# Общие вопросы организации психиатрической помощи.

В основе организации психиатрической помощи в РФ лежат три основных принципа: *дифференцированность* (специализация) помощи различным контингентам больных, *ступенчатость* и *преемственность* помощи в системе различных, психиатрических учреждений.

Дифференциация помощи больным психическими болезнями отражена в создании нескольких видов психиатрической помощи. Созданы специальные отделения для больных с острыми и пограничными состояниями, с возрастными психозами, детские, подростковые и др. Органами социального обеспечения создаются дома для инвалидов (психиатрические интернаты), для хронических больных, органами просвещения - интернаты и школы для умственно отсталых детей и подростков.

Ступенчатость организации психиатрической помощи выражается в наличии максимально приближенных к населению внебольничной, полустационарной и стационарной помощи. Внебольничная ступень включает психоневрологические диспансеры, диспансерные отделения больниц, психиатрические, психотерапевтические и наркологические кабинеты при поликлиниках, МСЧ, а также лечебно-производственные, трудовые мастерские. В полустационарную ступень входят дневные стационары, в штатном отношении принадлежащие психоневрологическим диспансерам; в стационарную - психиатрические больницы и психиатрические отделения в других больницах.

Преемственность психиатрической помощи обеспечивается тесной функциональной связью психиатрических учреждений разных ступеней, что регламентируется положениями и инструкциями МЗ РФ. Это позволяет осуществлять непрерывное наблюдение за больным и его лечение при переходе из одного лечебного учреждения в другое.

В РФ установлен специальный учет психически больных, его осуществляют областные, городские и районные психоневрологические диспансеры, психоневрологические кабинеты районных поликлиник и центральные районные больницы, в которых органы здравоохранения обязывают иметь полные списки психически больных, проживающих на обслуживаемой ими территории. Система учета позволяет с достаточной степенью достоверности выявлять распространенность по стране основных форм психических болезней, в том числе легко протекающих и особенно так называемых пограничных состояний. Установлению распространенности психических болезней способствует доступность и приближенность сети психоневрологических учреждений к населению и их контакт с неврологическими и другими медицинскими учреждениями. Для осуществления исследования распространенности психических болезней МЗ РФ разработаны и утверждены клинические критерии учета. Соответствующие документы адаптированы к Международной классификации болезней, составленной ВОЗ. На основе учетных данных и результатов клинико-статистических исследований, проводимых научными и практическими учреждениями, получают достоверные сведения о показателях распространенности психических болезней, их структуре и динамике.

## Приказ № 245 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»

Основывается на конституции РФ и правах человека. Лечение проводится при согласии больного, при этом необходимым условием является заполнение двух важных документов: согласие на госпитализацию и согласие на лечение. *Принудительная госпитализация* осуществляется только если:

1. Есть угроза или непосредственная опасность деяний больного для него самого или окружающих.
2. Если психическое нарушение обуславливает его неспособность самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности.
3. Если оставление лица без психиатрической помощи может нанести вред его здоровью вследствие его психического состояния.

Подобные больные подлежат обязательному врачебному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров в течение 48 часов, которая принимает решение об обоснованности госпитализации и заполняет соответствующую документацию. В случае необходимости госпитализации в суточный срок решение комиссии должно быть направлено в территориальный суд по месту нахождения психиатрического стационара. Суд обязан рассмотреть данное заявление в течение не более 5 суток и вправе отклонить или удовлетворить решение о госпитализации, санкция на пребывание пациента в стационаре и его срок дается судьей на срок, необходимый для рассмотрения заявления. Решение суда может быть обжаловано родителями (опекунами) в 10 дневный срок. Подобные больные подлежат ежемесячному переосвидетельствованию комиссией врачей-психиатров, решающей вопрос о продлении госпитализации или выписке больного.

Основными звеньями психиатрической помощи являются *психоневрологический диспансер* и *психиатрическая больница*, как правило, прикрепленная к диспансеру по территориальному признаку. Они оказывают психиатрической помощи населению, проживающему в определенном районе. При этом больница обслуживает больных нескольких диспансеров. Деятельность диспансеров построена по участково-территориальному принципу (участковый психиатр и его помощники оказывают психиатрическую помощь жителям определенной территории - участка).

### Основные задачи психоневрологического диспансера:

выявление психически больных среди населения и активное наблюдение за ними (приглашение больного на прием и посещение его на дому), проведение всех видов амбулаторного лечения, трудоустройство больных, оказание помощи в социально-бытовых и юридических вопросах, направление на стационарное лечение, оказание консультативной психиатрической помощи лечебно- профилактическим учреждениям, санитарно-просветительная и психогигиеническая работа, проведение трудовой, военной и судебно-психиатрической экспертиз.

*Структура психоневрологического диспансера:*

а) лечебно-профилактическое отделение;

б) экспертное отделение;

в) отделение социально-трудовой помощи;

г) лечебно-трудовые мастерские;

д) дневной стационар;

е) учетно-статистический кабинет;

ж) детское и подростковое отделения;

з) логопедический кабинет.

**Детский психиатр** осуществляет динамическое наблюдение за детьми и подростками от 5 до 15 лет. Он посещает детские сады и школы, выявляя нервных детей, детей с нарушенным поведением и умственно отсталых. Детский психиатр назначает им лечение, решает вопрос о типе школы, направляет при необходимости в больницу. Он ведет профилактическую и санитарно-просветительную работу среди родителей, педагогов и школьников. В специализированных (вспомогательных) школах для умственно отсталых детей обучаются дети со сниженным интеллектом. Обучение ведется педагогами-дефектологами по облегченной программе и по специальным учебникам. Учеба сочетается с производственным обучением (специальности столяра, швеи, картонажника, переплетчика и др.).

В эти учебные заведения больных направляет специальная комиссия: составе представителей отдела народного образования, педагогов-дефектологов и детского врача-психиатра.

**Лечебно-трудовые мастерские** - это одно из важных звеньев в структуре психиатрических учреждений. Они имеют не только непосредственно лечебное значение (трудотерапия), но и являются этапом широкой реабилитационных мероприятий, которым в последние годы уделяется все большее внимание. Усложняющаяся система трудовых заданий позволяет значительно повысить уровень реадаптации больного.

**Дневной стационар** - новая форма амбулаторного лечения психически больных. В дневном стационаре находятся больные с не резко выраженными психическими нарушениями и пограничными состояниями. В течение дня больные получают лечение, питание, отдыхают, а вечером возвращаются в семью. Лечение больных без отрыва от обычной социальной среды способствует предупреждению социальной дезадаптации и явлений госпитализма.

### В диспансере проводятся различные формы амбулаторной психиатрической экспертизы:

а) *Трудовая экспертиза (КЭК и МСЭК)*. Если больной по состоянию здоровья нуждается в некотором облегчении условий труда (освобождение от работы в ночную смену, дополнительных нагрузок, командировок и др.) или в переводе на другую работу с использованием прежней квалификации и сохранением зарплаты, такие заключения даются КЭК диспансера. При наличии стойкой утраты трудоспособности, когда психические нарушения, несмотря на активное лечение, приобретают длительный затяжной характер и препятствуют выполнению профессионального труда, больной направляется на МСЭК, которая определяет степень утраты трудоспособности и причину инвалидности (в зависимости от тяжести психического состояния, типа дефекта психики и уровня сохранившихся компенсаторных возможностей).

б) *Военно-психиатрическая экспертиза* определяет годность к военной службе гражданских лиц, призываемых на действительную военную службу, и военнослужащих, если в процессе медицинского наблюдения за ними обнаружены такие нарушения в состоянии их психического здоровья, которые могут явиться препятствием для пребывания в Вооруженных Силах. Вопрос о годности к воинской службе решается в соответствии со специальным расписанием болезней и физических недостатков, утвержденным приказом МО СССР.

в) *Судебно-психиатрическая экспертиза* решает вопрос о вменяемости или невменяемости психически больных при совершении ими уголовно- наказуемых деяний, а также определяет дееспособность. Критерии вменяемости: 1) Медицинский - наличие хронической психической болезни или временного расстройства психической деятельности; 2) Юридический- неспособность в силу болезненного состояния отдавать себе отчет в совершаемых действиях или руководить ими.

Экспертиза проводится по постановлению органов расследования, определению суда, и в отношении осужденных - по направлению администрации мест лишения свободы. К лицам, признанным невменяемыми, могут быть применены лишь меры социальной защиты медицинского характера: 1) Принудительное лечение в специальных психиатрических учреждениях (особо опасные больные); 2) Лечение в психиатрической больнице на общих основаниях; 3) Отдача на попечение родных или опекунов и одновременно под наблюдение диспансера. Назначение принудительного лечения и его прекращение (при наличии соответствующего медицинского заключения) производится только судом.

Необходимость установления дееспособности истцов и ответчиков возникает при решении вопроса о защите гражданских прав психически больных (вопросы об опеке, правах на наследство, расторжении брака, лишении родительских прав и т. д.).

Данные судебно-психиатрической экспертизы оформляются в виде акта, в заключительной части которого даются ответы на все вопросы, которые поставлены перед экспертизой следственными органами или судом.

**Наркологическую помощь населению** оказывают городские наркологические диспансеры, наркологические кабинеты в психиатрических диспансерах и других лечебных учреждениях, врачебные и фельдшерские наркологические пункты, обслуживающие рабочих и служащих промышленных предприятий и работников сельского хозяйства. Новые формы стационарной наркологической помощи - создание наркологических отделений на предприятиях промышленности, строительства, сельского хозяйства, в которых лечение больных алкоголизмом сочетается с общественно полезным трудом.

Осуществляется преемственность амбулаторного и стационарного лечения больных алкоголизмом, динамическое наблюдение за ними.

**Скорая психиатрическая помощь.** Медицинский персонал скорой и неотложной психиатрической помощи круглосуточно выезжает по вызовам учреждений, предприятий и отделений милиции, а в часы, когда не работают диспансеры - по всем вызовам, которые обычно адресуются участковым психиатрам. Врач-психиатр, приехавший на вызов, решает вопрос о необходимости госпитализации в зависимости от состояния больного и конкретной обстановки. Главная задача медицинского работника при оказании помощи возбужденному больному до прибытия специализированной помощи состоит в обеспечении безопасности самого больного и окружающих его людей (изолирование в отдельное помещение, удерживание или принудительная иммобилизация, тщательный осмотр вещей и т.д.)

На период транспортировки выделяются сопровождающие (фельдшер, сестра), число которых определяется состоянием больного.

### Психиатрическая больница. Структура психиатрической больницы:

1. приемное отделение,
2. общие психиатрические отделения для мужчин и женщин,
3. специализированные отделения (наркологические, гериатрические, детские, судебно-психиатрические).

Подчеркивается, что необходимость организации специализированных отделений связана с особенностям течения н лечения ряда заболеваний или ухода за некоторыми категориями больных или с целевой установкой. Новые принципы содержания и лечения больных предполагают уменьшение размеров палат, выделение вспомогательных помещений для развития самообслуживания больных, значительное расширение мест дневного пребывания и создание условий для широкого применения социально-культурных мероприятий. Детские отделения должны находиться в обособленных помещениях, и в них наряду с лечебной всегда организуется специальная педагогическая работа (классные комнаты, комнаты для игр и т. д.).

Для более полного и всестороннего обслуживания и лечения больных в психиатрической больнице создаются *диагностические лаборатории* - психологическая, клиническая, биохимическая, генетическая, электроэнцефалографический кабинет, физиотерапевтическое, рентгенологическое отделения, постоянная высококвалифицированная консультативная помощь специалистов в области соматической медицины.

Для проведения обязательной системы реадаптационных мероприятий осуществляется специальный режим самообслуживания, трудотерапия в отделении или специальных мастерских, либо работа в прибольничном сельском хозяйстве. В больнице должна быть хорошая библиотека и клуб для проведения среди больных культурно-массовой работы.

**Особенности ухода и надзора за психически больными в отделении:** обеспечение максимальных удобств для проведения как общего, так и специального режима, специальные меры предосторожности, изъятие из обычного обихода опасных предметов, принятие мер для предупреждения суицидальных попыток, побегов, насилия и др., тщательное наблюдение за питанием больных, приемом лекарств, отправлением физиологических потребностей. Выделение так называемой наблюдательной палаты с неподвижным круглосуточным санитарным постом для больных, требующих особого наблюдения (агрессивные больные, больные с попытками к самоубийству, с мыслями о побеге, с отказом от пищи, возбужденные больные и т. д.). Все изменения в соматическом и психическом состоянии больных фиксируются в «Журнале наблюдений», который ведет дежурная медицинская сестра. Так как психически больные нередко находятся в больнице длительное время, особое внимание должно уделяться созданию в отделениях уюта, культурных развлечений (кино, телевизор, игры, библиотека и т. д.).

Больные в психиатрическую больницу принимаются по направлению участковых психиатров (дежурных психиатров службы скорой помощи), а при отсутствии их - по направлениям врачей поликлиник, общесоматических больниц. В экстренных случаях больные могут быть приняты и без направления (вопрос о госпитализации в этих случаях решает дежурный врач). Направление в больницу осуществляется по согласованию с больным или его родственниками. Если же больной социально опасен, он может быть направлен в больницу и без согласия родственников (в данном случае госпитализированный больной в течение суток должен быть освидетельствован специальной комиссией в составе трех врачей-психиатров, которая рассматривает вопрос о правильности стационирования и определяет необходимость дальнейшего пребывания в стационаре). Психически больные, совершившие правонарушения и признанные судом невменяемы ми, направляются в больницу для принудительного лечения по постановлению суда.

### Показания для госпитализации:

а) Острое психическое заболевание или обострение хронического психического заболевания, требующие стационарного лечения.

б) Опасность психически больного для окружающих или для самого себя (психомоторное возбуждение при склонности к агрессивным действиям, систематизированные бредовые синдромы, если они определяют общественно опасное поведение больного, бред ревности, депрессивные состояния с суицидальными тенденциями, эпилептический статус, маниакальные и гипоманиакальные состояния, обуславливающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих и т. д.).

в) Проведение стационарной экспертизы (трудовой, военной, судебно - психиатрической) .

### Показания для выписки:

а) Окончание лечения, полное пли частичное выздоровление больного

б) Лица с хроническим течением заболевания выписываются в том случае, сели они не нуждаются в дальнейшем больничном лечении и уходе, не представляют опасности для себя и для окружающих и могут по своему состоянию лечиться амбулаторно (ремиссия).

в) Больные, находящиеся на принудительном лечении, выписываются только на основании определения суда.

г) При решении экспертных вопросов.

**Общие правила поведения в психиатрическом учреждении:** недопустимость проявления излишнего любопытства, удивления, смеха и других внешне выраженных эмоциональных реакций, если поведение некоторых больных носит явно нелепый характер, абсолютное исключение обсуждений, поступков того или другого пациента в его присутствии или окружении больных, невозмутимость при высказываниях антисоциального характера, циничных замечаний или выражений. Нельзя передавать по просьбе больных записки, письма и другую корреспонденцию. Недопустимость употребления выражений, носящих характер обывательского лексикона («сумасшедшие», «буйное отделение», «тихое помешательство»)