

Об утверждении Стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан

Утративший силу

Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 8 февраля 2016 года № 95. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 5 марта 2016 года № 13404. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020.

Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 30.11.2020 № ҚР ДСМ-224/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сноска. Заголовок в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.09.2018 № ҚР ДСМ-17 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с подпунктом 6) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и подпунктом 9) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 сентября 2014 года № 1005 **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемый Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан.

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.09.2018 № ҚР ДСМ-17 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и информационно-правовой системе "Эділет", а также в Республиканский центр

правовой информации для внесения в эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан Цой А.В.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан

Т. Дуйсенова

Утвержден
приказом Министра
здравоохранения
и социального развития
Республики Казахстан
от 8 февраля 2016 года № 95

СТАНДАРТ

организации оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан

Сноска. Стандарт в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.09.2018 № ҚР ДСМ-17 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Глава 1. Общие положения

1. Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан (далее – Стандарт) разработан в соответствии с подпунктом б) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс).

2. Стандарт устанавливает общие требования и принципы к оказанию медико-социальной помощи населению в сфере психического здоровья.

Порядок организации и оказания медико-социальной помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами регламентируется Правилами оказания медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 285 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11226).

3. Термины и определения, используемые в настоящем Стандарте:

1) группа динамического наблюдения – распределение пациентов на группы, определяющие тактику врача при выборе диагностических и лечебных мероприятий;

2) медико-социальная помощь – медицинская и социально-психологическая помощь, оказываемая гражданам с социально значимыми заболеваниями, перечень которых определяется уполномоченным органом;

3) медико-социальная реабилитация – восстановление здоровья больных психическими и поведенческими расстройствами и инвалидов с комплексным использованием медицинских, социальных и трудовых мероприятий для приобщения к работе, включения в семейную и общественную жизнь;

4) психоактивные вещества (далее – ПАВ) – вещества синтетического или природного происхождения, которые при однократном приеме оказывают воздействие на психические и физические функции, поведение человека, а при длительном употреблении вызывают психическую и физическую зависимость;

5) динамическое наблюдение за больными с психическими и поведенческими расстройствами – систематическое наблюдение за состоянием здоровья больных с психическими и поведенческими расстройствами, а также оказание необходимой медико-социальной помощи по результатам данного наблюдения в соответствующих группах динамического наблюдения;

6) риск совершения суицида – вероятность совершения действия, направленного на преднамеренное лишение себя жизни, с летальным исходом;

7) факторы риска совершения суицида – обстоятельства, влияющие на вероятность совершения действия, направленного на преднамеренное лишение себя жизни с летальным исходом.

4. Штаты медицинских организаций устанавливаются в соответствии с типовыми штатами и штатными нормативами организаций здравоохранения, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2010 года № 238 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6173).

5. Медико-социальная помощь населению в области психического здоровья предоставляется в следующих формах:

- 1) амбулаторно-поликлиническая помощь;
- 2) стационарная помощь;
- 3) стационарозамещающая помощь;
- 4) скорая медицинская помощь.

Глава 2. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме амбулаторно-поликлинической помощи

6. Врач ПМСП, при подозрении или выявлении лица с психическими и поведенческими расстройствами, за исключением психических и поведенческих расстройств, требующих оказания экстренной медицинской помощи в соответствии с Правилами оказания скорой медицинской помощи в Республике Казахстан, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2017 года № 450 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 15473) (далее – приказ № 450), осуществляет:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) назначение лечения, при установлении диагнозов пограничных психических и поведенческих расстройств по международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее – МКБ-10), входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико – санитарной помощи, указанных в приложении 1 к настоящему Стандарту;
- 3) в случае установления диагнозов пограничных психических и поведенческих расстройств по МКБ-10, входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико – санитарной помощи, указанных в приложении 1 к настоящему Стандарту, впервые в текущем году:

заполнение "Извещения о больном с впервые в жизни установленным диагнозом психического заболевания" (форма № 089/у), утвержденной приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697) (далее – приказ № 907);

направление Извещения врачу кабинета психического здоровья или первичного центра психического здоровья (далее – ПЦПЗ) по территориальному прикреплению, для внесения данных в электронную информационную систему не позднее 5 рабочих дней с момента установления диагноза;

- 4) при подозрении на наличие у лица диагноза психических и поведенческих расстройств по МКБ-10, входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико – санитарной помощи, не указанных в приложении 1 к

настоящему Стандарту, направление его для установления диагноза и лечения в кабинете психического здоровья или ПЦПЗ по территориальному прикреплению;

5) при выявлении лица с риском совершения суицида, обратившегося самостоятельно, или при обследовании несовершеннолетнего направленного психологами, проведение мероприятий согласно главе 6 настоящего Стандарта;

6) заполнение первичной медицинской документации, утвержденной приказом № 907;

7) проведение сверки с врачом кабинета психического здоровья или ПЦПЗ по вновь введенным в электронный регистр психиатрических больных (далее – ЭРПБ) и электронный регистр наркологических больных (далее – ЭРНБ) лиц с психическими и поведенческими расстройствами, ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

7. Врач по специальности "психиатрия" (наркология) (далее – врач-психиатр (нарколог)), врач по специальности "детская психиатрия" (наркология) (далее – детский врач-психиатр (нарколог)) кабинета психического здоровья или ПЦПЗ при подозрении или выявлении лица с психическими и поведенческими расстройствами, за исключением психическими и поведенческими расстройствами, требующих оказания экстренной медицинской помощи регламентированных приказом № 450 осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) оценку психического состояния пациента для определения дальнейшей тактики;

3) назначение лечения в соответствии с протоколами диагностики и лечения (в случае необходимости);

4) проверку в ЭРПБ и ЭРНБ наличия сведений об обратившемся лице. При первичном установлении диагноза психического и поведенческого расстройства вносит информацию в электронную информационную систему, включая его в группу статистического учета, при установленном ранее диагнозе психические и поведенческие расстройства и отсутствии сведений в указанных регистрах вносит информацию, а при наличии сведений дополняет;

5) оформление направления на врачебно-консультативную комиссию (далее – ВКК) ПЦПЗ и занесение данных в журнал, при наличии у лица с психическими и поведенческими расстройствами критериев включения в группы динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, указанных в приложении 2 к настоящему Стандарту;

6) направление выписки из медицинской карты амбулаторного больного заведующему ПЦПЗ для организации ВКК по решению вопроса необходимости взятия на учет лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

7) оформление медицинской документации в отношении лица с психическими и поведенческими расстройствами, нуждающегося в проведении медико-социальной экспертизы в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 "Об утверждении Правил проведения медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10589);

8) оформление документов лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ для направления на принудительное лечение;

9) внесение информации о лице с психическими и поведенческими расстройствами в электронную информационную систему не позднее 3 рабочих дней после получения Извещения от врача ПМСП;

10) осуществление динамического наблюдения за лицами, находящимися в группах динамического наблюдения, по территориальному прикреплению;

11) направление лиц с подозрением или установленным диагнозом психические и поведенческие расстройства на обследование и (или) лечение в территориальный ЦПЗ или республиканскую организацию психического здоровья (по показаниям);

12) направление лиц с психическими и поведенческими расстройствами в социально-медицинские трудовые организации (подразделения);

13) ведение первичной медицинской документации в соответствии с приказом № 907;

14) введение данных в ЭРПБ или ЭРНБ; допускается введение данных в медицинские информационные системы, интегрированные с ЭРПБ или ЭРНБ с определением уровня доступа;

15) проводит сверку с врачом ПМСП по вновь введенным и состоящим в ЭРПБ, ЭРНБ, лицам с психическими и поведенческими расстройствами (ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом), и предоставляет указанную информацию заведующему территориального ПЦПЗ (не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом).

8. Врач-психиатр (нарколог), детский врач-психиатр (нарколог) кабинета психического здоровья или ПЦПЗ, при необходимости консультации лица с риском совершения суицида, осуществляет:

1) выезд по месту нахождения врача ПМСП, при отдаленности местонахождения и невозможности выезда, организует и проводит консультацию лица в условиях кабинета психического здоровья или ПЦПЗ;

2) идентификацию пациента;

3) психиатрическое освидетельствование в соответствии с требованиями, регламентированными статьей 123 Кодекса;

4) внесение результатов психиатрического освидетельствования в медицинскую документацию врача ПМСП;

5) назначение лечения в соответствии с протоколами диагностики и лечения при выявлении у лица психических и поведенческих расстройств;

6) совместное с врачом ПМСП наблюдение за лицом с психическими и поведенческими расстройствами;

7) при наличии у лица, в том числе несовершеннолетнего, с риском совершения суицида, критериев взятия на учет для оказания динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, указанных в приложении 2 настоящего Стандарта, осуществляет мероприятия для постановки его на учет и динамического наблюдения.

9. Врач- психиатр (психотерапевт) ПЦПЗ осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) консультации, по показаниям психотерапию лицам, направленным заведующим, врачом-психиатром (наркологом) ПЦПЗ и при самообращении;

3) ведение учетно-отчетной документации;

4) сверку с врачами ПЦПЗ, по количеству проведенных консультаций и психотерапевтических сеансов (ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом);

5) предоставление заведующему ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество консультаций, индивидуальных и групповых психотерапевтических сеансов) ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

10. Медицинский психолог ПЦПЗ осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) консультации, экспериментально-психологическое обследование и психокоррекционные занятия в отношении лиц, направленных заведующим, врачом-психиатром (наркологом) ПЦПЗ и при самообращении;

3) психопрофилактику, психокоррекцию, психологическое консультирование пациентов, родственников пациентов и медицинского персонала;

4) психодиагностические исследования и диагностические наблюдения за пациентами;

5) информационно-образовательную работу с медицинским персоналом по вопросам медицинской и социальной психологии;

6) оценку эффективности проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий;

7) ведение учетно-отчетной документации;

8) сверку с врачами ПЦПЗ, по проведенной работе (ежемесячно, не позднее 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом);

9) предоставление заведующему ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество консультаций, первичных и повторных экспериментально-психологических обследованиях, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий) ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

11. Средний медицинский персонал кабинета психического здоровья, ПЦПЗ, за исключением медицинской сестры процедурного кабинета, по поручению врача-психиатра (нарколога), в том числе детского врача-психиатра (нарколога) или заведующего ПЦПЗ в пределах своей компетенции осуществляет:

1) идентификацию пациента;

2) совместный прием и осмотр больных с записью в медицинской карте амбулаторного больного;

3) участие в динамическом наблюдении за лицами с психическими и поведенческими расстройствами;

4) активный патронаж на дому лиц с психическими и поведенческими расстройствами, состоящих в группах динамического наблюдения;

5) активный патронаж лиц с психическими и поведенческими расстройствами после выписки из стационара;

6) проведение информационно-образовательной работы с населением по вопросам пропаганды и формирования здорового образа жизни;

7) проведение санитарно-просветительской работы;

8) участие в введении данных в ЭРПБ и ЭРНБ;

9) оформление рецептов на бесплатные лекарственные средства в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи по назначению врача ;

10) обеспечение сопровождения пациентов в ближайшую стационарную организацию в экстренных и неотложных случаях для оказания врачебной помощи;

11) выдачу в сельской местности, при отсутствии врача, листа нетрудоспособности и справки временной нетрудоспособности в соответствии с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 183 "Об утверждении Правил проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справки о временной нетрудоспособности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10964);

12) ведение статистического учета и отчетности, в том числе в электронном формате;

- 13) анализ статистических данных;
- 14) проведение инъекций по назначениям;
- 15) определение артериального давления;
- 16) ведение учетно-отчетной документации.

12. Процедурная медицинская сестра ПЦПЗ по назначению врача- психиатра (нарколога), в том числе детского врача-психиатра (нарколога) или заведующего ПЦПЗ осуществляет:

- 1) идентификацию пациента;
- 2) внутривенные, внутримышечные, подкожные инъекции;
- 3) забор крови на ВИЧ-инфекцию и реакцию Вассермана (RW);
- 4) ведение учетно-отчетной документации.

13. Социальный работник ПЦПЗ организует социальную помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2009 года № 630 "Об утверждении стандарта оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 5917) и осуществляет:

- 1) ведение учетно-отчетной документации;
- 2) предоставление ежемесячно, не позднее 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом заведующему территориального ПЦПЗ сведений о проделанной работе (количество оказанных социально-правовых, социально-бытовых, социально-трудовых, социально-культурных услуг).

14. Заведующий ПЦПЗ осуществляет:

1) организацию работы своего подразделения в части оказания медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами;

2) проведение заседаний ВКК для решения вопроса об уточнении диагноза и необходимости постановки на учет лица с психическими и поведенческими расстройствами;

3) экспертизу временной нетрудоспособности и направление на медико-социальную экспертизу;

4) ведение первичной медицинской документации в соответствии с приказом № 907 с обеспечением контроля за правильностью их заполнения;

5) предоставление сводной информации (данных от врачей-психиатров (наркологов) кабинета психического здоровья, ПЦПЗ, психологов, социальных работников) курирующему заместителю руководителя территориальной городской поликлиники для предоставления в территориальный ЦПЗ (ежемесячно не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом).

15. Установление группы учета лиц с психическими и поведенческими расстройствами, согласно критериев взятия на учет для оказания динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, указанных в приложении 2 настоящего Стандарта, перевод лица с психическими и поведенческими расстройствами из одной группы в другую и снятие с группы динамического наблюдения осуществляется ВКК, состоящей из не менее, чем трех врачей-психиатров (наркологов).

16. В случае изменения постоянного места жительства пациента, находящегося на учете в группе динамического психиатрического наблюдения или динамического наркологического наблюдения в пределах Республики Казахстан, осуществляется изменение прикрепления к соответствующему территориальному ПЦПЗ с сохранением группы динамического наблюдения.

На каждого пациента, включенного в группу динамического наблюдения заполняется "Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством" (форма № 030-2/у), утвержденная приказом № 907.

17. При необходимости пациентам, которым оказывается амбулаторная помощь в ПЦПЗ, направление в лечебно-трудовые мастерские осуществляется врачебно-консультативной комиссией, организуемой при ПЦПЗ.

18. В лечебно-трудовые мастерские не направляются пациенты, которым по состоянию здоровья противопоказана трудовая терапия, а также:

1) психопаты с асоциальным поведением, склонные к сексуальным перверзиям, кверулянты;

2) лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ;

3) психические больные, страдающие тяжелыми соматическими или инфекционными заболеваниями.

19. Срок прохождения пациентами трудовой терапии в лечебно-трудовых мастерских определяется исключительно медико – социальными показаниями.

20. Медицинская реабилитация в санаторно-курортных организациях противопоказана для лиц с психическими и поведенческими расстройствами:

1) состоящих в группах: 1-группа динамического психиатрического наблюдения, 2А - группа динамического психиатрического наблюдения, группа динамического наркологического наблюдения;

2) имеющих заболевания в острой стадии;

3) имеющих хронические заболевания в стадии обострения;

Лица с психическими и поведенческими расстройствами, не способные к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждающиеся в

постоянном специальном уходе, не имеющие противопоказания, указанные в подпунктах 1, 2, 3 настоящего пункта, направляются в санаторно-курортные организации в сопровождении.

21. Санаторно-курортная карта оформляется при наличии заключения ВКК по форме 035-1/у, утвержденной приказом № 907.

22. Сведения о лицах с психическими и поведенческими расстройствами, снятых с динамического наблюдения исключаются из контингента, но сохраняются в ЭРПБ, ЭРНБ для расчета статистических показателей.

23. Показаниями для назначения поддерживающей заместительной терапии являются наличие всех основных и одного из дополнительных критериев:

1) основные критерии:

диагноз "Опиоидная наркомания (F11.2)";

способность дать информированное согласие;

возраст старше 18 лет;

2) дополнительные критерии:

установленный диагноз ВИЧ-инфекции;

установленный диагноз гепатита В, С, D, G;

подтвержденный стаж инъекционного потребления наркотиков не менее 3 лет

;

не менее двух госпитализаций в стационар с диагнозом "Опиоидная наркомания (F11.2)";

беременность.

Глава 3. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме стационарной помощи

Параграф 1. Госпитализация в стационарные отделения организаций здравоохранения в области психического здоровья

24. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в форме стационарной помощи оказывается в стационарных клинических отделениях республиканской организации психического здоровья, психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением, отделениях ЦПЗ.

25. Основанием для госпитализации в стационарные клинические отделения, являются:

1) направление врача-психиатра (нарколога) на проведение обследования или лечения лица с психическими и поведенческими расстройствами в условиях стационара;

2) необходимость проведения обследования в условиях стационара для установления диагноза психических и поведенческих расстройств, по направлению судебно-следственных органов, военных врачебных комиссий, а также по письменному заявлению самого лица;

3) решение суда о принудительном лечении лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ, вступившее в законную силу;

4) решение суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных статьей 93 Уголовного Кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года (далее – УК РК), вступившее в законную силу.

26. Госпитализация в стационарные клинические отделения осуществляется в экстренном или в плановом порядке.

27. Госпитализация в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением осуществляется в плановом порядке круглосуточно, при наличии вступившего в законную силу решения суда о применении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных подпунктами 3) , 4) части 1 статьи 93 УК РК, акта судебно-психиатрической экспертизы и выписки из МКСБ.

28. Госпитализация в ЦПЗ для осуществления принудительного лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ и (или) принудительных мер медицинского характера проводится в плановом порядке, при наличии вступившего в законную силу соответствующего решения суда.

29. Госпитализация лиц с психическими и поведенческими расстройствами для осуществления мер безопасности, регламентированных статьей 511 Уголовно-процессуального Кодекса Республики Казахстан от 4 июля 2014 года, осуществляется в стационарные клинические отделения ЦПЗ в плановом порядке, при наличии вступившего в законную силу соответствующего решения суда.

30. Госпитализация лица с психическими и поведенческими расстройствами в стационар осуществляется в соответствие со статьей 125 Кодекса.

31. Общими противопоказаниями для госпитализации в стационарные клинические отделения являются:

1) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;

2) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

32. При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, приемно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации с приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761 "Об утверждении Правил оказания стационарной помощи" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12204) (далее – приказ № 761), в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;

3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации, при наличии такового;

4) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

5) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

6) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907;

7) при анонимном лечении пациента имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента;

8) обеспечивает введение информации в портал Бюро госпитализаций.

33. При плановой госпитализации в стационарные клинические отделения республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) присваивает пациенту регистрационный медицинский код согласно приложению 3 к настоящему Стандарту.

Данный код заполняется вместо фамилии пациента в медицинской учетной документации. Имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняется со слов пациента;

2) направляет на прохождение обязательных и (или) дополнительных обследований;

3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость

оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебного питания и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907;

6) обеспечивает введение информации в портал Бюро госпитализаций.

34. При госпитализации в стационарное клиническое отделение республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ по экстренным показаниям, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, или дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

1) идентификацию пациента;

2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований и определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

3) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

4) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907;

5) обеспечивает введение информации в портал Бюро госпитализаций.

35. При плановой и экстренной госпитализации в стационарные клинические отделения республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ средний медицинский работник клинического отделения или приемного покоя, по поручению заведующего или врача - психиатра (нарколога) клинического отделения или приемно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) измеряет антропометрические данные;

2) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907;

3) вносит информацию в портал Бюро госпитализаций;

4) выполняет врачебные назначения (при необходимости).

36. При плановой госпитализации в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением дежурный врач осуществляет следующие мероприятия:

- 1) проверяет наличие и соответствие имеющейся документации: вступившее в законную силу решение суда; документ удостоверяющий личность.

Для приема лиц, содержащихся до вынесения постановления суда под арестом, предоставляется личное дело и справка об освобождении.

- 2) проводит идентификацию пациента;

3) оценивает психическое и соматическое состояние, результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет необходимость оказания неотложной помощи на уровне приемно-диагностического отделения и (или) наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;

4) определяет отделение, устанавливает режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907.

37. При плановой госпитализации в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением средний медицинский работник отделения по поручению врача осуществляет следующие мероприятия:

- 1) измеряет антропометрические данные;

2) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907;

- 3) организует санитарную обработку;

- 4) выполняет врачебные назначения.

Параграф 2. Лечебные и диагностические мероприятия в стационарных отделениях организаций здравоохранения в области психического здоровья

38. После поступления лица с психическими и поведенческими расстройствами в стационарное клиническое отделение, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

- 1) проводит идентификацию пациента;

2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации в соответствии приказом № 761, в случае необходимости направляет на прохождение основных и (или) дополнительных обследований;

3) проверяет наличие вступившего в законную силу решения суда о госпитализации (при наличии такового);

4) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

5) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907.

39. После поступления в стационарное клиническое отделение лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением ПАВ, для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) клинического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

1) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации с приказом № 761, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;

2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

3) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907, при этом: имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

40. После поступления лица в стационарное клиническое отделение психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением заведующий или врач-психиатр (нарколог) отделения осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит идентификацию пациента;

2) оценивает психическое и соматическое состояния, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

3) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907.

41. После поступления лица с психическими и поведенческими расстройствами в стационарное клиническое отделение республиканской организации психического здоровья, психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, ЦПЗ медицинский психолог осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит идентификацию пациента;

2) проводит психопрофилактику, психокоррекцию, психологическое консультирование пациента;

3) проводит психодиагностические исследования и диагностическое наблюдение.

42. Медицинский психолог, на постоянной основе, также осуществляет следующие мероприятия:

1) проводит работу по обучению медицинского персонала в области медицинской, социальной психологии;

2) оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий;

3) осуществляет ведение учетно-отчетной документации;

4) предоставляет ежемесячно, не позднее 10 числа следующего за отчетным периодом непосредственному руководителю сведения о проделанной работе (количество консультаций, первичных и повторных экспериментально-психологических обследований, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий).

43. После поступления лица в стационарное клиническое отделение республиканской организации психического здоровья, психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, ЦПЗ медицинская сестра осуществляет следующие мероприятия:

1) измерение антропометрических данных;

2) заполнение первичной медицинской документации, утвержденной приказом № 907;

3) выполнение врачебных назначений.

44. При необходимости медико-социальная, трудовая реабилитация проводится в лечебно-трудовых мастерских.

45. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении и проходящие медико-социальную, трудовую реабилитацию в лечебно-трудовых мастерских, медикаментозное лечение и питание получают в соответствующих отделениях стационара на общих основаниях.

46. В лечебно-трудовых мастерских оказывается содействие в трудоустройстве пациентов по окончании курса трудовой терапии.

47. На каждого пациента, проходящего медико-социальную, трудовую реабилитацию в лечебно-трудовых мастерских заводится карта учета трудовой терапии с указанием медицинских назначений, видов рекомендуемого труда, оценкой трудовой терапии, которая по окончании пациентом курса трудовой терапии передается в ПЦПЗ.

48. Направление на трудовую терапию в лечебно-трудовые мастерские пациентов, находящихся на стационарном лечении, осуществляется лечащим

врачом. В ЦПЗ лечащий врач производит, согласно медицинским показаниям, предварительной отбор пациентов для направления их в лечебно-трудовые мастерские.

Параграф 3. Наблюдение в стационарных отделениях организаций здравоохранения в области психического здоровья

49. Общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении. Общий режим для пациентов устанавливается при:

- 1) отсутствии опасности для себя и окружающих;
- 2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;
- 3) Отсутствии психических и поведенческих расстройств и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанных в пунктах 52, 53 настоящего Стандарта.

50. Режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во внебольничных условиях. Режим частичной госпитализации устанавливается решением врачебной комиссии (далее – ВК) в составе двух врачей и предоставляется при:

- 1) наличии критериев для наблюдения установленных пунктом 49 настоящего Стандарта;
- 2) стабилизации психического состояния, требующего ежедневного, но не круглосуточного наблюдения.

Режим частичной госпитализации не применяется для лиц, находящихся на принудительном лечении и экспертизе по определениям (постановлениям) судебно-следственных органов, а также лиц, госпитализированных для осуществления мер безопасности по решению суда.

51. Режим лечебных отпусков – возможность нахождения вне отделения от нескольких часов до нескольких суток с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта. Режим лечебных отпусков для пациентов предоставляется при:

- 1) наличии критериев для наблюдения установленных пунктом 49 настоящего Стандарта;
- 2) стабилизации психического состояния, не требующего ежедневного наблюдения.

Режим лечебных отпусков не применяется для лиц, находящихся на принудительном лечении и экспертизе по определениям (постановлениям) судебно-следственных органов.

52. Усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения. Усиленный режим наблюдения устанавливается для пациентов при:

- 1) острых психических и поведенческих расстройствах, не представляющих опасности для себя и окружающих;
- 2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;
- 3) отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанных в пункте 53 настоящего Стандарта.

53. Строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается для пациентов при:

- 1) непосредственной опасности для себя и окружающих;
- 2) беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- 3) возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.

Параграф 4. Наблюдение в стационарных отделениях психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением

54. Общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение с передвижением в отделении согласно распорядку дня, возможностью участия в трудотерапии за пределами отделения. Общий режим для пациентов устанавливается при:

- 1) отсутствии опасности для себя и окружающих;
- 2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;
- 3) отсутствии психических и поведенческих расстройств и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанных в пунктах 55, 56 настоящего Стандарта.

55. Усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения в пределах отделения. Усиленный режим наблюдения для пациентов устанавливается при:

- 1) острых психических и поведенческих расстройствах, не представляющих опасности для себя и окружающих;
- 2) способности соблюдения личной гигиены без посторонней помощи;
- 3) отсутствии психического и соматического расстройства, требующего иного режима наблюдения и содержания, указанных в пункте 56 настоящего Стандарта.

56. Строгий режим наблюдения – круглосуточное непрерывное наблюдение в наблюдательной палате, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами. Строгий режим для пациентов устанавливается при:

- 1) непосредственной опасности для себя и окружающих;
- 2) беспомощности, то есть неспособности самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- 3) возможном нанесении существенного вреда здоровью, если лицо будет оставлено без наблюдения.

Параграф 5. Выписка из стационарных отделений организаций здравоохранения в области психического здоровья

57. Выписка из стационарных клинических отделений производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также по завершении обследования, экспертизы или мер безопасности, явившихся основаниями для помещения в стационар.

58. Выписка пациента, находящегося в стационарных клинических отделениях добровольно, производится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению его лечащего врача.

59. Выписка пациента, госпитализированного в стационарные клинические отделения в принудительном порядке, производится по заключению ВКК, решению суда, постановлению прокурора.

60. Выписка пациента, к которому по определению суда применены принудительные меры медицинского характера и меры безопасности, производится только по вступившему в силу определению суда.

61. Выписка пациента из психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением к месту дальнейшего лечения осуществляется в сопровождении медицинских работников. Допускается сопровождение к месту дальнейшего лечения родственниками пациента.

Информация о выписке больного направляется в суд, вынесший постановление о замене вида принудительного лечения, в территориальное Управление внутренних дел по месту жительства, родственникам больного.

62. Пациенту, госпитализированному в стационарное клиническое отделение добровольно, отказывается в выписке, если ВКК установлены основания для госпитализации в принудительном порядке, предусмотренные пунктом 1 статьи 94 Кодекса. В таком случае вопросы о его пребывании в клиническом отделении, продлении госпитализации и выписке из стационара решаются в порядке, установленном пунктами 8, 9, 10 статьи 125 и пунктом 3 статьи 128 Кодекса.

63. Руководитель республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ организует введение данных в портал "Электронный регистр стационарных больных".

64. После выписки медицинская карта стационарного больного хранится в архиве организации, в течении установленного срока в соответствии с приказом № 907.

Глава 4. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме стационарозамещающей помощи

65. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в форме стационарозамещающей помощи оказывается в дневных стационарах республиканской организации психического здоровья, ЦПЗ.

66. Госпитализация в дневной стационар осуществляется в плановом порядке.

67. Показаниями для лечения в дневном стационаре лиц с психическими и поведенческими расстройствами являются:

1) необходимость активной терапии лица с психическими и поведенческими расстройствами (стадия субкомпенсации, декомпенсации), не требующее круглосуточного наблюдения;

2) обострение психических и поведенческих расстройств невротического или неврозоподобного уровня, не требующее круглосуточного наблюдения;

3) необходимость постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке, после получения курса лечения в круглосуточном стационаре;

4) проведение обследований и экспертиз, не требующих круглосуточного стационарного наблюдения.

68. Противопоказаниями для лечения в дневном стационаре являются:

1) наличие сопутствующих заболеваний, требующих лечения в стационарах другого профиля;

2) психопатологические состояния, требующие стационарного лечения по экстренным показаниям;

3) наличие генерализованных судорожных приступов (более 1-го раза в месяц);

4) инфекционные заболевания в период эпидемиологической опасности.

69. Длительность лечения в дневном стационаре составляет не более 30 дней.

В случаях ухудшения состояния пациента, требующего круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, он госпитализируется в соответствующее стационарное отделение центра психического здоровья.

70. Ежедневное время пребывания в дневном стационаре не менее 6 часов. В дневном стационаре предусматривается двухразовое питание с учетом времени приема психотропных препаратов.

71. При госпитализации в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара или приемно-диагностического отделения, осуществляет следующие мероприятия:

- 1) проводит идентификацию пациента;
- 2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации, в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;
- 3) оценивает психическое и соматическое состояние, а также результаты лабораторно-диагностических исследований, определяет наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- 5) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907.

72. При госпитализации в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара или приемно-диагностического отделения осуществляет следующие мероприятия:

- 1) присваивает пациенту регистрационный медицинский код согласно приложению 3 к настоящему Стандарту;
- 2) направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;
- 3) оценивает психическое и соматическое состояние, а также данные результаты лабораторно-диагностических исследований (при наличии), определяет наличие показаний и противопоказаний для госпитализации;
- 4) устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- 5) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907, при этом: имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

73. После поступления в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами, заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара осуществляет следующие мероприятия:

- 1) проводит идентификацию пациента;
- 2) проверяет наличие и соответствие имеющейся медицинской и другой документации;
- 3) оценивает психическое и соматическое состояния, а также данные результатов лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- 4) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907.

74. После поступления в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением ПАВ для лечения в анонимном порядке, заведующий или врач-психиатр (нарколог) дневного стационара осуществляет следующие мероприятия:

- 1) в случае необходимости направляет на прохождение регламентированных и (или) дополнительных обследований;
- 2) оценивает психическое и соматическое состояния, результаты лабораторно-диагностических исследований, устанавливает предварительный диагноз, определяет объем дифференциальной диагностики, режим наблюдения, лечебное питание и другие лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

3) заполняет первичную медицинскую документацию, утвержденную приказом № 907, при этом: имя и отчество (при наличии), дата рождения, адрес проживания заполняются со слов пациента.

75. После поступления в дневной стационар лица с психическими и поведенческими расстройствами медицинская сестра осуществляет следующие мероприятия:

- 1) измерение антропометрических данных;
- 2) заполнение первичной медицинской документации, утвержденной приказом № 907;
- 3) выполнение врачебных назначений.

76. Оказание медико-социальной помощи в дневном стационаре осуществляется согласно стандартам оказания специальных социальных услуг в области здравоохранения, утвержденным приказом № 630.

77. Выписка производится по выздоровлении пациента или улучшении его психического состояния, когда возможен перевод на амбулаторное лечение, а также по завершению обследования, экспертизы, явившихся основаниями для помещения в дневной стационар.

В день выписки пациента из дневного стационара составляется эпикриз, копия которого направляется в первичный центр психического здоровья, по месту жительства пациента, для приобщения его к медицинской карте амбулаторного больного.

78. После выписки медицинская карта стационарного больного хранится в архиве организации в течении установленного срока.

Глава 5. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья в форме скорой медицинской помощи

79. Скорая помощь предоставляется в виде скорой специализированной психиатрической помощи.

80. Оказание скорой специализированной психиатрической помощи осуществляется специализированными бригадами, организованными в составе станции скорой медицинской помощи или ЦПЗ.

81. Деятельность скорой специализированной психиатрической помощи регламентируется приказом № 450.

Глава 6. Организация оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья при суицидальном поведении

82. При выявлении участковым врачом или врачом общей практики амбулаторно-поликлинической организации (далее – АПО) лица с суицидальным поведением, обратившегося самостоятельно или при направлении психологами, осуществляются следующие мероприятия:

- 1) оценка риска совершения суицида;
- 2) определение плана наблюдения и лечения;
- 3) оформление медицинской документации.

83. Для несовершеннолетних, перед проведением обследования для оценки риска совершения суицида, необходимо получение разрешения законных представителей.

84. Разрешение законных представителей на проведение обследования для оценки риска совершения суицида оформляется в письменном виде в произвольной форме и остается в медицинской документации. В случае невозможности получить разрешение, оценка риска проводится без их согласия при наличии признаков, соответствующих критериям регламентированным статьей 94 Кодекса.

85. Оценка риска совершения суицида проводится в три этапа:

- 1) определение необходимости проведения оценки риска совершения суицида

;

2) определение факторов риска совершения суицида, с оценкой предрасполагающих, усиливающих и защитных факторов;

3) определение степени риска совершения суицида.

86. Необходимость проведения оценки риска совершения суицида определяется на основании оценки психического состояния на момент осмотра и анамнестических сведений.

87. При оценке психического состояния обращается внимание на:

1) общий вид и поведение (оценка психомоторного состояния и функции волевой сферы – возбуждение, ступор, стереотипии, навязчивые действия, импульсивные поступки);

2) эмоциональное состояние (оценка тревоги, страхов, беспокойства, напряжения); настроения – снижение (от нормальной грусти, через субклиническую депрессию до депрессии), повышение (от эйфории, через гипоманию до мании), смешанные состояния (одновременно депрессивные и маниакальные симптомы), гнев, злость, равнодушие; адекватности эмоций ситуации;

3) мышление (нарушение формы мышления – ускорение или замедление его темпа (чрезмерная мелочность), задержка (внезапное затруднение движения мыслей, мышления), рассеянность или расщепление, персеверации (стереотипное повторение), obsessions (навязчивые мысли); нарушение мышления по содержанию – идеи);

4) восприятие (нарушения – галлюцинации (восприятие несуществующих объектов), иллюзии (искаженное восприятие существующих объектов);

5) высшие функции познания: память, способность к адекватной оценке реальности, к абстрактному мышлению и самосознанию (саморефлексии), а также к контролю собственных влечений (агрессивных, сексуальных).

88. При сборе анамнестических сведений обращается внимание на:

1) семейную среду с раннего детства и до настоящего времени, в том числе домашнее (бытовое) и(или) сексуальное насилие;

2) семейную историю суицида и психических расстройств, в том числе расстройств, вызванных злоупотреблением алкоголя или наркотиками;

3) несуйцидальные самоповреждения;

4) особенности психического развития, склада личности, обучения и профессиональной деятельности, круга интересов и увлечений, семейных взаимоотношений;

5) при подозрении на наличие психического расстройства, начало появления симптомов, их связь с психосоциальными факторами;

6) историю суйцидального поведения (если есть) (количество предыдущих попыток суицида; для каждой попытки: когда произошла, обстоятельства и

провоцирующие факторы; способ и его потенциальная летальность; степень предпринятых мер по планированию и сведению к минимуму риска обнаружения или препятствий (для попытки); употребление алкоголя и наркотиков перед попыткой; последствия и медицинская тяжесть последствий; отношение к попытке);

7) психосоциальные ситуации и недавние потери (фактические, воспринимаемые или потенциальные): смерть дорогого человека или существа (идола, образца для подражания, или домашнего животного); разрыв отношений, развод или разъединение; межличностные конфликты, стрессовые или неблагоприятные, или сложные отношения; проблемы с учебой; потеря работы или жилья; начало болезни близкого человека или дорогого существа; финансовые и юридические трудности; годовщина потери; переезд на новое место);

8) если имеется ранее установленный диагноз, собирается информация об истории лечения (предыдущие и сопутствующие диагнозы, предшествующие госпитализации и другие виды лечения) и соблюдении назначенного лечения.

89. Определение факторов риска совершения суицида проводится на основании данных психического состояния и анамнеза с распределением на три группы:

1) первичные – психиатрические (психобиологические) факторы;

2) вторичные – психосоциальные особенности и (или) соматические заболевания;

3) третичные – демографические факторы.

90. К первичным психиатрическим (психобиологическим) факторам относятся:

1) суицидальные мысли, суицидальные планы (текущие или предыдущие), попытки самоубийства (включая отмененные или прерванные попытки);

2) психические и поведенческие расстройства: безнадежность и возбуждение/тревога (в том числе бессонница);

3) семейная история самоубийств.

91. К вторичным (психосоциальным особенностям и(или) соматическим заболеваниям) факторам относятся:

1) неблагоприятные события в детстве (травма детства (сексуальное и физическое насилие)), другое (разделение семьи, потеря родителей, ребенок отдан на воспитание в другую семью, и так далее);

2) длительные неблагоприятные жизненные ситуации (изоляция, плохие отношения с семьей, запугивание, хроническая болезнь, ВИЧ/СПИД);

3) острый психосоциальный стресс (недавняя потеря близкого человека), стрессовое событие (распад отношений, постановка диагноза или начало серьезного соматического заболевания).

92. К третичным (демографическим) факторам относятся:

1) пол:

мужской - чаще завершённое самоубийство;

женский - чаще суицидальные мысли и (или) попытка суицида;

2) возраст:

подростки и молодые мужчины;

пожилые (оба пола);

3) уязвимые интервалы:

весна и (или) начало лета;

предменструальный период;

4) особые группы:

родственники жертв суицида;

жертвы чрезвычайных происшествий, катастроф, стихийных бедствий;

представители сексуальных ориентаций отличных от гетеросексуальной;

заключенные.

93. К предрасполагающим факторам риска совершения суицида относятся:

генетические и биологические факторы риска;

семейная история самоубийств и проблемы психического здоровья;

психические расстройства;

употребление и (или) злоупотребление ПАВ;

импульсивное и (или) агрессивное поведение;

детская травма.

94. К факторам защиты относятся:

устойчивость;

навыки решения проблем;

самооценка;

поиск помощи;

социальная и семейная поддержка;

религиозность;

здоровый образ жизни.

95. К потенцирующим факторам относятся:

стрессовые жизненные события;

наличие средств совершения суицида;

безнадежность;

психомоторное возбуждение;

острые фазы психических расстройств;

рискованное поведение.

96. Определение степени риска совершения суицида осуществляется на основании соотношения факторов риска и определяются как:

1) чрезвычайный риск – устанавливается при наличии суицидальных мыслей или попыток, сопровождаемых другими первичными и (или) вторичными и третичными факторами риска;

2) умеренный риск – устанавливается при наличии одного или нескольких первичных факторов риска, за исключением суицидальных мыслей или попыток, сопровождаемых вторичными и третичными факторами риска;

3) низкий риск – устанавливается при наличии вторичных и (или) третичных факторов риска, в отсутствие первичных факторов риска.

97. При наличии у лица риска совершения суицида составляется план наблюдения и лечения, который включает:

1) установление и поддержание терапевтического альянса;

2) обеспечение безопасности пациента и безопасного окружения;

3) определение параметров и плана лечения.

98. Наличие у лица риска совершения суицида является показанием для проведения консультации взрослого или детского врача-психиатра (нарколога). Для организации консультации врач ПМСП в устной форме извещает врача-психиатра (нарколога).

99. Установление и поддержание терапевтического альянса осуществляется путем:

1) эмпатического (сопереживающего) понимания суицидальных мыслей и поведения;

2) обеспечения реальной поддержки и подтверждения понимания уровня дискомфорта и страданий подростка;

3) установления доверительного и взаимоуважительного отношения;

4) обеспечения конфиденциальности (с объяснением необходимости информирования родителей (опекуна) в случае непосредственной опасности);

5) укрепления желания жить (исследование существующего у него конфликта между желанием жить и совершить суицид, повышения восприятия возможных альтернатив суициду);

6) контроля за собственными эмоциями и реакцией на суицидального пациента (обременяющее чувство ответственности, разочарование в связи с агрессивными и несоответствующими реакциями пациентов, тревога, повышенный интерес, сдержанность, раздражение, избегание, отрицание, пассивность).

100. Обеспечение безопасности пациента и безопасного окружения осуществляется путем:

обеспечения наблюдения и поддержки;
ограничения доступа к средствам совершения суицида.

101. Определение параметров и плана лечения:

лечение проводится в наименее ограничивающей, но при этом максимально безопасной и эффективной обстановке. Выбор схемы лечения варьирует от принудительной госпитализации до периодических амбулаторных визитов.

При определении плана и параметров лечения учитываются:

степень суицидального риска;

сопутствующие психические и поведенческие расстройства и другие заболевания;

наличие прочной психосоциальной поддержки;

способность обеспечить адекватную самопомощь, поддерживать надежную обратную связь с врачом и сотрудничать в лечении;

возможная опасность для других.

102. Лечение осуществляется в стационарных, стационарозамещающих и амбулаторных условиях.

103. Показания для стационарного лечения в ЦПЗ:

1) добровольно:

госпитализация требуется – при наличии у лица с чрезвычайным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов, при отсутствии или недостаточности защитных факторов;

госпитализация показана – при наличии у лица с чрезвычайным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов и при наличии одного или нескольких защитных факторов;

госпитализация рекомендуется – при наличии у лица с умеренным риском совершения суицида, одного или нескольких усиливающих факторов, при отсутствии или недостаточности защитных факторов;

2) принудительная госпитализация осуществляется только при выявлении признаков, регламентированных статьей 94 Кодекса.

104. Противопоказания для госпитализации в стационар ЦПЗ определяются в соответствии с критериями, указанными в пункте 31 настоящего Стандарта.

105. Показания для стационарозамещающего лечения в ЦПЗ и организациях ПМСП:

1) наличие показаний, указанных в пункте 67 настоящего Стандарта и отказе от стационарного лечения;

2) отсутствие у лица с умеренным риском совершения суицида, усиливающих и защитных факторов.

106. Противопоказания для стационарозамещающего лечения в ЦПЗ определяются в соответствии с критериями, установленными в пункте 68 настоящего Стандарта.

Противопоказания для стационарозамещающего лечения в организациях ПМСП определяются в соответствии с критериями определенными правилами оказания стационарозамещающей помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 17 августа 2015 года № 669 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 12106).

107. Показания для амбулаторного лечения:

1) наличие у лица с умеренным и (или) низким риском совершения суицида, одного или нескольких защитных факторов, при отсутствии усиливающих факторов;

2) отказ от предложенного стационарного и стационарозамещающего лечения

108. Стационарозамещающее и (или) амбулаторное наблюдение и лечение лица, имеющего риск совершения суицида в организациях ПМСП осуществляется следующими специалистами (членами лечащей команды):

1) участковым врачом или врачом общей практики;

2) психологом;

3) врачом-психиатром (наркологом).

109. Меры предосторожности при выборе стационарозамещающего и амбулаторного лечения:

1) определение графика наблюдения членами лечащей команды, в том числе и для оперативного реагирования при резком ухудшении состояния и (или) совершении суицидальной попытки;

2) создание безопасных условий вокруг пациента, в которых задействованы семья, и/или родственники, и/или друзья, и/или законные представители (далее – лица, предоставляющие уход).

110. Лечение лица с риском совершения суицида включает в себя:

1) предоставление психологической поддержки, всеми членами лечащей команды;

2) работа с текущими психосоциальными стрессорами;

3) фармакологическое лечение (при необходимости).

111. Предоставление психологической поддержки осуществляется при соблюдении этических принципов психологической помощи, включающих в себя:

1) доброжелательное и безоценочное отношение;

2) ориентация на нормы и ценности лица;

- 3) запрет давать советы;
- 4) разграничение личных и профессиональных отношений;
- 5) использование существующего конфликта между желанием жить и совершить суицид;
- 6) рассмотрение причины продолжения жизни и альтернативы суициду;
- 7) высказывания веры в положительный исход;
- 8) рассмотрение возможности обращения к специалисту службы в области психического здоровья.

112. Работа с текущими психосоциальными стрессорами предполагает оценку степени выраженности и принятия мер по их устранению.

К психосоциальным стрессорам относятся:

- 1) заболевания у родителей и (или) близких родственников;
- 2) жестокое обращение, игнорирование или издевательства;
- 3) проблемы с успеваемостью (для подростка);
- 4) семейные розни, проблемы в общении, отсутствие поддержки.

113. Фармакологические средства для лечения лиц с риском совершения суицида применяются в соответствии с протоколами диагностики и лечения.

114. При несоблюдении врачебных назначений, лечебного режима (приверженности к лечению) врачу необходимо:

выяснить причину, и осуществить целенаправленный опрос в части:

- 1) осознание лицом болезни и необходимости лечения;
- 2) понимание рекомендованного плана лечения или дозировки лекарственных средств;
- 3) наличие побочных эффектов лекарственных препаратов;
- 4) наличие финансовых трудностей.

Провести следующие мероприятия:

- 1) создать терапевтический альянс;
- 2) пересмотреть план лечения, с учетом потребностей и предпочтений конкретного пациента;
- 3) провести психообразование, включающее в себя обучение о психических расстройствах, лекарствах и их побочных эффектах, склонности к суициду (суицидальности), важности роли психосоциальных стрессов в провоцировании или усугублении суицидальности или симптомов психических расстройств;
- 4) напомнить по телефону или составить сообщение для пациента и/или лица предоставляющий уход о следующем приеме, частоте приема лекарства, необходимости времени для получения терапевтического эффекта, необходимости принимать лекарства, даже если состояние улучшилось,

необходимости проконсультироваться с врачом перед прекращением приема лекарств и возможности обратиться к врачу, если возникнут проблемы или вопросы;

5) выйти на связь с пациентом и/или лицом предоставляющим уход, если прием был пропущен.

115. При амбулаторном наблюдении и лечении лица, имеющего риск совершения суицида, врач АПО заводит дополнительную медицинскую карту амбулаторного больного по форме 025/у, утвержденную приказом № 907, в которую вносится: согласие или отказ законных представителей (при обследовании несовершеннолетнего лица) или совершеннолетнего лица на обследование, результаты обследования, согласие или отказ законных представителей (при обследовании несовершеннолетнего лица) или совершеннолетнего на лечение, заключения консультантов, предпринятые шаги и обоснования действий по наблюдению и лечению.

При ведении электронных медицинских карт амбулаторного больного, указанная в настоящем пункте информация, вносится в отдельную вкладку, доступ к которой имеют только врач ПМСП и врач-психиатр (нарколог) или детский врач-психиатр (нарколог).

Глава 7. Деятельность организаций здравоохранения оказывающих медико-социальную помощь в области психического здоровья

116. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая во врачебной амбулатории, центре первичной медико-санитарной помощи (центр семейного здоровья) предусматривает:

1) выявление лиц с психическими и поведенческими расстройствами и при необходимости направление их в кабинет психического здоровья, ПЦПЗ либо в ЦПЗ;

2) диагностику, лечение лиц с пограничными психическими и поведенческими расстройствами;

3) первичную профилактику психических и поведенческих расстройств среди населения с формированием групп риска развития психических и поведенческих расстройств.

117. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в кабинете психического здоровья районной поликлиники или номерной районной поликлиники предусматривает:

1) координацию оказания медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории;

2) осуществление профилактического осмотра на выявление лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) проведение приема, консультации лиц, обращающихся за специализированной помощью;

4) осуществление динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории, своевременный перевод пациентов в соответствующие группы динамического наблюдения;

5) проведение лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами согласно клинических протоколов диагностики и лечения;

6) организацию консультации и госпитализации лиц с подозрением или установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств на обследование или лечение в ПЦПЗ, ЦПЗ или в республиканскую организацию психического здоровья;

7) проведение анализа причин отказов к получению стационарного лечения лиц с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств;

8) осуществление консультации и патронажа на дому;

9) ведение карты наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством по форме № 030-2/у в соответствии с приказом № 907;

118. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в ПЦПЗ предусматривает:

1) координацию, мониторинг и анализ оказания медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории;

2) осуществление профилактического осмотра на выявление лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) проведение приема, консультации лиц, обращающихся за специализированной помощью;

4) постановку на учет лиц с психическими и поведенческими расстройствами проживающих на обслуживаемой территории;

5) осуществление динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами проживающих на обслуживаемой территории, своевременный перевод пациентов в соответствующие группы динамического наблюдения;

6) оказание психотерапевтической, психологической и социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами;

7) проведение лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами согласно клинических протоколов диагностики и лечения;

8) организацию консультации и госпитализации лиц с подозрением или установленным диагнозом психического и поведенческого расстройства на обследование или лечение в ЦПЗ или в республиканскую организацию психического здоровья;

9) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную и поддерживающую терапию лиц, зависимых от ПАВ;

10) проведение анализа причин отказов к получению стационарного лечения лиц с установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств;

11) осуществление консультации и патронажа на дому;

12) консультативную помощь врачам ПМСП, иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;

13) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

14) выдачу заключений, справок о психическом состоянии лица и (или) о нахождении на учете для оказания динамического наблюдения, по соответствующим запросам в рамках действующего законодательства;

15) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу, принудительное лечение лиц, с зависимостью от ПАВ;

16) участие в исследованиях по укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с психическими и поведенческими расстройствами на обслуживаемой территории;

17) реализацию мероприятий по повышению информированности населения в вопросах психического здоровья;

18) обеспечение взаимодействия и преемственности амбулаторной и стационарной помощи;

19) оказание медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, проживающих в сельской местности по направлению врачей кабинетов психического здоровья;

20) ведение медицинской документации в соответствии с приказом № 907.

119. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в ЦПЗ предусматривает:

1) координацию, мониторинг, анализ организационной, профилактической, лечебно-диагностической деятельности и развития службы охраны психического здоровья;

2) оказание любых форм профилактической, консультативно-диагностической, лечебной, медико-социальной, реабилитационной помощи в области охраны психического здоровья, а также сопутствующих заболеваний у лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) организацию консультаций, госпитализации лиц с подозрением или установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств на

обследование или лечение в республиканской организации психического здоровья;

4) участие в исследованиях по укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с психическими и поведенческими расстройствами на региональном уровне;

5) обеспечение взаимодействия и преемственности при предоставлении стационарной и амбулаторной помощи;

6) оказание медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, проживающим в сельской местности по направлению врачей кабинетов психического здоровья;

7) консультативную помощь врачам ПМСП, а также иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;

8) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу;

9) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

10) выдачу заключений, справок о психическом состоянии лица по соответствующим запросам в рамках действующего законодательства;

11) организацию информирования, обмена мнениями и опытом по вопросам охраны психического здоровья посредством всех имеющихся способов коммуникаций на региональном уровне;

12) ведение медицинской документации.

120. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в республиканской организации психического здоровья предусматривает:

1) координацию, мониторинг и анализ научной, организационной, профилактической и лечебно-диагностической деятельности, участие в разработке проектов законодательных и иных нормативных правовых актов по вопросам охраны психического здоровья и развития службы;

2) проведение, участие в исследованиях, разработка и внедрение мер, новых методов и методик, направленных на укрепление психического здоровья, повышение качества жизни, уровня психического благополучия населения, в том числе лиц с психическими и поведенческими расстройствами, на региональном, республиканском и международном уровнях;

3) оказание любых форм профилактической, консультативно-диагностической, лечебной, медико-социальной,

реабилитационной помощи в области охраны психического здоровья, а также сопутствующих заболеваний у лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

4) образовательную деятельность по вопросам охраны психического здоровья ;

5) консультативную помощь врачам ПМСП, иным специалистам врачебного профиля по вопросам диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств;

6) оформление медицинской документации для направления на медико-социальную экспертизу;

7) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

8) выдачу заключений, справок о психическом состоянии лица, по соответствующим запросам в рамках действующего законодательства;

9) организацию информирования, обмена мнениями и опытом по вопросам охраны психического здоровья посредством всех имеющихся способов коммуникаций на региональном, республиканском и международном уровнях;

10) разработку, издание и реализацию аудиовизуальной и электронно-информационной продукции для населения и отдельных групп, в том числе профессиональных по вопросам в области психического здоровья;

11) взаимодействие, научное и научно-техническое сотрудничество с организациями, в том числе с международными по вопросам охраны психического здоровья.

121. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением предусматривает:

1) координацию, мониторинг и анализ осуществления принудительных мер медицинского характера в отношении лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния;

2) осуществление принудительных мер медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа и психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, в отношении лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния;

3) оказание специальных социальных услуг.

122. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в стационарных отделениях предусматривает:

1) предоставление специализированной психиатрической (наркологической, психотерапевтической, медико-психологической и медико-социальной) помощи населению в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения;

2) профилактику заболеваний психических и поведенческих расстройств:
вторичная профилактика, направленная на предупреждение прогрессирования заболеваний психическими и поведенческими расстройствами, на ранних стадиях и их последствий;

третичная профилактика, направленная на контролирование уже развившихся осложнений;

3) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

4) реализацию мероприятий по снижению общественно-опасных действий лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

5) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья;

6) достижение терапевтической ремиссии для проведения трудовой терапии и ресоциализации лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами;

7) трудовую терапию и ресоциализацию лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

8) достижение длительной и устойчивой ремиссии, мотивация на противорецидивную и поддерживающую терапию лиц, зависимых от ПАВ;

9) обеспечение взаимодействия и преемственности стационарных, стационарозамещающих и амбулаторных подразделений;

10) анализ эффективности, оказываемой стационарной медико-социальной помощи по данным учетно-отчетной документации.

123. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в общеклиническом отделе предусматривает:

1) оказание консультативно-диагностической медицинской помощи;

2) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

3) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья.

124. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая скорой специализированной психиатрической бригадой предусматривает:

1) проведение психиатрического освидетельствования и оказание скорой специализированной психиатрической помощи во всех случаях, когда психическое состояние пациента требует безотлагательных медицинских мер, включая решение вопроса о применении лекарственной терапии;

2) транспортировку нуждающихся лиц с психическими и поведенческими расстройствами в медицинские организации, оказывающие профильную круглосуточную помощь по направлениям врачей психиатров (наркологов).

125. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в дневном стационаре предусматривает:

1) лечение лиц с обострениями или декомпенсацией психических и поведенческих расстройств, нуждающихся в активной терапии, проведении комплекса лечебно-восстановительных мероприятий и не нуждающихся в круглосуточном стационарном наблюдении;

2) долечивание пациентов, получивших основной курс лечения в круглосуточном стационаре и нуждаются в постепенной адаптации к обычной жизненной обстановке;

3) оказание пациентам социально-правовой помощи, урегулирование трудовых бытовых вопросов;

4) оказание медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами, при целесообразности по медицинским показаниям нахождения пациентов в условиях привычной микросоциальной среды;

5) проведение анализа основных статистических показателей и эффективности оказываемой медико-социальной помощи лицам с психическими и поведенческими расстройствами;

6) экспертизу временной нетрудоспособности больных;

7) реализацию мероприятий по снижению социальной стигматизации и дискриминации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

8) реализацию мероприятий информационно-пропагандистского характера по повышению информированности населения по вопросам психического здоровья;

9) обеспечение взаимодействия и преемственности дневного стационара, стационарной и амбулаторной помощи;

10) внедрение новых организационных форм, клинически эффективных и безопасных методов диагностики, лечения и реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

11) мониторинг и анализ рационального расходования средств на бесплатное лечение больных с психическими и поведенческими расстройствами в дневном стационаре.

126. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в центре временной адаптации и детоксикации предусматривает:

1) определение степеней опьянения (интоксикации), вызванных употреблением ПАВ;

- 2) принятие решения о необходимости госпитализации в условиях центра временной адаптации и детоксикации или об отказе в госпитализации;
- 3) оказание медицинской помощи лицам, находящимся в состоянии средней степени опьянения (интоксикации) от алкоголя;
- 4) мотивацию на прохождение программы медико-социальной реабилитации лиц, которым в процессе оказания помощи выставлен диагноз сформированной зависимости от ПАВ;
- 5) организацию преемственности оказания наркологической помощи.

127. Деятельность отделения медико-социальной реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами и отделения социальной реабилитации зависимостей организаций здравоохранения в области психического здоровья предусматривает:

- 1) социализацию и трудовую реабилитацию лиц с психическими и поведенческими расстройствами;

- 2) содействие в трудоустройстве и овладении лицами с психическими и поведенческими расстройствами новой профессии на предприятии или в учреждении социального обеспечения;

- 3) организацию любого вида трудовой деятельности, за исключением отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источниками повышенной опасности, согласно приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 188 "Об утверждении перечня медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности, а также работ, связанных с источником повышенной опасности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10858).

128. Отделение медико-социальной реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами и отделение социальной реабилитации зависимостей могут заниматься реализацией производимых товаров и оказываемых услуг.

129. Деятельность кабинета медицинского освидетельствования для установления факта употребления ПАВ и состояния опьянения предусматривает:

- 1) круглосуточное освидетельствование для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения;

- 2) выдачу заключения по результатам освидетельствования установленного образца;

- 3) ведение медицинской документации.

130. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в кабинете анонимного лечения предусматривает:

1) оказание амбулаторной специализированной медицинской помощи лицам, употребляющим с пагубными последствиями алкоголь и (или) другие ПАВ и с зависимостью от алкоголя и (или) других ПАВ в соответствии с протоколами диагностики и лечения;

2) амбулаторно-поликлиническую помощь добровольно обратившимся больным, употребляющим с пагубными последствиями алкоголь и (или) другие ПАВ и с зависимостью от алкоголя и (или) других ПАВ;

3) наблюдение, поддерживающую и противорецидивную терапию больных, прошедших лечение в наркологических отделениях;

4) проведение анализа эффективности, оказываемой наркологической помощи.

131. Медико-социальная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами, оказываемая в пункте предоставления поддерживающей заместительной терапии предусматривает:

1) услуги по программе заместительной терапии, включающей выдачу заместительных препаратов, психосоциальное консультирование в соответствии с утвержденным протоколом диагностики и лечения;

2) повышение качества жизни и социальной адаптации пациентов с опиоидной зависимостью;

3) снижение частоты и объема употребления нелегальных наркотических веществ;

4) снижение риска передачи ВИЧ-инфекции и других сопутствующих заболеваний среди потребителей инъекционных наркотиков;

5) увеличение приверженности к антиретровирусной терапии ВИЧ-инфицированных лиц, зависимых от опиоидов.

Приложение 1
к Стандарту организации
оказания медико-социальной
помощи в области психического
здоровья населению
Республики Казахстан

Диагнозы психических и поведенческих расстройств по МКБ-10, входящие в компетенцию врачебного персонала первичной медико-санитарной помощи

F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство;

F32.0 Депрессивный эпизод легкий;

F43.2 Расстройство адаптации;

F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство;

F45 Соматоформное расстройство;

F54 Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках;
 F55 Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость;
 F17.1 Пагубное употребление табака.

Приложение 2
 к Стандарту организации
 оказания медико-социальной
 помощи в области психического
 здоровья населению
 Республики Казахстан

Группы динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами

№	Группа динамического наблюдения	Критерии взятия на учет для оказания динамического наблюдения лиц с психическими и поведенческими расстройствами	Частота наблюдения	Критерии перевода лица с психическим и поведенческим расстройством в другую группу	Критерии снятия с учета лица с психическим и поведенческим расстройством
1	2	3	4	5	6
1.	1 группа динамического психиатрического наблюдения	Лица склонные по своему психическому состоянию к социально-опасным действиям, в том числе, имеющие риск совершения насильственных действий сексуального характера в отношении несовершеннолетних, а также совершивших особо опасные деяния в состоянии невменяемости, и которым судом определены принудительные меры медицинского	не менее одного раза в месяц		- отсутствие критериев, указанных в

		характера в виде амбулаторного принудительного лечения.			столбце 3, не менее 12 месяцев;
2.	2 группа динамического психиатрического наблюдения	Лица с психическими и поведенческими расстройствами имеющие инвалидность по психическому заболеванию; лица с диагнозом F20 "Шизофрения" в течение одного года после установления (при этом в случае признания инвалидом он продолжает наблюдаться во 2 группе динамического психиатрического наблюдения).		- отсутствие критериев включения, указанных в столбце 3 настоящей строки, не менее 12 месяцев	- изменение постоянного места жительства с выездом за пределы обслуживаемой территории;
3.		2А – лица с частыми и выраженными обострениями психотической симптоматики, декомпенсациями, нуждающиеся в психофармакотерапии.	не менее одного раза в три месяца		- отсутствие каких-либо достоверных сведений о местонахождении и в течение 12 месяцев;
4.		2Б – лица со стабилизированными состояниями, с умеренно прогрессивным течением процесса и спонтанными ремиссиями.	не менее одного раза в шесть месяцев		- смерть, на основании медицинского свидетельства о смерти, и (или) подтвержденная данными в регистре прикрепленного населения.
		Лица склонные к социально-опасным действиям,			

5.	Группа динамического наркологического наблюдения	вследствие клинических проявлений психических и поведенческих расстройств, вызванные злоупотреблением психоактивных веществ	не менее одного раза в месяц	отсутствие критериев включения, указанных в столбце 3 настоящей строки, не менее 12 месяцев	
----	--	---	------------------------------	---	--

Приложение 3
к Стандарту организации
оказания медико-социальной
помощи в области психического
здоровья населению
Республики Казахстан

Регистрационные медицинские коды, присваиваемые лицу с психическими и поведенческими расстройствами, вызванным употреблением психоактивных веществ для лечения в анонимном порядке

№	Область, город	Буквенное обозначение области, города	Порядковый номер медицинской карты стационарного больного
1	г. Астана	Z	****
2	г. Алматы	A	****
3	Алматинская область	B	****
4	Акмолинская область	C	****
5	Актюбинская область	D	****
6	Атырауская область	E	****
7	Восточно-Казахстанская область	F	****
8	Жамбылская область	H	****
9	Западно-Казахстанская область	L	****
10	Карагандинская область	M	****
11	Кызылординская область	N	****
12	Костанайская область	P	****
13	Мангыстауская область	R	****
14	Туркестанская область	X	****
15	Павлодарская область	S	****
16	Северо-Казахстанская область	T	****
17	г. Шымкент	Y	****

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан