



Briuselis, 2012 11 13
COM(2012) 658 final

KOMISIJOS ATASKAITA TARYBAI

parengta remiantis valstybių narių pateiktomis Tarybos rekomendacijos (2009/C 151/01) dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės įgyvendinimo ataskaitomis

(Tekstas svarbus EEE)

{SWD(2012) 366 final}

TURINYS

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Ižanga | 3 |
| 2. | Valstybių narių lygmens pagrindinių veiksnių santrauka | 4 |
| 2.1. | Bendrieji pacientų saugos klausimai | 4 |
| 2.1.1. | Nacionalinės politikos ir programų dėl pacientų saugos plėtojimas | 4 |
| 2.1.2. | Informavimas apie nepageidaujamus reiškinius | 5 |
| 2.1.3. | Teisių suteikimas pacientams | 5 |
| 2.1.4. | Sveikatos priežiūros darbuotojų rengimas ir mokymas pacientų saugos srityje | 5 |
| 2.1.5. | Tarpvalstybinė su pacientų sauga susijusi veikla | 6 |
| 2.1.6. | Moksliniai tyrimai | 6 |
| 2.1.7. | Sritis, kurioje rekomendacija įgyvendinama geriausiai ir blogiausiai | 6 |
| 2.2. | Su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos | 7 |
| 2.2.1. | Su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės strategijos nustatymas ir įgyvendinimas | 7 |
| 2.2.2. | Tarpsektorinio mechanizmo arba lygiaverčių sistemų sukūrimas | 10 |
| 3. | Pagrindiniai Europos Sąjungos lygmens veiksmai | 10 |
| 3.1. | Bendrieji pacientų saugos klausimai | 10 |
| 3.2. | Su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos | 11 |
| 4. | Socialinė ir ekonominė padėtis | 12 |
| 5. | Išvados | 13 |

1. IŽANGA

2009 m. birželio mėn. Taryba priėmė rekomendaciją dėl pacientų saugos ir su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės (2009/C 151/01), toliau – rekomendacija.

Rekomendaciją sudaro du skyriai. Pirmame skyriuje, skirtame pacientų saugai, valstybės narės raginamos nustatyti įvairių priemonių, kad būtų kuo labiau sumažinta žala pacientams, gaunantiems sveikatos priežiūros paslaugas. Šios priemonės, tai, pavyzdžiui, vystyti nacionalinę pacientų saugos politiką, informuoti pacientus ir suteikti jiems daugiau teisių, nustatyti pranešimų apie nepageidaujamus reiškinius (sveikatai kenksmingus įvykius) teikimo ir mokymosi sistemas, skatinti sveikatos priežiūros darbuotojų rengimą bei mokymą ir plėtoti mokslinius tyrimus. Rekomendacijoje valstybės narės raginamos dalytis žiniomis, patyrimu ir gerąja patirtimi, taip pat klasifikuoti ir kodifikuoti pacientų saugos klausimus ES lygmeniu bendradarbiaujant tarpusavyje bei su Komisija.

Antrame skyriuje, skirtame su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijai ir kontrolei, valstybės narės raginamos priimti ir įgyvendinti atitinkamo lygmens strategiją dėl su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos bei kontrolės ir sukurti tarpsektorinį mechanizmą arba lygiavertę sistemą tokios strategijos įgyvendinimui koordinuoti. Pagal šią strategiją turėtų būti numatytos nacionalinės, regioninės ir sveikatos priežiūros įstaigų infekcijų prevencijos ir kontrolės priemonės, priežiūros sistemos, sveikatos priežiūros darbuotojų rengimas ir mokymas, pacientų informavimas ir moksliniai tyrimai.

Šia rekomendacija papildomos kitos ES iniciatyvos. 2011 m. kovo 9 d. Europos Parlamento ir Tarybos direktyva 2011/24/ES dėl pacientų teisių į tarpvalstybines sveikatos priežiūros paslaugas įgyvendinimo¹, kuri turi būti perkelta į nacionalinę teisę iki 2013 m. spalio mėn., siekiama ne tik išaiškinti pacientų teises į sveikatos priežiūros paslaugas kitoje ES valstybėje narėje, bet ir užtikrinti, kad tokia priežiūra būtų saugi ir kokybiška. Todėl minėtoje direktyvoje numatyta keletas nuostatų, susijusių su sveikatos priežiūros sauga ir kokybe, ir skirtų: valstybių narių bendradarbiavimui standartų ir gairių srityje, pacientų informavimui apie sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjus ir apie taikomų standartų saugą ir kokybę, taip pat galimybei atsakyti suteikti išankstinį leidimą kilus abejonių dėl sveikatos priežiūros paslaugų kokybės ir saugos valstybėje narėje, kurioje gydomas pacientas.

Vertinant saugos standartus pagal minėtą direktyvą bus atsižvelgta į tai, kaip vykdomi rekomendacijoje numatyti veiksmai (pvz., dalijimasis žiniomis, patirtimi ir gerąja praktika; reguliari pacientų saugos standartų, taikomų valstybėse narėse teikiamoms sveikatos priežiūros paslaugoms, persvarstymas ir atnaujinimas; pacientų informavimas apie saugos priemones, kuriomis siekiama sumažinti žalą arba jos išvengti, taip pat apie pacientų saugos standartus; su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės strategijos nustatymas ir įgyvendinimas, taip pat tarpsektorinio mechanizmo arba lygiavertės sistemos tokios strategijos įgyvendinimui koordinuoti sukūrimas).

Be to, Direktyvos 2011/24/ES 12 straipsnis skirtas skatinti Kompetencijos centrų ir Europos referencijos centrų tinklų kūrimui. Pirmuoju etapu Komisija įgaliojama deleguotaisiais ir įgyvendinimo aktais apibrėžti kriterijus ir sąlygas, kuriuos turi tenkinti tokie centrai ir tinklai. Tai darant veikiausiai bus apibrėžti ir pacientų saugos reikalavimai bei kriterijai. Be to,

¹ OL L 88, 2011 4 4, p. 45.

būsimųjų Europos referencijos centrų tinklų sveikatos priežiūros centrai, įgyvendindami pacientų saugos srities bendras iniciatyvas ar taikydami patirtį, padės nustatyti gerąją praktiką atliekant sudėtingas procedūras.

Galiausiai, 2011 m. lapkričio mėn. Komisijos priimtu „Kovos su atsparumo antimikrobinėms medžiagoms keliamomis grėsmėmis veiksmų planu“ siekiama nustatyti veiksmingus mikrobu sukeltų infekcijų ir mikroorganizmų plitimo prevencijos būdus. Šio tikslo bus galima geriau siekti ir sustiprinus infekcijų prevenciją ir kontrolę sveikatos priežiūros įstaigose (4 plano veiksmas).

Rekomendacijoje Komisija raginama pateikti Tarybai įgyvendinimo ataskaitą, pagrįstą valstybių narių pateikta informacija. 2011 m. balandžio mėn. valstybių narių buvo paprašyta, naudojantis standartine anketa, pateikti Komisijai informaciją apie rekomendacijos įgyvendinimo pažangą. Komisija gavo atsakymus ir visų valstybių narių, savanoriškai – iš vienos EEE šalies (Norvegijos²), iš penkių regionų – dėl bendrųjų pacientų saugos klausimų ir iš 15 regionų – dėl su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų. Be to, 14 valstybių narių 2012 m. birželio mėn. atnaujino informaciją apie bendruosius pacientų saugos klausimus.

Šioje ataskaitoje pateikiama visų pagrindinių veiksmų, kurių ES ir valstybių narių lygmeniu imtasi iki 2011 m. birželio mėn. (dėl bendrųjų pacientų saugos klausimų – iki 2012 m. liepos mėn.) santrauka ir pažymimos tos rekomendacijos sritys, kurioms dar reikia skirti daugiau dėmesio. Prie ataskaitos pridamas Komisijos tarnybų darbinis dokumentas, kuriame pateikiama išsamesnė techninė gautų atsakymų analizė. Šioje ataskaitoje pateikiami tik nacionalinio lygmens atsakymai³; Komisijos tarnybų darbiniam dokumente pateikta tiek nacionalinio, tiek regioninio lygmens atsakymų analizė. Šioje ataskaitoje *šalys* – ES valstybės narės ir Norvegija.

2. VALSTYBIŲ NARIŲ LYGMENS PAGRINDINIŲ VEIKSMŲ SANTRAUKA

2.1. Bendrieji pacientų saugos klausimai

2.1.1. Nacionalinės politikos ir programų dėl pacientų saugos plėtojimas

Visos šalys nustatė specialias pacientų saugos politikos kryptis ir (arba) padarė jas savo sveikatos politikos prioritetine dalimi. 19 valstybių narių buvo įstatymais įkurta už pacientų saugą atsakinga nacionalinė arba regioninė kompetentinga institucija, o kitose šešiose – tokia institucija buvo paskirta neįstatymiais aktais. Kompetentingos institucijos daugiausiai nustato ir skatina gerąją praktiką, kaupia informaciją apie esamas pacientų saugos programas ir rengia rekomendacijas dėl pacientų saugos. 15 valstybių narių taikomi ir reguliariai atnaujinami pacientų saugos standartai, o 11 iš jų tie standartai yra privalomi. 8 kitose šalyse taikomos kitos nei standartai pacientų saugos priemonės, pvz., įrodymais pagrįstos klinikinės gairės, akreditavimo procedūros ir pacientų saugos kultūros vertinimas. Tačiau penkios valstybės narės nepranešė, kad taikytų kokius nors pacientų saugos standartus ar kitokias priemones. Didžioji šalių dauguma (24) sutinka, kad joms būtų naudingos pacientų saugos standartų rengimo ir diegimo gairės.

² Norvegija aktyviai dalyvavo ES lygmens su pacientų sauga susijusiose veiklose ir yra įtraukta į šios ataskaitos analizę.

³ Panašūs atsakymai, gauti iš valstybių narių regionų (atsakiusių regioniniu lygmeniu), laikyti šalies atsakymu.

2.1.2. Informavimas apie nepageidaujamus reiškinius

Rekomendacijoje valstybės narės raginamos sukurti pranešimų apie nepageidaujamus reiškinius teikimo ir mokymo sistemas. 2012 m. liepos mėn. tokios sistemos visapusiškai veikė 15 valstybių narių, o 11 kitų šalių jos buvo įdiegtos iš dalies. Šiose sistemose iš esmės pateikiama informacija apie nepageidaujamų reiškinių priežastis ir registruojamas jų skaičius bei tipas. 18 šalių šių sistemų veikimas atskirtas nuo drausminių procedūrų, norint užtikrinti pranešimų sistemą, pagal kurią nenumatoma baudų. Beveik visose šalyse, kuriose veikia pranešimų teikimo ir mokymosi sistemos, sveikatos priežiūros specialistai ir kiti darbuotojai skatinami teikti pranešimus apie nepageidaujamus reiškinius. Dviejuose trečdaliuose šalių sveikatos priežiūros specialistų teikiamų pranešimų skaičius per pastaruosius metus išaugo.

13 iš 26 susijusių valstybių narių taip pat numatyta galimybė pacientams ir jų šeimų nariams teikti pranešimus į pranešimų teikimo ir mokymosi sistemas. Tačiau informaciją apie teikiamus pranešimus įprasta tvarka kaupia tik devynios valstybės narės, o penkios iš jų pranešė, kad pacientų teikiamų pranešimų skaičius 2009–2012 m. išaugo.

2.1.3. Teisių suteikimas pacientams

Rekomendacijoje valstybės narės skatinamos suteikti teisių pacientams ir įtraukti į veiklą pacientų organizacijas bei pačius pacientus.

14 šalių pacientų organizacijos oficialiai raginamos dalyvauti vystant pacientų saugos politikos kryptis, o kitose šešiose toks dalyvavimas nėra oficialiai skatinamas, tačiau yra įprastas.

Valstybėms narėms rekomenduojama platinti pacientams informaciją apie pacientų saugos standartus, saugos priemones klaidoms sumažinti arba jų išvengti, teisę duoti informuoto paciento sutikimą gydyti, skundų teikimo procedūras ir esamas teisių gynimo bei žalos atlyginimo priemones. Visose ataskaitas pateikusiose šalyse pacientams teikiama informacija bent apie vieną iš minėtų aspektų (apie teisę duoti informuoto paciento sutikimą gydyti informuojama visose šalyse). Tačiau visa minėta informacija pacientams teikiama tik penkiose valstybėse narėse. Mažiausiai informacijos teikiama apie pacientų saugos standartus. Kita vertus, daugiau nei pusė valstybių narių pranešė, kad piliečiai gali naudotis akredituotų sveikatos priežiūros įstaigų sąrašu. Informaciją pacientai daugiausiai randa viešuose tinklalapiuose arba gauna iš sveikatos priežiūros specialistų. 23 šalyse veikia sistema pacientų atsiliėpimams apie teikiamos informacijos prieinamumą ir tikslumą kaupti. Tai yra, pavyzdžiui, rašytiniai arba internetiniai klausimynai, kuriuos pacientai pildo po išrašymo iš ligoninės, metinės pacientų apklausos apie jų patirtį ir galimybę pateikti pastabas tam skirtame tinklalapyje.

Tik 12 valstybių narių pranešė, kad jose parengtas ir išplatintas pagrindinių kompetencijų pacientų saugos srityje katalogas pacientams; iš ataskaitų taip pat matyti, kad ši sąvoka valstybėse narėse suprantama skirtingai. Dvi valstybės narės parengė specialų pagrindinių kompetencijų pacientams rinkinį, o dešimt kitų šalių susijusius aspektus įtraukė į kitas sveikatos politikos kryptis.

2.1.4. Sveikatos priežiūros darbuotojų rengimas ir mokymas pacientų saugos srityje

Visos šalys, išskyrus vieną, pranešė, kad per pastaruosius du metus skatino sveikatos priežiūros darbuotojų rengimą ir mokymą pacientų saugos srityje. Tačiau tik 15 šalių oficialiai reikalaujama įtraukti pacientų saugos modulius į vieno ar kelių tipų specialistų rengimo

programas. Tokie moduliai dažniausiai yra slaugytojų arba gydytojų tęstinio profesinio mokymo, pouniversitetinių studijų arba mokymo darbo vietoje dalis. Tačiau sveikatos priežiūros vadovams ir darbuotojams, kurie nėra gydytojai, slaugytojai ir farmacininkai, pasiūla yra mažesnė. Nė vienoje šalyje pacientų saugos modulis nėra įtrauktas į visų specialistų grupių rengimo programas, tačiau trijose šalyse to mokomi gydytojai, slaugytojai ir farmacininkai.

2.1.5. Tarpvalstybinė su pacientų sauga susijusi veikla

Kai kurios valstybės narės pranešė, kad ėmėsi ne tik nacionalinio lygmens, bet ir tarpvalstybinių veiksmų.

Trys valstybės narės, greta nacionalinės pacientų saugos strategijos, parengė ir tarpvalstybinę strategiją. Dviejose valstybėse narėse pranešimų teikimo ir mokymosi sistemos veikia tarpvalstybiniu mastu. 15 šalių yra nustatytos specialios procedūros, pagal kurias nerezidentai pacientai informuojami apie pacientų saugos standartus ir kitas priemones. Tačiau išsamesnės informacijos apie minėtas procedūras nepateikta.

2.1.6. Moksliniai tyrimai

Dešimt valstybių narių pranešė, kad jose vykdomos nacionalinės pacientų saugos mokslinių tyrimų programos. Moksliniai tyrimai atliekami dėl pacientų saugos kultūros, gydymo vaistais klaidų mažinimo, pacientų kompetencijos, susijusios su gydymo vaistais sauga, gerinimo, su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų, vyresniojo amžiaus žmonių kritimų prevencijos, sveikatos priežiūros darbuotojų neatvykimo į darbą poveikio pacientų satisfakcijai, teleradiologijos poveikio teikiant greitąją pagalbą, nepageidaujamų reiškinių matavimo priemonių ir hospitalizuotų pacientų nepageidaujamų reiškinių dažnumo.

2.1.7. Sritis, kurioje rekomendacija įgyvendinama geriausiai ir blogiausiai

Iš 13 veiksmų, numatytų rekomendacijoje ir nagrinėjamų šioje ataskaitoje⁴, didžioji dauguma valstybių narių įgyvendino šiuos tris: laikyti pacientų saugą visuomenės sveikatos politikos prioritetu (visose šalyse); paskirti už pacientų saugą atsakingą kompetentingą instituciją (25 šalyse) ir skatinti visų sveikatos priežiūros darbuotojų mokymą, susijusį su pacientų sauga (24 šalyse).

Mažiausiai valstybių narių įgyvendino šiuos veiksmus: įtraukti pacientų saugą į sveikatos priežiūros specialistų rengimo ir mokymo programas (trys šalys); pateikti pacientams išsamią informaciją apie pacientų saugą (penkios šalys); platinti sveikatos priežiūros darbuotojams pagrindines žinias apie pacientų saugą (11 šalių) ir parengti pacientams pagrindinių kompetencijų, susijusių su pacientų sauga (12 šalių), katalogą.

⁴ Kiekvienoje valstybėje narėje paskirti už pacientų saugą atsakingą kompetentingą instituciją; laikyti pacientų saugą sveikatos politikos prioritetu; kurti saugesnes ir patogesnes naudoti sistemas, procesus ir priemones; reguliariai peržiūrėti ir atnaujinti saugos standartus ir (arba) gerąją praktiką; užtikrinti aktyvų sveikatos priežiūros specialistų organizacijų vaidmenį sprendžiant pacientų saugos klausimus; skatinti saugius veiksmus, siekiant užkirsti kelią labiausiai paplitusiems nepageidaujamiems reiškiniams; į pacientų saugos politikos vystymą įtraukti pacientų organizacijas; platinti pacientams informaciją apie pacientų saugos standartus, riziką, saugos priemones, skundų teikimo procedūras ir žalos atlyginimo galimybes; parengti pranešimų teikimo ir mokymo sistemas; skatinti visų sveikatos priežiūros darbuotojų rengimą ir mokymą, susijusį su pacientų sauga; įtraukti pacientų saugą į sveikatos priežiūros specialistų rengimo ir mokymo programas; parengti pagrindinių kompetencijų, žinių, nuostatų ir gebėjimų visiems sveikatos priežiūros darbuotojams katalogą.

Pagal įgyvendintų veiksmų skaičių šalis galima suskirstyti taip:

| | |
|---------------------------------------|---|
| Visus 13 veiksmų įgyvendinusios šalys | 0 šalių |
| 10–12 veiksmų įgyvendinusios šalys | 9 šalys: CZ, DE, DK, ES, FR, IE, IT, NL, UK |
| 6–9 veiksmus įgyvendinusios šalys | 14 šalių: AT, BE, BG, EE, FI, LT, LU, MT, NO, PL, PT, SE, SI, SK |
| 4–6 veiksmus įgyvendinusios šalys | 3 šalys: CY, HU, LV |
| 1–3 veiksmus įgyvendinusios šalys | 2 šalys: EL, RO |

2008 m. poveikio vertinime⁵ Komisija pateikė informaciją apie valstybių narių atliekamus veiksmus pacientų saugos srityje, taip pat apie esamas pranešimų teikimo ir mokymosi sistemas ir jų užbaigtumo laipsnį, apie tai, ar buvo paskirta už pacientų saugą atsakinga kompetentinga institucija ir apie aktyvų valstybių narių dalyvavimą iniciatyvose siekiant tobulinti ir kaupti žinias bei įrodymus pacientų saugos srityje ir jais naudotis. Palyginti su 2008 m. padėtimi, šiais 2012 m. didžiausia pažanga pastebima pranešimų teikimo ir mokymosi sistemų srityje: 16 sistemų yra nenumatančios baudų, o 2008 m. tai buvo galima pasakyti tik apie keturias. 11 sistemų pacientams suteikiama galimybė pranešti apie nepageidaujamus reiškinius; 2008 m. tai buvo numatyta tik trijose sistemose. Tačiau pažanga kitose srityse (pvz., esamų pacientų saugos sistemų vertinimas), yra menka arba pažangos iš viso nepadaryta. Reikėtų pabrėžti, kad šis palyginimas dėl metodinių apribojimų nėra išsamus ir gali būti laikomas tik orientaciniu.

2.2. Su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos

2.2.1. Su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės strategijos nustatymas ir įgyvendinimas

Rekomendacijoje valstybės narės raginamos nustatyti ir įgyvendinti tinkamą su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės strategiją. Aštuoniolika valstybių narių mano, kad tokią strategiją tikslinga priimti nacionaliniu arba federaciniu lygmeniu. Iki 2011 m. birželio mėn. devynios iš šių valstybių narių jau buvo nustačiusios nacionalinę strategiją, šešios ją rengė ir trys nei buvo nustačiusios strategijos, nei ją rengė. Devynios šalys laikė tinkama tiek nacionalinio, tiek regioninio lygmens strategiją. Visos jos yra nustačiusios nacionalinę strategiją ir regionines strategijas. Viena valstybė narė pranešė, kad laiko tinkama regioninio lygmens strategiją. Dauguma su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos

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

ir kontrolės strategijų yra susietos su apdairaus antimikrobinių preparatų vartojimo žmonių medicinoje ir (arba) pacientų saugos strategijomis.

Rekomendacijoje nurodyta, kad su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės strategijoje turėtų būti numatyti šie pagrindiniai tikslai:

(a) *įgyvendinti nacionalinio ir regioninio lygmens prevencijos ir kontrolės priemonės siekiant riboti su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų plitimą*

22 šalyse yra parengtos gairės dėl rankų higienos; 19 iš šių gairių yra susijusios su PSO gairėmis. Dar trijose valstybėse narėse tokios gairės rengiamos, o vienoje – yra nustatyti rankų higienos reikalavimai. Dviejose valstybėse narėse gairių dėl rankų higienos nėra. 18 šalių įvyko kampanijos, skirtos rankų higienai, dar keturiose šalyse tokios kampanijos rengiamos.

23 šalys turi parengusias su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės gaires kitomis nei rankų higiena temomis; panašios gairės rengiamos dar trijose valstybėse narėse. Dvi valstybės narės neturi jokių sutartų gairių.

(b) *stiprinti infekcijų prevenciją ir kontrolę sveikatos priežiūros įstaigose*

– ligoninėse

22 šalyse yra nustatyti teisiniai reikalavimai ir (arba) profesinės gairės dėl infekcijų kontrolės komitetų (arba lygiavertės organizacinės valdymo struktūros) ligoninėse. Šešiose valstybėse narėse nėra jokių reikalavimų ar gairių. Jeigu yra nustatyti reikalavimai ar gairės, juose numatyta, kad infekcijų kontrolės komiteto veikloje dalyvautų vadovybė.

24 šalyse yra nustatyti teisiniai reikalavimai ir (arba) profesinės gairės dėl infekcijų kontrolės grupių (arba lygiavertės organizacinės struktūros) ligoninėse. Jokių reikalavimų ar gairių nėra tik keturiose valstybėse narėse, tačiau vienoje iš jų yra teisiniai reikalavimai dėl epidemiologo.

Penkiose valstybėse narėse nustatyti teisiniai reikalavimai, kad ligoninėse tam būtų numatytas atskiras biudžetas.

Tik dvi valstybės narės pranešė, kad neturi jokių reikalavimų dėl valdymo struktūrų ligoninėse.

– slaugos namuose

Dvylika valstybių narių pranešė, kad skatina slaugos namus nustatyti tinkamas organizacines valdymo struktūras infekcijų prevencijos ir kontrolės programoms rengti ir stebėti. 10 iš jų yra nustatyti teisiniai reikalavimai arba profesinės gairės dėl infekcijų kontrolės struktūrų slaugos namuose.

(c) *sukurti ar sustiprinti aktyvias priežiūros sistemas*

Visose (išskyrus dvi) šalyse veikia bent vieno tipo su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų priežiūros tinklas; tose dviejose – mažesnėse valstybėse narėse, kuriose tokių tinklų nėra, priežiūra vykdoma ligoninėje, o ne per nacionalinį ar regioninį tinklą. Priežiūros tinklų dėmesys skiriamas daugeliui vaistų atsparioms bakterijoms (18 šalių), operacinės žaizdos

infekcijoms (15), infekcijoms suaugusiųjų intensyviosios terapijos skyriuose (16) ir kraujo infekcijoms (15). 19 šalių per pastaruosius 20 metų atliko infekcijų paplitimo tyrimus.

Tokiomis priežiūros sistemomis, kurių paskirtis – laiku nustatyti su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų organizmus arba židinius ir apie juos pranešti, daugiausiai nustatomi tam tikrų su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų židiniai.

19 šalių veikia jautrumo antimikrobinėms medžiagoms tyrimo išorinio kokybės įvertinimo sistema, o kitose trijose valstybėse narėse ji rengiama. Šešiose valstybėse narėse tokios sistemos nėra.

(d) remti sveikatos priežiūros sistemos darbuotojų rengimą ir mokymą

13 šalių nustatytos nacionaliniu lygmeniu nustatytos infekcijų kontrolės darbuotojų specialių mokymo ir (arba) rengimo programų pagrindinės kompetencijos (*curriculum*), o dar trijose valstybėse narėse jos rengiamos. Vienuolika šalių tokio nustatyto mokymo plano neturi. Devyniose valstybėse narėse rėmėjų neremiamas nuolatinis specialus mokymas yra privalomas infekcijos kontrolės srityje dirbantiems gydytojams, o vienuolikoje – slaugytojams.

13 šalių yra nustatytos nacionalinės sveikatos priežiūros darbuotojų (kitų nei infekcijų kontrolės darbuotojų) mokymo pagrindinės kompetencijos pagrindinių higienos principų ir infekcijų prevencijos bei kontrolės srityje; panašus mokymo planas rengiamas dar vienoje šalyje. 12 šalių visų sveikatos priežiūros institucijų darbuotojams yra privalomas įvadinis mokymas. 14 šalių nustatytas reguliarus mokymas visų sveikatos priežiūros institucijų darbuotojams. Trijose valstybėse narėse taip pat numatytas sveikatos priežiūros institucijų vadovų mokymas.

(e) gerinti pacientams sveikatos priežiūros įstaigų teikiamą informaciją

Tik trys valstybės narės turi parengusios nacionalinį ir (arba) regioninį bendrą informacijos, teiktinos pacientams jiems esant sveikatos priežiūros įstaigoje (įskaitant informaciją apie su sveikatos priežiūra susijusias infekcijas), modelį. Dviejose iš jų pagal tą modelį numatyta informacija apie sveikatos priežiūros įstaigų taikomas su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos priemones. Pagal tuos modelius taip pat numatyta informacija apie su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų riziką (dviejose valstybėse narėse), apie tai, kaip pacientai gali padėti išvengti infekcijų (vienoje), ir speciali informacija pacientams, kurie turi su sveikatos priežiūra susijusių mikroorganizmų arba yra jais užkrėsti (dviejose).

Vienuolika valstybių narių pranešė turinčios priemonių skatinti sveikatos priežiūros institucijas teikti informaciją pacientams. Tokios priemonės – privalomieji reglamentai šešiose valstybėse narėse, profesinės gairės šešiose valstybėse narėse ir akreditavimo arba sertifikavimo sistemos keturiose valstybėse narėse.

(f) remti mokslinius tyrimus

Šešiose valstybėse narėse, remiant už sveikatą arba mokslinius tyrimus atsakingai ministerijai, galima skelbti kvietimus teikti paraiškas dėl su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų (tokiose srityse kaip epidemiologija, naujos prevencijos ir gydymo technologijos ir priemonės, infekcijų prevencijos ir kontrolės ekonominis efektyvumas). 10 šalių naudoja savo tarpsektorinį mechanizmą infekcijų prevencijos ir kontrolės srities mokslinių tyrimų

prioritetams nustatyti, o dar trys valstybės narės ketina naudotis savo tarpsektoriniu mechanizmu.

2.2.2. Tarpsektorinio mechanizmo arba lygiaverčių sistemų sukūrimas

Kad galėtų koordinuotai įgyvendinti su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės strategiją, 17 šalių naudojami tarpsektoriniu mechanizmu arba lygiaverte sistema, o septynios valstybės narės šiuo metu juos kuria. Daugumoje – 13 iš 17 – šalių tarpsektorinis mechanizmas arba lygiavertės sistemos naudojamos ir apdairaus antimikrobinių preparatų vartojimo žmonių medicinoje strategijai koordinuoti. Keturios valstybės narės pranešė, kad neturi jokio tarpsektorinio mechanizmo ar lygiavertės sistemos.

3. PAGRINDINIAI EUROPOS SĄJUNGOS LYGMENS VEIKSMAI

3.1. Bendrieji pacientų saugos klausimai

Europos Komisija ėmėsi toliau aprašytų veiksmų valstybių narių abipusiam mokymuisi skatinti ir pasiūlė bendrų pacientų saugos sąvokų apibrėžčių ir terminų.

Pacientų saugos ir sveikatos priežiūros kokybės darbo grupėje Komisija skatino keistis informacija apie iniciatyvas, susijusias su pacientų sauga ir sveikatos priežiūros kokybe. Šią grupę sudaro visos ES valstybės narės, ELPA šalys, tarptautinės organizacijos PSO, EBPO ir Europos Taryba ir ES organizacijos, vienijančios pacientų, sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros sistemos vadovų ir sveikatos priežiūros kokybės ekspertų atstovus. Grupėje buvo aptariamas PSO darbas, susijęs su tarptautine pacientų saugos klasifikacija (šioje veikloje dalyvauja 15 šalių, o dvi šalys išvertė šį dokumentą į savo nacionalines kalbas), ir keletas nacionalinės veiklos, susijusios su pacientų sauga, pavyzdžių. Tačiau lyg šiol ES lygmeniu pacientų saugos klasifikacijos nebuvo pasiūlyta.

Europos Komisija pagal Sveikatos programą bendrai finansuoja sveikatos priežiūros kokybės rodiklių projektą, kuriam vadovauja EBPO. 2011 m. tame projekte pirmą kartą buvo paskelbti šeši pacientų saugos rodikliai: du – dėl gimdymo traumų ir keturi – dėl procedūrinių arba pooperacinių komplikacijų. Dvidešimt ataskaitą pateikusių šalių renka duomenis pagal šį projektą, o vienuolika iš jų kaupia palyginamus pacientų saugos rodiklius.

Komisija pagal 2012–2015 m. bendruosius veiksmus taip pat skyrė 3 600 000 EUR trejus metus finansuoti bendradarbiavimui pacientų saugos srityje. Viena bendrųjų veiksmų dalis – atrinkti sveikatos priežiūros paslaugų tiekėjo gerąją praktiką pacientų saugos srityje ir išbandyti jos taikymą valstybėse narėse. Pagal bendruosius veiksmus taip pat siekiama sukaupti informaciją apie esamas kokybės užtikrinimo ir gerinimo strategijas ir jas išanalizuoti, taip pat pasiūlyti tvaraus ES lygmens bendradarbiavimo pacientų saugos ir sveikatos priežiūros kokybės srityje modelį. Bendruosiuose veiksmuose, kuriems vadovauja Prancūzijos *Haute Autorité de Santé*, dalyvauja visos 27 valstybės narės ir Norvegija. Dvidešimt viena šalis prisideda prie projekto finansavimo.

Dvidešimt dvi pranešimus teikiančios šalys bendradarbiauja su kitomis ES valstybėmis narėmis dėl įvairių Tarybos rekomendacijos nuostatų, – dažnai pagal projektus, kuriuos bendrai finansuoja ES arba tarptautinės organizacijos. Pagrindinės bendradarbiavimo sritys: pacientų saugos strategijų ir programų rengimas (20 šalių), baudų nenumatančių pranešimų teikimo ir mokymo sistemų kūrimas (15 valstybių narių) ir pacientų saugos standartų vystymas ir peržiūra (15 valstybių narių). Sritis, kuriose mažiausiai bendradarbiaujama (tik

devynios valstybės narės): informacijos apie pacientų saugą platinimas pacientams ir pagrindinių kompetencijų, susijusių su pacientų sauga, pacientams rengimas.

Pagal Septintąją bendrąją programą ES bendrai finansavo (iš viso skirta 16 mln. EUR) šešis bendrųjų pacientų saugos klausimų mokslinių tyrimų projektus.

3.2. Su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos

Su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencija ir kontrolė yra glaudžiai susijusi su atsparumu antimikrobinėms medžiagoms – dar vienu Komisijos prioritetu. Komisijos „Kovos su atsparumo antimikrobinėms medžiagoms keliamomis grėsmėmis veiksmų plane“⁶ numatyta 12 veiksmų, kuriuos turi įgyvendinti ES valstybės narės, tarp jų – „infekcijų prevencijos ir kontrolės sveikatos priežiūros įstaigose stiprinimas“. Tolesni su veiksmų planu susiję veiksmai – remiantis šios ataskaitos išvadamis nustatyti Europos masto projektų finansavimo prioritetus.

Atsižvelgiant į rekomendaciją, kad valstybės narės turėtų vartoti atvejų apibrėžtis, dėl kurių susitarta ES lygmeniu⁷, Komisijos įgyvendinimo sprendimo, kuriuo iš dalies keičiamas Sprendimas 2002/253/EB⁸, nustatantis atvejų (ligų) apibrėžimus, naudotinus pateikiant duomenis apie užkrečiamas ligas į Bendrijos tinklą pagal Sprendimą Nr. 2119/98/EB, projekte numatyta bendra vieno tipo su sveikatos priežiūra susijusios infekcijos (hospitalinės infekcijos) atvejo apibrėžtis. Ši atvejo apibrėžtis buvo parengta vadovaujantis komiteto, įsteigto Sprendimu Nr. 2119/98/EB, nuomone.

Komisija jau ėmėsi priemonių su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų klausimams spręsti – ji pagal 2003–2007 ir 2008–2013 m. Sveikatos programas finansavo įvairius Europos masto projektus: IPSE⁹ (Pacientų saugos didinimas Europoje, angl. *Improving Patient Safety in Europe*), BURDEN¹⁰ (Europos tautų atsparumo vaistams ir ligų našta, angl. *Burden of Resistance and Disease in European Nations*) ir IMPLEMENT¹¹ (Infekcijų prevencijos ir valdymo strateginių paketų įgyvendinimas, angl. *Implementing Strategic Bundles for Infection Prevention & Management*).

Pagal Šeštąją ir Septintąją bendrąsias mokslinių tyrimų ir technologinės plėtros programas (2002–2006 ir 2007–2013 m.) Komisija finansuoja daug mokslinių tyrimų projektų su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų ir atsparumo antimikrobinėms medžiagoms srityje¹². Pavyzdžiui, projektas MOSAR buvo skirtas atsparių patogenų perdavimo dinamikai paaiškinti ir priemonių su sveikatos priežiūra susijusioms infekcijoms mažinti veiksmingumui iširti. Kitas pavyzdys – tebevykstantis projektas R-GNOSIS, apimantis penkis klinikinius tyrimus, kuriais siekiama nustatyti įrodymais pagrįstas prevencines priemones ir parengti klinikines gaires, kad būtų galima kovoti su daugeliu vaistų atsparių gramneigiamų bakterijų sukeltų

⁶ Komisijos komunikatas Europos Parlamentui ir Tarybai. Kovos su atsparumo antimikrobinėms medžiagoms keliamomis grėsmėmis veiksmų planas (COM(2011) 748 final). Paskelbtas: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0748:FIN:LT:PDF>

⁷ OL L 268, 1998 10 3, p. 1–7, vadovaujantis 1998 m. rugsėjo 24 d. Europos Parlamento ir Tarybos sprendimo Nr. 2119/98/EB dėl užkrečiamųjų ligų epidemiologinės priežiūros ir kontrolės tinklo Bendrijoje sukūrimo nuostatomis.

⁸ OL L 86, 2002 4 3, p. 44–62.

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.

infekcijų plitimu ir padariniais. Galiausiai, pagal tebevykdomą projektą PROHIBIT¹³ analizuojamos esamos su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos Europos ligoninėse gairės ir patirtis, nustatomi veiksniai, leidžiantys arba trukdantys laikytis gerosios praktikos, ir tiriamas priemonių, kurių efektyvumas jau žinomas, veiksmingumas.

Europos ligų prevencijos ir kontrolės centras (ECDC) koordinuoja veiklą, susijusią su Europos operacinės žaizdos infekcijų, su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų intensyviosios terapijos skyriuose¹⁴ ir atsparumo antimikrobinėms medžiagoms¹⁵ priežiūra. Be to, 2009–2010 m. valstybių narių ekspertai ir ECDC parengė nacionalinių su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų paplitimo tyrimų ir antimikrobinių medžiagų naudojimo intensyviosios priežiūros ligoninėse protokolą ir priemonių komplektą; valstybėse narėse jie buvo įgyvendinti 2011–2012 m. ECDC taip pat remia Europos su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų ir antimikrobinių medžiagų naudojimo ilgalaikės priežiūros įstaigose (HALT-2) priežiūros tinklą ir projektą, kuriuo siekiama remti *Clostridium difficile* sukeltų infekcijų priežiūrai skirtų pajėgumų didinimą (ECDIS-Net). 2010 m. ECDC atliko infekcijų kontrolės mokymų valstybėse narėse poreikio vertinimą ir atnaujino IPSE⁹ ES infekcijų kontrolės mokymų pagrindinių kompetencijų katalogą (TRICE). ECDC parengė įrodymais pagrįstas *Clostridium difficile* sukeltų infekcijų prevencijos ir kontrolės gaires ir pateikė rekomendacijas, kaip užkirsti kelią karbapenemazę gaminančių *Enterobacteriaceae* plitimo¹⁶. ECDC taip pat remia su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos gairių ir rodiklių rengimą.

4. SOCIALINĖ IR EKONOMINĖ PADĖTIS

Dėl ekonominės ir finansinės krizės dauguma Europos Sąjungos valstybių narių patyrė finansinių apribojimų. Reaguodamos į tokius apribojimus kai kurios šalys tik prasidėjus krizei ėmėsi plataus masto savo sveikatos priežiūros sistemų reformų.

Valstybės narės priėmė priemonių sąnaudoms mažinti ir veiksmingumui bei našumui gerinti, pvz.: sveikatos priežiūros išlaidų mažinimas; sveikatos priežiūros biudžeto augimo ribų nustatymas; sveikatos paslaugų veiklos sąnaudų mažinimas; paslaugų tiekėjams mokamų atlyginimų mažinimas; išlaidų vaistams mažinimas ir apribojimai sveikatos priežiūros specialistams, susiję su užimtumo politika ir pensijų reformomis (pvz., personalo atleidimas arba į pensiją išėjusių darbuotojų nepakeitimas naujais, griežta įdarbinimo ir darbuotojų pakeitimo politika ir viešojo sektoriaus darbuotojų atlyginimų mažinimas)¹⁷.

Tokiomis aplinkybėmis dauguma valstybių narių pranešė, kad dėl krizės padarinių – finansinių apribojimų rekomendacijos nuostatos dėl bendrųjų pacientų saugos klausimų įgyvendinamos lėčiau. Kai kurios valstybės narės, kurios prasčiausiai įgyvendina rekomendacijos nuostatas, yra tarp labiausiai nuo finansinio ir ekonominio nuosmukio nukentėjusių šalių. Tačiau būtų per anksti daryti išvadą, kad yra tiesioginis teigiamas priežastinis ryšys tarp valstybių narių finansinės padėties ir pacientų saugos nuostatų

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

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 Europos semestro konkrečiai šaliai skirtos rekomendacijos: http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm;

HOPE: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf.

įgyvendinimo, nes yra valstybių narių, kurios, nors ir smarkiai nukentėjo nuo ekonominės krizės, vis dėlto nemažai investavo į pacientų saugą.

Dėl sumažėjusių išteklių neturėtų kilti grėsmės pacientų saugai ir sveikatos priežiūros kokybei; tai svarbu ne tik dėl pacientų interesų, bet ir dėl turimų įrodymų, kad dėl žalos, susijusios su sveikatos priežiūra, susidaro papildomų išlaidų¹⁸. Tarptautinėje literatūroje apytikriai nurodoma, kad apie 13–16 proc. ligoninių sąnaudų (vienas iš septynių eurų) patiriama dėl su sveikatos priežiūra susijusių sužeidimų ir sveikatos problemų. Siekiant susidaryti išsamų vaizdą reikia atsižvelgti ir į sąnaudas, kurios susidaro gydant minėtų reiškinį padarinius, ir nėra tiesioginė ligoninės sąnaudų dalis. Be to, iš naujausių pacientų saugos priemonių ekonominio efektyvumo tyrimų matyti, kad konkrečios pacientų saugos priemonės yra ekonomiškai efektyvios¹⁹. Siekiant sukurti veiksmingų politinių priemonių, sumažinti dėl nesaugios sveikatos priežiūros susidarancias sąnaudas ir parengti ekonomiškai efektyvias pacientų saugos programas reikia atlikti dar daugiau mokslinių tyrimų ir gauti įrodymų apie padėtį atskirose ES valstybėse narėse. Taip pat būtina dėti daugiau pastangų, norint greičiau rasti ir sumodeliuoti sprendimus, kurie būtų pritaikyti esamai institucinei ir organizacinei struktūrai.

Valstybės narės taip pat pabrėžė, kad laikotarpis nuo rekomendacijos priėmimo iki ataskaitų teikimo yra nepakankamas. Kai kurios šalys nurodė koordinavimo problemas tarp sveikatos ir švietimo ministerijų ir tai, kad šiam klausimui nacionaliniu lygmeniu galėjo būti suteiktas nepakankamas prioritetas.

5. IŠVADOS

Dauguma valstybių narių ėmėsi įvairių priemonių, kaip numatyta rekomendacijoje. Bendrųjų pacientų saugos klausimų atžvilgiu dauguma valstybių narių įtraukė pacientų saugą į nacionalinę visuomenės sveikatos politiką kaip prioritetinį klausimą ir paskyrė už pacientų saugą atsakingą kompetentingą instituciją. Be to, dauguma šalių skatino sveikatos priežiūros darbuotojų mokymą, susijusį su pacientų sauga, nors oficialiai į sveikatos priežiūros specialistų rengimo ir mokymo programas pacientų sauga įtraukta tik keliose šalyse. Esamos pranešimų teikimo ir mokymo sistemos buvo žymiai patobulintos dviejose pagrindinėse srityse: jos nenumato baudų ir suteikia pacientams galimybę teikti pranešimus. Tačiau šioje itin svarbioje srityje dar daug ką galima patobulinti. Tą pati galima pasakyti ir apie nuostatas dėl teisių suteikimo pacientams. Reikia paminėti, kad daugiausiai dėmesio skiriama stacionariajai sveikatos priežiūrai, o pirminei sveikatos priežiūrai taikomų priemonių pavyzdžių tėra keletas. Su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės srityje 26 iš 28 šalių įgyvendino suderintus su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės veiksmus – 77 proc. veiksmų buvo nacionalinės ir (arba) regioninės strategijos ir (arba) veiksmų plano dalis. Trylika valstybių narių pranešė, kad rekomendacija suteikė impulsą iniciatyvoms dėl su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų, visų pirma –

¹⁸ Kanados pacientų saugos institutas, <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20Literature%20Review.pdf>. Kitų tyrimų duomenimis, žalos, kurios galima išvengti, dydis tarptautiniu mastu yra 10% (NES; http://www.nes.scot.nhs.uk/media/6470/Overview%20of%20patient%20safety_KHowe2009.pdf).

¹⁹ Møller A.H. (2010 m.). *A cost-effectiveness analysis of reducing ventilator-associated pneumonia at a Danish ICU with ventilator bundle*. Medicininės ekonomikos leidinys (angl. *Journal of Medical Economics*), 15 tomas, Nr. 2, 2012 m., 1–8.

tarpsektorinio mechanizmo arba lygiavertės sistemos sukūrimui, strategijų rengimui ir (arba) peržiūrai ir sveikatos priežiūros darbuotojams skirtoms informacinėms kampanijoms.

Tačiau vis dar yra rekomendacijoje minėtų aspektų, kuriuos būtų galima pagerinti. Remiantis šios ataskaitos išvadomis, ateityje reikėtų daugiau dėmesio skirti šioms prioritetinėms sritims:

(a) Bendrieji pacientų saugos klausimai

Valstybių narių lygmeniu:

- aktyviai **įtraukti pacientus į veiklą, susijusią su pacientų sauga**, visų pirma teikti pacientams informaciją apie saugos priemones, skundų teikimo procedūras ir pacientų teises į žalos atlyginimą, siekti bendro sutarimo rengiant pagrindines kompetencijas pacientams, skatinti pacientus ir šeimos narius teikti pranešimus apie nepageidaujamus reiškinius;
- kaupti informaciją apie nepageidaujamus reiškinius toliau plėtojant pranešimų teikimo ir mokymosi sistemas, užtikrinti **baudų nenumatančią pranešimų apie nepageidaujamus reiškinius tvarką ir įvertinti teikiant pranešimus padarytą pažangą**, t. y. sveikatos priežiūros specialistų, kitų sveikatos priežiūros darbuotojų ir pacientų pateiktų pranešimų kiekį. Pranešimų teikimo sistemos turėtų papildyti naujų teisės aktų dėl farmakologinio budrumo (Direktyva 2010/84/ES) nuostatas, kai teikiami pranešimai apie nepageidaujamus reakcijas į vaistus;
- į pacientų saugos strategijas ir programas, be stacionariosios sveikatos priežiūros, įtraukti **ir nestacionariąją sveikatos priežiūrą**.
- **ES lygmeniu:**
- bendradarbiauti siekiant pasiūlyti **gaires**, kaip rengti ir nustatyti **pacientų saugos standartus**, apimančius daugiau nei rekomendacijoje numatytus aspektus;
- padaryti pažangą kuriant **bendrą pacientų saugos srities terminiją**;
- keistis gerąja praktika, daugiausiai tose srityse, kuriose valstybės narės nurodė esant nepakankamai vietos praktinių žinių arba sunkumų vertinant tarptautines arba ES praktines žinias, pvz., įtraukiant pacientų saugą į sveikatos priežiūros specialistų **rengimo ir mokymo** programas visais lygmenimis;
- plėtoti pacientų saugos srities mokslinius tyrimus, įskaitant pacientų saugos strategijų **ekonominio efektyvumo tyrimus**.

(b) Su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencija ir kontrolė

Valstybių narių lygmeniu:

- užtikrinti, kad būtų pakankamai **specialiai parengtų su infekcijų kontrole susijusių darbuotojų**, ligoninėse ir kitose sveikatos priežiūros įstaigose turinčių šiai uždučiai **reikiamo laiko**;
- pagerinti **specialiai parengtų su infekcijų kontrole susijusių darbuotojų** mokymą ir geriau suderinti kvalifikacijas tarp valstybių narių;

- sutvirtinti pritaikytas pagrindines infekcijų prevencijos ir kontrolės struktūras ir procedūras **slaugos namuose ir kitose ilgalaikės priežiūros įstaigose**;
- **pakartotinai atlikti nacionalinius su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų paplitimo tyrimus** siekiant stebėti su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų problemą visų rūšių sveikatos priežiūros įstaigose, nustatyti prioritетines sritis, kuriose reikia imtis priemonių, įvertinti tokių priemonių poveikį ir didinti informuotumą;
- užtikrinti, kad būtų vykdoma infekcijų **intensyviosios terapijos skyriuose ir operacinės žaizdos infekcijų priežiūra**;
- įgyvendinti **priežiūros sistemas, kurių paskirtis – laiku nustatyti su sveikatos priežiūra susijusias infekcijas sukeliančius pavojingus organizmus ir apie juos pranešti**, sustiprinti gebėjimus reaguoti į tokių organizmų išplitimą (taip pat tarp valstybių) ir neleisti jiems plisti sveikatos priežiūros įstaigose;
- geriau **informuoti pacientus apie su sveikatos priežiūra susijusias infekcijas** ir skatinti juos prisidėti užtikrinant, kad būtų laikomasi infekcijų prevencijos ir kontrolės priemonių;
- sukurti **vertinimo sistemą**, kurioje būtų numatyta įvairių rodiklių valstybėse narėse, skirtų **įvertinti, kaip įgyvendinama strategija ir (arba) veiksmų planas** ir kaip sekasi tobulinti su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevenciją ir kontrolę.
- **ES lygmeniu:**
- toliau **rengti** su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės **gaires**, įskaitant slaugos namams ir kitoms ilgalaikės priežiūros įstaigoms **pritaikytas gaires**;
- plėtoti su sveikatos priežiūra susijusių infekcijų prevencijos ir kontrolės **mokslinius tyrimus**, įskaitant prevencijos ir kontrolės priemonių **ekonominio efektyvumo** tyrimus.

Rekomendacijoje Komisija raginama „išnagrinėti, koku mastu pasiūlytos priemonės yra veiksmingos“. Tačiau, atsižvelgiant į tai, kad daugumoje valstybių narių ir ES lygmeniu priemonės buvo įgyvendintos tik neseniai, o kai kuriais atvejais procesas tebevyksta, tokį vertinimą rekomenduotina pakartoti po dviejų metų, palyginimui naudojantis šia ataskaita. Todėl Komisija siūlo pratęsti su bendraisiais pacientų saugos klausimais susijusių rekomendacijos nuostatų įgyvendinimo stebėseną dar dvejiems metams. 2014 m. birželio mėn. Komisija parengs antrą pažangos ataskaitą ir joje apžvelgs bendrųjų veiksmų pacientų saugos ir sveikatos priežiūros kokybės srityje tarpinius rezultatus.