

Úvahy ohledně zavedení a úprav opatření v oblasti veřejného zdraví a sociálních věcí v kontextu COVID-19

Prozatímní pokyny

4. listopadu 2020



Klíčové body

- Ukázalo se, že opatření provedená v rámci veřejného zdraví a sociálních otázek (PHSM) jsou zásadní pro omezení přenosu COVID-19 a snížení počtu úmrtí.
- Rozhodnutí zavést, upravit nebo zrušit PHSM by mělo být založeno především na situačním hodnocení intenzity přenosu a schopnosti zdravotnického systému reagovat, ale je rovněž třeba vzít v potaz dopady těchto opatření na obecné blaho společnosti a jednotlivců.
- K dispozici jsou ukazatele a navrhované prahové hodnoty pro měření intenzity přenosu a schopnosti zdravotnického systému reagovat; společně tvoří základ pro provádění úprav PHSM. Opatření jsou orientační a je třeba je přizpůsobit místním souvislostem.
- PHSM musí být průběžně přizpůsobovány intenzitě přenosu a kapacitě zdravotního systému v zemi a musí se tak dít na vnitrostátních úrovních.
- Po úpravě PHSM by před provedením změn měla proběhnout konzultace s komunitami, které by měly být zapojeny.

Úvod

Tento dokument je aktualizací prozatímních pokynů zveřejněných dne 16. dubna 2020 s názvem „Úvahy o přizpůsobení opatření v oblasti veřejného zdraví a sociálních otázek v souvislosti s COVID-19“.

Opatření v rámci veřejného zdraví a sociálních otázek (PHSM) se provádějí po celém světě s cílem omezit přenos a snížit úmrtnost na COVID-19. PHSM zahrnují nefarmaceutické individuální a společenské intervence ke kontrole COVID-19.

Jak se pandemie vyvíjí, mělo by docházet k pravidelné kontrole a úpravě PHSM z hlediska jejich účinnosti při kontrole řízení přenosu SARS-CoV-2. To vyžaduje rychlé rozhodování založené na průběžných situačních hodnoceních na nejvyšší místní úrovni správy. Taková hodnocení by měla být založena na přístupu riziko/přínos s ohledem na intenzitu přenosu, schopnost systému zdravotnictví reagovat, ostatní kontextové úvahy (jako například nadcházející události, které mohou změnit přenos nebo kapacitu) a celkový strategický přístup co se týče reakce na COVID-19 v každém konkrétním prostředí. Musí se zvážit

rozhodnutí přitvrdit, uvolnit, nebo zavést PHSM k řízení COVID-19 oproti dopadům, které tato opatření mají na společnost a jednotlivce. Mezi takové úvahy patří dopad na ekonomiku, bezpečnost, duševní zdraví a psychosociální pohodu, lidská práva, potraviny bezpečnost, socioekonomické rozdíly, kontinuitu zdraví a programy veřejného zdraví, léčbu a řízení jiných stavů než COVID-19, násilí na opačném pohlaví, veřejné mínění a dodržování PHSM. Celkový zdravotní stav a blahobyt komunit by proto měl sehrávat zásadní roli při rozhodování o zavádění PHSM.

PHSM zahrnují osobní ochranná opatření (jako je hygiena rukou, etiketa při dýchání, nošení roušky); opatření v oblasti životního prostředí (jako je čištění, dezinfekce, větrání), opatření v oblasti dozoru a reakce (včetně trasování kontaktů, izolace a karantény); fyzická distanční opatření (např. omezení velikosti shromáždění, udržování rozestupu na veřejnosti nebo na pracovištích, omezení domácího pohybu); a mezinárodní cestovní opatření. ¹ PHSM jsou ve vzájemné shodě a pro zajištění odpovídající kontroly je nutná kombinace různých opatření. Opatření by měla být přizpůsobena nejnižší administrativní úrovni, na které je možné situační hodnocení, a opatření lze provádět prakticky.

Změny oproti předchozí verzi

Tento dokument poskytuje pokyny s cílem pomoci členským státům posoudit situacina národní a vnitrostátní úrovni, stejně tak poslouží jako vodítko při doporučení ohledně zavedení PHSM. Měl by být čten spolu s prozatímními pokyny WHO ohledně kritické připravenosti a reakce na COVID-19, které se zabývají několika dalšími prvky připravenosti a reakce na COVID-19 nad rámec PHSM.

Nové pokyny obsahují několik důležitých změn. Nejprve poskytují aktualizovanou klasifikaci přenosu, která rozděluje „komunitní přenos“ do čtyř podkategorií, od nízkého po velmi vysoký výskyt. Přidružená příloha poskytuje upravení ukazatele a prahové hodnoty pro určení klasifikace přenosu a aktuální kapacity zdravotního systému. Dokument poté poskytuje matici situačního hodnocení, která bere v úvahu klasifikaci přenosu a schopnost reakce zdravotního systému k dosažení celkové situační úrovně. Na závěr dokument poskytuje pokyny ohledně PHSM k implementaci nebo úpravám na každé situační úrovni.

Tyto pokyny jsou určeny osobám s rozhodovací pravomocí v oblasti veřejného zdraví a zdravotnických služeb na všech provozních úrovních (tj. na jakékoli úrovni, na které se rozhoduje o na míru uzpůsobených

PHSM) a technickým aktérům zapojeným do příslušných odvětví (např. zapojení komunity, vzdělávání, sociální služby) podporující nebo ovlivněné PHSM.

Scénáře přenosu

Posouzení úrovně přenosu je klíčem k posouzení celkové situace COVID-19 v dané oblasti, a tudíž k dělení důležitých rozhodnutí o činnostech v reakci na situaci a způsobení opatření pro kontrolu epidemie.

WHO dříve definovala čtyři scénáře přenosu popisující dynamiku epidemie: žádné hlášené případy (včetně nulového přenosu a absence zjištěných a hlášených případů), sporadické případy, klastry případů a komunitní přenos.

Vzhledem k tomu, že mnoho zemí nyní zažívá komunitní přenos a snaží se přizpůsobit PHSM různým úrovním intenzity, došlo k aktualizaci klasifikace přenosu, která poskytuje lepší členění. Byla také vyvinuta řada ukazatelů k zachycení intenzity přenosu, což napomáhá při rozhodování.

Klasifikace komunitního přenosu (CT) je nyní rozdělena na čtyři úrovně, od nízkého výskytu (CT1) až po velmi vysoký výskyt (CT4). V důsledku toho nyní existuje sedm kategorií (definice níže jsou zkráceny; podrobnosti o klasifikaci přenosu lze nalézt v příloze k těmto pokynům s názvem „Veřejná zdravotní kritéria při úpravě opatření v oblasti veřejného zdraví a sociálních otázek v kontextu COVID-19“).

- Žádné (aktivní) případy
- Importované / sporadické případy
- Klastry případů
- Kritérium 1 (CT1): Nízký výskyt lokálně získaných široce rozptýlených případů zjištěných za posledních 14 dní
- Kritérium 2 (CT2): Mírný výskyt lokálně získaných široce rozptýlených případů zjištěných za posledních 14 dní
- Kritérium 3 (CT3): Vysoký výskyt lokálně získaných široce rozptýlených případů zjištěných za posledních 14 dní
- Kritérium 4 (CT4): Velmi vysoký výskyt lokálně získaných široce rozptýlených případů zjištěných za posledních 14 dní

Klasifikace úrovně přenosu pro geografickou oblast se bude v průběhu času měnit (zlepšovat nebo zhoršovat) a různé geografické oblasti v zemi budou pravděpodobně zažívat různé úrovně přenosu současně.

Měly by být implementovány strategie zaměřené na zapojení komunity založené na vnímání, potřebách a zpětné vazbě komunity s cílem proniknout do rozhodování PHSM a docílit toho, aby komunita vnímala, že je zodpovědná za odezvu na veřejné zdraví.

Postup pro stanovení klasifikace přenosu je uveden v příloze níže.

Schopnost odezvy

Kromě hodnocení úrovně přenosu je také nutné porozumět dostupné kapacitě odezvy systému zdravotní péče - v závislosti na tom, zda existuje adekvátní, střední nebo omezená kapacita, může stejná úroveň přenosu vést k drasticky odlišné situaci a vyžadovat různý stupeň

implementace PHSM. Pro účely tohoto dokumentu zahrnuje „schopnost odezvy“ jak klinickou péči, tak služby z hlediska veřejného zdraví a měří se jak z hlediska skutečné schopnosti (způsobivosti) poskytovat služby, tak z hlediska výkonu těchto služeb. Níže uvedená příloha poskytuje metodu pro hodnocení schopnosti odezvy systému zdravotní péče.

Situační hodnocení pomocí úrovně přenosu a schopnosti odezvy

Rozhodnutí zavést, přizpůsobit nebo zrušit PHSM či zvýšit kapacitu systému zdravotní péče by mělo být založeno na analýze úrovně přenosu, schopnosti odezvy systému zdravotní péče a dalších souvisejících faktorech.

Na základě společného posouzení těchto faktorů by měla být geografické oblasti přiřazena situační úroveň, která bude informovat o tom, zda a jak upravit PHSM (viz tabulka 1). Hodnocení by mělo být posíleno zkoumáním kvantitativních a kvalitativních informací z více zdrojů, které by měly být propojeny, aby pomohly s kontrolou skutečného stavu na posuzované situační úrovni. **Výsledné situační úrovně by měly být považovány pouze za orientační**, protože nemusí dobře odpovídat odezvě požadované v konkrétní situaci. Například v malém ostrovním rozvojovém státě s omezenou kapacitou lze zaručit přísná PHSM při relativně nízké úrovni přenosu.

Ukazatele by měly být pravidelně sledovány (např. každé dva týdny) a podle toho by měla být posouzena situační úroveň, aby bylo možné informovat o vhodnosti a dopadu přijatých opatření PHSM a předvídat budoucí změny.

Tabulka 1: Matice vyhodnocení situační úrovně pomocí ukazatelů úrovně přenosu a schopnosti odezvy při úpravách PHSM

Úroveň přenosu	Schopnost odezvy		
	Adekvátní	Přiměřená	Omezená
Žádné případy	0	0	1
Importované / sporadické případy	0	1	1
Klastry případů	1	1	2
Komunita - CT1	1	2	2
Komunita -CT2	2	2	3
Komunita - CT3	2	3	3
Komunita - CT4	3	3	4

- Situační úroveň 0 odpovídá situaci bez známého přenosu SARS-CoV-2 v předchozích 28 dnech. Zdravotnický systém a orgány veřejného zdraví jsou připraveny reagovat, neměla by však existovat žádná omezení pro každodenní činnosti.
- **Situační úroveň 1** je situace, kdy jsou zavedena základní opatření zabraňující přenosu; nebo pokud již případy existují, je epidemie řízena účinnými opatřeními v případech nebo klastrech případů s omezeným a přechodným lokálním narušením společenského a ekonomického života.

- **Situační úroveň 2** představuje situaci s nízkým výskytem v komunitě nebo s rizikem přenosu v komunitě mimo klustry. K řízení přenosu mohou být vyžadována další opatření; narušení sociálních a ekonomických aktivit však může být stále omezeno.
- **Situační úroveň 3** je situace komunitního přenosu s omezenou dodatečnou schopností reakce a rizikem přehlcení zdravotnických služeb. Možná bude nutné zavést větší kombinaci opatření k omezení přenosu, řízení případů a zajištění řízení epidemie.
- **Situační úroveň 4** odpovídá neřízené epidemii s omezenou nebo žádnou schopností zdravotnického systému na situaci reagovat, což vyžaduje rozsáhlá opatření, aby se předešlo přehlcení zdravotnických služeb a značnému nadbytečnému počtu nemocných a zemřelých.

Úprava opatření v oblasti veřejného zdraví a sociálních otázek

Klíčové principy

Rozhodnutí o tom, která opatření je třeba provést, zrušit nebo posílit, a pořadí, v jakém by tato opatření měla nastat, by měla vycházet z následujících hlavních zásad:

- Nejprve je třeba zvážit opatření s nejvyšší úrovní přijatelnosti, proveditelnosti a s prokázanou účinností - opatření minimalizující negativní dopady na zdraví a pohodu všech členů společnosti a ekonomiky. Přijatelnost a proveditelnost by měla být stanovena prostřednictvím aktivní diskuse se členy komunity s cílem maximalizovat pravděpodobnost shody a dodržování opatření, zatímco účinnost a potenciální negativní účinky PHSM by měly být hodnoceny prostřednictvím posouzení založeného na důkazech (např. přehled literatury, pokyny WHO atd.) a aktivního sledování dopadu implementovaných PHSM.
- Jakmile se situace zhorší a zvýší se situační úroveň, měla by se zvážit další opatření. Zpoždění při provádění opatření byla spojena se zvýšenou úmrtností a nutností přísnějších opatření k opětovnému získání kontroly. Zejména je třeba vyvinout veškeré úsilí k tomu, aby se zabránilo intenzivnějšímu přenosu z „klastřů“ do „komunity“.
- Je-li to možné, měla by být opatření přijata (nebo zrušena) řízeně a postupně, aby bylo možné lépe porozumět účinkům každého z nich na dynamiku přenosu.
- Údaje z dohledu nad veřejným zdravím a vyšetřování případů a klastřů mohou poskytnout důležité informace o podmínkách souvisejících s přenosem. Tyto informace mohou pomoci zacílit využití opatření nebo zintenzivnit určité PHSM, aniž by byla opatření plošně zavedena na vše.
- Zranitelné komunity a znevýhodněné osoby mohou při zavedení přísných PHSM čelit okamžitým problémům při plnění svých základních životních potřeb, jako je příjem, přístřeší a jídlo. Je zásadní, aby tyto základní potřeby byly řešeny před přijetím opatření a lidem tak bylo vyhověno. Je zásadní

chránit zranitelné a znevýhodněné obyvatelstvo prováděním konkrétních opatření na jeho podporu, mobilizací zdrojů a zapojením všech příslušných sektorů a komunit s cílem informovat je o jeho obavách a získat zpětnou vazbu.

- Každé rozhodnutí spjaté s přísnými PHSM musí stejnou měrou zvážit dopad jednotlivých opatření (ztráty na životech z krátkodobého i dlouhodobého hlediska ve srovnání s životy zachráněnými za použití PHSM).
- Ochrana zranitelného obyvatelstva (včetně lidí, kteří jsou klinicky ohroženi závažným onemocněním [ve věku nad 60 let a / nebo trpící nemocí, které zvyšují riziko závažného průběhu onemocnění COVID-19], a znevýhodněných skupin, jako je často opomíjené obyvatelstvo, migranti, uprchlíci a skupiny s nižšími příjmy) by měla být ústředním bodem při rozhodování o zavedení, udržování nebo zrušení opatření.
- Strategie omezující cestování mezi oblastmi by měly být založeny na posouzení jejich příslušných úrovní přenosu a kapacit zdravotního systému, s cílem zabránit opětovnému nasazení oblastí s nízkým přenosem a minimalizovat další zátěž pro přetížené zdravotní systémy. Ve všech případech by klíčovým pracovníkům mělo být povoleno cestovat podle potřeby, aby mohli i nadále pomáhat vykonávat ty nejdůležitější služby.
- Při zrušení PHSM by měl být zvážen potenciální dopad tohoto rozhodnutí na schopnost systému rychle reagovat na jakýkoliv nový nárůst v počtu případů.
 - Měly by být k dispozici odpovídající kapacity zdravotnického systému pro odhalení, testování a zvládnutí nových případů.
 - Riziko vypuknutí nákazy v prostředí se zranitelnými osobami by mělo být minimalizováno. To vyžaduje identifikaci všech hlavních spouštěčů přenosu COVID-19 (např. různé typy uzavřených prostředí) v místním kontextu, přičemž jsou zavedena vhodná opatření k maximalizaci fyzického odstupu a minimalizaci rizika nových ohnisk. Musí být zavedena opatření ke snížení rizika nozokomiálního přenosu a výskytu nákazy v zařízeních jako jsou pečovatelské domy.
 - Klíčové faktory přenosu v posuzované místní oblasti musí být dobře pochopeny za využití údajů z místního dohledu a v případě vyššího výskytu by měla být rychle znovu zavedena opatření. Zvláštní důraz by měl být kladen na prevenci a dřívější odhalení potenciálních nadměrně se šířících případů.

Pokud dojde k úpravě PHSM, mělo by se před provedením změn vše konzultovat s komunitou, která by měla být plně zapojena.³ Měla by probíhat jasná, stručná a transparentní komunikace s komunitami, které se zaměřují na PHSM, a to včetně odůvodnění změn opatření.

Zejména:

- Komunitám by měla být přiznána uznávaná role z hlediska poskytnutí informací o tom, kdy a jak budou PHSM zavedeny nebo zrušeny.

- Komunity budou mít zásadní význam při provádění celoevropských PHSM a budou přispívat ke zmírnění sociálních a ekonomických dopadů určitých opatření (např. narušení dostupnosti potravin a dalších potřebných zásob).
- Měly by být vytvořeny mechanismy zpětné vazby, aby bylo zajištěno, že jakýkoli společenský dopad změn PHSM bude rychle identifikován a dojde k nějaké odezvě. Komunity by měly přijmout řešení zajišťující přijetí opatření, která nejlépe vyhovují místním potřebám (například zvážením místních kulturních postupů) a zvyšují pravděpodobnost dodržování.
- Síť na úrovni místní komunity by měly být využívány k trvalému úsilí a budování kapacit prostřednictvím školení místních lídrů.
- Infodemie⁴, která vyplynula z nadbytku informací a dezinformací ohledně COVID-19, by měla být řízena ve všech fázích odezvy poskytováním správných informací ve správný čas správným lidem prostřednictvím důvěryhodných kanálů (např. komunita a důvěryhodní lídři, rodinní lékaři a další významní členové společnosti).
- Před provedením jakýchkoli změn v PHSM by měla být vyvinuta strategie týkající se komunikace s komunitou a jejího zapojení.³ Strategie by měla být vyvinuta po konzultaci s příslušnými zúčastněnými stranami z vlády, občanské společnosti a komunitních skupin. Plány by měly zahrnovat přinejmenším cíle chování, cílové skupiny, prioritní kanály a kombinaci strategií a činností, které mají informovat a zapojit veřejnost. Klíčové informace, jako je rozsah a odhadovaná doba trvání zavedených opatření, by měly být součástí prioritního sdělení vypracovaných plánů. Zapojení komunity je zásadní nejen pro dodržování opatření v oblasti veřejného zdraví, ale také pro rozvoj adaptivních sociálních opatření a proniknutí do rozhodovacího procesu v souvislosti s PHSM.

Zavedení PHSM na základě situačního hodnocení

Tabulka 2 poskytuje více podrobností o tom, jaké typy opatření mohou být zavedeny pro každou situační úroveň. Opatření na každé úrovni jsou orientační, protože některá mohou být více a jiná méně proveditelná nebo vhodná v konkrétních souvislostech a lokalitách. Doporučení k mezinárodnímu cestování naleznete v samostatném dokumentu.⁵

Opatření by měla být časově omezená a spolu se situační úrovní pravidelně přehodnocována, a to alespoň každé dva týdny.

Tabulka 2: Pokyny k zavedení PHSM pro každou úroveň závažnosti

Situační úroveň	Úvahy o zavedení PHSM podle situační úrovně *
<p>Situační úroveň 0: Žádný známý přenos SARS-CoV-2 za posledních 28 dní. Zdravotnický systém a orgány veřejného zdraví jsou připraveny reagovat, neměla by však existovat žádná omezení pro každodenní činnosti.</p>	<p>Na této úrovni by měl dohled zajistit, aby bylo možné jakýkoli nový případ odhalit a zvládnout co nejdříve, neměla by však existovat žádná omezení pro každodenní činnosti.</p> <p>Orgány mohou zvážit zavedení následujících opatření:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pokračovat v posilování připravenosti a odezvy na mimořádné situace, zajistit dostatečné zásoby léků a lékařského vybavení a zabezpečit, aby byl přijat a vyškolen dostatečný počet zaměstnanců s cílem zvládnout očekávaný rostoucí nápor v práci. • Jednotlivci by měli uplatňovat základní preventivní opatření a chování, jako je hygiena rukou, ⁶ etiketu při kašlání, pobyt doma / nošení roušky ⁷ a dobrovolný fyzický odstup, pokud se člověk necítí dobře. • Měl by být zaveden důkladný dohled ⁸ k rychlému odhalení a vyšetřování podezřelých případů a klastrů ⁹ a zajištění toho, že budou provedena opatření v souvislosti s veřejným zdravím, jako je izolace a karanténa ¹⁰, aby se snížilo další šíření, pokud se potvrdí pozitivní případy a vytrasují se kontakty. • Cestování mimo oblast by mělo být povoleno podle národní politiky; pozornost by měla být věnována riziku zavlečení viru do oblastí cestujícími z oblastí s vyšším výskytem. • Veřejnosti by měly být poskytovány jasné informace o tom, co dělat, pokud se někdo necítí dobře, a na koho se obrátit s žádostí o radu, testování nebo léčbu.
<p>Situační úroveň 1: Jsou přijata základní opatření k zabránění přenosu; nebo pokud již případy existují, je epidemie řízena účinnými opatřeními v případech nebo klastrech případů s omezeným a přechodným lokálním narušením společenského a ekonomického života.</p>	<p>Na této úrovni by měla být přijata konkrétní opatření týkající se případů a/nebo klastrů a měla by být posílena individuální opatření s omezeným dopadem na sociální a ekonomické činnosti.</p> <p>Kromě opatření týkajících se připravenosti, odezvy na mimořádné události, dohledu, individuálních preventivních opatření a komunikace o rizicích mohou orgány zvážit provedení následujících opatření:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Důraz by měl být kladen na odhalení případů a klastrů, vyšetřování, vysledování a trasování kontaktů. • Jednotlivci by měli uplatňovat základní preventivní opatření a chování, jako je hygiena rukou, etiketa při kašlání, pobyt doma v případě, že se člověk necítí dobře, nošení roušky, kde je to nutné, a fyzický odstup. • Podpora stranění se „3 C“ - uzavřené prostory, přeplněná místa a oblasti, kde dochází k těsnému kontaktu mezi lidmi. • Každodenní aktivity a služby, jako je vzdělávání, ¹¹ podnikání ¹² a volný čas / turistika, mohou dále fungovat, avšak s bezpečnostními opatřeními, která omezují riziko šíření. • Měla by být přijata opatření na ochranu nejzranitelnějších osob, zejména by pak mělo být zajištěno, aby byla zavedena vhodná opatření v oblasti dlouhodobé péče ¹³ a v jiných pobytových zařízeních.
<p>Situační úroveň 2: Nízký výskyt v komunitě nebo riziko přenosu v komunitě mimo klustry. K řízení přenosu mohou být vyžadována další opatření; narušení sociálních a ekonomických aktivit však může být stále omezeno.</p>	<p>Na této úrovni by měla být přijata opatření k omezení počtu sociálních setkání v komunitě a zároveň by mělo být zajištěno, aby služby mohly při zavedených bezpečnostních opatřeních dále fungovat. Pro řízení přenosu může být zapotřebí širší rozsah PHSM.</p> <p>Kromě opatření týkajících se připravenosti, odezvy na mimořádné události, dohledu, individuálních preventivních opatření a komunikace o rizicích mohou orgány zvážit provedení následujících opatření:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vzdělávání i nadále funguje a jsou zavedena opatření pro prevenci a kontrolu infekce (IPC). • Podniky zůstávají otevřené a jsou zavedena bezpečnostní opatření s podporou práce z domova v maximální možné míře. • Jednotlivci by měli uplatňovat základní preventivní opatření a chování, jako je hygiena rukou, etiketa při kašlání, pobyt doma v případě, že se člověk necítí dobře, nošení roušky, kde je to nutné, fyzický odstup a stranění se „3C“ - uzavřené prostory, přeplněná místa a oblasti, kde dochází k těsnému fyzickému kontaktu mezi lidmi. • Omezit velikost společenských a jiných hromadných shromáždění. ¹⁴ • V případě potřeby může být zapotřebí dalšího důrazu na ochranu nejvíce klinicky zranitelných osob, a to prostřednictvím přísného uplatňování opatření OOP a IPC, zvýšeného dohledu a řízení návštěv v zařízeních dlouhodobé péče a dalších podobných ubytovacích zařízeních.

<p>Situační úroveň 3: Komunitní přenos s omezenou dodatečnou schopností reagovat a rizikem přehlcení zdravotnických služeb. Možná bude nutné zavést větší kombinaci opatření k omezení přenosu, řízení případů a zajištění řízení epidemie.</p>	<p>Na této úrovni je nutné posílit všechna PHSM, aby se zabránilo přísnějším omezením pohybu a dalším souvisejícím opatřením, k jejichž uplatnění dochází na úrovni 4. Všichni jednotlivci by měli omezit své sociální kontakty, je možné, že některé činnosti bude třeba ukončit a zároveň bude nutné umožnit i nadále fungování základních služeb a nechat v provozu školy.</p> <p>Kromě opatření týkajících se připravenosti, odezvy na mimořádné události, dohledu, individuálních preventivních opatření a komunikace o rizicích mohou orgány zvážit provedení následujících opatření:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uzavření podniků, jejichž fungování není v současnosti nutné, a práce z domova v co největší možné míře. • Jednotlivci by měli uplatňovat základní preventivní opatření a chování, jako je hygiena rukou, etiketa při kašlání, pobyt doma v případě, že se člověk necítí dobře, nošení roušky, kde je to nutné, fyzický odstup a stranění se „3C“ - uzavřené prostory, přelidněná místa a oblasti, kde dochází k těsnému fyzickému kontaktu mezi lidmi. • Zvážit omezení osobní univerzitní výuky a zavedení e-learningu. • Služby péče o děti a základní a střední školy by měly i nadále fungovat, avšak s přiměřenými bezpečnostními a dozorovými opatřeními, pokud to místní situace dovolí. Nepřetržité vzdělávání dětí pro jejich celkovou pohodu, zdraví a bezpečnost by mělo stát v popředí všech příslušných úvah a rozhodnutí. • Vyhodnocování při konání sportovních a podobných akcí pomocí přístupu založeného na riziku; pokud se i nadále konají, mělo by to být za přísných bezpečnostních pravidel, např. bez diváků. Ostatní masová shromáždění by měla být pozastavena a všechna společenská setkání by měla probíhat za přítomnosti menšího počtu osob.
<p>Situační úroveň 4: Neřízená epidemie s omezenou nebo žádnou schopností zdravotnického systému na situaci reagovat, což vyžaduje rozsáhlá opatření, aby se předešlo přehlcení zdravotnických služeb a značnému nadbytečnému počtu nemocných a zemřelých.</p>	<p>Na této úrovni bude snížení přenosu v komunitě náročné a bude pravděpodobně nutné zavést přísnější omezení pohybu a související opatření, aby se významně snížil počet osobních setkání. Tato opatření by měla být geograficky vymezena na nezbytná místa, měla by být časově omezená a cílená na co nejkratší možnou dobu.</p> <p>Kromě opatření týkajících se připravenosti, odezvy na mimořádné události, dohledu, individuálních preventivních opatření a komunikace o rizicích mohou orgány zvážit provedení následujících opatření:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jednotlivci by měli zůstat doma a omezit sociální kontakt s lidmi mimo domov. • Důležití pracovníci budou muset pokračovat v práci i nadále, avšak s maximální podporou bezpečnostních opatření. • Uzavření podniků, jejichž fungování není v současnosti nutné, nebo práce z domova. • Zvážení všech možností ohledně pokračující osobní výuky. Pokud to není možné, omezit osobní kontakt. To může zahrnovat osobní výuku, strategie kombinovaného nebo dálkového učení, které striktně omezují počet lidí na místě (výjimky zahrnují děti klíčových zaměstnanců a jejich učitele). O uzavření vzdělávacích zařízení by se mělo uvažovat pouze za předpokladu, že neexistují jiné alternativy. • Všechna zařízení pro dlouhodobou péči a jiná podobná ubytovací zařízení by měla zvážit přísná opatření k omezení rizika infekce, například zákaz návštěv.

* Specifická opatření zavedená na každé úrovni budou muset být pečlivě zvážena na základě výše uvedených hlavních zásad. Opatření na každé úrovni jsou orientační, protože některá mohou být více a jiná méně proveditelná nebo vhodná v konkrétních souvislostech a lokalitách.

Reference

1. World Health Organization. Taxonomy and Glossary of Public Health and Social Measures that may be Implemented to Limit the Spread of COVID-19. https://www.who.int/docs/default-source/documents/phsm/20200923-phms-who-int.zip?sfvrsn=691966ba_2
2. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>
3. World Health Organization. Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
4. World Health Organization. Managing the COVID-19 Infodemic - Call for Action. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>
5. World Health Organization. Public Health Considerations while Resuming International Travel. <https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-health-considerations-while-resuming-international-travel>
6. World Health Organization. Recommendations to Member States to improve hand hygiene practices to help prevent the transmission of the COVID-19 virus. <https://www.who.int/publications/i/item/recommendations-to-member-states-to-improve-hand-hygiene-practices-to-help-prevent-the-transmission-of-the-covid-19-virus>
7. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19 [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
8. World Health Organization. Public health surveillance for COVID-19: interim guidance. <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-surveillanceguidance-2020.7>
9. World Health Organization. Considerations in the investigation of cases and clusters of COVID-19. <https://www.who.int/who-documents-detail/considerations-in-the-investigation-of-cases-and-clusters-of-covid-19>
10. World Health Organization. Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))
11. World Health Organization. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19. <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>
12. World Health Organization. Getting your workplace ready for COVID-19 <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/advice-for-workplace-clean-19-03-2020.pdf>
13. World Health Organization. Infection Prevention and Control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331508/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-eng.pdf
14. World Health Organization. Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332235>

Příloha: Kritéria veřejného zdraví pro přizpůsobení opatření v oblasti veřejného zdraví a sociálních opatření v kontextu COVID-19

Úvod

V reakci na pandemii COVID-19 zavedly země po celém světě opatření v oblasti veřejného zdraví a sociálních otázek (PHSM) na kontrolu epidemie. Jak se místní epidemiologická situace ohledně onemocnění mění, země tato opatření odpovídajícím způsobem upravují (uvolnění stávajících opatření nebo obnovení těch uvolněných).

Tato příloha je aktualizovanou verzí přílohy zveřejněné dne 12. května 2020 a nastiňuje proces rozhodování o přizpůsobení PHSM epizootologické situaci a schopnosti zdravotního systému na situaci reagovat. Měla by se číst spolu s hlavním sdělením tohoto dokumentu a prozatímními pokyny týkajícími se jednání, kritické připravenosti a reakce na COVID-19.¹

Tato příloha je určena útvarem veřejného zdraví národních a vnitrostátních orgánů v lokalitách, které zavedly PHSM a uvažují o jejich úpravách. Pokyny v ní uvedené jsou omezeny na oblast veřejného zdraví. Další dokumenty zveřejněné Světovou zdravotnickou organizací se zabývají různými úvahami, které by měly sehrávat roli při rozhodování o zavedení nebo uvolnění PHSM, včetně blahobytu a dobrých životních podmínek populace.

Jak používat pokyny v této příloze

Kritéria pro veřejné zdraví v této příloze jsou seskupena do dvou oblastí, které by měly být hodnoceny s cílem vyřešit dvě hlavní otázky:

1. **Epidemiologická situace / Klasifikace přenosu** - Je epidemie řízena?
2. **Kapacita a výkon zdravotního systému a veřejných zdravotnických služeb** - Je zdravotnický systém schopen odhalit a zvládnout případy COVID-19 při zachování dalších základních zdravotních služeb?

Kritéria nejsou normativní a nemusí být proveditelné – některá z nich posoudit; například z důvodu nedostatku dat. Země by se měly zaměřit na kritéria, která jsou pro rozhodování v jejich situaci nejrelevantnější. Prahové hodnoty jsou pouze orientační a možná bude nutné je znovu přezkoumat, jakmile budou k dispozici další informace o epidemii COVID-19 a dopadu opatření. Doporučuje se systematicky vyhodnocovat tato kritéria alespoň jednou za dva týdny na **nejnižší provozní administrativní vnitrostátní úrovni**, což je praktické z hlediska informování o místních reakcích na míru.

1. Epidemiologická situace/Klasifikace přenosu

Pomocí kategorií klasifikace přenosu lze určit, do jaké míry je možné v každé zemi/oblasti a na vnitrostátní úrovni považovat epidemii za řízenou. Kategorie přenosu v jedné zemi jsou užitečné i pro ostatní při zvažování změn politik v oblasti obchodu a cestování.

Definování klasifikace přenosu

WHO dříve definovala čtyři scénáře přenosu popisující dynamiku epidemie: žádné hlášené případy (včetně nulového přenosu a absence zjištěných a hlášených případů), sporadické případy, klastry případů a komunitní přenos. Klasifikace komunitního přenosu (CT) je nyní rozdělena do čtyř úrovní, od nízkého výskytu (CT1) až po velmi vysoký výskyt (CT4). Proto existuje 7 kategorií.

Tabulka 1: Definice kategorií pro klasifikaci přenosu

Název kategorie	Definice
	<i>Země/území/oblasti s:</i>
Žádné (aktivní) případy	Nebyly zjištěny žádné nové případy po dobu nejméně 28 dnů (dvojnásobek maximální inkubační doby) za přítomnosti stabilního * systému sledování. To pro běžnou populaci znamená téměř nulové riziko infekce.
Importované/sporadické případy	Případy zjištěné za posledních 14 dní jsou všechny importované, sporadické (např. laboratorně získané nebo zoonotické) nebo všechny souvisejí s importovanými/sporadickými případy a neexistují jasné signály o dalším místně získaném přenosu. To pro běžnou populaci znamená minimální riziko infekce.

Klastry případů	Případy zjištěné za posledních 14 dní se převážně omezují na přesně definované klastry, které nejsou přímo spojeny s importovanými případy, ale jež jsou spojeny časem, geografickým umístěním a společným odhalením. Předpokládá se, že v oblasti existuje řada neidentifikovaných případů. To znamená nízké riziko infekce pro ostatní v širší komunitě, pokud se těmto klastrům vyhne.
-----------------	---

Název kategorie	Definice
	<i>Země/území/oblasti s:</i>
Komunitní přenos - úroveň 1 (CT1)	Nízký výskyt lokálně získaných, široce rozšířených případů zjištěných za posledních 14 dní, přičemž mnoho případů nesouvisí s konkrétními klastry; přenos se může týkat určitých podskupin populace. To pro běžnou populaci znamená nízké riziko infekce.
Komunitní přenos - úroveň 2 (CT2)	Mírný výskyt lokálně získaných, široce rozšířených případů zjištěných za posledních 14 dní; přenos méně zaměřený na určité podskupiny populace. To pro běžnou populaci znamená mírné riziko infekce.
Komunitní přenos - úroveň 3 (CT3)	Vysoký výskyt lokálně získaných, široce rozšířených případů za posledních 14 dní; přenos rozšířený a nezaměřený na populační podskupiny. To pro běžnou populaci znamená vysoké riziko infekce.
Komunitní přenos - úroveň 4 (CT4)	Velmi vysoký výskyt lokálně získaných, široce rozšířených případů za posledních 14 dní. To pro běžnou populaci znamená velmi vysoké riziko infekce.

* Pamatuje, že v situacích, kdy dohled nad epidemií COVID-19 není stabilní, by nedostatek identifikovaných případů neměl být interpretován jako absence přenosu; měly by být zhodnoceny alternativní ukazatele (viz tabulka 5), aby se posoudila možnost nezjištěných případů COVID-19 .

Ukazatele určující přenos v komunitě

V tabulce 2 jsou navrženy čtyři hlavní ukazatele pro určení přenosu v komunitě. Jsou založeny na datech, která by měla být běžně shromažďována během pandemie. Relativní důležitost každého dostupného ukazatele se bude lišit podle místní situace (např. spolehlivost údajů pro každý ukazatel); a mělo by se přihlídnout k omezením při určování každého ukazatele. Ukazatele by měly být měřeny na nejnižší administrativní úrovni zásahů, aby bylo možné informovat o cílených intervencích v oblasti veřejného zdraví. Aby se rozvinula klasifikace přenosu na vyšší administrativní úrovni, měla by být provedena samostatná analýza s použitím ukazatelů pro vyšší administrativní úroveň spíše než pokusy o klasifikaci přenosu na nižší úrovni.

Tyto ukazatele by měly být použity společně s dalšími epidemiologickými informacemi, které jsou buď běžně k dispozici, nebo jsou k dispozici prostřednictvím speciálních studií či odhadů modelování, jakož i neepidemiologických údajů a dalších úvah pro informování o strategických a provozních rozhodnutích.

Doporučuje se, aby tyto ukazatele byly hodnoceny každé dva týdny, a to podle definice epidemiologického týdne používané v dané zemi.

Hodnocení úrovně komunitního přenosu

Rozmezí pro čtyři ukazatele (v tabulce 2) byla vyvinuta na základě přezkoumání stávajících údajů. Mohou být použita jako vodítko pro uplatnění klasifikace přenosu na vnitrostátní úrovni. Tato rozmezí jsou orientační a mohou vyžadovat přizpůsobení místním podmínkám a výkonu (např. citlivost, reprezentativnost) lokálního systému dohledu a strategie testování a měla by být pravidelně revidována. Při interpretaci změn ukazatelů, ke kterým dochází v souvislosti se změnami v systému dohledu, je třeba postupovat opatrně (např. zvýšení četnosti testování nebo změna sledované populace). Uvědomte si, že některé ukazatele (např. celkový výskyt) mohou být vyšší v přítomnosti velmi velkých klastrů, jako jsou ohniska hromadného shromažďování, než během komunitního přenosu.

Je užitečné sledovat míru testování jako měřítko pokrytí dohledu - minimální doporučená míra je alespoň jedna testovaná osoba na 1000 obyvatel týdně. Testování by nemělo být omezeno na konkrétní obyvatelstvo (např. pouze v městském prostředí s vysokým přístupem k testování). Údaje jmenovatele musí být k dispozici na úrovni posuzované dezagregace (např. okres, provincie). Některé orgány se mohou rozhodnout sledovat tyto ukazatele u jednotlivců s největším rizikem závažných onemocnění a úmrtí.

Po výpočtu všech dostupných ukazatelů, pokud jsou úrovně vypočtené na základě každého ukazatele odlišné, je třeba provést kvalitativní kontrolu, aby se určila konečná klasifikace přenosu. Pokud nejsou údaje k dispozici (nebo jsou nespolehlivé) pro všechny ukazatele, doporučuje se věnovat větší pozornost ukazatelům, které jsou v místním kontextu považovány za spolehlivější. V mnoha případech mohou být ukazatele uvedené v tabulce 2 výše spolehlivější než ukazatele uvedené v tabulce níže.

Na místech, kde hodnoty ukazatelů nejsou spolehlivé, ale systém je stabilní, lze jako alternativní hodnocení použít trendy. Jedním příkladem by mohla být situace, kdy je velmi nízká míra testování a mnoho případů je pravděpodobně vypuštěno, ale strategie

testování se nezmění.

Další ukazatele, které mohou poskytnout jiné důkazy pro klasifikaci úrovně přenosu, jsou uvedeny v tabulce 3. Tyto ukazatele však nemusí být snadno dostupné na nejnižší administrativní úrovni zásahů. Považují se proto za sekundární vůči primárním čtyřem ukazatelům uvedeným v tabulce 2. Dále nemusí přímo odrážet přenos nebo sílu infekce SARS-CoV-2 nebo může být obtížnější je interpretovat a porovnat než ty, které jsou uvedeny v tabulce 2. Prahové hodnoty nejsou uvedeny pro sekundární ukazatele z důvodu nedostatku dostupných údajů, vysoké místní variability nebo obojího.

Jako poslední možnost, kde nejsou k dispozici žádné hodnoty ukazatelů, lze použít subjektivní hodnocení, ale toto by mělo být provedeno během několika týdnů, aby se zabránilo vlivům přechodných nebo neoficiálních pozorování.

Tabulka 2: Primární epidemiologické ukazatele a navrhovaná rozmezí k hodnocení úrovně přenosu COVID-19 v komunitě

Oblast	Ukazatel	Popis / Zdůvodnění	Hlavní omezení	Úroveň komunitního přenosu			
				CT 1	CT 2	CT 3	CT 4
Míra hospitalizace	Nové hospitalizace v následku COVID-19 na 100 000 obyvatel za týden v průměru za dvoutýdenní období	Podmnožina všech souvisejících případů vyžaduje hospitalizaci; jedná se tedy o nepřímý ukazatel výskytu. Je nepravděpodobné, že by podléhaly změnám/rozdílu ve strategiích dohledu.	Mohou být ovlivněny politikou hospitalizace, např. pokud jsou i mírné případy hospitalizovány z izolačních důvodů. Opožděná míra výskytu.	<5	5 - <10	10 - <30	30+
Úmrtnost	Počet úmrtí připisovaných COVID-19 na 100 000 obyvatel za týden byl v průměru za dvoutýdenní období průměrný	Podmnožina všech souvisejících případů se smrtelnými důsledky; jedná se tedy o nepřímý ukazatel výskytu. Pokud je testování komplexní, je strategií doзору ovlivněno minimálně.	Opožděná míra výskytu. Nižší úroveň a v malé zeměpisné oblasti mohou být citlivé na drobné výkyvy (např. jedno versus dvě úmrtí).	<1	1-<2	2-<5	5+
Četnost případů	Počet nově potvrzených případů na 100 000 obyvatel za týden byl v průměru za dvoutýdenní období průměrný	Přímá míra výskytu.	Silné ovlivnění výkonem systému dohledu, zásadami testování a laboratorní kapacitou. Nižší úroveň a v malé zeměpisné oblasti mohou být citlivé na drobné výkyvy v počtu případů, zejména kvůli hromadnému hlášení.	<20	20 - <50	50 - <150	150+
Testování	Podíl pozitivitu testu na základě dohledu v průměru za dvoutýdenní období.	Není ovlivněno kapacitou nebo strategií dohledu. Minimálně ovlivněno testovací strategií nebo kapacitou.	Nemusí být reprezentativní pro běžnou populaci, pokud existuje pouze omezený dohled. Mohou chybět mírné nebo atypické případy, pokud kritéria testování vyžadují představu podobnou chřipce.	< 2%	2% - < 5%	5% - <20%	20%+

Poznámka: Prahové hodnoty v této tabulce mohou být aktualizovány, jakmile budou k dispozici další údaje.

Trendy v přenosu

Kromě výpočtu kategorie klasifikace přenosu je také důležité pochopit směr trendů přispívajících ukazatelů (stabilní, klesající nebo rostoucí) po dobu několika týdnů. To může pomoci při tom, když chcete určit, zda prováděná opatření zlepšují epidemiologickou situaci v oblasti, a při plánování budoucích změn nebo zavádění předpokládaných změn opatření v oblasti veřejného zdraví na základě pravděpodobné změny klasifikace přenosu.

Tabulka 3: Další epidemiologické ukazatele k hodnocení úrovně přenosu COVID-19 v komunitě *

Ukazatel	Popis/Omezení
Proporcionální obsazenost JIP	Podíl nových hospitalizací na JIP připisovaných COVID-19 ze všech hospitalizací na JIP za stejné období (alternativně podíl lůžek na JIP v současnosti obsazených pacienty s COVID-19 ze všech obsazených lůžek na JIP)
Efektivní reprodukční číslo (Rt)	Efektivní reprodukční číslo během předchozího nebo více epidemiologických týdnů. I když se jedná o velmi používaný ukazatel přenosu, vyžaduje znalost různých metod výpočtu a dostatečně spolehlivá a aktuální data o výskytu. ²
Zdvojnásobení času	Počet dní potřebných ke zdvojnásobení celkového kumulativního počtu případů. To souvisí s Rt.
Podíl nesouvisejících případů mezi novými případy	To je definováno jako podíl případů, které dříve nebyly uvedeny jako kontakty (alternativně podíl nesouvisející se známými klastry/přenosovými řetězci). Jde o míru šíření v komunitě nad rámec známých klastrů. Je to silně ovlivněno vyšetřováním případů a schopností trasování kontaktů.
Celková pozitivita testu (bez ověření)	To může být užitečné, pokud existuje jen omezené množství stránek, kde lze informace ověřit. Může zachytit atypické případy lépe než dohled. Je to silně ovlivněno testovací strategií nebo kapacitou.
Trendy chřipkového onemocnění (ILI) nebo závažné akutní respirační infekce (SARI)	To přímo nenaznačuje případy COVID-19, ale dohled nad ILI a SARI může také zachytit část takových případů, a proto je to užitečné pro sledování trendů u COVID-19. Toto opatření může být užitečné tam, kde ve větší míře chybí dohled nad COVID-19.
Trendy ohledně míry hospitalizace na základě všech příčin	To přímo nenasvědčí o hospitalizacích v souvislosti s COVID-19, ale pokud takové případy tvoří podstatnou část hospitalizací, může to být užitečné pro identifikaci trendů v případech COVID-19. Tento počet může klesat kvůli omezenému poskytování služeb a dalším opatřením v oblasti veřejného zdraví. Trendy je třeba analyzovat v kontextu dalších potenciálních příčin změn v počtu hospitalizací (např. souběžně probíhá chřipková epidemie). Tyto trendy mohou být užitečné tam, kde ve větší míře chybí dohled nad COVID-19.
Trendy (nadměrné) úmrtnosti na základě všech příčin	Toto opatření přímo nenasvědčuje tomu, že se jedná o případy/úmrtní v souvislosti s COVID-19, ale jde o takové případy, kdy úmrtí v důsledku COVID-19 tvoří podstatný podíl na celkovém počtu úmrtí, toto může být užitečné pro identifikaci trendů u případů COVID-19. Trendy je třeba analyzovat v kontextu dalších potenciálních příčin změn u míry úmrtnosti (např. souběžně probíhá chřipková epidemie), a v ideálním případě je porovnat s výchozími údaji o úmrtnosti, aby bylo možné identifikovat přebytek případů ve vztahu k očekávané (např. sezónní) fluktuaci. Zatímco toto je velmi používaný ukazatel přenosu, vyžaduje pečlivé zvážení neodmyslitelně souvisejících předpokladů v metodách odhadu úmrtnosti. ³ Tyto trendy mohou být užitečné, když neexistuje stabilní dohled nad COVID-19.

* Tento seznam by neměl být považován za vyčerpávající.

2. Kapacita a výkonnost systému zdravotní péče a veřejných zdravotnických služeb

Schopnost reagovat na existující epidemiologickou situaci COVID-19 (tj. klasifikace přenosu) je klíčovým faktorem při rozhodování o přizpůsobení PHSM. Služby klinické péče a veřejného zdraví jsou dvě klíčové oblasti, které odrážejí schopnost země přizpůsobit se a obecněji reagovat na požadavky v souvislosti s případy COVID-19 i jinými chorobami. K léčbě jak hospitalizovaných, tak ambulantních případů s COVID-19 je nutná dostatečná kapacita klinické péče, přičemž je třeba zajistit, aby

zdravotní systém nebyl zahlcen a mohl pokračovat v léčbě běžných pacientů, zejména během sezónního vrcholu, jako je chřipková sezóna nebo období rychlého přenosu COVID-19. Reakce na veřejné zdravotnictví se opírá o schopnost systému dozoru odhalit a reagovat na změny v přenosu COVID-19 a zaměřuje se na klíčové činnosti včetně odhalování případů,

diagnostického testování a trasování kontaktů. Každá ze dvou oblastí (zdravotnictví a veřejné zdraví) je rozdělena do dvou hlavních podoblastí, a to schopnost (ukazatele výstupu) a výkon (ukazatele výsledku a dopadu).

Ačkoli tato část nemá být příliš normativní, poskytuje kvantitativní prahové hodnoty (tabulka 4) pro kategorizaci schopnosti a výkonu odezvy do tří kategorií: adekvátní, přiměřené a omezené. Je důležité si uvědomit, že schopnost je třeba posuzovat v kontextu současné klasifikace přenosu. Schopnost reakce, která byla považována za adekvátní, může během scénáře vyššího výskytu klesnout na přiměřenou nebo omezenou.

Hodnocení celkové úrovně schopnosti a výkonu zdravotního systému a veřejných zdravotnických služeb

K posouzení celkové schopnosti a výkonu systému zdravotnictví a veřejných zdravotnických služeb by orgány měly použít stejný přístup, jaký se uvádí pro klasifikaci přenosu. To zahrnuje stanovení priorit u těch ukazatelů, které jsou dostupné a spolehlivé, a přizpůsobení prahových hodnot místním souvislostem a spolehlivosti údajů; interpretaci změny ukazatelů v souvislosti se změnami mechanismů shromažďování údajů; provedení kvalitativního přezkumu k určení konečné úrovně kapacity zdravotnického systému, pokud jsou úrovně vypočítané na základě každého ukazatele odlišné; používání trendů místo kvantitativních prahových hodnot, kde údaje nejsou spolehlivé, ale jmenovatelé jsou stabilní; použití subjektivního hodnocení jako poslední možnost, pokud nejsou k dispozici žádné údaje; a pozorování trendů v ukazatelích za účelem předvídání budoucích změn ve zdravotním systému a schopnosti a úrovni výkonu veřejných zdravotnických služeb. Další ukazatele, které lze použít pro triangulaci, jsou uvedeny v tabulce 5. Hodnocení by měla být aktualizována každé dva týdny.

Tabulka 4: Primární epidemiologické ukazatele a navrhované rozsahy pro hodnocení úrovně zdravotnického systému v souvislosti s COVID-19 a kapacity a výkonu služeb veřejného zdraví

Oblast	Ukazatel	Popis/Zdůvodnění	Hlavní omezení	Schopnost reagovat		
				Adekvátní	Přiměřená	Omezená
Kapacita klinické péče	Podíl obsazených nemocničních lůžek	V případě nedostatku dojde k vysoké nemocnosti a úmrtnosti schopnost hospitalizovat těžké případy. Mělo by se počítat se všemi hospitalizacemi, nejen s těmi, které souvisejí s COVID-19.	To může být ovlivněno politikou hospitalizace (např. pokud jsou všechny případy izolovány v nemocnici), což nenaznačuje skutečné přehlcení nemocničních kapacit.	<75% †	75-<90% †	90%+ †
Výkon klinické péče	Míra úmrtnosti vyřešených (tj. známých výsledků) hospitalizovaných případů	Celkový dopad ukazatele adekvátních léčba COVID-19.	Velmi závisí na věku a různých předsudcích. ³ Je třeba vzít v úvahu jakékoli změny v odhalování případů nebo testovacích strategiích.	Klesající trend	Stabilní trend	Rostoucí trend
Schopnost reakce na veřejné zdraví	Počet testovaných osob na 1000 obyvatel za týden, průměrně za dvoutýdenní období	Bez dostatečného testování je obtížné vhodně izolovat a léčit případy.	Ne všechny laboratoře jsou schopné hlásit testované osoby; pokud je to možné, může se počítat spíše počet nových než opakovaných testů; jinak lze počítat celkový počet testů, ale toto může být zavádějící kvůli opakovanému testování. Laboratoře, které nehlásí lokalizaci případů, mohou maskovat nesrovnalosti v testování (např. u mimoměstských populací). V Případě používání rychlých diagnostických testů by tyto měly být používány podle pokynů a možná bude nutné zvýšit prahové hodnoty.	2+	1 - < 2	<1

Oblast	Ukazatel	Popis/Zdůvodnění	Hlavní omezení	Schopnost reagovat		
				Adekvátní	Přiměřená	Omezená
Výkon v souvislosti s reakcí na veřejné zdraví	Podíl případů, u nichž bylo vyšetřování provedeno do 24 hodin od identifikace	To naznačuje schopnost identifikovat rizika přenosu a odhalené kontakty. Tam, kde vyšetřování není zaznamenáno přímo, lze měřit pomocí proxy indikátoru-podíl případů s uvedenými kontakty.	Může být obtížné získat data včas.	80%+	60-<80%	<60%
Schopnost reakce na veřejné zdraví	Podpora/dodržování PHSM	Kvalitativní hodnocení na základě pozorování, monitorování médií, Průzkumech vnímání nebo chování horkých linkách, cílových skupinách atd. Prediktor účinnosti zavedených PHSM; je důležité identifikovat nejen aktuální stav, ale i případné překážky nebo prostředky ke zlepšení.	Může být vysoce variabilní mezi podskupinami a napříč jednotlivými PHSM. Složitě objektivně posoudit.	Vysoká (téměř univerzální dodržování většiny PHSM).	Přiměřená (mírné dodržování většiny PHSM nebo variabilní dodržování napříč jednotlivými PHSM).	Nízká (minimální dodržování většiny PHSM).

† Obsazenost nemocnic se v jednotlivých zemích běžně značně liší, a proto je třeba brát v úvahu základní obsazenost.

Tabulka 5: Primární epidemiologické ukazatele pro hodnocení úrovně zdravotnického systému v souvislosti s COVID-19 a kapacity a výkonu služeb veřejného zdraví *

Ukazatel	Popis/Omezení
Počet vyškolených pracovníků JIP na 10 000 obyvatel	To naznačuje dostatečnou klinickou kapacitu pro reakci na případy, které s největší pravděpodobností povedou k úmrtí. Tento ukazatel může být relevantnější při měření oproti populaci klinicky zranitelných osob (), pokud jsou k dispozici potřebné údaje. Tento ukazatel je obtížné měřit. Je to nezbytné, ale nedostatečné opatření v souvislosti se schopností poskytovat intenzivní péči.
Počet lůžek na JIP na 10 000 klinicky zranitelných obyvatel	Úmrtnost na COVID-19 bude nejvyšší, pokud bude přetížena kapacita intenzivní péče. Pouhé počítání počtu lůžek na JIP nezaručuje úspěšnou péči v případě nedostatečného personálního zajištění, vybavení nebo zásob.
Podíl obsazených lůžek na JIP	Tento ukazatel hodnotí dostatečnou klinickou kapacitu pro reakci na případy, které s největší pravděpodobností povedou k úmrtí. To nemusí být užitečné v zemích s velmi malým počtem lůžek na JIP (v těchto situacích lze nahradit podílem obsazených nemocničních lůžek s přístupem ke kyslíku); pokud je tento ukazatel velmi nízký, měla by být celková kapacita zdravotnického systému považována za omezenou, bez ohledu na adekvátní úroveň ostatních ukazatelů kapacity
Podíl obsazených lůžek s přístupem k přívodu kyslíku	Jelikož kyslík je pro léčbu COVID-19 důležitý a dostatečná kapacita pro zajištění kyslíku může být užitečná i při nedostatečné kapacitě JIP. Tento ukazatel může být obtížné měřitelný a nemusí být užitečný v zemích s velmi nízkou kapacitou.
Hrubá míra úmrtnosti případů COVID-19	Toto je celkový ukazatel dopadu adekvátní péče u případů s COVID-19. Je vysoce závislý na věku a dalších rizikových faktorech a na různých předsudcích ohledně nahlašování. ³ Analýza trendů by měla zohlednit jakékoli změny v odhalování případů nebo strategii testování. Zemím se doporučuje shromažďovat další informace o věku, protože toto opatření bude silně ovlivněno věkovou strukturou populace.
Počet vysledovaných kontaktů na 100 000 obyvatel [alternativně počet nových případů za týden]	To označuje schopnost provádět dostatečné trasování kontaktů a přerušit tak přenos onemocnění. Jedná se o ukazatel vstupu, který nemusí dobře korelovat se skutečnými výsledky trasování kontaktů. Pro stanovení prahových hodnot existuje minimální důkazní základna. To může být obtížné přesně měřit tam, kde sledování kontaktů provádějí jiné osoby než ty, kterým se formálně říká „trasovači kontaktů“.
Počet bodů vstupních dozorčích úředníků na 100 000 cestujících denně	Jedná se o měřítko schopnosti úspěšně zmírnit riziko přenosu. Je to špatný ukazatel skutečné vnitřní domácí kapacity; je minimálně relevantní během rozšířeného komunitního přenosu; a lze ho dosáhnout, jsou-li lidské zdroje nevhodně odkloněny od vnitřního domácího použití.
Podíl nově potvrzených nebo pravděpodobných případů, které byly dotazovány s cílem zjištění kontaktu do 24 hodin od identifikace	Tento ukazatel měří včasnost při uvádění kontaktů, což zkracuje čas strávený s potenciálně nakaženými osobami. Lepší metrikou včasnosti při uvádění kontaktů je skutečný podíl kontaktů identifikovaných a vysledovaných/umístěných do karantény do 48 hodin.
Podíl kontaktů nových případů, které jsou sledovány po dobu 14 dnů (nebo místně specifikovaného období)	To naznačuje, že kontakty jsou sledovány do té doby, než přestane hrozit riziko, že se stanou sekundárními případy (souvislost s konkrétním zdrojovým případem). Tento ukazatel může být zvláště důležitý pro hodnocení výkonu systému veřejného zdraví ve scénářích přenosu označovaných jako „importované/sporadické“ a „klastry“. Může to být nesprávně zveličováno špatným uváděním kontaktů.
Podíl identifikovaných případů izolovaných do 24 hodin od pozitivního výsledku testu (nebo případů, u nichž bylo stanoveno, že se jedná o pravděpodobný případ)	To naznačuje, že vyšetřování a izolace nových případů probíhají dostatečně rychle na to, aby bylo minimalizováno generování sekundárních případů. Tento ukazatel může být zvláště důležitý pro hodnocení výkonu systému veřejného zdraví ve scénářích přenosu „importované/sporadické“ a „klastry“.
Čas od nástupu příznaků do potvrzení případu	To měří schopnost monitorovacího systému rychle odhalovat, testovat a potvrzovat symptomatické případy. Jednotlivé komponenty (tj. čas od nástupu příznaků do odhalení, čas od odhalení do testování a doba testování) lze také měřit samostatně.
Podíl případů vyplývajících ze seznamů kontaktů	To popisuje, do jaké míry jsou nové případy již zachyceny systémem dohledu a jsou jim známy prostřednictvím adekvátního vyšetřování případů. Pokud je počet minimální, naznačuje to rozsáhlou existenci „skrytých“ řetězců přenosu a/nebo nekvalitní vyšetřování případů.

* Tento seznam by neměl být považován za vyčerpávající.

¹ Za „klinicky zranitelné“ jsou v této souvislosti označovány osoby ve věku nad 60 let a/nebo takové, které trpí více nemocemi najednou, což zvyšuje riziko závažného průběhu onemocnění COVID-19, včetně srdečních onemocnění, astmatu a cukrovky.

Odkazy

1. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19. Geneva: World Health Organization; (<https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>)
2. Megan O'Driscoll, Carole Harry, Christl A Donnelly, Anne Cori, Ilaria Dorigatti, A comparative analysis of statistical methods to estimate the reproduction number in emerging epidemics with implications for the current COVID-19 pandemic, Clinical Infectious Diseases, 2020; ciaa1599, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1599>
3. Estimating mortality from COVID-19: Scientific brief. Geneva: World Health Organization; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333642> .

WHO i nadále důkladně sleduje situaci a jakékoli změny, které by mohly mít vliv na tyto prozatímní pokyny. Pokud dojde ke změně jakýchkoli faktorů, WHO vydá další aktualizaci. V opačném případě skončí platnost tohoto dokumentu s prozatímními pokyny po uplynutí 2 let od data jeho vydání.

© Světová zdravotnická organizace 2020. Některá práva vyhrazena. Tento dokument je k dispozici na základě licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#) . Referenční číslo WHO: [WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/2020.2](#)