НАРЕДБА № Н-8 ОТ 5 ДЕКЕМВРИ 2025 Г. ЗА УТВЪРЖДАВАНЕ НА МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ"

Издадена от министъра на здравеопазването
Обн. ДВ. бр.111 от 18 Декември 2025г.

Член единствен. С тази наредба се утвърждава медицински стандарт по медицинската специалност "Психиатрия" съгласно приложението.

Преходни и Заключителни разпоредби

§ 1. Лечебните заведения привеждат дейността си в съответствие с тази наредба в срок до една година от влизането ѝ в сила.

§ 2. (1) Започналите и неприключили към датата на влизане в сила на тази наредба процедури по издаване/подновяване на разрешения за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди по реда на Наредба № 2 от 2012 г. за условията и реда за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди, се довършват по досегашния ред.

(2) Разрешенията за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди, издадени, съответно подновени, преди влизането в сила на тази наредба, запазват действието си за срока на издаденото разрешение.

§ 3. В Наредба № 2 от 2012 г. за условията и реда за осъществяване на програми за лечение с агонисти и агонисти-антагонисти на лица, зависими към опиоиди (обн., ДВ, бр. 49 от 2012 г.; доп., бр. 37 от 2013 г.; изм. и доп., бр. 3 и 62 от 2014 г. и бр. 56 от 2018 г.) навсякъде в текста думите "Наредба № 24 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Психиатрия" се заменят с "утвърдения медицински стандарт "Психиатрия".

§ 4. Наредбата се издава на основание чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения и отменя Наредба № 24 от 2004 г. за утвърждаване на медицински стандарт "Психиатрия" (обн., ДВ, бр. 78 от 2004 г.; изм. и доп., бр. 69 и 92 от 2010 г., бр. 49 от 2012 г., бр. 37 от 2016 г. и бр. 63 от 2021 г.).

Приложение към член единствен

МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ "ПСИХИАТРИЯ"

Раздел I
Характеристика на медицинската специалност "Психиатрия"

1. Дефиниция, основни цели и задачи.

1.1. Дефиниция.

Медицинската специалност "Психиатрия" е самостоятелна медицинска специалност с интердисциплинарен характер, свързана и взаимодействаща с всички останали медицински специалности, но със специфична методология и терапевтична дейност.

Медицинската специалност "Психиатрия" обхваща знания, нагласи и умения за разпознаване, неоперативно лечение, профилактика, рехабилитация и експертиза на мозъчноорганични, ендогенни, личностово обусловени, невротични, ситуативно-реактивни, психосоматични заболявания или разстройства и зависимости към психоактивни вещества и техните медицински, социални и психосоматични аспекти, с използването на психофармакологични, соматотерапевтични, психотерапевтични и социотерапевтични методи.

1.2. Основни цели на медицинската специалност "Психиатрия".

Осигуряване на висококвалифицирана ранна диагностика, прогнозиране на хода на заболяването, адекватно специфично терапевтично поведение и интензивно лечение, проследяване, медицинска експертиза на работоспособността на пациента, ефективна първична и вторична профилактика и диспансеризация на болните с психични заболявания.

1.3. Задачи.

Основните задачи на специалността "Психиатрия" са свързани с постигане на високо качество в реализирането на поставените цели чрез:

1.3.1. подготовка на висококвалифицирани медицински специалисти в областта на психиатрията;

1.3.2. осигуряване на адекватен обем медицински дейности в специализираната извънболнична медицинска помощ по психиатрия;

1.3.3. осъществяване на комплексна и последователна специализирана психиатрична диагностично-лечебна дейност в лечебните заведения за болнична помощ;

1.3.4. осигуряване на мултидисциплинарен подход и екипност при диагностиката, лечението и проследяването на болни с психични заболявания;

1.3.5. оказване на специализирана консултативна, методична и експертна дейност;

1.3.6. участие в изготвянето, провеждането и контрола на програми по психиатрия в областта на общественото здравеопазване;

1.3.7. провеждане на научноизследователска и приложна дейност в областта на психиатрията;

1.3.8. систематично и планирано оценяване, мониториране, контрол и подобряване на качеството на медицинските услуги в областта на психиатрията.

1.4. Принципи на лечението и обслужването на лица с психични разстройства:

1.4.1. минимално ограничаване на личната свобода и зачитане на правата на пациента;

1.4.2. равнопоставеност на пациентите със соматични и психични заболявания при предоставяне на медицински услуги;

1.4.3. намаляване на институционалната зависимост на лицата с психични разстройства;

1.4.4. интегрираност и равнопоставеност на психиатричната помощ с останалите медицински специалности;

1.4.5. спазване на хуманните принципи и норми при осъществяване на лечебния процес и социалната адаптация;

1.4.6. стимулиране на самопомощта и осигуряване на активна професионална подкрепа на лица с психични разстройства.

1.5. Видовете дейности в обхвата на медицинската специалност "Психиатрия" (промотивни, профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни):

1.5.1. изследване на причините и механизмите на развитие на психичните заболявания;

1.5.2. описание на симптомите, синдромите, хода и изхода на психичното боледуване;

1.5.3. разработване на методи за лечение, превенция и профилактика на психични заболявания;

1.5.4. диагностика, лечение и проследяване на терапевтичния ефект от лечението на всички видове психични разстройства съгласно действащата ревизия на МКБ;

1.5.5. психосоциална рехабилитация и ресоциализация на лица с тежки психични разстройства;

1.5.6. осигуряване на психиатрична помощ при спешни състояния чрез различни организационни форми на извънболнична помощ;

1.5.7. активно проследяване, съобразено с действащите нормативни разпоредби;

1.5.8. дейности, насочени към преодоляване на психиатричната стигма и дискриминацията на психично болните;

1.5.9. съблюдаване на правните аспекти на психиатрията.

2. Допълнителни компоненти на специалността "Психиатрия".

2.1. Интердисциплинарни дейности между специалността "Психиатрия" и други медицински специалности и дефиниране на взаимодействието и координацията между тях. Специалистите по психиатрия (лекари с призната медицинска специалност "Психиатрия") си взаимодействат с всички други медицински специалисти в случаите на съществуващо соматично заболяване с оглед осигуряване на комплексно интегративно обслужване на пациенти с психиатрична и соматична коморбидност.

2.2. Провеждане на научни изследвания в основните направления на психиатрията. Изучаване и внедряване на съвременните постижения на психиатрията в световната медицинска наука.

2.3. Изучаване, анализиране и прогнозиране на заболеваемостта от психични заболявания на населението, както от съответния регион, така и за страната.

2.4. Организиране, провеждане и участие в научни сесии, конференции, конгреси, симпозиуми и стимулиране на научното творчество на специалистите.

2.5. Разбиране и прилагане на принципите на медицинската етика и деонтология при разрешаването на специфични въпроси, пред които се изправят болните с психични заболявания и техните семейства, както и участниците в диагностично-лечебния процес.

2.6. Разпознаване и преодоляване на психологическия дистрес при болни с психични заболявания и осигуряване на специализирана психосоциална консултация.

2.7. Информиране и обсъждане на разбираем език, съобразен с различията в социалния и културен статус, с психично болните и техните семейства относно естеството на заболяването, целите, етапите и очакваните странични реакции на лечението, както и евентуалните промени в хода на заболяването.

2.8. Предоставяне на информация, консултация и съдействие на болните в хроничен стадий на психични заболявания и на техните близки за възможностите за социално подпомагане.

2.9. Участие в клинични проучвания на лекарствени продукти в областта на психиатрията съгласно одобрени от регулаторните органи протоколи за лечение и проследяване и при познаване и спазване на нормативните изисквания.

3. Изисквания към лицата, осъществяващи професионална дейност по специалността "Психиатрия".

3.1. Лицата, осъществяващи професионалната дейност по медицинската специалност "Психиатрия" са лекари с придобита специалност по психиатрия.

3.2. Изисквания към дейността на специалиста по психиатрия.

"Психиатрията" е клинична специалност и научна дисциплина, която изучава болестните изменения във висшата нервна дейност, водещи до неправилно отражение на действителността и промяна в поведението на болните, и изисква от специалиста психиатър:

3.2.1. да притежава професионална компетентност в специалността "Психиатрия", което означава устойчиво, адекватно, умело и качествено решаване на проблемите на диагностиката, лечението, профилактиката и/или изучаването на психичните заболявания и на психичните усложнения и изяви при разстройства на други органи и системи;

3.2.2. да притежава познания и адекватно разбиране на съвременните концепции за епидемиология, етиология, патофизиология, диагноза, прогноза и терапевтични подходи на психичните разстройства;

3.2.3. да притежава познания и практически умения в диагностицирането и интерпретацията на методите за цялостна оценка на психичната дейност в норма и патология;

3.2.4. да притежава познания и практически умения за интерпретация на показанията, чувствителността и информативната стойност на специфичните структурирани и полуструктурирани психологични интервюта, електроенцефалографски, лабораторни и образни методи за изследване на пациентите с психични разстройства;

3.2.5. да притежава практически умения за диагностициране на психиатричната патология, както в рамките на психичните болести, съответстващи на диагностичните критерии на действащата ревизия на МКБ, така и с психопатологичната симптоматика при други заболявания;

3.2.6. да притежава познания и практически умения за: прилагане на различни терапевтични подходи при психични заболявания, както и за справяне със спешни и животозастрашаващи психични състояния; адекватно поведение при нежелани лекарствени реакции;

3.2.7. да притежава познания и/или практически умения за процедурите: електроконвулсивна терапия (ЕКТ), транскраниална магнитна стимулация (ТМС), директна токова магнитна стимулация и психотерапия;

3.2.8. да познава и спазва методическите насоки и законодателството;

3.2.9. да притежава познания и умения за провеждане на научни изследвания при заболявания на централната нервна система (ЦНС) съгласно принципите на добрата клинична практика;

3.2.10. да притежава комуникативни и психологически умения и компетентност по етични проблеми при болни с психични заболявания, особено при тези с хронични форми и трайна промяна на личността в резултат на заболяването.

3.3. Лекарска компетентност.

Лечебно-диагностичната дейност по отношение на пациенти с психични заболявания се осъществява от лекари със следната професионална квалификация:

3.3.1. общопрактикуващ лекар: разпознава болни с психични заболявания и усложнения и насочва за консултация с лекар с призната специалност по "Психиатрия";

3.3.2. лекар специализант по "Психиатрия": осъществява лечебно-диагностична и профилактична дейност под ръководството и контрола на лекар с призната специалност по "Психиатрия";

3.3.3. лекар с призната специалност по "Психиатрия": осъществява самостоятелна дейност в диагностиката и лечението на психичните разстройства и психичните усложнения при други заболявания;

3.3.4. консултант - лекар с призната специалност, различна от медицинската специалност "Психиатрия": консултира специфичните усложнения на съответните органи и системи и тяхното лечение на фона на психичното заболяване.

3.4. Изисквания към дейността на лекар без призната специалност или с друга призната клинична специалност, осъществяващи дейност в структура по психиатрия: осъществява лечебно-диагностична и профилактична дейност след съгласуване и под ръководството и контрола на лекар с призната специалност по "Психиатрия".

3.5. Дейности в обхвата на медицинската специалност, изискващи допълнителна квалификация:

3.5.1. прилагането на специализирани изследвания на главния мозък и методи за немедикаментозно лечение на някои психични разстройства;

3.5.2. провеждане и разчитане на електрофизиологични изследвания за локализиране на измененията в биоелектричната мозъчна активност - електроенцефалография (ЕЕГ) и цветна картография на главния мозък;

3.5.3. извършване на електроконвулсивна терапия чрез използване на електроконвулсатори с паралелно мониториране на дермално съпротивление, ЕКГ и ЕЕГ;

3.5.4. провеждане на транскраниална магнитна стимулация (ТМС), репетитивна транскраниална магнитна стимулация (рТМС) и директна токова стимулация;

3.5.5. лечение на синдром на зависимост към опиоиди в програми за лечение с опиеви агонисти и агонисти-антагонисти.

3.6. Изисквания към специалистите, осъществяващи здравни грижи.

3.6.1. Медицинските сестри в психиатрично отделение/клиника трябва да са обучени за работа с психично болни и да притежават:

3.6.1.1. компетенции на психиатричното сестринство, терапевтичните комуникации, психосоциалните умения за социални, професионални комуникации и роли;

3.6.1.2. профилирани клинични умения в областта на психиатричната помощ, които са съобразени със съвременните тенденции в здравеопазването и с ефективни общи и профилирани компетенции в рамките на биопсихосоциалния медицински подход;

3.6.1.3. умения за организация и съгласуване на клиничните, екипните и административните дейности, времето и риска в психиатрията;

3.6.1.4. компетентност и поемане на отговорност за клиничните задачи от областта на професионалната роля, включващи:

3.6.1.4.1. извършване на сестрински оценки с използване на стандартните оценителни процедури - интервю, оценка на поведение, проследяване и др.;

3.6.1.4.2. установяване и поддържане на продължителни работни отношения с болните с психични разстройства;

3.6.1.4.3. водене на психиатрични случаи, прилагайки специфични диагностични и интервенционни процедури - сестрински диагнози, оценка на потребности, изработване на

индивидуален план за психиатрични грижи, кризисни интервенции, обучение на психично болните в ежедневни умения;

3.6.1.4.4. участие на сестрите като пълноправни специалисти в своята област в мултидисциплинарната екипна работа;

3.6.1.4.5. участие в работата на лечебното заведение с организационни умения, като: водене на екипно съвещание, организиране на режим в отделението, организиране на терапевтична среда и др.;

3.6.1.4.6. придобиване и усъвършенстване на умения за работа в различни работни условия: в екип с психиатър, психолог и социален работник; в екип с общопрактикуващ лекар; в болници и др.;

3.6.1.4.7. придобиване и усъвършенстване на умения за оценителни процедури - първично интервю, преглед при постъпване на пациента (видими наранявания, наличие на паразити, хигиенно състояние, лични вещи), преглед за проследяване, оценка на поведение; диагностични процедури - сестрински диагнози, формулировка по случай, индивидуален план за психиатрични грижи; интервенционни процедури - кризисна интервенция, обучение в структуриране и изпълнение на ежедневни дейности, посредничество при конфликт, водене на случай; организационни процедури - терапевтична среда, гарантираща правата на пациентите; режим, прием на лекарствени продукти, задължителни процедури при приемане и изписване на пациент;

3.6.1.4.8. придобиване и усъвършенстване на умения за терапевтична комуникация, разпознаване и преодоляване на съпротиви, оценка на риск за суицид и агресия, оценка за рецидив и странични ефекти на лечението, оценка за спешност на насочване, посредничество при конфликти, провеждане на индивидуална, семейна и групова сесия, терапевтично приложение на невролептици, антидепресанти, тимостабилизатори, транквилизатори, електроконвулсивна терапия.

3.6.2. Постоянното повишаване на квалификацията на медицинските сестри изисква участие в специализирани сестрински форуми в областта на новостите в психофармакологията и немедикаментозните лечебни методи в психиатрията.

3.6.3. Медицинските сестри изпълняват своите задължения съгласно писмени работни стандартни протоколи за всички сестрински дейности в отделението/клиниката.

3.6.4. Медицинските сестри извършват следните специфични дейности в психиатричното отделение/клиника:

3.6.4.1. 24-часово наблюдение на психично болен със суициден риск и риск от агресия;

3.6.4.2. контрол на приема на лекарства, особено при пациенти с негативизъм към лечението;

3.6.4.3. наблюдение и обслужване на пациенти с активен негативизъм и отказ от прием на храна и течности;

3.6.4.4. интензивни сестрински грижи при пациенти с делир, кататонен ступор и фебрилни състояния с количествени промени в съзнанието;

3.6.4.5. наблюдение и обслужване на пациент, който се подготвя или е след ЕКТ;

3.6.4.6. овладяване на психомоторна възбуда, техники за имобилизация, наблюдение и обслужване на имобилизиран пациент при строго съблюдаване на протокола за назначената от лекар процедура.

Раздел II
Изисквания за осъществяване на дейността по медицинската специалност "Психиатрия"

1. Психиатрична грижа в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ. Обслужването при извънболнични условия се осъществява със или без диспансеризиране.

2. Извънболничната психиатрична грижа за пациента се осъществява в амбулатория за първична медицинска помощ и амбулатория за специализирана медицинска помощ, център за психично здраве, в които лекари със или без помощта на друг персонал диагностицират, лекуват и периодично наблюдават болни с психични разстройства при спазване на правилата на добрата лекарска практика, както и правата на пациентите.

2.1. Амбулатория за първична медицинска помощ. Общопрактикуващият лекар извършва:

2.1.1. първична диагностика на психичните разстройства;

2.1.2. насочване на пациента към специалист по психиатрия;

2.1.3. регистрира и насочва пациенти за психиатрично лечение по спешност;

2.1.4. провеждане на терапия, определена от специалиста психиатър.

2.2. Амбулатория за специализирана медицинска помощ. Специалистът по психиатрия работи по следните направления:

2.2.1. диагностициране с клинично изследване и други видове оценка на случая, с формулировка по случая и индивидуален план за лечение и грижи;

2.2.2. лекуване на лицата с показания за психиатрично обслужване чрез осъществяване на следните дейности:

2.2.2.1. водене на случая и начало на терапия;

2.2.2.2. противорецидивно и поддържащо лечение;

2.2.2.3. психосоциална рехабилитация;

2.2.2.4. експертна оценка;

2.2.2.5. насочване на пациенти за изследвания, консултатции и при необходимост - за хоспитализация;

2.2.2.6. фармакотерапия в условия на спешност;

2.2.3. осъществяване на диагностика, лечение и рехабилитация на болните с остри и хронични психични заболявания и такива с тежка психосоциална дисфункция;

2.2.4. провеждане на здравнопросветна дейност сред населението по въпросите на рисковите фактори и здравословния начин на живот и поведение, както и психогенна и психопрофилактична дейност;

2.2.5. програми, поддържащи трайна връзка с пациента, извън периода на активно болнично или извънболнично лечение (т.е. извън епизод на обслужване):

2.2.5.1. програма за поддържащо лечение и психообучение при шизофрения;

2.2.5.2. програма за обучение в социални умения;

2.2.5.3. програма за социална защита;

2.2.5.4. програма за семейно консултиране;

2.2.5.5. програма за противорецидивно лечение и психообучение при афективни разстройства;

2.2.5.6. програма за медицински и психосоциални грижи при психоорганични състояния (например при болест на Алцхаймер, мозъчно-съдова болест, епилепсия, алкохолизъм, изоставане в умственото развитие и др.);

2.2.5.7. програма за психосоциална рехабилитация за пациенти, зависими или злоупотребяващи с наркотични вещества;

2.2.5.8. програма за лечение на синдром на зависимост към опиоди с опиеви агонисти и агонист-антагонисти.

2.3. Център за психично здраве.

Центърът за психично здраве е лечебно заведение за комплексно психиатрично обслужване в общността, в което се извършват дейностите по чл. 26 от Закона за лечебните заведения.

2.3.1. Центърът за психично здраве се състои от следните звена: приемно-диагностични; за спешна и мобилна психиатрична помощ; за активно лечение на лица със спешни психиатрични състояния, тежки психични разстройства и зависимости, които могат да са сепарирани по пол, възраст, профил на заболяването или друг признак; рехабилитационни и ресоциализационни, включително за трудова терапия дейности. В центъра за психично здраве се извършва както извънболнична, така и болнична медицинска помощ.

2.3.2. Разкритите структури за нестационарно лечение на болни с психиатрични заболявания към центрове за психично здраве осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на настоящия стандарт за извънболнични структури. Медицинските дейности в стационарните структури на центровете за психично здраве се извършват в съответствие с нивата им на компетентност.

3. Лечебните заведения за болнична помощ и лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ могат да разкриват отделения за дневни психиатрични грижи без легла (дневни стационари).

3.1. В дневния стационар се обслужват лица с психични разстройства, които са със средна и ниска степен на зависимост от грижи. В дневния стационар се извършват диагностика, лечение, наблюдение, експертна дейност, рехабилитация и ресоциализация на пациенти с шизофрения, личностови разстройства, афективни разстройства, пациенти без суициден риск, тревожни и реактивни състояния, реакции на тежък стрес, сексуални разстройства, семейна и социална дисфункция, хронични психични разстройства в период на обостряне или за поддържаща терапия и наблюдение, инволутивни състояния, включително и за извършване на психологични тестови изследвания, за преценка на трудоспособност.

3.2. В дневния стационар работят най-малко един лекар със специалност по психиатрия, една медицинска сестра и един психолог. Препоръчително е включването в екипа на дневния стационар на трудотерапевт, арттерапевт, музикотерапевт.

3.3. Помещения в дневния стационар: стая за провеждане на групови дейности; кабинети за диагностика и индивидуална работа с пациентите за лекаря и психолога; манипулационна; санитарен възел.

Раздел III

Осъществяване на дейност по медицинската специалност "Психиатрия" в лечебните заведения за болнична помощ, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ и центровете за психично здраве

1. Нива на компетентност.

1.1. Изисквания към клиника/отделение по психиатрия от първо ниво на компетентност.

1.1.1. В клиниката/отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност работят най-малко двама лекари, от които най-малко един с призната специалност по "Психиатрия".

1.1.2. В клиниката/отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност броят на медицинските сестри се определя съгласно изискванията на медицинския стандарт "Здравни грижи". Броят на санитарите се определя индивидуално за всяка структура с легла, въз основа на броя на обслужваните пациенти в клиниката/отделението.

1.1.3. В клиниката/отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да работят санитари, които са обучени и притежават специфични умения за работа с пациенти с психични разстройства.

1.1.4. В клиниката/отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност се извършва овладяване на спешни психиатрични състояния, лечение на пациенти с изявен психотичен и/или психомоторен срив, които се нуждаят от постоянно наблюдение, лечение на пациенти, подлежащи на задължително настаняване и лечение. Прилагането на мерки за временно физическо ограничаване при непосредствен риск за живота и здравето на пациента и/или за живота и здравето на околните в рамките на лечението, провеждано в лечебни заведения с психиатричен стационар, трябва да става в съответствие с установените нормативни изисквания.

1.1.5. Клиниката/отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да има осигурена възможност за поставяне в състояние на изолация на психиатрични пациенти (обезопасена стая против самонараняване). Осигуряват се система за постоянен видеомониторинг, защитени прозорци, защитени врати, денонощна невъоръжена охрана, сигнална уредба за незабавна помощ от охраната, средства за временно физическо ограничаване, сигнална уредба (стационарна или мобилна) за бързо търсене на външна помощ, директен телефон и система за пожарно известяване.

1.1.6. Клиниката/отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да разполага с възможност за ползване на собствени или осигурени по договор рентген, ЕЕГ и клинична лаборатория най-малко от първо ниво на компетентност (всички с осигурен за лечебното заведение достъп в рамките на 24 часа в денонощието), както и с възможност за извършване на медицински консултации със специалисти от всички медицински специалности - на територията на населеното място, а също и с ЕКГ и инсталация за подаване на кислород на територията на лечебното заведение. При липса на възможност за изграждане на перманентна кислородна инсталация се осигурява мобилна такава, която да се поддържа и използва при необходимост.

1.1.7. В клиниката/отделението по психиатрия от първо ниво на компетентност трябва да има разписана практика на клинична супервизия на всеки член на екипа.

1.1.8. В клиниката/отделението от първо ниво на компетентност се осъществява медицинска оценка на работоспособността на пациенти с психично заболяване.

1.1.9. В клиниката/отделението от първо ниво на компетентност се спазва стандартна оперативна процедура (СОП) за организация на потока медицински дейности: прием на пациент, информация на пациента, водене и съхраняване на пациентско досие, изписване на пациент, консултации на пациенти от други лечебни звена, експертизи и др.

1.2. Изисквания към клиника/отделение по психиатрия от второ ниво на компетентност.

1.2.1. В клиниката/отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност работят най-малко трима лекари, от които най-малко един с призната специалност по "Психиатрия".

1.2.2. В клиниката/отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност броят на медицинските сестри се определя съгласно изискванията на медицинския стандарт "Здравни грижи". Броят на санитарите се определя индивидуално за всяка структура с легла въз основа на броя на обслужваните пациенти в клиниката/отделението.

1.2.3. В терапевтичните екипи на клиниката или отделението по психиатрия от второ ниво е включен магистър-психолог.

1.2.4. В клиниката/отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност работят санитари, които са обучени и притежават специфични умения за работа с психиатрични пациенти.

1.2.5. В клиниката/отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност се извършва овладяване на спешни психиатрични състояния, лечение на пациенти с изявен психотичен и/или психомоторен срив, които се нуждаят от постоянно наблюдение, лечение на психични заболявания, усложнени със соматични състояния и лечение на терапевтично резистентни пациенти, лечение на пациенти, подлежащи на задължително настаняване и лечение. Прилагането на мерки за временно физическо ограничаване при непосредствен риск за живота и здравето на пациента и/или за живота и здравето на околните в рамките на лечението, провеждано в лечебни заведения с психиатричен стационар, трябва да става в съответствие с установените нормативни изисквания.

1.2.6. Клиниката/отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност трябва да има осигурена възможност за поставяне в състояние на изолация на психиатрични пациенти (обезопасена стая против самонараняване). Осигуряват се система за постоянен видеомониторинг, защитени прозорци, защитени врати, денонощна невъоръжена охрана, сигнална уредба за незабавна помощ от района на лечебното заведение, средства за временно физическо ограничаване, сигнална уредба (стационарна или мобилна) за бързо търсене на външна помощ, директен телефон и система за пожарно известяване.

1.2.7. Клиниката/отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност трябва да разполага с възможност за ползване на собствени или осигурени по договор рентген, скенер, ЕЕГ и клинична лаборатория най-малко от второ ниво на компетентност (всички с осигурен за лечебното заведение достъп в рамките на 24 часа в денонощието), както и с възможност за извършване на медицински консултации със специалисти от всички медицински специалисти - на територията на населеното място, а също и с ЕКГ и инсталация за подаване на кислород на територията на лечебното заведение. При липса на възможност за изграждане на перманентна кислородна инсталация се осигурява мобилна такава, която да се поддържа и използва при необходимост.

1.2.8. В клиниката/отделението по психиатрия от второ ниво на компетентност трябва да има разписана практика на консилиум най-малко веднъж седмично и разписана практика на клинична супервизия на всеки член на екипа.

1.2.9. В клиниката/отделението от второ ниво на компетентност се осъществява медицинска оценка на работоспособността на пациенти с психично заболяване.

1.2.10. В клиниката/отделението от второ ниво на компетентност се спазва СОП за организация на потока медицински дейности: прием на пациент, информация на пациента, водене и съхраняване на пациентско досие, изписване на пациент, консултации на пациенти от други лечебни звена, експертизи и др.

1.3. Изисквания към клиника или отделение по психиатрия от трето ниво на компетентност.

1.3.1. В клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност работят най-малко трима лекари, от които най-малко двама с призната специалност по "Психиатрия".

1.3.2. В клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност броят на медицинските сестри се определя съгласно изискванията на медицинския стандарт "Здравни грижи". Броят на санитарите се определя индивидуално за всяка структура с легла въз основа на броя на обслужваните пациенти в клиниката/отделението.

1.3.3. В терапевтичните екипи на клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво трябва да са включени магистри по психология.

1.3.4. В клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност работят санитари, които са обучени и притежават специфични умения за работа с психиатрични пациенти.

1.3.5. В клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност се извършва овладяване на спешни психиатрични състояния, лечение на пациенти с изявен психотичен и/или психомоторен срив, нуждаещи се от постоянно наблюдение, лечение на психични заболявания, усложнени със соматични състояния, лечение на терапевтично резистентни пациенти, както и комплексна оценка при труд за диагностика и неясни случаи и лечение на пациенти, подлежащи на задължително настаняване и лечение, включително и при първи психотичен епизод, включително с приложение на електроконвулсивна терапия при наличие на индикации и липса на контраиндикации. Прилагането на мерки за временно физическо ограничаване при непосредствен риск за живота и здравето на пациента и/или за живота и здравето на околните в рамките на лечението, провеждано в лечебни заведения с психиатричен стационар, трябва да става в съответствие с установените нормативни изисквания.

1.3.6. Клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да има осигурена възможност за поставяне в състояние на изолация на психиатрични пациенти (обезопасена стая против самонараняване). Задължително са осигурени: постоянен видеомониторинг от поне две работни места (кабинет и манипулационна), денонощна невъоръжена охрана, сигнална уредба за незабавна помощ от района на лечебното заведение, директен телефон за връзка с най-близкото поделение на МВР за незабавна помощ, възможност за незабавно прилагане на мерки за временно физическо ограничаване, система за пожарно известяване.

1.3.7. Клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да разполага с възможност за ползване на собствени или осигурени по договор рентген, скенер, ЕЕГ, ЯМР и клинична лаборатория от второ или трето ниво на компетентност (всички с осигурен за лечебното заведение достъп в рамките на 24 часа в

денонощието), както и с възможност за извършване на медицински консултации със специалисти от всички медицински специалисти - на територията на населеното място, а също и с апарати ЕКГ, ЕКТ и инсталация за подаване на кислород на територията на лечебното заведение.

1.3.8. В клиниката/отделението по психиатрия от трето ниво на компетентност трябва да има разписана практика на консилиум най-малко веднъж седмично и разписана практика на клинична супервизия на всеки член на екипа.

1.3.9. В клиниката/отделението от трето ниво на компетентност се осъществява медицинска оценка на работоспособността на пациенти с психично заболяване.

1.3.10. В клиниката/отделението от трето ниво на компетентност се спазва СОП за организация на потока медицински дейности: прием на пациент, информация на пациента, водене и съхраняване на пациентско досие, изписване на пациент, консултации на пациенти от други лечебни звена, експертизи и др.

1.4. Начинът за осигуряване на консултации с различните медицински специалисти се регламентира в правилника за вътрешния ред на съответната структура по психиатрия.

2. Клиниките и отделенията в лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ по чл. 5, ал. 1 от ЗЛЗ следва да отговарят на изискванията за нива на компетентност - включително обезпеченост със специалисти, медицинска апаратура, обем на дейностите и други - установени в настоящия стандарт за психиатричните структури в болничната помощ и центровете за психично здраве, когато осъществяват дейности по психиатрия, предвидени за съответното ниво.

Раздел IV
Психиатрично обслужване в структури по психиатрия

1. Психиатрично отделение/клиника - основна структурна единица за психиатрична помощ с капацитет 10 - 40 легла.

2. Пространствена структура и осигуреност:

2.1. стаи с легла;

2.2. лекарски кабинети;

2.3. манипулационни зали;

2.4. обезопасена стая, предназначена за краткотрайно отделяне на пациент с цел предпазване от непосредствена опасност за живота или здравето му или за живота и здравето на околните, оборудвана с материали и обзавеждане, непозволяващи самонараняване или странгулация.

2.4.1. Изисквания към изграждането и оборудването на обезопасените стаи:

2.4.1.1. стаята трябва да е разположена в сграда или в отделен модул, които позволяват бърз достъп на медицински и немедицински персонал; стаята не трябва да има пряк визуален контакт с публични пространства, освен ако това не е предвидено с цел наблюдение и защита на пациента; при възможност стаята трябва да има прилежащ санитарен възел, проектиран безопасно (без отделни обекти, които могат да бъдат използвани за самонараняване); при липса на прилежащ санитарен възел трябва да се осигури достъп до санитарно помещение при всяка необходимост, а при клинично обосновано ограничение — осигуряване на адекватна хигиена и грижа от персонала;

2.4.1.2. стаята трябва да позволява директно визуално наблюдение от персонала (прозорец или панел за визуален контакт), както и видеонаблюдение; осигуряват се средства за незабавна комуникация (интегриран алармен бутон или звукова връзка) и система за пожарно известяване;

2.4.1.3. при възможност стените трябва да са тапицирани с мека негорима материя, подовете, таваните и вратите трябва да са устойчиви и да не позволяват нараняване;

2.4.1.4. всички елементи в стаята, включително осветителни тела, контакти и фитинги, трябва да бъдат с вградено, защитено изпълнение без възможни точки за странгулация; не се допуска наличие на остри ръбове, ламинирани плоскости или отделящи се части, които биха могли да причинят травми;

2.4.1.5. заключващите механизми на вратата трябва да са такива, че да позволяват едновременно сигурност и незабавна интервенция при нужда (ключ/контрол от двете страни, извънреден бутон);

2.4.1.6. стаята трябва да има механична или естествена вентилация, гарантираща подходящо качество на въздуха и температурен контрол; осветлението трябва да е равномерно; нощното осветление е задължително;

2.4.1.7. минимално допустимо оборудване: легло с матрак/подложка, устойчив и с противопожарни характеристики; мека възглавница или подложка, с противопожарни характеристики; не се допуска наличие на свободно стоящи мебели, чаршафи, връзки, въжета, ремъци или предмети, които могат да бъдат използвани за самонараняване;

2.5. помощни помещения (в зависимост от конкретната необходимост);

2.6. дневна, оборудвана с най-необходимото (телевизор, игри, пособия за рисуване и моделиране) за групови занимания;

2.7. зала за колегиуми и екипни съвещания.

3. Други функционални и пространствени възможности.

3.1. В психиатричното отделение/клиника според степента на зависимост на пациентите от грижи се осигуряват дейности:

3.1.2. за пациенти с висока степен на зависимост от грижи;

3.1.3. за пациенти със средна степен на зависимост от грижи;

3.1.4. за пациенти с ниска степен на зависимост от грижи.

3.2. Броят и видът на дейностите, броят на леглата и на помещенията за тях се посочват в правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на съответното лечебно заведение.

3.3. Всяко легло за пациенти с висока степен на зависимост от грижи се осигурява с повишен надзор и грижи при болни с риск от агресивно, автоагресивно или непредсказуемо поведение или с коморбидност между телесна и психиатрична патология; присъствието на санитар при всички процедури (лекарства, визитация) е задължително; осигуряват се възможности за визуално наблюдение на пациентите - непосредствено или с дистанционни средства; осигуряват се:

3.3.1. сестрински грижи минимум по 3 часа, разпределени за цялото денонощие;

3.3.2. психиатрична, общомедицинска помощ и лабораторни изследвания;

3.3.3. консултативна помощ.

3.4. Всяко легло за пациенти със средна степен на зависимост от грижи се осигурява със:

3.4.1. сестрински грижи минимум по един час дневно;

3.4.2. общомедицинска помощ и лабораторни изследвания по предварително изготвен план;

3.4.3. една индивидуална интервенция с психологични средства седмично.

3.5. Всяко легло за пациенти с ниска степен на зависимост от грижи се осигурява със:

3.5.1. сестрински грижи минимум по един час седмично;

3.5.2. общомедицинска помощ и лабораторни изследвания по предварително изготвен план;

3.5.3. една индивидуална интервенция с психологични средства месечно.

3.6. Натовареността на сестринския труд се определя не само от степента на зависимост от грижи, но и според:

3.6.1. интензивното наблюдение в рамките на дейностите по осигуряване на повишена сигурност при 7 часа на пациент на денонощие;

3.6.2. изискването за 24-часов непрекъснат график.

3.7. Организацията на дейностите в отделението/клиниката е според програмния принцип и е структурирана в процедури.

3.8. Лекуват се пациенти с:

3.8.1. остри психози;

3.8.2. афективни разстройства;

3.8.3. терапевтично резистентни афективни разстройства;

3.8.4. психотични екзацербации и психосоциален срив при шизофренни разстройства;

3.8.5. терапевтично резистентна шизофрения;

3.8.6. налудни разстройства;

3.8.7. психотични и поведенчески симптоми при деменции и други психоорганични синдроми, включително епилепсия;

3.8.8. кризи, чието разрешаване налага временна изолация;

3.8.9. остри стресови и посттравматични стресови разстройства;

3.8.10. абнормно поведение на боледуване;

3.8.11. абстинентни синдроми при зависимости (при съответни изключващи критерии, описани в протоколите);

3.8.12. коморбидност на психични разстройства и телесни заболявания, налагащи изследвания, консултации и динамично наблюдение и/или активно лечение.

Освен активно лечение в отделението/клиниката се поставя началото на ресоциализация, психообучение на пациента и семейството и противорецидивна профилактика с осигуряване на континюитет в продължаването им при насочване към лечебни заведения за извънболнична помощ и центрове за психично здраве.

4. Процедура по приемане на пациент.

4.1. Дейностите по приемане на пациентите се регламентират подробно в правилника за вътрешния ред на лечебното заведение.

4.2. При оценката на състоянието на пациента при постъпване и в хода на диагностично-лечебния процес се използват следните протоколи за оценка на състоянието на пациента:

4.2.1. първоначален преглед:

4.2.1.1. целта на първоначалния преглед в отделението/клиниката е да се:

4.2.1.1.1. събере информация от всички сфери на психопатологията и на функционирането и да се идентифицират онези области, в които събирането на информация следва да продължи и след прегледа;

4.2.1.1.2. предостави информация за предстоящите процедури по време на престоя и да се дадат разяснения за лечението;

4.2.1.1.3. снижи тревожността от приемането и да се постави начало на терапевтична връзка;

4.2.1.1.4. планират изследвания и интервенции;

4.2.1.1.5. уточни режимът и специализираните надзори;

4.2.1.2. процедура: провежда се в кабинет, при гарантирани време, пространство и уединеност; при риск от агресия прегледът задължително се провежда в присъствие на санитар или на друг член от персонала; интервюиращите техники са полуструктурирани; структурирани оценки с апробиран инструментариум, където са приложими, се правят едва след първоначалното интервю; лекарят, провел първоначалното интервю, поема случая и действа като лекуващ лекар до представяне на случая на екипно обсъждане;

4.2.1.3. указания за добра практика: при прегледа се използват техники за насърчаване; започва се с отворени въпроси с постепенен преход към затворени във втората част на интервюто; обръщенията са съответни на културовата среда, възрастта и социалния статус на пациента; отчита се мотриката и невербалната комуникация;

4.2.2. първоначална оценка: процедура за събиране, подредба по сфери и анализиране на възможно най-изчерпателна информация относно пациента и актуалното му състояние:

4.2.2.1. включва първоначалния преглед, но не се изчерпва с него; информацията за всеки отделен случай се събира в три големи области: биологична, психологична и социална;

4.2.2.2. изисква запознаване с наличната документация и стъпки за осигуряването на такава, където се налага, срещи с близки, с предишни лекуващи лекари, планиране и провеждане на необходимите изследвания: лабораторни, инструментални, психологични; в първоначалната оценка влизат задължително телесният и неврологичният преглед и отразяването им в историята на заболяването (ИЗ);

4.2.2.3. отделен и специфичен компонент на първоначалната оценка е интервюто с близък, като по-специално се отчитат: възможността за пристрастие в информацията, тревожността на близкия, специфичният характер на връзката му с пациента, етични проблеми, нетерапевтични заявки, евентуални материални изгоди; крайната цел е терапевтичната полза за пациента и приобщаването на близкия към лечебния план;

4.2.2.4. документалното отразяване на първоначалната оценка се реализира чрез подробно отразяване в ИЗ и в стандартизираната документация на: начин на постъпване, анамнезата на актуалното състояние, историята на боледуване, личното развитие със задължително отразяване на ранното развитие, социалната ситуация, съпътстващи заболявания и инвалидност, подробен психиатричен статус с извадки от пряката реч на болния, соматичен статус, неврологичен статус, обобщение на случая с интерпретация в терминология и синдромна оценка по действащата ревизия на МКБ, диагностичен и лечебен план, режим и надзори, както и формулировка на случая, ако е възможна на този етап;

4.2.2.5. първоначалната оценка се докладва на екипното обсъждане обикновено в деня след приемането, на което тя се коментира, приема/отхвърля или допълва и се определя лекуващ лекар - обикновено този, който е извършил оценката, или друг при основания за това; лекуващият лекар е един за пациента през целия период на обслужване.

4.2.3. Оценка на суициден риск.

4.2.3.1. Оценката на суицидния риск е задължителна за всеки новопостъпил. Отчита се не като категориална величина (липсва - налице), а като дименсия с количествени преходи и степени на изразеност. Изразява се като предиктивна оценка на вероятността от суицидни мисли, планове, подготовка, опити или импулси. В оценката за суициден риск се включват и пасивната себеувреда и самонараняванията (автомутилации) без непосредствено летален план или последици. Оценката отчита интензивност и характеристика на:

4.2.3.1.1. психопатология: императивни халюцинации, умерена и тежка депресия, налудности за вина, налудно настроение, витален страх, команден автоматизъм и други с известна висока предиктивна стойност по отношение на суицидния риск;

4.2.3.1.2. възраст и пол;

4.2.3.1.3. алкохолна злоупотреба и/или зависимост;

4.2.3.1.4. самотност/наличие на здрави семейни или други връзки;

4.2.3.1.5. телесно здраве, особено тежки, хронични, изтощаващи или злокачествени заболявания;

4.2.3.1.6. материално положение (бедност);

4.2.3.1.7. социална ситуация;

4.2.3.1.8. загуба на близък;

4.2.3.1.9. личностова структура;

4.2.3.1.10. фаза от развитието по Erickson и удовлетвореност/степен на себереализация;

4.2.3.1.11. минали опити или идеи за самоубийство;

4.2.3.1.12. мисли за смъртта (включително сънища);

4.2.3.1.13. степен на споделеност (хрумване, импулс, идея, "философия", решение, план, подготовка, завещания).

4.2.3.2. Оценката на суицидния риск се документира в ИЗ, сестрински рапорти, табло за интензивно наблюдение и надзори, температурен лист. Веднъж отчетен, суицидният риск се мониторира през целия период на обслужване, като проследяването също се документира. По структуриран начин суицидният риск се отчита по стандартизираната за България скала на Бек за суицидна идеация.

4.2.4. Оценка на агресивност.

Оценка за агресивност се прави на всеки новопостъпил. Отчита се не като категориална величина (липсва - налице), а като дименсия с количествени преходи и степени на изразеност. Изразява се като актуална и като предиктивна оценка.

4.2.4.1. Отчитат се:

4.2.4.1.1. степен на сътрудничество на пациента;

4.2.4.1.2. начин на постъпване: доброволно/недоброволно ("неформална" принуда);

4.2.4.1.3. психопатология: персекуторни налудности, коментиращи или заплашващи халюцинации, налудно настроение и витален страх, остър психоорганичен синдром, "катастрофални" преживявания и други с известна висока предиктивна стойност по отношение на агресия;

4.2.4.1.4. минали агресивни актове;

4.2.4.1.5. алкохолна интоксикация или злоупотреба/зависимост;

4.2.4.1.6. възраст и пол;

4.2.4.1.7. социална ситуация;

4.2.4.1.8. личностова структура, особено данни за антисоциално личностово разстройство;

4.2.4.1.9. отчитат се също:

4.2.4.1.9.1. вербална агресия;

4.2.4.1.9.2. физическа агресия към неодушевени предмети;

4.2.4.1.9.3. агресия към хора при минимално провокиране;

4.2.4.1.9.4. хомициден план или риск;

4.2.4.1.9.5. степен на организираност/неорганизираност на агресията;

4.2.4.1.9.6. степен на подготовка и обмисляне/импулсивност;

4.2.4.1.9.7. целенасоченост/безогледност на агресията;

4.2.4.1.9.8. достъп до неодушевени предмети, които могат да бъдат опасни;

4.2.4.1.9.9. всички гореизброени аспекти на агресията при минали епизоди на агресия.

4.2.4.2. Оценката на агресивността се документира в ИЗ, сестрински рапорти, табло за интензивно наблюдение и надзори, температурен лист. Веднъж отчетена, агресивността се мониторира през целия период на обслужване, като проследяването също се документира. По структуриран начин агресивността се оценява с Modified Overt Agression Scale (MOAS).

4.2.4.3. Агресивността се отчита винаги успоредно и с отчитане на суициден риск, респективно на автоагресивността, която е част от едно по-общо концептуално измерение на агресията изобщо, съответстващо на клиничната реалност за нерядко алтерниране на агресията към други в агресия към себе си и обратно, особено при флоридни психотични картини.

4.2.5. Интервю за проследяване.

4.2.5.1. Целта на интервюто за проследяване е проверка на първоначалната хипотеза, диагноза и цялостна оценка, нейното допълване, коригиране или проследяване, както и отчитане на резултатите от назначените допълнителни изследвания и ефекта от назначените лечение, надзори и грижи. То е задължителен елемент от оценката на протичането на лечението. Интервюто за проследяване се провежда поне два пъти седмично в подходяща среда, с използване на полуструктуриран подход, с преход от отворени към затворени въпроси, като задължителни теми са:

4.2.5.1.1. психопатологията от първоначалната оценка;

4.2.5.1.2. странични действия на лекарствени продукти;

4.2.5.1.3. сътрудничество за лечение;

4.2.5.1.4. прогноза, вкл. очакван срок на престой, режими, лечение извън службата;

4.2.5.1.5. търсене на обща формулировка върху "смисъла" на болестните преживявания, т.е. върху ролята, която им се приписва в биографията на пациента и в бъдещия му живот.

4.2.5.2. Интервюто за проследяване се документира в резюме в ИЗ. Елементи от интервюто са част от ежедневния преглед за проследяване (визитация), който осигурява непрекъснат мониторинг на състоянието на пациента и ефекта от лечението и дава възможност за бързо, адекватно на динамиката на състоянието, реагиране. След всяка визитация се сверяват изведените от сестрите промени в температурните листи, сестринските рапорти и табелите за манипулационните назначения, режими и искани изследвания и консултации.

4.2.6. Оценка на протичане - основен инструмент за проследяване и ефективна помощ на пациента.

4.2.6.1. Програмите от грижи, респ. терапевтичните интервенции се планират, оценяват от гледна точка на ефективността и видоизменят в динамика в зависимост от оценката на протичане. По същество оценката на протичане е интегративен инструмент, изискващ отчитането, анализа и обобщаването на данни от различни сфери.

4.2.6.2. Оценката се прави задължително веднъж седмично, като се отразява в ИЗ, както и при екипно обсъждане или при разглеждане на случая на клинично обсъждане. При необходимост се използват структурирани скали за оценка. Задължителни елементи в оценката на протичане са:

4.2.6.2.1. съпоставяне на сегашното състояние с първоначалната оценка;

4.2.6.2.2. отчитане на страничните действия от психофармакотерапията;

4.2.6.2.3. отчитане на ефективността от назначеното лечение;

4.2.6.2.4. отчитане на степента на критичност и сътрудничеството на пациента;

4.2.6.2.5. отчитане на участието на близките в процеса на помагане;

4.2.6.2.6. отчитане на допълнителни данни, неизвестни при първоначалната оценка, и ролята им за потвърждаване/отхвърляне на първоначалната хипотеза и стратегия за поведение;

4.2.6.2.7. планиране/продължаване или видоизменяне на лечението, режимите, надзорите, изследванията или договорността за обслужване.

5. Настаняване на пациенти в психиатрично отделение/клиника по спешност при довеждане от екип на център за спешна медицинска помощ (ЦСМП) или от близки.

5.1. Спешната психиатрична помощ е специализирана психиатрична помощ, която се извършва от обучени екипи и специалисти. Спешна психиатрична намеса се инициира от психиатрични и други лечебни завадения, институции и граждани и се оказва от ЦСМП, центрове за психично здраве, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ и психиатричните отделения/клиники на болниците за активно лечение.

5.2. Насочването на психиатричния пациент за спешна хоспитализация става от специалист психиатър при установяване на висока степен на риск.

5.3. Транспортирането в психиатричен стационар (клиника/отделение на ЦПЗ, на лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ или на болница за активно лечение) се извършва от ЦСМП. При необходимост те търсят помощ от органите на МВР.

5.4. Ръководителят на лечебните заведения по т. 5.3 при необходимост уведомява съда/прокуратурата за насочването на пациента към психиатричен стационар.

5.5. Спешната психиатрична помощ включва диагностични и лечебни процедури.

5.5.1. Диагностичните процедури изискват спешно изясняване на състоянието на пациента и свързаните с това рискове за него и околните.

5.5.2. За временно овладяване на спешното болестно състояние и за предотвратяване на непосредствения риск преди настаняването на пациента в стационара при необходимост могат да се прилагат краткотрайни интервенции и лечение, определени от специалист психиатър, при зачитане на правата на пациента и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика.

5.6. При спешното настаняване е желателно да се избягва прилагането на мерки за ограничаване на пациента, доколкото състоянието, поведението му и рискът за него и за околните не налагат друго. Приложените методи и средства се описват в журнал на спешния екип.

5.7. Спешното настаняване в психиатричен стационар без съгласие на пациента представлява ограничаване на неговите права и свободи в интерес на неговото здраве и сигурност и за гарантиране на здравето и сигурността на околните:

5.7.1. екипът на ЦСМП носи отговорност за прилаганите медицински и други въздействия спрямо пациента само до настаняването му в психиатричния стационар;

5.7.2. след настаняване в психиатричен стационар отговорността за ограничаването на правата и свободите на пациента и за прилаганите мерки/въздействия носи ръководителят на болницата/отделението, където е настанен пациентът.

5.8. След постъпване на пациента в психиатричен стационар приемащият лекар предприема незабавни диагностични и лечебни мерки за изясняване и овладяване на състоянието му и за преодоляване на риска, при зачитане на неговите права и при спазване на изискванията на добрата медицинска практика. При необходимост лекарят търси съдействие от органите на МВР и разпорежда да се прилагат временни ограничителни мерки. Той уведомява незабавно близките на пациента за приемането му.

5.9. След спешно настаняване на пациент в психиатричен стационар без негово съгласие, до изтичането на 24 часа ръководителят на лечебното заведение организира клинична конференция за изясняване на състоянието и третирането на пациента и уведомява съда/прокуратурата за спешното настаняване с медицинска справка.

5.9.1. Медицинската справка съдържа подробно описание на болестните прояви на пациента и свързания с тях риск за него или за околните. В нея се изразява мнение относно необходимостта от разкриване на процедура за задължително настаняване и лечение.

5.9.2. Медицинската справка следва да бъде доставена в съда/прокуратурата от нарочен куриер, който незабавно да получи обратно становище.

5.9.3. При невъзможност за своевременно изпращане на медицинската справка лечебното заведение уведомява съда/прокуратурата чрез факс, имейл или по телефона. Текстът на факса, имейлът или уведомяването по телефона се регистрира в история на заболяването.

5.9.4. Ако лечебното заведение не получи становище от съда/прокуратурата за задържане и освидетелстване на пациента, след овладяване на болестните прояви, предизвикали спешното настаняване, той следва да бъде освободен, освен ако не изрази желание да се лекува доброволно.

5.9.5. По-нататъшното третиране на пациента, приет по спешност, е съобразно правния му статус.

Раздел V
Медицинско обслужване на пациенти с рисково поведение

1. Дейности за медицинско обслужване на пациенти с рисково поведение.

1.1. Понятие за рисково поведение. Рисково поведение е болестно обусловено поведение, застрашаващо пациента или околните.

1.1.1. Пациентът е опасен за себе си, когато:

1.1.1.1. е налице риск от самоубийство или самонараняване;

1.1.1.2. не е способен без надзор и съдействие да задоволява свои жизнени нужди;

1.1.1.3. може да си причини значителни имуществени вреди.

1.1.2. Опасност за околните е налице, когато пациентът застрашава или уврежда личността, правата на гражданите, собствеността, установения правов ред или други интереси, защитени от правото.

1.2. Рисковото поведение на лицата с психични разстройства се оценява в три степени - висока, средна и ниска, на базата на клиничната преценка на лекуващия психиатър и валидизирани за страната скали за оценка на риска.

1.2.1. Високата степен на риск се определя от две групи прояви на пациента:

1.2.1.1. когато пациентът е извършил опасни действия, преценени като общественоопасно деяние, или

1.2.1.2. когато интензивни болестни синдроми (императивни халюцинации, интензивни налудни синдроми, объркаост, страх, витална застрашеност, паратимия, кататонни прояви, епилептични еквиваленти и др.) изцяло владеят поведението му и го стимулират да извърши опасни действия (хипотетична обществена опасност).

1.2.2. Наличие на средна степен на риск се приема, когато:

1.2.2.1. пациентът е извършил общественоопасни действия, непреценени като тежки правонарушения, или

1.2.2.2. при наличие на болестни синдроми, влияещи върху поведението му, но несвързани с опасност от непосредствено покушение срещу човек или върху себе си.

1.2.3. Ниска степен на риск се приема, когато извършените общественоопасни действия са преценени като леки или когато влиянието на болестните синдроми върху поведението на пациента е ограничено и незначително.

1.3. Механизмът на поведението на психиатричния пациент се формира от интерференцията на четири основни фактора:

а) психопатологични стимули (позитивни болестни синдроми);

б) промени в реактивността и поведението вследствие на личностова промяна (негативни болестни синдроми);

в) преморбидни личностови параметри, и

г) фактори от микро- и макросоциалната среда (социализиращи и десоциализиращи).

1.3.1. При преценката на рисковите тенденции задължително се оценява активността и влиянието на всеки един от тези компоненти.

1.3.2. Позитивните психотични синдроми могат да овладеят поведението на пациента до пълно детерминиране. С нарастването на интензивността на психотичния синдром отслабва възможността за критично противопоставяне.

1.3.3. Личностовата промяна е свързана по-непосредствено с опасността от извършване на общественоопасни действия поради импулсивността на решенията и действията на пациента и етичната деформация, при която той престава да се съобразява с моралните и нормативните правила.

1.3.4. Пациентите с двойна диагноза са особено рисков контингент.

1.4. Етични аспекти в дейността на психиатъра.

1.4.1. Първостепенна цел в професионалната роля на психиатъра при обслужването на пациенти с рисково поведение е изследването и преодоляването на риска, чиято експертна оценка е особено предизвикателство за професионалната компетентност и моралната устойчивост на психиатъра.

1.4.2. При лечение на психично болен се зачитат неговите човешки и граждански права. Установяването на рискови тенденции не го поставя в неравностойно положение спрямо останалите пациенти нито при диагностицирането, нито при лечението му.

Обслужването му се извършва по всички правила на медицинската професия, при спазване на изискванията на добрата медицинска практика.

Раздел VI
Консултиране на пациенти в други лечебни заведения от специалист психиатър (междудисциплинарно или liaison-консултиране)

1. Консултациите способстват за:
1.1. по-висока използваемост на терапевтичните програми;
1.2. съвместно лечение на психичното и соматичното страдание;
1.3. реално провеждане на предписаното психофармакологично лечение.

Раздел VII
Процедура по изписване на пациент

1. Изписването на пациент от отделението/клиниката следва:
1.1. изчерпването на терапевтичната задача. Ориентири:
1.1.1. овладяване на острата фаза на симптоматиката;
1.1.2. липса на риск от опасно поведение;
1.1.3. промяната в режима на обслужване;
1.1.4. сътрудничество за лечение;
1.1.5. възможността за водене на лечение в извънболнични условия, и
1.1.6. наличие на подкрепяща среда;
1.2. осигурена приемственост в обслужването след изписването:
1.2.1. планиране на изписването с пациента и близките му и подготовка на пациента, респективно готовност за преход към самостоятелен живот (извън лечебното заведение);
1.2.2. съобразяване с психосоциални обстоятелства - работа, пътуване, трудоспособност, грижи за домакинството или за болен член от семейството;
1.2.3. липса на прогнозируем риск от агресия, автоагресия или груба поведенческа абнормност извън лечебното заведение;
1.2.4. изчерпване на съдебно-експертната задача;
1.2.5. нарушаване на терапевтичния договор, оттегляне на съгласие за лечение (при липса на основания за задължително/принудително лечение);
1.2.6. липса на терапевтичен ефект и изчерпване на възможностите на структурата по психиатрия; пациентът се насочва към друго лечебно заведение, разполагащо със структура с по-висока квалификация и терапевтични възможности в психиатрията.
2. Показатели за добра практика са:
2.1. относителен дял на планираните спрямо непланираните изписвания;
2.2. относителен дял на изписаните с осигурен континюитет в обслужването спрямо изписаните без осигурен континюитет;

2.3. брой рехоспитализации (повторна хоспитализация в рамките на 30 дни от изписването) с възможност за отчитане на причината за това - влошаване на състоянието, отказ от домашно лечение и др.;

2.4. относителен дял на изписани пациенти поради изчерпване на терапевтичната задача спрямо останалите пациенти;

2.5. относителен дял на изписани пациенти в приемливите според приложените програми срокове за стационарно обслужване спрямо останалите пациенти.

Раздел VIII
Критерии и показатели за поддържане на качеството на работата в отделението/клиниката по психиатрия

1. Качеството на работата в отделението/клиниката се поддържа чрез:

1.1. спазване на протоколите и програмите за лечение и грижи;

1.2. придържане към етичните критерии в психиатричната практика;

1.3. постоянен мониторинг на качеството, осигуряван чрез:

1.3.1. външна оценка на качеството;

1.3.2. вътрешен контрол от органите за управление и контрол на лечебното заведение.

2. Работа на принципа на екипността посредством ежедневно провеждани екипни заседания:

2.1 клиничен колегиум - провеждан веднъж седмично;

2.2. дебрифинг - текущо, при инцидент, суицид, агресия, смърт или отреагиращо поведение;

2.3. формулировки на случаи, обсъждани задължително екипно; поради разбирането за важността на формулировката изготвянето ѝ в отделението/клиниката следва определен модел:

2.4. биопсихосоциална формулировка (метод за синтез на информация) е процес на обединяване на известната информация за пациента, за да се получи кохерентен модел, който помага да се постави диагноза, дава обяснение на някои страни на болестната проява и прави възможна прогнозата; биопсихосоциалната формулировка включва:

2.4.1. обобщение на случая;

2.4.2. отключващи стресогенни фактори;

2.4.3. характеристика на пациента:

2.4.3.1. биологична характеристика - основните генетични, конституционални, темпераментови и медицински фактори;

2.4.3.2. психологична характеристика - описват се личностовата структура и функционирането на пациента по време на целия му жизнен цикъл и се включват психодинамични, поведенчески, когнитивни, екзистенциални и морални съображения;

2.4.3.3. социокултурна характеристика - включват се социално-икономическия статус и ценности, културната ориентация, религиозните разбирания, социалните и развлекателните дейности и интерперсоналните взаимоотношения;

2.4.3.4. семейна характеристика - описва се анамнезата, отнасяща се до първичното семейство на пациента и настоящия семеен статус и неговото функциониране;

2.4.3.5. характеристика на изпълнението на ролите - представя плюсовете и минусите в уменията на пациента да се справя с ежедневието и със своите роли: трудови, обучителни и тези в свободното си време.

3. Диагноза, списък с проблеми, терапевтичен план и прогноза:

3.1. диагноза и диференциална диагноза;

3.2. списък с проблеми - специфични медицински, интрапсихични проблеми и проблеми на психосоциалната мрежа;

3.3. терапевтичен план - след определяне на проблемите се изработва специфичен терапевтичен план;

3.4. прогноза - изложение на прогнозата за пациента и очаквания терапевтичен отговор.

4. Интердисциплинарни консултации:

4.1. с клинична и друга лаборатория: всички указани процедури се съобразяват с изискванията, заложени във фармакотерапевтичното ръководство по психиатрия;

4.1.1. параклиничен минимум при пациенти с дългогодишен прием на невролептици, клинични данни за ятрогенни кръвни дискразии и паренхимна чернодробна увреда, клинична острота и полиморфност, предполагащи органична съобусловеност, и коморбидност със злоупотреба с психоактивни вещества;

4.1.2. системно проследяване на бяла кръвна картина при пациенти на лечение с Клозапин според изискванията на кратката характеристика на продукта;

4.1.3. проследяване в интервал, съответен на режима на дозиране, на плазмените нива на литиеви соли и антиконвулсанти (предимно Carbamazepin и валпроати);

4.1.4. мониториране на биохимия и електролити при кататонни и остри психоорганични синдроми, както и при пациенти в животозастрашаващи състояния;

4.1.5. изследване на ликвор при фебрилно-кататонни и остри психоорганични синдроми с централномозъчна и локалномозъчна симптоматика;

4.1.6. вирусологични изследвания при основания, произтичащи от симптоматиката, поведението на боледуване, историята за прием на психоактивни вещества и географския произход;

4.1.7. плазмени нива на антидепресанти и невролептици, извън споменатите, не се изследват рутинно предвид на наличните данни за липсата на корелация между плазмено ниво и терапевтичен отговор; такива изследвания се осъществяват при:

4.1.7.1. съмнение за сътрудничество в приема;

4.1.7.2. съмнение за особености в метаболизацията (напр. бавни метаболизатори);

4.1.7.3. белези на интоксикация;

4.1.7.4. терапевтична резистентност, необяснима по друг начин.

Раздел IX

Рехабилитация

1. Дефиниция: възвръщане на способностите, които психичната болест е променила в някаква степен. Рехабилитацията е многостепенен, разностранен, сложен и продължителен процес на оздравяване, на психично, соматично и социално уравновесяване на боледуващата личност със заобикалящото я всекидневие, на

реинтеграция на разстроените психични функции, на саниране на средата в нейните разновидности. Със своите методи и техники рехабилитацията се опира преди всичко на личността на болния и възстановява нарушеното от болестта биологично, психично и социално функциониране на човека.

2. Основна цел на рехабилитацията в психиатрията е обучението на болния в социални (психосоциални) и професионални (трудови) умения с възможност за социална реинтеграция за повишаване качеството на живот и пълноценно използване на свободното време.

3. Рехабилитацията на психично болните започва още с приемането им в лечебното заведение. Фактори, обуславящи етапите на рехабилитация при всеки конкретен случай, са: естеството и стадият на болестта, възрастта на болния, динамиката на болестта и видът на провежданото лечение.

4. Основна единица е рехабилитационна група от психично болни хора. Оптималният брой на болни в групата е 20 - 25 души.

5. Екип, реализиращ процесът на рехабилитация:

Наименование на длъжността	
Координатор на дейността по рехабилитация	Един (1) за всички дейности
Трудов рехабилитатор (трудотерапевт)/социален рехабилитатор	По един (1) за всяка група
Медицински специалисти: лекар	Един (1) за всички дейности
Други медицински специалисти	Един (1) за всички дейности
Психолог	Един (1) за всички дейности
Социален работник	Един (1) за всички дейности

6. За осъществяване на социалната (психосоциална) и професионалната (трудова) рехабилитация на психично болни хора е необходимо обособяването на звена за рехабилитация.

7. Етапи на рехабилитацията:

7.1. болничен: лечебно-възстановителен;

7.2. преходен: болнично-домашен;

7.3. етап на социално вграждане.

8. Видове рехабилитация:

8.1. във времеви аспект - ранна и късна; краткотрайна и продължителна;

8.2. в ситуативен аспект - болнична и извънболнична;

8.3. според прилаганите методи и техники:

8.3.1. трудова терапия;

8.3.2. занимателна терапия;

8.3.3. кинезитерапия;

8.3.4. музикотерапия;

8.3.5. арттерапия;

8.3.6. обучение в социални умения и професионална преквалификация;

8.3.7. програма за психосоциална рехабилитация на зависими или злоупотребяващи с наркотични вещества.

9. Организацията на трудовата рехабилитация; видът, размерът и специализацията на групите за трудова рехабилитация се определят съобразно лечебните и рехабилитационните задачи, здравословното състояние и възможностите на обслужваните лица и в зависимост от конкретните природни и икономически условия.

9.1. Трудовата терапия на лицата с психични разстройства е част от психосоциалните и професионални (трудови) рехабилитационни програми. При провеждане на трудовата терапия е недопустима всякаква форма на експлоатация и принудителен характер на труда.

Раздел X
Зависимости към психоактивни вещества. Лечение на синдром на зависимост към опиоиди с опиеви агонисти и агонист-антагонисти

1.1. Основни понятия и дефиниции.

1.1.1. Опиоидната зависимост е психично и поведенческо разстройство с комплексна биопсихосоциална генеза и хронично-рецидивиращ ход на протичане. Както при всички останали хронични състояния лечението на зависимостта е дълготраен процес за постигане на стабилна ремисия и трайно възстановяване. Успешно лечение на опиоидната зависимост е възможно при прилагане на съвременни лечебни технологии, подходи и стандарти за добра практика.

1.1.2. Медикаментозно асистирано лечение е лечение на опиоидна зависимост, което включва медикаментозно асистирано лечение при детоксикация и поддържащо лечение.

1.1.3. Неупотребата/въздържанието в рамките на това лечение означава неупотреба на алкохол и нелегални наркотици и липса на злоупотреба с предписани лекарства.

1.1.4. Медикаментозно асистираното лечение се извършва с опиеви агонисти, агонист-антагонисти (парциални агонисти) и антагонисти.

1.1.5. Лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти означава предписване на лекарствени продукти (опиеви агонисти и агонист-антагонисти) в съчетание с широк спектър от медицински и рехабилитационни услуги за облекчаване на неблагоприятните медицински, психологични и физиологични ефекти, присъщи на опиоидната зависимост.

1.1.6. Лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти включва разнообразни лечебни технологии, като краткосрочна и дългосрочна детоксикация, поддържащо лечение и съпътстващи психосоциални интервенции.

1.1.7. В досегашните дефиниции лечението с опиеви агонисти и парциални агонисти се нарича субституиращо (заместващо) лечение.

1.1.8. Лекарствените продукти - опиеви агонисти и парциални агонисти - се предписват в намаляващи дози за лечение на абстинентния синдром и в относително стабилни дози за дълъг период (обикновено над 6 месеца) при поддържащо лечение.

1.2. Цели на лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти:

1.2.1. да се намали или преустанови употребата на нелегални наркотици и непредписани психоактивни вещества;

1.2.2. да предотвратят абстинентните симптоми;

1.2.3. да се намали желанието за употреба;

1.2.4. да се подобри здравното, психологичното и социалното функциониране на пациента и семейството му;

1.2.5. да се улесни социалната реинтеграция на пациента;

1.2.6. да се намали разпространението на кръвнопреносими болести, свързани с инжекционната употреба;

1.2.7. да се намали рискът от свръхдоза и смъртността, свързана с употребата на наркотици;

1.2.8. да се намали криминалното поведение сред употребяващите наркотици.

1.3. Принципи на лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти:

1.3.1. зачитане на човешките права на зависимите индивиди;

1.3.2. осигуряване на качество на услугите;

1.3.3. комплексност;

1.3.4. мултидисциплинарен подход;

1.3.5. системен подход;

1.3.6. интегрален подход;

1.3.7. базиране на решенията в терапевтичния процес на най-добрите налични научни доказателства и клинични практики;

1.3.8. отчетност и оценка на ефективността на лечебните програми;

1.3.9. спазване на всички етични принципи и правила на добра медицинска практика.

1.4. Индикации за лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти:

1.4.1. В лечебните програми могат да бъдат включвани лица, които отговарят най-малко на следните условия:

1.4.1.1. доказана зависимост към опиеви агонисти и/или агонист-антагонисти съгласно критериите на Международната класификация на болестите - 10;

1.4.1.2. навършени 18 години, а за лечение с бупренорфин хидрохлорид и бупренорфин/налоксон (субоксон) - навършени 16 години;

1.4.1.3. история на редовна употреба на опиати с давност минимум една година.

1.4.2. Препоръчително е при включване в поддържащо лечение лицето да е преминало през лечение, ориентирано към въздържание от употребата на наркотични вещества. Изключение се допуска за лица от затворени общности с повишена болестност и заболеваемост от ХИВ/СПИН.

1.4.3. Случаите на лица, зависими от наркотични вещества, които не отговарят на посочените критерии, се разглеждат и разрешават от Експертния съвет по лечение на зависимости към министъра на здравеопазването.

1.4.4. В лечебните програми с приоритет се приемат лица, при които са налице някои от следните медицински показания: бременност, заразяване с вируса на СПИН, заболяване от хепатит В и/или С. В случаите на бременност или заразяване с вируса на ХИВ се осигурява незабавен прием, без да се чака установеният в програмата ред.

1.4.5. Диагностичната оценка и преценката на целесъобразността за включване в такива програми се извършва от лекар психиатър. За приема на всеки пациент се изготвя протокол.

1.5. Контраиндикации за лечение. Включването в лечебни програми не е подходящо за лица, които:

1.5.1. не отговарят на критериите за опиоидна зависимост по МКБ-10;

1.5.2. не приемат правилата на лечебните програми;

1.5.3. не са в състояние да дадат информирано съгласие;

1.5.4. пациенти, които са показали чувствителност/алергични реакции към предлагания лекарствен продукт.

1.6. Детоксикация с опиеви агонисти или агонист-антагонисти.

1.6.1. Лечението на абстинентното състояние представлява лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти в намаляващи дози за облекчаване на физиологичните и психологичните симптоми на абстиненция и е метод за преход на пациента към последващо лечение или живот без вещества след периода на лечение.

1.6.2. Според нейната продължителност детоксикацията се разделя на: краткосрочна - до 1 месец, и дългосрочна - с продължителност до 6 месеца.

1.6.3. Средство на избор за лечение на абстинентното състояние е метадонът. Освен него за краткосрочна детоксикация може да се използва бупренорфин и комбинираният препарат субоксон, съдържащ бупренорфин и налоксон. Морфин сулфат пентахидрат не е подходящ за детоксикация поради липсата на таблетарни лекарствени форми със съдържание под 120 мг.

1.6.4. Краткосрочната детоксикация с метадон, извършвана в извънболнични условия, изисква активно и ежедневно наблюдение на пациента. През първия ден лекарственият продукт обикновено се назначава в два приема по 20 мг. Пациенти, които се нуждаят от по-висока доза метадон за повлияване на абстинентните симптоми, могат да получат до 60 мг през втория ден - фракционирано. От третия ден нататък дозата се намалява постепенно с 5 - 10 мг на всеки 2 - 3 дни.

1.6.5. Краткосрочната детоксикация с бупренорфин хидрохлорид трябва да започне след появата на обективни симптоми на опиева абстиненция (8 - 12 часа след последната употреба на хероин и 24 - 36 часа след употреба на метадон). През първия ден се назначават 2 - 4 мг бупренорфин (сублингвално). Пациентът се наблюдава активно и ако са налице обективни абстинентни симптоми се дават още 4 мг бупренорфин - до 8 мг за деня. На втория ден, ако абстинентната симптоматика персистира, се дават още 4 мг. Общата доза бупренорфин, дадена през първия (или втория) ден, представлява стабилизационната доза - нормално тя е в рамките на 8 - 12 мг (до 16 мг) дневно. При наличие на обективни абстинентни симптоми или оплаквания при доза от 16 мг се разглежда необходимостта от прилагането на дългосрочна детоксикация с метадон или поддържане.

1.6.6. От третия до петия ден стабилизационната доза бупренорфин се дава еднократно дневно. През следващите дни дозата на бупренорфина се намалява с 2 мг на всеки 2 - 3 дни до пълното му отнемане.

1.7. Етапи и фази на лечението с опиеви агонисти и агонист-антагонисти.

Разделянето на лечението на етапи и съответни фази отразява спецификата и последователността на необходимите в хода на лечебния процес медицински, психологични и психосоциални интервенции. Базира се на разбирането, че видът и интензивността на услугите, от които пациентите се нуждаят, варират в хода на лечението.

Като цяло повечето от пациентите се нуждаят от по-интензивно лечение при постъпване, по-разнообразни услуги по време на стабилизиране и по-малка част от тях - от услуги с по-ниска интензивност след появата на признаци на възстановяване.

Всеки етап може да бъде разделен на фази, които са специфичен избор на всяка отделна програма и съответстват на основните принципи в лечението. Това позволява различните фазови модели да бъдат в съответствие с предложения в стандартите клиничен модел. Фазите на лечението не са непроменяеми, фиксирани стъпки със специфични времеви рамки и граници. Те трябва да се разглеждат по отношение на динамичния континуум от грижи, които осигуряват прогреса на пациента в съответствие с неговия индивидуален капацитет и терапевтичен план.

1.7.1. Въвеждащ етап.

Цел на въвеждащия етап от лечението е постигане на стабилизация на пациента и определяне на устойчива поддържаща индивидуална дневна доза на лекарствен продукт. Установяват се терапевтичните взаимоотношения между пациента и екипа, идентифицират се нуждите чрез мултидименсионална оценка и се изготвя индивидуален терапевтичен план. Извършват се необходимите изследвания и консултации с други специалисти. Затвърждава се и ангажиментът на значимите близки в процеса на оздравяване. Продължителността на етапа е от 1 до 3 месеца.

1.7.1.1. Подготвителни процедури:

1.7.1.1.1. Първичен контакт и цялостна оценка - чрез структурирани интервюта (Индекс за тежестта на зависимостта, самооценъчни тестове и др.), и медицинска оценка - анамнеза за употребата на наркотици, за други соматични и/или психични заболявания, лабораторни изследвания (ХИВ/СПИН, хепатит В и С, туберкулоза, сифилис, ПКК), физикален преглед.

1.7.1.1.2. Планиране на лечението - разработва се план за лечение, включващ краткосрочните и дългосрочните цели на пациента, стъпките и сроковете за тяхното реализиране. Определя се водещ на случая.

1.7.1.2. Дозиране на лекарствения продукт до постигане на стабилност и устойчива дневна доза. Осъществява се активно лекарско наблюдение за оценка на абстинентната симптоматика и определяне на лечебната доза на лекарствения продукт.

1.7.1.2.1. Метадон хидрохлорид

Пациентите се проследяват най-малко два пъти дневно през първите три дни от лечението. След установяване на начални симптоми на абстиненция и нивото на толеранс се предписва началната доза, най-често 10 - 30 мг. След приема на началната доза пациентът трябва да бъде под наблюдение в първите 30 - 60 минути за оценка на евентуални остри нежелани ефекти на лекарствения продукт. След 2 - 6 часа отново се прави обективна оценка на състоянието и при необходимост се дава допълнително количество метадон не повече от 20 мг. Дозата през първия ден обикновено не трябва да е по-голяма от 40 мг. В случаите, в които е необходима по-висока доза, се прави внимателна преценка на толеранса. Особено внимание се отделя на пациенти с висок риск от предозиране поради нисък толеранс, паралелен прием на други лекарствени продукти, увредено общо състояние, възрастни пациенти и др. През следващите дни дозите се увеличават постепенно с не повече от 20 мг до изчезване на абстинентната симптоматика. Целта е преминаване към еднократен прием. Терапевтичните дози на метадона са индивидуални. Средната поддържаща доза на пациентите трябва да е съобразена с кратката характеристика на конкретния лекарствен продукт, като в отделни случаи терапевтичната доза може да бъде по-висока. При пациенти с доза, двойно по-голяма от

максимално допустимата доза по кратка характеристика, се препоръчва да се извършва веднъж годишно определяне на плазмено ниво на лекарствения продукт, за да не се допусне токсично ниво на плазмена концентрация над 750 нанограм/мл.

1.7.1.2.2. Морфин сулфат пентахидрат

Началната доза е 120 мг или 200 мг. Мониториране се извършва след 3 часа и при нужда дозата се повишава до 320 мг (по изключение - до 400 мг при сериозни абстинентни прояви). През следващите дни дозата се повишава постепенно, като би могла да достигне 800 мг. Максималната доза е 1200 мг, а средната - 400 мг.

1.7.1.2.3. Бупренорфин хидрохлорид

През първия ден се дават 4 мг бупренорфин сублингвално и се мониторират основните симптоми на опиева абстиненция. Ако след 2 часа обективно са налице поне 2 симптома, се дават още 4 мг бупренорфин сублингвално. Максималната доза за първия ден е 8 мг. През следващите дни тя се повишава при нужда чрез прибавяне на 2 до 12 - 16 мг. Максималната дневна доза е 32 мг. Когато дозата е стабилизирана, има възможност бупренорфин да се използва 3 или 2 пъти в седмицата.

1.7.1.2.4. Бупренорфин/налоксон (субоксон)

Препоръчителната начална доза е от 2 до 4 мг сублингвално. През първия ден може да бъде назначена допълнителна доза от още 2 до 4 мг, ако нуждите на пациента го налагат. От втория ден нататък дозата се титрира с 2 до 8 мг според потребностите на пациента. Максималната дневна доза на субоксона е 24 мг. След постигане на задоволително стабилизиране приемът на субоксон може да се намали до прием през ден или 3 пъти седмично при някои пациенти.

1.7.1.3. Лечение на други соматични и/или психични заболявания.

Другите соматични и/или психични заболявания трябва да се идентифицират по време на първоначалното оценяване. В тези случаи е необходимо:

1.7.1.3.1. насочване на пациента към личен лекар, кабинет за спешна и неотложна помощ или за болнично лечение;

1.7.1.3.2. тестване или насочване за изследване за кръвно- и половопреносими заболявания;

1.7.1.3.3. идентифициране на острите психични разстройства, които може да се нуждаят от незабавна интервенция;

1.7.1.3.4. идентифициране на хроничните психични разстройства, насочване и осигуряване на необходимата терапия.

1.7.1.4. Психосоциални интервенции.

Осъществява се индивидуално, групово и семейно консултиране, както и психообучение за пациента и семейството му.

1.7.1.5. Контрол на употребата на психоактивни вещества и режим на посещение.

Извършва се уринно тестване. Пациентите посещават лечебната програма ежедневно до постигане на стабилизация.

1.7.1.6. Критерии за преход към следващ етап:

1.7.1.6.1. намаляване/преустановяване на употребата на незаконни опиати и други субстанции, включително и алкохол;

1.7.1.6.2. липса на абстинентни прояви;

1.7.1.6.3. намаляване на влечението за прием на психоактивни вещества;

1.7.1.6.4. овладяване на острите психични и/или соматични заболявания;

1.7.1.6.5. осигуряване на лечение за хроничните заболявания;

1.7.1.6.6. постигната устойчива поддържаща дневна доза на лекарствен продукт.

1.7.2. Етап на рехабилитация и поддържащо лечение. Този етап е времево неограничен, оптималният срок обикновено е от 2 до 5 години.

1.7.2.1. В първата част на етапа (рехабилитация) се цели да се постигне обвързаност към програмата и дългосрочните цели на терапевтичния план, да се проследят моделите на зависимостта и последиците от тях, да се развиват уменията за превенция на рецидив. Лечението на съпътстващите заболявания е важна част от терапевтичния план. Работи се активно за постигане на трудова заетост, образование, професионално обучение, грижи за семейството и др. Продължава уринното тестуване най-малко веднъж месечно. При добър прогрес в лечението и отрицателни уринни тестове може да се премине към даване на лекарствен продукт за употреба при домашни условия по определена схема в съответствие с терапевтичния план.

1.7.2.1.1. Стратегии и процедури по отношение на:

1.7.2.1.1.1. Продължаваща употреба на опиоиди и/или други психоактивни вещества:

1.7.2.1.1.1.1. при нужда - корекция на дозата на лекарствения продукт с цел намаляване на крейвинга и предотвратяване на употребата на опиоиди;

1.7.2.1.1.1.2. лечение на комбинирана зависимост (в т.ч. и към алкохол);

1.7.2.1.1.1.3. поведенческо договаряне, представяне на системата от санкции и привилегии;

1.7.2.1.1.1.4. индивидуално консултиране по различни проблеми;

1.7.2.1.1.1.5. групова терапия с акцент превенция на рецидив;

1.7.2.1.1.1.6. семейно консултиране.

1.7.2.1.1.2. Текущи здравни проблеми:

1.7.2.1.1.2.1. оценка на състоянието;

1.7.2.1.1.2.2. осигуряване на първична грижа на място или насочване към други лечебни заведения;

1.7.2.1.1.2.3. корекция на дозите във връзка със съпътстващо лечение;

1.7.2.1.1.2.4. осигуряване на интегриран подход на лечение;

1.7.2.1.1.2.5. образование за здравословен начин на живот;

1.7.2.1.1.2.6. обучение в умения за ранно идентифициране на соматични и/или психични проблеми.

1.7.2.1.1.3. Образователен и трудов статус:

1.7.2.1.1.3.1. идентифициране на дефицитите на образование;

1.7.2.1.1.3.2. обучение в социални умения;

1.7.2.1.1.3.3. осигуряване на професионално обучение;

1.7.2.1.1.3.4. осигуряване на възможности за трудова заетост или насочване към съответните органи.

1.7.2.1.1.4. Семейни и социални отношения:

1.7.2.1.1.4.1. увеличаване на ангажирането в семейния живот (при отсъствие на семейна дисфункция, която възпрепятства прогреса);

1.7.2.1.1.4.2. семейно консултиране и терапия;

1.7.2.1.1.4.3. включване в група, базирана на вяра, приятелство, развлечение, или друга равнопоставена група.

1.7.2.1.1.5. Проблеми със закона:

1.7.2.1.1.5.1. подпомагане на достъп до правен съвет;

1.7.2.1.1.5.2. насърчаване на пациента да поеме отговорност за проблеми със закона;

1.7.2.1.1.5.3. идентифициране на препятствията за елиминиране на незаконните дейности и тяхната подмяна с творчески дейности.

1.7.2.1.2. Критерии за преминаване към втората част на етапа:

1.7.2.1.2.1. неупотреба на опиати, доказана с отрицателни уринни тестове;

1.7.2.1.2.2. неупотреба на други непредписани вещества;

1.7.2.1.2.3. липса на злоупотреба с алкохол;

1.7.2.1.2.4. стабилно соматично и психично състояние;

1.7.2.1.2.5. наличие на условия, гарантиращи задоволяване на ежедневните жизнени потребности (жилище, финансови средства);

1.7.2.1.2.6. установени стабилни взаимоотношения в семейството;

1.7.2.1.2.7. добро социално функциониране, ангажиране с постоянна или временна работа, учение или грижи за семейството и др.;

1.7.2.1.2.8. липса на актуални проблеми със закона;

1.7.2.1.2.9. увеличаване на отговорността за себе си и значимите други.

1.7.2.2. Във втората част (поддържащо лечение) намалява интензивността на психосоциалните интервенции, като се запазва фокусът върху поддържането на стабилност в главните сфери на функционирането на пациента, с акцент върху поддържане на устойчива клинична ремисия, психосоциална стабилизация и професионална реализация.

1.7.2.2.1. Дозиране на лекарствен продукт - извършва се наблюдение и текуща оценка. При нужда се прави корекция на поддържащата доза на лекарствения продукт с цел стабилизиране на състоянието, намаляване на крейвинга и предотвратяване на употребата на опиоиди. Следи се за необходимост от преразглеждане на дозата поради употреба на друго предписано лекарство или промяна в метаболизма на опиевия агонист.

1.7.2.2.2. Психосоциални интервенции - осъществява се индивидуално, групово и семейно консултиране, консултиране и съдействие за намиране на работа, подкрепа и съдействие при проблеми в образованието, на работното място и други в съответствие с оценката на нуждите на пациента и терапевтичния план.

1.7.2.2.3. Контрол на употребата на психоактивни вещества и режим на посещение - честотата на тестване за наркотици по време на етапа на медицинско поддържане и рехабилитация зависи от прогреса на пациента в лечението. При тенденция за положителна промяна и последователно негативни тестове за наркотици се препоръчва тестване да се извършва минимум веднъж месечно през първите две години от лечението и минимум веднъж на всеки 2 месеца след това. Лекарственият продукт може да се дава за домашни условия по определената схема.

1.7.2.2.4. Критерии за преминаване към следващ етап:

1.7.2.2.4.1. най-малко една година въздържание от употреба на психоактивни вещества, валидизирано с клинично наблюдение и уринно тестване;

1.7.2.2.4.2. стабилно соматично и психично състояние;

1.7.2.2.4.3. липса на значими поведенчески проблеми;

1.7.2.2.4.4. добро семейно и социално функциониране.

1.7.3. Завършващ етап. В този етап се изготвя индивидуален план за завършване на лечението и излизане от програмата, определя се темпът на намаляване на дозата, проследява се медицинското и психологичното състояние на пациента. Детоксикацията е краткосрочна и дългосрочна. Към нея се преминава при заявено желание на пациента, оценка от екипа или при необходимост от прекратяване на лечението по други причини.

1.7.3.1. Дозиране на лекарствен продукт:

1.7.3.1.1. Дългосрочна детоксикация - при заявено желание от страна на пациента, оценка на екипа за наличие на личностен ресурс за възстановяване и нисък риск от възобновяване на употребата на наркотични вещества. Провежда се постепенно намаляване на дозата за период от 6 до 12 месеца.

1.7.3.1.2. Краткосрочна детоксикация - при предсрочно изписване от програмата поради непредвидени обстоятелства. Медицинските интервенции са постепенно минимализиране на дозата за период от 4 седмици или повече, но при възможност не по-малко от 21 дни.

1.7.3.1.3. Ако детоксикацията се извършва с морфин сулфат пентахидрат поради липса на таблетарна лекарствена форма с по-ниско съдържание на активното вещество, при достигане на доза от 120 мг се препоръчва преминаване към метадон и продължаване на детоксикацията с него.

1.7.3.2. Психосоциални интервенции - индивидуално, семейно и групово консултиране, с акцент върху превенция на рецидив, ресоциализация и адаптация.

1.7.3.3. Контрол на употребата на психоактивни вещества и режим на посещение - по преценка съобразено с индивидуалния план, ресурса за справяне на пациента и вида на детоксикацията.

1.7.3.4. Критерии за връщане към предходен етап:

1.7.3.4.1. връщане към употреба на опиоиди или други психоактивни вещества;

1.7.3.4.2. психични и поведенчески проблеми;

1.7.3.4.3. нарушено семейно и/или социално функциониране;

1.7.3.4.4. въвличане в криминални деяния, свързани с употреба на ПАВ.

1.7.3.5. След завършване на детоксикацията на пациентите, които по собствена заявка или по преценка на екипа продължават да имат нужда от помощ, за да се пренастроят към начин на живот, свободен от вещества, се осигурява последваща психологична и социална подкрепа - т.нар. фаза на нулева доза и подкрепа. Главната цел е да се предотврати връщането към зависимостта и да се подсилят уменията за справяне, необходими за поддържане на балансиран и стабилен начин на живот. Фокусът на работа е върху активиране на подкрепящите системи и позитивното поведение, обучение в решаване на проблеми, превенция на рецидив. Извършва се индивидуално, а при нужда и семейно консултиране - минимум веднъж месечно.

1.7.3.6. Административно прекратяване на лечението.

Лечението може да бъде прекратено административно със или без детоксикация при груби или системни нарушения на правилата за лечение и участие в програмата или при неспазване на поетите от пациента и/или родителите ангажименти към провежданото лечение, описани в информираното съгласие и договора за лечение.

1.8. Уринно тестване.

1.8.1. Уринното тестване за психоактивни вещества е показател за обективна оценка на употребата на незаконни и непредписани вещества и допълнително средство за превенция на употребата на психоактивни вещества. Тестовете показват или отхвърлят наличието на метадон, незаконни и непредписани психоактивни вещества. Преценката за това какви вещества ще бъдат изследвани се съобразява с индивидуалния контекст на пациента и контекста на местната ситуация, свързана с употребата на наркотици.

1.8.2. Тестване се провежда в началото, преди назначаването на лечение и през целия период на лечение и това е указано в терапевтичния договор. То може да е периодично или инцидентно, минимум един път месечно през първите две години и

минимум един път на два месеца през следващите години от лечението. Резултатите се отбелязват в досието на пациента.

1.8.3. Даването на урина за изследване трябва да зачита достойнството на пациента при минимализиране на възможностите за фалшификация. Помещенията, използвани за даване и анализ на урина, трябва да се почистват редовно и да са снабдени с необходимите санитарно-хигиенни принадлежности и препарати.

1.9. Получаване на лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия.

Получаването на дози от лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия е част от системата за привилегии и важен терапевтичен инструмент за постигането на целите на програмите. Поради риска от нерегламентираното му отклоняване процедурата е обект на контрол и индивидуална преценка от страна на екипа, като крайното решение е на ръководителя на програмата. Назначение за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия може да получи стабилизиран пациент, отговарящ на следните критерии:

1.9.1. Основни критерии:

1.9.1.1. липса на употреба на незаконни/непредписани наркотични вещества и алкохол за период не по-малко от 1 месец, верифицирани с клинично наблюдение и уринно тестване. При началната оценка за даване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия се изискват минимум 4 последователни отрицателни уринни теста, проведени ежеседмично;

1.9.1.2. липса на данни за инжектиране (включително и на метадон);

1.9.1.3. липса на абстинентни симптоми;

1.9.1.4. липса на клинични данни за алкохолна злоупотреба;

1.9.1.5. редовно посещение без отсъствия на програмата;

1.9.1.6. липса на поведенчески проблеми при посещенията в програмата;

1.9.1.7. спазване на терапевтичните ангажименти и договорености с екипа;

1.9.1.8. липса на скорошни криминални дейности;

1.9.1.9. възможност за сигурно съхраняване на предоставените лекарствени продукти при употреба в "домашни условия";

1.9.1.10. стабилно психично състояние - клинична преценка, оценъчни и/или самооценъчни методики за липса на психотично състояние, тежко депресивно или невротично разстройство.

1.9.2. Допълнителни критерии в полза на даването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия:

1.9.2.1. работна и/или учебна заетост, които са в противоречие с графика за предоставяне на лекарството от програмата;

1.9.2.2. грижи по отглеждането на деца, които са в противоречие с графика за посещение на програмата.

1.9.3. Крайното решение за даване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия се взема въз основа на цялостна преценка относно способността на пациента за отговорен самостоятелен прием на лекарствен продукт в съответствие с лекарските назначения и за това дали рехабилитационните ползи от намаляването на честотата на посещение в програмата надвишават потенциалния риск от злоупотреба с предписаните лекарствени продукти.

1.9.4. Даването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия трябва да е аргументирано и документирано в досието на пациента.

1.9.5. Лекарствен продукт за употреба в домашни условия се дава на пациенти, които са преминали успешно "въвеждащ етап" (1 - 3 месеца), отговарят на критериите за получаване на лекарствен продукт в домашни условия и са в стабилно състояние.

1.9.6. Преди преминаване на "въвеждащ етап" се допуска даването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия за период от 1 до 6 дни в следните случаи: хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, наличие на заболяване или увреждане, което затруднява придвижването, живеене в отдалечено място, отстоящо на разстояние повече от 150 км от местоположението на лечебната програма.

1.9.7. Максималното количество лекарствен продукт за употреба в домашни условия не надвишава дозите за една седмица и се позволява на стабилизирани пациенти, отговарящи на критериите за получаване на лекарствени продукти за употреба в домашни условия, с продължителност на лечението не по-малко от 3 месеца. Този период може да бъде удължен до две седмици в случаи, създаващи основателна и сериозна пречка пред пациента за ежедневно посещение на програмата, като наличие на заболяване или увреждане, което затруднява придвижването, тежко хронично заболяване, при хоспитализация, пребиваване в места за лишаване от свобода, временна работа в отдалечени места, ваканция.

1.9.8. По изключение може да се разреши получаването на лекарствен продукт за употреба в домашни условия за период до две седмици на стабилизирани пациенти, отговарящи на критериите за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия, с продължителност на лечението не по-малко от 1 година, които живеят или работят в отдалечено място, отстоящо на разстояние повече от 150 км от местоположението на лечебната програма. За всеки такъв случай се прави индивидуална преценка от екипа на програмата и се изготвя протокол, който се прилага в досието на пациента.

1.9.9. При предоставяне на лекарствени продукти, съдържащи опиеви агонисти и агонист-антагонисти, ръководителят задължително издава удостоверение по образец, утвърден от директора на НЦОЗА.

1.9.10. При пътуване на пациентите зад граница ръководителят на програмата издава документ, удостоверяващ дневната доза и курса на лечение, въз основа на който Министерството на здравеопазването издава разрешение по реда на чл. 59 от Закона за контрол на наркотичните вещества и прекурсорите. Ръководителят на програмата може аргументирано да откаже издаването на документа при несъответствие на пациента с критериите за даване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия. Аргументацията се вписва в досието на пациента.

1.9.11. При съмнение за злоупотреба с предписания лекарствен продукт се препоръчва преразглеждане на режима за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия и разглеждане на възможността за назначаване на неколкократно измерване на плазмена концентрация на метадон.

1.9.12. В деня на получаване на лекарствения продукт за употреба в домашни условия пациентът приема дневната си доза в програмата под медицинска супервизия.

1.9.13. Опаковката на лекарствения продукт за употреба в домашни условия трябва да е добре обезопасена, надписана и съобразена с препоръките за предпазни мерки в кратката характеристика на лекарствен продукт. Надписът на етикета съдържа задължително следното: име на програмата и телефон за връзка, № на пациента в програмата или име на пациента, наименование на лекарствения продукт, дата на деня, за

който е предназначен, и надпис "Да се пази от деца!". При необходимост етикетът може да съдържа и друга допълнителна информация по преценка на програмата.

1.9.14. Предоставеният лекарствен продукт - метадон хидрохлорид, задължително се разрежда с допълнително количество вода в съотношение не по-малко от 1:1. Всяка отделна дневна доза от лекарствения продукт се предоставя на пациента в отделна опаковка. При наличието на данни или съмнение за злоупотреба решението се преразглежда.

1.9.15. При лечение с бупренорфин разреждането на дозовия режим може да е по-добра алтернатива от дозите за домашни условия.

1.9.16. За подобряване на безопасното съхранение на лекарствените продукти от пациентите се препоръчват следните дейности:

1.9.16.1. да се поставят на видно място в помещенията, в които се осъществяват програмите, надписи в зависимост от използвания лекарствен продукт: "Пациентите на програмата и техните близки са задължени да съхраняват отпуснатия лекарствен продукт метадон (или друг лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти) на места, които са недостъпни за деца."

1.9.16.2. да се провеждат срещи с пациентите на програмите, на които да бъдат разяснени последиците от приемането на метадон (или друг лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти) от деца.

1.9.16.3. стартиране на цялостната превантивна работа с пациентите относно отговорността и мерките за безопасност по отношение съхраняването и употребата на метадон (или друг лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти) при постъпване на лечение. Пациентите подписват: информирано съгласие, декларация за получаване на лекарствен продукт за домашни условия и договор за лечение.

1.10. Психосоциални интервенции.

1.10.1. Същността на наркоманиите като хронични рецидивиращи състояния предполага прилагане на биопсихосоциален подход и работа на мултидисциплинарен терапевтичен екип за тяхното лечение. По този начин се постига интегриране на медицинските, психологичните и социалните интервенции в цялостната лечебна програма.

1.10.2. Специалистите от терапевтичния екип в съответствие с тяхната квалификация извършват индивидуално, семейно и групово консултиране. Консултирането включва установяване на терапевтична връзка, ангажиране в лечение и проследяване на случая.

1.10.3. Индивидуално консултиране се извършва от лекар, психолог, психотерапевт или социален работник по медицински, респ. психологични индикации. Семейното или груповото консултиране се предлага за решаване на конкретни проблеми или има информативно-образователен характер. Целта на груповото консултиране е да се използва групата за постигане целите на лечението: постигане на въздържание, решаване на проблеми, подобряване на социалните умения, решаване на конфликти, ефективно изразяване на чувствата, развитие на доверие и сътрудничество. Извършва се от психолог, психотерапевт или лекар от програмата.

1.10.4. Друга психологична и социална интервенция е т.нар. поведение при криза (кризисна интервенция), което изисква умения за оценка и овладяване на психологична или социална криза.

1.10.5. Всички споменати дотук интервенции (процедури) се включват в задължителния пакет от услуги, предоставени на пациентите в програмите за лечение с агонисти и агонист-антагонисти.

1.10.6. Освен задължителните процедури в програмите се предлага психотерапия в различни перспективи и модалности, както и обучение в социална адаптация. Психотерапията започва след заявка от пациента и оценка от психотерапевт.

1.10.7. Индивидуалната психотерапия включва: мотивационно интервюиране, когнитивно-поведенческа терапия, психодинамична психотерапия, краткосрочна фокусирана към решения терапия и др.

1.10.8. Работата със семействата включва: системна фамилна терапия, групи за родители и др.

1.10.9. В груповата терапия се използват психодраматични и гещалт техники, когнитивно-поведенческа терапия, психодинамична психотерапия и др. Психотерапията се извършва от психотерапевти, обучени в определена терапевтична модалност.

1.10.10. Обучението в социална адаптация включва тренинг за: социални умения (комуникативни умения, асертивен тренинг, решаване на конфликти и др.), личностни умения (самоопределение, мотивация, житейски проект и др.) и кариерно консултиране. Осъществява се от квалифицирани специалисти по социални дейности.

1.10.11. Качеството на предлаганите услуги се осигурява чрез организационна и клинична супервизия.

1.11. Пациенти със специфични нужди.

1.11.1. Опиоидно зависими бременни.

Жени, които са зависими от опиоиди, са подложени на висок риск от усложнения по време на бременност, поради което се препоръчва включване в програма за лечение с метадон. Основната цел на метадоновото лечение по време на бременността е да се постигне соматично и психично стабилизиране на бременната жена и да се избегнат рисковете за майката и новороденото, които се изразяват във:

1.11.1.1. абстинентно състояние у майката, което може да доведе до спонтанен аборт през първите три месеца или да предизвика преждевременно раждане през последните три месеца от бременността;

1.11.1.2. употреба на психоактивни вещества, включително и такива, които могат да предизвикат увреждания на плода;

1.11.1.3. предозиране;

1.11.1.4. инфекции вследствие инжектиране и използване на общи инжекционни принадлежности;

1.11.1.5. липса на пред- и следродова грижа.

Във връзка с тези рискове по време на бременността е особено важно прецизирането на дозата на поддържащия лекарствен продукт, активно проследяване на състоянието и избягване на детоксикация.

1.11.2. Абстинентно състояние при новородени.

Всички новородени на майки на метадоново лечение трябва да бъдат мониторирани за симптоми на опиева абстиненция от неонатолог.

1.11.3. Кърмене.

Метадоновото лечение не е основание за отказване от кърмене на новороденото бебе.

1.11.4. ХИВ/СПИН.

Планирането на терапевтичните грижи за тази група пациенти се осъществява в сътрудничество със специализираните структури, както и със структури за подкрепа в общността. Лечебният план трябва да бъде гъвкав и неговата ефективност да се оценява непрекъснато. При започване на високоактивна антиретровирусна терапия пациентите

трябва да бъдат информирани за възможните лекарствени взаимодействия с предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

1.11.5. Пациенти с психиатрични разстройства.

Диагностицирането на психиатрични разстройства при пациенти с опиоидна зависимост е от важно значение при планиране на терапевтичните грижи, които включват:

1.11.5.1. редовно проследяване на клиничното състояние от психиатър и при необходимост - насочване към специализирано лечебно заведение за хоспитализация;

1.11.5.2. съобразяване на лечението на психиатричното разстройство с лекарствените взаимодействия на предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

1.11.6. Пациенти с риск от удължаване на QT (QTc) интервала и опасност за развиване на аритмия и torsades de pointes.

Има докладвани случаи на удължаване на QT (QTc) интервала и опасност за развиване на аритмия и torsades de pointes при лечение с метадон, особено при използване на дози над 300 мг. При постъпване на лечение и при наличие на кардиологични оплаквания от страна на пациента в хода на лечението се препоръчва спазването на следните правила с оглед превенция на този риск:

1.11.6.1. Снемане на внимателна и подробна анамнеза на пациента за сърдечни проблеми. При наличие на позитивни находки от анамнезата е необходимо:

1.11.6.1.1. пациентът да бъде предупреден за наличието на риск от аритмия и torsades de pointes при лечението, което да бъде отразено в подписано информирано съгласие;

1.11.6.1.2. пациентът да бъде насочен за ЕКГ изследване с измерване на QT (QTc) интервала, оценка на състоянието и поемане на случая от специалист кардиолог;

1.11.6.1.3. при стойности на QT (QTc) интервала над 500 msec и оценка от кардиологичния преглед за наличие на сериозен риск за развиване на аритмия и torsades de pointes се редуцира дозата на метадона и пациентът се насочва отново за ЕКГ изследване с измерване на QT (QTc) интервала и оценка на състоянието от специалист кардиолог. Извършва се ЕКГ при пациенти без общоприети рискови фактори за удължаване на QT (QTc) интервала, преди назначаване на доза над 150 мг Метадон хидрохлорид. Всяка година при лечение с доза над 150 мг се мониторира с ЕКГ.

1.11.6.2. При персистиране на стойностите на QT (QTc) интервала над 500 msec и оценка за наличие на сериозен риск за развиване на аритмия и torsades de pointes при повторното изследване се предприемат следните действия:

1.11.6.2.1. на пациента се препоръчва прекратяване на метадоновото лечение по медицински показания;

1.11.6.2.2. предлага се алтернативно лечение;

1.11.6.2.3. пациентът се насочва към специалист кардиолог за поемане на случая и системно проследяване на състоянието;

1.11.6.2.4. при отказ на пациента да изпълни предложените назначения това се документира в досието на пациента.

1.12. Специфични клинични ситуации.

1.12.1. Нарушен дневен прием на предписания опиев агонист/агонист-антагонист:

1.12.1.1. Пропуснат прием на лекарствен продукт - ако пациентът пропусне прием на предписания опиев агонист/агонист-антагонист, неговата плазмена концентрация намалява.

1.12.1.1.1. Процедури:

1.12.1.1.1.1. документиране на обстоятелствата около пропускане на дозите;

1.12.1.1.1.2. цялостна обективна оценка за симптоми на интоксикация или абстиненция;

1.12.1.1.1.3. контролирано уринно тестване.

1.12.1.1.2. Поведение:

1.12.1.1.2.1. при неинтоксикиран пациент - съобразно клиничната преценка на лекаря;

1.12.1.1.2.2. при интоксикиран пациент - не получава дневната си доза от предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

1.12.1.2. Повръщане на лекарствен продукт - макар и рядко може да се наблюдава повръщане на предписания опиев агонист/агонист-антагонист.

1.12.1.2.1. Поведение:

1.12.1.2.1.1. при повръщане след абсорбцията на терапевтичната доза (20 - 30 минути за метадон и 5 - 10 минути за бупренорфин) - не е необходим допълнителен прием;

1.12.1.2.1.2. при по-ранно повръщане - съобразно клиничната преценка на лекаря;

1.12.1.2.1.3. при системно повръщане - може да се обсъди разделяне на дозата.

1.12.2. Съпътстваща употреба на психоактивни вещества (високорисково поведение) - хаотичната употреба на психоактивни вещества (незаконни, непредписани, алкохол) е често срещана сред опиоидно зависимите.

1.12.3. Процедури:

1.12.3.1. правилна диагностика и оценка на нуждите;

1.12.3.2. преразглеждане и актуализиране на плана за лечение - корекция на дозата на предписания опиев агонист/агонист-антагонист и по-интензивно уринно тестване, по клинична преценка на лекаря; лечение на комбинирана зависимост и при необходимост насочване за хоспитализация; интензифициране на консултирането и други психосоциални услуги.

1.12.4. Поведение:

1.12.4.1. при интоксикиран пациент с алкохол или други депресанти на ЦНС (хипнотици, анксиолитици) - не получава дневната си доза от предписания опиев агонист/агонист-антагонист;

1.12.4.2. при продължаваща съпътстваща употреба на психоактивни вещества - не се допуска ползването на привилегията за вземане на лекарствен продукт за домашни условия.

1.13. Изисквания към лечебните заведения, осъществяващи лечебни програми с опиеви агонисти и агонист-антагонисти.

1.13.1. Осигуреност с персонал и изисквания към екипа на програмите.

Програмата за лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти се осъществява от терапевтичен екип. В терапевтичния екип могат да участват: лекари психиатри, лекари, психолози, психотерапевти, медицински сестри и социални работници, както и други професионалисти по преценка на ръководителя на програмата. Екипът се определя в съответствие с вида и обема лечебни дейности и броя на пациентите в програмата.

1.13.1.1. Изисквания към ръководителя на програмата:

Програмата се ръководи от лекар с призната специалност по психиатрия, с най-малко три години опит в лечение на зависимости, преминал курс за обучение на ръководители на програми за лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти. Ръководителят на програмата отговаря за отчитането на получените, отпуснатите и наличните количества наркотични вещества и техните препарати, като изготвя ежемесечни отчети до Министерството на здравеопазването, както и годишен отчет с оценка на

ефективността на програмата и основни изводи и данни по образец, изготвен от НЦОЗА. Ръководителят на програмата отговаря също за:

1.13.1.1.1. правилното съхранение на лекарствените продукти, съдържащи наркотични вещества;

1.13.1.1.2. воденето на регистрите съгласно наредбата по чл. 87, ал. 1 от Закона за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите и документацията на програмата;

1.13.1.1.3. съгласуването на месечните заявки, получаването и отчитането на наркотичните вещества и техните препарати;

1.13.1.1.4. организацията и осъществяването на лечебните дейности в програмата в съответствие с тази наредба.

1.13.1.2. Основни задължения на членовете на екипа:

1.13.1.2.1. Лекар психиатър - осъществява диагностични процедури и преценява целесъобразността за включване на пациента в програмата, назначава и проследява медикаментозното лечение с опиеви агонисти и агонист-антагонисти, назначава и проследява медикаментозното лечение при психиатрични проблеми, назначава и проследява изпълнението на терапевтичния план, проследява соматичното и психичното състояние, определя психиатричния статус, води медицинската документация; консултира пациентите и техните близки; насочва при необходимост към други специализирани лечебни заведения, осигурява супервизия и контрол на лечебно-диагностичната дейност на другите лекари. Лекарят психиатър е задължен да осигури заместник при отсъствие.

1.13.1.2.2. Лекар - осъществява диагностични процедури, назначава и проследява медикаментозното лечение при соматични проблеми, осъществява и проследява изпълнението на терапевтичния план, проследява соматичното и психичното състояние, води медицинската документация; консултира пациентите и техните близки; насочва при необходимост към други специализирани лечебни заведения.

1.13.1.2.3. Медицинска сестра - подготвя, раздава и контролира приема на назначените лекарствени продукти; води отчетността за раздадените лекарствени продукти; провежда уринни тестове; изпълнява и други медицински назначения и манипулации. Функциите на медицинската сестра могат да бъдат изпълнявани и от друг специалист с медицинска подготовка, квалификация или образование (акушерка, парамедик, фелдшер, лекар), и от фармацевт и помощник-фармацевт.

1.13.1.2.4. Психолог - провежда психологическо тестване, психодиагностика и оценка на нуждите; осъществява индивидуално, семейно и групово консултиране и психотерапия.

1.13.1.2.5. Социален работник - осъществява социално консултиране и фасилитиране; осигурява контакти и насочване към външни служби.

1.13.2. Изисквания към състава на екипа и работните помещения на програмата.

С оглед осигуряване възможност за качествено предоставяне на задължителен пакет услуги е необходимо капацитетът на екипа и работните помещения на програмата да съответства на броя разрешени лечебни места.

1.13.2.1. Ръководителят на програмата определя броя и състава на екипа на програмата в съответствие с капацитета на програмата, организацията на работа, броя пациенти и обема предоставени услуги съгласно задължителния пакет услуги.

Конкретната заетост на отделните специалисти се определя от ръководителя на програмата в съответствие с изискванията на стандарта и нуждите на програмата.

1.13.2.2. Задължителни изисквания към състава и броя на специалистите в екипа на програмата.

1.13.2.2.1. Екипът на програма до 100 лечебни места трябва да включва най-малко: един лекар психиатър (ръководител на програмата), назначен на трудов договор или договор за управление на половината от законоустановеното пълно работно време, две медицински сестри и един психолог, назначени на трудов договор (психологът - на половината от законоустановеното пълно работно време).

1.13.2.2.2. Екипът на програма от 101 до 300 лечебни места трябва да включва най-малко: един лекар психиатър (ръководител на програмата), назначен на трудов договор или договор за управление на законоустановеното пълно работно време, или двама лекари психиатри (един от тях е и ръководител на програмата), назначени на трудов договор или договор за управление на половината от законоустановеното пълно работно време, две медицински сестри и един психолог или социален работник, назначен на трудов договор.

1.13.2.2.3. Екипът на програма с 301 - 400 лечебни места трябва да включва най-малко: един лекар психиатър (ръководител на програмата), назначен на трудов договор или договор за управление на законоустановеното пълно работно време, един лекар психиатър, назначен на трудов договор на законоустановеното пълно работно време, две медицински сестри и един психолог, назначен на трудов договор на законоустановеното пълно работно време, един психолог или един социален работник, назначен на трудов договор на законоустановеното пълно работно време.

1.13.2.2.4. При увеличаване броя на пациентите в програмата ръководителят на програмата включва допълнителен брой специалисти (психиатри, лекари, психолози, социални работници, медицински сестри) в съответствие с капацитета на програмата, организацията на работа, броя пациенти, обема предоставени услуги съгласно задължителния пакет услуги.

1.13.2.2.5. За първата година от работата на програмата се допуска максимален брой до 100 лечебни места.

1.13.3. Изисквания към работните помещения на програмата.

1.13.3.1. Работните помещения на програмата трябва да съответстват на капацитета на програмата, броя пациенти, състава на екипа и обема предоставени услуги съгласно задължителния пакет услуги. Ръководителят на програмата определя броя и вида на работните помещения в съответствие с нуждите на програмата.

1.13.3.2. Задължителни изисквания към брой и вид на работните помещения.

Програмата трябва да разполага като задължителен минимум със следните работни помещения:

1.13.3.2.1. два лекарски кабинета, единият от които се използва за консултиране и психологична работа;

1.13.3.2.2. едно помещение за съхранение и раздаване на лекарствени продукти (сестринска стая);

1.13.3.2.3. една чакалня за пациенти;

1.13.3.2.4. една тоалетна с мивка.

1.13.3.3. При увеличаване броя на пациентите в програмата могат да бъдат добавени допълнителен брой лекарски кабинети или помещения за консултиране и психологична работа с пациенти, в съответствие с нуждите на програмата.

1.13.3.4. Помещенията се поддържат в подреден и чист вид. За нуждите на програмата лечебното заведение осигурява необходимите компютърни системи, комуникационни и други технически средства.

1.13.3.5. Програмата следва да осъществява дейността си на адрес, посочен в удостоверението за регистрация на лечебното заведение в РЗИ или в разрешението за осъществяване на лечебна дейност.

1.13.4. Работно време на програмата.

Работното време на програмите трябва да бъде гъвкаво, да отговаря на нуждите на пациентите според техния брой, профил и работна ангажираност и при необходимост да осигурява достъп и възможност за ежедневен прием (задължително при наличие на пациенти във въвеждащ етап). Работният график, почивните и неработни дни да се определят от ръководителя на програмата в зависимост от капацитета на програмата, броя пациенти, организацията на работа и нуждите на програмата. В неработните дни на програмата да се осигури дежурен член на екипа на разположение и повикване при необходимост.

1.14. Документация

1.14.1. Програмна документация:

1.14.1.1. Описание на програмата, съдържащо терапевтичен протокол, цели, основни задачи, продължителност, структура, използвани лекарствени продукти, дозов режим, критерии за приемане и изключване на пациенти от програмата, етапи на лечението, правила на програмата, правила за получаване на лекарствен продукт за домашни условия и уринно тестване, работно време.

1.14.1.2. План, индикатори и процедури за оценка на ефективността на програмата.

1.14.1.3. Списък на персонала, изпълняващ програмата, и данни относно квалификацията му.

1.14.1.4. Инструкция за извършването на дейностите с наркотични вещества и начина на отчитането им.

1.14.1.5. База данни на пациентите в програмата.

1.14.1.6. База данни, съдържаща данни за наименованието на наркотичните вещества и техните препарати, получени и отпуснати количества и наличност в края на месеца, номер на пациентите в програмата, отпуснатото количество на всеки пациент и датата на отпускането.

1.14.1.7. Дневен отчет за получените, разходваните и наличните количества на лекарствен продукт в програмата.

1.14.2. Документация по лечението на пациентите в програмите:

1.14.2.1. Документация по приема: информирано съгласие, договор за лечение, протокол за прием, декларация за неучастие в друга лечебна програма.

1.14.2.2. Досие на пациента, задължително включващо: лични данни, диагноза, статус при приемането, назначения, изследвания, етапни оценки и проследяване на състоянието, формуляр за резултати от уринно тестване, информация при изписване, както и друга информация за пациента и лечението по преценка на програмата. При решение на екипа за съответствие на пациента с критериите за получаване на лекарствен продукт за употреба в домашни условия се подписва Декларация за получаване на лекарствен продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия, в която е разяснена информация за режима на прием, нежелани лекарствени реакции, предозиране, условията за получаване на лекарствения продукт, съдържащ опиеви агонисти и агонист-антагонисти, за употреба в домашни условия и съхраняването му на недостъпни за деца места.

1.14.2.3. Документация при изписване - медицинско удостоверение.

1.15. Задължителен пакет услуги, предоставяни от лечебните програми:

1.15.1. поставяне на диагноза;

1.15.2. соматична и психосоциална оценка;

1.15.3. психологично тестване при постъпването и по преценка;

1.15.4. съставяне на терапевтичен план, назначаване на лечение и проследяване;

1.15.5. предоставяне на лекарства под наблюдение;

1.15.6. кризисни интервенции;

1.15.7. психологично консултиране - индивидуално, групово или семейно, ежемесечно;

1.15.8. преглед/консултации от лекар психиатър - ежемесечно и при необходимост;

1.15.9. уринно тестване - ежемесечно през първите две години от лечението, веднъж на 2 месеца след това и при необходимост;

1.15.10. идентифициране на съпътстващите психични и други заболявания и насочване към съответните специалисти;

1.15.11. насочване за тестване за ХИВ/СПИН, хепатит В и С, туберкулоза и сифилис;

1.15.12. водене на медицинска документация.

1.16. Интердисциплинарни дейности.

Програмата за лечение на синдром на зависимост към опиоиди с агонисти и агонист-антагонисти осъществява интердисциплинарни консултации по показания със специалист по клинична лаборатория, инфекционист, кардиолог, гастроентеролог и други специалисти при съответните показания. При необходимост от хоспитализация се насочва към съответното лечебно заведение.

Раздел XI
Права на хората, ползващи психичноздравни услуги

1. Гарантирането на правата на хората с психична болест се осъществява чрез редица международни актове. Заедно с основните човешки права, гарантирани по принцип, хората с психични разстройства имат право на най-добрата възможна психиатрична помощ, право на ясна процедура по задължително и принудително лечение, право на защита на личните данни, право да живеят и работят в обществото.

2. Специфичните стандарти за прилагане на общите норми, когато се засягат правата на хората с психична болест, се съдържат в документи, създадени от международни органи (решенията на Европейския съд по правата на човека по Европейската конвенция за защита правата на човека; заключенията и решенията на Европейския комитет за социални права по Социалната харта; решения на Комитета по правата на човека по Международния пакт за гражданските и политическите права; докладите на Комитета за превенция на изтезанията по Европейската конвенция за предотвратяване на изтезанията и нечовешкото или унизително отнасяне или наказание; Принципите на ООН от 1991 г. за защита на лицата с психични заболявания и подобряване на психиатричната помощ; Препоръката на Комитета на министрите на държавите - членки на ЕС, относно защитата на човешките права и достойнство на лица с психично разстройство № R(2004) 101 и др.).

3. Българското законодателство е съобразено с посочените международни принципи, които са ратифицирани от страната ни.

4. Основните, по-значими права на хората с психична болест, регламентирани от българското и международното законодателство, са:

4.1. Право на достъп до психиатрична помощ.

Този въпрос е уреден с Конституцията на Република България, Закона за здравето (ЗЗ), Закона за здравното осигуряване (ЗЗО) и Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ).

4.2. Право на информация за лечението и съгласие за провеждането му.

4.2.1. Правото на информация и съгласие за лечение е уредено в Закона за здравето. Съгласно чл. 87, ал. 1 от ЗЗ медицинските дейности се осъществяват след изразено информирано съгласие от пациента освен в случаите, изрично посочени в закона.

4.2.2. Информирано съгласие пациентът може да даде след като е получил информация от лекаря си за: диагнозата и характера на заболяването; описание на целите и вида на лечението, очаквани резултати; потенциални рискове, свързани с предлаганите диагностични и лечебни методи, странични ефекти, нежелани лекарствени реакции, болка и др.; вероятността за благоприятно повлияване, риск за здравето при прилагане на други методи или отказ от лечение. Тази информация трябва да бъде представена в подходящ обем и форма, даващи възможност за свобода на избора на лечение (чл. 88 от ЗЗ).

4.2.3. Пациентът има право също така и да откаже медицинска помощ или започната медицинска дейност, което се удостоверява с подпис на лицето в медицинската документация (чл. 90, ал. 1 и 2 от ЗЗ).

4.2.4. Когато пациент или негов законен представител откаже психиатрична помощ въпреки съвета на неговия лекар, това се удостоверява с подпис в личната амбулаторна карта, амбулаторния журнал или в историята на заболяването. Ако е налице отказ да се подпише, това се отбелязва в присъствието и с подпис на двама свидетели.

4.2.5. При установена неспособност за изразяване на информирано съгласие за лечение от страна на болния, такова изразява определено от съда лице от кръга на близките на болния или представител на общинската служба по здравеопазване или посочено от кмета на общината лице по седалището на лечебното заведение.

4.3. Право на поверителност на информацията.

4.3.1. Правото на поверителност на информацията, свързана с лечението, се гарантира от ЗЗ, Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета от 27 април 2016 г. относно защитата на физическите лица във връзка с обработването на лични данни и относно свободното движение на такива данни и за отмяна на Директива 95/46/ЕО (Общ регламент относно защитата на данните), Закона за защита на личните данни, Кодекса на професионалната етика на лекарите в България от 2000 г. (ДВ, бр. 79 от 2000 г.). В Кодекса на професионалната етика на лекарите в България лекарската тайна е дефинирана като "всички сведения, които пациентът е споделил с лекаря във връзка със състоянието си, и факти, открити при прегледа и изследванията, извършени от последния, както и всичко, което лекарят е научил при упражняване на професията си относно пациента", като "тайната се пази и по отношение на членовете на семейството на болния". За извършени нарушения на поверителността на здравната информация лекарят носи административна отговорност.

4.4. Право на недискриминация.

Забраните на чл. 147, ал. 1 и 2 от ЗЗ са предпазващи по отношение на дискриминативните практики и вероятни злоупотреби. Тази законова норма гласи, че никой не може да бъде подложен на медицински дейности за установяване или лечение на

психично разстройство освен при условия и по ред, определен със закон, като оценката за наличие на психично разстройство не може да се основава на семейни, професионални или други конфликти, както и на данни за прекарано в миналото психично разстройство.

4.5. Право на хуманитарно третиране на пациентите.

4.5.1. Съгласно международните разпоредби, по които България е страна, и действащото у нас законодателство никой не може да бъде подлаган на изтезания, на нечовешко или унизително отношение или наказание.

4.5.2. Прилагането на мерки за временно физическо ограничаване в рамките на лечението, провеждано в лечебни заведения с психиатричен стационар, трябва да става в съответствие с установените нормативни актове.

4.5.3. Случаите, в които може да бъде приложено задължително/принудително лечение, са в съответствие с процедурите по реда на Закона за здравето и по реда на Наказателния кодекс и Наказателно-процесуалния кодекс на Република България.

4.6. Задължения на пациент с психично заболяване (с изключение на пациенти с тежка ажитирана психоза и промени в съзнанието):

4.6.1. да съдейства за укрепване на собственото си здраве по време на лечението;

4.6.2. да не застрашава здравето на другите болни и на персонала, извършващ лечението;

4.6.3. да спазва стриктно препоръките на екипа за подготовка за изследванията и лечението;

4.6.4. да осведомява екипа, провеждащ лечението, за болести и състояния, повишаващи риска от назначената терапия;

4.6.5. да съдейства на екипа, провеждащ лечението му, и да спазва всички негови препоръки;

4.6.6. да не нарушава правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение и клиниката/отделението, където се провежда неговото лечение.

4.7. Задължителното и принудителното лечение в психиатричната помощ се регламентират от утвърдения медицински стандарт по "Съдебна психиатрия".