

Brüsszel, 2012.11.13.
COM(2012) 658 final

A BIZOTTSÁG JELENTÉSE A TANÁCSNAK

a tagállamok jelentései alapján az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését és leküzdését is magában foglaló megbiztonságról szóló tanácsi ajánlás (2009/C 151/01) végrehajtásáról

(EGT-vonatkozású szöveg)

{SWD(2012) 366 final}

TARTALOMJEGYZÉK

1.	Bevezetés.....	3
2.	A tagállami szintű fő intézkedések összefoglalása	4
2.1.	Általános megbiztonság	4
2.1.1.	A megbiztonságra vonatkozó nemzeti szakpolitikák és programok kidolgozása	4
2.1.2.	Tájékoztató a nemkívánatos eseményekről	5
2.1.3.	A betegek tudatosságának növelése	5
2.1.4.	Az egészségügyi dolgozók megbiztonsági oktatása és képzése.....	6
2.1.5.	A határokon átnyúló megbiztonsági intézkedések	6
2.1.6.	Kutatás.....	6
2.1.7.	A legtöbb és a legkevesebb ország által végrehajtott ajánlások	6
2.2.	Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések.....	8
2.2.1.	Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó stratégia elfogadása és végrehajtása	8
2.2.2.	Ágazatközi mechanizmus vagy azzal egyenértékű rendszer létrehozása	10
3.	Az Európai unió szintjén bevezetett fő intézkedések.....	10
3.1.	Általános megbiztonság	10
3.2.	Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések.....	11
4.	Társadalmi-gazdasági környezet.....	13
5.	Következtetések	14

1. BEVEZETÉS

A Tanács 2009 júniusában elfogadta az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését és leküzdését is magában foglaló betegbiztonságról szóló ajánlást (2009/C 151/01) (a továbbiakban: ajánlás).

Az ajánlás két fejezetből áll. Az általános betegbiztonságra vonatkozó első fejezet az egészségügyi ellátásban részesülő betegeket érő károsodás minimálisra csökkentését célzó intézkedések bevezetésére kéri fel a tagállamokat. Ilyen intézkedés például a betegbiztonságra vonatkozó nemzeti szakpolitikák kidolgozása; a betegek tájékozottságának és tudatosságának növelése; a nemkívánatos eseményekre vonatkozó jelentéstételi és tanulási rendszerek kialakítása; az egészségügyi dolgozók oktatásának és képzésének támogatása; a kutatás előmozdítása. Az ajánlás felkéri a tagállamokat, hogy osszák meg egymással az ismereteket, a tapasztalatokat és a bevált gyakorlatokat, valamint az egymással és a Bizottsággal való együttműködés révén uniós szinten osztályozzák és kodifikálják a betegbiztonságot.

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó második fejezet a tagállamokat az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó megfelelő szintű stratégia elfogadására és végrehajtására, valamint a stratégia összehangolt végrehajtását szolgáló ágazatközi mechanizmus vagy azzal egyenértékű rendszer létrehozásának megfontolására kéri fel. A stratégiának ki kell terjednie a fertőzések megelőzését és leküzdését célzó nemzeti és regionális szintű, illetve az egészségügyi intézmények szintjén végrehajtandó intézkedésekre, a felügyeleti rendszerekre, az egészségügyi dolgozók oktatására és képzésére, a betegek tájékoztatására, valamint a kutatásra.

Az ajánlás más uniós kezdeményezéseket egészít ki. A 2013 októberéig átültetendő, a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló, 2011. március 9-i 2011/24/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv¹ nem pusztán a betegjogokat kívánja tisztázni azokban az esetekben, amikor a beteg egy másik tagállamban részesül ellátásban, hanem azt is biztosítani kívánja, hogy az ilyen ellátás biztonságos és jó minőségű legyen. Ezért számos rendelkezést tartalmaz az egészségügyi ellátás biztonságára és minőségére vonatkozóan: tagállami együttműködés az előírások és az iránymutatások tekintetében, a betegek tájékoztatása az egészségügyi szolgáltatókról és az alkalmazott biztonsági/minőségi előírásokról, valamint az előzetes engedély visszautasításának lehetősége, amennyiben kétségek merülnek fel az ellátás helye szerinti tagállamban működő egészségügyi szolgáltató minőségével és biztonságával kapcsolatban.

Az irányelvben előírt biztonsági előírások értékelésekor figyelembe fogják venni az ajánlásban szereplő intézkedések végrehajtását (az ismeretek, a tapasztalatok és a bevált gyakorlatok megosztása; a tagállamokban nyújtott egészségügyi ellátásra alkalmazandó betegbiztonsági előírások rendszeres felülvizsgálata és naprakészé tétele; a betegek tájékoztatása a károsodások csökkentését vagy megelőzését célzó biztonsági intézkedésekről és a betegbiztonsági előírásokról; az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó stratégia elfogadása és végrehajtása, beleértve a stratégia összehangolt végrehajtását szolgáló ágazatközi mechanizmus vagy egy azzal egyenértékű rendszer létrehozását).

¹ HL L 88., 2011.4.4., 45. o.

A 2011/24/EU irányelv 12. cikkének célja emellett a kiválósági központok és az európai referenciahálózatok fejlesztése. Első lépésként a Bizottságra ruházta a jogot, hogy felhatalmazáson alapuló jogi és végrehajtási aktusok révén határozza meg az ezekre a központokra és hálózatokra vonatkozó kritériumokat és feltételeket. A betegbiztonsági követelményeket és kritériumokat valószínűleg ebben a kontextusban fogják meghatározni. A jövőbeli európai referenciahálózatok egészségügyi ellátási központjai ezenkívül közös betegbiztonsági kezdeményezések vagy gyakorlatok végrehajtásával hozzá fognak járulni az összetett eljárások során alkalmazott bevált gyakorlatok meghatározásához.

Végezetül pedig a Bizottság által 2011 novemberében elfogadott „Cselekvési terv az antimikrobiális rezisztenciából származó növekvő kockázatok megakadályozására” című közlemény hatékony intézkedéseket kíván bevezetni a mikrobiális fertőzéseknek és a mikroorganizmusok terjedésének megelőzésére. Az egészségügyi létesítményekben alkalmazott fertőzésmegelőzés és -leküzdés megerősítése (a cselekvési terv 4. intézkedése) hozzá fog járulni e célkitűzés eléréséhez.

Az ajánlás felkéri a Bizottságot, hogy a tagállamoktól kapott információk alapján nyújtson be a Tanácsnak végrehajtási jelentést. A tagállamokat 2011 áprilisában felkérték, hogy szabványosított kérdőív alapján készítsenek jelentést a Bizottságnak az ajánlás megvalósítása terén elért eredményeikről. A Bizottság valamennyi tagállamtól, ezenkívül önkéntes alapon egy EGT-államtól (Norvégia²) is megkapta a jelentést; öt régió az általános betegbiztonságról, 15 régió pedig az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekről jelentett. 2012 júliusában emellett 14 tagállam frissítette az általános betegbiztonságról szóló információkat.

Ez a jelentés összefoglalja a tagállami és uniós szinten 2011 júniusáig (az általános betegbiztonsági rész vonatkozásában 2012 júliusáig) hozott fő intézkedéseket, és felhívja a figyelmet az ajánlás azon részeire, amelyekkel kapcsolatban további intézkedésekre van szükség. A jelentéshez bizottsági szolgálati munkadokumentum is kapcsolódik, amely a kapott válaszok részletesebb technikai elemzését tartalmazza. A jelentésben csak a nemzeti szintű válaszokat mutatjuk be³; a bizottsági szolgálati munkadokumentum egyaránt elemzi a nemzeti és regionális szinten adott válaszokat is. A jelentésben az *országok* szó alatt a tagállamokat és Norvégiát kell érteni.

2. A TAGÁLLAMI SZINTŰ FŐ INTÉZKEDÉSEK ÖSSZEFOGLALÁSA

2.1. Általános betegbiztonság

2.1.1. A betegbiztonságra vonatkozó nemzeti szakpolitikák és programok kidolgozása

Valamennyi ország kidolgozott betegbiztonsági szakpolitikákat, és/vagy egészségügyi szakpolitikáiba kiemelt kérdéskörként ágyazta be a betegbiztonság kérdését. Tizenkilenc tagállamban hivatalosan, jogi aktussal hoztak létre országos vagy regionális szintű, betegbiztonságért felelős illetékes hatóságot, további hat tagállamban pedig jogi aktus nélkül jelöltek ki ilyen hatóságot. Az illetékes hatóságok fő feladata a bevált gyakorlatok feltárása és támogatása, a betegbiztonsági programokkal kapcsolatos információk összegyűjtése és

² Norvégia aktívan részt vesz a betegbiztonsággal kapcsolatos uniós szintű tevékenységekben, ezért e jelentés elemzéseibe is bevontuk.

³ Amennyiben egy tagállam csak regionális szinten adott válaszokat, az e tagállam régióitól kapott hasonló válaszokat országos szintű válaszként kezeltük.

betegbiztonsági iránymutatások kidolgozása. Tizenöt tagállamban léteznek rendszeresen frissített betegbiztonsági előírások, ezek tizenegy tagállamban kötelező érvényűek. További nyolc országban vannak a normákon kívüli egyéb betegbiztonsági intézkedések (például tudományos eredményeken alapuló klinikai iránymutatások, akkreditációs eljárások és a betegbiztonsági kultúrára irányuló mérések). A tagállami jelentések szerint ugyanakkor jelenleg öt tagállamban nem léteznek betegbiztonsági előírások, sem egyéb betegbiztonsági intézkedések. Az országok túlnyomó többsége (huszonnégy ország) hasznosnak tartaná, ha iránymutatásokat kapna a betegbiztonsági előírások kidolgozásának és bevezetésének módszereire nézve.

2.1.2. Tájékoztatás a nemkívánatos eseményekről

Az ajánlás a nemkívánatos eseményekre vonatkozó jelentéstételi és tanulási rendszerek kialakítására kéri fel a tagállamokat. 2012 júliusában ezek a rendszerek tizenöt tagállamban már teljes mértékben, tizenegy további tagállamban pedig részben működtek. Fő feladatuk, hogy tájékoztatást nyújtsanak a nemkívánatos események okairól, valamint típusonként nyilvántartsák a nemkívánatos események számát. Tizennyolc országban e rendszerek a jelentéstétel szankciómentességének biztosítása érdekében a fegyelmi eljárásoktól elkülönítve működnek. Azon országok többségében, ahol jelentéstételi és tanulási rendszerek működnek, az egészségügyi szakembereket és más egészségügyi dolgozókat arra ösztönzik, hogy jelezzék a nemkívánatos eseményeket. Az országok kétharmadában az elmúlt két év során nőtt az egészségügyi szakemberek által tett bejelentések száma.

A huszonhat szóban forgó tagállam közül tizenháromban a jelentéstételi és tanulási rendszerek a betegek és családjuk számára is lehetővé teszik az ilyen események bejelentését. A bejelentések számáról azonban csak kilenc tagállamban gyűjtöttek folyamatosan adatokat; ezek közül 2009 és 2012 között öt tagállamban nőtt a betegek által tett bejelentések száma.

2.1.3. A betegek tudatosságának növelése

Az ajánlás a betegek tudatosságának növelésére ösztönzi a tagállamokat, mégpedig a betegszervezetek és az egyes betegek bevonása révén.

Tizennégy országban a betegszervezeteket formálisan is felkérték, hogy vegyenek részt a betegbiztonsági szakpolitikák kidolgozásában, hat országban pedig nem formális a részvételük, de a szokásos gyakorlat részét képezi.

Az ajánlás azt javasolja a tagállamoknak, hogy ismertessék meg a betegekkel a betegbiztonsági előírásokra, a hibák előfordulásának csökkentését vagy megelőzését szolgáló biztonsági intézkedésekre, a panasztételi eljárásokra és a rendelkezésre álló jogorvoslati, valamint kárpótlási lehetőségekre vonatkozó információkat, továbbá tájékoztassák őket azon jogukról, hogy megfelelő tájékoztatást követően eldönthessék, beleegyeznek-e a kezelésbe vagy sem. A felsorolt területek közül legalább egyről a jelentést benyújtó országok mindegyikében tájékoztatják a betegeket (a megfelelő tájékoztatás után történő beleegyezés jogáról); az összes felsorolt tárgyról azonban csak öt tagállamban tájékoztatják őket, a legkevésbé pedig a betegbiztonsági előírásokról. A tagállamok több mint a fele másrészt arról számolt be, hogy a polgárok számára elérhető az akkreditált egészségügyi intézmények jegyzéke. A betegek többnyire nyilvános honlapokon tájékozódhatnak, vagy egészségügyi szakemberektől kapnak felvilágosítást. Huszonhárom országban működik olyan mechanizmus, amely fogadja a betegek visszajelzéseit a rendelkezésre bocsátott információk hozzáférhetőségével és pontosságával kapcsolatban. A visszajelzéseket például az intézményből történő elbocsátáskor kitöltendő papíralapú vagy online kérdőívek, a betegek

tapasztalatainak felmérésére irányuló éves adatfelvételek vagy az e célból létrehozott honlapon közzétehető hozzászólások formájában gyűjtik.

Csak tizenkét tagállamban dolgoztak ki és terjesztenek alapvető betegbiztonsági kompetenciákat a betegek körében, és a jelentésekből kitűnik, hogy a fogalmat országról országra különféleképpen értelmezik. Két tagállam dolgozta ki külön az alapvető kompetenciákat a betegek számára, míg tíz további tagállam egyéb egészségügyi szakpolitikákba iktatott be ezzel kapcsolatos elemeket.

2.1.4. Az egészségügyi dolgozók betegbiztonsági oktatása és képzése

Egy kivétellel valamennyi ország arról számolt be, hogy az elmúlt két év során támogatták az egészségügyi szakemberek betegbiztonsági oktatását és képzését. Csak tizenöt országban létezik azonban kötelező előírás arra vonatkozóan, hogy egy vagy több oktatástípusnak tartalmaznia kell betegbiztonságra vonatkozó modulokat. Főként az ápolóknak és orvosoknak javasolnak ilyen modulokat a szakmai továbbképzés, a posztgraduális oktatás vagy a munkahelyi képzés keretében. Az egészségügyi vezetők és más egészségügyi dolgozók számára – az orvosok, az ápolók és a gyógyszerészek kivételével – kevesebb ilyen lehetőség áll rendelkezésre. Egyetlen országban sem építették be a betegbiztonság témakörét minden egészségügyi szakma oktatásának valamennyi szintjébe, de három ország belevette az orvosok, az ápolók és a gyógyszerészek oktatásába.

2.1.5. A határokon átnyúló betegbiztonsági intézkedések

Egyes tagállamok a nemzeti szintű betegbiztonsági intézkedések mellett határokon átnyúló betegbiztonsági intézkedésekről is beszámolnak.

Három tagállam dolgozott ki a nemzeti stratégia mellett határokon átnyúló betegbiztonsági stratégiát is. Két tagállamban működtetnek határokon átnyúló jelentéstételi és tanulási rendszereket. Tizenöt ország vezetett be külön eljárásokat a nem rezidens betegeknek a betegbiztonsági előírásokról és egyéb betegbiztonsági intézkedésekről való tájékoztatására. Ezeket az eljárásokat azonban a jelentések nem részletezik.

2.1.6. Kutatás

Tíz tagállam számol be arról, hogy rendelkezik betegbiztonsággal kapcsolatos nemzeti kutatási programmal. A jelenleg folyó kutatások a betegbiztonsági kultúrára, a gyógyszerelési hibák kockázatának csökkentésére, a betegek gyógyszerelési kompetenciáinak fejlesztésére, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekre, az időskorú lakosság körében az esések megelőzésére, az egészségügyi dolgozók munkahelyi hiányzásának a betegek elégedettségére gyakorolt hatására, a teleradiológia hatására vészhelyzetek esetén, a nemkívánatos események mérésének eszközeire, valamint a kórházban fekvő betegeket érintő nemkívánatos események gyakoriságára irányulnak.

2.1.7. A legtöbb és a legkevesebb ország által végrehajtott ajánlások

Az ajánlásban szereplő és e jelentésben elemzett tizenhárom intézkedés⁴ közül a következő hármat hajtották végre a legtöbb országban: a betegbiztonság kérdésének kiemelt

⁴ A betegbiztonságért felelős illetékes hatóság kijelölése; a betegbiztonság kérdésének mint kiemelt kérdéskörnek a beágyazása az egészségügyi szakpolitikákba; biztonságosabb és felhasználóbarátabb rendszerek, folyamatok és eszközök kidolgozása; a biztonsági előírások és/vagy a legjobb gyakorlatok

kérdéskörként történő bevonása az egészségügyi szakpolitikákba (valamennyi ország); a betegbiztonságért felelős illetékes hatóság kijelölése (25 ország); az egészségügyi dolgozók betegbiztonsági képzésének támogatása (24 ország).

A legkevesebb országban végrehajtott intézkedések a következők: a betegbiztonság témakörének beépítése az egészségügyi szakemberek oktatásába és képzésébe (három ország); a betegek teljes körű tájékoztatása a betegbiztonságról (öt ország); alapvető betegbiztonsági ismeretek közvetítése az egészségügyi dolgozóknak (11 ország); alapvető betegbiztonsági kompetenciák kialakítása a betegeknél (12 ország).

Az egyes országok által végrehajtott intézkedések száma a következőképpen alakul:

Mind a tizenhárom intézkedést végrehajtotta	0 ország
10–12 intézkedést hajtott végre	9 ország: CZ, DE, DK, ES, FR, IE, IT, NL, UK
6–9 intézkedést hajtott végre	14 ország: AT, BE, BG, EE, FI, LT, LU, MT, NO, PL, PT, SE, SI, SK
4–6 intézkedést hajtott végre	3 ország: CY, HU, LV
1–3 intézkedést hajtott végre	2 ország: EL, RO

2008. évi hatásvizsgálatában⁵ a Bizottság információkat tett közzé a tagállamok érvényes betegbiztonsági intézkedéseiről (köztük a jelentéstételi és tanulási rendszerek meglétéről és fejlettségéről, a betegbiztonságért felelős illetékes hatóság létrehozásáról, valamint a tagállamoknak a betegbiztonsági ismeretek és tudományos eredmények kidolgozására és alkalmazására irányuló uniós vagy nemzetközi szintű kezdeményezésekben való tevékeny részvételéről). Összehasonlítva a jelenlegi, 2012. évi helyzetet a 2008. évvel, a fejlődés leginkább a jelentéstételi és tanulási rendszerek terén figyelhető meg: 2008-ban csak négy rendszer volt szankciómentes, jelenleg tizenhat; ma tizenegy rendszerben a betegek is jelenthetik a nemkívánatos eseményeket, míg 2008-ban erre csak három rendszerben nyílt

rendszeres felülvizsgálata és naprakésszé tétele; az egészségügyi szakmai szervezetek ösztönzése, hogy vállaljanak tevékeny szerepet a betegbiztonság területén; a biztonságos gyakorlatok előmozdítása a leggyakrabban előforduló nemkívánatos események megelőzése céljából; a betegszervezetek bevonása a betegbiztonságra vonatkozó szakpolitikák kidolgozásába; a betegbiztonsági előírásokra, a kockázatokra, a biztonsági intézkedésekre, a panasztételi eljárásokra és a rendelkezésre álló jogorvoslati lehetőségekre vonatkozó információk megismertetése a betegekkel; jelentéstételi és tanulási rendszerek kialakítása; minden egészségügyi dolgozó betegbiztonsági oktatásának és képzésének támogatása; a betegbiztonság témakörének beépítése az egészségügyi szakemberek oktatásába és képzésébe; az alapvető kompetenciák, az ismeretek, a hozzáállás és a készségek fejlesztése az egészségügyi dolgozók körében.

⁵ http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/patient_ia_en.pdf.

lehetőség. Más területeken azonban csak mérsékelt fejlődés figyelhető meg (például a meglévő megbízottsági rendszerek értékelése), vagy egyáltalán nem történt előrelépés. Megjegyzendő, hogy a fenti összehasonlítás módszertanilag korlátozott, ezért csak tájékoztató jellegű.

2.2. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések

2.2.1. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó stratégia elfogadása és végrehajtása

Az ajánlás az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó megfelelő szintű stratégia elfogadására és végrehajtására kéri fel a tagállamokat. Tizenhét tagállam szerint ezt a stratégiát nemzeti vagy szövetségi szinten helyénvaló létrehozni. Közülük 2011 júniusára kilenc tagállam már bevezette a nemzeti stratégiát, hat tagállamban előkészítési szakaszban volt, három tagállam pedig még nem vezette be és előkészíteni sem kezdte el a stratégiáját. Kilenc ország szerint mind a nemzeti szintű stratégia, mind a regionális szintű stratégiák megfelelőek. Ezek az országok már be is vezették mind a nemzeti, mind a regionális stratégiákat. Egy tagállam szerint regionális szintű stratégiákra van szükség. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó stratégiák többségét az antimikrobiális hatóanyagoknak a humán orvostudományban való körültekintő alkalmazását célzó stratégiákhoz, és/vagy a megbízottsági stratégiákhoz kapcsolódva dolgozták ki.

Az ajánlás megállapítja, hogy az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó stratégiának az alábbi fő célkitűzéseket kell szem előtt tartania:

- a) *A megelőzést és leküzdést célzó intézkedések végrehajtása nemzeti, illetve regionális szinten az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések visszaszorításának elősegítése érdekében*

Kézhigiéniára vonatkozó útmutatások huszonkét országban állnak rendelkezésre, ezek közül tizenkilenc hivatkozik a WHO-iránymutatásokra. Három tagállam esetében vannak még előkészítési szakaszban kézhigiéniái iránymutatások, egy tagállamban pedig szabályozási követelmények vannak érvényben a kézhigiéniára vonatkozóan. Két tagállamban nincsenek kézhigiéniára vonatkozó iránymutatások. Kézhigiéniára irányuló kampányt eddig tizenhét országban folytattak, négy tagállamban pedig most készítenek elő.

Huszonhárom országban léteznek az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések (nozokomiális fertőzések) megelőzésére és leküzdésére irányuló iránymutatások a kórházakban, és három további tagállamban ezek az előkészítési szakaszban vannak. Két tagállamban nem született megállapodás ilyen iránymutatásokról.

- b) *A fertőzések megelőzésének és leküzdésének javítása az egészségügyi intézmények szintjén*

– Kórházak

Huszonkét ország vezetett be jogszabályi követelményeket, illetve szakmai iránymutatásokat a kórházakban a fertőzések leküzdéséért felelős bizottságokra (vagy azzal egyenértékű szervezetirányítási intézkedésekre) vonatkozóan. Hat tagállamban nincsenek erre vonatkozó követelmények/iránymutatások. Ahol léteznek ilyen követelmények/iránymutatások, ott ezek az igazgatóságot is bevonják a fertőzések leküzdéséért felelős bizottságokba.

Huszonnégy országban jogszabályi követelmények, illetve szakmai iránymutatások vonatkoznak a fertőzések leküzdésével foglalkozó kórházi munkacsoportokra (vagy azokkal egyenértékű szervezati irányítási intézkedésekre). Csak négy tagállamban nincsenek erre vonatkozó követelmények/iránymutatások (de ezek közül egyben jogszabályi követelmény járványügyi szakember alkalmazása).

Öt tagállamban jogszabályi követelmény, hogy kórházi szinten költségvetési keretet kell elkülöníteni a fertőzések leküzdésére.

Összesen két tagállam számolt be arról, hogy nem vezetett be követelményeket a kórházi szervezati irányítási intézkedésekre vonatkozóan.

– Gondozó intézmények

Tizenkét ország számol be arról, hogy ösztönzi a gondozó intézményeket olyan megfelelő szervezati irányítási intézkedések bevezetésére, amelyek a fertőzések megelőzését és leküzdését célzó program kidolgozását és figyelemmel kísérését szolgálják. Közülük tízben léteznek már jogszabályi követelmények vagy szakmai iránymutatások a gondozó intézmények fertőzések leküzdését szolgáló struktúráira vonatkozóan.

c) *Aktív felügyeleti rendszerek létrehozása, illetve a már meglévők megerősítése*

Két ország kivételével minden országban létezik legalább egyféle hálózat a kórházi ellátással összefüggő fertőzések felügyeletére; abban a két kisebb tagállamban, ahol nem létezik ilyen, a felügyelet nem nemzeti vagy regionális hálózat segítségével, hanem kórházi szinten történik. A felügyeleti hálózatok célja a multirezisztens baktériumok okozta fertőzések (18 ország), a műtéti sebfertőzések (15 ország), a felnőtt intenzív osztályokon előforduló fertőzések (16 ország) és a véráramfertőzések (15 ország) felügyelete. Az elmúlt húsz év során tizenkilenc országban végeztek prevalenciát vizsgáló felméréseket.

Az egészségügyi ellátással összefüggő organizmusok vagy fertőzés-klaszterek időben történő észlelését és jelentését felügyelő rendszerek hatókörébe nagyrészt néhány egészségügyi ellátással összefüggő fertőzés-klaszter tartozik.

Tizenkilenc országban működik külső minőségértékelő rendszer az antimikrobiális érzékenység vizsgálatok ellenőrzésére, három tagállamban pedig dolgoznak ilyen rendszer bevezetésén. Hat tagállamban nincs ilyen rendszer.

d) *Az egészségügyi dolgozók oktatásának és képzésének fejlesztése*

Tizenhárom országban határozták meg a fertőzések leküzdésére szakosodott személyzetnek szóló speciális képzési, illetve oktatási programok alapját képező, nemzeti szinten megállapított közös alapvető kompetenciákat (az ilyen képzési/oktatási programok tantervét), három további tagállamban pedig jelenleg folyik a tanterv kidolgozása. Tizenegy országban nem dolgoztak ki ilyen tantervet. Kilenc tagállamban kötelező a nem támogatott szakmai továbbképzés a fertőzések leküzdésére szakosodott orvosok számára, tizenegy országban pedig a fertőzések leküzdésére szakosodott ápolók számára.

A nem a fertőzések leküzdésére szakosodott egészségügyi dolgozók oktatása tekintetében tizenhárom országban állapították meg nemzeti szinten olyan közös alapvető kompetenciákat, amelyek a higiéniai alapelvekre és a fertőzések megelőzésének és leküzdésének alapelveire vonatkoznak; további egy országban jelenleg dolgozzák ki az erre vonatkozó programot. Tizenkét ország egészségügyi intézményeiben valamennyi egészségügyi dolgozó kötelező

felkészítő képzésen vesz részt. Tizennégy ország egészségügyi intézményeiben valamennyi egészségügyi dolgozó kötelező jelleggel rendszeres képzésen vesz részt. Három tagállamban az egészségügyi intézmények vezetőinek is tartanak képzést.

e) Az egészségügyi intézmények által a betegeknek nyújtott tájékoztatás javítása

Csak három tagállam rendelkezik nemzeti/regionális szinten olyan tájékoztató dokumentummal, amellyel a betegeket látják el az egészségügyi intézményben való tartózkodásuk során, és amely kiterjed az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekre is. A háromból két tagállamban a dokumentum az érintett egészségügyi intézmény által az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére tett intézkedésekre vonatkozó információkat is tartalmaz. A dokumentumok ezenkívül két tagállamban az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések kockázatára vonatkozó információkat is tartalmaznak; egy tagállamban tájékoztatást nyújtanak arról, hogyan járulhat hozzá a beteg a fertőzések megelőzéséhez; két tagállamban pedig specifikus információkat is adnak az egészségügyi ellátással összefüggő patogéneket hordozó vagy azokkal fertőzött betegek számára.

Tizenegy tagállam számol be arról, hogy az egészségügyi intézményeket a betegek tájékoztatására ösztönző mechanizmusokat alkalmaz. Ezek a mechanizmusok hat tagállamban kötelező szabályozást, hat tagállamban szakmai iránymutatásokat, négy tagállamban pedig akkreditációs és tanúsítási rendszereket jelentenek.

f) A kutatás támogatása

Hat tagállamban az egészségügyért vagy kutatásért felelős minisztérium ajánlati felhívásokat tehet közzé az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekre vonatkozóan (epidemiológia, új megelőző és terápiás technológiák és intézkedések, a megelőzés és leküzdés költséghatékonysága). Tíz ország a saját ágazatközi mechanizmusát alkalmazza a fertőzések megelőzésével és leküzdésével kapcsolatos kutatási prioritások meghatározására, és három további tagállam tervezi saját ágazatközi mechanizmus bevonását.

2.2.2. Ágazatközi mechanizmus vagy azzal egyenértékű rendszer létrehozása

Tizenhét ország rendelkezik az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó stratégia összehangolt végrehajtását szolgáló ágazatközi mechanizmussal vagy azzal egyenértékű rendszerrel, hét tagállam pedig jelenleg dolgozik ilyen rendszer létrehozásán. Az esetek többségében (az említett tizenhét országból tizenháromban) az ágazatközi mechanizmus vagy azzal egyenértékű rendszer az antimikrobiális hatóanyagoknak a humán gyógyászatban való körültekintő alkalmazását célzó stratégia összehangolását is szolgálja. Négy tagállamban nincs ágazatközi mechanizmus vagy azzal egyenértékű rendszer.

3. AZ EURÓPAI UNIÓ SZINTJÉN BEVEZETETT FŐ INTÉZKEDÉSEK

3.1. Általános betegbiztonság

Az Európai Bizottság az alábbiakban részletezett intézkedésekkel támogatja a tagállamok közötti kölcsönös tanulást és a közös betegbiztonsági fogalom meghatározások és terminológia létrehozását.

A Bizottság a megbízottsággal és az ellátás minőségével foglalkozó munkacsoport keretében ösztönzi a megbízottságra és az ellátás minőségére irányuló kezdeményezésekkel kapcsolatos információk cseréjét. A munkacsoportban valamennyi tagállam részt vesz, ezenkívül képviseltetik magukat az EFTA-tagországok, a nemzetközi szervezetek (WHO, OECD és az Európa Tanács), valamint a betegek, az egészségügyi szakembereket, az egészségügyi vezetőket és az ellátás minőségével foglalkozó szakértőket képviselő uniós ernyőszervezetek. A munkacsoport megvitatta a WHO által a Nemzetközi Betegbiztonsági Osztályozási Rendszer kidolgozása érdekében végzett munkát, amelyben tizenöt ország vesz részt, kettő pedig már a saját nyelvére is lefordította ezt az osztályozási rendszert; a munkacsoport ezenkívül számos nemzeti szintű megbízottsági intézkedést is megtárgyalt. Mindeztidáig azonban nem született uniós szintű javaslat megbízottsági osztályozás kidolgozására.

Az Európai Bizottság az egészségügyi program keretében társfinanszírozza az egészségügyi ellátás minőségi mutatóival kapcsolatos OECD-projektet. A projekt keretében első alkalommal 2011-ben tettek közzé hat megbízottsági mutatót: a szülészet traumaikra vonatkozóan két mutatót, a sebészeti beavatkozások során vagy után fellépő komplikációkra vonatkozóan pedig négy mutatót. A projekt keretében a jelentést benyújtó országok közül húsz vesz részt az adatgyűjtésben, közülük tizenegy az összehasonlítható megbízottsági mutatók gyűjtésében is.

A Bizottság emellett 3 600 000 EUR összegű keretet különített el egy hároméves megbízottsági együttműködésre, amely 2012 és 2015 között együttes fellépés formájában valósul meg. Az együttes fellépés részét képezi többek között az egészségügyi szolgáltatók megbízottsággal kapcsolatos bevált gyakorlatainak összegyűjtése és más tagállamokban való kipróbálása. Az együttes fellépés keretében feltérképezik és elemzik a jelenleg alkalmazott minőségbiztosítási és minőségfejlesztési stratégiákat is, valamint javaslatot dolgoznak ki a megbízottságra és az ellátás minőségére irányuló, fenntartható uniós együttműködés modelljére nézve. Az Haute Autorité de Santé (francia egészségügyi hatóság) által koordinált együttes fellépésben mind a huszonhét tagállam és Norvégia is részt vesz. A projekt finanszírozásához huszonegy ország járul hozzá.

A jelentést benyújtó országok közül huszonkettő hozott létre más tagállamokkal a tanácsi ajánlás különböző rendelkezéseivel kapcsolatos együttműködést, amely gyakran az Unió vagy nemzetközi szervezetek által társfinanszírozott projektek részeként valósul meg. Főként a következő területeken jött létre együttműködés: megbízottsági stratégiák és programok kidolgozása (20 ország), szankciómentes jelentéstételi és tanulási rendszerek létrehozása (15 tagállam), valamint megbízottsági előírások kidolgozása és felülvizsgálata (15 tagállam). A területek, ahol a legkevésbé működnek együtt a tagállamok (összesen kilenc tagállam): a betegeknek a megbízottságról való tájékoztatása, valamint az alapvető megbízottsági kompetenciák kialakítása a betegek körében.

A hetedik kutatási keretprogramban az Unió hat általános megbízottsági kutatási projektet társfinanszírozott, összesen 16 millió EUR értékben.

3.2. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések

Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése és leküzdése szorosan összefügg az antimikrobiális rezisztenciával, amely szintén a Bizottság kulcsfontosságú

prioritásai közé tartozik. A „Cselekvési terv az antimikrobiális rezisztenciából származó növekvő kockázatok megakadályozására”⁶ című bizottsági közlemény tizenkét, a tagállamokban végrehajtandó intézkedést tartalmaz, amelyek között „az egészségügyi létesítményekben alkalmazott fertőzésmegelőzés és -leküzdés megerősítése” is szerepel. A cselekvési terv folytatásaként az európai projektekre vonatkozó finanszírozási prioritásokat e jelentés megállapításai alapján fogják meghatározni..

Arra az ajánlásra reagálva, amely szerint a tagállamoknak az uniós szinten megállapított esetdefiniciókat⁷ kellene használniuk, a 2119/98/EK határozat értelmében a közösségi hálózatnak jelentendő fertőző betegségek esetdefinióinak megállapításáról szóló 2002/253/EK bizottsági határozat⁸ módosítására irányuló bizottsági végrehajtási határozattervezet tartalmazza az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések egy típusának általános esetdefinióját (nozokomiális fertőzés vagy kórházban szerzett fertőzés). Ezt az esetdefiniót a 2119/98/EK határozat végrehajtására létrehozott bizottság véleményével összhangban dolgozták ki.

A Bizottság a 2003–2007-es és 2008–2013-as egészségügyi program keretében számos európai projekt finanszírozása révén foglalkozott és foglalkozik az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések problémájával: IPSE⁹ (a megbízhatóság fejlesztése Európában), BURDEN¹⁰ (a rezisztencia és a betegségek okozta teher az európai államokban) és IMPLEMENT¹¹ (együttesen alkalmazandó stratégiák a fertőzések megelőzésére és kezelésére).

A Bizottság a hatodik és a hetedik kutatási és technológiafejlesztési keretprogramban (2002–2006 és 2007–2013) az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekre és az antimikrobiális rezisztenciára irányuló számos kutatási projektet finanszíroz¹². A MOSAR projekt például a rezisztens kórokozók átvitelének alaposabb megértésére törekszik, és az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések csökkentésére irányuló beavatkozások hatékonyságát vizsgálja. További példa a jelenleg folyó R-GNOSIS projekt, amely öt klinikai vizsgálattal igyekszik meghatározni a multirezisztens Gram-negatív baktériumok által okozott fertőzések terjedésének és hatásainak leküzdésére irányuló, tudományos eredményeken alapuló megelőző intézkedéseket és klinikai iránymutatásokat. A PROHIBIT¹³ projekt pedig az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére az európai kórházakban jelenleg alkalmazott iránymutatásokat és gyakorlatokat elemzi; feltárja, hogy mely tényezők mozdítják elő vagy hátráltatják a bevált gyakorlatok megvalósítását, és teszteli az ismert hatékonyságú beavatkozások eredményességét.

⁶ A Bizottság közleménye az Európai Parlamentnek és a Tanácsnak: Cselekvési terv az antimikrobiális rezisztenciából származó növekvő kockázatok megakadályozására, COM(2011) 748 végleges. A következő címen érhető el: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0748:FIN:HU:PDF>.

⁷ Az Európai Parlament és a Tanács 1998. szeptember 24-i 2119/98/EK határozata a Közösségben a fertőző betegségek járványügyi felügyeleti és ellenőrzési hálózatának létrehozásáról, HL L 268., 1998.10.3., 1–7. o.; magyar nyelvű különkiadás 15. fejezet, 4. kötet, 62–67. o.

⁸ HL L 86., 2002.4.3., 44–62. o., magyar nyelvű különkiadás 15. fejezet, 7. kötet, 28–46. o.

⁹ <http://ipse.univ-lyon1.fr/>.

¹⁰ <http://www.eu-burden.info>.

¹¹ <http://www.eu-implement.info/>.

¹² http://ec.europa.eu/research/health/infectious-diseases/antimicrobial-drug-resistance/projects_en.html.

¹³ <https://plone2.unige.ch/prohibit>.

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) a műtéti fertőzések, az intenzív osztályokon előforduló, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések¹⁴ és az antimikrobiális rezisztencia¹⁵ európai felügyeletét koordinálja. A 2009-es és 2010-es év során a tagállamok szakértői és az ECDC emellett kidolgozták az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekre vonatkozó nemzeti pontprevalencia-vizsgálatokkal, valamint a sürgősségi ellátást végző kórházakban az antibiotikumok használatával foglalkozó jegyzőkönyvet és eszközkészletet, amelyeket a tagállamok a 2011-es és 2012-es év folyamán be is vezettek. Az ECDC az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzéseket és az antibiotikumok alkalmazását a hosszú távú ellátást nyújtó intézmények tekintetében felügyelő európai hálózat (HALT-2) létrehozását, valamint a *Clostridium difficile* baktérium okozta fertőzések felügyeleti kapacitásának kiépítését célzó projektet is támogatja. Az ECDC 2010-ben igényfelmérést végzett a tagállamokban a fertőzések leküzdésével kapcsolatos képzésre vonatkozóan, és a fertőzések leküzdésével kapcsolatos uniós képzés (TRICE) tekintetében frissítette az IPSE-ben⁹ szereplő alapvető kompetenciákat. Az ECDC tudományos eredményeken alapuló iránymutatást dolgozott ki a *Clostridium difficile* baktérium okozta fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozóan, és ajánlásokat tett közzé a carbapenemeket termelő enterobaktériumok terjedésének megelőzésével kapcsolatban¹⁶. Végezetül pedig az ECDC támogatja az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére irányuló iránymutatásokat és az erre vonatkozó mutatók kidolgozását is.

4. TÁRSADALMI-GAZDASÁGI KÖRNYEZET

A gazdasági és pénzügyi válság a tagállamok többségében költségvetési megszorításokhoz vezetett. Egyes országok a költségvetési megszorításokra adott válasz részeként a válság kezdete óta egészségügyi rendszerük átfogó reformjába kezdtek.

Bizonyos tagállamok a kiadások csökkentésére és a hatékonyság/produktivitás növelésére irányuló intézkedéseket vezettek be: az egészségügyi ellátásra fordított kiadások csökkentése; az egészségügyi költségvetés növelésére vonatkozó felső érték meghatározása; az egészségügyi szolgáltatások üzemeltetési költségeinek csökkentése; a szolgáltatásokért fizetendő díjak csökkentése; a gyógyszerköltségek támogatásának csökkentése; valamint az egészségügyi szakembereket érintő foglalkoztatáspolitikai korlátozások és nyugdíjreformok (alkalmazottak elbocsátása, a nyugdíjazott alkalmazottak helyére nem vesznek fel új munkaerőt, korlátozó politikákat alkalmaznak a munkaerő-felvétel vagy a nyugdíjazott alkalmazottak helyett új alkalmazottak felvétele terén, bércsökkentések a közszektorban)¹⁷.

Ebben a helyzetben a tagállamok többsége lassulásról számolt be az ajánlás általános megbiztonsági rendelkezései végrehajtásának tekintetében, ami a válságból adódó pénzügyi megszorításokra vezethető vissza. Az ajánlásokat a legcsekélyebb mértékben végrehajtó egyes tagállamokat érintette a legsúlyosabban a pénzügyi és gazdasági válság. Korai lenne kijelenteni azonban, hogy egyértelmű és közvetlen okozati összefüggés van a tagállamok pénzügyi helyzete és a megbiztonsági intézkedések végrehajtása között, mivel vannak olyan

¹⁴ <http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/hai/Pages/default.aspx>.

¹⁵ <http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EARS-Net/Pages/index.aspx>.

¹⁶ http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110913_Risk_assessment_resistant_CPE.pdf.

¹⁷ Európai szemeszter, országspecifikus ajánlások: http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_hu.htm;
HOPE: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf.

tagállamok, amelyeket súlyosan érintett a gazdasági válság, mégis jelentős mértékű beruházásokat tettek a megbízhatóság terén.

A forráscsökkentések nem veszélyeztethetik a betegek biztonságát és az ellátás minőségét; ez nemcsak a betegek érdekében fontos, hanem azért is, mert bizonyított, hogy az egészségügyi ellátással összefüggő egészségkárosodás többletköltséggel jár¹⁸. Egy nemzetközi szakmai szemle becslése alapján a kórházi költségek 13–16 %-a (azaz hét euróból egy euró) az egészségügyi ellátással összefüggő egészségkárosodásra és betegségekre vezethető vissza. A teljesebb kép kialakításához figyelembe kell venni azt is, hogy e nemkívánatos események következményeinek kezelése is költségekkel jár, amelyek nem közvetlenül a kórházi költségek részeként merülnek fel. A megbízhatósággal foglalkozó, legfrissebb költséghatékonysági tanulmányok ráadásul kimutatták, hogy az egyedi megbízhatósági intézkedések gazdaságosak¹⁹. A hatékony szakpolitikai intézkedések kidolgozásához, a nem biztonságos ellátás okozta költségek visszaszorításához és a költséghatékony megbízhatósági programok létrehozásához további kutatásra és az egyes tagállamok helyzetét tükröző tudományos eredményekre van szükség. Ezenkívül a meglévő intézményi és szervezeti keretekbe jobban illeszkedő megoldások pontosabb feltárása és megtervezése is további munkát igényel.

A tagállamok emellett hangsúlyozzák, hogy túl rövid volt az idő az ajánlás elfogadása és a jelentések benyújtása között. Egyes tagállamok az egészségügyi és oktatási minisztériumok közötti belső koordinációs problémákra és arra is utalnak, hogy az adott tagállamban a megbízhatóság kérdése esetleg nem szerepel a szakpolitikai prioritások között.

5. KÖVETKEZTETÉSEK

A tagállamok többsége különféle intézkedéseket hajtott végre az ajánlás nyomán. Az általános megbízhatóságra vonatkozó ajánlások közül a legtöbb tagállam a megbízhatóság kérdésének mint kiemelt kérdéskörnek az egészségügyi szakpolitikákba való beágyazását és a megbízhatóságért felelős illetékes hatóság kijelölését valósította meg. Az országok zöme ösztönözte az egészségügyi létesítményekben a megbízhatósági képzést, azonban közülük csak néhány ágyazta be formálisan is a megbízhatóság témakörét az egészségügyi szakemberek oktatási és képzési programjaiba. A meglévő jelentéstételi és tanulási rendszereket két fő szempontból – a rendszerek szankciómentes jellege és a bejelentések lehetővé tétele a betegek számára – fejlesztették jelentős mértékben. E kulcsfontosságú területen azonban még további fejlődésre van szükség. Ugyanez érvényes a betegek tudatosságának növelésére is. Az intézkedések nagy része a kórházi ellátás terén történt, az alapellátásban viszont kevés intézkedést hoztak. Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére a jelentést benyújtó huszonnyolc országból huszonhat hajtott végre intézkedéseket, ezek nagy része (77 %-a) nemzeti/regionális stratégia, illetve cselekvési terv keretében történt. Tizenhárom tagállam számolt be arról, hogy az ajánlás az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekkel kapcsolatos kezdeményezéseket vont maga

¹⁸ Canadian Patient Safety Institute (Kanadai Betegbiztonsági Intézet), (<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20Literature%20Review.pdf>). További tanulmányok arra utalnak, hogy az elkerülhető egészségkárosodás nemzetközi viszonylatban megközelítőleg 10 százalékra tehető (NES; http://www.nes.scot.nhs.uk/media/6470/Overview%20of%20patient%20safety_KHowe2009.pdf).

¹⁹ Møller, A. H. (2010). A cost-effectiveness analysis of reducing ventilator-associated pneumonia at a Danish ICU with ventilator bundle. *Journal of Medical Economics* Vol. 15, No 2, 2012, 1–8. o.

után, különös tekintettel az ágazatközi mechanizmus vagy azzal egyenértékű rendszer létrehozására, stratégiák kidolgozására/felülvizsgálatára és az egészségügyi dolgozóknak szóló tájékoztató kampányokra.

Az ajánlás számos területén azonban még további jelentős mértékű fejlesztésekre van szükség. E jelentés megállapításai alapján a jövőben legfőképp a következő területekre kell összpontosítani:

a) Az általános betegbiztonság terén:

Tagállami szinten:

- A betegek aktív **bevonása a betegbiztonságba**, különös tekintettel a betegbiztonsági intézkedésekről, a panasztételi eljárásokról és a jogorvoslati lehetőségekről való tájékoztatásukra, a betegek alapvető kompetenciáinak közös meghatározására és kidolgozására, valamint a betegeknek és családjuknak a nemkívánatos események jelentésére való ösztönzésére.
- A jelentéstételi és tanulási rendszerek további fejlesztése révén információk gyűjtése a nemkívánatos eseményekről, a **nemkívánatos események jelentésére szolgáló rendszer szankciómentességének** biztosítása és a **jelentések alakulásának értékelése** (az egészségügyi szakemberek, az egyéb egészségügyi dolgozók és a betegek által tett bejelentésének arányának alakulása). A jelentéstételi rendszereknek a farmakovigilanciáról szóló új jogszabálynak (2010/84/EU irányelv) a gyógyszer-mellékhatások bejelentésére vonatkozó rendelkezéseit kell kiegészíteniük.
- A betegbiztonsági stratégiák és programok kiterjesztése a kórházi ellátás területéről a **nem kórházon belüli ellátás területére**.
- **Uniós szinten:**
- Az ajánlás tartalmazta előírásokon túl további **betegbiztonsági előírások** kidolgozására és bevezetésére vonatkozó **iránymutatások** létrehozására irányuló együttműködés.
- A betegbiztonsággal kapcsolatos **közös terminológia** kidolgozása.
- A bevált gyakorlatok cseréje, különösen azokon a területeken, amelyeken a tagállamok saját tapasztalataikat hiányosnak ítélik, illetve nehezen férnek hozzá a nemzetközi vagy uniós szakismeretekhez, például a betegbiztonság témakörének szisztematikus integrációja az egészségügyi szakemberek **oktatásának és képzésének** valamennyi szintjén.
- A betegbiztonságra vonatkozó kutatások fejlesztése, ideértve a betegbiztonsági stratégiákra vonatkozó **költséghatékonysági tanulmányokat**.

b) Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése és leküzdése terén:

Tagállami szinten:

- A kórházakban és egyéb egészségügyi intézményekben a **fertőzések leküzdésére szakosodott** és e feladatai ellátására **külön kijelölt idővel** rendelkező **személyzet** megfelelő létszámának biztosítása.

- **A fertőzések leküzdésére szakosodott személyzet képzésének javítása**, valamint a képzések tagállamok közötti jobb összehangolása.
- A fertőzések megelőzését és leküzdését célzó, a feltételeknek megfelelően kialakított alapvető struktúrák és gyakorlatok megszilárdítása **a gondozási intézményekben és az egyéb, hosszú távú ellátást nyújtó intézményekben.**
- **Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekre vonatkozó nemzeti pontprevalencia-vizsgálatok megismétlése** révén az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések jelentette teher nyomon követése az egészségügyi intézmények valamennyi típusában, a kiemelt területek és célok megállapítása, az intézkedések hatásainak értékelése és a figyelem felhívása.
- **Fertőzésfelügyelet biztosítása az intenzív és a sebészeti osztályokon.**
- **Az egészségügyi ellátással összefüggő, veszélyt jelentő organizmusok időben történő észlelését és jelentését felügyelő rendszerek** bevezetése, valamint az ilyen organizmusok terjedésére (ideértve a határokon átnyúló terjedésüket is) való reagálási képesség megerősítése, és az ilyen organizmusok egészségügyi létesítményekbe történő bevitelének megakadályozása.
- **A betegek egészségügyi ellátással összefüggő fertőzésekről való tájékoztatásának** javítása, valamint a betegek nagyobb mértékű bevonása a fertőzések megelőzését és leküzdését célzó intézkedések megfelelő végrehajtásába.
- **Mutatókkal ellátott értékelési rendszer** létrehozása a tagállamokban **a stratégiák/cselekvési tervek végrehajtása**, illetve az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésének és leküzdésének javítása terén elért eredményeik **értékelésére.**
- **Uniós szinten:**
- Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére vonatkozó **iránymutatások** további **fejlesztése**, ideértve a gondozó intézményeket és egyéb hosszú távú ellátást nyújtó intézményeket jellemző **feltételekhez igazított** iránymutatásokat is.
- Az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzésére és leküzdésére irányuló **kutatás** fejlesztése, ideértve a megelőzést és leküzdést célzó intézkedésekre vonatkozó **költséghatékonysági** tanulmányokat.

Az ajánlás felkéri a Bizottságot annak megvizsgálására, „hogy a javasolt intézkedések mennyire működnek hatékonyan a gyakorlatban”. Mivel azonban számos tagállamban és uniós szinten is csak a közelmúltban hajtották végre az intézkedéseket, illetve bizonyos esetekben még folyik a végrehajtás, ajánlatos lenne – e jelentést összehasonlító szolgáló referenciaként felhasználva – ezt az értékelést újabb két év elteltével ismét elvégezni. Ezért a Bizottság azt javasolja, hogy az ajánlás általános megbiztonsági rendelkezései végrehajtásának figyelemmel kísérésére vonatkozó időszakot újabb két évvel hosszabbítsák meg. A Bizottság a megbiztonságra és az ellátás minőségére irányuló együttes fellépés időközben elért félidős eredményeinek figyelembevételével 2014 júniusában el fogja készíteni második eredményjelentését.