

الوقاية من كوفيد-19 والتدبير العلاجي له في مختلف خدمات الرعاية الطويلة الأجل



موجز سياسات

24 تموز / يوليو 2020

المحتويات

2..... الملخص التنفيذي	
1- نظرة عامة.....	4
1-1 الغاية من الوثيقة.....	4
2-1 أثر عدوى كوفيد-19 على الرعاية الطويلة الأجل: بماذا تخبرنا البيانات.....	6
3-1 أساس العمل: عدم ترك أحد خلف الركب.....	8
2- الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في الرعاية الطويلة الأجل.....	10
1-2 إدراج الرعاية الطويلة الأجل في جميع مراحل الاستجابة الوطنية لجائحة كوفيد-19.....	11
2-2 حشد تمويل كافٍ للرعاية الطويلة الأجل بهدف الاستجابة لجائحة كوفيد-19 والتعافي منها.....	14
3-2 ضمان الرصد والتقييم الفعالين لأثر كوفيد-19 على الرعاية الطويلة الأجل وضمان توجيه المعلومات بكفاءة بين نظم الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل لتحسين الاستجابات.....	18
4-2 تأمين الموظفين والموارد، ومنها القوى العاملة الصحية والمنتجات الصحية الكافية، للاستجابة لجائحة كوفيد-19 وتقديم خدمات رعاية طويلة الأجل جيدة.....	21
5-2 ضمان توافر سلسلة الخدمات الأساسية للأفراد الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل، واستمراريتها، ومنها خدمات التعزيز والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية المطفة.....	26
6-2 التأكد من تنفيذ معايير الوقاية من العدوى ومكافحتها والالتزام بها في جميع أماكن الرعاية الطويلة الأجل للوقاية من حالات كوفيد-19 والتدبير العلاجي الآمن لها.....	29
7-2 إعطاء الأولوية للاختبارات وتتبع المخالطين ورصد انتشار كوفيد-19 بين الأفراد الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها.....	35
8-2 تقديم الدعم لمقدمي الرعاية من الأسرة والمتطوعين.....	37
9-2 إعطاء الأولوية للسلامة النفسية الاجتماعية للأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها.....	42
10-2 ضمان الانتقال السلس إلى مرحلة التعافي.....	47
11-2 الشروع في خطوات لتحويل نظم الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل بهدف إدماج خدمات الرعاية الطويلة الأجل بالشكل المناسب وضمان الإدارة المستمرة والفعالة لها.....	49
المراجع.....	52
الملحق 1. الأساليب المتبعة.....	62
شكر وتقدير.....	69

ملحق للنشر على شبكة الإنترنت. الأهداف والإجراءات الرئيسية اللازمة للوقاية من كوفيد-19 والتدبير العلاجي له في مرافق الرعاية الطويلة الأجل

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334020/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-Web_Annex-2020.1-ara.pdf

الملخص التنفيذي

أثرت جائحة كوفيد-19 تأثيراً بالغاً على المسنين، ولا سيّما من يعيش منهم في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، يفوق تأثيرها على أي فئة أخرى. وتظهر البيّنات، في كثير من البلدان، أن أكثر من 40% من حالات الوفاة المرتبطة بعدوى كوفيد-19 جرى ربطها بمرافق الرعاية الطويلة الأجل، وتصل هذه النسبة إلى 80% في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع. وعلاوة على ذلك، قد يكون معدل إماتة الحالات في مرافق الرعاية الطويلة الأجل بين المقيمين المصابين بعدوى كوفيد-19 أعلى مما هو عليه بين السكان من العمر نفسه ممن يعيشون خارج تلك المرافق. وغالباً ما يواجه المقيمون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل مخاطر عالية، مصحوبة بانخفاض في التدابير الوقائية، وعدم كفاية الموارد اللازمة للتعافي من عدوى كوفيد-19، ذلك إلى جانب انخفاض إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية في سياقٍ تواجه فيه النظم الصحية عوائق أثناء التفاجئ لعدوى كوفيد-19.

وعلاوة على ذلك، كان تأثير عدوى كوفيد-19 مرتفعاً أيضاً بين مقدمي الرعاية الطويلة الأجل، داخل مرافق الرعاية الطويلة الأجل وغير ذلك من السياقات. وقد انتهت دراسة أجراها مكتب المملكة المتحدة للإحصاءات الوطنية عام 2020 عن الوفيات حسب المهنة إلى ارتفاع معدل الوفاة المرتبط بعدوى كوفيد-19 ارتفاعاً كبيراً بين أفراد القوى العاملة في مجال الرعاية الاجتماعية.

وحتى الآن، أثّرت عدوى كوفيد-19 على مرافق الرعاية الطويلة الأجل تأثيراً يفوق غيرها من السياقات. ومع ذلك، هناك حاجة إلى عمل متضافر للتخفيف من الأثر الناجم على جميع جوانب الرعاية الطويلة الأجل، ومنها الرعاية المنزلية والمجتمعية، بالنظر إلى أن معظم المستفيدين من الرعاية ومقدميها هم الفئة المعرضة لكوفيد-19 في صورته الوخيمة. وستكون إجراءات الاستجابة بشأن الرعاية الطويلة الأجل إحدى الخطوات الأساسية والجوهرية في تخفيف أثر جائحة كوفيد-19 في كثير من البلدان. ولن تغدو البلدان قادرة على عدم ترك أحد يتخلف عن الركب في الاستجابة حقاً إلا من خلال معالجة الرعاية الطويلة الأجل.

ويوفر موجز السياسات الذي بين يدي القارئ 11 هدفاً مرتبطاً بالسياسات ونقاط عمل رئيسية للوقاية من عدوى كوفيد-19 والتدبير العلاجي لها في الرعاية الطويلة الأجل. والجمهور المستهدف بهذا الموجز هم راسمو السياسات والسلطات (الوطنية ودون الوطنية والمحلية) المشاركة في جهود الاستجابة لجائحة كوفيد-19. ويستند الموجز إلى البيّنات المتاحة حالياً عن التدابير المتخذة للوقاية من جائحة كوفيد-19 والتأهب لها والاستجابة لمقتضياتها، وتخفيف الأثر الناجم عنها في خدمات الرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك أثرها على مقدمي الرعاية.

وفي حين تحتوي هذه الوثيقة على خيارات وإجراءات سياساتية ذات صلة بجميع أماكن الرعاية الطويلة الأجل، فإنها تسلط الضوء على مرافق الرعاية الطويلة الأجل، على اعتبار أنها شهدت ارتفاعاً كبيراً في معدل الإصابة بعدوى كوفيد-19 والمرضاة والوفيات المرتبطة بها.

وعلاوة على ذلك، يتطرق الموجز إلى مشاكل قديمة العهد في نظم الرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك نقص التمويل، وانعدام المساءلة، وتفتتها بين الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل، والقوة العاملة التي لا تحظى بالتقدير الكافي. ويقترح الموجز طرقاً لإحداث تحولٍ في خدمات الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل، بحيث تُدمج خدمات الرعاية الطويلة الأجل بسهولة وتقدم في إطار سلسلة الرعاية المتواصلة التي تشمل تعزيز الصحة والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة. ومن خلال هذه التدابير فقط يمكن للأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل الحصول على رعاية جيدة ومنصفة ومستدامة، تتيح لهم العيش بطريقة تحترم حقوقهم الأساسية وحياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية.

1- نظرة عامة

1-1 الغاية من الوثيقة

لقد أزاحت جائحة كوفيد-19 الستار عن مواطن ضعف في الاستجابة لحالات الطوارئ تسببت في تراجع الرعاية الطويلة الأجل على قائمة الأولويات، وهو ما أسفر عن الأثر المدمر الذي شهدته خدمات الرعاية الطويلة الأجل حول العالم. وقد أبرزت هذه الأحداث مشاكل قديمة العهد في نظم الرعاية الطويلة الأجل في معظم البلدان، وهي: نقص التمويل، وانعدام المساءلة، والتفتت، وسوء التنسيق ما بين الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل، والقوة العاملة التي لا تحظى بالتقدير الكافي (1-3).

ويقدّم هذا الموجز أهدافاً سياساتية ونقاط عمل رئيسية للوقاية من كوفيد-19 والتدبير العلاجي له في الرعاية الطويلة الأجل لراسمي السياسات والسلطات (الوطنية ودون الوطنية والمحلية) المشاركة في جهود الاستجابة لجائحة كوفيد-19. ويستند الموجز إلى البيّنات المتاحة حالياً عن التدابير المتخذة للوقاية من عدوى كوفيد-19 وتأثيرها على مستخدمي الرعاية الطويلة الأجل ومقدمي الرعاية (ومنهم الموظفون بأجر ومقدمو الرعاية من الأسرة وغيرهم من مقدمي الرعاية المتطوعين)، فضلاً عن تدابير التأهب للعدوى وتأثيرها والاستجابة لمقتضياتها. كذلك يسهب الموجز في شرح إرشادات العمل التقنية بشأن الوقاية من عدوى كوفيد-19 والتدبير العلاجي لها في خدمات الرعاية الطويلة الأجل في الإقليم الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية، بغية عرض رؤى عالمية وأمثلة من البلدان من مختلف أقاليم المنظمة (4).

وفي حين تحتوي هذه الوثيقة على خيارات وإجراءات سياساتية ذات صلة بجميع أماكن الرعاية الطويلة الأجل، فإنها تسلط الضوء على مرافق الرعاية الطويلة الأجل، لأنها شهدت ارتفاعاً كبيراً في معدل الإصابات والمرض والوفيات من جراء عدوى كوفيد-19.

ومع ذلك، وعلى الرغم من أن مرافق الرعاية الطويلة الأجل جزء لا يتجزأ من الرعاية الطويلة الأجل، يجب تسليط الضوء على أن الخدمات المجتمعية هي المفتاح لتعزيز الشيوخة في مكان الإقامة، والحد من الإيداع بالمؤسسات، ودعم التأهيل خارج المؤسسات، حتى يتمكن الناس من العيش بطريقة تتوافق مع حقوقهم الأساسية وحياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية.

ويعرض الإطار 1 تعريفات للمصطلحات المستعملة في هذه الوثيقة.

الإطار 1. مصطلحات العمل: تعريفات المصطلحات المستعملة

نُظم الرعاية الطويلة الأجل

نُظم وطنية تضمن رعاية متكاملة طويلة الأجل، تتسم بأنها ملائمة وميسورة التكلفة، ويمكن الوصول إليها، وتدعم حقوق الأفراد ومقدمي الرعاية على حد سواء (1).

الرعاية الطويلة الأجل

الخدمات التي تضمن أن الأفراد الذين يعانون من فقدان كبير للقدرات البدنية والعقلية، أو يواجهون مخاطر التعرض لذلك، يمكنهم الحفاظ على مستوى من القدرة الوظيفية يتسق مع حقوقهم الأساسية وحرّياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية (1). وتتضمن هذه الخدمات عادةً الرعاية والمساعدة في المهام اليومية (بما في ذلك ارتداء الملابس والاستحمام والتسوق والطبخ والتنظيف)، ودعم المشاركة الاجتماعية، والتدبير العلاجي للحالات المزمنة المتقدمة من خلال الرعاية المجتمعية وإعادة التأهيل والرعاية في نهاية الحياة. ويتولى تقديم الخدمات مقدمو رعاية بلا أجر (عادة ما يكونون أفراداً من الأسرة، ولكن أيضاً من المتطوعين)، وكذلك موظفو تقديم الرعاية مقابل أجر.

وفي جميع أجزاء الوثيقة، يشمل استعمال مصطلح "خدمات الرعاية الطويلة الأجل" الرعاية في المنزل، وفي المجتمع، وفي المرافق (مرافق الرعاية الطويلة الأجل السكنية أو دور الرعاية أو غيرها من مرافق المعيشة الجماعية)، ما لم يُحدد خلاف ذلك.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

قد تختلف مرافق الرعاية الطويلة الأجل حسب البلد. وتُعرّف دور الرعاية ومرافق الرعاية الماهرة ومرافق المعيشة المصحوبة بالمساعدة والمرافق السكنية ومرافق الرعاية الطويلة الأجل السكنية مجتمعةً بأنها مرافق رعاية طويلة الأجل توفر مجموعة متنوعة من الخدمات، ومنها الرعاية الطبية والمُساعدة، للأفراد غير القادرين على أن يعيشوا حياة مستقلة داخل المجتمع. ولا يشمل استعمال مصطلح "مرافق الرعاية الطويلة الأجل"، في كل أجزاء الوثيقة، الرعاية الطويلة الأجل المنزلية والمراكز المجتمعية ومرافق الرعاية النهارية للبالغين أو الرعاية المؤقتة. مقدم الرعاية

شخص يقدم الرعاية والدعم لشخص آخر؛ وقد يشمل مقدمو الرعاية أفراد الأسرة والأصدقاء والجيران والمتطوعين والعاملين في مجال الرعاية والمهنيين الصحيين (1).

1-2 أثر عدوى كوفيد-19 على الرعاية الطويلة الأجل: بماذا تخبرنا البيّنات

تشير البيّنات المستمدة من إحدى المراجعات المنهجية (5) والتقارير المجمعّة عن وضع عدوى كوفيد-19 في مرافق الرعاية الطويلة الأجل (الملحق 1) إلى أنه في حين لا يوجد سوى القليل من البيّنات على تأثير عدوى كوفيد-19 على الأشخاص الذين يستفيدون من خدمات الرعاية الطويلة الأجل في المجتمع أو يقدمونها، كان للجائحة أثر بالغ على الأفراد، وخاصة المسنين، الذين يعيشون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل أكثر من الفئات الأخرى. ففي البلدان التي شهدت أعداداً كبيرة من الوفيات جراء عدوى كوفيد-19، كان نحو نصف جميع هذه الوفيات بين المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل. ويبين الملحق 1 بمزيد من التفصيل طرق المراجعة المنهجية وأعمال المراجعة الأخرى التي أُجريت في سبيل إعداد هذا التقرير.

وتشير البيّنات المبكرة إلى أن مدى الإصابات بعدوى كوفيد-19 في مرافق الرعاية الطويلة الأجل قد تباينَ تبايناً كبيراً بين البلدان وداخلها: بعض البلدان (مثل الأردن) لم يُبلّغ فيها عن إصابات في مرافق الرعاية الطويلة الأجل حتى الآن، بينما كان الأمر مختلفاً في السويد، مثلاً، حيث إنه بحلول نهاية نيسان/أبريل، كان 25% من مرافق الرعاية الطويلة الأجل في جميع أنحاء البلاد يعاني من تفشي عدوى كوفيد-19، مع تضرر 67% من مرافق الرعاية الطويلة الأجل في ستوكهولم.

وتشير البيانات الواردة من 21 بلداً مرتفع الدخل إلى أنه في حين لم تشهد بعض البلدان حالات وفاة أو كانت قليلة جداً بين المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، فإن بلداناً أخرى أفادت بأن ما يقرب من نصف جميع الوفيات، في المتوسط، المرتبطة بعدوى كوفيد-19 في البلاد كانت لمقيمين في مرافق رعاية طويلة الأجل (تتراوح بين 24% في المجر و82% في كندا). وفي بعض البلدان، كانت نسبة الوفيات بين جميع المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل المرتبطة بعدوى كوفيد-19 مرتفعة، بحيث تراوحت بين 3% و6% من جميع المقيمين (6). ولا تتوافر البيانات المصنفة حسب العمر والجنس في العديد من البلدان.

وتفيد البيّنات أيضاً بأنه بمجرد وجود عدوى كوفيد-19 في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، يكون من الصعب السيطرة عليها، ويرجع بعض السبب في ذلك إلى العدد الكبير من الأشخاص الذين يعيشون بالقرب بعضهم من بعض في مرافق مصممة للعيش الجماعي، ناهيك عن أن الرعاية الشخصية إنما تتطلب التقارب الوثيق. وعلى الرغم من أن تقارير الحالات الواردة من جمهورية كوريا أثبتت النجاح في كبح ظهور المزيد من الإصابات في مرافق الرعاية الطويلة الأجل بعد أن ثبتت إيجابية نتيجة اختبار أحد الموظفين (7، 8)، فإن دراسات الحالة في العديد من البلدان الأخرى تُظهر مدى صعوبة احتواء العدوى في هذه الأماكن. فمثلاً، أظهرت الدراسات في المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية والولايات المتحدة الأمريكية معدلات إصابة تتراوح بين 40%

و72% بين المقيمين (9-14)، مع معدلات إصابة بين الموظفين تتراوح بين 1,5% و5,9% عند اختبار جميع الموظفين في المرافق التي تشهد فاشية (7، 8، 15-18). وثمة بيّنات كذلك من دراسة واحدة على أن العاملين الذين يعملون في أكثر من دار ربما كانوا مصدر انتقال للعدوى (19).

وأظهر تحليلٌ لوفيات حسب المهنة في المملكة المتحدة ارتفاعاً كبيراً في معدلات الوفيات المرتبطة بكوفيد-19 بين الرجال والنساء العاملين في الرعاية الاجتماعية (23,4 لكل 100 000 ذكر مقارنة بـ 9,9 للذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و64 عاماً، و9,6 لكل 100 000 أنثى مقارنة بـ 5,2 للإناث اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20-64 عاماً) (20).

وأجريت ست دراسات تصف تدابير للوقاية من الفاشيات في مرافق الرعاية الطويلة الأجل (الصين وسنغافورة) واحتوائها أو التدبير العلاجي لها (كندا وجمهورية كوريا)، وأفادت الدراسات ببعض النجاح، على الرغم من أنها لم تتوافر لها مجموعة مرجعية (7، 8، 22-23).

وهناك بيّنات متزايدة على انتقال محتمل من الأفراد ما قبل ظهور الأعراض أو العديمي الأعراض المصابين بعدوى كوفيد-19 والأفراد الذين يعانون من "أعراض غير نمطية" في مرافق الرعاية الطويلة الأجل. وتشير الدراسات عن الفاشيات إلى أن 7% إلى 75% من المقيمين و50% إلى 100% من الموظفين الذين كان اختبارهم إيجابياً كانوا في مرحلة ما قبل الأعراض أو عديمي الأعراض (11-13، 15، 17، 19، 24). وتظهر أعراض فيما بعدُ على 57% و89% من المقيمين الإيجابيين العديمي الأعراض (11، 19). ويشير الاختبار المنتظم على المستوى الوطني للمقيمين والموظفين في بلجيكا إلى أن 74% من الحالات بين المقيمين و76% من الحالات بين الموظفين كانت عديمة الأعراض في وقت إجراء الاختبار (25).

وعند إصابة الأفراد الذين يعيشون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل بعدوى كوفيد-19، قد يصبح معدل إماتة الحالات بين المقيمين أعلى مما هو عليه بين السكان من العمر نفسه ممن يعيشون خارج تلك المرافق. فمثلاً، كان معدل حدوث الوفيات الناجمة عن كوفيد-19 بين المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل في أونتاريو، كندا، أعلى 13 مرة مقارنة بالحالات التي تعيش في المجتمع للبالغين 70 عاماً أو أكثر (26)، وكان خطر الإصابة بدرجة وخيمة من المرض، بما في ذلك الوفاة، أعلى 2,5 مرة بين المقيمين في دور الرعاية الإسرائيلية المصابين بعدوى كوفيد-19 مقارنة بالحالات الأخرى فوق 65 عاماً (27).

ولا تشير أي دراسات إلى العواقب الصحية الضارة للعدوى نفسها أو التدابير المتخذة للوقاية من العدوى في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، على الرغم من أن العديد من المقالات الافتتاحية ومقالات التعليقات تتحدث عن الآثار المحتملة على الصحة النفسية والبدنية (على سبيل المثال، الضيق، والاكتئاب، وفقد الشهية، وفقدان

الحالة البدنية بسبب عدم ممارسة الرياضة، وعواقب زيادة القيود الكيميائية والمادية)، وهو الأمر الذي أثار مخاوف بشأن زيادة المراضة والوفيات المباشرة وغير المباشرة (28، 29).

وهناك بيّنات محدودة على تأثير جائحة كوفيد-19 على الأفراد الذين يستفيدون من الرعاية الطويلة الأجل المجتمعية والذين يقدمونها، بما في ذلك المساعدة المنزلية ومرافق الرعاية النهارية ومقدمو الرعاية بلا أجر. وقد تؤدي بعض تدابير الصحة العمومية والوقاية من العدوى (ومنها القيود المفروضة على الحركة، والتباعد الجسدي وحظر التجول) إلى تقييد مصادر الرعاية والدعم المعتادة التي يعتمد عليها كثير من الأفراد الذين يحتاجون إلى الرعاية. وخلصت البيّنات الواردة من المملكة المتحدة إلى أن الأشخاص ذوي الإعاقة قد عانوا من أوجه عدم مساواة متزايدة أثناء جائحة كوفيد-19. وأبلغ الأشخاص ذوو الإعاقة عن صعوبة في الوصول إلى الغذاء والدواء والتأخير في نظام الإعانات، مع معاناة البعض من انعدام الأمن الغذائي والفقر. وأبلغ كثير من الأشخاص ذوي الإعاقة عن شعورهم بالعزلة. ولبعضهم، كان انقطاع الإنترنت يعني عدم قدرتهم على الوصول إلى الخدمات الافتراضية البديلة. وعلاوة على ذلك، فإن قلة هياكل الدعم المستمرة قد جعلت الأفراد يعتمدون على الأسرة والجيران (30).

ومن المحتمل أيضاً أن يواجه الأشخاص الذين يعانون حالات صحية حالية صعوبات في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية، ومنها إعادة التأهيل، وهو ما يزيد من احتياجات الرعاية. ويمكن أن يؤدي انقطاع خدمات الرعاية الصحية أيضاً إلى زيادة الحاجة إلى الرعاية (31، 32).

ومن المعترف به على نحو متزايد أن خطط احتواء الجائحة في كثير من البلدان لم تشمل مرافق الرعاية الطويلة الأجل؛ ولم تُحشد الموارد لذلك إلا مع بداية ظهور التقارير الإعلامية عن الأعداد الكبيرة للوفيات. وفي بعض البلدان، كان لا بد من نشر الجيش وسائر وحدات الاستجابة للطوارئ لدعم مرافق الرعاية الطويلة الأجل التي كانت قد أرهاقتها الأعداد الكبيرة من الوفيات وعدم كفاية الموظفين (33). وفي كثير من البلدان، لم تتمكن مرافق الرعاية الطويلة الأجل من الحصول على الاختبارات ومعدات الحماية الشخصية والدعم الطبي إلا عقب حدوث فاشيات واسعة النطاق بها (34).

3-1 أساس العمل: عدم ترك أحد خلف الركب

تتحمل النظم الصحية المسؤولية عن تقديم رعاية صحية آمنة وسهلة المنال وميسورة التكلفة وعالية الجودة، ومنها الرعاية المُسَاعِدَة والمُلطِّفة للناس كافةً دون تمييز.

لكن، حسبما تشير البيّنات، يواجه سكان مرافق الرعاية الطويلة الأجل مخاطر عالية، مصحوبة بانخفاض في التدابير الوقائية وعدم كفاية الموارد اللازمة للتدبير العلاجي لعدوى كوفيد-19، فضلاً عن انخفاض إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية في ظل مواجهة النظم الصحية عوائق في سياق التقاوم المفاجئ لعدوى كوفيد-19.

ويشكل المسنون، وخاصة الذين يعانون منهم من حالات صحية آمنة وتزيد احتمالات إصابتهم بدرجة مرضية وخيمة من عدوى كوفيد-19، نسبة كبيرة من المستفيدين من خدمات الرعاية الطويلة الأجل، بمن فيهم أولئك الذين يعيشون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل (36). ويلزم اتخاذ إجراءات فورية للوقاية من بعدوى كوفيد-19 وتخفيف أثر الجائحة بين هذه الفئة السكانية، ولضمان توفير خدمات الرعاية الصحية والرعاية المُساعدة الأساسية.

وعلاوة على ذلك، تمثل النساء، وخاصة المسنات، أعلى نسبة من الأشخاص الذين يستفيدون من خدمات الرعاية، ويهيمن على القوى العاملة في مجال الرعاية الطويلة الأجل، وهنّ المقدمون الرئيسيون للرعاية داخل الأسرة (1)، (37). وغالباً ما تعتمد خدمات الرعاية الطويلة الأجل أيضاً اعتماداً كبيراً على العمال المهاجرين والعمال من المجموعات العرقية، الذين قد يكونون أكثر عرضة للخطر (1، 38-40).

ويجب أن تتضمن الاستجابة للجائحة رعاية طويلة الأجل لضمان عدم تهميش الفئات العرقية والعمرية والجنسانية. وكانت هناك أيضاً مخاوف بشأن حقوق الإنسان، سواء في الإهمال المحتمل للسكان الذين يعتمدون على الرعاية الطويلة الأجل (ويقدّمونها)، أو في التدابير المعتمدة في محاولة للحد من خطر الإصابة بالعدوى (مثل، منع الزيارات وحظر النشاط البدني الخارجي). ومن الواجب أن تكون الاستجابة للجائحة شاملة للرعاية الطويلة الأجل حتى تُنفذ تدابير ملائمة ومصممة خصيصاً وتُلَبّى المسائل الخاصة بالرعاية الطويلة الأجل.

وحتى الآن، أثّرت عدوى كوفيد-19 على الأفراد الذين يعيشون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل تأثيراً يفوق الفئات الأخرى. ومع ذلك، هناك حاجة إلى عمل متضافر للتخفيف من الأثر الناجم على جميع جوانب الرعاية الطويلة الأجل، ومنها الرعاية المنزلية والمجتمعية، بالنظر إلى أن معظم المستفيدين من الرعاية ومقدميها هم الفئة المعرضة لكوفيد-19 في صورته الخيمة.

وبالنظر إلى ضخامة الأثر الناجم عن عدوى كوفيد-19 على الرعاية الطويلة الأجل، ستكون إجراءات الاستجابة بشأن الرعاية الطويلة الأجل إحدى الخطوات الأساسية والجوهرية في تخفيف أثر جائحة كوفيد-19 في كثير من البلدان.

ولن تتمكن البلدان من عدم ترك أحد حلقاً خلف الركب في الاستجابة لعدوى كوفيد-19 إلا بالتصدي لمسألة الرعاية الطويلة الأجل.

2- الاستجابة لجائحة كوفيد-19 في الرعاية الطويلة الأجل

في حين جذبت الجائحة الانتباه العام إلى آثارها المباشرة، والحاجة إلى الاستعداد لمواجهة حالات الطوارئ الحالية والموجات المستقبلية المحتملة، فقد أظهرت أيضاً وجود تحديات هيكلية كبيرة ينبغي التصدي لها من أجل تحسين سلامة نظم الرعاية الطويلة الأجل ومرونتها.

وحتى وقتنا هذا، واجهت معظم البلدان صعوبات في تطوير نظم متماسكة لضمان الوصول إلى خدمات رعاية طويلة الأجل تركز على الأشخاص وذات جودة عالية، تلبي الاحتياجات المتزايدة للرعاية الصحية والمساعدة التي تتسق مع الحقوق الأساسية والحريات الأساسية والكرامة الإنسانية (1، 42-45). وحتى في البلدان ذات الدخل المرتفع، خلص استعراض أجرته منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي إلى أن "هناك سجلاً من وضع سياسات الرعاية الطويلة الأجل على نحو مجزأ في الكثير من البلدان، بحيث تستجيب للمشاكل السياسية والمالية الحالية، بدلاً من بنائها على نحو مستدام وشفاف" (43).

ويبحث هذا القسم في التحديات الفريدة التي أثرت على قدرة نظم الرعاية الطويلة الأجل على الاستجابة لجائحة كوفيد-19، ويقترح أهدافاً سياساتية وإجراءات رئيسية لمواجهة هذه التحديات على المدى القصير والطويل. وستكون الأهداف السياساتية الأحد عشر الواردة في الإطار 2، التي استرشدت بالبيّنات والخبرة الدولية المتاحة إلى الآن، ركناً أساسياً في التصدي لعدوى كوفيد-19 في نظم الرعاية الطويلة الأجل.

الإطار 2: أحد عشر هدفاً سياساتياً للتخفيف من أثر كوفيد-19 على مختلف جوانب الرعاية الطويلة الأجل

1. إدراج الرعاية الطويلة الأجل في جميع مراحل الاستجابة الوطنية لجائحة كوفيد-19.
2. حشد تمويل كافٍ للرعاية الطويلة الأجل بهدف الاستجابة لجائحة كوفيد-19 والتعافي منها.
3. ضمان الرصد والتقييم الفعالين لأثر كوفيد-19 على الرعاية الطويلة الأجل، وضمان توجيه المعلومات بكفاءة بين نظم الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل لتحسين الاستجابات.
4. تأمين الموظفين والموارد، ومنها القوى العاملة الصحية والمنتجات الصحية الكافية، للاستجابة لجائحة كوفيد-19 وتقديم خدمات رعاية طويلة الأجل عالية الجودة.
5. ضمان توافر سلسلة الخدمات الأساسية للأفراد الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل، واستمراريتها، ومنها خدمات التعزيز والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة.

6. التأكد من تنفيذ معايير الوقاية من العدوى ومكافحتها والالتزام بها في جميع أماكن الرعاية الطويلة الأجل للوقاية من حالات كوفيد-19 والتدبير العلاجي الآمن لها.
7. إعطاء الأولوية للاختبار وتتبع المخالطين ورصد انتشار كوفيد-19 بين الأفراد الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها.
8. تقديم الدعم لمقدمي الرعاية من الأسرة والمتطوعين.
9. إعطاء الأولوية للسلامة النفسية الاجتماعية للأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها.
10. ضمان الانتقال السلس إلى مرحلة التعافي.
11. الشروع في خطوات لتحويل نظم الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل بهدف إدماج خدمات الرعاية الطويلة الأجل بالشكل المناسب وضمان الإدارة المستمرة والفعالة لها.

وتتناول الأقسام الفرعية الآتية الأهداف السياساتية تبعاً.

1-2 إدراج الرعاية الطويلة الأجل في جميع مراحل الاستجابة الوطنية لجائحة كوفيد-19

1-1-2 التحدي

انخفاض الأولوية السياسية الممنوحة للرعاية الطويلة الأجل مقارنة بالصحة وغيرها من مجالات السياسات

تميل الرعاية الطويلة الأجل إلى أن تكون ذات أولوية سياسية منخفضة، وغالباً ما يشار إليها باسم "سندريلا حالة الرفاه"، حيث غالباً ما يكون الاهتمام السياسي بأهميتها عابراً وثانويّاً للرعاية الصحية (46). وقد يكون عدم الاهتمام السياسي بالرعاية الطويلة الأجل أحد الأسباب وراء عدم تضمين قطاع الرعاية الطويلة الأجل في الاستجابات السياساتية الأولية للجائحة في العديد من البلدان (4).

تصريف شؤون نظام الرعاية الطويلة الأجل غالباً ما يتضمن قطاعات متعددة ووزارات مختلفة ومستويات حكومية متنوعة، وهو ما يجعل التنسيق صعباً

تتوزع الرعاية الطويلة الأجل، في معظم البلدان، بين وزارات مختلفة، وعادة ما تكون الرعاية الصحية والشؤون الاجتماعية أو التنمية أو الحماية الاجتماعية. وغالباً ما تكون خدمات الرعاية الطويلة الأجل ونظم الرعاية الصحية

على درجة متدنية من التنسيق والتكامل، وتميل إلى أن تخضع لترتيبات منفصلة (وغالباً ما تكون معقدة) للتمويل والتنظيم ونظم المعلومات وتدريب الموظفين وتأمينهم (1، 43).

وقد أوجد ذلك العديد من الصعوبات خلال أزمة كوفيد-19. فعلى سبيل المثال، لم تكن نماذج التوظيف الاحتياطية لمواجهة الزيادة المفاجئة في أعداد مرضى كوفيد-19 في المستشفيات مرنة بما يكفي لتلبية الزيادات الكبيرة في الطلب التي نشأت في قطاع الرعاية الطويلة الأجل. وكان من الصعب أيضاً على الموظفين المناسبين التنقل بمرونة عبر المنظومة حسب الحاجة. وبالمثل، واجه قطاع الرعاية الطويلة الأجل، وخاصة مرافق الرعاية الطويلة الأجل، صعوبات في الوصول إلى الاختبارات ومعدات الحماية الشخصية، حيث أُعطيت الأولوية للمستشفيات (47).

وبالإضافة إلى ذلك، كثيراً ما توزع البلدان المسؤولية عن الرعاية الطويلة الأجل رأسياً عبر جهات فاعلة وطنية وإقليمية ومحلية، وهو ما يخلق صعوبات في تنسيق الخدمات والرقابة الفعالة (48). فعلى سبيل المثال، في إسبانيا وإيطاليا، قد يتلقى الشخص نفسه خدمات الرعاية الطويلة الأجل التي ينظمها أو يمولها ما يصل إلى ثلاثة مستويات حكومية مختلفة (49، 50).

تتألف خدمات الرعاية الطويلة الأجل من مزيج من مقدمي الخدمات من القطاع العام والقطاع الخاص الهادف للربح والخاص غير الهادف للربح، بالإضافة إلى مقدمي الرعاية من الأسرة.

تتميز خدمات الرعاية الطويلة الأجل أيضاً بمزيج من مقدمي الخدمات من القطاع العام والقطاع الخاص الهادف للربح والخاص غير الهادف للربح (51). وفي بعض البلدان، يتولى تشغيل معظم مرافق الرعاية الطويلة الأجل مقدمو خدمات من القطاع الخاص الهادف للربح، وغالباً ما تكون هذه الخدمات غير خاضعة للتنظيم، ولا سيما في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل (52، 53).

وتضطلع المنظمات غير الحكومية، وعلى الأخص في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، بدور مهم في توفير خدمات الرعاية الطويلة الأجل، وغالباً ما تكون المصدر الوحيد لدعم مقدمي الرعاية بلا أجر. ومع ذلك، فعند عدم وجود المنظمات غير الحكومية، غالباً ما تقع مسؤولية الرعاية بالكامل على الأسر نفسها. ونادراً ما يُعترف بهذه الرعاية غير مدفوعة الأجر ضمن نظام رسمي، ومن ثم لا يجري تضمينها في أي عمليات أو آليات لتصرف الشؤون بخلاف تلك الخاصة بالمنظمات غير الحكومية التي تدعم العمل. ويمكن أن تؤدي هذه الهياكل إلى نقص الملكية، وتفرق المساءلة، وتفتت المسؤوليات، وهو ما يسبب مشاكل في تنسيق الرعاية وجودتها، ويؤدي إلى تخلف نظم معلومات (43، 54).

الآثار المترتبة في سياق عدوى كوفيد-19

- قد تعيق إدراج الرعاية الطويلة الأجل ضمن الاستجابة الوطنية للجائحة
- قد تعيق التخطيط والرقابة والمساءلة أثناء الجائحة
- قد تعيق الاستجابة المنسقة بين قطاعات الرعاية الطويلة الأجل والرعاية الصحية عند الاستجابة للجائحة
- قد تعيق تخصيص الفعّال للموارد

2-1-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- ضمان وجود مسؤول تنسيق معني بإدارة الرعاية الطويلة الأجل (مع التركيز بشكل خاص على المستفيدين من الرعاية الطويلة الأجل ومقدميها) ضمن الهيئة العامة المعنية بكوفيد-19.
- إنشاء لجان توجيهية مشتركة ونظم لتبادل المعلومات والبيانات بين القطاعات ومستويات السياسات دون الوطنية لضمان الاستجابة المنسقة.
- إنشاء آلية لدعم مقدمي الخدمات غير الخاضعين للتنظيم، مع التركيز على الدعم التعاوني بدلاً من التدابير العقابية.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- إذا كانت مرافق الرعاية الطويلة الأجل بصدد توسيع دورها في الرعاية الصحية أثناء الجائحة، ينبغي وضع المحفزات أو الحدود التي تنشط إعادة التوزيع التدريجي لقدرات الخدمات الصحية الشاملة الروتينية، بمن في ذلك موظفو الرعاية الصحية المباشرة.

أمثلة من البلدان

في سنغافورة، وضعت وكالة الرعاية المتكاملة ووزارة الصحة، جنباً إلى جنب مع مقدمي خدمات الرعاية الطويلة الأجل، عدداً من التدابير للاستجابة لجائحة كوفيد-19. وتشمل هذه التدابير تدابير مكافحة العدوى والوقاية، والوصول إلى معدات الحماية الشخصية، وإجراءات التباعد وتحديد المناطق، وتعليق الزيارات، والإقامة البديلة للعاملين في الرعاية الطويلة الأجل، وإجراء الاختبارات لرصد الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل والعاملين في مجال الرعاية. وشكلت وكالة الرعاية المتكاملة فريقاً للاستجابة للحوادث بهدف دعم مقدمي الرعاية الطويلة الأجل في الاستجابة لعدوى كوفيد-19. ودعم مكتب الجيل الفضي، وهو ذراع التوعية لوكالة الرعاية المتكاملة، المسنين من خلال الاتصال والمعلومات وتوفير الخدمات أثناء الجائحة (55، 56).

وفي إسرائيل، عُيّن فريق إدارة ليتولى إدارة فاشية كوفيد-19 في مرافق الرعاية الطويلة الأجل في جميع أنحاء البلاد. وقدم هذا الفريق خطة وطنية في إطار مشروع درع الآباء والأمهات، بما في ذلك إنشاء مقر رئيسي يمكن من خلاله تنسيق الجهود الحكومية. وبالإضافة إلى ذلك، قدمت قيادة الجبهة الداخلية المساعدة لمرافق الرعاية الطويلة الأجل طوال وقت الجائحة من خلال إدارة دخول الزوار، والتطهير، وتوصيل المواد الغذائية، وتقديم التدريب والتوجيه بشأن تدابير الحماية والوقاية (57).

وفي مالطا، صنّفت هيئة معايير الرعاية الاجتماعية، وهي الهيئة التنظيمية للرعاية الطويلة الأجل، أماكن الرعاية السكنية على أنها أماكن عالية المخاطر فيما يتعلق بعدوى كوفيد-19 في مطلع شهر آذار/مارس. وعلى الفور، أصدرت هيئة معايير الرعاية الاجتماعية التوجيهات التي جرى تحديدها في موجز كوفيد-19 (2020). وكان هناك تعاون مباشر بين هيئة الصحة العمومية وهيئة معايير الرعاية الاجتماعية، ثبت أنه المحفز الأساسي لحماية المسنين داخل المرافق (58).

2-2 حشد تمويل كافٍ للرعاية الطويلة الأجل بهدف الاستجابة لجائحة كوفيد-19 والتعافي منها

1-2-2 التحدي

محدودية التمويل العام المخصص للرعاية الطويلة الأجل

يعدّ متوسط الإنفاق العام على الرعاية الطويلة الأجل منخفضاً للغاية، إذ يقل عن 1% من الناتج المحلي الإجمالي على مستوى العالم. وهذا النقص في التمويل العام يهدد إمكانية الحصول على الرعاية الطويلة الأجل (42).

ويتضح ذلك أكثر في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل، التي يفتقر الكثير منها إلى مصادر التمويل العام المخصصة للرعاية الطويلة الأجل.

وعادة ما تكون خطط المزايا العامة للرعاية الطويلة الأجل قائمة على الاحتياجات وتقييم الإمكانيات المادية، وغالباً ما تتطلب مدفوعات مشتركة، وهو ما يبقى على شرائح كبيرة من السكان خارج النظام العام.

وفي معظم البلدان، تعتمد خطط المزايا العامة لدعم الرعاية الطويلة الأجل على الاحتياجات وتقييم الإمكانيات المادية، وغالباً ما تتطلب مدفوعات مشتركة. وغالباً ما يتلقى أصحاب الاحتياجات الكبرى مزيداً من الدعم، لكن بعض البلدان تضع أيضاً قيوداً على المبلغ الذي يمكن تغطيته من خلال الموارد العامة. وفي حين أن بعض البلدان تحمي الفئات الأكثر ضعفاً من التكاليف الإضافية، تشجع في معظم البلدان النفقات الكبيرة التي يتكبدها الأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل من جيوبهم الخاصة (43، 59، 60). وكذلك، نظراً للحصة الكبيرة من الرعاية التي يقدمها مقدمو رعاية بلا أجر، فمن الناحية العملية، تقع حصة كبيرة من تكاليف الرعاية الطويلة الأجل على كاهل الأسر، من خلال مزيج من تكاليف الفرصة البديلة لتوفير الرعاية والمدفوعات من الجيوب الخاصة. وهناك عدد قليل من البلدان التي تمتلك آليات تمويل تحمي جميع السكان من تكاليف الرعاية الطويلة الأجل الباهظة (1).

انخفاض دخل قطاع الرعاية الطويلة الأجل وارتفاع تكاليف الرعاية

إن زيادة تكاليف معدات الحماية الشخصية والقوى العاملة تعني أن مقدمي الخدمات يتكبون تكاليف إضافية كبيرة. وفي الوقت نفسه، يعاني مقدمو الخدمات من انخفاض في الإيرادات بسبب انخفاض نسبة الإشغال في مرافق الرعاية الطويلة الأجل (بسبب انخفاض عدد حالات الدخول وارتفاع عدد الوفيات عن المعتاد) وإغلاق الخدمات المجتمعية مثل مراكز الرعاية النهارية.

وقد وُفّر العديد من البلدان بالفعل أموالاً مخصصة للطوارئ لدعم قطاع الرعاية الطويلة الأجل خلال هذه الأزمة. ومع ذلك، قد يكون توفير الموارد وتوزيعها أسهل في البلدان التي لديها نظم رعاية طويلة الأجل أكثر تطوراً وتنظيماً. وي طرح توفير الموارد والدعم لقطاع الرعاية الطويلة الأجل غير المسجل تحديات إضافية.

ومثل هذه التحديات الفريدة التي تواجه تمويل الرعاية الطويلة الأجل جعلت من الصعب على نظام الرعاية الطويلة الأجل التفاعل والتصدي للتكاليف الإضافية التي قد تنشأ عن الاستعداد لكوفيد-19 والاستجابة له.

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

- قد يؤدي نقص التمويل الكافي للتكاليف الإضافية المرتبطة بالاستجابة لكوفيد-19 إلى تعريض سلامة المستفيدين من الرعاية الطويلة الأجل ومقدميها للخطر.
- تؤدي الزيادة في تكاليف الرعاية بسبب الجائحة إلى زيادة مدفوعات المستفيدين من الرعاية من جيوبهم الخاصة.

2-2-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- النظر في ضخ المزيد من الأموال المحمية لصالح الرعاية الطويلة الأجل لتغطية التكاليف الإضافية المرتبطة بالجائحة (مثل، تكاليف الموظفين الإضافية، والتدريب على الوقاية من العدوى ومكافحتها، والمواد مثل معدات الحماية الشخصية والمعقمات).
- النظر في كيفية تقليل التكاليف التنظيمية والتكاليف الأخرى لمقدمي الخدمات طوال فترة الجائحة (مثل متطلبات التوظيف).
- إبداء المرونة في استخدام أموال الطوارئ المخصصة لمقدمي الرعاية الطويلة الأجل وكذلك المستفيدين.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- توفير التمويل لتعويض معدلات الإشغال المنخفضة، وضمان توفير خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة.
- توفير التمويل لدعم مقدمي خدمات مرافق الرعاية الطويلة الأجل إلى جانب التكاليف الإضافية المتكبدة في سبيل ضمان سلامة المقيمين والموظفين، بما في ذلك التدابير الإضافية للوقاية من العدوى ومكافحتها وإجراء اختبارات كوفيد-19.

الرعاية المجتمعية

- دعم مقدمي الخدمات (خاصة غير الهادفين للربح) الذين يعانون من فقد الإيرادات إذا اضطروا لإغلاق بعض الخدمات، مثل الرعاية النهارية والمراكز المجتمعية، أثناء الجائحة.

- السماح باستخدام الميزانيات الشخصية والمنافع النقدية الأخرى، مثلاً بإتاحة استخدامها في توظيف أحد أفراد الأسرة أو الجيران إذا لم تتوفر المراكز المجتمعية.

مقدمو الرعاية

- دعم مقدمي الرعاية الذين قد يحتاجون إلى تحمُّل مسؤوليات رعاية إضافية لتعويض عدم توافر الرعاية المعتادة، وقد يحتاجون إلى التخلي عن وظيفة لفعل ذلك.

أمثلة من البلدان

في الولايات المتحدة، توفر حزمة التحفيز لمواجهة آثار كوفيد-19 بقيمة 3 تريليونات دولار أمريكي (بموجب قانون المساعدة والإغاثة، والأمن الاقتصادي لمكافحة فيروس كورونا) بعض التمويل لقطاع الرعاية الطويلة الأجل. فمن أصل تمويل قيمته 100 مليار دولار مخصص لمقدمي خدمات الرعاية الصحية بموجب قانون المساعدة والإغاثة والأمن الاقتصادي، يجري توزيع 50 مليار دولار أمريكي على المستشفيات ومقدمي الرعاية الطويلة الأجل، بمن في ذلك مقدمو الرعاية الصحية المنزلية (61). واعتباراً من 3 حزيران/يونيو 2020، حُصِّص 4,9 مليارات دولار أمريكي لمراقف الرعاية الماهرة (62).

وفي جمهورية كوريا، أصدرت وزارة الصحة والرعاية الاجتماعية ودائرة التأمين الصحي الوطنية الكورية مبادئ توجيهية مؤقتة لسداد تكاليف قطاع الرعاية الطويلة الأجل. وتأخذ المبادئ التوجيهية في الاعتبار الحاجة إلى تدابير التباعد الجسدي والنقص في عدد الموظفين المتعلقة بكوفيد-19. وبالإضافة إلى ذلك، لن يواجه مقدمو الخدمات الذين يعملون في مناطق كوارث خاصة تخفيضات في أجورهم إذا لم يتمكنوا من الالتزام بمتطلبات التوظيف أثناء الجائحة (63).

وفي الصين، حُصِّص لمقدمي الرعاية الطويلة الأجل الذين يحصلون على دعم مالي بدل خاص يُدفع مرة واحدة لدعم التوظيف (مثل، توظيف العمال وإعادة نشرهم، وسداد مقابل العمل الإضافي) لضمان استمرار تقديم خدمات الرعاية الطويلة الأجل. وبحسب التقديرات، سوف يصل إجمالي هذا الدعم إلى نحو 1,6 مليون دولار أمريكي (64، 65، 66).

3-2 ضمان الرصد والتقييم الفعالين لأثر كوفيد-19 على الرعاية الطويلة الأجل وضمان توجيه المعلومات بكفاءة بين نظم الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل لتحسين الاستجابات

1-3-2 التحدي

عدد قليل من البلدان يمتلك نظم معلومات ورصد لنظم الرعاية الطويلة الأجل

يملك عدد قليل نسبياً من البلدان نظم معلومات ورصد تتضمن بيانات على مستوى الأفراد عن خصائص الأفراد الذين يستعينون بخدمات الرعاية الطويلة الأجل الرسمية، وعن احتياجاتهم وحوائجهم، وعن نوع الرعاية التي يحصلون عليها وجودتها. وهو ما يعكس الوضع العام لمصادر البيانات المحدودة عن المسنين (الذين يكونون غالباً مستفيدين من الرعاية الطويلة الأجل) ونقص البيانات المصنفة حسب العمر والجنس (67).

وفي الحالات التي تتوفر فيها بيانات على مستوى الأفراد، فإنها غالباً ما تغطي الأفراد الذين يستفيدون من الرعاية الطويلة الأجل الممولة من مصادر عامة أو الذين يقدمون الخدمات. وعلاوة على ذلك، تُجمع بيانات الرعاية الصحية والاجتماعية عادةً في إطار أنظمة منفصلة، وهو ما يؤدي إلى صعوبات في ربط البيانات الخاصة بالفرد نفسه.

وثمة تقارير عن مرافق رعاية طويلة الأجل غير خاضعة للتنظيم يجري "اكتشافها" نتيجة لجائحة كوفيد-19 (68). وقد جرى تحديد نقص البيانات على مستوى الأفراد عن خصائص المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل على أنه أحد الحواجز التي تعيق التخطيط للاستجابة لجائحة كوفيد-19 (69، 70). وهو الأمر الذي كان يعني، مثلاً، أن النماذج الحسابية التي استخدمت في توجيه التخطيط للجائحة لم تراعى حساباتها المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل بشكل منفصل عن الفئات السكانية المحيطة.

لم تُجمع البيانات عن الجائحة في بادئ الأمر إلا عن الأفراد الذين خضعوا للاختبار وماتوا في المستشفيات

ينشر عدد قليل جداً من البلدان بيانات عن أعداد المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل الذين أُصيبوا وماتوا من جراء عدوى كوفيد-19 المؤكدة أو المشتبه فيها. ونظراً لأن المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل كانوا لديهم فرص أقل للخضوع للاختبار أو دخول المستشفى مقارنةً بالأفراد الذين يعيشون في منازل خاصة، فمن المرجح أن البلدان التي لا تحتسب الوفيات خارج المستشفى تقلل من تقديرات أعداد الوفيات بسبب كوفيد-19.

وقد أُجريت مبادرة دولية لتتبع البيانات المتعلقة بوفيات المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، ولم تعثر على بيانات متاحة للجمهور سوى في 21 بلداً، وذلك في أيار/مايو 2020 (6). ومن دون بيانات عن تأثير العدوى على

مرافق الرعاية الطويلة الأجل وعلى الأشخاص الذين يعتمدون على الرعاية ويعيشون في المجتمع، يكون هناك خطر متمثل في أن الموارد اللازمة لمنع كوفيد-19 وتخفيف أثره في قطاع الرعاية الطويل الأجل (الأموال والقوى العاملة والاختبارات ومعدات الحماية الشخصية وغيرها من المعدات) قد لا تُتاح بصورة ملائمة وفي الوقت المناسب.

ثمة قليل من البيانات المتاحة عن الآثار الصحية المرتبطة بالجائحة

سيكون العديد من الأفراد الذين يعتمدون على الرعاية المساعدة، وخاصة الرعاية المجتمعية، قد واجهوا معوقات في وصولهم المعتاد إلى الرعاية، وهو ما قد يعرضهم للخطر (مثلاً، بسبب سوء التغذية أو العدوى غير المكتشفة أو المضاعفات الصحية الأخرى). وهناك حاجة إلى البيانات لتحديد الأفراد الذين قد يكونون في خطر أعلى للوقوف على الفجوات وإعادة تشكيل الخدمات حسب الحاجة.

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

- من الصعب رصد أثر كوفيد-19 عبر خدمات الرعاية الطويلة الأجل
- من الصعب وضع خطط استجابة مصممة خصيصاً للرعاية الطويلة الأجل للتخفيف من شدة الأثر
- من الصعب تضمين الفئات السكانية المستفيدة من الرعاية الطويلة الأجل في تقديرات النمذجة
- من الصعب رصد الأثر الصحي لكوفيد-19 على المستفيدين من الرعاية الطويلة الأجل والقوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل
- تفتت المعلومات بين مرافق الرعاية الطويلة الأجل والمرافق الصحية

2-3-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- إيجاد طرق فعالة لاستغلال بيانات إدارة الرعاية الطويلة الأجل الحالية متى أُتيحت (مثلاً، أداة مجموعة الحد الأدنى من بيانات الرعاية الطويلة الأجل MDS 3.0 في الولايات المتحدة، وأنظمة تقييم المقيمين interRAI في كندا ونيوزيلندا) لنمذجة أثر كوفيد-19 على الصحة (ومنها الصحة النفسية) وأداء المسنين في الرعاية الطويلة الأجل. وللبلدان التي لا تمتلك هذه الأنظمة، ينبغي النظر في إنشاء هذا النوع من نظم بيانات الإدارة بوصفها إجراءات على المدى الطويل.

- تشجيع إجراء البحوث عن أثر كوفيد-19 على الرعاية الطويلة الأجل، وتدابير التخفيف من هذا الأثر، لتحديد الثغرات والاستعداد للجوائح في المستقبل.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- إنشاء نظام ترصد يسجل الأشخاص الذين يعانون من كوفيد-19 والوفيات التي تحدث في مرافق الرعاية الطويلة الأجل (المحتملة والمؤكدة، مصنفة حسب العمر والجنس والإعاقة والحالة الصحية الموجودة)، والتأكد من دمجها ضمن أنظمة الترصد القائمة.
- إنشاء الآليات القانونية اللازمة لتأمين ونقل المعلومات المتعلقة بكوفيد-19 على أساس منظم ومتكرر من مرافق الرعاية الطويلة الأجل والمرافق الصحية وسلطات الصحة العمومية والجمهور وإليها.
- إنشاء آلية لضمان تحليل هذه البيانات بانتظام واستخدام النتائج لتحسين سياسة الحكومة بشأن الاستجابة لكوفيد-19.

الرعاية المجتمعية

- إنشاء آليات للإبلاغ عن عدد الأشخاص الذين يعانون من كوفيد-19 من بين أولئك الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل ويقدمونها في المجتمع وفي المنازل للهيئات العامة المسؤولة عن التكليف بالخدمات.

أمثلة من البلدان

في جنوب أفريقيا، يجب على مديري مرافق الرعاية الطويلة الأجل إبلاغ وزارة التنمية الاجتماعية إذا ما ظهرت حالة إصابة مؤكدة بكوفيد-19 (72).

وفي الاتحاد الأوروبي، أدرج المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها (إحدى وكالات الاتحاد الأوروبي) مرافق الرعاية الطويلة الأجل ضمن استراتيجيته لترصد كوفيد-19 على المستوى الوطني ومستوى الاتحاد الأوروبي/المنطقة الاقتصادية الأوروبية، ويجمع المركز البيانات من الدول الأعضاء بحيث تغطي إجراءات التخفيف ومعدلات الإصابة بالعدوى والوفيات (73).

وفي الأرجنتين، في لابلاتا، منظمة غير حكومية شاركت في تطوير موقع على شبكة الإنترنت للرصد وتبادل المعلومات عن كلٍّ من مرافق الرعاية الطويلة الأجل المسجلة وغير الرسمية. وقد استُخدمت هذه المنصة لمسح استعدادات مرافق الرعاية الطويلة الأجل لكوفيد-19، وأسفرت عن ضمان الحكومة المحلية توفير الاختبارات لجميع العاملين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل (53).

2-4 تأمين الموظفين والموارد، ومنها القوى العاملة الصحية والمنتجات الصحية، للاستجابة لجائحة

كوفيد-19 وتقديم خدمات رعاية طويلة الأجل جيدة

1-4-2 التحدي

نقص القوى العاملة الموجود سلفاً، وضعف الأجور، وسوء ظروف العمل

قبل جائحة كوفيد-19، كان نقص القوى العاملة، وضعف الأجور وسوء ظروف العمل، وانخفاض نسب الموظفين المؤهلين مهنيًا، بالفعل، مصدر قلق كبير في نظم الرعاية الطويلة الأجل (2، 3، 73). ويمثل الإناث أغلب القوى العاملة التي تدعم الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل (90%) (37)، وفي كثير من البلدان يشكل عمال الرعاية المهاجرون نسبة كبيرة من القوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل (74). ومن الشائع أن يعمل العاملون في مجال الرعاية بعقود ساعة الصفر (عقود لا يشترط فيها حد أدنى من ساعات العمل أو إجبار على قبول أي عمل) والعمل في مرافق أو مؤسسات متعددة (75).

نقص موظفي الرعاية الطويلة الأجل أثناء الجائحة

عانت خدمات الرعاية الطويلة الأجل، لا سيما مرافق الرعاية الطويلة الأجل، في العديد من البلدان، من نقص حاد في الموظفين خلال جائحة كوفيد-19 عندما اضطر موظفوها إلى الخضوع للعزل بسبب الاشتباه في الإصابة بعدوى كوفيد-19 أو الإصابة المؤكدة بها (49، 50، 76، 77). وقد حدث هذا في وقت كان فيه أفراد الأسرة

وغيرهم من مقدمي الرعاية بلا أجر، بسبب القيود المفروضة على الزيارات والتنقلات، أقل قدرة على تقديم الدعم (حتى في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، يقدم مقدمو الرعاية من الأسرة والمتطوعون مساهمة مهمة في الرعاية). وفي بعض المناسبات، كان على البلدان الاعتماد على تدابير صارمة، مثل استدعاء الجيش أو خدمات الطوارئ الأخرى، عندما أُصيبت مرافق الرعاية الطويلة الأجل بالإرهاك، وعانت من نقص الموظفين (49).

وفي بعض البلدان، لم يكن العاملون في الرعاية الطويلة الأجل ومقدمو الرعاية يُعتبرون في البداية عمالاً أساسيين، ومن ثم فإن تدابير الإغلاق وحظر التجول لم تمكنهم من التنقل إلى مكان العمل (أو الاستمرار في تقديم الرعاية إلى أفراد في منازل أخرى) (78، 79). كما أن استخدام وسائل النقل العام أو العيش في أماكن مزدحمة قد يؤدي إلى زيادة خطر تعرض موظفي الرعاية للفيروس.

صعوبات التكيف مع احتياجات الرعاية الصحية المتزايدة في مرافق الرعاية الطويلة الأجل

في حين أن بعض مرافق الرعاية الطويلة الأجل توظف طواقم التمريض وغيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية، فإن هذا ليس هو الحال في جميع المرافق، إذ توجد تقارير عن الصعوبات التي يواجهها الموظفون غير الحاصلين على تعليم طبي في مرافق الرعاية الطويلة الأجل التي تحتاج إلى توفير الرعاية للأفراد المصابين بعدوى كوفيد-19 أو لأولئك الذين يحتاجون إلى الرعاية الملطفة دون دعم من موظفي الرعاية الصحية أو الإشراف من قبل المهنيين الصحيين المؤهلين مثل الأطباء وطواقم التمريض.

كذلك قد أدت العقوبات الإدارية التي تحول دون نقل الموظفين والإمدادات الطبية من الخدمة الصحية إلى مرافق الرعاية الطويلة الأجل، في حالة إحدى مناطق إسبانيا، إلى وضع جميع مرافق الرعاية الطويلة الأجل تحت إشراف وزارة الصحة أثناء الجائحة (49).

عدم قدرة مقدمي الرعاية الطويلة الأجل على الحصول على معدات الحماية الشخصية

ظهرت في العديد من البلدان صعوبات واجهها مقدمو الرعاية الطويلة الأجل في الوصول إلى معدات الحماية الشخصية والموارد الأخرى (مثل معقم اليدين والمطهرات)، بسبب النقص العالمي وإعطاء الأولوية للمستشفيات وأماكن الرعاية الصحية الأخرى. وأفاد مقدمو الرعاية الطويلة الأجل باضطرابهم إلى شراء معدات الحماية الشخصية بأسعار متضخمة.

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

- نقص كبير في القوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل
- عند تعويض النقص في القوى العاملة، يمكن أن يعيق ارتفاع معدل دوران الموظفين استمرارية الرعاية واتساق التدابير المهمة للوقاية من العدوى ومكافحتها
- انخفاض تكامل العمل وقيمة القوة العاملة التي تهيمن عليها النساء والعمال المهاجرين
- زيادة الضغوط المالية التي تجبر على العمل أثناء المرض بسبب سوء ظروف العمل، مثل عدم وجود تعويض عن الإجازات المرضية
- عدم النظر بعناية إلى السلامة المهنية للقوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل
- النقص الكبير في معدات الحماية الشخصية لمرافق الرعاية الطويلة الأجل، والقوى العاملة في الرعاية طويلة الأجل (بمن في ذلك مقدمو الرعاية)، والأفراد الذين يتلقون الرعاية
- نقص الإمدادات الطبية الأساسية والقوى العاملة الصحية في مرافق الرعاية الطويلة الأجل
- عدم إشراف مهنيين صحيين مؤهلين على تقديم الخدمات الأساسية في مرافق الرعاية الطويلة الأجل

2-4-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- تقييم القدرة على تلبية الاحتياجات المفاجئة اللازمة لدعم خدمات الرعاية الطويلة الأجل بالتنسيق مع مركز الاتصال المعني بالرعاية الطويلة الأجل.
- إنشاء روابط بين سلاسل شراء الرعاية الصحية والاجتماعية لضمان استمرارية الإمدادات وعدم تضاربها أثناء جائحة كوفيد-19.
- توظيف موظفين إضافيين وتطوير برامج تدريب سريعة (مثل، الاستعانة بالمتقاعدين والطلاب من برامج التدريب على الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل والمتطوعين) على تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها.

- معالجة المسائل التعاقدية والمسائل ذات الصلة ووضع السياسات والتدابير التي تحافظ على سلامة الموظفين، ولكنها تسمح لهم بالمرونة في العمل والانتقال من خدمات الرعاية الصحية إلى خدمات الرعاية الطويلة الأجل حسب الحاجة.
- إنشاء قوائم بالموظفين من النظم الصحية الذين يمكن تطويعهم إذا لزم الأمر لدعم الموظفين في أماكن الرعاية الطويلة الأجل، وتأمين هؤلاء الموظفين.
- تنفيذ تدابير تحول دون إعاقة السياسات لتقديم الرعاية المهمة، سواء المنزلية أو المجتمعية أو المقدمة في المرافق من خلال القوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل.
- تنفيذ تدابير لرصد الموظفين العاملين في مواقع متعددة، ممن يمثلون خطراً متزايداً لانتقال العدوى، والنظر في تسهيل انتقال الموظفين وإقامتهم للحد من خطر الإصابة أثناء الفاشيات المحلية.
- تقديم مدفوعات مالية لموظفي الرعاية لتحفيزهم على البقاء في وظائفهم أثناء الوباء وتعويضهم عن أعباء العمل الإضافية والإجهاد.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- ضمان الإمدادات الكافية من معدات الحماية الشخصية في مرافق الرعاية الطويلة الأجل لحماية موظفي الرعاية من الإصابة.
- تقديم تدريب وإرشادات كافية وفرض التدريب الروتيني للموظفين ومقدمي الرعاية من الأسرة على تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، حتى يتمكنوا من مواصلة تقديم الرعاية في تلك المرافق.
- تسهيل الترتيبات المرنة التي تعمل بموجبها فرق الرعاية الملطفة وغيرها من مهنيي الصحة والرعاية ذوي الصلة مع موظفي مرافق الرعاية الطويلة الأجل لضمان إتاحة الرعاية الملطفة حسب الحاجة.
- ضمان الإشراف المناسب من قبل موظفين مدربين تدريباً ملائماً لتقديم الخدمات الأساسية في مرافق الرعاية الطويلة الأجل.
- ضمان توفير معدات الحماية الشخصية للعاملين في الرعاية المنزلية، ولا سيما أولئك الذين يقدمون الرعاية عن قرب.
- توفير الإرشادات والتدريب الكافي وفرض التدريب الروتيني لمقدمي الرعاية المجتمعية.

مقدمو الرعاية من الأسرة وغيرهم من المتطوعين

- ضمان توفير معدات الحماية الشخصية لمقدمي الرعاية الذين يقدمون الرعاية عن قرب.
- تقديم الإرشادات الملائمة وتوفير التدريب لمقدمي الرعاية من الأسرة وغيرهم من المتطوعين.

أمثلة من البلدان

في النمسا، حُققت لوائح التوظيف ومنح التراخيص للعاملين في مجال الرعاية بشكل كبير أثناء جائحة كوفيد-19، وهو الأمر الذي يُمكن الأفراد الذين أدوا الخدمة الوطنية (أولئك الذين اختاروا الواجبات المدنية) من تقديم الرعاية الأساسية. وقد ساهم أفراد الخدمة الوطنية في إدارة اللوجستيات اللازمة للتصدي للجائحة. ويمكن للحكومة أن تفرض توظيفهم بصفتهم عاملين في مجال الرعاية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الأشخاص الذين يُجرون تدريباً في مجالات ذات صلة والأشخاص المهتمين العاطلين عن العمل حالياً يمكنهم المشاركة (76).

وفي أيرلندا، بدأت هيئة دور الرعاية في أيرلندا حملة للتوظيف في دور الرعاية (التي تديرها المنظمات غير الحكومية والخاصة) في آذار/مارس 2020. وعلاوة على ذلك، وافقت الهيئة التنفيذية للخدمات الصحية على إعادة نشر الموظفين (على أساس طوعي) إلى دور الرعاية الخاصة (77).

وفي الهند، تدعم بعض مرافق الرعاية الطويلة الأجل موظفيها الداخليين بالحوافز، مثل الطعام المجاني. وبالإضافة إلى ذلك، تعمل بعض مرافق الرعاية الطويلة الأجل على تعزيز الصحة النفسية لموظفيها من خلال عمليات الفحص والاستشارة المنتظمة (78).

وفي حالة معاناة مرافق الرعاية الطويلة الأجل، في إسرائيل، من نقص في الموظفين، ترسل وزارة الصحة فريقاً خاصاً لمدة 7-14 يوماً لدعم تقديم الرعاية طوال مدة الحاجة الحادة (57).

وفي هولندا، منذ 19 أيار/مايو 2020، تقدّم معدات الحماية الشخصية مجاناً للعاملين في مجال الرعاية الذين يتولون أنشطة رعاية تتطلب القرب الشديد (أقل من متر ونصف) من الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل (80).

وفي إسبانيا، كان موظفو الرعاية من مراكز الرعاية المجتمعية يدعمون توفير الرعاية المنزلية، على سبيل المثال من خلال المكالمات الهاتفية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن لقطاع الرعاية الطويلة الأجل تعيين موظفين غير مؤهلين في حالات تعيُب موظفيهم المعتادين (49).

وفي أستراليا، سيحصل العاملون في مجال الرعاية السكنية على مكافأة استبقاء مدة ستة أشهر تصل إلى 800 دولار أسترالي بعد خصم الضرائب. وقد استعانت الحكومة بمقدمي الرعاية الصحية لتشكيل فرق الاستجابة السريعة في قطاع الرعاية طويلة الأجل عند الحاجة في كل ولاية. وخففت قواعد تأشيرات الدخول لتمكين الموظفين من العمل لساعات أطول (81).

وفي أجزاء من المملكة المتحدة، زادت أجور العاملين في مجال الرعاية، وصُرفت منحة لمرّة واحدة للموظفين العاملين أثناء جائحة كوفيد-19 (82).

5-2 ضمان توافر سلسلة الخدمات الأساسية للأفراد الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل، واستمراريتها، ومنها خدمات التعزيز والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل والرعاية الملطفة.

1-5-2 التحدي

شرط للرعاية المستمرة والمعقدة مع ارتفاع مستويات الاتصال الجسدي والعاطفي

غالباً ما يتطلب الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل هياكل دعم مستمرة ومعقدة ومخصصة. وتتطلب الرعاية المساعدة للمهام الشخصية على وجه الخصوص مستويات عالية من الاتصال الجسدي والعاطفي. ويستفيد الأشخاص الذين يتلقون هذا النوع من الرعاية والذين يعتمدون اعتماداً كبيراً على هذا الدعم من استمرارية الرعاية (1). وفي كثير من البلدان، يعاني غالبية المقيمين في مرافق الرعاية طويلة الأجل من الخرف (83-85).

التباين في تقديم الرعاية الصحية في مرافق الرعاية طويلة الأجل

مرافق الرعاية طويلة الأجل متنوعة للغاية، وعلى الرغم من أن بعضها قد يكون متخصصاً في توفير الرعاية الطبية، مثل مستشفيات الرعاية طويلة الأجل أو بعض مرافق الرعاية، فإن البعض الآخر، مثل المنازل السكنية أو أماكن الإقامة المدعومة، قد لا يكون لديه أي موظفين مدربين في مجال الرعاية الصحية. وقد واجهت مرافق الرعاية طويلة الأجل في العديد من البلدان صعوبات في توفير دعم الرعاية الصحية وموارد الخدمات الصحية الأساسية، بالإضافة إلى الاستجابة للعبء الجديد الناجم عن كوفيد-19 (ومنها في مجالات الرعاية التأهيلية والملطفة).

إمكانية وقوع ممارسات فرز تمييزية في دخول المستشفيات

وردت تقارير تفيد بأن المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل لم يتمكنوا من الوصول إلى الرعاية الصحية في المستشفيات (49، 50)، ولم يكن لديهم سوى إمكانية وصول محدودة إلى الرعاية الأولية. وأبلغ أيضاً عن أن توجيهات الرعاية المتقدمة قد وضعت في بعض الأحيان دون الالتزام بالمعايير المعتادة التي تركز على الأشخاص (86). وقد استجابت البلدان بالتشديد على أهمية الوصول العادل إلى الرعاية الصحية والملاطفة للمسنين والأشخاص الذين يعانون حالات صحية سابقة أثناء جائحة كوفيد-19 (35، 36).

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

- ➔ واجهت مرافق الرعاية الطويلة الأجل في العديد من البلدان صعوبات في توفير الدعم والموارد للرعاية الصحية من أجل مواصلة الخدمات الصحية الأساسية وتقديم خدمات الرعاية المساعدة في مواجهة التحدي الجديد الذي يفرضه كوفيد-19.
- ➔ في بعض الأحيان كان المقيمون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل يُحرَمون من الرعاية في المستشفى استناداً إلى معايير غير موضوعية أو تمييزية، مثل العمر، على افتراض أنهم ضعفاء للغاية ولا يمكنهم البقاء على قيد الحياة.

2-5-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- النظر في تحديد مسارات رعاية واضحة لكوفيد-19، ومنها مرافق الرعاية الطويلة الأجل والرعاية المنزلية والمجتمعية، لتحويل الأشخاص الذين يظهرون أعراض كوفيد-19 وغيرها من الأعراض إلى الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية (87، 88، 89-114).
- النظر في تقنيات الصحة عن بُعد والتقنيات الافتراضية المناسبة للاستشارات، مع مراعاة آراء المسنين، وتقديم أي دعم ضروري لاستخدام هذه التكنولوجيا استخداماً فعالاً.
- التأكد من تحديث جميع خطط الرعاية الملطفة وتوجيهات الرعاية المتقدمة وتطبيقها من خلال نهج يركز على الأشخاص.
- ضمان وجود سياسات وبرامج ومبادئ توجيهية وطنية وإقليمية لدعم توفير الرعاية الملطفة في مرافق الرعاية الطويلة الأجل وخدمات الرعاية الطويلة الأجل (ومنها الدعم البدني والنفسي والاجتماعي والروحي).

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- النظر في إشراك المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل في تطوير بروتوكولات الإحالة والحصول على الخدمات الصحية الأساسية. والتأكد من أنه لا يوجد اختيار على أساس العمر أو المرض في مثل هذه البروتوكولات، وأن احتياجات الأفراد وتفضيلاتهم هي التي تحدد قرارات الرعاية.
- تأكد من أن جميع مرافق الرعاية الطويلة الأجل مدعومة بخدمة رعاية صحية أولية.
- إنشاء فرق للاستجابة السريعة، ويفضل أن يكون ذلك مع تدريب على رعاية المسنين والرعاية الملطفة، لمرافق الرعاية الطويلة الأجل للمسنين، للحد من حالات دخول المستشفى التي يمكن تجنبها، وضمان التواصل وصنع القرار الأمثل الذي يركز على الأشخاص.
- ضمان تدريب الموظفين على توفير الرعاية الملطفة ومعرفة كيفية التواصل بشأن الوفاة والاحتضار وقرارات نهاية الحياة (35).

أمثلة من البلدان

في الولايات المتحدة، جرى التوسع في نطاق استخدام الرعاية الصحية عن بُعد في المنزل، حيث يمكن الآن سداد مقابل متابعة المرضى عن بُعد. ومنذ آذار/مارس 2020، تمكن المستفيدون من التأمين الصحي من تلقي تدخلات اضطراب السلوك أو تعاطي مواد الإدمان. وبالنسبة للأشخاص الذين يعانون من أعراض وخيمة لكوفيد-19، يمكن الآن إجراء زيارات الصحة عن بُعد في مرحلة ما بعد الرعاية الحادة. وهو ما مكّن الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيين النفسيين السريريين وأخصائيي العلاج الطبيعي والمعالجين المهنيين وأخصائيي أمراض النطق واللغة من إجراء التقييمات والعلاج عن بُعد. وقد يدعم ذلك أيضاً الأفراد ذوي احتياجات الرعاية الطويلة الأجل الذين يعيشون في المجتمع (61).

وفي إيطاليا، تمكنت فرق خاصة للرعاية الملطفة من إعادة تنظيم نفسها بسرعة من أجل الاستجابة السريعة والمرنة للطلب. فمثلاً، أنشأت الفرق شبكات لخدمات رعاية المحتضرين من خلال نقل الموظفين من رعاية المرضى الداخليين إلى خدمات الرعاية المنزلية. كذلك سلطت التجارب الضوء على أهمية الحاجة إلى مؤتمرات عن الحالات والتعاون بين الفرق المماثلة لتكون قادرة على اتخاذ قرار سريع بشأن تحديد أولويات الموارد (مثلاً، من خلال تحديد من سيحصل على الدعم بعد الخروج من المستشفى) (50، 90).

وفي النمسا، أصدرت الجمعية الوطنية للرعاية الملطفة ورقة مواقف حول الرعاية الملطفة أثناء جائحة كوفيد-19، وقدمت إرشادات لضمان إتاحة الرعاية الملطفة للأشخاص الذين لن يتلقوا الرعاية المركزة التي تقدّم عادةً. ونشرت الجمعية أيضاً مبادئ توجيهية لمقدمي الرعاية من الأسرة والعاملين في مجال الرعاية الطويلة الأجل. وعلاوة على ذلك، تتوفر إرشادات متعددة التخصصات تقدمها الحكومة لدعم الأشخاص المصابين بكوفيد-19 الذين يصلون إلى نهاية العمر. وهناك أيضاً إرشادات وموارد سريرية حول كيفية تسهيل الدعم الاجتماعي وحول فقدان الأحبة لمقدمي الرعاية من الأسرة والعاملين في مجال الرعاية الذين يدعمون شخصاً يصل إلى نهاية الحياة أثناء جائحة كوفيد-19. وفي سلوفينيا، تقف الفرق الطبية على أهبة الاستعداد لإرسالها إلى مرافق الرعاية الطويلة الأجل السكنية لدعم الموظفين العاديين إذا أصيبوا بالإرهاق أو غمرتهم ضغوط العمل (91).

2-6 التأكد من تنفيذ معايير الوقاية من العدوى ومكافحتها والالتزام بها في جميع أماكن الرعاية الطويلة الأجل للوقاية من حالات كوفيد-19 والتدبير العلاجي الآمن لها.

2-6-1 التحدي

نقص التنفيذ الإلزامي لإرشادات الوقاية من العدوى ومكافحتها في الرعاية الطويلة الأجل

وضعت إرشادات حول الوقاية من العدوى ومكافحتها لمقدمي الرعاية الطويلة الأجل في وقت متأخر نسبياً من الجائحة في العديد من البلدان، وشاب النبط كثيراً من المبادئ التوجيهية في إدراج البيئات على الانتقال العديم الأعراض والأعراض غير النمطية لكوفيد-19. وفي العديد من البلدان، لم توضع الإرشادات سوى لمرافق الرعاية الطويلة الأجل، مع عدم إتاحة الإرشادات لمقدمي الرعاية المجتمعية ومقدمي الرعاية من الأسرة. وأخيراً، هناك نقص في الآليات التي تضمن تنفيذ هذه الإرشادات ورصد تنفيذها.

عدم وجود خبرة في الوقاية من العدوى ومكافحتها والتدريب عليها في الرعاية الطويلة الأجل وصعوبات التنفيذ المترتبة على ذلك

يعاني مقدمو الرعاية الطويلة الأجل من ضعف نظم الوقاية من العدوى ومكافحتها والتدريب عليها، وهو ما يؤدي إلى عدم معرفة العديد من الموظفين بالوقاية من العدوى ومكافحتها والاستخدام الصحيح لمعدات الحماية الشخصية.

ويمثل ذلك تحدياً خاصاً لمرافق الرعاية الطويلة الأجل التي تستخدم بشكل كبير الموظفين المؤقتين أو التابعين لوكالة توظيف. وحتى في الحالات التي يتوفر فيها التوجيه والتدريب، قد يتعذر تنفيذ بعض التدابير بسبب الحاجة

إلى توفير الرعاية المساعدة الشخصية عن قرب. وقد أُبلغ عن عدم توافر الاختبارات ومعدات الحماية الشخصية، ونقص الموظفين، وصعوبات في تنفيذ التباعد الجسدي (بسبب تصميم مرافق الرعاية الطويلة الأجل التقليدية)، ونقص مرافق العزل البديلة، في البلدان التي واجهت صعوبات في احتواء العدوى في مرافق الرعاية الطويلة الأجل. وحددت المبادئ التوجيهية، في جميع البلدان، أهمية عزل المقيمين الذين تظهر عليهم أعراض مرتبطة بعدوى كوفيد-19، وكذلك المخالطين لأشخاص يُشتبه في إصابتهم بعدوى كوفيد-19 أو تأكدت إصابتهم بها. وفي حين أن المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل في بعض البلدان يعيشون في غرف مفردة مع حماماتها الخاصة، فهذا ليس هو الحال في بلدان أخرى. وقد يشكل الهيكل المحدد للمباني التي فيها مرافق الرعاية الطويلة الأجل أيضاً عائقاً أمام إنشاء مناطق حَجْر صحي فعالة. ولذلك، يحتاج مديرو مرافق الرعاية الطويلة الأجل إلى الدعم في تقييم قدرة المرافق على تطبيق سياسات العزل الفعالة وتوفير مساحات إضافية للحجر الصحي إذا لم يكن مكان الرعاية مناسباً لاستراتيجيات العزل الفعالة.

وكانت البلدان التي عانت من متلازمة الجهاز التنفسي الحادة الوخيمة ومتلازمة الشرق الأوسط التنفسية قد عززت مؤخراً أنظمة الوقاية من العدوى ومكافحتها الخاصة بها في مرافق الرعاية الطويلة الأجل وأماكن الرعاية المجتمعية، واتجهت إلى نقل الأشخاص الذين يُشتبه في إصابتهم بعدوى كوفيد-19 أو تأكدت إصابتهم بها إلى مرافق العزل، ويبدو أنها نجحت في السيطرة على الفاشيات (63). ومع ذلك، لا تتوفر حتى الآن بيّنات على تأثير هذه التدابير على الصحة النفسية والبدنية للمقيمين.

وفي بعض البلدان، توجد أعداد كبيرة من مرافق الرعاية الطويلة الأجل غير المسجلة، وبالتالي غير الخاضعة للتنظيم. ومن الضروري دعم هذه المرافق لضمان قدرتها على الحفاظ على سلامة المقيمين فيها (53).

وبالمثل، تخضع خدمات الرعاية المجتمعية في كثير من الأحيان لرقابة تنظيمية مباشرة أقل من مرافق الرعاية الطويلة الأجل السكنية، وهناك عدد أقل من نظم المعلومات والرصد المتطورة التي من شأنها أن تمكن من جمع المعلومات في الوقت المناسب عن كيفية تأثير الجائحة، بشكل مباشر أو غير مباشر، على الأفراد الذين يعتمدون على الرعاية المجتمعية. ويزور مقدمو الرعاية المنزلية عادةً الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية في منازلهم. وهو ما يعني أن العاملين في مجال الرعاية يحتاجون إلى التنقل بين المنازل وغالباً ما يزورون عدة أشخاص بحاجة إلى رعاية. وهناك من البيّنات ما يشير إلى توقُّف الأسر عن استخدام دعم الرعاية المنزلية للحد من خطر العدوى على الأشخاص الذين يحتاجون إلى الرعاية؛ ومع ذلك، فقد يخلق هذا مخاطر أخرى (77، 81).

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

→ عدم وجود آليات لضمان تنفيذ المبادئ التوجيهية للوقاية من العدوى ومكافحتها، ورصد التنفيذ وتقييمه

→ نقص تدريب القوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل على تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها

→ إعاقة ارتفاع معدل دوران الموظفين لاستمرارية الرعاية واتساق تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها

→ صعوبة تحقيق التباعد الجسدي في خدمات الرعاية الطويلة الأجل

→ عدم قدرة العاملين في الرعاية على الوصول الكافي إلى المعلومات المتعلقة بالحد من انتقال

العدوى في سياق كوفيد-19

2-6-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- إنشاء هيئة تنسيق لإعداد إرشادات وبروتوكولات للرعاية الطويلة الأجل حول الوقاية من العدوى ومكافحتها أثناء جائحة كوفيد-19، وتعديل تلك الإرشادات والبروتوكولات وتحديثها، بناءً على أفضل الممارسات المتاحة (87، 88، 92، 93).
- ضمان تنفيذ إرشادات الوقاية من العدوى ومكافحتها في جميع خدمات الرعاية الطويلة الأجل (الجميع الأماكن).
- إنشاء آلية للتخطيط، وتحديد أولويات الدعم، ورصد تنفيذ التدابير لحماية الموظفين والأشخاص الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل من العدوى أو انتشار كوفيد-19.
- إرساء التعرف المبكر، وحدود الترصد، واستراتيجيات النفاذ لفاشيات كوفيد-19 في الرعاية الطويلة الأجل.
- النظر في كيفية التأكد من إمكانية دعم مقدمي الرعاية الطويلة الأجل الذين قد يعملون خارج النظام (مقدمي الخدمات غير الخاضعين للتنظيم أو غير القانونيين) لضمان سلامة الأشخاص الذين يعيشون في مرافقهم أو يستفيدون من خدماتهم.

- التأكد من أن كل مَنْ يشارك مشاركة مباشرة في تقديم الرعاية (الموظفين ومقدمي الرعاية من الأسرة)، في مرافق الرعاية الطويلة الأجل أو في خدمات الرعاية المنزلية، لديهم إمكانية الوصول إلى التدريب على الوقاية من العدوى ومكافحتها (بما في ذلك استخدام معدات الحماية الشخصية، ونظافة اليدين، وتنظيف البيئات المحيطة وتطهيرها، وإدارة النفايات). ويجب أن يحدث ذلك بغض النظر عن دورهم، وخاصة المخالطين مخالطة مباشرة للمسنين الذين يعانون من حالات صحية كامنة (93).
- النظر في إعداد وتعميم إجراءات تشغيل قياسية تقدّم توجيهات بشأن كيفية ووقت العزل السريع للأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل، وذلك باستخدام أحدث الإرشادات بشأن كوفيد-19.
- تنفيذ احتياطات موسّعة للوقاية من العدوى ومكافحتها للأشخاص الذين خرجوا من المستشفى، استناداً بشكل مثالي إلى بروتوكول متفق عليه لإجراء الاختبارات لتحديد مدى احتياج الأفراد إلى العزل ومعدات الحماية الشخصية المطلوبة.
- ترجمة أي استراتيجيات لإجراءات التشغيل القياسية إلى نظم إحالة واضحة تُتاح لجميع الموظفين الذين يقدمون خدمات رعاية طويلة الأجل.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- ضمان تنفيذ توجيهات الوقاية من العدوى ومكافحتها في مرافق الرعاية الطويلة الأجل مع الرجوع إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها لمرافق الرعاية الطويلة الأجل في سياق كوفيد-19 (92).
- تطبيق الضوابط الإدارية، بما في ذلك ترصد المتلازمات لجميع الموظفين والزوار عند دخول المرفق.
- التأكد من أن الموظفين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل لديهم ظروف وترتيبات عمل تقلل من تنقلهم بين الأماكن والأفراد الذين يتلقون خدمات رعاية طويلة الأجل، وأن أجور الأفراد أثناء مرضهم تمكنهم من البقاء في المنزل إذا لم يكونوا على ما يرام.
- التأكد من أن مرافق الرعاية الطويلة الأجل لديها إمكانية الوصول إلى الموارد اللازمة لتنفيذ تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها (مثل معدات الحماية الشخصية، ومعقمات اليدين والمطهرات).
- إعداد بروتوكولات وإرشادات الوقاية من العدوى ومكافحتها اللازمة، والتأكد من إتاحتها للزوار وعرضها بوضوح في صيغ سهلة الفهم (94).

- إعداد الإرشادات وضمان تنفيذ الموظفين لبروتوكول الوقاية من العدوى ومكافحتها وضمان توفير الموارد التعليمية إلى جانب التدريب المستمر.
- التأكد من أن مرافق الرعاية الطويلة الأجل لديها مسؤول تنسيق معني بالوقاية من العدوى ومكافحتها لقيادة وتنسيق أنشطة الوقاية من العدوى ومكافحتها، يدعمه بشكل مثالي فريق للوقاية من العدوى ومكافحتها ذو مسؤوليات مفوضة إليه، وتُسدي إليه المشورة لجنة متعددة التخصصات.

الرعاية المجتمعية ومقدمو الرعاية

- زيادة التدريب ودعم اتخاذ القرار للقوى العاملة في الرعاية الطويلة الأجل في المجتمع من أجل التدبير العلاجي الفعال لكوفيد-19، بما في ذلك مقدمو الرعاية من الأسرة، مع مراعاة القيود، وخاصة القيود المتعلقة بالنوع الاجتماعي، التي قد يواجهها مقدمو الرعاية من الأسرة (87، 88).

أمثلة من البلدان

في **جامايكا**، أنشئ برنامج توظيف مؤقت للتنظيف المنتظم لمرافق الرعاية الطويلة الأجل في القطاع العام، وخصّصت أماكن في تلك المرافق لعزل المقيمين الذين يعانون من الأعراض. كما سهّلت ممارسة متعددة القطاعات بين العديد من المؤسسات المملوكة للدولة والخاصة عملية التعقيم العميق لمرافق الرعاية العامة الطويلة الأجل (79).

وفي **إندونيسيا**، تشمل تدابير الوقاية في مرافق الرعاية الطويلة الأجل تبادل المعرفة حول مبادئ النظافة الصحية مع العاملين في الرعاية والمقيمين، والتطهير المنتظم والتهوية، والامتناع عن مشاركة المعدات الطبية الشخصية. ووضعت مرافق الرعاية السكنية الطويلة الأجل نظام تسجيل ولا تسمح للزوار الذين يعانون من أعراض كوفيد-19 بدخول المبنى (95).

وفي إحدى مناطق **الصين**، بعد وباء المتلازمة التنفسية الحادة الوخيمة، نشرت السلطات الإقليمية المبادئ التوجيهية الأولى للوقاية من الأمراض السارية في مرافق الرعاية الطويلة الأجل السكنية للمسنين في عام 2004، وطلبت من جميع مشغلي مرافق الرعاية الطويلة الأجل تعيين مسؤول مكافحة عدوى لتنسيق تدابير مكافحة العدوى وتنفيذها داخل المرفق، وفقاً للمبادئ التوجيهية (65).

وفي **ألمانيا**، يوصي معهد روبرت كوخ بأن يرتدي عمال الرعاية المنزلية أقنعة الوجه عند تقديم الرعاية، وأن يراقبوا صحتهم بانتظام. ويجب توفير معدات إضافية إذا أظهر الشخص الذي يعتنون به أعراضاً مرتبطة بكوفيد-19 (96).

وفي **هولندا**، يجري تنظيم صفوف بعض العاملين في الرعاية المنزلية في "فرق كورونا" خاصة. وتعتني هذه الفرق بالأفراد المصابين بكوفيد-19، بينما تهتم فرق أخرى بالأفراد الذين ليس لديهم عدوى (80).

7-2 إعطاء الأولوية للاختبارات وتتبع المخالطين ورصد انتشار كوفيد-19 بين الأفراد الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها.

1-7-2 التحدي

عانى العديد من البلدان من نقص في القدرة على الاختبار حيث أعطيت الأولوية لخدمات المستشفيات

ظهر، في العديد من البلدان، نقص في القدرة على إجراء الاختبارات، مع استنفاد القدرة المتاحة في البداية غالباً في المستشفيات، وهو ما ترك مقدمي الخدمات السكنية والمجتمعية الطويلة الأجل يعانون من صعوبات في اكتشاف الأفراد المصابين بكوفيد-19. ومن المفهوم بشكل متزايد أن هذا النهج كان بمنزلة مشكلة كبيرة، بالنظر إلى المعدلات المرتفعة للأفراد في مرحلة ما قبل الأعراض أو العديمي الأعراض المصابين بكوفيد-19 الذين بإمكانهم نشر العدوى.

تتبع المخالطين الفعال في أماكن الرعاية الطويلة الأجل يتطلب التنسيق والتعاون بين مقدمي الرعاية الطويلة الأجل والسلطات الصحية المعنية

يتطلب الاختبار والتتبع والرصد الفعال لكوفيد-19 في الرعاية الطويلة الأجل التنسيق والتعاون بين مقدمي الرعاية الطويلة الأجل والسلطات الصحية المعنية. ومع ذلك، فبسبب التحديات في تصريف الشؤون، كان هذا التنسيق صعباً في المراحل الأولى من الاستجابة. ويقوم عدد متزايد من البلدان الآن بتضمين تتبع المخالطين في الإرشادات الموجهة لقطاع الرعاية الطويلة الأجل، فضلاً عن تطوير تطبيقات ونظم أخرى لدعم تتبع المخالطين.

عدم وجود رصد منهجي للوضع الصحي للأشخاص الذين يتلقون الرعاية والذين يقدمونها

يتيح الرصد المنظم للموظفين اكتشاف التغييرات في الحالة الصحية للأفراد، ومنها تطور الأعراض غير النمطية (13)، والاستجابة بشكل أسرع إذا ظهرت على الشخص الذي يحتاج الرعاية أو أحد الموظفين أعراض كوفيد-19.

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

→ أصبحت مرافق الرعاية الطويلة الأجل منطقة غير مرئية بالنسبة للاختبارات ذات الأولوية وتتبع

المخالطين ورصد كوفيد-19

→ جعلت المعدلات المرتفعة للأفراد العديمي الأعراض المصابين بكوفيد-19 التعرف المبكر

والخطوات المناسبة اللاحقة أموراً صعبة

القطاع كاملاً

- التأكد من تجميع بيانات الاختبار ومشاركتها مع وكالات الصحة العمومية المحلية والوطنية للتمكين من إدارة الجائحة على مستوى السكان والأفراد.
- ضمان تتبع المخالطين والعزل استناداً إلى الإرشادات الوطنية، مع الرجوع إلى إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن تتبّع المخالطين في سياق كوفيد-19 (36، 97).
- تتبّع أي مجموعات من إصابات أو وفيات بين الأفراد في مرافق الرعاية الطويلة الأجل أو بين أولئك الذين يتلقون خدمات الرعاية المنزلية.
- عدم الاعتماد على الأعراض وحدها، لا سيما أعراض السعال والحُمى "النمطية"، عند تحري عدوى كوفيد-19، والتأكد من تدريب الموظفين على تحديد الأعراض غير النمطية الأخرى، خاصة عند المسنين (36).
- التأكد من رصد صحة الأشخاص الذين يتلقون رعاية طويلة الأجل والذين يقدمونها حتى يمكن اكتشاف تطور الأعراض سريعاً (بما في ذلك الأعراض غير النمطية).

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- في المناطق التي تشهد انتقالاً مجتمعياً حالياً أو مشتبهاً فيه، يُعد الاختبار الدقيق لكل من المقيمين (بما في ذلك حالات الدخول الجديدة) والموظفين وتتبع المخالطين أمراً ضرورياً لتطوير سياسات العزل.

الرعاية المجتمعية

- التأكد من أن الأشخاص الذين يقدمون الرعاية والذين يتلقونها في المجتمع وكذلك أفراد أسرهم لديهم إمكانية الوصول إلى الاختبار وتتبع المخالطين، وأن يحصلوا على الدعم إذا كانوا بحاجة إلى العزل (87، 88).
- إشراك أفراد أسر الأشخاص ذوي احتياجات الرعاية في رصد الأعراض.

أمثلة من البلدان

في **الدانمرك**، يمكن للمقيمين ذوي الأعراض والعديمي الأعراض والموظفين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل الوصول إلى الاختبارات في المستشفيات الإقليمية (منذ 12 أيار/مايو 2020). وحتى قبل هذا التاريخ، خضع المقيمون والموظفون للاختبار في حالة تفشي المرض في أحد مرافق الرعاية الطويلة الأجل السكنية. وإذا ظهرت أعراض على أحد المقيمين، يخضع جميع المقيمين والموظفين للاختبار في غضون 24 ساعة ولإعادة الاختبار بعد سبعة أيام. وإذا كانت نتيجة اختبار أحد الموظفين إيجابية، فسوف يخضع جميع المقيمين في المنطقة نفسها للاختبار (98).

وفي **هولندا**، يمكن اختبار جميع مقدمي الرعاية من الأسرة الذين يعانون من أعراض كوفيد-19 (منذ 18 أيار/مايو 2020). وبالإضافة إلى ذلك، تمكن مقدمو الرعاية من الأسرة من الحصول على معدات الحماية الشخصية المجانية منذ 19 أيار/مايو 2020 إذا كانوا قائمين على رعاية أشخاص ضعفاء (تتراوح أعمارهم بين 70 عاماً وأكثر ولديهم حالات مزمنة) يعانون من أعراض كوفيد-19، وحيث تتطلب حالتهم الرعاية المساعدة الشخصية (مع مسافة أقل من متر ونصف) (80).

وفي **ماليزيا**، خضعت جميع مرافق الرعاية الطويلة الأجل المسجلة وغير المسجلة لاختبار كوفيد-19 (99).

وفي **الاتحاد الأوروبي**، توصي إرشادات المركز الأوروبي للوقاية من الأمراض ومكافحتها باستراتيجيات الاختبار التي تميز بين "المناطق المحلية المتأثرة" (الاختبار العشوائي للسكان والموظفين) و"المناطق غير المتأثرة". والمناطق المتأثرة هي التي تشهد انتقالاً مجتمعياً مستمراً فعلياً أو مفترضاً (73).

8-2 تقديم الدعم لمقدمي الرعاية من الأسرة والمتطوعين

1-8-2 التحدي

يقدم مقدمو الرعاية من الأسرة جزءاً مهماً من الرعاية، غير أن الدعم مثل الرعاية المؤقتة أو برامج التدريب أو إجازات الرعاية تظل محدودة وبدون تعويض

يقدم جزء مهم من الرعاية الطويلة الأجل في مختلف البلدان من قبل مقدمي الرعاية من الأسرة الذين يقدمون الرعاية مباشرة، ويساعدون أيضاً على تنسيق الخدمات الرسمية واستكمالها. وفي البلدان التي لا توجد فيها خدمات

رعاية رسمية طويلة الأجل، يتولى مقدمو الرعاية من الأسرة تقديم كل الرعاية الطويلة الأجل تقريباً. وعادة لا يحصل مقدمو الرعاية على أي تدريب على الدور الذي يؤديه.

وتدرك بعض البلدان تأثير تقديم الرعاية وتقديم الدعم مثل إجازة الرعاية المدفوعة الأجر، وترتيبات العمل المرنة، والرعاية المؤقتة، والتدريب والتدخلات النفسية، فضلاً عن المزايا النقدية للتخفيف من الآثار السلبية (29). ومع ذلك، لا يزال الوصول إلى هياكل الدعم هذه محدوداً في معظم البلدان ويقدم مقدمو الرعاية عادةً الدعم دون تعويض أو تدريب أو دعم (1). وعلى الرغم من الاعتراف المتزايد بالمساهمة المهمة من مقدمي الرعاية، فقد كانت هياكل الدعم المتاحة والدعم المالي محدودة بالفعل قبل جائحة كوفيد-19 (100).

ارتبط تقديم مستويات مرتفعة من الرعاية بشكل عام بانخفاض الدخل وارتفاع معدلات الفقر، فضلاً عن تدني الصحة النفسية

تولت النساء تقديم الجزء الأكبر من هذه الرعاية (61 ٪)، على الرغم من أن حصة مقدمي الرعاية الذكور تزداد مع تقدم العمر (74). وهناك أيضاً العديد من الشباب (ومنهم الأطفال) ومقدمي الرعاية الأكبر سناً الذين يدعمون أفراد الأسرة الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل. وارتبط تقديم مستويات مرتفعة من الرعاية بشكل عام بانخفاض الارتباط بالقوى العاملة (لمن هم في سن العمل)، وانخفاض الدخل والارتفاع الشديد في معدلات الفقر (101). وبالإضافة إلى ذلك، فإن انخفاض الدخل ونقص المساهمات في المعاشات التقاعدية يزيدان من خطر الضعف والفقر في الشيخوخة. ويعاني مقدمو الرعاية أيضاً من معدلات أعلى لانتشار مشاكل الصحة النفسية (101).

وتعني جائحة كوفيد-19 أن بعض مقدمي الرعاية اضطروا إلى تعديل وظائفهم أو التخلي عنها لتقديم الرعاية أو لتجنب تعريض الشخص الذي يدعمونه لخطر الإصابة بكوفيد-19. وقد يعاني مقدمو الرعاية الذين يعملون في الاقتصاد غير الرسمي أيضاً من انخفاض فرص العمل بسبب القيود المفروضة عليهم، وهو ما يشكل خطراً على دخلهم. ويحتاج مقدمو الرعاية أيضاً إلى دعم من حيث التأثير المالي الذي ترتب على الجائحة (102).

تسبب إيقاف خيارات الرعاية السكنية في جعل العديد من مقدمي الرعاية من الأسرة يأخذون على عاتقهم مسؤوليات إضافية ويفتقرون إلى هياكل الدعم المعتادة

لقد أسفرت جائحة كوفيد-19 عن إغلاق العديد من خيارات الرعاية النهارية والمؤقتة، ومنها الرعاية المجتمعية أو الرعاية القصيرة الأجل، وهو ما وضع على كاهل العديد من مقدمي الرعاية مسؤوليات إضافية، فضلاً عن افتقارهم إلى هياكل الدعم المعتادة. ومن المهم فهم المشكلات التي يواجهها مقدمو الرعاية خلال هذه الجائحة وكيف يمكن دعمهم على أفضل وجه (102).

يجب أن يكون مقدمو الرعاية قادرين على الوصول إلى الشخص الذي يحتاج إلى الرعاية، والوصول إلى المعلومات، ومعدات الحماية الشخصية والاختبارات، وأن يتلقوا الدعم في وضع خطط الطوارئ

استجابت الحكومة والمنظمات غير الحكومية، في العديد من البلدان، لهذه الحاجة من خلال توفير إرشادات ووثائق مرجعية حول تدابير النظافة للوقاية من العدوى وكيفية الاستجابة إذا ظهرت الأعراض على الشخص الذي يتلقى الرعاية أو مقدمي الرعاية أنفسهم. وتشمل المشكلات التي ظهرت أثناء الجائحة حاجة مقدمي الرعاية إلى الحصول على تصريح بالتنقل بسبب مسؤوليتهم عن الرعاية (78، 79)، ودعم مقدمي الرعاية بإمكانية الوصول إلى الاختبارات ومعدات الحماية الشخصية (80)، ووضع خطط للطوارئ في حالة عدم قدرتهم على الاستمرار في تقديم الرعاية (77).

التغييرات في احتياجات الرعاية والعنف أو إساءة المعاملة تجاه مقدم الرعاية

يتأقلم العديد من مقدمي الرعاية مع التغييرات التي تطرأ على احتياجات الشخص الذي يعتنون به (التي قد تكون بسبب العدوى أو تأثير الإجراءات التقييدية). وقد يسبب اضطراب الروتين الطبيعي القلق والإجهاد لدى الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية، وهو ما يزيد من الضغط على مقدمي الرعاية (29). وقد جلبت جائحة كوفيد-19 إلى السطح مشاكل العنف المنزلي وإساءة المعاملة (38). وقد يتعرض مقدمو الرعاية الأسرية أيضاً للعنف وإساءة المعاملة في علاقة الرعاية ويحتاجون إلى الدعم (103).

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

- يتحمل العديد من مقدمي الرعاية مسؤوليات إضافية دون وجود هياكل الدعم المعتادة (مثل خيارات الرعاية النهارية والمؤقتة)
- تدابير التباعد الاجتماعي والجسدي في مختلف البلدان لها آثار صحية سلبية على مقدمي الرعاية
- على الرغم من الاعتراف المتزايد بمساهمة مقدمي الرعاية المهمة، فإن الدعم المالي المتاح لا يزال محدوداً
- يواجه مقدمو الرعاية صعوبات في الحصول على المستلزمات الضرورية، حيث لا يمكنهم بسهولة ترك الشخص الذي يعتنون به بمفرده
- كان الوصول إلى معدات الحماية الشخصية والاختبارات غائباً إلى حد كبير عن مقدمي الرعاية من الأسرة والمتطوعين
- العزلة المطولة، ومسؤولية الرعاية من دون فترات راحة، والمخاوف بشأن الشخص الذي يحتاج إلى الرعاية، والمخاوف بشأن الرعاية الطارئة في حال أصبح مقدم الرعاية عاجزاً، وكذلك العنف أو إساءة المعاملة تجاه مقدم الرعاية، كل ذلك يترك أثراً على الصحة النفسية لمقدمي الرعاية

2-8-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- تسجيل مقدمي الرعاية الرئيسي في سجلات الرعاية الصحية والطويلة الأجل حتى يُعترف به بوصفه مصدراً مهماً للمعلومات والدعم.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- تمكين مقدمي الرعاية من الأسرة الذين يقدمون الدعم النفسي والعملية للأشخاص الذين يعيشون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل من مواصلة هذه الأدوار من خلال تدابير داعمة تضمن سلامة مقدمي الرعاية.

مقدمو الرعاية

- توفير المعلومات والتدريب والدعم، وإن أمكن، الرعاية المؤقتة على المستوى الوطني لمقدمي الرعاية، لا سيما أولئك الذين يرعون كبار السن الذين يعانون من الخرف، بما في ذلك معلومات عن كيفية إدارة

مسؤوليات تقديم الرعاية المتزايدة والإجهاد. والنظر في إنشاء خط مساعدة هاتفي أو بوابة إلكترونية لتقديم المشورة والمعلومات والدعم (104).

- النظر في إجراء تقييم لرصد احتياجات مقدمي الرعاية من الأسرة.
- وضع إرشادات واضحة لمقدمي الرعاية من الأسرة لوقت العزل الذاتي وكيفيته.
- زيادة اليقظة ورصد العنف المنزلي ودعم مقدمي الرعاية من الأسرة.
- ضمان الوصول إلى معدات الحماية الشخصية (دون تحمل مقدمي الرعاية للتكاليف المتضخمة) والمعدات والأدوية.
- تقصي طرق جديدة لتقديم خدمات الدعم ليستفيد منها مقدمو الرعاية من خلال التكنولوجيا، ودعم مقدمي الرعاية في الوصول إلى التكنولوجيات ذات الصلة.
- تقديم أو توسيع نطاق الدعم المالي والنفسي الاجتماعي لمقدمي الرعاية من الأسرة.
- تقديم الدعم في حالات فقدان الأحبة والتأكد من التواصل الدقيق بشأن اتخاذ القرار مع الأسرة.

أمثلة من البلدان

في البرازيل، نشرت المنظمات غير الحكومية (مثل الجمعية البرازيلية لطب الشيخوخة وعلم الشيخوخة والجمعية البرازيلية للزهايمر) وثائق إرشادية تقنية وتعليمية لمقدمي الرعاية. وأعدت مؤسسة فيوكروز ومنظمات أخرى كتيباً لتثقيف مقدمي الرعاية للمسنين بشأن تدابير الوقاية والحماية من عدوى كوفيد-19. وهناك أيضاً موقع إلكتروني لوزارة شؤون المرأة والأسرة وحقوق الإنسان مخصص لتوفير المعلومات لذوي الحالات النادرة والإعاقات والقائمين على رعايتهم. وقد أثمر التعاون بين وزارة الصحة ومنظمة الصحة للبلدان الأمريكية عن إعداد حملة عبر الفيديو لدعم الصحة النفسية للأفراد في البرازيل الذين يعانون من مشاعر العزلة والوحدة والضيق. وتقدم المنظمات غير الحكومية، مثل جمعية الزهايمر، خطوط مساعدة ومنتديات عبر الإنترنت. ونظمت مجموعات أخرى أنشطة نفسية واجتماعية (105).

وفي الهند، أقرت إرشادات صادرة عن وزارة العدالة الاجتماعية والتمكين الهندية في 27 آذار/مارس 2020 أهمية قدرة مقدمي الرعاية على الوصول إلى الأشخاص الذين يدعمونهم. وأوصت الإرشادات بإصدار تصاريح لمقدمي الرعاية تمكنهم من التنقل خلال فترة تقييد الحركة. كذلك تقدّم المنظمات غير الحكومية (مثل جمعية الزهايمر والاضطرابات ذات الصلة في الهند، ومؤسسة نايتينغيل ميديكال تراست،

ومؤسسة سيلفر إنينغز) والخدمات المتخصصة (المعهد الوطني للصحة النفسية والعلوم العصبية، وعيادة الاضطرابات الإدراكية) معلومات وموارد لمقدمي الرعاية للأفراد الذين يعانون من الخرف. وتوفر مؤسسة نايتينغيل ميديكال تراست تطبيق ديمكونيكت DemKonnnect، الذي يقدم مشورة الخبراء لمقدمي الرعاية. وتوفّر وزارة الصحة ورعاية الأسرة خط مساعدة نفسية وسلوكية. وقدمت، بالإضافة إلى ذلك، مقاطع فيديو (ومنها عن التأمل واليوغا) للتدبير العلاجي للإجهاد ونصائح الصحة النفسية لمختلف الفئات العمرية على موقعها على الإنترنت (78).

وفي أيرلندا، قدّم مركز معلومات خدمات الخرف وتطويرها موارد لمقدمي الرعاية، ومنها الأنشطة المقترحة للأشخاص المصابين بالخرف للتخفيف من تأثير العزلة الاجتماعية. وتقدم جمعية الزهايمر في أيرلندا أيضاً موارد ذات صلة للدعم والمعلومات. ويستمر حصول مقدمو الرعاية الذين يتلقون بدل الرعاية القائم بعد تقييم إمكاناتهم المادية على المدفوعات أثناء جائحة كوفيد-19. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن لمقدمي الرعاية العاملين، الذين يتلقون بدل الرعاية بعد فقد وظائفهم بسبب الجائحة، الحصول على بدل البطالة الجديدة الخاصة بالجائحة البالغ 350 يورو. وبالمثل، فقد طورت مؤسسة فاميلي كيررز أيرلندا إرشادات لوضع خطة طوارئ لمقدمي الرعاية (77).

وفي ألمانيا، جرى مضاعفة فترة تلقي بدل الرعاية الطويلة الأجل للاستجابة لحالة رعاية طارئة في الأسرة أو لتنظيم ترتيبات الرعاية استجابةً لجائحة كوفيد-19 من 10 إلى 20 يوماً (حتى 30 أيلول/سبتمبر 2020). أيضاً جرى تمديد الحق في التغيب عن العمل للاستجابة لحالة رعاية حادة إلى 20 يوماً. ويمكن تعويض الأشخاص الذين يتلقون عادةً خدمات عينية لم تعد متوفرة أثناء جائحة كوفيد-19 (مثل الرعاية النهارية) لتمويل الرعاية البديلة (96).

9-2 إعطاء الأولوية للسلامة النفسية الاجتماعية للأشخاص الذين يتلقون خدمات الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها.

1-9-2 التحدي

يعاني العديد من الأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية من تغيير نمط حياتهم وفترات طويلة من العزلة.

خضع العديد من الأفراد، وخاصة المسنين، ممن يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل إلى العزل في المنازل أو المرافق عدة أسابيع، مما أدى إلى تقليل الاتصال الاجتماعي وتعطّل نمط الحياة وتغيّره. ويعاني بعض الأفراد

الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل، مثل الأشخاص المصابين بالخرف، من تغيرات في حالتهم البدنية والإدراكية. وقد تؤدي التغييرات السريعة في نمط حياتهم أيضاً إلى زيادة تعرضهم لحالات صحية موجودة سلفاً (84، 104).

وعلى وجه التحديد، واجه المقيمون صعوبات، في مرافق الرعاية طويلة الأجل، لعدم قدرتهم على التواصل مع رفاقهم من المقيمين أو استقبال زيارات من أسرهم وأصدقائهم. وتشعر الأسر أيضاً بالضيق الشديد لعدم قدرتها على زيارة مرافق الرعاية ومتابعة المقيمين.

وقد أدركت مرافق الرعاية طويلة الأجل أهمية دعم المقيمين من خلال الاتصالات الاجتماعية وقدمت حلولاً مبتكرة، مثل الأدوات التقنية التي تتيح الاتصال الافتراضي مع أسرهم وأصدقائهم.

الزيادة الحادة في مخاطر العنف ضد المسنين

زادت معدلات العنف ضد المسنين زيادة حادة منذ بداية جائحة كوفيد-19 وفرض إجراءات تقييدية للبقاء في المنزل، ناهيك عن معاناتهم من وطأة الجائحة نفسها. ويحدث العنف في المنازل، وفي مؤسسات مثل مرافق الرعاية طويلة الأجل، وعبر الإنترنت، مع زيادة مفاجئة في عمليات الاحتيال التي تستهدف المسنين (106).

يتعرض العاملون في مجال الرعاية طويلة الأجل لضغط كبير يؤثر على صحتهم النفسية أثناء جائحة كوفيد -

19

تعرض العاملون في مجال الرعاية طويلة الأجل (الذين يحصلون على أجر مقابل ذلك) لضغط مستمر لتوفير الرعاية لفئات ضعيفة أثناء جائحة كوفيد-19، وبذلوا جهداً كبيراً في منع انتشار العدوى بين الأشخاص الذين يساعدونهم. ومستقبلاً، سيكون الكثير منهم قد تعرض لمواقف مؤلمة وفقدان العديد من الأحبة. وهو ما يسفر عن ضغط هائل على صحتهم النفسية. وفي هولندا، انتهى مسح أجرته جمعية طواقم التمريض الهولندية إلى أن 69% من مقدمي الرعاية المجتمعية شعروا بضغط أكبر على صحتهم النفسية أثناء جائحة كوفيد-19. فمن بين 3325 مستجيباً، أفاد 28% أنه لا يوجد دعم للصحة النفسية من قبل صاحب العمل (80)، إلى جانب الافتقار الشديد إلى التدخلات النوعية لدعم رفاه العاملين في مجال الرعاية.

وأدركت بعض البلدان خسائر الصحة النفسية التي خلفتها حالة كوفيد-19 على الموظفين في مرافق الرعاية طويلة الأجل، ونفذت تدخلات استهدفت دعم الصحة النفسية للموظفين. وفي المملكة المتحدة، بُذلت جهود من خلال خدمات الدعم لتعزيز رفاه العاملين في مجال الرعاية.

وربما وجد مقدمو الرعاية من المهاجرين، لا سيما أولئك الذين كانوا ينتقلون لتقديم الرعاية في بلدان أخرى، أنفسهم إما غير قادرين على العودة إلى ديارهم بعد نوبات عملهم، وإما غير قادرين على الذهاب إلى العمل (وبالتالي الحصول على أجر) حيث أغلقت البلدان حدودها، وهو ما أدى إلى مواجهتهم مشقة كبيرة (76، 107).

يواجه مقدمو الرعاية من الأسرة والمتطوعون مسؤولية رعاية كبيرة وعزلة، في حين عُلقَت خدمات الدعم المعتادة إلى حد كبير

خضع العديد من مقدمي الرعاية من الأسرة إلى العزل مع الشخص الذي يعتنون به لحمايته من عدوى كوفيد-19. وقد خلق ذلك لديهم شعوراً بالانفصال عن شبكاتهم الاجتماعية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن هياكل الدعم المعتادة (مثل الرعاية النهارية والرعاية المنزلية ومقدمي الرعاية الأسرية الآخرين ومجموعات دعم مقدمي الرعاية) قد تقلصت أو عُلقَت، وهو ما ترك مقدمي الرعاية من الأسرة من دون الاتصالات الاجتماعية المهمة ومصادر الدعم العملي.

وفي بعض البلدان، أنشئت خطوط المساعدة والاستشارات الافتراضية ومجموعات دعم مقدمي الرعاية لدعم الرفاه النفسي والاجتماعي لمقدمي الرعاية أثناء جائحة كوفيد-19.

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

- ظهر تأثير بالغ على الصحة النفسية لموظفي مرافق الرعاية الطويلة الأجل، ومقدمي الرعاية من الأسرة والمتطوعين، والأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية مُساعدة.
- واجه كثير من المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل صعوبات لعدم قدرتهم على التواصل مع رفاقهم من المقيمين أو المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو استقبال زيارات من أسرهم وأصدقائهم.
- الافتقار الشديد إلى التدخلات النوعية لدعم رفاه الأفراد الذين يقدمون الرعاية والذين يتلقونها.

2-9-2 الإجراءات الرئيسية

القطاع كاملاً

- إنشاء فريق عامل مشترك بين القطاعات لرصد إصابة موظفي الرعاية الطويلة الأجل بالإجهاد والإرهاق، وتقييم وتنفيذ استراتيجيات لتوفير دعم الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي للموظفين الذين يقدمون الرعاية الطويلة الأجل.

- إنشاء خط مساعدة مخصص للصحة النفسية والدعم النفسي لأي شخص يطلب ذلك.
- النظر في تقديم إرشادات حول تدريب موظفي الرعاية والمتطوعين لتحسين مهارات الاتصال بشأن المسائل الحساسة مثل قرارات نهاية الحياة، والوفاة، والاحتضار، وفقدان الأحبة.
- تشجيع مقدمي الرعاية الطويلة الأجل على استخدام أدوات الفحص، ومراجعة إجراءات التوظيف (مثل الجداول الزمنية المرنة والإجازات من العمل) لإدارة عبء الرعاية بشكل أفضل، والسعي إلى تقليل استخدام القيود المادية.
- التأكد من توفر الدعم النفسي والعاطفي من أخصائيي الصحة النفسية وشبكات مقدمي الرعاية من الأسرة، باستخدام الوسائط الرقمية عند الحاجة لدعم المستفيدين من الرعاية ومقدميها.
- دعم رصد العنف المرتكب بحق المسنين.

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- وضع سياسات واضحة للزيارات تراعي التوازن بين تدابير الوقاية من العدوى ومكافحتها وحاجة الأفراد إلى الحفاظ على سلامتهم النفسية (تمكين المقيمين من استقبال زوار مع تقليل مخاطر دخول عدوى كوفيد-19 إلى مرافق الرعاية الطويلة الأجل).
- تسهيل اتصال المقيمين بالأسرة والأصدقاء عن طريق الهاتف أو الإنترنت أو الرسائل المكتوبة إذا كان الوصول مقيداً.
- زيادة الاستعانة بالمتطوعين للمساعدة في توفير التفاعل الاجتماعي للمقيمين المعزولين.

الرعاية المجتمعية

- ضمان الوصول وزيادة الموارد للعاملين المهاجرين المقيمين في مرافق الرعاية.
- تشجيع وتعزيز هياكل الدعم النفسي الاجتماعي لمقدمي الرعاية من الأسرة.
- النظر في تقديم تدريب على الإسعافات الأولية في مجال الصحة النفسية للمتطوعين وأفراد المجتمع.

أمثلة من البلدان

في شيلي، أصدرت المؤسسة الوطنية للمسنين وجمعية طب الشيخوخة وعلم الشيخوخة مقاطع فيديو ورسومات لدعم المسنين ومقدمي الرعاية من الأسرة للتعامل مع الوضع الناجم عن كوفيد-19. وتتضمن هذه المواد معلومات عن استخدام معدات الحماية الشخصية، والتباعد، وتوصيات بشأن الصحة النفسية (108)، وتقدّم نماذج للمساعدة في تنظيم الدعم المجتمعي للأفراد الذين يحتاجون إلى المساعدة في الأنشطة الأساسية للحياة اليومية (109).

وفي المكسيك، أجرت وزارة الصحة حملة لدعم الصحة النفسية، التي تشمل تقييماً سريعاً عبر الهاتف، لتقديم استراتيجيات الدعم ولإجراء الإحالات للحصول على دعم نوعي. وتشتمل هذه الاستراتيجية في أحد مكوناتها على حملة تستهدف العاملين في مجال الرعاية الصحية (110).

وفي كينيا، انتقلت بعض المنظمات غير الحكومية إلى دعم الأقران الافتراضي. ومع ذلك، فإن ضعف إمكانية الاتصال في بعض المناطق، وتكلفة شراء باقات الإنترنت، وسأم الإنترنت، تشكل تحديات أمام الجهود المبذولة لدعم مقدمي الرعاية من الأسرة. ونشرت وزارة العمل والحماية الاجتماعية إرشادات لمرافق الرعاية الطويلة الأجل تنص صراحةً على أنه ينبغي للموظفين التأكد من حفاظ المقيمين على اتصال منتظم (من خلال مكالمات الهاتف المحمول أو الدردشة عبر الإنترنت) مع عائلاتهم وشبكاتهم الاجتماعية، وينبغي لهم أيضاً تعزيز رفاه المقيمين عن طريق إقامة أنماط حياة منتظمة والحد من فرص تعطلها (111).

وفي ماليزيا، يواصل موظفو مراكز الرعاية النهارية رعاية الأشخاص الذين يدعمونهم من خلال مكالمات الفيديو، فضلاً عن مشاركة مقاطع الفيديو عن الأنشطة والتمارين (99).

وفي المملكة المتحدة، أعدّ الفريق العامل المعني بالاستجابة لصدّات كوفيد-19 إرشادات للمديرين ومخططي الخدمات المعنيين برعاية موظفي مرافق الرعاية الطويلة الأجل الذين ربما تعرضوا لصدّات (112).

2-10 ضمان الانتقال السلس إلى مرحلة التعافي.

2-10-1 التحدي

فقدان ثقة الجمهور في مرافق الرعاية الطويلة الأجل

أثرت جائحة كوفيد-19 تأثيراً بالغاً على الأفراد الذين يعيشون في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، ويبدو أن نسبة الوفيات في هذه المرافق تزداد مع زيادة عدد الأشخاص المتضررين في المجتمع. ويشير ذلك إلى أنه ما دام هناك انتقال مجتمعي لعدوى كوفيد-19 محلياً، فإن مرافق الرعاية الطويلة الأجل تكون معرضة لمخاطر كبيرة للعدوى وارتفاع أعداد الوفيات.

وثمة مخاوف في العديد من البلدان من فقدان ثقة الجمهور في مرافق الرعاية الطويلة الأجل، والآثار السلبية المحتملة التي تحدث في حالة أن الأشخاص الذين قد يستفيدون من العيش في مرافق الرعاية الطويلة الأجل لم يحققوا هذه الاستفادة بسبب الخوف. وقد يكون لذلك عواقب سلبية على هؤلاء الأشخاص، وعلى أسرهم، وكذلك على الجدوى المالية لمقدمي مرافق الرعاية الطويلة الأجل.

القيود على الحركة وإجراءات الحماية الأخرى في مرافق الرعاية الطويلة الأجل

تمثل أحد الإجراءات الأولى التي تبنتها جميع البلدان تقريباً في منع استقبال الزوار في مرافق الرعاية الطويلة الأجل. وفي حين أن هذا الإجراء سهل التنفيذ نسبياً، يتزايد الاعتراف بأن لذلك إجراء تأثير بالغ على رفاه كل من المقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل وأسره، ولا سيما عندما يكون الشخص المقيم مصاباً بالخرف. وقد يؤدي عدم فهم سبب توقف الزيارات إلى شعورهم بمزيد من الضيق. وكانت ثمة مخاوف أيضاً من أن العديد من أفراد الأسرة يقدمون الرعاية أثناء زيارتهم المنتظمة (اليومية أحياناً)، وأن عدم السماح لهم بالزيارة، في وقت قد يكون فيه موظفو مرافق الرعاية الطويلة الأجل مثقلين بالأعباء بسبب زيادة تعقيد الرعاية وانخفاض نسب التوظيف، قد يؤدي إلى تفاقم مشاكل التوظيف.

الصعوبات في رصد جودة الخدمات في مرافق الرعاية الطويلة الأجل

مصدر قلق آخر هو أن زيارات أفراد الأسرة قد توقفت في وقت علّق فيه العديد من البلدان عمليات التفتيش. وقد تشعر الأسر بالقلق بشأن جودة الرعاية التي يتلقاها المقيمون، وقد يؤدي عدم السماح لهم بالزيارة إلى تفاقم مخاوفهم. ويتزايد الاعتراف بأن ضمان الزيارات الآمنة هو خطوة مهمة في إعادة بناء الثقة في مرافق الرعاية الطويلة الأجل.

الآثار المترتبة في سياق كوفيد-19

- ➔ عدم وجود استراتيجية خروج بشأن التدابير التقييدية المطبقة على مرافق الرعاية الطويلة الأجل
- ➔ عدم وجود رقابة على جودة الرعاية داخل مرافق الرعاية الطويلة الأجل عند تطبيق قيود الحركة على تلك المرافق

2-10-2 الإجراءات الرئيسية

مرافق الرعاية الطويلة الأجل

- إتاحة آليات الترصد من أجل رصد جودة الرعاية داخل مرافق الرعاية الطويلة الأجل أثناء تنفيذ تدابير الصحة العمومية والتدابير الاجتماعية.
- إتاحة إرشادات عن الحدود من حيث متى وكيف يمكن بدء عزل المقيمين أو إنهائه وتخفيف القيود المفروضة على الزوار.
- وضع معايير واضحة حول متى وكيف يمكن للأشخاص الذين يعيشون في مرافق الرعاية طويلاً الانتقال من المستشفيات وإليها لحماية الموظفين والمقيمين الآخرين.
- التأكد من مراعاة احتياجات المقيمين في الرعاية الطويلة الأجل عند توفير خدمات الصحة الحادة والأولية والمجتمعية، واستعادة مستويات الدعم من رعاية أولية وتمريض مجتمعي التي كان عليها الحال قبل كوفيد-19 في أقرب وقت ممكن.

الرعاية المجتمعية

- التأكد من إعداد البروتوكولات حتى يتمكن الأشخاص الذين يتلقون رعاية مجتمعية (مثل، الرعاية النهارية) من الوصول إلى هذه الخدمات مرة أخرى.

أمثلة من البلدان

في مالطا، بدأت خدمات الرعاية النهارية مرة أخرى بالتناوب في 1 حزيران/يونيو 2020. وأعطيت الأولوية للأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية ولا يتلقون أي خدمات. ووضعت إجراءات صارمة للنظافة الصحية إلى جانب تدابير التباعد. فمثلاً، يحتفظ الموظفون والأفراد الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل بالأحذية داخل دار الرعاية النهارية ويغيرونها عند مغادرتهم. ويجب على الأفراد الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل ارتداء الأقنعة وأقنعة الوجه أثناء حضورهم للمركز. ويرتدي الموظفون أيضاً الأقنعة طوال يوم العمل. وبالإضافة إلى ذلك، يجري رصد درجة حرارة الأشخاص الذين يتلقون الرعاية والذين يقدمونها (58).

وفي الدانمرك، يمكن للأفراد الاستمرار في زيارة المقيمين الذين يتلقون رعاية نهاية العمر مع الالتزام ببروتوكولات النظافة الصحية. فمنذ 24 نيسان/أبريل 2020، أصبح من الممكن للمقيمين في مرافق الرعاية الطويلة الأجل استقبال الزوار في الساحات الخارجية (98).

وفي ألمانيا، بدأ تخفيف القيود المفروضة على الزوار مرة أخرى في أيار/مايو 2020. وفي حين أن القواعد المحددة بشأن عدد الزوار وتكرار الزيارات ومدتها تختلف بين الولايات الفيدرالية، فإن جميع الولايات تشترط أن تضع مرافق الرعاية الطويلة الأجل تدابير واضحة للوقاية من العدوى. ويجب على الزوار أيضاً التسجيل حتى يمكن التعرف عليهم لتتبع المخالطين إذا أصبح ذلك ضرورياً (96).

2-11 الشروع في خطوات لتحويل نظم الرعاية الصحية والرعاية الطويلة الأجل بهدف إدماج خدمات الرعاية

الرعاية الطويلة الأجل بالشكل المناسب وضمان الإدارة المستمرة والفعالة لها

سلطت جائحة كوفيد-19 الضوء على تفتت خدمات الرعاية الطويلة الأجل داخل نظم الرعاية الصحية. وقد أدى هذا التفتت، إلى جانب نقاط الضعف المتأصلة في هيكل الإدارة الشامل الحالي للرعاية الطويلة الأجل، إلى عواقب وخيمة على مرافق الرعاية الطويلة الأجل خلال الجائحة.

ولا بد من التعجيل بإحداث تحول في نظم الرعاية الصحية والطويلة الأجل، بحيث تُدمج خدمات الرعاية الطويلة الأجل بسهولة وتُقدّم إلى جانب سلسلة الرعاية التقليدية: التعزيز، والوقاية، والعلاج، وإعادة التأهيل، والرعاية الملطفة.

ويجب التأكيد على أن الرعاية المساعِدة، المعرّفة في هذه الوثيقة على أنها تقديم يد العون لمساعدة الشخص على أداء مهمة معينة للحفاظ على القدرة الوظيفية والحفاظ على الاستقلال، تعتبر خدمة أساسية تساعد على تعزيز الشيخوخة في مكان الإقامة، وضمان إمكانية استمرار الشخص في أداء الأمور التي لديه أسباب لتقديرها حتى بعد التدهور الكبير في قدراته البدنية والذهنية.

وتنص الاستراتيجية وخطة العمل العالميتان لمنظمة الصحة العالمية بشأن الشيخوخة والصحة، المعتمدتان في عام 2016، على أنه "ينبغي أن يمتلك كل بلد نظاماً مستداماً ومنصفاً للرعاية الطويلة الأجل" (44). ويؤكد عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة (2020-2030) أيضاً على إتاحة الرعاية الطويلة الأجل للمسنين الذين يحتاجون إليها (113).

وعلى الرغم من عدم اقتصار الرعاية الطويلة الأجل على المسنين واشتمالها لطيف متنوع من المستفيدين، تظل العناصر الأساسية هي نفسها: تقديم الخدمات لأولئك الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل من أجل ضمان حياة تتسق مع حقوقهم الأساسية وحياتهم الأساسية وكرامتهم الإنسانية.

وتعكس الإجراءات التالية الدروس التي نتعلمها من جائحة كوفيد-19 لتحقيق رعاية طويلة الأجل مستدامة ومنصفة للجميع.

الإجراءات الرئيسية

- ضمان وجود التشريعات ووضع استراتيجية وأطر وطنية للرعاية الطويلة الأجل.
- تعزيز العلاقات بين مختلف مستويات الحكومة المشاركة في الرعاية الطويلة الأجل والرعاية الصحية وإنشاء آليات تنسيق رأسية وداخلية ملموسة.
- دمج الجمع المنتظم للبيانات الوطنية عن أنظمة الرعاية الصحية وطويلة الأجل من أجل تمكين أعمال التقييم والرصد على نطاق المنظومة.
- ضمان وجود آليات تمويل مستدامة ومنصفة للرعاية الطويلة الأجل تحمي الأفراد من التكاليف الباهظة للرعاية.
- ضمان مسارات رعاية متكاملة تركز على الأشخاص وتغطي سلسلة الرعاية الصحية والطويلة الأجل لتمكين الأفراد الذين يحتاجون إلى رعاية طويلة الأجل من تلقي رعاية شاملة.
- ضمان التدريب المستمر وظروف العمل المحسنة للعاملين في الرعاية الطويلة الأجل.

- تقديم الدعم المالي والعيني لمقدمي الرعاية من الأسرة والمتطوعين وتوسيع نطاقه.
- تحديد الآليات لضمان جودة الخدمات في قطاع الرعاية الطويلة الأجل غير الخاضع للتنظيم وتعزيز الاعتماد.
- ضمان إشراف القطاع الصحي على مرافق الرعاية الطويلة الأجل للتأهب للجوائح في المستقبل.
- تعزيز البحوث بناء على الدروس المستفادة من جائحة كوفيد-19 لمعالجة نقاط الضعف في منظومة الرعاية الصحية والطويلة الأجل.

المراجع

1. التقرير العالمي عن الشيخوخة والصحة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015 [بالإنكليزية] (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>).
2. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf, accessed 21 June 2020).
3. Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2020 (<https://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm>, accessed 23 June 2020).
4. Preventing and managing the COVID-19 pandemic across long-term care services in the WHO European Region: strengthening the health systems response to COVID-19. Technical Working Guidance No. 6. WHO Regional Office for Europe; 2020 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2020/strengthening-the-health-systems-response-to-covid-19-technical-guidance-6,-21-may-2020>, accessed 21 June 2020).
5. Salcher-Konrad M, Jhass A, Naci H, Tan M, El-Tawil Y, Comas-Herrera A. COVID-19 related mortality and spread of disease in long-term care: a living systematic review of emerging evidence. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.06.09.20125237.
6. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu AT, Lane N, Fernández J-L. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in LTCFs: early international evidence. 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 21 June 2020).
7. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? International Journal of Antimicrobial Agents. April 2020;105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
8. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. Journal of the American Medical Directors Association. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
9. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society (AGS) policy brief: COVID-19 and assisted living facilities. Journal of the American Geriatrics Society. May 2020;jgs.16510. doi:10.1111/jgs.16510.
10. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society policy brief: COVID -19 and nursing homes. Journal of the American Geriatrics Society. 2020;68(5):908–11. doi:10.1111/jgs.16477.
11. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. New England Journal of Medicine. 2020;382:2081–90. doi:10.1056/nejmoa2008457.

12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. SSRN Electronic Journal. 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.
13. Graham NSN, Junghans C, Downes R, Sendall C, Lai H, McKirdy A et al. SARS-CoV-2 infection: clinical features and outcome of COVID-19 in United Kingdom nursing homes. *Journal of Infection*. 2020;5:38. doi:10.1016/j.jinf.2020.05.073.
14. Goldberg SA, Pu CT, Thompson RW, Mark E, Sequist TD, Grabowski DC. Asymptomatic spread of COVID-19 in 97 patients at a skilled nursing facility. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.040.
15. Guery R, Cécile D, Noëlle B, Nael V, Castain L, Raffi F et al. Limited effectiveness of systematic screening by nasopharyngeal RT-PCR of medicalized nursing home staff after a first case of COVID-19 in a resident. *Médecine et Maladies Infectieuses*. May 2020. doi:10.1016/j.medmal.2020.04.020.
16. Roxby AC, Greninger AL, Hatfield KM, Lynch JB, Dellit TH, James A et al. Detection of SARS-CoV-2 among residents and staff members of an independent and assisted living community for older adults: Seattle, Washington, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(14):416–8. doi:10.15585/mmwr.mm6914e2.
17. Grabenhorst U, Stiels-Prechtel R, Niemann M, Weckbecker K. COVID-19 in the nursing home: a case report. *MMW-Fortschritte der Medizin*. 2020;162(9):60–2. doi:10.1007/s15006-020-0481-0.
18. Dora A V, Winnett A, Jatt LP, Davar K, Watanabe M, Sohn L et al. Universal and serial laboratory testing for SARS-CoV-2 at a long-term care skilled nursing facility for veterans: Los Angeles, California, 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(21):651–5. doi:10.15585/mmwr.mm6921e1.
19. McMichael TM, Currie DW, Clark S, Pogojans S, Kay M, Schwartz NG et al. Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(21):2005–11. doi:10.1056/NEJMoa2005412.
20. Coronavirus (COVID-19) related deaths by occupation, England and Wales. Office for National Statistics; 2020
[https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20ofemales%20\(86%20deaths\)](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregistereduptoandincluding20april2020#:~:text=A%20total%20of%20131%20deaths,100%2C000%20ofemales%20(86%20deaths),), accessed 21 June 2020).
21. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(5):605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
22. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*. May 2020.
23. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-

- phase emergency response in Toronto, Canada. Journal of the American Geriatrics Society. May 2020. doi:10.1111/jgs.16625.
24. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. Journal of the American Medical Directors Association. June 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.
25. COVID-19. Sciensano (<https://epistat.wiv-isp.be/covid>, accessed 21 June 2020).
26. Fisman D, Lapointe-Shaw L, Bogoch I, McCready J, Tuite A. Failing our most vulnerable: COVID-19 and long-term care facilities in Ontario. medRxiv. doi:10.1101/2020.04.14.20065557.
27. Yanover C, Mizrahi B, Kalkstein N, Marcus K. What factors increase the risk of complications in SARS-CoV-2 positive patients? A cohort study in a nationwide Israeli health organization. medRxiv. 2020. doi:10.1101/2020.05.07.20091652.
28. Dawson WD, Ashcroft E, Lorenz-Dant K, Comas-Herrera A. Impact of the COVID-19 outbreak on community-based care services: a review of initial international policy responses. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Community-Based-Care-Report-19-May.pdf>, accessed 21 June 2020).
29. Lorenz-Dant K. International examples of measures to support unpaid carers during the COVID-19 pandemic. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/International-measures-to-support-unpaid-carers-in-manage-the-COVID19-situation-20.05.20-complete-2.pdf>, accessed 21 June 2020).
30. COVID-19 supercharges existing inequalities faced by Glasgow's 150,000 disabled people. Glasgow Disability Alliance; 2020 (<http://gda.scot/our-community/news/2020/4/28/covid-19-supercharges-existing-inequalities-faced-by-glasgows-150-000-disabled-people>, accessed 21 June 2020).
31. الأمراض غير السارية وكوفيد-19. جنيف: منظمة الصحة العالمية [بالإنكليزية]، <https://www.who.int/teams/ncds/covid-19>، تم الاطلاع في 21 حزيران/يونيو 2020
32. الحفاظ على الخدمات الصحية الأساسية: إرشادات ميدانية لسياق كوفيد-19. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>، تم الاطلاع في 21 حزيران/يونيو 2020
33. Coronavirus: Spanish army finds care home residents “dead and abandoned”. BBC News, 24 March 2020 (<https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-52014023>, accessed 21 June 2020).
34. 31 Senioren in Kanada tot: Pfleger kamen aus Angst vor Corona nicht [31 seniors dead in Canada: carers did not come for fear of Corona]. MSN, 18 April 2020 (<https://www.msn.com/de-at/news/other/31-senioren-in-kanada-tot-pfleger-kamen-aus-angst-vor-corona-nicht/ar-BB12QiDh#image=1>, accessed 21 June 2020).

35. Bauer A, Dixon J. The challenges of providing end-of-life support in LTCFs during the COVID-19 pandemic, and opportunities for the future: an international perspective. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Challenges-of-providing-end-of-life-support-in-care-homes-during-the-COVID-19-pandemic-1.pdf>, accessed 21 June 2020).
36. التدبير العلاجي السريري لكوفيد-19: إرشادات مبدئية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020
حزيران/يونيو 2020
<https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>، تم الاطلاع في 21
37. Women are well-represented in health and long-term care professions, but often in jobs with poor working conditions. In: Gender equality. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<https://www.oecd.org/gender/data/womenare-well-represented-in-health-and-long-term-care-professions-but-often-in-jobs-with-poor-workingconditions.ht>, accessed 21 June 2020).
38. جائحة كوفيد-19 والعنف ضد المرأة: الإجراءات التي يمكن لقطاع الصحة/النظام الصحي اتخاذها. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-ara.pdf?sequence=23&isAllowed=y>
39. Shippee T, Akosionu O, Ng W, Woodhouse M, Duan Y, Thao M et al. COVID-19 pandemic: exacerbating racial/ethnic disparities in long-term services and supports. Journal of Aging and Social Policy. June 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1772004.
40. Long-term care for older people: a new global gender priority. New York; UN Women; 2017.
41. Policy brief: the impact of COVID-19 on older persons. New York: United Nations; 2020.
42. Scheil-Adlung X. Global estimates of deficits in long-term care protection for older persons. Extension of Social Security Series, No. 50. Geneva: International Labour Organization; 2015.
43. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011.
44. العمل المتعدد القطاعات من أجل اتباع نهج يمتد طيلة العمر للتمتع بالصحة في الشيخوخة: مسودة الاستراتيجية وخطة العمل العالميتين بشأن الشيخوخة والصحة. تقرير من الأمانة. جمعية الصحة العالمية التاسعة والستون، نيسان/أبريل 2016. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-ar.pdf?ua=1، تم الاطلاع في 21
حزيران/يونيو 2020
45. Accelerating global actions for a world without poverty: United Nations System-wide Plan of Action for the Third United Nations Decade for the Eradication of Poverty (2018–2027). New York: United Nations; 2018 (<https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2020/03/SWAP-Poverty-Booklet-Digital-Feb27.pdf>, accessed 21 June 2020).
46. Barr N. Long-term care: a suitable case for social insurance. Social Policy and Administration. 2010;44(4):359–74. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x.

47. Protective equipment being diverted from LTCFs to hospitals, say bosses. The Guardian, 30 March 2020 (<https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/protective-equipment-being-diverted-from-care-homes-to-hospitals-say-bosses>, accessed 21 June 2020).
48. Spasova S, Baeten R, Coster S, Ghailani D, Pena-Casas R, Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies. Brussels: European Commission; 2018.
49. Zalakain J, Davey V, Suárez-González A. The COVID-19 on users of long-term care services in Spain. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>, accessed 21 June 2020).
50. Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, Rotolo A. Italy and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Italy-30-April-2020.pdf>, accessed 21 June 2020).
51. King D, Zigante V. Quality assurance practices in long-term care in Europe: emerging evidence on care market management. Brussels: Publications Office of the European Union; 2020.
52. Lloyd-Sherlock P, Neto J, Comas-Herrera A, Redondo N. Re: Covid-19: why we need a national health and social care service. BMJ. 2020;369. doi:10.1136/bmj.m1465.
53. Lloyd-Sherlock P, Bastos J, Geffen L, Giacomini K, Redondo N, Sasat S et al. An emergency strategy for managing COVID-19 in LTCFs in LMICs: the CIAT Framework. 2020 (<https://www.corona-older.com/post/an-emergency-strategy-for-managing-covid-19-in-care-homes-in-lmics-the-ciat-framework-version-1>, accessed 21 June 2020).
54. إطار التقييم الفطري بشأن التقديم المتكامل للرعاية الطويلة الأجل. كوينهاغن: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمية لأوروبا؛ 2019 [بالإنكليزية]
55. COVID-19: Singapore to house nursing home staff in hotels to protect the elderly. Channel News Asia, 8 May 2020 (<https://www.facebook.com/ChannelNewsAsia/videos/1098221953890384/>, accessed 21 June 2020).
56. Covid-19 testing completed for nursing home residents and staff; no new cases found apart from 5 earlier ones. The Straits Times, 31 May 2020 (<https://www.straitstimes.com/singapore/health/covid-19-testing-completed-for-all-nursing-home-residents-and-staff>, accessed 21 June 2020).
57. Tsadok-Rosenbluth S, Leibner G, Hovav B, Horowitz G, Brammli-Greenberg S. The impact of COVID-19 on people using and providing long-term care in Israel. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Israel-4-May.pdf>, accessed 21 May 2020).
58. Fenech MA, Vella M, Calleja N. The COVID-19 long-term care situation in Malta and Gozo. International Long-Term Care Policy Network; 2020.
59. Cès S, Coster S. Mapping long-term care quality assurance practices in the EU: summary report. Brussels: European Commission; 2019.

60. Hashiguchi T, Llana-Nozal A. The effectiveness of social protection for long-term care in old age: is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? OECD Health Working Papers. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2020 (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-effectiveness-of-social-protection-for-long-term-care-in-old-age_2592f06e-en, accessed 21 June 2020).
61. Van Houtven CH, Boucher NA, Dawson WD. The impact of COVID-19 outbreak on long term care in the United States. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/USA-LTC-COVID-situation-report-24-April-2020.pdf>, accessed 21 June 2020).
62. HHS Provider Relief Fund. Centers for Disease Control and Prevention; 2020 (<https://data.cdc.gov/Administrative/HHS-Provider-Relief-Fund/kh8y-3es6>, accessed 21 June 2020).
63. Kim H. The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-7-May-2020.pdf>, accessed 21 June 2020).
64. Lum T, Shi C, Wong G, Wong K. COVID-19 and long-term care policy for older people in Hong Kong. Journal of Aging and Social Policy. 2020. doi:10.1080/08959420.2020.1773192.
65. Wong K, Lum T, Wong G. The COVID-19 long-term care situation in Hong Kong: impact and measures. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Hong-Kong-COVID-19-Long-term-Care-situation-27-April-2020-1.pdf>, accessed 21 June 2020).
66. Shi C, Hu B, Feng M, Wong G. Report from mainland China: policies to support long-term care during the COVID-19 outbreak. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Report-from-Mainland-China-18-April-final.pdf>, accessed 21 June 2020).
67. Statistics Commission endorses new Titchfield City Group on Ageing. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 16 March 2018 (<https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2018/03/title-statistics-commission-endorses-new-titchfield-city-group-on-ageing/>, accessed 21 June 2020).
68. Descubren una residencia ilegal en La Laguna por las pruebas del Covid-19 [They discover an illegal residence in La Laguna by the tests of Covid-19]. La Provincia, 4 April 2020 (<https://www.laprovincia.es/sociedad/2020/04/04/descubren-residencia-ilegal-laguna-pruebas/1271776.html>, accessed 21 June 2020).
69. Burton A, Goodman C, Quinn T. The invisibility of the UK care home population: UK care homes and a minimum dataset. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/the-invisibility-of-the-uk-care-home-population-uk-care-homes-and-a-minimum-dataset/>, accessed 21 June 2020).
70. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. International Long-Term Care Policy Network; 2020.

71. Pillemer K, Subramanian L, Hupert N. The importance of long-term care populations in models of COVID-19. JAMA. 2020. doi:10.1001/jama.2020.9540.
72. Jacobs R, Ashwell A, Docrat S, Schneider M. The impact of COVID-19 on long-term care in South Africa. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/COVID-19-Long-Term-Care-Situation-in-South-Africa.docx>, accessed 21 June 2020).
73. Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>, accessed 21 June 2020).
74. Rodrigues R, Huber M, Lamura G. Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2012.
75. Van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential long-term care workers commonly hold second jobs and double- or triple-duty caregiving roles. Journal of the American Geriatrics Society. 2020. doi:10.1111/jgs.16509.
76. Schmidt AE, Leichsenring K, Staflinger H, Litwin C, Bauer A. The impact of COVID-19 on users and providers of long-term care services in Austria. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Austria-15-May.pdf>, accessed 22 June 2020).
77. Pierce M, Keogh F, O'Shea E. The impact of COVID-19 on people who use and provide long-term care in Ireland and mitigating measures. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Ireland-COVID-LTC-report-updated-13-May-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
78. Rajagopalan J, Huzruk S, Arshad F, Raja P, Alladi S. The COVID-19 long-term care situation in India. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID-situation-in-India-30th-May.pdf>, accessed 22 June 2020).
79. Amour R, Robinson JN, Govia I. The COVID-19 long-term care situation in Jamaica. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Jamaica-25-May-2020-1.pdf>, accessed 22 June 2020).
80. Kruse F, Abma I, Jeurissen P. The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlands. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID19-Long-Term-Care-situation-in-the-Netherlands-25-May-2020-1.pdf>, accessed 22 June 2020).
81. Low L-F. The long-term care COVID-19 situation in Australia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Australia-LTC-COVID19-situation-24-April-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
82. Extra payment for unpaid carers. Scottish Government, 6 May 2020 (<https://www.gov.scot/news/extra-payment-for-unpaid-carers/>, accessed 22 June 2020).

83. خطة العمل العالمية بشأن استجابة الصحة العمومية للخرف 2017-2025. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017 [بالإنكليزية]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>.
84. Wang H, Li T, Barbarino P, Gauthier S, Brodaty H, Molinuevo J et al. Dementia care during COVID-19. Lancet. 2020;395(10231):1190–1.
85. Suarez-Gonzalez A, Livingston G, Comas-Herrera. Report: the impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in UK. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/03/report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-uk/>, accessed 22 June 2020).
86. Joint statement on advance care planning. Care Quality Commission; 2020 (<https://content.govdelivery.com/accounts/UKCQC/bulletins/283e565>, accessed 22 June 2020).
87. الرعاية الصحية المجتمعية، ومنها التوعية والحملات، في سياق جائحة كوفيد-19: إرشادات مبدئية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] - https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1، تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020
88. الرعاية المنزلية لمرضى كوفيد-19 الذين يعانون أعراضاً خفيفة والتدبير العلاجي للمخالطين: إرشادات مبدئية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] - [https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts)، تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020
89. نظرة عامة على الصحة العمومية والتدابير الاجتماعية في سياق كوفيد-19. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] - <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>، تم الاطلاع في 10 تموز/يوليه 2020
90. Bauer A. COVID19: providing palliative care for the many. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/03/31/covid19-proving-palliative-care-for-the-many/>, accessed 22 June 2020).
91. Oven A. COVID-19 and long-term care in Slovenia: impact, measures and lessons learnt. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID19-and-Long-Term-Care-in-Slovenia-impact-measures-and-lessons-learnt-21-April-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
92. إرشادات بشأن الوقاية من العدوى ومكافحتها في مرافق الرعاية الطويلة الأمد في سياق مرض كوفيد-19: إرشادات مبدئية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-ara.pdf?sequence=14&isAllowed=y، تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020.
93. فاشية مرض كوفيد-19: حقوق العاملين الصحيين وأدوارهم ومسؤولياتهم، بما فيها الاعتبارات الأساسية للسلامة والصحة المهنيين. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] - [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health) تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020
94. الوقاية من العدوى ومكافحتها أثناء الرعاية الصحية عند الاشتباه في الإصابة بفيروس كورونا المستجد. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] - <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495> تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020

95. Sani TP, Tan M, Rustandi KK, Turana Y. COVID-19 long-term care situation in Indonesia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Indonesia-30-May-1.pdf>, accessed 22 June 2020).
96. Lorenz-Dant K. Germany and the COVID-19 long-term care situation. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Germany_LTC_COVID-19-26-May-2020.pdf, accessed 22 June 2020).
97. تتبع المخالطين في سياق كوفيد-19. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية].
الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020. تم <https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19>
98. Rostgaard T. The COVID-19 long-term care situation in Denmark. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-COVID-19-Long-Term-Care-situation-in-Denmark-29-May-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).
99. Hasmuk K, Sallehuddin H, Tan MP, Cheah WK, Rahimah I, Chai ST. The long term care COVID-19 situation in Malaysia. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Malaysia-LTC-COVID-situation-report-30-May.pdf>, accessed 22 June 2020).
100. Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2019 (<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>, accessed 22 June 2020).
101. Brimblecombe N, Fernandez J-L, Knapp M, Rehill A, Wittenberg R. Unpaid care in England: future patterns and potential support strategies. London: London School of Economics; 2018.
102. Caring behind closed doors: forgotten families in the coronavirus outbreak. London: Carers UK; 2020 (<https://www.carersuk.org/for-professionals/policy/policy-library/caring-behind-closed-doors-report>, accessed 22 June 2020).
103. Wharton TC, Ford BK. What is known about dementia care recipient violence and aggression against caregivers? Journal of Gerontological Social Work. 2014;57(5):460–77. doi:10.1080/01634372.2014.882466.
104. اعتبارات الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في أثناء فاشية كوفيد-19: إرشادات مبدئية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020
http://www.emro.who.int/images/stories/mnh/documents/ar_mental_health_considerations_covid_19.pdf?ua=1, تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020.
105. Da Mata F, Oliveira D. COVID-19 and long-term care in Brazil: impact, measures and lessons learned. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/COVID-19-Long-term-care-situation-in-Brazil-6-May-2020.pdf>, accessed 22 June 2020).

106. كوفيد-19 والعنف ضد المسنين. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 [بالإنكليزية] <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-violence-against-older-people> تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020.
107. Leiblfinger M, Prieler V, Schwiter K, Steiner J, Benazha A, Lutz H. Impact of the COVID-19 pandemic on live-in care workers in Germany, Austria and Switzerland. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/05/14/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-live-in-care-workers-in-germany-austria-and-switzerland/>), accessed 22 June 2020).
108. Coronavirus Plan of Action. Chile: Senama (<http://www.senama.gob.cl/protocolos-covid-19>), accessed 22 June 2020).
109. Cuenta con migo [count on me]. Government of Chile (<https://www.gob.cl/cuentaconmigo/>), accessed 22 June 2020).
110. López-Ortega M, Sosa-Tinoco E. COVID-19 and long-term care in Mexico: questions, challenges, and the way forward. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/LTC-Covid-19-situation-in-Mexico-8-June.pdf>), accessed 22 June 2020).
111. Musyimi C, Mutunga E, Ndeti D. COVID-19 and long-term care in Kenya. International Long-Term Care Policy Network; 2020 (<https://ltccovid.org/2020/06/02/new-country-report-the-covid-19-long-term-care-situation-in-kenya/>), accessed 22 June 2020).
112. COVID Trauma Response Working Group (<https://www.traumagroup.org/>), accessed 22 June 2020).
113. عقد التمتع بالصحة في مرحلة الشيخوخة 2020-2030. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-ar.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_3 تم الاطلاع في 22 حزيران/يونيو 2020.

الملحق 1. الأساليب المتبعة

المراجعة المنهجية الحية

أجريت مراجعة منهجية حية، بهدف تجميع البينات الدولية المبكرة على معدلات الوفيات ومعدل وقوع كوفيد-19 بين الأشخاص الذين يستفيدون من الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها. وسُجّلت المراجعة في قاعدة بيانات بروسبيرو (Prospero (CRD42020183557)، وتتضمن الدراسات التي حُدِّت من خلال عمليات البحث في قاعدة البيانات التي أجريت في 15 أيار/مايو 2020، وحُدِّت حتى 5 حزيران/يونيو 2020. ونُشرت الأساليب والنتائج بالكامل في ميد أركايف medRxiv. وقد أُجري البحث في سبع قواعد بيانات (ميدلاين؛ وإمباس؛ والمؤشر التراكمي للتمريض والصحة المساعدة - بلس CINAH Plus؛ وشبكة العلوم؛ والصحة العالمية؛ وقاعدة بيانات أبحاث كوفيد-19 التابعة لمنظمة الصحة العالمية؛ وميد أركايف) لتحديد جميع الدراسات التي أفادت بالبيانات الأولية عن الوفيات المرتبطة بكوفيد-19 ومعدل الإصابة بالمرض بين المستفيدين من الرعاية الطويلة الأجل والموظفين بها. وبالإضافة إلى ذلك، حُدِّت البينات على معدلات الوفيات على مستوى البلد من LTCcovid.org، وهي شبكة دولية من خبراء الرعاية الطويلة الأجل. واستُبعدت الدراسات التي لا تركز على الرعاية الطويلة الأجل. وجرى تقييم الدراسات الأولية المدرجة هنا بشكل نقدي والجمع السردى للنتائج المتعلقة بعدد الوفيات ومعدلات الوفيات المرتبطة بكوفيد-19، ومعدلات إماتة الحالات، والوفيات الزائدة (الحصائل الأولية المشتركة)، بالإضافة إلى معدل الإصابة بالمرض، وحالات دخول المستشفى، وحالات دخول وحدة العناية المركزة.

وأجرى ثلاثة مراجعين فحص العناوين والملخصات ومراجعة النص الكامل، وجمعت السجلات التي أبلغت عن الدراسة أو الفاشية نفسها. واستُخدم نموذج موحد لاستخراج البيانات على مستوى الدراسة، بما في ذلك معلومات عن تصميم الدراسة؛ ومكان الرعاية (مؤسسية مقابل المجتمع)؛ وكيف تم تشخيص كوفيد-19 وتأكيده؛ والخصائص الأساسية للمشاركين؛ والعدد المطلق للوفيات ومعدلات الوفيات من حالات كوفيد-19 المؤكدة والمشتبه فيها؛ ومعدلات إماتة الحالات؛ والوفيات الزائدة؛ والأرقام المطلقة ومعدلات كوفيد-19 المؤكدة والمشتبه بها؛ ومعدلات دخول المستشفى ودخول وحدة العناية المركزة بين حالات كوفيد-19 المؤكدة والمشتبه فيها. واستخرجت جميع خصائص المشاركين في الدراسة وبيانات الحصائل بشكل منفصل للمستفيدين من الرعاية الطويلة الأجل والموظفين بها. واستخرجت المعلومات أيضاً عن نسبة الحالات العديمة الأعراض في وقت الاختبار، ونتائج الدراسات التي تقارن الحصائل في المستفيدين من الرعاية الطويلة الأجل بالآخرين.

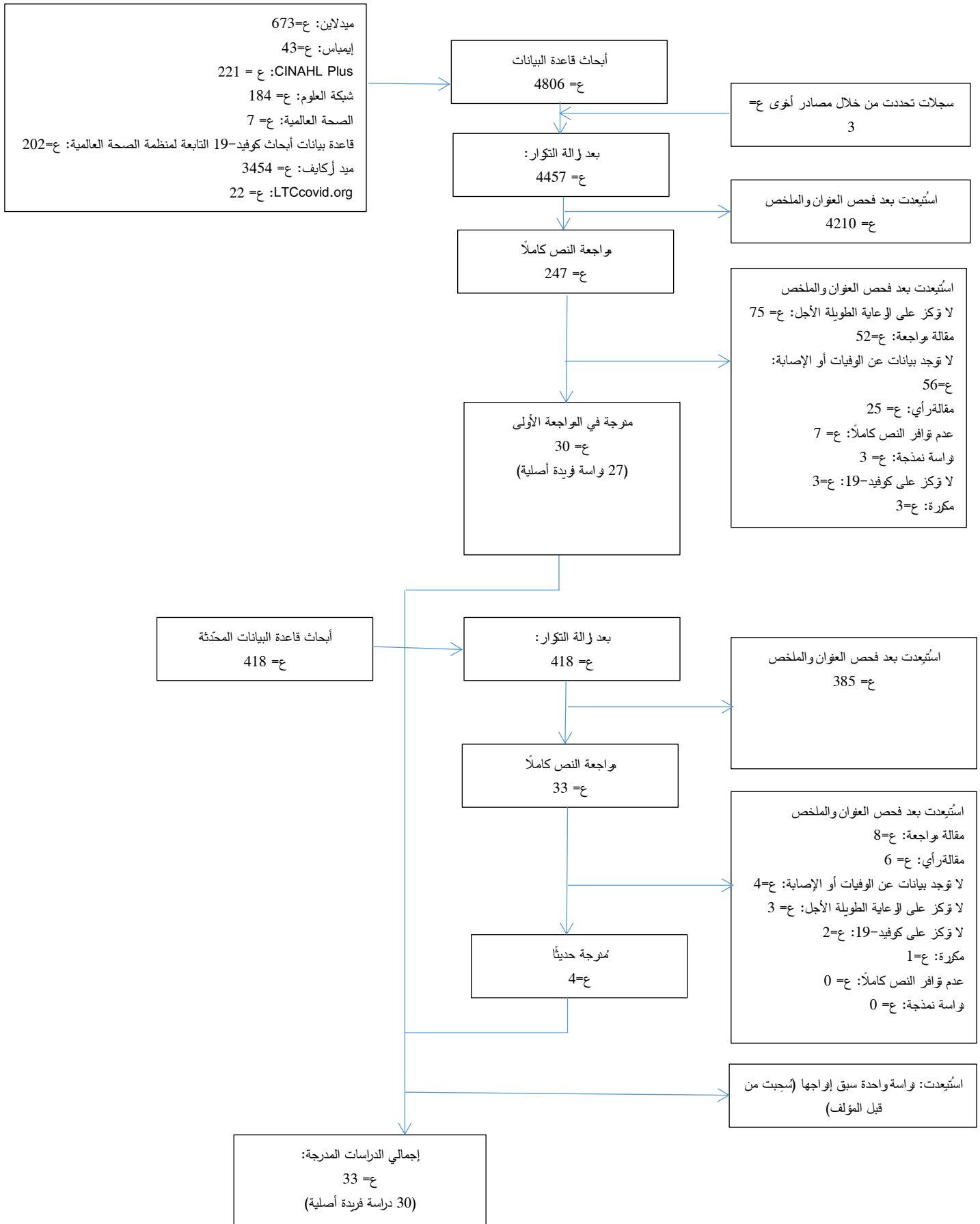
ولم تُجمع البيانات بسبب عدم التجانس في تعريفات البسط والمقام وأوقات المتابعة في الدراسات المجمعة. وبدلاً من ذلك، لُحِصت النتائج سردياً وعُرضت في جداول، بما في ذلك معلومات عن خصائص العينة، ووقت المتابعة،

وتعريفات الحالة، حسب الاقتضاء. وعندما ذكرت الدراسات تداخل بين الفئات السكانية، أعطيت الأفضلية لأولئك الذين لديهم أحجام عينات أكبر وأوقات متابعة أطول.

وجرى تقييم جودة الدراسات الأولية المشمولة التي أبلغت عن الأرقام المتعلقة بمعدلات الوفيات أو معدلات إماتة الحالات أو الإصابة بالمرض باستخدام أداة التقييم النقدي لمعهد جونا بريجز لدراسات الانتشار. ولم تُقيّم مخاطر التحيز في الدراسات.

وجرى تضمين ما مجموعه 33 تقرير دراسة لـ 30 دراسة أولية فريدة أو تقرير فاشية (الشكل أ 1-1).

الشكل 1-1 مخطط اختيار الدراسات الأولية المدرجة



نموذج لمراجعة منهجية لفعالية التدخلات بهدف تخفيف أثر كوفيد-19 على الأشخاص الذين يستفيدون من الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها

يجري إعداد مراجعة منهجية لفعالية التدخلات للتدبير العلاجي لأثر كوفيد-19 على الأشخاص الذين يستفيدون من الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها. أثناء تجريب استراتيجية البحث عبر سبع قواعد للبيانات (ميدلاين؛ وإمباس؛ والمؤشر التراكمي للتمريض والصحة المساعدة - بلس CINAHL Plus؛ وشبكة العلوم؛ والصحة العالمية؛ وقاعدة بيانات أبحاث كوفيد-19 التابعة لمنظمة الصحة العالمية؛ وميد أركايف)، جرى تحديد 21 دراسة وصفت الاستجابات لجائحة كوفيد-19 وقدمت نوعاً من التقييم للفعالية أو هدفت إلى تقييم خصائص خدمات الرعاية الطويلة الأجل المرتبطة بمعدلات الإصابة بكوفيد-19 والوفيات المرتبطة به. وكانت هناك خمسة تقارير من الولايات المتحدة، وثلاثة من إيطاليا، واثنان من كلٍّ من كندا، والصين، وجمهورية كوريا، وإسبانيا، وتقرير واحد من كلٍّ من بلجيكا وفرنسا وأيرلندا وسنغافورة والمملكة المتحدة.

وتحددت التدخلات وتتنوع المجموعات المستهدفة. وتعلقت ثلاث من الدراسات بالعلاجات الدوائية في دور الرعاية (1-3)، ووصفت دراسات إضافية لتنفيذ تدابير للوقاية من الفاشية في دور الرعاية (الصين وسنغافورة) واحتوائها (كندا والصين وجمهورية كوريا والولايات المتحدة الأمريكية) (1، 4-8)، وأفادت إحدى الدراسات عن تدابير الوقاية للرعاية المجتمعية في الولايات المتحدة (9)، وأفادت أربع دراسات عن تغييرات تنظيمية متعددة الأوجه للتعامل مع كوفيد-19 في أماكن الرعاية الطويلة الأجل، بما في ذلك التعاون والتنسيق المتعدد التخصصات (6، 10-12)، وكانت ثلاث دراسات تجريبية لاكتشاف كوفيد-19 من خلال اختبار نقطة الرعاية السريع والاختبار المجمع والتصوير بالموجات فوق الصوتية للصدر بجانب السرير (13-15)، ودراسة واحدة كوّنت تدخل التحفيز المعرفي الحالي للأشخاص المصابين بالخرف لتوفير المعلومات والدعم فيما يتعلق بكوفيد-19 (16).

كانت هذه الدراسات وصفية في الغالب، وتفتقر إلى مجموعة مرجعية، ولم تُصمَّ لإجراء تقييم صارم لفعالية التدابير المنفذة. ومع ذلك، فإن تدخلات الوقاية وإدارة الفاشيات الموضحة في الورقات الواردة من الصين وجمهورية كوريا وسنغافورة أبلغت جميعها عن نجاحات في منع الفاشيات أو احتوائها.

وقامت ثلاث دراسات أخرى العلاقة بين الخصائص المختلفة لدور الرعاية ونفسي كوفيد-19 والحصائل المرتبطة به. وقد وجد ستال وآخرون أن الوضع الربحي لدور رعاية المسنين في أونتااريو، كندا، كان مرتبطاً بحجم التفشي في دور الرعاية وعدد وفيات المقيمين (17). ومع ذلك، لم يكن الوضع الربحي مرتبطاً بارتفاع احتمالية تفشي المرض. ووجد روميرو وأورتونو وكينيلي ارتباطاً معتدلاً وذا دلالة إحصائية بين العدد الأولي للوفيات والحد الأقصى

للإشغال في دور الرعاية الأيرلندية، ولكن لم يُعثر على ارتباط ذي دلالة إحصائية بجودة دور الرعاية (18). وبالمثل، لم يجد أبرامز وآخرون ارتباطاً ذا دلالة إحصائية بين الإبلاغ عن حالة كوفيد-19 واحدة على الأقل في دور رعاية المسنين بالولايات المتحدة ومعايير الجودة التقليدية (19). ومع ذلك، عُثر على ارتباط ذي دلالة إحصائية لحجم المنشأة الأكبر، والموقع الحضري، والنسبة المئوية للمقيمين الأمريكيين من أصل أفريقي، وعدم الوجود ضمن سلسلة، والولاية.

وأخيراً، حلت دراستان الارتباط بين الخصائص الإقليمية، بما في ذلك سمات نظام الرعاية الطويلة الأجل مثل نسبة أسرة الرعاية الطويلة الأجل الخاصة مقابل أسرة الرعاية الطويلة الأجل العامة، وتوافر أسرة رعاية المسنين وانتشار كوفيد-19 في الأقاليم الإيطالية (20، 21).

تقارير عن حالة كوفيد-19 في الرعاية الطويلة الأجل

روجعت التقارير المنشورة على موقع LTCcovid الإلكتروني (وهو مبادرة من الشبكة الدولية لسياسات الرعاية الطويلة الأجل). وقام على إعداد التقارير خبراء في الرعاية الطويلة الأجل، وهم عادة من الأوساط الأكاديمية. وتهدف التقارير إلى توثيق أثر كوفيد-19 على الأشخاص الذين يستفيدون من الرعاية الطويلة الأجل والذين يقدمونها، والتدابير المعتمدة للتخفيف من آثار الجائحة على هؤلاء السكان. وقد أفادت المعلومات المستمدة من هذه التقارير في توجيه الأمثلة على التدابير المعتمدة.

المراجع

1. Lee SH, Son H, Peck KR. Can post-exposure prophylaxis for COVID-19 be considered as an outbreak response strategy in long-term care hospitals? *International Journal of Antimicrobial Agents*. April 2020;105988. doi:10.1016/j.ijantimicag.2020.105988.
2. Ahmad I, Alam M, Saadi R, Mahmud S, Saadi E. Doxycycline and hydroxychloroquine as treatment for high-risk COVID-19 patients: experience from case series of 54 patients in long-term care facilities. *medRxiv*. May 2020. doi:10.1101/2020.05.18.20066902.
3. De Spiegeleer A, Bronselaer A, Teo JT, Byttebier G, De Tré G, Belmans L et al. The effects of ARBs, ACEIs and statins on clinical outcomes of COVID-19 infection among nursing home residents. *Journal of the American Medical Directors Association*. June 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.06.018.
4. Kim T. Improving preparedness for and response to coronavirus disease 19 (COVID-19) in long-term care hospitals in the Korea. *Infection and Chemotherapy*. May 2020.
5. Stall NM, Farquharson C, Fan-Lun C, Wiesenfeld L, Loftus CA, Kain D et al. A hospital partnership with a nursing home experiencing a COVID-19 outbreak: description of a multi-phase emergency response in Toronto, Canada. *Journal of the American Geriatrics Society*. May 2020. doi:10.1111/jgs.16625.

6. Shea Y-F, Lam HY, Yuen JKY, Cheng KCA, Chan TC, Mok WYW et al. Maintaining zero COVID-19 infection among long term care facility residents in Hong Kong. *Journal of the American Medical Directors Association*. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.042.
7. Munanga A. Critical infection control adaptations to survive COVID-19 in retirement communities. *Journal of Gerontological Nursing*. 2020;46(6):3–5. doi:10.3928/00989134-20200511-03.
8. Mills WR, Sender S, Lichtefeld J, Romano N, Reynolds K, Price M et al. Supporting individuals with intellectual and developmental disability during the first 100 days of the COVID-19 outbreak in the USA. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2020. doi:10.1111/jir.12740.
9. Archbald-Pannone LR, Harris DA, Alberio K, Steele RL, Pannone AF, Mutter JB. COVID-19 collaborative model for an academic hospital and long-term care facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.044.
10. Khatri P, Seetharaman S, Phang CMJ, Lee BXA. Home hospice services during COVID-19: ensuring comfort in unsettling times in Singapore. *Journal of Palliative Medicine*. 2020;23(5):605–6. doi:10.1089/jpm.2020.0186.
11. Koeberle S, Tannou T, Bouiller K, Becoulet N, Outrey J, Chirouze C et al. COVID 19 outbreak: organisation of a geriatric assessment and coordination unit – a French example. *Age and Ageing*. May 2020. doi:10.1093/ageing/afaa092.
12. Osterdahl M, Lee K, Ni Lochlainn M, Wilson S, Douthwaite S, Horsfall R et al. Detecting SARS-CoV-2 at point of care: preliminary data comparing loop-mediated isothermal amplification (LAMP) to PCR. *SSRN Electronic Journal*. 2020. doi:10.2139/ssrn.3564906.
13. Cabrera JJ, Rey S, Perez S, Martinez-Lamas L, Cores-Calvo O, Torres J et al. Pooling for SARS-CoV-2 control in care institutions. *medRxiv*. June 2020. doi:10.1101/2020.05.30.20108597.
14. Nouvenne A, Ticinesi A, Parise A, Prati B, Esposito M, Cocchi V et al. Point-of-care chest ultrasonography as a diagnostic resource for COVID-19 outbreak in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. May 2020. doi:10.1016/j.jamda.2020.05.050.
15. Goodman-Casanova JM, Dura-Perez E, Guzman-Parra J, Cuesta-Vargas A, Mayoral-Cleries F. Telehealth home support during COVID-19 confinement for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment or mild dementia: survey study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(5):e19434. doi:10.2196/19434.
16. Stall NM, Jones A, Brown KA, Rochon PA, Costa AP. For-profit nursing homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths in Ontario, Canada. *Medrxiv*. 2020. doi:10.1101/2020.05.25.20112664.
17. Romero-Ortuño R, Kennelly S. COVID-19 deaths in Irish nursing homes: exploring variation and association with the adherence to national regulatory quality standards. *International Long-Term Care Policy Network*; 2020.

18. Abrams HR, Loomer L, Gandhi A, Grabowski DC. Characteristics of U.S. nursing homes with COVID-19 cases. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2020. doi:10.1111/jgs.16661.
19. Buja A, Paganini M, Cocchio S, Scioni M, Rebba V, Baldo V. Demographic and socio-economic factors, and healthcare resource indicators associated with the rapid spread of COVID-19 in northern Italy: an ecological study. *medRxiv*. 2020. doi:10.1101/2020.04.25.20078311.
20. Liotta G, Marazzi MC, Orlando S, Palombi L. Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. *PLoS One*. 2020;15(5):e0233329. doi:10.1371/journal.pone.0233329.

شكر وتقدير

أعدت منظمة الصحة العالمية هذا الموجز من خلال تحليل جديد، وتوافق في آراء الخبراء، والرجوع إلى الإرشادات القائمة للمنظمة.

الأقسام المسؤولة عن التنسيق

قسم الخدمات الصحية المتكاملة (شانون باركلي، إدوارد كيلى)

قسم صحة الأم والوليد والطفل والمراهق والشيخوخة (زي.إيه هان، أنشو بانرجي)

الكتاب الرئيسيون

منظمة الصحة العالمية: زي-إيه هان (الموظف المسؤول)، شانون باركلي ، يوكا سومي

كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية: أديلينا كوماس-هيريرا، كلارا لورينز دانت، ماكسيميليان سألشر-كونراد

مساهمون ومراجعون آخرون

اللجنة التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية: الشيخوخة والصحة؛ والخدمات والأنظمة السريرية؛ والجنسانية والإنصاف وحقوق الإنسان؛ والخدمات الصحية المتكاملة؛ وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق والشيخوخة؛ والصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان؛ والوظائف الحسية والإعاقة والتأهيل؛ ومركز وفرقة عمل الوقاية من العدوى ومكافحتها؛ ومركز كوبي التابع لمنظمة الصحة العالمية والمكاتب الإقليمية (بينديتا أليغراني، وجوثيسواران أموثافالي ثياغاراجان، وسارة لويز باربر، وأنجانا بوشان، وأليساندرو كاسيني، وألاركوس شيسا، وتيريزا دياز، وستيفاني فريل، ومانفريد هوبر، وأن جوهانسون، وثيودورا كولر، ومارجريت لونجينز، وماديسون مور، وبول أونغ، وريتو سادانا، ونيكولين شيبس، وكاترين سيهير، وإنريك فيغا).

وقد ساهم الأفراد التالية أسماؤهم في الوثيقة أو راجعوها. وقد وُقعت اتفاقيات السرية وُجمعت إقرارات عدم تضارب المصالح، وخضعت للمراجعة.

خبراء من خارج منظمة الصحة العالمية: الشبكة العالمية لمنظمة الصحة العالمية المعنية بالرعاية الطويلة الأجل للمسنين (ليات أيلون، وبابلو فيلالوبوس دينتران، ووالتر فرونتيرا، وموثوني جيشو، وسانديا غوبتا، وهنادي خميس الحمد، وأرفيند ماتهور، وریشما إيه ميرشانت، وستيفن أوكونور، وفينود شاه، وليف فان دين بلوك)، وراشيل أبون، وشون كانون، وليون جيفين، وتيري بولمير، وريتشارد هامفريس، وكيتلين ليتلتون، وتيري لوم، وسانيا سابزوارى، ودايفيد ستوارت.

الوقاية من كوفيد-19 والتدبير العلاجي له في مختلف خدمات الرعاية الطويلة الأجل: موجز سياسات

وتواصل المنظمة رصد الوضع عن كثب بحثاً عن أي تغييرات قد تؤثر على هذا الموجز. وإذا تغيرت أي عوامل، فستصدر المنظمة تحديثاً آخر.

وتعرب المنظمة عن امتنانها للدعم الكريم الذي قدمته حكومة جمهورية كوريا ممثلةً في وزارة الصحة والرفاه.

© منظمة الصحة العالمية 2020. بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى الترخيص [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/Policy_Brief/Long-term_Care/2020.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-Brief-Long-term-Care-2020.1)