

СПРАВКА

за отразяване на становищата, получени в рамките на обществените консултации,
по проекта на Наредба за утвърждаване на медицински стандарт „Детска хирургия“
за периода 11.11-10.12.2020 г.

Вносител	Становища/предложения	Становище по предложението	Мотиви
1. Български лекарски съюз (вх. № 62-08-43/ 07.12.2020 г.)	Прави впечатление, че в проектите на медицински стандарти в частта „Критерии, показатели за качество и контрол на качеството за осъществяваната медицинска дейност“, например за различните хирургични специалности, тези показатели са разработени с различна тежест по отношение на показателите, които се проследяват и контролират. В някои от проектите са посочени много повече показатели, които ще се проследяват, а в други - се ограничават до брой специалисти, брой операции и т.н. Предлагаме да се унифицират изискванията в „Критерии, показатели за качество и контрол на качеството за осъществяваната медицинска дейност“, както в проекта на медицински стандарт по „Хирургия“.	Не се приема.	Вносителят вероятно има предвид количествените показатели за осъществяване на дейността в отделението/клиниката по хирургия от съответното ниво на компетентност, тъй като качествени показатели в медицински стандарт по Хирургия не са систематизирани като изискване. Количествените показатели не биха могли да се унифицират за всички специалности, дори и от един профил, какъвто е хирургичният, тъй като всяка медицинска специалност има своите специфики по отношение на трудност и сложност на осъществяваните дейности. Липсата на конкретика в предложението на БЛС също възпрепятства да се направят промени в проекта в тази насока.
2. Доц. д-р Л. Веселинова, д.м.	Стандарти по хирургия, ревматология, лицево-челюстна хирургия, детска хирургия, гръдна хирургия, ортопедия и травматология, кардиохирургия, да бъдат приведени в съответствие с медицински стандарт по физикална и рехабилитационна медицина в касаещата я част.	Приема се.	Предложението е отразено в раздел II, т. 6.

<p>Главен координатор на ЕС по ФРМ към МЗ (вх. № 61-00-183/ 10.12.2020 г.)</p> <p>Проф. Елена Илиева, Председател на Асоциация по физикална медицина и рехабилитация, чрез БЛС (вх. № 62-08-47/ 16.12.2020 г.)</p>	<p>Независимо от депозираните досега по подобни поводи подробни становища на Асоциацията по физикална медицина и рехабилитация, както и отправения апел към главните координатори по специалности в началото на настоящия процес по актуализация на медицинските стандарти в РБългария по единен план, в някои от тях продължават да се предлагат текстове, неправилно интерпретиращи дейността по рехабилитация, а в тези по „Ортопедия и травматология“ и „Кардиохирургия“ директно рехабилитационните дейности от обхвата на медицинска специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“ се вменияват на друг медицински персонал и структура, без осигуряване на задължителния по стандарт минимум за съставяне и контрол на провеждането на рехабилитационната програма – лекар-специалист по ФРМ. Това противоречи на съществуващата нормативна база, грубо нарушава правата на лекарите-специалисти по физикална и рехабилитационна медицина и колегиалните принципи в медицината като цяло. Създават се и условия пациентите да бъдат лишени от качествена и компетентна комплексна рехабилитация по основните принципи за упражняване на специалността - ясно разписани в медицинския стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина (Наредба №30 от 2004г.).</p> <p>В тази връзка настояваме във всички медицински стандарти, третиращи под някаква форма дейности от обхвата на специалност ФРМ да бъде включван текст за препратка „съгл. медицински стандарт по Физикална и рехабилитационна медицина:</p> <p>- в т.б. на проекта за медицински стандарт по „Детска хирургия“ откъдето да е видно, че всички дейности по рехабилитационното лечение на пациентите се осъществяват по изискванията му, при задължително включване като ръководител на рехабилитационния екип на лекар специалист по ФРМ, който определя рехабилитационния потенциал, изготвя рехабилитационната програма и контролира нейното изпълнение от професионално компетентните кадри.</p> <p>Мултидисциплинарността и тясната интердисциплинарна колаборация на рехабилитационната медицина с останалите клинични специалности почиват на традиции, колегиалност и съответни регламенти в нашето и европейското законодателства за професионална етика и качество на лечебния процес, едни от които са именно медицинските стандарти. Нарушаването им освен правен има и морално-етичен аспект, криещ риск от нерегламентирани интердисциплинарни взаимовръзки, които</p>		
--	--	--	--

	<p>несъмнено ще доведат до опорочаване на лечебния процес и на устоите на лекарската професия като цяло. Отговорността да съблюдава спазването на медицинските стандарти в практиката за недопускане на подобни прецеденти, а още по-малко за утвърждаването им е на Министерството на здравеопазването.</p>		
<p>3. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (вх. № 15-00-287/14.12.2020 г.)</p>	<p>Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти</p> <p>Методиката за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри) е разработена за текущо планиране, идентифициране на недостиг или излишък на професионалисти по здравни грижи в лечебните заведения.</p> <p>При определяне на потребностите за основни критерии са приети броя на пациентите, времето за оказване на преки (директни) и непреки (индиректни) грижи и степента на тежест на състоянието на пациента.</p> <p>Методиката е лесна за прилагане и изчисляване на необходимия брой медицински сестри, като се гарантира качество, непрекъснатост и равнопоставеност на здравните грижи в рамките на денонощието.</p> <p>Използва се класификация, определена от Международния съвет на сестрите, която дефинира грижите като:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Директни (преки) грижи - включват: <i>манипулации</i> (инжекции, вливания, превръзки и сваляне на конци, проби за чувствителност на антибиотици и др.), <i>измервания и изследвания</i> (антропометрични измервания, измерване на жизнени показатели, ЕКГ, вземане на материали за изследвания, женска и детска консултация и др.), <i>комуникация с пациента и неговите близки, домашни грижи</i> (разясняване на терапия за дома например, медикаменти, които трябва да бъдат изписани от ОПЛ). - Индиректни (непреки) грижи - включват: <i>работа с медицинска документация</i> (попълване на документацията на пациент, архивиране и работа с архив), <i>работа с външни звена</i> (записване час за преглед, предоставяне на резултати от рентген, лаборатория и други, посещение в други звена, РЗИ), <i>квалификация</i> (време на медицинската сестра за самоподготовка, участие на медицинската сестра в продължаващо обучение), <i>други дейности</i> (дезинфекция и стерилизация, почивка и други прекъсвания) <p>Към директните грижи се отнасят всички сестрински грижи, които се извършват в пряк контакт на медицинската сестра с пациент – превръзка, хранене, тоалет и други.</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>Въпреки че предложението е във връзка с необходимостта от разширено включване на дейностите на специалистите по здравни грижи в медицинските стандарти, то не би могло да бъде прието в настоящия вид, тъй като вносителят включва цялостното ѝ описание в посочените медицински стандарти. Сочи се също, че методиката е препоръчана от Международния съвет на медицинските сестри (ICN).</p> <p>Намираме за обосновано БАПЗГ да разработи и приеме на национално ниво протоколи и алгоритми за дейности по здравни грижи, касаещи всеки медицински стандарт. Също така БАПЗГ следва да приеме национална методика за определяне потребностите от специалисти по здравни грижи и да я оповестят чрез страницата си в интернет като планирането трябва да позволява гъвкавост на персонала в рамките на работната смяна и да е според потребността от здравни грижи на пациентите към определен момент. Това ще даде възможност на лечебните заведения да я</p>

	<p>Непреките грижи също са насочени към пациента, няма директен контакт медицинска сестра – пациент (работа с документацията на пациента, доставка на резултати от лаборатория, поддържане на квалификацията на медицинската сестра и други).</p> <p>Времето, необходимо за оказване на директни (преки) и индиректни (непреки) грижи е определено с хронометраж на дейностите за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден</p> <p>Директните (преки) грижи, извършвани от медицинската сестра, са дейности и грижи, извършвани при пациенти със степен на тежест на състоянието, както следва:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I степен - пациентът е независим, с незасегнати жизнени функции, ориентира се във времето и пространството. В състояние е без помощ да се облича и съблича, да поддържа личната си хигиена, да се храни, да приема достатъчно количество течности, да посещава тоалетна самостоятелно, да уринира и дефекира без отклонения, да се движи сам, да поддържа правилна стойка, да провежда спокоен сън и почивка, да няма опасност от физически и/или психологически риск, да поддържа комфорта си сам, да общува, да поддържа и повишава знания и умения за поддържане на здравословното си състояние. - II степен - пациентът е ограничен, поради предписание да не става от леглото или поради леко увреждане. Жизнените му функции не са засегнати, но са застрашени. Обикновено се ориентира за времето и пространството. В състояние е сам или с помощ да се облича или съблича, да поддържа лична хигиена, да се храни и да приема течности. Предвижда се с придружител, с подкрепа ползва тоалетна, съществува вероятност за физически и/или психологически риск, общува, поддържа и повишава знания и умения за запазване и възстановяване на здравословното си състояние. - III степен - пациентът е зависим, с намалена и ограничена автономност, поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушение в ориентацията, нуждае се непрекъсната помощ и подкрепа при обличане и събличане, при извършване на тоалет, при хранене и приемане на течности. Изследвания, манипулации и грижи се извършват само в лежачо положение. Съществува опасност за физически и/или психологически риск, трудно общува, има затруднения при поддържане и повишаване на знания и умения за подобряване на здравословното си състояние. 		<p>прилагат в зависимост от техния профил и обем на дейност.</p>
--	--	--	--

	<p>- IV степен - пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснати грижи за поддържане и възстановяване на състоянието.</p> <p>На базата на хронометраж на дейностите, за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден, времето за оказване на преки грижи е определено както следва:</p> <ul style="list-style-type: none"> - При I степен – 26 минути на пациент на ден - При II и III степен – 90 минути на ден - При IV степен – 126 минути на ден <p>Времето, необходимо за оказване на индиректни (непреки) грижи, съобразно хронометраж на дейностите за 1 пациент в рамките на 8 часов работен ден, е средно 75 минути.</p> <p>При пациенти с I степен на тежест на състоянието (терапевтични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:5;</p> <p>При пациенти с II и III степен на тежест на състоянието (хирургични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:4;</p> <p>При пациенти с IV степен на тежест на състоянието (интензивни грижи) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:1, 1:2;</p> <p>База за изчисляване на необходимия брой медицински сестри/акушерки е броят на пациентите в клиниката/отделението от структурата на лечебното заведение, времето за оказване на грижи и тежестта на състоянието на пациентите.</p> <p>Предложените съотношения се базират на проучвания, основани на доказателства, за безопасно предоставяне на грижи (Aiken L. H „et al., 2010), но Международният съвет на медицинските сестри (ICN) отчита, че съотношението между пациентите и броя на професионалистите по здравни грижи зависи от конкретните условия.</p> <p>При недостиг на медицински сестри се допуска до 30 % от необходимия човешки ресурс на професионалисти по здравни грижи да бъде зает от здравни асистенти/болногледачи с диплома за завършено професионално обучение, които да извършват базови здравни грижи, да подпомагат дейността на специалистите по здравни грижи в лечебни заведения.</p> <p>Мотиви:</p>		
--	---	--	--

	<p>С предложенията, касаещи броя на специалистите по здравни грижи се цели осигуряването на непрекъснати качествени здравни грижи във всички структури на системата на здравеопазването. Сигурността и безопасността за пациента са пряко свързани с броя и квалификацията на специалистите по здравни грижи. Липсата на достатъчно такива специалисти, както и увеличението на тежестта и интензивността на грижите изискват приемането на регулаторни механизми, които да се базират на оценка на потребностите от грижи. Именно затова БАПЗГ настоява за изработване на методика за определяне нуждите от персонал, като се вземат предвид спецификата на дейностите, тежестта на здравните грижи и правилното им разпределение в рамките на денонощието. Такава методика, ако се приеме с консенсус ще бъде регулаторен механизъм, базиран на оценката на потребностите от грижи. Методиката ще гарантира сигурността и безопасността за пациента, както и предвидимост в работата на професионалистите по здравни грижи и планиране на персонал.</p>		
--	---	--	--

Д-Р БОЙКО ПЕНКОВ

Заместник-министър на здравеопазването

Съгласували:

д-р Ивиан Бенишев
 директор на Д „Медицински дейности“
 Христина Гетова
 директор на Д „Правна“
 Надежда Бранковска
 нач. отдел „Нормативни актове“, Д „Правна“

Изготвили:

д-р Нели Иванова
 държ. експерт в Д „Медицински дейности“
 Невена Цветкова
 гл. юрисконсулт в Д „Правна“