

“Pakalpojumu nodrošināšana grūtniecei ar iepriekš pastāvošām psihiskās veselības problēmām.”

Klīniskais ceļš. Shēmā izmantotās krāsas: rozā – ginekologa kompetence, zils – psihiatra kompetence, oranžs – ģimenes ārsta kompetence.

Visas sievietes, stājoties grūtniecības uzskaitē - līdz 12.grūtn.nedēļai vai, kad sieviete pirmo reizi ierodas pie ginekologa jebkurā grūtniecības perioda vidū.
Ginekologa kompetence. Ambulatori.

1. Psihisko traucējumu, to attīstīšanās riska faktoru identifikācija un depresijas skrīnings.

Ginekologa kompetence. Ambulatorajā praksē. Šo primāro izjautāšanu ieplānot tā, lai būtu pietiekams laiks sarunai ar sievieti (apt.1h). Izjautāšanu veikt ar sievieti vienatnē (ar sievietes atļauju bez piederīgo klātbūtnes).

1.1.Mērķtiecīgi izjautāt sievieti, identificējot esošas psihiskās veselības problēmas vai to attīstības riskus.

1.1.1. Sieviete ir jājautā par to, vai viņa slimo ar kādiem psihiskiem traucējumiem un vai saņem novērošanu un terapiju psihiatra, neirologa, ģimenes ārsta vai cita speciālista uzraudzībā.

1.1.1.1.Ja sieviete tiek novērota un ārstēta pie psihiatra, vēlams, lai turpmāko psihoemocionālā stāvokļa novērošanu un terapiju vadītu tieši šis psihiatrs. Ar sievietes atļauju jāsažinās ar ārstējošo psihiatru un jāvienojas par turpmāko taktiku grūtniecības vadīšanā, tai skaitā pārrunājot iespējamās grūtniecības norises sarežģījumus sievietes psihiskās saslimšanas dēļ, saņemamo psihofarmakoterapiju un tās iespējamās riskus sievietes un augļa veselībai.

1.1.1.2.Gadījumā, ja sieviete novērojas vai ārstējas (bez psihofarmakoterapijas) pie kāda cita speciālista, tas ir jādokumentē un ar sievietes atļauju jāsažinās ar ārstējošo ārstu, psihologu vai psihoterapeitu, lai noskaidrotu sievietes slimības anamnēzi, pašreizējā psihoemocionālā stāvokļa novērtējumu. Līdz ar to izvērtējot psihisko traucējumu riska faktorus un nepieciešamību pēc sievietes nosūtīšanas konsultācijai pie psihiatra.

1.1.1.3.Ja sieviete saņem psihofarmakoterapiju, kuru nav ordinējis ārstējošais psihiatrs, grūtniece būtu nosūtāma konsultācijai pie psihiatra.

1.1.2. Mērķtiecīgi aptaujāt sievieti, identificējot **psihisko traucējumu riska faktorus un veicot depresijas skrīningu ar PHQ-2 un PHQ-9 skalām** (skat.algoritma “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana t.sk. farmakoterapija grūtniecības laikā” 1.punktu). Visas atbildes uz noteiktajiem jautājumiem ir dokumentējamas sievietes slimības vēsturē (ambulatorajā kartiņā), bet ne Mātes pasē (tādēļ, ka šie dati ir augsti sensitīvi).

- 1.1.2.1.1.grupa. Grūtniecei tiek konstatēts augsts psihisko traucējumu riska faktoru profils un/vai vidēji smaga vai smaga depresija vai trauksme (kritērijus skatīt atbilstošajā algoritmā).
- 1.1.2.2.2.grupa. Grūtniecei tiek konstatēts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai viegla vai subklīniska depresija vai trauksme (kritērijus skatīt atbilstošajā algoritmā).
- 1.1.2.3.3.grupa. Grūtniecei netiek konstatēti psihiski traucējumi, kā arī netiek konstatēti riska faktori to attīstībai.
- 1.1.2.4.Mātes pasē tiek dokumentēts:
 - 1.1.2.4.1. Tas, ka sieviete novērojas vai ārstējas pie psihiatra (ar sievietes atļauju arī ārstējošā ārsta vārds, uzvārds un tālruna numurs)
 - 1.1.2.4.2. Kurā no šīm trim grupām grūtniece tikusi iedalīta un cik riska faktoru sievietei ir ticis konstatēts
 - 1.1.2.4.3. PHQ-2 un PHQ-9 punktu skaits

2. Grūtnieces ar iepriekš pastāvošām hroniskām psihiskām saslimšanām un/vai augstu psihisko traucējumu attīstīšanās risku un/vai vidēji smagu vai smagu depresiju vai trauksmi.

Grūtnieces, kuras tiks novirzītas sekundārajai psihiskajai aprūpei pie psihiatra.

2.1.Sieviete ir mērķtiecīgi jāizjautā, nosakot augsta psihisko traucējumu attīstības riska faktorus un identificējot:

- 2.1.1. Grūtnieces ar jau eksistējošu hronisku psihisku saslimšanu vai ilgstošiem psihiskiem traucējumiem.
- 2.1.2. Grūtnieces, kuras šobrīd saņem medikamentozu terapiju ar psihotropiem medikamentiem, bet novērojas pie citu specialitāšu ārstiem vai psihologa, psihoterapeita.
- 2.1.3. Grūtnieces, kurām ir bijuši psihiski traucējumi anamnēzē, kuri tikuši ārstēti ar psihotropajiem medikamentiem ambulatori vai stacionārā.
- 2.1.4. Grūtnieces, kurām ģimenes anamnēzē ir depresijas, bipolāri afektīvi traucējumi vai šizofrēnija.
- 2.1.5. Grūtnieces, kurām anamnēzē ir bijusi paškaitējoša uzvedība un pašnāvības mēģinājumi.
- 2.1.6. Grūtnieces, kuras ir cietušas no alkohola vai narkotisko vielu atkarības.
- 2.1.7. Grūtnieces, kurām ir subklīniskas depresijas vai trauksmes pazīmes (PHQ-2 un PHQ-9

PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk, PHQ-9 ir 0-9), bet, kurām ir parādījušās paškaitēšanas idejas, klīniski neizskaidrojamas somatiskas sūdzības vai netipiskas bailes saistībā ar grūtniecību, dzemdībām un/vai gaidāmo bērnu;

2.1.8. Izvērtējot sievieti ar PHQ-2 un PHQ-9:

PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk un PHQ-9 ir 9 un vairāk.

2.2.Ja tiek atklāts kaut viens no šiem riska faktoriem – tas apstiprina paaugstinātu risku psihisko traucējumu attīstībai un grūtniece ir jānosūta tālākai sekundārajai aprūpei pie psihiatra.

2.3.Ja sieviete jau ārstējas vai novērojas pie psihiatra, viņas turpmāko novērošanos un ārstēšanos ir jāvada šim ārstam, sadarbojoties ar ginekologu. Ja grūtniece

neārstējas pie psihiatra, viņa ir nosūtāma turpmākai sekundārajai aprūpei pie psihiatra.

- 2.4. Nosūtot grūtnieci pie speciālista, šai gadījumā psihiatra, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību, ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem. Palīdzībai ir jābūt sasniedzamai 7 dienu laikā.
- 2.5. Sekundāro aprūpi psihiatrs veic pamatā ambulatori, sievieti stacionējot tikai izteikta apdraudējuma viņas vai bērna veselības gadījumā.
- 2.6. Sadarbību ar sievietes ārstējošo psihiatru ir jāuztur grūtnieces ārstējošajam ginekologam. Ar grūtnieces atļauju ir jālūdz viņas ārstējošā psihiatra vārds, uzvārds un kontaktārunis. Tāpat ir arī jālūdz atļauja šo informāciju dokumentēt Mātes pasē gadījumam, ja sieviete ir nokļuvusi kādā stacionārā neatliekamā kārtā un ir nepieciešams sazināties ar viņas ārstējošo psihiatru.

Sadarbības ietvaros psihiatram ir rakstiski jālūdz informācija par:

- Sievietei ordinēto medikamentozo terapiju un turpmāko farmakoterapijas plānu.
- Vai ir izstrādāts/vai tiek plānots izstrādāt "Saskaņotais plāns".
- Iespējamos grūtnieces veselības sarežģījumus, tai skaitā grūtniecības norises sarežģījumus sievietes psihiskā stāvokļa iespaidā.
- Iespējamos grūtnieces un augļa veselības sarežģījumus, tai skaitā grūtniecības norises sarežģījumus saņemtās farmakoterapijas iespaidā.
- Saņemtā informācija ir jādokumentē Mātes pasē.
- Rakstiskai saziņai ar psihiatru ir jānotiek jebkuras nepieciešamības gadījumā, kādu izmaiņu sievietes grūtniecības norisē (no ginekologa puses) vai farmakoterapijas gadījumā (no psihiatra puses), bet ne retāk, kā vienu reizi 2 mēnešos.

3. Novērošana.

Ginekologa kompetence. Ambulatori. Pirmajā skrīningvizītē, stājoties grūtniecības uzskaitē, tiek izvērtēts sievietes psihoemocionālais stāvoklis un riski.

Novērošana turpinās turpmāk katras valsts noteiktās vai ārpuskārtas vizītes pie ginekologa laikā (vismaz vienu reizi 4 nedēļu laikā) līdz dzemdībām. Šobrīd šīm grūtniecēm nav nepieciešama medikamentozā terapija vai strukturēta psiholoģiskā intervence.

3.1. Šajā kategorijā ir tās grūtnieces, kurām pēc skrīningizvērtējuma pirmajā vizītē:

3.1.1. Netiek konstatēti iepriekš pastāvoši psihiski traucējumi

- 3.1.2. Neuzrādās neviens no riska faktoriem.
- 3.1.3. Ja PHQ-2 ir mazāk par 2 un PHQ-9 kopējais vērtējums ir mazāk par 0-4 (depresijas pašlaik nav).
- 3.2. Katrā grūtniecības rutīnas vai ārpuskārtas vizītē ir jāatkārto izvērtējums ar PHQ-2 un PHQ-9. (skatīt sīkāk atbilstošajā algoritmā).
- 3.3. Ja PHQ-2 punktu skaits ir 2 un vairāk un PHQ-9 punktu skaits pārsniedz 4, turpmākajā jāseko KC 5. punktā minētajam.

4. Zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai subklīniska vai viegla depresija vai trauksme.

Ginekologa kompetence. Ambulatori. Pirmajā skrīningvizītē stājoties grūtniecības uzskaitē.

Šajā kategorijā būs grūtnieces, kuras izjautājot pacienti pirmajā skrīningvizītē:

- 4.1. Neuzrādīja nevienu no paaugstināta psihisko traucējumu riska faktoriem, tai skaitā, kuras neslimo un nekad nav slimojušas ar psihisku saslimšanu (skat.atb.algoritma punktu)
- 4.2. Un, kuras izvērtējot ar PHQ-2 un PHQ-9:
 - PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk
 - PHQ-9 ir 0-9

Šīs grūtnieces ginekologam ir jānosūta īslaicīgajai psiholoģiskajai konsultēšanai (skt.5.p.).

5. Novērošana un īslaicīgā psiholoģiskā konsultēšana.

Ginekologa kompetence. Ambulatori. Ginekologs grūtnieci, kurai ir indicēta un, kura vēlas saņemt īslaicīgo psiholoģisko konsultēšanu (skat.p.4), nosūta psiholoģiskajai konsultēšanai, sniedzot arī noteikto centru un speciālistu kontaktdatus. Konsultācijas realizē noteiktajā metodē sertificēts klīniskais psihologs vai psihoterapeits. **Konsultācijas šobrīd nav pieejamas valsts apmaksātā programmā grūtniecēm**, bet tas būtu nepieciešams. Pašvaldībās ir iespējams lūgt sociālā dienesta palīdzību konsultāciju apmaksāšanai. Konsultācijas ir nelielā apjomā ir iespējamas arī psihiatrisko stacionāru dienas stacionāros.

Nosūtot grūtnieci pie speciālista, ginekologs izsniedz nosūtījumu ar pašreizējā psihiskā stāvokļa izvērtējuma datiem (t.sk.skalu rezultāti), riska faktoru izvērtējuma rezultātiem un svarīgākajiem psihiatriskās un ginekoloģiskās anamnēzes datiem.

Katras grūtniecības novērošanas vizītes pie ginekologa laikā, vismaz vienu reizi 4 nedēļās, tiek izvērtēts sievietes psihiskais stāvoklis, kā minēts zemāk (p.5.3.,5.4.).

Īslaicīgās psiholoģiskās konsultēšanas un atbalsta tikšanās (1-4 sesijas), psihosociālā intervence. Klīniskā psihologa vai psihoterapeita kompetencē. Ambulatori.

Konsultācijas šobrīd nav pieejamas valsts apmaksātā programmā grūtniecēm, bet tas būtu nepieciešams. Pašvaldībās ir iespējams lūgt sociālā dienesta palīdzību

konsultāciju apmaksāšanai. Konsultācijas ir nelielā apjomā ir iespējamas arī psihiatrisko stacionāru dienas stacionāros.

- 5.1. Nosūtīt grūtnieci pie speciālista, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem.
- 5.2. Katrā vizītē pacienti izvērtēt ar PHQ-2 un PHQ-9 skalu, lai novērtētu, vai psihiskais stāvoklis nepasliktinās.
- 5.3. Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.

Traucējumi 4 nedēļu laikā nemazinās.

Ginekologa kompetence. Ambulatori.

- Katrā vizītē pacienti izvērtēt ar PHQ-9 skalu. Punktu skaits nesamazinās, to salīdzinot ar PHQ-9 anketas rezultātiem iepriekšējā vizītē
- Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.

Ginekologam ir jāpiedāvā sievieti nosūtīt intensīvās strukturētās psiholoģiskās intervences saņemšanai (skat.p.6).

6. Intensīva strukturēta psiholoģiskā intervence.

Ginekologs nosūta psiholoģiskajai intervencei. Konsultācijas realizē noteiktajā metodē sertificēts klīniskais psihologs vai psihoterapeits. **Konsultācijas šobrīd nav pieejamas valsts apmaksātā programmā grūtniecēm**, bet tas būtu nepieciešams. Pašvaldībā ir iespējams lūgt sociālā dienesta palīdzību konsultāciju apmaksāšanai. Konsultācijas ir nelielā apjomā ir iespējamas arī psihiatrisko stacionāru dienas stacionāros.

- 6.1. Nosūtīt grūtnieci pie speciālista, ginekologs izsniedz nosūtījumu ar pašreizējā psihiskā stāvokļa izvērtējuma datiem (t.sk. skalu rezultāti), riska faktoru izvērtējuma rezultātiem un svarīgākajiem psihiatriskās un ginekoloģiskās anamnēzes datiem.
- 6.2. Vēlams, ka turpmākā terapija un konsultēšana tiek veikta pie tā paša psihologa vai psihoterapeita, pie kura grūtniece saņēma arī īslaicīgo psiholoģisko konsultēšanu - ja attiecīgajam speciālistam ir nepieciešamā kvalifikācija un viņš ir pieejams.

6.3.Kognitīvi biheiviorālā psihoterapija (KBT) vai interpersonālā terapija (ITP), klīniskā psihologa vai psihoterapeita kompetencē.

6.4.Nosūtot grūtnieci pie speciālista, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem.

6.5.Visa veida palīdzībai ir jābūt valsts apmaksātā programmā un sasniedzamai nedēļas laikā.

Traucējumi 4 nedēļu laikā nemazinās.

Ginekologa kompetence. Ambulatori.

- Katrā vizītē pacienti izvērtēt ar PHQ-9 skalu. Punktu skaits nesamazinās, to salīdzinot ar PHQ-9 anketas rezultātiem iepriekšējā vizītē
- Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.

Traucējumiem 4ned.laikā un, saņemot intensīvo strukturēto psiholoģisko intervenci, nemazinoties, apsverama ir framakoterapija (skat.8.p.).

7. Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās vai jaunu psihisku traucējumu pazīmju pievienošanās. Ginekologa kompetence. Ambulatori.

7.1.Mērķtiecīgi izjautāt sievieti par noteiktu neparastu sajūtu attīstību un trauksmes pastiprināšanos.

7.2.Punktu skaits nesamazinās vai pieaug, to salīdzinot ar PHQ-9 anketas rezultātiem iepriekšējā vizītē

7.3.Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra – vēlākais 3 dienu laikā.

7.4.Paškaitēšanas/pašnāvības plānu gadījumā, sieviete ir neatliekami stacionējama psihiatriskā slimnīcā.

Konstatējot kādu no šīm pazīmēm vai PHQ-9 punktu skaitam pārsniedzot 9, sieviete ir nosūtāma sekundārai terapijai pie psihiatra - Skat.KC.2.punktu.

8. Apsvērt farmakoterapijas pievienošanu.

Ginekologa kompetence. Ambulatori. Skat.tā izvērtēšanu algoritmā – “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, grūtniecības laikā” 8.,9.punktos.

9. Farmakoterapijas pievienošana depresijas gadījumā.

Ginekologa kompetence. Ambulatori. Skat.tā izvērtēšanu algoritmā – “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, grūtniecības laikā” 8.,9.punktos.

Ginekologa kompetencē ir vieglas un vidēji smagas bez komorbīdiem traucējumiem un paaugstinātiem stāvokļa pasliktināšanās riskiem (augstāk aprakstītie paaugstināta riska faktori) depresijas epizodes sākotnēja farmakoloģiska terapija.

9.1.Grūtniece ir jānovēro regulārās vizītēs, ne retāk kā vienu reizi 2 nedēļās.

9.2.Katrā vizītē pacienti izvērtēt ar PHQ- 2 un PHQ-9 skalu, lai izvērtētu, vai psihiskais stāvoklis nepasliktinās. Psihiskajām stāvoklim pasliktinoties vai jebkādu šaubu par farmakoterapiju gadījumā, sievieti nepieciešams nosūtīt konsultācijai pie psihiatra (7dienu laikā), skat.KC2.punktu.

9.3.Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra.

9.4.Terapijas neefektivitātes gadījumā (to izvērtējot pēc 3-4ned.), sieviete nosūtāma pie psihiatra sekundārajai palīdzībai.

10. Farmakoterapijas pievienošana sekundārās psihiatriskās palīdzības ietvaros.

Psihiatra kompetence. Ambulatori. Skat.tā izvērtēšanu algoritmā – “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, grūtniecības laikā” 8.,9.punktos un 2.punktu.

Ginekologs – izvērtējot sievietes psihisko stāvokli, tai skaitā, pozitīvas dinamikas, saņemot intensīvo psiholoģisko palīdzību, iztrūkumu, nosūta sievieti pie psihiatra.

Nosūtot grūtnieci pie speciālista, šai gadījumā psihiatra, būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību, ar speciālistu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem. Palīdzībai ir jābūt sasniedzamai 7 dienu laikā.

Indikācijas:

- 5.1. Vidēji smagas/smagas depresijas ar komorbīdu ģeneralizētu trauksmi, un/vai tai pievienojušos panikas vai obsesīvi kompulsīviem traucējumiem (OCT) gadījumā
- 5.2. Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās/nelabošanās vai jaunu psihisku traucējumu pazīmju pievienošanās gadījumā.
- 5.3. Jebkuru šaubu par grūtnieces psihiskajiem traucējumiem nepieciešamo terapiju un grūtnieces psihoemocionālo aprūpi gadījumā.
- 5.4. Skat. Algoritmu: “Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana, t.sk. farmakoterapija, grūtniecības laikā” 2.punktu.

11. Medikamentu devu samazināšana vai atcelšana, tuvojoties dzemdību laikam.

Ginekologa un psihiatra kompetence. Ambulatori. Skat.atb.algoritmu.

11.1. Sākot no 34./36.gr.ned. medikamentu devas, pakāpeniski titrējot, samazināt līdz zemākajai drošajai devai vai atcelt.

11.2. Titrēšanas “pakāpiens” sertralinam ir 12,5mg jeb ¼ no 50mg tabletes/nedēļā.

12. Novērot zīdāini un māti pirmajās nedēļās pēc dzemdībām.

Ģimenes ārsta kompetence. Ambulatori. Skat. Atb.algoritmā. Novērošanas biežums valsts noteiktajā kārtībā.

Par psihisko traucējumu riska attīstības izvērtēšanu skatīt algoritmā par ārstēšanu postnatālajā periodā.