

“Pakalpojumu nodrošināšana grūtniecei ar grūtniecības laikā pirmo reizi identificētām 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 laikā.

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).

Mērķtiecīgi izjautāt sievieti, identificējot esošās 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.
- 1.1.2. 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).

Mātes pasē tiek dokumentēts:

- Tas, ka sieviete novērojas vai ārstējas pie psihiatra (ar sievietes atļauju arī ārstējošā ārsta vārds, uzvārds un tālruna numurs);
- Augsts psihisko traucējumu attīstības risks (skat.KC 2.punktu);
- 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 (BAT) 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.

3. Nav nepieciešama tūlītēja palīdzība.

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

- 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 psihisko traucējumu 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.

Novērošana turpinās turpmāk katras valsts noteiktās vai ārpuskārtas vizītes pie ginekologa laikā (vismaz vienu reizi 4 nedēļu laikā) līdz dzemdībām.

4. Aktīvā novērošana.

Ginekologa kompetence. Ambulatori.

- 4.1. Katrā antenatālās aprūpes rutīnas vai ārpuskārtas vizītē (vismaz vienu reizi 4 nedēļu laikā) jāizjautā:

- 4.1.1. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat jutusies skumja, nomākta vai bezcerīga?
 - 4.1.2. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat zaudējusi interesi un prieku par lietām, kuras iepriekš ir iepriecinājušas vai interesējušas?
 - 4.1.3. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat izjutusi nemieru, trauksmi, sasprindzinājumu vai nemotivētas bailes?
 - 4.1.4. Vai pēdējā mēneša laikā Jūs esat jutusies tik nemierīga, ka bija grūtības atslābt?
- 4.2. Ja uz kādu no šiem jautājumiem sieviete ir atbildējusi apstiprinoši, viņai jājautā par to, vai viņa vēlētos saņemt konsultācijas pie klīniskā psihologa. Apstiprinošas atbildes gadījumā viņa ir jānosūta pie klīniskā psihologa īslaicīgai (1-4 sesijas) atbalsta vai kognitīvi biheiviorālai terapijai. **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. Speciālistam (klīniskajam psihologam) jābūt sasniedzamam 2 nedēļu laikā.
- 4.3. Būtiski ir rakstiski sniegt noteiktus kontaktus, kur rast palīdzību ar klīnisko psihologu vārdiem/palīdzības centru nosaukumiem un telefona numuriem, tādējādi veicinot sievietes vēršanos pie šiem speciālistiem.
- 4.4. Tāpat jau šajā etapā ir vēlams uzsākt sievietes ģimenes, partnera iesaistīšana drošas un atbalstošas sistēmas izveidošanai:
- Izjautāt sievieti par viņai pieejamo atbalsta vidi – partnerattiecības, paplašinātā ģimene (vecāki, māsās/brāļi, vecvecāki utt.)
 - Pārrunāt ar grūtnieci, kurus ģimenes locekļus viņa vēlētos savā atbalsta vidē, izrunātu iespēju viņus piesaistīt.
 - Pārrunāt ar piesaistītajiem ģimenes locekļiem ar jauno ģimenes sistēmas maiņu saistītos jautājumus – ieskaitot viņu sajūtas un viņu redzējumu par nākotni un gaidāmajiem “izaicinājumiem”.
 - Veicināt emocionāli izprotoša dialoga un attiecību veidošanos starp grūtnieci un viņas tuviniekiem.
 - Nepieciešamības gadījumā (ja ārstējošajam ginekologam nav iespējas veidot šo sadarbību), piesaistāms ir klīniskais psihologs - sniedzot grūtniecei un viņas ģimenei psihoedukatīvu un atbalsta konsultēšanu (3-5 sesijas) **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.

Katrā grūtniecības rutīnas vai ārpuskārtas vizītē ir jāatkārto izvērtējums ar PHQ-2 un PHQ-9.

Ja PHQ-2 punktu skaits ir 2 un vairāk un PHQ-9 punktu skaits pārsniedz 4, sieviete jānosūta īslaicīgajai psiholoģiskajai konsultēšanai.

5. **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:

- 5.1. Neuzrādīja nevienu no paaugstināta psihisko traucējumu riska faktoriem (skat KC 2.punktu);
- 5.2. Kuras neslimo un nekad nav slimājušas ar hronisku psihisku saslimšanu;
- 5.3. Grūtnieces, kurām ir bijuši subklīniski/viegli izteikti garastāvokļa traucējumi vai trauksme iepriekšējo grūtniecību un/vai pēcdzemdību perioda laikā, bet, kuras nav saņēmušas specifisku terapiju ar psihotropiem medikamentiem
- 5.4. Neplānota vai nevēlama grūtniecība.
- 5.5. Pusaudžu grūtniecība.
- 5.6. Iepriekšējo (ja šī nav pirmā) grūtniecību apgrūtināta norise, piem., *missed abortion*, subjektīvi vai objektīvi smaga dzemdību vai pēcdzemdību perioda norise.
- 5.7. Psihoemocionāli traucējumi sievietes mātei/māsai/vecmāmiņai grūtniecības vai pēcdzemdību laikā (bet ne hroniskas psihiskas saslimšanas, obsesīvi kompulsīvie traucējumi (OCT), šizoafektīvie traucējumi vai šizofrēnija).
- 5.8. Jebkad iepriekš dzīves laikā pārciesta fiziska, emocionāla vai seksuāla vardarbība. Pārciestās vardarbības sekas ir izvērtējamas gan tiešā veidā ar posttraumatiskā sindroma pazīmju noteikšanu, gan izvērtējot sievietes kā personības attīstības traucējumus pārciestās vardarbības rezultātā.
- 5.9. Apgrūtināti sadzīves apstākļi – finansiāla nedrošība, trūkums, stabilas dzīves vietas trūkums u.c., citi ar sociālo stresu un nedrošību saistīti apstākļi, piem., bēgļa gaitas.
- 5.10. Emocionāli nelabvēlīgas attiecības ar partneri (vīrs, civilvīrs, bērna tēvs), vientuļās mātes, sievietes paplašinātās ģimenes (vecāki, māsas, brāļi utml.) atbalsta trūkums.
- 5.11. Un, kuras izvērtējot ar PHQ-2 un PHQ-9 uzrāda subklīniskas vai vieglas depresijas pazīmes:
 - PHQ-2 summa ir 2 vai vairāk
 - PHQ-9 ir 0-9

Grūtniecēm, kurām ir noteikts zems vai vidējs riska faktoru profils un/vai subklīniska vai viegla depresija un trauksme ir jāsaņem ginekologa realizētā aktīvā novērošana.

Ja PHQ-2 punktu skaits ir 2 un vairāk un PHQ-9 punktu skaits pārsniedz 4, sieviete jānosūta īslaicīgajai psiholoģiskajai konsultēšanai.

6. Īslaicīgā psiholoģiskā konsultēšana.

Ginekologa kompetence. Ambulatori. Konsultēšanu realizē metodē sertificēts klīniskais psihologs vai psihoterapeits.

6.1. Ginekologs grūtnieci nosūta psiholoģiskajai konsultēšanai, sniedzot arī noteikto centru un speciālistu kontaktdatus. Konsultācijas realizē noteiktajā metodē sertificēts klīniskais psihologs vai psihoterapeits.

6.1. Nosūtīt grūtnieci pie specialista, 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. Īslaicīgā psiholoģiskā konsultēšana norit strukturētā atbalsta psihoterapijas vai kognitīvi biheiviorālās psihoterapijas metodēs (1-4 sesijas), nepieciešamības gadījumā veicot arī ģimenes sesijas **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..

6.3. Katrā vizītē pie ginekologa pacienti izvērtēt ar PHQ-2 un PHQ-9 skalu, lai novērtētu, vai psihiskais stāvoklis nepasliktinās.

6.4. Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, īpaši pusaudžu grūtniecības gadījumā, 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
- Ja, izvērtējot pacientes psihisko stāvokli, tas nav uzlabojies, sieviete ir jānosūta intensīvās strukturētās psiholoģiskās intervences saņemšanai.
- Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošanu, īpaši pusaudžu grūtniecības gadījumā, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra (vēlākais 3 dienu laikā), skat.KC 2.punktu.
- Paškaitēšanas/pašnāvības plānu gadījumā, īpaši pusaudžu grūtniecības gadījumā, sieviete ir neatliekami stacionējama psihiatriskā slimnīcā.

7. Intensīva strukturēta psiholoģiskā intervence.

Ginekologs nosūta psiholoģiskajai intervencei. Konsultācijas realizē noteiktajā metodē sertificēts klīniskais psihologs vai psihoterapeīts. **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.

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

7.2. 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.

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

7.4. 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.

7.5. 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
- Ja, izvērtējot pacientes psihisko stāvokli, tas nav uzlabojies, sieviete ir jānosūta intensīvās strukturētās psiholoģiskās intervences saņemšanai.
- Katrā vizītē izjautāt sievieti par paškaitēšanas idejām un pašnāvības domām/plāniem. Konstatējot domas par pašnāvību vai pašievainošānu, īpaši pusaudžu grūtniecības gadījumā, sieviete ir nosūtāma neatliekamai konsultācijai pie psihiatra (vēlākais 3 dienu laikā), skat.KC 2.punktu.
- Paškaitēšanas/pašnāvības plānu gadījumā, īpaši pusaudžu grūtniecības gadījumā, sieviete ir neatliekami stacionējama psihiatriskā slimnīcā.

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

- 8.1. Mērķtiecīgi izjautājot sievieti, iegūst datus par noteiktu neparastu sajūtu attīstību un trauksmes pastiprināšanos (skat. Algoritma "Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana t.sk. farmakoterapija grūtniecības laikā" 7.1. punktu)
- 8.2. Punktu skaits ievērojami pieaug, to salīdzinot ar PHQ-9 anketas rezultātiem iepriekšējā vizītē
- 8.3. 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.
- 8.4. Paškaitēšanas/pašnāvības plānu gadījumā, īpaši pusaudžu grūtniecības gadījumā, sieviete ir neatliekami stacionējama psihiatriskā slimnīcā.
- 8.5. Konstatējot kādu no šīm pazīmēm vai PHQ-9 punktu skaitam pārsniedzot 9, sieviete ir nosūtāma sekundārai terapijai pie psihiatra - Skat.KC.2.punktu.

9. Farmakoterapijas pievienošana vieglas vai vidēji smagas depresijas gadījumā.

Ginekologa kompetence. Ambulatori. Skat. Algoritma "Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana t.sk. farmakoterapija grūtniecības laikā" 9.punktu.

Ginekologa kompetencē ir vieglas un vidēji smagas bez komorbīdiem psihiskiem traucējumiem (panika, ģeneralizēta trauksme, obsesīvi kompulsīvi traucējumi (OCT), ēšanas traucējumi, uzvedības traucējumi ar impulsivitāti u.c.) un paaugstinātiem psihiskā stāvokļa pasliktināšanās riskiem (augstāk KC 2.punktā 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, skat.KC 2.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 (3dienu laikā).
- 9.4. Konstatējot pastāvīgas domas par paškaitēšanu/pašnāvību un pašnāvības plānus, īpaši pusaudžu grūtniecības gadījumā, grūtniece ir stacionējama.
- 9.5. 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. Algoritmu "Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana t.sk. farmakoterapija grūtniecības laikā".

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.

10.1. Indikācijas:

10.1.1. Vidēji smagas/smagas depresijas ar komorbīdu ģeneralizētu trauksmi, un/vai tai pievienojušos panikas vai obsesīvi kompulsīviem traucējumiem (OCT) gadījumā

10.1.2. Pusaudžu grūtniecība.

10.1.3. Psihiskā stāvokļa pasliktināšanās/nelabošanās vai jaunu psihisku traucējumu pazīmju pievienošanās gadījumā.

10.1.4. Jebkuru šaubu par grūtnieces psihiskajiem traucējumiem nepieciešamo terapiju un grūtnieces psihoemocionālo aprūpi gadījumā.

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

Ginekologa un psihiatra kompetence. Ambulatori. Skat. Algoritmu "Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana t.sk. farmakoterapija grūtniecības laikā".

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 zīdaiņi un māti pirmajās nedēļās pēc dzemdībām.

Ģimenes ārsta kompetence. Ambulatori. Skat. Algoritmu "Psihiskās veselības problēmu un smagu psihisku saslimšanu ārstēšana t.sk. farmakoterapija grūtniecības laikā".

Novērošanas biežums valsts noteiktajā kārtībā.

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