Publishing.
- Comas-Herrera A, Zalakain J, Litwin C, Hsu A, Lane N, Fernandez J-L (2020). Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-3-May-final-5.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Coste S, Ces S (2019). Mapping long-term care quality assurance practices in the EU Summary Report. Brussels: European Commission.
- CTV (2020). Tenfold increase in elder abuse during COVID-19 pandemic, advocates say. 14 April, CTV News (<https://bc.ctvnews.ca/tenfold-increase-in-elder-abuse-during-covid-19-pandemic-advocates-say-1.4896176>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Diamantis S, Coralie N, Vignier N, Gallien S (2020). SARS-Cov-2 related deaths in French long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*. S1525-8610(20)30354-6 ([https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(20\)30354-6/pdf](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(20)30354-6/pdf), по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Erizanu P (2020). Stranded or shunned: Europe's migrant workers caught in no-man's land. 16 April, The Guardian. (<https://www.theguardian.com/world/2020/apr/16/stranded-or-shunned-europes-migrant-workers-caught-in-no-mans-land>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Fewster E (2020). Resource: Care homes strategy for infection prevention control of COVID-19 based on clear delineation of risk zones (update). LTC-COVID/International Long-Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/2020/05/01/resource-care-homes-strategy-for-infection-prevention-control-of-covid-19-based-on-clear-delineation-of-risk-zones-update/>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Gardner W, States D, Bagley N (2020). The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. *J Aging Soc Policy*. Apr 3:1-6. doi: 10.1080/08959420.2020.1750543. Online ahead of print.

- Government of Scotland (2020a). Extra payment for unpaid carers, 6 May. In: News [веб-сайт]. (<https://news.gov.scot/news/extra-payment-for-unpaid-carers>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Government of Scotland (2020b). Pay rise for social care staff, 12 April. In: News [веб-сайт]. (<https://www.gov.scot/news/pay-rise-for-social-care-staff/>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Han S, Mosqueda L (2020). Elder abuse in the COVID-19 era. *J Am Geriatr Soc* Apr 20. doi: 10.1111/jgs.16496. Online ahead of print.
- Hashiguchi T, Llana-Nozal A (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection. OECD Health Working Papers. Paris: OECD. (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/2592f06e-en.pdf?expires=1588850530&id=id&accname=guest&checksum=F040925481929783523C7820A8504299>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- IASC (2020). Interim briefing notes: Addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak. Geneva: Inter-Agency Standing Committee. (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- International Long Term Care Policy Network (2020). Country reports [веб-сайт]. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/country-reports-on-covid-19-and-long-term-care/>, accessed 18 April 2020).
- Kim H (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-27-April-2020.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- King D, Zigante V (2020). Quality assurance practices in long-term care in Europe. Emerging evidence on care market management. Brussels: Publications Office of the European Union. (<https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/bd0899c2-3293-11ea-ba6e-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Kruse F, Remers T, Jeurissen P (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-26-April-2020.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Lamura G, Chiatti C, Barbabella F, Di Rosa M (2013). Migrant long-term care work in the European Union: Opportunities, challenges and main policy options. Filling the gap in long-term professional care through systematic migration policies. Berlin: National Institute of Health Science on Ageing, p. 40. (https://www.researchgate.net/profile/Mirko_Di_Rosa/publication/258859028_Migrant_long-term_care_work_in_the_European_Union_Opportunities_challenges_and_main_policy_options/links/0b495294678b4348100000/Migrant-long-term-care-work-in-the-European-Union-Op, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

- Laurent M (2020). Report: Lessons from failed COVID-19 control in Belgian nursing homes. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/2020/04/06/report-lessons-from-failed-covid-19-control-in-belgian-nursing-homes/>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Lorenz-Dant K (2020a). Comparing COVID-19 guidance on hospital discharges to care homes in England and Germany. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/2020/04/17/comparing-covid-19-guidance-on-hospital-discharges-to-care-homes-in-england-and-germany/>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Lorenz-Dant K (2020b). Germany and the COVID-19 long-term care situation. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-6-May-2020.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- McMaster Optimal Ageing Portal (2020). Elder abuse in a COVID-19 era. 13 May, McMaster University. (<https://www.mcmasteroptimalaging.org/hitting-the-headlines/detail/hitting-the-headlines/2020/05/13/elder-abuse-in-a-covid-19-era>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Muir T (2017). Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/measuring-social-protection-for-long-term-care_a411500a-en, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- National Center on Elder Abuse (2020). COVID-19 and elder abuse [веб-сайт]. Alhambra: National Center on Elder Abuse. (<https://ncea.acl.gov/Resources/COVID-19.aspx>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- NICE (2015). Older people: independence and mental wellbeing. London: NICE. (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/chapter/Recommendations#principles-of-good-practice>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- OECD (2019a). Health at a glance 2019. Paris: OECD. (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- OECD (2019b). Informal carers. In: Health at a glance 2019: Indicators. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/2/11/8/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- OECD (2019c). Long-term care spending and unit costs. In: Health at a glance: Indicators. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/2/11/11/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- OECD (2019d). Long-term care workers. In: Health at a glance: Indicators. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4dd50c09-en/1/2/11/9/index.html?itemId=/content/publication/4dd50c09-en&mimeType=text/html&_csp_=82587932df7c06a6a3f9dab95304095d&itemIGO=oecd&itemContentType=book, accessed 15 May).
- OECD (2019e). Women are well-represented in health and long-term care professions, but often in jobs with poor working conditions. In: Gender equality. Paris: OECD. (<https://www.oecd.org/gender/data/women->

are-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-working-conditions.ht, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

OECD/European Union (2013). A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. In: OECD Health Policy Studies. Paris: OECD. (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Oven A (2020). COVID-19 and long-term care in Slovenia: Impact, measures and lessons learnt. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID19-and-Long-Term-Care-in-Slovenia-impact-measures-and-lessons-learnt-21-April-2020.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Pierce M, Keogh F, O'Shea E (2020). The impact of COVID-19 on people who use and provide long-term care in Ireland and mitigating measures. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Ireland-COVID-LTC-report-updated-28-April-2020.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Rodrigues R (2015). Long-term care – the problem of sustainable financing. Luxembourg: European Commission.

Rodrigues R, Huber M, Lamura G (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Vienna: European Centre.

Schmidt A, Leichsenring K, Staflinger H, Litwin C, Bauer A (2020). The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria. LTC-COVID/International Long Term Care Policy Network. (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Austria-28-April-2020-1.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Social Care Institute for Excellence (2012). At a glance 60: Preventing loneliness and social isolation among older people. London: Social Care Institute for Excellence (<https://www.scie.org.uk/publications/atag glance/atag glance60.asp>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B (2018). Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. Brussels: European Commission.

Storey J (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggress Violent Behav.*50:1–13.

United Nations (2020). Policy brief: The impact of COVID-19 on older persons. Geneva: United Nations. (<https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo J et al. (2020). Dementia care during COVID-19. *Lancet.*395(10231):1190–1191. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30755-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30755-8/fulltext), по состоянию на 15 мая 2020 г.).

Wenham C, Smith J, Morgan R (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *Lancet.*395(10227):846–848.

- WHO (2014). Infection prevention and control of epidemic-and pandemic prone acute respiratory infections in health care. Geneva: World Health Organization. (https://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- WHO (2017a). Age-friendly environments in Europe: A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/359543/AFEE-handbook.PDF?ua=1, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- WHO (2017b). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2018a). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: A WHO guide for planners, implementers and managers. In: Integrating palliative care and symptom relief into primary health care [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/publications-detail/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- WHO (2018b). The health and well-being of men in the WHO European Region: Better health through a gender approach. Copenhagen: World Health Organization. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/380716/mhr-report-eng.pdf?ua=1, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- WHO (2019). Country assessment framework for the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2019/country-assessment-framework-for-the-integrated-delivery-of-long-term-care-2019>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- WHO (2020c). Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts. Geneva: World Health Organization. ([https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts), по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- WHO (2020g). Gender and COVID-19. Advocacy brief, 14 May 2020. Geneva: World Health Organization. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332080/WHO-2019-nCoV-Advocacy_brief-Gender-2020.1-eng.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- WHO (2020i). Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Maintaining Essential Health Services and Systems. Geneva: World Health Organization. (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/maintaining-essential-health-services-and-systems>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Wong K, Lum T, Wong G (2020). The COVID-19 long-term care situation in Hong Kong: Impact and measures. International Long Term Care Policy Network (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Hong-Kong-COVID-19-Long-term-Care-situation-27-April-2020-1.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta analysis. *Lancet Glob Health*. 5(2):e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.

- Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton C, Huber M, Sethi D (2019). The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*.29(1):58–67.
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6359898/>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- To KK, Tsang OT, Leung WS, Tam AR, Wu T-C, Lung DC et al. (2020). Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV2. *Lancet Infect Dis*.20:565–574.
- ВОЗ (2011). Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах. Женева: Всемирная организация здравоохранения.
(https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- ВОЗ (2015). Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения.
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789244565049_rus.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- ВОЗ (2020а). Применение масок в контексте COVID-19. Временные рекомендации. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331693/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.3-rus.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- ВОЗ (2020b). Отслеживание контактов в контексте COVID-19. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332049/WHO-2019-nCoV-Contact_Tracing-2020.1-rus.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- ВОЗ (2020d). Профилактика инфекций и инфекционный контроль в учреждениях долговременного ухода в контексте вспышки COVID-19. Женева: Всемирная организация здравоохранения.
(<https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-for-long-term-care-facilities-in-the-context-of-covid-19>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- ВОЗ (2020e). Техническое руководство № 1. Усиление мер реагирования систем здравоохранения на COVID-19. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/436354/strengthening-health-systems-response-COVID-19-technical-guidance-1.pdf, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- ВОЗ (2020f). Responding to COVID-19: Real-time training for the coronavirus disease outbreak [веб-сайт]. Женева: Всемирная организация здравоохранения. (<https://openwho.org/channels/covid-19?locale=ru>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).
- ВОЗ (2020h). Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции при подозрении на коронавирусную инфекцию COVID-19. Временные рекомендации, 13 марта 2020 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения.
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331446/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.4-rus.pdf>, по состоянию на 15 мая 2020 г.).

© Всемирная организация здравоохранения, 2020. Некоторые права защищены. Данная работа распространяется на условиях лицензии [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).