

ческой и наркологической помощи бесплатно. Государственные муниципальные психиатрические больницы и психоневрологические диспансеры (ПНД) отнесены к казенным учреждениям. Это означает, что вся их работа финансируется только из государственного бюджета, недопустимо взимание какой-либо платы за лечение и пребывание в таких учреждениях. Организации обязательного или добровольного медицинского страхования не участвуют в их финансировании, наличие полиса медицинского страхования при обращении в государственные психиатрические учреждения не требуется. Работа с психически больными рассматривается как профессиональная вредность. Весь персонал психиатрических учреждений (и медицинский, и немедицинский) имеет право на компенсационные выплаты и дополнительный отпуск.

Лечебно-диагностическая помощь может проводиться амбулаторно или в стационаре.

Виды психиатрической и наркологической помощи

Лечебно-диагностическая помощь

- *Амбулаторная*: ПНД, наркологические диспансеры, кабинеты психоневрологов при детских и взрослых поликлиниках, специализированные кабинеты на предприятиях.
- *Стационарная*: психиатрические больницы для взрослых и детей, наркологические больницы, дневные стационары, санаторные отделения для лечения неврозов, психосоматические отделения общей больницы.
- *Неотложная психиатрическая помощь*: специализированные бригады скорой помощи, отделения интенсивной терапии психиатрического и наркологического профиля.

Учреждения реабилитации и социальной поддержки

- Лечебно-трудовые мастерские.
- Рабочие группы при органах социального обеспечения для ухода за больными на дому.
- Общежития и специализированные дома инвалидов для психически больных, оставшихся без опеки.

Образование и профессиональная подготовка инвалидов

- Специализированные школы и профессионально-технические училища.

Психиатрическая экспертиза

- *Трудовая экспертиза*: экспертиза временной нетрудоспособности, специализированные бюро медико-социальной экспертизы.
- *Судебная и военная экспертиза*: отделения судебной и военной экспертизы при районных больницах, кабинеты амбулаторной экспертизы в составе специализированных медицинских экспертных комиссий.

Амбулаторную психиатрическую помощь граждане Российской Федерации получают преимущественно в психоневрологических (ПНД) и наркологических (НД) диспансерах. Функции диспансеров весьма разнообразны, они включают, помимо собственно лечебно-диагностической помощи, социальную поддержку, реабилитацию больных, консультативную помощь родственникам пациентов, защиту правовых интересов психически больных, а также трудовую экспертизу. Граждане могут обращаться в диспансеры самостоятельно или по направлениям других медицинских учреждений, при этом помощь в данных учреждениях они получают преимущественно добровольно. Обращение в диспансер никак не ущемляет прав гражданина, врачи и персонал диспансера обязаны сохранять в тайне факт обращения за помощью. Врачебные заключения и рекомендации должны быть зафиксированы в медицинской карте, однако наличие такой карты в диспансере не означает, что гражданин находится под каким-либо специальным контролем. Большинство пациентов получают в диспансерах *консультативно-лечебную помощь*, которая предполагает, что гражданин сам определяет, когда он нуждается в совете и назначениях врача. Он волен выполнять эти советы или отказаться от дальнейшего наблюдения, никто не вправе настаивать на лечении против его воли. Чаще всего консультативно-лечебная помощь не вызывает каких-либо профессиональных или социальных ограничений. В случае болезни пациент имеет право на получение необходимых ему документов (справок, рецептов, листка временной нетрудоспособности и др.). Для лиц, страдающих хроническими заболеваниями с частыми обострениями, нуждающихся в постоянном лечении, диспансер устанавливает *диспансерное наблюдение*. Такой вид психиатрической помощи предполагает активный вызов пациента. Больных диспансерной группы врач или медицинская сестра осматривают ежемесячно (в некоторых случаях реже).

Больных, уклоняющихся от посещения ПНД, врач или медицинская сестра осматривают на дому. Предполагается, что ежедневно медицинская сестра посещает на дому примерно трех пациентов (на каждый визит отводится 45 мин). Работа диспансера организована таким образом, что при переезде диспансерного больного на другое место жительства, помещении его в стационар, направлении на экспертизу, при переводе психически больного подростка из детской поликлиники во взрослую все сведения поступают в диспансер по текущему месту жительства. Большая работа по поиску больного через адресные бюро и органы внутренних дел, составлению соответствующих уведомлений возложена на участковую медицинскую сестру. Больной находится на диспансерном учете только до тех пор, пока в этом существует необходимость. При выздоровлении или возникновении стойкой длительной ремиссии (обычно более 5 лет) пациент может быть снят с диспансерного учета. Его регистрационная карточка в этом случае изымается из регистратуры, а амбулаторная карта сдается в архив. Решение о постановке и снятии с учета принимает назначенная администрацией медицинского учреждения врачебная комиссия. В случае несогласия с врачебной комиссией пациент может обжаловать ее решение в суде.

Обязанности участковой медицинской сестры психоневрологического диспансера

Диспансерная работа:

- помощь врачу в ведении амбулаторного приема больных;
- регулярные посещения на дому больных диспансерной группы, пренебрегающих вызовами в диспансер;
- ведение документации по учету состояния больных, их перемещения на другое место жительства;
- анализ сведений, поступающих из районного (областного) стационара, подросткового кабинета, ПНД других районов для их внесения в амбулаторные и регистрационные карты;
- подготовка сведений для медицинского статистика и регистратуры.

Социальная работа:

- регулярные посещения больных для оценки их бытовых и жилищных условий;

- оценка деятельности опекуна по обеспечению условий жизни душевнобольного, контроль за расходом его материальных ценностей;
- подготовка сведений для бюро медико-социальной экспертизы и районных жилищных отделов.

Санитарно-просветительная работа:

- беседы с больными и их родственниками по вопросам рационального режима жизни, лечения и профилактики психических и соматических заболеваний.

Социальная работа ПНД включает не только направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для оформления инвалидности, но и обеспечение больных бесплатными лекарствами, а также помощь в улучшении жилищных условий, наблюдение за условиями жизни одиноких пациентов, контроль деятельности опекунов, наблюдение за поведением больных, представляющих социальную опасность (совершивших правонарушение, суицид, сексуальное насилие). При многих ПНД организованы дневные стационары, приближенные к месту жительства больных. В них пациенты находятся с 9 до 15 ч: в это время они принимают лекарства, проходят сеансы психотерапии, физиолечение, обследования специалистов, диагностические процедуры и получают питание.

Амбулаторную психиатрическую помощь детям осуществляет психоневролог при районной детской поликлинике, поскольку в этом возрасте психические расстройства бывает трудно отделить от проблем, связанных с соматическим здоровьем, от общих задержек развития и формирования нервной системы. Согласие на осмотр несовершеннолетнего психиатром дает его законный представитель (родители, опекун).

Стационарное лечение — довольно дорогостоящий вид помощи. Во многих случаях для выздоровления необходимо длительное пребывание в стационаре (месяц и более). В прежние годы злоупотребление стационарным лечением приводило к переполнению психиатрических больниц, что затрудняло соблюдение санитарно-гигиенических норм, резко ухудшало качество психиатрической помощи. После длительной госпитализации многие больные становились беспомощными в решении бытовых вопросов, настойчиво просили принять их обратно в больницу (проблема «вращающихся дверей»). Введение в практику новых лекарственных средств позво-

лило коренным образом пересмотреть подходы к правилам госпитализации. Большинство больных проходят стационарное лечение добровольно; сроки госпитализации по возможности сокращают, при этом врач может отказать в госпитализации пациенту, если его лечение и обследование в полном объеме могут быть проведены амбулаторно.

Работа медицинской сестры в психиатрической больнице предполагает выполнение большого круга задач, конкретный набор которых во многом зависит от профиля отделения и его штатного расписания. Однако в любом случае средний медицинский работник должен обеспечить безопасность всех больных в отделении, соблюдение санитарно-гигиенического режима, точное выполнение назначений врача и постоянное наблюдение за больными в процессе лечения для своевременного выявления изменений в их состоянии, побочных эффектов и осложнений терапии. В психиатрической больнице могут находиться больные, которые не способны в полной мере оценить свое состояние. Именно поэтому медицинский персонал, который постоянно находится в отделении, может первым заметить возникшую проблему и оценить ее (поставить сестринский диагноз). Зачастую медицинской сестре самой приходится принимать решение о том, как следует поступить (решить проблему самостоятельно, сообщив о ней врачу позже; немедленно вызвать на помощь врача; описать наблюдаемое состояние в сестринском дневнике, чтобы врач в дальнейшем планировал свое лечение с учетом данных сведений). В последнее время во всех странах наблюдается стремление приблизить обстановку в психиатрическом стационаре к атмосфере типичного соматического отделения. В связи с этим многие обязанности медицинской сестры совпадают с таковыми в любой соматической больнице: подготовка и раздача лекарств, выполнение инъекций, сбор материала для анализа, соблюдение асептики и антисептики, организация работы младшего персонала, в том числе санитарной обработки помещений и больных.

Особенности работы в беспокойном отделении психиатрической больницы:

- дверь отделения постоянно закрыта на ключ;
- у наблюдательной палаты организован круглосуточный пост;
- процедурный кабинет имеет окно для наблюдения за отделением;

- сведения о поведении больных регистрируют в журнале наблюдения;
- врач перечисляет в журнале наблюдения пациентов, нуждающихся в наиболее тщательном надзоре;
- прием лекарств проходит под присмотром персонала по принципу «из рук в рот»;
- персонал следит за тем, чтобы в отделении не оставались без присмотра острые, стеклянные, тяжелые предметы, шнуры и ленты;
- прием пищи проходит под присмотром;
- больных еженедельно взвешивают, отмечают наличие стула;
- регулярно проводят осмотр тела и проводят санитарную обработку беспомощных пациентов;
- днем больные проводят время вне палаты в специально отведенном помещении;
- прогулки и трудотерапия проходят под присмотром.

Особенности работы в психиатрической клинике наиболее заметны при работе в *беспокойном отделении*, куда поступают больные с наиболее острыми и яркими психическими расстройствами (иногда в недобровольном порядке). Следует заметить, что не во всех стационарах принято деление на спокойные и беспокойные отделения, иногда отделения ориентированы на прием больных из какого-либо района или предназначены для лечения какой-либо определенной патологии (наркомании, эпилепсии, заболеваний пожилого и старческого возраста). В этом случае все же в отделении должна быть организована определенная зона наибольшего контроля и внимания — *наблюдательная палата*. Обстановка беспокойных отделений в последние десятилетия существенно изменилась. После введения в практику активных антипсихотических средств почти не приходится наблюдать больных с длительным возбуждением, представляющих существенную опасность; стали большой редкостью случаи агрессии по отношению к медицинскому персоналу и врачам. Однако именно в беспокойном отделении вероятность импульсивных, необдуманных и агрессивных поступков больных остается значительной. Отделение постоянно должно быть закрыто на ключ. Это важно не только для безопасности окружающих и самих больных, но и для сохранения врачебной тайны.

Беспокойные отделения рассчитаны на прием больных одного пола (мужские или женские). Для наиболее эффективного надзора следует следить за тем, чтобы в отделении работало достаточное количество персонала того же пола, что и больные. Это позволит избежать неловкости при необходимости сопровождать больного в туалет, при его переодевании (известны случаи, когда даже такое краткое отсутствие надзора было использовано больным для совершения суицида).

Внутри отделения организуют один или несколько круглосуточных постов (например, пост у входа в наблюдательную палату). Следует внимательно следить за тем, чтобы даже на короткое время наблюдательная палата не оставалась без присмотра, а при необходимости отлучиться нужно, чтобы санитар на посту заменил кто-либо другой. Ночью в наблюдательной палате включают приглушенный дежурный свет. Сон на данном посту абсолютно не допустим.

Помещение медицинской сестры (или процедурный кабинет) не отгорожено от палат глухой стеной, наличие большого окна позволяет постоянно наблюдать за обстановкой в отделении. При отсутствии неотложных дел медицинской сестре рекомендовано проводить большую часть времени непосредственно в отделении вместе с больными, а не в процедурном кабинете. Это позволяет лучше понять переживания больных, своевременно заметить перемену в их состоянии. Находясь постоянно с больными, медицинский работник может больше рассчитывать на взаимопонимание, избежать недоверия и агрессии с их стороны.

Отпускать больных из отделения следует только с разрешения врача. При этом врач определяет, может больной выйти один или только в сопровождении других лиц (родственников, персонала). В течение дня и ночи следует несколько раз проводить сестринский обход, осматривать все палаты в отделении, указывать больным на несоблюдение режима, проверять присутствие больных в отделении, оценивать их ночной сон, периодически следить за санитарным состоянием помещений, содержимым тумбочек и холодильника.

Результаты своих наблюдений медицинская сестра заносит в *журнал наблюдений* (надзорный журнал). Особенно подробно необходимо описывать состояние больных, для которых в данном журнале лечащий врач или заведующий отделением сделал специальные указания. Врач обязан письменно предупредить персонал о высокой вероятности агрессии, возбуждения, судорожных припадков, нали-