

Н. К. Хобзей¹, П. В. Волошин², Н. А. Марута^{1, 2}
 Міністерство охорони здоров'я України¹, ГУ «Інститут
 неврології, психіатрії та наркології АМН України»²

Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми і рішення

В статті представлено аналіз статистичних показувачів, які визначають стан психічного здоров'я населення України і готовність психіатричної служби надавати ефективну допомогу.

В роботі підкреслюється, що основною метою реформування психіатричної допомоги є створення соціально-орієнтованої психіатричної допомоги, яка потребує змін у нормативно-правовій, структурно-організаційній, методологічній та кадровій сферах. Авторами наведено кроки, які зроблені та плануються для розвитку соціально-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні.

Ключові слова: психосоціальна реабілітація, мультидисциплінарна бригада

M. K. Khobzey¹, P. V. Voloshyn², N. O. Maruta^{1, 2}

¹ Ministry of Health of Ukraine, Kyiv,
² State institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine», Kharkiv

Community-based mental health care in Ukraine: problems and decisions

In the article an analysis is given on statistical indexes which determine a state of a mental health of the population of Ukraine and a readiness of the psychiatric service to provide an effective care.

The work emphasizes that the main purpose of reforming of mental health care is a creation of a community-based mental health care and this requires changes on legislative, structural-organizational, methodological, and staff directions. The authors describe performed and planned steps to develop a community-based mental health care in Ukraine.

Key words: community-based mental health care, psychosocial rehabilitation, multiprofessional team

ДК 616-053.2:615.86

Р. О. Моїсеєнко, О. В. Терещенко, І. А. Марценковський
 Департамент материнства, дитинства та соціального забезпечення
 Міністерства охорони здоров'я України,
 Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ВІД СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДИТЯЧОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ — ДО СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

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 та підлітковому віці, проте вперше діагностуються вони переважно в зрілі роки. Психічні розлади у дітей та підлітків рідко закінчуються спонтанною ремісією. Вони зазвичай стають причиною порушень соціальної адаптації та психічних розладів у дорослому житті. Особистісні страждання, стигматизація та соціальна дискримінація у дітей з психічними розладами може посилювати соціальні наслідки психічних розладів, зумовлювати низьку ефективність лікування та соціальної допомоги, призводити до соціальної дезадаптації та ізоляції. У статті аналізується робота дитячої психіатричної служби України у 2009 році, обговорюються шляхи її подальшого розвитку і політика Міністерства охорони здоров'я в цій галузі. Підґрунтям цієї політики є скорочення інституційних підходів до обслуговування дітей, породжуваної ними соціальної ізоляції. Забезпечення доступності медичних та соціальних послуг дітям із психічними розладами на громадському рівні, інтеграція психіатричної допомоги в педіатричну та первинну медичну допомогу мають дозволити пацієнтам та їх сім'ям отримати безпосередню та індивідуальну відповідь на свої потреби. Авторами статті роблять висновок, що системи соціальної та медичної допомоги дітям повинні бути інтегровані для забезпечення благополуччя дитини з особливими потребами та соціальної реінтеграції її сім'ї.

Ключові слова: діти та підлітки, психічне здоров'я, психічні розлади, профілактика, психічна інвалідність, соціальне забезпечення, соціальна допомога дітям

Психічне здоров'я та психологічне благополуччя — фундаментальні складові життя дитини, які забезпечують сприйняття значущості буття, дозволяють їй розкрити особистісний потенціал, стати суспільно активними громадянами. Більшість психічних розладів маніфестує в дитячому (підлітковому) віці, проте вперше діагностуються вони переважно в зрілі роки. Для хворих на шизофренію, біполярний розлад від виникнення перших ознак розладу до його діагностики минає, як правило, 5—10 років.

Рання діагностика та терапія розладів психіки є складною проблемою, міцно пов'язаною з дестигматизацією

психіатричної допомоги, успішністю психоосвітніх проєктів на мікросоціальному (сімейному) та макросоціальному (персонал навчальних закладів, соціальних служб, лікарі загальної практики) рівнях. Саме рання діагностика та рання допомога в значному числі 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 чи 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 атипичними нейролептиками та дієвій соціальної реабілітації не завжди закінчується формуванням тяжких дефектних станів і інвалідності хворих. З 2005 року первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена шизофренією, зменшилася в Україні в 2,1 разів. У 2009 році в Україні лише 66 дітей, хворих на шизофренію, шизоафективні та шизотипові розлади вперше були визнані інвалідами, що становить 0,81 на 100 000 населення.

Первинна інвалідність у дитячому віці, зумовлена розумовою відсталістю, з 2005 року зменшилася в Україні в 2,2 разів. В 2009 році з розумовою відсталістю вперше були визнані інвалідами 1407 дітей (17,19 на 100 000 населення). 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 разів. В 2009 році лише 91 дитина з епілепсією була первинно визнана інвалідом (1,11 на 100 000 населення).

Як дитячі неврологи, так і дитячі психіатри при наданні медичної допомоги дітям із епілепсією ефективно застосо-

вують клінічні протоколи Міністерства охорони здоров'я. Враховуючи 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 є споживачами психіатричної допомоги. Психічні розлади дітей становлять 34,5 % всієї психічної захворюваності. Вони вкрай рідко закінчуються спонтанною ремісією, приводять до порушень соціальної, сімейної та трудової адаптації.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки в Україні повільно підвищуються. В 2009 році під спостереженням психіатрів перебувало 1171 133 осіб або 2 548,0 на 100 000 населення; під спостереженням 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 було 23 979 дітей-інвалідів із розладами психіки. Показники первинної інвалідності протягом останніх років зменшувалися. В 2005 році інвалідність була встановлена в 3511, у 2009 році — 2352 дітей. Контингент дітей-інвалідів продовж 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 — 360,01/377,12 областях, найнижчими в місті Севастополі — 201,38/195,15; АР Крим — 207,45/200,42; Волинській області — 215,12/217,70.

Україна сильно запізнилася з реформуванням системи психіатричної допомоги дітям, проте задекларувала наміри проводити зміни в контексті загальноєвропейських процесів. Базові принципи єдиної політики країн Європи в цій сфері відбиті 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 Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007). Основний наголос у цих документах робиться на: 1) наданні психіатричної допомоги дітям у максимально нестигматизованих умовах: за місцем проживання чи навчання (на рівні громад), без обмеження зв'язків із батьками та референтним оточенням дитини; 2) розширенні спектра та підвищенні якості психіатричних послуг на етапі первинної медичної допомоги; 3) перевазі психологічних (психотерапевтичних) і соціальних форм допомоги над біологічним лікуванням; 4) 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 в 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 за участю Міністра охорони здоров'я Князевича В. М. «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 % і складало 139 410 осіб. Кількість дітей у віці до 14 років зменшилася на 0,4 % (24 903 осіб). Популяція підлітків скоротилася на 6,3 % (114 507 дітей). 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 збільшувався у 2007 на 4,9 %, у 2008 — 2,8 %. Захворюваність на розлади психіки та поведінки в дітей підвищувалась повільніше: у 2007 на 1 %, у 2008 — 4,1 %. Рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в дітей до 14 років протягом 2007 та 2008 років збільшилися відповідно на 1,0 % та 1,9 %, у підлітків на 1,6 % та 13,4 %.

Кризові процеси в суспільстві негативно вплинули на затребуваність та доступність психіатричної допомоги в країні. У 2009 році рівень первинної діагностики розладів психіки та поведінки в населення України зменшився на 6,7 %, серед дитячого населення — на 5,7 %. Загальна захворюваність становила 106 801 осіб (232,36 на 100 000 населення), дитяча — 36891,0 осіб (450,6 на 100 000 дитячого населення), що відповідає рівню 2006 року. Протягом 2009 року під спостереження з уперше встановленим діагнозом узято 6403 дітей у віці 15—17 та 30 488 дітей у віці 0—14 років. У дітей віком до 14 років показники захворюваності зменшилися на 4,8 %, у підлітків — 10,3 %.

Показники загальної захворюваності на психічні розлади в передкризовому 2008 році значно відрізнялися в різних регіонах: від 427,3 на 100 000 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 100 000 загального населення), Київській (350,9) областях, найнижчі — у Волинській (162,6) області, м. Києві — 149,3 та Севастополі — 153,9.

Показники дитячої захворюваності на психічні розлади в 2008 році також значно відрізнялися в різних регіонах України: від 911,3 на 100 000 дитячого населення в Чернігівській, 809,9 — Херсонській областях, 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 областях та 374,0 у місті Києві.

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 в цих регіонах психічнохворих 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.

Внаслідок віддаленості сільських населених пунктів від районних центрів транспортна складова витрат у сільській місцевості суттєво впливала на доступність первинної психіатричної допомоги в кризових 2009—2010 роках. Подорожчання вартості нейротропних та психотропних ліків також суттєво впливало на доступність психіатричної допомоги дітям. За статистичними даними Міністерства охо-

рони здоров'я України активність звернення за допомогою до дитячих психіатрів в 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, нерозвинутість послуг, що надавалися в амбулаторній ланці. Значна частина дітей із розладами психіки та поведінки отримували медичну допомогу в приватних медичних структурах, закладах, створених організаціями батьків, у дитячих неврологів і не враховуються медичною статистикою як випадки первинно діагностованих захворювань. Збільшення зареєстрованої захворюваності в великих містах протягом 2009 року було зумовлено тим, що частина родин в умовах економічної кризи виявилася неспроможною оплачувати такі послуги і частіше зверталася за допомогою до бюджетних медичних закладів.

У 2009 році міжрегіональні розбіжності рівнів первинної діагностики розладів психіки та поведінки в дітей посилилися. У Миколаївській області показники захворюваності зменшилися протягом року на 28,1 % (з 618,6 до 444,5 на 100 000 населення), у 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 підвищення 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 (на 100 000 населення) спостерігалися в Житомирській (835,8), Херсонській (811,0), Чернігівській (707,6) областях і АР Крим (650,4), найнижчі — у Волинській (241,50), Чернівецькій (300,6), Закарпатській (320,0) областях.

Показники поширеності розладів психіки та поведінки в Україні повільно підвищуються. У 2009 році під спостереженням психіатрів перебувало 1171 133 осіб або 2 547,97 на 100 000 населення. Під спостереженням дитячого психіатра перебувало 220 890 дітей віком 0—17 років, у тому числі 31 545 підлітків у віці 15—17 років і 167 223 дітей віком 0—14 років. Показники поширеності значно відрізнялися в різних регіонах: коливалися від 3079,43 на 100 000 населення в Херсонській, 3098,14 — у Черкаській, 2941,93 — у Донецькій областях до 2039,08 у Києві, 2039,64 — у Вінницькій, 2105,05 — у Полтавській областях.

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

Ужиті заходи щодо підвищення якості діагностики та лікування розладів зі спектра аутизму та гіперкінетичних розладів: 1) 3—4 червня 2009 року в місті Львові на базі навчально-реабілітаційного центру «Джерело» проведено нараду та школу-семінар головних позаштатних спеціалістів областей, міст Києва та Севастополя «Перспективи розвитку послуг дітям із розладами спектра аутизму та гіперкінетичними розладами в Україні»; 2) 10—11 жовтня Національною медичною академією післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Українським НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Трестом південного Лондону та клініки Модслі, Науково-дослідною мережею західного Лондону, Інститутом психіатрії Модслі та Королівським коледжем Лондону в місті Києві проведено міжнародну школу-семінар «Аутизм і гіперкінетичний розлад: Методи діагностики та лікування»; 3) Робочою групою МОЗ України з розробки клінічних протоколів надання медичної до-

помоги дітям з розладами психіки були розроблені та апробовані у Львівській, Донецькій, Дніпропетровській, Одеській, Запорізькій та Харківській областях клінічні протоколи надання медичної допомоги дітям із розладами зі спектра аутизму та гіперкінетичними розладами.

З 2006 по 2009 р. захворюваність на розлади зі спектра аутизму в дітей в Україні збільшилася в 2,2 рази й на кінець 2009 року склала 252,0 на 100 000 дитячого населення. Показник стабільно підвищувався протягом трьох останніх років: у 2007 — на 28,2 %; 2008 — 32 %, 2009 — 27,2 %.

Не зважаючи на позитивні зрушення з виявленням розладів зі спектра аутизму, його діагностика в 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 за 2,0 на 100 000 дитячого населення. Позитивні результати досягнуті 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 були в діапазоні від 3,8 до 9,8 на 100 000 дитячого населення.

Занепокоєння викликає невчасна діагностика розладів зі спектра аутизму. Рівень діагностики у віці до 3 років залишається низьким, що знижує 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.

Показник поширеності розладів зі спектра аутизму в Україні також швидко підвищувався: у 2006 на 27,2 %, в 2008 — на 20,2 %, у 2009 — на 20,0 %. З 2005 по 2009 рік цей показник збільшився у 2,2 рази та становив 1388,0 на 100 000 дитячого населення. Поширеність розладів зі спектра аутизму коливається в різних регіонах України в широкому діапазоні: від 4,2 до 41,6 на 100 000 дитячого населення. Високою поширеністю 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 нижче 6,0 на 100 000 дитячого населення.

Якість діагностики гіперкінетичних розладів в Україні залишається незадовільною. Показник врахованої психіатричною службою захворюваності в 2009 році збільшився лише на 1,2 % (з 18,3 на 100 000 дитячого населення в 2008 до 19,5 в 2009 році). Показник поширеності розладу в 2009 році збільшився на 25 % з 76,8 на 100 000 дитячого населення в 2008 до 96,0 в 2009 році.

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 були в діапазоні від 108 до 185, а показники поширеності — від 425 до 998 на 100 000 дитячого населення.

Вкрай незадовільною діагностика гіперкінетичного 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 100 000 дитячого населення. Це свідчить, 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 100 000 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 в дітей в Україні, розраховані на 100 000 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 в дітей були найвищими в Дніпропетровській, Донецькій, Львівській областях, найнижчими — у Волинській, Кіровоградській, Тернопільській, Херсонській, Хмельницькій областях, містах Києві та Севастополі. У деяких регіонах спостерігалось 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 році — 525,25), з них зайняті 480,75 (у 2008 році — 474,25). Ці посади обіймали 408 фізичних осіб (у 2008 році — 404). Укомплектованість і забезпеченість дитячого населення дитячими психіатрами протягом останніх років суттєво різнилася в різних регіонах країни. Протягом 2009 року розбіжності між регіонами збільшувалися. У регіонах із відносно високими показниками укомплектованості дитячими психіатрами в кризовому 2009 році, порівняно з показниками 2008 року, вони збільшилися: у Києві на 13,3 %, до 10,29, АР Крим — на 51,1 %, до 8,66 на 100 000 дитячого населення. Стабільно високими показники укомплектованості залишалися в Севастополі — 10,51 і у Луганській області — 9,07 на 100 000 дитячого населення. У регіонах із низькими показниками укомплектованості служби в 2009 році вони продовжували знижуватися. У Рівненській області укомплектованість дитячої психіатричної служби зменшилася на 22,4 % до 1,56, Миколаївській — на 29,3 % до 2,08 на 100 000 дитячого населення. У Закарпатській області показник укомплектованості в 2009 році становив 2,94 на 100 000 дитячого населення. Ці статистичні показники свідчать про тенденцію зниження престижу спеціальності дитячого психіатра та суттєвий брак 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. Винятками є Харківська область, у якій дитячі психіатричні ліжка розгорнуті в багатопрофільній дитячій міській лікарні та Запорізька область, у якій працює дошкільний психоневрологічний центр санаторного типу. Скорочення кількості ліжок протягом 1998—2009 років становило 3,1 % (666 ліжок). Забезпеченість дитячими психіатричними ліжками в 2009 року досягла рівня 22,5 ліжка на 100 000 дитячого населення. В 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 днів і становило 292,7 днів. Середня тривалість перебування дитини в стаціонарі скоротилася на 1,2 дні, з 28,9 до 27,6 днів. Оберт 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 дітям-сиротам, дітям, позбавленим батьківського піклування, вихованцям інтернатів Міністерства науки та освіти та Міністерства праці та соціальної політики.

Госпіталізація таких дітей не завжди зумовлена медичною необхідністю, а подекуди має на меті виконання плану ліжко-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 поміщенням вихованців інтернатів та будинків дитини до психіатричних лікарень. Зафіксовані випадки надання такої допомоги дітям без згоди їх законних представників, попереднього огляду дитячим психіатром та підписання згоди на госпіталізацію дитини юридично не вповноваженими особами, відсутності обґрунтування комісією лікарів-психіатрів необхідності продовження стаціонарного лікування дитини на термін понад 30 днів.

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 було вжито системних заходів 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 надавалась 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 батьківського піклування 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 із інтернатів в середньому по Україні становив 0,45 %, в той час як у Полтавській — 46,5 %, Запорізькій — 38,6 %, Одеській — 20,9 %.

На стаціонарну психіатричну допомогу дітям із розладами зі спектра аутизму, помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю в 2009 році припадало 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 із організацією високоспеціалізованої психіатричної допомоги дітям із розладами зі спектра аутизму (відповідно 7,9 % та 10,3 %), то в Тернопільській, Чернівецькій, Миколаївській, Вінницькій областях — із малоефективним утриманням на психіатричних ліжках дітей із помірною, тяжкою та глибокою розумовою відсталістю. Позитивним є досвід Запорізької області, в якій працює обласний дошкільний психоневрологічний центр санаторного типу, що надає високоспеціалізовану психіатричну

допомогу дітям із 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.

Системи охорони психічного здоров'я дітей у розвинених країнах світу переживають черговий етап свого становлення, пов'язаний із 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. Напрямки розвитку профілактичного напрямку в системі охорони психічного здоров'я дітей зафіксовані у Флорентійській декларації, прийнятій 29 серпня 2007 року на XIII конгресі Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії й підтримані 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 в 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 антисоціальної поведінці, жорсткому 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.

Пріоритетом реформування системи психіатричної допомоги дітям в Україні є перерозподіл ресурсів між спеціалізованою психіатричною, первинною медичною та долікарняною допомогою: розвиток 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 потребує відповідального використання наявних фінансових, кадрових і матеріально-технічних ресурсів і має спиратися на результати проведеного МОЗ ситуаційного аналізу.

Для приведення якості психіатричної допомоги дітям у відповідність до сучасного рівня розвитку науки перед службою поставлене 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 зареєстровані на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини, забезпечити перенесення акценту

при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальної допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно-поведінкову.

Надійшла до редакції 05.08.2010 р.

Р. А. Моисеєнко, А. В. Терещенко, І. А. Марценковський

Департамент материнства, дитинства та соціального забезпечення Міністерства здравоохоронення України, Український НІІ соціальної та судової психіатрії та наркології

От специализированной детской психиатрической помощи — к системе охраны психического здоровья детей

Психическое здоровье, эмоциональное и психологическое благополучие являются фундаментальными составляющими жизни ребенка, обеспечивающими восприятие ее значимости, позволяющими раскрыть личностный потенциал и стать общественно активным гражданином. Доказано, что многие психические расстройства, диагностируемые в зрелые годы, манифестируют в подростковом возрасте. Психические расстройства у детей и подростков редко заканчиваются спонтанной ремиссией. Они обычно приводят к нарушениям социальной адаптации и психическим расстройствам во взрослой жизни. Личные страдания, стигматизация и социальная дискриминация детей с психическими расстройствами могут усиливать социальные последствия психических расстройств, обуславливать низкую эффективность лечения и социальной помощи, приводит к социальной дезадаптации и изоляции. В статье анализируется работа детской психиатрической службы Украины в 2009 году, обсуждаются пути ее дальнейшего развития и политика Министерства здравоохранения в этой области. Основой этой политики является сокращение институциональных подходов к обслуживанию детей, порождаемой ими социальной изоляции. Обеспечение доступности медицинских и социальных услуг детям с психическими расстройствами на общинном уровне, интеграция психиатрической помощи в педиатрическую и первичную медицинскую помощь позволят пациентам и их семьям получить непосредственный и индивидуальный ответ на свои потребности. Делается вывод, что системы социальной и медицинской помощи детям должны быть интегрированы для обеспечения благополучия ребенка с особыми потребностями и социальной реинтеграции его семьи.

Ключевые слова: дети и подростки, психическое здоровье, психические расстройства, профилактика, психическая инвалидность, социальное обеспечение, социальная помощь детям.

Р. О. Моисеєнко, О. В. Терещенко, І. А. Мартсенковський

Department of Motherhood, Childhood and Welfare of Ministry of Health of Ukraine, Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

From specialized child psychiatric services — to prevention mental health care for children

Mental health and emotional and psychological well-being are fundamental for all children, enabling them to meet their potential, to experience life as meaningful and to be active citizens. There is evidence that adult mental disorders usually begin in adolescence, although they are often first detected later in life. Developmental psychiatric disorders in child and adolescent rarely have a spontaneous remission and may cause difficulties in social adaptation or mental disorders in adult life. Personal suffering, stigma and discrimination, mental disorders may determine a high social impact, in terms of treatment and support costs, reduced or lost productivity.

The article analyzes the work of Children's Mental Health Service of Ukraine in 2009, discussed ways of further development and policies of the Ministry of Health in this field. The commitment of this policy is to reduce institutional approaches to care for children generated by their social isolation. The availability of services, mostly at the community-based level, helps patients and their families have an immediate and individualized answer to their needs. We believe that social and medical systems need to integrate their specific fields of action, with the well-being of the person as their central objective.

Keywords: child and adolescent, mental health, mental health disorders, prevention, mental disabilities, social welfare, child care.