Р.О. Моісеєнко, О.В. Терещенко, Департамент материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України,
І.А. Марценковський, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я за фахом «дитяча психіатрія»

Охорона психічного здоров'я дітей в умовах економічної кризи: деякі проблеми та шляхи їх розв'язання

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя - фундаментальні складові життя дитини, які забезпечують сприйняття значущості буття, дозволяють їй розкрити особистісний потенціал, стати суспільно активним громадянином. Більшість психічних розладів маніфестує в дитячому (підлітковому) віці, проте вперше їх діагностують переважно в зрілі роки. У хворих на шизофренію і біполярний розлад від виникнення перших ознак розладу до його діагностики минає, як правило, 5-10 років.
Рання діагностика і терапія розладів психіки є складною проблемою, тісно пов'язаною з дестигматизацією психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проектів на мікросоціальному (сімейному) та макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарі загальної практики) рівнях. Саме рання діагностика та рання допомога в переважній більшості випадків визначають прогноз перебігу психічного захворювання та його соціальні наслідки.

Якщо розлад зі спектра аутизму діагностується у віці до трьох років, спеціальні терапевтичні програми, побудовані на принципах поведінкової терапії, дозволяють більше ніж половину дітей успішно інтегрувати в загальноосвітні навчальні заклади. При діагностиці розладу в 6-7 років 60% дітей матимуть у подальшому помірну або тяжку розумову відсталість. Тяжкі поведінкові розлади роблять проблематичним навчання таких дітей навіть у спеціальних закладах освіти.

Шизофренія, що маніфестує в дитячому віці, при ранній діагностиці, лікуванні сучасними атиповими нейролептиками та дієвій соціальній реабілітації не завжди закінчується формуванням тяжких дефектних станів і інвалідністю хворих. З 2005 року первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена шизофренією, зменшилася в Україні у 2,1 раза. У 2009 році в Україні лише 66 дітей, хворих на шизофренію, шизоафективні та шизотипові розлади, вперше були визнані інвалідами, що становить 0,81 на 100 тис. населення.

Первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена розумовою відсталістю, з 2005 року зменшилася в Україні в 2,2 раза. У 2009 році вперше були визнані інвалідами 1407 дітей (17,19 на 100 тис. населення) з розумовою відсталістю. Зменшення інвалідності зумовлене поліпшенням медичної, зокрема неврологічної, допомоги дітям з органічним ураженням мозку на першому році життя. Первинна психіатрична інвалідність у дитячому віці, зумовлена епілепсією, з 2005 року зменшилася в 2,3 раза. У 2009 році лише 91 дитина з епілепсією була первинно визнана інвалідом (1,11 на 100 тис. населення). Як дитячими неврологами, так і дитячими психіатрами при наданні медичної допомоги дітям із епілепсією ефективно застосовуються клінічні протоколи Міністерства охорони здоров'я. Ураховуючи наявні тенденції, можна передбачити, що головною причиною психіатричної дитячої первинної інвалідності в найближчі три роки в Україні стануть розлади зі спектра аутизму.

Психічне здоров'я дитячого населення України викликає серйозне занепокоєння. Близько 4,7% дітей потребують психіатричної допомоги. Психічні розлади дітей становлять 34,5% усієї психічної захворюваності. Вони вкрай рідко закінчуються спонтанною ремісією, призводять до порушень соціальної, сімейної та трудової адаптації.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки в Україні повільно зростають. У 2009 році під наглядом психіатрів перебувало 1 171 133 особи або 2548,0 на 100 тис. населення; під наглядом дитячих психіатрів перебувало 220 890 дітей віком 0-17 років, у тому числі 31 545 підлітків у віці 15-17 років і 167 223 дітей у віці 0-14 років.

На дитячий вік припадає 8,8% інвалідності, зумовленої розладами психіки. У 2009 році в Україні нараховувалося 23 979 дітей-інвалідів з розладами психіки, первинна інвалідність була встановлена у 2352 дітей. Показники первинної інвалідності протягом останніх років зменшувалися. У 2005 році інвалідність була діагностована у 3511, у 2009 році – у 2352 дітей. Контингент дітей-інвалідів упродовж останніх 5 років зменшився на 22,8% (на 1,1% за останній рік). Протягом останніх двох років (2008-2009) показники дитячої інвалідності були найвищими в Івано-Франківській – 478,74/ 437,35; Луганській – 387,35/347,92; Вінницькій – 374,50/364,77; Житомирській – 360,08/359,86; Чернівецькій областях – 360,01/377,12, найнижчими в місті Севастополі – 201,38/195,15; АР Крим – 207,45/200,42; Волинській області – 215,12/ 217,70 (рис. 1, 2).

Україна дуже запізнилася з реформуванням системи психіатричної допомоги дітям, проте задекларувала наміри проводити зміни в контексті загальноєвропейських процесів. Базові принципи єдиної політики країн Європи у цій сфері відображені в Гельсінській декларації та Європейському плані дій у сфері психічного здоров'я Європейської конференції ВООЗ на рівні міністрів охорони здоров'я (Гельсінкі, Фінляндія, 2005) та Флорентійській Декларації XIII конгресу

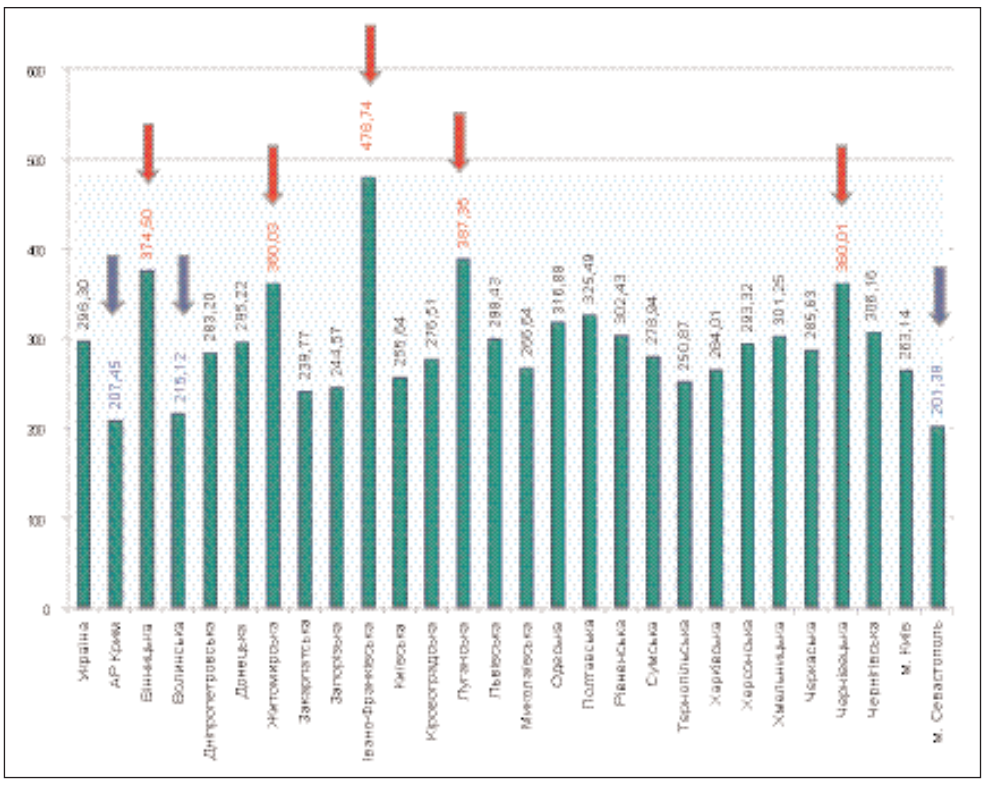

Рис. 1. Контингент дітей з розладами психіки та поведінки, які мають групу інвалідності – 2008

Рис. 2. Контингент дітей з розладами психіки та поведінки, які мають групу інвалідності – 2009

І.А. Марценковський

Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007). Основний наголос у цих документах робиться на:

• наданні психіатричної допомоги дітям у максимально не стигматизованих умовах: за місцем проживання чи навчання (на рівні громад), без обмеження зв'язків з батьками та референтним оточенням дитини;

• розширенні спектра та підвищенні якості психіатричних послуг на етапі первинної медичної допомоги;

• перевазі психологічних (психотерапевтичних) і соціальних форм допомоги над біологічним (фармакологічним) лікуванням;

• залученні громадських організацій до створення мережі агентств, зайнятих підтримкою особливих потреб дітей, пов'язаних з охороною здоров'я, освітою, культурою.

Рішення круглих столів, організованих комітетами з питань охорони здоров'я та з питань сім'ї, молодіжної політики, спорту та туризму Верховної Ради України від 6 червня 2008 року, Національною Радою з питань охорони здоров'я населення при Президенті України «Криза в психіатрії дитячого віку: мультидисциплінарні підходи до вирішення проблеми» від 5 травня 2009 року, розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження плану заходів із виконання у 2010 році загальнодержавної програми Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року», наказ МОЗ України № 176 від 19.03.09 «Про затвердження заходів МОЗ України щодо удосконалення психіатричної допомоги на 2009-2010 роки», рішення наради МОЗ України від 22.12.09 з участю міністра охорони здоров'я В.М. Князевича «Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні» визначили шляхи реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні.

У 2009 році заклади охорони здоров'я України надавали психіатричну допомогу в умовах економічної кризи та зменшення дитячої популяції. За рік дитяче населення України скоротилося на 1,7%, що становить 139 410 осіб. Кількість дітей віком до 14 років зменшилася на 0,4% (24 903 осіб). Популяція підлітків скоротилася на 6,3% (114 507). Популяція дорослих за рік скоротилася лише на 89 540 осіб (0,2%).

Протягом двох передкризових років показник захворюваності на розлади психіки та поведінки в Україні зростав:

Продовження на стор. 42.

Р.О. Моісеєнко, О.В. Терещенко, Департамент материнства, дитинства та санаторного забезпечення МОЗ України,
І.А. Марценковський, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я за фахом «дитяча психіатрія»

Охорона психічного здоров'я дітей в умовах економічної кризи: деякі проблеми та шляхи їх розв'язання

Продовження. Початок на стор. 41.

у 2007-му на 4,9%, у 2008-му – на 2,8%. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей зростала повільніше: у 2007 р. на 1%, у 2008 р. – на 4,1%. Рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки у дітей до 14 років протягом 2007 та 2008 років зріс відповідно на 1,0% та 1,9%, у підлітків – на 1,6% та 13,4%.

Кризові процеси в суспільстві негативно вплинули на доступність психіатричної допомоги в країні. У 2009 році рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки у населення України знизився на 6,7%, серед дитячого населення – на 5,7%. Загальна захворюваність становила 106 801 особу (232,36 на 100 тис. населення), дитяча – 36 891,0 (450,6 на 100 тис. дитячого населення), що відповідає рівню 2006 року. Протягом 2009 року під нагляд з уперше встановленим діагнозом узято 6403 дітей віком 15-17 та 30 488 дітей віком 0-14 років. У дітей віком до 14 років показники захворюваності знизилися на 4,8%, у підлітків – 10,3%.

Показники загальної захворюваності на психічні розлади в передкризовому 2008 році дуже відрізнялися в різних регіонах: від 427,3 на 100 тис. населення в Житомирській області, 334,1 в Київській та 317,3 в Херсонській, до 153,9 у Волинській, 135,1 у Києві та 145,4 у Севастополі.

У 2009 році спостерігалася тенденція до зменшення міжрегіональних розбіжностей показників загальної психіатричної захворюваності. Найвищими показники захворюваності залишалися в Житомирській (407,8 на 100 тис. загального населення), Київській (350,9) області, найнижчі – у Волинській (162,6), м. Києві – 149,3 та Севастополі – 153,9.

Показники дитячої захворюваності на психічні розлади в 2008 році також дуже відрізнялися в різних регіонах України: від 911,3 на 100 тис. дитячого населення в Чернігівській, 809,9 – Херсонській області, 761,7 у АР Крим, 753,2 у Житомирській області, до 240,7 у Волинській, 340,3 – Закарпатській, 361,9 – Рівненській, 288,1 у Чернівецькій області та 374,0 у м. Києві (рис. 3).

Для регіонів із низькими показниками дитячої захворюваності притаманні проблеми з доступністю амбулаторної психіатричної допомоги, її стигматизацією, низьким рівнем якості послуг, які не відповідають очікуванням населення. Навіть у промислово розвинутих областях дитячі психіатри працюють далеко не у всіх районах. Це негативно впливає на рівень діагностики у цих регіонах психічно хворих дітей.

У сільській місцевості у разі відсутності дитячих психіатрів психіатричну допомогу дітям і підліткам надають дільничні психіатри центральних районних лікарень. Рівень їх кваліфікації не відповідає вимогам часу.

Унаслідок віддаленості сільських населених пунктів від районних центрів транспортна складова витрат у сільській місцевості суттєво впливала на доступність первинної психіатричної допомоги у кризових 2009-2010 роках. Подорожчання вартості нейротропних та психотропних ліків також суттєво впливало на доступність психіатричної допомоги дітям. За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я України, активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів у 2009 році зменшилася. Показники захворюваності в сільськогосподарських регіонах країни виявилися особливо чутливими до економічної кризи.

У великих містах на зниження показників офіційно зареєстрованої захворюваності протягом останніх 5 років впливала стигматизація психіатричної допомоги дітям, нерозвиненість послуг, що надавалися в амбулаторній ланці. Значна частина дітей з розладами психіки та поведінки отримували медичну допомогу в приватних медичних структурах, закладах, створених організаціями батьків, у дитячих неврологів, тому не враховуються медичною статистикою як випадки первинно діагностованих захворювань.

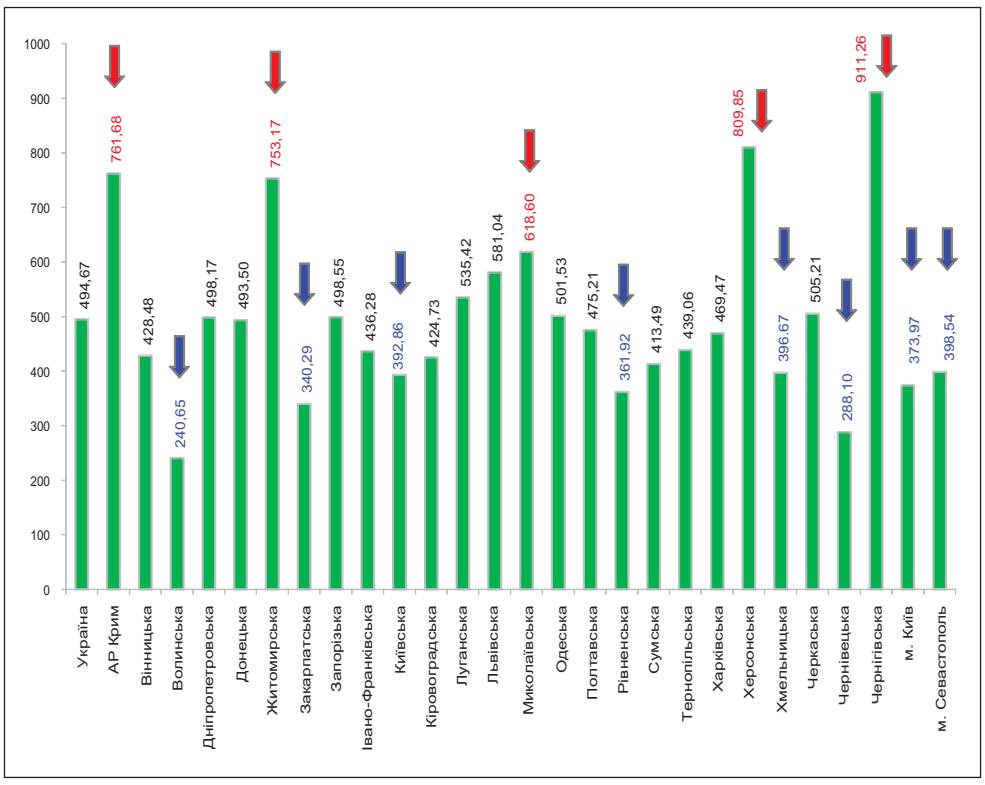

Рис. 3. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей у розрізі регіонів – 2008

Зростання зареєстрованої захворюваності у великих містах протягом 2009 року було зумовлене тим, що частина родин в умовах економічної кризи виявилася неспроможною оплачувати такі послуги і частіше зверталися за допомогою до бюджетних медичних закладів.

У 2009 році міжрегіональні розбіжності рівнів первинної діагностики розладів психіки та поведінки у дітей посилилися. У Миколаївській області показники захворюваності знизилися протягом року на 28,1% (з 618,6 до 444,5 на 100 тис. населення), Чернігівській – на 22,3% (з 911,3 до 707,6%), Вінницькій та Донецькій – на 21,0% (з 428,5 до 338,5 та з 493,5 до 390,0%), Дніпропетровській – на 18,3% (з 498,2 до 407,0), Івано-Франківській – на 15,4% (з 436,3 до 369,3). Значне зростання показників дитячої захворюваності в 2009 році зареєстровано лише в Житомирській (на 11,0%, з 753,17 до 853,8), Кіровоградській (на 8,2%, з 424,7 до 459,7), Луганській (на 6,4%, з 535,4 до 569,9) та Чернівецькій (на 4,3%, з 288,1 до 300,6) областях. Найвищі показники захворюваності спостерігалися в Житомирській – 835,8 на 100 тис., Херсонській – 811,0, Чернігівській – 707,6 областях і АР Крим – 650,4, найнижчі у Волинській – 241,50, Чернівецькій – 300,6, Закарпатській областях – 320,0 (рис. 4).

Показники поширеності розладів психіки та поведінки в Україні повільно зростають. У 2009 році під наглядом психіатрів перебувало 1 171 133 особи або 2 547,97 на 100 тис. населення. Під наглядом дитячого психіатра перебувало 220 890 дітей віком 0-17 років, у тому числі 31 545 підлітків віком 15-17 років і 167 223 дитини віком 0-14 років. Показники поширеності значно відрізнялися в різних регіонах: коливалися від 3079,43 на 100 тис. населення в Херсонській, 3098,14 – Черкаській, 2941,93 – Донецькій областях до 2039,08 у Києві, 2039,64 – Вінницькій, 2105,05 Полтавській областях.

Відповідно до визначених МОЗ України пріоритетів у 2009 році продовжено реформування системи надання спеціалізованої психіатричної допомоги дітям, приведення її у відповідність до вимог доказової медицини.

Ужито заходи з підвищення якості діагностики та лікування порушень зі спектра аутизму та гіперкінетичних розладів. 3-4 червня 2009 року в місті Львові на базі навчально-реабілітаційного центру «Джерело» проведено нараду та школу-семінар головних позаштатних спеціалістів областей, міста Києва та Севастополя «Перспективи розвитку послуг дітям із розладами спектра аутизму та гіперкінетичними розладами в Україні». 10-11 жовтня Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Трастом південного Лондону та клініки Модслі, Науково-дослідною мережею західного Лондону, Інститутом психіатрії Модслі та Королевським коледжом Лондону в місті Києві проведено міжнародну школу-семінар «Аутизм і гіперкінетичний розлад: методи діагностики та лікування». Робочою групою МОЗ України з розробки клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям з розладами психіки були розроблені та апробовані у Львівській, Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Запорізькій та Харківській областях клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям з розладами зі спектра аутизму та гіперкінетичними порушеннями.

З 2006 по 2009 рік захворюваність на розлади зі спектра аутизму у дітей в Україні зросла у 2,2 раза й на кінець 2009 року становила 252,0 на 100 тис. дитячого населення. Показник стабільно зростав протягом трьох останніх років: у 2007-му – на 28,2%; 2008-му – на 32%, 2009-му – на 27,2%.

Незважаючи на позитивні зрушення з виявлення розладів зі спектра аутизму, його діагностика у 2009 році залишалася незадовільною в більшості регіонів України. У Вінницькій, Житомирській, Закарпатській, Київській, Кіровоградській, Луганській, Миколаївській, Полтавській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Херсонській, Черкаській, Чернігівській областях показники захворюваності були нижчими ніж 2,0 на 100 тис. дитячого населення. Позитивні результати досягнуто лише в 7 регіонах: АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Харківській, Чернівецькій областях та м. Києві. У цих регіонах показники захворюваності для розладів зі спектра аутизму в 2009 році коливалися в діапазоні від 3,8 до 9,8 на 100 тис. дитячого населення.

Занепокоєння викликає несвоєчасна діагностика розладів зі спектра аутизму. Рівень діагностики у віці до 3 років залишається низьким, що послаблює дієвість 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 в дитячих неврологів і в приватних медичних структурах.

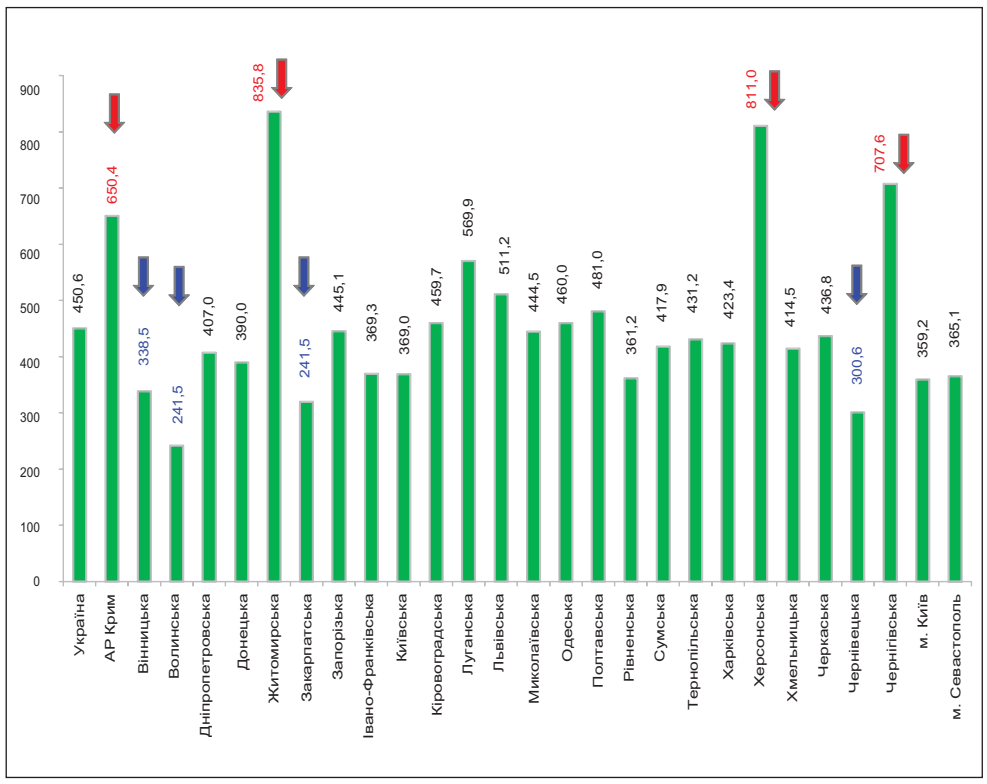

Рис. 4. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей у розрізі регіонів – 2009

Показник поширеності розладів зі спектра аутизму в Україні також швидко зростав: у 2006 р. на 27,2%, 2008 р. – на 20,2%, у 2009 р. – на 20,0%. З 2005 по 2009 рік цей показник зріс у 2,2 раза та становив

1388,0 на 100 тис. дитячого населення. Поширеність розладів зі спектра аутизму коливається в різних регіонах України в широкому діапазоні: від 4,2 до 41,6 на 100 тис. дитячого населення. Високою поширеність аутизму є в АР Крим (19,2), Дніпропетровській (20,4), Донецькій (41,6), Запорізькій (25,0), Івано-Франківській (16,0), Миколаївській (18,9), Сумській (16,2), Чернівецькій (29,0) областях, містах Києві (41,6) та Севастополі (35,3). У Закарпатській, Житомирській, Рівненській, Тернопільській областях у 2009 році поширеність розладу була нижчою ніж 6,0 на 100 тис. дитячого населення.

Якість діагностики гіперкінетичних розладів в Україні залишається незадовільною. Показник врахованої психіатричною службою захворюваності в 2009 році зріс лише на 1,2% (з 18,3 на 100 тис. дитячого населення в 2008 до 19,5 у 2009 році). Показник поширеності розладу в 2009 році зріс на 25% (з 76,8 на 100 тис. дитячого населення у 2008 р. до 96,0 у 2009 р.).

Ефективні заходи щодо діагностики розладу відповідно до клінічного протоколу та рекомендацій МОЗ України були вжиті лише в 5 регіонах (Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Полтавській, Рівненській областях), у яких показники захворюваності в 2009 році коливалися в діапазоні від 108 до 185, а показники поширеності – від 425 до 998 на 100 тис. дитячого населення.

Вкрай незадовільною діагностика розладу в 2009 році залишалася в Херсонській, Волинській, Тернопільській, Вінницькій, Закарпатській та Миколаївській областях, у яких показники захворюваності в 2009 році були нижчими за 25, поширеності – нижчими за 75 на 100 тис. дитячого населення. Це свідчить про те, що цілеспрямована робота із цим контингентом хворих у зазначених регіонах майже не проводиться. У місті Києві захворюваність на гіперкінетичні розлади в 2009 році становила 65, поширеність – 308 на 100 тис. дитячого населення, що не відповідає реальній поширеності розладу та наявним кадровим ресурсам для надання якісної медико-психологічної допомоги цьому контингенту хворих відповідно до вимог клінічного протоколу.

Аналіз структури захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки у дітей в Україні в розрахунку на 100 тис. дитячого населення свідчить про те, що в структурі патології, як і в минулі роки, переважають непсихотичні психічні розлади (захворюваність – 79,9, поширеність – 71,2) та розумова відсталість (захворюваність – 16,5, поширеність – 25,6). Психотичні розлади мають менше 2% дітей. Така структура захворюваності та поширеності розладів психіки ставить під сумнів доцільність надання спеціалізованої психіатричної допомоги цьому контингенту хворих на ліжках в психіатричних лікарнях.

У 2009 році показники захворюваності та поширеності розумової відсталості у дітей були найвищими в Дніпропетровській, Донецькій, Львівській областях, найнижчими у Волинській, Кіровоградській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій областях, містах Києві та Севастополі. У деяких регіонах спостерігалося накопичення діагностованих випадків специфічних затримок розвитку та легкої розумової відсталості. Найвищими показники захворюваності та поширеності цих розладів були у Вінницькій, Луганській та Харківській областях.

В Україні в 2009 році було 524,75 посад дитячих психіатрів (у 2008 р. – 525,25), з них зайняті – 480,75 (у 2008 р. – 474,25). Ці посади обіймали 408 (у 2008 р. – 404) фізичних осіб. Укомплектованість і забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом останніх років суттєво різнилася в регіонах країни. Протягом 2009 року розбіжності між регіонами збільшувалися. У регіонах з відносно високими показниками укомплектованості дитячими психіатрами в кризовому 2009 році порівняно з показниками 2008 року вони зростали: у Києві – на 13,3% до 10,29, АР Крим – на 51,1% до 8,66 на 100 тис. дитячого населення. Стабільно високими показники укомплектованості залишалися в Севастополі – 10,51 і Луганській області – 9,07 на 100 тис. дитячого населення. У регіонах з низькими показниками укомплектованості служби у 2009 році вони продовжували знижуватися. У Рівненській області укомплектованість дитячої психіатричної служби знизилася на 22,4% (до 1,56), Миколаївській – на 29,3% (до 2,08) на 100 тис. дитячого населення. У Закарпатській області показник укомплектованості в 2009 році становив 2,94 на 100 тис. дитячого населення. Ці статистичні показники свідчать про тенденцію зниження престижу спеціальності дитячого психіатра та суттєва нестача спеціалістів у сільськогосподарських регіонах України.

На кінець 2009 року дитячий ліжковий фонд психіатричної служби становив 1844 ліжка. Майже всі дитячі психіатричні ліжка розміщені в структурі психіатричних лікарень. Винятком є Харківська область, у якій дитячі психіатричні ліжка розміщені в багатопрофільній дитячій міській лікарні, та Запорізька область, де працює дошкільний психоневрологічний центр санаторного типу. Скорочення кількості ліжок протягом 1998-2009 років становило 3,1% (666 ліжок). Забезпеченість дитячими психіатричними ліжками в 2009 році досягла рівня 22,5 ліжка на 100 тис. дитячого населення. У 2009 році загальні показники роботи дитячого психіатричного ліжка, порівняно з 2008 роком залишалися стабільними. Середнє число днів роботи дитячого психіатричного ліжка скоротилося на 10,4 доби і становило 292,7 доби. Середня тривалість перебування дитини в стаціонарі скоротилася на 1,2 доби з 28,9 до 27,6 доби. Оборот ліжка залишився незмінним. Використання психіатричного ліжка в значній кількості регіонів залишалося нераціональним.

Окремою проблемою стаціонарної психіатричної допомоги дітям протягом кількох останніх років є надання психіатричної допомоги сиротам, дітям, позбавленим батьківської опіки, вихованцям інтернатів Міністерства науки та освіти і Міністерства праці та соціальної політики.

Госпіталізація таких дітей не завжди зумовлена медичною необхідністю, а подекуди має на меті виконання плану ліжка-дня. У значній кількості таких випадків дітей можна не госпіталізувати, а лікувати в умовах інтернатів, які мають у своєму штаті дитячих лікарів-психіатрів, або амбулаторно в територіальних закладах охорони здоров'я, що не потребує використання дороговартісного спеціалізованого ліжка. За офіційними даними Генеральної прокуратури України, з року в рік мали місце численні порушення прав таких дітей, пов'язані з необґрунтованим утриманням вихованців інтернатів та будинків дитини у психіатричних лікарнях. Зафіксовані випадки надання такої допомоги дітям без згоди їх законних представників, попереднього огляду дитячим психіатром та підписання згоди на госпіталізацію дитини юридично не уповноваженими особами, а також відсутності обґрунтування комісією лікарів-психіатрів необхідності продовження стаціонарного лікування дитини на термін понад 30 діб.

Протягом 2009 року відповідно до рішення апаратної наради МОЗ «Питання якості та безпечності надання психіатричної допомоги» від 24.07.09 та на підставі листа МОЗ № 04.04.19-43 від 22.04.09 в Україні були вжиті системні заходи щодо дотримання законодавства, недопущення безпідставних госпіталізацій зазначених контингентів дітей.

У 2009 році у Вінницькій, Рівненській, Харківській, Черкаській областях та місті Києві спеціалізована психіатрична допомога зазначеним контингентам дітей надавалася переважно в амбулаторних умовах. У Запорізькій, Полтавській, Миколаївській, Чернігівській, Кіровоградській, Одеській, Луганській, Донецькій областях показники надання психіатричної допомоги зазначеним контингентам дітей у стаціонарних умовах залишалися необґрунтовано високими. Відсоток ліжко-днів при наданні стаціонарної психіатричної допомоги дітям-сиротам і позбавленим батьківської опіки в середньому по Україні становив 9,9%, у той час як у Запорізькій – 34,1%, Полтавській – 47,2%, Миколаївській – 24,0%, Чернігівській – 23,1%. Відсоток ліжко-днів при наданні стаціонарної психіатричної допомоги дітям з інтернатів у середньому по Україні становив 0,45%, у той час як Полтавській – 46,5%, Запорізькій – 38,6%, Одеській – 20,9%.

На стаціонарну психіатричну допомогу дітям з розладами зі спектра аутизму, помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю у 2009 році приходилося 15,2% ліжко-днів. Показники використання ліжкового фонду для надання психіатричної допомоги цьому контингенту хворих у 2009 році були найвищими в Харківській (35,3%), Тернопільській (26,0%), Чернівецькій (23,9%), Дніпропетровській (23,6%), Миколаївській (22,9%), Вінницькій (22,1%), Одеській (20,6%) областях. Проте якщо в Дніпропетровській і Донецькій областях значна частина ліжко-днів пов'язана з організацією високоспеціалізованої психіатричної допомоги дітям з розладами зі спектра аутизму (відповідно 7,9% та 10,3%), то в Тернопільській, Чернівецькій, Миколаївській, Вінницькій областях – із малоефективним утриманням на психіатричних ліжках дітей з помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю. Позитивним є досвід Запорізької області, у якій працює обласний дошкільний психоневрологічний центр санаторного типу, що надає високоспеціалізовану психіатричну допомогу дітям з розладами зі спектра аутизму. На цей контингент хворих в області припадає 9,1% ліжко-днів, у той час як на психіатричну допомогу дітям із помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю відповідно 4,6% та 0,7% ліжко-днів.

Узагальнення наведених вище результатів дозволяє сформулювати пропозиції, щодо подальших заходів з реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні.

1. Системи охорони психічного здоров'я дітей у розвинених країнах світу переживають черговий етап свого становлення, пов'язаний з переглядом самої парадигми їхньої побудови, перенесенням акценту із соціальної реабілітації та інклюзії на профілактику, створення на рівні громад ефективних систем підтримки психологічного благополуччя, виховання здорового способу життя. Шляхи розвитку профілактичного напряму в системі охорони психічного здоров'я дітей зафіксовано у Флорентійській декларації, прийнятій 29 серпня 2007 року на XIII конгресі Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії й підтримано резолюціями Європейського бюро ВООЗ та Європейської академії дитячої та підліткової психіатрії. Перед дитячою психіатричною службою України в 2010 році стоїть завдання продовження та поширення динамічної співпраці закладів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства освіти та науки, Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту для розробки спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів у рамках реформування системи шкільної медицини, що сприятимуть зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатимуть антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, формуватимуть соціально адаптивні форми поведінки, для розробки програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з психічними розладами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки, запровадження програм підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей з дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки.

2. Пріоритетом реформування системи психіатричної допомоги дітям в Україні є перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: надання психіатричної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання, інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою, організація 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. Перерозподіл функцій у сфері охорони психічного здоров'я дітей вимагає відповідального використання наявних фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів і має спиратися на результати проведеного МОЗ ситуаційного аналізу.

3. Для підвищення якості психіатричної допомоги дітям згідно з сучасним рівнем розвитку науки перед службою поставлено завдання розробити та регулярно переглядати клінічні протоколи і критерії якості допомоги для найбільш поширених та соціально значущих розладів психіки та поведінки у дітей: розладів зі спектра аутизму, гіперкінетичних розладів, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресій; забезпечити доступ дітей із психічними розладами до лікарських засобів, які в установленому порядку зареєстровано на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини; забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям з біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.

4. Важливими для подальшого розвитку дитячої психіатричної служби є: 1) проведення активної кампанії в засобах масової інформації проти психіатричної стигми, запровадження соціальної реклами охорони психічного здоров'я дітей, насамперед тез про те, що люди з обмеженими можливостями та особливими потребами можуть повністю інтегруватися до сучасного суспільства, що психічні розлади у дітей рідко супроводжуються насильницькими діями; 2) підвищення професійних стандартів, престижу, зміцнення соціального захисту дитячих лікарів загальної практики (педіатрів), дитячих психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів, відповідного середнього медичного персоналу та соціальних працівників, а також науковців, які працюють у сфері охорони психічного здоров'я дітей; 3) заохочення до створення громадськими організаціями мережі агенцій, які б задовольняли особливі побутові, освітні, культурні потреби дітей із психічними розладами.