

**COVID-19: LOKALNE ZASADY WIZYT W PLACÓWKACH OPIEKI
ZDROWOTNEJ W IRLANDII PÓŁNOCNEJ**

Wszystkie osoby odwiedzające placówki opieki zdrowotnej i społecznej oraz domy opieki są zobowiązane do zakrycia twarzy w najbliższej przyszłości.

Data publikacji: 30 czerwca 2020 r.

Data wprowadzenia w życie: 6 lipca 2020 r.

1.0 WPROWADZENIE

- 1.1 W czasie tej pandemii COVID-19, wizyty w normalnych szpitalach, hospicjach i domach opieki zostały zawieszone z istotnymi wyjątkami. Niniejszy dokument powstał w wyniku przeglądu ograniczeń i nakreśla zasady wizyt, które mają zastosowanie do: usług ambulatoryjnych w ramach Funduszu Zdrowia i Opieki Społecznej (Health and Social Care Trust, HCS), usług położniczych, domów opieki, usług szpitalnych dla osób niepełnosprawnych umysłowo i z trudnościami w nauce na czas pandemii.
- 1.2 W razie potrzeby w dowolnym momencie mogą zostać opracowane dodatkowe wytyczne dotyczące określonych warunków, jeśli zostanie to uznane za konieczne.
- 1.3 Zmienione wytyczne uwzględniają prawo najbliższych krewnych, partnerów, dzieci, rodziców i opiekunów do odwiedzania swoich bliskich podczas pobytu w placówkach służby zdrowia i opieki społecznej oraz niezależnych placówkach sektora opieki w Irlandii Północnej.

2.0 KONTEKST

- 2.1 W odpowiedzi na rządowe ograniczenie przemieszczania się oraz w celu ochrony pacjentów, ich rodzin i całego personelu, w dniu 9

kwietnia 2020 r. Fundusz Zdrowia i Opieki Społecznej tymczasowo ograniczył liczbę odwiedzających w szpitalach¹. Ze skutkiem natychmiastowym zaprzestano korzystania z całej intensywnej opieki medycznej i wizyt w szpitalach w całej Irlandii Północnej. Nastąpiły również istotne zmiany w zakresie świadczenia usług duszpasterstwa szpitalnego².

- 2.2 COVID-19: Wytyczne dla domów opieki i domów seniora w Irlandii Północnej³ zostały wydane 17 marca 2020 r. i zaktualizowane 26 kwietnia 2020 r. Zawierają one szczegółowe informacje dla sektora domów opieki dotyczące ograniczeń w zakresie wizyt i zalecenia dotyczące wizyt pod koniec życia.
- 2.3 Dalsze zmiany w ustaleniach dotyczących wizyt zostały wprowadzone w dniu 11 maja 2020 r. Zmiany te złagodziły ograniczenia, umożliwiając rodzinie, przyjaciołom i bliskim bezpieczne odwiedzanie umierających pacjentów, co umożliwia traktowanie umierających pacjentów z godnością i współczuciem. Wprowadzone zmiany miały zastosowanie zarówno do domów opieki, jak i innych placówek społecznych oraz szpitali.
- 2.4 Po opublikowaniu przez rząd Irlandii Północnej w dniu 12 maja 2020 r. pięciostopniowego planu łagodzenia ograniczeń dotyczących izolacji, nadszedł czas na dokonanie analizy odstępstw dotyczących wizyt we wszystkich placówkach opieki.³

¹ <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/COVID19%20%20Visiting%20Update%20HSC.pdf>

² <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/hsc-chaplaincy-services.pdf> ³ <https://www.health-ni.gov.uk/publications/covid-19-guidance-nursing-and-residential-care-homesnorthern-ireland>

³ https://www.nidirect.gov.uk/sites/default/files/publications/OUR_APPROACH_DOCUMENT_SUMMARY_12-05-2020.pdf

- 2.5 W szczególności pojawiło się wiele pytań dotyczących pacjentów bez osób towarzyszących podczas wizyt oraz ograniczeń dotyczących wizyt we wszystkich placówkach opieki.
- 2.6 Wydział strategicznego doradztwa klinicznego (ang. Strategic Clinical Advisory Cell, SCAC), Ministerstwa Zdrowia (ang. Department of Health, DoH), dokonał przeglądu dowodów związanych z zakażeniem koronawirusem i wpływem osób odwiedzających szpital na przenoszenie choroby. Streszczenie materiału dowodowego znajduje się w załączniku 2.

3.0 DEFINICJE I ZAKRES

3.1 Dla celów niniejszych wytycznych odwiedzający jest definiowany jako:

- Wyznaczona osoba odwiedzająca pacjenta hospitalizowanego lub ambulatoryjnego.
- Osoba towarzysząca pacjentowi zgłaszającemu się na wizytę ambulatoryjną, zabieg niewymagający pobytu w szpitalu lub obecność na oddziale ratunkowym.

3.2 Niniejsze wytyczne dotyczą wszystkich usług szpitalnych Funduszu Zdrowia i Opieki Społecznej, w tym usług w zakresie zdrowia psychicznego i trudności w nauce, usług położniczych, usług w szpitalach pediatrycznych, domach opieki i hospicjach na czas trwania pandemii COVID-19.

3.3 Ponadto istnieją również ważne informacje przeznaczone dla krewnych i przyjaciół pacjentów oraz podopiecznych w szpitalach, domach opieki i domach seniora.

4.0 ROLA/ODPOWIEDZIALNOŚĆ

4.1 Należy zauważyć, że to na organizacjach spoczywa odpowiedzialność za rozważenie, w jaki sposób wdrożą te zasady w swoich lokalnych placówkach.

- 4.2 Szczegółowe wytyczne dotyczące świadczeń położniczych oraz domów opieki znajdują się odpowiednio w załączniku 3 i 5.

5.0 GŁÓWNE UWAGI DOTYCZĄCE POLITYKI

Uwagi ogólne

- 5.1 Analiza zawieszenia możliwości odwiedzin bierze pod uwagę art. 8 Europejskiej konwencji praw człowieka (ECHR), który to artykuł przewiduje prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Konwencja stwierdza, że ogólny zakaz odwiedzania jest sprzeczny z prawami zarówno pacjentów, jak i ich rodzin oraz że brak zindywidualizowanego podejścia do bezpieczeństwa wizyt będzie stanowił naruszenie wynikających z art. 8 praw zarówno pacjentów, jak i ich rodzin⁴.
- 5.2 W skorygowanych wytycznych uznaje się prawo najbliższych krewnych, partnerów, dzieci, rodziców i opiekunów do odwiedzania swoich bliskich podczas pobytu w placówkach opieki zdrowotnej i społecznej oraz niezależnych placówkach sektora opieki w Irlandii Północnej.
- 5.3 Jednak ze względu na poważne konsekwencje rozpowszechnienia się COVID-19, szczególnie u osób już chorych i/lub słabych, decyzja o dopuszczeniu osób odwiedzających do placówek będzie na co dzień należeć do pielęgniarki odpowiedzialnej za placówkę, w warunkach szpitalnych, oraz kierownika domu opieki w warunkach domu opieki. Będzie to zależało od możliwości zapewnienia dystansu społecznego i bezpieczeństwa zarówno pacjentów/osób przebywających w całodobowym ośrodku opieki, jak i odwiedzających.
- 5.4 Każda decyzja o odmowie prawa do wizyty musi być podjęta po przeprowadzeniu oceny ryzyka i musi być wyraźnie

⁴ https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Art_8_ENG.pdf

zakomunikowana pacjentowi/ osobie przebywającej w całodobowym ośrodku opieki oraz jego rodzinie/najbliższemu krewnemu/opiekunowi.

- 5.5 Należy również zauważyć, że z uwagi na istniejący stan zdrowia niektóre osoby mogą mieć szczególne potrzeby w zakresie wsparcia i pomocy, które muszą być spełnione, aby mogły się porozumieć lub zaspokoić inne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej. Aby zaspokoić potrzeby danej osoby, konieczna może być obecność opiekuna lub członka rodziny z niewielkiej grupy opiekunów/ członków rodziny, którzy będą wspierać pacjenta i pomagać mu podczas pobytu w szpitalu. W takiej sytuacji pielęgniarka lub siostra oddziałowa omówi potrzeby danej osoby z pacjentem i jego opiekunem/ rodziną oraz w miarę możliwości ułatwi ich zaspokojenie. Pomocne może być włączenie innych osób, które dobrze znają daną osobę, ale nie zawsze będzie to konieczne lub potrzebne. Pacjent musi być w każdym przypadku najważniejszy przy podejmowaniu decyzji. To wsparcie ze strony opiekuna/ rodziny będzie uzupełnieniem wizyt u pacjenta, dlatego też będą miały zastosowanie wszystkie inne zalecenia dotyczące wizyt zawarte w niniejszym dokumencie⁵.

Kapelani szpitalni

- 5.6 Kapelani szpitalni są członkami wielodyscyplinarnych zespołów zapewniających wsparcie duszpasterskie dla pacjentów/ osób przebywających w całodobowym ośrodku opieki i nie są wliczani do grona wyznaczonych osób odwiedzających. Dlatego obecność kapelanów/kapłanów w ramach opieki, jaką otrzymuje pacjent, będzie ułatwiona.
- 5.7 Wiadomo jednak, że aby zmniejszyć ilość osób odwiedzających placówki opieki zdrowotnej i społecznej, mogą wystąpić sytuacje, w których dostęp kapelanów może być ograniczony. W tych

⁵ Families Involved NI (FINI)

okolicznościach kapelani będą musieli nawiązać kontakt z osobą odpowiedzialną za oddział lub placówkę, aby uzgodnić sposób zaspokojenia potrzeb religijnych i duszpasterskich pacjentów. W takich przypadkach będą miały zastosowanie przepisy zawarte w Poradniku Duszpasterstwa Szpitalnego (ang. Hospital Chaplaincy Guidance)⁶.

Uwagi szczegółowe

- 5.8 Szczegółowe wytyczne dotyczące różnych obszarów opieki są dostępne w załączonej tabeli (Załącznik 1), która przedstawia wytyczne dotyczące wizyt dostosowane do wskaźnika zachorowań / wartości R. Są one oparte na najlepszych dostępnych w danym momencie opiniach naukowych.
- 5.9 Zalecenia dotyczące wizyt będą stosowane wtedy, gdy zezwoli na to pięcioetapowe podejście przyjęte przez Northern Ireland Executive⁴ i wskaźnik wzrostu zachorowań.
- 5.10 Wskaźnik wzrostu zachorowań może różnić się w danym obszarze geograficznym lub placówce ze względu na ogniska epidemii. W takiej sytuacji zastosowanie będą miały lokalne wytyczne dotyczące stopnia nasilenia pandemii.
- 5.11 Na zastosowanie tych zasad mogą mieć wpływ lokalne warunki, takie jak dostępność pokoi jednoosobowych lub przestrzeni pokojowej, umożliwiające odpowiedni dystans społeczny.
- 5.12 Tam, gdzie ze względu na układ pomieszczeń trudno jest utrzymać/ dostosować się do przepisów dotyczących kwestii społecznych, placówki mogą zastosować lokalną dyrektywę w sprawie użytkowania sprzętu ochrony osobistej przez odwiedzających.

⁶ <https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/publications/health/hsc-chaplaincy-services.pdf>

- 5.13 Jeśli placówka nie jest w stanie umożliwić odwiedzin zgodnie z niniejszymi wytycznymi, ważne jest, aby posiadała ona jasny zapis swoich decyzji. Dzięki temu społeczeństwo będzie miało pewność, że rozważono wszystkie możliwe zmiany.
- 5.14 Przyjęcie jakiejkolwiek zmiany w systemie wizyt wymaga oceny ryzyka i korzyści wynikających z tej zmiany, biorąc pod uwagę, że należy zapewnić racjonalną równowagę między tymi dwoma czynnikami.
5. Środowisko szpitalne jest źródłem rozprzestrzeniania się wirusów, także wśród pracowników służby zdrowia, pacjentów i odwiedzających. Ryzyko rozprzestrzeniania się zakażeń w placówkach można ograniczyć, stosując odpowiednie środki ochrony indywidualnej, dobrą higienę rąk i dróg oddechowych oraz zachowując dystans społeczny zgodnie z wytycznymi.

6.0 Zasady dotyczące wizyt

- 6.1 W miarę możliwości preferowanym rozwiązaniem jest nadal wirtualna wizyta, ponieważ zmniejsza ona ryzyko rozprzestrzeniania się COVID-19. Dlatego też wszystkie obszary będą w dalszym ciągu ułatwiać wizyty wirtualne.
- 6.2 Wszystkie osoby odwiedzające/ opiekujące się w środowisku opieki zdrowotnej i społecznej oraz w domach opieki będą musiały zakrywać twarz przez najbliższy czas.
- 6.3 Wszyscy muszą posiadać własne zakrycie twarzy i nikt nie będzie mógł wejść do środka bez odpowiedniego zakrycia twarzy.
- 6.4 Osoby wykazujące lub doświadczające objawów COVID-19 lub innych infekcji nie powinny składać wizyt, nawet jeśli objawy te są łagodne i niepotwierdzone. W takich okolicznościach osoba ta

powinna pozostać w domu i postępować zgodnie z najnowszymi zaleceniami [publicznej służby zdrowia dotyczącymi samoizolacji i badań](#).

- 6.5 Osoby z zaleceniami unikania kontaktów społecznych powinny unikać odwiedzin w szpitalach i domach opieki.
- 6.6 Liczba odwiedzin i odwiedzających będzie ograniczona stosownie do liczby zachorowań (Załącznik 2).
- 6.7 W danym momencie wizytę składać może tylko jedna osoba.
- 6.8 Wizyty będą trwały maksymalnie jedną godzinę. Czas ten powinien być uzgodniony z wyznaczoną osobą odwiedzającą i pielęgniarką/ osobą odpowiedzialną.
- 6.9 Zakłada się, że u pacjenta/ osoby przebywającej w całodobowym ośrodku opieki będzie nie więcej niż jedna osoba odwiedzająca w danym momencie.
 - 6.9.1 Ułatwiona będzie pomoc dla osób, które wymagają szczególnego wsparcia w celu zapewnienia, że ich potrzeby komunikacyjne lub inne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej zostaną zaspokojone ze względu na istniejący wcześniej stan.
 - 6.9.2 Dodatkowo mogą zaistnieć sytuacje, w których w danym momencie trzeba będzie zapewnić mniejszą liczbę osób odwiedzających w danym obszarze. W takim przypadku rodzic lub opiekun może zostać poproszony o tymczasowe opuszczenie pacjenta/osoby przebywającej w całodobowym ośrodku opieki w celu umożliwienia wizyty określonej osoby. Zakłada się, że będzie to raczej wyjątek niż norma.

- 6.10 Każdy pacjent/ osoba przebywająca w całodobowym ośrodku opieki zostanie poproszona o wyznaczenie maksymalnie dwóch osób do odwiedzin. W miarę możliwości tylko te dwie osoby będą mogły odwiedzać pacjenta przez cały okres jego pobytu w szpitalu. Podane zostaną specjalne wytyczne dla osób przebywających w całodobowym ośrodku opieki.
- 6.11 W przypadku, gdy wyznaczona osoba nie czuje się dobrze, może zostać wyznaczona inna osoba. W przypadku, gdy pacjent/ osoba przebywająca w całodobowym ośrodku opieki nie jest w stanie wyznaczyć odpowiedniej osoby, najbliższy krewny zostanie poproszony o wskazanie takiej osoby.
- 6.12 Dzieci poniżej 16 roku życia nie będą miały prawa do odwiedzin. W przypadku wystąpienia wyjątkowych okoliczności, można to omówić z pielęgniarką/osobą odpowiedzialną.
- 6.13 Odwiedzający powinni pozostawać z pacjentem/osobą przebywającą w całodobowym ośrodku opieki przez cały czas trwania wizyty, minimalizując przemieszczanie się po szpitalu/domu opieki, utrzymując społeczny dystans wobec innych pacjentów/osób przebywających w całodobowym ośrodku opieki oraz personelu w celu zmniejszenia ryzyka rozprzestrzeniania się zakażeń.
- 6.14 Odwiedzający będą musieli w najbliższej przyszłości mieć zakrytą twarz, a w przypadku, gdy wytyczne te zostaną zmienione lub wymagane będą inne środki ochrony indywidualnej, placówki będą miały do dyspozycji odpowiednie procedury, aby zapewnić przestrzeganie wytycznych dotyczących odwiedzających i środków ochrony indywidualnej.
- 6.15 Odwiedzający będą musieli umyć ręce przy wchodzeniu i wychodzeniu ze szpitala/ domu opieki/ obiektu oraz ponownie przy

wchodzeniu i wychodzeniu z oddziału lub obszaru, gdzie odbywa się wizyta.

6.16 W szpitalach na wszystkich szafach i stolikach nocnych oraz w ich otoczeniu należy zachować jak największy porządek, aby ułatwić sprzątanie, dlatego też odradza się odwiedzającym wnoszenie jakichkolwiek przedmiotów innych niż te niezbędne dla pacjenta lub osoby przebywającej w całodobowym ośrodku opieki. W szczególności zabrania się wnoszenia kwiatów na oddziały.

6.17 Dalsze wytyczne dotyczące konkretnych obszarów można znaleźć w poniższych załącznikach:

□ **Załącznik 3 Usługi położnicze** □ **Załącznik 5 Domy opieki**

7.0 PROCES KONSULTACJI

7.1 W procesie opracowywania wytycznych konsultowano się z wydziałem strategicznego doradztwa klinicznego (SCAC).

7.2 O opinię zwrócono się dodatkowo do dyrektora ds. naukowych z ramienia organizacji zajmującej się zapobieganiem i kontrolą zakażeń w Irlandii Północnej oraz do dyrektorów wykonawczych ds. pielęgniarstwa.

7.3 Wytyczne zostały przekazane komisarzowi ds. osób starszych, organizacjom działającym na rzecz zdrowia psychicznego oraz komisarzowi ds. dzieci i młodzieży.

7.4 O wytyczne zwrócono się także do organizacji Family Involved z Irlandii Północnej (FINI).

7.5 Analiza wytycznych z innych krajów wykazała, co następuje:

7.5.1 W dniu 11 maja 2020 r. zmieniono wytyczne dotyczące wizyt w Anglii w celu ułatwienia wizyt pod koniec życia w różnych placówkach⁷.

7.5.2 Ponadto w Anglii (od 5 czerwca 2020 r.) zniesiono również ograniczenia dotyczące ogólnych wizyt w placówkach opieki zdrowotnej w czasie pandemii COVID-19. Zaleca się, aby w zamian za to wizyty odbywały się według uznania funduszy i innych podmiotów NHS⁸.

7.5.3 Dokonano również analizy wytycznych dotyczących wizyt w Republice Irlandii. Na dzień 12 czerwca 2020 r. zalecenia były dostosowane do potrzeb szpitali, ale w dużej mierze zezwalały na wizyty w drodze wyjątku, podobnie jak ograniczenia dotyczące wizyt w Irlandii Północnej⁹. W dniu 15 czerwca 2020 r. zmieniono ustalenia dotyczące wizyt w domach opieki w Republice Irlandii¹⁰.

8.0 WDROŻENIE

8.1 Łąca przygotowane na potrzeby obywateli zawierające informacje dla świadczeniobiorców oraz ogółu społeczeństwa na temat zmian dot. wizyt zostaną opublikowane na stronie internetowej [Ministerstwa Zdrowia](#).

8.2 Informowanie funduszy zdrowia i opieki społecznej, Agencji Zdrowia Publicznego, Zarządu HSC, Urzędu ds. Poprawy Jakości Przepisów

⁷ <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0393-clinical-guidefor-supporting-compassionate-visiting-arrangements-11-may-2020.pdf>

⁸ <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/C0524-visitinghealthcare-inpatient-settings-5-June-2020.pdf>

⁹ <https://www2.hse.ie/services/hospital-service-disruptions/hospital-service-disruptions-covid19>

¹⁰ <https://www.hpsc.ie/a-z/respiratory/coronavirus/novelcoronavirus/guidance/infectionpreventionandcontrolguidance/residentialcarefacilities/COVID-19%20Guidance%20on%20visiting%20residential%20care.pdf>

oraz dyrektorów wykonawczych ds. pielęgniarstwa będzie odbywać się za pośrednictwem wydziału dyrektora ds. opieki (ang. Chief Nursing Officer, CNO).

- 8.3 Te lokalne zalecenia będą dostępne na stronach DoH, PHA i HSC i będą aktualizowane. Lokalny wskaźnik zachorowań może ulec zmianie i będzie często aktualizowany. Mogą wystąpić lokalne ogniska w obszarach działania funduszu zdrowia i opieki społecznej i domach opieki, które będą wymagały konkretnej interwencji w przypadku wzrostu liczby zachorowań.

Tabela wzrostu zachorowań przedstawia w zarysie lokalny wskaźnik zachorowań przy założeniu, że czynnikiem definiującym jest intensywna opieka medyczna – może on ulec zmianie i będzie często sprawdzany.

Mogą wystąpić lokalne ogniska w obszarach Funduszu Zdrowia i Opieki Społecznej i domach opieki, które będą wymagały konkretnej interwencji na poziomie lokalnym w przypadku wystąpienia wzrostu zachorowań.

Wzrost zachorowań	Ekstremalnie/ Bardzo wysoki poziom	Średni poziom	Niski poziom/ przed falą zachorowań
Opis poziomu zachorowań	Wszystkie systemy opieki zdrowotnej i społecznej zostały znacząco dotknięte. Oddziały intensywnej terapii pracujące na pełnych obrotach i powyżej swoich możliwości.	Rozmieszczenie społeczności lokalnej ma wpływ na mechanizmy świadczenia opieki zdrowotnej i społecznej. Oddziały intensywnej terapii pracujące na poziomie 50% powyżej ustalonego poziomu wydajności.	Dowody na rozprzestrzenienie się w społeczności lokalnej i wzrost liczby przyjęć do szpitala. Wszystkie łóżka na oddziale intensywnej terapii zostały dostosowane do poziomu 3 i wydajność pracy znajduje się do 25% powyżej ustalonego poziomu wydajności.
Obszar opieki			

Szpital miejski/ Oddziały hospicjum (Covid-19 i niezależne od Covid-19)	ZAKAZ OSOBISTYCH WIZYT	Tylko wizyty na koniec życia. Tylko jeden wyznaczony członek rodziny lub opiekun, który może odbyć wizytę. Jeżeli osoba odwiedzająca wymaga pomocy i towarzyszy jej opiekun, co może być zorganizowane w ramach wytycznych dot. dystansu społecznego, wówczas może zostać wpuszczona druga osoba (konieczne jest wcześniejsze uzgodnienie z personelem oddziału).	Odwiedzanie i towarzyszenie odwiedzającym będzie ograniczone w następujący sposób: Tylko jedna osoba odwiedzająca na jednego pacjenta w danym momencie. W szczególnych okolicznościach, gdy odwiedzający wymaga pomocy, nie więcej niż 2 osoby będą miały w tym samym czasie możliwość odwiedzin, jeżeli będzie to możliwe w ramach wytycznych dot. dystansu społecznego.
Oddziały intensywnej terapii	ZAKAZ OSOBISTYCH WIZYT	Tylko wizyty na koniec życia. Tylko jeden wyznaczony członek rodziny lub opiekun, który może odbyć wizytę. Jeżeli osoba odwiedzająca wymaga pomocy i towarzyszy jej opiekun, co może być zorganizowane w ramach wytycznych dot. dystansu społecznego, wówczas może zostać wpuszczona druga osoba (konieczne jest wcześniejsze uzgodnienie z personelem oddziału).	Wizyty osobiste będą w miarę możliwości dostosowane do potrzeb. Tylko jedna osoba odwiedzająca na jednego pacjenta w danym momencie. Jeżeli osoba odwiedzająca wymaga pomocy i towarzyszy jej opiekun, co może być zorganizowane w ramach wytycznych dot. dystansu społecznego, wówczas może zostać wpuszczona druga osoba (konieczne

			jest wcześniejsze uzgodnienie z personelem oddziału).
Oddziały ratunkowe	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.
Oddziały ambulatoryjne	Nie dotyczy – wizyty w oddziałach ambulatoryjnych zostaną odwołane.	W razie konieczności wizyty osobistej, tylko jedna osoba towarzyszy pacjentowi, gdy nie jest on w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.	W razie konieczności wizyty bezpośredniej, tylko jedna osoba towarzyszy pacjentowi, gdy nie jest on w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.
Rentgen	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.

Oddział nowotworowy/ leczenia oparzeń/ chorób nerek	ZAKAZ OSOBISTYCH WIZYT	Tylko wizyty na koniec życia. Tylko jeden wyznaczony członek rodziny lub opiekun, który może odbyć wizytę. Jeżeli osoba odwiedzająca wymaga pomocy i towarzyszy jej opiekun, co może być zorganizowane w ramach wytycznych dot. dystansu społecznego, wówczas może zostać wpuszczona druga osoba (konieczne jest wcześniejsze uzgodnienie z personelem oddziału).	Odwiedzanie i towarzyszenie odwiedzającym będzie ograniczone w następujący sposób: Tylko jedna osoba odwiedzająca na jednego pacjenta w danym momencie. Jeżeli osoba odwiedzająca wymaga pomocy i towarzyszy jej opiekun, co może być zorganizowane w ramach wytycznych dot. dystansu społecznego, wówczas może zostać wpuszczona druga osoba (konieczne jest wcześniejsze uzgodnienie z personelem oddziału).
Oddział zabiegowy	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.	Jedna osoba może towarzyszyć pacjentowi tylko wtedy, gdy pacjent nie jest w stanie zrozumieć personelu lub porozumieć się z nim.

Domy opieki	ZAKAZ OSOBISTYCH WIZYT	Tylko wizyty na koniec życia.	Odwiedzanie i towarzyszenie odwiedzającym będzie ograniczone w następujący sposób: Nie więcej niż 2 osoby będą miały możliwość odwiedzin w tym samym czasie, jeżeli będzie to możliwe w ramach dystansu społecznego.
Oddziały położnicze	Osoba towarzysząca przy porodzie będzie miała możliwość towarzyszyć kobiecie w ciąży na oddziale położniczym WYŁĄCZNIE w celu aktywnego porodu.	Osoba towarzysząca przy porodzie będzie mogła towarzyszyć ciężarnej kobiecie podczas badania celem ustalenia wieku ciąży, badania w kierunku nieprawidłowości oraz aktywnego porodu.	Osoba towarzysząca przy porodzie będzie mogła towarzyszyć ciężarnej kobiecie podczas badania celem ustalenia wieku ciąży, na oddziale dla kobiet we wczesnej ciąży, badaniu w kierunku nieprawidłowości oraz na oddziale medycyny płodowej, podczas indukcji porodu, czasu trwania porodu, a także w razie potrzeby odwiedzić oddział przedporodowy i poporodowy.
Oddziały zdrowia psychicznego	Jeżeli zostanie to uznane za konieczne dla wsparcia zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia pacjenta, odwiedziny może złożyć wyłącznie jedna osoba.	Jeżeli zostanie to uznane za konieczne dla wsparcia zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia pacjenta, odwiedziny może złożyć wyłącznie jedna osoba.	Odwiedzanie i towarzyszenie odwiedzającym będzie ograniczone w następujący sposób: Nie więcej niż 2 osoby będą miały możliwość odwiedzin w tym samym czasie, jeżeli jest to zgodne z wytycznymi dot. dystansu społecznego.

Oddział zaburzenia zdolności uczenia się	Jeżeli zostanie to uznane za konieczne dla wsparcia zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia pacjenta, odwiedziny może złożyć wyłącznie jedna osoba.	Jeżeli zostanie to uznane za konieczne dla wsparcia zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia pacjenta, odwiedziny może złożyć wyłącznie jedna osoba.	Odwiedzanie i towarzyszenie odwiedzającym będzie ograniczone w następujący sposób: Nie więcej niż 2 osoby będą miały możliwość odwiedzin w tym samym czasie, jeżeli jest to zgodne z wytycznymi dot. dystansu społecznego.
---	--	--	--

Podsumowanie przeglądu dowodów (1/6/2020)

Wydział strategicznego doradztwa klinicznego dokonał szybkiego przeglądu dowodów w celu zidentyfikowania i podsumowania opublikowanych dowodów związanych z zakażeniem koronawirusem i wpływem osób odwiedzających szpital na przenoszenie choroby.

Wyniki

W badaniach osób odwiedzających i zakażeń szpitalnych udokumentowano przypadki zakażeń na terenie całego szpitala lub poszczególnych oddziałów. Wykazano, że często dochodziło do zakażenia w szpitalu podczas opieki nad pacjentami z COVID-19. W jednym z badań najbardziej zanieczyszczonymi przedmiotami były drukarki samoobsługowe (20,0%), biurka/klawiatury (16,8%) i klamki do drzwi (16,0%), przy czym dozowniki do dezynfekcji rąk (20,3%) i rękawiczki (15,4%) były najbardziej skażonymi środkami ochrony indywidualnej (PPE)¹. Środowisko szpitalne może zatem być źródłem rozprzestrzeniania się wirusa, również wśród pracowników służby zdrowia, pacjentów i gości.

COVID-19

W jednym z retrospektywnych badań kohortowych w Chinach udokumentowano wskaźnik zakażenia gości Covid-19 na poziomie 9,8%², jednakże odwiedzający zostali pogrupowani z pacjentami, którzy uczęszczali na oddziały ambulatoryjne, jak również z pacjentami hospitalizowanymi, którzy udali się do domu, a następnie wystąpiły u nich objawy.

Pozostałe badania dotyczące zakażeń szpitalnych odnosiły się do SARS (n=1)³ i MERS (n=1)⁴.

SARS

Podczas epidemii SARS w 2003 r. w jednym ze szpitali pediatrycznych zgłoszono zerowy wskaźnik zakażeń szpitalnych (pracownicy opieki zdrowotnej i odwiedzający), gdzie jeden z rodziców mógł odwiedzać dziecko z dodatnim wynikiem SARS na 2 godziny dziennie³. Oddział ten wdrożył ścisły system zapobiegania i kontroli zakażeń, który obejmował: podział oddziałów na 3 obszary (1.

obszar bardzo wysokiego ryzyka, 2. obszar wysokiego ryzyka i 3. obszar umiarkowanego ryzyka) zgodnie z różnymi poziomami ryzyka przenoszenia SARS w środowisku szpitalnym, rejestrowanie odwiedzających po przybyciu na oddział w przypadku, gdyby w przyszłości konieczne było skontaktowanie się z nimi oraz korzystanie ze środków ochrony indywidualnej zgodnie z poziomem ryzyka. Rutynowe dokładne czyszczenie i dezynfekcja podłogi, stołów, komputerów i sprzętu medycznego na wszystkich oddziałach były przeprowadzane co najmniej trzy razy dziennie przy użyciu roztworu podchlorynu sodu w stężeniu 1000 ppm³.

MERS

Do zakażenia MERS w Korei Południowej w 2015 r. doszło prawie w całości (99,4%) w środowisku szpitalnym⁵. Przyczyny były w dużej mierze związane z niewłaściwym zarządzaniem zakażeniami i niewłaściwą polityką, a nie z czynnikami biomedycznymi. W retrospektywnym badaniu kohortowym z 2014 r. zdefiniowano przypadek MERS rozpoznany w szpitalu jako wykryty za pomocą metody RT-PCR dodatni wynik u osoby z objawami, narażonej na kontakt ze szpitalem (pracownik służby zdrowia, pacjent lub osoba odwiedzająca) z objawami 2-14 dni po styczności ze szpitalem⁴. 11,5% zakażeń szpitalnych stanowiły osoby odwiedzające szpital. Uchybienia w kontroli zakażeń obejmowały niewielkie odseparowanie pacjentów z podejrzeniem MERS, nagromadzenie pacjentów i niekonsekwentne stosowanie środków ostrożności w kontroli zakażeń; gwałtowna poprawa tych uchybień spowodowała spadek liczby przypadków.⁴.

Literatura

1. Ye G; Lin H; Chen S; Wang S; Zeng Z; Wang W; Zhang S; Rebmann T; Li Y; Pan Z; Yang Z; Wang Y; Wang F; Qian Z; Wang X. Environmental contamination of SARS-CoV-2 in healthcare premises. *Journal of Infection*. 2020 Apr 30.
2. Cao J; Tu WJ; Cheng W; Yu L; Liu YK; Hu X; Liu Q. Clinical Features and Short-term Outcomes of 102 Patients with Corona Virus Disease 2019 in Wuhan, China. *Intensive Care Medicine*. 2020;14(1): 1-3. [Epub ahead of print].
3. Leung TF; Ng PC; Cheng FW; Lyon DJ; So KW; Hon EK; Li AM; Li CK; Wong GW; Nelson EA; Hui J; Sung RY; Yam MC; Fok TF. Infection Control for SARS in a tertiary paediatric centre in Hong Kong. *Journal of Hospital Infection*. 2004 Mar;56(3):215-22.
4. Hastings DL; Tokars JI; Abdel Aziz IZ et al. Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome at Tertiary Care Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2014. *Emerging Infectious Diseases*. 22(5):794801, 2016.

5. Kim KH; Tandil TE; Choi JW; Moon JM; Kim MS. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak in South Korea, 2015: epidemiology, characteristics and public health implications. *Journal of Hospital Infection*. 95(2):207-213, 2017 Feb

COVID-19: LOKALNE ZASADY WIZYT W PLACÓWKACH POŁOŻNICZYCH W IRLANDII PÓŁNOCNEJ

Wszystkie osoby odwiedzające placówki opieki zdrowotnej i społecznej są zobowiązane do zakrycia twarzy w najbliższej przyszłości.

Data publikacji: 30 czerwca 2020 r.

Data wprowadzenia w życie: 6 lipca 2020 r.

1.0 WPROWADZENIE

- 1.1 Niniejsze wytyczne dotyczące wymagań w zakresie wizyt na oddziałach położniczych **MUSZĄ** być czytane wraz z „COVID-19: Lokalne zasady wizyt w placówkach położniczych w Irlandii Północnej” (Data publikacji: 30 czerwca 2020 r.) **ORAZ** Tabelą w Załączniku 1, która jest dostosowana do poziomu wzrostu zachorowań / wartości R w oparciu o najlepsze dostępne w danym momencie opinie naukowe.

2.0 KONTEKST

- 2.1 Od początku trwania pandemii COVID-19 wytyczne dotyczące wizyt w szpitalu położniczym stanowią, że kobiecie może towarzyszyć jedna osoba towarzysząca przy porodzie i to tylko podczas aktywnej fazy porodu.
- 2.2 Niemniej jednak, istnieją dowody nie tylko na to, że obecność osób towarzyszących przy porodzie wpływa na poprawę sytuacji kobiet i niemowląt, ale także na to, że nawiązywanie więzi między rodzicami a niemowlęciem zwiększa się w pierwszych dniach po porodzie i ograniczając wizyty zmniejsza się możliwości nawiązywania więzi.
- 2.3 Ponadto, pojawiła się znacząca presja społeczna dotycząca braku obecności osób towarzyszących przy prenatalnych badaniach USG, indukcji porodu, jak również podczas okresu po porodzie.

- 2.4 Dlatego też wydział strategicznego doradztwa klinicznego (SCAC) przy Ministerstwie Zdrowia dokonał przeglądu pojawiających się na całym świecie dowodów związanych z zakażeniem koronawirusem i wpływem osób odwiedzających szpitale na przenoszenie chorób, jak również wpływem zmniejszonego zaangażowania osób towarzyszących przy porodzie na szpitalnym oddziale położniczym (patrz Załącznik 4).

3.0 DEFINICJE I ZAKRES

- 3.1 Niniejszy dokument przedstawia w zarysie wytyczne dla kobiet w ciąży przybywające do szpitala na określone, wcześniej zaplanowane wizyty przedporodowe.
- 3.2 Wytyczne nakreślają sytuacje, w których kobiecie może towarzyszyć jej partner lub wyznaczona inna osoba.
- 3.3 Zmienione wytyczne mają zastosowanie do kobiet przebywających w szpitalu na oddziałach prenatalnych i poporodowych lub na oddziałach położniczych z następujących powodów:
- badanie w celu określenia wieku ciąży w 12 tygodniu;
 - przychodnia dla kobiet we wczesnym okresie ciąży;
 - skan celem wykrycia nieprawidłowości;
 - obecność na oddziale medycyny płodowej; oraz czas trwania porodu.

4.0 GŁÓWNE UWAGI DOTYCZĄCE POLITYKI

- 4.1 Kobiecie może towarzyszyć jej partner lub inna osoba wyznaczona do któregośkolwiek z powyższych celów, z wyjątkiem sytuacji, w których występuje wysoki/ekstremalny wzrost zachorowań (patrz Tabela na str. 17).
- 4.2 W poszczególnych placówkach funduszu zdrowia i opieki społecznej mogą wystąpić sytuacje, w których odwiedziny, z określonych powodów, mogą być ograniczone bardziej niż wskazano w niniejszych wytycznych.

Najprawdopodobniej ograniczy to liczbę osób w każdym z obszarów, aby dostosować się do zasad dotyczących społecznego dystansu. W tym przypadku kobiety i ich partnerzy/ inne wyznaczone osoby otrzymają jednoznaczne wyjaśnienia.

4.3 Członkowie społeczeństwa, którzy doświadczają objawów związanych z COVID-19, nie powinni odwiedzać szpitali położniczych.

4.4 Członkowie społeczeństwa, którzy doświadczają objawów związanych z COVID-19, nie powinni odwiedzać szpitali położniczych:

- a. Liczba osób odwiedzających w placówkach położniczych będzie ograniczona do jednej osoby na kobietę w danym czasie;
- b. Kobiety będą proszone o wyznaczenie maksymalnie dwóch osób (jedna będzie wyznaczoną osobą towarzyszącą przy porodzie), które będą miały możliwość odwiedzin przez cały czas trwania pobytu w szpitalu;
- c. W przypadku, gdy wyznaczona osoba nie czuje się dobrze, może zostać wyznaczona inna osoba;
- d. W przypadku, gdy pacjent nie jest w stanie wyznaczyć osoby, najbliższy krewny zostanie poproszony o wskazanie innej osoby;
- e. Wizyty będą trwać maksymalnie jedną godzinę. Wszelkie wyjątki od tej zasady muszą być uzgodnione z położną kierującą oddziałem;
- f. Czas trwania wizyty powinien być uzgodniony z wyznaczoną osobą wizytującą i położną kierującą oddziałem.

Tabela wzrostu zachorowań przedstawia w zarysie lokalny wskaźnik zachorowań przy założeniu, że czynnikiem definiującym jest intensywna opieka medyczna – może on ulec zmianie i będzie często sprawdzany.

Mogą wystąpić lokalne ogniska w obszarach Funduszu Zdrowia i Opieki Społecznej i domach opieki, które będą wymagały konkretnej interwencji na poziomie lokalnym w przypadku wystąpienia wzrostu zachorowań.

Wzrost zachorowań	Ekstremalnie/Bardzo wysoki poziom	Średni poziom	Niski poziom/ przed falą zachorowań
Oddziały położnicze	Osoba towarzysząca przy porodzie będzie miała możliwość towarzyszyć ciężarnej kobiecie na oddziale porodowym WYŁĄCZNIE w celu aktywnego porodu.	Osoba towarzysząca przy porodzie będzie mogła towarzyszyć ciężarnej kobiecie podczas badania celem ustalenia wieku ciąży, badania w kierunku nieprawidłowości oraz podczas aktywnego porodu.	Osoba towarzysząca przy porodzie będzie mogła towarzyszyć kobiecie ciężarnej podczas badania celem ustalenia wieku ciąży, na oddziale dla kobiet we wczesnej ciąży, badaniu w kierunku nieprawidłowości i na oddziale medycyny płodowej, podczas indukcji porodu, w czasie trwania porodu oraz, w razie potrzeby, podczas wizyt na oddziale przedporodowym i poporodowym.

Podsumowanie przeglądu dowodów: osoby towarzyszące przy porodzie odwiedzające oddziały położnicze

(1/6/2020)

Wydział strategicznego doradztwa klinicznego dokonał szybkiego przeglądu dowodów w celu zidentyfikowania i podsumowania opublikowanych materiałów dotyczących zakażenia koronawirusem oraz wpływu osób odwiedzających szpital na przenoszenie choroby, jak również wpływu zmniejszonego zaangażowania osób towarzyszących przy porodzie na szpitalnym oddziale położniczym.

Wyniki

Nie było żadnych publikacji odnoszących się do osób towarzyszących przy porodzie i szpitalnym zakażeń koronawirusem. W badaniach osób odwiedzających i zakażeń szpitalnych udokumentowano przypadki zakażeń na terenie całego szpitala lub poszczególnych oddziałów (np. oddział pediatryczny), jednak nie ustosunkowano się do oddziałów położniczych.

Wykazano, że często dochodziło do zakażenia w szpitalu podczas opieki nad pacjentami z COVID-19. W jednym z badań najbardziej zanieczyszczonymi przedmiotami były drukarki samoobsługowe (20,0%), biurka/klawiatury (16,8%) i klamki do drzwi (16,0%), przy czym dozowniki do dezynfekcji rąk (20,3%) i rękawiczki (15,4%) były najbardziej skażonymi środkami ochrony indywidualnej (PPE)¹. Środowisko szpitalne może zatem być źródłem rozprzestrzeniania się wirusa, również wśród pracowników służby zdrowia, pacjentów i gości.

Rola odwiedzających w zakażeniach szpitalnych podczas wybuchów epidemii koronawirusów

COVID-19

W jednym z retrospektywnych badań kohortowych w Chinach udokumentowano wskaźnik zakażenia gości Covid-19 na poziomie 9,8%², jednakże odwiedzający

zostali pogrupowani z pacjentami, którzy uczęszczali na oddziały ambulatoryjne, jak również z pacjentami hospitalizowanymi, którzy udali się do domu, a następnie wystąpiły u nich objawy.

Pozostałe badania dotyczące zakażeń szpitalnych odnosiły się do SARS (n=1)³ i MERS (n=1)⁴.

SARS

Podczas epidemii SARS w 2003 r. w jednym ze szpitali pediatrycznych zgłoszono zerowy wskaźnik zakażeń szpitalnych (pracownicy opieki zdrowotnej i odwiedzający), gdzie jeden z rodziców mógł odwiedzać dziecko z dodatnim wynikiem SARS na 2 godziny dziennie³. Oddział ten wdrożył ścisły system zapobiegania i kontroli zakażeń, który obejmował: podział oddziałów na 3 obszary (1. obszar bardzo wysokiego ryzyka, 2. obszar wysokiego ryzyka i 3. obszar umiarkowanego ryzyka) zgodnie z różnymi poziomami ryzyka przenoszenia SARS w środowisku szpitalnym, rejestrowanie odwiedzających po przybyciu na oddział w przypadku, gdyby w przyszłości konieczne było skontaktowanie się z nimi w przyszłości oraz korzystanie ze środków ochrony indywidualnej zgodnie z poziomem ryzyka. Rutynowe dokładne czyszczenie i dezynfekcja podłogi, stołów, komputerów i sprzętu medycznego na wszystkich oddziałach były przeprowadzane co najmniej trzy razy dziennie przy użyciu roztworu podchlorynu sodu w stężeniu 1000 ppm³.

MERS

Do zakażenia MERS w Korei Południowej w 2015 r. doszło prawie w całości (99,4%) w środowisku szpitalnym⁵. Przyczyny były w dużej mierze związane z niewłaściwym zarządzaniem zakażeniami i niewłaściwą polityką, a nie z czynnikami biomedycznymi. W retrospektywnym badaniu kohortowym z 2014 r. zdefiniowano przypadek MERS rozpoznany w szpitalu jako wykryty za pomocą metody RT-PCR dodatni wynik u osoby z objawami, narażonej na kontakt ze szpitalem (pracownik służby zdrowia, pacjent lub osoba odwiedzająca) z objawami 2-14 dni po styczności ze szpitalem⁴. 11,5% zakażeń szpitalnych stanowiły osoby odwiedzające szpital. Uchybienia w kontroli zakażeń obejmowały niewielkie odseparowanie pacjentów z podejrzeniem MERS,

nagromadzenie pacjentów i niekonsekwentne stosowanie środków ostrożności w kontroli zakażeń; gwałtowna poprawa tych uchybień spowodowała spadek liczby przypadków⁴.

Osoby towarzyszące przy porodzie na oddziale położniczym

Odnosnie do korzyści płynących z obecności osób towarzyszących przy porodzie na oddziale położniczym dowody niskiej jakości potwierdzają, że ich obecność przy porodzie i narodzinach wpływa na poprawę sytuacji kobiet i niemowląt⁶. Wsparcie emocjonalne może zwiększyć kontrolę nad porodem i dać pozytywne doświadczenia związane z porodem dla obojga rodziców. Nawiązywanie więzi pomiędzy rodzicami a noworodkiem wzrasta w pierwszych kilku dniach po porodzie⁷ a ograniczanie wizyt zmniejsza możliwość nawiązywania więzi, co może być szczególnie istotne w przypadku przyjmowania niemowląt na oddział noworodkowy.

Literatura

1. Ye G; Lin H; Chen S; Wang S; Zeng Z; Wang W; Zhang S; Rebmann T; Li Y; Pan Z; Yang Z; Wang Y; Wang F; Qian Z; Wang X. Environmental contamination of SARS-CoV-2 in healthcare premises. *Journal of Infection*. 2020 Apr 30.
2. Cao J; Tu WJ; Cheng W; Yu L; Liu YK; Hu X; Liu Q. Clinical Features and Short-term Outcomes of 102 Patients with Corona Virus Disease 2019 in Wuhan, China. *Intensive Care Medicine*. 2020; 14(1): 1-3. [Epub ahead of print].
3. Leung TF; Ng PC; Cheng FW; Lyon DJ; So KW; Hon EK; Li AM; Li CK; Wong GW; Nelson EA; Hui J; Sung RY; Yam MC; Fok TF. Infection Control for SARS in a tertiary paediatric centre in Hong Kong. *Journal of Hospital Infection*. 2004 Mar; 56(3):215-22.
4. Hastings DL; Tokars JI; Abdel Aziz IZ et al. Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome at Tertiary Care Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2014. *Emerging Infectious Diseases*. 22(5):794801, 2016.
5. Kim KH; Tandir TE; Choi JW; Moon JM; Kim MS. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak in South Korea, 2015: epidemiology, characteristics and public health implications. *Journal of Hospital Infection*. 95(2):207-213, 2017 Feb.
6. Bohren M, Hofmeyr G, Sakala C, Fukuzawa R, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systemic Reviews*. 2017.

7. Brandao S; Figueiredo B. Father's emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*. 68(12):2730-9, 2012 Dec.

COVID-19: LOKALNE ZASADY WIZYT W PLACÓWKACH OPIEKI ZDROWOTNEJ W IRLANDII PÓŁNOCNEJ

Data publikacji: 30 czerwca 2020 r.

Data wprowadzenia w życie: lipiec 2020 r.

Wszystkie osoby odwiedzające placówki opieki zdrowotnej i społecznej oraz domy opieki są zobowiązane do zakrycia twarzy w najbliższej przyszłości.

**OSOBY DOŚWIADCZAJĄCE OBJAWY ZWIĄZANE Z KORONAWIRUSEM NIE
POWINNY ODWIEDZAĆ DOMÓW OPIEKI.**

1.0 WPROWADZENIE

- 1.1 Głównym priorytetem nadal jest zmniejszenie ryzyka przenoszenia COVID-19 w domach opieki i zapobieganie przyszłym wybuchom epidemii, aby zapewniać zdrowie i bezpieczeństwo zarówno osobom przebywającym w całodobowym ośrodku opieki, jak i personelowi. Istnieją pewne problemy, z którymi borykają się domy opieki, w odróżnieniu od innych placówek służby zdrowia i opieki, związane z ochroną podopiecznych przed zakażeniem, a także szczególne ryzyko wybuchu epidemii w domach opieki.
- 1.2 Te wytyczne **MUSZĄ** być czytane razem z COVID-19: LOKALNE ZASADY WIZYT W PLACÓWKACH OPIEKI ZDROWOTNEJ W IRLANDII PÓŁNOCNEJ (Data publikacji: 30 czerwca 2020 r.)
- 1.3 Zarządzający całodobowymi ośrodkami opieki i domami opieki muszą najpierw wziąć pod uwagę szczegółowe wytyczne dotyczące wizyt na poziomie lokalnym w Załączniku 1 powyższych wytycznych i zastosować te wytyczne w pierwszej kolejności. W oparciu o najlepsze opinie naukowe dostępne w danym czasie, sytuacja dotycząca wzrostu zachorowań na poziomie lokalnym jest dostosowana do poziomu wzrostu pandemicznego/ wartości R.

- 1.4 Jeżeli lokalny wskaźnik zachorowań wskazuje, że możliwe jest wprowadzenie kontrolowanych wizyt na poziomie niskiego poziomu zachorowań lub przed falą zachorowań, domy opieki powinny wtedy wziąć pod uwagę własne szczególne okoliczności w danym czasie w związku z wybuchem zakażenia w domu opieki i zastosować się do następujących wytycznych:

Status	Ogólne wytyczne dotyczące wizyt
Wybuch zakażenia w domu opieki. • „Wybuch” jest zdefiniowany jako dwa lub więcej potwierdzonych lub podejrzanych przypadków u podopiecznych lub personelu. • Dom opieki pozostaje w stanie „wybuchu epidemiologicznego” do momentu gruntownego odkażenia oddziału.	Odwiedzanie wyłącznie w wyjątkowych okolicznościach (np. w przypadku osób u kresu życia) pod warunkiem ścisłego zapobiegania i kontroli zakażeń oraz stosowania środków ochrony indywidualnej.
W domu opieki nie ma ogniska zakażenia; nadal istnieją dowody na rozprzestrzenianie się zakażenia w społeczności.	Ograniczone wizyty z przestrzeganiem środków ostrożności w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń.

Może to oznaczać, że na przykład sytuacja lokalna wskazuje na to, że ustalenia dotyczące odwiedzin przed falą zachorowań/ na niskim poziomie zachorowań mają zastosowanie na poziomie *lokalnym*, ale *sytuacja poszczególnych domów opieki* w tym czasie może *wymagać innych ustaleń dotyczących odwiedzin*.

2.0 OCENA RYZYKA

- 2.1 Przed ponownym wprowadzeniem odwiedzin, domy opieki powinny przeprowadzić odpowiednią ocenę ryzyka w celu ustalenia, czy odwiedziny

mogą zostać wznowione i w jakich okolicznościach, oraz opracować politykę odwiedzin, która to odzwierciedli.

2.2 Ocena powinna uwzględniać istotne czynniki, w tym:

- 2.2.1 równowagę pomiędzy korzyściami dla podopiecznych, a ryzykiem wprowadzenia infekcji przez odwiedzających do domu opieki lub rozprzestrzeniania się infekcji z domu opieki na społeczność;
- 2.2.2 zdolność danego miejsca do wprowadzenia praktycznych środków mających na celu złagodzenie ryzyka związanego z wizytą, np. ustalenia dotyczące wpisywania i wypisywania się przy wejściu i wyjściu, odpowiednie oznakowanie, system chodzenia w jednym kierunku, możliwość umycia rąk;
- 2.2.3 ryzyko dla zdrowia i dobrego samopoczucia wynikające z potrzeb danej grupy podopiecznych w tym otoczeniu. Będzie to obejmowało zarówno to, czy ich potrzeby sprawiają, że są oni szczególnie narażeni na COVID-19, jak i to, czy ich potrzeby sprawiają, że wizyty są szczególnie ważne;
- 2.2.4 porady Agencji Zdrowia Publicznego (PHA), lokalnych zespołów ds. profilaktyki i kontroli zakażeń Funduszu Zdrowia i Opieki Społecznej oraz zespołu ochrony zdrowia PHA (w przypadku wybuchu epidemii);
- 2.2.5 rozmowy z personelem w celu zajęcia się wszelkimi obawami i zapewnienia odpowiedniego wsparcia, polityki i procedur, aby umożliwić personelowi bezpieczne i zgodne z odpowiednimi wytycznymi wizyty;
- 2.2.6 czy i w jakim stopniu środowisko domu opieki sprzyja wizycie z uwzględnieniem zmian mających na celu zminimalizowanie ryzyka, na przykład, czy wizyta może być przeprowadzona na świeżym powietrzu, np. we wspólnym ogrodzie;
- 2.2.7 prawdopodobny praktyczny wymiar skuteczności działań mających na celu zachowanie dystansu społecznego pomiędzy odwiedzającym i podopiecznymi, biorąc pod uwagę możliwości poznawcze podopiecznych i ich potrzeby komunikacyjne;

- 2.2.8 czy którykolwiek z podopiecznych wymaga zindywidualizowanej oceny swojej sytuacji w celu bezpiecznego przeprowadzenia wizyty, na przykład osoby, które mogą być zobowiązane do zminimalizowania kontaktów społecznych lub w przypadku, gdy przestrzeganie przez daną osobę wymogów związanych z dystansem społecznym podczas wizyty może stanowić szczególne wyzwanie, oraz w przypadku, gdy można wprowadzić wystarczające środki zapobiegania i kontroli zakażeń w celu ochrony podopiecznych, personelu i odwiedzających, aby umożliwić przeprowadzenie wizyty;
- 2.2.9 rozważenie strategii zarządzania i łagodzenia wszelkich niezamierzonych konsekwencji ponownego wprowadzenia wizyt, takich jak reakcja na stres, która może wymagać dodatkowego wsparcia emocjonalnego/psychologicznego dla poszczególnych podopiecznych.

3.0 WDROŻENIE

- 3.1 Wizyty wirtualne pozostają preferowaną opcją w kontekście zmniejszania i zarządzania liczbą odwiedzin w domach opieki i takie wizyty powinny być nadal popierane i ułatwiane.
- 3.2 Należy zawsze stosować się do obowiązujących wymagań dotyczących dystansu społecznego, środków zapobiegawczych i kontroli zakażeń oraz wszelkich zalecanych lub wymaganych sposobów użycia środków ochrony indywidualnej, w tym zakrywania twarzy/maski. Osoby odwiedzające dom opieki muszą mieć zakryte nos i usta i powinny posiadać własne zakrycie twarzy przed rozpoczęciem wizyty.
- 3.3 Wizyty mogą być przeprowadzone jedynie po umówieniu się na wizytę – nie można przeprowadzać wizyt bez wcześniejszego umówienia się. Wizyty będą musiały być wcześniej umówione na konkretny dzień i godzinę. Odwiedzający muszą zgłosić się do domu opieki w odpowiednim czasie przed umówioną wizytą, na wypadek, gdyby sytuacja w domu opieki uległa zmianie. Ma to na

celu ochronę innych podopiecznych domu opieki, personelu i rodzin oraz zapewnienie równego dostępu do wizyt.

- 3.4 Domy opieki mogą zdecydować się na przeprowadzenie pytań kontrolnych przed wizytą, pytając odwiedzających o konkretne objawy wskazujące na możliwe zakażenie COVID19. Jeżeli którakolwiek z odwiedzających osób wskazuje na obecność jakiegoś objawu, wizyta nie powinna mieć miejsca.
- 3.5 Zależnie od oceny ryzyka domu opieki, liczby podopiecznych i innych czynników środowiskowych, wizyty mogą być ograniczone do maksymalnej liczby tygodniowo na jednego podopiecznego. Ma to na celu umożliwienie każdemu pacjentowi skorzystania z wizyty wtedy, gdy sobie tego życzy, pomoc w usprawnieniu organizacji spotkań, ułatwienie wizyt, wprowadzenie odpowiednich ulepszonych środków czystości pomiędzy wizytami (patrz <https://www.niinfectioncontrolmanual.net/cleaning-disinfection>) oraz ocenę wpływu ponownego wprowadzenia wizyt dla personelu, podopiecznych i krewnych.
- 3.6 Maksymalnie 6 osób może odwiedzić jednego podopiecznego za zgodą kierownika domu opieki i jeżeli istnieje możliwość bezpiecznego zorganizowania takiej wizyty.
Należy stosować się do wszystkich wymogów dotyczących dystansu społecznego, zapobiegania i kontroli zakażeń oraz środków ochrony indywidualnej.
- 3.7 Dzieci mogą odwiedzać podopiecznych **tylko** w wyjątkowych okolicznościach, uzgodnionych z kierownikiem domu indywidualnie dla każdego przypadku.
- 3.8 Czas trwania każdej wizyty zostanie określony na podstawie oceny ryzyka i polityki wizyt w domu opieki, a w razie potrzeby na podstawie oceny sytuacji danego podopiecznego, przy czym maksymalny czas trwania wizyty wynosi jedną godzinę.

- 3.9 W przypadku, gdy po zakończeniu oceny ryzyka przez dom opieki można bezpiecznie zorganizować wizytę osobistą, preferowane są wizyty na **świeżym powietrzu**, które powinny być przeprowadzane, jeżeli umożliwia to otoczenie, w odpowiednich, bezpiecznych miejscach na terenie domu opieki, przy zastosowaniu wszystkich wymaganych i zalecanych środków z zakresu zapobiegania i kontroli zakażeń.
- 3.10 Wizyty **wewnątrz** budynku mogą być konieczne w szczególnych okolicznościach i gdy warunki pogodowe nie są odpowiednie do organizacji wizyt na zewnątrz.
- 3.11 Jeżeli osobista wizyta wewnątrz budynku jest rozważana jako część polityki wizyt w domu opieki, dom opieki powinien wyznaczyć pokój lub obszar w obrębie placówki, w którym można bezpiecznie wprowadzić i stosować wymagania dotyczące kontroli i zapobiegania zakażeniom.
- 3.12 Zaleca się, aby jednorazowo wizytę składała jedna osoba. Jednakże w niektórych przypadkach sama osoba odwiedzająca może potrzebować pomocy i w tym przypadku maksymalnie dwie osoby mogą w tym samym czasie złożyć wizytę.
- 3.13 Przeprowadzanie wizyt wewnątrz budynku może wymagać użycia barier szklanych/plastikowych pomiędzy podopiecznym a odwiedzającym. Każde takie użycie będzie wymagało uzyskania wskazówek i instrukcji od współpracowników zajmujących się zapobieganiem i kontrolą zakażeń, aby umożliwić skuteczne odkażanie takich barier między wizytami za pomocą odpowiedniego środka dezynfekującego. Porady dotyczące odkażania można również znaleźć w Instrukcji Zapobiegania i Kontroli Zakażeń w Irlandii Północnej (patrz <https://www.niinfectioncontrolmanual.net/basic-principles>).
- 3.14 Odwiedzanie podopiecznych w ich własnych pokojach powinno mieć miejsce tylko w wyjątkowych okolicznościach i przy zastosowaniu surowych środków zapobiegania i kontroli zakażeń. Należy kierować się indywidualnymi ocenami

ryzyka i planami zarządzania, które zawierają szczegóły dotyczące wymogu stosowania odpowiedniego sprzętu ochrony indywidualnej. Wszelkie takie wizyty powinny ograniczać ruch i interakcje wewnątrz domu opieki, przechodząc bezpośrednio do pokoju podopiecznego i wychodząc bezpośrednio po wizycie.

- 3.15 Jeżeli podopieczny chciałby skorzystać z wizyty kapłana, możliwe jest zorganizowanie uzgodnionej i wcześniej ustalonej wizyty. Wizyta ta nie będzie liczona jako planowa wizyta podopiecznego z rodziną/ przyjaciółmi, ani też nie zastąpi tej wizyty. Wizytujący kapłan musi przestrzegać zasad polityki wizyt w domu opieki w odniesieniu do zapobiegania i kontroli zakażeń, środków ochrony indywidualnej, wymogów dotyczących zdystansowania społecznego itp.

4.0 WIZYTY NA KONIEC ŻYCIA

- 4.1 Podopieczny może wskazać w swoim Planie Zaawansowanej Opieki, z kim chciałby się zobaczyć pod koniec swojego życia. Jeżeli nie zostało to odnotowane, podopieczny bliski końca swojego życia powinien zostać zapytany, o ile to możliwe, z kim chciałby się spotkać. Rodzina, najbliżsi krewni i/lub odpowiednie osoby trzecie mogą być w stanie doradzić, gdyby pacjent nie był w stanie sam podać tych informacji. Należy stosować się do wszystkich wymogów w zakresie polityki wizyt w domu opieki, która obejmuje środki zapobiegania i kontroli zakażeń, stosowanie środków ochrony indywidualnej itp.

5.0 KOMUNIKACJA Z RODZINAMI I INNYMI ODWIEDZAJĄCYMI

- 5.1 Dom opieki powinien przekazywać szczegóły swojej polityki odwiedzin podopiecznym, rodzinie i innym odwiedzającym.
- 5.2 Przyjaciele i rodzina powinni zostać poinformowani, że ich zdolność do składania wizyt w domach opieki jest nadal zależna od lokalnych wytycznych i

oceny ryzyka domu opieki oraz od szczególnych warunków panujących w domu opieki oraz podopiecznych i pracujących w nim.

- 5.3 W przypadku, gdy dom opieki proponuje indywidualne podejście do konkretnego podopiecznego, placówka ta powinna starać się zaangażować w tę decyzję rodzinę i innych prawdopodobnych gości, jak również, w stosownych przypadkach, samego podopiecznego.