

СПРАВКА

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

Вносител	Становища/предложения	Становище по предложението	Мотиви
1. Проф. д-р Татяна Червениякова, дмн Главен координатор на Експертния съвет по медицинската специалност „Инфекциозни болести“ (вх. № 33-21-104/ 11.12.2020 г.)	В т.3.3 – Изисквания за осъществяване на дейността в структури на лечебни заведения за болнична помощ	Приема се.	Предложението е отразено в раздел 3, т. Б, подт. 3.3.1.1.4.
	т. Б. Второ ниво на компетентност към т.3.3.1.1.4 – В клиниките/отделенията по инфекциозни болести могат да се разкриват легла за интензивно наблюдение и грижи за пациенти с инфекциозни заболявания, с възможност за изолация при неясни болни до изясняване. Леглата да бъдат осигурени с кислородна инсталация или с възможност за осигуряване на кислородотерапия с бутилка. т. В. Трето ниво на компетентност към т.3.3.6.1.3. – В клиниката/отделението задължително трябва да има минимум 4 помещения, позволяващи изолиране на пациенти със заболявания с висок контагиозен индекс и на такива с особено опасни инфекции. Леглата да бъдат осигурени с кислородна инсталация или с възможност за осигуряване на кислородотерапия с бутилка.	Приема се.	Предложението е отразено в раздел 3, т. В, подт. 3.3.6.1.3.
2. Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи (вх. № 15-00-286/ 11.12.2020 г.)	§1. В т. 2.5. между първото и второто изречение, да се добави текст: „Здравни грижи, включващи самостоятелни дейности и дейности по назначение на лекар: изготвяне на индивидуален план за грижи; наблюдение и регистриране на соматични показатели, общо състояние и външен вид; провеждане на лекарствена терапия, здравно обучение и възпитание на пациентите за правилен хранителен и двигателен режим;	Не се приема.	В предложеното допълнение към текста на раздел 2, т. 2.5 няма специфични дейности само за медицинската специалност „Инфекциозни болести“, които би следвало да бъдат изрично упоменати. Посочените дейности са общи за всички специалности и по тази

	специални дейности и грижи за пациенти с инфекциозни заболявания.“ § 2. Да се добави нова т. 3.1.2.3. С текст: „Протоколи за специфични здравни грижи при инфекциозни заболявания“. § 3. Сегашна т. 3.1.2.3. да стане 3.1.2.4. и да се преномерира както следва. 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	Приема се. Приема се.	причина не е целесъобразно да бъдат изброявани по две основни причини: - те са много повече в цитирания нормативен акт – наредбата по чл. 7 от Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите и не биха могли да се изброят изчерпателно; - включването в медицинския стандарт само на част от дейностите, присъщи на професионалната компетентност на медицинските сестри, води до непълнота и ограничение на техните функции спрямо пълния обхват на допустимите от законодателството дейности. Предложението е отразено в раздел 3, като е създадена нова т. 3.1.2.3. Предложението е отразено в раздел 3, като е направено съответното преномериране.
--	--	-------------------------------------	---

	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. Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти 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. 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: - Директни (преки) грижи - включват: манипулации (инжекции, вливания, превръзки и сваляне на конци, проби за чувствителност на антибиотици и др.), измервания и изследвания (антропометрични измервания, измерване на жизнени показатели, ЕКГ, вземане на материали за изследвания, женска и детска консултация и др.), комуникация с пациента и неговите близки, домашни грижи (разясняване на терапия за дома например, медикаменти, които трябва да бъдат изписани от ОПЛ). - Индиректни (непреки) грижи - включват: работа с медицинска документация (попълване на документацията на пациент, архивиране и работа с архив), работа с външни звена (записване час за преглед, предоставяне на резултати от рентген, лаборатория и други, посещение в други звена, РЗИ), квалификация (време на медицинската сестра за самоподготовка, участие на медицинската сестра в продължаващо обучение), други дейности (дезинфекция и стерилизация, почивка и други прекъсвания).	Не се приема.	Относно предложената „Методика за изчисляване на необходим персонал (медицински сестри), приложима при разработване на стандарти“, важно е да отбележим, че тя не би могла да бъде приета в настоящия вид, тъй като вносителят включва цялостното ѝ описание в посочените медицински стандарти (само в някои от тях), а това не е целесъобразно от гледна точка на предмета на медицинските стандарти. Сочи се също, че методиката е препоръчана от Международния съвет на медицинските сестри (ICN). 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
--	---	----------------------	---

	Към директните грижи се отнасят всички сестрински грижи, които се извършват в пряк контакт на медицинската сестра с пациент – превръзка, хранене, тоалет и други. 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). 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 Директните (преки) грижи, извършвани от медицинската сестра, са дейности и грижи, извършвани при пациенти със степен на тежест на състоянието, както следва: - 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		лечебните заведения да я прилагат в зависимост от техния профил и обем на дейност.
--	---	--	---

	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. - IV степен - пациентът е напълно зависим, нетранспортабилен, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснати грижи за поддържане и възстановяване на състоянието. 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: - 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 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. При пациенти с I степен на тежест на състоянието (терапевтични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:5; При пациенти с II и III степен на тежест на състоянието (хирургични отделения) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:4; При пациенти с IV степен на тежест на състоянието (интензивни грижи) съотношението на медицинска сестра/акушерка към пациент е минимум 1:1, 1:2; 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. 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.		
--	---	--	--

	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.		
--	--	--	--

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 Златка Атанасова
 държ. експерт в Д „Медицински дейности“
 Невена Цветкова
 гл. юрисконсулт в Д „Правна“