



Briselē, 13.11.2012
COM(2012) 658 final

KOMISIJAS ZIŅOJUMS PADOMEI

pamatojoties uz dalībvalstu ziņojumiem par to, kā tiek īstenots Padomes Ieteikums (2009/C 151/01) par pacientu drošību, tostarp par veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli

(Dokuments attiecas uz EEZ)

{SWD(2012) 366 final}

SATURS

1.	Ievads	3
2.	Dalībvalstu līmenī veikto galveno darbību kopsavilkums	4
2.1.	Vispārēji pacientu drošības jautājumi	4
2.1.1.	Valsts politikas un programmu izstrāde pacientu drošības jomā	4
2.1.2.	Informācija par nevēlamiem notikumiem	5
2.1.3.	Pacientu pilnvarošana.....	5
2.1.4.	Veselības aprūpes darbinieku izglītība un apmācība pacientu drošības jomā	5
2.1.5.	Pārrobežu darbības pacientu drošības jomā	6
2.1.6.	Pētniecība	6
2.1.7.	Visvairāk un vismazāk īstenotās jomas.....	6
2.2.	Veselības aprūpē iegūtas infekcijas	7
2.2.1.	Stratēģijas pieņemšana un īstenošana attiecībā uz veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli.....	7
2.2.2.	Starptozaru mehānisma vai līdzvērtīgas sistēmas izveide.....	10
3.	Galvenās darbības Eiropas Savienības līmenī.....	10
3.1.	Vispārēji pacientu drošības jautājumi	10
3.2.	Veselības aprūpē iegūtas infekcijas	11
4.	sociāli ekonomiskie aspekti.....	12
5.	Secinājumi.....	13

1. IEVADS

Padome 2009. gada jūnijā pieņēma Ieteikumu par pacientu drošību, tostarp par veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli (2009/C 151/01), turpmāk dokumentā — Ieteikums.

Ieteikums sastāv no divām daļām. Pirmajā daļā „Ieteikumi vispārējos pacientu drošības jautājumos” Padome aicina dalībvalstis ieviest virkni pasākumu ar mērķi līdz minimumam samazināt kaitējumu pacientiem, kuri saņem veselības aprūpi. Šie pasākumi ietver attiecīgās valsts politikas izstrādi pacientu drošības jomā, pacientu pilnvarošanu un informēšanu, ziņošanas un mācību sistēmu izveidi attiecībā uz nevēlamiem notikumiem, veselības aprūpes darbinieku izglītības un apmācības sekmēšanu, kā arī pētniecības attīstību. Ieteikumā dalībvalstīm pausts aicinājums dalīties zināšanās, pieredzē un paraugpraksē, kā arī klasificēt un kodificēt pacientu drošību ES mērogā, sadarbojoties savstarpēji un ar Komisiju.

Otrajā daļā „Papildu ieteikumi attiecībā uz veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli” dalībvalstīm pausts aicinājums atbilstīgā līmenī pieņemt un īstenot stratēģiju veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei un kontrolei, kā arī apsvērt starpnozaru mehānisma vai līdzvērtīgas sistēmas izveidi saskaņotai šādas stratēģijas īstenošanai. Stratēģija jāattiecinā uz infekciju profilakses un kontroles pasākumiem valsts/reģiona līmenī, kā arī veselības aprūpes iestāžu līmenī, uz pārraudzības sistēmām, uz veselības aprūpes darbinieku izglītību un apmācību, uz informāciju pacientiem un uz pētniecību.

Ieteikums papildina citas ES iniciatīvas. Eiropas Parlamenta un Padomes 2011. gada 9. marta Direktīva 2011/24/ES par pacientu tiesību piemērošanu pārrobežu veselības aprūpē¹, kas transponējama līdz 2013. gadam, tiecas panākt vairāk, nekā tikai precizēt pacientu tiesības, izmantojot veselības aprūpi kādā citā ES dalībvalstī. Tās mērķis ir nodrošināt arī to, ka šāda aprūpe ir droša un kvalitatīva. Tāpēc tajā izvirzīti vairāki noteikumi par veselības aprūpes drošību un kvalitāti: par dalībvalstu sadarbību standartu un vadlīniju jomā, par pacientiem sniedzamu informāciju attiecībā uz veselības aprūpes sniedzējiem un piemērotajiem drošības/kvalitātes standartiem, kā arī par iespēju noraidīt iepriekšējas atļaujas piešķiršanu, ja rodas šaubas par kāda veselības aprūpes sniedzēja kvalitāti un drošību ārstniecības dalībvalstī.

Ieteikumā paredzēto darbību īstenošana (piem., zināšanu, pieredzes un paraugprakses apmaiņa; dalībvalstīs nodrošinātajā veselības aprūpē ievērojamo pacientu drošības standartu regulāra pārskatīšana un atjaunināšana; pacientu informēšana par drošības pasākumiem, lai mazinātu vai novērstu kaitējumu, un par pacientu drošības standartiem; veselības aprūpē iegūtu infekciju profilakses un kontroles stratēģijas ieviešana, tostarp starpnozaru mehānisma vai līdzvērtīgas sistēmas izveide saskaņotai stratēģijas īstenošanai) tiks uzskatīta par atskaites punktu to drošības standartu novērtēšanai, kas noteikti saskaņā ar šo direktīvu.

Turklāt Direktīvas 2011/24/ES 12. pantā paredzēts veicināt ekspertīzes centru un Eiropas references tīklu izveidi. Vispirms Komisija, pieņemot deleģētos un īstenošanas aktus, tiek pilnvarota izvirzīt kritērijus un nosacījumus, kuri šiem centriem un tīkliem ir jāpilda. Šajā kontekstā visticamāk tiks definētas pacientu drošības prasības un kritēriji. Papildus minētajam gaidāmo Eiropas references tīklu veselības aprūpes centri, īstenojot kopējas iniciatīvas vai

¹ OV L 88, 4.4.2011., 45. lpp.

praksi pacientu drošības jomā, palīdzēs noteikt paraugpraksi attiecībā uz sarežģītām procedūrām.

Visbeidzot, piecu gadu „Rīcības plāns pret pieaugošajiem draudiem, ko rada mikrobu rezistence”, ko Komisija pieņēma 2011. gada novembrī, paredz īstenot efektīvus pasākumus, lai novērstu bakteriālās infekcijas un mikroorganismu izplatīšanos. Uzlabojot infekciju profilaksi un kontroli veselības aizsardzības iestādēs (Rīcības plāna 4. darbība), šā mērķa sasniegšana būs sekmīgāka.

Ieteikumā pausts aicinājums Komisijai iesniegt Padomei īstenošanas ziņojumu, kas izstrādāts, balstoties uz dalībvalstu sniegto informāciju. 2011. gada aprīlī dalībvalstīm, izmantojot standarta aptaujas lapu, lūdza ziņot Komisijai par Ieteikuma īstenošanā panākto progresu. Komisija saņēma atbildi no visām dalībvalstīm, brīvprātīgā kārtā no vienas EEZ valsts (Norvēģija²) un no 5 reģioniem (par vispārējiem pacientu drošības jautājumiem) / 15 reģioniem (par veselības aprūpē iegūtām infekcijām). Papildus 2012. gada jūlijā 14 dalībvalstis atjaunināja informāciju par pacientu drošības jautājumu vispārējo sadaļu.

Šajā ziņojumā apkopotas dalībvalstu un ES līmenī līdz 2011. gada jūnijam veiktās galvenās darbības (līdz 2012. gada jūlijam attiecībā uz pacientu drošības jautājumu vispārējo sadaļu), kā arī akcentētas tās Ieteikumā minētās jomas, kurām jāpievērš pastiprināta uzmanība. Ziņojumam pievienots Komisijas dienestu darba dokuments, kurā sniegta sīkāka saņemto atbilžu tehniskā analīze. Šajā ziņojumā iekļautas vienīgi valstu līmenī sniegtās atbildes³; Komisijas dienestu darba dokumentā iekļauta gan valsts, gan reģiona līmenī sniegto atbilžu analīze. Šajā ziņojumā *valstis* ir ES dalībvalstis un Norvēģija.

2. DALĪBVALSTU LĪMENĪ VEIKTO GALVENO DARBĪBU KOPSAVILKUMS

2.1. Vispārēji pacientu drošības jautājumi

2.1.1. Valsts politikas un programmu izstrāde pacientu drošības jomā

Katra valsts ir izstrādājusi konkrētu politiku pacientu drošības jomā un/vai izvirzījusi to par prioritāru jautājumu tās veselības aizsardzības politikā. Pieņemot tiesību aktu, 19 dalībvalstis ir oficiāli izraudzījušās kompetento iestādi, kas ir atbildīga par pacientu drošību valsts vai reģiona līmenī, savukārt sešās valstīs šāda iestāde izraudzīta, nepieņemot tiesību aktu. Kompetentās iestādes galvenokārt nosaka un veicina paraugpraksi, apkopo informāciju par ieviestajām pacientu drošības programmām un izstrādā vadlīnijas pacientu drošības jautājumos. 15 dalībvalstīs pastāv regulāri atjaunināti pacientu drošības standarti, turklāt 11 valstīs no tām tie ir obligāti. Astoņas citas valstis ir ieviesušas nevis standartus, bet citus pacientu drošības pasākumus (piem., uz pierādījumiem balstītas klīniskās vadlīnijas, akreditācijas procedūras un pacientu drošības kultūras pasākumi). Tomēr piecas dalībvalstis nav ziņojušas par ieviestiem pacientu drošības standartiem vai citiem īstenotajiem pasākumiem. Lielākā daļa valstu (24) piekrīt, ka vadlīnijas attiecībā uz to, kā izstrādāt un ieviest pacientu drošības standartus, būtu lietderīgas.

² Norvēģija ir aktīvi iesaistījies pacientu drošības pasākumos ES mērogā, un tās sniegtie dati ir iekļauti šā ziņojuma analīzē.

³ Līdzīgas atbildes no reģiona, kurā atrodas dalībvalsts, kas atbildējusi tikai reģiona līmenī, uzskatītas arī par atbildi valsts līmenī.

2.1.2. *Informācija par nevēlamiem notikumiem*

Ieteikums paredz, ka dalībvalstīm ir jāizveido ziņošanas un mācību sistēmas par nevēlamiem notikumiem. 2012. gada jūlijā 15 dalībvalstīs šādas sistēmas darbojās pilnībā, savukārt 11 valstīs — daļēji. Tās galvenokārt sniedz informāciju par nevēlamu notikumu cēloņiem un pēc veida reģistrē šādu notikumu skaitu. 18 valstīs šīs sistēmas ir nošķirtas no disciplinārajām procedūrām, lai ziņošanai nodrošinātu nenosodošus apstākļus. Gandrīz visās valstīs, kurās pastāv ziņošanas un mācību sistēmas, veselības aprūpes speciālistus un citus veselības aprūpes darbiniekus mudina ziņot par nevēlamiem notikumiem. Divās trešdaļās valstu divos pēdējos gados šādu ziņojumu skaits no veselības aprūpes speciālistiem ir palielinājies.

Trīspadsmit dalībvalstīs no attiecīgajām divdesmit sešām šādas ziņošanas un mācību sistēmas nodrošina arī pacientiem un viņu ģimenēm iespēju ziņot. Tomēr parasti informāciju par ziņojumu skaitu apkopo tikai deviņās dalībvalstīs, no kurām piecas informē, ka ziņojumu skaits no pacientiem laikposmā no 2009. līdz 2012. gadam ir palielinājies.

2.1.3. *Pacientu pilnvarošana*

Ieteikumā pausts aicinājums dalībvalstīm pilnvarot pacientus, iesaistot pacientu organizācijas un individuālus pacientus.

Četrpadsmit valstīs politikas par pacientu drošību izstrādē oficiāli aicina iesaistīties pacientu organizācijas, savukārt sešās valstīs šo organizāciju iesaistīšanās netiek lūgta oficiāli, tomēr praksē pastāv.

Dalībvalstis tiek aicinātas izplatīt pacientiem informāciju par pacientu drošības standartiem, par drošības pasākumiem, ko piemēro, lai mazinātu vai novērstu kļūdas, par tiesībām uz apzinātu piekrišanu ārstēšanai, par sūdzību procedūrām, kā arī par pieejamajiem koriģējošiem pasākumiem un kompensācijas veidiem. Visās valstīs, kuras sniedz ziņojumus, informācija par vismaz vienu no iepriekš minētajiem aspektiem tiek izplatīta pacientiem (par tiesībām uz apzinātu piekrišanu pacientus informē visās valstīs). Tomēr tikai piecās dalībvalstīs pacienti saņem informāciju par visiem šiem aspektiem. Informācija par pacientu drošības standartiem ir visretāk pieejama. Turpretī vairāk nekā puse dalībvalstu informē, ka iedzīvotājiem ir pieejams saraksts ar akreditētām veselības aprūpes iestādēm. Informācija pacientiem galvenokārt tiek sniegta publiskās tīmekļa vietnēs vai to dara veselības aprūpes speciālisti. Divdesmit trīs valstis ir izstrādājušas mehānismu, ar ko iegūst pacientu atsauksmes par sniegtās informācijas pieejamību un precizitāti. Šim mērķim kalpo, piemēram, izrakstoties no iestādes, rakstiski vai tiešsaistē aizpildāmas aptaujas lapas, gada pārskats par pacientu pieredzi, kā arī iespēja rakstīt komentārus īpaši tam paredzētā tīmekļa vietnē.

Tikai 12 dalībvalstīs ir pilnveidotas un izplatītas pacientu pamatiemaņas pacientu drošības jomā, un ziņojumi liecina, ka katrā valstī šo jēdzienu izprot citādi. Divas dalībvalstis ir izstrādājušas īpašu pacientu pamatiemaņu komplektu, savukārt 10 citas ar tām saistītus elementus iekļauj citās veselības aizsardzības politikas nostādnēs.

2.1.4. *Veselības aprūpes darbinieku izglītība un apmācība pacientu drošības jomā*

Visas valstis, izņemot vienu, informē, ka pēdējos divos gados ir veicinājušas veselības aprūpes darbinieku izglītību un apmācību pacientu drošības jomā. Tomēr tikai 15 valstis ir izvirzījušas oficiālu prasību iekļaut pacientu drošības modulus vienā vai vairākos izglītības veidos. Tos medmāsām un ārstiem piedāvā galvenokārt saistībā ar profesionālo tālākizglītību, pēcdiploma studijām vai apmācību darba vietā. Mazāks piedāvājumu klāsts pieejams

veselības aprūpes darba vadītājiem un darbiniekiem, kas nav ārsti, medmāsas vai farmaceiti. Nevienā valstī pacientu drošības jautājums netiek ietverts visos izglītības līmeņos visām profesionālajām grupām, tomēr trīs valstīs tas tiek darīts ārstiem, medmāsām un farmaceitiem.

2.1.5. *Pārrobežu darbības pacientu drošības jomā*

Papildus valsts mērogā īstenotajām darbībām dažas dalībvalstis norāda arī uz pārrobežu darbībām.

Trīs dalībvalstis papildus to valsts stratēģijai ir izstrādājušas arī pārrobežu pacientu drošības stratēģiju. Divās dalībvalstīs ziņošanas un mācību sistēmas darbojas pārrobežu kontekstā. Piecpadsmit valstīs ir ieviestas īpašas procedūras nerezidentu pacientu informēšanai par pacientu drošības standartiem un citiem pasākumiem. Tomēr sīkāka informācija par šīm procedūrām netiek sniegta.

2.1.6. *Pētniecība*

Desmit dalībvalstis informē, ka tām ir valsts mēroga pētniecības programma pacientu drošības jomā. Pašreizējā pētniecība pievēršas tādiem jautājumiem kā pacientu drošības kultūra, medikamentozās terapijas kļūdu riska samazināšana, pacientu zināšanu uzlabošana par medikamentu drošību, veselības aprūpē iegūtas infekcijas, kritienu novēršana vecāka gadagājuma iedzīvotāju vidū, veselības aprūpes darbinieku iztrūkuma ietekme uz pacientu apmierinātību, teleradioloģijas ietekme uz būtiskiem ārkārtas gadījumiem, instrumenti, ar ko izvērtē nevēlamus notikumus, kā arī nevēlamu notikumu biežums hospitalizētu pacientu vidū.

2.1.7. *Visvairāk un vismazāk īstenotās jomas*

No visām trīspadsmit Ieteikumā paredzētajām un šajā ziņojumā analizētajām darbībām⁴ turpmāk minētās trīs darbības ir īstenotas visvairāk valstīs: pacientu drošība ir izvirzīta par prioritāru jautājumu veselības aizsardzības politikā (visas valstis), ir izraudzīta par pacientu drošību atbildīgā kompetentā iestāde (25 valstis) un ir sekmēta visu veselības aprūpes iestāžu darbinieku apmācība pacientu drošības jomā (24 valstis).

Vismazāk valstu īstenojušas šādas darbības: ietvert pacientu drošību veselības aprūpes speciālistu izglītībā un apmācībā (trīs valstis), sniegt pacientiem pilnīgu informāciju par pacientu drošību (piecas valstis), izplatīt veselības aprūpes darbiniekiem pamatzināšanas par pacientu drošību (11 valstis) un pilnveidot pacientu pamatzināšanas par pacientu drošību (12 valstis).

Attiecībā uz valstīs īstenoto darbību skaitu to iedalījums ir šāds:

⁴ Izraudzīties par pacientu drošību atbildīgo kompetento iestādi; izvirzīt pacientu drošību kā prioritāru jautājumu veselības aizsardzības politikā; izstrādāt drošākas un lietotājam ērtākas sistēmas, procesus un instrumentus; regulāri pārskatīt un atjaunināt drošības standartus un/vai paraugpraksi; veicināt veselības aprūpes speciālistu organizāciju aktīvu iesaisti pacientu drošībā; veicināt drošu paņēmienu izmantošanu ar mērķi novērst visizplatītākos nevēlamos notikumus; iesaistīt pacientu organizācijas politikas izstrādē par pacientu drošību; izplatīt pacientiem informāciju par pacientu drošības standartiem, riskiem, drošības pasākumiem, sūdzību procedūrām un pieejamajiem kompensācijas veidiem; izveidot ziņošanas un mācību sistēmas; sekmēt visu veselības aprūpes iestādēs strādājošo izglītību un apmācību pacientu drošības jomā; ietvert pacientu drošību veselības aprūpes speciālistu izglītībā vai apmācībā; pilnveidot visu veselības aprūpes darbinieku galvenās kompetences, zināšanas, attieksmi un prasmes.

Valstis, kuras īstenojušas visas 13 darbības	0 valstu
Valstis, kuras īstenojušas 10–12 darbības	9 valstis CZ, DE, DK, ES, FR, IE, IT, NL, UK
Valstis, kuras īstenojušas 6–9 darbības	14 valstis AT, BE, BG, EE, FI, LT, LU, MT, NO, PL, PT, SE, SI, SK
Valstis, kuras īstenojušas 4–6 darbības	3 valstis CY, HU, LV
Valstis, kuras īstenojušas 1–3 darbības	2 valstis EL, RO

2008. gada Ietekmes novērtējumā⁵ Komisija informēja par īstenotām darbībām pacientu drošības jomā dalībvalstīs (tostarp par ziņošanas un mācību sistēmu esību un ilgumu, par tādās kompetentās iestādes izveidi, kura ir atbildīga par pacientu drošību, kā arī par dalībvalstu aktīvu iesaisti iniciatīvās, kas vērstas uz zināšanu un pierādījumu par pacientu drošību izstrādi un izmantojumu ES vai starptautiskā līmenī). Salīdzinot situāciju šobrīd 2012. gadā ar situāciju 2008. gadā, vislielākais progress novērojams ziņošanas un mācību sistēmu jomā: patlaban 16 sistēmas ir nenosodošas, turpretī 2008. gadā tādās bija tikai četras; 11 sistēmās pastāv iespēja pacientiem ziņot par nevēlamiem notikumiem — 2008. gadā šādu iespēju nodrošināja tikai trīs sistēmas. Tomēr citās jomās progress ir bijis lēnāks (piem., pacientu drošības sistēmu pašreizējais novērtējums) vai nav bijis vispār. Jāatzīmē, ka šo salīdzinājumu ietekmē metodoloģiskie ierobežojumi, tāpēc tas uzskatāms tikai par indikatīvu.

2.2. Veselības aprūpē iegūtas infekcijas

2.2.1. *Stratēģijas pieņemšana un īstenošana attiecībā uz veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli*

Ieteikumā dalībvalstis ir aicinātas atbilstīgā līmenī pieņemt un īstenot stratēģiju veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei un kontrolei. Astonpadsmit dalībvalstis ir uzskatījušas, ka šādas stratēģijas īstenošanai atbilstīgs ir valsts vai federālais līmenis. Līdz 2011. gada jūnijam deviņas no šīm dalībvalstīm bija pieņēmušas valsts līmeņa stratēģiju, sešas valstis bija stratēģijas izstrādes procesā, savukārt trīs valstis nevarēja ziņot par stratēģijas pieņemšanu, kā arī nebija sākušas tās izstrādi. Deviņas valstis uzskatīja, ka gan valsts, gan reģiona līmenis ir atbilstīgs. Visas šīs valstis ir īstenojušas valsts un reģiona stratēģijas. Viena dalībvalsts informē, ka reģiona līmenis ir atbilstīgs. Lielākā daļa stratēģiju veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei un kontrolei ir saistītas ar stratēģijām pienācīgai antibakteriālo preparātu izmantošanai cilvēkiem paredzētās zālēs un/vai ar pacientu drošības stratēģijām.

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

Ieteikumā minēts, ka stratēģijā, kas vērsta uz veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli, jāņem vērā turpmāk uzskaitītie galvenie mērķi.

(a) *Istenot profilakses un kontroles pasākumus valsts vai reģiona mērogā, lai atbalstītu veselības aprūpē iegūtu infekciju ierobežošanu.*

Vadlīnijas attiecībā uz roku higiēnu ir pieejamas 22 valstīs, no kurām 19 valstis atsaucas uz PVO vadlīnijām. Papildus tam trīs dalībvalstis atrodas vadlīniju izstrādes procesā, bet viena ir noteikusi reglamentējošas prasības roku higiēnai. Divām dalībvalstīm nav nekādu vadlīniju attiecībā uz roku higiēnu. Kampaņas par roku higiēnu ir īstenotas 18 valstīs, savukārt četrās valstīs tās tiek gatavotas.

Attiecībā uz citiem, ar roku higiēnu nesaistītiem jautājumiem slimnīcās vadlīnijas veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei un kontrolei ir pieejamas 23 valstīs, savukārt trīs dalībvalstīs tiek izstrādātas. Divām dalībvalstīm nav vienotu vadlīniju.

(b) *Uzlabot infekciju profilaksi un kontroli veselības aprūpes iestāžu līmenī*

– Slimnīcās

Attiecībā uz infekciju kontroles komitejām (vai līdzīgām organizatoriskām vadības struktūrām) slimnīcās 22 valstis ir izvirzījušas tiesiskas prasības un/vai izstrādājušas profesionālas ievirzes vadlīnijas. Sešām dalībvalstīm nav prasību/vadlīniju. Tur, kur attiecīgas prasības/vadlīnijas ir, tās ietver vadības iesaisti infekciju kontroles komitejas darbā.

Attiecībā uz infekciju kontroles grupām (vai līdzīgām organizatoriskām struktūrām) slimnīcās 24 valstis ir izvirzījušas tiesiskas prasības un/vai izstrādājušas profesionālas ievirzes vadlīnijas. Tikai četrās dalībvalstīs nav nekādu prasību/vadlīniju (tomēr viena valsts ir izvirzījusi tiesisku prasību epidemiologam).

Piecās dalībvalstīs ir izvirzītas tiesiskas prasības atvēlētam budžetam slimnīcas līmenī.

Kopumā tikai divas dalībvalstis informē, ka tām nav nekādu prasību attiecībā uz slimnīcu pārvaldību.

– Aprūpes namos

Divpadsmit valstis informē, ka mudina aprūpes namos ieviest atbilstīgas organizatoriskas vadības struktūras infekciju profilakses un kontroles programmu izstrādei un uzraudzībai. No tām desmit dalībvalstīs ir noteiktas tiesiskas prasības vai profesionālas ievirzes vadlīnijas infekciju kontroles struktūrām aprūpes namos.

(c) *Izveidot vai nostiprināt aktīvas pārraudzības sistēmas*

Visās valstīs, izņemot divas, ir vismaz viena veida tīkls veselības aprūpē iegūtu infekciju pārraudzībai; abās valstīs, kurās šāda tīkla nav (mazākas dalībvalstis), pārraudzību veic slimnīcās, nevis izmantojot valsts vai reģiona mēroga tīklu. Ar pārraudzības tīkliem pārrauga pret vairākām zālēm rezistentas baktērijas (18 valstis), infekcijas operācijas vietā (15), infekcijas pieaugušo pacientu intensīvās terapijas nodaļās (16), kā arī asins infekcijas (15). Deviņpadsmit valstīs iepriekšējos 20 gados ir veikti pētījumi attiecībā uz izplatību.

Attiecībā uz pārraudzības sistēmām, kas vērstas uz satraucošu ar veselības aprūpi saistīto mikroorganismu vai veselības aprūpē iegūtu infekciju sakopojumu savlaicīgu atklāšanu un ziņošanu, tās galvenokārt attiecas uz dažu veselības aprūpē iegūtu infekciju sakopojumiem.

Deviņpadsmit valstis ir ieviesušas antimikrobiālās rezistences testa ārējās kvalitātes novērtējuma sistēmu, savukārt trīs dalībvalstis to izstrādā. Sešās dalībvalstīs šādas sistēmas nav.

(d) Veicināt veselības aprūpes darbinieku izglītību un apmācību

Trīspadsmit valstis ir ieviesušas valsts mērogā vienotu kopēju kompetenču kopumu (izglītības programmu) specializētai infekciju kontroles apmācībai un/vai izglītības programmai, savukārt trīs dalībvalstīs tas tiek izstrādāts. Vienpadsmit valstīs šādas vienotas programmas nav. Nesponsorēta specializētās apmācības turpināšana deviņās dalībvalstīs ir obligāta infekciju kontroles ārstiem un 11 valstīs infekciju kontroles medmāsām.

Attiecībā uz citu veselības aprūpes darbinieku izglītību, kuri neietilpst infekciju kontroles personālā, 13 valstis ir ieviesušas valsts mērogā vienotu kopēju kompetenču kopumu higiēnas pamatprincipos un infekciju profilaksei un kontrolei, un viena valsts šāda veida izglītības programmu izstrādā. Divpadsmit valstis ir noteikušas obligātu ievadapmācību visiem veselības aprūpes iestādēs strādājošajiem. Četrpadsmit valstīs ir noteikta obligāta regulāra apmācība visiem veselības aprūpes iestādēs strādājošajiem. Trīs dalībvalstīs tiek īstenota apmācība arī veselības aprūpes iestāžu vadītājiem.

(e) Uzlabot informāciju, ko veselības aprūpes iestādes sniedz pacientiem

Tikai trīs dalībvalstīs ir izstrādāta valsts/reģiona sagatave ar informāciju, kas sniedzama pacientiem laikā, kamēr tie uzturas veselības aprūpes iestādē, tostarp ar informāciju par veselības aprūpē iegūtām infekcijām. Divās no tām šajā sagatavē ietverta informācija par pasākumiem, ko veselības aprūpes iestāde veic veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei. Turklāt sagatavēs sniegta informācija par veselības aprūpē iegūtu infekciju risku (divās dalībvalstīs), par to, kā pacienti var palīdzēt infekciju profilaksē (vienā), kā arī sniegta specifiska informācija pacientiem, kas ir kolonizēti vai inficēti ar veselības aprūpē iegūtiem mikroorganismiem (divās).

Vienpadsmit dalībvalstis informē, ka to rīcībā ir mehānismi, ar ko mudināt veselības aprūpes iestādes sniegt informāciju pacientiem. Sešās dalībvalstīs šāds mehānisms ir saistošs regulējums, sešās — profesionālas ievirzes vadlīnijas un četrās — akreditācijas vai sertifikācijas sistēmas.

(f) Atbalstīt pētniecību

Sešās dalībvalstīs uzaicinājumu piedalīties konkursā veselības aprūpē iegūtu infekciju jomā (epidemioloģija, jaunas preventīvas un terapijas tehnoloģijas un iejaukšanās, infekciju profilakses un kontroles izmaksu lietderība) var publicēt par veselību vai pētniecību atbildīgās ministrijas aizgādībā. Desmit valstis izmanto savu starpnozaru mehānismu, lai definētu pētniecības prioritātes infekciju profilakses un kontroles jomā, turpretī trīs citas dalībvalstis tikai plāno iesaistīt starpnozaru mehānismu.

2.2.2. Starpnozaru mehānisma vai līdzvērtīgas sistēmas izveide

Lai stratēģiju veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei un kontrolei ieviestu saskaņoti, 17 valstis ir izveidojušas starpnozaru mehānismu vai līdzvērtīgu sistēmu, turpretī septiņas dalībvalstis atrodas šāda mehānisma izveides procesā. Lielākajā daļā gadījumu (13 valstīs no 17) ar starpnozaru mehānismu vai līdzvērtīgu sistēmu koordinē arī stratēģiju pienācīgai antibakteriālo preparātu izmantošanai cilvēkiem paredzētās zālēs. Četras dalībvalstis informē, ka tām nav ne starpnozaru mehānisma, ne līdzvērtīgas sistēmas.

3. GALVENĀS DARBĪBAS EIROPAS SAVIENĪBAS LĪMENĪ

3.1. Vispārēji pacientu drošības jautājumi

Eiropas Komisija ir veikusi turpmāk minētās darbības, lai veicinātu savstarpēju izglītošanos dalībvalstu starpā un ierosinātu vienotas definīcijas un terminoloģiju pacientu drošības jomā.

Darba grupas par pacientu drošību un aprūpes kvalitāti ietvaros Komisija ir sekmējusi informācijas apmaiņu par iniciatīvām, kas saistītas ar pacientu drošību un aprūpes kvalitāti. Šajā grupā ietilpst visas ES dalībvalstis, pārstāvji no EBTA valstīm, starptautiskas organizācijas (PVO, ESAO un Eiropas Padome), kā arī ES jumta organizācijas, kuras pārstāv pacientus, veselības aprūpes speciālistus, veselības aprūpes vadītājus un aprūpes kvalitātes speciālistus. Grupas ietvaros ir pārrunāts gan PVO darbs attiecībā uz Starptautisko pacientu drošības līmeņa klasifikāciju (šajā darbā iesaistītas 15 valstis, un divas to ir pārtulkojušas savā valsts valodā), gan vairāki valstu darbību piemēri pacientu drošības jomā. Tomēr līdz pat šim brīdim ES līmenī nav ierosināta pacientu drošības līmeņa klasifikācija.

Veselības aizsardzības programmas ietvaros Eiropas Komisija līdzfinansē ESAO vadīto projektu par veselības aprūpes kvalitātes rādītājiem. 2011. gadā šā projekta ietvaros pirmo reizi tika publicēti seši rādītāji par pacientu drošību: divi attiecās uz dzemdību traumām, savukārt četri uz komplikācijām pēc manipulācijām un pēcoperāciju sarežģījumiem. Divdesmit no ziņojošajām valstīm iesaistās datu apkopošanā šā projekta ietvaros, tostarp 11 valstis apkopo salīdzināmos rādītājus par pacientu drošību.

Komisija ir piešķirusi arī EUR 3 600 000 trīs gadu sadarbībai pacientu drošības jomā, kam jāizpaužas kā vienotai rīcībai 2012.–2015. gadam. Daļa no vienotās rīcības ietver paraugprakses atlasu pacientu drošības jomā veselības aprūpes sniedzēju līmenī un tās īstenošanas pārbaudi citās dalībvalstīs. Vienotā rīcība arī samēros un analizēs pašreizējās kvalitātes nodrošināšanas un kvalitātes uzlabošanas stratēģijas, kā arī ierosinās ilgtspējīgas sadarbības modeļi pacientu drošības un aprūpes kvalitātes jomā ES līmenī. Vienotajā rīcībā ir iesaistītas visas 27 dalībvalstis un Norvēģija, un to koordinē Francijas Veselības aizsardzības valsts iestāde (*Haute Autorité de Santé*). Divdesmit viena valsts šo projektu atbalsta arī finansiāli.

Divdesmit divas no ziņojošajām valstīm sadarbojas ar citām ES dalībvalstīm saistībā ar citiem Padomes Ieteikuma nosacījumiem, turklāt bieži vien tādu projektu ietvaros, ko līdzfinansē ES vai starptautiskas organizācijas. Galvenās sadarbības jomas ir: pacientu drošības stratēģiju un programmu izstrāde (20 valstis), nenosodošu ziņošanas un mācību sistēmu izstrāde (15 dalībvalstis), kā arī pacientu drošības standartu izstrāde un pārbaude (15 dalībvalstis). Visretāk (tikai deviņās dalībvalstīs) skartās jomas ir: informācijas par pacientu drošību izplatīšana pacientiem un pacientu drošības jomā galveno kompetenču pilnveidošana pacientiem.

Septītās pētniecības pamatprogrammas ietvaros ES ir līdzfinansējusi sešus pētniecības projektus par vispārējiem pacientu drošības jautājumiem, kopumā atvēlot EUR 16 miljonus.

3.2. Veselības aprūpē iegūtas infekcijas

Veselības aprūpē iegūtu infekciju profilakse un kontrole ir cieši saistīta ar mikrobu rezistenci, kas ir vēl viena no Komisijas galvenajām prioritātēm. Komisijas paziņojumā „Rīcības plāns pret pieaugošajiem draudiem, ko rada mikrobu rezistence”⁶ ir minētas 12 darbības, kas īstenojamas ES dalībvalstīs, tostarp darbība „Uzlabot infekciju profilaksi un kontroli veselības aizsardzības iestādēs”. Papildinot rīcības plānu, tiks noteiktas prioritātes Eiropas mēroga projektu finansēšanai, pamatojoties uz šā ziņojuma secinājumiem.

Reaģējot uz ieteikumu dalībvalstīm izmantot ES līmenī pieņemtas gadījumu definīcijas⁷, vispārēja gadījuma definīcija vienam veselības aprūpē iegūtu infekciju veidam (hospitāla infekcija jeb slimnīcā iegūta infekcija) ir iekļauta Komisijas īstenošanas lēmuma projektā, ar kuru groza Lēmumu 2002/253/EK⁸, ar ko nosaka gadījumu definīcijas ziņošanai par infekcijas slimībām Kopienas tīklā saskaņā ar Lēmumu Nr. 2119/98/EK. Šāda gadījuma definīcija izstrādāta saskaņā ar tās komitejas atzinumu, kas izveidota Lēmuma Nr. 2119/98/EK īstenošanai.

Komisija jau ir pievērsusies jautājumam par veselības aprūpē iegūtām infekcijām, finansējot vairākus Eiropas mēroga projektus Veselības aizsardzības programmu 2003.–2007. gadam un 2008.–2013. gadam ietvaros: *IPSE*⁹ (Pacientu drošības uzlabošana Eiropā), *BURDEN*¹⁰ (Rezistences un slimību slogs Eiropas valstīs), kā arī *IMPLEMENT*¹¹ (Stratēģisku komplektu īstenošana infekciju profilaksei un pārvaldībai).

Sestās un Septītās pētniecības un tehnoloģiju attīstības pamatprogrammas ietvaros (2002.–2006. gadam un 2007.–2013. gadam) Komisija finansē virkni pētniecības projektu veselības aprūpē iegūtu infekciju un mikrobu rezistences jomās¹². Piemēram, *MOSAR* projekts tika īstenots ar mērķi labāk izprast rezistentu patogēnu pārnēsamības dinamiku, kā arī izpētīt ietekmētās efektivitāti veselības aprūpē iegūtu infekciju samazināšanā. Cits piemērs ir pašreiz īstenotais *R-GNOSIS* projekts, kas aptver piecus klīniskos pētījumus, kuru mērķis ir identificēt uz pierādījumiem balstītus preventīvos pasākumus un klīniskās vadlīnijas nolūkā apkarot to infekciju izplatību un radītās sekas, ko izraisa pret vairākām zālēm rezistentā gramnegatīvā baktērija. Visbeidzot, pašreiz īstenotais *PROHIBIT*¹³ projekts analizē pašreizējās vadlīnijas un paņēmienus veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei Eiropas slimnīcās, nosaka faktorus, kas nodrošina vai samazina atbilstību paraugpraktīkai, kā arī pārbauda zināmas iedarbības intervences ietekmi.

⁶ Komisijas paziņojums Eiropas Parlamentam un Padomei: Rīcības plāns pret pieaugošajiem draudiem, ko rada mikrobu rezistence (COM(2011) 748 galīgā redakcija). Pieejams vietnē: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0882:FIN:EN:PDF>

⁷ OV L 268, 3.10.1998., 1.-7. lpp. saskaņā ar noteikumiem Eiropas Parlamenta un Padomes 1998. gada 24. septembra Lēmumā Nr. 2119/98/EK par epidemioloģiskās uzraudzības un infekcijas slimību kontroles tīkla izveidošanu Kopienā.

⁸ OV L 86, 3.4.2002., 44.–62. lpp.

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>

Eiropas Slimību profilakses un kontroles centrs (*ECDC*) koordinē Eiropas uzraudzību attiecībā uz infekcijām operāciju vietā, veselības aprūpē iegūtām infekcijām intensīvās terapijas nodaļās¹⁴ un mikrobu rezistenci¹⁵. Papildus minētajam 2009.–2010. gadā dalībvalstu un *ECDC* speciālisti sagatavoja protokolu un instrumentu komplektu veselības aprūpē iegūtu infekciju izplatības izpētei valstī un antibakteriālo līdzekļu izmantojumam akūtās aprūpes slimnīcās, un dalībvalstis tos ieviesa 2011.–2012. gadā. Turklāt *ECDC* atbalsta Eiropas tīklu veselības aprūpē iegūtu infekciju uzraudzībai un antibakteriālu līdzekļu izmantojuma uzraudzībai ilgtermiņa veselības aprūpes iestādēs (*HALT-2*), kā arī atbalsta projektu, kura mērķis ir vairot kapacitāti *Clostridium difficile* infekciju uzraudzībai (*ECDIS-Net*). 2010. gadā *ECDC* veica vajadzību novērtējumu infekciju kontroles apmācībai dalībvalstīs un atjaunināja *IPSE*⁹ galvenās kompetences infekciju kontroles apmācībai ES (*TRICE*). *ECDC* ir izstrādājis uz pierādījumiem balstītas vadlīnijas *Clostridium difficile* infekciju profilaksei un kontrolei, kā arī ir publicējis rekomendācijas karbapenemāzes izstrādājošās enterobaktērijas¹⁶ izplatības novēršanai. Visbeidzot, *ECDC* sponsorē arī veselības aprūpē iegūtu infekciju profilakses vadlīniju un rādītāju izstrādi.

4. SOCIĀLI EKONOMISKIE ASPEKTI

Ekonomikas un finanšu krīzes dēļ lielākā daļa Eiropas Savienības dalībvalstu saskaras ar finansiālām grūtībām. Reaģējot uz tām, kopš krīzes sākuma dažas valstis ir veikušas ievērojamas veselības aprūpes sistēmu reformas.

Dalībvalstis ir īstenojušas pasākumus izmaksu samazināšanai un efektivitātes un produktivitātes uzlabošanai, piemēram: ir samazinājušas izdevumus veselības aprūpes jomā; noteikušas veselības aprūpes budžeta palielinājuma griestus; samazinājušas veselības pakalpojumu operatīvās izmaksas, samazinājušas maksu pakalpojumu sniedzējiem, samazinājušas farmaceitiskos izdevumus, kā arī noteikušas ierobežojumus veselības aprūpes speciālistiem nodarbinātības politikā un pensionēšanās reformās (piemēram, attiecībā uz darbinieku atlaišanu vai pensionēto darbinieku neaizvietošanu, ierobežojošu politisko nostādņu noteikšanu attiecībā uz darbinieku pieņemšanu darbā un aizvietošanu, kā arī algu samazināšanu publiskajā sektorā)¹⁷.

Šādos apstākļos lielākā daļa dalībvalstu informē, ka Ieteikumā minēto noteikumu par vispārējiem pacientu drošības jautājumiem ieviešanas temps ir samazinājies sakarā ar krīzes radītajām finanšu grūtībām. Dažas dalībvalstis, kur noteikumu ieviešanas ātrums ir vislēnākais, ir starp tām valstīm, kuras finanšu un ekonomikas lejupslīde ietekmēja visnopietnāk. Tomēr būtu pārāgri secināt, ka pastāv pozitīva tieša cēloņsakarība starp finanšu situāciju dalībvalstīs un pacientu drošības pasākumu ieviešanu, jo ir arī tādas dalībvalstis, kuras ekonomikas krīze skāra pietiekami smagi, bet kuras tomēr ir veikušas ievērojamus ieguldījumus pacientu drošībā.

Resursu samazinājumam nevajadzētu radīt draudus pacientu drošībai un aprūpes kvalitātei ne tikai pacientu dēļ, bet arī tāpēc, ka pierādījumi liecina, ka ar veselības aprūpi saistītais

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 Eiropas pusgada konkrētām valstīm adresēti ieteikumi: http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_lv.htm;
HOPE: http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/86_crisis/86_HOPE-The_Crisis_Hospitals_Healthcare_April_2011.pdf.

apdraudējums rada papildu izmaksas¹⁸. Starptautiskās literatūras pārskats vēsta, ka 13–16 % no slimnīcu izmaksām vien (viens eiro septiņās) rodas sakarā ar veselības aprūpi saistītiem ievainojumiem vai slimībām. Papildus tam, lai gūtu pilnīgu priekšstatu, ir jāņem vērā arī tās izmaksas, kuras rodas saistībā ar šo notikumu seku ārstēšanu, kas tiešā veidā neietilpst slimnīcas izmaksās. Turklāt jaunākie izmaksu lietderības pētījumi par intervenci pacientu drošības jomā liecina, ka konkrētas darbības pacientu drošības jomā ir izmaksu ziņā lietderīgākas¹⁹. Lai izstrādātu efektīvus politikas pasākumus nolūkā samazināt nedrošas aprūpes izmaksas un sagatavot izmaksu ziņā lietderīgas pacientu drošības programmas, ir nepieciešami turpmāki pētījumi, kā arī pierādījumi konkrētai ES dalībvalstu situācijai. Turklāt ir jāturpina darbs pie labākas tādu risinājumu noteikšanas un izstrādes, kas atbilstu pašreizējam iestāžu un organizatoriskajam regulējumam.

Papildus minētajam dalībvalstis uzsver, ka netiek dots pietiekami ilgs laiks starp Ieteikuma pieņemšanu un ziņošanu. Ir dažas norādes arī uz iekšējās koordinācijas problēmām veselības un izglītības ministriju starpā, kā arī uz iespējamu politiskās prioritātes trūkumu valsts līmenī.

5. SECINĀJUMI

Lielākā daļa dalībvalstu ir īstenojušas virkni darbību, kā paredzēts Ieteikumā. Attiecībā uz vispārējiem pacientu drošības jautājumiem lielākā daļa dalībvalstu ir ietvērušas pacientu drošību kā prioritāru jautājumu sabiedrības veselības politikā un ir izraudzījušās kompetentu iestādi, kas atbildīga par pacientu drošību. Turklāt lielākā daļa valstu ir veicinājušas veselības aprūpes iestāžu darbinieku izglītību pacientu drošības jomā, lai gan tikai dažas valstis ir oficiāli iekļāvušas pacientu drošības jautājumu veselības aprūpes speciālistu izglītības un apmācības programmās. Pašreizējās ziņošanas un mācību sistēmas ir ievērojami pilnveidotas attiecībā uz diviem galvenajiem aspektiem: to nenosodošo būtību un pacientiem doto iespēju ziņot. Tomēr šajā nozīmīgajā jomā vēl iespējami citi uzlabojumi. Tas pats attiecas uz noteikumiem par pacientu pilnvarošanu. Turklāt pasākumi tiek vērsti uz veselības aprūpi slimnīcās, un ir zināmi tikai daži piemēri, kad darbības ir vērstas arī uz primāro veselības aprūpi. Attiecībā uz veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli 26 no 28 ziņojošajām valstīm ir īstenojušas darbību kopumu veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksei un kontrolei; lielākajā daļā gadījumu (77 %) šīs darbības veiktas saskaņā ar valsts/reģiona stratēģiju un/vai rīcības plānu. Trīspadsmit dalībvalstis informē, ka Ieteikuma dēļ ir uzsāktas iniciatīvas veselības aprūpē iegūtu infekciju jomā, jo īpaši ir ieviests starpnozaru mehānisms vai līdzvērtīga sistēma, izstrādātas/pārskatītas stratēģijas, kā arī īstenotas informatīvās kampaņas veselības aprūpē nodarbinātajiem.

Tomēr joprojām ir vairākas Ieteikumā minētas jomas, kurās ir iespējami ievērojami uzlabojumi. Pamatojoties uz šā ziņojuma secinājumiem, turpmāko darbu vajadzētu vērst uz šādām prioritātēm.

¹⁸ Kanādas Pacientu drošības institūts
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/EconomisofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20Literature%20Revier.pdf>. Citi pētījumi liecina, ka novēršamā kaitējuma starptautiskie rādītāji ir apmēram 10 % (NES:
http://www.nes.scot.nhs.uk/media/6470/Overview%20of%20patient%20safety_KHoww2009.pdf.

¹⁹ Møller A. H. (2010). Izmaksu lietderības analīze saistībā ar plaušu mākslīgo ventilāciju saistītas pneimonijas mazināšanai Dānijā, intensīvās terapijas nodaļā ar ventilācijas komplektu (*A cost-effectiveness analysis of reducing ventilator-associated pneumonia at a Danish ICU with ventilator bundle*). Medicīnas ekonomikas žurnāls (*Journal of Medical Economics*), 15. izdevums, Nr. 2, 2012., 1.–8.

(a) Pacientu vispārējās drošības jomā

Dalībvalstu līmenī:

- aktīvi **iesaistīt pacientus pacientu drošības jautājumos**, jo īpaši sniegt pacientiem informāciju par drošības pasākumiem, sūdzību procedūrām un pacientu tiesībām saņemt kompensāciju, strādāt pie kopējas izpratnes veidošanas un pamatzināšanu pilnveidošanas pacientiem, kā arī mudināt pacientus un viņu ģimenes locekļus ziņot par nevēlamiem notikumiem;
- apkopot informāciju par nevēlamiem notikumiem, turpinot pilnveidot ziņošanas un mācību sistēmas, nodrošināt **nenosodošus apstākļus ziņošanai par nevēlamiem notikumiem** un **izvērtēt ziņošanas procesu**, t. i., to, cik bieži veselības aprūpes speciālisti, citi veselības aprūpes darbinieki un pacienti ziņo par nevēlamiem notikumiem. Attiecībā uz ziņošanu par kaitīgu vai nevēlamu reakciju uz zālēm ziņošanas sistēmai ir jāpapildina jaunā tiesību akta par farmakovigilanci (Direktīva 2010/84/ES) noteikumi;
- attiecināt pacientu drošības stratēģijas un programmas ne tikai uz stacionāro, bet **arī uz nestacionāro aprūpi**.
- **ES līmenī:**
- sadarboties nolūkā ierosināt **vadlīnijas** attiecībā uz to, kā izstrādāt un ieviest **pacientu drošības standartus**, pārsniedzot Ieteikumā minēto;
- panākt progresu attiecībā uz **kopēju terminoloģiju** pacientu drošības jomā;
- veicināt paraugprakses apmaiņu, galvenokārt tajās dalībvalstu noteiktajās jomās, kurās, pēc to domām, nav pietiekamu pašmāju zināšanu vai ir grūti piekļūt starptautiskām vai ES zināšanām, piem., attiecībā uz pacientu drošības sistemātisku integrāciju visu līmeņu veselības aprūpes speciālistu **izglītībā un apmācībā**;
- pilnveidot pētniecību pacientu drošības jomā, tostarp attiecībā uz **pētījumiem par pacientu drošības stratēģiju izmaksu lietderību**.

(b) Attiecībā uz veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli

- **Dalībvalstu līmenī:**
- nodrošināt pietiekamu **specializētā infekciju kontroles personāla darbinieku** skaitu, **paredzot tiem laiku** šo pienākumu izpildei slimnīcās un citās veselības aprūpes iestādēs;
- uzlabot **specializētā infekciju kontroles personāla apmācību** un veiksmīgāk saskaņot kvalifikāciju līmeni dalībvalstu starpā;
- nostiprināt īpaši pielāgotas infekciju profilakses un kontroles pamata struktūras un paņēmienus **aprūpes namos un citās ilgtermiņa veselības aprūpes iestādēs**;
- **atkārtot pētījumus par** veselības aprūpē iegūtu infekciju **izplatību valstī**, izmantojot to kā līdzekli nolūkā uzraudzīt veselības aprūpē iegūtu infekciju radīto slogu visu veidu veselības aprūpes iestādēs, identificēt prioritātes un mērķus iejaukšanās nolūkā, izvērtēt iejaukšanās ietekmi un vairot izpratni;

- nodrošināt to, ka tiek veikta infekciju **uzraudzība intensīvās terapijas nodaļās un operāciju vietās**;
- ieviest **uzraudzības sistēmas savlaicīgai satraucošu ar veselības aprūpi saistītu organismu atklāšanai un ziņošanai** un stiprināt spējas reaģēt uz šādu organismu izplatību (tostarp pārrobežu mērogā), kā arī novērst to iekļūšanu veselības aprūpes iestādēs;
- uzlabot **informāciju** pacientiem **par veselības aprūpē iegūtām infekcijām** un uzlabot pacientu iesaistīšanos atbilstoši infekciju profilakses un kontroles pasākumiem;
- izstrādāt dalībvalstīs **vērtēšanas sistēmu** ar virkni rādītāju nolūkā **novērtēt stratēģijas/rīcības plāna īstenošanu** un progresu veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksē un kontrolē.
- **ES līmenī:**
- turpināt **izstrādāt pamatnostādnes** attiecībā uz veselības aprūpē iegūtu infekciju profilaksi un kontroli, tostarp **īpaši pielāgotas pamatnostādnes** aprūpes namiem un citām ilgtermiņa aprūpes iestādēm;
- pilnveidot **pētniecību** veselības aprūpē iegūtu infekciju profilakses un kontroles jomā, tostarp attiecībā uz pētījumiem par profilakses un kontroles pasākumu **izmaksu lietderību**.

Ieteikumā pausts aicinājums Komisijai „novērtēt, cik efektīvi ir ierosinātie pasākumi”. Tomēr, tā kā daudzās dalībvalstīs un ES līmenī darbības ir īstenotas tikai nesen un dažos gadījumos vēl ir tikai izstrādes procesā, šādu novērtējumu būtu ieteicams veikt vēl vienu reizi pēc diviem gadiem, izmantojot šo ziņojumu kā salīdzinošu atsauci. Tāpēc Komisija ierosina pagarināt Ieteikumā minēto vispārējās pacientu drošības noteikumu īstenošanas uzraudzību uz vēl diviem gadiem. Komisija 2014. gada jūnijā sagatavos otru progresu ziņojumu, ņemot vērā vienotās rīcības vidējā termiņā gūtos rezultātus pacientu drošības un aprūpes kvalitātes jomā.