

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ
19 июля 2012 г. № 110

Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями

На основании части третьей статьи 33 Закона Республики Беларусь от 7 января 2012 года «Об оказании психиатрической помощи» Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневиц

СОГЛАСОВАНО

Первый заместитель Министра
труда и социальной защиты
Республики Беларусь

П.П.Грушник

05.07.2012

СОГЛАСОВАНО

Министр внутренних дел
Республики Беларусь

И.А.Шуневиц

20.07.2012

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
19.07.2012 № 110

ИНСТРУКЦИЯ

о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями

1. Настоящая Инструкция определяет порядок осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (далее, если иное не определено настоящей Инструкцией, – пациенты), в государственных психиатрических (психоневрологических) организациях здравоохранения и иных государственных организациях здравоохранения, не являющихся психиатрическими (психоневрологическими) организациями здравоохранения и оказывающих в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, психиатрическую помощь (далее – диспансерное наблюдение).

2. Диспансерное наблюдение осуществляется врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) путем регулярных осмотров

пациента, направленных на оказание ему необходимой психиатрической помощи. Данные осмотры осуществляются при явке пациента в организации здравоохранения, указанные в пункте 1 настоящей Инструкции (далее – организации здравоохранения), либо при посещении пациента врачом-специалистом организации здравоохранения по месту его жительства (месту пребывания).

3. Диспансерное наблюдение осуществляется:

за пациентами в возрасте до восемнадцати лет – в организациях здравоохранения, оказывающих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке психиатрическую помощь детскому населению;

за совершеннолетними пациентами – в организациях здравоохранения, оказывающих в установленном законодательством Республики Беларусь порядке психиатрическую помощь взрослому населению.

4. Установление диспансерного наблюдения за пациентом осуществляется на основании заключения врачебно-консультационной комиссии организации здравоохранения (далее – ВКК).

Информация об установлении (прекращении) диспансерного наблюдения за пациентом вносится в медицинскую карту амбулаторного больного (далее – медицинская карта). Лицевая сторона медицинской карты маркируется одним из следующих способов:

«ДН» – диспансерное наблюдение;

«СУ» – подгруппа диспансерного наблюдения за пациентом с социально опасными тенденциями и действиями («Специальный учет»);

«ОУ» – подгруппа диспансерного наблюдения за пациентом с суицидальными признаками («Особый учет»);

«ПЛ» – подгруппа диспансерного наблюдения за пациентом, в отношении которого вынесено определение (постановление) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения («Принудительное лечение»).

Кроме того, в отношении пациента, за которым установлено диспансерное наблюдение, оформляется контрольная карта диспансерного наблюдения, на лицевую сторону которой также наносится соответствующая маркировка («ДН», «СУ», «ОУ», «ПЛ»).

5. При установлении диспансерного наблюдения врач-специалист сообщает пациенту или его законному представителю в доступной для понимания форме, с учетом состояния психического здоровья пациента информацию об установлении диспансерного наблюдения, характере психического расстройства (заболевания), целях, методах, продолжительности диспансерного наблюдения и рекомендуемого лечения, ожидаемых результатах и последствиях отказа от диспансерного наблюдения и (или) лечения пациента.

Факт сообщения информации, указанной в части первой настоящего пункта, оформляется записью в медицинской карте.

6. Диагностика состояния психического здоровья пациентов, за которыми установлено диспансерное наблюдение, осуществляется с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Лечение пациентов, за которыми установлено диспансерное наблюдение, проводится в соответствии с клиническими протоколами оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами.

7. При осуществлении диспансерного наблюдения формируются однородные группы (подгруппы) пациентов, объединенные спецификой и выраженностью психопатологической симптоматики, характером и степенью социальной дезадаптации и потребностью в соответствующих лечебных и реабилитационных мероприятиях (далее, если иное не определено настоящей Инструкцией, – группы (подгруппы) диспансерного наблюдения).

8. Частота осмотров пациента, за которым установлено диспансерное наблюдение, определяется врачом-специалистом с учетом состояния психического здоровья пациента, проводимого лечения, в соответствии с группой (подгруппой) диспансерного наблюдения.

9. Необходимость перевода пациентов, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение, из одной группы (подгруппы) диспансерного наблюдения в другую группу (подгруппу) диспансерного наблюдения определяется динамикой состояния их психического здоровья, ее стабильностью и степенью социально-трудовой адаптации пациентов. Решение о таком переводе принимается врачом-специалистом.

10. Первую группу диспансерного наблюдения составляют пациенты:

выписанные из психиатрического стационара;

с временной утратой трудоспособности (способности к обучению) вследствие психического расстройства (заболевания) и нуждающиеся в активной терапии;

с обострениями психического расстройства (заболевания), нуждающиеся в активной терапии и интенсивном наблюдении врача-специалиста;

с обострениями психического расстройства (заболевания), нуждающиеся в оказании плановой медицинской помощи в стационарных условиях.

11. Пациенты, выписанные из психиатрического стационара, в зависимости от состояния их психического здоровья, установленной подгруппы диспансерного наблюдения осматриваются врачом-специалистом в течение 3–5 рабочих дней после их выписки с последующим повторным осмотром через 5–14 рабочих дней.

По истечении четырех недель после первого осмотра врачом-специалистом и при стабильности состояния психического здоровья пациенты, указанные в части первой настоящего пункта, переводятся во вторую группу диспансерного наблюдения.

12. Пациенты с временной утратой трудоспособности (способности к обучению) вследствие психических расстройств (заболеваний) и нуждающиеся в активной терапии осматриваются врачом-специалистом каждые 3–5 рабочих дней до достижения стабилизации состояния их психического здоровья и восстановления трудоспособности (способности к обучению), после чего переводятся во вторую группу диспансерного наблюдения.

13. Пациенты с обострениями психического расстройства (заболевания), нуждающиеся в активной терапии и интенсивном наблюдении врачами-специалистами, осматриваются врачом-специалистом каждые 3–5 рабочих дней до улучшения и стабилизации состояния их психического здоровья, после чего переводятся во вторую группу диспансерного наблюдения.

14. Пациенты с обострениями психического расстройства (заболевания), нуждающиеся в оказании плановой медицинской помощи в стационарных условиях, осматриваются врачом-специалистом каждые 3–5 рабочих дней до госпитализации в психиатрический стационар. Установление оснований для госпитализации фиксируется в их медицинской карте.

15. Пациенты, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями) с частыми (два и более раза в год) выраженными обострениями состояния их психического здоровья, частыми (два и более раз в год) поступлениями в психиатрический стационар, нуждающиеся в активной терапии и интенсивном диспансерном наблюдении, осматриваются врачом-специалистом с периодичностью не менее одного раза в 14 рабочих дней до достижения стабилизации психического расстройства (заболевания).

16. Вторую группу диспансерного наблюдения составляют пациенты:

переведенные из первой группы диспансерного наблюдения при достижении стабилизации состояния психического здоровья, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врача-специалиста и проведении активной терапии;

переведенные из групп диспансерного наблюдения, указанных в пунктах 18, 20, 22 настоящей Инструкции, нуждающиеся в наблюдении врача-специалиста и проведении активной терапии;

подгруппы диспансерного наблюдения «ПЛ», нуждающиеся в оказании психиатрической помощи в амбулаторных условиях;

подгруппы диспансерного наблюдения «СУ» как совершавшие общественно опасные деяния, так и имеющие вследствие психического расстройства (заболевания) потенциальную возможность их совершения;

подгруппы диспансерного наблюдения «ОУ» как совершавшие суицидальные попытки, так и имеющие вследствие психического расстройства (заболевания) потенциальную возможность совершения суицида.

17. Пациенты второй группы диспансерного наблюдения, за исключением пациентов из подгруппы диспансерного наблюдения «ПЛ», осматриваются врачом-специалистом не реже одного раза в месяц продолжительностью не менее одного года, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь.

Частота осмотров пациентов из подгруппы диспансерного наблюдения «ПЛ» определяется в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

18. Третью группу диспансерного наблюдения составляют пациенты:

из числа работающих (обучающихся) с улучшением состояния психического здоровья и его стабилизацией, не нуждающихся в активной терапии;

со стабилизирующимся состоянием психического здоровья, в том числе терапевтическими и спонтанными ремиссиями, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врача-специалиста, получающие поддерживающую терапию и в отношении которых планируется и (или) проводится медицинская реабилитация;

со стабилизирующимся состоянием психического здоровья, нуждающиеся в дальнейшем наблюдении врача-специалиста, отказывающиеся от поддерживающей терапии и проведения медицинской реабилитации.

19. Пациенты третьей группы диспансерного наблюдения осматриваются врачом-специалистом не реже одного раза в два месяца.

20. Четвертую группу диспансерного наблюдения составляют пациенты:

находящиеся в состоянии ремиссии и имеющие инвалидность;

в возрасте до восемнадцати лет – страдающие умственной отсталостью, социально адаптированные, но нуждающиеся в решении социальных вопросов (дальнейшее обучение, профессиональная пригодность и другое); страдающие компенсированными поведенческими расстройствами, непсихотическими формами психических расстройств (заболеваний).

21. Пациенты четвертой группы диспансерного наблюдения осматриваются врачом-специалистом не реже одного раза в шесть месяцев.

22. Пятую группу диспансерного наблюдения составляют пациенты:

находящиеся в состоянии терапевтических и спонтанных ремиссий, с хорошей социально-трудовой адаптацией, нуждающиеся в ежегодном осмотре врачом-специалистом для уточнения уровня и стабильности достигнутой ремиссии и степени социально-трудовой адаптации;

признанные в установленном законодательством Республики Беларусь порядке недееспособными, нуждающиеся в ежегодном осмотре врачом-специалистом для уточнения состояния их психического здоровья, степени социально-трудовой адаптации и социального функционирования;

нуждающиеся по состоянию психического здоровья (деменция, тяжелая умственная отсталость и другое) в ежегодном осмотре врачом-специалистом и посещении социальным работником или медицинской сестрой, а также в необходимом уходе.

23. Пациенты пятой группы диспансерного наблюдения осматриваются врачом-специалистом не реже одного раза в год.

24. Состав пациентов пятой группы диспансерного наблюдения ежегодно пересматривается ВКК с целью определения пациентов, не нуждающихся в диспансерном

наблюдении, прекращения диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или значительным стойким улучшением состояния их психического здоровья.

25. Шестую группу диспансерного наблюдения составляют пациенты, находящиеся на лечении в психиатрическом стационаре, в том числе в отношении которых вынесено определение (постановление) суда о применении принудительных мер безопасности и лечения в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре с обычным, усиленным или строгим наблюдением.

26. На пациентов шестой группы диспансерного наблюдения, находящихся в психиатрическом стационаре более одного года, в конце календарного года из психиатрического стационара в организацию здравоохранения, которая осуществляет диспансерное наблюдение за ними, направляется информация о подтверждении пребывания или дате предполагаемой выписки.

27. При осуществлении диспансерного наблюдения и лечения учитываются клиничко-психопатологические признаки и социально-психологические факторы, взаимодействие которых может привести к формированию у пациентов психопатологического механизма общественно опасного поведения, совершению ими общественно опасных деяний и к их повторению.

28. К клиничко-психопатологическим признакам, указанным в пункте 27 настоящей Инструкции (далее – клиничко-психопатологические признаки), относятся:

расстройства личности с повышенной поведенческой активностью, агрессией и патологией влечений;

бредовые идеи определенного содержания, особенно направленные против конкретных лиц и (или) организаций и сопровождающиеся аффективной напряженностью (идеи отношения, ревности, преследования, воздействия);

периодические и пароксизмальные психотические расстройства, сопровождающиеся агрессией и имеющие тенденцию к частому возникновению;

депрессивные расстройства с бредом самообвинения (риск совершения самоубийства);

аффективные (маниакальные и гипоманиакальные) расстройства с общей расторможенностью и псевдопредприимчивостью;

психические расстройства (заболевания) у детей со значительными нарушениями поведения.

29. К социально-психологическим факторам, указанным в пункте 27 настоящей Инструкции (далее – социально-психологические факторы), относятся:

проявления социально-трудовой дезадаптации (отсутствие работы и трудовой занятости, материальная необеспеченность, жилищно-бытовая неустроенность, отсутствие постоянного места жительства);

семейное неблагополучие (неполная семья, отсутствие семьи);

подверженность асоциальному влиянию со стороны других лиц;

склонность к систематическому употреблению алкогольных напитков, наркотических средств, психотропных, токсических или других одурманивающих веществ;

наличие в анамнезе общественно опасных деяний и судимостей, применения принудительных мер безопасности и лечения, принудительных госпитализаций и лечения в психиатрических стационарах, повторность совершения общественно опасных деяний как до, так и после начала психического расстройства (заболевания);

отказ от сотрудничества с врачом-специалистом при наличии клиничко-психопатологических признаков и других указанных в настоящем пункте социально-психологических факторов;

нарушение правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов при прежних госпитализациях в психиатрические стационары.

30. Для оказания психиатрической помощи, в том числе медицинской реабилитации, пациентам с социально опасными тенденциями и действиями, за которыми установлено диспансерное наблюдение, формируется подгруппа диспансерного наблюдения «СУ».

31. В подгруппу диспансерного наблюдения «СУ» включаются пациенты:

ранее подвергавшиеся принудительной госпитализации и лечению в психиатрических стационарах;

ранее совершившие общественно опасные деяния, освобожденные от уголовной ответственности с применением принудительных мер безопасности и лечения;

ранее совершившие общественно опасные деяния, отбывавшие наказание (находившиеся в специальных учебно-воспитательных или специальных лечебно-воспитательных учреждениях) и освобожденные от дальнейшего отбывания наказания (пребывания в указанных учреждениях) в связи с наличием психического расстройства (заболевания) и в отношении которых применялись принудительные меры безопасности и лечения;

страдающие непсихотическими формами психических расстройств (заболеваний), ранее совершившие общественно опасные деяния, освобожденные от уголовной ответственности с применением принудительных мер безопасности и лечения;

ранее до установления диагноза психического расстройства (заболевания) отбывавшие наказание (находившиеся в специальных учебно-воспитательных или специальных лечебно-воспитательных учреждениях) за совершение общественно опасных деяний;

имеющие клинико-психопатологические признаки и (или) социально-психологические факторы, указанные в пунктах 28, 29 настоящей Инструкции.

32. Пациенты, включенные в подгруппу диспансерного наблюдения «СУ», наблюдаются врачом-специалистом не менее одного года и осматриваются с периодичностью не реже одного раза в месяц.

33. Основаниями для исключения пациентов из подгруппы диспансерного наблюдения «СУ» являются:

отсутствие общественно опасных деяний в течение одного года, подтвержденное документально территориальным органом внутренних дел;

изменение (ослабление) клинико-психопатологических признаков;

изменение влияния социально-психологических факторов.

34. Информация о включении в подгруппу (об исключении из подгруппы) диспансерного наблюдения «СУ» сообщается пациенту или его законному представителю в доступной для понимания форме, с учетом состояния психического здоровья пациента.

35. При осуществлении диспансерного наблюдения учитываются факторы риска суицидального поведения, указанные в пунктах 36–39 настоящей Инструкции, взаимодействие которых может привести к формированию у пациента психопатологического механизма совершения суицидальных действий.

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

мужской пол;

возраст от 15 до 19 лет и от 45 до 60 лет;

семейное положение (отсутствие семьи, неполная семья, неблагополучная семья, наличие в семье тяжелобольных совместно проживающих родственников, требующих ухода);

потеря работы, материальное неблагополучие;

образование и профессиональный статус.

37. К медицинским факторам риска суицидального поведения относятся:

аффективные расстройства настроения (депрессия);

психические расстройства (заболевания) вследствие употребления психоактивных веществ;

шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;
расстройства личности;
сочетание психических расстройств (заболеваний) с употреблением психоактивных веществ;

сочетание психических расстройств (заболеваний) с соматической патологией:
тяжелыми хроническими заболеваниями;
онкологическими заболеваниями и заболеваниями органов кроветворения;
сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемическая болезнь сердца и другие);
заболеваниями органов дыхания (астма, туберкулез);
врожденными и приобретенными дефектами;
утратой физиологических функций (способности к движению, продолжению рода, зрения, слуха и других);

инфицированием вирусом иммунодефицита человека;
состояниями после тяжелых операций;

состоянием после трансплантации органов и (или) тканей человека.

38. К биографическим факторам риска суицидального поведения относятся:

ранее совершенные суицидальные попытки;

суицидальное поведение близких родственников;

наличие психических расстройств (заболеваний) у близких родственников;

смерть близких родственников;

систематическое насилие со стороны близких родственников и (или) законных представителей в детском возрасте.

39. 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;

низкая способность к образованию компенсаторных механизмов, вытеснению фрустрирующего фактора;

тревожность и гипертрофированное чувство вины.

40. Для осуществления профилактики, лечения и медицинской реабилитации пациентов с суицидальными признаками, за которыми установлено диспансерное наблюдение, формируется подгруппа диспансерного наблюдения «ОУ».

41. В подгруппу диспансерного наблюдения «ОУ» включаются пациенты:

страдающие психическими расстройствами (заболеваниями) с сочетанием социально-демографических, медицинских, биографических и индивидуально-психологических факторов риска суицидального поведения, указанных в пунктах 36–39 настоящей Инструкции;

ранее совершившие суицидальную попытку.

42. Пациенты, включенные в подгруппу диспансерного наблюдения «ОУ», наблюдаются врачом-специалистом не менее одного года и осматриваются с периодичностью не реже одного раза в месяц.

43. Основанием для исключения пациента из подгруппы диспансерного наблюдения «ОУ» являются:

отсутствие суицидальных признаков и суицидальных действий в течение одного года;

изменение (ослабление) социально-демографических, медицинских, биографических и индивидуально-психологических факторов риска суицидального поведения, указанных в пунктах 36–39 настоящей Инструкции.

44. Информация о включении в подгруппу (об исключении из подгруппы) диспансерного наблюдения «ОУ» сообщается пациенту или его законному представителю в доступной для понимания форме, с учетом состояния психического здоровья пациента.

45. Порядок оказания психиатрической помощи пациентам подгруппы «ПЛ» определяется законодательством Республики Беларусь.

46. Диспансерное наблюдение прекращается на основании заключения ВКК в случае выздоровления или значительного стойкого улучшения состояния психического здоровья пациента.