



Brüssel, 13.11.2012  
COM(2012) 658 final

## **KOMISJONI ARUANNE NÕUKOGULE**

**liikmesriikide aruannete põhjal nõukogu soovitus (mis käsitleb patsiendi ohutust, sealhulgas tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet) kohta**

(EMPs kohaldatav tekst)

{SWD(2012) 366 final}

## SISUKORD

1.	Sissejuhatus .....	3
2.	Liikmesriikide tasandil võetud peamiste meetmete kokkuvõte .....	4
2.1.	Patsiendi ohutusega seotud üldküsimumused .....	4
2.1.1.	Patsiendi ohutuse riikliku poliitika ja programmide väljatöötamine .....	4
2.1.2.	Teave kõrvalekallete kohta .....	5
2.1.3.	Patsientide võimestamine.....	5
2.1.4.	Tervishoiutöötajate harimine ja koolitus patsiendi ohutuse alal .....	6
2.1.5.	Piiriülene tegevus patsiendi ohutuse valdkonnas.....	6
2.1.6.	Teadusuuringud.....	6
2.1.7.	Rakendamisega kõige rohkem ja kõige vähem hõlmatud valdkonnad .....	6
2.2.	Tervishoiuteenustega seotud nakkused .....	8
2.2.1.	Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje strateegia vastuvõtmine ja rakendamine .....	8
2.2.2.	Valdkondadevahelise mehhanismi või samaväärse süsteemi loomine .....	10
3.	Euroopa Liidu tasandil võetud peamised meetmed .....	10
3.1.	Patsiendi ohutusega seotud üldküsimumused .....	10
3.2.	Tervishoiuteenustega seotud nakkused .....	11
4.	Sotsiaalmajanduslik taust .....	12
5.	Järeldused.....	13

## 1. SISSEJUHATUS

2009. aasta juunis võttis nõukogu vastu soovitus, mis käsitleb patsiendi ohutust, sealhulgas tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet (2009/C 151/01) (edaspidi „soovitus”).

Soovitus koosneb kahest peatükist. Esimeses, patsiendi ohutusega seotud üldküsimumi käsitlevas peatükis on liikmesriikidel palutud välja töötada rida meetmeid, et minimeerida tervishoiuteenuseid saavatele patsientidele tekitatavat kahju. Kõnealused meetmed hõlmavad patsiendi ohutuse riikliku poliitika väljatöötamist, patsientide võimestamist ja teavitamist, kõrvalekaldeid käsitlevate aruandlus- ja õppesüsteemide loomist, tervishoiutöötajate harimise ja koolitamise parandamist ning teadusuuringute edendamist. Soovitus on kutsunud liikmesriike üles jagama teadmisi, kogemusi ja parimaid tavasid ning klassifitseerima ja kodifitseerima patsiendi ohutusega seotud küsimusi ELi tasandil omavahelise ja komisjoniga tehtava koostöö abil.

Teises peatükis, milles on käsitletud tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamist ja tõrjet, on liikmesriikidel palutud võtta vastu ja viia ellu tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje strateegia asjakohasel tasandil ning kaaluda valdkondadevahelise mehhanismi või samaväärse süsteemi loomist sellise strateegia koordineeritud rakendamiseks. Kõnealune strateegia peaks hõlmama nakkuste ennetamise ja tõrje meetmeid riiklikul/piirkondlikul ja tervishoiuasutuste tasandil, seiresüsteeme, tervishoiutöötajate harimist ja koolitamist, patsientide teavitamist ning teadusuuringuid.

Soovitus täiendab muid ELi algatusi. Euroopa Parlamendi ja nõukogu 9. märtsi 2011. aasta direktiiviga 2011/24/EL patsiendiõiguste kohaldamise kohta piiriüleses tervishoius,<sup>1</sup> mis tuleb siseriiklikkusse õigusesse üle võtta 2013. aasta oktoobriks, ei ole taotletud üksnes patsiendiõiguste täpsustamist seoses nende juurdepääsuga tervishoiuteenustele mõnes teises ELi liikmesriigis, vaid ka seda, et oleks tagatud selliste teenuste ohutus ja kvaliteet. Seepärast sisaldab direktiiv mitut tervishoiu ohutuse ja kvaliteediga seotud sätet: liikmesriikide koostöö standardite ja juhiste valdkonnas, patsientide teavitamine tervishoiuteenuste osutajatest ning kohaldatavatest ohutus- ja kvaliteedistandarditest ning võimalusest keelduda eeltoodud, kui tekib kahtlus ravi osutavas liikmesriigis tegutseva tervishoiuteenuste osutaja teenuste kvaliteedi ja ohutuse suhtes.

Eeldatakse, et soovitusena ette nähtud meetmete rakendamine (nt teadmiste, kogemuste ja parimate tavade vahetamine; liikmesriikides osutatavatele tervishoiuteenustele kohaldatavate patsiendi ohutuse standardite korrapärase läbivaatamine ja ajakohastamine; patsientide teavitamine ohutusmeetmetest kahju vähendamiseks või ennetamiseks ning patsiendi ohutuse standarditest; strateegia vastuvõtmine ja rakendamine tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamiseks ja tõrjeks, sealhulgas valdkondadevahelise mehhanismi või samaväärse süsteemi loomine strateegia koordineeritud rakendamiseks) on aluseks direktiivi kohaste ohutusstandardite hindamisele.

Samuti on direktiivi 2011/24/EL artiklis 12 ette nähtud edendada ekspertkeskuste ja Euroopa tugivõrgustike väljaarendamist. Esimese sammuna on komisjonile antud luba määratleda delegeeritud ja rakendusaktide kaudu kriteeriumid ja tingimused, millele sellised keskused ja

---

<sup>1</sup> ELT L 88, 4.4.2011, lk 45.

võrgustikud peavad vastama. On tõenäoline, et see annab tõuke määratleda patsiendi ohutuse kriteeriumid ja nõuded. Pealegi aitavad Euroopa tulevaste tugivõrgustike tervishoiukeskused ühisalgatuste või -praktika rakendamise kaudu patsiendi ohutuse valdkonnas määratleda keerukate protseduuride puhul järgitavaid parimaid tavasid.

Lisaks sellele on novembris 2011 komisjoni vastu võetud suureneva antimikroobse resistentsuse riski vastase viieaastase tegevuskava eesmärk juurutada tõhusaid viise hoida ära mikroobidest põhjustatud nakkuste ja mikroorganismide levik. Kõnealuse eesmärgi saavutamisele aitab kaasa nakkuste ennetamise ja tõrje tõhustamine tervishoiuasutustes (kava meede nr 4).

Soovituses on kutsutud komisjoni üles esitama nõukogule liikmesriikidelt saadud teabe põhjal rakendusaruanne. Aprillis 2011 paluti liikmesriikidel standardküsimustikku kasutades teatada komisjonile oma edusammudest soovitude rakendamisel. Komisjon sai vastused kõikidelt liikmesriikidelt, vabatahtlikkuse alusel ühelt EMP riigilt (Norra<sup>2</sup>) ning viielt piirkonnalt patsiendi ohutuse üldküsimuste kohta ja 15 piirkonnalt tervishoiuteenustega seotud nakkuste kohta. Täiendavalt ajakohastas<sup>14</sup> liikmesriiki 2012. aasta juulis teavet patsiendi ohutust käsitlevate üldküsimuste kohta.

Käesolevas aruandes tehakse kokkuvõtte liikmesriikide ja ELi tasandil 2011. aasta juuniks võetud peamistest meetmetest (ja 2012. aasta juuliks patsiendi ohutust käsitlevatest üldküsimustest) ning tõstetakse esile need soovitudes esitatud valdkonnad, mis vajavad täiendavat tähelepanu. Aruandele on lisatud komisjoni talituste töödokument, milles esitatakse saadud vastuste üksikasjalikum tehniline analüüs. Käesolevas aruandes tutvustatakse üksnes riiklikul tasandil esitatud vastuseid,<sup>3</sup> komisjoni talituste töödokumendis hõlmatakse aga nii riiklikul kui ka piirkondlikul tasandil esitatud vastuste analüüsi. Kui kõnealuses aruandes viidatakse riikidele, tähendab see ELi liikmesriike ja Norrat.

## **2. LIIKMESRIIKIDE TASANDIL VÕETUD PEAMISTE MEETMETE KOKKUVÕTE**

### **2.1. Patsiendi ohutusega seotud üldküsimused**

#### *2.1.1. Patsiendi ohutuse riikliku poliitika ja programmide väljatöötamine*

Kõikides riikides on välja töötatud konkreetne patsiendi ohutuse poliitika ja/või integreeritud see prioriteetse valdkonnana riiklikusse tervishoiupoliitikasse. 19 liikmesriigis on õigusaktiga loodud pädev asutus, kes vastutab patsiendi ohutuse eest riiklikul või piirkondlikul tasandil, ning kuues riigis on see määratud ilma õigusaktita. Peamiselt teevad pädevad asutused kindlaks ja edendavad parimaid tavasid, koguvad teavet olemasolevate patsiendi ohutuse programmide kohta ning töötavad välja patsiendi ohutust käsitlevaid suuniseid. 15 liikmesriigis kehtivad korrapäraselt ajakohastatavad patsiendi ohutuse standardid ja neist üheteistkümnes on need kohustuslikud. Veel kaheksas riigis on kehtestatud muud patsiendi ohutust käsitlevad meetmed (nt tõenduspõhised kliinilised suunised, akrediteerimismenetlused ja patsiendi ohutuse kultuuri mõõtmine). Samas aga ei anna viis liikmesriiki teada mitte mingisugustest kehtivatest patsiendi ohutuse standarditest või muudest

---

<sup>2</sup> Norra on aktiivselt osalenud patsiendi ohutust käsitlevas tegevuses ELi tasandil ja on kaasatud käesoleva aruande analüüsi.

<sup>3</sup> Kui üksnes piirkondlikul tasandil vastanud liikmesriigi eri piirkondadest saadi ühesugused vastused, loeti need riiklikuks vastuseks.

kehtestatud meetmetest. Enamik riike (24) nõustuvad sellega, et patsiendi ohutuse standardite väljatöötamise ja juurutamise suunised oleksid neile kasulikud.

### *2.1.2. Teave kõrvalekallete kohta*

Soovituses on palutud liikmesriikidel luua kõrvalekaldeid käsitlevad aruandlus- ja õppesüsteemid. 2012. aasta juulis toimusid sellised süsteemid täies mahus 15 liikmesriigis ning osaliselt rakendati neid 11 liikmesriigis. Süsteemide abil esitatakse peamiselt teavet kõrvalekallete põhjuste kohta ja dokumenteeritakse nende arv liigiti. Selleks et aruandlus ei oleks olemuselt karistav, toimivad need süsteemid 18 riigis distsiplinaarmenetlustest eraldi. Peaaegu kõikides riikides, kus aruandlus- ja õppesüsteemid on olemas, julgustatakse tervishoiutöötajaid ja muid tervisevaldkonna töötajaid kõrvalekalletest teatama. Kahes kolmandikus riikidest on tervishoiutöötajad hakanud kahel viimasel aastal kõrvalekalletest rohkem teada andma.

26 kõnealusest liikmesriigist 13s on aruandlus- ja õppesüsteemide puhul ka patsientidel ja nende perekondadel võimalik kõrvalekalletest teatada. Samas kogutakse korrapäraselt teavet teatamiste sageduse kohta üksnes üheksas liikmesriigis, kellest viis on teada andnud, et patsiendid on perioodil 2009–2012 kõrvalekalletest rohkem teatama hakanud.

### *2.1.3. Patsientide võimestamine*

Soovituses on innustatud liimesriike võimestama patsiente, kaasates patsientide organisatsioone ja üksikpatsiente.

Patsientide organisatsioone on ametlikult üles kutsutud osalema patsiendi ohutuse poliitika väljatöötamisel 14 riigis ning veel kuues ei ole nende kaasamine ametlikult nõutav, kuigi on saanud tavaks.

Liikmesriikidel on soovitatud levitada patsientide hulgas teavet patsiendi ohutuse standardite ning vigade vähendamiseks ja vältimiseks kavandatud ohutusmeetmete kohta, õiguse kohta anda raviks teavitatud nõusolek ja kaebuste esitamise korra ning olemasolevate õiguskaitsevahendite ja hüvitiste kohta. Kõikides aruande esitanud riikides teavitatakse patsiente vähemalt ühest nimetatud küsimusest (kõikides riikides tehakse teatavaks õigus anda teavitatud nõusolek). Paraku antakse üksnes viies liikmesriigis patsientidele teada kõikidest nimetatud üksikasjadest. Kõige vähem kättesaadav on teave patsiendi ohutuse standardite kohta. Teisalt on rohkem kui pooled liikmesriigid teatanud, et kodanikele on kättesaadav akrediteeritud tervishoiuasutuste loetelu. Patsiendid saavad teavet peamiselt avalike veebisaitide kaudu või tervishoiutöötajate käest. 23 riigis on kehtestatud mehhanismid, et saada patsientidelt tagasisidet edastatud teabe kättesaadavuse ja täpsuse kohta. Kõnealused mehhanismid on muu hulgas kirjalike või veebipõhiste küsimustike levitamine, igal aastal patsientide kogemusi käsitlevate uuringute korraldamine ning võimalus saata märkusi selleks ette nähtud veebisaidi kaudu.

Üksnes 12 liikmesriigis on patsientide jaoks välja töötatud põhipädevused patsiendi ohutuse valdkonnas, mida nende hulgas ka levitatakse, ning aruannetest selgub, et riigiti tõlgendatakse seda põhimõtet erinevalt. Kahes liikmesriigis on välja töötatud patsientide põhipädevuste erikogumik, samas kui veel kümnes riigis on asjaomased elemendid muude tervisstrateegiate osa.

#### *2.1.4. Tervishoiutöötajate harimine ja koolitus patsiendi ohutuse alal*

Kõik riigid peale ühe teatavad, et nad on viimasel kahel aastal edendanud tervishoiutöötajate harimist ja koolitamist patsiendi ohutuse alal. Samal ajal on üksnes 15 riiki kehtestanud ametlikke nõudeid selleks, et patsiendi ohutust käsitlevad moodulid sisalduksid ühes või mitmes haridusliigis. Peamiselt pakutakse neid meditsiiniõdedele ja arstidele erialase täiendõppe, kraadiõppe või töökohal toimuva väljaõppe raames. Vähem pakutakse sellealast koolitust tervishoiu juhtivtöötajatele ja muudele tervisevaldkonna töötajatele peale arstide, meditsiiniõdede ja farmatseutide. Mitte üheski riigis ei õpetata patsiendi ohutusega seonduvat kõikidel haridustasemetel kõikidele töötajatele, kuid kolmes riigis kehtib see põhimõte arstide, õdede ja farmatseutide suhtes.

#### *2.1.5. Piiriülene tegevus patsiendi ohutuse valdkonnas*

Lisaks riiklikul tasandil võetavatele meetmetele on mõningad liikmesriigid teatanud ka piiriülese tegevuse näidetest.

Kolm liikmesriiki koostasid peale riikliku patsiendi ohutuse strateegia ka piiriülese strateegia. Kahes liikmesriigis toimivad aruandlus- ja õppesüsteemid piiriüleselt. 15 riigis on kehtestatud erimenetlused, et teavitada mitteresidendist patsiente patsiendi ohutuse standarditest ja muudest meetmetest. Siiski ei ole kõnealuste menetluste kohta esitatud täpsemaid üksikasju.

#### *2.1.6. Teadusuuringud*

Kümme liikmesriiki on teatanud, et neil on patsiendi ohutust käsitlev riiklik uurimisprogramm. Senised uuringud hõlmavad patsiendi ohutuse kultuuri, ravivigade riski vähendamist, patsientide ravimite ohutuse alase pädevuse parandamist, tervishoiuteenustega seotud nakkusi, kukkumiste ennetamist vanema põlvkonna hulgas, tervishoiutöötajate puudumiste mõju patsientide rahulolule, teleradioloogia mõju eluohtlikele hädaolukordadele, vahendeid kõrvalekallete mõõtmiseks ning kõrvalekallete sagedust haiglaravile võetud patsientide puhul.

#### *2.1.7. Rakendamisega kõige rohkem ja kõige vähem hõlmatud valdkonnad*

13 meetme hulgas, mis on soovitusel ette nähtud ja mida analüüsitakse käesolevas aruandes,<sup>4</sup> on enim riike rakendanud järgmist kolme: patsiendi ohutuse kaasamine prioriteedina rahvatervise poliitikasse (kõik riigid), patsiendi ohutuse eest vastutava pädeva asutuse määramine (25 riiki) ning tervishoiuasutustes patsiendi ohutust käsitleva koolituse edendamine (24 riiki).

---

<sup>4</sup> Patsiendi ohutuse eest vastutava pädeva asutuse määramine; patsiendi ohutuse kaasamine prioriteetse teemana tervisepoliitikasse; ohutumate ja kasutajasõbralike süsteemide, menetluste ja vahendite väljatöötamine; ohutusstandardite ja/või parima tava korrapärane läbivaatamine ja ajakohastamine; tervishoiutöötajate organisatsioonide aktiivse rolli soodustamine patsiendi ohutuse tagamises; ohutusmeetmete edendamine kõige sagedamini esinevate kõrvalekallete vältimiseks; patsientide organisatsioonide kaasamine patsiendi ohutusega seotud poliitika väljatöötamisse; teabe levitamine patsientidele patsiendi ohutuse standardite, riski, ohutusmeetmete, kaebuste esitamise korra ja olemasolevate kahjuhüvitiste kohta; aruandlus- ja õppesüsteemide loomine; patsiendi ohutust käsitleva hariduse ja koolituse edendamine tervishoiuasutustes kõikide tervishoiutöötajate seas; patsiendi ohutuse integreerimine tervishoiutöötajate harimisse ja koolitusse; põhipädevuste, -teadmiste, -suhtumise ja -oskuste väljatöötamine kõikide tervishoiutöötajate jaoks.

Meetmed, mida on rakendanud kõige vähem riike, on järgmised: patsiendi ohutuse integreerimine tervishoiutöötajate harimisse ja koolitusse (kolm riiki), patsientidele täieliku teabe pakkumine patsiendi ohutuse kohta (viis riiki), patsiendi ohutust käsitlevate põhipädevuste levitamine tervishoiutöötajate hulgas (11 riiki) ning patsiendi ohutust käsitlevate põhipädevuste väljatöötamine patsientide jaoks (12 riiki).

Riigiti jaguneb rakendatud meetmete arv järgmiselt:

Riigid, kus on rakendatud kõik 13 meetet	0 riiki
Riigid, kus on rakendatud 10–12 meetet	9 riiki: Hispaania, Iirimaa, Itaalia, Madalmaad, Prantsusmaa, Saksamaa, Taani, Tšehhi Vabariik, Ühendkuningriik
Riigid, kus on rakendatud 6–9 meetet	14 riiki: Austria, Belgia, Bulgaaria, Eesti, Luksemburg, Läti, Malta, Norra, Poola, Portugal, Rootsi, Slovakkia, Sloveenia, Soome
Riigid, kus on rakendatud 4–6 meetet	kolm riiki: Küpros, Läti, Ungari
Riigid, kus on rakendatud 1–3 meetet	kaks riiki: Kreeka, Rumeenia

2008. aasta mõjuhindangus<sup>5</sup> esitas komisjon teavet liikmesriikide praeguse tegevuse kohta patsiendi ohutuse valdkonnas (sealhulgas aruandlus- ja õppesüsteemide olemasolu ja töövalmiduse kohta, patsiendi ohutuse eest vastutava pädeva asutuse loomise ning liikmesriikide aktiivse osalemise kohta sellistes algatustes, mille eesmärk on arendada ja kasutada patsiendi ohutust käsitlevaid teadmisi ja tõendeid kas ELi või rahvusvahelisel tasandil). Kui võrrelda 2012. aasta olukorda 2008. aasta omaga, siis võib eelkõige näha edusamme aruandlus- ja õppesüsteemide valdkonnas: mittesüülisuse põhimõttel toimivaid süsteeme on 16 võrreldes vaid neljaga 2008. aastal; 11 süsteemis pakutakse patsientidele võimalust teatada kõrvalekalletest, samas kui 2008. aastal oli see võimalik üksnes kolme süsteemi puhul. Teistes valdkondades on siiski tehtud tagasihoidlikumaid edusamme (nt olemasolevate patsiendi ohutuse süsteemide hindamisel) või ei ole mingit edu saavutatud. Märkida tuleks sedagi, et kõnealuse võrdlemise suhtes kohaldatakse metoodilisi piiranguid ning neid saab pidada üksnes suunavateks.

<sup>5</sup> [http://ec.europa.eu/health/archive/ph\\_systems/docs/patient\\_ia\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/archive/ph_systems/docs/patient_ia_en.pdf).

## 2.2. Tervishoiuteenustega seotud nakkused

### 2.2.1. Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje strateegia vastuvõtmine ja rakendamine

Soovituses on liikmesriikidel palutud võtta vastu ja rakendada tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje strateegia asjakohasel tasandil. 18 liikmesriiki on arvanud, et sellise strateegia jaoks on asjakohane riiklik või föderaalne tasand. Nendest liikmesriikidest üheksas oli 2011. aasta juuniks riiklik strateegia kehtestatud, kuues oli strateegia koostamisel ning kolm teatasid, et neil ei ole strateegiat kehtestatud ega ka koostamisel. Üheksa riiki on väitnud, et asjakohased on nii riiklik kui ka piirkondlik tasand. Kõikides neis on kehtestatud riiklik strateegia ja piirkondlikud strateegiad. Üks liikmesriik teatas, et asjakohane on piirkondlik tasand. Enamik tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje strateegiaid on ühendatud inimmeditsiinis antimikroobsete toimeainete aruka kasutamise strateegiatega ja/või patsiendi ohutuse strateegiatega.

Soovituses on märgitud, et tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje strateegias tuleks saavutada järgmised peaesmärgid.

(a) *Ennetus- ja tõrjemeetmete rakendamine riiklikul või kohalikul tasandil, et toetada tervishoiuteenustega seotud nakkuste tõkestamist*

Suunised käte hügieeniks on olemas 22 riigis, millest 19s on need seotud Maailma Terviseorganisatsiooni suunistega. Lisaks on kolmes liikmesriigis suunised koostamisel ning ühes on olemas regulatiivsed nõuded käte hügieeniks. Kahes liikmesriigis puuduvad suunised käte hügieeniks. Käte hügieeni kampaaniaid on korraldatud 18 riigis ning ette valmistatakse neid neljas liikmesriigis.

Muid teemasid peale käte hügieeni käsitletakse haiglate haiglanakkuste ennetamise ja tõrje suunistes 23 riigis ning need on koostamisel kolmes liikmesriigis. Kahes liikmesriigis puuduvad kokkulepitud suunised.

(b) *Nakkuste ennetamise ja tõrje edendamine tervishoiuasutuste tasandil*

– Haiglad

Haiglate nakkustõrjekomisjonidega (või samaväärse organisatsioonilise juhtimiskorraldusega) seotud õigusnõuded ja/või kutse suunised on olemas 22 riigis. Kuues liikmesriigis nõuded/suunised puuduvad. Kui nõuded/suunised on kehtestatud, siis on neis sätestatud ka juhtkonna kaasamine nakkustõrjekomisjoni töösse.

Haiglate nakkustõrjerühmadega (või samaväärse organisatsioonilise juhtimiskorraldusega) seotud õigusnõuded ja/või kutse suunised on olemas 24 riigis. Üksnes neljas liikmesriigis puuduvad nõuded/suunised (kuid ühes on sätestatud epidemioloogi käsitlev õigusnõue).

Viies liikmesriigis on kehtestatud õigusnõuded sihtotstarbelise eelarve jaoks haigla tasandil.

Üldiselt on üksnes kaks liikmesriiki teatanud, et nende haiglates puuduvad juhtimiskorralduse nõuded.

– Õenduskodud



Kaksteist liikmesriiki on teatanud, et nad innustavad õenduskodusid kehtestama asjakohaseid organisatsioonilisi juhtimiskorraldusi nakkuste ennetamise ja tõrje programmi väljatöötamiseks ja seireks. Neist kümnes liikmesriigis on kehtestatud õigusnõuded või kutsesuunised nakkuste tõrje struktuuride jaoks õenduskodudes.

(c) *Aktiivsete seiresüsteemide loomine või tugevdamine*

Kõikides riikides peale kahe on kehtestatud vähemalt üht liiki seiresüsteem tervishoiuteenustega seotud nakkuste seireks; kahes riigis, kus seda ei ole (väiksemad liikmesriigid), toimub seire haigla tasandil ning mitte riikliku või piirkondliku süsteemi kaudu. Seiresüsteemid on suunatud mitme antibiootikumi suhtes resistentsetele bakteritele (18 riiki), operatsiooni ajal saadavatele nakkustele (15), nakkustele täiskasvanute intensiivraviüksustes (16) ning vereringe nakkustele (15). 19 riigis on viimase 20 aasta jooksul korraldatud nakkuste esinemissagedust käsitlevaid uuringuid.

Tervishoiuteenustega seotud indikaatororganismide või tervishoiuteenustega seotud haiguspuhangute õigeaegse avastamise ja teatamise seiresüsteemide kohta võib öelda, et sellised süsteemid hõlmavad peamiselt mõne tervishoiuteenustega seotud nakkuse puhangut.

Antimikroobse tundlikkuse kontrolli välist hindamissüsteemi kohaldatakse 19 riigis ning valmistatakse ette kolmes liikmesriigis. Kuus liikmesriiki ei ole sellist süsteemi kohaldanud.

(d) *Tervishoiutöötajate hariduse ja koolituse edendamine*

Riigi tasandil kokku lepitud pädevuste ühine kogum (õppekava) nakkustõrjega tegeleva personali spetsiaalsete koolitus- ja/või haridusprogrammide jaoks on olemas 13 riigis ja väljatöötamisel kolmes liikmesriigis. 11 riigis puudub selline kokkulepitud õppekava. Sponsoritest sõltumatu erialane täiendkoolitus on kohustuslik nakkustõrjega tegelevatele arstidele üheksas liikmesriigis ja nakkustõrjega tegelevatele meditsiiniõdedele 11 riigis.

Seoses nende tervishoiutöötajate haridusega, kes ei kuulu nakkustõrjega tegeleva personali hulka, on 13 riigis riigi tasandil kokku lepitud pädevuste ühine kogum hügieeni ning nakkuste ennetamise ja tõrje peamistes põhimõtetes ning ühes riigis on selline õppekava väljatöötamisel. 12 riigis on kohustuslik sissejuhatavat koolitus kõikidele tervishoiuasutuste tervishoiutöötajatele. 14 riigis on kohustuslik korrapärane koolitus kõikidele tervishoiuasutuste tervishoiutöötajatele. Peale selle pakutakse kolmes liikmesriigis koolitust tervishoiu juhtivtöötajatele.

(e) *Tervishoiuasutuste poolt patsientidele antava teabe parandamine*

Üksnes kolmes liikmesriigis on olemas patsientidele nende tervishoiuasutuses viibimise ajal antava teabe, sealhulgas tervishoiuteenustega seotud nakkuste kohta antava teabe riiklik/piirkondlik mall. Kahes neist sisaldavad mallid teavet meetmete kohta, mida tervishoiuasutus on võtnud tervishoiuteenustega seotud nakkuste tõrjeks. Peale selle antakse mallides teavet tervishoiuteenustega seotud nakkuste riski kohta (kahes liikmesriigis), selle kohta, kuidas patsiendid saavad aidata nakkusi ennetada (ühes liikmesriigis), ning eriteavet tervishoiuteenustega seotud mikroorganismidega koloniseeritud või nakatunud patsientidele (kahes liikmesriigis).

Üksteist liikmesriiki on teatanud, et neil on olemas mehhanismid, millega julgustada tervishoiuasutusi patsientidele teavet edastama. Kõnealused mehhanismid koosnevad kuues

liikmesriigis siduvast määrusest, kuues liikmesriigis kutse-suunistest ning neljas liikmesriigis akrediteerimis- või sertifitseerimissüsteemidest.

(f) *Teadusuuringute toetamine*

Kuues liikmesriigis saab tervishoiu või teadustegevuse eest vastutava ministeeriumi egiidi all algatada hankemenetlusi seoses tervishoiuteenustega seotud nakkustega (epidemioloogia, uute ennetavate ja ravitehnoloogiate ning sekkumismeetmete, nakkuste ennetamise ja tõrje kulutasuvuse alal). Kümme riiki kasutavad oma valdkondadevahelist mehhanismi selleks, et määratleda teadusuuringute prioriteedid nakkuste ennetamise ja tõrje alal ning veel kolmes liikmesriigis kavatakse kaasata oma valdkondadevahelist mehhanismi.

2.2.2. *Valdkondadevahelise mehhanismi või samaväärse süsteemi loomine*

Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje strateegia koordineeritud rakendamiseks on 17 riigis olemas valdkondadevaheline mehhanism või samaväärne süsteem ning seitsmes liikmesriigis on see loomisel. Enamikul juhtudel (13 riigis 17st) koordineeritakse valdkondadevahelise mehhanismi või samaväärse süsteemi abil ka inimmeditsiinis antimikroobsete toimeainete arukat kasutamist käsitlevat strateegiat. Neli liikmesriiki on teatanud, et neil puudub valdkondadevaheline mehhanism või samaväärne süsteem.

### **3. EUROOPA LIIDU TASANDIL VÕETUD PEAMISED MEETMED**

#### **3.1. Patsiendi ohutusega seotud üldküsimused**

Et edendada vastastikust õppimist liikmesriikide seas ning töötada välja ühtsed määratlused ja terminoloogia patsiendi ohutuse valdkonnas, on Euroopa Komisjon teinud järgmist.

Patsiendi ohutuse ja tervishoiuteenuste kvaliteedi töörühma kaudu on komisjon edendanud teabevahetust patsiendi ohutust ja tervishoiuteenuste kvaliteeti käsitlevate algatuste kohta. Kõnealusesse töörühma kuuluvad esindajad kõikidest ELi liikmesriikidest, EFTA riikide esindajad, rahvusvaheliste organisatsioonide (WHO, OECD ja Euroopa Nõukogu) esindajad ning patsiente, tervishoiutöötajaid, tervishoiu juhtivtöötajate ja tervishoiuteenuste kvaliteedi eksperte esindavad ELi katusorganisatsioonid. Töörühm on arutanud WHO tööd patsiendi ohutust käsitleva rahvusvahelise klassifikatsiooni alal (sellesse töösse on kaasatud 15 riiki ja kaks riiki on selle tõlkinud oma riigikeelde) ning samuti mitmeid riiklike meetmete näiteid patsiendi ohutuse alal. Samas ei ole ELi tasandil patsiendi ohutusega seonduvat klassifikatsiooni siiani kavandatud.

Euroopa Komisjon kaasrahastab terviseprogrammi raames OECD juhivat tervishoiusüsteemi kvaliteedinäitajate projekti. 2011. aastal avaldati seoses projektiga esimest korda kuus patsiendi ohutuse näitajat: kaks seoses sünnitraumaga ning neli seoses protseduuriaegsete ja operatsioonijärgsete tüsistustega. Selle projekti raames on 20 aruande esitanud riiki kaasatud andmete kogumisse, sealhulgas 11 koguvad võrdlevaid näitajaid patsiendi ohutuse kohta.

Samuti on komisjon eraldanud 3,6 miljonit eurot kolmeaastaseks ühismeetmena tehtavaks koostööks patsiendi ohutuse valdkonnas aastatel 2012–2015. Üks osa ühismeetmest seisneb patsiendi ohutust käsitlevate parimate tavade väljaselgitamises tervishoiuteenuste osutajate tasandil ning selle teistes liikmesriikides rakendamise katsetamises. Samuti kaardistatakse ja analüüsitakse ühismeetme raames kvaliteedi tagamise ja parandamise olemasolevaid

strateegiaid ning kavandatakse kestva koostöö mudel ELi tasandil patsiendi ohutuse ja tervishoiuteenuste kvaliteedi alal. Kõnealusesse ühismeetmesse on kaasatud kõik 27 liikmesriiki ja Norra ning seda koordineerib Prantsusmaa asutus Haute Autorité de Santé. 21 riiki toetab projekti rahaliselt.

22 aruande esitanud riiki on arendanud koostööd teiste ELi liikmesriikidega nõukogu soovitusete eri sätetega seoses, mis on tihti osa ELi või rahvusvaheliste organisatsioonide kaasrahastatavatest projektidest. Peamised koostöö valdkonnad on patsiendi ohutuse strateegiate ja programmide väljatöötamine (20 riiki), mittesüülisuse põhimõttel toimivate aruandlus- ja õppesüsteemide loomine (15 liikmesriiki) ning patsiendi ohutuse standardite väljatöötamine ja läbivaatamine (15 liikmesriiki). Kõige vähem hõlmatud valdkonnad (vaid üheksas liikmesriigis) on teabe levitamine patsientide hulgas patsiendi ohutuse kohta ja patsientide jaoks patsiendi ohutuse põhipädevuste väljatöötamine.

Euroopa Ühenduse teadusuuringute, tehnoloogiaarenduse ja tutvustamistegevuse seitsmenda raamprogrammi raames on EL kaasrahastanud kuut teadusprojekti patsiendi ohutusega seotud üldküsimustes kogusummas 16 miljonit eurot.

### 3.2. Tervishoiuteenustega seotud nakkused

Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamine ja tõrje on tihedalt seotud antimikroobse resistentsusega, mis on veel üks komisjoni põhiprioriteet. Komisjoni antimikroobsest resistentsusest tulenevate ohtude vastane tegevuskava<sup>6</sup> sisaldab 12 meedet, mida tuleks ELi liikmesriikides rakendada, sealhulgas meedet, millega nähakse ette tugevdada nakkuste ennetamist ja tõrjet tervishoiuasutustes. Tegevuskava järelmeetmena määratakse käesoleva aruande järelduste põhjal kindlaks prioriteetid üleeuroopaliste projektide rahastamiseks.

Vastusena soovitusetele, et liikmesriigid kasutaksid ELi tasandil kokku lepitud haigusjuhtude määratlusi,<sup>7</sup> on tervishoiuteenustega seotud nakkuste ühe liigi üldine haigusjuhu määratlus (haiglanakkus) lisatud komisjoni rakendusotsuse eelnõusse,<sup>8</sup> millega muudetakse otsust 2002/253/EÜ, millega nähakse ette haigusjuhtude määratlused ühenduse võrgustiku teavitamiseks nakkushaigustest vastavalt Euroopa Parlamendi ja nõukogu otsusele 2119/98/EÜ. Kõnealune haigusjuhu määratlus on välja töötatud kooskõlas otsuse 2119/98/EÜ rakendamiseks loodud komisjoni arvamusega.

Komisjon on juba tegelenud tervishoiuteenustega seotud nakkustega, rahastades perioodide 2003–2007 ja 2008–2013 terviseprogrammide raames mitut üleeuroopalist projekti: IPSE<sup>9</sup> (*Improving Patient Safety in Europe* – patsiendi ohutuse parandamine Euroopas), BURDEN<sup>10</sup> (*Burden of Resistance and Disease in European Nations* – resistentsus- ja haiguskoormus Euroopas) ning IMPLEMENT<sup>11</sup> (*Implementing Strategic Bundles for Infection Prevention & Management* – strateegiakogumite rakendamine nakkuste ennetamisel ja ohjamisel).

---

<sup>6</sup> Komisjoni teatis Euroopa Parlamendile ja nõukogule. Antimikroobsest resistentsusest tulenevate ohtude vastane tegevuskava (KOM(2011) 748 (lõplik)). Kättesaadav aadressil: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0748:FIN:ET:PDF>.

<sup>7</sup> EÜT L 268, 3.10.1998, lk 1–7, kooskõlas Euroopa Parlamendi ja nõukogu 24. septembri 1998. aasta ühenduses epidemioloogilise seire ja nakkushaiguste tõrje võrgustiku moodustamist käsitleva otsuse 2119/98/EÜ nõuetega.

<sup>8</sup> EÜT L 86, 3.4.2002, lk 44–62.

<sup>9</sup> <http://ipse.univ-lyon1.fr/>.

<sup>10</sup> <http://www.eu-burden.info>.

<sup>11</sup> <http://www.eu-implement.info/>.

Euroopa Ühenduse teadusuuringute, tehnoloogiaarenduse ja tutvustamistegevuse kuuenda ja seitsmenda raamprogrammi (2002–2006 ja 2007–2013) raames rahastab komisjon mitut teadusprojekti tervishoiuteenustega seotud nakkuste ja antimikroobse resistentsuse valdkonnas<sup>12</sup>. Näiteks projektiga MOSAR püüti paremini aru saada resistentsete patogeenide ülekandumise dünaamikast ning uurida sekkumismeetmete tulemuslikkust tervishoiuteenustega seotud nakkuste vähendamisel. Teine näide on jätkuv projekt R-GNOSIS, mis hõlmab viit kliinilist uuringut eesmärgiga teha kindlaks tõendus põhised ennetusmeetmed ja kliinilised suunised, et võidelda multiresistentse gram-negatiivsete bakterite põhjustatud nakkuste leviku ja mõjuga. Lisaks sellele analüüsitakse jätkuva projekti PROHIBIT<sup>13</sup> abil Euroopa haiglates tervishoiuteenustega seotud nakkuste tõrjeks kehtivaid suuniseid ja tavasid, tehakse kindlaks tegurid, mis võimaldavad või vähendavad parimale tavale vastavust, ning kontrollitakse tuntud efektiivsusega sekkumismeetmete tõhusust.

Haiguste Ennetamise ja Tõrje Euroopa Keskus (ECDC) koordineerib Euroopas operatsiooni ajal saadavate nakkuste seiret, tervishoiuteenustega seotud nakkusi intensiivraviüksustes<sup>14</sup> ja antimikroobset resistentsust<sup>15</sup>. Samuti töötasid liikmesriikide ja ECDC eksperdid aastatel 2009–2010 välja protokollid ja abimaterjalid riiklikul tasandil tervishoiuteenustega seotud nakkuste esinemissagedust ja aktiivravi haiglates antimikroobikumide kasutamist käsitlevate uuringute jaoks, mida aastatel 2011–2012 hakati liikmesriikides rakendama. Peale selle toetab ECDC tervishoiuteenustega seotud nakkuste seire ja pikaajalist hooldust pakkuvas asutustes antimikroobikumide kasutamise Euroopa võrgustikku (HALT-2) ning projekti, millega toetatakse seiresuutlikkuse suurendamist *Clostridium difficile*'i põhjustatud nakkuste suhtes (ECDIS-Net). 2010. aastal hindas ECDC nakkustõrjealase koolituse vajadusi liikmesriikides ja ajakohastas IPSE<sup>9</sup> nakkustõrjealase koolituse põhipädevused ELis (TRICE). ECDC on välja töötanud tõendus põhised suunised *Clostridium difficile*'i põhjustatud nakkuste ennetamiseks ja tõrjeks ning andnud välja soovitused, kuidas vältida karbapeneeme tootvate bakterite *Enterobacteriaceae*<sup>16</sup> levikut. Lisaks sellele rahastab ECDC ka tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise suuniste ja näitajate väljatöötamist.

#### 4. SOTSIAALMAJANDUSLIK TAUST

Majandus- ja finantskriis on põhjustanud enamikus Euroopa Liidu liikmesriikidest eelarvepiiranguid. Kõnealuse olukorra tõttu on mõningad riigid kriisi algusest saadik oma tervishoiusüsteeme laiaulatuslikult reforminud.

Et kärpida kulusid ning suurendada tõhusust ja tootlikkust, on liikmesriigid algatanud näiteks järgmisi meetmeid: tervishoiukulutuste vähendamine, tervishoiueelarvele ülemäärade kehtestamine, tervishoiuteenuste halduskulude vähendamine, tervishoiuteenuste osutajatele makstavate tasude vähendamine, ravimikulude kärpimine ning piirangud tervishoiutöötajatele tööhõivepoliitikas ja pensionireformides (näiteks töötajate koondamine või pensionile jäänud töötajate asendamata jätmine, piirava poliitika rakendamine töötajate värbamisel ja asendamisel ning töötasu kärpimine avalikus sektoris)<sup>17</sup>.

<sup>12</sup> [http://ec.europa.eu/research/health/infectious-diseases/antimicrobial-drug-resistance/projects\\_en.html](http://ec.europa.eu/research/health/infectious-diseases/antimicrobial-drug-resistance/projects_en.html).

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

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

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

<sup>16</sup> [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110913\\_Risk\\_assessment\\_resistant\\_CPE.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110913_Risk_assessment_resistant_CPE.pdf).

<sup>17</sup> Euroopa poolaasta riigipõhised soovitused: [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm);

Sellega seoses on enamik liikmesriike teatanud, et soovitusel esitatud patsiendi ohutusega seotud üldküsimumuste nõuete rakendamine on aeglustunud kriisist tulenevate rahaliste piirangute tõttu. Nii mõnigi liikmesriik, kus kõnealuseid nõudeid on kõige kehvemini rakendatud, kuulub nende hulka, keda finantskriis ja majanduslangus on kõige rängemalt tabanud. Sellegipoolest oleks ennatlik järeldada, et liikmesriikide rahalise olukorra ja patsiendi ohutust parandavate meetmete vahel oleks otsene põhjuslik seos, sest on näiteid liikmesriikidest, keda majanduskriis on raskelt tabanud, kuid kes on sellegipoolest investeerinud palju patsiendi ohutusse.

Ressursside vähendamine ei tohiks ohustada patsiendi ohutust ja tervishoiuteenuste kvaliteeti mitte üksnes patsiendi pärast, vaid ka selleks, et – nagu tõendid näitavad – tervishoiuteenustega seotud kahju tõttu tuleb kanda lisakulusid<sup>18</sup>. Vastavalt rahvusvahelise erialase kirjanduse andmetele tehakse hinnanguliselt koguni 13–16 % haiglakuludest (iga seitsmes euro) tervishoiuteenustega seotud vigastuste ja haiguste tõttu. Täieliku ülevaate saamiseks tuleb lisaks kõnealusele summale arvesse võtta kõnealuste juhtumite järelmõjude ravikulused, mis ei ole otsene osa haiglakuludest. Peale selle tõendavad hiljuti tehtud patsiendi ohutusega seotud sekkumismeetmete kulutasuvuse uuringud, et erimeetmed patsiendi ohutuse tagamiseks on kulutasuvad<sup>19</sup>. Selleks et töötada välja tõhusad poliitikameetmed, vähendada ebatavalisest hooldusest tingitud kulused ning käivitada kulutasuvaid patsiendi ohutusele suunatud programme, on vaja täiendavaid uuringuid ning tõendeid ELi liikmesriikide konkreetse olukorra kohta. Samuti on vajalik täiendav töö, et teha paremini kindlaks ja töötada välja lahendused, mis sobiksid asutuste ja organisatsioonide praegustesse raamistikesse.

Veel on liikmesriigid toonitanud, et soovitusel vastuvõtmise ja aruande esitamise vahele jäi liiga vähe aega. Mõni riik juhtis tähelepanu sisemise koordineerimise küsimustele tervise- ja haridusministrite vahel ning poliitiliste prioriteetide võimalikule puudumisele riiklikul tasandil.

## 5. JÄRELDUSED

Enamik liikmesriike on vastavalt soovitusel kavandatule võtnud mitu meetet. Seoses patsiendi ohutusega seotud üldküsimumustega on enamik liikmesriike integreerinud patsiendi ohutuse prioriteetse valdkonnana rahvatervise poliitikasse ning määranud pädeva asutuse patsiendi ohutuse eest vastutama. Peale selle on enamik riike soodustanud patsiendi ohutuse alast koolitust tervishoiuasutustes, kuigi vaid vähesed on patsiendi ohutuse ametlikult integreerinud tervishoiutöötajate haridus- ja koolituskavadesse. Olemasolevates aruandlus- ja õppesüsteemides on oluliselt parandatud kaht peamist aspekti: süsteemide mittekarakteristavat olemust ja patsientide võimalust nende kaudu teateid edastada. Samas on selles üliolulisel valdkonnas endiselt arenguruumi. Sama kehtib ka patsiendi võimestamist käsitlevate sätete kohta. Jõupingutused on keskendunud ka haiglas osutatavatele tervishoiuteenustele ning on

---

HOPE: [http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86\\_crisis/86\\_HOPE-The\\_Crisis\\_Hospitals\\_Healthcare\\_April\\_2011.pdf](http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf).

<sup>18</sup> Kanada patsiendi ohutuse instituut, <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20Literature%20Review.pdf>. Muud uuringud näitavad, et välditava kahju rahvusvahelised määrad piirkonnas on of 10 % (NES; [http://www.nes.scot.nhs.uk/media/6470/Overview%20of%20patient%20safety\\_KHowe2009.pdf](http://www.nes.scot.nhs.uk/media/6470/Overview%20of%20patient%20safety_KHowe2009.pdf)).

<sup>19</sup> Møller A.H. (2010). A cost-effectiveness analysis of reducing ventilator-associated pneumonia at a Danish ICU with ventilator bundle. *Journal of Medical Economics*, 15. kd, nr 2, 2012, lk 1–8.

vaid üksikuid näiteid esmatasandi arstiabile suunatud meetmetest. Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje valdkonnas on 26 riiki 28st vastanud riigist rakendanud meetmete kogumi tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamiseks ja tõrjeks, mis enamikul juhtudel (77%) on riikliku/piirkondliku strateegia ja/või tegevuskava osa. 13 liikmesriiki on teatanud, et tänu soovitusele on käivitatud algatusi tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje alal, milleks on eelkõige valdkondadevahelise mehhanismi või samaväärse süsteemi rakendamine, strateegiate koostamine ja/või läbivaatamine ning tervishoiutöötajate teavitamise kampaaniad.

Siiski on soovituse mitme valdkonna rakendamisel veel piisavalt arenguruumi. Käesoleva aruande tähelepanekute põhjal tuleb tulevikus keskenduda järgmistele prioriteetsetele valdkondadele.

(a) Patsiendi ohutusega seotud üldküsimuste valdkond

**Liikmesriigi tasandil:**

- **kaasata** aktiivselt **patsiente patsiendi ohutuse** küsimustesse, eelkõige anda patsientidele teavet ohutusmeetmete, kaebuste esitamise korra ja patsientide õiguse kohta hüvitisele, teha tööd ühtsete arusaamade ja patsientide põhipädevuste väljatöötamise nimel ning julgustada patsiente ja nende perekondi teatama kõrvalekalletest;
- koguda teavet kõrvalekallete kohta, arendades edasi aruandlus- ja õppesüsteeme, tagada **kõrvalekalletest teatamise mittekarakteristav olemus ning hinnata aruandluse edukust**, st seda, kui tihti teatavad kõrvalekalletest meedikud, teised tervishoiutöötajad ja patsiendid. Aruandlussüsteemid peaksid täiendama uue ravimiohutuse järelevalvet käsitleva õigusakti (direktiiv 2010/84/EL) sätteid ravimi kõrvaltoimest teatamise kohta;
- laiendada patsiendi ohutuse strateegiaid ja programme haiglaravilt **ka haiglavälisele ravile**.
- **ELi tasandil:**
- teha koostööd, pidades silmas kavandatavaid **suuniseid** selle kohta, kuidas töötada välja ja kehtestada **patsiendi ohutuse standardid** lisaks soovitusel sätestatule;
- edendada patsiendi ohutust käsitleva **ühtse terminoloogia** väljatöötamist;
- järgida parima tava vahetamist eelkõige liikmesriikide välja toodud valdkondades, kus puudub piisav kodumaine oskusteave või esinevad raskused rahvusvahelise või ELi oskusteabe kättesaamisel, nt patsiendi ohutuse süsteemne integreerimine tervishoiutöötajate **harimisse ja koolitusse** kõikidel tasanditel;
- töötada välja teadusuuringuid patsiendi ohutuse valdkonnas, sealhulgas patsiendi ohutuse strateegiate **kulutasuvuse uuringuid**.

(b) Tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje valdkond

**Liikmesriigi tasandil:**

- tagada haiglates ja muudes tervishoiuasutuses piisav arv **nakkustõrjega tegelevaid eritöötajaid** ning piisavalt **aega** selle ülesande täitmiseks;

- parandada **nakkustõrjega tegelevate eritöötajate koolitust** ja viia liikmesriikide kvalifikatsioonid omavahel kooskõlla;
- tugevdada kohandatud nakkuste ennetamise ja tõrje põhistruktuure ja -tava **õenduskodudes ja muudes pikaajalist hooldust pakkuvates asutustes**;
- **korraldada riiklikul tasandil** tervishoiuteenustega seotud nakkuste esinemissagedust käsitlevaid **uuringuid** kui vahendit, mille abil jälgida tervishoiuteenustega seotud nakkustest tulenevat koormust igat tüüpi tervishoiuasutustes, teha kindlaks sekkumismeetmete prioriteedid ja eesmärgid ning hinnata sekkumismeetmete mõju ja suurendada teadlikkust;
- tagada nakkuste **seire intensiivraviüksustes ja operatsiooni ajal**;
- rakendada **tervishoiuteenustega seotud indikaatororganismide õigeaegse avastamise ja sellest teatamise seiresüsteeme** ning parandada võimekust reageerida selliste organismide levikule (sealhulgas üle riigipiiride) ja ennetada nende levimist tervishoiuasutustes;
- parandada **patsientide teavitamist tervishoiuteenustega seotud nakkuste** kohta ning suurendada patsientide kaasamist kooskõlas nakkuste ennetamise ja tõrje meetmetega;
- töötada liikmesriikides välja **hindamissüsteem** koos näitajatega, mille abil hinnata **strateegia/tegevuskava rakendamist** ning selle edukust tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje tõhustamisel;
- **ELi tasandil**:
- jätkata tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje alaste **suuniste**, sealhulgas õenduskodudele ja pikaajalist hooldust pakkuvatele asutustele **kohandatud suuniste väljatöötamist**;
- arendada **teadusuuringuid** tervishoiuteenustega seotud nakkuste ennetamise ja tõrje valdkonnas, sealhulgas ennetus- ja tõrjealaste meetmete **kulutasuvuse** uuringuid.

Soovituses on kutsutud komisjoni üles arutlema kavandatud meetmete tõhusa toimimise ulatuse teemal. Kuna paljudes liikmesriikides ja ELi tasandil on aga meetmeid rakendatud vaid viimasel ajal või mõnel juhul on need siiani rakendamisel, võiks soovitada samasuguse hindamise korraldamist kahe aasta pärast, võttes võrdluse aluseks käesoleva aruande. Seepärast teeb komisjon ettepaneku pikendada soovitusel esitatud patsiendi ohutusega seotud üldsätete rakendamise seiret veel kaheks aastaks. 2014. aasta juunis koostab komisjon teise arenguaruande, kus võetakse arvesse patsiendi ohutuse ja ravi kvaliteedi alase ühismeetme vahetulemusi.