

V Bruseli 13. 11. 2012
COM(2012) 658 final

SPRÁVA KOMISIE RADE

na základe správ členských štátov týkajúcich sa vykonávania odporúčania Rady (2009/C 151/01) o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií

(Text s významom pre EHP)

{SWD(2012) 366 final}

OBSAH

1.	Úvod.....	3
2.	Prehľad hlavných opatrení na úrovni členských štátov	4
2.1.	Všeobecné otázky bezpečnosti pacientov	4
2.1.1.	Rozvoj vnútroštátnych politík a programov v oblasti bezpečnosti pacientov.....	4
2.1.2.	Informácie o negatívnych príhodách.....	5
2.1.3.	Posilnenie postavenia pacientov	5
2.1.4.	Vzdelávanie a odborná príprava zdravotníckych pracovníkov v oblasti bezpečnosti pacientov	6
2.1.5.	Cezhraničné opatrenia v oblasti bezpečnosti pacientov.....	6
2.1.6.	Výskum	6
2.1.7.	Oblasti, v ktorých realizácia pokročila najviac a najmenej.....	6
2.2.	Nemocničné infekcie.....	8
2.2.1.	Prijatie a realizácia stratégie prevencie a kontroly nemocničných infekcií	8
2.2.2.	Zriadenie medziodvetvového mechanizmu alebo rovnocenného systému	10
3.	Hlavné opatrenia na úrovni Európskej únie	10
3.1.	Všeobecné otázky bezpečnosti pacientov	10
3.2.	Nemocničné infekcie.....	11
4.	Sociálno-hospodárske východiská	12
5.	Závery	14

1. Úvod

Rada v júni 2009 prijala Odporúčanie o bezpečnosti pacienta vrátane prevencie a kontroly nemocničných infekcií (2009/C 151/01) (ďalej len „odporúčanie“).

Odporúčanie tvoria dve kapitoly. V prvej kapitole o všeobecných otázkach bezpečnosti pacienta sa od členských štátov požaduje zavedenie súboru opatrení s cieľom minimalizovať poškodenie pacientov, ktorým sa poskytuje zdravotná starostlivosť. Uvedené opatrenia zahŕňajú rozvoj národných politík bezpečnosti pacientov, posilnenie postavenia pacientov a zvýšenie ich informovanosti, zriadenie systémov podávania správ a učenia sa o negatívnych príhodách, podporu vzdelávania a odbornej prípravy zdravotníckych pracovníkov a rozvoj výskumu. Rada v odporúčaní vyzýva členské štáty, aby si vymieňali poznatky, skúsenosti a najlepšie postupy a klasifikovali a kodifikovali bezpečnosť pacientov na úrovni EÚ prostredníctvom vzájomnej spolupráce a spolupráce s Komisiou.

V druhej kapitole o prevencii a kontrole nemocničných infekcií sa od členských štátov žiada, aby prijali a vykonávali stratégiu prevencie a kontroly nemocničných infekcií na primeranej úrovni a aby zvažili zriadenie medziodvetvového mechanizmu alebo rovnocenného systému koordinovaného vykonávania takejto stratégie. Stratégia by mala zahŕňať opatrenia na prevenciu a kontrolu infekcií na vnútroštátnej/regionálnej úrovni a na úrovni zariadení zdravotnej starostlivosti, systémy dohľadu, vzdelávanie a odbornú prípravu zdravotníckych pracovníkov, informovanie pacientov a výskum.

Odporúčanie dopĺňa ďalšie iniciatívy EÚ. Účelom smernice Európskeho parlamentu a Rady 2011/24/EÚ z 9. marca 2011 o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti¹, ktorá sa má transponovať do októbra 2013, nie je len vysvetliť práva pacientov pri prístupe ku zdravotnej starostlivosti v inom členskom štáte EÚ, ale aj zaistiť jej bezpečnosť a dobrú kvalitu takejto starostlivosti. Zahŕňa preto niekoľko ustanovení týkajúcich sa bezpečnosti a kvality zdravotnej starostlivosti: spoluprácu členských štátov pri príprave noriem a usmernení, informovanie pacientov o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti a uplatňovaných normách bezpečnosti a kvality, ako aj možnosť odmietnuť udeliť predchádzajúce povolenie v prípade pochybností o kvalite a bezpečnosti poskytovateľa zdravotnej starostlivosti v členskom štáte, v ktorom sa poskytuje liečba.

Vykonávanie opatrení uvedených v odporúčaní (napríklad: výmena poznatkov, skúseností a najlepších postupov; pravidelné preskúmavanie a aktualizácia noriem bezpečnosti pacientov, ktoré sa uplatňujú na poskytovanú zdravotnú starostlivosť v členských štátoch; informovanie pacientov o bezpečnostných opatreniach na zníženie alebo prevenciu ujmy a o normách bezpečnosti pacientov; prijatie a vykonávanie stratégie prevencie a kontroly nemocničných infekcií vrátane zriadenia medziodvetvového mechanizmu alebo rovnocenného systému koordinovaného vykonávania stratégie) sa zohľadní ako referenčná hodnota pri posudzovaní bezpečnostných noriem v rámci smernice.

Článok 12 smernice 2011/24/EÚ sa zameriava na rozvoj centier excelentnosti a európskych referenčných sietí. V prvom rade poveruje Komisiu, aby prostredníctvom delegovaných a vykonávacích aktov vymedzila kritériá a podmienky, ktoré musia centrá a siete splniť. V tejto súvislosti budú pravdepodobne definované požiadavky a kritériá týkajúce sa

¹ Ú. v. EÚ L 88, 4.4.2011, s. 45.

bezpečnosti pacientov. Zdravotné strediská v budúcich referenčných európskych sieťach prostredníctvom realizácie spoločných iniciatív alebo postupov v oblasti bezpečnosti pacientov pomôžu pri vymedzení najlepších postupov v komplexných postupoch.

Napokon, päťročný Akčný plán proti rastúcim hrozbám antimikrobiálnej rezistencie, ktorý Komisia prijala v novembri 2011, je zameraný na zavedenie účinných spôsobov prevencie mikrobiálnych infekcií a šírenia mikroorganizmov. K dosiahnutiu tohto cieľa prispeje posilnenie prevencie a kontroly infekcií v zdravotníckych zariadeniach (opatrenie č. 4).

Rada v odporúčaní vyzýva Komisiu, aby jej predložila správu o vykonávaní založenú na informáciách z členských štátov. V apríli 2011 Komisia vyzvala členské štáty, aby jej predložili správy o pokroku pri vykonávaní odporúčania podľa štandardizovaného dotazníka. Komisia dostala odpovede zo všetkých členských štátov, dobrovoľne vypracovanú správu z jednej krajiny EHP (z Nórska²) a z piatich regiónov (o všeobecných otázkach bezpečnosti pacientov)/15 regiónov (o infekciách spojených so zdravotnou starostlivosťou). Napokon 14 členských štátov v júli 2012 aktualizovalo informácie o všeobecných otázkach bezpečnosti pacientov.

V tejto správe sa uvádza prehľad hlavných opatrení na úrovni členských štátov a EÚ do júna 2011 (do júla 2012 v prípade časti o všeobecných otázkach bezpečnosti pacientov) a poukazuje sa na tie oblasti odporúčania, ktoré si vyžadujú ďalšiu pozornosť. Správu dopĺňa pracovný dokument útvarov Komisie, ktorý obsahuje podrobnejšiu technickú analýzu doručených odpovedí. V správe sú predstavené len odpovede na úrovni jednotlivých členských štátov³. Analýzy opatrení na vnútroštátnej aj regionálnej úrovni obsahuje pracovný dokument útvarov Komisie. V prípadoch, keď sa v správe píše o *krajinách*, myslia sa tým členské štáty EÚ a Nórsko.

2. PREHĽAD HLAVNÝCH OPATRENÍ NA ÚROVNI ČLENSKÝCH ŠTÁTOV

2.1. Všeobecné otázky bezpečnosti pacientov

2.1.1. Rozvoj vnútroštátnych politík a programov v oblasti bezpečnosti pacientov

Všetky krajiny pripravili osobitné politiky týkajúce sa bezpečnosti pacientov a začlenili ich ako priority do svojich politík zdravotnej starostlivosti. Devätnásť členských štátov prostredníctvom právneho aktu oficiálne zriadilo príslušný orgán zodpovedný za bezpečnosť pacientov na vnútroštátnej alebo regionálnej úrovni, šesť ďalších orgánov bolo určených bez právneho aktu. Príslušné orgány predovšetkým určujú a presadzujú najlepšie postupy, zbierajú informácie o existujúcich programoch týkajúcich sa bezpečnosti pacientov a pripravujú usmernenia v tejto oblasti. V 15 členských štátoch sa pravidelne aktualizujú normy bezpečnosti pacientov, v 11 sú tieto normy povinné. Osem ďalších krajín zaviedlo namiesto noriem iné opatrenia v oblasti bezpečnosti pacientov (napr. klinické usmernenia založené na dôkazoch, akreditačné postupy a meranie kultúry bezpečnosti pacientov). Päť členských štátov však neuviedlo existenciu žiadnych noriem v oblasti bezpečnosti pacientov

² Nórsko sa aktívne podieľalo na opatreniach v oblasti bezpečnosti pacientov na úrovni EÚ a je súčasťou analýzy v tejto správe.

³ Podobné odpovede regiónov jedného členského štátu, ktoré odpovedali len na regionálnej úrovni, sa zohľadnili ako odpoveď jednej krajiny.

ani iných opatrení. Veľká väčšina krajín (24) súhlasí s tým, že by pre ne boli užitočné usmernenia o tom, ako majú zostaviť a zaviesť normy bezpečnosti pacientov.

2.1.2. Informácie o negatívnych príhodách

V odporúčaní sa od členských štátov žiada, aby zriadili systémy podávania správ a učenia sa o negatívnych príhodách. V júli 2012 boli takéto systémy úplne funkčné v 15 členských štátoch a čiastočne zrealizované v 11 ďalších štátoch. Poskytujú v prvom rade informácie o príčinách negatívnych príhod a zaznamenávajú ich počet podľa jednotlivých druhov. V 18 krajinách sú oddelené od disciplinárnych konaní v záujme zaistenia beztretného prostredia pre oznamovanie. Takmer všetky krajiny, v ktorých existujú systémy podávania správ a učenia sa, nabádajú profesionálnych zdravotníkov a ďalších pracovníkov v odvetví zdravotníctva, aby podávali správy o negatívnych príhodách. Za ostatné dva roky sa zvýšil počet hlásení od profesionálnych zdravotníkov v dvoch tretinách krajín.

V 13 z 26 predmetných členských štátov poskytujú systémy podávania správ a učenia sa príležitosť podávať správy aj pacientom a ich príbuzným. Informácie o miere podávania správ sa však bežne zhromažďujú len v deviatich členských štátoch, pričom päť z nich informovalo, že počet hlásení od pacientov sa v rokoch 2009 až 2012 zvýšil.

2.1.3. Posilnenie postavenia pacientov

Odporúčanie nabáda členské štáty, aby posilnili postavenie pacientov zapojením patientskych organizácií a jednotlivých pacientov.

Štrnásť krajín formálne vyzvalo patientske organizácie, aby sa podieľali na rozvoji politík bezpečnosti pacientov, v ďalších šiestich krajinách sa ich zapojenie síce formálne nevyžaduje, ale prakticky realizuje.

Členským štátom sa tiež odporúča, aby zvyšovali informovanosť pacientov o normách bezpečnosti pacientov, bezpečnostných opatreniach na zabránenie alebo predchádzanie omylom, o práve na informovaný súhlas s liečbou, o postupoch podávania sťažností a o dostupnej pomoci a náprave. Vo všetkých krajinách, ktoré predložili správy, sa pacientom poskytuje aspoň jedna z týchto informácií (pričom informáciu o práve na informovaný súhlas poskytujú pacientom všetky krajiny). Všetky spomínané informácie sa však pacientom poskytujú len v piatich členských štátoch. Najmenej dostupné sú informácie o normách bezpečnosti pacientov. Na druhej strane viac ako polovica členských štátov uviedla, že občania majú k dispozícii zoznam akreditovaných zdravotníckych zariadení. Informácie sa pacientom väčšinou poskytujú prostredníctvom verejných webových lokalít alebo profesionálnych zdravotníkov. Dvadsaťtri krajín zaviedlo mechanizmy na zaznamenanie názorov pacientov na dostupnosť a presnosť poskytnutých informácií. Príklady zahŕňajú písomné alebo internetové dotazníky, ktoré sa vyplňajú pred prepustením, ročné prieskumy skúseností pacientov a možnosť zverejniť pripomienky na osobitnej webovej lokalite.

Základné spôsobilosti pre pacientov v oblasti bezpečnosti pacientov vytvorilo a zverejnilo len 12 členských štátov a správy ukazujú, že táto koncepcia sa vysvetľuje v jednotlivých krajinách odlišne. Dva členské štáty vypracovali osobitný súbor základných spôsobilostí pre pacientov, zatiaľ čo 10 ďalších zahrnulo príslušné prvky do ostatných politík zdravotnej starostlivosti.

2.1.4. Vzdelávanie a odborná príprava zdravotníckych pracovníkov v oblasti bezpečnosti pacientov

Všetky krajiny (až na jednu) uviedli, že v ostatných dvoch rokoch podporovali vzdelávanie a odbornú prípravu zdravotníckych pracovníkov v oblasti bezpečnosti pacientov. Len 15 z nich však formálne vyžaduje zahrnutie modulov bezpečnosti pacientov do jedného alebo viacerých typov vzdelávania. Väčšinou sa ponúkajú zdravotným sestram a lekárom v rámci celoživotného odborného vzdelávania, postgraduálneho štúdia alebo odbornej prípravy na pracovisku. Zriedkavejšie sú súčasťou ponuky pre riadiacich pracovníkov v oblasti zdravotníctva a iných zdravotníckych pracovníkov, ako sú lekári, zdravotné sestry a farmaceuti. Žiadna krajina nezačlenila bezpečnosť pacientov do všetkých úrovní vzdelávania pre všetky skupiny odborníkov, v troch krajinách je však súčasťou vzdelávania lekárov, zdravotných sestier a farmaceutov.

2.1.5. Cezhraničné opatrenia v oblasti bezpečnosti pacientov

Okrem opatrení na vnútroštátnej úrovni uviedli niektoré členské štáty aj cezhraničné opatrenia.

Tri členské štáty vypracovali okrem vnútroštátnej stratégie bezpečnosti pacientov aj cezhraničnú stratégiu. V dvoch členských štátoch fungujú systémy podávania správ a učenia sa v cezhraničných súvislostiach. Pätnásť krajín zaviedlo osobitné postupy, ktorými informujú pacientov s bydliskom mimo danej krajiny o normách bezpečnosti pacientov a ďalších opatreniach. Nie sú však k dispozícii podrobnejšie informácie o týchto postupoch.

2.1.6. Výskum

Desať členských štátov uviedlo, že majú národný výskumný program týkajúci sa bezpečnosti pacientov. Súčasný výskum zahŕňa kultúru bezpečnosti, znižovanie rizika omylov pri medikácii, zlepšovanie spôsobilosti pacientov v oblasti bezpečnosti medikácie, nemocničné infekcie, prevenciu pádov u seniorov, vplyv pracovných absencií zdravotníckych pracovníkov na spokojnosť pacientov, vplyv telerádiológie na záchrannú službu, nástroje na meranie negatívnych príhod a ako často sa hospitalizovaní pacienti stretávajú s negatívnymi príhodami.

2.1.7. Oblasti, v ktorých realizácia pokročila najviac a najmenej

Z 13 opatrení uvedených v odporúčaní a analyzovaných v tejto správe⁴ sa tieto tri opatrenia realizovali v najväčšom počte krajín: zahrnúť bezpečnosť pacienta ako prioritnú otázku do politik v oblasti zdravotníctva (všetky krajiny); určiť príslušný orgán zodpovedný za

⁴ Určiť príslušný orgán zodpovedný za bezpečnosť pacientov; zahrnúť bezpečnosť pacientov ako prioritnú otázku do politik v oblasti zdravotníctva; podporovať vývoj bezpečnejších a používateľsky nenáročných systémov, postupov a nástrojov; pravidelne preskúmať a aktualizovať bezpečnostné normy alebo najlepšie postupy; podporovať aktívnu úlohu organizácií zdravotníckych odborníkov v oblasti bezpečnosti pacientov; podporiť bezpečné postupy v záujme prevencie najčastejších negatívnych príhod; zapojiť organizácie pacientov do prípravy politik v oblasti bezpečnosti pacientov; informovať pacientov o normách bezpečnosti, riziku, bezpečnostných opatreniach, postupoch podávania sťažností a dostupnej náprave; zaviesť systémy podávania správ a učenia sa; podporovať vzdelávanie a odbornú prípravu zdravotníckych pracovníkov v oblasti bezpečnosti pacientov; zahrnúť bezpečnosť pacientov do odbornej prípravy zdravotníckych odborníkov; rozvíjať základné spôsobilosti, znalosti, prístupy a zručnosti zdravotníckych pracovníkov.

bezpečnosť pacientov (25 krajín) a podporovať odbornú prípravu v oblasti bezpečnosti pacientov v miestach poskytovania zdravotnej starostlivosti (24 krajín).

Medzi opatrenia, ktoré realizovalo najmenej krajín, patria: zahrnúť bezpečnosť pacienta do vzdelávania a odbornej prípravy zdravotníckych odborníkov (tri krajiny); poskytovať pacientom úplné informácie o bezpečnosti pacientov (päť krajín); poskytovať základné poznatky o bezpečnosti pacientov zdravotníckym pracovníkom (11 krajín) a rozvíjať základné spôsobilosti pre pacientov v oblasti bezpečnosti pacientov (12 krajín).

Pokiaľ ide o počet opatrení, ktoré krajiny realizovali, prehľad je takýto:

Krajiny, ktoré zrealizovali všetkých 13 opatrení	0 krajín
Krajiny, ktoré zrealizovali 10 až 12 opatrení	9 krajín: CZ, DE, DK, ES, FR, IE, IT, NL, UK
Krajiny, ktoré zrealizovali 6 až 9 opatrení	14 krajín: AT, BE, BG, EE, FI, LT, LU, MT, NO, PL, PT, SE, SI, SK
Krajiny, ktoré zrealizovali 4 až 6 opatrení	3 krajiny: CY, HU, LV
Krajiny, ktoré zrealizovali 1 až 3 opatrenia	2 krajiny: EL, RO

Komisia uviedla v hodnotení vplyvu z roku 2008⁵ informácie o existujúcich opatreniach členských štátov v oblasti bezpečnosti pacientov (vrátane existencie a vyspelosti systémov podávania správ a učenia sa, zriadenia príslušného orgánu zodpovedného za bezpečnosť pacientov a aktívnej účasti členských štátov v iniciatívach na rozvoj a využívanie poznatkov a dôkazov o bezpečnosti pacientov na úrovni EÚ alebo na medzinárodnej úrovni). Pri porovnaní situácie v roku 2008 so súčasnou situáciou v roku 2012 badať pokrok predovšetkým v oblasti systémov podávania správ a učenia sa: vzniklo 16 systémov bez stanovovania priamej zodpovednosti v porovnaní so štyrmi systémami v roku 2008; 11 systémov ponúka pacientom možnosť oznamovať negatívne príhody – v roku 2008 to boli len tri systémy. Ostatné oblasti však zaznamenali len mierny pokrok (napr. hodnotenie existujúcich systémov v oblasti bezpečnosti pacientov) alebo sa v nich nedosiahol žiadny pokrok. Treba upozorniť, že toto porovnanie je metodicky obmedzené a slúži len na orientáciu

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

2.2. Nemocničné infekcie.

2.2.1. *Prijatie a realizácia stratégie prevencie a kontroly nemocničných infekcií*

V odporúčaní sa požaduje, aby členské štáty na primeranej úrovni prijali a vykonávali stratégiu prevencie a kontroly nemocničných infekcií. Osemnásť členských štátov sa domnieva, že primeranou úrovňou pre takúto stratégiu je celoštátna alebo federálna úroveň. Do júna 2011 zaviedlo národnú stratégiu deväť z týchto členských štátov, šesť štátov ju pripravovalo a tri štáty nemali ani nepripravovali žiadnu stratégiu. Deväť krajín konštatovalo, že primeraná je celoštátna aj regionálna úroveň. Všetky tieto krajiny majú národnú stratégiu a regionálne stratégie. Jeden členský štát označil ako primeranú regionálnu úroveň. Väčšina stratégií prevencie a kontroly nemocničných infekcií súvisí so stratégiami obozretného používania antimikrobiálnych látok v humánnej medicíne a/alebo stratégiami bezpečnosti pacientov.

V odporúčaní sa konštatuje, že stratégia prevencie a kontroly nemocničných infekcií by mala mať tieto hlavné ciele:

- (a) *vykonávať preventívne a kontrolné opatrenia na vnútroštátnej úrovni alebo na regionálnej úrovni s cieľom podporiť obmedzenie nemocničných infekcií*

Usmernenia o hygiene rúk sú k dispozícii v 22 krajinách, z toho 19 krajín odkazuje na usmernenia WHO. Okrem toho tri členské štáty pripravujú usmernenia a jeden štát zaviedol regulačné požiadavky na hygienu rúk. Dva členské štáty nemajú žiadne usmernenia o hygiene rúk. Kampane týkajúce sa hygieny rúk sa uskutočnili v 18 krajinách a pripravujú sa v štyroch členských štátoch.

Pokiaľ ide o témy iné ako je hygiena rúk, usmernenia o prevencii a kontrole nemocničných infekcií v nemocniciach sú dostupné v 23 krajinách a pripravujú sa v troch členských štátoch. Dva členské štáty nemajú žiadne schválené usmernenia.

- (b) *posilňovať prevenciu a kontrolu infekcií na úrovni zariadení zdravotnej starostlivosti*

– nemocnice

Pokiaľ ide o komisie pre kontrolu infekcií (alebo o rovnocenné organizačno-správne opatrenia) v nemocniciach, právne požiadavky alebo odborné usmernenia existujú v 22 krajinách. Šesť členských štátov nemá žiadne požiadavky ani usmernenia. V krajinách, kde požiadavky či usmernenia existujú, zahŕňajú účasť vedúcich pracovníkov v komisiách pre kontrolu infekcií.

Pokiaľ ide o tímy pre kontrolu infekcií (alebo o rovnocenné organizačno-správne opatrenia) v nemocniciach, právne požiadavky alebo odborné usmernenia existujú v 24 krajinách. Len štyri členské štáty nemajú žiadne požiadavky ani usmernenia (okrem jedného, ktorý má právne požiadavky na epidemiológov).

Päť členských štátov má právne požiadavky na vyhradenie financií na úrovni nemocníc.

Len dva členské štáty uviedli, že nemajú žiadne požiadavky na organizáciu riadenia v nemocniciach.

– zariadenia opatrovateľskej starostlivosti

Dvanásť krajín uviedlo, že nabádajú zariadenia opatrovateľskej starostlivosti, aby uplatňovali primeranú organizáciu riadenia pri príprave a monitorovaní programu prevencie a kontroly infekcií. Spomedzi týchto štátov uplatňuje 10 štátov právne požiadavky alebo profesionálne usmernenia v oblasti štruktúr na kontrolu infekcií v zariadeniach opatrovateľskej starostlivosti.

(c) vybudovať alebo posilniť systémy aktívneho dohľadu

Okrem dvoch krajín majú všetky krajiny aspoň jeden druh siete dohľadu nad nemocničnými infekciami, pričom v dvoch štátoch, ktoré takúto sieť nemajú, (menšie členské štáty) sa dohľad neuskutočňuje prostredníctvom celoštátnych alebo regionálnych sietí, ale na úrovni nemocníc. Siete dohľadu sa zameriavajú na multirezistentné baktérie (18 krajín), infekcie v mieste chirurgického výkonu (15), infekcie v oddeleniach intenzívnej starostlivosti pre dospelých (16) a infekcie krvného obehu (15). Devätnásť krajín uskutočnilo v predchádzajúcich 20 rokoch prieskumy prevalence.

Pokiaľ ide o systémy dohľadu na účely včasného zistenia a oznámenia ohrozujúcich nemocničných organizmov alebo hromadných nemocničných infekcií, tieto systémy väčšinou pokrývajú niektoré hromadné nemocničné infekcie.

Systém externého hodnotenia kvality testovania antimikrobiálnej citlivosti existuje v 19 krajinách a pripravuje sa v troch členských štátoch. Šesť členských štátov nemá žiadny podobný systém.

(d) podporovať vzdelávanie a odbornú prípravu zdravotníckych pracovníkov

Spoločný základ spôsobilostí (učebné plány) pre špecializované programy vzdelávania a odbornej prípravy zamestnancov v oblasti kontroly infekcií schválený na vnútroštátnej úrovni existuje v 13 krajinách a pripravuje sa v troch členských štátoch. Jedenásť krajín nemá takúto schválené učebné plány. Finančne nepodporované celoživotné špecializované odborné vzdelávanie je v 9 krajinách povinné pre lekárov pracujúcich v odbore kontroly infekcií a v 11 krajinách pre zdravotné sestry v tomto odbore.

Pokiaľ ide o vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov iných ako sú zamestnanci v odbore kontroly infekcií, 13 krajín má spoločný základ spôsobilostí týkajúcich sa základných zásad hygieny, prevencie a kontroly infekcií schválený na vnútroštátnej úrovni a jedna krajina takúto učebné plány pripravuje. Dvanásť krajín zaviedlo povinné úvodné školenie pre všetkých zdravotníckych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach. Pravidelná odborná príprava všetkých zdravotníckych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach je povinná v 14 krajinách. Tri členské štáty zaviedli odbornú prípravu aj pre vedúcich pracovníkov zdravotníckych zariadení.

(e) zvyšovať informovanosť pacientov zo strany zdravotníckych zariadení

Len tri členské štáty majú celoštátny alebo regionálny vzor pre poskytovanie informácií pacientom počas ich pobytu v zdravotníckom zariadení vrátane informácií o nemocničných infekciách. V dvoch z nich vzory obsahujú informácie o opatreniach, ktoré zdravotnícke zariadenia prijali v rámci prevencie nemocničných infekcií. Okrem toho vzory poskytujú informácie o rizikách nemocničných infekcií (dva členské štáty), o spôsobe, akým môžu pacienti pomôcť pri prevencii infekcií (jeden), ako aj špecifické informácie pre pacientov, u ktorých sa vyskytujú nemocničné mikroorganizmy bez spôsobenia choroby alebo ktorí nimi boli infikovaní (dva).

Jedenásť členských štátov uviedlo, že uplatňujú mechanizmy, ktorými nabádajú zdravotnícke zariadenia, aby poskytovali pacientom informácie. Tieto mechanizmy predstavujú záväzné nariadenie v šiestich členských štátoch, odborné usmernenia v šiestich členských štátoch a akreditačné alebo certifikačné systémy v štyroch členských štátoch.

(f) podporovať výskum

V šiestich členských štátoch je pod záštitou ministerstva zodpovedného za rezort zdravotníctva možné zverejňovať výzvy na predkladanie ponúk v oblasti nemocničných infekcií (epidemiológia, nové preventívne a liečebné technológie a zásahy, nákladová úspornosť prevencie a kontroly infekcií). Desať krajín používa svoje medziodvetvové mechanizmy na vymedzenie priorít výskumu v oblasti prevencie a kontroly infekcií, tri ďalšie členské štáty plánujú zapojenie týchto mechanizmov.

2.2.2. Zriadenie medziodvetvového mechanizmu alebo rovnocenného systému

V záujme koordinovaného vykonávania stratégie prevencie a kontroly nemocničných infekcií zriadilo medziodvetvový mechanizmus alebo rovnocenný systém 17 krajín, zatiaľ čo sedem členských štátov takéto mechanizmy pripravuje. Vo väčšine prípadov (13 zo 17 krajín) medziodvetvové mechanizmy alebo ekvivalentné systémy tiež koordinujú stratégiu obozretného používania antimikrobiálnych látok v humánnej medicíne. Štyri členské štáty uviedli, že nemajú žiadny medziodvetvový mechanizmus ani rovnocenný systém.

3. HLAVNÉ OPATRENIA NA ÚROVNI EURÓPSKEJ ÚNIE

3.1. Všeobecné otázky bezpečnosti pacientov

Európska komisia prijala následné opatrenia na podporu vzájomného učenia sa medzi členskými štátmi a navrhuje spoločné vymedzenia a terminológiu v oblasti bezpečnosti pacientov.

V rámci pracovnej skupiny pre bezpečnosť pacientov a kvalitu starostlivosti podporila výmenu informácií o iniciatívach týkajúcich sa bezpečnosti pacientov a kvality starostlivosti. Pracovnú skupinu tvoria všetky členské štáty EÚ, zástupcovia krajín EZVO, medzinárodných organizácií (WHO, OECD a Rady Európy) a organizácií EÚ združujúcich pacientov, zdravotníckych odborníkov, vedúcich pracovníkov v oblasti zdravotníctva a odborníkov na kvalitu starostlivosti. Skupina diskutovala o práci Svetovej zdravotníckej organizácie pri príprave medzinárodnej klasifikácie bezpečnosti pacientov (na tejto práci sa podieľa 15 krajín, dve krajiny klasifikáciu preložili do svojich úradných jazykov), ako aj o rôznych príkladoch vnútroštátnych opatrení v oblasti bezpečnosti pacientov. Dodnes však nebola predložená žiadna klasifikácia bezpečnosti pacientov na úrovni EÚ.

Európska komisia spolufinancuje v rámci programu v oblasti zdravia projekt týkajúci sa ukazovateľov kvality zdravotnej starostlivosti vedený OECD. V roku 2011 sa v rámci projektu prvýkrát zverejnilo šesť ukazovateľov bezpečnosti pacientov: dva týkajúce sa pôrodných poranení a štyri týkajúce sa komplikácií pri zákrokoch a pooperačných komplikácií. V rámci tohto projektu sa do zberu údajov zapojilo dvadsať krajín, ktoré predkladajú správy, vrátane 11 krajín, ktoré zberajú porovnateľné ukazovatele bezpečnosti pacientov.

Európska komisia tiež vyčlenila 3 600 000 EUR na trojročnú spoluprácu v oblasti bezpečnosti pacientov vo forme jednotnej akcie na roky 2012 – 2015. Jedna časť spoločnej akcie spočíva vo výbere najlepších postupov v oblasti bezpečnosti pacientov na úrovni poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a testovaní ich realizácie v iných členských štátoch. V rámci jednotnej akcie sa budú tiež zisťovať a analyzovať existujúce stratégie kontroly a zlepšenia kvality a navrhne sa model pre udržateľnú spoluprácu na úrovni EÚ v oblasti bezpečnosti pacientov a kvality starostlivosti. Do jednotnej akcie, ktorú koordinuje Haute Autorité de Santé vo Francúzsku, sa zapojilo všetkých 27 členských štátov a Nórsko. Finančne do projektu prispelo dvadsaťjeden krajín.

Dvadsaťdva krajín, ktoré predkladajú správy, rozvinulo spoluprácu s ďalšími členskými štátmi EÚ týkajúcu sa rôznych ustanovení odporúčania Rady, často v rámci projektov spolufinancovaných EÚ alebo medzinárodnými organizáciami. Hlavné oblasti spolupráce sú: príprava stratégií a programov v oblasti bezpečnosti pacientov (20 krajín), rozvoj podávania správ bez stanovovania priamej zodpovednosti a systémov učenia sa (15 členských štátov) a tvorba a kontrola noriem bezpečnosti (15 členských štátov). Najmenej pokryté oblasti (len deviatimi členskými štátmi) sú: sprostredkovanie informácií o bezpečnosti pacientov priamo pacientom a vypracovanie hlavných spôsobilostí pre pacientov v oblasti bezpečnosti pacientov.

Európska únia v rámci siedmeho rámcového programu v oblasti výskumu spolufinancovala šesť výskumných projektov o všeobecných otázkach bezpečnosti pacientov celkovou sumou 16 miliónov EUR.

3.2. Nemocničné infekcie

Prevenencia a kontrola nemocničných infekcií úzko súvisí s ďalšou kľúčovou prioritou Komisie – antimikrobiálnou rezistenciou. Akčný plán Komisie proti rastúcim hrozbám antimikrobiálnej rezistencie⁶ obsahuje 12 opatrení, ktoré majú vykonať členské štáty EÚ vrátane „posilňovania prevencie a kontroly infekcií v zdravotníckych zariadeniach“. V rámci následných opatrení akčného plánu sa vymedzia priority financovania celoeurópskych projektov na základe zistení tejto správy.

Ako reakcia na odporúčanie, aby členské štáty používali definície chorôb schválené na úrovni EÚ⁷, bola do návrhu vykonávacieho rozhodnutia Komisie, ktorým sa mení a dopĺňa rozhodnutie 2002/253/ES⁸, ktorým sa stanovujú definície chorôb pre oznamovanie prenosných chorôb do siete Spoločenstva na základe rozhodnutia č. 2119/98/ES, zaradená všeobecná definícia prípadu infekcie spojenej so zdravotnou starostlivosťou (nozokomiálna infekcia alebo nemocničná infekcia). Definície chorôb boli vypracované v súlade so stanoviskom výboru zriadeného na účely vykonávania rozhodnutia č. 2119/98/ES.

Komisia reagovala na problém nemocničných infekcií financovaním niekoľkých celoeurópskych projektov v rámci programov v oblasti zdravia v rokoch 2003 – 2007 a 2008

⁶ Oznámenie Komisie Európskemu parlamentu a Rade. Akčný plán Komisie proti rastúcim hrozbám antimikrobiálnej rezistencie (KOM(2011) 748 v konečnom znení). K dispozícii na adrese: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0748:FIN:SK:PDF>.

⁷ Ú. v. ES L 268, 3.10.1998, s. 1 – 7, v súlade s ustanoveniami rozhodnutia Európskeho parlamentu a Rady č. 2119/98/ES z 24. septembra 1998, ktorým sa v Spoločenstve zriaďuje sieť na epidemiologický dohľad a kontrolu prenosných ochorení.

⁸ Ú. v. ES L 86, 3.4.2002, s. 44 – 62.

– 2013: IPSE⁹ (Zlepšenie bezpečnosti pacientov v Európe), BURDEN¹⁰ (Závaž v dôsledku rezistencie a ochorenia v európskych národoch) a IMPLEMENT¹¹ (Vykonávanie strategických zväzkov v oblasti prevencie a riadenia infekcií).

Komisia v rámci šiesteho a siedmeho rámcového programu pre výskum a vývoj (2002 – 2006 a 2007 – 2013) financuje viacero výskumných projektov týkajúcich sa nemocničných infekcií a antimikrobiálnej rezistencie¹². Napríklad projekt MOSAR mal za cieľ zlepšiť pochopenie dynamiky prenosu rezistentných patogénov a preskúmať účinnosť zásahov na zníženie počtu nemocničných infekcií. Ďalším príkladom je prebiehajúci projekt R-GNOSIS, ktorý zahŕňa päť klinických štúdií s cieľom určiť preventívne opatrenia založené na dôkazoch a klinické usmernenia na boj proti šíreniu a vplyvu infekcií vyvolaných multirezistentnými gramnegatívnymi baktériami. Napokon v rámci prebiehajúceho projektu PROHIBIT¹³ sa analyzujú existujúce usmernenia a postupy v oblasti prevencie nemocničných infekcií v európskych nemocniciach, určujú sa aspekty, ktoré umožňujú alebo obmedzujú dodržiavanie najlepších postupov, a testuje sa efektívnosť zásahov so známou účinnosťou.

Európske centrum pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) koordinuje európsky dohľad nad infekciami v mieste chirurgického výkonu, nemocničnými infekciami v oddeleniach intenzívnej starostlivosti¹⁴ a nad antimikrobiálnou rezistenciou¹⁵. Okrem toho odborníci z centra ECDC a z členských štátov v rokoch 2009 – 2010 vypracovali protokol a súbor nástrojov na prieskum prevalencie nemocničných infekcií a používania antimikrobiálnych látok v nemocniciach poskytujúcich akútnu starostlivosť, ktoré sa uplatnili v členských štátoch v rokoch 2011 – 2012. Centrum ECDC ďalej podporuje Európsku sieť pre dohľad nad nemocničnými infekciami a použitím antimikrobiálnych látok v zariadeniach poskytujúcich dlhodobú starostlivosť (HALT-2) a projekt na podporu budovania kapacít dohľadu nad infekciami baktériou *Clostridium difficile* (ECDIS-Net). V roku 2010 centrum ECDC posudzovalo potrebu odbornej prípravy v oblasti kontroly infekcií v členských štátoch a aktualizovalo základné spôsobilosti IPSE⁹ pre odbornú prípravu v oblasti kontroly infekcií v EÚ (TRICE). Centrum ECDC pripravilo usmernenia na prevenciu a kontrolu infekcií baktériou *Clostridium difficile* založené na dôkazoch a vydalo odporúčanie na prevenciu šírenia baktérii čeľade *Enterobacteriaceae* vytvárajúcej karbapenemázu¹⁶. Napokon centrum ECDC finančne podporuje vývoj usmernení a ukazovateľov pre prevenciu nemocničných infekcií.

4. SOCIÁLNO-HOSPODÁRSKE VÝCHODISKÁ

Hospodárska a finančná kríza viedla vo väčšine členských štátov Európskej únie k finančným obmedzeniam. Niektoré krajiny reagujú na finančné obmedzenia tak, že od nástupu krízy uskutočňujú rozsiahle reformy systémov zdravotnej starostlivosti.

Členské štáty zavádzajú opatrenia na zníženie nákladov a zvýšenie efektívnosti a produktivity, napríklad: zníženie výdavkov na zdravotníctvo; zavedenie stropov zvyšovania

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>.

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.

financií na zdravotnú starostlivosť; zníženie prevádzkových nákladov zdravotníckych služieb; znižovanie poplatkov, ktoré sa platia poskytovateľom za služby; znižovanie farmaceutických výdavkov a obmedzenia pre zdravotníckych pracovníkov v politikách zamestnanosti a dôchodkových reformách (napríklad prepúšťanie zamestnancov alebo nenahrádzanie zamestnancov, ktorí odišli do dôchodku, uplatňovanie reštriktívnych politík prijímania a výmeny zamestnancov a znižovanie miezd vo verejnom sektore)¹⁷.

V takejto situácii väčšina členských štátov uvádza, že sa spomalilo vykonávanie ustanovení odporúčania týkajúcich sa všeobecných otázok bezpečnosti pacientov z dôvodu finančných obmedzení vyvolaných krízou. Niektoré členské štáty s najslabšími výsledkami vo vykonávaní patria medzi tie krajiny, ktoré najviac postihla finančná kríza a hospodársky pokles. Bolo by však predčasné konštatovať, že existuje priamy pozitívny príčinný vzťah medzi finančnou situáciou členských štátov a vykonávaním opatrení v oblasti bezpečnosti pacientov, keďže existujú príklady členských štátov, ktoré citeľne zasiahla hospodárska kríza, a napriek tomu výrazne investovali do bezpečnosti pacientov.

Obmedzené zdroje by nemali ohroziť bezpečnosť pacientov a kvalitu starostlivosti, a to nielen v záujme pacientov, ale aj z toho dôvodu, že podľa dôkazov znamenajú ujmy súvisiace so zdravotnou starostlivosťou dodatočné náklady¹⁸. Medzinárodný prehľad literatúry obsahuje odhady, že príčinou 13 až 16 % nákladov na hospitalizáciu ako takých (jedno euro zo siedmich) sú zranenia a choroby súvisiace so zdravotnou starostlivosťou. Na doplnenie obrazu treba zohľadniť aj náklady na liečbu dôsledkov týchto udalostí (ktoré nie sú priamo zahrnuté do nákladov na hospitalizáciu). Navyše najnovšie štúdie nákladovej efektívnosti zásahov v oblasti bezpečnosti pacientov ukazujú, že špecifické opatrenia v oblasti bezpečnosti pacientov sú nákladovo efektívne¹⁹. V záujme navrhnutia účinných politických opatrení, obmedzenia nákladov na starostlivosť, ktorá nie je bezpečná, a tvorbu nákladovo efektívnych programov v oblasti bezpečnosti pacientov je potrebný ďalší výskum, ako aj dôkazy špecifické pre situáciu členských štátov EÚ. Ďalej je potrebné pracovať na lepšom určovaní a príprave riešení, ktoré sa hodia do existujúcich inštitucionálnych a organizačných rámcov.

Členské štáty upozorňujú na nedostatok času medzi prijatím odporúčania a podávaním správ. Niektoré z nich poukazujú na problém vnútornej koordinácie medzi ministerstvami zdravotníctva a školstva a prípadný nedostatok politických priorít na úrovni členských štátov.

¹⁷ Odporúčania pre jednotlivé krajiny v rámci európskeho semestra:
http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_sk.htm;

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

¹⁸ Kanadský inštitút pre bezpečnosť pacientov,
<http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20Literature%20Review.pdf>). Ďalšie štúdie ukazujú, že medzinárodná miera škôd, ktorým možno predchádzať, dosahuje v regióne 10 % (NES; http://www.nes.scot.nhs.uk/media/6470/Overview%20of%20patient%20safety_KHowe2009.pdf).

¹⁹ Møller A.H. (2010). A cost-effectiveness analysis of reducing ventilator-associated pneumonia at a Danish ICU with ventilator bundle (Analýza nákladovej efektívnosti obmedzenia zápalu pľúc spojeného s používaním ventilátorov v dánskych oddeleniach intenzívnej starostlivosti so skupinami ventilátorov). Časopis medicínskej ekonómie zv. 15, č. 2, 2012, 1 – 8.

5. ZÁVERY

Väčšina členských štátov prijala rozmanité opatrenia načrtnuté v odporúčaní. Pokiaľ ide o všeobecné otázky bezpečnosti pacientov, väčšina členských štátov začlenila bezpečnosť pacientov ako prioritu politik verejného zdravia a určila príslušný orgán zodpovedný za bezpečnosť pacientov. Okrem toho väčšina krajín podporuje odbornú prípravu týkajúcu sa bezpečnosti pacientov v zdravotníckych zariadeniach, aj keď len málo z nich formálne začlenilo bezpečnosť pacientov do programov odbornej prípravy a vzdelávania profesionálnych zdravotníkov. Existujúce systémy podávania správ a učenia sa boli výrazne zlepšené z dvoch hľadísk: to, že sa v ich rámci nestanovuje priama zodpovednosť, a možnosť podávania správ zo strany pacientov. Aj v tejto mimoriadne dôležitej oblasti však existuje priestor na zlepšenie. To isté platí o ustanoveniach o posilnení postavenia pacientov. Úsilie sa zameriava na nemocničnú zdravotnícku starostlivosť a len niekoľko príkladov opatrení je venovaných problémom primárnej starostlivosti. Pokiaľ ide o prevenciu a kontrolu nemocničných infekcií, 26 z 28 krajín, ktoré podali správy, vykonáva viacero opatrení na prevenciu a kontrolu týchto infekcií, vo väčšine prípadov (77 %) v rámci národnej/regionálnej stratégie a/alebo akčného plánu. Trinásť členských štátov uviedlo, že odporúčanie podnietilo iniciatívy týkajúce sa nemocničných infekcií, predovšetkým realizáciu medziodvetvového mechanizmu alebo rovnocenného systému, prípravu alebo revíziu stratégií a informačné kampane určené zdravotníckym pracovníkom.

Stále však existujú rôzne oblasti odporúčania, v ktorých je priestor na zlepšenie. Na základe zistení tejto správy patria medzi prioritné oblasti, na ktoré by sa mala zamerať ďalšia činnosť, tieto oblasti:

(a) V oblasti všeobecných otázok bezpečnosti pacientov:

Na úrovni členských štátov:

- Aktívne **zapojiť pacientov do problematiky ich bezpečnosti**, predovšetkým informovať pacientov o bezpečnostných opatreniach, postupoch riešenia sťažností a práv na nápravu, pracovať na vzájomnom porozumení a rozvoji základných spôsobilostí pacientov, ako aj nabádať pacientov a ich príbuzných, aby oznamovali negatívne príhody.
- Zbierať informácie o negatívnych príhodách prostredníctvom ďalšieho rozvoja systémov podávania správ a učenia sa, zaistiť **beztrestné prostredie pre podávanie správ o negatívnych príhodách a hodnotiť pokrok týkajúci sa podávania správ**, t. j. mieru podávania správ profesionálnymi zdravotníkmi, ďalšími zdravotníckymi pracovníkmi a pacientmi. Systémy podávania správ by mali dopĺňať ustanovenia nového právneho nariadenia o dohľade nad liekmi (smernica 2010/84/EÚ) z hľadiska nežiaducich účinkov liekov.
- Rozšíriť stratégiu a programy bezpečnosti pacientov z nemocničnej starostlivosti na **starostlivosť mimo nemocníc**.
- Na úrovni EÚ:
- Spolupracovať na návrhu **usmernení** o vytvorení a zavedení **noriem bezpečnosti pacientov** nad rámec odporúčaní.
- Pokročiť pri príprave **spoločnej terminológie** v oblasti bezpečnosti pacientov.

- Snažiť sa o výmenu najlepších postupov, predovšetkým v tých oblastiach, ktoré členské štáty určili ako oblasti trpiace nedostatkom domácich odborných poznatkov alebo problémami pri sprístupnení odborných poznatkov na medzinárodnej či európskej úrovni, napr. systematické začlenenie bezpečnosti pacientov do **vzdelávania a odbornej prípravy** profesionálnych zdravotníkov na všetkých úrovniach.
- Rozvíjať výskum v oblasti bezpečnosti pacientov vrátane **štúdií nákladovej efektívnosti** stratégií bezpečnosti pacientov.

(b) V oblasti prevencie a kontroly nemocničných infekcií:

- **Na úrovni členských štátov:**
- Zaistiť primeraný počet **špecializovaných zamestnancov v oblasti kontroly infekcií a vyhradiť čas** na túto úlohu v nemocniciach a ďalších zdravotníckych zariadeniach.
- Zlepšiť **odbornú prípravu špecializovaných zamestnancov v oblasti kontroly infekcií** a lepšie zosúladiť kvalifikáciu medzi členskými štátmi.
- Posilniť prispôbené základné štruktúry a postupy prevencie a kontroly infekcií v **zariadeniach opatrovateľskej starostlivosti a ďalších zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich dlhodobú starostlivosť**.
- **Opakovať národné prieskumy prevalencie** nemocničných infekcií ako prostriedok na účely monitorovania zaťaženia týmito infekciami vo všetkých druhoch zdravotníckych zariadení, určenia priorít a cieľov pre zásah, hodnotenia vplyvu zásahov a zvýšenia informovanosti.
- Zaistiť, aby sa uskutočňoval **dohľad nad infekciami v oddeleniach intenzívnej starostlivosti** a infekciami v **mieste chirurgického výkonu**.
- Realizovať **systém dohľadu na včasné zistenie a oznamovanie nemocničných ohrozujúcich organizmov** a posilniť schopnosť reagovať na šírenie (vrátane šírenia cez hranice) takýchto organizmov a brániť ich zavlečeniu do zdravotníckych zariadení.
- Zlepšiť **informácie o nemocničných infekciách pre pacientov** a posilniť ich využívanie v súlade s opatreniami na prevenciu a kontrolu infekcií.
- Vypracovať **systém hodnotenia** so súborom ukazovateľov v členských štátoch **na hodnotenie plnenia stratégie/akčného plánu** a ich úspešnosti pri zlepšovaní prevencie a kontroly nemocničných infekcií.
- **Na úrovni EÚ:**
- Pokračovať vo **vypracúvaní usmernení** o prevencii a kontrole nemocničných infekcií vrátane **usmernení prispôbených** potrebám zariadení opatrovateľskej starostlivosti a ďalších zdravotníckych zariadení poskytujúcich dlhodobú starostlivosť.
- Rozvíjať **výskum** v oblasti prevencie a kontroly nemocničných infekcií vrátane **štúdií nákladovej efektívnosti** preventívnych a kontrolných opatrení.

V odporúčaní sa Komisia vyzýva, aby „zhodnotila mieru účinnosti navrhovaných opatrení“. Keďže v mnohých členských štátoch a na úrovni EÚ boli opatrenia prijaté iba nedávno alebo sa v niektorých prípadoch stále zavádzajú, bolo by vhodné zopakovať takéto hodnotenie o dva roky a použiť túto správu ako referenčný dokument. Z tohto dôvodu Komisia navrhuje predĺženie monitorovania vykonávania všeobecných ustanovení odporúčania týkajúcich sa bezpečnosti pacientov o ďalšie dva roky. Komisia v júni 2014 vypracuje druhú správu o pokroku, pričom zohľadní strednodobé výsledky jednotnej akcie z hľadiska bezpečnosti pacientov a kvality starostlivosti.