

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 8 апреля 1998 г. N 108

О СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В целях реализации [Закона](#) Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", совершенствования и дальнейшего развития скорой психиатрической помощи приказываю:

1. Организовать работу бригад скорой психиатрической помощи в соответствии с:

1.1. Положением о врачебных и фельдшерских бригадах скорой психиатрической помощи ([Приложение 1](#)).

1.2. Штатными нормативами медицинского персонала бригад скорой психиатрической помощи ([Приложение 2](#)).

1.3. Примерным перечнем специального оснащения бригады скорой психиатрической помощи ([Приложение 3](#)).

1.4. Методическими рекомендациями по организации работы бригад скорой психиатрической помощи ([Приложение 4](#)).

2. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

2.1. Организовать систематическую учебу персонала скорой психиатрической помощи.

2.2. Обеспечить регулярное проведение конференций медицинского персонала психиатрических учреждений и бригад скорой помощи для обсуждения практики психиатрического освидетельствования и госпитализации в недобровольном порядке.

3. Считать не действующими на территории Российской Федерации:

Приложение 9 к Приказу Минздрава СССР от 12.12.80 N 1270, пункт 4 приложения 10 и пункты 1.1.5, 1.2.7, 1.3.1. приложения 11 к Приказу Минздрава СССР от 29.12.84 N 1490.

4. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя министра Стародубова В.И.

Министр
Т.Б.ДМИТРИЕВА

Приложение 1
к Приказу Минздрава России
от 8 апреля 1998 г. N 108

ПОЛОЖЕНИЕ О ВРАЧЕБНЫХ И ФЕЛЬДШЕРСКИХ БРИГАДАХ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Врачебные и фельдшерские бригады скорой психиатрической помощи (далее - психиатрические бригады) организуются в составе станции (подстанции, отделения) скорой медицинской помощи, психоневрологического диспансера, психиатрической больницы, а также центральной районной больницы.

2. В своей деятельности психиатрические бригады руководствуются [Законом](#) Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

3. На психиатрические бригады распространяются утвержденные Минздравом России Положения о скорой медицинской помощи.

4. Психиатрические бригады обеспечивают скорую психиатрическую помощь по месту пребывания пациента, в том числе в лечебно-профилактических учреждениях.

5. Задачами психиатрических бригад являются:

оказание скорой психиатрической помощи;

осуществление врачом-психиатром освидетельствования лица без его согласия или без согласия его законного представителя и госпитализации в недобровольном порядке в соответствии с действующим [законодательством](#);

транспортировка лиц, страдающих психическими расстройствами, по направлению врача-психиатра в сопровождении среднего медицинского персонала.

6. Психиатрические бригады не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, судебно-психиатрических и других экспертных заключений, в том числе и по поводу наличия или отсутствия алкогольного опьянения, не выдают каких-либо иных письменных справок. Все необходимые рекомендации пациентам, их законным представителям и медицинскому персоналу психиатрических учреждений даются устно.

7. Психиатрические бригады осуществляют свою работу во взаимодействии с психоневрологическими диспансерами (отделениями, кабинетами), при необходимости направляют в их адрес сведения и рекомендации.

8. Психиатрические бригады при наличии медицинских показаний обязаны осуществлять скорую психиатрическую помощь добровольно обратившимся к ним лицам.

9. Район обслуживания психиатрическими бригадами определяется приказом органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации.

10. Психиатрические бригады обеспечиваются необходимыми медикаментами, медицинским оборудованием и транспортом.

11. Психиатрические бригады не направляются на вызовы без указаний на наличие у предполагаемого пациента психических расстройств.

12. При оказании скорой психиатрической помощи, когда иными методами невозможно предотвратить со стороны пациента действия, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц, по решению врача-психиатра применяются меры физического стеснения в наиболее щадящих формах, в том числе с использованием широких лент из плотной хлопчатобумажной ткани. Эти меры осуществляются при контроле со стороны медицинского персонала, их форма и продолжительность указываются врачом-психиатром в медицинской документации.

13. При получении сведений о совершении пациентом агрессивных действий, о том, что он вооружен, забаррикадировался, владеет приемами борьбы, рукопашного боя и др., врач-психиатр заблаговременно извещает об этом сотрудников милиции, которые принимают необходимые меры в порядке, установленном действующим законодательством.

14. При осуществлении госпитализации опись имеющихся при пациенте ценностей, денег, документов, а также предметов, которые могут быть использованы в качестве оружия, вносится врачом-психиатром бригады в медицинскую документацию. Все перечисленное передается под расписку врачу приемного отделения стационара.

15. Число врачебных психиатрических бригад устанавливается в соответствии со штатными нормативами, утвержденными Минздравом России. Число фельдшерских бригад определяется органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

16. Врачебные (в составе врача и двух фельдшеров или врача, фельдшера и санитаря) и фельдшерские (в составе трех фельдшеров, или двух фельдшеров и санитаря) психиатрические бригады обеспечиваются специально оборудованным санитарным автомобилем и специальным оснащением по примерному [перечню](#), утвержденному Минздравом России.

При отсутствии необходимого числа фельдшеров бригады могут комплектоваться, в индивидуальном порядке, другим средним медицинским персоналом.

17. В крупных городах (с населением свыше 1 млн. жителей) из бригад психиатрической помощи могут быть организованы самостоятельные специализированные станции (подстанции) скорой медицинской помощи или отделения психиатрических и психоневрологических

учреждений. При организации такого рода станций, подстанций и отделений на них, помимо утвержденных для них штатных нормативов, распространяются штатные нормативы скорой медицинской помощи.

18. Общее руководство деятельностью психиатрических бригад осуществляется администрацией учреждения, в составе которого они организованы. Методическое руководство деятельностью психиатрических бригад осуществляется главным психиатром органа управления здравоохранением.

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.И.ВЯЛКОВ

Приложение 2
к Приказу Минздрава России
от 8 апреля 1998 г. N 108

ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА БРИГАД СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Врачебный персонал:

1.1 Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета:

а) 1 круглосуточный пост на 300 тысяч населения в городах с численностью населения свыше 100 тысяч жителей, но не менее одного круглосуточного поста на город;

б) 1 круглосуточный пост на 50 тысяч жителей городов с численностью населения до 100 тысяч жителей и поселков городского типа вместе с сельским населением, принятым на обслуживание согласно договору с муниципальными органами исполнительной власти.

2. Средний медицинский персонал:

2.1. Должности фельдшеров устанавливаются соответственно должностям врачей-психиатров, предусмотренным п. 1.1.

2.2. Должности фельдшера или медицинской сестры по приему вызовов и передаче их бригаде, если скорая психиатрическая помощь функционирует в составе психиатрического (психоневрологического) учреждения, устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост.

3. Младший медицинский персонал

3.1 Должности санитаря (санитарки) устанавливаются соответственно должностям врача или фельдшера на каждую врачебную или фельдшерскую бригаду.

Начальник Управления планирования,
финансирования и развития
Н.Н.ТОЧИЛОВА

Приложение 3
к Приказу Минздрава России
от 8 апреля 1998 г. N 108

ПРИМЕРНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ

СПЕЦИАЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ БРИГАДЫ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Одноразовые шприцы	10 штук
Стаканчики для приема лекарств	5 штук
Ленты из плотной хлопчатобумажной ткани (200 см x 10 см)	3 штуки
Аминазин табл. 0,025	2 упаковки
амп. 2,5% - 2,0	5 упаковок
Тизерцин табл. 0,025	1 упаковка
амп. 2,5% - 1,0	10 упаковок
Хлорпротиксен табл. 0,015	1 упаковка
табл. 0,05	1 упаковка
Трифтазин табл. 0,005	1 упаковка
Стелазин амп. 0,005	1 упаковка
Галоперидол табл. 0,0015	1 упаковка
табл. 0,005	1 упаковка
амп. 0,05% - 1,0	5 упаковок
Сонапакс табл. 0,01	2 упаковки
Реланиум табл. 0,005	2 упаковки
Седуксен амп. 0,5% - 2,0	10 упаковок
Феназепам табл. 0,0005	1 упаковка
табл. 0,001	1 упаковка
Амитриптилин табл. 0,025	1 упаковка
амп. 0,025	2 упаковки
Мелипрамин табл. 0,025	1 упаковка
амп. 0,025	1 упаковка
Циклодол табл. 0,002	1 упаковка
Акинетон амп. 0,025	1 упаковка
Фенобарбитал табл. 0,1	2 упаковки
Карбамазепин (тегретол, финлепсин) табл. 0,2	1 упаковка

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.И.ВЯЛКОВ

Приложение 4
к Приказу Минздрава России
от 8 апреля 1998 г. N 108

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ БРИГАД СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Скорая психиатрическая помощь является видом гарантированной государством психиатрической помощи. В системе психиатрической службы ей принадлежит особенно важная роль. Специализированные бригады скорой психиатрической помощи функционируют в нашей стране начиная с 1928 года. В конце 50-х - начале 60-х годов они получили более широкое распространение. В настоящее время скорая психиатрическая помощь в городах осуществляется в большинстве регионов России. Вместе с тем, организации этого вида помощи уделяется еще недостаточно внимания.

Основной задачей психиатрической бригады является оказание скорой психиатрической помощи в случаях внезапного развития или обострения психических расстройств в любом месте

пребывания пациента, включая медицинские учреждения. Помощь может ограничиваться медицинскими мероприятиями после осмотра пациента, рекомендацией обращения в психоневрологический диспансер (отделение, кабинет) или сопровождаться госпитализацией в психиатрический стационар. Кроме того, психиатрическая бригада выполняет задачу транспортировки психически больных по направлению врача-психиатра с использованием специального автотранспорта и в сопровождении подготовленного среднего медицинского персонала.

Скорая психиатрическая помощь функционирует круглосуточно.

Особое значение работа психиатрических бригад приобретает в современных условиях в связи с введением правовых норм, относящихся к психиатрическому освидетельствованию и госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. В связи с этим значительно повысилась ответственность врача психиатрической бригады за принятие решения о госпитализации, а работа психиатрических бригад значительно усложнилась. Скорая психиатрическая помощь оказалась на переднем крае реализации законодательства в области психиатрии.

С другой стороны, строгие критерии недобровольной госпитализации, связанные с констатацией опасности больного для себя и окружающих, в виде, например, непосредственной физической угрозы, требуют нередко тесного взаимодействия психиатрической бригады с сотрудниками милиции. В большей степени, чем прежде, врач нуждается в поддержке милиции с целью соблюдения правовых норм и создания безопасных условий для осмотра пациента.

Назревшими являются и другие проблемы скорой психиатрической помощи. Прежде всего это создание предпосылок для ее дальнейшего развития; она не должна предназначаться преимущественно лишь для населения крупных городов. С учетом местных условий должен решаться вопрос, входит ли психиатрическая бригада в структуру станции скорой помощи или является составной частью психоневрологического диспансера. Остается неоднородной нагрузка бригад. В определенной степени этим обусловлена проблема повышения качества помощи: строгое соблюдение законности, время прибытия к месту вызова, объем и характер оказываемой помощи, оснащенность бригад и автотранспорта и др.

ОБРАЩЕНИЕ ЗА СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ. СТРУКТУРА КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Анализ показывает, что частота обращений за данным видом помощи обнаруживает колебания: лица, ежегодно осматриваемые психиатрическими бригадами, составляют 16,0 - 19,0 на 10 тыс. населения в год. Среди этих лиц определенную часть составляют иногородние, а также лица без определенного места жительства. По тем или иным мотивам в городах, привлекательных для психически больных - мигрантов, приезжающих, например, с целью обращения в различные инстанции, может достигать 20% от общего числа больных, к которым вызывается психиатрическая бригада.

Вызовы поступают из разных источников; последние отражают острый характер развития психической патологии. Психиатрическую бригаду чаще всего вызывают члены семьи и близкие больных (примерно 40%), реже - работники милиции (30%), сотрудники по работе (5%), десятые доли процента составляют вызовы к больным, поступающие от случайных лиц. Практика показывает, что при наличии заведомо ложных вызовов предпочтителен прием вызовов от должностных лиц или от родственников пациента (называющих себя и сообщаящих свои координаты). В сомнительных случаях предлагают тем, кто вызывает психиатрическую бригаду, обратиться вначале в органы милиции, жилищные конторы и пр. Самостоятельно больные обращаются за скорой психиатрической помощью лишь в 1 - 2% случаев. Вызовы к больным врачами психоневрологического диспансера составляют около 20%. В этих случаях роль бригады скорой психиатрической помощи обычно сводится к транспортировке больных по направлению психиатра диспансера.

Нозологическая структура контингента больных, ежегодно осматриваемых психиатрическими бригадами, зависит от особенностей региона. Доля больных алкоголизмом и алкогольными психозами достигает 20 - 40%. Отмечается тенденция к росту числа лиц с

наркоманиями и токсикоманиями, однако их доля в регионах, не отличающихся большой распространенностью этих видов зависимости, остается в пределах одного процента. Наибольшая часть вызовов к больным шизофренией (более 40%), органическими поражениями головного мозга, в том числе с атеросклеротическим и старческим слабоумием (более 20%).

Среди лиц, к которым вызывается психиатрическая бригада, число мужчин обычно несколько превышает число женщин.

Вызовы поступают к лицам всех возрастов, однако чаще - к лицам трудоспособного возраста.

Порядок приема вызовов. Все обращения (без исключения) за скорой психиатрической помощью регистрируются диспетчером. Принимая вызов, диспетчер выясняет данные о местонахождении лица, к которому вызывается бригада, его фамилию, имя, отчество, возраст, а также фамилию, имя, отчество вызывающего, его отношение к указанному лицу - родственник (степень родства), сотрудник (должность), сосед, работник ЖЭКа и др., его телефон. Диспетчер, опрашивая вызывающего, уточняет: причину обращения, наблюдался (лечился) ли предполагаемый пациент ранее по поводу психического расстройства, в чем особенности поведения и высказываний в настоящее время, которые могут указывать на наличие психического заболевания, в том числе свидетельствующие об опасности для себя или окружающих, беспомощности, динамике, в частности, утяжелении состояния. Диспетчер вносит полученные данные в журнал записи вызовов скорой медицинской помощи и передает все ставшие ему известными сведения дежурному врачу, который принимает решение о направлении психиатрической бригады по месту вызова или об отказе в этом. В последнем случае, в зависимости от ситуации, он информирует вызывающего, куда следует обратиться (например, в милицию или, в соответствии с законом, с заявлением в психоневрологический диспансер для получения санкции судьи на психиатрическое освидетельствование и др.). При отказе в направлении бригады на вызов причины отказа вносятся врачом в журнал записи вызовов скорой медицинской помощи. Принимая вызов, врач инструктирует вызывающего о необходимых мерах до приезда бригады (по возможности обеспечить надзор, предупреждая опасные действия, переместить из производственного помещения в безопасное место и др.). При выезде к задержанному органами МВД врач бригады должен быть ознакомлен с письменным рапортом об обстоятельствах и причинах задержания. При этом должны быть приняты меры к установлению личности задержанного, проведен его досмотр с составлением соответствующих документов.

В случае вызова в лечебно-профилактическое учреждение сведения должны быть получены от врача этого учреждения, располагающего необходимыми данными о пациенте. В этих случаях, помимо данных о психическом состоянии, обязательны подробные данные о соматических (неврологических) расстройствах, в связи с которыми пациент находится на стационарном лечении, данные о проведенных консультациях со специалистами.

Диспетчер принимает также вызовы на транспортировку пациентов из лечебно-профилактических учреждений (для перевода в психиатрический стационар), из психиатрической больницы (для перевода в другой психиатрический стационар), из психоневрологического диспансера (отделения, кабинета) для помещения больного в психиатрический стационар. При записи обращения по данному поводу диспетчером указываются паспортные данные пациента, сведения о проведении психиатрического освидетельствования (дата, время, кем проведено), характер госпитализации (добровольный, недобровольный). Если пациент находится в соматическом стационаре и осмотрен врачом-психиатром - данные о наличии заключения психиатра, наименование учреждения, куда должен быть доставлен пациент, наличие направления, а также рекомендации, если они имеются, по организации транспортировки, фамилия, имя, отчество сотрудника, передавшего вызов, его телефон.

В случае недобровольной госпитализации фельдшерская бригада может быть использована для транспортировки только в том случае, если она направляется к пациенту не позднее, чем в течение суток после его осмотра врачом-психиатром.

Госпитализация больных

Доля госпитализируемых с участием психиатрических бригад в общем числе больных,

помещаемых в психиатрические больницы, в разных регионах неодинакова и обнаруживает в последние годы различную динамику. Она колеблется в пределах от 10 до 30% от всех госпитализаций.

Увеличение данного показателя свидетельствует о снижении активности работы психоневрологического диспансера по раннему выявлению приступов и обострений психических заболеваний, подлежащих стационарному лечению, о менее активной амбулаторной терапевтической работе. Большая часть больных, осматриваемых психиатрическими бригадами, госпитализируется (60 - 70%).

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ

Психиатрическое освидетельствование и госпитализация, обычно осуществляемые с участием психиатрических бригад, могут быть добровольными, когда больной сам обращается или не возражает против осмотра психиатром, госпитализации, или недобровольными, когда пациент освидетельствуется и стационарируется вопреки его желанию. Закон Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" предусматривает, что недобровольное освидетельствование осуществляется в случае, если по имеющимся данным обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать, а недобровольная госпитализация - в случае, если у него врачом установлено тяжелое психическое расстройство, которое обуславливает:

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При одинаковых критериях недобровольного освидетельствования и госпитализации имеются различия в юридической процедуре. Решение о недобровольной госпитализации принимает сам врач, а решение о недобровольном освидетельствовании врач принимает только в случаях соответствия состояния критерию "а". Если же речь идет о критериях "б" и "в", на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

Необходимо, однако, указать на правовые аспекты, связанные с особенностями работы бригады скорой и неотложной психиатрической помощи. Эта работа строится на обслуживании неотложных случаев; бригада вызывается и к ранее не освидетельствованным психиатром, и к не состоящим под диспансерным наблюдением лицам.

1. Вызов психиатрической бригады должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и "тяжелое психическое расстройство" у него соответствует любому из трех критериев. Когда условия неблагоприятны (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощный пациент (критерий "б") и пациент с плохим клиническим прогнозом в случае оставления его без психиатрической помощи (критерий "в") становятся опасными для себя. В этих случаях критерии "б" и "в" статьи 23 совпадают с критерием "а" и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи.

Отказ от оказания неотложной помощи таким пациентам становится равносильным отказу от выполнения врачебного долга.

Недопустимо перекладывание психоневрологическим диспансером всей работы по недобровольному освидетельствованию на бригаду психиатрической помощи. Диспансер должен ее осуществлять в соответствии со статьями 23, 24 и 25 Закона, получая предварительно санкцию судьи. Однако при острых проявлениях психического расстройства, потребовавшего обращения за скорой психиатрической помощью, когда пациент не может быть оставлен без помощи при условии соответствия психического состояния критериям недобровольной госпитализации, диспетчер (дежурный врач) скорой помощи руководствуется не только 23, но и 29 статьей, причем последняя является решающей.

2. Диспетчер (дежурный врач) скорой психиатрической помощи, принимая вызов, может быть дезориентирован тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица

как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только, что оно не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть оказана только с помощью недобровольного помещения в больницу, а признаков соответствия состояния лица критериям недобровольной госпитализации (статья 29, критерии "а", "б", "в") нет. Врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данное лицо психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи оно нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом он делает запись в медицинской документации, обосновывая ее полученными на месте данными. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается не проведенным, а врач не нарушает ст. 23 Закона о психиатрической помощи. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатра, и другим присутствующим лицам следует объяснить, что уточненные в беседе обстоятельства необходимы для принятия решения о необходимости освидетельствования.

Необходимо обращать также внимание на некоторые правовые положения, не вытекающие только из специфики оказания скорой психиатрической помощи, но имеющие большое значение при ее оказании.

1. Закон не выделяет ни одного из трех ("а", "б", "в") критериев недобровольной госпитализации в качестве главного. Во избежание невыполнения врачебного долга недопустима абсолютизация критерия опасности пациента для себя и окружающих ("а") как наиболее доказательного, и игнорирование двух других критериев. Важно, чтобы решение врача было всегда достаточно мотивировано описанием психического состояния пациента.

2. В случаях, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить свое отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие), когда он, например, находится в состоянии измененного сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние), или когда имеет место острый психоз с выраженной растерянностью, крайней загруженностью психотическими переживаниями, или выраженное слабоумие, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно (но легко склонить такого пациента к подписи под документом о согласии на госпитализацию) - во всех этих случаях помещение в больницу должно оформляться только как недобровольное.

3. Недобровольная госпитализация начинается с момента реализации принятого врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента в случае необходимости принимаются меры принуждения.

4. В направлении на госпитализацию психиатр должен дать предметное и доказательное описание психического состояния пациента, из которого достаточно определенно можно заключить, что оно соответствует одному из трех критериев недобровольной госпитализации; должно быть указано, что пациент стационарируется недобровольно, а также какому критерию ст. 29 ("а", "б", "в") его состояние соответствует.

5. В соответствии с ч. 3 ст. 30 Закона работники милиции принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации. Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. Это вытекает также из более общих положений ст. 2 и 10 Закона РСФСР "О милиции", где указано, что в задачи милиции входит обеспечение личной безопасности граждан, охрана общественной безопасности, а также оказание помощи должностным лицам и учреждениям в осуществлении их законных прав и интересов. Отмечается также, что милиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности и своевременно принимать меры. Поэтому помощь медицинским работникам в случае необходимости при неотложной

госпитализации - одна из форм выполнения милицией своих обязанностей.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ

С введением правовых основ деятельности психиатрической службы важное значение приобретает адекватная современным условиям организация работы скорой психиатрической помощи в различных регионах России.

1. В настоящее время скорая психиатрическая помощь преимущественно (почти 84%) находится в ведении общей скорой медицинской помощи и значительно реже - в структуре учреждений психиатрической службы.

Включение скорой психиатрической помощи в структуру учреждений психиатрической службы позволяет:

оперативно знакомиться с имеющейся в психоневрологическом диспансере информацией о пациенте до выезда бригады к месту вызова, данных о его склонности к общественно опасным действиям и др.;

получать информацию от участковых психиатров, сотрудничать с ними при осуществлении госпитализации, оперативно используя фельдшерские бригады, а также получать сведения из стационара, позволяющие оценить правильность принятых решений;

поддерживать более высокий уровень психиатрической квалификации сотрудников психиатрических бригад; быть в курсе всех новых требований, нормативных положений; использовать новые психотропные средства и методы лечения.

Утрата указанных преимуществ сотрудничества с другими учреждениями, оказывающими психиатрическую помощь, может особенно отрицательно сказываться при децентрализации скорой психиатрической помощи в наиболее крупных городах при включении психиатрических бригад в подстанции общемедицинской скорой помощи. Отсутствие связи и тесных контактов с психиатрической службой приводит их к профессиональной изоляции.

В других случаях следует учитывать следующие аргументы в пользу включения психиатрических бригад в состав общемедицинской скорой помощи:

лучшие условия для технического обеспечения автотранспорта;

наличие некоторых общих аспектов помощи;

приближение к общей медицинской практике и большее знакомство с соматической патологией, в практике работы некоторых психиатрических бригад нередко играющей важную роль (при смешанной патологии, решении вопроса о транспортабельности больных и др.).

Определение структурной принадлежности психиатрической бригады может решаться в зависимости от местных условий и возможностей. Однако при любых вариантах должно быть обеспечено внимание к организации скорой психиатрической помощи со стороны главного психиатра и организационно-методического отдела по психиатрии. Должны быть реализованы все преимущества установления более тесных связей бригады с психиатрическими учреждениями, вплоть до использования компьютерного банка данных о больных психоневрологического диспансера. В крупных городах возможна организация самостоятельной станции скорой психиатрической помощи.

Главному психиатру и оргметодотделу по психиатрии необходимо организовать:

систематическую учебу медицинского персонала скорой психиатрической помощи;

участие врачей и фельдшеров психиатрических бригад в конференциях психиатрических (психоневрологических) учреждений;

регулярное обсуждение случаев недобровольной госпитализации, особенно спорных, или ошибок, явившихся, например, причиной судебных исков;

обеспечение бригад постоянными консультантами - сотрудниками кафедры НИИ психиатрии, наиболее опытными врачами.

2. Более чем в половине регионов России показатель обеспеченности населения бригадами скорой психиатрической помощи находится в границах, определенных действующими нормативами. Однако данный вид помощи сконцентрирован преимущественно в крупных городах. Дальнейшее ее развитие должно происходить в городах со средней и малой численностью населения, а также в сельских районах, где психиатрическая бригада чаще

выполняет функции транспортировки, доставляя больных по направлению участкового психиатра в психиатрическую больницу.

Необходимо использовать существующие нормативы не только для городского, но и для всего населения района обслуживания. При наличии в сельских районах общемедицинской скорой помощи возможно пойти по пути специализации по психиатрии хотя бы одной из выездных бригад общего профиля, проведя соответствующую специализацию врача, а также обучив другой медицинский персонал бригады.

Организация работы психиатрических бригад должна способствовать реализации **законодательства** в области психиатрии, с учетом того, что вопросы недобровольного освидетельствования или госпитализации может решать только врач-психиатр.

3. Оргметодотдел по психиатрии должен изучать нагрузку на бригаду. Обычно прослеживается обратная зависимость между радиусом района обслуживания и количеством вызовов. Чем больше радиус обслуживания, тем меньше количество осуществляемых выездов бригады. При избыточном числе бригад скорой и неотложной психиатрической помощи они начинают выполнять несвойственные им функции: осуществлять так называемые непрофильные вызовы, оказывать помощь психоневрологическому диспансеру в обслуживании больных. И то и другое не является рациональным.

На количество вызовов, выполненных бригадой за смену, может влиять большая обращаемость населения, связанная с недостаточной активностью психоневрологического диспансера.

Следует признать оптимальной среднюю нагрузку с осуществлением бригадой 4 - 6 вызовов в суточную смену. Однако допустимы отклонения от этого числа в зависимости от местных условий, что должно устанавливаться расчетами оргметодотдела с учетом числа бригад, радиуса обслуживания, времени, затрачиваемого на дорогу, и других факторов.

Опыт показывает, что в городах с населением более 1 млн. не всегда целесообразно использовать полностью норматив создания однотипных психиатрических бригад. Более адекватна их частичная дополнительная профилизация. Так, могут быть выделены бригада скорой детско-подростковой психиатрической помощи, помощи пациентам соматопсихиатрического профиля (при смешанной патологии, осуществлении вызовов в многопрофильные соматические стационары), реанимационно-психиатрического профиля (для оказания помощи в случаях фебрильной кататонии, злокачественного нейролептического синдрома, тяжелых алкогольных делириев и др.).

4. В целях повышения качества скорой психиатрической помощи населению следует прежде всего обратить внимание на такой ее показатель, как время, в течение которого пациент ожидает прибытия психиатрической бригады. По имеющимся данным, более чем в половине случаев бригада прибывает на вызов со значительной задержкой. Разрыв между осмотром больного участковым врачом-психиатром, принявшим решение о недобровольной госпитализации, и осуществлением этой госпитализации фельдшерской бригадой в таких случаях может привести к тяжелым последствиям.

5. Важным аспектом организации работы психиатрических бригад является работа диспетчера, поскольку решения об отказе принимаются в 10 - 13% случаев: непрофильные вызовы; получение диспетчером сведений, из которых не очевидно, что речь идет о психических расстройствах, а следует, например, обратиться в органы милиции; при отсутствии данных о нуждаемости в скорой помощи можно ограничиться профессиональным советом и др.

В значительной части этих случаев только врач-психиатр может квалифицированно и ответственно оценить ситуацию, получив информацию по телефону, и принять решение об отказе.

6. Важным аспектом работы бригад является организация взаимодействия врачей-психиатров и фельдшеров бригады с работниками органов МВД, в чьей помощи они нередко нуждаются при выполнении своих профессиональных обязанностей.

Путь разрешения трудностей совместной работы скорой психиатрической помощи и органов милиции, существующих в некоторых регионах, в усилении контактов психиатрических служб с органами МВД, организации совместных совещаний с обсуждением взаимодействия. Там, где эти контакты существуют, трудности возникают реже.

7. Улучшению организации работы психиатрической бригады способствуют тщательный

подбор квалифицированных кадров (целесообразно принимать на работу лиц, имеющих не менее трех лет психиатрического стажа), полная укомплектованность ими бригады.

8. Необходимо улучшать материально-техническое обеспечение скорой психиатрической помощи. Многие психиатрические бригады до настоящего времени размещаются в небольших, плохо приспособленных помещениях, нуждаются в средствах для удержания возбужденных больных, средствах радиосвязи, автотранспорте с современным его техническим обеспечением. Необходимо улучшение обеспечения психиатрических бригад медикаментозными препаратами.

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Выделяются два вида лечебных мероприятий при острых и неотложных состояниях в практике скорой психиатрической помощи.

1. Первый связан с тем обстоятельством, что врач принимает решение о госпитализации пациента. В этом случае назначение лекарственных средств в первую очередь применяется для купирования или уменьшения выраженности психомоторного возбуждения.

Применение психотропных средств для уменьшения аффективной напряженности, охваченности психопатологическими переживаниями, смягчения тревоги и страха способствует большей безопасности при транспортировке пациента и приводит к уменьшению использования мер удерживания, фиксации, иммобилизации возбужденного больного в соответствии с Законом о психиатрической помощи ([статья 30, часть 2](#)). Меры физического стеснения применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализируемого лица, представляющие опасность для него самого или для окружающих.

Введение в действие [Закона](#) о психиатрической помощи привело к уменьшению использования психотропных средств с указанными выше целями в практике скорой психиатрической помощи, поскольку психиатр нередко опасается, что седативный эффект препаратов замаскирует остроту состояния и при доставке больного в приемное отделение труднее будет доказать правомерность принятого им решения о недобровольной госпитализации. В таких случаях психиатр приемного отделения стационара должен оценивать состояние пациента в динамике с учетом временного характера достигнутого улучшения после однократного приема препарата. Купирование или уменьшение психомоторного возбуждения с помощью лекарственных средств особенно показано в тех случаях, когда транспортировка больного занимает значительное время. Следует указать также, что на этом этапе при необходимости проводятся лечебные мероприятия, направленные на коррекцию сопутствующих расстройств (развитие судорожных припадков, явлений отека мозга, расстройств гемодинамики и др.).

2. Другой вид неотложных лечебных мероприятий связан с необходимостью оказания помощи, не сопровождающейся госпитализацией пациента. Речь идет о лицах с широким кругом состояний, в том числе не представляющих собой тяжелого психического расстройства, нуждающихся в неотложной помощи психиатра, которая может быть оказана амбулаторно. Сюда относятся, в частности, расстройства непсихотического уровня (неврозы, психогенные реакции, декомпенсации при психопатиях), некоторые случаи транзиторных и рудиментарных экзогенно-органических психических нарушений (транзиторные психозы сосудистого, интоксикационного генеза, неврозоподобные и часть аффективных, психопатоподобных состояний при хронических психических заболеваниях, побочные эффекты психотропных средств, назначаемых пациентам в психоневрологических диспансерах).

Вызов психиатра скорой психиатрической помощи, помимо лекарственных назначений, как правило, сопровождается психотерапевтической беседой, а также рекомендациями, например, о необходимости обращения в психоневрологический диспансер для дальнейшего систематического лечения.

В арсенал обязательных для психиатрической бригады лекарственных препаратов должны входить нейролептики седативного действия (аминазин, тизерцин, хлорпротиксен), антибредового, антигаллюцинаторного действия (трифтазин, галоперидол), малые нейролептики (сонапакс), из антидепрессантов - препарат с седативным компонентом действия (амитриптилин),

транквилизаторы (реланиум, феназепам), корректоры (циклодол, акинетон), антиконвульсанты (фенобарбитал, карбамазепин, реланиум).

Рекомендуемые ниже терапевтические мероприятия не следует понимать как обязательные для каждого случая. Их следует применять лишь при необходимости и строго индивидуально.

НЕКОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Психопатологические состояния	Рекомендуемые мероприятия (Дозы препаратов изменяются в зависимости от выраженности психических расстройств, возраста, соматического состояния)
1. Состояния измененного сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние и др.). Дезориентировка, отрешенность, грубые расстройства поведения	До 20 – 40 мг реланиума, чаще в/м, галоперидол до 10 – 15 мг в/м с корректором (при алкогольном делирии), седативные нейролептики аминазин, тизерцин до 75 – 100 мг в/м (при онейроиде), галоперидол до 10 – 15 мг (при сумеречном состоянии). Госпитализация независимо от воли больного
2. Острые психотические состояния. Быстрый темп развертывания, разнообразие и изменчивость психопатологической симптоматики, растерянность, яркость и насыщенность аффективных расстройств. При выраженной остроте состояния – трудности в определении синдрома ("асиндромальные состояния"), резкие изменения и колебания симптоматики, хаотичные, нецеленаправленные, импульсивные поступки или поведение характера "бегства от преследователей", быстрая смена направленности опасных действий (опасность для окружающих – опасность для себя). В других случаях при различной синдромальной характеристике состояний – охваченность психопатологическими переживаниями	Седативные нейролептики (аминазин или тизерцин до 75 – 100 мг внутрь или в/м). Госпитализация независимо от воли больного. Иногда временная иммобилизация на период транспортировки
3. Параноидные состояния в период обострения. Возрастание бредовой активности, аффективной насыщенности бреда, иногда с попытками реализовать сложную, тщательно спланированную акцию расправы (больные вооружаются, устраивают засады, часто оказывают сопротивление при госпитализации). Опасность для конкретных лиц из окружения больного, когда бредовые высказывания начинают сопровождаться угрозами в адрес этих лиц или нарастающими по степени агрессивности действиями	При выраженной опасности поведения пациента обращение за помощью при освидетельствовании и госпитализации в органы милиции. При опасности состояния – недобровольная госпитализация. Нейролептики с седативными (аминазин, тизерцин) или антибредовыми, антигаллюциаторными свойствами – трифтазин (стелазин) 5 мг, галоперидол 5 – 10 мг внутрь или в/м; последние назначаются одновременно с циклодолом 0,002 внутрь или акинетоном 0,0025 в/м

<p>4. Психические состояния, сочетающиеся с травмами или тяжелыми соматическими заболеваниями (пневмония, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, заболевания почек и мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта и др., последствия суицидальных попыток)</p>	<p>1) Решение вопроса о транспортабельности при затруднениях в решении этого вопроса или в оказании неотложной помощи психиатрическая бригада может вызвать бригаду общей или специализированной (в зависимости от соматического расстройства) скорой помощи. 2) Оказание неотложной догоспитальной помощи, в том числе для обеспечения транспортировки (например, иммобилизация конечности при переломе). 3) Госпитализация в соматопсихиатрическое отделение. 4) При необходимости применение средств (с учетом имеющейся соматической патологии), купирующих или смягчающих психомоторное возбуждение (реланиум в/м, седативные нейролептики)</p>
<p>5. Критические состояния: фебрильная шизофрения, токсический нейролептический синдром, острая алкогольная энцефалопатия Гайе - Вернике и др.</p>	<p>Терапию целесообразно проводить в отделениях реанимации (интенсивной терапии). При транспортировке больного в стационар может возникнуть угроза падения артериального давления, нарастания дыхательной недостаточности, в связи с чем начинают мероприятия, направленные на: 1) восстановление объема циркуляции крови, 2) коррекцию дыхательных и метаболических нарушений, 3) коррекцию микроциркуляторных нарушений, 4) коррекцию нарушений гемокоагуляции, 5) предупреждение сердечно-сосудистой недостаточности, 6) восстановление функции почек. В связи с нарушением микроциркуляции все препараты следует вводить внутривенно. При психомоторном возбуждении предпочтение следует отдавать транквилизаторам</p>
<p>6. Состояния с психопатоподобными расстройствами с расторможенностью или извращенностью влечений (например, с активными попытками совершения агрессивно-садистических действий, сексуальной агрессивностью к окружающим).</p>	<p>Госпитализация независимо от воли пациентов. Седативные нейролептики</p>
<p>7. Депрессии (тревожные, тоскливые, с идеями самообвинения) и другие состояния аффективного спектра с активными мыслями, тенденциями, аутоагрессивными действиями, представляющими опасность для жизни пациентов или серьезную угрозу для их</p>	<p>Амитриптилин 0,025 - 0,05 внутрь или в/м. При выраженной тревоге также хлорпротиксен (0,015 - 0,05 - 0,1), тизерцин (0,025 - 0,05). Госпитализация независимо от воли пациента</p>

здоровья	
8. Хронические психотические состояния с глубокими личностными изменениями, состояния с врожденным или приобретенным слабоумием с неспособностью больных самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности	Госпитализация независимо от воли пациента при отсутствии лиц, осуществляющих уход и надзор, или опекунов (при наличии последних – с их согласия)
9. Психотические состояния, возникшие остро или постепенно и достигшие психотического уровня, нарастающее маниакальное возбуждение, острая парафрения, другие бредовые состояния и др., содержание переживаний, при которых не обуславливает непосредственной физической угрозы для больного или окружающих, но имеющаяся выраженная тенденция к усложнению и утяжелению в случае неоказания своевременной психиатрической помощи влечет вред здоровью пациента	Стелазин 0,005 внутрь или в/м. Галоперидол 0,0015 – 0,005 мг внутрь или в/м. Циклодол 0,002 внутрь или акинетон 0,0025 в/м. Аминазин 25 – 50 мг внутрь или в/м. Госпитализация независимо от воли пациента (критерий "в")
10. Состояния с невротической или неврозоподобной симптоматикой (фобии ипохондрического содержания, сверхценная ипохондрия, психовегетативные синдромы, "приступы паники", другие фобические расстройства и пр.)	Реланиум 0,5 – 2,0 в/м или 0,005 внутрь, феназепам 0,0005 – 0,001 внутрь. Амитриптилин 0,015 – 0,025 внутрь или в/м. Сонапакс 0,01 – 0,02 внутрь. Рациональная психотерапия, рекомендация обратиться в диспансер
11. Состояния с психопатической и психопатоподобной симптоматикой. Декомпенсации и обострения, ситуационные реакции	Аминазин 0,025 внутрь или в/м. Хлорпротиксен 0,0015 – 0,05 внутрь. Сонапакс 0,01 – 0,02 внутрь. Реланиум 0,5 – 2,0 в/м или 0,005 внутрь. Феназепам 0,0005 – 0,001 внутрь. Рациональная психотерапия. Рекомендация обратиться в диспансер
12. Пароксизмальные или острые экстрапирамидные расстройства как осложнение нейролептической терапии – лингвооральный синдром, окулогирный криз (судорога взора), токтиколиз и др., выраженный амиостатический синдром (скованность), острая акатизия и др.	Циклодол 0,002 – 0,004 внутрь. Акинетон 1 мл в/м.
13. Повторные судорожные и другие пароксизмальные состояния	Реланиум до 20 – 40 мг в/м, фенobarбитал 0,05 – 0,1 внутрь, карбамазепин (финлепсин, тегретол) 0,2 внутрь

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ

Скорая психиатрическая помощь оказывается пациентам, которые нередко страдают тяжелыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность как для себя, так и для окружающих. При этом такие меры, как газовые

баллончики, наручники не применяются. Особенности оказания помощи заключаются в необходимости в то же время строгого выполнения ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому больному, окружающим его лицам, а также оказывающему помощь медицинскому персоналу.

1. Медицинскому персоналу психиатрической бригады, прибывшему по месту вызова, необходимо помнить, что поведение больного в условиях оказания психиатрической помощи под влиянием психопатологических расстройств может внезапно меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность как для больного, так и для окружающих.

2. В связи с этим диспетчер (дежурный врач), получив сведения о больном, совершившем опасные поступки или высказывающем угрозы, приняв вызов, обязан поставить об этом в известность врача бригады, сообщив ему все ставшие известными подробности поведения больного. В соответствии со степенью опасности, особенно в случаях, когда больной вооружен, забаррикадировался, владеет приемами борьбы, рукопашного боя, врач перед выездом передает вызов также сотрудникам милиции.

3. При осмотре больного поведение членов бригады должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме как с больным, так и с окружающими.

4. Принимаемые бригадой по указанию врача меры, определяемые конкретной обстановкой и особенностями состояния больного, должны выполняться достаточно быстро, согласованно и точно.

5. Распоряжения врача, имеющие отношение к больному, не всегда могут делаться открыто, иногда они даются в условной форме, негромким голосом, по ходу беседы. В связи с этим медицинскому персоналу необходимо быть постоянно внимательным, не отвлекаться, следить за ходом беседы врача, незамедлительно выполняя указания.

6. В случае если больной возбужден, напряжен, подозрителен, фельдшеры (фельдшер, санитар) бригады занимают места в непосредственной близости к больному таким образом, чтобы предупредить возможный опасный поступок или побег. Необходимо внимательно следить за поведением больного (направлением взгляда, движениями рук, мимикой и др.). Режущие, тяжелые предметы, сосуды с неизвестной жидкостью удаляются на безопасное расстояние. Производится осмотр больного на предмет наличия оружия, опасных веществ, медикаментов; следует предупреждать попытки больного воспользоваться ими или выхватить что-либо из своих карманов и др.

7. Осмотр психически больных в учреждениях, на производстве осуществляется по возможности в отдельном помещении, в отсутствие сотрудников, без излишней огласки (то есть, по возможности, необходимо принять меры, чтобы избежать ситуации, которая, по мнению пациента, может его компрометировать в глазах окружающих), а также вдали от работающих агрегатов.

8. Осмотр больного на предмет обнаружения спрятанного им оружия, опасных предметов, а также документов производится по указанию врача (обычно перед транспортировкой) и во всех случаях тщательным образом. В случаях, когда требуют обстоятельства, осмотр должен производиться без промедления.

9. Если больной заперся в помещении, забаррикадировался, следует выяснить у окружающих, имеет ли пациент оружие, куда выходят окна, физические возможности укрывающегося и др. В необходимых случаях врач принимает решение о вызове наряда милиции, пожарных.

10. До применения мер удержания (иммобилизации), если они необходимы, вначале целесообразно попытаться уговорить больного, используя помощь окружающих, особенно лиц, пользующихся его доверием. В отдельных случаях в связи с особенностями состояния больного иммобилизацию его необходимо провести немедленно.

11. Когда больной возбужден, склонен к агрессии, чтобы избежать прямого удара (особенно ногой) всегда стараться находиться сбоку или несколько сзади от него. Если необходимость заставляет быть впереди больного, рекомендуется повернуться к нему несколько боком, выставив

ногу вперед, смягчая тем самым возможный удар.

12. Для сопровождения возбужденного и агрессивного, оказывающего сопротивление пациенту используют следующие приемы:

а) находясь сбоку от больного, каждый из работников бригады охватывает его корпус руками, удерживая запястья его рук;

б) подойдя сбоку или сзади, быстро и энергично берут его руки крест - накрест за спину (стоящий слева берет правую руку пациента, справа - левую). Препровождая пациента, идут сбоку от него, а не сзади (опасность удара ногой);

в) лежащего больного стараются повернуть на живот, фиксируя руки за спиной. Запрещается надавливание коленом на грудную клетку (опасность перелома ребер), хватание за горло или применение других грубых мер физического воздействия;

г) если больной вооружен холодным оружием, палкой и др., лучший способ подойти к нему - держа перед собой какой-либо предмет (одеяло, пальто, матрац, стул и др.).

13. Маршруты пешеходного сопровождения больного не должны быть большими (по переходам корпусов больниц, учреждений и т.п.).

14. При посадке больного в транспорт следует проявлять осторожность в связи с возможностью травматизации.

Во время транспортировки постоянно нужно контролировать поведение больного. Беседа (при возможности установления контакта) не должна затрагивать его болезненных переживаний, она должна быть отвлекающей и успокаивающей.

При транспортировке в ночное время, если это определяется состоянием больного (делирий и др.), необходимо включить освещение в салоне автомобиля. Следует помнить, что при высадке из автомобиля непосредственно перед приемным отделением психиатрического стационара больные могут совершить попытку к бегству, проявить в связи с этим агрессию.

15. Автотранспорт должен располагаться на возможно более близком расстоянии к входу в помещение, удобном для быстрой посадки или высадки больного.

Состояние автотранспорта должно соответствовать техническим и санитарно-гигиеническим требованиям (исправное отопление, отсутствие посторонних предметов, каких-либо плакатов, загазованности, не следует включать музыку и др.).

16. Транспортировать в автомобиле при наличии у больного состояния возбуждения можно не более одного больного.

17. По прибытии следует сообщить персоналу приемного отделения об особенностях состояния больного, представляющего опасность; в необходимых случаях оказать помощь персоналу приемного отделения.

18. Одежда сотрудников психиатрической бригады не должна препятствовать движениям, в карманах не должно быть твердых предметов, которые могут явиться причиной травмы при иммобилизации больного.

19. Примененные меры по удержанию больного, его иммобилизации должны быть отражены врачом в направлении на госпитализацию (характер, длительность применения).

Начальник Управления
организации медицинской
помощи населению
А.И.ВЯЛКОВ
