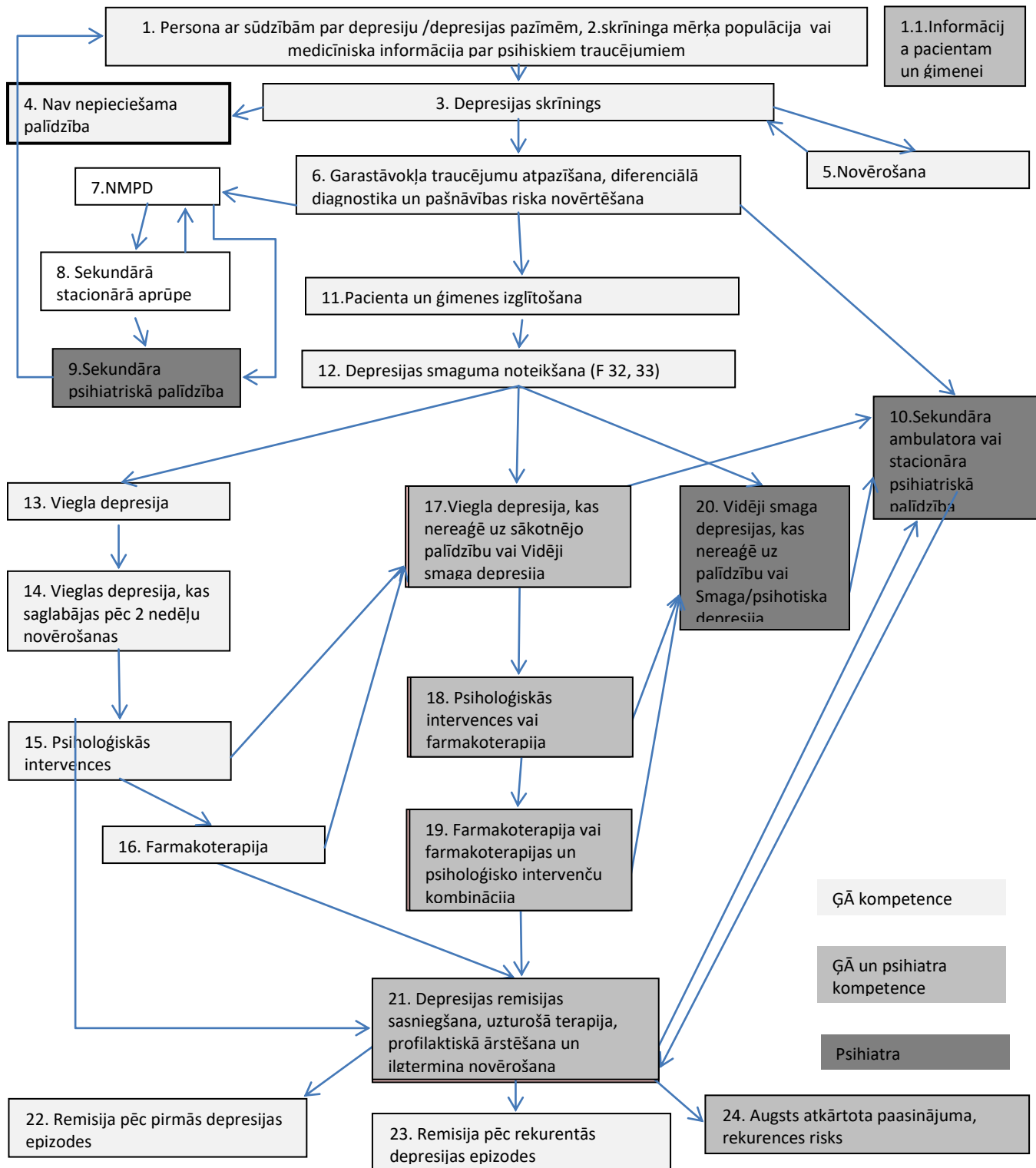


# Kliniskais ceļš

## Depresija primārajā aprūpē atpazīšana, vadišana, ārstēšana un aprūpe



Autors psihiatrs prof.Elmārs Rancāns

Darba grupa psihiatra Elmāra Tērauda un psihiatra prof.Elmāra Rancāna vadībā: psihiatrs Ņikita Bezborodovs, psihiatrs Aigars Kišuro, ģimenes ārste Līga Kozlovska, neirologs Ainārs Stepens, ģimenes ārsts Edgars Tirāns, klīniskā psiholoģe prof.Ieva Bite, psihiatrs prof. Māris Taube

## **Primārās aprūpes līmenis. Ārstēšana notiek ambulatori. Visas zemāk minētās darbības veic/ organizē ģimenes ārsts, ja nav norādīts citādi**

### **1. Persona ar sūdzībām par depresiju/depresijas pazīmēm:**

- 1.1. Pēdējā mēneša laikā ir juties grūtsirdīgs, nomākts vai bezcerīgs
- 1.2. Bija samazinātas intereses par lietām un darbībām, kas agrāk sagādāja gandarījumu

### **2. Skrīninga mērķa populācija – pacienti ar sekojošiem simptomiem:**

Persona, kura apmeklē Ģimenes ārstu ar sūdzībām par depresiju, no skrīninga mērķpopulācijas vai pacients, par kuru pēdējo 3 mēnešu laikā ir parādījusies jauna medicīniska informācija par psihiskiem traucējumiem (nosūtījumi, izraksti, epikrīzes utt.)

### **3. Depresijas skrīnings**

Jautājumus uzdod ĢĀ / māsa vai pacients aizpilda pašaptaujas anketas **Patient Health Questionnaire- 9 (PHQ-9)** primos divus punktus Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), kuru var izsniegt māsa.

Ja PHQ-2 vērtējums 2 un vairāk, aizpilda atlikušos 7 jautājumus. Pašnovērtēšanas tests elektroniskai aizpildīšanai atrodams <http://www.depresija.lv/>

### **4. Nav nepieciešama palīdzība**

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir mazāks par 4 depresijas pašlaik nav. Pacientam palīdzība nav nepieciešama.

### **5. Novērošana**

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 5-7 depresijas pašlaik nav, taču ĢĀ novērtējums jāatkārto pēc 1 mēneša.

### **6. Garstāvokļa traucējumu atpazīšana, diferenciālā diagnostika, smaguma un riska novērtēšana**

Ja PHQ-9 kopējais vērtējums ir 8+ tad pašlaik ir depresijas simptomi. Ģimenes ārsts veic pacienta diagnozes precizēšanu un smaguma izvērtēšanu **ĢĀ kompetences ietvaros**.

Jāveic rūpīga diagnostika, lai atpazītu garstāvokļa traucējumus un novērtētu to smagumu – depresijas epizode, rekurenti depresīvi traucējumi, bipolāri afektīvi traucējumi, depresija komorbīda ar trauksmi, depresijas atkarību izraisošu vielu lietošanas, organisku psihisku vai somatisku saslimšanu gadījumā, depresijas antenatālajā periodā un 12 mēnešu laikā pēc dzemdībām.

Aizdomu gadījumā par citiem psihiskiem traucējumiem, **ĢĀ organizē pacientam psihiatra konsultāciju 2 nedēļu laikā** (10.punkts).

ĢĀ **pašnāvības risks** ir jāizvērtē katrā tikšanās reizē ar pacientu.

## **7. NMPD**

Augsta pašnāvību riska, pašnāvības mēģinājuma vai paškaitējuma gadījumā **ĢĀ nekavējoties** jāziņo NMPD tel. 113 un jāorganizē pacienta stacionēšana reģionālajā psihiatriskajā stacionārā - pašnāvības riska novērtēšanai un/vai depresijas ārstēšanai, vai stacionēšana somatiskajā stacionārā neatliekamas medicīniskas palīdzības sniegšanai (intoksikācija ar medikamentiem, traumas u.c.).

## **8. Sekundārā stacionārā aprūpe**

Sniedz neatliekamu medicīnisko palīdzību – dzīvības funkciju uzturēšanu, dezintoksikāciju, traumatoloģisku palīdzību utt. Pēc somatiskā stāvokļa stabilizēšanas sekundārā stacionārā aprūpē, **stacionārs organizē psihiatra konsultāciju**, lai izvērtētu tālākās psihiatriskās palīdzības sniegšanas veidu un pacienta nogādāšanu psihiatriskā stacionārā vai nosūtīšana ambulatorai psihiatriskai ārstēšanai. Pacienta pārvešanai uz psihiatrisko stacionāru var tikt iesaistīts NMPD.

## **9. Sekundāra psihiatriskā palīdzība**

NMPD vai sekundārās stacionārās aprūpes piesaistītais psihiatrs vai ārsts nosūta pacientu diagnozes precizēšanai un specifiskas palīdzības organizēšanai atbilstoši pamata diagnozei, kura var tikt organizēta ambulatori, specializētos centros/programmās, dienas vai psihiatriskos stacionāros.

Ambulatorās psihiatru prakses – <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/ambulatoras-iestades-un-arsti-specialisti>

Psihiatriskie stacionāri:

Rīga – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, <http://www.rpnc.lv/>

Jelgava – Slimnīca “Ģintermuiža”, <http://www.gintermuiza.lv>

Strenči - Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Daugavpils – Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Liepāja - Piejūras slimnīcas , Psihiatriskā klīnika, <http://piejurasslimnica.lv/lv/kontakti/lapa/visi-kontakti>

Pēc ārstēšanas kursa pacients atgriežas aprūpei ĢĀ uzraudzībā

## **10. Sekundāra ambulatora, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāra psihiatriskā palīdzība**

Ar Ģimenes ārsta nosūtījumu pacients jānosūta konsultācijai pie psihiatra uz ambulatoro, dienas stacionāra, specializēta centra vai stacionāro psihiatrisko aprūpi, atbilstoši pamata saslimšanai:

Ambulatorās psihiatru prakses – <http://www.vmnvd.gov.lv/lv/veselibas-aprupes-pakalpojumi/ambulatoras-iestades-un-arsti-specialisti>

Psihiatriskie stacionāri:

Rīga – Rīgas psihiatrijas un narkoloģijas centrs, <http://www.rpnc.lv/>

Jelgava – Slimnīca “Ģintermuiža”, <http://www.gintermuiza.lv>

Strenči - Strenču psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Daugavpils – Daugavpils psihoneiroloģiskā slimnīca, <https://strencupns.lv/lv/>

Liepāja - Piejūras slimnīcas , Psihiatriskā klīnika, <http://piejurasslimnica.lv/lv/kontakti/lapa/visi-kontakti>

## **11.Pacienta un ģimenes izglītošana**

Pacienta un ģimenes locekļu **izglītošanu par depresiju** veic ĢĀ vai māsa.

Papildus informatīvi resursi <http://www.nenoversies.lv/>, <http://www.depresija.lv/>

## **12.Depresijas smaguma noteikšana**

ĢĀ veic depresijas smaguma izvērtēšanu atbilstoši **SSK-10 diagnostiskajiem kritērijiem**. Depresijai izšķir 3 smaguma pakāpes – viegla, vidēji smaga un smaga depresijas epizode.

## **13.Viegla depresija**

ĢĀ pārrunāt iespējamās dzīves/sadzīves problēmas, uzlabot miega higiēnu, izglītot par depresiju, paralēlu trauksmes simptomu gadījumā, sākumā fokusēties uz depresiju, vienoties par tikšanos pēc 2 nedēļām.

## **14.Vieglas depresija, kas saglabājas pēc 2 nedēļu novērošanas**

Ja sūdzības nemazinās vai nepāriet, tad ĢĀ iesaka pacientam pieejamās psiholoģiskās intervences

## **15.Psiholoģiskās intervences (PI)**

**ĢĀ rekomendē zemas intensitātes PI . Valsts pašreiz neapmaksā.** Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām sesijām. Tām jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls –klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Fiziskās aktivitātes grupā var vadīt fizioterapeiti.

ĢĀ pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## **16.Farmakoterapija**

ĢĀ terapiju uzsāk ar 1.izvēles antidepresantu (LPA Vadlīnijas, 2015). ĢĀ var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Atkārtotā vizīte pēc 2 nedēļām un tad reizi mēnesī. ĢĀ pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## **17.Viegla depresija, kas nereaģē uz sākotnējo palīdzību vai Vidēji smaga depresija**

Ja 4-8 nedēļu laikā pacienta depresijas simptomu smagums nav samazinājies par vairāk kā 25-50 % no sākotnējā (PHQ-9), vai depresija ir vidēji smaga, jāuzsāk intensīvāka ārstēšana.

**Ja ĢĀ ir pietiekama izglītība un pieredze šādu pacientu ārstēšanai, tad viņš var turpināt pacienta vadību.**

**Ja ne, pacients ir jānosūta uz konsultāciju pie psihiatra 2 nedēļu laikā.** Palīdzību var organizēt ambulatori, dienas stacionārā / stacionārā vai specializētā depresiju centrā.

## **18.Psihologiskās intervences vai farmakoterapija**

**Psihiatrs rekomendē Augstas intensitātes PI** (ja nelīdz zemas PI, ja ir risks attīstīties smagai depresijai, ja nevēlas zemas intensitātes PI, ja nevēlas AD). **Valsts pašreiz neapmaksā.** Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – klīniskie psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki. Palīdzību plāno ieviest pie reģionā psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos. Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Ģimenes ārsts vai psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantiem (LPA Vadlīnijas, 2015) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Atkārtotas vizītes ik 2-4 nedēļas. Ārsts pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

## **19.Farmakoterapija vai farmakoterapijas un psiholoģisko intervenču kombinācija**

Psihiatrs uzsāk farmakoterapiju ar 1.izvēles vai 2.izvēles antidepresantu (LPA Vadlīnijas, 2015) atkarībā no iepriekšējās terapijas pieredzes. **Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Atkārtotas vizītes ik 2-4 nedēļas. Psihiatrs pēc 4-8 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu.

Psihiatrs var rekomendēt farmakoterapijas un Augstas intensitātes PI kombinēšanu ( **Valsts pašreiz neapmaksā**). Ieteikums iekļaut apmaksai pusi no plānotajām konsultācijām. Tam jāpiesaista papildus speciāli apmācīts personāls – psihologi, mākslas terapeiti, māsas, sociālie darbinieki.

Palīdzību plāno ieviest pie reģionā psihiatru praksēm, psihiatrisko dienas stacionāru un stacionāru multiprofesionālo komandu sastāvos.

Psihiatrs pēc 8-10 nedēļām izvērtē kopējo terapijas efektivitāti, lemj par tālāko ārstēšanu. Vai kombinē iepriekš minēto AD terapiju ar augstas intensitātes psiholoģiskām intervencēm. Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos stacionāros.

## **20. Vidēji smaga depresija, kas nereaģē uz palīdzību vai Smaga/psihotiska depresija**

**Psihiatru kompetencē. Pacientam var tikt izrakstīti kompensējamie medikamenti.** Ārstēšana var tikt organizēta psihiatrijas dienas stacionāros, specializētos centros vai reģionālos psihiatriskajos stacionāros.

## **21. Depresijas remisijas sasniegšana, uzturošā terapija, profilaktiskā ārstēšana un ilgtermiņa novērošana**

Ārstēšana notiek ambulatori. Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8.

Ja palīdzēja psiholoģiskās intervences, uzturošā terapija ir jāturpina ar 3-4 psiholoģiskām intervencēm turpmāko 3-6 mēnešu laikā. Terapijas kopējo efektivitāti izvērtē ārsts pēc 8-10 nedēļām.

Ārstam jāturpina farmakoterapija ar antidepresantiem tādā pašā AD devā nākamo 4-6 mēnešus. Vizītes reizi mēnesī.

Ja pacients saņēmis intensīvu terapiju sekundārajā līmenī un ir sasniegta remisija, ĢĀ var turpināt psihiatra rekomendēto uzturošo terapiju, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi mēnesī novērot pacientu un vajadzības gadījumā koriģēt uzturošo terapiju.

Pirms lēmuma pieņemšanas par terapijas pārtraukšanu, ārstam jāveic pacienta stāvokļa novērtēšana ar PHQ-9.

## **22. Remisija pēc pirmās depresijas epizodes**

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizītes reizi 1-1.5 mēnešos. Ārsti var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Ja pēc 4-6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta un speciāla uzraudzība nav nepieciešama.

## **23. Remisija pēc rekurentās depresijas epizodes**

Depresija uzskatāma par sasniegusi remisiju, kad PHQ-9 vērtējums ir zem 8. Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. Ārsti var izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus. Ja pēc 4-6 mēnešu ārstēšanas kursa pacients visu laiku ir remisijā, tad epizode skaitās izārstēta.

Ārsts izvērtē iepriekšējo epizožu skaitu, reziduālos simptomus, blakus esošas fiziskās veselības problēmas un psihosociālās grūtības.

Pacientus, kuriem pēc psihiatra konsultācijas indicēta profilaktiskā terapija (> 2 depresijas epizodes anamnēzē), terapijas ilgums 2 gadi (LPA Vadlīnijas, 2015), var **uzraudzīt ĢĀ**, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizītes reizi 1-1.5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.

## **24. Augsts atkārtota paasinājuma, rekurences risks**

Ja pacientam ir augsts atkārtotu paasinājumu risks vai vairāk kā 2 depresijas epizodes anamnēzē, 2 gadu garumā tiek turpināta **psihiatra nozīmētā** profilaktiska terapija ar antidepresantiem, antidepresantu augmentētā terapija vai individuālā KBT (Valsts pašreiz neapmaksā, Latvijas

psihiatru asociācijas ieteikums iekļaut apmaksai visas konsultācijas), ja paasinājums noticis uz antidepresantu terapijas fona, vai neskatoties uz AD ārstēšanu pastāv reziduāli simptomi. Pacientu ambulatori var uzraudzīt ĢĀ, izrakstīt Valsts kompensētos medikamentus, reizi gadā nodrošinot atkārtotu psihiatra novērtējumu. Ambulatoras vizīte reizi 1-1.5 mēnešos. Reizi gadā pacientu stāvokli novērtēt ar PHQ-9.