

# Fertőzésmegelőzési és járványvédelmi útmutató hosszú távú ellátást nyújtó intézményeknek a Covid19 kapcsán

Időközi útmutató  
2021. január 8.



Ez a dokumentum, amely a 2020. március 21-én kiadott útmutató frissítése, új tudományos bizonyítékokat és útmutatást tartalmaz többek között az alábbiakról:

- a lent jelzett témakörökben végzett és már közzétett vizsgálatok legújabb eredményei:
  - a SARS-CoV-2-fertőzés epidemiológiája és mértéke a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakói és dolgozói körében;
  - a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedések hatásossága a SARS-CoV-2-fertőzés hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben történő terjedésének megelőzésében;
  - a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedések hatása az idősek mentális és testi egészségi állapotára, közérzetére, különös tekintettel a demenciában, illetve más mentális vagy neurológiai betegségben szenvedőkre;
- frissített tanácsok azon fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedésekre vonatkozóan, amelyek a SARS-CoV-2 terjedésének megelőzésére szolgálnak a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben, valamint az itt élő, gyaníthatóan vagy igazoltan Covid19-fertőzött betegek gondozóinak és az egészségügyi dolgozóknak a védelmét szolgálják;
- a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakóinak és dolgozóinak körében a SARS-CoV-2 korai észlelésére és tesztelésére vonatkozó tanácsok;
- tanácsok a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekbe érkező látogatókra vonatkozó szabályok kapcsán, valamint egyéb szempontok, amelyekkel minimalizálni lehet a Covid19 miatt bevezetett fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedések, illetve korlátozások mentális és testi egészségre kifejtett hatásait.

## Fő pontok

- A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények kiemelt kockázatúnak számítanak a Covid19 terjedése szempontjából az ott lakókat és a dolgozókat tekintve egyaránt. Az ilyen intézmények lakói esetében magasabb a súlyos betegség és az elhalálozás kockázata, mert jellemzően idős emberekről van szó, akik gyakran szenvednek alapbetegségekből, illetve legyengült egészségi állapotban vannak. A Covid19 korai észlelése, a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi ismeretek megfelelő betanítása a dolgozók, a bentlakók és a látogatók számára, valamint a megfelelő óvintézkedések és lépések következetes megvalósítása jelentősen csökkentheti a SARS-CoV-2 terjedését a bentlakók, a dolgozók és a gondozók körében a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben.
- A fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedések hatással lehetnek a bentlakók és a dolgozók mentális és testi egészségre, közérzetére egyaránt. Különösen igaz ez a személyi védőeszközök viselésére vonatkozó előírásokra, valamint arra a körülményre, hogy korlátozásokat kellett bevezetni a közösségi tevékenységek és a látogatók fogadása

kapcsán is. Tehát úgy kell megértni, tiszteletteljes és emberközpontú ellátást nyújtani a bentlakók számára, hogy közben megfelelő figyelmet kell fordítani a bentlakók, a látogatók és a dolgozók Covid19 elleni védelmére.

- A Covid19-világjárvány kapcsán az alábbi, kritikusan fontos fertőzésmegelőzési és járványvédelmi irányelveket és eljárásokat kell életbe léptetni a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben, függetlenül attól, hogy a SARS-CoV-2-fertőzés megjelent-e már a bentlakók, illetve a dolgozók körében vagy sem. A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények feladatai:
  - megfelelő fertőzésmegelőzési és járványvédelmi programot kell életbe léptetni, valamint ki kell jelölni egy ezzel foglalkozó csapatot vagy legalább egy képzett felelőst;
  - minden bentlakó vonatkozásában standard fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedéseket kell hozni (különösen a [WHO – A kézhigiéné 5 momentum](#)a című kiadványnak megfelelő kézhigiénét, valamint az intézmény egészére kiterjedő, alapos és rendszeres takarítást és fertőtlenítést), továbbá életbe kell léptetni a SARS-CoV-2 átvitelének megelőzésére szolgáló óvintézkedéseket, ha ez javasolt;
  - ahol ismertén vagy gyaníthatóan tömeges vagy gócpontos Covid19-fertőzés van jelen, ott általános maszkviselést kell előírni minden egészségügyi dolgozó, gondozó, egyéb szakember, látogató, külső szolgáltatószemélyzet és a bentlakók számára egyaránt;
  - ahol ismertén vagy gyaníthatóan szórványos (sporadikus) Covid19-fertőzések vannak csak jelen, ott célzott, folyamatos maszkviselést kell előírni az egészségügyi dolgozók számára a klinikai területen;
  - biztosítani kell a fizikai távolságtartást;
  - megfelelő szellőzést kell biztosítani az intézményben;
  - a bentlakókat és a dolgozókat be kell oltani influenza és Covid19 ellen, továbbá a bentlakókat *Streptococcus pneumoniae* ellen;
  - fertőzésmegelőzési és járványvédelmi szabályokat kell életbe léptetni az intézménybe érkező látogatók számára;
  - biztosítani kell a megfelelő dolgozói létszámot, a munkaszervezést, az előírt munkaidő betartását, valamint védelmet az egészségügyi dolgozók számára a munkahelyi kockázatok ellen.
- Az alábbi intézkedések kritikusan fontosak a Covid19 korai észleléséhez. A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények feladatai:
  - biztosítani kell a SARS-CoV-2-fertőzés korai észlelését az egészségügyi dolgozók körében, a tünetekre irányuló megfigyelés és/vagy laboratóriumi tesztelés révén, a dolgozók és a bentlakók bevonásával;
  - biztosítani kell az expozíció és a SARS-CoV-2-fertőzés megfelelő menedzselését az egészségügyi dolgozók körében;
  - ki kell terjeszteni a tesztelést az összes egészségügyi dolgozóra és bentlakóra, ha valamelyik bentlakó vagy dolgozó SARS-CoV-2-tesztje pozitív;
  - ha a földrajzi területen tömeges vagy gócos járvány van jelen, a hosszú távú ellátást nyújtó intézménybe való első, illetve újbóli felvételkor tesztelni kell a bentlakókat

a SARS-CoV-2 tekintetében, ha az erőforrások lehetővé teszik.

- Ha egy bentlakót gyaníthatóan vagy igazoltan Covid19-pozitív esetként azonosítanak, az alábbi fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedéseket kell azonnal életbe léptetni. A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények feladatai:
  - az érintett bentlakó(k) kezelése során óvintézkedéseket kell hozni az érintkezéssel, cseppfertőzéssel és/vagy levegőben terjedő kórokozók ellen (a javaslat szerint);
  - konkrét eljárásokat kell követni a lakókörnyezet takarításakor és fertőtlenítésekor, valamint a hulladék és a szennyes kezelésekor;
  - a gyanított vagy igazolt Covid19-eseteket egyágyas szobákban kell elkülöníteni, vagy ha ez nem lehetséges, akkor csoportosan kell elhelyezni őket, ügyelve arra, hogy a gyanított esetek csak gyanított esetekkel, míg az igazolt esetek csak igazolt esetekkel kerüljenek közös szobába;
  - biztosítani kell a betegek egészségügyi szakemberek általi gondos klinikai kivizsgálását – ez kiemelten vonatkozik azon betegekre, akiknél gyors állapotromlásra hajlamosító tényezők állnak fenn, pl. magasabb életkor, fennálló alapbetegségek –, meg kell kezdeni a megfelelő korai kezelést és fontolóra kell venni a bentlakó átszállítását egy Covid-osztályt működtető egészségügyi intézménybe;
  - az igazolt Covid19-esetek kontaktjait karanténba kell helyezni a saját szobájukban vagy más bentlakóktól elzártan, és az utolsó érintkezési időponttól számítva 14 napig megfigyelés alatt kell őket tartani.
- Covid19-beteg halála esetén a holttesttel kapcsolatos teendőket biztonságos eljárással kell végezni.

## Az útmutató kialakításának módszertana

Ez a frissített időközi útmutató a WHO (Egészségügyi Világszervezet) által a Covid19 kapcsán korábban kiadott fertőzésmegelőzési és járványvédelmi útmutatásokon alapul (WHO-útmutatások az egészségügyi intézmények fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedéseiről, a maszkhasználatról, valamint az egészségügyi dolgozók fertőzésének megelőzéséről, azonosításáról és kezeléséről [1–3.]), továbbá a jelen útmutató alapjául szolgálnak még a rendelkezésre álló tudományos eredmények azon folyamatban lévő elemzései is, amelyek a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben előforduló Covid19-fertőzésekkel és az ilyen környezetben alkalmazandó fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedések hatékonyságával foglalkoznak. Vészhelyzet esetén a WHO időközi útmutatókat is kiad, amelyeknek a kialakítása többek között a konkrét beavatkozások előnyeire és hátrányaira vonatkozóan rendelkezésre álló tudományos eredmények transzparens és jól megalapozott kiértékelését követi. A WHO Covid19 IPC GDG-munkacsoport (WHO ad hoc Covid19 Infection Prevention and Control Guidance Development Group: a WHO fertőzésmegelőzésre és járványvédelemre vonatkozó iránymutatások kialakításáért felelős ideiglenes munkacsoportja, melynek tagjait lásd a Köszönetnyilvánítás című részben) a tudományos eredményeket soron kívüli szisztematikus elemzések és szakértői konszenzuseresés révén értékeli ki heti tanácskozásokon, módszertanilag is alátámasztva, és szükség esetén felmérésekkel utánkövetve. Ez a folyamat – amennyire csak lehet – figyelembe veszi az erőforrásvonlatokat, értékeket és preferenciákat, továbbá a megvalósíthatósági, méltányossági és etikai szempontokat is. Az útmutatók kiadása előtt a dokumentumtervezeteket belső és külső szakértők bírálják el.

## Az útmutató célja

Ez a dokumentum naprakész útmutatást nyújt a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények vezetőinek és a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi felelősöknek arra vonatkozóan, hogy miként lehet megelőzni a SARS-CoV-2-fertőzés bejutását az intézménybe, a terjedését az intézményen belül és onnan tovább, valamint fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedések szigorú foganatosításával miként teremthetők meg a látogatás biztonságos feltételei – a bentlakók jó közérzete érdekében.

A WHO frissíteni fogja az útmutatót, amint új információ kerül napvilágra.

## Háttér

A különböző országokban, sőt, még egy adott országon belül is lehetnek eltérések a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények között. A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények (más néven tartós ellátást nyújtó intézmények) sokfélék lehetnek és sokféle megnevezésük lehet: idősothtonok, nyugdíjasothtonok, bentlakásos intézmények, szociális otthonok, lakóotthonok stb. Ezek az intézmények egyrészt egészségügyi szolgáltatást, másrészt segítséget és gondozást nyújtanak a napi életvitelhez azok számára, akik arra önállóan nem képesek. Ugyanakkor a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények kategóriájába nem tartozik bele az otthoni tartós ápolás, továbbá nem tartoznak bele a közösségi házak, a csupán nappali („napközi”) ellátást nyújtó intézmények (4., 5.).

Egészségügyi dolgozóknak tekintendők mindazon személyek, akik a munkájuk révén elsődlegesen részt vesznek a betegellátást és egészségmegőrzést szolgáló tevékenységekben. A hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben az egészségügyi dolgozók közé tartoznak az ápolók, gondozók, valamint az intézmény által foglalkoztatott szociális munkások is (6., 7.).

A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények kiemelt kockázatának számítanak a Covid19 terjedése szempontjából az ott lakókat és a dolgozókat tekintve egyaránt. A Covid19-betegekkel érintkező, illetve őket gondozó egészségügyi dolgozók magasabb kockázatnak vannak kitéve a megfertőződést illetően, mint az átlaglakosság (3., 8.). Az Egyesült Államokban nemrégiben végzett egyik nagylétszámú, multicentrikus vizsgálatban azt találták, hogy a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények esetében minden 3 Covid19-pozitív bentlakóra átlagosan 1,3 Covid19-pozitív egészségügyi dolgozó jutott (9.). Más olyan kutatásokban, ahol a Covid19 prevalenciáját vizsgálták a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények egészségügyi dolgozói körében, 2,2% és 62,6% közötti értékeket kaptak eredményül (10.).

Az ilyen intézmények lakói esetében magasabb a súlyos betegség és az elhalálozás kockázata, mert jellemzően idős emberekről van szó, akik gyakran szenvednek alapbetegségekből, illetve legyengült egészségi állapotban vannak (4., 11.).

A demenciában szenvedő betegek esetében magasabbak a Covid19-betegséggel összefüggő közvetlen és közvetett kockázatok is, ugyanis ők kevésbé tudják betartani a közegészségügyi ajánlásokat, valamint a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedéseket, beleértve az elkülönülést is (11.). A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények demenciában szenvedő lakóinak szembe kell nézniük a megszokott ápolási rend megváltozásából fakadó nemkívánatos eseményekkel is, beleértve a személyes támogatás csökkenését is (11.).

A hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben előforduló Covid19-

járványra irányuló, közzétett vizsgálatok áttekintése szerint a SARS-CoV-2-tesztek pozitívítási aránya széles skálán (4% és 77% között) mozgott, az átlagos érték 37% volt, amely a járvány erősödéseikor 42,9%-ra nőtt (10.).

A SARS-CoV-2-fertőzött betegek továbbadhatják a fertőzést függetlenül attól, hogy megjelennek-e náluk tünetek vagy sem, és bizonyos vizsgálatok eredménye szerint atipikus tünetek is jelentkezhetnek a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben lakó betegeknél (4., 12., 13.). A járványok vizsgálata kimutatta, hogy a pozitívnak tesztelt bentlakók 7–75%-a, míg a pozitívnak tesztelt dolgozók 50–100%-a vagy tünetmentes volt, vagy a teszthez képest csak később jelentkeztek náluk a tünetek. A tünetmentesen pozitív bentlakók 57–89%-ánál később jelentek a tünetek, ami rámutat a megfelelő fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedések fontosságára (4.).

A súlyos Covid19-esetek, a kórházban kezelt betegek és a halálozások nagy többsége az idős korosztályból kerül ki (14.). A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakói sérülékeny populációt alkotnak a magasabb életkoruk és az alapbetegségeik miatt, amelyek között gyakran szerepel cukorbetegség, szív- és érrendszeri betegség, krónikus tüdőbetegség, cerebrovaszkuláris betegség, daganatos betegség, valamint demencia, amelyek külön-külön is növelik a Covid19 progressziójának, a súlyos kimenetelnek és az elhalálozásnak a kockázatát (15.).

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) által nemrégiben kiadott kockázatelemzés összefoglalta azokat a tényezőket, amelyek közvetlenül hozzájárulnak ahhoz, hogy a Covid19-járvány nagyobb valószínűséggel éri el a hosszú távú ellátást nyújtó intézményeket és terjed el az intézményeken belül. Ezen tényezők közé tartozik a Covid19 magas közösségi prevalenciája; a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekre jellemző összezárt életmód; a nagyobb intézmények mérete (> 20 ágy); az intézmények magasabb kihasználtsági aránya; a biztonsági adatokban megmutatkozó korai figyelmeztető jelek észlelésének elmulasztása (pl. a dolgozók távolléte, egyedüli pozitív esetek); tünetmentes dolgozók, akik nem is tudják, hogy fertőzötten dolgoznak; a Covid19 késői észlelése a bentlakók körében a gyanú alacsony foka miatt; az esetek igazolásának késlekedése az időben végzett tesztelés korlátozott rendelkezésre állása és/vagy a teszteredmények késői továbbítása miatt (11.).

A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények számos lakója a Covid19 diagnosztizálása után kórházi kezelést igényel a betegség súlyossága miatt. A Gmehlin & Munoz-Price áttekintése szerint az összes vizsgálatot tekintve a pozitív teszttel rendelkező bentlakók 44%-át kellett kórházban kezelni, az átlagos halálozási ráta pedig 21% volt. Megjegyzendő, hogy a hospitalizálási arányt az is növeli, hogy a Covid19-pozitív bentlakókat el kell különíteni a többi bentlakótól (10.).

A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények halálozási adatainak áttekintése kimutatta, hogy a Covid19 miatti halálozásoknak kb. 46%-át a bentlakásos intézmények betegek teszik ki (21 ország adatai alapján) (16.). Más áttekintésekben kiértékeltek a fertőzési mortalitási rátákat (FFR) életkor szerint, és mindenhol azt találták, hogy az FFR az életkorral együtt nőtt (17–19.). Egy vizsgálatban

azt találták, hogy a 80 évesnél idősebbek körében az FFR 8,29% (férfiak esetében 10,83%), míg az FFR 5–9 éves korú gyermekek körében 0,001%, a teljes populációt tekintve pedig 0,79% (17.); egy másik vizsgálatban a 80 évesnél idősebbek körében az IFR 13,4% volt (18.), egy harmadik vizsgálatban pedig a 85 évesnél idősebb bentlakóknál 15%-os IFR-t kaptak (19.). A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakóinak körében az FFR eltérő értékű volt a különböző országokban; volt olyan ország, ahol ez az érték elérte a 22,2%-ot (17.).

Látván, hogy a Covid19 milyen nagy hatással volt a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekre, a WHO kiadott egy összefoglalót a Covid19-járvány hosszú távú ellátást nyújtó szolgáltatásokban történő megelőzéséről és menedzseléséről (4.), amelyben olyan módszereket vázolt fel, amelyekkel módosítani lehet az egészségügyi és hosszú távú ellátást nyújtó szolgáltatásokat annak érdekében, hogy az utóbbiak megfelelően integrálódjanak a teljes rendszerbe, amely rendszert a következők alkotják: egészség-promóció, prevenció, kezelés, rehabilitáció, palliatív ellátás. Így biztosítható, hogy a hosszú távú gondozást igénylő személyek minőségi, méltányos és fenntartható ellátást kapjanak. Az összefoglaló (4.) számos teendőt ír le ezen problémák megoldására, beleértve az alábbiakat:

- a koordinált intézkedések érdekében közös operatív bizottságok, valamint információ- és adatmegosztó rendszerek létesítése a szektorok és az országokon belüli adminisztrációs szintek között;
- hatékony monitorozás biztosítása, a Covid19 által a hosszú távú ellátásra kifejtett hatás kiértékelése, hatékony információtovábbítás az egészségügyi és a hosszú távú ellátást nyújtó rendszerek között az intézkedések optimalizálása érdekében;
- a rendszeren kívüli (nem szabályozott) szolgáltatók támogatására irányuló mechanizmus kiépítése, melynek célja a kooperatív támogatás, nem pedig a hátrányos helyzetbe hozás vagy büntetés;
- egy mechanizmus kiépítése, melynek célja olyan intézkedések megtervezése, prioritizálása és monitorozása, amelyek a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények dolgozóinak és lakóinak Covid19-járvánnyal szembeni védelmét szolgálják;
- olyan integrált, emberközpontú ellátási módokat biztosítása, amelyek kiterjednek az egészségügyi és a hosszú távú ellátásra egyaránt, annak érdekében, hogy a hosszú távú ellátást igénylő személyek teljes körű gondozást kapjanak.

## A SARS-CoV-2 megelőzésének és korai észlelésének legfontosabb általános elvei

A rendelkezésre álló eredmények azt mutatják, hogy a megfelelő fertőzésmegelőzési-járványvédelmi óvintézkedések és lépések következetes, szigorú alkalmazása jelentősen csökkenti a SARS-CoV-2-fertőzés kockázatát a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakói és dolgozói körében (1. keretes szövegrész) (20.).

**1. keretes szövegrész A hosszú távú ellátást nyújtó intézményekre vonatkozó fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedéseket megalapozó tudományos bizonyítékok**

2020 áprilisában a WHO egy gyors áttekintést adott ki a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekre vonatkozó Covid19-prevenzióról (ez részben megtekinthető a Rios és mtsai. által jegyzett, tudományos szakmai bírálaton átesett publikációban [20.]), melynek frissítése 2020. október 9-én jelent meg. A frissített áttekintésben hat megfigyeléses vizsgálat (21–26.) és 10 klinikai útmutató (20., 27.) is szerepel, és azt találták, hogy a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedésekkel meg kell előzni a SARS-CoV-2 intézménybe való bejutását, vagy ha a vírus már bejutott, azonnal és átfogó intézkedéseket kell tenni a terjedés kontrollálására.

A hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben a SARS-CoV-2 megelőzését és kontrollálását célzó leghatásosabb intézkedésekre irányuló **megfigyeléses vizsgálatok** eredményeként kapott adatok, habár korlátozottak, azt mutatják, hogy a leghatásosabb fertőzésmegelőzési és járványvédelmi stratégiák többek között az alábbiak:

- Azokon a földrajzi területeken, ahol tömeges SARS-CoV-2-járvány van, az összes intézmény összes lakójának és dolgozójának rendszeres tesztelése lehetővé teszi a pozitív bentlakók, illetve dolgozók korai észlelését, elkülönítését és kezelését (beleértve a tünetmentes és a preszimptomatikus betegeket), valamint az intézményben a járvány kitörésének megelőzését. Egy másik vizsgálatban azt találták, hogy ha egy pozitív eset azonosítása után az összes bentlakót és dolgozót szűrik, akkor további 10–100 pozitív eset derülhet ki minden egyes kezdetben diagnosztizált eset után (28.).
- A hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben csökkentette a SARS-CoV-2-járvány kockázatát, ha a dolgozókat területileg osztották be (vagyis úgy szervezték meg a munkavégzést, hogy egy adott csoport az intézménynek csak valamely területén végez munkát, és nem találkozik a csoportján kívül más dolgozókkal) és a dolgozókat csoportokra bontották (külön dolgozókat jelöltek ki a fertőzött bentlakók ellátásával).
- Fizetett betegségbiztosítás esetén a dolgozók nagyobb arányban vetették alá magukat tesztelésnek és izolációnak, ha Covid19-re utaló tüneteik voltak, ami végsősoron az intézményen belüli járványkockázat csökkentéséhez vezetett.
- Szintén csökkentette a fertőzés továbbadásának kockázatát a legalább 1 méteres fizikai távolságtartás, amelyet étkezéskor is be kell tartani.
- Alacsonyabb prevalenciával fordult elő Covid19-fertőzés amikor az intézményen belüli közösségi helyiségekben korlátozták (és figyelmeztető feliratokkal is hangsúlyozták) az ott tartózkodók maximális létszámát.
- Statisztikailag szignifikánsan alacsonyabb fertőzésprevalenciát mutattak ki a bentlakók és a dolgozók körében is, amikor megfelelően alkalmazták a személyi védőeszközöket a fertőzött bentlakók ellátása során, emlékeztető jelzésekkel hívták fel az egészségügyi dolgozók figyelmét a cseppfertőzéssel és érintkezéssel terjedő kórokozók elleni óvintézkedésekre, valamint képzéssel és gyakori ellenőrzéssel biztosították a megfelelő maszkhasználatot az egészségügyi dolgozók körében.
- Ugyanakkor szignifikánsan emelkedett a SARS-CoV-2 prevalenciája a bentlakók és a dolgozók között, amikor a közösségi tereket nem takarították ki naponta legalább kétszer.
- Szignifikánsan alacsonyabb fertőzési ráta volt észlelhető azon hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben, ahol minden lakószobához saját fürdőszoba és mosdó tartozik.

Az áttekintésben szereplő megfigyeléses vizsgálatok további eredményei közé tartoztak az alábbiak:

- Az ideiglenes dolgozók alkalmazása szignifikánsan növelte a SARS-CoV-2 terjedésének kockázatát a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben és az egészségügyi dolgozók között (23.). Az ideiglenes dolgozókat sosem alkalmazó intézményekhez viszonyítva az ideiglenes dolgozókat gyakran alkalmazó intézmények majdnem kétszer magasabb emelkedést észleltek a Covid19 prevalenciájában a bentlakók körében és csaknem kétszer akkora valószínűséggel jelentettek Covid19-esetet vagy -járványkitörést, továbbá szignifikánsan magasabb Covid19-prevalenciát észleltek a dolgozók körében is.
- Növelte a SARS-CoV-2-fertőzés kockázatát a bentlakók körében, ha őket – például demencia miatt – nem lehetett elkülöníteni. A tudományos eredmények áttekintése nem vont le egyértelmű következtetést abban a tekintetben, hogy a bentlakókon és a dolgozókon végzett lázmérés és a tünetek figyelése mennyire hatékony stratégia a fertőzésveszély csökkentésében.

A tudományos eredmények rövid áttekintésében (20.) szereplő, nyilvánosan közzétett **klinikai gyakorlati útmutatókban** megfogalmazott leggyakoribb javaslatok az alábbiak (a rájuk utaló hivatkozások gyakoriságának sorrendjében):

- a dolgozók, gondozók és bentlakók tüneteinek felderítését, megfigyelését és kiértékelését végző rendszer kialakítása;
- megfelelő személyi védőeszközök használata a dolgozóknál, a bentlakóknál és a látogatónál egyaránt;
- fizikai távolságtartás és elkülönítési intézkedések;
- a gyaníthatóan vagy igazoltan Covid19-fertőzött betegek elkülönítése egyágyas szobákban (vagy betegcsoportokban);
- az intézményben lévő tárgyak felületének rutinszerű vagy fokozott gyakoriságú fertőtlenítése;
- kézhigiéniés lépések javaslása, illetve kötelezővé tétele a dolgozók, a bentlakók és a látogatók számára;
- közhigiénés és tüszentesítési etikett javaslása, ill. kötelezővé tétele a dolgozók, a bentlakók és a látogatók számára;
- olyan munkáltatói szabályrendszer alkalmazása, amely javasolja, ill. kötelezővé teszi a betegségabsztrakciót a tüneteket mutató vagy gyaníthatóan Covid19-fertőzött dolgozók számára, miközben a betegségabsztrakción lévő dolgozók megfelelő anyagi kompenzációt kapnak; továbbá a szabályrendszernek korlátoznia kell a dolgozók mozgását az intézményen belül, illetve az intézmények között;
- megfelelő kommunikáció biztosítása a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények és a helyi/regionális egészségügyi hatóságok között;
- a dolgozók, a gondozók és a bentlakók betanítása a megfelelő járványvédelmi intézkedésekre, beleértve a kézhigiéniét, valamint a közhigiénés és tüszentesítési etikettet;
- megfelelő készletek biztosítása személyi védőeszközökből, gyógyszerekből és egyéb gyógyászati eszközökből (pl. oxigénpótlás céljából) a Covid19-esetek kezeléséhez;
- az illetékes egészségügyi szakemberek értesítése a Covid19-pozitív esetekről, tőlük konzultáció kérése;
- szabályrendszer kialakítása a látogatási idő korlátozására, illetve a látogatók körének korlátozására (csak a „nélkülözhetetlen”

látogatók engedélyezettek);

- cseppfertőzés elleni óvintézkedések (pl. megfelelő személyi védőeszközök) kötelező alkalmazása a gyaníthatóan vagy igazoltan Covid19-fertőzött betegek kezelése során;
- eszközök átcsoportosítása akként, hogy azokat csak a Covid19-betegek használják, valamint a tüneteket mutató összes dolgozó, gondozó és bentlakó tesztelése Covid19-fertőzésre;

**Fertőzésmegelőzési és járványvédelmi programok, tevékenységek**

A nemzeti szintű fertőzésmegelőzési–járványvédelmi programokban és a Covid19-járvány kezelésében magas prioritást kell adni a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekre vonatkozó intézkedések támogatásának és erősítésének. A hosszú távú ellátást nyújtó intézményeknek intézményszintű fertőzésmegelőzési és járványvédelmi programmal kell rendelkezniük, kijelölt és betanított csapattal, vagy legalább egy képzett felelős személlyel, meghatározott felelősségi körökkel, akit támogat az intézmény vezetése és a helyi egészségügyi hatóságok. Ideális esetben a felelős csapatot vagy a felelős személyt egy multidiszciplináris bizottságnak kell ellátnia tanáccsal a stratégiai megközelítést és akciótérvet illetően, a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedések megfelelő megvalósítása érdekében. A hatékony fertőzésmegelőzési és járványvédelmi programokra vonatkozó WHO-ajánlások itt találhatók (29.). A fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedésekért felelős személy kijelölését a WHO minimumkövetelményeként javasolja minden egészségügyi intézmény számára, beleértve a hosszú távú ellátást nyújtó intézményeket is (30.). A Covid19 prevenciójával és a járvány elhárításával kapcsolatos információkhoz és erőforrásokhoz való hozzáférés biztosítása – útmutatók, irányelvek és eljárások formájában –, valamint a megfelelő eszközök biztosítása segíti a dolgozókat és lehetővé teszi az összes intézménynek a biztonságos ellátási gyakorlat kialakítását (11.).

A célközönséget megfelelő képzésben és rendszeres utánpótlás-képzésben kell részesíteni.

- Covid19-re vonatkozó fertőzésmegelőzési és járványvédelmi képzést (31.) kell tartani a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények összes dolgozójának, beleértve a munkavállalókat, a gondozókat, valamint a bentlakókat ellátó külső szakembereket is. A képzésnek legalább az alábbiakra kell terjednie:
  - a Covid19 áttekintése;
  - standard óvintézkedések, különösen hangsúlyozva a kézhigiéniét, a köhögési és tüsszentési etikettet, valamint a környezet takarítását és fertőtlenítését;
  - a helyes maszkhasználat;
  - az érintkezéssel és az egyéb módon terjedő kórokozók elleni óvintézkedések, a Covid19-járványkezelési eljárások, beleértve a személyi védőeszközök helyes fel- és levételének módját;
  - a foglalkozási egészség és biztonság fő elvei.
- Rendszeres tájékoztatókat kell tartani a Covid19-ről a bentlakók és látogatók számára, ismertetve a vírust, az általa okozott betegséget, és a fertőzés elleni védekezés lehetséges módjait. Az információkat esetenként egyszerűbb formában kell közölni, illetve gyakran meg kell erősíteni, különösen, ha a bentlakók jelentős hányadának csökkentek a kognitív képességei vagy demenciában szenvednek. Hangsúlyt kell fektetni a befogadó kommunikációra, hogy az például az érzékszervi károsodással élők számára is érthető legyen.

A kijelölt felelős csapat vagy személy munkája révén minimum az alábbi fertőzésmegelőzési és járványvédelmi standardokat kell érvénybe léptetni a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben:

- Biztosítani kell a triázst, a korai észlelés és a fertőzés továbbadásának megelőzését (többek között a gyanított és az igazolt Covid19-esetek elkülönítése révén a bentlakók és a dolgozók között egyaránt).
- Ki kell alakítani olyan jól felszerelt helyiségeket, ahol fel-, illetve leveszik a személyi védőeszközöket.
- Rendszeresen ellenőrizni kell a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi lépések végrehajtását (pl. a kézhigiénié betartását, a személyi védőeszközök helyes fel- és levételét), erről visszajelzést kell adni a dolgozóknak (mind az intézmény saját dolgozóinak, mind a külső szakembereknek), és szükség szerint javításra irányuló stratégiákat kell kidolgozni.
- Különös hangsúlyt kell fektetni a kézhigiéniére és a köhögési-tüsszentési etiketre az alábbi módszerekkel:
  - gondoskodni kell megfelelő mennyiségű alkoholos

kézfertőtlenítőről (legalább 70%-os alkoholtartalommal), és rendelkezésre kell, hogy álljon szappan és tiszta víz; legyenek továbbá kézfertőtlenítő pontok a bejáratok, kijáratok és ellátási helyszínek közelében;

- javasolni kell a legalább 40 másodpercig tartó szappanos kézmosást, vagy a legalább 20 másodpercig tartó alkoholos kézfertőtlenítést (32.);
- elő kell írni az egészségügyi dolgozók számára a gyakori kézhigiéniét, különös tekintettel a [WHO – A kézhigiénié 5 momentuma](#) című kiadványra (33., 34.), valamint a munkanap elején, továbbá a WC használata előtt és után, az ételek előkészítése előtt és után, valamint étkezés előtt (32., 35.);
- javasolni kell a bentlakók és a látogatók számára a gyakori kézhigiéniés lépéseket, különösen, ha szennyezett a kezüket, illetve más személyek megérintése előtt és után (habár ezt eleve minél inkább kerülni kell), a WC használata után, evés előtt, valamint köhögés és tüsszentés után;
- gondoskodni kell elegendő mennyiségű papírsebkendőről és a megfelelő hulladékgyűjtésről (fedeles szemétkosárban);
- emlékeztető táblákat, plakátokat és szórólapokat kell elhelyezni intézményszerte, amelyben felhívják a dolgozókat, a bentlakókat és a látogatókat figyelmét a rendszeres kézhigiéniés lépésekre, a fizikai távolságtartásra, a maszkhasználatra, a könyökhajlatba vagy papírsebkendőbe végzett köhögésre és tüsszentésre (a papírsebkendő azonnali kidobásával fedeles szemétkosárba), valamint a személyi védőeszközök helyes fel- és levételére.
- Gondoskodni kell megfelelő mennyiségű személyi védőeszközről és a környezet (tárgyak, felületek stb.) tisztításához szükséges eszközökről.
- A hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben szigorú előírások szerint kell végezni a környezet és az eszközök tisztítását és fertőtlenítését, a hulladékkezelést és a higiéniai viszonyok fenntartását. Rendelkezésre áll külön útmutató a vízre, a higiéniai viszonyok fenntartására, valamint a szennyes és a hulladékok kezelésére vonatkozóan a Covid19 kapcsán (36.).
- A bentlakókat és a dolgozókat be kell oltani influenza (37–39.) és Covid19 ellen, valamint a bentlakókat *Streptococcus pneumoniae* ellen, a helyi irányelvek szerint.

A Covid19 elleni saját védekezésük kidolgozása és megvalósítása keretében a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények önellenőrzést végezhetnek, hogy segítsék a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi kapacitásban észlelt hiányosságai azonosítását, prioritizálását és megoldását (40., 41.).

A hosszú távú ellátást nyújtó intézményben a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi felelősnek, valamint a Covid19 megelőzéséért és elhárításáért felelős személyeknek biztosítaniuk kell a koordinált munkát a meglévő hosszú távú ellátást nyújtó rendszerekkel és szolgáltatásokkal, különösen az alábbiak révén:

- koordinált munka a hosszú távú ellátást felügyelő illetékes hatóságokkal (pl. egészségügyi minisztérium, népjóléti minisztérium, esélyegyenlőségi minisztérium stb.);
- a helyi egészségügyi és szociális hálózat aktiválása, annak érdekében hogy folyamatos ellátást nyújtsanak a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények kiegészítéseként-támogatásaként (kórházak, sürgősségi betegellátó osztályok, nappali ellátóközpontok, önkéntes csoportok stb.);
- további támogatás (erőforrások, egészségügyi szolgáltatók), ha egy hosszú távú ellátást nyújtó intézményben élő idős személynél Covid19-fertőzés igazolódik.

**Covid19-vakcináció a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben**

A WHO ajánlása szerint a hosszú távú ellátást nyújtó intézményeknek magas prioritást kell élvezniük a Covid19 oltási programjában, és előzetesen átlátható terveket kell készíteni (42.). A WHO és a UNICEF tájékoztatót adott ki, amelyek segíthetnek az országok kormányainak a Covid19-fertőzésre irányuló oltási tervek létrehozásában és frissítésében. Az ajánlás szerint az immunizálás első, magas prioritású célcsoportjai az egészségügyi dolgozók (beleértve a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben és a magánszektorban dolgozókat is), az idősek, valamint a krónikus betegek (42.). Ezért rendkívül fontos a késlekedés nélküli kommunikáció a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények és a helyi egészségügyi hatóságok között, hogy megtervezzék és meghatározzák az illetékességi területükön az oltási program logisztikáját. Figyelembe kell venni a következő szempontokat: kommunikáció a bentlakókkal és a legközelebbi hozzátartozókkal, belegegyezés megszerzése, tárolás, beadás, egyszer használatos kellékek, hulladékkezelés, mellékhatások kezelése, adatkezelés, a második dózis jól időzített beadásának biztosítása.

Fontos, hogy a Covid19-vaksinára alkalmas minden személy minden javasolt dózist a javasolt időpontban kapjon meg. Szintén nagyon fontos, hogy a dolgozók, a gondozók és a bentlakók továbbra is betartsák az óvintézkedéseket a fertőzés terjedésének minimalizálása érdekében, amíg több adat rendelkezésre nem áll a Covid19-vaksinák hatásosságáról. Ezért a dolgozóknak és a bentlakóknak továbbra is orvosi maszkot kell viselniük, meg kell tartaniuk a fizikai távolságot, gyakori kézhigiénés lépéseket kell végezniük, és követniük kell a fent említett egyéb alapvető fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedéseket. Ha a Covid19-vaksinát a hosszú távú ellátást nyújtó intézményben adják be, az egyes vakcinák beadása között alkoholos kézfertőtlenítés javasolt (35.). Az oltás beadásához nem szükséges kesztyűt viselni.

#### Általános, illetve célzott folyamatos maszkviselés

A WHO kiadott egy útmutatót a maszkhasználatra vonatkozóan a Covid19 kapcsán (2.), amelyben szerepelnek az ajánlásokat alátámasztó tudományos bizonyítékok is. Általános maszkviselés<sup>1</sup> javasolt az alábbiak szerint azokon a földrajzi területeken, ahol ismerten vagy gyaníthatóan tömeges vagy gócpontos Covid19-járvány van:

- Az egészségügyi dolgozóknak és gondozóknak orvosi maszkot kell viselniük a betegellátó helyiségekben végzett minden tevékenység közben (akár Covid19-fertőzöttek, akár más betegek ellátását végzik), valamint minden közös használatú helyiségben (pl. büfében, öltözőben).
- Az egyéb szakembereknek, látogatóknak és külső szolgáltatóknak orvosi vagy nem orvosi maszkot kell viselniük bármely tevékenységhez vagy bármely közös használatú helyiségben.
- A bentlakóknak orvosi maszkot kell viselniük, ha az 1 méteres távolságtartás nem biztosítható, vagy ha a bentlakó a saját szobáján (vagy saját ellátási területén) kívül tartózkodik az intézményen belül.

Ahol ismerten vagy gyaníthatóan csak elszórtan van jelen Covid19-fertőzés, az egészségügyi dolgozóknak és a gondozóknak orvosi maszkot kell viselniük minden betegellátási helyiségben (célzott folyamatos maszkviselés)<sup>2</sup> (2.).

A WHO által a maszkhasználatra vonatkozóan kiadott útmutató (2.) ismerteti az általános maszkviselés káros hatásait és kockázatait is, továbbá leírja, hogy a maszkhasználat kommunikációs nehézségeket okozhat, különösen a siket vagy nagyothalló emberek számára, akik szájáról olvasnak. Ezenkívül azt is megemlíti, hogy a maszkviselés hátrányokat okozhat a fejlődési rendellenességgel élők, a mentális betegségben szenvedők, a kognitív zavarokban szenvedők, valamint az asztmás vagy más krónikus légúti betegségben szenvedők számára; utóbbiak esetében a maszkviselés súlyos légzési problémákat okozhat. Mivel azonban az idősek számára fontos a maszkviselés a fertőzésvédelem érdekében, az előbb említett kategóriákba tartozó

személyek esetében egyedi mérlegelést kell alkalmazni, ahol összevetik a nemkívánatos események kockázatát és a maszkviselés védőhatását. Maszkviselési nehézségek esetén alternatívaként szóba jöhet az arcvédő plexi pajzs, habár nem szabad elfeledni, hogy az arcvédő pajzs nem nyújt olyan fokú védelmet a cseppfertőzés ellen, mint a maszk (ez érvényes a fertőzött személy által kibocsátott, illetve a nem fertőzött személy által esetlegesen belélegzett cseppecskékre egyaránt). Ha arcvédő pajzs használata szükséges, ügyelni kell a megfelelő kialakításra: a pajzs fedje az arc oldalsó részeit és az áll alatti területet is.

Kritikusan fontos, hogy a dolgozók megfelelő képzést, a bentlakók és a látogatók pedig megfelelő tanácsadást kapjanak a helyes maszkhasználatról, beleértve a maszk felhelyezése, illetve levétele előtti kézhigiénés lépéseket, a maszk megfelelő illeszkedését, a maszk kölcsönadásának tilalmát, valamint a maszk ártalmatlanítását.

A maszkhasználatra vonatkozó további részletek olvashatók a WHO által a Covid19 kapcsán kiadott maszkhasználati útmutatóban (2.), videók pedig [itt](#) találhatóak.

#### Fizikai távolságtartás az intézményben

A SARS-CoV-2 terjedési kockázatának csökkentése érdekében be kell vezetni az emberek közötti legalább 1 méteres fizikai távolságtartást. A hosszú távú ellátást nyújtó intézmények esetében a WHO a következő intézkedéseket javasolja:

- A csoportos/közös tevékenységeknél biztosítani kell a fizikai távolságtartást; alternatívák lehetnek a virtuális/videós tevékenységek (43.). Ahol megoldható, a csoportos tevékenységekben kevesen vegyenek részt, és lehetőleg mindig ugyanazok a személyek kerüljenek egy csoportba. Lehetőleg az ilyen tevékenységeket is a szabadban végezzék, amennyire ez megoldható.
- Az étkezéseket több turusra kell szétbontani, hogy biztosítható legyen ilyenkor is a fizikai távolságtartás a bentlakók között. Ha ez nem megoldható, akkor az étkezőhelyiségben történő közös étkezést fel kell függeszteni, és a bentlakóknak a szobájukban kell felszolgálni az étteleket.
- Meg kell követelni és biztosítani kell a minimum 1 méteres távolságot a bentlakók között.
- A hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben kerülni kell egymás megérintését (pl. kézfogás, ölelés, pusz), ez alól csak az jelent kivételt, ha a bentlakó ellátásához szükséges a fizikai kontaktus. A non-verbális kommunikáció részeként a személyes érintés nagyon fontos lehet egyes bentlakók számára, különösen a demenciában vagy más különleges állapotban – például depresszióban vagy érzékszervi károsodásban – szenvedők esetében. Ha ez szükséges, akkor megfelelő óvintézkedéseket kell tenni (pl. kézhigiéné az érintés előtt és után, vagy kesztyű használata a normál védekezés vagy cseppfertőzés elleni védekezés részeként) (44.).

A csoportos tevékenységek felfüggesztése azonban nem járt együtt a Covid19 kockázatának jelentős csökkenésével a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben (22.).

Megjegyzés: Ezek az intézkedések súlyosan befolyásolhatják a bentlakók mentális egészségét és közérzetét, ezért elővigyázatosan alkalmazandók (lásd alább).

Megjegyzendő, hogy habár nem állnak rendelkezésre konkrét bizonyítékok, a WHO Global Network on Long-term Care (a WHO hosszú távú ellátással foglalkozó globális hálózata) hangsúlyozta a nehézségek lelki leküzdésének, az alkalmazkodásnak, továbbá annak a fontosságát, hogy ennek érdekében a bentlakók személyes preferenciáit összeegyeztessék a kockázatkezeléssel. Ha a bentlakók kénytelenek fizikailag bezárkózni és hosszabb ideig korlátozzák a mozgásukat,

<sup>1</sup> Általános maszkviselés az egészségügyi intézményben: minden személy (dolgozók, betegek, látogatók, külső szolgáltatók stb.) számára kötelező a folyamatos maszkviselés, kivéve az étkezés és ivás időtartamát.

<sup>2</sup> Célzott folyamatos orvosimaszk- viselés: minden egészségügyi dolgozó és gondozó orvosi maszkot visel a teljes műszak alatt, amikor klinikai területen tartózkodik és bármilyen rutintevékenységet végez.

megfelelő intézkedéseket kell tenni ezen kockázatok kezelésére, és támogatni kell a szociális érintkezés biztonságos formáit, valamint azokat az eseményeket, amelyeket a bentlakók örömmel várhatnak. Például hozzájárulhat a hangulat javításához, valamint a nehézségek rugalmas leküzdéséhez, ha a bentlakók apró ajándékokat készíthetnek egymásnak vagy különleges alkalmakat teremthetnek. Ezenkívül minél több lehetőséget kell biztosítani arra, hogy a bentlakók kültéri helyszínen – például az intézmény kertjében – biztonságosabb körülmények között találkozhassanak egymással, de erre is csak úgy kerülhet sor, ha közben betartják a fizikai távolságtartásra és a fertőzésmegelőzési-járványvédelmi intézkedésekre vonatkozó szabályokat.

### Megfelelő szellőztetés

A SARS-CoV-2 terjedésének csökkentéséhez nagyon fontos a megfelelő szellőztetés. A WHO útmutatót nyújt az egészségügyi intézmények szellőztetési követelményeiről a Covid19 kapcsán (abban az útmutatóban, melynek témája az egészségügyi ellátásban végzendő fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedések gyanított vagy igazolt Covid19 esetén) (1).

Egy jól tervezett, megfelelően karbantartott és helyesen üzemeltetett szellőztető rendszer (légcserélő rendszer) csökkentheti a Covid19 beltéri terjedését azáltal, hogy külső levegő befűtésével hígítja a potenciálisan fertőző aeroszolok koncentrációját, valamint szűri és fertőtleníti a visszavezetett levegőt. A természetes szellőztetés helyes alkalmazása is ugyanilyen előnyökkel járhat.

A lakószobáknak és a közös helyiségeknek jó szellőzéssel kell rendelkezniük, amely lehetővé teszi nagy mennyiségű, friss és tiszta külső levegő bevezetését a szennyeződések és a kellemetlen szagok kiszorítása érdekében. Ez megoldható természetes szellőztetéssel, vagyis az ajtók és ablakok kinyitásával, engedve a levegő áramlását és cseréjét, amennyiben ez lehetséges és biztonságos (45.).

Mechanikus szellőztető rendszer esetén a kültéri levegő százalékát a fűtőszellőztető-légkondicionáló rendszer gazdaságos üzemmódjával maximalizálni kell, akár 100%-ig.

Fűtő-szellőztető-légkondicionáló rendszer alkalmazása esetén fontos a rendszer adott időközönkénti ellenőrzése, karbantartása és tisztítása. A szellőztető rendszerek telepítéséhez és karbantartásához elengedhetetlen a szigorú szabványok betartása, mert csak így tudnak hatékonyan működni és hozzájárulni a biztonságos környezet megteremtéséhez (46.).

Amikor döntés születik arról, hogy természetes, hibrid (vegyes) vagy mechanikus szellőztetést alkalmaznak, figyelembe kell venni a következő tényezőket: éghajlat, jellemző szélirány, alaprajz, igények, erőforrások rendelkezésre állása, valamint a szellőztető rendszer költsége.

Különleges szellőztetési követelményekre van szükség az intézménynek különösen azokon a területein, ahol Covid19-beteget látnak e. Ha nem végeznek aeroszolképződéssel járó eljárásokat, 60 liter/mp/személy légcserére érték tekinthető elegendőnek a természetes szellőztetésű helyiségekben, illetve 6 légcseré/óra (ACH) a mechanikusan szellőztetett helyiségekben (ami 40 liter/mp/személy értéknek felel meg egy  $4 \times 2 \times 3 \text{ m}^3$ -es helyiség esetén).

Előre megadott követelményeket kell követni azokban a helyiségekben, ahol aeroszolképződéssel járó eljárásokat végeznek. A természetes szellőztető rendszert alkalmazó egészségügyi intézményekben gondoskodni kell arról, hogy a szennyezett levegő kivezetése közvetlenül a kültérre irányuljon, méghozzá távol a levegőbeszívó nyílásoktól, a klinikai területektől és a személyektől. A javasolt átlagos természetes szellőztetési ráta 160 liter/mp/személy. Az olyan egészségügyi intézményekben, ahol mechanikus szellőztető rendszer áll rendelkezésre, negatív nyomás létrehozásával kell szabályozni a légáramlás irányát. A szellőztetési rátának 6–12 légcseré/óra (ACH) között kell lennie (ez 40–80 liter/mp/személy értéknek felel meg egy  $4 \times 2 \times 3 \text{ m}^3$ -es helyiség esetén), új építmények esetén ideális esetben az érték 12 ACH, a javasolt negatív nyomáskülönbség  $\geq 2,5 \text{ Pa}$ ; ez biztosítja, hogy a levegő a folyosóról a lakószoba felé áramlik.

Tovább részletek találhatóak a WHO azon útmutatójában, amely az egészségügyben alkalmazandó fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedésekről szól (1).

### Demenciában, illetve kognitív hanyatlásban szenvedő bentlakókkal kapcsolatos külön szempontok

A fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedések negatív hatással lehetnek a bentlakók és a dolgozók mentális és testi egészségére, közérzetére – különösen érvényes ez a személyi védőeszközök használatára, a látogatók fogadásának és a csoportos tevékenységek végzésének a korlátozására (47.). A fizikai távolságtartás és a kötelező karantén miatt csökken a bentlakók fizikai aktivitása, és fennáll a lehetősége, hogy életmódjuk egészségtelenebbé válik (48.).

A bentlakók napi rutinjának kényszerű megváltozása növelheti a szorongásukat.

A szociális izoláció hozzájárulhat a neuropszichiátriai tünetek rosszabbodásához, illetve előidézheti a viselkedés megváltozását is; leggyakrabban apátia, szorongás vagy agitáció szokott kialakulni (49.).

Különösen a demenciában szenvedő személyeknél fordulhat elő, hogy nem teljesen értik az izoláció és a fizikai távolságtartás jelentőségét és szükségességét. A járvány vagy az izoláció hatására nyugtalanabbá, dühössé, stresszessé, agitálttá vagy zárkózotttá válhatnak.

A demencia viselkedési és pszichológiai tüneteinek elsővonalbeli kezeléseként pszichoszociális/nem-gyógyszeres beavatkozások javasoltak (50.), de ezek megvalósítása nehezebbé válhat a Covid19 elleni fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedések miatt. Fontos tudni, hogy demenciában szenvedő személyeknél bizonyos pszichotróp gyógyszerek – például a haloperidol és a diazepam – alkalmazásához a sztrók és a mortalitás emelkedett kockázata társul, ezért ez kerülendő, valamint szintén kerülendő a fizikai korlátozóeszközök alkalmazása az agitált betegek esetében (51.).

A Covid19 korlátozására vagy enyhítésére szolgáló intézkedések megvalósítása során különös figyelmet kell fordítani a bentlakók mentális állapotának kiértékelésére, és szükség esetén – amennyiben megvalósítható – mentálhigiénés szakemberekkel történő konzultáció javasolt. A bentlakók mentális egészségét folyamatosan monitorozni kell, ideális esetben egyszerű szűrőmódszerek használatával, hogy időben azonosítani tudják azokat a személyeket, akiknél fennáll súlyos mentális betegségnek vagy öngyilkosságnak a kockázata. A dolgozóknak gondolniuk kell arra, hogy a demenciában vagy más jellegű kognitív hanyatlásban szenvedő személyek gyakran nem igazán képesek beszámolni a tüneteikről a kommunikációs nehézségeik miatt, ezért az ő esetükben a dolgozóknak kell fokozottan figyelniük a Covid19 tüneteinek esetleges megjelenésére. Ilyen tünet lehet a delírium is, amely a demenciában szenvedő személyeknél nagyobb valószínűséggel alakul ki fertőzés esetén.

### Látogatók

Ebben a dokumentumban a hosszú távú ellátást nyújtó intézmény látogatójának nevezünk minden olyan személyt, aki nem az intézmény lakója vagy dolgozója, tehát ide tartoznak a következők:

- a bentlakó személy családtagjai vagy legközelebbi hozzátartozója, illetve a bentlakó által kijelölt kapcsolattartó személy;
- a hosszú távú ellátást nyújtó intézmény által nem biztosított egyéb klinikai ellátást nyújtó szakember (pl. gyógytornász);
- önkéntes (általában fizetés nélküli) gondozást nyújtó személyek;
- a bentlakók közérzetének javítására irányuló szolgáltatásokat végző személyek (pl. művészterapeuta, zenész, fodrász, egyházi személy).

A Covid19-világjárvány kezdeti szakaszában a legtöbb országban azt az irányelvet és útmutatót követték – és ezt tartalmazta a jelen dokumentum



előző kiadása is –, hogy a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben minél inkább korlátozni kell a látogatást, vagy teljesen be is kell tiltani azt. Ezt az indokolta, hogy magasabb volt a SARS-CoV-2-fertőzés kockázata, gyakoribbak voltak a súlyos klinikai megjelenési formák és a súlyos szövődmények, továbbá magasabb volt a mortalitás az idősök között.

Általánosan ismert azonban, hogy a családtagok vagy legközelebbi hozzátartozók látogatása létfontosságú a bentlakók közérzete szempontjából és jelentősen hozzájárul a bentlakók gondozásához azáltal, hogy a látogatás szociális érintkezést, aktivitást, kellemes elfoglaltságot jelent. Továbbá a korábbi útmutatások megvalósításának tapasztalatai és az azóta megismert adatok alapján elmondható, hogy a látogatási tilalom kifejezetten negatív hatással van a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben lakók és családtagjaik közérzetére, így rontja a mentális egészségi állapotukat. Ez a helyzet különösen a demenciában szenvedő bentlakóknak okozhat fokozott szorongást vagy levertséget, mivel esetleg nem képesek megérteni, hogy miért maradtak abba a látogatások. Az is ismert, hogy az egészségi állapot és a közérzet iránt tanúsított szeretetteljes együttérzés központi szerepet játszik a minőségi gondozásban, beleértve az alapvető egészségügyi szolgáltatások fenntartását a Covid19 kapcsán. Ráadásul a látogatási tilalom miatt le kellett állítani néhány fontos egészségügyi és szociális tevékenységet is a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben.

Ezért az IPC GDG-munkacsoport egyhangúan arra az álláspontra jutott, hogy meg kell határozni és le kell fektetni azokat a feltételeket és szempontokat, amelyek alapján biztonságos szabályokat lehet alkotni a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakóinak személyes, szociális vagy orvosi indokokból történő látogatására vonatkozóan. Az IPC GDG tagjai abban is kivétel nélkül egyetértettek, hogy ha az így megalkotott szabályzat bevezetése hatásosnak bizonyul, akkor engedélyezni lehet a látogatást a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben. Szükséges feltételként szerepel, hogy a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakóinak meglátogatására vonatkozó szabályoknak, illetve házirendeknek szigorú fertőzésmegelőzési és járványvédelmi programra kell épülniük, ahol nem elegendő a program megléte, hanem biztosítani kell annak folyamatos betartását is, tehát az intézmény egészében – különösen az ellátási pontokon – biztosítani kell a program hatásos alkalmazását; továbbá ki kell mutatni a működés hatásosságát a legfőbb fertőzésmegelőzési és járványvédelmi mutatók monitorozásával (pl. kézhigiéné betartása, személyi védőeszközök rendelkezésre állása és helyes használata az egészségügyi dolgozók és a látogatók által egyaránt).

Az IPC GDG elfogadott álláspontja szerint az alábbi intézkedések nagyon fontosak annak megakadályozásában, hogy a látogatók növeljék a SARS-CoV-2 terjedésének kockázatát a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben:

- aktív szűrési és tesztelési irányelvek a bentlakók, a dolgozók és a látogatók számára;
- a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi gyakorlat megfelelő alkalmazásának demonstrálása az intézményben, a WHO útmutatási és a helyi előírások szerint;
- az intézményben esetlegesen kitörő Covid19-járvány megfékezésére irányuló terv rendelkezésre állása;
- a fertőzésmegelőzésért és járványvédelemért felelős személy kijelölése a hosszú távú ellátást nyújtó intézményben;
- megfelelő személyi védőeszközök folyamatos rendelkezésre állása;
- elegendő dolgozó rendelkezésre állása a bentlakók és a látogatók közötti kapcsolattartás támogatására;
- olyan kijelölt személy rendelkezésre állása, aki folyamatosan betanítja és segíti a látogatókat a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedésekkel kapcsolatban;
- aktívan alkalmazott ellenőrzési módszerek alkalmazása annak megfigyelésére, hogy a látogatók betartják-e a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedéseket;
- Covid19-vakcinációs lehetőség, ahol ez rendelkezésre áll.

A megfigyelést illetően: minden látogatót szűrni kell az akut légúti fertőzés tüneteire, illetve a Covid19 jelentős kockázataira (lásd alább), és aki ezen a szűrésen pozitívnak bizonyul, az nem léphet be az intézmény

területére. Nyilvántartást kell vezetni az intézménybe beengedett összes látogatóról.

A fenti intézkedéseken kívül fontosnak tekinthetők az alábbi óvintézkedések is:

- A hosszú távú ellátást nyújtó intézményeknek rendelkezniük kell olyan megoldással, amellyel előjegyezhetők a látogatások (vagyis időpontot lehet foglalni); az előzetes bejelentés nélküli látogatások kerülendők.
- Ahol csak lehetséges, minden egyes bentlakó egyetlen állandó látogatót jelölhet meg.
- A látogatás során mindvégig maszkot kell viselni az intézmény épületeiben és kültéren egyaránt. Ez különösen fontos az olyan látogatók esetében, akik maguk is gondozók is. A kockázatfelmérés szerint további személyi védőeszközök használata is szükséges lehet.
- Minden esetben fenn kell tartani a legalább 1 méteres fizikai távolságot (a látogató és a bentlakó között, valamint a látogató és a dolgozó között, kivéve, ha az adott látogató az adott dolgozóval közös háztartásban él), és ez alól csak azok az esetek jelentenek kivételt, ha a bentlakó gondozását végzik, illetve fizikai vagy szoros kontaktus szükséges.
- A látogatásra kijelölt helyet egyszerre csak egy bentlakó és látogató használhatja, és azt minden ilyen látogatói találkozás között fokozott takarításnak és fertőtlenítésnek kell alávetni.
- A látogatásra kijelölt helynek jó szellőzéssel kell rendelkeznie.
- Ha a látogatásra kijelölt helyre csak egyetlen ajtón lehet bejutni, akkor a bentlakó és a látogató nem léphet be pont egyszerre, mert csak így biztosítható, hogy az ajtón áthaladáskor és a biztonságos távolságban történő leüléskor ne kerüljenek egymáshoz túl közel.
- A bentlakó és a látogató között üveglapot vagy átlátszó műanyaglapot lehet elhelyezni.
- Amikor csak lehetséges, a látogatást kültéren kell végrehajtani (nyilván ez sok bentlakó és látogató számára télen nem megfelelő).

A látogatás engedélyezésével járó kockázatokat el kell magyarázni a családtagoknak, illetve a hozzátartozóknak, valamint azoknak a bentlakóknak, akik képesek ezt megérteni.

Fontos figyelembe venni a Covid19 helyi epidemiológiáját is. Átmeneti korlátozások lehetnek szükségesek az olyan földrajzi területeken, ahol a járvány tömeges mértékű.

Ha szükséges, a személyes látogatások helyett fontolóra kell venni az alternatív megoldásokat, például a telefont vagy a videohívást. Már a Covid19-világjárvány előtt érkeztek jelentések arról – habár csak korlátozott mértékű adattal alátámasztva –, hogy a videohívások csökkenteni tudják az elzártság és a magány érzését idős személyeknél (52.). A dolgozóknak, a családtagoknak és a bentlakóknak esetleg meg kell tanítani, hogy miként tudnak beszélgetéseket folytatni a digitális technika alkalmazásával.

Ha valahol helyi szinten olyan döntés született, hogy a látogatást fel kell függeszteni, úgy ott fontolóra kell venni korlátozott számú, szűrésen átesett látogató beengedését a méltó és emberséges ellátás jegyében, különösen olyankor, ha a bentlakó végstádiumú beteg és a látogató a legközelebbi hozzátartozója vagy az emocionális gondozáshoz szükséges más személy. Helyi szinten kell döntést hozni arról is, hogy végstádiumú beteget meglátogathat-e – megfelelő óvintézkedésekkel – olyan családtag, aki gyaníthatóan vagy igazoltan Covid19-pozitív.

A látogatás felfüggesztésére vonatkozó döntést rendszeresen felül kell vizsgálni, szem előtt tartva, hogy milyen fontos a bentlakók számára a családtagok vagy legközelebbi hozzátartozók érkezése.

Megjegyzés: bizonyos helyzetekben a teljes látogatási tilomról a helyi egészségügyi hatóságok dönthetnek.

## Személyzeti kérdések

A fertőzésmegelőzési-járványvédelmi intézkedések és a minőségi ellátás kapcsán kulcsfontosságú a dolgozók megfelelő létszáma és a megfelelő munkaszervezés (29., 30., 53.). Az egészségügyi dolgozókat védeni kell továbbá a foglalkozási kockázatoktól, amelyeket csak súlyosbít a Covid19-világjárvány, továbbá az intézménynek megfelelő foglalkoztatás szabályzatokkal kell rendelkeznie, beleértve például a fizetett betegszabadságot (3., 53.). Az ideiglenes dolgozók alkalmazása fokozott fertőzésveszélyt jelent (22., 23.). Minimalizálhatja a SARS-CoV-2 terjedésének kockázatát, ha a dolgozókat területileg osztják be, vagyis úgy szervezik meg a munkavégzést, hogy egy adott kis csoport az intézménynek csak valamely konkrét területén végez munkát, és nem találkozik a személyzetnek a csoportján kívüli tagjaival) (22.).

Minimalizálni kell a dolgozók mozgását a különböző hosszú távú ellátást nyújtó intézmények között, és lennie kell egy rendszernek, ahol nyilvántartják az ilyen mozgásokat. Ahol elkerülhetetlen, hogy a dolgozók több intézmény között mozogjanak, mindenképpen tisztában kell lenniük a kockázattal, hogy átvihetik a fertőzést egyik intézményből a másikba, továbbá meg kell érteniük a szükséges fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedéseket, amihez akár megfelelő oktatást is biztosítani kell (24.). Ez nagyon fontos a „külső” egészségügyi dolgozók kapcsán is (beleértve azokat a szakembereket, akik azért érkeznek a hosszú távú ellátást nyújtó intézménybe, hogy az ott nem biztosított ellátást/szolgáltatást nyújtsák, pl. gyógytornászok).

Az ideiglenes dolgozók alkalmazását minél inkább kerülni kell. Ha mégis ilyenre kerül a sor, megfelelő fertőzésmegelőzési és járványvédelmi képzést kell biztosítani, mivel a jelentések szerint az ideiglenes dolgozók alkalmazásával növekszik a SARS-CoV-2-fertőzés kockázata a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben (22., 23.).

#### Az egészségügyi dolgozók megfertőződésének észlelése és kezelése

Kritikusan fontos a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben dolgozók (beleértve a gondozókat is) SARS-CoV-2-vírussal történő fertőződésének korai észlelése és megfelelő kezelése, hogy elkerülhető legyen a vírus továbbadása az intézményben lakó magas rizikójú populációnak. A WHO konkrét útmutatást ad a tünetekre irányuló megfigyeléssel és/vagy laboratórium teszteléssel végzett korai észlelésre vonatkozóan az *Egészségügyi dolgozók megfertőződésének megelőzése, azonosítása és kezelése a Covid19 kapcsán* című időközi útmutatóban (3.). Országos és/vagy helyi megfigyelési és tesztelési stratégiát kell kifejleszteni és megvalósítani, többek között a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekre vonatkozóan. Összefoglalva, a WHO azt javasolja, hogy az egészségügyi dolgozók esetében a Covid19 tünetekre irányuló megfigyeléses szűrést kell végezni, mielőtt belépnek a munkahelyükre, akár passzív, akár aktív megfigyeléssel, a rendelkezésre álló erőforrásoktól függően. A tömeges vagy gócpontos SARS-CoV-2-járvány sújtotta földrajzi területeken kifejezetten előnyben kell részesíteni az aktív megfigyelési módszereket. Olyan munkavállalói szabályzatnak kell érvényben lennie, amely például lehetővé teszi a fizetett betegszabadságot és az otthonmaradást, ha a dolgozó nem éri jól magát, továbbá amely bizalmasan kezeli az adatokat, és nem hozza hátrányos helyzetbe azokat az egészségügyi dolgozókat, akik megfertőződtek a SARS-CoV-2-vírussal vagy legalábbis kontaktszemélylét váltak (53.).

A SARS-CoV-2-fertőzések megfelelő laboratórium tesztelése egy másik módszer, amely szükséges a járványterjedés pontosabb feltérképezéséhez az egészségügyi dolgozók körében (3.). Függetlenül a SARS-CoV-2-járvány pillanatnyi mértékétől, a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben dolgozó egészségügyi dolgozóknál fontolóra kell venni a rutinszerű tesztelést, és minimum követelmény, hogy teszteljék őket SARS-CoV-2-fertőzésre, ha egy pozitív esetet találnak a bentlakók vagy a dolgozók körében.

Összefoglalva a tesztelési stratégiának tartalmaznia kell az alábbiakat:

- a tüneteket mutató egészségügyi dolgozók tesztelése;
- az olyan egészségügyi dolgozók tesztelése, akik kontaktjai egy SARS-CoV-2-pozitív személynek akár a hosszú távú ellátást nyújtó intézményben, akár azon kívül;
- az intézmény összes egészségügyi dolgozójának tesztelése, ha

egy SARS-CoV-2-pozitív esetet találnak a bentlakók vagy a dolgozók között;

- az egészségügyi dolgozók rutinszerű tesztelése, különösen azok esetében, akik több intézményben is dolgoznak, amennyiben ez megoldható.

Az egészségügyi dolgozók tesztelésének gyakorisága a következő tényezőktől függ: a fertőzés terjedésének mértéke az intézményen belül és a környező földrajzi területen, a tesztelési stratégia célja (megfigyelés vagy járványkontroll), az intézmény kapacitása, a tesztelést végző laboratóriumok rendelkezésre állása, valamint az országos és helyi irányelvek. SARS-CoV-2-járvány kitörésekor rendszeresen (legfeljebb 2–3 naponta, de legalább hetente, a rendelkezésre álló erőforrások és kapacitás függvényében) kell tesztelni, amíg már nincs Covid19-eset az intézmény egészségügyi dolgozói vagy lakói között.

Az egészségügyi dolgozókat ösztönözni kell arra, hogy felelősségre vonás nélkül jelenthessék, ha SARS-CoV-2-expozíció érte őket akár munka közben, de védelem nélkül, akár munkán kívül. Ezenkívül egyértelmű szabályokat és eljárásokat kell bevezetni arra vonatkozóan, hogy mi a teendő, ha egy egészségügyi dolgozó fennakad az intézménybe érkezéskor elvégzett, tünetekre irányuló szűrésen vagy a műszakja alatt tünetek jelennek meg nála. Bármely eset fordul is elő, foglalkozás-egészségügyi és/vagy fertőzésmegelőzési és járványvédelmi szakembereknek kell kiértékelniük az expozíciós kockázatot, és be kell sorolniuk valamely szabványos módszer (pl. a WHO kockázatfelmérő módszere) segítségével (54.), majd meg kell határozni a megfelelő kezelést, beleértve azt is, hogy az egészségügyi dolgozó mikor állhat újból munkába.

Az alábbiakat kell tenni minden olyan egészségügyi dolgozó esetében, akinél megjelennek a tünetek vagy pozitív lesz a SARS-CoV-2-tesztje:

- haladéktalanul el kell különíteni, és semmilyen betegellátási feladatot nem végezhet, amíg meg nem történik a teljes kivizsgálása;
- a dolgozónak tájékoztatnia kell felettesét, aki köteles jelenteni az esetet a fertőzésmegelőzésért és járványvédelemért felelős szervnek, illetve a foglalkozás-egészségügyi szervnek;
- a megfelelő beutalási rendszeren keresztül orvosi ellátást kell kérnie, ha rosszul érzi magát, vagy ha súlyosbodnak a tünetei;

Az expozíciónak kitett, illetve a pozitív (akár tünetmentes, akár tüneteket mutató) egészségügyi dolgozók kezelésével kapcsolatos további részletek megtalálhatók a WHO által kiadott, az *Egészségügyi dolgozók megfertőződésének megelőzése, azonosítása és kezelése a Covid19 kapcsán* című időközi útmutatóban (3.).

Ha az egészségügyi dolgozót a Covid19 miatt el kellett különíteni, akkor később, amikor döntenek a munkába való visszatéréséről, a Covid19-betegek elkülönítésének megszüntetésére vonatkozó WHO-irányelveket kell követni (55.). Figyelembe kell venni az egészségügyi dolgozók bizonyos alcsoportjaira vonatkozó további szempontokat, valamint a helyi irányelveket is (3.).

#### Az egészségügyi dolgozók támogatása

Elengedhetetlen az egészségügyi dolgozók stresszel szembeni védelme. Olyan stratégiákat kell bevezetni, amelyek támogatják a Covid19-pandémia és a fizikai kimerültség miatt mentális tünetekről beszámoló egészségügyi dolgozókat. A WHO az alábbi intézkedéseket javasolja:

- A stresszt előidéző kockázatokat fel kell tární, enyhíteni kell vagy meg kell szüntetni, továbbá a stressz fokozódásának elkerülése érdekében fertőzésmegelőzési és járványvédelmi foglalkozás-biztonsági intézkedéseket kell bevezetni.
- Rendszeresen és támogató módon monitorozni kell a dolgozók közérzetét, és olyan környezetet kell kialakítani, amely lehetőséget teremt a késlekedés nélküli kommunikációra és a megfelelő, naprakész segítségnyújtásra.
- Kerülendő a túlságosan hosszú műszakok; biztosítani kell a pihenést és a feltöltődést, szükség esetén másfajta beosztással.
- Minden dolgozót be kell tanítani az alapvető pszichoszociális

képességekre (56.), hogy megfelelő pszichoszociális támogatást tudjanak nyújtani az intézmény lakóinak és kollégáiknak egyaránt.

- Biztosítani kell bizalmas mentálhigiénés és pszichoszociális támogatási szolgáltatások rendelkezésre állását, beleértve a távolról végzett vagy a helyi szolgáltatásokat, és elő kell segíteni ezeknek az igénybevételét (57.).
- További átfogó intézkedéseket kell elérhetővé tenni a járvány elhárításában dolgozó munkatársak mentális egészségének védelme érdekében (53.).
- Bizonyos fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedéseket, valamint a fizikai távolságtartást az egészségügyi dolgozóknak a pihenőidejükben is alkalmazniuk kell. Ez azért fontos, hogy megelőzzék az egészségügyi dolgozók közötti vírusterjedést. Ugyanez érvényes a közlekedésre is, amikor például a dolgozók közös gépkocsival érkeznek/mennek haza.

## A Covid19 korai felismerése, terjedésének kontrollálása, a betegek elkülönítése és kezelése a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények lakói körében

### Korai felismerés

A bentlakók között a Covid19-esetek korai azonosítása, elkülönítése és ellátása alapvető szerepet játszik a betegség hosszú távú ellátást nyújtó intézményben történő terjedésének korlátozásában. A bentlakók közötti gyanított Covid19-esetek korai azonosításához fontos, hogy a dolgozókat megismertessék a Covid19 jeleivel és tüneteivel, valamint a legfrissebb esetmeghatározásokkal, valamint hogy elvárják az egészségügyi dolgozóktól, hogy minden bentlakó esetében éberrel figyeljék, nem észlelnek-e potenciális SARS-CoV-2-fertőzésre utaló jeleket.

A pandémia alatt minden hosszú távú ellátást nyújtó intézményben létesíteni kell egy rendszert a bentlakók potenciális Covid19-fertőzésének prospektív megfigyelésére, függetlenül attól, hogy éppen milyen a járványhelyzet az adott földrajzi területen.

- Minden új bentlakó egészségi állapotát fel kell mérni az intézménybe való felvételkor: vannak-e légúti betegségre utaló tünetei, beleértve a lázat ( $\geq 38$  °C), a köhögést és a légszomjat, illetve egyéb jellemző tüneteket (58.).
- Minden bentlakót naponta kétszer meg kell vizsgálni, hogy nem jelentkezik-e nála láz, köhögés, légszomj vagy egyéb jellemző tünet.
- A lázas vagy légúti tüneteket mutató bentlakókat azonnal jelenteni kell a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi felelős számára és a klinikai dolgozók számára is.

Az idősebbek, valamint az immunszupprimált személyek atipikus tüneteket is produkálhatnak, pl. delírium, kimerültség, csökkent éberség, csökkent mobilitás, hasmenés, étvágyvesztés, elesések, valamint a láz hiánya (58.). Ezért a szűréshez használt kérdéseket esetleg az adott körülményekhez kell igazítani, figyelembe véve az epidemiológiai szempontokat.

Habár nem áll rendelkezésre konkrét bizonyíték, az IPC GDG-munkacsoport azt javasolta, hogy a tömeges vagy gócpontos járvánnyal sújtott földrajzi területeken a bentlakókat tesztelni kell a hosszú távú ellátást nyújtó intézményekbe történő felvételkor, illetve amikor újból felveszik őket egy másik intézményből való áthelyezés után, ahol van erre tesztelési kapacitás. Ezenkívül az új bentlakókat a szobájukban karanténba kell helyezni, vagy el kell különíteni a többi bentlakótól, amíg meg nem érkeznek a teszteredmények. Másik megoldásként, ha a tesztelés nem oldható meg, a tömeges vagy gócpontos járvánnyal sújtott földrajzi területeken a felvétel után az új bentlakót saját szobájában 14 napra el kell különíteni az intézmény többi lakójának védelme érdekében. Így kell eljárni, kivéve, ha az új bentlakó már átesett egy 14 napos elkülönítésen egy másik helyzetben, de a hosszú távú ellátást

nyújtó intézmény ilyenkor is előírhatja az új bentlakó további 14 napos elkülönítését. Ha egy új bentlakó egy máshol megkezdett elkülönítési időszak közepén kerül be az intézménybe, akkor legalább az elkülönítési időszakból hátralévő napokat a saját szobájában kell töltenie.

### A gyaníthatóan vagy igazoltan Covid19-fertőzött bentlakók elkülönítése, ellátása, valamint a fertőzés továbbadásának megelőzése

Ha egy bentlakónál SARS-CoV-2-fertőzést gyanítanak vagy már igazolódott is, a fertőzés továbbadásának megelőzése érdekében az alábbi lépéseket kell megtenni:

- A helyi hatóságokat értesíteni kell minden gyanított esetről, és a légúti tüneteket mutató bentlakókat el kell különíteni.
- Biztosítani kell, hogy a szobán forgó bentlakó és a szobatársai a gyanított/igazolt eset megfelelő elkülönítéséig is egyaránt orvosi maszkot hordjanak.
- Ha lehetséges, a gyanított/igazolt Covid19-esetet egy egyágyas szobában haladéktalanul el kell különíteni.
- Ahol nincs egyágyas szoba, ott a gyanított, illetve az igazolt SARS-CoV-2-fertőzött bentlakókat kell közös szobába helyezni az alábbiak szerint:
  - A gyanított SARS-CoV-2-fertőzött személyeket kizárólag olyan más bentlakókkal szabad közös szobába helyezni, akik szintén csak gyanított SARS-CoV-2-esetek, tehát nem szabad őket igazoltan Covid19-esetekkel elhelyezni.
  - Gyanított vagy igazolt Covid19-eseteket nem szabad gyengült immunrendszerű bentlakók mellett elhelyezni.
- A szobák bejáratát jól látható és egyértelmű fertőzésmegelőzési és járványvédelmi jelzésekkel kell ellátni, felhívva a figyelmet az érintkezéssel és cseppfertőzéssel terjedő kórokozók elleni óvintézkedésekre.
- Az igazolt Covid19-esetek szobatársait vagy kontaktjait karanténba kell helyezni a saját szobájukban vagy el kell különíteni a többi bentlakótól, és az utolsó érintkezéstől számítva 14 napig megfigyelés alatt kell őket tartani.
- Ahol megoldható, külön dolgozókat kell kijelölni a gyanított, illetve az igazolt Covid19-betegek ellátására.
- Nyilvántartást kell vezetni arról, hogy mely dolgozók lépnek be ezen bentlakók szobáiba.
- A gyanított vagy igazolt Covid19-betegek részére saját orvosi eszközöket (pl. hőmérőket, vérnyomásmérő mandzsettákat, pulzoximétereket) kell kijelölni.
- Az eszközöket meg kell tisztítani és fertőtleníteni kell, mielőtt másik bentlakónál használnák azokat.
- Korlátozni kell a személyes tárgyak (pl. járássegítő eszközök, könyvek, elektronikus készülékek) más bentlakókkal való közös használatát.
- A bentlakókat tesztelni kell SARS-CoV-2-fertőzésre a helyi megfigyelési irányelvek szerint, ha az intézményben lehetőség van a biztonságos biológiai mintavételre.
- Ha a bentlakónál negatív lesz a SARS-CoV-2-teszt, de továbbra is légúti tünetei vannak, akkor más légúti fertőzésekre kell tesztelni, és el kell különíteni, ha megoldható. Orvosi maszkot kell hordania az olyan bentlakónak, aki másokkal lakik egy szobában és akit nem lehet elkülöníteni. Az ilyen személynek fizikai távolságot kell tartania más bentlakókból is, és biztosítani kell a szoba megfelelő szellőztetését.
- Ha a bentlakó SARS-CoV-2-tesztje pozitív lesz, a hosszú távú ellátást nyújtó intézmény összes többi lakóját és dolgozóját tesztelni kell, a kontaktként azonosított személyeket pedig karanténba kell helyezni (3.).
- A SARS-CoV-2-teszt pozitív eredményéről haladéktalanul értesíteni kell a bentlakót, a családját vagy legközelebbi hozzátartozóját, valamint az illetékes közegészségügyi hatóságot.
- Egy egészségügyi szakembernek meg kell vizsgálnia, hogy mennyire súlyos a betegség, beleértve annak kiértékelését is, hogy szükséges-e a bentlakó áthelyezése egy akut ellátást

nyújtó egészségügyi intézménybe (58.). Mindig egyedileg, az adott eset mérlegelésével kell eldönteni, hogy a hosszú távú ellátást nyújtó intézményben folytatják a beteg megfigyelését, vagy áthelyezik őt egy másik egészségügyi intézménybe.

- Szorosan kell monitorozni azokat a betegeket, akiknél magas a gyors állapotromlás kockázata (például magasabb életkor vagy fennálló alapbetegség).
- A dolgozóknak érintkezéssel és cseppfertőzéssel terjedő kórokozók elleni óvintézkedéseket kell alkalmazniuk az adott bentlakó ellátása során, illetve amikor a bentlakó 1 méteres környezetében tartózkodnak.

A hosszú távú ellátást nyújtó intézményeknek fel kell készülniük új bentlakók befogadására, illetve olyanokra is, akik SARS-CoV-2-fertőzés miatt kórházba kerültek, de állapotuk már stabil, és így visszazárlíthatók. Az ilyen áthelyezések kapcsán a hosszú távú ellátást nyújtó intézményeknek konkrét protokollokról kell megállapodniuk a helyi egészségügyi hatósággal, és ugyanazokat a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedéseket és korlátozásokat kell alkalmazniuk, mint ha a bentlakót a hosszú távú ellátást nyújtó intézményben diagnosztizálták volna SARS-CoV-2-fertőzéssel.

### Gyanított vagy igazolt SARS-CoV-2-fertőzött bentlakók ellátásának fertőzésmegelőzési és járványvédelmi óvintézkedései

A WHO konkrét útmutatást ad arra, hogy milyen fertőzésmegelőzési és járványvédelmi intézkedéseket kell hozni az olyan egészségügyi intézményekben, ahol gyanított vagy igazolt Covid19-eseteket látnak el (1.). Alább összefoglaljuk a legfontosabb intézkedéseket.

#### Személyi védőeszközök

A személyi védőeszközök észszerű és helyes használata kritikusan fontos lépés a SARS-CoV-2 és más kórokozók általi expozíció megelőzésére (59.). A személyi védőeszközök hatékonysága nagyban függ az alábbiaktól:

- a dolgozók betanítása a személyi védőeszközök helyes fel- és levételére;
- elegendő készletek azonnali rendelkezésre állása;
- megfelelő kézhigiéné;
- a helyes használat szabályainak egészségügyi dolgozók általi betartása;
- a fertőzésmegelőzési és járványvédelmi felelős által végzett rendszeres ellenőrzés és visszajelzés.

Gyanított vagy igazolt SARS-CoV-2-fertőzött bentlakó rutinszerű ellátása során az érintkezéssel és cseppfertőzéssel terjedő kórokozók elleni óvintézkedéseket be kell tartani. Ebbe beletartozik a következő személyi védőeszközök használata: orvosi maszk, kesztyű, köpeny és szemvédelem (védőszemüveg vagy arcvédő plexi pajzs).

Amikor egy gyanított vagy igazolt SARS-CoV-2-fertőzött betegen aeroszolképződéssel járó eljárást végeznek, az érintkezéssel és a levegőben terjedő kórokozók elleni óvintézkedéseket kell alkalmazni: az orvosi maszk helyett N95, FFP2 vagy FFP3 minősítésű respirátort, vagy ezzel egyenértékű maszkot kell viselni. Megjegyzés: az N95 minősítésű respirátorok helyes alkalmazása azt is megköveteli, hogy rendszeresen ellenőrizzék a respirátor illeszkedését a dolgozók általi használat során (1.).

Különös figyelmet kell fordítani az alábbiakra:

- A személyi védőeszközöket az ajánlott eljárások szerint, óvatosan kell fel- és levenni, az önkontamináció elkerülése érdekében.
- A személyi védőeszköz felhelyezése előtt és levétele után mindig kezet kell mosni vagy fertőtleníteni (kézhigiéné), betartva a [WHO – A kézhigiéné 5 momentum](#) című kiadvány ajánlásait (33., 34.).
- Ez egészségügyi dolgozóknak a személyi védőeszköz

közvetlenül a Covid19-eset szobájába történő belépés előtt kell felvenni, és rögtön a szoba elhagyása után le kell venni, majd megfelelő módon ki kell dobni.

A takarítószemélyzetnek, valamint a szennyes ágyneműt és szennyes ruházatot kezelő dolgozóknak megfelelő személyi védőeszközöket kell viselniük, beleértve a maszkot, a kesztyűt, a hosszú ujjú köpenyt, a védőszemüveget vagy arcvédő plexi pajzsot, valamint a csizmát vagy zárt cipőt. A személyi védőeszköz felhelyezése előtt és levétele után mindig kezet kell mosniuk vagy fertőtleníteniük (kézhigiéné), betartva a [WHO – A kézhigiéné 5 momentum](#) című kiadvány ajánlásait (33, 34).

#### A környezet takarítása, tisztítása és fertőtlenítése

A WHO konkrét útmutatást ad a takarításról, tisztításról és a fertőtlenítésről a Covid19 kapcsán (60.). A takarítás, illetve tisztítás segít eltávolítani a kórokozókat a szennyezett felületekről, vagy legalábbis csökkenteni azok számát, ezért elengedhetetlen első lépésnek számít minden fertőtlenítési eljárásban. A detergenssel (forgalomban kapható, felhasználásra kész tisztítószerrel) vagy szappannal és vízzel végzett tisztításkor a legkevésbé szennyezett (legtisztább) területektől kiindulva kell haladni a leginkább szennyezett (legpiszkosabb) területek felé, és a magasabb szintekről elindulva kell haladni lefelé. Ezután klóros fertőtlenítőszerrel kell alkalmazni, amely szerről kimutatták, hogy hatásos a SARS-CoV-2 ellen (61.).

A SARS-CoV-2 ellen a WHO a következőket javasolja: 0,1% (1000 ppm) koncentrációjú nátrium-hipoklorit, 70–90%-os etil-alkohol vagy legalább 0,5%-os hidrogén-peroxid, legalább egyperces behatási idővel. Ha vér vagy egyéb testfolyadék nagyobb (10 ml-t meghaladó) mennyiségben kifiróccsen vagy kiömlik, 0,5% (5000 ppm) koncentrációjú nátrium-hipoklorit alkalmazása javasolt. A megfelelő behatási idő után a fertőtlenítőszer maradékát tiszta vízzel lehet leöblíteni, ha szükséges. Más fertőtlenítőszer is használható helyi hatékonyságtérkékeléssel, azzal, hogy a gyártójuk által javasolt behatási időt mindig be kell tartani. Különböző típusú fertőtlenítőszeret nem szabad keverni, mert ártalmas gázok képződhetnek (62.). A fertőtlenítőszer hígítására vonatkozó utasításokat, valamint a fertőtlenítőszer – különösen a nátrium-hipoklorit – használata miatti esetleges nemkívánatos eseményekről szóló tudnivalók a WHO által a Covid19 kapcsán a takarításról, tisztításról és fertőtlenítésről készített útmutatóban (60.) olvashatók.

Minden vízszintes felületet és az összes gyakran megérintett felületet (pl. villanykapcsolót, ajtókilincset, ágykeretet, ágyban használatos asztalkát, telefont), valamint a fürdőszobákat naponta legalább kétszer, illetve szennyeződés esetén is meg kell tisztítani.

Minden tisztítási munkafolyamat elején tiszta törlőkendőt kell használni. A SARS-CoV-2-vírussal való szennyeződés magas kockázatú területein tiszta törlőkendővel kell kezdeni minden egyes lakószobában. A szennyezett törlőkendőket megfelelően kell újrafeldolgozni minden egyes használat után.

A tisztítóeszközöket (pl. vödörket) megfelelően karban kell tartani. A SARS-CoV-2-fertőzött bentlakók elkülönítési területén használt eszközöket szinkóddal meg kell jelölni és el kell különíteni a többi eszköztől.

Fontos, hogy a takarítást és tisztítást végző személyzet képzést kapjon a hatékony tisztítás összes szempontjáról, beleértve a fertőtlenítőszerbiztonságos előkészítését, valamint a SARS-CoV-2-expozíció elleni és vegyszervédelmi védőeszközök helyes használatát.

#### Hulladékkezelés

A gyaníthatóan vagy igazoltan SARS-CoV-2-fertőzött bentlakók ellátása során keletkező hulladékot fertőzőnek kell tekinteni és biztonságosan kell gyűjteni jól láthatóan megjelölt, bélelt tárolókban és hegyes/éles tárgyak gyűjtésére alkalmas dobozokban (36.).

Az egészségügyi hulladék biztonságos kezelése érdekében az intézménynek:

- ki kell jelölnie a felelősségi köröket, valamint a humán és anyagi erőforrásokat a hulladék szelektálására és ártalmatlanítására;
- kezelnie kell a hulladékot, lehetőleg még a helyszínen, ha rendelkezésre áll egy erre kijelölt biztonságos terület, majd biztonságosan kell ártalmatlanítani (ha a hulladékot eltávolítják a helyszínről, kritikusan fontos átlátni, hogy később hol és hogyan kezelik és ártalmatlanítják majd);
- biztosítani kell, hogy a dolgozók megfelelő védőeszközöket (csizmát, hosszú ujjú köpenyt, erős és vastag védőkesztyűt, maszkot, valamint védőszemüveget vagy arcvédő plexi pajzsot) használjanak a fertőző hulladék kezelésekor, valamint elvégzik a kézhigiénés lépéseket a védőeszközök levétele után;
- fel kell készülnie a fertőző hulladék mennyiségének megnövekedésére az intézményben esetleg kitörő SARS-CoV-2-járvány esetén, elsősorban a személyi védőeszközök használata miatt.

## Szennyes

A gyaníthatóan vagy igazoltan SARS-CoV-2-fertőzött bentlakók szennyes ágyneműjét jól láthatóan felcímkézett, szivárgásmentes zsákokban vagy tárolókban kell gyűjteni, miután azokról alaposan eltávolítottak minden szilárd szennyeződést, mely utóbbiakat fedeles védőbe helyezték, majd eltávolították a WC-ben történő lehúzással vagy egyéb módon a szennyvízbe juttatva azokat (36.).

Mosodai detergenssel, forró vízben való gépi mosás javasolt (60–90 °C-on). Ezután a kimosott ágynemű a szokásos eljárással szárítható.

Ha nincs lehetőség gépi mosásra, az ágyneműket egy nagy tartályban forró, szappanos vízbe kell beáztatni, egy rúddal időnként megkeverve, ügyelve arra, hogy az áztatóvíz ne fröccsenjen ki. Ezután a tartályt ki kell üríteni, és az ágyneműket 0,05% (500 ppm) koncentrációjú klórolatban kell áztatni kb. 30 percig. Ezután az ágyneműket tiszta vízben ki kell öblíteni, és hagyni kell teljesen megszáradni (lehetőleg szabad levegőn, napfényenél) (60.).

## Az intézményen belüli mozgás korlátozása/átszállítás

Ha egy bentlakónak gyanított vagy igazolt SARS-CoV-2-fertőzése van, a hosszú távú ellátást nyújtó intézménynek biztosítani kell az alábbi intézkedések életbe léptetését és betartását.

- Az igazoltan pozitív betegeknek az elkülönítési időszak alatt nem szabad elhagyniuk a szobájukat, kivéve akkor, ha erre orvosi okokból szükség van.
- Az igazoltan pozitív bentlakók intézményen belüli mozgását/szállítását a szükséges diagnosztikai és terápiás eljárásokra kell korlátozni.
- Kerülendő a más intézménybe való áthelyezés, kivéve akkor, ha ez orvosilag javasolt.
- Ha átszállítás szükséges, a szállítószolgálat munkatársait és a fogadó intézmény dolgozóit is tájékoztatni kell az átszállított bentlakó esetében szükséges óvintézkedésekről. Biztosítani kell, hogy a szobájukat kifejezetten szükséges okokból elhagyó bentlakók maszkot viseljenek, és betartsák a köhögési/tüsszentési etikettet. A szállítószemélyzetnek orvosi maszkot kell viselnie, és alkoholos kézfertőtlenítőt kell magánál tartania, ezenkívül további személyi eszközöket is alkalmaznia kell az adott tevékenységeknek megfelelően (59.).

## Az elkülönítési óvintézkedések feloldása

Az érintkezéssel és cseppfertőzéssel terjedő kórokozók elleni óvintézkedéseket csak akkor szabad megszüntetni, ha elmúltak a klinikai jelek és tünetek, vagy ha elegendő nap telt el a felső légúti minta molekuláris vizsgálatával kapott pozitív teszteredmény óta. A tüneteket mutató bentlakók esetében ezek a további óvintézkedések akkor szüntethetők meg, ha eltelt 10 nap a tünetek megjelenése óta és eltelt további legalább három egymást követő nap láz és légúti tünetek nélkül. A tünetmentes bentlakók esetében az elkülönítést a kezdeti pozitív teszt

után 10 nappal lehet megszüntetni (55.).

A standard óvintézkedéseket mindig fenn kell tartani az összes bentlakó ellátása során.

## Elhunyt személy ellátása

Az elhalálozást követően az elhunyt személy méltóságát, kulturális és vallási hagyományait, valamint a családját mindvégig tiszteletben kell tartani és védeni kell (63.).

A holttestekkel foglalkozó dolgozók biztonsága és közérzete kritikusan fontos; az egészségügyi dolgozóknak előzetes értékelést és kockázatfelmérést kell végezniük, mielőtt bármilyen tevékenységet végeznének a gyaníthatóan vagy igazoltan Covid19-fertőzött beteg holttestével, és követniük kell a WHO azon fertőzésmegelőzési és járványvédelmi útmutatóját, amely a Covid19 kapcsán a holttestek biztonságos kezeléséről szól (63.).

A holttest kezelése során az egészségügyi dolgozóknak:

- kézhigiénés lépéseket kell végezniük a test kezelése előtt és után;
- megfelelő személyi védőeszközöket kell viselniük a holttesttel való érintkezés mértékétől és a kockázatfelméréstől függően (pl. szemvédelmet és orvosi maszkot kell viselni a kesztyűn és a folyadékálló köpenyen vagy kötényen kívül, ha a holttest kezelése során testfolyadékok fröccsenésének veszélye áll fenn);
- gondoskodniuk kell arról, hogy a testnyílásokból szivárgó folyadékokat felfogják egy gyűjtőedénybe;
- le kell takarniuk a holttestet textíliával a halottasházba történő átszállításhoz;
- nem szabad semmilyen egyéb feladatot végezniük a holttest kezelése vagy előkészítése közben;
- fertőtleníteniük kell minden nem eldobható eszközt, amelyet a holttest kezelése során használtak, mégpedig azon WHO útmutatója szerint, amely a Covid19 kapcsán a tisztításról, takarításról és fertőtlenítésről szól.

Patológiai zsák („hullaszák”) nem szükséges a Covid19-fertőzött elhunytak esetében, de más okból szükséges lehet a használatuk, ha például nagy mennyiségű testfolyadék szivárog, vagy ha nincs hűtött halottasház, különösen a melegebb éghajlatú országokban. Ha több mint 24 óra eltelt a személy halálának időpontja óta, vagy ha a temetést/hamvasztást nincs kitérve a következő 24–48 órán belül, akkor egy második patológiai zsák is alkalmazható.

## References

1. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed: interim guidance, 29 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332879>, accessed 3 December 2020).
2. Mask use in the context of COVID-19: interim guidance, 1 December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>, accessed 3 December 2020).
3. Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19: interim guidance, 30 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336265>, accessed 3 December 2020).
4. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 24 July 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333074>, accessed 3 December 2020).
5. Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: web annex. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334020>, accessed 3 December 2020).
6. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43432>, accessed 4 January 2021).
7. International Standard Industrial Classification of All Economic Activities (ISIC), revision 4, section Q: human health and social work activities. New York: United Nations; 2008 (<https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesm/seriesm4rev4e.pdf>, accessed 4 January 2021).
8. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales. Newport: Office for National Statistics; 2020 ([https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20of%20males%20\(86%20death\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20of%20males%20(86%20death))), accessed 21 June 2020).
9. Hatfield KM, Reddy SC, Forsberg K, Korhonen L, Garner K, Gulley T et al. Facility-wide testing for SARS-CoV-2 in nursing homes – seven U.S. jurisdictions, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(32):1095–9.
10. Gmehlin CG, Munoz-Price LS. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities: a review of epidemiology, clinical presentations, and containment interventions. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2020; 2020:1–6.
11. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-increase-fatal-cases-covid-19-among-long-term-care-facility>, accessed 3 December 2020).
12. Gallichotte EN, Quicke KM, Sexton NR, Fitzmeyer E, Young MC, Janich AJ et al. Longitudinal surveillance for SARS-CoV-2 among staff in six Colorado long-term care facilities: epidemiologic, virologic and sequence analysis. *medRxiv.* 2020:2020.06.08.20125989.
13. Ladhani SN, Chow JY, Janarthanan R, Fok J, Crawley-Boevey E, Vusirikala A et al. Investigation of SARS-CoV-2 outbreaks in six care homes in London, April 2020. *EClinicalMedicine.* 2020;26:100533.
14. Mas Romero M, Avendano Cespedes A, Tabernero Sahuquillo MT, Cortes Zamora EB, Gomez Ballesteros C, Sanchez-Flor Alfaro V et al. COVID-19 outbreak in long-term care facilities from Spain: many lessons to learn. *PLoS One.* 2020;15(10):e0241030.
15. Thompson DC, Barbu MG, Beiu C, Popa LG, Mihai MM, Berteanu M et al. The impact of COVID-19 pandemic on long-term care facilities worldwide: an overview on international issues. *Biomed Res Int.* 2020;2020:8870249.
16. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT et al. Mortality associated with COVID-19 in care homes: international evidence. In: LTC Covid [website]. London: International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>, accessed 4 January 2021).
17. O'Driscoll M, Ribeiro Dos Santos G, Wang L, Cummings DAT, Azman AS, Paireau J et al. Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature.* 2020 (<https://doi.org/10.1038/s41586-020-2918-0>, accessed 4 January 2021).
18. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(6):669–77.
19. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *Eur J Epidemiol.* 2020;35(12):1123–38.
20. Rios P, Radhakrishnan A, Williams C, Ramkissoon N, Pham B, Cormack GV et al. Preventing the transmission of COVID-19 and other coronaviruses in older adults aged 60 years and above living in long-term care: a rapid review. *Syst Rev.* 2020;9(1):218.
21. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogosjans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of COVID-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *N Engl J Med.* 2020;382(21):2005–11.
22. Rolland Y, Lacoste MH, de Mauleon A, Ghisolfi A, De Souto Barreto P, Blain H et al. Guidance for the prevention of the COVID-19 epidemic in long-term care facilities: a short-term prospective study. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(8):812–6.
23. Shallcross L, Burke D, Stat OAC, Donaldson A, Hallatt G, Hayward A et al. Risk factors associated with SARS-CoV-2 infection and outbreaks in long term care facilities in England: a national survey. *medRxiv.* 2020:2020.10.02.20205591.
24. Telford CT, Bystrom C, Fox T, Wiggins-Benn S, McCloud M, Holland DP et al. Assessment of infection prevention and control protocols, procedures, and implementation in response to the COVID-19 pandemic in twenty-three long-term care facilities in Fulton County, Georgia. *medRxiv.* 2020:2020.08.13.20174466.
25. Telford CT, Onwubiko U, Holland D, Turner K, Prieto J, Smith S et al. Mass screening for sars-cov-2 infection among residents and staff in twenty-eight long-term care facilities in Fulton County, Georgia. *medRxiv.* 2020:2020.07.01.20144162.

26. Belmin J, Um-Din N, Donadio C, Magri M, Nghiem QD, Oquendo B et al. Coronavirus disease 2019 outcomes in French nursing homes that implemented staff confinement with residents. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2017533.
27. Stall NM, Johnstone J, McGeer AJ, Dhuper M, Dunning J, Sinha SK. Finding the right balance: an evidence-informed guidance document to support the re-opening of Canadian nursing homes to family caregivers and visitors during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(10):1365–70.e7.
28. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science*. 2020;368(6490):489–93.
29. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/251730>, accessed 3 December 2020).
30. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>, accessed 3 December 2020).
31. Infection prevention and control (IPC) for COVID-19 virus [online course]. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://openwho.org/courses/COVID-19-IPC-EN>, accessed 22 December 2020).
32. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/hand-hygiene-2009/en/>, accessed 3 December 2020).
33. Your 5 moments for hand hygiene. Geneva: World Health Organization; 2009 ([https://www.who.int/docs/default-source/infection-prevention-and-control/your-5-moments-for-hand-hygiene-poster.pdf?sfvrsn=83e2fb0e\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/infection-prevention-and-control/your-5-moments-for-hand-hygiene-poster.pdf?sfvrsn=83e2fb0e_2), accessed 3 January 2021).
34. Your 5 moments for hand hygiene: health care in a residential home. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://www.who.int/gpsc/5may/residential-care.pdf?ua=1>, accessed 3 January 2021).
35. Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities: a guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the “my five moments for hand hygiene” approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78060>, accessed 15 December 2020).
36. WHO & UNICEF. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19: interim guidance, 29 July 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333560>, accessed 3 December 2020).
37. How to implement seasonal influenza vaccination of health workers. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/immunization/research/development/health\\_worker\\_influenza\\_immunization/en/](https://www.who.int/immunization/research/development/health_worker_influenza_immunization/en/), accessed 3 December 2020).
38. Vaccines against influenza: WHO position paper – November 2012. *Wkly Epidemiol Rec*. 2012;87(47):461–76.
39. WHO seasonal influenza vaccination recommendations during the COVID-19 pandemic. *Wkly Epidemiol Rec*. 2020;95(45):539–43 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336260>, accessed 4 January 2021).
40. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF\\_assessment-IPC-2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCF_assessment-IPC-2020.1), accessed 4 December 2020).
41. Infection prevention and control health-care facility response for COVID-19: a module from the suite of health service capacity assessments in the context of the COVID-19 pandemic: interim guidance, 20 October 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336255>, accessed 3 January 2021).
42. WHO & UNICEF. Guidance on developing a national deployment and vaccination plan for COVID-19 vaccines: interim guidance, 16 November 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336603>, accessed 3 December 2020).
43. Aung MN, Yuasa M, Koyanagi Y, Aung TNN, Moolphate S, Matsumoto H et al. Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: a lesson from Tokyo. *J Infect Dev Ctries*. 2020;14(4):328–31.
44. Gillis K, Lahaye H, Dom S, Lips D, Arnouts H, Van Bogaert P. A person-centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with dementia using the Senses Framework. *Int J Older People Nurs*. 2019;14(4):e12269.
45. Natural ventilation for infection control in health care settings. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44167>, accessed 22 December 2020).
46. Heating, ventilation and air-conditioning systems in the context of COVID-19: first update 10 November 2020. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Heating-ventilation-air-conditioning-systems-in-the-context-of-COVID-19-first-update.pdf>, accessed 4 January 2021).
47. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 18 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>, accessed 3 December 2020).
48. Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, Onder G, Maggi S, Michel JP et al. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(7):1189–94.
49. Simonetti A, Pais C, Jones M, Cipriani MC, Janiri D, Monti L et al. Neuropsychiatric symptoms in elderly with dementia during COVID-19 pandemic: definition, treatment, and future directions. *Front Psychiatry*. 2020;11:579842.
50. Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333970>, accessed 4 December 2020).
51. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization;

2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>, accessed 4 December 2020).

52. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;5:CD013632.
53. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance, 3 December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020  
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337333> accessed 3 December 2020).
54. Risk assessment and management of exposure of health care workers in the context of COVID-19: interim guidance, 19 March 2020. Geneva: World Health Organization; 2020  
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331496>, accessed 3 December 2020).
55. Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation: scientific brief, 17 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020  
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332451>, accessed 3 December 2020).
56. Basic psychosocial skills: a guide for COVID-19 responders. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020 (<https://www.who.int/news/item/01-06-2020-basic-psychosocial-skills-a-guide-for-covid-19-responders>, accessed 4 December 2020).
57. IASC guidance on operational considerations for multisectoral mental health and psychosocial support programmes during the COVID-19 pandemic. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2020  
(<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidance>, accessed 22 December 2020).
58. Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 May 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>, accessed 4 December 2020).
59. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 23 December 2020. Geneva: World Health Organization; 2020  
([https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)-and-considerations-during-severe-shortages](https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages), accessed 3 January 2020).
60. Cleaning and disinfection of environmental surfaces in the context of COVID-19: interim guidance, 15 May 2020. Geneva: World Health Organization; 2020  
(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332096>, accessed 22 December 2020).
61. List N: disinfectants for Coronavirus (COVID-19). In: EPA [website]. Washington DC: United States Environmental Protection Agency; 2020  
(<https://www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-coronavirus-covid-19>, accessed 22 December 2020).
62. Recommendations on Chemical Safety for Cleaning and Disinfection Supplies, 11 May 2020. Washington DC: Pan American Health Organization; 2020  
([https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52190/P-AHOCDECECOVID-19200027\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52190/P-AHOCDECECOVID-19200027_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y), accessed 22 December 2020).
63. Infection prevention and control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19: interim guidance, 4 September 2020. Geneva: World Health Organization; 2020

(<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334156>, accessed 3 December 2020).

## Köszönetnyilvánítás

Ez a dokumentum a következő szervezetek alább felsorolt tagjaival folytatott konzultáció eredménye:

- 1) A WHE programban részt vevő Covid19 IPC GD-munkacsoport egyes tagjai (ábécérendben) (WHE: WHO Health Emergencies Programme, vagyis Egészségügyi Vészhelyzetek Programja; IPC GDG: WHO Ad-hoc Covid19 Infection Prevention and Control Guidance Development Group, vagyis az Egészségügyi Világszervezet Covid19 fertőzésmegelőzésre és járványvédelemre vonatkozó iránymutatások kialakításáért felelős ideiglenes munkacsoport):

Jameela Alsalman, Ministry of Health, Bahrain; Anucha Apisarnthanarak, Thammasat University Hospital, Thailand; Baba Aye, Public Services International, France; Gregory Built, UNICEF, United States of America; Roger Chou, Oregon Health Science University, USA; May Chu, Colorado School of Public Health, USA; John Conly, Alberta Health Services, Canada; Barry Cookson, University College London, United Kingdom; Nizam Damani, Southern Health & Social Care Trust, United Kingdom; Dale Fisher, National University of Singapore & GOARN; Tiouiri Hanene, CHU La Rabta Tunis, Tunisia; Joost Hopman, Radboud University Medical Center, The Netherlands; Mushtuq Husain, Institute of Epidemiology, Disease Control & Research, Bangladesh; Kushlani Jayatilleke, Sri Jayewardenapura General Hospital, Sri Lanka; Seto Wing Hong, School of Public Health, Hong Kong SAR, China; Souha Kanj, American University of Beirut Medical Center, Lebanon; Daniele Lantagne, Tufts University, USA; Fernanda Lessa, Centers for Disease Control and Prevention, USA; Anna Levin, University of São Paulo, Brazil; Yuguang Li, School of Public Health, Hong Kong, China; Ling Moi Lin, Sing Health, Singapore; Caline Mattar, World Health Professions Alliance, USA; Mary- Louise McLaws, University of New South Wales, Australia; Geeta Mehta, Journal of Patient Safety and Infection Control, India; Shaheen Mehtar, Infection Control Africa Network, South Africa; Ziad Memish, Ministry of Health, Saudi Arabia; Babacar Ndoye, Infection Control Africa Network, Senegal; Fernando Otaiza, Ministry of Health, Chile; Diamantis Plachouras, European Centre for Disease Prevention and Control, Sweden; Maria Clara Padoveze, School of Nursing, University of São Paulo, Brazil; Mathias Pletz, Jena University, Germany; Marina Salvadori, Public Health Agency of Canada, Canada; Ingrid Schoeman, TB Proof; Mitchell Schwaber, Ministry of Health, Israel; Nandini Shetty, Public Health England, United Kingdom; Mark Sobsey, University of North Carolina, USA; Paul Ananth Tambyah, National University Hospital, Singapore; Andreas Voss, Canisus-Wilhelmina Ziekenhuis, The Netherlands; Walter Zingg, University of Zurich, Switzerland;

- 2) Külső szakértői bíráló csoport: Liat Ayalon, Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work, Bar Ilan University, Israel; Leon Geffen, Samson Institute for Ageing Research, South Africa; Peter Lloyd-Sherlock, School of International Development, University of East Anglia, United Kingdom; Terry Lum, University of Hong Kong, China; Reshma A Merchant, International Federation of Ageing; Colin Milner, International Council on Active Aging; Saniya Sabzwari, Aga Khan University, Pakistan;



3) UNICEF-megfigyelők: Nagwa Hasanin, Raoul Kamadjeu.

**WHO:**

Benedetta Allegranzi, Gertrude Avortri, April Baller, Catherine Bertrand-Ferrandis, Sylvie Briand, Alessandro Cassini, Giorgio Cometto, Ana Paula Coutinho Rehse, Shalini Desai, Sergey

Eremin, Luca Fontana, Dennis Falzon, Nathan Ford, Carole Fry, Nina Gobat, Rebecca Grant, Tom Grein, Zee A Han, Fahmy Hanna, Ivan Ivanov, Landry Kabego, Catherine Kane, Ying Ling Lin, Ornella Lincetto, Madison Moon, Aiysha Malik, Madison Moon, Takeshi Nishijima, Katrin Seehr, Nahoko Shindo, Alice Simniceanu, Howard Sobel, Valeska Stempliuk, Yuka Sumi, Maha Talaat Ismail, Jotheeswaran Thiyagarajan, Joao Paulo Toledo, Maria Van Kerkhove, Adriana Velazquez, Susan Annemarie Wang, Vicky Willet, Masahiro Zakoji, Bassim Zayed.

A WHO továbbra is szorosan nyomon követi a helyzetet, hogy nem történik-e olyan változás, amely befolyásolhatja a jelen köztes útmutató tartalmát. Ha bármely tényezőt illetően változás történik, a WHO további frissítést fog kiadni. Egyéb esetben ez a köztes útmutató a kiadásától számított 12 hónapig érvényes.

© World Health Organization 2021. Bizonyos jogok fenntartva. A jelen dokumentum felhasználására a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence ([CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)) vonatkozik.

WHO-referenciaszám: [WHO/2019-nCoV/IPC\\_long\\_term\\_care/2021.1](https://www.who.int/publications/m/item/WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2021.1)