

СПРАВКА

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

Вносител	Становища/предложения	Становище по предложението	Мотиви
<p>1. Български лекарски съюз (вх. № 62-08-43/ 07.12.2020 г.)</p>	<p>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“.</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>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.</p>
<p>2. Проф. д-р Николай Габровски, гл. координатор на Експертен съвет по</p>	<p>1. Точка 1.1.2: да се включи и „електрофизиологични методи на диагностика и невромониторирание.“ Така текстът на точка 1.1.2 добива следния вид: 1.1.2. Неврохирургията изисква научни познания по анатомия, физиология, патофизиология, нервни болести, образна диагностика, клинична патология,</p>	<p>Приема се.</p>	<p>Предложението е отразено в раздел 1, т. 1.1.2.</p>

<p>неврохирургия към МЗ, председател на Българското дружество по неврохирургия (вх. № 26-00-3595/10.12.2020 г.)</p>	<p>электрофизиологични методи на диагностика и невромониторирани както и на принципите за общи и интензивни грижи, критериите за предоперативна оценка. Аргумент: тези познания са необходими и са заложи в конспекта за държавен изпит за придобиване на специалност „Неврохирургия“.</p> <p>2. Точка 2.1.1: „в болнични условия“ да се замени с „лечебни заведения“. Така текстът на точка 2.1.1 добива следния вид: Лечение на заболявания от профила на медицинска специалност „Неврохирургия“ се осъществява в лечебни заведения от лекари, специалисти по здравни грижи, други медицински и немедицински специалисти и помощен персонал, преминали или преминаващи съответна специализирана подготовка. Аргумент: осъществяването на някои амбулаторни процедури, както и на специализираната извънболнична помощ не е в „болнични условия“.</p> <p>3. Точка 2.2.1: „лекар с призната специалност по хирургия“, да се замени с „лекар с призната специалност по неврохирургия“. Така текстът на точка 2.2.1 добива следния вид: 2.2.1. Лекарят без специалност и специализантът по неврохирургия работят в рамките на своята квалификация и компетентност под наблюдението, контрола и ръководството на лекар с призната специалност по неврохирургия. Аргумент: вероятно става въпрос за техническа грешка. Не може наблюдението, контрола и ръководството на неврохирургични дейности, да се осъществяват от специалист със специалност „Хирургия“.</p> <p>4. По точка 3.3.3.5.4.3: "операторът и анестезиологът", да се замени с „неврохирург и/или анестезиолог“ Така текстът на точка 3.3.3.5.4.3 добива следния вид: В „История на заболяването“ неврохирург и/или анестезиолог отразяват и назначенията за следоперативни изследвания, необходимите лекарствени продукти – начинът им на приложение и дозировка. Аргумент: не е необходимо и двамата да правят писмен запис при всички пациенти.</p> <p>5. По точка 4.1.1.1: „Използваемост на леглата – не по-малко от 80% годишно“ да се замени с „Използваемостта на леглата да не по-малко от 70% годишно“.</p>	<p>Приема се.</p> <p>Приема се.</p> <p>Приема се.</p> <p>Приема се.</p>	<p>Предложението е отразено в раздел 2, т. 2.1.1.</p> <p>Предложението е отразено в раздел 2, т. 2.2.1.</p> <p>Предложението е отразено в раздел 3, т. 3.3.3.5.4.3.</p> <p>Предложението е отразено в раздел 4, т. 4.1.1.1.</p>
---	--	---	---

	<p>Аргумент: необходимост част от леглата в определени структури да бъдат пазени за случаи на бедствия и аварии.</p> <p>6. По точка 4.1.2.1: „Използваемостта на леглата да не по-малко от 85% годишно“ да се замени с „Използваемостта на леглата да не по-малко от 75% годишно“.</p> <p>Аргумент: необходимост част от леглата в определени структури да бъдат пазени за случаи на бедствия и аварии.</p> <p>7. По точка 5: Предложенията са свързани с добавянето на някои хирургични интервенции към списък на операциите в областта на неврохирургията, класифицирани по обем и сложност.</p> <p>Аргумент: в списъците са пропуснати някои важни, често прилагани интервенции.</p> <p>Точка 5.1.13 шийна корпоректомия, костна и метална корпородеза; Да се замени с: 5.1.13 шийна корпоректомия и корпородеза. Да се добавят: 5.1.16 Хирургия на епилепсията (хемисферотомии, зонектомии след инвазивно ЕЕГ); 5.1.17 Невроендоскопия; 5.1.18 Стереотаксични процедури; 5.2.21 Лечение на краниосиностози. 5.3.8 перкутанната вертебропластика и кифопластика. 5.4.23 епидурално инжектиране на медикаменти, процедури за термоаблация, криотерапия, лазерна аблация. Точка 1.2.1.10 хирургия на периферните нерви.</p>	<p>Приема се.</p> <p>Приема се.</p> <p>Приема се.</p>	<p>Предложението е отразено в раздел 4, т. 4.1.2.1.</p> <p>Предложението е отразено в раздел 5, т. 5.1.13.</p> <p>Предложението е отразено в раздел 5, като се създават т. 5.1.16, 5.1.17, 5.1.18, 5.2.21, 5.3.8 и 5.4.23, съответно – в раздел 1, като се създава т. 1.2.1.10.</p>
<p>3. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (вх. № 15-00-286/ 11.12.2020 г.)</p>	<p>§ 1. В т. 2.5.1.1. в края на изречението да се добави текст: „извършва самостоятелни дейности, съгласно Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. на МЗ.“</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>Дейностите се изпълняват в съответствие с изискванията на Наредба № 1 от 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, без да е</p>

	<p>§ 2. Да се добави нова т. 2.5.2.1.3. „Медицинската сестра има допълнителна професионална квалификация, придобита със задължително продължаващо медицинско обучение и компетентност за осъществяване на здравни грижи в областта на неврохирургията.”</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>необходимо изрично препращане към наредбата.</p> <p>Въпросът за продължаващо медицинско обучение и сертификация на медицинските сестри е предмет на друг нормативен акт - Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите. Не е целесъобразно в медицински стандарт по определена специалност/дейност да се урежда същият въпрос, който има по-общ характер и е свързан с изискване към тази професионална група, независимо в какъв вид лечебно заведение и в каква структура по отношение на медицинската специалност/дейност работят.</p>
	<p>§ 3. В т. 3.3.3.1.1. след думата „условия“ да се добави текст: „специфични здравни грижи за пациенти с неврохирургични заболявания“</p>	<p>Приема се.</p>	<p>Предложението е отразено в раздел 3, т. 3.3.3.1.1.</p>
	<p>§ 4. Да се допълни нова т. 3.3.3.4.1.4. с текст: „Старша медицинска сестра може да бъде медицинска сестра с образователно-квалификационна степен бакалавър или магистър по специалност „Управление на здравните грижи“ и трето ниво на професионална квалификация - пет години след първи сертификат, съгласно Закона за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.”</p>	<p>Не се приема.</p>	<p>Изискванията за заемане на длъжността „старша медицинска сестра“ са регламентирани в Закона за лечебните заведения.</p>

	<p>§ 5. Т. 3.3.3.4.1.4. да стане 3.3.3.4.1.5.</p> <p>§ 6. Да се допълни нова т. 3.3.4.4.5. с текст: „Броят и квалификацията на медицинските сестри се определя в съответствие с т. 3.3.3.4.1.4.“</p> <p>Мотиви: 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> <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. 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. 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 	<p>Не се приема.</p> <p>Приема се.</p> <p>Не се приема.</p>	<p>Номерацията не се променя, тъй като не е прието предходното предложение.</p> <p>Предложението е отразено в раздел 3, като се създава нова т. 3.3.4.4.5.</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>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).</p> <p>- 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> <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>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> <p>- 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.</p> <p>- 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. Предвижва се с придружител, с</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 прилагат в зависимост от техния профил и обем на дейност.</p>
--	---	--

	<p>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.</p> <p>- III степен - пациентът е зависим, с намалена и ограничена автономност, поради предписание да не става от леглото или тежко увреждане. Може да има нарушения 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> <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</p>		
--	--	--	--

	<p>съотношението между пациентите и броя на специалистите по здравни грижи зависи от конкретните условия. При недостиг на медицински сестри се допуска до 30 % от необходимия човешки ресурс на специалисти 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>		
--	---	--	--

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“