

I

(Rezolucje, zalecenia i opinie)

ZALECENIA

RADA

ZALECENIE RADY

z dnia 9 czerwca 2009 r.

w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną

(2009/C 151/01)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, w szczególności jego art. 152 ust. 4 akapit drugi,

uwzględniając wniosek Komisji,

uwzględniając opinię Parlamentu Europejskiego ⁽¹⁾uwzględniając opinię Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego ⁽²⁾,uwzględniając opinię Komitetu Regionów ⁽³⁾,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Art. 152 Traktatu stanowi, że działanie Wspólnoty, które uzupełnia polityki krajowe, powinno być nakierowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożeń dla zdrowia ludzkiego.
- (2) Ocenia się, że w państwach członkowskich od 8–12 % pacjentów przyjmowanych do szpitala cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych podczas korzystania z opieki zdrowotnej ⁽⁴⁾.
- (3) Europejskie Centrum ds. Kontroli i Zapobiegania Chorób oceniło, że średnio zakażenia związane z opieką zdrowotną występują u jednego z dwudziestu hospitalizowa-

nych pacjentów, czyli u 4,1 mln pacjentów rocznie w UE, i że zakażenia takie powodują 37 000 tys. przypadków śmiertelnych rocznie.

- (4) Niedostateczny poziom bezpieczeństwa pacjentów stanowi poważny problem zdrowotny, a także znaczne obciążenie ekonomiczne ograniczonych zasobów w dziedzinie zdrowia. Dużej części zdarzeń niepożądanych, zarówno w sektorze szpitalnym, jak i w podstawowej opiece zdrowotnej można uniknąć; za ich większość wydają się odpowiadać czynniki systemowe.
- (5) Podstawą zalecenia są prace w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów prowadzone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za pośrednictwem Światowego Sojuszu na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów, a także przez Radę Europy i Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).
- (6) Wspólnota w ramach siódmego programu ramowego w zakresie badań i rozwoju ⁽⁵⁾ wspiera badania systemów opieki zdrowotnej, w szczególności – w ramach tematu „Zdrowie” – badania jakości świadczonych usług zdrowotnych, koncentrując się na bezpieczeństwie pacjentów. Ta ostatnia kwestia ma również szczególną wagę w ramach tematu „Technologie informacyjne i komunikacyjne”.
- (7) Komisja, w białej księdze „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013” z dnia 23 października 2007 r. określa bezpieczeństwo pacjentów jako obszar wymagający działań.

⁽¹⁾ Opinia z dnia 23 kwietnia 2009 r. (dotychczas nieopublikowana w Dz.U.).

⁽²⁾ Opinia z dnia 25 marca 2009 r. (dotychczas nieopublikowana w Dz.U.).

⁽³⁾ Opinia z dnia 22 kwietnia 2009 r. (dotychczas nieopublikowana w Dz.U.).

⁽⁴⁾ Sprawozdanie techniczne *Improving Patient Safety in the EU* („Poprawa bezpieczeństwa pacjentów w UE”), przygotowane dla Komisji Europejskiej i opublikowane w 2008 r. przez RAND Cooperation.

⁽⁵⁾ Decyzja nr 1982/2006/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2006 r. dotycząca siódmego programu ramowego Wspólnoty Europejskiej w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji (2007–2013) (Dz.U. L 412 z 30.12.2006, s. 1).

- (8) Dowody sugerują, że państwa członkowskie znajdują się na różnych poziomach opracowywania i wdrażania skutecznych, kompleksowych strategii w zakresie bezpieczeństwa pacjentów⁽¹⁾. Dlatego też niniejsze zalecenie ma na celu stworzenie ram stymulujących kształtowanie polityki i przyszłych działań w państwach członkowskich i między nimi w celu rozwiązania kluczowych problemów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, przed jakimi stoi UE.
- (9) Należy informować pacjentów i ich upodmiotwić przez zaangażowanie ich w ochronę bezpieczeństwa pacjentów; należy ich informować o obowiązujących standardach bezpieczeństwa pacjentów, wzorcowych rozwiązaniach lub środkach bezpieczeństwa oraz o tym, jak mogą znaleźć dostępne i zrozumiałe informacje o systemie skarg i odszkodowań.
- (10) Państwa członkowskie powinny tworzyć, utrzymywać lub doskonalić wszechstronne systemy zgłaszania zdarzeń i wyciągania wniosków w celu rejestrowania skali i przyczyn zdarzeń niepożądanych oraz opracowywania na tej podstawie skutecznych rozwiązań i sposobów reagowania. Bezpieczeństwo pacjentów powinno być częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej, odpowiadających za opiekę nad pacjentami.
- (11) Na szczeblu Wspólnoty należy gromadzić porównywalne i zbiorcze dane w celu ustanowienia skutecznych i przejrzystych programów, struktur i polityk w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, a także należy rozpowszechniać najlepsze praktyki w państwach członkowskich. Aby ułatwić wzajemne uczenie się, należy w ramach współpracy pomiędzy państwami członkowskimi a Komisją Europejską opracować wspólną terminologię dotyczącą bezpieczeństwa pacjentów oraz wspólne wskaźniki, z uwzględnieniem prac odpowiednich organizacji międzynarodowych.
- (12) Do poprawy bezpieczeństwa pacjentów mogą w znacznym stopniu przyczynić się narzędzia technologii teleinformatycznych, takie jak elektroniczna dokumentacja zdrowotna lub e-recepty, np. poprzez systematyczne badanie potencjalnych interakcji produktów leczniczych lub alergii na te produkty. Narzędzia technologii teleinformatycznych powinny również służyć do pogłębiania poziomu wiedzy użytkowników produktów leczniczych.
- (13) Należy opracować krajową strategię, uzupełniającą strategię zmierzającą do racjonalnego stosowania środków przeciwdrobnoustrojowych⁽²⁾, przewidującą uwzględnienie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną w krajowych celach w zakresie zdrowia publicznego oraz zmierzającą do obniżenia ryzyka zakażeń związanych z opieką zdrowotną w instytucjach opieki zdrowotnej. Niezbędny jest przydział koniecznych środków na wdrażanie elementów wspomnianej strategii w ramach podstawowego finansowania świadczeń zdrowotnych.
- (14) Zapobieganie zakażeniom związanym z opieką zdrowotną i ich kontrola powinny stanowić długoterminowy priorytet strategiczny dla instytucji opieki zdrowotnej. Konieczna jest współpraca obejmująca wszystkie poziomy hierarchii i wszystkie funkcje, zmierzająca do zmian organizacyjnych i postępowania zorientowanych na wyniki; służyć temu powinno określenie zakresów odpowiedzialności na wszystkich poziomach, organizowanie infrastruktury pomocniczej i lokalnych zasobów technicznych oraz tworzenie procedur oceny.
- (15) Dane dostępne na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną nie zawsze wystarczają do dokonywania przez sieci nadzoru miarodajnych porównań poszczególnych instytucji, do monitorowania epidemiologii czynników chorobotwórczych związanych z opieką zdrowotną oraz do oceny i kształtowania polityki w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Należy zatem stworzyć lub usprawnić systemy nadzoru na szczeblu poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej oraz na szczeblu regionalnym i krajowym.
- (16) Państwa członkowskie powinny działać w kierunku zmniejszenia liczby ludzi cierpiących z powodu zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Aby spaść liczba zakażeń związanych z opieką zdrowotną, należy wspierać pozyskiwanie pracowników medycznych specjalizujących się w kontroli zakażeń. Ponadto państwa członkowskie i ich instytucje opieki zdrowotnej powinny rozważyć taką możliwość, by pracownicy kontaktowi wspierali prace specjalistycznego personelu ds. kontroli zakażeń na szczeblu klinicznym.
- (17) Państwa członkowskie powinny ściśle współpracować z przemysłem technologii medycznych w celu wspierania lepszego projektowania produktów pod kątem bezpieczeństwa pacjentów, tak aby zmniejszyć występowanie zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej.
- (18) W celu realizacji wymienionych powyżej celów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, państwa członkowskie powinny przyjąć kompleksowe podejście, uwzględniając jednocześnie najistotniejsze elementy mające realny wpływ na częstość występowania zdarzeń niepożądanych i obciążenie nimi wywołane.
- (19) Działania wspólnotowe w dziedzinie zdrowia publicznego należy podejmować z pełnym poszanowaniem obowiązków państw członkowskich w zakresie organizacji i świadczenia usług zdrowotnych i opieki medycznej,

⁽¹⁾ Poprawa bezpieczeństwa pacjentów w Europie (SIMPATIE), projekt finansowany w ramach wspólnotowego programu „Zdrowie Publiczne” na lata 2003–2008, (<http://www.simpatie.org>).

⁽²⁾ Na przykład konkluzje Rady w sprawie oporności drobnoustrojów przyjęte w dniu 10 czerwca 2008 r.

NINIEJSZYM ZALECA:

stosując następujące definicje do celów niniejszego zalecenia:

„Zdarzenie niepożądane”: oznacza zdarzenie, w wyniku którego pacjent ponosi szkodę;

„Szkoda”: oznacza fizyczne lub funkcjonalne upośledzenie organizmu lub wszelkie wynikające z tego szkodliwe konsekwencje;

„Zakażenia związane z opieką zdrowotną”: oznaczają dowolną chorobę lub patologię związaną z obecnością zarazka lub jego produktów w związku z kontaktem z obiektami opieki zdrowotnej lub zabiegami opieki zdrowotnej lub zabiegami leczniczymi;

„Bezpieczeństwo pacjenta”: oznacza stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną;

„Wskaźnik proceduralny”: oznacza wskaźnik odnoszący się do stopnia przestrzegania ustalonych czynności, takich jak higiena rąk, nadzór, standardowe procedury operacyjne;

„Wskaźnik strukturalny”: oznacza wskaźnik odnoszący się do wszelkich zasobów, takich jak pracownicy, infrastruktura lub komitet;

ABY PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE:

I. ZALECENIA W KWESTIACH OGÓLNEGO BEZPIECZEŃSTWA PACJENTÓW

1. Wspierały ustanawianie i rozwijanie krajowych działań i programów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów poprzez:

- a) wyznaczenie właściwego(-ych) organu(-ów) albo innych właściwych instytucji odpowiedzialnych na ich terytorium za bezpieczeństwo pacjentów;
- b) uwzględnienie bezpieczeństwa pacjentów jako kwestii priorytetowej w polityce i programach w zakresie zdrowia na szczeblu krajowym, regionalnym i lokalnym;
- c) wspieranie tworzenia bezpieczniejszych i przyjaznych pacjentom systemów, procesów i narzędzi, m.in. z wykorzystaniem technologii informacyjnych i komunikacyjnych;
- d) regularny przegląd i aktualizację standardów bezpieczeństwa lub wzorcowych rozwiązań obowiązujących w opiece zdrowotnej na terytorium danego państwa członkowskiego;
- e) mobilizowanie organizacji pracowników medycznych do odgrywania aktywnej roli w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów;

f) włączanie szczególnego podejścia do propagowania wzorcowych rozwiązań z myślą o zapobieganiu najpowszechniej występującym zdarzeniom niepożądanym, takim jak zdarzenia związane z leczeniem farmakologicznym, zakażenia spowodowane opieką zdrowotną oraz komplikacje objawiające się w trakcie zabiegów chirurgicznych lub po takich zabiegach.

2. Informowały pacjentów i ich upodmiotowienie poprzez:

a) angażowanie organizacji i przedstawicieli pacjentów w opracowywanie polityki i programów w zakresie bezpieczeństwa pacjentów na wszystkich stosownych poziomach;

b) rozpowszechnianie skierowanych do pacjentów informacji na temat:

(i) obowiązujących standardów bezpieczeństwa pacjentów;

(ii) ryzyka, środków bezpieczeństwa wprowadzonych w celu zapobiegania błędom i szkodom lub zmniejszenia częstotliwości ich występowania (co obejmuje wzorcowe rozwiązania) oraz prawa do wyrażania świadomej zgody na leczenie, tak aby ułatwić pacjentom wybór i podejmowanie decyzji;

(iii) procedur składania skarg oraz dostępnych środków odwoławczych i odszkodowań oraz na temat zasad mających zastosowanie w takich przypadkach;

c) rozważenie możliwości opracowania zestawu podstawowych kompetencji pacjentów z zakresu ich bezpieczeństwa, mianowicie podstawowych wiadomości, postaw i umiejętności potrzebnych do zwiększenia bezpieczeństwa opieki pacjentów.

3. Wspierały tworzenie lub usprawnianie systemów umożliwiających zgłaszanie niepożądanych zdarzeń bez narażenia się na sankcje oraz wyciąganie wniosków z takich zdarzeń; systemy te powinny:

a) dostarczać informacji na temat skali, rodzajów i przyczyn błędów, zdarzeń niepożądanych i zdarzeń obciążonych dużym ryzykiem błędu;

b) zachęcać pracowników opieki zdrowotnej do czynnego zgłaszania zdarzeń przez zapewnienie atmosfery otwartości, uczciwości i niewymierzania sankcji. Zgłaszanie zdarzeń powinno mieć charakter odmienny od systemów i procedur dyscyplinarnych mających zastosowanie do pracowników opieki zdrowotnej w danym państwie członkowskim; należy też w razie potrzeby zadbać o jasne sformułowanie kwestii prawnych dotyczących odpowiedzialności pracowników opieki zdrowotnej;

- c) w stosownych przypadkach umożliwiać pacjentom, ich krewnym i innym nieformalnym opiekunom przekazywanie informacji o swoich doświadczeniach;
 - d) stanowić uzupełnienie innych systemów zgłaszania zdarzeń w zakresie bezpieczeństwa, takich jak systemy nadzoru nad bezpieczeństwem farmakoterapii oraz nad wyrobami medycznymi, a jednocześnie eliminować w miarę możliwości powielanie zgłoszeń.
4. Promowały, na odpowiednim szczeblu, kształcenie i szkolenie pracowników opieki zdrowotnej w kwestiach bezpieczeństwa pacjentów poprzez:
- a) sprzyjanie interdyscyplinarnemu kształceniu i szkoleniu w zakresie bezpieczeństwa pacjentów wszystkich pracowników medycznych, innych pracowników opieki zdrowotnej oraz odpowiedniej kadry zarządzającej i pracowników administracyjnych w placówkach opieki zdrowotnej;
 - b) uwzględnianie kwestii bezpieczeństwa pacjentów w kształceniu przed- i podyplomowym, podczas stażu oraz w ustawicznym rozwoju zawodowym pracowników medycznych;
 - c) rozważenie opracowania zestawu podstawowych kompetencji z zakresu bezpieczeństwa pacjentów, mianowicie podstawowych wiadomości, postaw i umiejętności potrzebnych do zwiększenia bezpieczeństwa opieki w celu jego rozpowszechnienia wśród wszystkich pracowników opieki zdrowotnej oraz odpowiednich członków kadry zarządzającej i pracowników administracyjnych;
 - d) dostarczanie wszystkim pracownikom opieki zdrowotnej i rozpowszechnianie wśród nich informacji o standardach bezpieczeństwa pacjentów, ryzyku, obowiązujących środkach bezpieczeństwa, po to by zapobiegać błędom i szkodom lub ograniczać ich częstotliwość, włączając w to wzorcowe rozwiązania oraz propagować zaangażowanie pracowników;
 - e) współpracę z organizacjami zajmującymi się szkoleniem zawodowym w dziedzinie opieki zdrowotnej, tak by kwestii bezpieczeństwa pacjentów poświęcana była odpowiednia uwaga w programach szkolnictwa wyższego oraz w ustawicznym kształceniu i szkoleniu pracowników medycznych, co obejmuje rozwój umiejętności niezbędnych do kontrolowania i wywoływania zmian w zachowaniu niezbędnych do poprawy bezpieczeństwa pacjentów poprzez zmiany systemowe.
5. Sklasyfikowały i mierzyły bezpieczeństwo pacjentów na szczeblu wspólnotowym poprzez wzajemną współpracę i współpracę z Komisją w celu:
- a) opracowania wspólnych definicji i terminów z uwzględnieniem międzynarodowych działań normalizacyjnych, takich jak międzynarodowa klasyfikacja na rzecz bezpieczeństwa pacjentów opracowana przez WHO oraz działania Rady Europy w tej dziedzinie;
 - b) opracowania zestawu rzetelnych i porównywalnych wskaźników w celu określenia problemów w dziedzinie bezpieczeństwa, w celu oceny skuteczności interwencji zmierzających do poprawy bezpieczeństwa, a także w celu ułatwienia wzajemnego uczenia się pomiędzy państwami członkowskimi; należy uwzględnić działania podejmowane na szczeblu krajowym oraz działania międzynarodowe, takie jak projekt OECD w zakresie wskaźników jakości opieki zdrowotnej oraz projekt Wspólnoty w zakresie wskaźników zdrowotnych;
 - c) gromadzenia i rozpowszechniania porównywalnych jakościowych i ilościowych danych i informacji na temat wyników w zakresie bezpieczeństwa pacjentów w celu ułatwienia wzajemnego uczenia się oraz dostarczenia informacji niezbędnych do ustalania priorytetów, tak aby wspierać państwa członkowskie w informowaniu społeczeństwa w przyszłości o odnośnych wskaźnikach.
6. Dzieliły się wiedzą, doświadczeniem i wzorcowymi rozwiązaniami poprzez wzajemną współpracę i współpracę z Komisją oraz odnośnymi organami europejskimi i międzynarodowymi w zakresie:
- a) tworzenia skutecznych i przejrzystych programów, struktur i działań w zakresie bezpieczeństwa pacjentów (w tym systemów zgłaszania zdarzeń i wyciągania wniosków) w celu rozwiązania problemu zdarzeń niepożądanych w opiece zdrowotnej;
 - b) skuteczności interwencji i rozwiązań na rzecz bezpieczeństwa pacjentów na szczeblu placówek opieki zdrowotnej oraz oceny możliwości ich zastosowania w innych kontekstach;
 - c) odpowiednio szybkiego reagowania na poważne sytuacje alarmowe dotyczące bezpieczeństwa pacjentów;
7. Tworzyły i wspierały badania dotyczące bezpieczeństwa pacjentów.
- II. DODATKOWE ZALECANIA W KWESTII PROFILAKTYKI I KONTROLI ZAKAŻEŃ ZWIĄZANYCH Z OPIEKĄ ZDROWOTNĄ**
8. Przyjęły i wdrożyły, na odpowiednim szczeblu, strategię profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną w ramach dążenia do następujących celów:
- a) wdrożenie środków profilaktyki i kontroli na szczeblu krajowym lub regionalnym w celu ograniczania zakażeń związanych z opieką zdrowotną, a w szczególności:
 - (i) wdrażanie, w stosownych przypadkach, standardowych i opartych na analizie ryzyka środków profilaktyki i kontroli zakażeń we wszystkich instytucjach opieki zdrowotnej;

- (ii) propagowanie konsekwentnego podejścia do środków profilaktyki i kontroli zakażeń oraz wymiany informacji na temat takich środków między instytucjami opieki zdrowotnej prowadzącymi leczenie danego pacjenta lub sprawującymi nad nim opiekę;
 - zgłaszanie koncentracji zakażeń oraz rodzajów zakażeń istotnych na szczeblu wspólnotowym lub międzynarodowym zgodnie z obowiązującym prawodawstwem wspólnotowym ⁽¹⁾ lub międzynarodowymi zarządzeniami;
 - (iii) udostępnianie wskazówek i zaleceń istniejących na szczeblu krajowym;
 - (ii) na szczeblu instytucji opieki zdrowotnej:
 - działanie na rzecz wysokiej jakości dokumentacji mikrobiologicznej i dokumentacji medycznej pacjentów;
 - nadzór nad występowaniem określonych typów zakażeń, uzupełniony o wskaźniki proceduralne i strukturalne, w celu oceny wdrażania środków kontroli zakażeń;
 - rozważenie roztoczenia nadzoru nad szczególnymi rodzajami zakażeń lub szczególnymi rodzajami szczepów czynników chorobotwórczych związanych z opieką zdrowotną w celu szybkiego wykrywania niepokojących szkodliwych organizmów związanych z opieką zdrowotną lub koncentracji zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
 - (iv) zachęcanie do stosowania środków profilaktyki i kontroli poprzez wykorzystywanie wskaźników strukturalnych i proceduralnych, a także wyników prowadzonych procedur akredytacji i certyfikacji.
- b) poprawę profilaktyki i kontroli zakażeń w instytucjach opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez zachęcanie instytucji opieki zdrowotnej do posiadania:
- (i) programu profilaktyki i kontroli zakażeń regulującego takie aspekty, jak struktura i organizacja, procedury diagnostyczne i terapeutyczne (na przykład procedury gospodarowania środkami przeciwdrobnoustrojowymi), wymogi w zakresie zasobów, cele w zakresie nadzoru, szkolenia i informowanie pacjentów;
 - (ii) odpowiednich rozwiązań organizacyjno-administracyjnych w celu opracowania i monitorowania programu profilaktyki i kontroli zakażeń;
 - (iii) odpowiednich rozwiązań organizacyjnych i wykwalifikowanego personelu, którego zadaniem będzie wdrażanie programu profilaktyki i kontroli zakażeń.
- c) ustanowienie lub wzmocnienie aktywnych systemów nadzoru poprzez następujące środki:
- (i) na szczeblu krajowym lub regionalnym:
 - organizowanie, w stosownych przypadkach, regularnych badań częstości występowania zdarzeń;
 - uwzględnianie istotności nadzoru nad określonymi typami zakażeń w celu opracowania krajowych danych referencyjnych oraz wskaźników proceduralnych i strukturalnych służących ocenie strategii;
 - organizowanie struktur szybkiego wykrywania i zgłaszania, zgodnie z wymogami, właściwym organom na szczeblu państw członkowskich przypadków występowania niepokojących szkodliwych organizmów związanych z opieką zdrowotną lub koncentracji zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
 - (ii) na szczeblu krajowym lub regionalnym opracowanie i wdrożenie specjalistycznych programów szkolenia lub kształcenia w zakresie kontroli zakażeń dla pracowników zajmujących się kontrolą zakażeń oraz usprawnienie kształcenia w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną dla innych pracowników opieki zdrowotnej.
- d) promowanie kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej poprzez następujące środki:
- (i) na szczeblu krajowym lub regionalnym opracowanie i wdrożenie specjalistycznych programów szkolenia lub kształcenia w zakresie kontroli zakażeń dla pracowników zajmujących się kontrolą zakażeń oraz usprawnienie kształcenia w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną dla innych pracowników opieki zdrowotnej.
 - (ii) Na szczeblu instytucji opieki zdrowotnej:
 - oferowanie całemu personelowi opieki zdrowotnej, w tym kierownikom, regularnych szkoleń w zakresie podstawowych zasad higieny oraz profilaktyki i kontroli zakażeń;

⁽¹⁾ Na przykład, zgodnie z Decyzją nr 2119/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 września 1998 r. ustanawiającą sieć nadzoru i kontroli epidemiologicznej chorób zakaźnych we Wspólnocie oraz zgodnie z międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz.U. L 268 z 3.10.1998, s. 1), a także rozporządzeniem (WE) nr 726/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. ustanawiającym wspólnotowe procedury wydawania pozwoleń dla produktów leczniczych stosowanych u ludzi i do celów weterynaryjnych i nadzoru nad nimi oraz ustanawiającym Europejską Agencję Leków (Dz.U. L 136 z 30.4.2004, s. 1).

— oferowanie regularnych specjalistycznych szkoleń personelowi wykonującemu szczególne zadania związane z profilaktyką i kontrolą zakażeń związanych z opieką zdrowotną;

- e) poprawę informacji przekazywanych pacjentom przez instytucje opieki zdrowotnej poprzez:
- (i) udostępnianie obiektywnych i zrozumiałych informacji na temat ryzyka zakażeń związanych z opieką zdrowotną, na temat środków wdrożonych przez daną instytucję opieki zdrowotnej w celu zapobiegania im oraz na temat tego, w jaki sposób pacjenci mogą przyczynić się do zapobiegania tym zakażeniom;
 - (ii) przekazywanie konkretnych informacji na przykład, na temat środków profilaktyki i kontroli pacjentom zarażonym lub zakażonym czynnikami chorobotwórczymi związanymi z opieką zdrowotną.
- f) wspieranie badań w takich dziedzinach jak epidemiologia, zastosowania nanotechnologii i nanomateriałów, nowe techniki i zabiegi profilaktyczne i terapeutyczne oraz kosztowna efektywność profilaktyki i kontroli zakażeń.
9. Rozważyły – pod kątem skoordynowanego wdrażania strategii, o której mowa w pkt 8 oraz pod kątem wymiany informacji i koordynacji z Komisją, ECDC, Europejską Agencją Leków i innymi państwami członkowskimi – takiej ewentualności, by w miarę możliwości do 9 czerwca 2011 r. ustanowić międzysektorowy mechanizm lub równoważne systemy dostosowane do infrastruktury poszczególnych państw członkowskich i współdziałające

lub zintegrowane z istniejącym międzysektorowym mechanizmem stworzonym zgodnie z zaleceniem Rady nr 2002/77/WE z dnia 15 listopada 2001 r. w sprawie racjonalnego stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych w leczeniu ludzi ⁽¹⁾.

III. ZALECENIA KOŃCOWE

10. Rozpowszechniały treść niniejszego zalecenia w organizacjach opieki zdrowotnej, organizacjach zawodowych i instytucjach edukacyjnych oraz zachęcały ich do przyjęcia zalecanego podejścia, tak aby kluczowe elementy zalecenia stały się częścią codziennej praktyki.
11. Przedstawiły Komisji sprawozdania z wdrażania niniejszego zalecenia do 9 czerwca 2011 r. oraz, na wniosek Komisji, później – z myślą o dalszym śledzeniu efektów niniejszego zalecenia na szczeblu wspólnotowym.

NINIEJSZYM WZYWA KOMISJĘ DO:

Przedstawienia Radzie, do 9 czerwca 2012 r., sprawozdania z wykonania niniejszego zalecenia, oceniającego jego skutki na podstawie informacji przedstawionych przez państwa członkowskie, tak by można było ocenić, jak dalece proponowane środki są skuteczne, oraz rozważyć potrzebę dalszego działania.

Sporządzono w Luksemburgu, dnia 8 czerwca 2009 r.

W imieniu Rady
Petr ŠIMERKA
Przewodniczący

⁽¹⁾ Dz.U. L 34 z 5.2.2002, s. 13.