



## Вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям

Реформування системи охорони психічного здоров'я дітей є важливою складовою загальної медичної реформи і нової філософії державної соціальної політики у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків. Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) за участю Асоціації психіатрів України й організацій споживачів психіатричної допомоги було розроблено концепцію реформування системи охорони психічного здоров'я дітей та підлітків, яка була рецензована й отримала позитивну оцінку експертів Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), Уповноваженого Президента України з прав дитини й Громадської консультативної ради з питань захисту прав дитини. Про основні напрямки реформи, концептуальні засади та порядок надання психіатричної допомоги дітям і підліткам розповів заступник міністра охорони здоров'я України **О.К. Толстанов**.

**Н**апрямки реформування системи охорони психічного здоров'я дітей визначені згідно з Указами Президента України № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16 грудня 2011 р. та № 187/2012 від 12 березня 2012 р. «Про Національний план дій на 2012 рік щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010-2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Гельсінською декларацією та Європейським планом дій у галузі психічного здоров'я (Гельсінкі, Фінляндія, 2005), Меранською декларацією, прийнятою на конференції національних координаторів Програми охорони психічного здоров'я ВООЗ (Мерано, Італія, 2008), а також Флорентійської декларацією XIII Конгресу Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007). Так, відповідно до концепції МОЗ були розроблені концептуальні засади щодо вдосконалення надання психіатричної допомоги та новий порядок надання психіатричної допомоги дітям (Накази МОЗ від 18 травня 2013 р. № 399 і № 400).

Згідно з новим порядком допомоги визначено необхідні організаційні та правові засади порядку надання дітям психіатричної допомоги, виходячи з пріоритету прав і гідності дитини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р., Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку із використанням

досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), Конвенції про права дитини від 20 листопада 1989 р., Основ законодавства України про охорону здоров'я, а також Законів України «Про психіатричну допомогу» й «Про охорону дитинства».

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

Другим невід'ємним напрямком покращення порядку надання психіатричної допомоги дітям, згідно з Указом Президента України № 1163/2011 «Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні» від 16 грудня 2011 р. є відокремлення психіатричної допомоги дітям від психіатричної допомоги для дорослих, організація психіатричних відділень у структурі багатопрофільних лікарень, перенесення акценту на другому

рівні медичної допомоги зі стаціонарної психіатричної допомоги на амбулаторну консультативно-поліклінічну, створення міжрегіональних центрів, що надаватимуть високоспеціалізовану стаціонарну психіатричну допомогу дітям, зокрема з РСА, шизофренією, анорексією, коморбідними залежностями від психоактивних речовин та алкоголю.

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

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

### Ресурси для надання психіатричної допомоги дітям

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

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

Відповідно до Наказу № 400 МОЗ України, плануються розробка та впровадження сучасних навчальних програм і планів з дитячої психіатрії для підготовки лікарів загальної практики – сімейної медицини, педіатрів, дитячих неврологів, молодшого медичного персоналу з середньою медичною освітою за профілем, практичних психологів, соціальних працівників, що дозволить забезпечити галузь дитячої психіатрії фахівцями з якісно новим рівнем професійної підготовки.

Амбулаторну психіатричну допомогу дітям в Україні надають дитячі дільничні психіатри психіатричних диспансерів, дитячого психіатричного диспансеру м. Львова, стаціонарну – спеціалісти психіатричних та психоневрологічних лікарень, дитячого психіатричного відділення Харківської міської лікарні тощо. Що стосується високоспеціалізованої психіатричної допомоги дітям, її можна отримати у відділі психічних розладів дітей та підлітків і спеціалізованій поліклініці Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України м. Києва, у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії, а також відділенні дитячої психоневрології і клінічної нейрогенетики Інституту неврології, психіатрії і наркології НАМН України м. Харкова, у відділенні дитячої психіатрії Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України м. Харкова, у центрі психосоматики і психотерапії дітей та жінок Інституту педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України м. Києва.

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

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

Згідно з даними, у 2012 р. ліжковий фонд дитячої психіатричної служби збільшився на 8,7% і становив

1781 ліжко-місце (2011 р. – 1626). Зростання кількості ліжок спостерігалось у Дніпропетровській та Київській областях, де протягом року було розгорнуто 170 та 15 нових дитячих психіатричних ліжок відповідно. Скорочення ліжкового фонду спостерігалось в АР Крим (15 ліжко-мість) та Івано-Франківській області (10 ліжко-мість).

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

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

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

### Ефективність психіатричної допомоги дітям

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

Кількість відвідувань дільничних дитячих психіатрів у 2012 р. становила 1 388 766 (16255,3 на 100 тис.

дитячого населення; 639,8 на 100 хворих, що перебувають під наглядом). Так, було виконано великий обсяг профілактичної роботи: 41,2% візитів до дитячого психіатра пов'язані з наданням допомоги при захворюванні, 58,8% – із профілактичними оглядами.

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

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

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

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

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

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

Рівень діагностики психічних розладів у дітей протягом 2008-2012 рр. знизився на 15,6% (з 477,8 у 2008 р. до 403,2 у 2012 р.) за рахунок суттєвого зменшення показника у деяких регіонах: АР Крим – у 1,8 раза (з 803,8 до 449,2), у Миколаївській області – на 44,7% (з 572,1 до 316,5), у Рівненській – на 34,0% (з 385,7 до 254,5).

Згідно з даними, показник захворюваності на непсихотичні психічні розлади у дітей протягом останніх п'яти років знизився на 15,1% (з 387,5 до 329,1), а рівень діагностики психотичних психічних розладів зріс

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

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

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

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

У сільській місцевості в разі відсутності дитячих психіатрів психіатричну допомогу дітям і підліткам надають дільничні психіатри центральних районних лікарень. Внаслідок віддаленості сільських населених пунктів від районних центрів у сільській місцевості активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів є меншою. На додаток, показники захворюваності у таких регіонах демонструють особливу чутливість до економічної кризи. В 2012 р. у Чернігівській, Херсонській та Житомирській областях вони становили 779,20, 763,7 та 770,2 відповідно, що значно перевищує середньоукраїнські показники.

Загалом зменшення захворюваності відбувалося насамперед за рахунок зниження рівня діагностики неспсихотичних психічних розладів у дітей, зокрема необгрунтованої діагностики розумової відсталості, при зростанні рівня діагностики психотичних розладів, у першу чергу РСА, що свідчить про оптимізацію

структури надання психіатричної допомоги та підвищення її якості. Наприклад, якщо в АР Крим захворюваність на неспсихотичні розлади за п'ять років зменшилася на 46,2%, діагностика психотичних розладів зросла на 52,1%. У Миколаївській та Запорізькій областях захворюваність на неспсихотичні розлади зменшилася на 48,0 та 29,4% відповідно, а на психотичні – зросла у 2 та 2,6 раза.

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

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

У цілому показники ефективності стаціонарної психіатричної допомоги свідчать про її неефективність. Загальні показники в 2012 р. порівняно з 2011 р. погіршилися: середнє число днів роботи ліжка-місця зменшилося на 20,56 дня і становило 292,8 дня; середня тривалість перебування дитини у стаціонарі складала 26,7 дня; оберт ліжка зменшився до 11,0-11,9. Використання психіатричного ліжка у значній кількості регіонів було нераціональним: середнє число днів роботи ліжка-місця в Полтавській області становило 185,2, Івано-Франківській – 185,4, Чернігівській – 186,9, Дніпропетровській – 193,4, Одеській – 207,2, Хмельницькій – 228,7, Рівненській – 238,0, м. Севастополі – 272,0, Запорізькій області – 288,2. Середня тривалість перебування дитини у стаціонарі в Чернівецькій області складала 37,8, Івано-Франківської області – 39,9, тоді як в Херсонській – 69,4, Одеській – 62, Львівській – 60,8, Миколаївській – 57,9, АР Крим – 57,6, Волинській – 57,0, Дніпропетровській – 56,9. Суттєво збільшилася протягом року середня тривалість перебування дітей у психіатричних стаціонарах Херсонської (з 63,0 до 69,4 дня) та Вінницької (з 52,5 до 56,6 дня) областей.

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

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

З 2008 по 2012 рр. захворюваність на РСА зросла у 2,35 раза – з 2,4 до 5,8 на 100 тис. дитячого населення.

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

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

Серед проблем у діяльності дитячої психіатричної служби України чільне місце займають розлади харчової поведінки. Лікарі загальної практики та дитячі психіатри в більшості регіонів країни некоректно використовують діагностичні критерії МКХ-10, невірно проводять диференційну діагностику між нервовою анорексією, нервовою булімією і атиповими формами цих розладів. На додаток, розлади харчової поведінки можуть стати передумовою тяжких порушень репродуктивного здоров'я і загального фізичного розвитку, хронічних органних захворювань, стати причиною смерті дитини. У більшості підлітків розлади харчової поведінки, насамперед анорексія, діагностуються невчасно, переважно після виникнення соматичних ускладнень.

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

На жаль, в Україні відсутні спеціалізовані ліжка для надання високоспеціалізованої, зокрема, невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги

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

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

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

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

Загалом низькі показники захворюваності та поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів свідчать про неналежний рівень спеціалізованої психіатричної допомоги цьому контингенту дітей. Вирішення проблеми можливе шляхом дестигматизації психіатричної допомоги дітям, організації надання спеціалізованої психіатричної допомоги на рівні первинної медичної допомоги, а також

інтеграції психіатричної та загальномедичної допомоги дітям. У переважній більшості звітів головних позаштатних дитячих психіатрів Управління охорони здоров'я обласних/міських держадміністрацій представлено ґрунтовний аналіз стану надання психіатричної допомоги дітям у регіонах. Відмічається глибоке розуміння ролі й місця дитячого психіатра у профілактиці, діагностиці, лікуванні й реабілітації дітей із розладами психіки та проблем, що склалися в галузі.

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

1. З лікування психічних розладів у стаціонарних закладах акцент має бути перенесений на соціальну реабілітацію та інклюзію дітей з психічними розладами, профілактику зі створенням на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Перед дитячою психіатричною службою України стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів МОЗ, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту у сфері охорони психічного здоров'я дітей. Результатом міжсекторальної взаємодії має бути створення спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що допоможе зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатиме антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, сприятиме формуванню соціально адаптивних форм поведінки. Також мають бути розроблені програми інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з психічними розладами в існуючі загальні системи освіти й професійної підготовки, а також програми підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей із дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

2. Повинен мати місце перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною

та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами й особливими потребами за місцем проживання та постійного перебування, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, підвищення компетенції сімейних лікарів та педіатрів з питань діагностики психічних розладів і надання психіатричної допомоги дітям. Також систему психіатричної допомоги дітям необхідно відокремити від психіатричної допомоги дорослим з організацією дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень. Має бути сформована ланка високоспеціалізованої психіатричної допомоги та оптимізована кількість дитячих психіатричних ліжок, виходячи з відсотку дитячого населення та ефективності використання ліжок. Окрім того, у пріоритеті повинен бути розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги.

3. Якість психіатричної допомоги дітям має відповідати сучасному рівню розвитку науки. Також необхідний регулярний перегляд медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у системі МОЗ України для найбільш поширених та соціально значимих розладів психіки й поведінки у дітей: РСА, дитячої шизофренії, гіперкінетичних порушень, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, аддикцій. Потрібно вжити заходи для забезпечення доступу дітей із психічними розладами до лікарських засобів, що в установленому порядку зареєстровані на території України, а їхня ефективність ґрунтується на принципах доказової медицини. На додаток, слід забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.

4. Необхідне підвищення компетентності сімейних лікарів і педіатрів з питань діагностики та терапії психічних розладів у дітей, а також перегляд відповідних навчальних планів та програм підготовки.

