

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

министра здравоохранения

_____ В.В. Колбанов

2 февраля 2006 г.

Регистрационный № 007–0106

**ПОРЯДОК
ОКАЗАНИЯ ВНЕСТАЦИОНАРНОЙ (АМБУЛАТОРНОЙ)
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Инструкция по применению

Учреждение разработчик: Министерство здравоохранения Республики
Беларусь

Автор: П.В. Рынков

Инструкция предназначена для использования в психоневрологических диспансерах, диспансерных отделениях психиатрических больниц (общесоматических организаций здравоохранения), психиатрических и психотерапевтических кабинетах организаций здравоохранения врачами психиатрами и психотерапевтами.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция определяет порядок оказания внестационарной (амбулаторной) психиатрической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями).

2. Внестационарная (амбулаторная) психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде диспансерного наблюдения или лечебно-профилактической помощи.

3. Диспансерное наблюдение за лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями) и оказание им лечебно-профилактической помощи, осуществляются:

- в возрасте до восемнадцати лет – в детских психоневрологических диспансерах (кабинетах);

- в возрасте восемнадцать лет и старше – в психоневрологических диспансерах (кабинетах).

4. Диспансерное наблюдение или оказание лечебно-профилактической помощи осуществляются, по возможности, по месту жительства лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями).

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

5. *Диспансерное наблюдение* – долгосрочное или периодическое наблюдение за психическим состоянием лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания им необходимой медицинской и социальной помощи.

6. Задачами диспансерного наблюдения являются:

- профилактика обострений психических расстройств (заболеваний) у лиц, страдающих ими;
- профилактика совершения лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), общественно опасных действий;
- профилактика суицидального поведения у лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями).

7. Диспансерное наблюдение включает:

- регулярные осмотры лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями) врачом-психиатром;
- оценку клинического состояния и уровня социальной адаптации лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями);
- определение нуждемости лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями), в диагностике, лечении, реабилитации и их проведение в соответствии с медицинскими показаниями;
- направление, при необходимости, лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), на лечение в дневной или психиатрической стационар;
- проведение военно-врачебной экспертизы;
- проведение врачебно-трудовой экспертизы;
- содействие, в пределах компетенции психоневрологического диспансера (кабинета), решению социальных проблем лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями);
- проведение в соответствии с решением (постановлением) суда принудительного амбулаторного наблюдения и лечения у врача-психиатра.

8. Диспансерное наблюдение лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), осуществляется на основе принципов:

- нуждемости в долгосрочном или периодическом наблюдении (осмотре) врачом-психиатром;

- нуждаемости в проведении диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств (заболеваний) в соответствии с медицинскими показаниями;

- обеспечения достаточного контроля за психическим состоянием, проводимым лечением и реабилитацией.

9. Диспансерное наблюдение может устанавливаться при хроническом и затяжном психическом расстройстве (заболевании) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), или его законного представителя.

10. Диспансерное наблюдение в обязательном порядке устанавливается за лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями):

- с социально-опасными тенденциями и действиями;

- с суицидальными признаками (мыслями, тенденциями, действиями).

11. Решение об установлении диспансерного наблюдения или его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой главным врачом психиатрической (психоневрологической) организации здравоохранения, оказывающей внестационарную (амбулаторную) психиатрическую помощь, или врачебной комиссией, назначаемой управлением здравоохранения облисполкома, комитета по здравоохранению Мингорисполкома, с обязательным участием врача-психиатра.

12. На каждое лицо, страдающее психическими расстройствами (заболеваниями), обратившееся к врачу-психиатру за оказанием внестационарной (амбулаторной) психиатрической помощи, оформляется медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у) (далее – медицинская карта).

13. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения оформляется в медицинской карте датированной, мотивированной записью и подписывается членами комиссии.

14. При установлении диспансерного наблюдения лицевая сторона медицинской карты маркируется следующими буквами: «Д» - диспансерный учет, «СУ» - подгруппа «Специальный учет», «ОУ» - подгруппа «Особый учет», «СНБ» - подгруппа «Социально-неблагополучные», «ЧДБ» - подгруппа «Часто длительно болеющие», «ПЛ» - подгруппа «Принудительное лечение».

15. На каждое лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), взятое на диспансерное наблюдение, оформляется контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больным (форма № 030-1/у) (далее – контрольная карта), на лицевую сторону которой наносится соответствующая маркировка («Д», «СУ», «СНБ», «ОУ», «ЧДБ», «ПЛ»).

16. В случае отсутствия необходимости в диспансерном наблюдении лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), и наличия нуждаемости в оказании ему лечебно-профилактической помощи, контрольная карта не закрывается, а передается из картотеки диспансерного наблюдения в картотеку лечебно-профилактической помощи. Соответственно изменяется и маркировка контрольной карты.

17. При установлении диспансерного наблюдения лицу, страдающему психическим расстройством (заболеванием), и (или) его законному представителю в доступной для него форме и с учетом его психического состояния сообщается информация о взятии его на диспансерное наблюдение, характере имеющегося психического расстройства (заболевания), целях, методах, продолжительности наблюдения и рекомендуемого лечения, ожидаемых результатах и медицинских последствиях отказа от наблюдения и лечения.

О представленной информации врачом-психиатром делается запись в медицинской карте.

18. Частота осмотров лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) и находящегося на диспансерном наблюдении, устанавливается врачом-психиатром с учетом психического состояния этого лица, а также проводимого лечения и реабилитации.

19. При проведении диспансерного наблюдения за лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), формируются однородные группы (подгруппы) диспансерного наблюдения. В основе выделения этих групп (подгрупп) лежит решение основных и актуальных задач оказания внестационарной (амбулаторной) психиатрической помощи (наблюдение, проведение активной и поддерживающей терапии, профилактика регоспитализаций, достижение социально-реабилитационных целей и другие).

20. Группы (подгруппы) диспансерного наблюдения – группы (подгруппы) лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), объединенных по уровню глубины и выраженности психопатологической симптоматики, характеру социальной дезадаптации и потребности в соответствующих их психическому состоянию диагностики, лечению и реабилитации.

21. При формировании групп (подгрупп) диспансерного наблюдения используется уровневый подход к оценке глубины и выраженности психопатологической симптоматики, определяющей клиническую картину и характер социальной дезадаптации лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), на разных этапах психического расстройства (заболевания).

22. Перевод лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), из одной группы (подгруппы) диспансерного наблюдения в другие группы (подгруппы), определяется динамикой их психического состояния, ее стабильностью и степенью их социальной адаптации.

23. **Первую группу** диспансерного наблюдения составляют лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями):

- выписанные из дневного стационара или психиатрического стационара;
- с временной утратой трудоспособности (способности к обучению) в связи с психическим расстройством (заболеванием), нуждающиеся в активной терапии;

- с обострениями психического состояния, нуждающиеся в активной терапии и интенсивном наблюдении врачом-психиатром;

- с обострениями психического состояния, нуждающиеся в направлении в дневной стационар или в психиатрический стационар.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), выписанные из дневного или психиатрического стационара, осматриваются врачом-психиатром при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому в течение 3-5 дней после выписки с последующим повторным осмотром через 14 дней.

По истечении 4 недель после первого осмотра врачом-психиатром после выписки из дневного или психиатрического стационара и при стабильности психического состояния лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), переводятся во вторую группу диспансерного наблюдения.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), с временной утратой трудоспособности (способности к обучению), получающие активную терапию, осматриваются врачом-психиатром каждые 3-5 дней до достижения стабилизации психического состояния и восстановления трудоспособности (способности к обучению), после чего переводятся во вторую группу диспансерного наблюдения.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), с обострениями психического состояния, нуждающиеся в активной терапии и интенсивном наблюдении врачом-психиатром, осматриваются врачом-психиатром при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому каждые 3-5 дней до улучшения психического состояния, после чего переводятся во вторую группу диспансерного наблюдения.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), с обострениями психического состояния, нуждающиеся в направлении в дневной или психиатрический стационар, осматриваются врачом-психиатром при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому каждые 3-5 дней до установления факта поступления в дневной стационар или

госпитализации в психиатрический стационар. Факт поступления или госпитализации фиксируется в медицинской карте.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), старше восемнадцати лет, с частыми выраженными обострениями психического состояния, частыми поступлениями в дневной или психиатрический стационар (4–5 и более раз в год), нуждающиеся в активной терапии и активном наблюдении, наблюдаются врачом-психиатром с периодичностью не менее одного раза в 14 дней.

24. **Вторую группу** диспансерного наблюдения составляют лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями):

- переведенные из первой группы диспансерного наблюдения при достижении стабилизации психического состояния, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врачом-психиатром и проведении активной терапии;
- переведенные из других групп, нуждающиеся в наблюдении врачом-психиатром и в активной терапии;
- находящиеся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в соответствии с решением (постановлением) суда;
- с социально опасными тенденциями и действиями из подгруппы «Специальный учет»;
- с суицидальными признаками из подгруппы «Особый учет»;
- в возрасте до восемнадцати лет, с частыми выраженными обострениями психического состояния, грубыми нарушениями поведения, из подгруппы «Социально-неблагополучные», нуждающиеся в наблюдении врачом-психиатром и в активной терапии, а также в социальной реабилитации;
- в возрасте восемнадцати лет и старше из числа работающих, с частыми выраженными обострениями психического состояния, из подгруппы «Часто длительно болеющие», нуждающиеся в наблюдении врачом-психиатром, активной терапии и социальной реабилитации.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями) и наблюдаемые во второй группе диспансерного наблюдения, осматриваются

врачом-психиатром не реже 1 раза в месяц при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому в течение сроков наблюдения, установленных для подгрупп «Специальный учет», «Особый учет», «Часто длительно болеющие», «Социально-неблагополучные», «Принудительное лечение».

В исключительных случаях, при невозможности провести очередной осмотр, лицо, страдающее психическими расстройствами (заболеваниями), временно (до осмотра) переводится в первую группу диспансерного наблюдения. При этом врачом-психиатром предпринимаются попытки проведения осмотра такого лица каждые 3-5 дней.

25. Третью группу диспансерного наблюдения составляют лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями):

- со стабилизированным психическим состоянием, в том числе терапевтическими и спонтанными ремиссиями, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врачом-психиатром;
- получающие поддерживающую терапию и в отношении которых планируется и проводится соответствующая реабилитация;
- отказывающиеся от поддерживающей терапии и проведения соответствующей реабилитации;
- из подгрупп «Специальный учет», «Особый учет», «Часто и длительно болеющие», «Социально-неблагополучные» и «Принудительное лечение», у которых отпала необходимость в интенсивном наблюдении.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), наблюдаемые в третьей группе диспансерного наблюдения, осматриваются врачом-психиатром при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому один раз в два месяца.

Сроки наблюдения в третьей группе диспансерного наблюдения составляют не менее трех лет, после чего лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), могут быть переведены в четвертую группу диспансерного наблюдения.

26. **Четвертую группу** диспансерного наблюдения составляют лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями):

- находящиеся в состоянии ремиссии с социальной дезадаптацией (инвалидность), отказывающиеся от поддерживающей терапии, реабилитации и от сотрудничества с врачом-психиатром;
- в возрасте до восемнадцати лет:
 - с умственной отсталостью, социально адаптированные, но нуждающиеся в решении социальных вопросов (дальнейшее обучение, профессиональная пригодность и другие);
 - с компенсированными поведенческими расстройствами, непсихотическими расстройствами до решения вопроса о прекращении в отношении их диспансерного наблюдения.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), наблюдаемые в четвертой группе диспансерного наблюдения, осматриваются врачом-психиатром при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому не реже 1 раза в шесть месяцев.

27. **Пятую группу** диспансерного наблюдения составляют лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями):

- в состоянии терапевтических и спонтанных ремиссий, с хорошей социальной адаптацией, нуждающиеся в ежегодном контрольном осмотре врачом-психиатром для уточнения уровня и стабильности достигнутой ремиссии и степени социальной адаптации;
- признанные в установленном порядке недееспособными, нуждающиеся в ежегодном контрольном осмотре врачом-психиатром для уточнения психического состояния и степени социальной адаптации;
- нуждающиеся по своему психическому состоянию (деменция, тяжелая умственная отсталость и другие) в ежегодном контрольном осмотре врачом-психиатром и посещении социальным работником, а также в уходе и надзоре.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), наблюдаемые в пятой группе диспансерного наблюдения, осматриваются врачом-психиатром при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому не реже 1 раза в год.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), наблюдаемые в пятой группе диспансерного наблюдения, признанные в установленном порядке недееспособными, кроме осмотра врачом-психиатром посещаются на дому социальным работником не реже 2-х раз в год.

Состав пятой группы диспансерного наблюдения ежегодно пересматривается комиссией врачей-психиатров с целью определения лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями):

- у которых отсутствует необходимость в диспансерном наблюдении и прекращения в отношении их диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или значительным и стойким улучшением психического состояния и устойчивой социальной адаптацией;

- нуждающихся в оказании лечебно-профилактической помощи.

28. Шестая (условная) группа диспансерного наблюдения предусматривает возможность осуществлять условное наблюдение за лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), в данное время пребывающими в психиатрическом стационаре и временем предполагаемой выписки из него для своевременного продолжения диспансерного наблюдения и проведения соответствующих их состоянию лечения и реабилитации.

Условное наблюдение осуществляется при помощи информации, поступающей из психиатрических стационаров с обычным, усиленным и строгим наблюдением о лицах, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), в данное время находящихся в них на лечении, в том числе на принудительном лечении по решению (постановлению) суда, в отношении которых ранее было установлено диспансерное наблюдение.

На лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), находящихся в психиатрическом стационаре более одного года и наблюдаемых

в шестой (условной) группе, в конце календарного года из психиатрического стационара в психоневрологический диспансер (кабинет) направляется информация о подтверждении пребывания или дате предполагаемой выписки этих лиц.

Полученная информация фиксируется врачом-психиатром в медицинской карте.

29. При проведении диспансерного наблюдения и лечения врач-психиатр обязан учитывать ряд клинико-психопатологических признаков и социально-психологических факторов, взаимодействие которых может привести к формированию у лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), психопатологического механизма общественно опасного поведения, совершению общественно опасных действий и их рецидивам.

30. К клинико-психопатологическим признакам относятся:

- расстройства личности с повышенной поведенческой активностью и патологией влечений;
- бредовые идеи определенного содержания, особенно направленные против конкретных лиц или организаций (персонифицированные) и сопровождающиеся аффективной напряженностью (идеи ревности, преследования, воздействия);
- периодические и пароксизмальные психотические расстройства, сопровождающиеся агрессивностью и имеющие тенденцию к частому возникновению;
- депрессивные расстройства с бредом самообвинения (риск совершения общественно опасных действий по механизму самоубийства);
- аффективные (маниакальные и гипоманиакальные) расстройства с общей расторможенностью и псевдопредприимчивостью;
- психические расстройства (заболевания) у детей с девиантным и делинквентным поведением.

31. К социально-психологическим факторам относятся:

- проявления социальной дезадаптации (отсутствие работы и трудовой занятости, материальная необеспеченность, жилищно-бытовая неустроенность, особенно отсутствие постоянного места жительства);
- семейное неблагополучие;
- подверженность асоциальному влиянию со стороны других лиц;
- склонность к систематическому употреблению алкогольных напитков, наркотических средств, психотропных веществ;
- наличие в анамнезе общественно опасных действий, принудительных мер безопасности и лечения, принудительных госпитализаций в психиатрический стационар, повторность совершения общественно опасных действий (как до, так и после начала психического расстройства (заболевания));
- отказ от сотрудничества с врачом-психиатром при наличии клинко-психопатологических признаков риска и социально-психологических факторов;
- нарушение правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов при прежних госпитализациях в психиатрические стационары.

32. Для проведения лечения, реабилитации и профилактики лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) с социально-опасными тенденциями и действиями, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение, формируются подгруппы:

- до восемнадцати лет – подгруппа «Социально-неблагополучные»;
- восемнадцати лет и старше – подгруппа «Специальный учет».

33. В подгруппы «Социально-неблагополучные» и «Специальный учет» включаются лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), как совершавшие общественно опасные действия, так и имеющие вследствие психического расстройства (заболевания) потенциальную возможность их совершения:

- совершившие в прошлом общественно опасные действия, освобожденные от уголовной ответственности с применением к ним в связи с этим принудительных мер безопасности и лечения;

- совершившие в прошлом общественно опасные действия, отбывавшие в связи с этим наказание и освобожденные от дальнейшего отбывания наказания в связи с наличием психического расстройства (заболевания), и в отношении которых применяются принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра;

- страдающие пограничными формами психических расстройств (заболеваний), совершившие в прошлом общественно опасные действия, освобожденные от уголовной ответственности с применением к ним в связи с этим принудительных мер безопасности и лечения;

- ранее, до установления психического расстройства (заболевания), отбывавшие наказание за совершение общественно опасных действий;

- психические расстройства (заболевания), которых имеют клинико-психопатологические признаки риска совершения общественно опасных действий;

- в отношении которых имеются социально-психологические факторы, повышающие риск совершения общественно опасных действий.

34. Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями) и находящиеся на диспансерном наблюдении, при появлении социально-опасных тенденций, клинико-психопатологических признаков, социально-психологических факторов и совершении общественноопасных действий, могут быть включены в подгруппы «Социально-неблагополучные» и «Специальный учет» с периодичностью их осмотра врачом-психиатром не реже 1 раза в месяц при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому.

35. Сроки наблюдения по подгруппам «Социально-неблагополучные» и «Специальный учет» индивидуальны, но не могут быть менее одного года.

Критериями исключения лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), из наблюдения в подгруппах «Социально-неблагополучные» и «Специальный учет» являются:

- отсутствие социально-опасных тенденций и действий в течение одного года;
- изменение (ослабление) клинико-психопатологических признаков;
- изменение влияния социально-психологических факторов.

36. При проведении диспансерного наблюдения и лечения врач-психиатр обязан учитывать ряд факторов риска суицидального поведения, взаимодействие которых может привести у лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), к формированию психопатологического механизма совершения суицидальных действий.

37. К социально-демографическим факторам риска суицидального поведения относятся:

- пол (уровень суицидов у мужчин в 3-4 раза выше, чем у женщин);
- возраст (уровень суицидов последовательно поднимается по возрастным группам и достигает максимума в возрасте от 45 до 60 лет);
- семейное положение (уровень суицидов значительно выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и одиноко проживающих);
- образование и профессиональный статус (уровень суицидов выше среди лиц с высшим образованием и высоким профессиональным статусом, безработных).

38. К медицинским факторам риска суицидального поведения относятся:

- аффективные расстройства (депрессия);
- психические расстройства (заболевания) вследствие употребления психоактивных веществ;
- шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;
- расстройства личности;

- сочетания психических расстройств (заболеваний) с употреблением психоактивных веществ;
- соматическая патология:
 - тяжелые хронические заболевания;
 - онкологические заболевания и заболевания органов кроветворения;
 - сердечно-сосудистые заболевания (ишемическая болезнь сердца и другие);
 - заболевания органов дыхания (астма, туберкулез);
 - врожденные и приобретенные уродства;
 - утрата физиологических функций (способности к движению, продолжению рода, зрения, слуха и другие);
- инфицирование вирусом иммунодефицита человека;
- состояния после тяжелых операций;
- лица с искусственной почкой;
- состояния после трансплантации донорских органов и тканей.

39. К биографическим факторам риска суицидального поведения относятся:

- суицидальные попытки в прошлом;
- суицидальное поведение «значимых других»;
- наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников, систематическое насилие со стороны родных и близких в возрасте до 13-15 лет.

40. К индивидуально-психологическим факторам риска суицидального поведения относятся:

- эмоциональная неустойчивость, особенно в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный);
- импульсивность;
- эмоциональная зависимость, потребность в близких и напряженных эмоциональных контактах;
- неадекватная (завышенная, заниженная) самооценка;

- максимализм, категоричность, незрелость суждений;
- напряженность потребностей, выраженное желание достижения целей;
- низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующего фактора;
- тревожность и гипертрофированное чувство вины.

41. Для проведения профилактики, лечения и реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями) с суицидальными признаками, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение, формируется подгруппа «Особый учет».

В подгруппу «Особый учет» включаются лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), в отношении которых имеется влияние социально-демографических, медицинских, биографических, индивидуально-психологических факторов риска суицидального поведения, взаимодействие которых может привести к формированию психопатологического механизма совершения суицидальных действий, а также совершившие попытку суицида.

Лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями), включенные в подгруппу «Особый учет», наблюдаются врачом-психиатром и осматриваются с периодичностью не реже 1 раза в месяц при посещении психоневрологического диспансера (кабинета) или на дому.

Сроки наблюдения за лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), в подгруппе «Особый учет» индивидуальны, но не могут быть менее одного года.

Критериями исключения лица, страдающего психическими расстройствами (заболеваниями), из подгруппы «Особый учет» являются:

- отсутствие суицидальных признаков и суицидальных действий в течение одного года;

- изменение (ослабление) факторов риска суицидального поведения, взаимодействие которых может привести к формированию психопатологического механизма совершения суицидальных действий.

42. Диспансерное наблюдение за лицами, страдающими психическими расстройствами (заболеваниями), может быть прекращено в случае:

- выздоровления или значительного и стойкого улучшения психического состояния лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), с формированием стабильной ремиссии и социальной адаптацией;

- пересмотра диагноза психического расстройства (заболевания) в случае ошибочно установленного ранее диагноза психического расстройства (заболевания) лицу:

- не страдавшему психическим расстройством (заболеванием), что подтверждено заключением комиссии врачей-психиатров;

- страдавшему другим психическим расстройством (заболеванием), при котором не предусмотрено диспансерное наблюдение, что подтверждено заключением комиссии врачей-психиатров;

- изменения места жительства;

- призыва на действительную военную службу;

- осуждения к лишению свободы на срок более одного года;

- оформления для постоянного проживания в психоневрологический дом-интернат системы Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь;

- отсутствия сведений о лице, страдающем психическим расстройством (заболеванием) в течение одного года, при невозможности установления места его нахождения и получения достоверных сведений о нем;

- смерти.

43. Диспансерное наблюдение может быть прекращено врачом-психиатром детского психоневрологического диспансера (кабинета) также при

достижении лицом, страдающим психическим расстройством (заболеванием), возраста восемнадцати лет.

В случае необходимости дальнейшего диспансерного наблюдения в психоневрологическом диспансере (кабинете) врачом-психиатром детского психоневрологического диспансера (кабинета) об этом сообщается лицу, страдающему психическим расстройством (заболеванием), или его законному представителю в доступной для него форме, оформляется выписка из медицинской карты этого лица и направляется по месту его дальнейшего наблюдения.

44. На каждое лицо, в отношении которого прекращено диспансерное наблюдение, заполняется статистический талон на больного, снятого с диспансерного учета психоневрологического диспансера (кабинета) (форма № 030-2/у).

45. Медицинская карта и контрольная карта лица, в отношении которого прекращено диспансерное наблюдение, хранится в архиве психоневрологического диспансера (кабинета).

46. В случае изменения психического состояния или характера течения психического расстройства (заболевания) диспансерное наблюдение лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), может быть возобновлено в порядке, предусмотренном пунктом 11 настоящей Инструкции.

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

47. *Лечебно-профилактическая помощь* – периодическое наблюдение лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), путем осмотров их врачом-психиатром и оказания им необходимой медицинской и социальной помощи.

48. Лечебно-профилактическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), включает:

- оказание консультативной психиатрической помощи;
- периодическое наблюдение (осмотры);

- оценку психического состояния и уровня социальной адаптации;
- проведение соответствующих психическому состоянию диагностики, лечения и реабилитации;
- направление, при необходимости, на лечение в дневной стационар или психиатрический стационар;
- проведение врачебно-трудовой экспертизы.

49. Оказание лечебно-профилактической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), осуществляется на основе принципов:

- информированного согласия лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), на оказание им лечебно-профилактической помощи;
- нуждаемости в периодическом наблюдении (осмотрах) врачом-психиатром;
- нуждаемости в проведении диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств (заболеваний) в соответствии с медицинскими показаниями;
- обеспечения достаточного контроля над психическим состоянием, проводимым лечением и реабилитацией;
- минимального профессионального и социального ограничения.

50. Оказание лечебно-профилактической помощи лицам, страдающим психическими расстройствами (заболеваниями), может осуществляться:

- при самостоятельном обращении, по их просьбе или с их согласия;
- несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет – по просьбе или с согласия их родителей либо законных представителей;
- при прекращении диспансерного наблюдения и нуждаемости в оказании лечебно-профилактической помощи.

51. На каждое лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), впервые обратившееся к врачу-психиатру за оказанием

внестационарной (амбулаторной) психиатрической помощи, оформляется медицинская карта.

Медицинская карта также оформляется на лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями), в отношении которых получен выписной эпикриз из психиатрического стационара, поступивших в него без направления врача-психиатра психоневрологического диспансера (кабинета).

52. Решение об оказании (прекращении) лечебно-профилактической помощи принимается врачом-психиатром психоневрологического диспансера (кабинета) и оформляется датированной, мотивированной записью в медицинской карте и подписывается врачом-психиатром.

53. На каждое лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), в отношении которого принято решение об оказании ему лечебно-профилактической помощи, заполняется и ведется контрольная карта, лицевая сторона которой маркируется буквой «К».

54. В случае возникновения необходимости установления диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством (заболеванием), контрольная карта не закрывается, а передается из картотеки диспансерного наблюдения в картотеку лечебно-профилактической помощи. Соответственно изменяется и маркировка контрольной карты.

55. Лечебно-профилактическая помощь может оказываться лицам, страдающим следующими психическими расстройствами (заболеваниями):

- расстройствами личности вследствие сосудистых и органических заболеваний центральной нервной системы при легком интеллектуальном дефекте без психотических, психопатоподобных и аффективных расстройств, препятствующих социально-трудовой адаптации;
- расстройствами личности при компенсации клинических проявлений и отсутствии выраженной социально-трудовой дезадаптации;
- острым психозом или психотическим приступом с наступлением выздоровления или полноценной ремиссии;

- выраженным непсихотическим расстройством (заболеванием) с последующей компенсацией клинических проявлений;
- невротическим расстройством (заболеванием), психогенными нарушениями физиологических функций, соматоформными расстройствами, острыми реакциями на стресс, адаптивными реакциями;
- сексуальными расстройствами (заболеваниями);
- гиперкинетическим синдромом, специфическими задержками развития детского возраста, если они нерезко выражены и не препятствуют процессу обучения и социальной адаптации;
- легкой умственной отсталостью;
- эпилепсией при отсутствии психотических расстройств и выраженных расстройств личности.

56. Лечебно-профилактическая помощь может оказываться лицам с впервые установленным диагнозом психического расстройства (заболевания), а также лицам, страдающим хроническими психическими расстройствами (заболеваниями), ранее находившимся под диспансерным наблюдением или получавшим лечебно-профилактическую помощь.

57. При принятии решения об оказании лечебно-профилактической помощи лицу, страдающему психическим расстройством (заболеванием), и (или) его законному представителю сообщается в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информация о принятом решении, характере имеющихся психических расстройств (заболеваний), целях, методах, продолжительности наблюдения и рекомендуемого лечения, ожидаемых результатах и медицинских последствиях отказа от наблюдения и лечения.

О представленной информации врачом-психиатром делается запись в медицинской карте.

58. При первичном обращении лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием) к врачу-психиатру, ему проводятся необходимые обследования и консультации, принимается решение о виде оказания внестационарной (амбулаторной) психиатрической помощи, о наличии

медицинских показаний для направления в дневной или психиатрический стационар.

В соответствии с рекомендациями, указанными в выписном эпикризе психиатрического стационара, лицо, страдающее психическим расстройством (заболеванием), приглашается на прием в психоневрологический диспансер (кабинет). После осмотра принимается решение о виде оказания внестационарной (амбулаторной) психиатрической помощи.

59. Частота осмотров лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), устанавливается врачом-психиатром в каждом случае индивидуально, с учетом психического состояния этого лица, проводимого лечения и реабилитации.

60. Оказание лечебно-профилактической помощи может быть прекращено в случае:

- выздоровления или значительного стойкого улучшения психического состояния с формированием стабильной ремиссии с социальной адаптацией;

- изменения психического состояния, при котором возникает необходимость в диспансерном наблюдении;

- отказа лица, страдающего психическим расстройством (заболеванием), и (или) его законных представителей от лечебно-профилактической помощи;

- пересмотра диагноза психического расстройства (заболевания) в случае ошибочно установленного ранее диагноза психического расстройства (заболевания) лицу:

- не страдавшему психическим расстройством (заболеванием), что подтверждено заключением комиссии врачей-психиатров;

- страдавшему другим психическим расстройством (заболеванием), при котором не предусмотрено оказание лечебно-профилактической помощи, что подтверждено заключением комиссии врачей-психиатров;

- изменения места жительства;

- призыва на действительную военную службу;
- осуждения к лишению свободы;
- оформления для постоянного проживания в дом-интернат системы Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь;
- отсутствия обращений за оказанием лечебно-профилактической помощи в течение одного года;
- смерти.

Оказание лечебно-профилактической помощи детским врачом-психиатром может быть прекращено при достижении лицом, страдающим психическим расстройством (заболеванием), возраста восемнадцати лет.

61. При прекращении оказания лечебно-профилактической помощи лицу, страдающему психическим расстройством (заболеванием), и (или) его законному представителю сообщается в доступной для него форме о принятом решении, о праве, при необходимости, обращения за оказанием психиатрической помощи в добровольном порядке, даются необходимые рекомендации.

62. Медицинская карта и контрольная карта лица, в отношении которого прекращено оказание лечебно-профилактической помощи, хранится в архиве психоневрологического диспансера (кабинета).

64. В случае изменения психического состояния или характера течения психического расстройства, оказание лечебно-профилактической помощи лицу, страдающему психическим расстройством, может быть возобновлено в порядке, предусмотренном пунктом 52 настоящей Инструкции.