

ДОКЛАД

Регулацията и организацията на акушерската дейност в БГ – анализ на барьерите пред спазването на правата на жените Алианс на българските акушерки

проект „Стратегия за дългосрочна застъпническа кампания за спазване на
човешките и гражданските права в майчиното здравеопазване“
по Програма за подкрепа на НПО по ФМ на ЕИП 2009-2014

Изготвил: Даниела Георгиева Колева, акушерка, член на УС на Алианс на
българските акушерки

От 2000-та година с реформата в здравеопазването за медицинските специалисти се обособи едно общо понятие „СЕСТРИНСТВО“, съгласно европейските изисквания и ЗСОМСААМС /Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти/. Сестринството обединява всички медицински професии и е наука и изкуство с уникална структура на познанието.

Към момента ситуацията в страната е:

- Акушерките в България – 3156;
- Средната им възраст – 54 години;
- Новозавършилите, които знаят чужд език, емигрират;
- Раждания за 2014 г. – 64143;
- Статистика на повечето медицински манипулации и интервенции не се води публично (епизиотомия, раждане с аналгезия-анестезия, кристелер екстракция, естествено раждане след оперативно, тъй като това се счита за незначително);
 - Оперативните раждания в държавните и общинските болници е между 35-45%, а в частните болници – 65-95%;
 - Раждането в държавните болници е бесплатно, но ако искате „екстри“ като присъствие на бащата например, раждането се осъществява в т.нар. VIP стая, където се избира лекар, а за този избор, цената варира около 700-800 евро (избор на екип в СБАГАЛ Шейново 700 лв.).
 - Ако майката иска да кърми изключително, тя също трябва да плати за VIP следродилна стая, където бебето да е с нея (70 лв. на ден в Шейново);

- **Цената на раждане в частна болница е между 300-2000 EUR.**
- **Само четири болници в страната имат условия за водно раждане в родилните отделения, което също е специална услуга, за която се заплаща допълнително;**
- **Раждането в извънболнични условия не е регламентирано;**

За целите на този анализ, „акушерка“ означава медик, който осигурява грижи и може да направи преценка на данните от какво се нуждаят жените и бебетата в услугите за новородени и родилки; може да определи обхвата на практики, включени в приложното поле на акушерската грижа; може да идентифицира компонентите на качествена грижа, които трябва да бъдат засилени в образци на национално равнище.

Към момента Акушерката в Република България е лице с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ по здравни грижи и с професионална квалификация „Акушерка“. Висшето си образование Акушерката придобива след успешно завършване на акредитирано висше училище на територията на Република България или ЕС /обучението в България съответства на Наредба за ЕДИ/ПМС 248/ 22.11.2005г., Постановление № 257/ 01.11.2010 г., Наредба № 1 / 08.02.2011 г. и Директива 2005/36/ЕО на Европейския съюз, а за другите страни членки на ЕС то е съобразено с местното законодателство и с Директива 2005/36/ЕО/. Учебните планове и отделните програми са така изготвени, че професионалните компетентности на студентите по специалността "Акушерка" се формират постепенно, в хода на обучението им.

Директива 80/155/ЕО на ЕС, която определя достъпа до акушерска помощ и задължава държавата да позволи функционирането на акушерската професия без надзор и индикация от лекар до момента не е въведена и регулирана в България. Професията на акушерството е силно повлияна от принципите в сестринството. Това е и пречка на жените да правят и да имат право на избор на акушерка. Въпреки че европейското законодателство урежда независимия избор на акушерка, в България, той не е приложен нито в женските консултации, нито при водене на раждането, нито при набрюдение на родилката и бебето след раждане. Дейността на акушерката не е призната като легитимен метод за наблюдение, а жените имат право на избор единствено на лекар. Реално професията „акушерка“ е дискриминирана.

Придобитият обем на теоретична и практическа подготовка на акушерката към сега действащото законодателство ѝ дава право да работи в акушеро-гинекологичните заведения и звена на лечебно-профилактичната мрежа – родилно отделение с родилна зала, отделение по неонатология, рискова бременност, гинекология, всички кабинети в акушеро-гинекологичните отделения в доболничната помощ, кабинет по стерилитет, социално-правни, колпоскопски и детско-юношески кабинети, кабинет за профилактични прегледи,

кабинет за медико-генетични консултации, кабинет за семейно планиране, профилактични отделения за масов скрининг, онкологични болници, отделения и кабинети, специализирани санитарно-курортни заведения, АГ отделения и кабинети в други специализирани лечебни заведения, научно изследователски медицински институти, отделения по анестезиология, реанимация и интензивно лечение.

Член 42, ал. 1, т. 1а) както и параграф 32, т. 2 и параграф 5 от ЗВО /Закона за висшето образование/ дават правата им на „Бакалавър” и дипломи за висше образование.

ДИПЛОМАТА дава правото за упражняване на професията с възнаграждение.

УИН /Уникален идентификационен номер/ – наличието му е гаранция, че Акушерката има право да упражнява професията си и да се развива професионално.

ПРОФЕСИОНАЛНАТА КВАЛИФИКАЦИЯ е различна от образованието.

СЕРТИФИКАЦИЯТА удостоверява професионалната квалификация, а не образованието.

Ако липсва сертифициране, има ниска професионална група. Сертифициране се прави на всеки 5 години. В ЗСО /Закона за съсловната организация/ е предвидено тристепенно сертифициране в зависимост от събраните точки. При преминаване към всяка степен е планирана промяна на възнаграждението. Към този момент на практика това не е въведено.

ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО е регламентирано в двата специфични закона :

Закон за здравето и Закон за лечебните заведения.

ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ, КАТО СЪСЛОВИЕ ОТ ЛЕКАРИ, АКУШЕРКИ, ФЕЛДШЕРИ И МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ, обслужващи пациентите в здравните кабинети и болниците – регламентите са в Закона за здравето.

Здравното обслужване на бременните жени, майките до 42-я ден след раждането и децата до 18 г. е регламентирано с нормативни актове на Министъра на здравеопазването по чл. 45 от ЗЗО – Наредба № 39 от 2004 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията и Наредба № 40 от 2004 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. В следствие чрез програмите „Майчино здравеопазване” и „Детско здравеопазване“ на НЗОК се заплаща на изпълнителите – ОПЛ и специалисти по АГ и по педиатрия, които осъществяват пряката дейност. Тя включва прегледи и изследвания за проследяване на бременността, за домашни посещения след

раждането, за профилактични прегледи и диспансеризация на здрави деца и за деца с хронични заболявания.

ДЕЙНОСТТА НА АКУШЕРКИТЕ СЕ ОПРЕДЕЛЯ с Наредба № 1 от 08.02.2011 г. Звената към ДКЦ и МЦ дават възможност на акушерките, медицинските сестри и лекарските асистенти /фелдшери/ да оказват здравни грижи, но звената не са самостоятелни практики, те дават първоначалната законова възможност за оказване на самостоятелни грижи. Въпросните звена за оказване на грижи могат да се ръководят от акушерки, медицински сестри или лекарски асистенти, за които е необходимо да имат диплома за базова специалност и две години трудов стаж. Поради което смятаме, че член 17а от ЗЛЗ е неефективен и парализира дейността на акушерката. Резултатът от това е много нисък обхват на бременните жени с наблюдение до 3-тия лунарен месец показват, липсват предконцепционни консултации. Броят на функциониращите АГ и педиатрични индивидуални, групови и мобилни практики е незначителен.

Поради липсата на ясни регулиращи механизми можем да кажем, че така съществуващите акушерски практики, които трябва да насърчават и защитават бременността и раждането като здравословно и нормално физиологично събитие са невъзможни, тъй като са подчинени да изпълняват предписанията и да споделят мнението на дежурния акушер-гинеколог. Всеобщо мнение е, че лекарите гледат медицински на бременността и раждането, а не като на дълбоко емоционално събитие в живота на една жена. В България страхът от раждането е нормална емоция при бременните жени и при много от тях, тези страхове не се регистрират. Страхът от раждането заслужава повече внимание, не само от акушерките, но и от други специалисти. Профилактиката на страха и безпокойството по време на бременност може да доведе до намаляване дела на цезаровите сечения и на други медицински интервенции при раждането. Но тази профилактика не е заложен в регулативните стандарти на стандарта по акушерство и гинекология, нито във правилниците за вътрешния ред на специализираните болници и заведения.

Стандартът по АГ конкретизира изискванията на общите стандарти за качество, приети в страната, в зависимост от специфичните условия на общата медицинска практика и като такъв е единствено задължителен за изпълнение в първичната помощ. В този стандарт е формиран така наречения медицински модел на грижа, където раждането е контролирано и преминава под контрол на лекар в болница с включени инвазивни техники и медикаменти. За преодоляване на болката и дискомфорта на жената се използват ефектите на аналгезия и анестезия, а за индуциране на раждането се използва хормона окситоцин. Медицинският модел на грижа включва и рутинни практики: обезкосмяване и дезинфекция на половите органи, клизма и епизиотомия. Алгоритмите за раждане се

разглеждат като състояние на усложнение на изхода от същото. Моделът на естествено раждане е ръководен от акушер-гинеколог, независимо че раждането е водено от акушерка. Жените не могат да избират вида на вниманието по време на раждането. В така разглеждания модел майката е в пасивна роля, а акушерката не може да използва принципите на акушерски модел на грижа, тъй като се получава трудово-правен конфликт между изпълнителя на медицинската помощ и нея.

Наличието на регулативните стандарти на НЗОК и непълнотата при осъществяване на пакетите за профилактични и диспансерни прегледи при бременни и новородени деца са факт. Съществуващата нормативна база не стимулира активност на извънболничните акушер-гинеколози/АГ/ по отношение на обхвата, наблюдението и изследването на бременните жени, въпреки включената в стандарта домашна консултация изпълнението на тази патронажна практика е незначително до липсващо. Децата имат право на избор на лекар (общопрактикуващ или педиатър), който да ги наблюдава. Независимо от това в много случаи този избор не може да се направи поради отсъствие, натовареност или нежелание на лекаря да осъществи първичния преглед до 24-ия час. В страните от ЕС се спазва компетентността на акушерките, които могат да я прилагат съответно със закона, независимо дали става въпрос за физиологично раждане в болница или раждане в домашна обстановка.

Освен в Закона за здравето правата и задълженията на медицинските специалисти са регламентирани и в ЗСОМСААМС. Медицинските сестри и акушерките са двете основни групи медицински специалисти, а останалите професии са асоциирани здравни професии, съгл. ДР параграф 2 от Етичния кодекс, ако този закон, съгл. чл. 19 ал. 3 т. 1 – Комисия по професионална етика следи за спазване на морално-етичните, професионално-медицинските и деонтологичните въпроси като права и задължения свързани с упражняването на професията по чл. 39 в съответствие с КТ и Кодекса за професионална етика – **ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗА ВСИЧКИ ПРОФЕСИИ** и носят отговорност по чл. 40 т. 1. Професионалните дейности се определят с Наредба от МЗ.

ПРОФЕСИОНАЛИСТЪТ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ СЪГЛАСНО Чл. 4, 6, 7, 12, 20, 21 / ЕК / Етичен кодекс/, както и всички останали медицински специалисти са длъжни да познават и спазват своите професионални права и задължения, произтичащи от закона, здравното законодателство, Устава на БАПЗГ и Етичния кодекс. Професионалистите трябва да спазват научните принципи, принципите на етиката и деонтологията, условията относно практиката на професионализма, БЕЗ ДА КОМПРОМЕТИРАТ СОБСТВЕНАТА СИ НАУЧНА И ПРОФЕСИОНАЛНА НЕЗАВИСИМОСТ. Да предоставят услугите си в рамките на

компетенциите си, задълженията си и съгласно научните принципи и РЕГЛАМЕНТИТЕ ЗА ПРАКТИКУВАНЕ НА ПРОФЕСИЯТА СИ.

Когато установят ЗЛОУПОТРЕБА С ТРУДА ИМ да информират своевременно. ДА ПОДДЪРЖАТ ПРОФЕСИОНАЛНАТА СИ ИДЕНТИЧНОСТ КАТО РАВНОПОСТАВЕН ЧЛЕН НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ЕКИП.

В Директива на ЕС са дефинирани дейностите на акушерките, образованието по специалността „Акушерка“ е изцяло подчинено на тази директива, а в Наредба на МЗ са регулирани и самостоятелните дейности на акушерките конкретно за нашата страна. Те все още не са разпознати от действащите институции, като самостоятелни специалисти в сферата на майчиното и детското здраве. Все още се разчита тези грижи да се полагат от лекари, обучени във високоспециализирани медицински дейности, независимо от това, че тези грижи не правят крайните резултати много по-добри. В същото време, признатите в целия ЕС специалисти по нормално протичаща бременност, раждане и послеродов период, акушерките, са изтласкани в подчинено положение и в невъзможност да изпълняват ролята си. Така вместо Националната програма да се обърне към вече съществуващите професионалисти, обучени в синхрон с изискванията на ЕС за професията им, смята се, че тепърва трябва да се търсят решения, да се обучават специалисти и да се изразходват средства, които вече веднъж са вложени в обучението на акушерките.

СЪГЛАСНО КВАЛИФИКАЦИОННАТА ХАРАКТЕРИСТИКА – медицинските специалисти са длъжни да познават социалното, трудовото и здравното законодателство, защото всяко отклонение от стандартите с действие или бездействие е нарушение.

КОДЕКСЪТ НА ТРУДА регламентира трудовите правоотношения само и единствено между работодател и служител, без да диференцира, съпоставя и сравнява дейности, длъжности, работни места и т.н. Съгласно чл. 126 т. 7 и т. 13 – служителите са длъжни да изпълняват законните нареждания на работодателя си и всички други, които произтичат от нормативни актове, КТД, КТ и характер на работа по длъжностна характеристика.

Съгласно Чл. 127 / КТ работодателят е длъжен да пази достойнството на служителя по време на изпълнение на работата по трудовото правоотношение. А съгласно Наредба 7 / ЗЗБУТ т. 9 и да предотврати „психосоциалния фактор“ – липса на подкрепа от административното ръководство и да създава подходящ „психичен микроклимат“ за работа. Съгл. Т. 9 / ДР на цитираната наредба.

Много често нарушение на правата на жените се дължат в несправяне на акушерката с **ПСИХОСОЦИАЛНИТЕ ФАКТОРИ**: недостатъчно или прекомерно трудово натоварване, монотонност, ограничени социални контакти на работното място, липса на

подкрепа от административните ръководители, недостатъчна мотивация за труд, психичен микроклимат и др.

Основните препятствия, които акушерките срещат в пряката си дейност, са свързани с не добре синхронизирани принципи при изпълнение на професионалната отговорност (в частност и че акушерската практика трябва да съответства на законодателството на страната в съответствие с Директива 2005/36/ЕС и коригиране на практиките според приетите компетентности от ICM-2011 – NMBI). Поради това е възможно да допуснат нарушение в правото, а именно правото на жената да получава информация и да избира. Липсата на желание от законодателните органи за промяна в стандартите за компетентност се съчетава с увеличаване на автономността, което дава възможност на акушерките да изпълняват задълженията си гъвкаво, но към момента това е неизпълнимо.

Основни моменти в трудовата дейност на акушерката :

Липсата на правна възможност за самостоятелна автономна работа, така че акушерката може да сключва самостоятелно договори и да работи в семейства за домашни грижи или в екип с акушер-гинеколог много често е причина да се нарушават основните принципи на философията която изповядва, а именно това е уважение към жената и запазване на достойнство и правата ѝ.

Според инструктажите по охрана на труда тя трябва да се съобразява и с :

1. ТРУДОВА ФУНКЦИЯ – дейност, която се изпълнява само и единствено на работното място.

2. ФУНКЦИОНАЛЕН ГРАФИК – фиксирането на началото и края на работния ден предполага започването и завършването на дейността по съответната трудова функция, която се изпълнява само и единствено на работното място.

3. ДЛЪЖНОСТНА ХАРАКТЕРИСТИКА – е изработена и регламентирана въз основа на изискванията на МЗ и описва основните длъжностни задължения в сферата на компетенцията на служителя, като страна в трудовите отношения. Тя е основа за подписване на трудовия договор и регламентиране взаимоотношения между работодателя и служителя по законосъобразен начин. Всяка промяна и клауза в нея трябва да са законосъобразни. Незаконосъобразните не обвързват служителя, той не им дължи подчинение и не носи отговорност. Всяка промяна в нея трябва да става по реда на утвърждаването ѝ. Веднъж утвърдена, тя само се актуализира, съгласно промените в законодателството и не се разширява / надгражда / незаконосъобразно.

Това, което не се поема от здравни фондове, а се заплаща от пациента е Промоцията

Според определението **ПРОМОЦИЯ** – това е действие за подпомагане, съдействие, поощряване, подкрепа, обучение и процес за увеличаване на контрола по здравеопазването чрез правилна информираност за постигане на максимални здравни потенциали. Към днешна дата не се води политика за безопасно майчинство, политика за преходните възрасти /пубертет и менопауза/, политика за семейно планиране, борба със стерилитета, политика против абортите, политики в областта на генетиката.

Основните механизми за осъществяване включват уважение на личностното достойнство, равенство, солидарност при отчитане на разликите в потребностите, ценностите и културата на индивида.

Доброто проследяване на бременните жени, обгрижването на родилките и акушерският домашен патронаж след раждането са останали в миналото и добре забравени грижи. Като резултат от всичко това, в Националната програма заподобряване на майчиното и детско здраве 2014-2020 г. са посочени като проблеми за разрешаване намаляването на раждаемостта, безплодието, абортите, високата детска, перинатална и неонатална смъртност, недоносеността и мъртвораждаемостта.

Препоръките на СЗО за интервенции по време на бременност, раждане и след раждане не са взети предвид в дейността на екипите, изпълняващи тази дейност. При раждането присъстват медицинските интервенции – епизиотомии, лекарствено предизвикване на раждането, раждане на стол в легнало положение, контролиран втори период, разделяне на детето от майката, невъзможност за кенгуру грижа, а физиологичните бременности винаги са с интервенции. Една жена трябва да бъде в състояние да избира кой да проследява бремеността ѝ, кой да присъства и води раждането и дали раждането да протича в акушерски модел, медицински модел или и двата модела заедно.

Стойностите на повечето от тези показатели са завишени двойно спрямо средните за ЕС. И въпреки това, никъде в Националната програма не се споменава недостига на акушерки, като високообразовани специалисти за наблюдение на бременност, грижи преди, по време на раждане и в периода след раждането.

В нормативната база са вписани правата, но те не помагат, ако останат само на книга. Затова е необходимо от всеки и от всички да се реагира към нарушенията, за да са ефективни промените. За целта е необходимо непрекъснато обучение за ефективност. С ясна позиция и компетентност трябва да се отстоява и професионалната независимост, като се познават и спазват професионалните права и задължения, произтичащи от трудовото, здравното, социалното и друго законодателство. Услугите да се предоставят в рамките на компетенциите и задълженията в съответствие с регламентите. Обучението трябва да е непрекъснато с теми и регламенти отговарящи на потребностите в областта.

Проект „Стратегия за дългосрочна застъпническа кампания за спазване на човешките и гражданските права в майчиното здравеопазване“

Този документ е създаден с финансовата подкрепа на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България по Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство 2009-2014. Цялата отговорност за съдържанието на документа се носи от сдружение „Родилница“ и фондация „Родители за родители“ и при никакви обстоятелства не може да се приема, че този документ отразява официалното становище на Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и Оператора на Програмата за подкрепа на неправителствени организации в България.

www.ngogrants.bg, www.eeagrants.bg