

УДК 616.89

О. К. Толстанов
УДОСКОНАЛЕННЯ ПОРЯДКУ НАДАННЯ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ
Міністерство охорони здоров'я України

Ключові слова: психіатрія, дитяча психіатрія, первинна допомога, первинний, вторинний, третинний види психіатричної допомоги дітям, права дитини, деінституалізація, дестигматизація

Реформування системи охорони психічного здоров'я дітей є складовою загальної медичної реформи і нової філософії державної соціальної політики у сфері охорони здоров'я дітей та підлітків.

Напрямки реформування системи охорони психічного здоров'я дітей визначені 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», Гельсінкською Декларацією, 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), Флорентійською Декларацією XIII Конгресу Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007).

Міністерством охорони здоров'я за участю Асоціації психіатрів України та організацій споживачів психіатричної допомоги розроблено концепцію реформування системи охорони психічного здоров'я дітей. Концепція реформування системи охорони психічного здоров'я дітей була рецензована і отримала позитивну оцінку експертів Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ), Уповноваженого Президента України з прав дитини, Громадської консультативної ради з питань захисту прав дитини. Відповідно до концепції МОЗ розроблені концептуальні засади щодо удосконалення надання психіатричної допомоги та новий порядок надання психіатричної допомоги дітям (Накази МОЗ від 18 травня 2013 р. № 399 і № 400).

Новий порядок допомоги визначає необхідні організаційні та правові засади організації надання дітям психіатричної допомоги, виходячи з пріоритету прав і гідності дитини, зазначених у Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 року, Конвенції

про захист прав та гідності людини у зв'язку з використанням досягнень біології та медицини (Конвенція про права людини та біомедицину), Конвенції про права дитини від 20 листопада 1989 року, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Законів України «Про психіатричну допомогу», «Про охорону дитинства».

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

Другим важливим напрямком удосконалення 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 допомогу, створення міжрегіональних центрів, що надаватимуть високоспеціалізовану стаціонарну психіатричну допомогу дітям, зокрема дітям із розладами спектра аутизму, 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 наданні психіатричної допомоги, інклюзії дітей з обмеженими

можливостями та особливими потребами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки, усунення зловживань при наданні психіатричної допомоги дітям в інтернатах Міністерства освіти та науки та Міністерства соціальної політики.

Головним управлінням захисту прав і свобод дітей Генеральної Прокуратури України проведена велика робота з вивчення стану дотримання прав дітей – інвалідів та дітей із вадами розвитку. Були виявлені численні факти незаконного поміщення дітей у спеціальні інтернатні установи, незаконної відмови їм у навчанні в загальноосвітніх навчальних закладах, порушення вимог закону та етичних норм при наданні таким дітям психіатричної допомоги, зокрема випадки необгрунтованої госпіталізації в психіатричні лікарні.

Ресурси для надання психіатричної допомоги дітям. На сьогодні в штатному розкладі закладів охорони здоров'я України 498 штатних посад дитячих психіатрів із 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 зайняті 101. Укомплектованість штатних посад фізичними особами на кінець 2012 року склала 75,9 (у 2011 році – 75,59). Забезпеченість дитячими психіатрами становить 4,7 на 100 000 дитячого населення. Атестаційні категорії за спеціальністю мають 73,1% дитячих психіатрів, серед них 53,3% – вищу, 30,7% – першу, 16,1% – другу.

Підготовка дитячих психіатрів проводиться на кафедрах післядипломної освіти факультетів удосконалення лікарів медичних університетів, Київської та Харківської національних медичних академій. Програми первинної спеціалізації, післядипломної атестації спеціалістів за фахом «дитяча психіатрія» застаріли, відсутній сучасний підручник. Понад 30% працюючих фахівців мають пенсійний вік.

Відповідно до Наказу №400 МОЗ України планується розробка та впровадження сучасних навчальних програм та 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 дільничі психіатри психіатричних диспансерів, дитячого психіатричного диспансеру міста Львова, стаціонарну – психіатричні і психоневрологічні лікарні, дитяче психіатричне відділення Харківської міської лікарні. Високоспеціалізовану психіатричну допомогу дітям надають відділ психічних розладів дітей та підлітків і спеціалізована поліклініка Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділення клінічної, соціальної і дитячої психіатрії та дитячої психоневрології і клінічної нейрогенетики Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології», відділення дитячої психіатрії Державної

установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків», центру психосоматики та психотерапії дітей та жінок Державної установи «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології» Академії медичних наук України.

Дитячі психоневрологічні санаторії надають дітям із психічними та неврологічними розладами санаторно-курортні послуги.

Міністерством охорони здоров'я внесені та зареєстровані в Міністерстві юстиції України зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 12 січня 2009 року № 4, щодо «Порядку направлення дітей на санаторно-курортне лікування відповідно до медичних показань у санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)».

Переглянуті обмеження для санаторно-курортного лікування дітей з особливими потребами внаслідок психічних розладів. Санаторно-курортне лікування дітей із захворюваннями органів системи кровообігу, органів дихання, органів травлення, нервової системи, ендокринної системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини, шкіри, ока та додаткового апарату, хворобами розладу харчування та порушенням обміну речовин, нирок та сечових шляхів, гінекологічними захворюваннями, за наявності особливих потреб, зумовлених розладами психіки та поведінки та розумовою відсталістю буде проводитися за профілем основного захворювання у відділеннях «Матері та дитини» санаторно-курортних закладів. Визначено новий порядок використання санаторно-курортних закладів психо – неврологічного (психіатричного) профілю.

Забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом останніх років суттєво різнилась у різних регіонах країни. При середньо українському показнику 4,7 у м. Севастополі показник забезпеченості дитячими психіатрами в 2012 році становив 8,2; у м. Києві та АР Крим – 7,7; Луганській області – 7,2; Львівській – 7,0 на 100 000 населення. У сільськогосподарських регіонах доступність спеціалізованої психіатричної допомоги дітям була значно нижчою. У Рівненській області кількість зайнятих посад дитячих психіатрів на 100 000 дитячого населення становила 0,7; Миколаївській – 2,4; Закарпатській та Хмельницькій – 2,5; Волинській – 2,6; Херсонській та Кіровоградській – 3,0.

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

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, яка не може надаватися 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 розладами спектра аутизму.

Забезпеченість дитячими психіатричними ліжками в Україні на кінець 2012 року становила 22,3 на 100 000 дитячого населення. Спостерігаються значні міжрегіональні розбіжності щодо рівня забезпеченості дитячими ліжками: у Дніпропетровській області – 44,1; АР Крим – 42,7; Луганській та Черкаській областях відповідно 35,8 та 30,8; місті Києві – 28,5 на 100 000 населення, у той час як у Рівненській області – 3,7; Івано-Франківській – 7,1; Волинській – 8,5; Донецькій – 9,1. Більшість ліжок розгорнуті в психіатричних лікарнях. У психіатричних диспансерах Дніпропетровської, Львівської, Рівненської, Черкаської областей розгорнуто 295 ліжок (16,56% ліжкового фонду). У Харківській області 60 ліжок (3,4% ліжкового фонду) розгорнуті в багатопрофільній дитячій міській лікарні.

Наведені статистичні показники та їх динаміка свідчать про тенденцію зниження престижу спеціальності дитячого психіатра, суттєвий брак спеціалістів та зменшення доступності психіатричної допомоги дітям у сільськогосподарських регіонах України та маленьких містах. У крупних промислових регіонах та обласних центрах дитячі психіатричні ліжка використовуються не завжди раціонально.

Ефективність психіатричної допомоги дітям. У 2012 році під наглядом дитячих психіатрів в Україні перебувало 203 477 дітей (2 552,5 на 100 000 населення) у віці від 0 до 17 років; це на 2,63% менше ніж у 2011 році, коли послугами спеціалізованої психіатричної допомоги для дітей скористалися 208 981 (2,6%) мешканців України.

Кількість відвідувань дільничних дитячих психіатрів у 2012 році становила 1388766 (16255,3 на 100 000 дитячого населення; 639,8 на 100 хворих, що перебувають під наглядом). Виконано великий обсяг профілактичної роботи: 41,2% візитів до дитячого психіатра були пов'язані з наданням допомоги при захворюванні, 58,8% – профілактичними оглядами.

Психічні розлади у дітей рідко закінчуються спонтанною ремісією, зумовлюють порушення соціальної, сімейної та трудової адаптації. На дитячий вік припадає 8,3% інвалідності, зумовленої розладами психіки.

У 2011 році в Україні було 22 888 (287,1 на 100 000 відповідного населення) дітей-інвалідів унаслідок психічних розладів. Первинна інвалідність у 2012 році була встановлена у 2617 (32,8 на 100 000 відповідного населення) дітей. За останні 5 років показник первинної інвалідності у дітей в Україні збільшився на 16,3%.

У 2012 році показники первинної дитячої інвалідності, розраховані на 100 000 дитячого населення були найвищими в Миколаївській – 57,0; Чернігівській областях, 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 та Кіровоградській областях – 27,7.

Первинна інвалідність унаслідок розумової відсталості займає 49,9% серед усієї первинної інвалідності через розлади психіки та поведінки у дітей, протягом 5-ти останніх років вона зменшилася на 12,3% (з 18,7 на 100 000 дитячого населення в 2008 до 16,4 у 2012 році).

Первинна інвалідність у дітей через органічні розлади психіки у дітей в 2012 році становила 24,2% (8,0 на 100 000 дитячого населення).

Дитяча інвалідність, зумовлена розладами зі спектра аутизму зростає протягом трьох останніх років, у 2011 році первинна інвалідність становила 4,7, в 2012 – 5,11 на 100 000 дитячого населення. Враховуючи наявні тенденції можна прогнозувати, що головною причиною психіатричної дитячої інвалідності в Україні в найближчі три роки стануть розлади спектра аутизму.

Первинна інвалідність, зумовлена епілепсією (клас F) у 2012 році становила 2,79% від всієї інвалідності; з 2008 року показник зменшився в 1,2 рази, з 0,9 до 0,8 на 100 000 дитячого населення.

Дитяча психіатрична захворюваність у 2012 році зменшилася порівняно з 2011 роком на 8,3% і становила 32 144 дітей (403,2 на 100 000 населення). Кількість дітей, з уперше в житті встановленим діагнозом серед усієї кількості осіб, які захворіли на розлади психіки та поведінки вперше у житті в 2012 році склали 31,1%.

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

Показник захворюваності на непсихотичні психічні розлади у дітей протягом останніх п'яти років зменшився на 15,1% (з 387,5 до 329,1); рівень діагностики психотичних психічних розладів зріс на 5,2% (з 6,9 до 10,5 на 100 000 дитячого населення).

У 2012 році показники захворюваності на розлади психіки та поведінки у дітей вищі середніх по Україні (403,2 на 100 000 дитячого населення) спостерігалися у Чернігівській – 779,2; Житомирській – 770,2; Херсонській – 763,7 областях; нижчі середніх у Волинській – 200,0; Чернівецькій – 226,6; Рівненській областях – 254,5.

Показник захворюваності на розумову відсталість посідав друге місце у захворюваності дітей на розлади психіки та поведінки – 63,7 на 100 000 дитячого населення. Вище середнього цей показник був у Донецькій області – 112,8, Житомирській – 108,5 та Сумській областях – 104,0; нижче середнього у Києві – 13,4;

Тернопільській області – 25,0; Севастополі – 26,1; Рівненській області – 30,9.

Для регіонів із нижчими показниками дитячої психіатричної захворюваності притаманні проблеми з доступністю амбулаторної психіатричної допомоги або високим рівнем її стигматизації, низьким рівнем якості послуг, які не задовольняють очікування населення. Відсутність дитячих психіатрів у деяких районах негативно впливає на рівень діагностики в них 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 областях, де захворюваність за даними статистичних даних МОЗ зменшилась відповідно на 44,1% та 44,7%, у Запорізькій області, де зменшення захворюваності становило 33,0%.

У великих містах на зниження показників захворюваності впливала стигматизація психіатричної допомоги дітям, 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 у 2012 році становила 298,9; Київській області – 340,1; Дніпропетровській області – 309,7; Донецькій області – 391,5 на 100 000 дитячого населення.

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

У цілому зменшення захворюваності відбувалося насамперед за рахунок зменшення рівня діагностики неспсихотичних психічних розладів у дітей, зокрема необгрунтованої діагностики розумової відсталості, при зростанні рівня діагностики психотичних розладів, насамперед розладів спектра аутизму, 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 відповідно на 48,0% та 29,4%, захворюваність на психотичні розлади зросла в 2 та 2,6 разів.

У 2012 році під наглядом дитячих психіатрів в Україні перебувало 203 477 дітей. Показник поширеності

психічних та поведінкових розладів у дітей повільно знижуються протягом останніх п'яти років з 2736,4 до 2552,5 на 100 000 дитячого населення.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки у дітей значно відрізняються в різних регіонах країни: коливаються від 3104,3 на 100 000 дитячого населення в Харківській області до 1900,3 – Закарпатській. У 2012 році показники поширеності розладів психіки та поведінки у дітей вищі за середні по Україні спостерігалися у Чернігівській області – 3407,0; Запорізькій – 1900,3; Вінницькій областях – 2093,0.

На неспсихотичну групу психічних розладів у 2012 році припадало 73,3% поширеності розладів психіки та поведінки у дітей, на розумову – 24,25%, психотичні розлади – 2,45%.

Показники ефективності стаціонарної психіатричної допомоги свідчать про її неефективність. Загальні показники роботи дитячого психіатричного ліжка в 2012 році, порівняно з 2011 роком, погіршилися: середнє число днів роботи дитячого психіатричного ліжка зменшилося на 20,56 днів і становило 292,8 днів; середня тривалість перебування дитини в стаціонарі становила 26,7 днів. Використання психіатричного ліжка в значній кількості регіонів було нераціональним: середнє число днів роботи дитячого психіатричного ліжка в Полтавській області становило 185,2; Івано-Франківській – 185,4; Чернігівській – 186,9; Дніпропетровській – 193,4; Одеській – 207,2; Хмельницькій – 2428,7; Рівненській – 238,0; місті Севастополі – 272,0; Запорізькій області – 288,2. Середня тривалість перебування дитини в стаціонарі в Чернівецькій області становила – 37,8; Івано-Франківської області – 39,9 у той час, як у Херсонській області – 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 днів) та Вінницької (з 52,5 до 56,6 днів) областей.

У 2012 році 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 році продовжувалася робота по підвищенню якості діагностики та лікування розладів зі спектра аутизму.

З 2008 по 2012 рік захворюваність на розлади зі спектра аутизму зросла в 2,35 разів з 2,4 до 5,8 на 100 000 дитячого населення. Протягом 2008 року з вперше в житті встановленим діагнозом розладів зі спектра аутизму було взято 198, у 2011 році – 342, у 2012 – 465 дітей.

Під наглядом дитячих психіатрів України в 2012 році перебувала 2791 дитина, у 2011 – 2227 дітей із розладами спектра аутизму, поширеність розладів зросла за п'ять років із 13,8 до 35,0 на 100 000 дитячого населення. Показник стабільно зростав протягом шести останніх

років: у 2007 – на 28,2%; 2008 – 32,0%, 2009 – 27,2%, 2010 – 35,7%, 2011 – 21,2%, 2012 – 25,3%.

На долю Донецької, Запорізької, Львівської, Харківської областей та міста Києва приходить 53,1% первинно діагностованих у 2012 році випадків захворювання, у той час, як на Волинську, Житомирську, Закарпатську, Луганську, Рівненську, Сумську, Тернопільську, Черкаську, Чернігівську області та місто Севастополь лише 13,5%.

Занепокоєння продовжує викликати невчасна діагностика розладів зі спектра аутизму. Рівень діагностики у віці до 3 років залишається низьким. Пізня діагностика знижує ефективність медико-соціальної допомоги. Батьки значної частини хворих не звертаються за психіатричною допомогою до дитячих психіатрів чи звертаються несвоєчасно (у 4–5 річному віці), отримують медичну допомогу у дитячих неврологів і в приватних медичних структурах. Зокрема низький рівень діагностики розладів спектр аутизму 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 пособія по дитячій інвалідності.

Проблемою в діяльності дитячої психіатричної служби України залишаються розлади харчової поведінки. Лікарі загальної практики, дитячі психіатри в більшості регіонів країни некоректно використовують діагностичні критерії МКХ-10, некоректно проводять диференційну діагностику між нервовою анорексією, нервовою булімією, атиповими формами цих розладів. Розлади харчової поведінки можуть стати передумовою тяжких порушень репродуктивного здоров'я, порушень 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.

В Україні в 2012 році було діагностовано 101 випадок розладів харчової поведінки. Захворюваність склала 1,24 на 100 000 дитячого населення. У 10 регіонах України (Луганській, Донецькій, Дніпропетровській, Вінницькій, Харківській, Тернопільській, Запорізькій, Івано-Франківській, Житомирській областях та м. Києві) були зареєстровані 86 з 101 (85,1%) нових випадків захворювання, у тому числі 42,6% (43 випадки) у Луганській, Донецькій та Дніпропетровській областях.

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 передбачено надання недобровільної медичної допомоги за відсутності інформованої згоди одного чи обох батьків, непередбачена відповідальність

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 Міністерства охорони здоров'я України.

Лише в Донецьку та Львові діють програми спеціалізованої напівстаціонарної та амбулаторної психіатричної та психологічної допомоги цьому контингенту хворих. У межах цих програм для дітей та підлітків доступні сімейна, когнітивно-поведінкова та психодинамічно орієнтована терапія.

В Українському НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології ведеться робота над інструкцією МОЗ України, щодо застосування недобровільної госпіталізації та заходів примусового характеру у випадках, коли не надання медичної допомоги загрожує життю дитини чи може стати причиною тяжких порушень її здоров'я.

Аналіз структури захворюваності та 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.

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

Ці 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 налагодження міжвідомчої взаємодії з організацією медико-соціального супроводу програм інклюзивної освіти.

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, інтеграції психіатричної та загальномедичної допомоги дітям.

У переважній більшості звітів головних позаштатних дитячих психіатрів Управління охорони здоров'я обл(міськ)держадміністрацій представлено ґрунтовний аналіз стану надання психіатричної допомоги дітям у регіонах. Відмічається глибоке розуміння ролі й місця

дитячого психіатра в профілактиці, діагностиці, лікуванні й реабілітації дітей із розладами психіки, а також проблем, що склалися в галузі.

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

1. Перенесення акценту з лікування психічних розладів у стаціонарних закладах на соціальну реабілітації та інклюзію дітей із 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 Міністерства охорони здоров'я, 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 сприятиме зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатиме антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, сприятиме формуванню соціально адаптивних форм поведінки; для розробки програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей із психічними розладами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки; запровадження програм підготовки вчителів загальним принципом психосоціальної терапії дітей із дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

2. Перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток психіатричної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за

місцем проживання та постійного перебування, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, підвищення компетенції сімейних лікарів та педіатрів із питань діагностики психічних розладів та надання психіатричної допомоги дітям, відокремлення системи психіатричної допомоги дітям від психіатричної допомоги дорослим з організацією дитячих психіатричних відділень у структурі дитячих багатопрофільних лікарень, формування ланки високоспеціалізованої психіатричної допомоги, оптимізація кількості дитячих психіатричних ліжок, виходячи з кількості дитячого населення та ефективності їх використання, пріоритетний розвиток амбулаторних і напівстаціонарних форм допомоги.

3. Приведення якості психіатричної допомоги дітям у відповідність до сучасного рівня розвитку науки, регулярний перегляд медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги у системі Міністерства охорони здоров'я України для найбільш поширених та соціально значущих розладів психіки та поведінки у дітей: розладів зі спектра аутизму, дитячої шизофренії, гіперкінетичних розладів, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій, аддикцій. Потрібно вжити заходи для забезпечення доступу дітей із психічними розладами до лікарських засобів, які в установленому порядку зареєстровані на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини; забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.

4. Підвищення компетентності сімейних лікарів, педіатрів з питань діагностики та терапії психічних розладів у дітей, переглянути відповідні навчальні плани та програми підготовки.

IMPROVEMENT OF THE PROCEDURE THE PROVISION OF PSYCHIATRIC CARE TO CHILDREN/

O. K. TOLSTANOV

The restructuring of children's mental health care are is the part of overall medical and social policy reform. At the end of 2011 the President of Ukraine has adopted a political decision to reform of children's mental health care. According to the Decree of the President of Ukraine № 1163/2011 "On the issue of ensuring the rights of children in Ukraine" on December 16, 2011 The Ministry of Health of Ukraine has developed a new procedure of psychiatric care for children. Were identified five areas of reform: 1) To move the emphasis from biological treatment to the psychosocial care: promotion of healthy lifestyle, development of specific prevention programs for educational institutions, programs of inclusion of children with disabilities and mental health problems in existing general education and vocational training system, supporting programs for children with disabilities and special social and educational needs on their place of residence; 2) Improvement of psychiatric care for children: the redistribution of resources between emergency, primary, specialized and highly specialized psychiatric care, the development of CHMHC on their place of residence at level of primary care, integration of specialized psychiatric care to children in general medical care, organization of psychiatric departments into the structure of multidisciplinary children's hospitals, their withdrawal from psychiatric hospitals, creating of regional centers to care children with autism and eating disorders; 3) To brought of children's mental health care in line with the highest level of scientific achievements, to ensure children's access to medicines and methods of psychological treatment whose effectiveness is based on the principles of evidence-based medicine; 4) To review normative legal documents, to exclude child abuse cases in providing them psychiatric care, to exclude the discrimination in providing of general medical care, social and educational services to children; 5) To strengthen the social protection of pediatricians, child psychiatrists, child psychologists, appropriate nursing staff, social workers, and scientists working in the field of children's mental health care. Difficulties in conducting of reforms are caused by the low level of training in the field of children's mental health care, low English language proficiency, which makes difficult to use the mechanisms of international cooperation in their preparation, the lack of advances of the society, the lack of support for patients at the community.

Keywords: psychiatry, child psychiatry, community care, primary, secondary, tertiary mental health services, children's rights, deinstitutionalization, destigmatization

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

O. K. TOLSTANOV

Реорганизация системы охраны психического здоровья детей является частью государственной политики медико-социальных реформ в Украине. В конце 2011 года Президент страны принял политическое решение о реформировании системы детской психиатрической помощи. В соответствии с Указом Президента Украины № 1163/2011 «О вопросе обеспечения прав детей в Украине» 16 декабря 2011 года Министерство

здоровоохранения Украины разработало новый порядок оказания психиатрической помощи детям. Были определены пять направлений реформирования детской психиатрической помощи: 1) перенос акцента с биологической терапии на социально-психологическую помощь: пропаганда здорового образа жизни, развитие профилактических программ для образовательных учреждений, программ интеграции детей с ограниченными возможностями и проблемами психического здоровья в существующие системы образования и профессиональной подготовки, поддержка программ для детей с ограниченными возможностями и особыми социальными и образовательными потребностями непосредственно по месту их жительства и пребывания; 2) улучшение организации специализированной психиатрической помощи для детей: перераспределение ресурсов между неотложной, первичной общемедицинской, специализированной и высокоспециализированной психиатрической помощью, расширение спектра психиатрической помощи непосредственно по месту жительства на уровне первичной медицинской помощи, интеграция специализированной психиатрической помощи детям с общемедицинской помощью, организация психиатрических отделений в структуре мультидисциплинарных детских больниц, вывод их из психиатрических больниц для взрослых, создание межрегиональных центров медико-социальной помощи детям с аутизмом и расстройствами пищевого поведения; 3) обеспечение психиатрической помощи в соответствии с самым высоким уровнем научных достижений, обеспечение доступа детей к лекарствам и методам психологического лечения, эффективность которых основана на принципах доказательной медицины; 4) пересмотр нормативно-правовых документов, позволяющий исключить случаи жестокого обращения с детьми при предоставлении им психиатрической помощи, обеспечивающий недопущение дискриминации при предоставлении общемедицинской помощи, социального обслуживания и образования для детей с особыми потребностями; 5) повышение уровня социальной защищенности педиатров, детских психиатров, детских психологов, сестринского персонала, социальных работников и ученых, работающих в сфере психиатрической помощи детям и подросткам. Трудности в проведении реформы обусловлены низким уровнем подготовки персонала в области охраны психического здоровья детей, низким уровнем владения английским языком, что затрудняет использование механизмов международного сотрудничества при подготовке специалистов, стигматизацией, отсутствие поддержки пациентов с расстройствами психики и поведения в обществе.

Ключевые слова: психиатрия, детская психиатрия, общинная помощь, первичный, вторичный, третичный виды психиатрической помощи детям, права ребенка, деинститутуализация, дестигматизация