

Wtorek, 22 października 2013 r.

P7_TA(2013)0435

Bezpieczeństwo pacjentów

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 22 października 2013 r. w sprawie sprawozdania Komisji dla Rady na podstawie sprawozdań państw członkowskich dotyczących wdrażania zalecenia Rady (2009/C 151/01) w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2013/2022 (INI))

(2016/C 208/05)

Parlament Europejski,

- uwzględniając deklarację luksemburską w sprawie bezpieczeństwa pacjenta z dnia 5 kwietnia 2005 r.,
- uwzględniając sprawozdanie z drugiego posiedzenia nieformalnej sieci zapobiegania zakażeniom w ramach służby zdrowia (czerwiec 2008 r.),
- uwzględniając komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 15 grudnia 2008 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (COM(2008)0837),
- uwzględniając przeprowadzoną przez Komisję ocenę skutków z grudnia 2008 r.,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie wniosku dotyczącego zalecenia Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną⁽¹⁾,
- uwzględniając zalecenie Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną,
- uwzględniając specjalne badanie Eurobarometru pt. „Bezpieczeństwo pacjentów i jakość służby zdrowia” opublikowane w kwietniu 2010 r.,
- uwzględniając sprawozdanie WHO pt. „Główne elementy programów profilaktyki i kontroli zakażeń”,
- uwzględniając dyrektywę 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej,
- uwzględniając sprawozdanie Komisji dla Rady z dnia 13 listopada 2012 r. na podstawie sprawozdań państw członkowskich dotyczących wdrażania zalecenia Rady (2009/C 151/01) w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną,
- uwzględniając roczne sprawozdania epidemiologiczne Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) za lata 2008 i 2012,
- uwzględniając sprawozdanie techniczne Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) pt. „Podstawowe kompetencje w zakresie kontroli zakażeń i higieny szpitalnej w Unii Europejskiej” opublikowane w dniu 26 marca 2013 r.,
- uwzględniając dokument roboczy służb Komisji dotyczący oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe z dnia 18 listopada 2009 r. (SANCO/6876/2009r6),
- uwzględniając wspólne sprawozdanie techniczne Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) i Europejskiej Agencji Leków (EMA) opublikowane dnia 17 września 2009 r. pt. „Wyzwanie bakteriologiczne: czas na reakcję – Apel o zniwelowanie braku adekwatności między tworzeniem się bakterii opornych na wiele leków w UE a rozwojem nowych środków przeciwdrobnoustrojowych”,

⁽¹⁾ Dz.U. C 184 E z 8.7.2010, s. 395.

Wtorek, 22 października 2013 r.

- uwzględniając opublikowane w kwietniu 2010 r. specjalne badanie Eurobarometru (nr 338) dotyczące oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 12 maja 2011 r. w sprawie oporności na antybiotyki ⁽¹⁾,
- uwzględniając zalecenie Komisji z dnia 27 października 2011 r. w sprawie inicjatywy w zakresie wspólnego planowania badań naukowych „Wyzwanie związane z drobnoustrojami – wyłaniające się zagrożenia dla zdrowia ludzkiego” (C(2011)7660),
- uwzględniając własną rezolucję z dnia 27 października 2011 r. w sprawie zagrożenia zdrowia publicznego w wyniku oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe ⁽²⁾,
- uwzględniając komunikat Komisji z dnia 15 listopada 2011 r. pt. „Plan działania na rzecz zwalczania rosnącego zagrożenia związanego z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe” (COM(2011)0748),
- uwzględniając konkluzje Rady z dnia 22 czerwca 2012 r. pt. „Skutki oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe dla sektora medycznego i weterynaryjnego – perspektywa »Jedno zdrowie«”,
- uwzględniając swoją rezolucję z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie wyzwań związanych z drobnoustrojami – rosnące zagrożenia związane z opornością na środki przeciwdrobnoustrojowe ⁽³⁾,
- uwzględniając art. 48 Regulaminu,
- uwzględniając sprawozdanie Komisji Ochrony Środowiska Naturalnego, Zdrowia Publicznego i Bezpieczeństwa Żywności (A7-0320/2013),

Uwagi ogólne

- A. mając na uwadze, że bezpieczeństwo ⁽⁴⁾ i stan zdrowia pacjentów związane są z całościową jakością opieki zdrowotnej, a starania na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów zależą od stosowania w całej Europie skutecznych i długoterminowych strategii politycznych i programów;
- B. mając na uwadze, że wysokiej jakości opieka zdrowotna stanowi filar każdego systemu opieki zdrowotnej wysokiej jakości oraz że dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej jest uznanym prawem podstawowym, do którego Unia Europejska, jej instytucje i obywatele przywiązują szczególną wagę;
- C. mając na uwadze, że art. 168 Traktatu stanowi, że działanie Unii Europejskiej, które uzupełnia polityki krajowe, powinno być skierowane na poprawę zdrowia publicznego, zapobieganie chorobom i dolegliwościom ludzkim oraz usuwanie źródeł zagrożenia dla fizycznego i psychicznego zdrowia człowieka;
- D. mając w związku z tym na uwadze, że działanie Unii Europejskiej w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów polega na pomaganiu państwom członkowskim w koordynowaniu ich wysiłków w tej kwestii oraz wspieraniu ich działań w dziedzinach, w których jej pomoc może przynieść wartość dodaną;
- E. mając na uwadze, że utrzymanie zaufania obywateli do systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej ma zasadnicze znaczenie;
- F. mając na uwadze liczbę, obecnie nieznaczną, lecz stale rosnącą, danych dotyczących współczynnika chorobowości i częstotliwości występowania zdarzeń niepożądanych ⁽⁵⁾ w systemach opieki zdrowotnej w państwach członkowskich UE;

⁽¹⁾ Dz.U. C 377 E z 7.12.2012, s. 131.

⁽²⁾ Dz.U. C 131 E z 8.5.2013, s. 116.

⁽³⁾ Teksty przyjęte, P7_TA(2012)0483.

⁽⁴⁾ Bezpieczeństwo pacjentów WHO definiuje jako stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną.

⁽⁵⁾ Zdarzenie niepożądane oznacza zdarzenie, w wyniku którego pacjent ponosi szkodę.

Wtorek, 22 października 2013 r.

- G. mając na uwadze, że kwestia bezpieczeństwa pacjentów staje się coraz bardziej nagląca w systemach ochrony zdrowia na całym świecie, w tym także w Europie;
- H. mając na uwadze, że wyniki badania specjalnego Eurobarometru pt. „Bezpieczeństwo pacjentów i jakość służby zdrowia” wskazują na wysoką świadomość europejskiej opinii publicznej w tym temacie, choć jednocześnie potwierdzają także duży brak informacji w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów;
- I. mając na uwadze, że zdarzenia niepożądane związane z opieką zdrowotną dla pacjenta lub jego potomstwa będącego w okresie prenatalnym czy też przyszłego potomstwa przybierają formę: zakażeń związanych z opieką zdrowotną⁽¹⁾, zdarzeń związanych ze stosowanymi lekami lub sprzętem medycznym, w tym zdarzeń wynikających ze stosowania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi, błędów diagnostycznych oraz komplikacji w trakcie lub po operacji;
- J. mając na uwadze, że nawet jeśli pewne zdarzenia niepożądane są związane z ryzykiem przypisanym do zabiegów lub lekarstw uznanych przez personel medyczny za konieczne, to inne są spowodowane przez błędy medyczne, braki lub błędy w łańcuchu opieki zdrowotnej, których można byłoby uniknąć;
- K. mając na uwadze, że według szacunków od 8 do 12 % pacjentów szpitali w Unii Europejskiej cierpi z powodu zdarzeń niepożądanych związanych ze świadczoną opieką zdrowotną, takich jak zakażenia związane z opieką zdrowotną, błędy w stosowaniu leków, błędy chirurgiczne, awarie sprzętu medycznego lub jego niewystarczająca dezynfekcja, błędne diagnozy lub brak reakcji w odpowiedzi na wyniki badań;
- L. mając na uwadze, że w wyniku zmian demograficznych zwiększa się udział pacjentów w podeszłym wieku, którym często przepisuje się wiele różnorodnych leków i którzy jednak często nie radzą sobie z ich właściwym stosowaniem;
- M. mając na uwadze, że pacjenci w podeszłym wieku, o obniżonej odporności oraz chorzy przewlekle, w szczególności osoby chore na przewlekle choroby zwyrodnieniowe, także stanowią grupę osób szczególnie podatnych na zdarzenia niepożądane związane z opieką zdrowotną, takie jak: błędy diagnostyczne, brak reakcji na wyniki badań lekarskich, przepisanie, wydanie lub stosowanie nieodpowiedniego leku (np. poza wskazaniami rejestracyjnymi), nieodpowiedniej dawki lub dwóch leków, które nie powinny być stosowane razem, nieodkazywanie lub niedostateczne odkazywanie sprzętu medycznego, a także zakażenie ran pooperacyjnych;
- N. mając na uwadze, że zgodnie z badaniami międzynarodowymi szacuje się, iż 13 do 16 % kosztów szpitalnych (jedno euro na siedem) wynika z incydentalnych problemów związanych z opieką zdrowotną;
- O. mając ponadto na uwadze, że według szacunków 30 do 40 % zdarzeń niepożądanych, zarówno w publicznym, jak i w prywatnym sektorze opieki zdrowotnej, wydaje się spowodowane czynnikami systemowymi i w związku z tym można ich uniknąć;
- P. mając na uwadze, że brak zasobów finansowych, technologicznych i ludzkich związany jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną;
- Q. mając na uwadze, że kryzys gospodarczy wpłynął na spowolnienie wdrażania działań, na które państwa członkowskie zgodziły się w 2009 r., ze względu na zmiany priorytetów w dziedzinie zdrowia publicznego;
- R. mając na uwadze, że każda osoba fizyczna lub prawna jest uprawniona do upubliczniania lub rozpowszechniania w dobrej wierze informacji dotyczących faktu, danych lub działania, których nieznanostwo może być groźna dla zdrowia publicznego;

⁽¹⁾ Na potrzeby niniejszego sprawozdania zakażenie związane z opieką zdrowotną oznacza dowolne zakażenie pacjenta, nabyte w trakcie lub na skutek poddania się zabiegom medycznym (w celu diagnostycznym, terapeutycznym lub profilaktycznym), jeśli zakażenie to nie występowało ani nie było w okresie inkubacji przed poddaniem się zabiegom. W przypadku zakażenia związanego z opieką zdrowotną mikroorganizmy zakaźne (bakterie, grzyby, wirusy, pasożyty i inne czynniki zakaźne) mogą pochodzić od samego pacjenta (zakażenie endogenne) – z ich naturalnych siedlisk w ciele człowieka (jelita, skóra, itp.) lub z otoczenia pacjenta (zakażenie egzogenne lub mieszane). Pojęcie zakażenia związanego z opieką zdrowotną obejmuje wszystkie zakażenia związane z systemem opieki zdrowotnej i z różnymi sposobami leczenia. Są to zakażenia szpitalne (nabyte w placówkach opieki zdrowotnej przy okazji hospitalizacji lub leczenia ambulatoryjnego) oraz zakażenia nabyte w czasie leczenia prowadzonego poza placówkami opieki zdrowotnej – w obiektach opieki zbiorowej (np. w placówkach długo- lub średnioterminowej opieki, a szczególnie w placówkach opiekuńczych dla osób starszych itp.) lub w domu.

Wtorek, 22 października 2013 r.

- S. mając na uwadze, że bezpieczeństwo pacjentów zajmuje ważne miejsce na liście priorytetów politycznych, mając na uwadze, że w 2005 r. państwa członkowskie ustanowiły mechanizm debaty dotyczącej kwestii bezpieczeństwa pacjentów oraz innych prac w tym zakresie; mając na uwadze, że ustanowiono grupę roboczą, poprzez którą Komisja zamierza promować prace i działania państw członkowskich, a do jej aktywnych członków należą: Światowa Organizacja Zdrowia (szczególnie za pośrednictwem Światowego Stowarzyszenia Bezpieczeństwa Pacjentów), Rada Europy, OECD oraz europejskie stowarzyszenia pacjentów, lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, dentystów i szpitali;
- T. mając na uwadze, że zakażenia związane z opieką zdrowotną znajdują się wśród najczęstszych i najbardziej szkodliwych przyczyn niezamierzonej szkody;
- U. mając na uwadze, że zakażenia związane z opieką zdrowotną, które dotyczą średnio 5 % pacjentów szpitali, stanowią główny problem dla zdrowia publicznego w państwach Unii Europejskiej, będąc jednocześnie poważnym problemem zdrowotnym i znacznym obciążeniem ekonomicznym ograniczonych zasobów sanitarnych;
- V. mając na uwadze, że szacowana roczna liczba pacjentów, u których podczas pobytu w szpitalach świadczących opiekę doraźną w latach 2011–2012 wystąpiło co najmniej jedno zakażenie związane z opieką zdrowotną, wynosi w całej Unii Europejskiej 3,2 mln ⁽¹⁾;
- W. mając na uwadze, że zakażenia związane z opieką zdrowotną mają znaczący wpływ na współczynnik zachorowalności i umieralności (37 tys. osób umiera bezpośrednio na skutek takiego zakażenia w UE) oraz koszty (które w Unii szacuje się na poziomie przekraczającym 5,5 mld EUR rocznie) – stanowią istotny problem w dziedzinie zdrowia publicznego w krajach Unii Europejskiej;
- X. mając na uwadze, że do zakażeń związanych z opieką zdrowotną może dojść podczas pobytu we wszystkich typach środowisk, w których świadczona jest opieka zdrowotna, włącznie z podstawową, środowiskową, socjalną i prywatną opieką zdrowotną, nagłą i przewlekłą opieką, przy okazji świadczenia wszelkich usług opieki zdrowotnej, lub w domu (najczęściej na skutek błędnego dawkowania leku, pomyłek wynikających z umieszczenia leku w opakowaniu innym niż oryginalne, zakażenia przyrządów i wyrobów medycznych albo lub kontaktu z pacjentami i pracownikami opieki zdrowotnej);
- Y. mając na uwadze, że zakażenie związane z opieką zdrowotną nabyte podczas hospitalizacji może ujawnić się dopiero po wyjściu pacjenta ze szpitala;
- Z. mając na uwadze skrócenie średniego czasu pobytu w szpitalu w państwach członkowskich;
- AA. mając na uwadze, że Europejskiemu Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) powierzono zadanie opracowania, przy udziale międzynarodowych ekspertów, naukowych zaleceń dotyczących środków opartych na dowodach, mających na celu skuteczną profilaktykę zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
- AB. mając na uwadze, że pacjenci dotknięci chorobami przewlekłymi i zwyrodnieniowymi często leczeni są w domu, a nie w szpitalu;
- AC. mając na uwadze, że stan niektórych pacjentów dotkniętych chorobami przewlekłymi i zwyrodnieniowymi wymaga często stałej i ustawicznej opieki medycznej związanej zwłaszcza z częstą koniecznością używania sprzętu medycznego (rozsuszników serca, urządzeń podtrzymujących akcję oddechową, cewników, sond moczowodowych itp.);
- AD. mając na uwadze, że stosowanie takiego sprzętu medycznego niesie ze sobą ryzyko zakażenia;
- AE. mając na uwadze, że nieprzestrzeganie podstawowych zasad higieny człowieka, na przykład w placówkach opieki zdrowotnej, a także w domu, często pociąga za sobą rozprzestrzenianie się czynników chorobotwórczych, szczególnie tych, które są odporne na antybiotyki;
- AF. mając na uwadze, że proste i opłacalne działania profilaktyczne w dziedzinie zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną, takie jak wdrażanie działań w zakresie edukacji sanitarnej (a zwłaszcza promowania higieny w szpitalach), są już realizowane lub aktualnie testowane w drodze eksperymentu i przynoszą obiecujące rezultaty oraz że można by z pożytkiem wypróbować inne alternatywne i opłacalne sposoby zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną;
- AG. mając na uwadze, że w związku z tym, iż mikroorganizmy wywołujące zakażenia związane z opieką zdrowotną mają zdolność do kolonizowania organizmu ludzkiego przez dłuższy czas, pacjenci mogą roznosić zarazki zarówno podczas pobytu w szpitalu, jak i po jego zakończeniu oraz że w ten sposób zakażenia związane z opieką zdrowotną mogą dotyczyć wszystkich instytucji opieki zdrowotnej, placówek pobytu średnio- i długookresowego, a nawet domu pacjenta;

⁽¹⁾ Według odpowiedzi Komisji na pytanie wymagające odpowiedzi na piśmie E-004648/2013 zadane dnia 14 czerwca 2013 r.

Wtorek, 22 października 2013 r.

- AH. mając na uwadze, że tylko 13 państw członkowskich wdrożyło krajowy nadzór nad zakażeniami bakterią *Clostridium difficile* ⁽¹⁾ oraz że tylko w 3 systemach nadzoru lekarze medycyny ogólnej są także zaangażowani w gromadzenie danych – sytuacja, którą należy poprawić;
- AI. mając ponadto na uwadze, że rosnąca mobilność obywateli oraz coraz bardziej transgraniczny charakter opieki zdrowotnej w ramach europejskich systemów opieki zdrowotnej i pomiędzy nimi oraz istniejąca możliwość poddania się leczeniu poza krajem zamieszkania sprzyjają szybkiemu rozprzestrzenianiu się opornych mikroorganizmów z jednego państwa członkowskiego do drugiego;
- AJ. mając na uwadze, że kwestia oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe stanowi poważne, a w niektórych krajach rosnące zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, mogące utrudnić powrót do zdrowia po przebytych zakażeniach i leczenie zakażeń oraz powodujące wzrost krajowych kosztów opieki zdrowotnej;
- AK. mając na uwadze, że zakażenia związane z opieką zdrowotną są często trudne do leczenia, ponieważ wywołujące je mikroorganizmy w wielu przypadkach są oporne na środki przeciwdrobnoustrojowe;
- AL. mając na uwadze, że tylko w UE, Islandii i Norwegii bakterie oporne na środki przeciwdrobnoustrojowe są przyczyną 400 tys. zakażeń i 25 tys. zgonów rocznie, co oznacza dodatkowe koszty z tytułu opieki zdrowotnej w wysokości co najmniej 1,5 mld EUR i utratę produktywności;
- AM. mając na uwadze, że w Europie oporność na antybiotyki stale rośnie oraz że w niektórych państwach członkowskich może – w przypadku niektórych bakterii – osiągnąć poziom 25 %, a nawet więcej;
- AN. mając na uwadze, że najnowsze dostępne dane wskazują, iż wskaźniki oporności na antybiotyki bakterii wywołujących zakażenia związane z opieką zdrowotną jasno wskazują na ogólnosięciową tendencję do zwiększania się skali zjawiska oporności na wiele leków, a zwłaszcza zwiększania się odsetka enterobakterii opornych na cefalosporyny trzeciej generacji oraz bakterii gronkowca złocistego opornych na działanie metycyliny;
- AO. mając na uwadze zahamowanie rozwoju nowych środków przeciwdrobnoustrojowych;
- AP. mając na uwadze, że rozwijanie się oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe jest naturalną i nieuniknioną konsekwencją ich stosowania, którą można jednak ograniczyć, jeżeli będą one stosowane ostrożnie i racjonalnie;
- AQ. mając na uwadze, że rozwijanie się oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe może postępować w szybszym tempie zwłaszcza za sprawą systematycznego i nieproporcjonalnego w stosunku do okoliczności stosowania tych produktów w leczeniu ludzi, co w połączeniu z niewystarczającą higieną i kontrolą zakażeń może szkodzić skuteczności już ograniczonej liczby dostępnych środków przeciwdrobnoustrojowych;
- AR. mając na uwadze, że – w obliczu braku opracowywania nowych antybiotyków/środków przeciwdrobnoustrojowych – zasadnicze znaczenie ma to, aby aktualnie stosowane środki przeciwdrobnoustrojowe były wykorzystywane w sposób skuteczny przez możliwie najdłuższy okres;
- AS. mając na uwadze, że – w obliczu braku opracowywania nowych leków antibakteryjnych – Komisja Europejska i państwa członkowskie powinny współpracować na rzecz wspierania opracowywania i dostępności takich produktów, a ich współpraca powinna opierać się na Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) oraz wiedzy fachowej Europejskiej Agencji Leków (EMA);
- AT. mając na uwadze, że metody chowu w rolnictwie sprzyjają pojawianiu się oporności na antybiotyki, zarówno poprzez łańcuch żywnościowy, jaki i poprzez odchody zwierzęce, które trafiają do cyklu hydrologicznego;
- AU. mając na uwadze, że obserwujemy coraz większy poziom przyjmowania antybiotyków u osób obiektywnie najsłabiej poinformowanych oraz że najlepsza obiektywna wiedza na temat antybiotyków wiąże się z bardziej racjonalnym zachowaniem w odniesieniu do stosowania antybiotyków;

⁽¹⁾ Według odpowiedzi Komisji na pytanie wymagające odpowiedzi na piśmie E-004649/2013 jest to następujących 13 krajów: Austria, Belgia, Bułgaria, Dania, Niemcy, Finlandia, Francja, Węgry, Irlandia, Niderlandy, Hiszpania, Szwecja i Zjednoczone Królestwo. <http://www.europarl.europa.eu/sides/getAllAnswers.do?reference=P-2013-004649&language=EN>.

Wtorek, 22 października 2013 r.

- AV. mając na uwadze, że niektóre państwa członkowskie nie posiadają solidnych ram regulacyjnych i prawnych, aby racjonalne stosowanie leków było obowiązkowe i wspierane, oraz że w Europie występują znaczne różnice w zakresie stosowania antybiotyków w szpitalnej i pozaszpitalnej opiece zdrowotnej;
- AW. mając na uwadze, że istnieje potrzeba edukowania i podnoszenia świadomości osób zaangażowanych w stosowanie środków przeciwdrobnoustrojowych, w tym decydentów, pracowników opieki zdrowotnej i społeczeństwa, aby spowodować konieczne zmiany w zachowaniu osób wypisujących recepty, farmaceutów i obywateli;
- AX. mając na uwadze, że od czasu publikacji zalecenia Rady (2009/C 151/01) w 2009 r. podjęto duże wysiłki na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów w państwach członkowskich, zwłaszcza poprzez ustanowienie bezpieczeństwa pacjentów priorytetem polityki w dziedzinie zdrowia publicznego we wszystkich państwach członkowskich UE, poprzez wyznaczenie (w 19 państwach członkowskich) przedmiotowo właściwego organu w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów oraz poprzez sprzyjanie (w 23 państwach członkowskich) kształceniu z zakresu bezpieczeństwa pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej;
- AY. mając na uwadze, że od czasu publikacji zalecenia Rady (2009/C 151/01) w 2009 r. podjęto duże wysiłki na rzecz przyjęcia i wdrożenia strategii (krajowych lub regionalnych) w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną w państwach członkowskich, a zwłaszcza poprzez przyjęcie wytycznych dotyczących profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną i ustanowienie systemów aktywnego nadzoru takich zakażeń (lub ich usprawnienie, jeżeli już istnieją);
- AZ. mając na uwadze, że z drugiej strony niektóre działania zalecane przez Radę w zaleceniu (2009/C 151/01) z 2009 r. mające na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów w państwach członkowskich zostały jak dotąd wprowadzone jedynie przez nieliczne państwa członkowskie oraz że można wprowadzić jeszcze wiele usprawnień w dziedzinie opieki szpitalnej i pozaszpitalnej, szczególnie w kwestii upodmiotowienia pacjentów, kształcenia pracowników opieki zdrowotnej i opiekunów w szerokim tego słowa znaczeniu, oraz że należy kontynuować działania prowadzące do rozwoju wspólnej terminologii w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów oraz opracować europejskie wytyczne w sprawie standardów bezpieczeństwa pacjenta;
- BA. mając na uwadze, że pewne działania zalecane przez Radę mające na celu profilaktykę i kontrolę zakażeń związanych z opieką zdrowotną w państwach członkowskich zostały jak dotąd wprowadzone jedynie przez nieliczne państwa oraz że można wprowadzić jeszcze wiele usprawnień w dziedzinie dostępu pacjentów do informacji w placówkach opieki zdrowotnej oraz wsparcia badań w dziedzinie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną;

Wdrażanie zaleceń Rady: znaczące usprawnienia i kroki pozostałe do podjęcia

1. z zadowoleniem przyjmuje działania prowadzone na szczeblu państw członkowskich, mające w szczególności na celu poprawę ogólnego bezpieczeństwa pacjentów oraz zapobieganie występowaniu zakażeń związanych z opieką zdrowotną, a zwłaszcza:

- opracowanie przez wszystkie państwa członkowskie polityki w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów oraz to, że polityce tej wiele państw członkowskich nadało charakter priorytetowy w ramach polityki zdrowotnej;
- wyznaczenie przedmiotowo właściwego organu w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów w większości państw członkowskich;
- stopniowe wdrażanie systemów umożliwiających zgłaszanie zdarzeń niepożądanych oraz wyciąganie z nich wniosków;
- powszechne wdrożenie działań w zakresie kształcenia w kwestiach dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w placówkach opieki zdrowotnej;
- wdrożenie we Francji, na Słowacji i w Niderlandach strategii transgranicznych w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów (będących elementem dodatkowym w stosunku do strategii krajowej);
- współpracę między krajami i między regionami w celu zrealizowania działań zalecanych przez Radę i wdrożonych przez 21 państw członkowskich (z udziałem Norwegii), w wielu przypadkach w ramach projektów współfinansowanych przez UE;

lecz nalega, by wysiłki te zostały pilnie wzmożone;

2. z zadowoleniem przyjmuje działania Komisji Europejskiej zmierzające do zapewnienia ogólnego bezpieczeństwa pacjentów poprzez promowanie wymiany najlepszych praktyk przez państwa członkowskie oraz określanie definicji i wspólnej terminologii w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów, w szczególności:

- to, że Komisja Europejska sprzyja wymianie informacji na temat inicjatyw związanych z bezpieczeństwem pacjentów i jakością opieki w ramach Grupy Roboczej ds. Bezpieczeństwa Pacjentów i Jakości Opieki;

Wtorek, 22 października 2013 r.

- współfinansowanie przez Komisję Europejską projektu w zakresie wskaźników jakości opieki zdrowotnej prowadzonego przez OECD i który umożliwił przede wszystkim zgromadzenie porównywalnych wskaźników dotyczących bezpieczeństwa pacjentów w 11 krajach;
 - współfinansowanie przez Unię Europejską sześciu projektów badawczych dotyczących ogólnego bezpieczeństwa pacjentów w ramach siódmego programu ramowego w zakresie badań;
 - przyjęcie dyrektywy 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, której celem jest sprecyzowanie praw pacjentów podczas korzystania z opieki w innym państwie członkowskim przy jednoczesnym zapewnieniu również bezpieczeństwa i wysokiej jakości takiej opieki;
3. z zadowoleniem przyjmuje działania realizowane przez Komisję i Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób w powiązaniu z organami służby zdrowia w państwach członkowskich w dziedzinie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
4. z zadowoleniem przyjmuje działania Komisji Europejskiej w dziedzinie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną – które to działania jest ściśle powiązane z działaniami prowadzonymi przez Komisję w dziedzinie oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe; z zadowoleniem przyjmuje zwłaszcza finansowanie przez Komisję Europejską projektów badawczych w dziedzinie zakażeń związanych z opieką zdrowotną i z zakresu oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, a w szczególności finansowanie projektów o zasięgu ogólnoeuropejskim, takich jak projekt IPSE (Improving Patient Safety in Europe – Poprawa bezpieczeństwa pacjentów w Europie), projekt IMPLEMENT (Implementing Strategic Bundles for Infection Prevention & Management – Wdrażanie pakietów działań strategicznych w celu zapobiegania zakażeniom i ich kontroli) lub projekt PROHIBIT (Prevention Of Hospital Infections By Intervention and Training – Profilaktyka zakażeń poprzez działanie interwencyjne i szkolenie), których celem jest analiza praktycznych wytycznych obowiązujących w dziedzinie profilaktyki zakażeń związanych ze szpitalną opieką zdrowotną w Europie oraz testowanie strategii w zakresie profilaktyki zakażeń krwi związanych ze stosowaniem centralnych cewników żylnych (zakażenia te są przedmiotem szczególnej troski, ponieważ wiążą się one z wysokim wskaźnikiem zachorowalności, a także z wysokim wskaźnikiem umieralności będącej bezpośrednim skutkiem zachorowania);
5. z zadowoleniem przyjmuje koordynację i nadzór sprawowany przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), a zwłaszcza:
- jego działania koordynacyjne w odniesieniu do europejskiej sieci nadzoru zakażeń związanych z opieką zdrowotną, a zwłaszcza zakażeń miejsca operowanego, zakażeń nabytych na oddziałach reanimacyjnych, stosowania środków przeciwdrobnoustrojowych w placówkach opieki długoterminowej (HALT-2), a także jego wsparcie dla projektu europejskiego, mającego na celu wzmocnienie zdolności w zakresie nadzoru zakażeń bakteriami *Clostridium difficile* (ECDIS-Net);
 - koordynację przez centrum szczegółowego europejskiego badania z zakresu częstości występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną oraz stosowania środków przeciwdrobnoustrojowych w szpitalach świadczących pomoc doraźną;
 - opracowanie przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób wytycznych w celu zapobiegania zakażeniom *Clostridium difficile* i ich kontroli;
 - publikację przez centrum zaleceń dotyczących zapobiegania rozprzestrzenianiu się enterobakterii produkujących karbapenemazy;
 - patronat, którym ECDC objęło opracowanie wytycznych i wskaźników (strukturalnych i metodycznych) w celu zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną;
6. zauważa, że nie obowiązuje na szczeblu Unii Europejskiej żadna klasyfikacja ani system raportowania w zakresie bezpieczeństwa pacjentów, mające na celu identyfikację, zrozumienie oraz analizę czynników związanych z bezpieczeństwem pacjentów, i w związku z tym – sprzyjanie edukacji i ulepszaniu systemów;
7. uznaje, że jak dotąd zbyt mało państw członkowskich:
- wprowadziło kwestię bezpieczeństwa pacjentów do programów kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej;
 - opracowało plany działania w zakresie zwalczania zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
 - prowadziło działania zmierzające do poprawy informacji przekazywanych pacjentom na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną przez placówki opieki zdrowotnej;
 - wspiera badania dotyczące zagadnienia zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
8. wzywa państwa członkowskie do kontynuowania prac mających na celu zestawienie szeregu wskaźników dotyczących bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich państwach członkowskich, przy wsparciu Komisji;
9. wzywa państwa członkowskie do prowadzenia i zintensyfikowania dwustronnej i wielostronnej współpracy w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów, na szczeblu narodowym i/lub regionalnym;

Wtorek, 22 października 2013 r.

Poprawa bezpieczeństwa pacjentów w Europie, w tym profilaktyka i kontrola zakażeń związanych z opieką zdrowotną: zalecenia ogólne

10. zaleca, aby zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów, a w szczególności zapobieganie i zwalczanie zakażeń związanych z opieką zdrowotną, odgrywało istotną rolę w programie politycznym UE oraz na szczeblu krajowym państw członkowskich, jak również na szczeblu regionalnym i lokalnym;

Działania na rzecz poprawy ogólnego bezpieczeństwa pacjentów

11. zachęca państwa członkowskie do kontynuowania prac związanych z poprawą bezpieczeństwa pacjentów i do wdrożenia dodatkowych działań, o ile jeszcze tego nie zrobiono, w tym stworzenia planów działania służących zwalczaniu zakażeń związanych z opieką zdrowotną, w celu wypełnienia zaleceń Rady;

12. w szczególności zachęca państwa członkowskie do wdrożenia lub usprawnienia, jeśli istnieją:

- działań mających na celu zwiększenie świadomości obywateli na temat inicjatyw dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i sprzyjających upodmiotowieniu obywateli w tym zakresie,
- działań dotyczących dogłębnego i stałego szkolenia, w oparciu o dobrze określone standardy, pracowników opieki zdrowotnej w kwestiach bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, zwłaszcza wprowadzenie bloków szkoleniowych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów (obejmujących różne dziedziny: sprzęt medyczny, racjonalne i staranne stosowanie leków itp.) w ramach jednego czy też kilku rodzajów studiów lub szkoleń przeznaczonych dla pracowników opieki zdrowotnej i opiekunów, a także działania szkoleniowe i informacyjne skierowane do pacjentów i ich opiekunów z dziedziny bezpieczeństwa pacjentów;
- działań transgranicznych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów,
- działań promujących badania dotyczące bezpieczeństwa pacjentów oparte na podejściu ukierunkowanym na zdobywanie najlepszych dostępnych dowodów naukowych z naciskiem na ich wdrażanie, zwłaszcza w dziedzinie alternatywnych w stosunku do antybiotykoterapii metod leczenia oraz w celu rozwiązania problemu oporności na antybiotyki, w szczególności poprzez terapię fagową;
- działań mających na celu wspierania multidyscyplinarnego leczenia ran w ramach programów bezpieczeństwa pacjentów na szczeblu danego państwa członkowskiego;
- działań zapobiegających występowaniu oraz zwalczających rozpowszechnianie się oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe, w tym opracowanie nowych środków przeciwdrobnoustrojowych;

13. wzywa Europejską Agencję Leków (EMA) do sporządzenia wykazu leków stosowanych poza wskazaniami rejestracyjnymi, które są wykorzystywane mimo istnienia dopuszczonych zamienników; wzywa państwa członkowskie do dopilnowania, by personel medyczny i pacjenci byli informowani o stosowaniu danego leku poza wskazaniami rejestracyjnymi;

14. zachęca Komisję Europejską i właściwe agencje europejskie do utworzenia, usprawnienia, zaznajomienia z nimi społeczeństwa oraz ułatwienia korzystania ze scentralizowanych systemów powiadamiania o zdarzeniach niepożądanych dotyczących w szczególności leków i sprzętu medycznego, które pozwolą wskazać przyczyny błędów w łańcuchu opieki zdrowotnej i wyciągnąć z nich wnioski, a także do zapewnienia, by wszystkie procedury były przejrzyste;

15. zachęca państwa członkowskie do dokonania ponownej oceny swoich struktur zgłaszania zdarzeń niepożądanych w celu stwierdzenia, czy takie zgłoszenia są realizowane w kulturze polegającej na unikaniu obwiniania oraz zapewnienia, by pracownicy opieki zdrowotnej mogli udzielać informacji w sposób szczerzy, bez ponoszenia przez nich negatywnych konsekwencji osobistych;

16. wzywa państwa członkowskie do wdrażania działań mających na celu podniesienie jakości – i nie tylko jakości – w zakresie zgłaszania zdarzeń niepożądanych, tak żeby odpowiednie zgłoszenia podawały informacje, które mają szansę doprowadzić do realnej poprawy bezpieczeństwa pacjentów oraz które umożliwiają łatwe pobieranie danych z systemu celem poddawania ich szczegółowej i systematycznej ocenie;

17. wzywa państwa członkowskie do promowania wprowadzania danych pacjentów do elektronicznych baz danych dotyczących bezpieczeństwa pacjentów oraz zdarzeń niepożądanych, jak również do dokonywania systematycznej oceny powyższych danych celem uniknięcia jakichkolwiek pomyłek i błędów;

18. zachęca państwa członkowskie, Komisję Europejską i właściwe agencje europejskie do stosowania wszelkich odpowiednich narzędzi technologicznych i statystycznych służących do opisu i analizy zdarzeń niepożądanych;

19. zachęca Komisję i państwa członkowskie do działań mających na celu zwiększenie świadomości obywateli na temat inicjatyw dotyczących bezpieczeństwa pacjentów i sprzyjających upodmiotowieniu obywateli w tym zakresie;

Wtorek, 22 października 2013 r.

20. zwraca się do Komisji o ponowne rozpatrzenie wniosków o wprowadzenie bazy danych zawierającej opis dobrych praktyk, aby sprzyjać ich wymianie pomiędzy państwami członkowskimi. uważa, że baza danych o zdarzeniach niepożądanych umożliwiłaby uniknięcie tych zdarzeń w przyszłości i mogłaby służyć jako przykład dobrych praktyk dla świadczeniodawców;

21. zachęca państwa członkowskie do wymiany najlepszych praktyk poprzez podejście oparte na danych faktycznych, a w szczególności do opracowania wspólnych wytycznych dla wszystkich państw członkowskich na podstawie rzeczowych badań i informacji zwrotnych;

22. zachęca państwa członkowskie do rozszerzenia – tam, gdzie jest to możliwe – strategii i programów dotyczących bezpieczeństwa pacjentów z opieki szpitalnej także na opiekę pozaszpitalną (zwłaszcza w placówkach opieki długoterminowej, a także na opiekę w domu);

Działania zmierzające do ograniczenia zakażeń związanych z opieką zdrowotną i zapobiegania im

23. zachęca państwa członkowskie do sformułowania jasnych krajowych celów dotyczących zmniejszenia częstotliwości występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną i do wprowadzenia, jeśli tego jeszcze nie uczyniono, dodatkowych działań w celu zwalczania i zmniejszania ilości zakażeń związanych z opieką zdrowotną, co pozwoli całkowicie wypełnić zalecenia Komisji, szczególnie w dziedzinie:

- zapobiegania zakażeniom związanym z opieką zdrowotną, zarówno w warunkach szpitalnych, jak i pozaszpitalnych poprzez systematyczne wdrażanie podejścia „Jedno zdrowie”, w ramach którego zarówno podmioty sektora opieki zdrowotnej, jak i podmioty sektora weterynaryjnego zobowiązane są do zapobiegania oraz zwalczania zakażeń bakteriami opornymi na antybiotyki, jak również do ograniczenia stosowania antybiotyków,
- poprawy informacji przekazywanych pacjentom przez placówki opieki zdrowotnej, w tym informacji o współczynniku występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną w poszczególnych placówkach;
- wspierania badań poświęconych zagadnieniu profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną, w szczególności zakażeń spowodowanych przez metycylooporne szczepy *Staphylococcus aureus* (MRSA), bakterię *Clostridium difficile*, oraz innych pojawiających się trudnych do leczenia zakażeń, zwłaszcza w dziedzinie alternatywnych w stosunku do antybiotykoterapii metod leczenia oraz w celu rozwiązania problemu oporności na antybiotyki, w szczególności poprzez terapię fagową;

24. zachęca Komisję Europejską do zbadania możliwości wprowadzenia partnerstwa między Komisją a poszczególnymi państwami członkowskimi lub bezpośrednio między państwami członkowskimi, aby zapobiegać i rozwiązywać problemy zakażeń związanych z opieką zdrowotną w placówkach szpitalnych oraz w ramach leczenia domowego; wzywa Komisję do wsparcia dalszych działań w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną poprzez realizację przyszłego drugiego wspólnotowego programu działań w dziedzinie zdrowia;

Poprawa bezpieczeństwa pacjentów w Europie, w tym profilaktyka i kontrola zakażeń związanych z opieką zdrowotną: konkretne ścieżki i zalecenia

Zapobieganie

25. uznając, że UE nie może ingerować w uprawnienia państw członkowskich w dziedzinie zdrowia i uznając różnice istniejące w polityce i systemach opieki zdrowotnej państw członkowskie, zachęca państwa członkowskie i podmioty przez nie delegowane do:

- zapewnienia wystarczającej ilości zasobów ludzkich, finansowych i technologicznych, aby opieka udzielana przez placówki prywatne i publiczne była możliwie najwyższej jakości, a w szczególności wzywa je do przeznaczania wystarczających budżetów na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów i do zapewnienia, by opieka udzielana przez placówki prywatne i publiczne była możliwie najwyższej jakości,
- priorytetowego potraktowania planowania siły roboczej jako środka gwarantującego właściwy poziom zatrudnienia w celu obsługi zwiększonej liczby pacjentów oraz uporania się z wynikającym z tego tytułu negatywnym wpływem na praktyki w zakresie kontroli zakażeń;

26. wzywa państwa członkowskie i Komisję do promowania, m.in. poprzez kampanie informacyjne, ogólnych dobrych praktyk, szczególnie tych związanych z higieną (higiena rąk, sterylizacja i maksymalna dezynfekcja narzędzi i sprzętu medycznego) w szpitalach oraz poza nimi (szczególnie wśród pacjentów i ich rodzin);

27. wzywa państwa członkowskie do opracowania krajowych wytycznych dotyczących higieny i mycia rąk w szpitalach oraz ogólnych zasad utrzymania czystości w szpitalach oraz domach opieki;

28. wzywa państwa członkowskie do popierania ukierunkowanych działań zmierzających do zapobiegania błędom szpitalnym, wraz ze stosowaniem chirurgicznej listy kontrolnej WHO;

Wtorek, 22 października 2013 r.

29. wzywa do prowadzenia większej liczby lepiej skoordynowanych badań w celu rozprzestrzeniania się zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
30. wzywa państwa członkowskie do wspierania wysiłków na rzecz badań ognisk szpitalnych i sposobu zapobiegania rozprzestrzenianiu się zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
31. zachęca państwa członkowskie do opracowania własnych krajowych praktyk w zakresie właściwego stosowania antybiotyków w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe oraz zapewnienia trwałej skuteczności leczenia antybiotykami;
32. wzywa Komisję i państwa członkowskie do stworzenia platform i protokołów umożliwiających przenoszenie danych dotyczących zdrowia, przy zapewnieniu zgodności takich działań z odpowiednimi przepisami Unii Europejskiej dotyczącymi ochrony danych;
33. wzywa państwa członkowskie do identyfikacji protokołów bezpieczeństwa odnoszących się do przewlekłych chorób zwyrodnieniowych powodujących niepełnosprawność oraz wiążących się z wymogiem stałej opieki pozaszpitalnej (w placówkach opiekuńczo-pielęgniacyjnych oraz w domu);
34. podkreśla w przypadku opieki domowej, że:
- stan pacjentów (szczególnie osób starszych i o ograniczonej sprawności ruchowej), którzy wracają do domu po pobycie w szpitalu powinien podlegać szczególnej ocenie w momencie opuszczania szpitala, w celu określenia ryzyka pogorszenia stanu zdrowia i zapobiegania mu,
 - pacjenci i opiekunowie muszą być odpowiednio poinformowani, w szczególności co do higieny rąk i potrzeby dezynfekcji używanie sprzętu medycznego wielokrotnego użytku, a także co do potrzeby przestrzegania procedur i zaleceń;
 - stosowany sprzęt powinien być jednorazowego użytku, a jeżeli jest wielokrotnego użytku, to powinien być dokładnie dezynfekowany;
 - należy zachęcać do stosowania podstawowych środków ostrożności, zwłaszcza w odniesieniu do przechowywania i przyjmowania leków, a pacjenci powinni w szczególności być uwrażliwieni na ryzyko wynikające ze stosowania leków niemających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu;
35. wzywa państwa członkowskie do przekazania Komisji informacji na temat programów szczepień dla pracowników opieki zdrowotnej, w tym poziomów objęcia tymi szczepieniami osiągniętych w instytucjach opieki zdrowotnej;
36. wzywa państwa członkowskie do podjęcia stosownych działań zmierzających do poprawy informacji przekazywanych pacjentom przez placówki opieki zdrowotnej odnośnie do sposobów unikania zakażeń związanych z opieką zdrowotną;
37. wzywa państwa członkowskie do podjęcia stosownych działań mających na celu zaangażowanie rodzin pacjentów w przekazywanie informacji zwrotnych w celu uniknięcia błędów w zakresie podawania leków oraz „samoleczenia”;

Komunikacja, edukacja i szkolenia

38. wzywa państwa członkowskie do prowadzenia kampanii informacyjnych oraz specjalnych szkoleń na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną skierowanych nie tylko do osób związanych zawodowo z opieką zdrowotną (lekarzy, pielęgniarek, personelu pomocniczego itd.), ale także na przykład do opiekunów formalnych i nieformalnych oraz wolontariuszy w szpitalu, którzy mają kontakt z pacjentami;
39. wzywa państwa członkowskie do opracowania krajowych wytycznych dotyczących informacji w zakresie stosowania antybiotyków przekazywanych pacjentom przez personel medyczny;
40. wzywa państwa członkowskie do prowadzenia kampanii informacyjnych oraz specjalnych szkoleń skierowanych do pacjentów i osób związanych zawodowo z opieką zdrowotną dotyczących problemu oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe;
41. wzywa państwa członkowskie, aby podczas opracowywania dobrych praktyk uwzględniały i uznawały wartość wiedzy osób niezwiązanych zawodowo z opieką zdrowotną, która to wiedza pochodzi z bezpośredniego doświadczenia bycia pacjentem;

Prawa pacjentów

42. zachęca państwa członkowskie do podejmowania działań w celu zapewnienia zaufania pacjentów do systemów opieki zdrowotnej, a zwłaszcza do aktywnego kojarzenia pacjentów z ich bezpieczeństwem;
43. wzywa państwa członkowskie do włączenia organizacji pacjentów w proces opracowywania nowych przepisów i programów w dziedzinie zdrowia;

Wtorek, 22 października 2013 r.

44. wzywa państwa członkowskie do wyznaczenia na szczeblu lokalnym organu lub osoby kontaktowej, odpowiedzialnej za przekazywanie pacjentom informacji i danych dotyczących ich bezpieczeństwa w celu zwiększenia zaufania publicznego w zakresie bezpieczeństwa systemów opieki zdrowotnej poprzez skuteczniejsze przekazywanie właściwych i zrozumiałych informacji;
45. zachęca państwa członkowskie do przekazywania pacjentom informacji na temat ryzyka, standardów bezpieczeństwa i aktualnie dostępnych środków pozwalających uniknąć zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną, prawa do wyrażenia przez pacjenta świadomej zgody na zaproponowane leczenie oraz ogólniej, aby umożliwić mu zdobycie większej wiedzy w zakresie bezpieczeństwa pacjentów; domaga się, aby państwa członkowskie poprzez odpowiednie struktury organizacyjne informowały pacjentów na temat procedur składania skarg oraz dostępnych rozwiązań prawnych w przypadku zaistnienia zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną (np. poprzez przedstawiciela praw pacjenta);
46. zachęca państwa członkowskie oraz władze regionalne i lokalne, aby w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną korzystali przede wszystkim z rozwiązań opartych na mediacji, o ile jest to możliwe;
47. wzywa państwa członkowskie do zachęcania lekarzy prowadzących praktykę, by informowali pacjentów o ich prawach i możliwościach wnoszenia skarg oraz informowania o błędach i zdarzeniach niepożądanych;
48. uznaje, że UE nie może ingerować w uprawnienia państw członkowskich w dziedzinie zdrowia; zachęca jednak Komisję, by ustanowiła mechanizm dochodzenia roszczeń zbiorowych w przypadkach transgranicznych, gdy wielu pacjentów zostało dotkniętych zdarzeniami niepożądanymi związanymi z opieką zdrowotną wynikających z tej samej przyczyny;

Kontrola, diagnostyka i monitorowanie

49. wzywa Komisję Europejską, właściwe agencje europejskie i państwa członkowskie do rozważenia działań zmierzających do zapewnienia przekazywania informacji zwrotnych na temat bezpieczeństwa pacjentów przez personel medyczny oraz pacjentów; podkreśla, że przekazywanie informacji powinno być przejrzyste na wszystkich poziomach;
50. wzywa państwa członkowskie, które prowadzą szczegółowe krajowe badania na temat współczynnika występowania zakażeń związanych z opieką zdrowotną, opracowane na podstawie ujednoliconej metodologii Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób do regularnego przeprowadzania tych badań i zachęca wszystkie państwa członkowskie do ich prowadzenia; wzywa stanowczo Komisję Europejską do bardziej szczegółowego przeanalizowania systemu Global Microbial Identifier⁽¹⁾, który popiera wielu naukowców na całym świecie oraz który umożliwia systematyczną kontrolę oraz wykrywanie mikroorganizmów powodujących zakażenia związane z opieką zdrowotną, jak również przyspiesza i usprawnia działania w związku z rozprzestrzenianiem się mikroorganizmów, w tym również z jednego państwa członkowskiego do drugiego;
51. zaleca stworzenie na szczeblu regionalnym lub lokalnym grup roboczych zajmujących się kwestiami związanymi konkretnie z bezpieczeństwem pacjentów; sugeruje, że przykładowo mogłyby zostać utworzone grupy zajmujące się tylko zapobieganiem wypadkom wśród osób starszych, ograniczeniem ryzyka związanego z operacjami lub ograniczeniem ryzyka błędów medycznych;
52. wzywa państwa członkowskie do promowania kwestii podstawowych zadań i obowiązków pielęgniarek/pielęgniarzy w placówkach szpitalnych i domach opieki, takich jak przykładowo kontrolowanie stanu pacjentów pod kątem występowania odleżyn, co dla wielu pacjentów szpitalnych, jak również mieszkańców domów opieki, stanowi duży problem, o którym często wstydzą się mówić;
53. wzywa Europejską Agencję Leków do opracowania – w oparciu o potrzebę medyczną i z uwzględnieniem ochrony pacjentów – wytycznych dotyczących stosowania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi;
54. zwraca się do Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) o przygotowanie, w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA), wykazu czynników chorobotwórczych mogących wywoływać poważne zakażenia lub zakażenia potencjalnie śmiertelne odporne na antybiotyki i mogące stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia; wzywa do regularnego aktualizowania tego wykazu dzięki europejskiej sieci nadzorowania konsumpcji środków przeciwdrobnoustrojowych (ESAC-net) oraz europejskiej sieci nadzorowania oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe (EARS-net);
55. zaleca, aby wykaz zakażeń związanych z opieką zdrowotną, które należy systematycznie monitorować w placówkach szpitalnych i innych placówkach opieki zdrowotnej Unii Europejskiej, został sporządzony we współpracy z EMA i ECDC;

⁽¹⁾ <http://www.globalmicrobialidentifier.org/>

Wtorek, 22 października 2013 r.

Współpraca europejska i międzynarodowa

56. wzywa państwa członkowskie i Komisję do wzmocnienia współpracy, między innymi z WHO i OECD, w celu normalizacji definicji i terminologii oraz wskaźników w dziedzinie bezpieczeństwa pacjentów, zwłaszcza w celu umożliwienia izolowania narażonych pacjentów w przypadku zagrożenia o charakterze pandemicznym lub transgranicznym;

57. podkreśla znaczenie ustanowienia skutecznej europejskiej sieci systemów nadzoru krajowego, która działałaby, na podstawie znormalizowanych kryteriów przyjętych przez Komisję i państwa członkowskie, w celu identyfikacji i kontroli miejsc występowania zakażenia związanego z opieką zdrowotną oraz sposobów ich rozprzestrzeniania się; nalega na państwa członkowskie, by kontynuowały wysiłki zmierzające do gromadzenia porównywalnych i aktualnych danych w dziedzinie ogólnego bezpieczeństwa pacjentów i zakażeń związanych z opieką zdrowotną; wzywa państwa członkowskie do corocznego publikowania tych danych;

58. wzywa państwa członkowskie do udostępniania zbioru dobrych praktyk w dziedzinie ogólnego bezpieczeństwa pacjentów, a w szczególności – profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną oraz w dziedzinie rozprzestrzeniania się bakterii opornych na wiele leków, jeśli taki zbiór istnieje (na przykład w dziedzinie zapobiegania rozprzestrzenianiu się bakterii legionella w obiegach cyrkulacyjnych ciepłej wody w szpitalach);

59. uznaje znaczenie programu „Oporność na środki przeciwdrobnoustrojowe i zakażenia związane z opieką zdrowotną” (ARHAL) Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, szczególnie w jego działaniach mających na celu wsparcie i normalizację nadzoru nad zakażeniami związanymi z opieką zdrowotną, zapewnienie doradztwa naukowego oraz organizację szkoleń i zapewnienie możliwości komunikacji;

60. wzywa państwa członkowskie do współpracy w zakresie tworzenia platform, które umożliwią wymianę informacji dotyczących zdarzeń niepożądanych związanych z opieką zdrowotną, wspierając wszystkie systemy zbioru danych w tej dziedzinie, przy zapewnieniu zgodności takich działań z odpowiednimi przepisami Unii Europejskiej dotyczącymi ochrony danych; Pacjenci powinni być traktowani zgodnie z normami etycznymi i zasadami ochrony danych osobowych;

61. zwraca się do Komisji Europejskiej i państw członkowskich o podjęcie współpracy na rzecz wdrożenia środków zachęcających w celu opracowania nowych leków antybakteryjnych. uważa, że takie zachęty należy wprowadzić jako element odpowiednich ram legislacyjnych UE, tak by przyczyniały się one do współpracy między sektorem publicznym i prywatnym, w celu ożywienia badań i rozwoju związanych ze środkami przeciwdrobnoustrojowymi;

62. uważa, że w ramach ósmego programu ramowego w zakresie badań, który rozpoczyna się w 2014 r., Unia Europejska powinna współfinansować projekty badawcze w dziedzinie ogólnego bezpieczeństwa pacjentów, zakażeń związanych z opieką zdrowotną i oporności na środki przeciwdrobnoustrojowe;

Monitorowanie i sprawozdawczość

63. wzywa państwa członkowskie i Komisję do przesunięcia o co najmniej dwa lata terminu monitorowania zastosowania zaleceń dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną;

64. wzywa państwa członkowskie do wzmocnienia współpracy z Europejskim Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób w kwestii profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną; wzywa w szczególności organy krajowe do regularnego ubiegania się o przeprowadzenie kontroli in situ przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób oraz do upublicznienia sprawozdań przekazanych owym organom przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób; podkreśla w związku z tym konieczność zapewnienia wystarczającego finansowania Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób w ramach przyszłych perspektyw finansowych, aby mogło ono prawidłowo wypełniać misję koordynacji i nadzoru;

o

o o

65. zobowiązuje swojego przewodniczącego do przekazania niniejszej rezolucji Radzie, Komisji, Komitetowi Regionów i rządów państw członkowskich.