

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АМБУЛАТОРНА ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА**

методичні вказівки

для підготовки лікарів-інтернів до практичних занять

Затверджено  
вченою радою ХНМУ.  
Протокол №4 від 19.04.2018

Харків  
ХНМУ  
2018

Амбулаторна психіатрична допомога: Методичні вказівки для підготовки лікарів-інтернів до практичних занять / упоряд. Г.М.Кожина, Л.М.Гайчук, К.О.Зеленська – Харків: ХНМУ, 2018. – 35 с.

Упорядники: Г.М. Кожина

Л.М.Гайчук

К.О.Зеленська

Амбулаторна психіатрична допомога - це психіатрична допомога, що включає в себе обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених Законом України "Про психіатричну допомогу", профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медико - соціальну реабілітацію осіб, які страждають психічними розладами, в амбулаторних умовах.

Амбулаторна психіатрична допомога, як і попередній вид допомоги, виявляється лікарем-психіатром на прохання або за усвідомленою згодою особи; щодо неповнолітнього віком до 15 років - на прохання або за згодою її батьків чи іншого законного представника; щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, - на прохання або за згодою її опікуна. В разі незгоди одного із батьків або відсутності батьків чи іншого законного представника амбулаторна психіатрична допомога неповнолітньому здійснюється за рішенням (згодою) органів опіки та піклування, яке може бути оскаржене до суду.

Варто відзначити, що амбулаторна психіатрична допомога може надаватися також і без усвідомленої згоди особи або без згоди її законного представника у разі встановлення у неї тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона завдасть значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану у разі ненадання їй психіатричної допомоги амбулаторна психіатрична допомога особі без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника надається лікарем-психіатром в примусовому порядку за рішенням суду за місцем проживання особи.

Особа, якій надається амбулаторна психіатрична допомога в примусовому порядку, повинна оглядатися лікарем-психіатром не рідше одного разу на місяць, а комісією лікарів-психіатрів - не рідше одного разу на 6 місяців для вирішення питання про продовження або припинення надання їй такої допомоги.

При необхідності продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку понад 6 місяців лікар-психіатр повинен направити до суду за місцем проживання заяву про продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку. Надалі продовження надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку проводиться кожного разу на термін, який не може перевищувати 6 місяців.

У разі погіршення стану психічного здоров'я особи, якій надається амбулаторна психіатрична допомоги в примусовому порядку, або за рішенням суду про відмову в продовженні допомоги в примусовому порядку, та ухилення від виконання цієї особою або її законним представником

рішення суду про надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку психіатрична допомога може надавати стаціонар.

Клопотання про припинення надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку може направлятися до суду особою, якій надається ця допомога, або його законним представником через 3 місяці з моменту прийняття судом рішення про надання або продовження надання особі такої допомоги. Надання особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку припиняється за рішенням комісії лікарів-психіатрів у разі видужання особи або такої зміни стану її психічного здоров'я, не вимагає надання амбулаторної психіатричної допомоги особі амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку.

### **Психоневрологічний диспансер**

Психоневрологічний диспансер - лікувально-профілактичний заклад, призначений для активного раннього виявлення та обліку психічно хворих, систематичного динамічного спостереження за ними, надання спеціалізованої лікувальної допомоги, розробки рекомендацій щодо оздоровлення умов праці та побуту цих хворих, а також для вивчення захворюваності та її причин, розробки і здійснення заходів щодо попередження хвороб, проведення санітарно-освітньої роботи.

Диспансер надає позалікарняну психіатричну допомогу хворим, що страждають психозами, прикордонними станами, органічними ураженнями головного мозку та іншими психічними розладами. Залежно від завдань і району обслуговування на психоневрологічні диспансери (диспансерні відділення) можуть покладатися функції районних, міських або обласних .

З метою поліпшення спеціалізованої психоневрологічної допомоги сільському населенню в даний час збільшують число міжрайонних психоневрологічних диспансерів (диспансерних відділень) для обслуговування регіонів з малою щільністю населення. У містах з малим числом жителів і в сільських районах, де за існуючими нормативами не може бути організований психоневрологічний диспансер, при міських, центральних районних і районних лікарнях або поліклініках створюються психіатричні кабінети. Міський психоневрологічний диспансер має встановлений вищестоящими органами охорони здоров'я строго певний район обслуговування.

У структурі міських психоневрологічних диспансерів передбачені функціонує окремо дільничні психіатричні кабінети для обслуговування дорослого населення та дітей. Поряд з цим до складу диспансеру можуть входити консультативні спеціалізовані кабінети (логопедичний, епілептологічний , соціальної допомоги та ін.), які виявляють хворих з

відповідними захворюваннями, здійснюють спостереження за ними і лікування, а також надають соціально-правову допомогу. До складу психоневрологічного диспансеру входять також денний стаціонар і лікувально-виробничі (трудова) майстерні.

Диспансеризація передбачає два види спостереження за пацієнтами

- а. консультативне,
- б. динамічне.

Консультативне спостереження встановлюється над пацієнтами з непсихотичного рівня розладів, при якому зберігається критичне ставлення до хвороби. У зв'язку з цим, час чергового візиту до лікаря визначається самим хворим, подібно до того, як хворі в районній поліклініці звертаються до лікарів при появі у них будь-яких скарг. Консультативний спостереження не має на увазі "облік" хворого в ПНД, тому особи, які перебувають на консультативному обліку, найчастіше не мають будь-яких обмежень "у виконанні окремих видів професійної діяльності та діяльності, пов'язаної з джерелом підвищеної небезпеки" і можуть отримати права на водіння автомобілем, ліцензію на зброю, працювати на небезпечних роботах, в медицині та ін., здійснювати операції без будь-яких обмежень.

Динамічне диспансерне спостереження встановлюється за хворими з психотичним рівнем розладів, при яких відсутня критичне ставлення до хвороби. Тому воно може здійснюватися незалежно від згоди пацієнта або його законного представника.

При динамічному спостереженні основна ініціатива для чергового огляду виходить від дільничного психіатра, який призначає термін чергової зустрічі з хворим. Якщо пацієнт не з'явився на черговий прийом, лікар зобов'язаний з'ясувати причини не появи (загострення психозу, соматичні захворювання, від'їзд і ін.) і вжити заходів до його огляду.

Дільничний психіатр, що є основною фігурою психоневрологічного диспансеру або кабінету, розподіляє всіх хворих своєї ділянки на 5 - 7 груп динамічного спостереження залежно від психічного стану і методу обраного лікування.

Група динамічного спостереження визначає інтервал зустрічі хворого і лікаря від рази в тиждень до разу на рік. Спостереження називається динамічним, оскільки в залежності від психічного стану пацієнта він переходить з однієї групи в іншу. Стійка ремісія протягом 5 років з повною редукцією психотичних проявів та соціальною адаптацією дають підставу для зняття з обліку в психоневрологічному диспансері або кабінеті.

Хворі, що знаходяться на диспансерному спостереженні, як правило, визнаються непридатними внаслідок психічного розладу до виконання

окремих видів професійної діяльності та діяльності, пов'язаної з джерелом підвищеної небезпеки. Таке рішення приймається лікарською комісією, на підставі оцінки стану психічного здоров'я громадянина відповідно до переліку медичних психіатричних протипоказань і може бути оскаржене в суді.

### **Установи позалікарняної допомоги психічно хворим**

В останні роки в зв'язку з досягненнями психофармакотерапії все більшого поширення набувають установи позалікарняної допомоги психічно хворим і реабілітації. До них, крім психоневрологічних диспансерів, денні і нічні стаціонари, лікувально-трудова майстерні, спецділянки або спеццеха на промислових підприємствах, гуртожитки для хворих з психічними розладами.

Денні та нічні стаціонари зазвичай організуються при психоневрологічних диспансерах, психіатричних лікарнях.

Денні стаціонари призначені для купірування первинних психічних розладів або їх загострень, якщо їх тяжкість не відповідає зазначеним, як стану, що вимагають обов'язкової госпіталізації в психіатричний стаціонар. Ці пацієнти щодня оглядаються лікарями, приймають призначені їм препарати, проходять необхідні обстеження, а ввечері повертаються додому.

Нічні стаціонари переслідують ті ж цілі, що і денні, в випадках можливого вечірнього погіршення стану або несприятливою домашньої ситуації.

Лікувально-трудова майстерні, що входять в систему реабілітації хворих, призначені для вироблення або відновлення трудових навичок для інвалідів 2-ї або 3-ї групи. Вони отримують винагороду за свою працю, що в сумі з пенсійним забезпеченням дає можливість відчувати себе відносно незалежним у матеріальному плані. Частина хворих мають можливість перейти на роботу в спеццеха або спецділянки, організовані для інвалідів на промислових підприємствах.

Гуртожитки для психічно хворих з вже відлунали процесом і підготовленим до виписки створюються в тих випадках, коли пацієнти в перебіг хвороби втратили колишні соціальні зв'язки, в тому числі місце проживання .

#### **I. Загальні положення**

1.1. Цей Порядок визначає необхідні організаційні та правові засади організації надання дітям стаціонарної психіатричної допомоги, виходячи з пріоритету прав і гідності дитини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини

(Конвенція про права людини та біомедицину), Конвенції про права дитини від 20 листопада 1989 року, Основах законодавства України про охорону здоров'я, Законах України "Про психіатричну допомогу", "Про охорону дитинства".

1.2. Терміни, що використовуються у цьому Порядку, застосовуються у значеннях, визначених у Законах України "Про психіатричну допомогу", "Про охорону дитинства" та Основах законодавства України про охорону здоров'я.

## II. Види надання психіатричної допомоги дітям

2.1. Система охорони психічного здоров'я дітей включає організацію надання первинної медичної допомоги безпосередньо за місцем їх проживання (перебування), амбулаторної психіатричної допомоги та стаціонарної психіатричної допомоги з чітким розмежуванням психіатричної допомоги дітям та дорослим і розмежуванням видів та обсягів її надання.

2.2. Підвищення доступності та якості медичної допомоги дітям з психіатричними захворюваннями включає:

створення мережі закладів охорони здоров'я, в яких надаватиметься медична допомога дітям із розладами психіки та поведінки;

розробку та впровадження медичних стандартів та клінічних протоколів у закладах охорони здоров'я, створених на основі науково-доказової медицини, у тому числі з невідкладної медичної допомоги дітям з розладами психіки та поведінки;

оснащення закладів охорони здоров'я сучасною медичною апаратурою;

запровадження системи надання послуг з надання допомоги дітям лікарями загальної практики - сімейними лікарями (первинна медична допомога), лікарями-педіатрами, іншими фахівцями, які відповідно до статті 10 Закону України "Про психіатричну допомогу" пройшли спеціальну підготовку та підтвердили свою кваліфікацію в установленому законодавством порядку;

удосконалення організації планової госпіталізації та госпіталізації пацієнта за екстреними показаннями, транспортування дітей із розладами психіки та/або поведінки;

розробку та впровадження сучасних навчальних програм та планів з дитячої психіатрії для професійної підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації лікарів загальної практики - сімейної медицини, педіатрів, дитячих неврологів, лікарів - медичних психологів, молодшого медичного персоналу з середньою медичною освітою за профілем, практичних психологів, соціальних працівників.

2.3. Первинна медична допомога дітям із розладами психіки та поведінки надається лікарями загальної практики - сімейними лікарями, лікарями-

педіатрами та лікарями-психіатрами дитячими, які мають спеціальну підготовку та підтвердили свою кваліфікацію в установленому законодавством порядку.

2.4. Надання первинної медичної допомоги дітям із розладами психіки та поведінки забезпечується фельдшерсько-акушерськими пунктами (далі - ФАП), амбулаторіями, медичними пунктами, медичними кабінетами, центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі - ПМСД).

2.5. Вторинна (спеціалізована) психіатрична допомога дітям надається в амбулаторних або стаціонарних умовах.

2.6. Надання вторинної (спеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується в амбулаторних умовах консультативно-діагностичними підрозділами лікарень, міськими дитячими лікарнями, лікарнями відновного лікування, спеціалізованими дитячими медичними центрами.

У стаціонарних умовах надання вторинної (спеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується багатопрофільними лікарнями планового лікування лікарнями відновного (реабілітаційного) лікування, спеціалізованими медичними центрами, міськими дитячими лікарнями.

2.7. Третинна (високоспеціалізована) психіатрична допомога дітям надається при тяжких поєднаних психічних розладах, зокрема у випадках подвійної діагностики психічного розладу та залежності від психоактивних речовин та алкоголю; при психічних розладах, лікування яких вимагає застосування високоспеціалізованих методів психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, діалектичної поведінкової терапії, міжперсональної, сімейної терапії, прикладного поведінкового аналізу; хворим на підліткову шизофренію; дітям з іншими психотичними станами, розладами харчової поведінки, розладами зі спектра аутизму; хворим на епілепсію з поєднанням з психічними та поведінковими розладами.

Надання третинної (високоспеціалізованої) психіатричної допомоги забезпечується обласними (міськими) дитячими лікарнями, спеціалізованими психіатричними закладами охорони здоров'я та науково-дослідними інститутами Національної академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України відповідно до медичних показань.

2.8. Екстрена психіатрична допомога дітям полягає у здійсненні невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я (надання консультативної допомоги для вирішення питання про необхідність госпіталізації за екстреними показаннями, кризової психологічної та медичної допомоги жертвам насильства, дітям із загрозливими для життя станами після незавершених суїцидів, інтенсивної терапії, реанімаційних



заходів та цілодобового спостереження при загрозливих для життя розладах психіки (кататонічних станах при шизофренії, деліріозних розладах неінфекційного походження, тяжких депресіях, тяжких екстрапірамідних побічних ефектах), екстреної медичної, психіатричної, неврологічної допомоги при загрозливих для життя соматичних станах, зумовлених психічними захворюваннями (розладах харчування з критичною втратою ваги тіла, серійних епілептичних нападах та епілептичних статусах)).

III. Підстави та порядок надання стаціонарної психіатричної допомоги дітям

3.1. Госпіталізація дітей для надання психіатричної допомоги здійснюється переважно за місцем постійного проживання (перебування) дитини із забезпеченням умов, що виключають тривале позбавлення дитини зв'язків із батьками, іншими законними представниками, якщо лікування таких дітей неефективне в амбулаторних умовах, вимагає цілодобового спостереження, може супроводжуватися непередбачуваним значним погіршенням стану психічного здоров'я, побічними ефектами та ускладненнями, у разі якщо дитина вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих.

3.2. Рішення про надання стаціонарної психіатричної допомоги дитині приймається лікарем-психіатром дитячим за результатами особистого психіатричного огляду дитини в присутності батьків чи інших законних представників, проведеного в порядку, визначеному статтею 11 Закону України "Про психіатричну допомогу".

3.3. Госпіталізація дітей для надання стаціонарної психіатричної допомоги здійснюється через дитячий приймальний кабінет (відділення) закладів охорони здоров'я за наявності направлення та показань:

за направленням лікаря-психіатра дитячого;

за екстреними показаннями за рішенням лікаря-психіатра бригади швидкої медичної допомоги;

на прохання дитини віком від 14 до 18 років;

на прохання батьків, інших законних представників дитини;

за рішенням (згодою) органів опіки та піклування;

при переведенні з інших дитячих медичних закладів (після консультаційного огляду лікаря-психіатра дитячого) за усвідомленою згодою законних представників дитини та дитини у віці від 14 до 18 років;

за направленням сімейного лікаря, лікарів-спеціалістів (після консультативного огляду лікаря-психіатра дитячого).

3.4. Форми госпіталізації дітей, які страждають на психічні та поведінкові розлади:

добровільна - при самозверненні дитини віком від 14 до 18 років або за її усвідомленою згодою, на прохання батьків, законних представників дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, за наявності згоди органів опіки та піклування, за направленням лікаря-психіатра дитячого; примусова - без усвідомленої згоди батьків, інших законних представників дитини, а також без усвідомленої згоди дитини віком від 14 до 18 років відповідно до статей 13, 14 Закону України "Про психіатричну допомогу".

3.5. Порядок здійснення госпіталізації дітей, які страждають на психічні та поведінкові розлади:

1) госпіталізація дитини у психіатричний заклад допускається лише з метою надання їй психіатричної допомоги та не може проводитися з будь-якою іншою метою;

2) у разі направлення дитини, яка страждає на психічні та поведінкові розлади, для надання стаціонарної психіатричної допомоги необхідні такі документи:

заяви батьків, інших законних представників дитини або дитини віком від 14 до 18 років (для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, - за повідомленням органів опіки та піклування);

виписка з форми первинної облікової документації N 063/о "Карта профілактичних щеплень", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року N 1, зареєстрованим у Міністерств юстиції України 08 червня 2006 року за N 686/12560;

виписка з форми облікової статистичної документації N 112/о "Історія розвитку дитини", затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року N 302;

здоров'я психолого-педагогічна характеристика від вчителя або вихователя дитини (за наявності);

копії висновків попередніх медичних обстежень (за наявності);

флюорографічне обстеження для дітей від 14 років (за наявності).

При цьому пред'являється паспорт неповнолітньої дитини або свідоцтво про народження (копія);

3) прохання або усвідомлену згоду батьків про госпіталізацію дитини віком до 14 років до психіатричного закладу має бути висловлено одним із них у письмовій формі. У разі якщо дитина є сиротою, прохання або усвідомлену згоду надає законний представник дитини (за повідомленням органів опіки і піклування). У разі незгоди одного з батьків або відсутності батьків чи законного представника госпіталізація до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду;

4) діти віком від 14 до 18 років, які мають або скаржаться на психічні розлади, можуть бути госпіталізовані до психіатричного закладу добровільно на їх прохання або за їх усвідомленою згодою, на прохання або за усвідомленою згодою батьків, інших законних представників дітей, викладеною письмово одним із них. Усвідомлена згода на госпіталізацію фіксується у медичній документації за підписом дитини, її батьків, законних представників та лікаря-психіатра дитячого у приймальному кабінеті (відділенні). У разі незгоди одного із батьків або відсутності батьків чи законного представника госпіталізація неповнолітнього до психіатричного закладу проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке може бути оскаржено до суду;

5) діти, госпіталізовані до психіатричного закладу, підлягають обов'язковому не рідше одного разу на місяць огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу, до складу якої обов'язково входить лікар-психіатр дитячий, для прийняття рішення про необхідність продовження чи припинення перебування цих дітей у психіатричному закладі;

б) діти віком до 14 років, госпіталізовані до психіатричного закладу на прохання або за згодою їх законних представників, підлягають обов'язковому протягом 48 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу, до складу якої обов'язково входить лікар-психіатр дитячий, для прийняття рішення про необхідність подальшого перебування цих осіб у психіатричному закладі та надання їм стаціонарної психіатричної допомоги.

3.6. Діти віком старше 14 років можуть бути госпіталізовані до психіатричного закладу без їх усвідомленої згоди або без згоди їх законних представників, якщо їх обстеження або лікування можливі лише в стаціонарних умовах, та при встановленні у них лікарем-психіатром дитячим тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вони вчиняють чи виявляють реальні наміри вчинити дії, що являють безпосередню небезпеку для них чи оточуючих, або якщо вони неспроможні самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує їх життєдіяльність.

3.7. Дитина, яку було госпіталізовано примусово до психіатричного закладу за рішенням лікаря-психіатра дитячого з підстав, передбачених статтею 14 Закону України "Про психіатричну допомогу", підлягає обов'язковому протягом 24 годин з часу госпіталізації огляду комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу, до складу якої входить лікар-психіатр дитячий, для прийняття рішення про доцільність госпіталізації згідно із Законом України "Про психіатричну допомогу".

У випадку, коли госпіталізація визнається недоцільною, дитина підлягає негайній виписці.

У випадках, коли госпіталізація дитини віком від 14 до 18 років до психіатричного закладу у примусовому порядку визнається доцільною, представник психіатричного закладу, в якому перебуває дитина, протягом 24 годин направляє до суду за місцезнаходженням психіатричного закладу заяву про госпіталізацію дитини до психіатричного закладу в примусовому порядку на підставах, передбачених статтею 14 Закону України "Про психіатричну допомогу".

До заяви, в якій повинні бути викладені підстави для госпіталізації дитини до психіатричного закладу у примусовому порядку, додається висновок комісії лікарів-психіатрів, який повинен містити обґрунтування необхідності такої госпіталізації.

3.8. До винесення судом рішення керівник психіатричного закладу зобов'язаний негайно повідомити про госпіталізацію дитини до психіатричного закладу в примусовому порядку батьків такої дитини, або членів її сім'ї, або інших родичів, або її законного представника.

У разі відсутності відомостей про наявність батьків, членів сім'ї, інших родичів або законного представника у дитини, яку госпіталізовано, а також про їх місце проживання повідомляють органи внутрішніх справ за місцем проживання цієї дитини.

3.9. Перебування дитини у психіатричному закладі в примусовому порядку може здійснюватися лише протягом часу наявності підстав, за якими було проведено госпіталізацію.

3.10. Дитина, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу у примусовому порядку, оглядається комісією лікарів-психіатрів за участю лікаря-психіатра дитячого не рідше одного разу на місяць з метою встановлення наявності підстав для продовження чи припинення такої госпіталізації.

3.11. У разі необхідності продовження госпіталізації дитини у примусовому порядку понад 6 місяців представник психіатричного закладу повинен направити до суду за місцезнаходженням закладу охорони здоров'я заяву про продовження такої госпіталізації. До заяви, в якій повинні бути викладені підстави для госпіталізації дитини у примусовому порядку, передбачені статтею 14 Закону України "Про психіатричну допомогу", додається висновок комісії лікарів-психіатрів, до складу якої входить лікар-психіатр дитячий, з обґрунтуванням необхідності продовження такої госпіталізації. Надалі продовження госпіталізації дитини проводиться кожного разу на строк, який не може перевищувати 6 місяців.

3.12. Діти поступають на госпіталізацію у приймальне відділення (кабінет) у супроводі їхніх батьків або законних представників.

#### IV. Виписка дитини з психіатричного закладу

4.1. Виписка дитини з психіатричного закладу здійснюється у разі завершення обстеження чи експертизи психічного стану дитини або одужання дитини чи такої зміни стану її психічного здоров'я, що не потребує подальшого лікування у стаціонарних умовах.

Виписка дитини, добровільно госпіталізованої до психіатричного закладу, здійснюється за письмовою заявою дитини (у разі якщо дитина у віці від 14 до 18 років), батьків, інших законних представників дитини чи за рішенням лікаря-психіатра дитячого.

4.2. Дитині (у разі якщо дитина у віці від 14 до 18 років), законному представнику дитини, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу добровільно, може бути відмовлено у виписці дитини з психіатричного закладу, якщо комісією лікарів-психіатрів за участю лікаря-психіатра дитячого будуть встановлені підстави для госпіталізації у примусовому порядку, а саме: дитина вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що являють собою безпосередню небезпеку для неї чи оточуючих, або неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність.

У цьому випадку питання про госпіталізацію дитини у примусовому порядку, продовження госпіталізації та виписка вирішуються відповідно до статей 16, 17, частин другої та третьої статті 22 та частини третьої статті 18 Закону України "Про психіатричну допомогу".

4.3. Виписка дитини, яку було госпіталізовано до психіатричного закладу у примусовому порядку, здійснюється за рішенням комісії лікарів-психіатрів або за рішенням суду про відмову в продовженні такої госпіталізації.

4.4. Виписка дитини, яка вчинила суспільно небезпечні дії та щодо якої судом було застосовано примусові заходи медичного характеру, здійснюється за рішенням суду.

Напрямки реформування системи охорони психічного здоров'я дітей визначені згідно з Указами Президента України № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16 грудня 2011 р. та № 187/2012 від 12 березня 2012 р. «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Гельсінською декларацією та Європейським планом дій у галузі психічного здоров'я (Гельсінкі, Фінляндія, 2005), Меранською декларацією, прийнятою на конференції національних координаторів Програми охорони психічного здоров'я ВООЗ (Мерано, Італія, 2008), а також Флорентійської декларацією XIII Конгресу Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007). Так, відповідно до концепції МОЗ були

розроблені концептуальні засади щодо вдосконалення надання психіатричної допомоги та новий порядок надання психіатричної допомоги дітям (Накази МОЗ від 18 травня 2013 р. № 399 і № 400).

Згідно з новим порядком допомоги визначено необхідні організаційні та правові засади порядку надання дітям психіатричної допомоги, виходячи з пріоритету прав і гідності дитини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р., Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку із використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), Конвенції про права дитини від 20 листопада 1989 р., Основ законодавства України про охорону здоров'я, а також Законів України «Про психіатричну допомогу» й «Про охорону дитинства».

Для вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям планується розвиток медичної допомоги дітям з психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям з первинною медичною і використання ресурсів спеціальних дошкільних та шкільних навчальних закладів, реабілітаційних центрів Міністерства освіти й Міністерства соціальної політики. Цей концептуальний підхід відпрацьовано на моделі організації медико-соціальної допомоги дітям з розладами спектру аутизму (РСА), інтелектуальною недостатністю, порушеннями активності та уваги, порушеннями поведінки у пілотних регіонах, зокрема в Донецькій та Дніпропетровській областях.

Другим невід'ємним напрямком покращення порядку надання психіатричної допомоги дітям, згідно з Указом Президента України № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16 грудня 2011 р. є відокремлення психіатричної допомоги дітям від психіатричної допомоги для дорослих, організація психіатричних відділень у структурі багатoproфільних лікарень, перенесення акценту на другому рівні медичної допомоги зі стаціонарної психіатричної допомоги на амбулаторну консультативно-поліклінічну, створення міжрегіональних центрів, що надаватимуть високоспеціалізовану стаціонарну психіатричну допомогу дітям, зокрема з РСА, шизофренією, анорексією, коморбідними залежностями від психоактивних речовин та алкоголю.

Третім важливим напрямком зміни порядку надання психіатричної допомоги дітям є прийняття низки заходів щодо недопущення порушення прав дітей при здійсненні психіатричної допомоги, інклюзії дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами в існуючі загальні системи освіти й професійної підготовки, усунення зловживань при наданні психіатричної допомоги дітям в інтернатах Міністерства освіти та науки і Міністерства соціальної політики.

Окрім того, Головним управлінням захисту прав і свобод дітей Генеральної прокуратури України проведено велику роботу з вивчення стану дотримання прав дітей – інвалідів та осіб з вадами розвитку. Були виявлені численні факти незаконного поміщення дітей у спеціальні інтернатні установи, незаконної відмови їм у навчанні в загальноосвітніх учбових закладах, порушення вимог законодавства та етичних норм при наданні таким дітям психіатричної допомоги, зокрема випадки необґрунтованої госпіталізації у психіатричні лікарні.

### **Ресурси для надання психіатричної допомоги дітям**

На сьогодні у штатному розкладі закладів охорони здоров'я України 498 штатних посад дитячих психіатрів, з них зайняті 439. Ці посади обіймають 378 фізичних осіб. В амбулаторних лікувально-профілактичних закладах України 391,5 посад обіймають 338 дитячих психіатрів; у стаціонарах із 106,5 посад зайнята 101. Укомплектованість штатних посад фізичними особами на кінець 2012 р. складає 75,90 (у 2011 р. – 75,59). Забезпеченість дитячими психіатрами становить 4,7 на 100 тис. дитячого населення. Атестаційні категорії за спеціальністю мають 73,1% дитячих психіатрів, серед них 53,3% – вищу, 30,7% – першу і 16,1% – другу.

Підготовка дитячих психіатрів проводиться на кафедрах післядипломної освіти факультетів удосконалення лікарів медичних університетів, медичних академій Києва та Харкова. Програми первинної спеціалізації, післядипломної атестації спеціалістів за фахом «дитяча психіатрія» застаріли, відсутній сучасний підручник. Понад 30% працюючих фахівців – пенсійного віку.

Відповідно до Наказу № 400 МОЗ України, плануються розробка та впровадження сучасних навчальних програм і планів з дитячої психіатрії для підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини, педіатрів, дитячих неврологів, молодшого медичного персоналу з середньою медичною освітою за профілем, практичних психологів, соціальних працівників, що дозволить забезпечити галузь дитячої психіатрії фахівцями з якісно новим рівнем професійної підготовки. Амбулаторну психіатричну допомогу дітям в Україні надають дитячі дільничні психіатри психіатричних диспансерів, дитячого психіатричного диспансеру м. Львова, стаціонарну – спеціалісти психіатричних та психоневрологічних лікарень, дитячого психіатричного відділення Харківської міської лікарні тощо. Що стосується високоспеціалізованої психіатричної допомоги дітям, її можна отримати у відділі психічних розладів дітей та підлітків і спеціалізованій поліклініці Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України м. Києва, у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, а також відділенні дитячої психоневрології і клінічної нейрогенетики Інституту неврології, психіатрії і наркології НАМН України

м. Харкова, у відділенні дитячої психіатрії Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України м. Харкова, у центрі психосоматики і психотерапії дітей та жінок Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України м. Києва.

Дитячі психоневрологічні санаторії надають дітям із психічними та неврологічними розладами санаторно-курортні послуги. Також МОЗ внесені та зареєстровані в Міністерстві юстиції України зміни до наказу МОЗ України від 12 січня 2009 р. № 4 щодо «Порядку направлення дітей на санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань у санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)». Більш того, переглянуті обмеження для санаторно-курортного лікування дітей з особливими потребами внаслідок психічних розладів. Санаторно-курортне лікування дітей із захворюваннями органів системи кровообігу, дихання і травлення, нервової, ендокринної, кістково-м'язової систем та сполучної тканини, шкіри, ока й придаткового апарату, хворобами розладу харчування та порушенням обміну речовин, нирок і сечових шляхів, гінекологічними захворюваннями, за наявності особливих потреб, зумовлених розладами психіки/поведінки і розумовою відсталістю проводитиметься за профілем основного захворювання у відділеннях «Матері та дитини» санаторно-курортних закладів. На додаток, визначено новий порядок використання санаторно-курортних закладів психоневрологічного (психіатричного) профілю.

Забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом останніх років суттєво різнилася в різних регіонах країни. При середньому показнику 4,7 у м. Севастополі показник забезпеченості дитячими психіатрами в 2012 р. становив 8,2, у м. Києві та АР Крим – 7,7, Луганській області – 7,2, Львівській – 7,0 на 100 тис. населення. В сільськогосподарських регіонах доступність спеціалізованої психіатричної допомоги дітям була значно нижчою. У Рівненській області кількість зайнятих посад дитячих психіатрів на 100 тис. дитячого населення складала 0,7, Миколаївській – 2,4, Закарпатській та Хмельницькій – 2,5, Волинській – 2,6, Херсонській і Кіровоградській – 3,0.

Згідно з даними, у 2012 р. ліжковий фонд дитячої психіатричної служби збільшився на 8,7% і становив 1781 ліжко-місце (2011 р. – 1626). Зростання кількості ліжок спостерігалось у Дніпропетровській та Київській областях, де протягом року було розгорнуто 170 та 15 нових дитячих психіатричних ліжок відповідно. Скорочення ліжкового фонду спостерігалось в АР Крим (15 ліжко-місць) та Івано-Франківській області (10 ліжко-місць).

Окрім того, у пілотних регіонах, Донецькій та Дніпропетровській областях вжиті заходи щодо вдосконалення надання психіатричної допомоги дітям.



У Дніпропетровській області відкриття денних стаціонарів дозволило підвищити доступність спеціалізованої психіатричної допомоги та наблизити її до місця проживання дітей, проте це призвело до зниження ефективності використання дитячих психіатричних ліжок. У Донецькій області проводиться оптимізація ліжкового фонду, розвиваються амбулаторні форми допомоги, проводиться переорієнтація існуючого ліжкового фонду на надання високоспеціалізованої допомоги, яку не можна отримати в амбулаторних умовах. Прикладом такого реформування є створення Дитячого психіатричного центру в Донецькій обласній психіатричній лікарні. Центр став першим медичним державним закладом України, в якому надаються консультативно-діагностичні та реабілітаційні послуги дітям із РСА.

Забезпеченість дитячими психіатричними ліжками в Україні на кінець 2012 р. становила 22,3 на 100 тис. дитячого населення. Спостерігаються значні міжрегіональні розбіжності щодо рівня забезпеченості дитячими ліжками: в Дніпропетровській області – 44,1, АР Крим – 42,7, Луганській та Черкаській областях – 35,8 і 30,8 відповідно, м. Києві – 28,5, тоді як у Рівненській області – 3,7, Івано-Франківській – 7,1, Волинській – 8,5, Донецькій – 9,1 на 100 тис. населення. Більшість ліжок розгорнуті в психіатричних лікарнях. У психіатричних диспансерах Дніпропетровської, Львівської, Рівненської, Черкаської областей створено 295 ліжко-місць (16,56% ліжкового фонду). В Харківській області 60 ліжок (3,4% ліжкового фонду) розгорнуті у багатопрофільній дитячій міській лікарні.

Таким чином, наведені статистичні показники та їх динаміка свідчать про тенденцію зниження престижу спеціальності дитячого психіатра, а також про суттєвий брак спеціалістів та зменшення доступності психіатричної допомоги дітям у сільськогосподарських регіонах України й маленьких містах. У великих промислових регіонах та обласних центрах дитячі психіатричні ліжка, на жаль, не завжди раціонально використовуються.

### **Ефективність психіатричної допомоги дітям**

За даними, у 2012 р. під наглядом дитячих психіатрів у нашій країні перебувало 203 477 дітей (2552,5 на 100 тис. населення) віком від 0 до 17 років; це на 2,63% менше, ніж у 2011 р., коли послугами спеціалізованої психіатричної допомоги для дітей скористався 208 981 (2,6%) мешканець України.

Кількість відвідувань дільничних дитячих психіатрів у 2012 р. становила 1 388 766 (16255,3 на 100 тис. дитячого населення; 639,8 на 100 хворих, що перебувають під наглядом). Так, було виконано великий обсяг профілактичної роботи: 41,2% візитів до дитячого психіатра пов'язані з

наданням допомоги при захворюванні, 58,8% – із профілактичними оглядами.

Як відомо, психічні розлади у дітей рідко закінчуються спонтанною ремісією та зумовлюють порушення соціальної, сімейної і трудової адаптації. На дитячий вік припадає 8,3% інвалідності, асоційованої із розладами психіки.

У 2011 р. в Україні було 22 888 (287,1 на 100 тис. відповідного населення) дітей-інвалідів внаслідок психічних розладів. Первинну інвалідність у 2012 р. було встановлено у 2617 (32,8 на 100 тис. відповідного населення) дітей. За останні 5 років показник первинної інвалідності у дітей в Україні збільшився на 16,3%.

У 2012 р. показники первинної дитячої інвалідності, розраховані на 100 тис. дитячого населення, були найвищими в Миколаївській області – 57,0, Севастополі – 45,7, Запорізькій – 43,0, Житомирській – 42,3, Донецькій областях – 41,2; найнижчими – в Івано-Франківській – 18,0, Тернопільській та Закарпатській – 21,1, Луганській – 23,6, Хмельницькій – 26,4, Чернівецькій – 27,0 і Кіровоградській областях – 27,7.

Первинна інвалідність внаслідок розумової відсталості займає 49,9% серед усієї первинної інвалідності через розлади психіки та поведінки у дітей. Протягом п'яти останніх років вона знизилася на 12,3% (з 18,7 на 100 тис. дитячого населення в 2008 р. до 16,4 у 2012 р.).

Що стосується первинної інвалідності у дітей через органічні розлади психіки, в 2012 р. вона становила 24,2% (8,0 на 100 тис. дитячого населення). Дитяча інвалідність, зумовлена РСА, зростає протягом трьох останніх років. У 2011 р. первинна інвалідність становила 4,7, у 2012 р. – 5,11 на 100 тис. дитячого населення. Враховуючи наявні тенденції, можна прогнозувати, що головною причиною психіатричної дитячої інвалідності в Україні у найближчі три роки стануть РСА. Первинна інвалідність, пов'язана з епілепсією (клас F), в 2012 р. становила 2,79% від усієї інвалідності; з 2008 р. показник зменшився у 1,2 раза, з 0,9 до 0,8 на 100 тис. дитячого населення.

Окрім того, захворюваність дітей на психіатричні розлади у 2012 р. зменшилася порівняно з 2011 р. на 8,3% і становила 32 144 дітей (403,2 на 100 тис. населення). Кількість дітей із вперше у житті встановленим діагнозом серед усієї кількості осіб, які захворіли на розлади психіки та поведінки вперше, в 2012 р. склала 31,1%.

Рівень діагностики психічних розладів у дітей протягом 2008-2012 рр. знизився на 15,6% (з 477,8 у 2008 р. до 403,2 у 2012 р.) за рахунок суттєвого зменшення показника у деяких регіонах: АР Крим – у 1,8 раза (з 803,8 до

449,2), у Миколаївській області – на 44,7% (з 572,1 до 316,5), у Рівненській – на 34,0% (з 385,7 до 254,5).

Згідно з даними, показник захворюваності на непсихотичні психічні розлади у дітей протягом останніх п'яти років знизився на 15,1% (з 387,5 до 329,1), а рівень діагностики психотичних психічних розладів зріс на 5,2% (з 6,9 до 10,5 на 100 тис. дитячого населення). У 2012 р. показники захворюваності на розлади психіки та поведінки у дітей, вищі за середні по Україні (403,2 на 100 тис. дитячого населення), спостерігалися у Чернігівській – 779,2, Житомирській – 770,2, Херсонській областях – 763,7, нижчі за середні – у Волинській – 200,0, Чернівецькій – 226,6, Рівненській областях – 254,5. Показник захворюваності на розумову відсталість посідав друге місце серед дітей із розладами психіки та поведінки – 63,7 на 100 тис. дитячого населення. Вищим за середній цей показник був у Донецькій – 112,8, Житомирській – 108,5 і Сумській областях – 104,0, нижчим за середній – у м. Києві – 13,4, Тернопільській області – 25,0, м. Севастополі – 26,1, Рівненській області – 30,9.

Для регіонів із нижчими показниками захворюваності на психічні розлади у дитячому віці притаманні проблеми з доступністю амбулаторної психіатричної допомоги або високим рівнем її стигматизації, низьким рівнем якості послуг, які не виправдовують очікування населення. Так, відсутність дитячих психіатрів у деяких районах негативно впливає на рівень діагностики психічних розладів у дітей.

Значне зменшення захворюваності в деяких регіонах свідчить про погіршення рівня діагностики психічних розладів у дітей, зменшення її обсягів. Найгірша динаміка показників спостерігалася в АР Крим та Миколаївській області, де захворюваність за даними статистичних даних МОЗ зменшилася на 44,1 та 44,7% відповідно, у Запорізькій області – на 33,0%.

Відомо, що у великих містах на зниження показників захворюваності впливали стигматизація психіатричної допомоги дітям і нерозвинутість послуг, що надаються в амбулаторній ланці. Значна частина дітей із розладами психіки та поведінки отримують медичну допомогу в приватних медичних структурах, закладах, створених організаціями батьків, у дитячих неврологів і не враховуються медичною статистикою як випадки первинно діагностованих захворювань. У Києві захворюваність в 2012 р. становила 298,9, Київській – 340,1, Дніпропетровській – 309,70, Донецькій областях – 391,5 на 100 тис. дитячого населення.

У сільській місцевості в разі відсутності дитячих психіатрів психіатричну допомогу дітям і підліткам надають дільничні психіатри центральних районних лікарень. Внаслідок віддаленості сільських населених пунктів від

районних центрів у сільській місцевості активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів є меншою. На додаток, показники захворюваності у таких регіонах демонструють особливу чутливість до економічної кризи. В 2012 р. у Чернігівській, Херсонській та Житомирській областях вони становили 779,20, 763,7 та 770,2 відповідно, що значно перевищує середньоукраїнські показники.

Загалом зменшення захворюваності відбувалося насамперед за рахунок зниження рівня діагностики непсихотичних психічних розладів у дітей, зокрема необґрунтованої діагностики розумової відсталості, при зростанні рівня діагностики психотичних розладів, у першу чергу РСА, що свідчить про оптимізацію структури надання психіатричної допомоги та підвищення її якості. Наприклад, якщо в АР Крим захворюваність на непсихотичні розлади за п'ять років зменшилася на 46,2%, діагностика психотичних розладів зросла на 52,1%. У Миколаївській та Запорізькій областях захворюваність на непсихотичні розлади зменшилася на 48,0 та 29,4% відповідно, а на психотичні – зросла у 2 та 2,6 рази.

Також є дані, що у 2012 р. під наглядом дитячих психіатрів в Україні перебувало 203 477 дітей. Показник поширеності психічних та поведінкових розладів у дітей повільно знижується протягом останніх п'яти років – з 2736,4 до 2552,5 на 100 тис. дитячого населення.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки у дітей значно відрізняються в різних регіонах країни: коливаються від 448,9 на 100 тис. дитячого населення у Харківській області до 1900,3 – у Закарпатській. У 2012 р. показники поширеності розладів психіки та поведінки у дітей, вищі за середні по Україні, спостерігалися у Чернігівській області – 3407,0, Запорізькій – 1900,3 та Вінницькій областях – 2093,0. На непсихотичну групу психічних розладів у 2012 р. припадало 73,3% поширеності розладів психіки та поведінки у дітей, на розумову – 24,25%, психотичні розлади – 2,45%.

У цілому показники ефективності стаціонарної психіатричної допомоги свідчать про її неефективність. Загальні показники в 2012 р. порівняно з 2011 р. погіршилися: середнє число днів роботи ліжка-місця зменшилося на 20,56 дня і становило 292,8 дня; середня тривалість перебування дитини у стаціонарі складала 26,7 дня; оберт ліжка зменшився до 11,0-11,9. Використання психіатричного ліжка у значній кількості регіонів було нераціональним: середнє число днів роботи ліжка-місця в Полтавській області становило 185,2, Івано-Франківській – 185,4, Чернігівській – 186,9, Дніпропетровській – 193,4, Одеській – 207,2, Хмельницькій – 228,7, Рівненській – 238,0, м. Севастополі – 272,0, Запорізькій області – 288,2. Середня тривалість перебування дитини у стаціонарі в Чернівецькій області складала 37,8, Івано-Франківської області – 39,9, тоді як в Херсонській – 69,4, Одеській – 62, Львівській – 60,8, Миколаївській – 57,9, АР Крим – 57,6,

Волинській – 57,0, Дніпропетровській – 56,9. Суттєво збільшилася протягом року середня тривалість перебування дітей у психіатричних стаціонарах Херсонської (з 63,0 до 69,4 дня) та Вінницької (з 52,5 до 56,6 дня) областей.

Загалом у 2012 р. дитяча психіатрична служба працювала в умовах обговорення концептуальних засад вдосконалення системи охорони психічного здоров'я дітей, відпрацювання принципів міжвідомчої взаємодії в умовах медичної реформи, розробки нового порядку надання психіатричної допомоги дітям у пілотних регіонах.

Відповідно до визначених МОЗ України пріоритетів, у 2012 р. продовжувалася робота з підвищення якості діагностики та лікування РСА.

З 2008 по 2012 рр. захворюваність на РСА зросла у 2,35 раза – з 2,4 до 5,8 на 100 тис. дитячого населення. Протягом 2008 р. із вперше в житті встановленим діагнозом РСА було взято 198, у 2011 р. – 342, у 2012 р. – 465 дітей. Під наглядом дитячих психіатрів України у 2012 р. перебувала 2791 дитина, у 2011 р. – 2227 осіб із РСА, поширеність розладів зросла за п'ять років з 13,8 до 35,0 на 100 тис. дитячого населення. Показник стабільно підвищувався протягом шести останніх років: у 2007 р. – на 28,2%, у 2008 р. – 32,0%, у 2009 р. – 27,2%, у 2010 р. – 35,7%, у 2011 р. – 21,2%, у 2012 р. – 25,3%. На долю Донецької, Запорізької, Львівської, Харківської областей та м. Києва припадає 53,1% первинно діагностованих у 2012 р. випадків захворювання, тоді як на Волинську, Житомирську, Закарпатську, Луганську, Рівненську Сумську, Тернопільську, Черкаську, Чернігівську області та м. Севастополь – лише 13,5%.

Занепокоєння продовжує викликати невчасна діагностика РСА. Рівень виявлення захворювання у віці до 3 років залишається низьким. Отже, пізня діагностика знижує ефективність медико-соціальної допомоги. Окрім того, батьки значної частини хворих не звертаються за психіатричною допомогою до дитячих психіатрів або ж роблять це несвоєчасно (у 4-5-річному віці), отримують медичну допомогу у дитячих неврологів і в приватних медичних структурах. Зокрема, низький рівень діагностики РСА має місце у Вінницькій області. Діагностика розладу в області проводиться невчасно, переважно в передшкільному та молодшому шкільному віці, що супроводжується недотриманням вимог клінічного протоколу надання медичної допомоги цій категорії хворих, порушеннями порядку призначення допомоги з дитячої інвалідності.

Серед проблем у діяльності дитячої психіатричної служби України чільне місце займають розлади харчової поведінки. Лікарі загальної практики та дитячі психіатри в більшості регіонів країни некоректно використовують діагностичні критерії МКХ-10, невірно проводять диференційну діагностику між нервовою анорексією, нервовою булімією і атиповими формами цих

розладів. На додаток, розлади харчової поведінки можуть стати передумовою тяжких порушень репродуктивного здоров'я і загального фізичного розвитку, хронічних органних захворювань, стати причиною смерті дитини. У більшості підлітків розлади харчової поведінки, насамперед анорексія, діагностуються невчасно, переважно після виникнення соматичних ускладнень.

Так, в Україні у 2012 р. було діагностовано 101 випадок розладів харчової поведінки. Захворюваність склала 1,24 на 100 тис. дитячого населення. В 10 регіонах нашої країни (Луганській, Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій, Харківській, Тернопільській, Запорізькій, Івано-Франківській, Житомирській областях та м. Києві) було зареєстровано 86 зі 101 (85,1%) нових випадків захворювання, у тому числі 42,6% (43 випадки) в Луганській, Донецькій та Дніпропетровській областях.

На жаль, в Україні відсутні спеціалізовані ліжка для надання високоспеціалізованої, зокрема, невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги дітям із анорексією та булімією. Невідкладна допомога дітям із розладами харчової поведінки надається в реанімаційних, гастроентерологічних, психіатричних відділеннях. Нормами діючого Закону України «Про психіатричну допомогу» не береться до уваги надання недобровільної медичної допомоги за відсутності інформованої згоди одного чи обох батьків, також не передбачено відповідальності батьків за створення перешкод для надання дитині невідкладної медичної допомоги. Загальномедичні, психіатричні та психотерапевтичні форми допомоги підліткам із розладами харчової поведінки, як правило, погано скоординовані; обсяги допомоги, сфери компетенції спеціалістів не врегульовані клінічним протоколом МОЗ України. Лише в Донецьку та Львові діють програми спеціалізованої напівстаціонарної та амбулаторної психіатричної/психологічної допомоги цьому контингенту хворих. У межах таких програм для дітей та підлітків доступні сімейна, когнітивно-поведінкова та психодинамічно орієнтована терапія. В УНДІ ССПН ведеться робота над інструкцією МОЗ України щодо застосування недобровільної госпіталізації та заходів примусового характеру у випадках, коли ненадання медичної допомоги загрожує життю дитини чи може стати причиною тяжких порушень її здоров'я.

У цілому, аналіз структури захворюваності й поширеності розладів психіки та поведінки у дітей в Україні свідчить про те, що в структурі патології, як і в минулі роки, переважають непсихотичні психічні розлади. Така структура захворюваності та поширеності розладів психіки ставить під сумнів доцільність надання спеціалізованої психіатричної допомоги дітям переважно в стаціонарних умовах на ліжках, розгорнутих у психіатричних лікарнях для дорослих.

Так, у структурі психічних розладів диспансерної та консультативної груп нагляд у 2011 р. переважали розлади психологічного розвитку (мовленнєвих, рухових функцій та шкільних навичок) – 55,1% дітей. Пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами склали 5,8%, психічними розладами, зумовленими органічними ураженнями мозку, – 11,7%.

Представлені статистичні дані свідчать про необхідність перерозподілу ресурсів надання психіатричної допомоги дітям зі стаціонарного лікування на психологічну, логопедичну, корекційно-педагогічну допомогу безпосередньо за місцем проживання та навчання дітей. Важливим є також налагодження міжвідомчої взаємодії з організацією медико-соціального супроводу програм інклюзивної освіти.

Загалом низькі показники захворюваності та поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів свідчать про неналежний рівень спеціалізованої психіатричної допомоги цьому контингенту дітей. Вирішення проблеми можливе шляхом дестигматизації психіатричної допомоги дітям, організації надання спеціалізованої психіатричної допомоги на рівні первинної медичної допомоги, а також інтеграції психіатричної та загальномедичної допомоги дітям. У переважній більшості звітів головних позаштатних дитячих психіатрів Управління охорони здоров'я обласних/міських держадміністрацій представлено ґрунтовний аналіз стану надання психіатричної допомоги дітям у регіонах. Відмічається глибоке розуміння ролі й місця дитячого психіатра у профілактиці, діагностиці, лікуванні й реабілітації дітей із розладами психіки та проблем, що склалися в галузі.

Аналіз показників роботи служби дозволяє сформулювати пропозиції щодо вдосконалення системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні, які приведені нижче.

1. З лікування психічних розладів у стаціонарних закладах акцент має бути перенесений на соціальну реабілітацію та інклюзію дітей з психічними розладами, профілактику зі створенням на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Перед дитячою психіатричною службою України стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів МОЗ, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту у сфері охорони психічного здоров'я дітей. Результатом міжсекторальної взаємодії має бути створення спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що допоможе зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатиме антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, сприятиме

формуванню соціально адаптивних форм поведінки. Також мають бути розроблені програми інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з психічними розладами в існуючі загальні системи освіти й професійної підготовки, а також програми підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей із дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

2. Повинен мати місце перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами й особливими потребами за місцем проживання та постійного перебування, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, підвищення компетенції сімейних лікарів та педіатрів з питань діагностики психічних розладів і надання психіатричної допомоги дітям. Також систему психіатричної допомоги дітям необхідно відокремити від психіатричної допомоги дорослим з організацією дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень. Має бути сформована ланка високоспеціалізованої психіатричної допомоги та оптимізована кількість дитячих психіатричних ліжок, виходячи з відсотку дитячого населення та ефективності використання ліжок. Окрім того, у пріоритеті повинен бути розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги.
3. Якість психіатричної допомоги дітям має відповідати сучасному рівню розвитку науки. Також необхідний регулярний перегляд медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у системі МОЗ України для найбільш поширених та соціально значимих розладів психіки й поведінки у дітей: РСА, дитячої шизофренії, гіперкінетичних порушень, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, аддикцій. Потрібно вжити заходи для забезпечення доступу дітей із психічними розладами до лікарських засобів, що в установленому порядку зареєстровані на території України, а їхня ефективність ґрунтується на принципах доказової медицини. На додаток, слід забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.
4. Необхідне підвищення компетентності сімейних лікарів і педіатрів з питань діагностики та терапії психічних розладів у дітей, а також перегляд відповідних навчальних планів та програм підготовки.

### **Структура організації психіатричної допомоги**

#### **Основні завдання психіатрії:**

1. Розробка методів обстеження психічнохворих.



2. Розробка принципів діагностики та класифікації психопатологічних симптомів, синдромів і психічних захворювань.

3. Вивчення закономірностей прояву розладів психічної діяльності.

1. Вивчення етіології та патогенезу психічних захворювань.
2. Вивчення взаємозв'язку психопатологічних явищ з перебігом біологічних процесів в організмі, зокрема ВНД.
3. Аналіз виникнення і перебігу психічних розладів у зв'язку з умовами життя, діяльності людини.
4. Лікування та профілактика психічних розладів.
5. Розробка і впровадження реабілітаційних заходів.

### **Методологічні принципи вітчизняної психіатрії:**

1. Світоглядом української психіатрії є матеріалістичне розуміння навколишнього світу і психічних функцій.
2. Природничо-науковою основою вітчизняної психіатрії являється вчення І.П.Павлова про фізіологію і патофізіологію вищої нервової діяльності.
3. Психіатрія, як медична клінічна наука, розвивається лише при співставленні різних концепцій, гіпотез, теорій щодо виникнення і розвитку психічних розладів.
4. Класифікація психічних розладів в українській психіатрії відповідає Міжнародній статистичній класифікації захворювань 10-го перегляду – клас 5 «Розлади психіки та поведінки».
5. Психіатрія має зв'язок із іншими клінічними дисциплінами; психологією, фізіологією, соціологією, філософією.

### **Організація психіатричної допомоги в Україні**

#### *Організаційні принципи психіатричної служби в Україні*

1. Доступність та безкоштовність психіатричної допомоги.
2. Децентралізація і послідовність (наступність).
3. Спеціалізація і профілізація.
4. Профілактичний принцип (диспансеризація).
5. Гуманізм і система необмежування прав психічно хворих.

Психіатрична допомога в системі Міністерства охорони здоров'я України включає три типи закладів:

- заклади, що надають позалікарняну (амбулаторну) психіатричну допомогу;
- заклади, що надають стаціонарну психіатричну допомогу;
- соціально-реабілітаційні заклади.

### **Позалікарняна (амбулаторна) психіатрична допомога:**

1. Обласні, міські, міжрайонні психіатричні диспансери.
2. Обласні, міські, міжрайонні наркодиспансери.
3. Психіатричні кабінети при поліклініках ЦРЛ.
4. Наркологічні кабінети при поліклініках ЦРЛ.
5. Психотерапевтичні кабінети при поліклініках, соматичних лікарнях, санаторіях.
6. Спеціалізовані кабінети при поліклініках (дитячої психіатрії, медико-психологічний, логопедичний та інші).
7. Соціально-реабілітаційні заклади: лікувально-трудова майстерні (при психіатричних лікарнях, диспансерах), спеціальні цехи на підприємствах, підсобні господарства.

### **Стаціонарна психіатрична допомога:**

1. Обласні психіатричні лікарні (багатопротільні ЛПЗ).
2. Психіатричні стаціонари при психоневрологічних диспансерах.
3. Наркологічні стаціонари при обласних наркологічних диспансерах.
4. Психіатричні відділення при обласних, міських соматичних лікарнях.
5. Психіатричні лікарні (відділення) з підсиленням наглядом для примусового (недобровільного) лікування психічнохворих, які є небезпечними для суспільства.
6. Психіатричні санаторії.

### **Психіатрична допомога в системі Міністерства соціального захисту населення:**

1. Будинки інвалідів для хронічних психічнохворих I та II груп інвалідності (чоловічі, жіночі, дитячі).
2. Будинки інвалідів для осіб з глибоким ступенем розумової відсталості.
3. Психіатричні (спеціалізовані) МСЕК.

### **Психіатрична допомога в системі Міністерства освіти:**

1. Спеціалізовані школи для дітей з легкою та помірною розумовою відсталістю.
2. Психолого-медико-педагогічні комісії (обласні, міські, районні).

## **Психіатрична допомога в системі Міністерства внутрішніх справ та Департаменті виконання покарань:**

1. Медичні витверезники.
2. Лікувально-трудова профілакторія (ЛТП).
3. Психіатричні лікарні (відділення) з підсиленням наглядом для примусового (недобровільного) лікування психічнохворих, що здійснили соціально-небезпечні дії.

### ***I. Установи надання позалікарняної психіатричної допомоги.***

1. Психоневрологічні диспансери (ПНД):
  - обласні; -міські; -міжобласні та районні.
2. Психоневрологічні диспансерні відділення (ПНДВ):
  - у складі психоневрологічних лікарень; - у складі соматичних лікарень.
3. Психоневрологічні кабінети (ПНК) у загально соматичних поліклініках:
  - загальні; -спеціалізовані.

### **II. Установи надання лікарняної психіатричної допомоги**

1. Психіатричні лікарні:
 

-обласні та міські; -лікувально-трудова профілакторія (ЛТП) для хворих алкоголізмом.
2. Психоневрологічні відділення:
  - у складі психоневрологічних диспансерів;
  - у складі соматичних лікарень та військових шпиталів;
  - відділення для наркоманів.
3. Денні та нічні стаціонари.
4. Психоневрологічні санаторії.
5. Будинки для інвалідів-психохроніків

### **III. Соціально-реабілітаційні установи**

1. Лікувально-трудова майстерня (ЛТМ).
2. Спеціальні цехи.

3. Інтернати та школи для розумововідсталих дітей.
4. Спеціальні школи для дітей з порушеною поведінкою.
5. Школи та групи для дітей з мовними порушеннями.
6. Підліткові кабінети.

Основне місце в структурі надання психіатричної допомоги хворим в амбулаторних умовах займає психоневрологічний диспансер, а в стаціонарах - психіатрична лікарня (стаціонарні відділення при ПНД), тому їх структури та функціональні завдання відповідають таким установам відповідного профілю.

### *Структура та завдання психоневрологічного диспансеру*

#### Структура

1. Кабінети дільничних лікарів-психіатрів.
  2. Організаційно-методичний кабінет.
  3. Наркологічний кабінет.
  4. Психотерапевтичний та фізіотерапевтичний кабінети.
  5. Дитячий кабінет.
  6. Підлітковий кабінет.
  7. Кабінет невропатолога.
  8. Логопедичний кабінет.
  9. Кабінет правової допомоги.
10. Кабінет сексопатології.
11. Денний та нічний стаціонари, а також лікувально-трудова майстерня.

#### *Завдання диспансеру*

1. Надавати всі види амбулаторної допомоги.
2. Надавати допомогу вдома:
  - негайну;
  - планову.
3. Проводити всі види експертизи:
  - судову;
  - військову;
  - різні види трудової діяльності;
  - з переривання вагітності;
  - про можливість брати участь у виборах;

- на сп'яніння (нарко- або токсикоманічні).
4. Раннє виявлення хворих.
  5. Облік первинної та повторної захворюваності.
  6. Диспансерно-динамічний облік.
  7. Облік психічно хворих серед населення.
  8. Зв'язок з соматичними лікарнями та поліклініками, дитячими лікарнями та підлітковими кабінетами, туберкульозними, венерологічними та ендокринологічними диспансерами.
  9. Психогігієнічна та санітарно-просвітницька робота:
    - лекційна пропаганда;
    - наочна агітація;
    - преса, радіо, телебачення;
    - психогігієнічні консультації
- . 10. Соціально-правова допомога:
- оздоровлення побуту;
  - оздоровлення умов праці;
  - юридична допомога;
  - опіка та патронаж;
  - зв'язок з органами соціального забезпечення.

## Структура та завдання психіатричної лікарні

### Структура:

1. Психіатричні стаціонари (відділення) поділяють на жіночі та чоловічі, для тих, що гостро та підгостро захворіли, та для хворих з хронічним перебігом, наркологічне, дитяче та підліткове, психосоматичне, геронтологічне, інфекційне (або ізолятор), туберкульозне, відділення неврозів та відділення для інвалідів Великої Вітчизняної війни, приймальне відділення.
2. Допоміжні служби складаються з лікувально-трудових майстерень, рентгенівського кабінету, аптеки, фізіотерапевтичного відділення, кабінетів лікарів (хірурга, офтальмолога, отоляринголога, терапевта, стоматолога, психотерапевта та ін.).
3. Адміністративно-господарча служба: головний лікар та його замісники, старші лікарі, медична частина, архів, господарча частина, бухгалтерія, харчоблок.

### *Завдання психіатричного стаціонару*

1. Надання всіх видів стаціонарної лікарняної допомоги хворим.
2. Проведення всіх видів стаціонарної експертизи.
3. Розробка конкретних лікувальних та соціально-реабілітаційних рекомендацій для хворих, що виписуються.
4. Забезпечення спадкоємності з амбулаторними психіатричними установами.
5. Проведення профілактичної та санітарно-просвітницької роботи серед населення.

### *Завдання соціально-реабілітаційних установ.*

1. Використання залишкової працездатності та набуття нової спеціальності.
2. Соціальна адаптація хворих.
3. Поглиблення ремісій за рахунок трудотерапії.
4. Підтримуюча терапія під час трудової діяльності.
5. Загальноосвітнє та професійне навчання осіб з розумовою відсталістю.

### **Улаштування психіатричного стаціонару та організація його роботи**

Штати, структура, об'єм діяльності залежать від кількості хворих, що обслуговуються, профілю відділення і визначаються відповідними наказами та положеннями Міністерства охорони здоров'я України.

### **Улаштування психіатричного стаціонару.**

1. Особливості устаткування вікон, дверей, внутрішніх приміщень і т.ін. (попередження втеч, самопошкоджень, самогубства хворих).
2. Профілізація палат.
3. Поділ на спостережну та спокійну частини (забезпечення максимального нагляду за збудженими, агресивними та суїцидально налаштованими хворими).
4. Організація праці маніпуляційних, сестринських постів, посту санітарів і т.ін.
5. Устаткування їдальні, туалетів, кімнат для відпочинку хворих та для побачень з родичами і т.ін.

### *Документація стаціонару*

1. Історії хвороб.
2. Журнал руху хворих.
3. Процедурний журнал.
4. Журнал обліку розподілу ліків.
5. Журнал спостереження за хворими.

*Правила роботи медичного персоналу з психічно хворими:*

1. Чуйне та уважне ставлення до хворого, повага його. Обов'язково слід звертатися до хворого на "Ви", з ім'я та по-батькові.
2. Не допускати сперечання та обдурювання хворих. Розмову вести з ними в поважному, доброзичливому, неквапливому тоні.
3. Пильність на посту, особливо у ставленні до хворих з посиленням наглядом.
4. Не допускати проникнення до відділення гострих та інших небезпечних речей, пильно берегти ключі від відділення.
5. Обов'язкова взаємна інформація персоналу про зміни стану хворих.
6. Не вести розмов при хворому на медичні теми, особливо тих, що мають відношення до його хвороби.
7. Не виконувати без дозволу лікаря прохань хворого: не передавати листи, речі, не надавати відвідувачам будь-якої інформації про хворого. Не передавати нічого хворому без належного дозволу.
8. Не залишати у відділенні потенційно небезпечних предметів (лез до гоління, ножів, виделок, голок, скляного посуду і т.ін.).

**Показання та порядок госпіталізації хворих до психіатричного стаціонару**

Направлення до лікарні проводиться за **абсолютними** та **відносними показаннями**.

До **абсолютних** відносяться показання, коли хворий потребує невідкладної терапевтичної допомоги та становить соціальну загрозу (для себе та оточуючих).

До **відносних** - неможливість забезпечити догляд за хворими в домашніх умовах.

Хворий, що завдає соціальної небезпеки, може бути направлений до лікарні без згоди родичів за рішенням спеціальної комісії.

Психічно хворих, що скоїли правопорушення та були визнані судом неосудними, суд направляє до лікарні на примусове лікування.

Питання про госпіталізацію до психіатричного стаціонару вирішує лише лікар-психіатр після особистого огляду хворого.

**Госпіталізація психічнохворих здійснюється:**

1. На загальних підставах;

2. За невідкладними показаннями;
3. Для проведення примусового (недобровільного) лікування.

**Госпіталізація психічнохворих на загальних підставах** проводиться за направленням дільничного психіатра, лікаря психіатра психіатричної бригади швидкої медичної допомоги. В окремих випадках допускається госпіталізація за направленням лікарів іншого профілю поліклінік, загальносоматичних лікарень. Кінцеве рішення про госпіталізацію приймає черговий лікар-психіатр приймального відділення психіатричної лікарні.

В направленні обов'язково вказуються анамнестичні дані, психічний і соматичний стани хворого, шифр діагнозу або провідний синдром, дата і час оформлення направлення, штамп лікувального закладу, посада, прізвище лікаря, його розбірливий підпис і особиста печатка.

**На загальних підставах госпіталізуються:**

1. Психічнохворі за їх згодою чи згодою рідних або опікунів;
2. Особи з психічними розладами для проведення трудової або військової експертизи.

**Госпіталізація в психіатричний стаціонар за невідкладними показаннями** проводиться в тих випадках, коли у психічнохворих порушена свідомість, мають місце розлади сприйняття (галюцинації, психічний автоматизм), мислення (наявність маячних ідей), психомоторне збудження і у них спостерігаються тенденції, що можуть привести до дій і вчинків, які є небезпечними для самих хворих і для оточуючих.

**Показання до надання негайної психіатричної допомоги:**

1. Стан психомоторного збудження різної етіології з імпульсивними та агресивними діями.
2. Затьмарення свідомості.
3. Гострі галюцинації та маячення
4. Депресія, що супроводжується страхом і суїцидальними тенденціями
5. Стан вираженої дисфорії

**Питання про необхідність госпіталізації до психіатричного стаціонару** вирішує лікар-психіатр після особистого огляду хворого.

Направлення до лікарні проводиться за **абсолютними і відносними** показаннями.

До **абсолютних** показань належать випадки, коли хворий потребує невідкладної терапевтичної допомоги і становить соціальну загрозу (для себе і оточуючих).



До **відносних** показань відносять випадки, коли існує неможливість забезпечення догляду за хворими в домашніх умовах.

**Примусову** госпіталізацію здійснюють як невідкладну, без згоди пацієнта чи його законних представників силами медичного персоналу, а за потреби – за допомогою працівників міліції. Для цього необхідне узгодження юридичного і власне медичного критерію примусової госпіталізації. Цей механізм застосовують у випадках незаперечних ознак розладу психіки (медичний критерій), внаслідок якого хворий вдається до антисоціальних дій, стає небезпечним для себе й оточуючих (юридичний критерій).

Протягом доби має бути рішення суду щодо примусової госпіталізації без згоди пацієнта.

На примусове лікування за рішенням суду направляють також психічно хворих, які скоїли правопорушення і були визнані судом неосудними.

Особи в стані алкогольного сп'яніння чи інтоксикації наркотичними препаратами без психотичних проявів не підлягають невідкладній госпіталізації до психіатричної лікарні.

Хворий, який госпіталізований за невідкладними показаннями, на протязі доби оглядається психіатричною ЛКК, яка приймає висновок про обґрунтованість госпіталізації і необхідності лікування в психіатричному стаціонарі. Висновки ЛКК фіксуються в медичній карті стаціонарного хворого (історії хвороби).

Госпіталізація для проведення примусового (недобровільного) лікування психічнохворих, які здійснили суспільно-небезпечні дії і визнані неосудними, проводиться згідно встановленого законодавства у психіатричні лікарні із звичайним, підсиленням чи суворим наглядом.

Підставою для примусового лікування є визначення суду, до якого додаються копія акту судово-психіатричної експертизи, документи, що засвідчують особистість і місце прописки.

### **Протипоказання для госпіталізації в психіатричний стаціонар:**

1. Психічно здорова людина.
2. Особи в стані простого і, навіть, важкого ступеня алкогольного сп'яніння.
3. Особи у стані інтоксикації.
4. Особи з афективними реакціями і антисоціальними формами поведінки, які не страждають психічними захворюваннями.
5. Особи з психопатичними рисами характеру.
6. Особи, у яких виявлені невротичні реакції.

7. Особи з розумовою відсталістю (за виключенням експертизи).
8. Особи з тотальною деменцією.
9. Психічнохворі із ургентною соматичною патологією, яка вимагає хірургічного втручання.

**Припинення диспансерного обліку** наркологічним закладом здійснюється на підставі або рішення ЛКК, або документального підтвердження про фізичну його неможливість (смерть, переїзд на інше місце проживання, позбавлення волі, строкова служба).

В останніх трьох випадках повідомлення направляється за новим місцем перебування до відповідного лікувально-профілактичного закладу та органу внутрішніх справ у триденний термін з наступним пересиланням відповідної документації. Органи внутрішніх справ ведуть облік лише тих осіб, які добровільно не звертались за наркологічною допомогою та не виконують рекомендацій лікаря.

Відповідно тривалості терапевтичної ремісії для хворих на алкоголізм існує три групи динамічного спостереження, а для пацієнтів з наркотичною залежністю - чотири групи.

**I групу** динамічного спостереження складають хворі, які вперше звернулись за допомогою, ті, які раніше перебували на обліку, але на протязі минулого року мали рецидиви (ремісія тривала менше року) та хворі, виписані в поточному році з лікувально-трудова профілакторіїв.

**II групу** складають хворі з тривалістю ремісії від одного до двох років, у тому числі вибулі з установ примусового лікування.

**III групу** складають хворі з тривалістю ремісії від двох до трьох років.

**IV група**- ремісія від трьох до п'яти років.

Початком ремісії слід вважати день виписки з наркологічного стаціонару або день купірування останнього прийому наркотичних речовин (алкогольного ексцесу), якщо терапія проходила амбулаторно. Ремісією також вважають час амбулаторного лікування за умови повного утримання від наркотизації.

**Частота оглядів визначається для хворих**

**I групи**- не рідше разу на місяць,

**II групи**- раз на два місяці,

**III групи**- раз на три місяці,

**IV групи-** не рідше одного разу на чотири місяці.

Бажано, аби огляди проводив особисто лікар- нарколог, але іноді вони можуть здійснюватись середнім медичним персоналом. Термін обов'язкового диспансерного обліку та профілактичного спостереження становить для хворих на алкоголізм не менше трьох років, а для хворих на наркоманії та токсикоманії - п'ять років. Наявність такої ремісії повинна бути підтверджена об'єктивними даними. Зняття з обліку у зв'язку зі стійкою ремісією (одужанням) відбувається за рішенням ЛКК лікувальної установи, в якій знаходиться на обліку хворий

Навчальне видання

Амбулаторна психіатрична допомога

Методичні вказівки

для підготовки лікарів-інтернів до практичних занять

Упорядники: Кожина Ганна Михайлівна

Гайчук Лариса Михайлівна

Зеленська Катерина Олексіївна

Відповідальний за випуск Г.М. Кожина

Комп'ютерний набір К.О. Зеленська

Комп'ютерна верстка К.О. Зеленська