

Vaikų ir paauglių depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmas

2022 m. vasario 10 d.

Galioja iki 2027 m. vasario 10 d.

Metodiniam dokumentui pritarusios institucijos (gali būti dedami institucijų logotipai)

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
Vilniaus universitetas
Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrių draugija

Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą

1. Pavadinimas:

Vaikų ir paauglių depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmas

2. Metodinio dokumento patvirtinimo data: 2022 m. vasario 10 d.

3. Metodiniam dokumentui pritarusių institucijų sąrašas:

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Vilniaus universitetas

Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija

4. Elektroninė nuoroda į metodinį dokumentą:

5. TURINYS

6. Apibendrinimas

7. Autoriai

8. Sąvokos ir sutrumpinimai

9. Reikšminiai žodžiai

10. Įvadas

11. Metodinio dokumento įgyvendinimo prioritetai

12. Paciento kelio aprašymas

12.1. Prevencija

12.2. Diagnostika

12.3. Gydymas

12.4. Slauga

12.5. Reabilitacija

12.6. Prognozė ir (ar) remisijos kriterijai

12.7. Stebėseną

13. Paciento kelio organizavimo aprašymas

14. Metodinio dokumento diegimo konkretaus lygio paslaugas teikiančioje ASPĮ tvarkos aprašymas

15. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo aprašymas

16. Metodinio dokumento atnaujinimo tvarkos aprašymas

17. Audito aprašymas

18. Svarbiausių kriterijų sąrašas

19. Informacija apie kontaktinį asmenį

20. Literatūros sąrašas

21. Rekomendacijos dėl mokslinių tyrimų

22. Informacija visuomenei ir pacientams

23. Priedai

6. APIBENDRINIMAS

6.1. Metodinio dokumento tikslas - remiantis geriausiais medicinos įrodymais aptarti vaikų ir paauglių depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo (toliau bendrai – afektinių sutrikimų) diagnostikos, gydymo ir prevencijos taktiką, siekiant pagerinti pacientų gydymo rezultatus, kad jie galėtų gyventi visavertį gyvenimą neribodami kasdienės veiklos.

6.2. Algoritmas apibrėžia psichinės sveikatos priežiūros specialistų veiksmus teikiant pagalbą vaikams ir paaugliams (toliau bendrai – vaikams), sergantiems depresija ar bipoliniu afektiniu sutrikimu (toliau bendrai – afektiniu sutrikimu), pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos Australijos modifikaciją TLK-10-AM (toliau – TLK-10-AM) žymimų kodais F30–F33, ar turinčių padidintą riziką jais susirgti. Šie veiksmai apima rizikos grupei priklausančių ir afektiniais sutrikimais sergančių vaikų atpažinimą, afektinių sutrikimų diagnostiką ir gydymą. Algoritme apibrėžiami vaikų afektinių sutrikimų ambulatorinio ir stacionarinio, nemedikamentinio ir medikamentinio gydymo bei prevencijos principai.

6.3. Metodinis dokumentas skirtas specialistams, pagal kompetenciją teikiantiems vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas: gydytojams vaikų ir paauglių psichiatrams, gydytojams psichiatrams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, medicinos psychologams, psichikos sveikatos slaugytojams, socialiniams darbuotojams.

6.4. Gydytojams vaikų ir paauglių psichiatrams, gydytojams psichiatrams, vaikų ligų gydytojams, šeimos medicinos gydytojams, medicinos psychologams, psichikos sveikatos slaugytojams, socialiniams darbuotojams pagal savo kompetenciją teikiant paslaugas vaikams, sergantiems afektiniais sutrikimais ir, primant sprendimus, rekomenduojama vadovautis šiuo metodiniu dokumentu visa apimtimi, tačiau kiekvienu individualiu atveju turi būti atsižvelgiama į individualius pacientų poreikius, pasirinkimus ir vertybes.

6.5. Metodinis dokumentas bus įdiegiamas ir taikomas organizuojant darbą vaikų psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (toliau ASPĮ).

6.5.1. Metodinio dokumento taikymo sritys:

6.5.1.1. atrenkant vaikus, turinčius padidintą riziką įgyti afektinį sutrikimą, siekiant imtis prevencinių priemonių ir išvengti sutrikimo išsivystymo;

6.5.1.2. atpažįstant vaikus, kuriems įtariamas afektinis sutrikimas, kad kaip galima ankstesnėse sutrikimo stadijose pacientą nukreipti vaikų ir paauglių psichiatro diagnostiniam įvertinimui ir gydymo ar prevencijos priemonių taikymui;

6.5.1.3. diagnozuojant vaikų afektinius sutrikimus ir gretutinius raidos/elgesio/psichikos sutrikimus;

6.5.1.4. gydant vaikų afektinius sutrikimus nemedikamentinėmis ir medikamentinėmis priemonėmis ambulatorinėje ir stacionarinėje vaikų psichikos sveikatos priežiūros grandyse;

6.5.1.5. įvertinant medicininės bei psichosocialinės reabilitacijos poreikį ir nukreipiant šiai paslaugai;

6.5.1.6. teikiant slaugos paslaugas vaikams, sergantiems afekciniais sutrikimais;

6.5.1.7. vertinant afekcinį sutrikimą tu rinčio vaiko gydomo efektyvumą, gydymo toleranciją ir šalutinių poveikių pasireiškimą, psichikos būklės pasikeitimus, galimas mintis apie savižudybę, savižudiško elgesio atsiradimą ar sustiprėjimą, gydymo režimo laikymąsi;

6.5.1.8. užbaigiant vaiko gydymą dėl afektinio sutrikimo ir stebint dėl galimo sutrikimo atsikartojimo.

6.5.2. Vaikų ir paauglių depresija ir bipolinis afekcinis sutrikimai Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijoje Australijos modifikacijoje TLK-10-AM (toliau – TLK-10-AM) žymimi kodais F30–F33:

- F30 – Manijos epizodas
 - F30.0 - Hipomanija
 - F30.1 - Manija be psichozės simptomų
 - F30.2 - Manija su psichozės simptomais
 - F30.8 - Kiti manijos epizodai
 - F30.9 - Nepatikslintas manijos epizodas
- F31 – Bipolinis afekcinis sutrikimas
 - F31.0 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, hipomanija
 - F31.1 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, manija be psichozės simptomų
 - F31.2 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, manija su psichozės simptomais
 - F31.3 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, lengva ar vidutinio sunkumo depresija
 - F31.4 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, sunki depresija be psichozės simptomų
 - F31.5 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, sunki depresija su psichozės simptomais
 - F31.6 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, mišrus epizodas
 - F31.7 - Bipolinis afekcinis sutrikimas, remisija
 - F31.8 - Kiti bipoliniai afekciniai sutrikimai
 - F31.9 - Nepatikslintas bipolinis afekcinis sutrikimas
- F32 – Depresinis epizodas
 - F32.0 - Lengvas depresinis epizodas
 - F32.1 - Vidutinio sunkumo depresinis epizodas
 - F32.2 - Sunkus depresinis epizodas be psichozės simptomų
 - F32.3 - Sunkus depresinis epizodas su psichozės simptomais
 - F32.8 - Kiti depresiniai epizodai
 - F32.9 - Nepatikslintas depresinis epizodas
- F33 – Pasikartojantis depresinis sutrikimas
 - F33.0 - Pasikartojantis (rekurentinis) depresinis sutrikimas, lengvas epizodas
 - F33.1 - Pasikartojantis (rekurentinis) depresinis sutrikimas, vidutinio sunkumo epizodas
 - F33.2 - Pasikartojantis (rekurentinis) depresinis sutrikimas, sunkus epizodas be psichozės simptomų
 - F33.3 - Pasikartojantis (rekurentinis) depresinis sutrikimas, sunkus epizodas su psichozės simptomais

- F33.4 - Pasikartojantis (rekurentinis) depresinis sutrikimas, remisija
- F33.8 - Kiti pasikartojantys (rekurentiniai) depresiniai sutrikimai
- F33.9 - Nepatikslintas pasikartojantis (rekurentinis) depresinis sutrikimas

6.6. Metodinio dokumento įdiegimą koordinuojančių ir susijusių institucijų sąrašas:

- Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
- Lietuvos sveikatos mokslų universitetas
- Vilniaus universitetas
- Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija
- Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

6.7. Algoritmas parengtas vadovaujantis teisės aktais, reglamentuojančiais diagnostikos ir gydymo metodinių dokumentų rengimą, vaikų psichikos sveikatos priežiūrą, joje dalyvaujančių specialistų pareigybių aprašus, vaistų ir gydymo procedūrų taikymą:

- Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas. 1995 m. birželio 6 d. Nr. I-924.
- Lietuvos Respublikos Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas. 1996 m. Birželio 6 d. Nr. I-1367.
- Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. balandžio 8 d. įsakymas Nr. V-208 „Dėl Būtiniosios medicinos pagalbos teikimo tvarkos ir masto aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2005 m. kovo 23 d. įsakymas Nr. V-188/A1-84/ISAK-487 „Dėl neįgalumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2019 „Gydytojas psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 6 d. įsakymas Nr. V-841. „Dėl depresijos ir nuotaikos (afektinių) sutrikimų ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro 2012 m. rugsėjo 26 d. įsakymas Nr. V-1405 „Dėl Mokinių mokymo stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje ir namuose organizavimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2020 „Psichikos sveikatos slaugytojas“ patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-544 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 125:2016 „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-552 „Dėl atvejo vadybos, teikiant pirmines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymas Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-856 „Dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymas Nr. V-859 „Dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. V-457 „Dėl meno terapeuto veiklos reikalavimų aprašo patvirtinimo“.
- Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba (www.vvkt.lt), vaistinių preparatų registras.
- Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM)

6.8. Metodinio dokumento šiuolaikiškumas ir taikymo efektyvumas grindžiamas praktikoje įrodytais medicinos pasiekimais, išanalizavus Lietuvos bei užsienio šalių, tokių kaip Vokietija, Didžioji Britanija, Jungtinės Amerikos Valstijos patirtį bei įvertinus tiesiogines ir netiesiogines sąnaudas kokybei užtikrinti.

6.9. Metodinis dokumentas skirtas vaikų ir paauglių depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo diagnostikai, gydymui ir prevencijai. Pagal Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtąjį pataisytą ir papildytą leidimą (Australijos modifikacija (TLK-10-AM)) šie sutrikimai žymimi kodais F30 – F33 (detalus diagnozių sąrašas aukščiau).

7. AUTORIAI

7.1. Prof. Dr. Darius Leskauskas, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas: darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt;

7.2. Jūratė Baltrėnė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas: jurate.baltrene@kaunoklinikos.lt.

7.3. Dalius Klimavičius, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, el. paštas: dalius.klimavicius@kaunoklinikos.lt;

7.4. Dalia Vėlavičienė, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gydytoja vaikų ir paauglių psichiatrė, el. paštas: dalia.velavicienė@kaunoklinikos.lt;

7.5. Visi metodinio dokumento autoriai užpildė Nešališkumo ir interesų deklaracijas.

8. SĄVOKOS, SUTRUMPINIMAI IR REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

8.1. Sąvokos ir jų apibrėžtys

8.1.1. **Afektiniai (nuotaikos) sutrikimai** – sutrikimai, kurių svarbiausias požymis yra afekto arba nuotaikos pakitimai, apibūdinami kaip depresija (su susijusiu nerimu arba be jo) arba nuotaikos pakilimas (manija). Šiame metodiniame dokumente jie apima depresiją, maniją ir bipolinį afektinį sutrikimą.

8.1.2. **Antidepresiniai vaistai** – vaistai, kurie pagal anatominę terapinę cheminę klasifikaciją, patvirtintą Pasaulio sveikatos organizacijos (toliau – ATC klasifikacija), grupuojami į N06A grupę.

8.1.3. **Antipsichoziniai vaistai** – psichozės simptomus slopinančiu poveikiu pasižymintys vaistai, pagal ATC klasifikaciją grupuojami į N05A grupę.

8.1.4. **Bipolinis afektinis sutrikimas** (TLK-10-AM kodas F31) – šiam sutrikimui būdingi du ar daugiau epizodų, kai gerokai pakinta paciento nuotaika ir aktyvumo lygis. Vieniems epizodams būdinga pakili nuotaika ir padidėjusi energija bei aktyvumas (hipomanija ar manija), kitiems – bloga nuotaika, sumažėjusi energija bei aktyvumas (depresija). Jei pasikartoja tik hipomanijos arba manijos epizodai, jie klasifikuojami kaip bipoliniai.

8.1.5. **Depresija** – tai heterogeniškos etiologijos afektiniai (nuotaikos) sutrikimai, pagal TLK-10-AM žymimi kodais F30–F33, kuriems būdingi panašūs klinikiniai simptomai, vyraujant prislėgtai, pablogėjusiai nuotaikai, sumažėjusiai energijai bei aktyvumui.

8.1.6. **Nuotaiką stabilizuojantys vaistai** – vaistai, turintys nuotaiką stabilizuojantį ir bipolinių afektinių sutrikimų profilaktinį poveikį. Jiems priskirami: Ličio karbonatas (ATC kodas N05AN01), kai kurie vaistai epilepsijai gydyti (ATC kodas N03) bei kai kurie atipsichoziniai vaistai (ATC kodas N03).

8.1.7. **Pasikartojantis depresinis sutrikimas** (TLK-10-AM kodas F33) – sutrikimui būdingi pasikartojantys depresijos epizodai, atitinkantys depresijos epizodo kriterijus, kai anamnezėje nėra atskirų pakilios nuotaikos ir padidėjusio aktyvumo epizodų, atitinkančių manijos kriterijus. Ši diagnozė taip pat nustatoma, jeigu iš karto po depresijos epizodo pasireiškia trumpas lengvo nuotaikos pakilimo ir padidėjusio aktyvumo, atitinkančio hipomanijos kriterijus, epizodas, kurį galėjo sukelti gydymas antidepresiniais vaistais. Jeigu pasireiškia manijos epizodas, diagnozė turi būti pakeista į bipolinio afektinio sutrikimo diagnozę (TLK-10-AM kodas F31).

8.1.8. **Recidyvas** – (lot. *recidivus* – grįžtantis), atkrytis, ligos atsinaujinimas sveikstant arba pasveikus. (Visuotinė lietuvių enciklopedija, www.vle.lt)

8.1.9. **Remisija** – (lot. *remissio* – sumažėjimas, susilpnėjimas), lėtinės ligos reiškinių susilpnėjimas; ligos atoslūgis. Remisija laikomas visiškas simptomų išnykimas (visiška remisija) arba jų susilpnėjimas iki tokio mažo intensyvumo, kad jie neturi įtakos ligonio fizinei ir psichinei sveikatai (dalinė remisija). Gali trukti nuo kelių savaičių ar mėnesių iki kelerių metų. Savaiminė remisija būdinga cikliškoms (periodinėms) ligoms (maliarijai, bipoliniam-afektiniam sutrikimui), gali prasidėti pvz., sergant inkstų akmenlige, kai iš šlapimo takų išplaunamas akmuo; medikamentinė atsiranda dėl gydymo vaistais (sergant šizofrenija, opiniu kolitu, depresija, reumatoidiniu artritu, onkologinėms ligoms, cukriniu diabetu, bronchine astma, reumatu). Remisijos metu skiriamas palaikomasis gydymas ar tik stebėjimas. (Visuotinė lietuvių enciklopedija, www.vle.lt)

8.1.10. **Sutrikimo fazė** – bipolinio afektinio sutrikimo epizodas, kurio metu pacientui pasireiškia depresija (depresijos fazė) arba manija (manijos fazė).

8.1.11. **Šeimos mdeicinos gydytojas** – šiame metodiniame dokumente tai šeimos arba vaikų gydytojas, teikiantis pacientui pirminės sveikatos priežiūros paslaugas.

8.1.12. **Vaikas** – pacientas iki 18 metų amžiaus.

8.1.13. **Vaikų bendro vertinimo skalė** – vaikų psichikos sutrikimų simptomų sunkumo ir psichikos sutrikimus turinčių vaikų funkcionavimo lygiui įvertinti skirta skalė.

8.1.14. Kitos Apraše vartojamos sąvokos atitinka įstatymuose ir kituose teisės aktuose vartojamas sąvokas.

8.2. Sutrumpinimai

8.2.1. **ASPI** – asmens sveikatos priežiūros įstaiga

8.2.2. **LR SAM** – Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija

8.2.3. **PAM** – psichoaktyvios medžiagos

8.2.4. **PSC** – psichikos sveikatos centras

8.2.5. **SSRI** – selektyvios serotonino reabsorbcijos inhibitorių grupės vaistai.

8.2.6. **TLK-10-AM** – Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija

8.2.7. **VBVS** — Vaikų bendro vertinimo skalė (angl. CGAS – Childrens’s Global Assessment scale) – vaikų psichikos ligų simptomų sunkumo ir psichikos ligomis sergančių vaikų funkcionavimo lygiui įvertinti skirta skalė

8.2.8. **VPP** – vaikų ir paauglių psichiatrija

8.2.9. **VVKT** – Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba

9. REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

9.1. Afektiniai sutrikimai, algoritmas, bipolinis afektinis sutrikimas, depresija, diagnostika, gydymas, paaugliai, prevencija, vaikai.

10. ĮVADAS

10.1. Glaustas ligos ar sveikatos sutrikimo (ar problemos) apibrėžimas.

Šiame metodiniame dokumente reglamentuojama vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo prevencija, diagnostika ir gydymas. Depresija ir bipolinis afektinis sutrikimas yra vieni dažniausių vaikų ir paauglių amžiaus psichikos sutrikimai, kurių svarbiausias požymis yra afekto arba nuotaikos pakitimai, apibūdinami kaip depresija (su susijusiu nerimu arba be jo) arba nuotaikos pakilimas.

Nuotaikos sutrikimą paprastai lydi visų aktyvumo lygių pakitimai. Daugelis kitų simptomų yra antriniai arba aiškiau suprantami nuotaikos ir aktyvumo pakitimų kontekste. Depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo klinikiniai požymiai ir gydymo principai turi reikšmingų panašumų ir skirtumų, kurie išdėstyti šiame metodiniame dokumente.

10.2. Ligos epidemiologija ir paplitimas Europoje ir pasaulyje.

10.2.1. 27 šalių rezultatus apibendrinančios metanalizės rezultatais pasaulyje vidutinis ligotumas depresija vaikų tarpe yra 2,6 proc. (1,7-3,9 proc.) (Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015 Mar;56(3):345-65. doi: 10.1111/jcpp.12381. Epub 2015 Feb 3. PMID: 25649325). JAV atliktų tyrimų rezultatai rodo, kad ikimokykliniame amžiuje ligotumas depresijos sutrikimu siekia iki 1 proc.. Iki paauglystės pradžios (iki 12 metų amžiaus) ligotumas siekia iki 2 proc. Prasidėjus paauglystei sergamumas ir ligotumas depresijos sutrikimais išauga kelis kartus, ypatingai mergaičių tarpe. 12-17 metų amžiaus grupėje ligotumas siekia 4-8 proc. (Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Dec. 35(12):1575-83.), o sergamumas per 12 mėnesių laikotarpį – 3,3 proc. (Garrison CZ, Waller JL, Cuffe SP, et al. Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *J Am Acad*

Child Adolesc Psychiatry. 1997 Apr. 36(4):458-65.). Ligotumas ir sergamumas depresijos sutrikimais iki paauglystės pradžios tarp mergaičių ir berniukų reikšmingai nesiskiria. Prasidėjus paauglystei (paprastai nuo 12-13 metų), depresijos dažnis mergaičių tarpe tampa 2-3 kartus didesnis nei berniukų tarpe. J.M. Murphy ir kolegų 1952-1992 metais Kanadoje vykdyto kohortinio tyrimo rezultatai parodė, kad jaunesnėse kartose depresijos sutrikimai turi tendenciją prasidėti ankstyvesniame amžiuje ir dažniau pasireikšti merginų tarpe (Murphy JM, Laird NM, Monson RR, et al. Incidence of depression in the Stirling County Study: historical and comparative perspectives. *Psychol Med*. 2000 May. 30(3):505-14.).

10.2.2. Bipolinio afektinio sutrikimo paplitimą vaikų ir paauglių nustatyti sunku dėl to, kad pradžioje jis gali pasireikšti tik depresijos epizodais ir būti diagnozuojamas kaip pasikartojantis depresijos epizodas, o manijos epizodas ir bipolinio afektinio sutrikimo diagnozė gali atsirasti vyresniame amžiuje. Tarptautinių ekspertų tarpe vyrauja požiūris, kad bendras visų amžiaus grupių žmonių ligotumas bipoliniu afektiniu sutrikimu pasaulyje yra 0,3-1,5 proc. (Merikangas KR, Jin R, He J-P, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(3):241-251.). 50-65 proc. bipoliniu sutrikimu sergančių suaugusių pacientų atžymi, kad liga prasidėjo iki 18 metų amžiaus. Dažniausia sutrikimo pradžia 15-19 metai.

10.2.3. 7 pasaulio šalyse (JAV, Olandija, Didžioji Britanija, Ispanija, Meksika, Airija ir Naujoji Zelandija) atliktų epidemiologinių tyrimų 7-21 metų amžiaus grupėse metaanalizė rodo, kad bendras ligotumas bipolinio spektro afektiniais sutrikimais siekia vidutiniškai 1,8 proc. (1,1-3,0 proc.). Griežtai laikantis diagnostinių kriterijų, atitinkančių TLK-10-AM bipolinio afektinio sutrikimo diagnoze, ligotumas siekė 0,6 proc. (Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA. Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2011 Sep;72(9):1250-6. doi: 10.4088/JCP.10m06290. Epub 2011 May 31. PMID: 21672501).

10.2.4. Bipolinio afektinio sutrikimo paplitimas tarp lyčių reikšmingai nesiskiria (Diflorio A, Jones I. Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2010. 22(5):437-52.).

10.3. Ligos epidemiologija ir paplitimas Lietuvoje

10.3.1. Patikimų epidemiologinių tyrimų apie vaikų sergamumą depresija ir bipoliniu afektiniu sutrikimu Lietuvoje šiuo metu nėra. Higienos instituto atliktos apklausos apie subjektyvų savo sveikatos vertinimą (naudotas Pacientų sveikatos klausimynas (angl. *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8)) rezultatai parodė, kad 2019 metais 15,7 proc. 15-24 metų amžiaus respondentų teigė per paskutines 2 savaites patyrę depresijos simptomų. 2014 metais taip atsakė 3,7 proc. šio amžiaus respondentų. Nacionalinio psichikos sveikatos centro pateiktais duomenimis 2005 metais Lietuvoje buvo 23 pacientai 14-18 metų amžiaus, kuriems diagnozuotas bipolinis afektinis sutrikimas, kas ženkliai skiriasi nuo užsienyje atliktų epidemiologinių tyrimų rezultatų (Gudienė D, Leskauskas D, Markevičiūtė A, Klimavicius D, Adomaitienė V. Distinctions of bipolar disorder symptoms in adolescence. *Medicina* (Kaunas). 2008;44(7):548-52. PMID: 18695352.). Sergamumas depresija nedidelėje 13-17 metų merginų, gydytų Kauno klinikų Akių ligų skyriuje, imtyje siekė 9,3 proc., kas atitinka sergamumo rodiklius užsienyje atliktuose tyrimuose (Leskauskas D. Ryšys tarp paauglių mergaičių bandymų žudyti ir rizikos veiksnių šeimoje [Relationship between the suicidal attempts of adolescent girls and risk factors in the family]. *Medicina* (Kaunas). 2002;38(4):387-92. Lithuanian. PMID: 12474786.). Galima daryti prielaidą, kad afektinių sutrikimų paplitimas Lietuvoje vaikų tarpe yra artimas epidemiologinius tyrimus atlikusių šalių rodikliams, bet šie sutrikimai yra nepakankamai dažnai diagnozuojami.

10.4. Klinikinė problematika

10.4.1. Depresija yra vienas dažniausių psichikos sutrikimų vaikystėje ir paauglystėje, didžiausias rizikos veiksnys savižudiškam elgesiui, gyvenimo kokybės kritimui visose srityse, iškreipiantis psichologinį vystymąsi ir asmenybės formavimąsi. Bipolinis afektinis sutrikimas yra lėtinis, epizodiškai paūmėjantis psichikos sutrikimas, kuriam būdingi stipriai išreikšti nuotaikos pokyčiai, reikšmingai sutrikdantys sergančiojo sveikatą ir funkcionavimą visose gyvenimo srityse. Ūmioje depresijos ar manijos fazėje dėl sutrikusio suvokimo ir elgesio kontrolės gali kilti pavojus sergančiojo ir aplinkinių gerovei, sveikatai ir gyvybei. Todėl savalaikė šių afektnių sutrikimų diagnostika ir efektyvus gydymas yra pirmajai svarbos uždavinys šalies sveikatos priežiūros sistemai.

10.4.2. Klinikinė problematika susijusi su depresijos ir bipolinio sutrikimo diagnostika ir gydymu. Vertinant Higienos instituto pateikiamus bendrus sergamumo afektiniais sutrikimais ir depresija rodiklius 2017 metais, į akis krenta nedidelis skirtumas – atitinkamai 4,89 ir 4,76 atvejai 1000 gyventojų, o ligotumas – 16,58 ir 16,1 atvejų 1000 gyventojų. Tai rodo, kad Lietuvoje per metus diagnozuojama tik 0,13 bipolinio afektinio sutrikimo atvejų 1000 gyventojų per metus, o bendrai jis diagnozuotas 0,47/1000 gyv. O ir sergamumo bei ligotumo depresija rodikliai kelis kartus mažesni nei epidemiologinius tyrimus atlikusiose šalyse. Tai leidžia daryti išvadą, kad depresija, o ypač bipolinis afektinis sutrikimas Lietuvoje yra diagnozuojami nepakankamai dažnai.

10.4.3. Depresijos diagnostiką vaikų ir paauglių amžiuje apsunkina veiksniai:

- pradiniai depresijos simptomai mažai pastebimi aplinkiniams (pvz. lyginant su elgesio sutrikimais);
- vaikystėje ir paauglystėje depresija gali pasireikšti netipiškais simptomais – „depresijos ekvivalentais“, prieštaraujančiu elgesiu, nesimokymu, psichosomatiniams skundais, dažna nuotaikų kaita, trumpesne epizodų trukme, pikta „disforiška“, o ne liūdna nuotaika;
- gali būti slepiama dažnų gretutinių sutrikimų, pvz. socialinių fobikų ir kitų nerimo sutrikimų, valgymo sutrikimų, elgesio sutrikimų;
- trūksta specialistų, ypač pirminėje sveikatos ir psichinės sveikatos priežiūros grandyje, mokančių atpažinti ir diagnozuoti vaikų ir paauglių depresiją.

10.4.4. Bipolinio afektinio sutrikimo diagnostiką vaikų ir paauglių amžiuje apsunkina veiksniai:

- auksčiau išvardinti depresijos diagnostikos sunkumai;
- dažnesnė mišri manija, greita ir ultra-greita ciklų kaita bei psichozė;
- manijos epizodo metu padidintas dirglumas, priešiškas ir destruktivus elgesys dažnesni nei euforiška nuotaika;
- sunku atskirti nuo normalaus vaikiško kvailiojimo ar paaugliško nuotaikų svyravimo;
- fenomenologinis panašumas į kitus vaikystės amžiaus elgesio ir psichikos sutrikimus, ypač į aktyvumo ir dėmesio sutrikimą bei ankstyvos pradžios šizofreniją.

10.4.5. Depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymo efektyvumą apsunkina veiksniai:

- vėluoja diagnozės nustatymas ir gydymo pradžia;
- vaikų depresijos gydymui efektyvūs ne visi antidepresiniai vaistai, naudojami suaugusiems;
- gydymas antidepresiniais vaistais neefektyvus vaikų lengvai depresijai, jų efektyvumas vidutinio sunkumo depresijai pasitvirtina ne visais atvejais;
- Lietuvoje vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymui registruota maža dalis ES šalyse ir JAV registruotų vaistų, kas apsunkina jų naudojimą;

- gydytojai psichiatrai stokoja žinių ir įgūdžių gydant vaikų afektinius sutrikimus, dažnai skiria vaistus, kurių efektyvumas ir saugumas šioje amžiaus grupėje nėra patvirtintas;
- Lietuvoje nepakankamas kvalifikuoto psichoterapinio gydymo prieinamumas vaikams ir paaugliams, kuris yra privaloma efektyvaus šių sutrikimų gydymo dalis;
- dažni gretutiniai sutrikimai apsunkina afektinių sutrikimų gydymą, mažina taikomo gydymo efektyvumą, išprovokuoja sutrikimų recidyvus;
- dažnai gydymą apsunkina nepalankūs socialiniai veiksniai, pvz. vaiko nepriežiūra ar smurtas šeimoje, patyčios mokykloje.

10.5. Metodinio dokumento tikslas ir reikalingumas. Šiuo metodiniu dokumentu siekiama:

- 10.5.1. pagerinti psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančių specialistų žinias ir praktinius įgūdžius diagnozuojant ir kompleksiskai gydant depresiją bei bipolinį afektinį sutrikimą vaikams ir paaugliams;
- 10.5.2. pagerinti vaikų afektinių sutrikimų diagnostiką ir sutrumpinti laiką nuo sutrikimo išsivystymo iki gydymo pradžios;
- 10.5.3. pagerinti įvairių specialistų bendradarbiavimą užtikrinant vaikų afektinių sutrikimų gydymo kompleksiskumą, tęstinumą ir efektyvumą;
- 10.5.4. pagerinti vaikų afektinių sutrikimų ir tokių komplikacijų kaip savižudiškas elgesys prevenciją.

11. METODINIO DOKUMENTO ĮGYVENDINIMO PRIORITETAI

11. Šio metodinio dokumento įgyvendinimo prioritetai:

- 11.1. vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo diagnostikos, gydymo ir prevencijos algoritmo sukūrimas ir įdiegimas į kasdieninę praktiką specialistams, teikiantiems psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams Asmens sveikatos priežiūros įstaigose (ASPI), tokiu būdu užtikrinant paslaugų kokybę šiai pacientų grupei;
- 11.2. metodinė pagalba psichinės sveikatos priežiūros specialistams atpažinti vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo rizikos veiksnius bei grupes ir imtis šių sutrikimų bei jų komplikacijų prevencijos;
- 11.3. aiškus, TLK-10-AM diagnostiniais kriterijais pagrįsto vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo diagnostikos algoritmo įdiegimas visose šalies ASPI, teikiančiose psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams;
- 11.4. nuoseklus kompleksinio nemedikamentinio ir medikamentinio gydymo priemonių taikymo, atsižvelgiant į jų pasirinkimo eiliškumą ir konkretaus paciento gydymo poreikius, algoritmo įdiegimas visose šalies ASPI, teikiančiose psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams;
- 11.5. pacientų ir jų tėvų (globėjų) mokymas geriau suprasti turimą afektinį sutrikimą ir jo gydymą, atpažinti jo pasireiškimą ir būklės pokyčius, gauti reikiamą specialistų pagalbą.

12. PACIENTO KELIO APRAŠYMAS

12.1. Prevencija

Prevencija yra orientuota į vaikus, kuriems būdinga padidinta rizika susirgti depresija ir/ar bipoliniu afektiniu sutrikimu. Prevencija apima rizikos veiksnių bei grupių atpažinimą ir rizikos mažinimą

eliminuojant rizikos veiksnius ar mažinant jų patogeninį poveikį, gydant/koreguojant iki-klinikines būsenas/problemas, edukuojant ir stebint rizikos grupių vaikus/pacientus.

12.1.1. Rizikos veiksniai, skatinatys depresijos atsiradimą vaikystėje ar paauglystėje:

12.1.1.1. depresijos ir kitų afektinių sutrikimų anamnezė šeimoje;

12.1.1.2. netektys – tėvų, globėjų, senelių, kitų artimųjų mirtys, tėvų skyrybos, draugų praradimai, kt.;

12.1.1.3. netinkamas elgesys su vaiku – nepriežiūra, fizinis, seksualinis ar emocinis smurtas, patyčios (mokykloje, socialiniuose tinkluose, kt.);

12.1.1.4. dažni rimti konfliktai šeimoje, su bendraamžiais;

12.1.1.5. frustruojančios nesėkmės – mokymosi problemos, neatitikimas sau ar kitų keliamų reikalavimų;

12.1.1.6. gretutiniai sutrikimai – psichikos (pvz. nerimo sutrikimai, valgymo sutrikimai, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, aktyvumo ir dėmesio sutrikimas), somatiniai (pvz. cukrinis diabetas, hipotirozė) ar jų gydymui skiriamų vaistų nepageidaujami poveikiai (pvz. gliukokortikoidai, onkologijoje naudojami vaistai);

12.1.1.7. socialiniai faktoriai – gyvenimas institucinėje priežiūroje, emigracija, kt..

12.1.2. Rizikos veiksniai, skatinatys bipolinio afektinio sutrikimo atsiradimą vaikystėje ar paauglystėje:

12.1.2.1. bipolinių afektinių sutrikimų anamnezė šeimoje;

12.1.2.2. distimiškas, ciklotimiškas arba hipertimiškas temperamentas;

12.1.2.3. staigiai prasidėjęs sunkus depresijos epizodas su psichozės simptomais;

12.1.2.4. manijos epizodą galintys paskatinti veiksniai: patirtas sunkus stresas, piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis, gydymas psichostimuliuojančiais vaistais arba antidepresantais.

12.1.3. Depresijos prevencija vaikystėje ir paauglystėje:

12.1.3.1. rizikos veiksnių eliminavimas – netinkamo elgesio prieš vaikus, patyčių mokykloje prevencija, psichosocialinių sąlygų gerinimas globoje ar emigracijoje gyvenantiems vaikams;

12.1.3.2. savalaikė psichosocialinė pagalba vaikams ir paaugliams, patyrusiems netinkamą kitų žmonių elgesį, artimųjų netektis, kitokį stiprų ūmų ar užsitęsusių stresą;

12.1.3.3. efektyvus psichikos ir elgesio sutrikimų, galinčių komplikuotis depresija gydymas; jais sergančių pacientų stebėjimas ir įvertinimas dėl depresijos išsivystymo;

12.1.3.4. psichologinės pagalbos prieinamumo vaikams ir paaugliams gerinimas;

12.1.3.5. tėvų/globėjų, pedagogų, šeimos ir vaikų ligų gydytojų, jaunimo švietimas kaip atpažinti depresiją vaikui ar paaugliui ir nukreipti jį reikiamai pagalbai.

12.1.4. Bipolinio afektinio sutrikimo prevencija vaikystėje ir paauglystėje:

12.1.4.1. ankstyvas didėjančio polinkio į ciklinius nuotaikos pokyčius atpažinimas ir korekcija minimaliai rizikingomis intervencijomis (gyvenimo būdo korekcija, psichoterapija, omega riebiųjų rūgščių paskyrimas);

12.1.4.1. apsunkintą paveldėjimą ir kitus rizikos veiksnius bipoliniam afektiniam sutrikimui išsivystyti turinčių vaikų stebėjimas.

12.1.5. Vaikus, turinčius riziką susirgti depresija ir/arba bipoliniu afektiniu sutrikimu turėtų stebėti šeimos ir vaikų ligų gydytojai bei gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai. Šeimos ar vaikų ligų gydytojui kilus įtarimui dėl prasidėjusio afektinio sutrikimo, vaikas turėtų būti neatidėliotinai nukreipiamas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro (jo nesant – gydytojo psichiatro) įvertinimui.

12.1.6. Vaikai, gydyti dėl depresijos ar manijos epizodo ir turintys riziką afektinio (nuotaikos) sutrikimo atsikartojimui, turi būti stebimi gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro.

12.1.7. Vaikai, turintys riziką susirgti afektiniu sutrikimu ar jo atsikartojimui, kai sulaukia pilnametystės, turi būti perduodami tolimesniam šeimos gydytojo ir/arba gydytojo psichiatro stebėjimui.

12.2. Vaikų ir paauglių afektinių sutrikimų diagnostika

12.2.1. Depresijos diagnostika vaikams ir paaugliams.

12.2.1.1. Vaikams depresija diagnozuojama laikantis tų pačių TLK-10-AM diagnostinių kriterijų kaip ir suaugusiems, nors šioje amžiaus grupėje galimi netipiški depresijos požymiai.

12.2.1.2. Depresijos epizodas diagnozuojamas, jeigu tiriamajam ne trumpiau kaip 2 savaites pasireiškia ne mažiau kaip 2 pagrindiniai ir 2 papildomi depresijos sindromo simptomai.

12.2.1.3. Pagrindiniai depresijos simptomai:

12.2.1.3.1. prislėgta, pablogėjusi nuotaika;

12.2.1.3.2. sumažėję interesai ir pasitenkinimas anksčiau malonia veikla;

12.2.1.3.3. jaučiamas energijos trūkumas, sumažėjęs aktyvumas ir padidėjęs nuovargis.

12.2.1.4. Papildomi depresijos simptomai:

12.2.1.4.1. susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys;

12.2.1.4.2. sumažėjusi savivertė ir pasitikėjimas savimi;

12.2.1.4.3. kaltės ir menkavertiškumo jausmas;

12.2.1.4.4. niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas;

12.2.1.4.5. polinkis save žaloti, mintys apie savižudybę ir savižudiški veiksmai;

12.2.1.4.6. sutrikęs miegas;

12.2.1.4.7. sumažėjęs apetitas.

12.2.1.5. Diagnozuojant depresiją vaikams ir paaugliams reikia atsižvelgti į amžiui būdingus ypatumus:

12.2.1.5.1. Jaunesnio amžiaus vaikams depresijos metu gali pasireikšti padidintas dirglumas (pykčio protrūkiai, prieštaravimas), nuo aplinkybių priklausantys nuotaikos pokyčiai (pvz. nuotaikos pagerėjimas susitikus draugus), psichosomatiniai skundai (pvz. „funkciniai“ pilvo skausmai, silpnumas).

12.2.1.5.2. Paaugliams depresijos metu gali pasireikšti padidintas dirglumas (irzlumas, priešiškus, menka tolerancija frustracijai, pykčio protrūkiai), nuo aplinkybių priklausantys nuotaikos pokyčiai (pvz. nuotaikos pagerėjimas susitikus draugus), padidintas mieguistumas, padidintas apetitas ir svorio augimas, psichosomatiniai skundai (pvz. „funkciniai“ pilvo skausmai, silpnumas), kraštutinis jautrumas atstūmimui (kartais tik įsivaizduojamam menkinimui ar kritikavimui), atsiribojimas nuo socialinių santykių.

12.2.1.6. Vaikų depresijos sunkumą rekomenduojama įvertinti atsižvelgiant į simptomų skaičių ir į sutrikimo poveikį bendram vaiko funkcionavimui pagrindinėse gyvenimo srityse, naudojant Vaikų bendro vertinimo skalę (toliau – VBVS, metodinio dokumento 1 priedas):

12.2.1.6.1. Lengvos depresijos epizodas diagnozuojamas, kai pacientui nustatomi ne mažiau kaip 2 pagrindiniai ir 2 papildomi depresijos sindromo simptomai, o vaiko įvertinimas pagal VBVS < 70 proc..

12.2.1.6.2. Vidutinio sunkumo depresijos epizodas diagnozuojamas, kai pacientui nustatomi ne mažiau kaip 2 pagrindiniai ir 3 ar 4 papildomi depresijos sindromo simptomai, o vaiko įvertinimas pagal VBVS < 50 proc..

12.2.1.6.3. Sunkios depresijos epizodas diagnozuojamas, kai pacientui nustatomi ne mažiau kaip 3 pagrindiniai ir 4 ar daugiau papildomi depresijos sindromo simptomai, o vaiko įvertinimas pagal VBVS < 40 proc..

12.2.1.6.4. Sunkios depresijos epizodo su psichozės simptomais atveju kartu pasireiškia kliesiai, haliucinacijos arba depresinis stuporas.

12.2.1.7. Pasikartojančiam depresijos sutrikimui būdingi pasikartojantys depresijos epizodai, kai ligos anamnezėje nėra savarankiškų pakilios nuotaikos ar padidėjusio aktyvumo epizodų, atitinkančių manijos kriterijus.

12.2.2. Bipolinio afektinio sutrikimo diagnostika vaikams ir paaugliams.

12.2.2.1. Bipolinis afektinis sutrikimas diagnozuojamas vadovaujantis TLK-10-AM klasifikacijos nuotaikos (afektinių) sutrikimų poskyryje aprašytais kriterijais, diagnozės koduojamos F31.0-F31.9 kodais. Diagnozuojant ir gydant bipolinį afektinį sutrikimą vaikams ir paaugliams būtina atsižvelgti į amžiaus ypatumus.

12.2.2.2. Bipoliniam afektiniam sutrikimui (TLK-10-AM kodas F31) būdingi du ar daugiau epizodų, kai gerokai pakinta paciento nuotaika ir aktyvumo lygis. Vieniems epizodams būdinga pakili nuotaika ir padidėjusi energija bei aktyvumas (hipomanija ar manija), kitiems – bloga nuotaika, sumažėjusi energija bei aktyvumas (depresija). Jei pasikartoja tik hipomanijos arba manijos epizodai, jie klasifikuojami kaip bipoliniai.

12.2.2.2.1. Diagnozuojant bipolinį afektinį sutrikimą turi būti nurodytas dabartinio ligos epizodo pobūdis, nurodomas ketvirtuoju diagnozės kodo ženklu, pvz.: Bipolinis afektinis sutrikimas, manija be psichozės simptomų, TLK-10-AM kodas F31.1.

12.2.2.3. Depresijos epizodas diagnozuojamas vadovaujantis šio metodinio dokumento 6.2.1 skirsnyje aprašytais kriterijais.

12.2.2.4. Manijos epizodas diagnozuojamas, kai nepriklausomai nuo aplinkybių nuotaika yra pakili ir gali keistis nuo nerūpestingo linksnumo iki beveik nekontroliuojamo susijaudinimo; pakilią nuotaiką lydi energijos padidėjimas, dėl to atsiranda hiperaktyvumas, skubus kalbėjimas ir sumažėja miego poreikis; dėmesys nekoncentruojamas, dažnai būdingas didelis išsiblaškytas; padidėjusi savivertė su didybės idėjomis ir perdėtu pasitikėjimu savimi; prarandamas socialinių normų jautimas, todėl elgesys gali būti neapgalvotas, perdėtai rizikingas arba netinkamas ir neadekvatus aplinkybėms.

12.2.2.4.1. Manija su psichozės simptomais (TLK-10-AM kodas F30.2) diagnozuojama, kai papildomai pasireiškia kliesiai (paprastai didybės) arba haliucinacijos (paprastai balsai, kalbantys tiesiogiai su pacientu). Dėl susijaudinimo, padidėjusio fizinio aktyvumo ir minčių gausos asmuo tampa nesuprantamas arba su juo neįmanoma bendrauti įprastai.

12.2.2.5. Diagnozuojant bipolinį sutrikimą vaikams rekomenduojama atsižvelgti į amžinius ypatumus:

12.2.2.5.1. turi pasireikšti manijos simptomai;

12.2.2.5.2. euforiška nuotaika turi pasireikšti didesnę dienos dalį bent 7 dienas;

12.2.2.5.3 vaikams iki 11 metų padidintas dirglumas nėra reikšmingas diagnostikos kriterijus;

12.2.2.5.4. 12 metų ir vyresniems vaikams (paaugliams) padidintas dirglumas, jeigu yra epizodiškas, stipriai išreikštas ir sukelia reikšmingą disfunkciją, gali būti vertinamas kaip diagnostinis kriterijus;

12.2.2.5.5. bipolinio afektinio sutrikimo diagnozė neturėtų remtis tik depresijos simptomais ir bipolinio sutrikimo šeimoje anamneze;

12.2.2.5.6. manijos metu nuotaika gali būti pakili, kartu ir disforiška (dirgli); pakili nuotaika nebūtinai požymis diagnozuoti manijos epizodą paaugliams;

12.2.2.5.7. manijos simptomai turi pasireikšti bent 7 dienas, hipomanijos metu 4-7 dienas, šalia nuotaikos pakitimų pasikeičia ir elgesys, pasireiškia bipolinio sutrikimo simptomai (sumažėja miego poreikis; atsiranda vienos krypties pomėgiai, tikslai, kurių metu kitos veiklos tampa neaktualios; kartojasi minčių antplūdžiai);

12.2.2.5.8. manijos ir/ar depresijos epizodai, sergant bipoliniu afektiniu sutrikimu, turi tęstis periodais (dienomis, savaitėmis), o ne vienos dienos eigoje atsirandančiais nuotaikų pokyčiais; 12.2.2.5.9. asmenys, kurie periodiškai bendrauja su bipoliniu afektiniu sutrikimu sergančiu vaiku (pvz. tėvai (globėjai), mokytojai), turėtų pastebėti ir įvardinti vaiko elgesio ir nuotaikos pasikeitimo epizodo pradžią, trukmę, pobūdį;

12.2.2.5.10. bipolinis afektinis sutrikimas su manijos epizodais turi būti diferencijuojamas su dėmesio ir aktyvumo sutrikimu; manijos epizodo metu bipolinio sutrikimo simptomai pasireiškia ribotą laiką, tuo tarpu aktyvumo ir dėmesio sutrikimo simptomai tęsiasi pastoviai; manijos epizodo metu pasireiškia specifiški simptomai, nebūdingi dėmesio ir aktyvumo sutrikimui (pvz. perdėtai pakili nuotaika, hiperseksualumas, minčių antplūdis, sumažėjęs miego poreikis);

12.2.2.5.11. paaugliams, lyginant su suaugusių populiacija, kartojasi dažnesni ligos paūmėjimai.

12.2.3. Bendrieji depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo diagnostikos vaikams principai.

12.2.3.1. Depresiją ar bipolinį afektinį sutrikimą vaikams diagnozuoja gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras. Šeimos, vaikų ligų gydytojas ar gydytojas specialistas, įtaręs depresiją ar bipolinį afektinį sutrikimą, diagnozės nustatymui ir gydymo plano sudarymui vaiką turėtų nukreipti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai.

12.2.3.2. Diagnozuojant depresiją ar bipolinį afektinį sutrikimą vaikams, reikia įvertinti nusiskundimus, ligos ir gyvenimo anamnezę, paciento psichinę būklę konsultacijos metu, psichodiagnostinių ir kitų reikšmingų tyrimų rezultatus.

12.2.3.2.1. Informacija apie nusiskundimus ir sutrikimo eigą reikia surinkti iš paties vaiko ir tėvų/globėjų. Vaikai paprastai patikimiau apibūdina savo nuotaikos ir psichologinės būklės pokyčius (pvz. savikaltos mintis, savęs nuvertinimą, nerimą ir pan.). Tėvai paprastai patikimiau apibūdina vaikų elgesio pokyčius (pvz. perdėtą energingumą ar šnekumą manijos metu, atsiribojimą depresijos metu). Vaikai paprastai patikimiau įvardija nuotaikos sutrikimą išprovokavusius stresorius; tėvai – pokyčių laiką ir trukmę. Vertinant elgesio pokyčius (pvz. pykčio protrūkius, kritusius mokymosi rezultatus) svarbu atsižvelgti į tai, koks jų ryšys su nuotaikos pokyčiais.

12.2.3.2.2. Renkant ligos anamnezę reikia įvertinti afektinį (nuotaikos) sutrikimą paskatinusius ir/ar palaikančius rizikos veiksnius. Jeigu jie nustatomi, turi būti diagnozuojami ir koduojami klinikinėje diagnozėje (pvz.: Emocinis vaiko ignoravimas, TLK-10-AM kodas Z62.4).

12.2.3.2.3. Vertinant vaiko, kuriam įtariamas afektinis (nuotaikos) sutrikimas, psichikos būseną, dėmesį reikia akcentuoti į paciento nuotaiką, žodinę ir nežodinę emocijų išraišką, kalbos ir mąstymo tempą, dėmesio sukaupimą ir išlaikymą, savęs vertinimą, pasitikėjimą savimi, galimus suvokimo sutrikimus, savęs žalojimo požymius. Konsultacijos metu stebimi depresijos arba manijos požymiai leidžia patvirtinti šio afektinio (nuotaikos) sutrikimo epizodo diagnozę. Jų nebuvimas konsultacijos metu neleidžia atmesti afektinio (nuotaikos) sutrikimo epizodo diagnozės, atsižvelgiant į vaikams ir paaugliams būdingą greitą simptomų išreikštumo kaitą.

12.2.3.2.4. Šiuo metu Lietuvoje nėra patvirtinta psichodiagnostinio tyrimo metodika, leidžianti nustatyti depresijos ar bipolinio afektinio sutrikimo diagnozę vaikams. Tačiau psichodiagnostinis vaiko emocinės būklės tyrimas gali reikšmingai padėti gydytojui vaikų ir paauglių psichiatrai priimti sprendimą dėl diagnozės. Tuo tikslu gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras turi nukreipti pacientą medicinos psichologo ištyrimui, nurodydamas nukreipimo priežastis, suformuluodamas klausimus ir įvertinti psichologo pateiktus ištyrimo rezultatus.

Psichodiagnostinio tyrimo metodus pasirenka įvertinimą atliekantis medicinos psichologas, atsižvelgdamas į nukreipimo priežastis, suformuluotus klausimus ir savo kompetenciją.

12.2.3.2.5. Psichodiagnostiniam ištyrimui pacientą gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras turėtų nukreipti ir įtariant gretutinį psichikos, elgesio ar raidos sutrikimą (pvz. aktyvumo ir dėmesio sutrikimą, mokymosi įgūdžių raidos sutrikimą). Tuo tikslu gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras turi nukreipti pacientą medicinos psichologo ištyrimui, nurodydamas nukreipimo priežastis, suformuluodamas klausimus ir įvertinti psichologo pateiktus ištyrimo rezultatus. Psichodiagnostinio tyrimo metodus pasirenka įvertinimą atliekantis medicinos psichologas, atsižvelgdamas į nukreipimo priežastis, suformuluotus klausimus ir savo kompetenciją.

12.2.3.2.6. Šiuo metu nėra įrodymais pagrįstų instrumentinių ar laboratorinių tyrimų, kurie leistų patvirtinti depresijos ar bipolinio afektinio sutrikimo diagnozę. Tyrimai gali būti atliekami, kad įvertinti įtariamus ar esamus gretutinius somatinius ar neurologinius sutrikimus. Tyrimų pobūdį ir atlikimo tvarką turėtų nustatyti šeimos, vaikų ligų gydytojas ar gydytojas specialistas pagal savo kompetenciją.

12.2.3.3. Diagnozuojant afektinį sutrikimą vaikams svarbu atsižvelgti į didelę gretutinių psichikos, elgesio ir raidos sutrikimų tikimybę. Gretutiniai sutrikimai gali slėpti afektinį (nuotaikos) sutrikimą (pvz. aktyvumo ir dėmesio sutrikimas gali slėpti manijos epizodą) ir/arba turėti svarbią reikšmę gydant pacientą (pvz. socialinė fobija gali skatinti ir palaikyti depresiją).

12.2.3.3.1. Dažniausi vaikų depresijai gretutiniai sutrikimai: nerimo sutrikimai, elgesio sutrikimai, obsesinis-kompulsinis sutrikimas, mokymosi įgūdžių raidos sutrikimai, potrauminio streso sutrikimas, valgymo sutrikimai.

12.2.3.3.1. Dažniausi vaikų bipoliniam afektiniam sutrikimui gretutiniai sutrikimai: aktyvumo ir dėmesio sutrikimas, elgesio sutrikimai, nerimo sutrikimai.

12.2.3.4. Diagnozuojant afektinį sutrikimą vaikams reikia įvertinti paciento somatinę ir neurologinę sveikatą dėl galimų gretutinių susirgimų bei jų gydymo. Gretutiniai somatiniai (pvz. hipotirozė, Kušingo sindromas, Adisono liga) ar neurologiniai (pvz. epilepsija, smegenų trauma) susirgimai gali įtakoti afektinio sutrikimo atsiradimą, eigą ir gydymą. Įtariant tokį susirgimą, pacientas ištyrimui turi būti nukreipiamas gydytojui vaikų neurologui, gydytojui vaikų endokrinologui ar kitam gydytojui specialistui, nurodant nukreipimo priežastis ir atsižvelgiant į šio gydytojo specialisto ištyrimo rezultatus, aprašytus medicininiuose dokumentuose.

12.2.3.4.1. Jeigu pacientui jau diagnozuotas somatinis/neurologinis susirgimas ir dėl jo skiriamas gydymas vaistais, reikia įvertinti, ar šių vaistų nepageidaujami poveikiai negali įtakoti paciento psichikos būsenos (pvz. beta adrenoblokatoriai, kortikosteroidai, nesteroidiniai analgetikai, imunosupresantai, interferonas, onkologijoje naudojami vaistai gali turėti depresiją skatinantį poveikį).

12.2.3.5. Diagnozuojant afektinį sutrikimą ypatingas dėmesys turi būti skiriamas savižudiškiems ketinimams, poelgiams ir/ar save žalojančiam elgesiui. Šie požymiai dažnai būdingi vaikams ir paaugliams bei rodo, kad pacientas yra pavojingas sau ir įtakoja sprendimus dėl gydymo taktikos pasirinkimo. Esant savižudybės rizikai, ji turėtų būti įvertinta laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymo Nr. V-856 „Dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

12.2.4. Vaikų afektinių sutrikimų diferencinė diagnostika.

12.2.4.1. Vaikų afektinių sutrikimų diferencinė diagnostika apima diferenciaciją tarp skirtingų afektinių sutrikimų formų, diferenciaciją nuo psichikos, elgesio sutrikimų ir diferenciaciją nuo somatinių bei neurologinių susirgimų, galinčių pasireikšti į depresiją ar maniją panašiais simptomais.

12.2.4.2. Diferenciacija tarp skirtingų afektinių sutrikimų formų turi būti atliekama patikslinant klinikinę diagnozę, kai diagnozuojamas depresijos arba manijos epizodas. Turi būti įvertinama:

- dabartinio epizodo pobūdis
 - depresija ar manija
- sutrikimo eiga
 - pirmasis ar ne pirmas nuotaikos sutrikimo epizodas
 - kokių epizodų buvo praeityje – tik depresijos, ar ir manijos (priedai nr.2 ir nr.3)

12.2.4.3. Depresija vaikams diferencijuojama nuo psichikos ir elgesio sutrikimų: paauglystei būdingų nuotaikos kaitų; adaptacijos sutrikimų su depresiška nuotaika; nerimo sutrikimus lydinčio atsiribojimo ir vengiančio elgesio; elgesio sutrikimus lydinčių nuotaikos pokyčių; psichoaktyvių medžiagų vartojimą lydinčių nuotaikos pokyčių; ankstyvos pradžios šizofrenijos negatyvių simptomų bei ppsichozinės depresijos.

12.2.4.4. Depresija vaikams diferencijuojama nuo somatinių ar neurologinių sutrikimų: skydliaukės susirgimų, Adisono ligos, Kušingo ligos, hipopituitarizmo, įgyto imunodeficitu sindromo, mononukleozės, gripo, epilepsijos, trauminės smegenų ligos, migrenos bei nuo somatiniams susirgimams gydyti skiriamų vaistų nepageidaujamo poveikio (beta adrenoblokatoriai, kortikosteroidai, nesteroidiniai analgetikai, imunosupresantai, interferonas, onkologijoje naudojami vaistai).

12.2.4.5. Bipolinis afektinis sutrikimas vaikams depresijos fazėje diferencijuojamas tais pačiais principais kaip ir depresija, o manijos fazėje nuo aktyvumo ir dėmesio sutrikimo, elgesio sutrikimų, psichoaktyvių medžiagų vartojimo, metilfenidato ir antidepresantų sukeltų nuotaikos pokyčių.

12.3. Vaikų ir paauglių afektinių sutrikimų gydymas

12.3.1. Vaikų ir paauglių afektinius sutrikimus gydo gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras (kai nėra galimybės gauti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultaciją) ASPĮ, teikiančiose ambulatorines (pirminio ir/ar specializuoto lygio) ir/arba specializuotas stacionarines vaikų psichinės sveikatos priežiūros paslaugas.

12.3.1.1. Gydymo vieta nustatoma gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro arba gydytojo psichiatro, atsižvelgiant į paciento psichinės sveikatos būklę, pavojų gyvybei ir sveikatai, taikomo gydymo efektyvumą, specifinių diagnostikos ar gydymo procedūrų poreikį.

12.3.1.2. Indikacijos vaikų depresijos ar bipolinio afektinio sutrikimo stacionariniam gydymui (turi atitikti bent vieną iš išvardintų sąlygų):

- 12.3.1.2.1. paciento psichikos būsena kelia grėsmę jo ar artimųjų sveikatai ar gyvybei;
- 12.3.1.2.2. ambulatorinis gydymas neefektyvus, išlieka vidutiniškai ar stipriai išreikšti simptomai, ženkliai sutrikęs bendras funkcionavimas (VBVS < 50);
- 12.3.1.2.3. reikalingas ištyrimas diagnozės patikslinimui ar gydymo korekcijai, kuris galimas tik stacionaro sąlygomis.

12.3.2. Vaikų ir paauglių afektinis sutrikimas visada turi būti gydomi kompleksiskai, atsižvelgiant į konkretaus paciento ypatumus, derinant nemedikamentinius gydymo metodus ir, esant indikacijoms, gydymą vaistais.

12.3.2.1. Nemedikamentiniai vaikų afektinio sutrikimo gydymo metodai: psichoedukacija, psichologinis konsultavimas, psichoterapija ar kognityvinė elgesio terapija, tėvų konsultavimas ar šeimos psichoterapija, aplinkos terapija, ergoterapija, meno terapija, specialioji pedagoginė ar/ir socialinė pagalba.

12.3.2.2. Medikamentų vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymą sudaro esamo epizodo bei palaikomasis gydymas antidepresantais, antipsichoziniais ir nuotaiką stabilizuojančiais vaistais.

12.3.3. Vaikų afektinio sutrikimo gydymo vaistais tvarka.

12.3.3.1. Sprendimą pradėti gydymą vaistais priima gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, įvertinęs paciento psichikos būklę, ligos anamnezę ir fazę, anksčiau taikyto gydymo efektyvumą, nustatęs diagnozę ir sudaręs gydymo planą.

12.3.3.1.1. Paskyrus gydymą vaistais, turi būti tęsiamas ir gydymas nemedikamentiniais metodais.

12.3.3.2. Gydytojas vaistų vaikui gydyti gali skirti gavęs paciento (jei jam suėję 16 m.) arba vaiko tėvų/globėjų (atstovų) sutikimą. Jaunesniam nei 16 m. amžiaus vaikui gydymas vaistais pradedamas gavus tėvų/globėjų sutikimą.

12.3.3.3. Depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymas vaikams vaistais be tėvų/globėjų sutikimo gali būti pradėtas, jei vaiko psichikos būklė atitinka skubios medicininės pagalbos indikacijas, kelia pavojų paciento ir/ar aplinkinių sveikatai ir/ar gyvybei, reikalauja skubaus gydymo, o skubiai gauti sutikimą iš tėvų/globėjų nėra galimybės. Tokiu atveju, skiriant gydymą vaistais, turi būti laikomasi Lietuvos Respublikos Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 18 straipsnio nuostatomis.

12.3.3.4. Prieš skiriant gydymą vaistais rekomenduojama įvertinti fizinę sveikatą – atlikti bendrą kraujo tyrimą ir EKG, esant reikalui – biocheminius kraujo ar kitus tyrimus.

12.3.3.4.1. Skiriant antipsichozinius vaistus dėl padidėjusios metabolinio sindromo rizikos, rekomenduojama įvertinti svorio dinamiką, gliukozės koncentraciją kraujyje; dėl QTc tarpo prailgėjimo rizikos rekomenduojama EKG įvertinti QTc tarpą prieš vaisto skyrimą, ir vaisto skyrimo metu; esant QTc tarpo pailgėjimui daugiau nei 20 ms, rekomenduojama atidžiau įvertinti širdies ir kraujagyslių funkciją; QTc pailgėjus daugiau nei 60 ms, medikamentą rekomenduojama nutraukti.

12.3.3.4.2. Skiriant ličio druską, rekomenduojama įvertinti inkstų ir skydliaukės funkciją atspindinčius rodiklius.

12.3.3.5. Vaistais gydant vaikų afektinius sutrikimus rekomenduojama laikytis monoterapijos principo – skirti vieną efektyvų vaistą optimaliomis toleruojamomis dozėmis, o kitą vaistą skirti tik esant klinikinei būtinybei.

12.3.3.5.1. Vaikų depresijos gydymas pradedamas vienu antidepresiniu vaistu (monoterapija), parenkant optimalią toleruojamą gydomąją dozę.

12.3.3.5.1.1. Vaikams nuo 8 metų amžiaus gali būti skiriamas fluoksetinas.

12.3.3.5.1.2. Antraeilį antidepresantą galima skirti kai per 4–8 savaites gydant fluoksetinu negaunams teigiamas atsakas arba pasireiškia sunkiai toleruojami nepageidaujami poveikiai.

12.3.3.5.1.3. Jei yra depresija su psichoze arba sunki depresija, nepasiduodanti gydymui antidepresantais, galima papildomai skirti ličio preparatus arba antipsichozinius vaistus.

12.3.3.5.2. Vaikų bipolinį afektinį sutrikimą rekomenduojama gydyti vienu nuotaiką stabilizuojančiu vaistu, bet ūmioje depresijos ar manijos fazėje, kai reikalingas didesnis efektyvumas, galima skirti dviejų ar kelių vaistų kombinaciją. Ilgalaiam palaikomajam bipolinio afektinio sutrikimo gydymui vaikams rekomenduojama skirti vieną pirmo pasirinkimo nuotaiką stabilizuojantį vaistą.

12.3.3.5.3. Atsiradus stipriam antidepresantų ar antipsichozinių vaistų nepageidaujamam poveikiui, gali būti skiriami kitų farmakoterapinių grupių vaistai: anticholinerginiai vaistai ir (ar) benzodiazepinai. Benzodiazepinai gali būti skiriami ir trumpalaikiai nemigos ar ažitacijos korekcijai.

12.3.3.6. Depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymą vaistais vaikams rekomenduojama pradėti ir tęsti pirmo pasirinkimo vaistais. Pirmo pasirinkimo vaistai yra antidepresantai ir

antipsichoziniai vaistai, turintys VVKT registruotas indikacijas afektinių sutrikimų gydymui vaikų amžiuje – fluoksetinas, ziprazidonas (nuo 10 m. amžiaus), aripiprazolis (nuo 13 m. amžiaus), bei nuotaiką stabilizuojantys vaistai, rekomenduojami bipolinio afektinio sutrikimo gydymui Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 6 d. įsakyme Nr. V-841 „Depresijos ir nuotaikos (afektinių) sutrikimų ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašas“ – ličio karbonatas, valproinė rūgštis ar druska.

12.3.3.7. Jei gydymas pirmo pasirinkimo vaistais nepakankamai efektyvus arba netoleruojamas dėl nepageidaujamų poveikių, rekomenduojama jį pakeisti skiriant antro pasirinkimo vaistus. Antro pasirinkimo vaistai yra antidepresantai, nuotaiką stabilizuojantys ir antipsichoziniai vaistai, neturintys VVKT registruotų indikacijų depresijos ar bipolinio afektinio sutrikimo gydymui vaikų amžiuje, tačiau rekomenduojami ekspertų ir turintys klinikiniais tyrimais patvirtintus įrodymus apie jų efektyvumą ir saugumą vaikų amžiuje. Antro pasirinkimo vaistas turi būti skiriamas įvertinus tikėtiną naudą ir riziką santykiu, individualiai atsižvelgus į paciento ligos fazę, vyraujančius simptomus, pašalinių poveikių toleravimą.

12.3.3.7.1. Jeigu vaistas Lietuvoje neturi užregistruotos indikacijos gydyti nurodyto amžiaus vaikus, jiems gydyti jis gali būti skiriamas tik gavus vaiko tėvų/globėjų (atstovų) sutikimą ir vadovaujantis ASPĮ vadovo patvirtintu atitinkamo afektinio sutrikimo diagnostikos ir gydymo protokolu, suderintu su sveikatos ASPĮ medicinos etikos komisija.

12.3.3.8. Pirmo pasirinkimo vaistai vaikams – vaistai, kurių indikacijas gydyti vaikų depresiją ar bipolinį afektinį sutrikimą registravo VVKT bei vaistai, kurių indikacijas vaikų depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymui apibrėžia Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 6 d. įsakymas Nr. V-841 „Dėl depresijos ir nuotaikos (afektinių) sutrikimų ambulatorinio gydymo kompensuojamaisiais vaistais tvarkos aprašo patvirtinimo”.

12.3.3.8.1. *Lithii carbonas*. Nuotaiką stabilizuojantis vaistas, skiriamas ūmios stadijos ir palaikomajam gydymui. Vardinis vaistinis preparatas, skirtas bipoliniam afektiniam sutrikimui, esant manijos arba mišriems simptomams. Rekomenduojama pradinė dozė 225-250 mg 2 k.d.; dozę titruoti rekomenduojama po 225-250 mg/d per 4-7 dienas iki terapinės dozės. Padidinus vaisto dozė po 4-7 dienų rekomenduojama patikrinti ličio jonų (Li⁺) koncentraciją kraujyje. Rekomenduojama gydomoji dozė nustatoma pagal Li⁺ koncentraciją kraujyje; rekomenduojama gydomoji Li⁺ koncentracija kraujyje 0,8-1,2 mE/l paprastai pasiekama skiriant 900-1500 mg/p. Reikia stebėti Li⁺ koncentraciją kraujyje (kas 2 sav., kol bus pasiekta pastovi koncentracija, vėliau – 1 k/mėn.). Vengti vienkartinės dozės >900 mg dėl galimų pašalinių reiškinių, rekomenduojama dozė paskirtstyti dienoje per 2-3 kartus. Ličio preparatai nerekomenduojami vaikams iki 11 metų amžiaus.

12.3.3.8.2. *Acidum valproicum et Natrium valproatum*. Nuotaiką stabilizuojantis vaistas skiriamas ūmioje stadijoje ir palaikomajam gydymui. Rekomenduojama pradinė dozė 250 mg 2 k.d.; rekomenduojama gydomoji dozė 1000 mg/p. Laikoma, kad gydomoji vaistinio preparato koncentracija kraujyje yra 40-100 mg/l (300-700 μmol/l). Valproatai nerekomenduojami germinacinio amžiaus moterims ir merginoms dėl didelės teratogeninio poveikio rizikos nėštumui, todėl turėtų būti skiriami tik tais atvejais, kai gydymas kitais vaistais neefektyvus ar netoleruojamas, pacientei paaiškinant apie galimą riziką nėštumui ir pilnavertės kontracepcijos svarbą.

12.3.3.8.3. *Fluoxetinum*. Antidepresantas, skiriamas vidutiniam ar sunkiam depresijos epizodui gydyti, jeigu depresija nepalengvėja po 4-6 psichoterapijos seansų. Rekomenduojama pradinė dozė 10 mg/p (vaikams iki 11 metų amžiaus 5-10 mg/p); rekomenduojama gydomoji dozė 20-40 mg/p.

12.3.3.8.4. *Ziprazidonum*. Antipsichozinis vaistas manijos epizodui gydyti vaikams nuo 10 m. amžiaus. Rekomenduojama pradinė dozė 20 mg 2 k.d., rekomenduojama gydomoji dozė 40 mg

2 k.d.. Negalima vartoti didesnės už didžiausią 80 mg dozę per parą 45 kg ar mažiau sveriantiems vaikams arba 160 mg dozę per parą daugiau kaip 45 kg sveriantiems vaikams.

12.3.3.8.5. *Aripiprazolum*. Antipsichozinis vaistas manijos epizodui gydyti vaikams nuo 13 m. amžiaus. Rekomenduojama pradinė dozė 2-5 mg/p, rekomenduojama gydomoji dozė 10-15 mg/p. Gydomo pradžioje 2 dienas rekomenduojama skirti po 2 mg, po to 2 dienas didinti iki 5 mg. Vėliau kas savaitę dozė galima didinti 5 mg/p, kol pasiekiami reikiama paros dozė klinikiniam efektui pasiekti, bet neviršijant 30 mg/p.

12.3.3.9. Antro pasirinkimo vaistai gydyti afektinį sutrikimą vaikams:

12.3.3.9.1. *Haloperidolum*. Antipsichozinis vaistas manijai arba sunkiai depresijai su psichozės simptomais gydyti. Rekomenduojama pradinė dozė 2,5 mg/p (vaikams iki 12 metų amžiaus 0,5 mg/p, didinti po 0,25-0,5 mg); rekomenduojama gydomoji dozė 2,5-10 mg/p. Kai svarstoma skirti didesnę kaip 3 mg per parą dozę, rekomenduojama įvertinti individualią naudą ir riziką.

12.3.3.9.2. *Sertralinum*. Antidepresantas vidutiniam ar sunkiam depresijos epizodui gydyti. Rekomenduojama pradinė dozė 50 mg/p (vaikams iki 11 metų amžiaus 25 mg/p); rekomenduojama gydomoji dozė 50-200 mg/p.

12.3.3.9.3. *Citalopramum*. Antidepresantas vidutiniam ar sunkiam depresijos epizodui gydyti. Rekomenduojama pradinė dozė 10 mg/p; rekomenduojama gydomoji dozė 20-40 mg/p. Citalopramas turi būti vartojamas vienkartinėmis 20 mg dozėmis, geriamomis kartą per parą.

12.3.3.9.4 *Escitalopramum* (vaikams nuo 12 metų amžiaus). Antidepresantas vidutiniam ar sunkiam depresijos epizodui gydyti. Rekomenduojama pradinė dozė 5 mg/p, įprastinė kartą per parą geriama dozė yra 10 mg. Didžiausia paros dozė yra 20 mg.

12.3.3.9.5. *Risperidonum*. Antipsichozinis vaistas manijai arba sunkiai depresijai su psichozės simptomais gydyti. Rekomenduojama pradinė dozė 0,5-1 mg 1 k.d.; rekomenduojama gydomoji dozė 1-2,5 mg/p. Individualiais atvejais, įvertinus naudą ir riziką, paros dozė gali būti didesnė, bet neviršyti 2 mg (sveriantiems <50 kg vaikams) arba 6 mg (sveriantiems >50 kg vaikams).

12.3.3.9.6. *Olanzapinum*. Antipsichozinis vaistas manijai arba sunkiai depresijai su psichozės simptomais arba mišriems simptomams gydyti. Rekomenduojama pradinė dozė 2,5-5 mg/p; rekomenduojama gydomoji dozė 10-20 mg/p.

12.3.3.9.7. *Quetiapinum*. Antipsichozinis vaistas manijai arba sunkiai depresijai su psichozės simptomais arba mišriems simptomams gydyti. Rekomenduojama pradinė dozė 25 mg/p; rekomenduojama gydomoji dozė gydant depresijos fazę – 25-300 mg/p, rekomenduojama gydomoji dozė gydant manijos fazę – 25-600 mg/p.

12.3.3.9.8. *Lamotriginum*. Antiepilepsinis vaistais. Rekomenduojama vaikų bipoliniam afektiniam sutrikimui su manijos simptomais. Paros dozė nustatoma palaipsniui titruojant: 1-2 savaitę – 25 mg/d, 3-4 savaitę 50 mg/d, 5 savaitę 100 mg/d, 6 savaitę 200 mg/p.

12.3.3.10. Indikacijos pradėti depresijos gydymą vaikams pirmo pasirinkimo vaistu fluoksetinu (turi atitikti visus kriterijus):

12.3.3.10.1. Diagnozuotas vidutinės arba sunkios depresijos epizodas (F31.3, F31.4, F31.5, F32.1, F32.2, F32.3, F33.1, F33.2, F33.3).

12.3.3.10.2. Sutrikimas sukelia vidutinį ar didelį funkcionavimo sutrikimą daugelyje socialinių sferų ar ryškų funkcionavimo sutrikimą vienoje sferoje (VBVS < 50).

12.3.3.10.3. Gydymas psichoterapija ir kitais nemedikamentiniais metodais neduoda teigiamo atsako 4-6 savaites.

12.3.3.11. Indikacijos pradėti depresijos gydymą vaikams antro pasirinkimo vaistais (turi atitikti visus kriterijus):

12.3.3.11.1. Diagnozuotas vidutinės arba sunkios depresijos epizodas (F31.3, F31.4, F31.5, F32.1, F32.2, F32.3, F33.1, F33.2, F33.3).

- 12.3.3.11.2. Sutrikimas sukelia vidutinį ar didelį funkcionavimo sutrikimą daugelyje socialinių sferų ar ryškų funkcionavimo sutrikimą vienoje sferoje (VBVS < 50).
- 12.3.3.11.3. Gydytas pirmo pasirinkimo vaistais nesukelia teigiamo atsako arba netoleruojamas dėl nepageidaujamų poveikių.
- 12.3.3.12. Indikacijos bipolinio afektinio sutrikimo gydymui pirmo pasirinkimo vaistu (turi atitikti visus kriterijus):
- 12.3.3.12.1. Diagnozuotas bipolinio afektinio sutrikimo manijos ar vidutinės arba sunkios depresijos epizodas (F30.1, F30.2, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5).
- 12.3.3.12.2. Sutrikimas sukelia vidutinį ar didelį funkcionavimo sutrikimą daugelyje socialinių sferų ar ryškų funkcionavimo sutrikimą vienoje sferoje (VBVS < 50).
- 12.3.3.12.3. Bipolinio afektinio sutrikimo gydymas ūmiame ir palaikomajame laikotarpyje.
- 12.3.3.13. Indikacijos bipolinio afektinio sutrikimo gydymui antro pasirinkimo vaistais (turi atitikti visus kriterijus):
- 12.3.3.13.1. Diagnozuotas bipolinio afektinio sutrikimo manijos ar vidutinės arba sunkios depresijos epizodas (F30.1, F30.2, F31.2, F31.3, F31.4, F31.5).
- 12.3.3.13.2. Sutrikimas sukelia vidutinį ar didelį funkcionavimo sutrikimą daugelyje socialinių sferų ar ryškų funkcionavimo sutrikimą vienoje sferoje (VBVS < 50).
- 12.3.3.13.3. Gydytas pirmo pasirinkimo vaistais nesukelia teigiamo atsako arba netoleruojamas dėl nepageidaujamų poveikių.
- 12.3.3.14. Šeimos medicinos gydytojas, gydytojas psichiatras ar vaikų ir paauglių psichiatras ir kiti specialistai (psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas), gydantys pacientą dėl nuotaikos (afektinių) sutrikimų, pagal kompetenciją turi stebėti pacientą dėl:
- 12.3.3.14.1. gydymo efektyvumo;
- 12.3.3.14.2. gydymo toleravimo ir vaistų nepageidaujamų poveikių;
- 12.3.3.14.3. psichikos būklės pasikeitimo;
- 12.3.3.14.4. galimo minčių apie savižudybę ir savižudiško elgesio, psichizės simptomų, pavojų kitiems keliančio elgesio atsiradimo ar sustiprėjimo;
- 12.3.3.14.5. gydymo režimo laikymosi;
- 12.3.3.14.6. jeigu stebimas pavojingas psichinės būklės ar elgesio pablogėjimas ar netoleruojami nepageidaujami vaisto poveikiai, pacientas turi būti nukreipiamas skubiai gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai.
- 12.3.3.15. Afektinio sutrikimo gydymo vaistais trukmė vaikams:
- 12.3.3.15.1. gydant pirmą depresijos epizodą (TLK-10-AM kodas F32.1, F32.2, F32.3) – 6–9 mėnesiai pasiekus remisiją;
- 12.3.3.15.2. pasikartojus depresijai (TLK-10-AM kodas F33.1, F33.2, F33.3) – 12–24 mėnesių pasiekus remisiją;
- 12.3.3.15.3. gydant pirmą manijos epizodą (F30.1, F30.2) 12 mėnesių pasiekus remisiją;
- 12.3.3.15.4. bipolinio afektinio sutrikimo pasikartojančio manijos arba depresijos epizodo (F31.2, F31.3, F31.4, F31.5) atveju 12-24 mėnesių pasiekus remisiją.
- 12.3.3.16. Afektinio sutrikimo gydymo medikamentais užbaigimas vaikams ir paaugliams:
- 12.3.3.16.1. apie afektinio sutrikimo gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras;
- 12.3.3.16.2. vaikams ir paaugliams rekomenduojamas palaipsnis gydymo vaistais užbaigimas per 4-8 savaites;

12.3.3.16.1. užbaigus gydymą vaistais vaikams ir paaugliams rekomenduojamas stebėjimas dėl galimo recidyvo 12 (po pirmo depresijos epizodo) arba 24 (po pakartotinio afektinio sutrikimo epizodo) mėnesius, tęsiant gydymą nemedikamentiniais metodais.

12.3.3.17. Remisijos kriterijai gydant afektinius sutrikimus vaikams ir paaugliams (turi atitikti abu kriterijus):

12.3.3.17.1. afektinių sutrikimų simptomų nėra arba yra ne daugiau kaip 2 depresijos simptomai;

12.3.3.17.1. ne daugiau nei lengvas funkcionavimo sutrikimas namie, mokykloje ar su bendraamžiais (VBVS > 71).

12.3.4. Afektinio sutrikimo gydymui vaikams taikomi nemedikamentiniai metodai:

12.3.4.1. Psichoedukacija – pacientų ir jų tėvų/globėjų mokymas apie ligą bei sveikatą, remiantis mokslinėmis medicinos ir psichologijos teorijomis, siekiant, kad pacientas geriau įsisąmonintų savo būklę, bei pagerinti bendradarbiavimą gydymo procese.

12.3.4.2. Psichologinis konsultavimas – tai medicinos psichologo teikiama pagalba pacientams, skirta padėti jiems suprasti ir išmokti spręsti asmenines arba tarpasmenines su psichologine savijauta ir elgesiu susijusias problemas.

12.3.4.3. Psichoterapija – sąmoningas psichologinių intervencijų ir tarpasmeninių santykių naudojimas tam, kad kvalifikuotas psichoterapeutas padėtų pacientui geriau suprasti ir koreguoti tuos psichologinius mechanizmus, kurie lemia psichikos sutrikimų simptomus ir susijusias psichosocialinio gyvenimo problemas. Vaikų psichoterapija – ryšiu su psichoterapeutu grindžiama pagalba vaikui, siekiant išspręsti jo emocijas, elgesio ir tarpasmenines problemas, trukdančias normaliam vystymuisi.

12.3.4.4. Kognityvinė elgesio terapija – mokslškai pagrįstas ir įrodytas tikslingas minčių ir elgesio keitimo metodas, kuriuo siekiama pašalinti psichikos sutrikimo simptomus ar geriau adaptuotis.

12.3.4.5. Tėvų konsultavimas – psichinės sveikatos priežiūros specialistų pagalba tėvams, siekiant padėti jiems geriau atlikti tėvų vaidmenį (tiek bendravimo su vaiku įgūdžių, tiek gebėjimo stebėti bei suprasti vaiką, prasme).

12.3.4.6. Šeimos psichoterapija – gydymo metodas, kai gilinantį į tarpasmeninius santykius šeimoje ir už jos ribų, padedama spręsti asmenines ir šeimos problemas; skatinamas pozityvus vaiko auklėjimas, ugdomi tėvų ir visos šeimos gebėjimai spręsti konfliktus ir problemas, tuo būdu mažinamas stresas tėvams ir vaikams.

12.3.4.7. Aplinkos terapija – pacientui ir (ar) jų grupei vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro, stacionarines ir psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikiančiose asmens sveikatos priežiūros įstaigose psichikos sveikatos slaugytojo, ergoterapeuto, socialinio darbuotojo, meno terapeuto, vadovaujant gydytojui vaikų ir paauglių psichiatrai ir (ar) medicinos psichologui taikoma struktūruota programa, kuri padeda pacientui saugiai jaustis, moko suvokti elgesio pasekmes ir sąmoningai rinktis tinkamus elgesio būdus bei įsisavinti įgūdžius, būtinus socialinei kompetencijai atkurti, ir kuri apima struktūruotos aplinkos sukūrimą, mokymo, užimtumo ir fizinio aktyvumo organizavimą, paciento elgesio valdymą, terapinės erdvės, suskirstytos į zonas, įrengimą.

12.3.4.8. Ergoterapija – asmens / grupių įgalinimas prasminga veikla, siekiant asmens / grupių gerovės, skatinant aktyvumą ir įsitraukimą į prasmingą (-as) veiklą (-as), ugdant reikiamus įgūdžius, įpročius, vaidmenis kasdienėje, mokymosi, darbinėje / profesinėje bei laisvalaikio aplinkose namuose ir bendruomenėje.

12.3.4.9. Meno terapija – kūrybinio meno ar raiškos meno terapija, skatina žmones reikšti, suprasti emocijas per meninę raišką ir kūrybinį procesą. Menų terapijos jungia dailės, muzikos, dramos, judesio, šokio, poezijos kryptis.

12.3.4.10. Specialioji pedagoginė pagalba – priemonės, kuriomis siekiama didinti asmens, turinčio specialiųjų ugdymosi poreikių, ugdymosi veiksmingumą.

12.3.4.11. Socialinė pagalba – intervencijos, skirtos būtinų socialinių įgūdžių ir pagalbos priemonių, paramos pritaikymui, stengiantis kurti geresnę (sveikesnę) paciento aplinką. Vaikų psichikos sutrikimu gydyme apima tokias veiklas: sprendžiamos paciento socialinės problemos, užtikrinamas socialinis saugumas, sprendžiami globos klausimai, ginamos pacientų teisės ir teisėti interesai.

12.3.5. Afektinio sutrikimo vaikams gydymas visada sudėtinis (kompleksinis), derinant nemedikamentinius metodus ir, esant indikacijoms, gydymą vaistais. Konkrečiam pacientui individualų sudėtinio gydymo planą sudaro gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Atsižvelgiama į nustatytą klinikinę diagnozę, sutrikimo eigą ir fazę, esamus gretutinius sutrikimus, paciento amžių, raidos ypatumus, reikšmingas psicho-socialines aplinkybes.

12.3.5.1. Lengvam depresijos epizodui gydyti vaikams rekomenduojami tik nemedikamentiniai metodai.

12.3.5.2. Vidutinio sunkumo depresijos epizodo gydymą vaikams rekomenduojama pradėti nemedikamentiniais metodais. Indikacijos pradėti vidutinio sunkumo depresijos epizodo gydymą vaistais aprašytos 12.3.3.9. ir 12.3.3.10. šio metodinio dokumento punktuose.

12.3.5.3. Sunkaus depresijos epizodo gydymui vaikams visuomet rekomenduojama kartu taikyti nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais.

12.3.5.4. Bipolinio afektinio sutrikimo gydymui vaikams visuomet rekomenduojama kartu taikyti nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais. Išimtis gali būti taikoma stebint tiksliai lengvą depresijos epizodą arba remisiją, sergant bipoliniu afektiniu sutrikimu (TLK-10-AM kodai F31.3 ir F31.7).

12.3.5.5. Sudėtinio afektinių sutrikimų gydymo tikslai vaikams:

12.3.5.5.1. depresijos epizodo gydyme – pasiekti sutrikimo remisiją ir išvengti recidyvo;

12.3.5.5.2. bipolinio afektinio sutrikimo gydyme – pasiekti dabartinio epizodo remisiją, optimalią ilgalaikę sutrikimo eigos kontrolę, sumažinti recidyvo riziką.

12.3.5.6. Sudėtinio gydymo atsaką vertina gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras ir/arba šeimos medicinos gydytojas:

12.3.5.6.1. vertinamas paciento psichikos būklės, psichikos sutrikimo simptomų ir bendro funkcionavimo pokytis gydymo eigoje;

12.3.5.6.2. teigiamas gydymo atsakas nustatomas, kai stebimas psichikos būklės ir bendro funkcionavimo gerėjimas, o simptomų skaičius ir stiprumas mažėja;

12.3.5.6.3. neigiamas gydymo atsakas nustatomas, kai stebimas psichikos būklės ir bendro funkcionavimo blogėjimas, o simptomų skaičius ir stiprumas didėja;

12.3.5.6.4. nėra gydymo atsako, jei psichikos būklė, psichikos sutrikimo simptomai ir bendras funkcionavimas gydymo eigoje nesikeičia;

12.3.5.6.5. sutrikimo remisija nustatoma, jei pacientas atitinka 12.3.3.16. punkte apibrėžtus kriterijus;

12.3.5.6.6. pradėjus lengvo ar vidutinio sunkumo depresijos epizodo gydymą psichoterapija ar psichologiniu konsultavimu, gydymo atsakas vertinamas po 6-12 savaičių;

12.3.5.6.7. pradėjus depresijos epizodo gydymą antidepresantu, gydymo atsakas vertinamas po 3-6 savaičių;

12.3.5.6.8. pradėjus gydymą antipsichoziniu vaistu, gydymo atsakas vertinamas po 2-4 savaičių;

12.3.5.6.9. pradėjus bipolinio afektinio sutrikimo gydymą nuotaiką stabilizuojančiu vaistu, gydymo atsakas vertinamas po 2 savaičių kai buvo pasiekta optimali vaisto paros dozė ir/arba koncentracija kraujyje;

- 12.3.5.6.10. individualiais atvejais (pvz. esant sau ar kitiems pavojingam elgesiui, gydant stacionare) gydymo atsakas turi būti vertinamas mažesniais laiko intervalais;
- 12.3.5.6.11. jeigu gydymui skiriami ličio druskų preparatai arba priešepilepsiniai vaistai, reguliariai atliekami šių vaistų koncentracijos kraujyje tyrimai.
- 12.3.5.7. Afektinio sutrikimo gydymas vaikams koreguojamas jeigu (atitinka bet kurį kriterijų):
- 12.3.5.7.1. taikant sudėtinį gydymą adekvačiais nemedikamentiniais gydymo metodais ir vaistais adekvačiomis dozėmis pakankamą laiko periodą nėra pasiekiamas teigiamas gydymo atsakas arba paciento būklė blogėja;
- 12.3.5.7.2. taikant sudėtinį gydymą atsiranda naujų psichikos sutrikimų simptomų, reikalaujančių dėmesio ir gydymo;
- 12.3.5.7.3. taikant sudėtinį gydymą pasireiškia sunkiai toleruojami nepageidaujami poveikiai.
- 12.3.6. Depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymo metodų eiliškumas ir etapiškumas, pasirinkimo kriterijai aprašyti 12.3.5. punkte ir pateikiami 6 bei 7 prieduose.
- 12.3.7. Gydymo metodų poveikis, atsižvelgiant į rizikos grupes, kurioms priskiriami pacientai.
- 12.3.7.1. Nemedikamentinių gydymo metodų poveikis rizikos grupės pacientams reikšmingai nesiskiria.
- 12.3.7.1.1. Pacientams, priskiriamiems socialinės rizikos grupėms (pvz. patiriantiems nepriežiūrą namuose), į gydymo planą būtina įtraukti socialinę pagalbą.
- 12.3.7.2. Saugaus afektinių sutrikimų gydymo vaistais principai vaikams ir paaugliams aprašyti šio metodinio dokumento 12.3.3.4. - 12.3.3.6. punktuose. Gydymas vaistais turėtų būti skiriamas atsižvelgiant į rizikos grupes, kurioms priskiriami pacientai:
- 12.3.7.2.1. Pacientai, turintys minčių apie savižudybę ir padidintą savižudiško elgesio riziką, jei jiems pradedamas gydymas antidepresantu, turi būti stebimi dėl galimo tokių minčių ar elgesio sustiprėjimo per pirmąsias gydymo savaites. Rekomenduojama apie tai įspėti pacientą ir tėvus/globėjus, paaiškinant kur kreiptis jei taip nutiktų; tuo laikotarpiu skirti dažnesnes gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ar psichologo konsultacijas; esant didelei rizikai, trumpam laikui kartu skirti impulsų kontrolę stiprinantį antipsichozinį vaistą arba gydymą antidepresantais pradėti stacionare.
- 12.3.7.2.2. Dėl didelės įgimtų apsigimimų rizikos valproinės rūgšties ir druskos preparatai nerekomenduojami gydant bipolinį afektinį sutrikimą germinacinio amžiaus pacientėms. Rekomenduojama rinktis gydymą kitais nuotaiką stabilizuojančiais vaistais.
- 12.3.7.2.3. Dėl padidintos svorio ir gliukozės kiekio kraujyje didėjimo rizikos, antipsichoziniai vaistai nerekomenduojami vaikams, turintiems padidintą riziką ar sergantiems cukriniu diabetu bei metaboliniu sindromu. Jei rizika sveikatai yra didesnė nepaskyrus anipsichozinių vaistų (pvz. galimas elgesys, keliantis pavojų savo ir kitų sveikatai ar gyvybei), rekomenduojama juos skirti ir stebėti svorio, gliukozės kiekio kraujyje pokyčius, skatinti pacientą laikytis dietos, mitybos ir fizinio aktyvumo režimo.
- 12.3.7.2.4. Dėl padidintos nepageidaujamų poveikių rizikos ličio druskos preparatai nerekomenduojami skirti vaikams, turintiems skydliaukės ar insktų susirgimų bei funkcijos sutrikimų. Jei skydliaukės funkcijos pokyčiai atsiranda gydymo ličio druska eigoje ir būtina tęsti šį gydymą (pvz. esant savižudybės ar ligos recidyvo rizikai dėl šio vaisto nutraukimo), reikia sekti skydliaukės funkciją gydymo eigoje, konsultuotis su gydytoju vaikų endokrinologu. Priėmus sprendimą pacientui skirti ličio druskų preparatų, būtina stebėti ličio jonų (Li^+) koncentraciją kraujyje (kas 2 savaites, kol bus pasiekta pastovi koncentracija, vėliau – 1 kartą per mėnesį).
- 12.3.8. Gydytojų specialistų konsultacijų organizavimo indikacijos ir tvarka.
- 12.3.8.1. Indikacijos gydytojų specialistų konsultacijoms gydant afektinius sutrikimus vaikams.

12.3.8.1.1. Diagnostikos ir diferencinės diagnostikos tikslu gali būti reikalingos gydytojo vaikų neurologo ar neurochirurgo (jei stebimi ar įtariami neurologiniai galvos smegenų susirgimai/pažeidimai), gydytojo vaikų endokrinologo (jei stebimi ar įtariami skydliaukės susirgimai ar funkcijos sutrikimai) konsultacijos. Kitų gydytojų specialistų konsultacijos reikalingos, jei įtariamas kitas gretutinis somatinis susirgimas.

12.3.8.1.2. Gydomo tikslu gydytojų specialistų konsultacijos ir rekomendacijos reikalingos gretutinių psichikos (pvz. nervinė anoreksija) ar somatinių (pvz. autoimuninis tiroiditas) susirgimų gydymui.

12.3.8.2. Gydytojo specialisto konsultacijai pacientą nukreipia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba šeimos gydytojas. Gydytojais specialistais konsultuoja ASPĮ, teikiančiose atitinkamas sveikatos priežiūros paslaugas.

12.3.9. Depresija ir bipolinis afektinis sutrikimas daugiau kaip pusei pacientų sukelia reikšmingų komplikacijų. Veiksmingiausia šių komplikacijų prevencija – ankstyva afektinio sutrikimo diagnostika ir efektyvus gydymas bei tikslingas paciento įvertinimas dėl galimų komplikacijų gydymo eigoje.

12.3.9.1. Dažniausia (iki 60 proc. sergančių afektiniais sutrikimais) ir pavojingiausia afektinių sutrikimų komplikacija – savižudiškas elgesys, apimantis mintis apie savižudybę, jos planavimą ir bandymą nusižudyti. Esant savižudiškam elgesiui ar jo rizikai, jį turėtų būti įvertinta laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymo Nr. V-856 „Dėl savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinio vertinimo tvarkos aprašo patvirtinimo“. Į gydymo planą įtraukiamos priemonės, numatytos Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakyme Nr. V-859 „Dėl pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims“.

12.3.9.2. Dažna afektinių sutrikimų komplikacija vaikams – piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis. Paciento diagnostinio įvertinimo metu būtina jo ir tėvų/globėjų paklausti apie psichoaktyvių medžiagų vartojimą, su tuo susijusias problemas. Gydomo eigoje pacientui turi būti rekomenduojama susilaikyti nuo psichoaktyvių medžiagų vartojimo. Esant priklausomybės nuo psichoaktyvių medžiagų požymių ar pacientui nepavykstant susilaikyti nuo jų vartojimo, rekomenduojama priklausomybės ligų specialisto konsultacija.

12.3.9.3. Dažnos afektinių sutrikimų komplikacijos vaikams – mokymosi, psicho-socialinio funkcionavimo blogėjimas. Tokiais atvejais į gydymo planą turėtų būti įtraukiama pedagoginė pagalba, socialinė pagalba, psicho-socialinė rehabilitacija.

12.3.10. Afektiniai sutikimai vaikams dažnai lydimi gretutinių sutrikimų – socialinės fobijos ir kitų nerimo sutrikimų, valgymo sutrikimų, aktyvumo ir dėmesio sutrikimo, elgesio sutrikimų, piktnaudžiavimo psichoaktyviomis medžiagomis ir kt. Daliai vaikų gali pasireikšti daugiau kaip vienas gretutinis sutrikimas. Diagnostikos etape privalomas įvertinimas dėl galimų gretutinių sutrikimų. Jų nustatčius, į gydymo planą turi būti įtraukiamos visų gretutinių sutrikimų gydymo priemonės.

12.3.10.1. Metilfenidato preparatai aktyvumo ir dėmesio sutrikimų gydymui turėtų būti skiriami atsargiai pacientams, sergantiems bipoliniu afektiniu sutrikimu, dėl manijos išprovokavimo ir piktnaudžiavimo rizikos.

12.3.11. Daugiadalykė gydytojų specialistų komanda gali būti kviečiama spręsti diagnostikos arba gydymo klausimus, kai afektiniai sutrikimai vaikams lydimi gretutinių somatinių/neurologinių susirgimų. Komadą sudaro gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai ir gydytojai specialistai, priklausomai nuo gretutinių susirgimų pobūdžio. Komandos priimti sprendimai įgyvendinami tyrimo ir gydymo plane.

12.3.12. Gydant afektinius sutrikimus vaikams svarbu užtikrinti, kad pacientas ir jo tėvai/globėjai aktyviai motyvuotai dalyvautų gydymo procese. Šiam tikslui pasiekti svarbi psichoedukacija, bendradarbiavimas gydymo procese ir paciento savikontrolės stiprinimas.

12.3.12.1. Psichoedukacija pacientui ir tėvams/globėjams suteikia informaciją apie sutrikimo diagnozę, jo esamus ir galimus klinikiškus požymius, susirgimo ir recidyvų priežastis ir rizikos veiksnius, gydymą, reabilitaciją ir recidyvų prevenciją.

12.3.12.2. Paciento bendradarbiavimas ir savikontrolė užtikrinami reguliariai ir išsamiai aptariant jo psichikos būklę, jos pokyčius, įtakojančius veiksnius, subjektyviai jaučiamą gydymo veiksmingumą ir naudą, toleravimą, nepageidaujamus poveikius, gydymo režimo laikymąsi.

12.3.12.3. Pasikartojančiu depresiniu sutrikimu ir bipoliniu afektiniu sutrikimu sergantiems pacientams rekomenduojama vesti savistabos žurnalus, kuriuose žymėti nuotaikos pokyčius, depresijos ir manijos epizodus bei juos įtakojusius veiksnius.

12.3.14. Gydymo prieinamumo, efektyvumo ir kokybės vertinimo kriterijai:

12.3.14.1. laikomasi afektinių sutrikimų metodinio dokumento rekomendacijų;

12.3.14.2. nebuvo klaidų vertinant paciento būklę, skiriant pradinį gydymą, bendraujant su pacientu;

12.3.14.3 tinkamai užpildyta medicininė dokumentacija;

12.3.14.4. laiku atlikti ir įvertinti laboratoriniai tyrimai (jei reikia);

12.3.14.5. laiku iškviesti konsultantai (jei reikia);

12.3.14.6. pacientų pasitenkinimas teikiamomis stacionarinėmis ir ambulatorinėmis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas;

12.3.14.7. siekiant efektyvių pokyčių ASPĮ (įstaigos vadovo įsakymu) paskiriamas žmogus (pvz., asmuo, kurio darbinės pareigos apima kokybės priežiūrą bei kontrolę) koordinuojantis veiklą, susijusią su metodikos diegimu, laikantis visų aprašytų formalių reikalavimų.

12.3.14.8. Paslaugų kokybei užtikrinti svarbus įstaigose dirbančių asmenų nuolatinis profesinės kvalifikacijos tobulinimas (asmens profesinės kvalifikacijos privalomojo tobulinimo trukmę reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymai).

12.4. Slauga.

12.4.1. Psichikos sveikatos slaugytojas gydant afektinius sutrikimus vaikams atlieka savo kompetencijai priskiriamas funkcijas daugiadalykėje specialistų komandoje:

12.4.1.1. savarankiškai nustato slaugos poreikius, sudaro slaugos planą, jį įgyvendina, dokumentuoja ir, esant reikalui, koreguoja;

12.4.1.2. teikia psichikos sveikatos slaugos paslaugas vaikui, sergančiam afektiniu sutrikimu, ir jo šeimai, atsižvelgdamas į kitų asmens sveikatos priežiūros komandos narių rekomendacijas, bei vykdo gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ar gydytojo psichiatro paskyrimus;

12.4.1.3. pagal kompetenciją teikia būtinają medicinos pagalbą (pvz. žaizdų priežiūra ar infuzoterapija po bandymo nusižudyti);

12.4.1.4. tiesiogiai stebi vaikų psichiatrijos stacionare gydomą pacientą viso gydymo metu;

12.4.1.5. laiku informuoja gydytoją apie paciento sveikatos būklės pokyčius, komplikacijas, vartojamų vaistų nepageidaujamą poveikį ar kitaip pablogėjusią sveikatą;

12.4.1.6. pacientui, turinčiam ketinimų ar riziką nusižudyti, ir dėl to gydomam stacionare, slaugytojas turi užtikrinti tiesioginį stebėjimą, saugumą, suteikti palaikymą, padėti atgauti savikontrolę.

12.4.2. Vaikų psichiatrijos stacionare gydomam pacientui slaugytojas pildo slaugos istoriją. Slaugos istorijoje sudaromas paciento stebėjimo planas ir įrašomi pastebėjimai apie paciento psichikos ir somatinę būklę. Jeigu gydytojo skiriamas intensyvus stebėjimas, įrašai atliekami kasdien, kitais atvejais įrašai atliekami atsižvelgiant į paciento būklę, pastebėjus jos pokyčius, bet ne rečiau nei kartą per savaitę.

12.5. Reabilitacija

Sunkūs ilgalaikiai, pasikartojantys depresijos ir/arba manijos epizodai reikšmingai sutrikdo ne tik vaiko psichinę sveikatą, bet ir jo vystymąsi bei funkcionavimą svarbiausiose srityse – santykiuose šeimoje ir su

bendraamžiais, moksluose, laisvalaikyje ir kitoje savirealizacijos veikloje, sutrikdo savarankiškumo ir savivertės formavimąsi, gyvenimo kokybę. Kad išsaugoti ar atstatyti sveiką vystymąsi ir funkcionavimą, gydant nuotaikos (afektingus) sutrikimus, vaikams gali būti reikalingos reabilitacijos priemonės.

12.5.1. Vaikams, gydomiems dėl depresijos ir bipolinio afektingo sutrikimo gali būti teikiamos psichosocialinės reabilitacijos paslaugos. Vaikams, gydomiems dėl depresijos epizodo, gali būti teikiamos medicininės reabilitacijos paslaugos.

12.5.1.1. Vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos yra ambulatorinės ir stacionarinės. Ambulatorinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos yra trumpalaikės ir ilgalaikės. Ambulatorinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos skiriamos pacientams po vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro ar stacionarinio gydymo. Stacionarinė vaikų ir paauglių psichosocialinė reabilitacija skiriama tik po stacionarinio vaikų ir paauglių psichiatrinio gydymo.

12.5.1.2. Medicininė reabilitacija vaikams, gydomiems dėl depresijos, taikoma dviem etapais. Pirmasis medicininės reabilitacijos (nemedikamentinio gydymo) etapas pradedamas ūmiu sutrikimo periodu, jei nėra kontraindikacijų, ambulatoriškai arba stacionare. Antrasis etapas – specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos – pradedamas pabaigus ūmaus etapo gydymą.

12.5.2. Psichosocialinės ir medicininės reabilitacijos paslaugos vaikams, turintiems bio-psichosocialinių funkcijų sutrikimų, pradedamos teikti ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu. Poreikį, indikacijas ir tikslus reabilitacijai įvertina gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras ir/arba fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas.

12.5.2.1. Ambulatorinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos skiriamos pacientams po vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro ar stacionarinio gydymo, kai yra bent dvi iš šių sąlygų:

12.5.2.1.1. kai toliau reikia stebėti ir koreguoti paciento būklę;

12.5.2.1.2. kai reikia padėti psichikos ir elgesio sutrikimų turintiems pacientams integruotis arba reintegruoti į bendruomenę ir šeimą;

12.5.2.1.3. kai reikia sustiprinti paciento socialinius ryšius, socialinius įgūdžius bei adaptaciją.

12.5.2.2. Trumpalaikė ambulatorinė vaikų ir paauglių psichosocialinė reabilitacija skiriama kai reikia sustiprinti paciento socialinius ryšius, socialinius įgūdžius bei adaptaciją ir kai paciento vertinimo pagal VBVS rodiklis yra 60–70 balų. Per 40 kalendorinių dienų suteikiama iki 12 trumpalaikės ambulatorinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugų. Vienos trumpalaikės ambulatorinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos suteikimo metu taikomi ne mažiau kaip 3 diagnostikos ir gydymo metodai.

12.5.2.3. Ilgalaikė ambulatorinė vaikų ir paauglių psichosocialinė reabilitacija skiriama po trumpalaikės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos, kai per trumpalaikę vaikų ir paauglių psichosocialinę reabilitaciją paciento vertinimo pagal VBVS rodiklis yra 71–80 balų. Ilgalaikė ambulatorinė vaikų ir paauglių psichosocialinė reabilitacija teikiama iki 9 mėnesių, skiriant iki 35 apsilankymų. Vienos ilgalaikės ambulatorinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos suteikimo metu taikomi ne mažiau kaip 3 diagnostikos ir gydymo metodai.

12.5.2.4. Stacionarinė vaikų ir paauglių psichosocialinė reabilitacija skiriama tik po stacionarinio vaikų ir paauglių psichiatrinio gydymo, kai paciento vertinimo pagal VBVS rodiklis yra 50–59 balų. Stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos pacientui teikiamos iki 15 lovdienių vieno gydymo kurso metu.

12.5.2.5. Indikacijos medicininei reabilitacijai – visi persirgti depresijos epizodai, pagal TLK-10 AM koduojami F31.3–7; F32–F 34.

12.5.3. Ambulatorinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro ar ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Ambulatorinės ir stacionarinės medicininės reabilitacijos paslaugos vaikams, sergantiems ar persirgusiems depresija, teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti atitinkamas paslaugas šiai pacientų grupei.

12.5.3.1. Stacionarines ir ambulatorines vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas teikia specialistų komanda: gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, kiti specialistai (psichoterapijos paslaugas teikiantis specialistas, ergoterapeutas, kineziterapeutas, meno terapeutas ir kiti) pagal poreikį.

12.5.3.1.1. Vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugoms gauti pacientą siunčia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Siuntime turi būti nurodyti vertinimo pagal VBVS rezultatai ir prie siuntimo pridėta forma 027/a, kurioje aprašytas taikytas gydymas vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionare ar vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionare.

12.5.3.1.2. Ambulatorinės ir stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos procesą sudaro psichikos būklės vertinimo, paciento konsultavimo, mokymo, psichosocialinių įgūdžių atkūrimo ir stiprinimo paslaugos.

12.5.3.1.3. Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras yra atsakingas už individualaus vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos plano sudarymą, papildymą ir (ar) koregavimą, plano įvykdymo rezultatų aprašymą formoje 025/a ir pakartotinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos skyrimą (rekomendavimą).

12.5.3.1.4. Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, teikdamas ambulatorinės ir stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas:

12.5.3.1.4.1. vertina paciento psichikos būklę;

12.5.3.1.4.2. dalyvauja sudarant ir vykdant psichosocialinės reabilitacijos planą;

12.5.3.1.4.3. vykdo psichoedukaciją pacientui ir jo atstovams pagal įstatymą;

12.5.3.1.4.4. teikia informaciją ir konsultacijas psichosocialinės reabilitacijos specialistų komandos nariams;

12.5.3.1.4.5. vadovauja taikant aplinkos terapiją.

12.5.3.1.5. Medicinos psichologas, teikdamas ambulatorinės ir stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas:

12.5.3.1.5.1. dalyvauja sudarant ir vykdant vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos planą;

12.5.3.1.5.2. atlieka psichologinį paciento įvertinimą;

12.5.3.1.5.3. atlieka psichologines intervencijas (psichologinį konsultavimą, taiko psichologinio poveikio priemones, psichoterapines technikas) individualiai ir grupėje;

12.5.3.1.5.4. konsultuoja paciento atstovus pagal įstatymą;

12.5.3.1.5.5. pagal kompetenciją vykdo psichologinį mokymą.

12.5.3.1.6. Socialinis darbuotojas, dalyvaudamas teikiant ambulatorinės ir stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas:

12.5.3.1.6.1. dalyvauja sudarant ir vykdant vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos planą;

12.5.3.1.6.2. įvertina paciento socialinį funkcionavimą, socialinius ryšius bei socialinius įgūdžius;

- 12.5.3.1.6.3. konsultuoja pacientą dėl psichosocialinių galimybių, individualios priežiūros, kitos kasdienės ir savarankiškos veiklos įgūdžių, vykdo kitą psichosocialinį konsultavimą ir (ar) mokymą;
- 12.5.3.1.6.4. moko individualiai ir grupėse individualios priežiūros, kitos kasdienės ir savarankiškos veiklos įgūdžių;
- 12.5.3.1.6.5. taiko aplinkos terapiją;
- 12.5.3.1.6.6. konsultuoja paciento atstovus pagal įstatymą dėl paciento individualios priežiūros, kitos kasdienės ir savarankiškos veiklos bei galimybių;
- 12.5.3.1.6.7. stebi paciento individualios priežiūros ir savarankiškumo vystymąsi ir pokyčius;
- 12.5.3.1.6.8. rūpinasi paciento ryšių su aplinka atkūrimu;
- 12.5.3.1.6.9. informuoja ir konsultuoja pacientus ir jų artimuosius apie socialinės pagalbos poreikį ir priemones;
- 12.5.3.1.6.10. tarpininkauja ir vykdo bendradarbiavimą su paciento mokyklos, valstybės vaiko teisių apsaugos tarnybos, policijos ir kitų institucijų specialistais, siekiant pašalinti kliūtis, trukdančias pacientui sveikti.
- 12.5.3.1.7. Psichikos sveikatos slaugytojas, teikdamas ambulatorinės ir stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas:
- 12.5.3.1.7.1. dalyvauja sudarant ir vykdant vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos planą;
- 12.5.3.1.7.2. padeda pacientui atkurti prarastus ir įtvirtinti turimus bendravimo įgūdžius;
- 12.5.3.1.7.3. vertina paciento būklę ir jos pasikeitimus;
- 12.5.3.1.7.4. stebi paciento savarankiškumo vystymąsi ir pokyčius;
- 12.5.3.1.7.5. vykdo aplinkos terapiją;
- 12.5.3.1.7.6. teikia konsultacinę pagalbą pacientui bei jo artimiesiems dėl vaistų vartojimo, psichosocialinių įgūdžių atkūrimo ir palaikymo.
- 12.5.3.1.8. Stacionarinė vaikų ir paauglių psichosocialinė reabilitacija skiriama tik po stacionarinio vaikų ir paauglių psichiatrinio gydymo, kai paciento vertinimo pagal VBVS rodiklis yra 50–59 balų. Stacionarinės vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos pacientui teikiamos iki 15 lovadienių vieno gydymo kurso metu.
- 12.5.3.1.9. Teikiant vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas taikomi šie diagnostikos metodai:
- 12.5.3.1.9.1. klinikinė diagnostika, psichosocialinis vertinimas;
- 12.5.3.1.9.2. įvairių specialistų atliekamas vaiko elgesio, žaidimo, bendravimo klinikinis stebėjimas;
- 12.5.3.1.9.3. vaiko elgesio, psichikos būklės, tėvų ir vaiko santykių vertinimo metodai;
- 12.5.3.1.9.4. klinikinis interviu;
- 12.5.3.1.9.5. pažintinių funkcijų (dėmesio, atminties, mąstymo ir kitų), raidos, intelekto, emocinės būsenos, emocinių ir elgesio sunkumų, asmenybės ir kitų psichologinių savybių vertinimas psichologinio įvertinimo instrumentais;
- 12.5.3.1.9.6. bendradarbiavimu grįstas savižudybės rizikos vertinimas ir valdymas;
- 12.5.3.1.9.7. vaiko ir tėvų santykių vertinimo metodai.
- 12.5.3.1.10. Teikiant vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas taikomi šie gydymo metodai:
- 12.5.3.1.10.1. konsultacijos (individualios, grupinės, šeimos);
- 12.5.3.1.10.2. psichoterapija (individuali, grupinė, šeimos) ir psichoterapinių technikų taikymas (pacientui, atstovams pagal įstatymą);
- 12.5.3.1.10.3. socialinių įgūdžių ugdymas;

12.5.3.1.10.4. psichoedukacija, psichologinis švietimas (pacientų, tėvų/globėjų, bendruomenės narių);

12.5.3.1.10.5. išplėstinė gydytojo vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultacija, kurios metu bendradarbiaujama su institucijomis, teikiamos ugdymo rekomendacijos;

12.5.3.1.10.6. aplinkos terapija;

12.5.3.1.10.7. įvairūs meno terapijos metodai.

12.5.3.1.11. Kiekvienos vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugos metu turi būti taikomi ne mažiau kaip 3 diagnostikos ir (ar) gydymo metodai.

12.5.3.2. Medicininės reabilitacijos paslaugos vaikams, sergantiems depresija ir turintiems biosocialinių funkcijų sutrikimų, pradedamos teikti ambulatorinio arba stacionarinio gydymo metu. Dėl paslaugų poreikio pacientą konsultuoja fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kuris paskiria atitinkamas paslaugas. Šias paslaugas teikia medicininės reabilitacijos komandos nariai: fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, medicinos psichologas, bendrosios praktikos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir kt. Depresija sergantiems ar persirgusiems vaikams gali būti skiriamos pirmo ir/arba antro etapo medicininės reabilitacijos paslaugos.

12.5.3.2.1. Ambulatorinio gydymo metu fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas įvertina paciento biosocialines funkcijas ir pagal poreikį skiria pirmojo etapo ambulatorinės medicininės reabilitacijos paslaugą (-as), teikiamą (-as) individualiai ar grupei žmonių, taip pat nusprendžia, ar tikslingas kitas apsilankymas. Jei liga yra lėtinė ir nepaūmėjusi, suteikus paskirtą paslaugą (-as), apsilankymas pas fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytoją nėra privalomas. Kai suteikiama pirmojo etapo ambulatorinė medicininės reabilitacijos paslauga (teikiama individualiai ar grupei žmonių), asmens sveikatos priežiūros specialistas (kineziterapeutas, ergoterapeutas ar masažuotojas) duomenis apie suteiktą paslaugą (taikytą (-as) medicininės reabilitacijos priemonę (-es)) įveda į privalomojo sveikatos draudimo informacinę sistemą „Sveidra“.

12.5.3.2.2. Vieno gydymo epizodo metu gali būti taikoma iki 25 medicininės reabilitacijos priemonių, apmokamų iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo (toliau – PSDF) biudžeto lėšomis (iš jų bent 10 turi būti taikomos individualiai). Jei pasinaudojama visomis pirmojo etapo ambulatorinės medicininės reabilitacijos teikiamomis galimybėmis, taikant ne mažiau kaip 20 medicininės reabilitacijos priemonių (iš jų bent 10 turi būti taikomos individualiai), tačiau reikiamas reabilitacijos rezultatas nepasiekiamas, fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas priima sprendimą dėl ambulatorinės medicininės reabilitacijos skyrimo.

12.5.3.2.3. Visus savo sprendimus, priimtus dėl pirmojo etapo ambulatorinių medicininės reabilitacijos paslaugų (individualių ar grupinių) teikimo ir ambulatorinės medicininės reabilitacijos skyrimo, gydytojas fiksuoja asmens sveikatos istorijoje (forma Nr. 025/a, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1999 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. 515 „Dėl Sveikatos priežiūros įstaigų veiklos apskaitos ir atskaitomybės tvarkos“) arba formoje E025 „Ambulatorinio apsilankymo aprašymas“, pildomoje Elektroninėje sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinėje sistemoje (ESPBI IS).

12.5.3.2.4. Pasibaigus ūmiam ligos periodui ir įvykdžius pirmojo reabilitacijos etapo programą, paciento biosocialinių funkcijų sutrikimo laipsnį turi įvertinti fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojas. Šis reikalavimas nėra privalomas suteikus pirmojo etapo ambulatorines medicininės reabilitacijos paslaugas, kai liga yra lėtinė ir nepaūmėjusi.

12.5.3.2.5. Biosocialinių funkcijų sutrikimams neišnykus, pacientui skiriamas antrasis reabilitacijos etapas specializuotame stacionarinės reabilitacijos skyriuje, vadovaujantis specialiaisiais reikalavimais.

12.5.3.2.6. Vaikams, kuriems nėra galimybių suteikti pirmojo etapo paslaugas, antrojo medicininės reabilitacijos etapų paslaugos skiriamos po fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos, kurios metu įvertinami vaiko biosocialinių funkcijų sutrikimai ir rekomenduojama atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslauga (antrasis etapas).

12.5.3.2.7. Specializuotos stacionarinės reabilitacijos paslaugos (antras medicininės reabilitacijos etapas) skiriamos po pirmojo reabilitacijos etapo, kai fizinės medicinos ir reabilitacijos gydytojo konsultacijos metu pacientui nustatomi biosocialinių funkcijų sutrikimai ir reikia tęsti atitinkamo lygio medicininės reabilitacijos paslaugas.

12.5.3.2.7.1. Esant diagnozuotiems depresijos sutrikimams (kodas pagal TLK-10-AM F31.3–7; F32–F 34), gali būti skiriamas sveikatai gražinamasis gydymas.

12.5.3.2.7.2. Specializuotos vaikų stacionarinės reabilitacijos paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigų stacionarinės reabilitacijos skyriuose.

12.5.3.2.7.3. Paslaugos, teikiamos vienam ligoniui per 10 darbo dienų: kineziterapija – 10 procedūrų, ergoterapija – 4 procedūros, masažas – 6 procedūros, fizioterapija – 6 procedūros, 3 psichologo konsultacijos ir (arba) užsiėmimai, socialinio darbuotojo konsultacijos, esant indikacijų.

12.5.3.2.7.4. Paslaugos, teikiamos pagal indikacijas: medikamentinis gydymas, ligojimo ir jo artimųjų mokymas ir kt. paslaugos.

12.5.3.2.7.5. Tyrimų mastas vienam ligoniui per 10 darbo dienų: funkciniai tyrimai – 1, kiti tyrimai, esant indikacijų.

12.5.4. Psichosocialinės arba medicininės reabilitacijos metu vaikams, sergantiems nuotaikos (afekciniais) sutrikimais, gali būti tęsiamas gydymas vaistais.

12.5.4.1. Psichosocialinės reabilitacijos metu sprendimus dėl gydymo vaistais priima gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras.

12.5.4.2. Medicininės reabilitacijos metu sprendimus dėl gydymo vaistais priima gydytojas reabilitologas, atsižvelgdamas į gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro rekomendacijas.

12.5.4.3. Paciento ir jo tėvų/globėjų konsultavimą dėl reikalingų gyvenimo pokyčių, sveikatos mokymo, psichologinę ir socialinę pagalbą savo kompetencijos ribose teikia psichosocialinės ar medicininės reabilitacijos komandos nariai, atsižvelgdami į pacientui nustatytus poreikius individualaus įvertinimo etape.

12.6. Afekcinių sutrikimų pasveikimo prognozė ir (ar) remisijos kriterijai vaikams.

12.6.1. Gydant pirmąjį depresijos epizodą vaikams tikėtina prognozė – pasveikimas. Pasikartojantis depresinis sutrikimas ir bipolinis afekcinis sutrikimas – lėtiniai sutrikimai, galintys trukti visą gyvenimą, tikėtina prognozė – pasiekta ilgalaikė remisija ir geras bendras funkcionavimas.

12.6.2. Afekcinių sutrikimų pasveikimo prognozę nustato gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, atsižvelgdamas į sutrikimo sunkumą, trukmę, eigą, gretutinius sutrikimus, atsaką į gydymą, asmenines paciento savybes, socialines ir šeimynines aplinkybes, galimus psichotraumuojančius veiksnius.

12.6.2.1. Pasveikimo prognozę bloginantys veiksniai: sunkesnis nuotaikos sutrikimo epizodas, ilgesnė eiga, dažnesni epizodai, gretutiniai sutrikimai (pvz. piktnaudžiavimas psichoaktyviomis medžiagomis, valgymo sutrikimai, socialinė fobija), tik dalinis atsakas į gydymą su išliekančiais sutrikimo simptomais, asmenybės bruožų akcentuacija ir būdingas negatyvus vertinimas, rimtos santykių ir socio-ekonominės problemos šeimoje, pasikartojantys ir besitęsiantys psichotraumuojantys veiksniai (pvz. konfliktai šeimoje, patiriamas smurtas).

12.6.3. Vaiką dėl afekcinio sutrikimo gydantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba šeimos gydytojas, nustatęs diagnozę ir atsižvelgęs į tai, kad, taikant gydymą ir (ar) medicininės reabilitacijos priemones, išlieka bendrųjų ir specifinių psichikos funkcijų sutrikimų, gali nukreipti pacientą ir jo tėvus/globėjus į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą (NDNT), neįgalumo lygio nustatymui.

12.6.3.1. Indikacijos nukreipti neįgalumo lygio nustatymui:

12.6.3.1.1. Afektiniai sutrikimai, užsitęsę ilgiau nei 12 mėn., nepaisant taikomo gydymo.

12.6.3.1.2. Afektiniai sutrikimai, kai yra psichozės simptomų, užsitęsę ilgiau nei 6 mėn., nepaisant taikomo gydymo.

12.6.3.2. Neįgalumo lygis vaikams, sergantiems afektiniais sutrikimais nustatomas laikantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro, Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. kovo 23 d. įsakymu Nr. V-188/A1-84/ISAK-487 patvirtinto Neįgalumo lygio nustatymo kriterijų ir tvarkos aprašo.

12.6.4. Pasveikimo arba remisijos kriterijai gydant afektinius sutrikimus vaikams:

12.6.4.1. faktinių sutrikimų simptomų nėra arba yra ne daugiau kaip 2 depresijos simptomai;

12.6.4.2. ne daugiau nei lengvas funkcionavimo sutrikimas namie, mokykloje ar su bendraamžiais, kai VBVS > 71.

12.7. Vaikų, gydomų dėl afektinių sutrikimų stebėseną.

12.7.1. Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, gydytojas psichiatras, šeimos medicinos gydytojas, ir kiti specialistai (psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas), gydantys pacientą dėl afektinių sutrikimų, pagal kompetenciją turi stebėti pacientą dėl:

12.7.1.1. gydymo efektyvumo;

12.7.1.2. gydymo toleravimo ir šalutinio poveikio;

12.7.1.3. psichikos būklės pasikeitimo;

12.7.1.4. galimo minčių apie savižudybę ar savižudiško elgesio atsiradimo ar sustiprėjimo;

12.7.1.5. gydymo režimo laikymosi.

12.7.2. Gydymo antidepresiniais vaistais trukmė:

12.7.2.1. gydant pirmą depresijos epizodą (TLK-10-AM kodas F32.1, F32.2, F32.3) – ne mažiau 6 mėnesiai pasiekus remisiją;

12.7.2.2. pasikartojus depresijai (TLK-10-AM kodas F33.1, F33.2, F33.3) – 12–24 mėnesiai pasiekus remisiją.

12.7.3. Manijos epizodo ir bipolinio afektinio sutrikimo gydymo vaistais trukmė:

12.7.3.1. gydant manijos epizodą (TLK-10-AM kodas F30.2) – ne mažiau 12 mėnesių pasiekus remisiją;

12.7.3.2. kai kurių bipolinių afektinių sutrikimų (TLK-10-AM kodas F31.2, F31.3, F31.4, F31.5) gydymo trukmė – 12–24 mėnesių pasiekus remisiją.

12.7.4. Apie afektinio sutrikimo gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras:

12.7.4.1. rekomenduojamas palaiapsnis gydymo užbaigimas per 4–8 savaites;

12.7.4.2. užbaigus gydymą, rekomenduojama stebėti dėl galimo manijos ar depresijos epizodo recidyvo 12 mėnesių (TLK-10-AM kodai F30.2, F32.1, F32.2, F32.3) arba 24 mėnesius dėl kai kurių bipolinių afektinių sutrikimų formų ar pasikartojančio depresinio sutrikimo (TLK-10-AM kodai F31.2, F31.3, F31.4, F31.5, F33.1, F33.2, F33.3).

12.7.5. Gydymą nemedikamentiniais metodais rekomenduojama tęsti visą stebėjimo laikotarpį.

13. PACIENTO KELIO ORGANIZAVIMO APRAŠYMAS

13.1. Sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo tvarkos tikslas ir uždaviniai

13.1.1. Tikslas – užtikrinti afektiniais sutrikimais sergantiems vaikams kokybiškų ambulatorinių bei stacionarinių diagnostikos, gydymo, slaugos ir medicininės reabilitacijos paslaugų prieinamumą.

13.1.2. Uždaviniai – įdiegti vaikų afektinių sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmą visose vaikų psichinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPĮ, kad būtų teikiamos vienodai

kokybiškos, individualizuotos, šiuolaikinės diagnostikos ir gydymo, reabilitacijos, slaugos paslaugos, kontroliuojami kokybės rodikliai.

13.2. Vaikams dėl afektyvių sutrikimų psichinės sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos pirminiame ambulatoriniame, specializuotame ambulatoriniame ir specializuotame stacionariniame lygmenyse.

13.2.1. Vaikų ir paauglių pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos psichikos sveikatos centruose (toliau – PSC), turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas (toliau – komanda). Komandoje gali dirbti ir kiti specialistai, kurių veikla susijusi su sveikatos priežiūra.

13.2.2. Vaikų ir paauglių specializuotos ambulatorinės psichiatrijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras bei medicinos psichologas. Į specialistų komandą gali būti įtraukiami ir socialinis darbuotojas, ir (ar) psichikos sveikatos slaugytojas.

13.2.3. Vaikų ir paauglių stacionarinės psichiatrijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčioje įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikia specialistų komanda: gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, psichoterapijos paslaugas teikiantis specialistas, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, ergoterapeutas. Į specialistų komandą gali būti įtrauktas meno terapeutas.

13.3. Afektyviu sutrikimu sergančiam vaikui teikiamų asmens sveikatos priežiūros prevencijos, diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugų teikimo organizavimo etapai.

13.3.1. Afektyvių sutrikimų prevencija apima rizikos veiksnių bei grupių atpažinimą ir rizikos mažinimą eliminuojant rizikos veiksnius ar mažinant jų patogeninį poveikį, gydant/koreguojant iki-klinikines būsenas/problemas, edukuojant ir stebint rizikos grupių vaikus/pacientus kaip aprašyta 12.1. skyriuje.

13.3.1.1. Prevencija vykdoma pirminiame ambulatoriniame lygyje šeimos gydytojo, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro.

13.3.1.2. Pagal reikalą pasitelkiant medicinos psichologą (kad koreguoti nuotaikos sutrikimui predisponuojančius asmenybės ypatumus, iki-klinikines būsenas, ugdyti socialinius ir problemų sprendimo įgūdžius, padėti įveikti sudėtingas stresines situacijas), socialinį darbuotoją (įtariant netinkamą elgesį su vaiku ar kitas socialines problemas).

13.3.1.3. Efektyviai prevencijai gali būti reikalingas tarpinstitucinis bendradarbiavimas su vaikų ugdymo įstaigomis, vaikų teisių apsaugos tarnybomis.

13.3.2. Vaikų afektyvių sutrikimų diagnostikos, gydymo ir priežiūros paslaugos teikiamos pirminiame ambulatoriniame, specializuotame ambulatoriniame ir specializuotame stacionariniame lygmenyse.

13.3.2.1. Pastebėjus ar įtarus afektyvio sutrikimo simptomus vaikas su tėvais/globėjais turėtų kreiptis į jiems pirmines ambulatorines sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose ASPĮ (PSC arba PSPC) dirbančius gydytojus – šeimos gydytoją arba gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą. Jeigu šiose ASPĮ nėra galimybės gauti gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro paslaugas, jose dirbantis šeimos gydytojas ar gydytojas psichiatras nukreipia vaiką, kuriam įtariamas afektyvus sutrikimas, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai į specializuotas ambulatorines vaikų psichinės sveikatos priežiūros paslaugas teikiančią ASPĮ.

13.3.2.2. Specializuotai ambulatorinei vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugai gauti siunčia:

13.3.2.2.1. diagnozei nustatyti ir gydymui skirti ir (ar) keisti – gydytojas psichiatras, dirbantis PSC, šeimos gydytojas, vaikų ligų gydytojas, kai PSC, prie kurios prisirašęs pacientas, nedirba gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras;

13.3.2.2.2. PSC dirbantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, kai reikia patikslinti diagnozę ir PSC neturi reikiamų diagnostikos priemonių arba PSC taikomas ambulatorinis gydymas yra neefektyvus;

13.3.2.2.3. gydytojas specialistas, konsultacijos metu nustatęs, kad reikalinga vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija.

13.3.2.3. Į vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionarą ar stacionarą siunčia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos teikiamos pacientams, kurie atitinka bent vieną iš šių sąlygų:

13.3.2.3.1. įvertinus paciento psichosocialinę būklę, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70;

13.3.2.3.2. baigus aktyvų stacionarinį gydymą, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70.

13.3.2.4. Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, siųsdamas pacientą į vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionarą ar stacionarą, formoje Nr. 027/a „Medicinos dokumentų išrašas / siuntimas“, patvirtintoje Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymu Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“ (toliau – forma 027/a):

13.3.2.4.1. nurodo siuntimo priežastį, aprašo paciento ir tėvų/gobėjų nusiskundimus, afektinio sutrikimo eigą, paciento psichikos būklę ir nurodo vertinimo pagal VBVS rezultatus;

13.3.2.4.2. aprašo pacientui suteiktas psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, nurodo ambulatorinio gydymo neefektyvumą ir vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro ar stacionaro paslaugų indikacijas;

13.3.2.4.3. nurodo suteiktas vaikų ir paauglių specializuotas ambulatorines, stacionaro ar dienos stacionaro psichiatrijos paslaugas, pateiktų vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančių specialistų komandos rekomendacijų įgyvendinimo rezultatus (siunčiant pakartotinai).

13.3.2.5. Jeigu dėl afektinio sutrikimo yra indikacijos skubiai medicininei pagalbai (savižudybės rizika, sunki depresija, psichozė), pacientas su tėvais/globėjais gali pats kreiptis arba turi būti jį konsultavusio gydytojo nukreiptas į specializuotas stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančią ASPĮ.

13.3.2.5.1. Vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos ASPĮ vaikų ir paauglių psichiatrijos skyriuose ir vaikų ir paauglių krizių intervencijos skyriuose.

13.3.2.5.2. ASPĮ, teikiančiose stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, hospitalizuojami pacientai, turintys šioje ASPĮ dirbančio gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro arba budinčio gydytojo psichiatro siuntimą gauti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, kai pacientui nustatytas afektinis sutrikimas (kodai F30-F33 pagal TLK-10-AM), kuris vidutiniškai ar sunkiai sutrikdė bendrą paciento funkcionavimą (vertinimas pagal VBVS mažesnis nei 50 balų), ir (ar) gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro siuntime nurodyta, kad ambulatorinis gydymas buvo neefektyvus.

13.3.2.5.3. Indikacijos vaikų depresijos ar bipolinio afektinio sutrikimo stacionariniam gydymui (turi atitikti bent vieną kriterijų):

13.3.2.5.3.1. paciento psichikos būseną kelia grėsmę jo ar artimųjų sveikatai ar gyvybei;

13.3.2.5.3.2. ambulatorinis gydymas neefektyvus, išlieka vidutiniškai ar stipriai išreikšti simptomai, ženkliai sutrikęs bendras funkcionavimas (VBVS < 50);

13.3.2.5.3.3. reikalingas ištyrimas diagnozės patikslinimui ar gydymo korekcijai, kuris galimas tik stacionaro sąlygomis.

13.3.2.5.4. Indikacijos vaiko, sergančio afektiniu sutrikimu, gydymui vaikų ir paauglių krizių intervencijos skyriuje. Vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugos pacientams teikiamos, kai reikalinga krizių intervencija esant abiem šioms sąlygoms:

13.3.2.5.4.1. nustatytas vienas ar keli iš šių krizinės situacijos sukeltų psichikos ir elgesio sutrikimų: ūmus ir praeinantis psichozinis sutrikimas (kodas pagal TLK-10-AM F23), sunkios ir vidutinio sunkumo depresijos epizodas (kodai pagal TLK-10-AM F32.1, F32.2, F32.3), reakcijos į stiprų stresą ir adaptacijos sutrikimas (kodas pagal TLK-10-AM F43), emocijų sutrikimas (kodas pagal TLK-10-AM F93), valgymo sutrikimas (kodai pagal TLK-10-AM F50.0–50.9):

13.3.2.5.4.2. nustatytas vienas ar keli iš šių psichikos ir elgesio sutrikimų: savižudiškos mintys (kodas pagal TLK-10-AM R45.81), blogo elgesio sindromas (kodas pagal TLK-10-AM T74), sužalojimas, apsinuodijimas (tyčinis savęs žalojimas ar pasikėsinimas ir pan.), problemos, susijusios su socialine aplinka (kodas pagal TLK-10-AM Z60), problemos, susijusios su vaikystėje patirtais neigiamais išgyvenimais (kodas pagal TLK-10-AM Z61), problemos, susijusios su auklėjimu (kodas pagal TLK-10-AM Z62), kitos problemos, susijusios su artimais asmenimis, įskaitant šeimines aplinkybes (kodas pagal TLK-10-AM Z63), problemos, susijusios su tam tikromis psichosocialinėmis aplinkybėmis (kodas pagal TLK-10-AM Z64), buvusi psichologinė trauma, save žalojantis elgesys (kodai pagal TLK-10-AM Z91.4, Z91.5).

13.3.2.6. Gydymo vieta nustatoma gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, atsižvelgiant į paciento psichinę būklę, pavojų gyvybei ir sveikatai, taikomo gydymo efektyvumą, specifinių diagnostikos ar gydymo procedūrų poreikį. Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, konsultacijos metu įvertinęs paciento psichikos būklę, gali:

13.3.2.6.1. teikti išvadą ir rekomendacijas siuntusiajam gydytojui;

13.3.2.6.2. skirti išplėstinę vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultaciją;

13.3.2.6.3. skirti psichoterapijos seansus;

13.3.2.6.4. skirti vaikų ir paauglių psichosocialinės reabilitacijos paslaugas;

13.3.2.6.5. siųsti pacientą į vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionarą arba stacionarą;

13.3.2.6.6. siųsti pacientą konsultuoti pas kitą gydytoją specialistą.

13.3.2.7. Gydymo stacionare trukmę ir rekomendacijas tolimesniam gydymui nustato pacientą stacionare gydantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Išrašant iš stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančios ASPĮ, gydantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras užpildo formą 027/a ir joje nurodo ambulatorinio gydymo rekomendacijas. Atsižvelgiant į paciento psichikos būseną ir tolimesnio gydymo poreikius, jis gali būti nukreipiamas gydymą tęsti:

13.3.2.7.1. pirmines arba specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ;

13.3.2.7.2. vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas teikiančioje ASPĮ;

13.3.2.7.3. psichosocialinės reabilitacijos paslaugas, o sergantiems depresija ir/arba medicininės reabilitacijos paslaugas vaikams teikiančioje ASPĮ;

13.3.2.7.4. kitą specializuotas vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionarines paslaugas teikiančioje ASPĮ, jei reikalingos tik joje teikiamos diagnostikos, gydymo ar reabilitacijos paslaugos.

13.3.2.8. Vieno gydymo kurso vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionare trukmė ne ilgesnė kaip 30 darbo dienų. Atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę gydytojų konsiliumo sprendimu gydymo kursas gali būti pratęstas 1 kartą, tačiau ne daugiau kaip 30 darbo dienų. Užbaigus gydymą dienos stacionare, pacientas, atsižvelgiant į jo psichikos būseną ir tolimesnio gydymo poreikius, gali būti nukreipiamas gydymą tęsti:

- 13.3.2.8.1. pirmines arba specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ;
- 13.3.2.8.2. būklei pablogėjus ir atsiradus indikacijoms, į vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionaro paslaugas teikiančią ASPĮ.
- 13.3.2.9. Sprendimą apie gydymo dėl afektinio sutrikimo užbaigimą priima pirmines arba specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ dirbantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras. Užbaigus gydymą rekomenduojama toje pačioje ASPĮ tęsti paciento stebėjimą dėl galimo sutrikimo recidyvo iki 12 mėnesių.
- 13.3.3. Pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančių gydytojų (šeimos ar vaikų ligų gydytojų) kompetencijai, gydant afektinius sutrikimus vaikams, priskiriama:
- 13.3.3.1. įtarus depresiją ar bipolinį afektinį sutrikimą, vaiko siuntimas pas gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą nustatyti diagnozę ir sudaryti gydymo planą;
- 13.3.3.2. gydant depresiją, gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro vaikui paskirto gydymo antidepressiniais vaistais tęsimas iki 6 mėnesių (vėliau pacientas siunčiamas pas gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą į konsultaciją);
- 13.3.3.3. gydant bipolinį afektinį sutrikimą, po gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos šeimos medicinos gydytojas gali tęsti paskirtą gydymą, jei tai yra nurodyta gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijos išraše (medicinos dokumentų išraše F027/a);
- 13.3.3.4. paciento siuntimas gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacijai dėl gydymo koregavimo, kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.3.5.7. punkte;
- 13.3.3.5. paciento stebėjimas kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.7. skyriuje;
- 13.3.3.6. esant indikacijoms, paciento nukreipimas į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą (NDNT) neįgalumo lygio nustatymui (kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.6.3. punkte);
- 13.3.3.7. pagal individualius paciento poreikius rekomenduoti ugdymo įstaigai skirti individualų mokymą ar kitokią pagalbą mokymosi procese.
- 13.3.4. Pirminės ar specializuotas psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams teikiančio gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro kompetencijai gydant afektinius sutrikimus priskiriama:
- 13.3.4.1. afektinių sutrikimų (ir esamų gretutinių psichikos sutrikimų) diagnozės nustatymas;
- 13.3.4.2. gydymo plano sudarymas bei kompleksinio gydymo nemedikamentiniais metodais ir vaistais derinimas, daugiadisciplinės komandos specialistų darbo koordinavimas gydymo procese;
- 13.3.4.3. nemedikamentinių gydymo metodų taikymas savo kompetencijos ribose (pvz. psichoterapijos);
- 13.3.4.4. paciento tėvų/globėjų, šeimos konsultavimas su gydymu susijusiais klausimais;
- 13.3.4.5. indikacijų pradėti afektinio sutrikimo gydymą pirmaeilium vaistu nustatymas;
- 13.3.4.6. gydymo pirmaeiliais vaistais parinkimas, įvertinimas ir, esant indikacijų, sprendimas jį keisti kitais vaistais;
- 13.3.4.7. afektinio sutrikimo gydymui skiriamų vaistų gydomųjų dozių nustatymas ir keitimas;
- 13.3.4.8. paciento stebėsena ir atsako į gydymą vertinimas;
- 13.3.4.9. gydymo vaistais ir nemedikamentiniais metodais užbaigimas;
- 13.3.4.10. esant indikacijoms, paciento nukreipimas į psichosocialinę arba medicininę reabilitaciją (kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.5. skyriuje);
- 13.3.4.11. esant indikacijoms, paciento nukreipimas į Neįgalumo ir darbingumo nustatymo tarnybą (NDNT), neįgalumo lygio nustatymui (kaip aprašyta šio metodinio dokumento 12.6.3. punkte);

- 13.3.412. pagal individualius paciento poreikius skirti mokymą namie (trukmė kiekvienam vaikui nustatoma individuali, tačiau ne ilgesnė kaip 12 mėnesių) arba nuotolinį mokymą nuotolinio mokymo paslaugas teikiančiose mokyklose ar kitokią pagalbą mokymosi procese;
- 13.3.413. deleguoti gydymo vaistais tęsimą ir paciento stebėseną šeimos gydytojui iki 6 mėnesių laikotarpiui;
- 13.3.414. esant reikalui, tarpinstitucinio bendradarbiavimo organizavimas.

13.4. Reikalavimai ASPĮ, teikiančioms vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas gydant afektyvius sutrikimus.

13.4.1. Vaikų ir paauglių pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos vadovaujantis Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“, psichikos sveikatos centruose (toliau – PSC), turinčiuose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

13.4.1.1. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas psichiatras, vaikų ir paauglių psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas (toliau – komanda). Komandoje gali dirbti ir kiti specialistai, kurių veikla susijusi su sveikatos priežiūra.

13.4.1.2. Mažiausią pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo komandą sudaro gydytojas psichiatras, psichikos sveikatos slaugytojas, socialinis darbuotojas ir medicinos psichologas. Kai komandoje nėra gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams gali teikti gydytojas psichiatras. Vaikų konsultavimui turi būti įrengta atskira patalpa.

13.4.1.3. Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugos teikiamos visiems prie psichikos sveikatos centro prisirašiusiems gyventojams.

13.4.1.4. Prisirašiusiems gyventojams turi būti užtikrinama visų amžiaus grupių asmenų psichikos sveikatos priežiūra bei priklausomybės ligų gydymo paslaugos.

13.4.1.5. Maksimalus aptarnaujamų gyventojų skaičius kiekvienam komandos nariui yra 17 000.

13.4.1.6. Psichikos sveikatos centras užtikrina komandoje dirbančių specialistų pirminių ambulatorinių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimą ne mažiau kaip 6 val. kiekvieną darbo dieną.

13.4.1.7. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos (toliau – ASPĮ) privalo pacientams ir jų šeimos nariams sudaryti galimybę kreiptis į bet kurį psichikos sveikatos centro, teikiančio pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas, komandos narį pagal ASPĮ vadovo nustatytą tvarką.

13.4.1.8. Pacientams ar jų atstovams psichikos sveikatos centre turi būti sudaryta galimybė kreiptis į gydytoją psichiatrą ar gydytoją vaikų ir paauglių psichiatrą, ar medicinos psichologą įstaigos vadovo nustatyta tvarka ir gauti nuotolines pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugas.

13.4.1.9. Psichikos sveikatos centras, teikdamas pirmines ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, vykdo šias funkcijas:

13.4.1.9.1. pagal kompetenciją užtikrina (suteikia ir organizuoja) būtinąją medicinos pagalbą;

13.4.1.9.2. vykdo ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą:

13.4.1.9.2.1. propaguoja sveiką gyvenseną;

13.4.1.9.2.2. vykdo psichikos sutrikimų prevenciją;

- 13.4.1.9.2.3. dalyvauja įgyvendinant vaikų ir paauglių psichikos sveikatos stiprinimo bei priežiūros priemones;
 - 13.4.1.9.2.4. teikia pirminio lygio psichologinės-psichoterapinės intervencijos paslaugas asmeniui, grupei ar šeimai;
 - 13.4.1.9.2.5. atlieka savižudybės krizę išgyvenančių asmenų psichosocialinį vertinimą;
 - 13.4.1.9.2.6. atlieka pirminį asmens psichikos sveikatos būklės patikrinimą;
 - 13.4.1.9.2.7. atlieka ankstyvąjį riziką vartojant alkoholį įvertinimą;
 - 13.4.1.9.2.8. teikia psichologinę pagalbą asmenims, turintiems psichikos sutrikimų, ir jų šeimos nariams;
 - 13.4.1.9.2.9. vykdo psichikos ligonių, kuriems dažnai paūmėja psichikos sutrikimai ir tai kelia pavojų jų pačių ir (ar) aplinkinių sveikatai arba gyvybei, stebėseną;
 - 13.4.1.9.2.10. teikia psichofarmakoterapijos, asmens, šeimos konsultavimo, psichiatrinės abiliacijos, psichosocialinės reabilitacijos paslaugas;
 - 13.4.1.9.2.11. teikia priklausomybės ligų gydymo ir reabilitacijos pirminio lygio paslaugas;
 - 13.4.1.9.2.12. teikia psichikos sveikatos slaugos, socialinės pagalbos paslaugas;
 - 13.4.1.9.2.13. vykdo lėtiniais psichikos ir elgesio sutrikimais sergančių pacientų priežiūrą;
 - 13.4.1.9.3. pagal kompetenciją atlieka profilaktinius sveikatos tikrinimus;
 - 13.4.1.9.4. išduoda pacientams nedarbingumo pažymėjimus;
 - 13.4.1.9.5. nepriskirtais jo kompetencijai, taip pat visais neaiškiais atvejais siunčia pacientus antrinio ar tretinio lygio ambulatorinių ar stacionarinių paslaugų gauti;
 - 13.4.1.9.6. teikia psichikos sveikatos priežiūros paslaugas namuose pagal ASPĮ vadovo nustatytą tvarką;
 - 13.4.1.9.7. pagal kompetenciją siunčia asmenis dėl neįgalumo, darbingumo lygio ir specialiųjų poreikių nustatymo;
 - 13.4.1.9.8. nustato medicines indikacijas ir kontraindikacijas dėl asmenų apgyvendinimo socialinės globos įstaigoje;
 - 13.4.1.9.9. vykdo asmenų, kuriems teismo sprendimu taikomos priverčiamosios medicinos priemonės, ambulatorinį stebėjimą; teikia išvadą teismui dėl priverčiamųjų medicinos priemonių taikymo pratęsimo, rūšies pakeitimo ar jų taikymo panaikinimo;
 - 13.4.1.9.10. bendradarbiauja su socialinės globos ir rūpybos įstaigomis, organizacijomis, teikiant psichikos sutrikimų turintiems asmenims socialinę pagalbą, reabilitacijos ir abiliacijos paslaugas;
 - 13.4.1.9.11. tvarko medicinos dokumentaciją ir teikia statistikos ir kitus privalomosios atskaitomybės duomenis;
 - 13.4.1.9.12. praneša apie sužalotus pacientus, kuriems žala galėjo būti padaryta nusikalstama veika, teisėsaugos institucijoms;
 - 13.4.1.9.13. informuoja apie galimai pažeistas vaiko teises vaiko teisių apsaugos skyrius;
 - 13.4.1.9.14. bendradarbiauja su šeimos gydytojais, slaugos bei socialiniais darbuotojais ir kitais specialistais, dirbančiais sveikatos priežiūros ar kitose įstaigose;
 - 13.4.1.9.15. teikia kitas sveikatos priežiūros ir kitas paslaugas, numatytas Lietuvos Respublikos teisės aktuose.
- 13.4.1.10. Psichikos sveikatos centras kartą per mėnesį teritorinei ligonių kasai (toliau – TLK) pateikia psichikos sveikatos centro darbuotojų skaičių (pagal specialybes). Psichikos sveikatos centras kiekvieną mėnesį pagal Privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos „Sveidra“ duomenis rengia praėjusio ataskaitinio laikotarpio (praėjusio mėnesio) prisirašiusių prie pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros įstaigų asmenų skaičiaus suderinimo protokolą (toliau – suderinimo protokolas). Suderinimo protokolas pateikiamas TLK derinti

Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (toliau – VLK) direktoriaus įsakymu nustatyta tvarka ir terminais.

13.4.2. Vaikų ir paauglių specializuotos ambulatorinės psichiatrijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčiose įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Reikalavimai specializuotų ambulatorinių vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų teikimui apibrėžiami Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d įsakymu Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.4.2.1. Vaikų ir paauglių specializuotas ambulatorines psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ turi būti vaikų ir paauglių psichiatro ir medicinos psichologo kabinetas su baldais ir įranga, pritaikytas pacientui ir šeimai konsultuoti.

13.4.2.2. Specializuotos ambulatorinės vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugos yra:

13.4.2.2.1. gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija;

13.4.2.2.2. išplėstinė vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultacija.

13.4.2.3. Išplėstinę vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultaciją teikia specialistų komanda, kurią sudaro gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras bei medicinos psichologas. Į specialistų komandą gali būti įtraukiami ir socialinis darbuotojas, ir (ar) psichikos sveikatos slaugytojas.

13.4.2.4. Išplėstinę vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultaciją sudaro visi šie veiksmi:

13.4.2.4.1. bendra gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, medicinos psichologo konsultacija (vidutinė trukmė – 1 valanda): kompleksinis vaiko emocijų ir elgesio, jo socialinės aplinkos, šeimos problemų ištyrimas;

13.4.2.4.2. gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro, medicinos psichologo pagal skirtingus diagnostikos ir (ar) gydymo ir pagalbos šeimai metodus teikiama paslauga (vidutinė trukmė – 4 valandos);

13.4.2.4.3. gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ir medicinos psichologo atliekamas psichikos ir elgesio sutrikimų diagnozės nustatymas, individualaus gydymo plano sudarymas, rekomendacijų šeimai teikimas (vidutinė trukmė – 1 valanda).

13.4.2.5. Išplėstinė vaikų ir paauglių psichikos sveikatos specialistų konsultacija tam pačiam pacientui teikiama ne dažniau kaip 2 kartus per kalendorinius metus.

13.4.2.6. Suteiktos specializuotos ambulatorinės vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugos aprašomos paciento formoje Nr. 025/a „Ambulatorinė asmens sveikatos istorija“, patvirtintoje 2014 m. sausio 27 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“ (toliau – forma 025/a), bei užpildoma forma Nr. 025/a-LK „Asmens ambulatorinio gydymo statistinė kortelė“, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 26 d. įsakymu Nr. 687 „Dėl medicininės apskaitos dokumentų formų tvirtinimo“ (toliau – forma 025/a-LK).

13.4.2.7. ASPĮ, teikianti specializuotas ambulatorines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, turi turėti šiuos medicinos prietaisus:

13.4.2.7.1. medicininės svarstyklės;

13.4.2.7.2. ūgio matuoklį;

13.4.2.7.3. arterinio kraujospūdžio matavimo aparatą;

13.4.2.7.4. stetofonendoskopą.

13.4.3. Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos teikiamos ASPĮ, kuri turi įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas. Įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija, suteikianti teisę teikti vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas, išduodama ASPĮ, kuri atitinka šiame skyriuje

nustatytus reikalavimus ir turi įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją, suteikiančią teisę teikti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos arba stacionarines vaikų ligų paslaugas. Reikalavimai vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimui apibrėžiami Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d įsakymu Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.4.3.1. Siuntimo vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugoms gauti tvarka ir indikacijos aprašytos šio metodinio dokumento 13.3.2.3. punkte.

13.4.3.2. Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas teikiančioje ASPĮ turi būti: gydytojo, medicinos psichologo ir socialinio darbuotojo kabinetai su baldais ir įranga, pritaikytai pacientui bei šeimai konsultuoti, daugiafunkcinės (fizinio aktyvumo, užimtumo) patalpos (2 kabinetai), slaugytojo / procedūrų kabinetas.

13.4.3.3. ASPĮ vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro padaliniuose turi būti įrengta ne mažiau kaip 5 vietos.

13.4.3.4. Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionare paslaugas pacientams teikia specialistų komanda: gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, psichoterapijos paslaugas teikiantis specialistas. Į specialistų komandą gali būti įtraukti ir kiti specialistai (ergoterapeutas, meno terapeutas, logoterapeutas). Komandos darbą koordinuoja gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras.

13.4.3.5. ASPĮ turi užtikrinti vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimą ne trumpiau kaip 5 dienas per savaitę ir ne trumpiau kaip 4 val. per dieną.

13.4.3.6. Pirmą atvykimo dieną pacientui sudaromas diagnostikos ir gydymo planas, kuris gali būti koreguojamas gydymo metu.

13.4.3.7. Pacientui per dieną taikomi ne mažiau kaip 2 diagnostikos ir (ar) gydymo metodai, nurodyti aprašo 28–29 punktuose.

13.4.3.8. Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimo metu gali būti taikomi šie diagnostikos metodai: kompleksinė psichodiagnostika; klinikinė diagnostika; klinikinis psichiatrinis ištyrimas; klinikinis interviu; klinikinis stebėjimas; Lietuvoje taikomi raidos, standartizuoti intelekto, pažintinių funkcijų, autizmo spektro sutrikimų, vaikų elgesio ir emocinių sunkumų, vaiko ir tėvų santykių vertinimo metodai, vaiko žaidimo stebėjimas, psichosocialinis vertinimas, psichosocialinis šeimos būklės tyrimas, kiti Lietuvoje taikomi vaiko psichikos bei vaiko ir tėvų santykių vertinimo metodai bei instrumentai; bendradarbiavimu grįstas savižudybės rizikos vertinimas ir valdymas.

13.4.3.9. Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugų teikimo metu taikomi šie gydymo metodai: vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija, psichologinės intervencijos (psichologinis konsultavimas, psichologinio poveikio priemonės, psichoterapinės technikos), šeimos konsultavimas, individuali psichoterapija, šeimos psichoterapija, grupinė psichoterapija, tėvų ir vaikų santykių terapija, individuali ar grupinė žaidimų terapija, individuali ar grupinė elgesio terapija, meno terapija, aplinkos terapija, individualus ar grupinis tėvų mokymas, jei reikia, gydymas vaistais.

13.4.3.10. Vieno gydymo kurso vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionare trukmė ne ilgesnė kaip 30 darbo dienų. Atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę gydytojų konsiliumo sprendimu gydymo kursas gali būti pratęstas 1 kartą, tačiau ne daugiau kaip 30 darbo dienų.

13.4.3.11. ASPĮ, teikianti vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas, turi turėti šiuos medicinos prietaisus:

13.4.3.11.1. medicininės svarstyklės;

13.4.3.11.2. ūgio matuoklį;

13.4.3.11.3. arterinio kraujospūdžio matavimo aparatą;

13.4.3.11.4. stetofonendoskopą;

13.4.3.11.5. termometrą.

13.4.4. Vaikų ir paauglių stacionarinės psichiatrijos paslaugos teikiamos ASPĮ, turinčioje įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija, suteikiančią teisę teikti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas. Įstaigos asmens sveikatos priežiūros licencija, suteikianti teisę teikti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, išduodama ASPĮ, kuri atitinka šiame skyriuje nustatytus reikalavimus. Reikalavimai stacionarinių vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų teikimui apibrėžiami Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d įsakymu Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.4.4.1. ASPĮ, teikiančioje stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, turi būti užtikrinama (gali būti užtikrinama pagal sutartis su kitomis ASPĮ):

13.4.4.1.1. pagal paciento sveikatos būklę – kitų gydytojų specialistų konsultacijos;

13.4.4.1.2. laboratoriniai tyrimai: bendras kraujo tyrimas, biocheminis kraujo tyrimas, elektrolitų balanso nustatymas, vaistų koncentracijos kraujyje nustatymas, elektroencefalografija, elektrokardiografija;

13.4.4.1.3. galvos smegenų vaizdinis (kompiuterinė tomografija arba magnetinis rezonansas) tyrimas;

13.4.4.1.4. oftalmoskopija ir akių dugno tyrimas.

13.4.4.2. Stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikia specialistų komanda: gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, psichoterapijos paslaugas teikiantis specialistas, medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas, slaugytojo padėjėjas, ergoterapeutas. Į specialistų komandą gali būti įtrauktas meno terapeutas.

13.4.4.3. Stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ turi būti patalpos, tinkamos stacionarinėms vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugoms teikti (specialistų komandos narių kabinetas (-ai), palatos, procedūrinis kabinetas).

13.4.4.4. Stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiantis gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, medicinos psichologas ir psichikos sveikatos slaugytojas, dirbantys vieno etato krūviu, vaikų ir paauglių psichiatrijos padalinyje paslaugas teikia ne daugiau kaip 6 pacientams.

13.4.4.5. Padalinyje, teikiančiame stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, visą parą užtikrinamas gydytojo budėjimo postas. Budėjimo ASPĮ metu (nakties metu, savaitgaliais ir švenčių dienomis) pacientus prižiūri gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras ar gydytojas psichiatras, budintis stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančioje ASPĮ.

13.4.4.6. Rekomenduojama, kad vaikų ir paauglių psichiatrijos padaliniuose būtų ne daugiau kaip 15 lovų.

13.4.4.7. Siuntimo specializuotoms vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionaro paslaugoms gauti tvarka ir indikacijos aprašytos šio metodinio dokumento 13.3.2.5. punkte.

13.4.4.8. Stacionarinių vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų teikimo metu taikomi šie gydymo metodai: vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija, psichologinės intervencijos (psichologinis konsultavimas, psichologinio poveikio priemonės, psichoterapinės technikos), šeimos konsultavimas, individuali ir grupinė psichoterapija, šeimos psichoterapija, tėvų ir vaikų santykių terapija, aplinkos terapija, meno terapija, intensyvi psichiatrinė slauga, socialinio darbuotojo paslaugos, individualus ar grupinis tėvų mokymas, jei reikia – gydymas vaistais, kitų gydytojų specialistų skiriamas gydymas.

13.4.4.9. Teikiant stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas taikomi metodinio dokumento 13.4.3.8. punkte nurodyti diagnostikos metodai.

13.4.4.10. Pacientui per dieną taikomi ne mažiau kaip 3 diagnostikos ir (ar) gydymo metodai, nurodyti metodinio dokumento 13.4.3.8. ir 13.4.4.8. punktuose (išskyrus atvejus, kai dėl sunkios paciento būklės taikoma tik intensyvi psichiatrinė slauga).

13.4.4.11. ASPĮ, teikianti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, turi turėti šiuos medicinos prietaisus:

- 13.4.4.11.1. medicininės svarstyklės;
- 13.4.4.11.2. ūgio matuoklį;
- 13.4.4.11.3. arterinio kraujospūdžio matavimo aparatą;
- 13.4.4.11.4. stetosfonendoskopą;
- 13.4.4.11.5. termometrą.

13.4.5. Vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugos yra stacionarinės asmens sveikatos priežiūros paslaugos, kurios teikiamos ASPĮ, turinčiose licenciją teikti stacionarines vaikų ir paauglių psichiatrijos ar vaikų ligų paslaugas. Reikalavimai vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugų teikimui apibrėžiami Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.4.5.1. Vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugos turi būti teikiamos atskirame ASPĮ padalinyje.

13.4.5.2. Padalinyje, teikiančiame vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas, turi būti: gydytojo, medicinos psichologo ir socialinio darbuotojo kabinetai, pritaikyti vaikams ir paaugliams bei šeimai konsultuoti, atskiros daugiafunkcinės (fizinio aktyvumo, užimtumo) patalpos jaunesnio amžiaus vaikams ir paaugliams, relaksacinis kabinetas, vienvietės ir dvivietės palatos, slaugytojo / procedūrų kabinetas, slaugytojo postas, pacientų lankymo patalpa, valgykla, uždaras kiemas (judriems lauko žaidimams).

13.4.5.3. Padalinyje, teikiančiame vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas, turi būti saugi aplinka su antivandaline (saugia) įranga.

13.4.5.4. Padalinyje, teikiančiame vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas, turi būti ne daugiau kaip 15 lovų.

13.4.5.5. Vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas teikia specialistų komanda: gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras (komandos koordinatorius), medicinos psichologas, socialinis darbuotojas, psichikos sveikatos slaugytojas ir (ar) bendrosios praktikos slaugytojas, slaugytojo padėjėjas. Teikiant vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas gali dalyvauti ir psichoterapijos paslaugas teikiantis specialistas, meno terapeutas bei kiti specialistai.

13.4.5.6. Kiekvienas vaikų ir paauglių psichiatras ir medicinos psichologas, dirbantis vieno etato krūviu, paslaugas teikia ne daugiau kaip 6 pacientams.

13.4.5.7. Teikiant vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas atsižvelgiant į paciento sveikatos būklę turi būti užtikrinamos kitų specialistų konsultacijos.

13.4.5.8. Padalinyje, teikiančiame vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas, visą parą užtikrinamas gydytojo budėjimo postas. Vaikų ir paauglių krizių intervencijos skyriuje ar padalinyje turi būti užtikrinama gydytojo vaikų ir paauglių psichiatro ar gydytojo psichiatro konsultacija naktimis, poilsio ir švenčių dienomis.

13.4.5.9. Vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugos pacientui teikiamos ne ilgiau kaip 15 dienų.

13.4.5.10. Indikacijos vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugoms teikti aprašytos metodinio dokumento 12.3.2.5.3. punkte.

13.4.5.11. Teikiant vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas taikomi metodinio dokumento 13.4.3.8. punkte nurodyti diagnostikos metodai.

13.4.5.12. Teikiant vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas taikomi šie gydymo metodai: intensyvi psichiatrinė slauga, krizių intervencija, psichologinės intervencijos (psichologinis konsultavimas, psichologinio poveikio priemonės, psichoterapinės technikos, šeimos konsultavimas, individuali psichoterapija, šeimos psichoterapija, grupinė psichoterapija, tėvų ir vaikų santykių terapija, aplinkos terapija, individuali ar grupinė žaidimų terapija, meno terapija,

socialinio darbuotojo konsultacija, asmens savisaugos plano sudarymas), vaikų ir paauglių psichiatro konsultacija, jei reikia, gydymas vaistais.

13.4.5.13. Teikiant vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas taikomi ne mažiau kaip 3–4 metodinio dokumento 13.4.3.8. ir 13.4.5.12. punktuose nurodyti diagnostikos ir (ar) gydymo metodai, išskyrus tuos atvejus, kai dėl sunkios paciento būklės taikoma tik intensyvi psichiatrinė slauga.

13.4.5.14. Teikiant vaikų ir paauglių krizių intervencijos paslaugas pacientams, patiriantiems savižudybės grėsmę ar išgyvenantiems savižudybės krizę, vadovaujamosi ir Pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmens teikimo tvarkos aprašu, patvirtintu Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 26 d. įsakymu Nr. V-859 „Dėl Pagalbos savižudybės grėsmę patiriantiems, savižudybės krizę išgyvenantiems ir savižudybės krizę išgyvenusiems asmenims teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

13.5. Reikalavimai vaikų ir paauglių pirminių ambulatorinių, specializuotų ambulatorinių ir stacionarinių vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugų teikimui, reikalingoms medicinos priemonėms, patalpoms reglamentuoti:

13.5.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymu Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“;

13.5.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymu Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.6. Šioje metodikoje aprašomų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo ir organizavimo procese informacinės ir ryšio technologijos naudojamos, rodikliai susiejami su ESPBI IS, įstaigos informacine sistema, kaip tai apibrėžia dabar galiojantys teisiniai aktai.

13.6.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. sausio 27 d. įsakymas Nr. V-120 „Dėl Privalomų sveikatos statistikos apskaitos ir kitų tipinių formų bei Privalomų sveikatos statistikos ataskaitų formų patvirtinimo“

13.6.2. <https://sam.lrv.lt/lt/veiklos-sritys/e-sveikata/espbi-is-e-recepto-medvais-naudotoju-gaires>

13.7. Reikalavimai personalui:

13.7.1. Teisės aktai, reglamentuojantys reikalavimus sveikatos priežiūros specialistams, dalyvaujantiems vaikų ir paauglių nuotaikos (afektinių) sutrikimų prevencijoje, gydyme ir reabilitacijoje:

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. gruodžio 14 d. įsakymas Nr. V-730. „Dėl vaikų ir paauglių psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo.“
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 13 d. įsakymas Nr. V-577 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 114:2019 „Gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. liepos 22 d. įsakymas Nr. V-601 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 53:2019 „Gydytojas psichiatras“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. rugsėjo 17 d. įsakymas Nr. V-861 „Dėl Pirminės ambulatorinės psichikos sveikatos priežiūros paslaugų teikimo tvarkos aprašo patvirtinimo“.

- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. birželio 17 d. įsakymas Nr. V-714 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 22:2020 „Psichikos sveikatos slaugytojas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2016 m. balandžio 28 d. įsakymas Nr. V-544 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 125:2016 „Ergoterapeutas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 162:2018 „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.
- Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. balandžio 23 d. įsakymas Nr. V-457 „Dėl meno terapeuto veiklos reikalavimų aprašo patvirtinimo“.

13.7.2. Vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas gali teikti tik galiojančią Valstybinės akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybos prie sveikatos apsaugos ministerijos išduotą licenciją verstis medicinos praktika pagal savo specialybę.

13.7.3. Daugiadalykės vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas afektinių sutrikimų atvejais teikiančios specialistų komandos sudėtis apibrėžta metodinio dokumento 13.4. skyriuje. Komandos sudėtis gali skirtis priklausomai nuo teikiamų paslaugų pobūdžio, lygmens ir paslaugas teikiančios ASPĮ darbo organizavimo tvarkos. Komandai vadovauja gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, atsakingas už vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas šioje ASPĮ. Komandos vadovo atsakomybė ir atskaitomybė nustatoma ASPĮ vidaus tvarkos taisyklės apibrėžiančiuose dokumentuose. Reikalavimai vadovo ir narių kvalifikacijai ir kompetencijai apibrėti 13.7.1. punkte nurodytuose įsakymuose.

13.7.4. Specialistai, teikiantys vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, turi reguliariai kelti profesinę kvalifikaciją dalyvaudami Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerijos, universitetų ar profesinių organizacijų organizuojamuose profesinės kvalifikacijos tobulinimo mokymuose, respublikinėse ir tarptautinėse konferencijose, aktyviai domėtis naujausia mokslinė literatūra, atnaujinti žinias ir įgūdžius. Gydytojų vaikų ir paauglių psichiatrų kvalifikacija keliama įvairiuose seminaruose, konferencijose bei mokymuose. Relicencijavimui kiekvienas gydytojas kas 5 metai turi pateikti 120 kreditinių valandų, patvirtinančių kvalifikacijos kėlimą einamaisiais 5 metais.

14. METODINIO DOKUMENTO DIEGIMO KONKRETAUS LYGIO PASLAUGAS TEIKIANČIOJE ASPĮ TVARKOS APRAŠYMAS

14.1. Metodiniam dokumentui įdiegti konkrečioje ASPĮ reikalingi specialistai, teikiantys vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas atitinkamu lygiu ir patalpos bei medicininė įranga šioms paslaugoms teikti, atitinkantys reikalavimus aprašytus šio metodinio dokumento 13.4. poskyryje.

14.2. Rekomenduojama ASPĮ įdiegti šio metodinio dokumento pagrindu parengtą, medicinos etikos komiteto bei įstaigos vadovo įsakymu patvirtintą vaikų ir paauglių depresijos ir bipolinio afektinio sutrikimo prevencijos, diagnostikos ir gydymo protokolą.

14.3. Šiam metodiniam dokumentui įgyvendinti reikalingi vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiančių specialistų vaikų psichikos sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo įgūdžiai, atitinkantys jų profesines normas bei mokėjimas juos taikyti vaikų ir paauglių nuotaikos sutrikimų atvejais.

14.4. Diegiant šį metodinį dokumentą numatyti mokymai vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas teikiantiems specialistams, kad supažindinti su šiuo dokumentu bei jame išdėstytu vaikų ir paauglių afektinių sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmu; šių mokymų finansavimas numatytas iš Europos Sąjungos struktūrinių fondų lėšų bendrai finansuojamo projekto Nr. 08.4.2-ESFA-V-622-01-

0009 „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumo ir kokybės gerinimas psichikos, elgesio ar raidos sutrikimų turintiems bei rizikos grupių vaikams“.

14.5. Informacija apie metodinį dokumentą bus pristatyta 14.4. punkte aprašytuose mokymuose, jo įdiegimą koordinuojančioms ir susijusioms institucijoms Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas, Lietuvos vaikų ir paauglių psichiatrų draugija, Lietuvos Respublikos Sveikatos apsaugos ministerija, Valstybinė ligonių kasa, Valstybinė vaistų kontrolės tarnyba. Numatoma metodinį dokumentą pristatyti profesinėse konferencijose, vaikų ir paauglių psichinės sveikatos specialistų tobulinimo kursuose, aukščiau išvardintų institucijų internetinėse svetainėse bei socialiniuose tinkluose.

14.6. Metodinio dokumento įdiegimo ASPI, teikiančiose vaikų ir paauglių psichiatrijos paslaugas, kokybės vertinimas numatytas atliekant jo įdiegime dalyvaujančių specialistų apklausą, praėjus 6 mėnesiams po jo pristatymo 14.4. punkte aprašytuose mokymuose; bus vertinama specialistų nuomonė apie algoritmo kokybę, jame numatytų paslaugų prieinamumą, efektyvumą ir rezultatyvumą.

15. PACIENTŲ PASITENKINIMO SUTEIKTOMIS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS PASLAUGOMIS VERTINIMO APRAŠYMAS

15.1. Pacientų pasitenkinimo suteiktomis stacionarinėmis, ambulatorinėmis paslaugomis vertinimas vykdomas pagal įstaigų pasitvirtintą bendrąją pacientų pasitenkinimo tvarką ir keliamus reikalavimus, vadovaujantis esančiais teisės aktais.

15.1.1. Paciento ir/ar jo tėvų/globėjų pasitenkinimo ambulatoriškai suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas atliekamas remiantis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. balandžio 16 d. įsakymu Nr. V-419 „Dėl asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių ambulatorinę asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veikos kokybės ir efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašo ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ (suvestinė redakcija). Anketa priede nr. 8.

15.1.2. Paciento ir/ar jo tėvų/globėjų pasitenkinimo stacionariškai suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimas atliekamas remiantis: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012 m. lapkričio 29 d. įsakymu Nr. V-1073 „Dėl Asmens sveikatos priežiūros įstaigų, teikiančių stacionarines asmens sveikatos priežiūros paslaugas, veiklos kokybės ir veiklos efektyvumo vertinimo rodiklių sąrašų ir šių rodiklių duomenų suvestinių formų patvirtinimo“ (suvestinė redakcija). Anketa priede nr. 9.

15.1.3. Ambulatorinio apsilankymo metu arba pasibaigus stacionariniam gydymui, pacientui ir jo artimiesiems pateikiama anoniminė anketa, kuri pildoma savanoriškai, užpildytą anketą asmuo palieka specialioje anketų dėžutėje prie įėjimo/išėjimo durų.

15.2. Siekiama, kad bent 80 proc. pacientų būtų patenkinti arba labai patenkinti jiems suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis: atsakymai į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje arba į 11 klausimą stacionarinių paslaugų anketoje būtų 7-10.

15.3. ASPI vadovo pasirašytinai įgaliotas asmuo kartą per kalendorinius metus atlieka užpildytų anketų duomenų analizę ir pateikia pacientų pasitenkinimo ASPI teikiamomis paslaugomis (6 ambulatorinių paslaugų anketos klausimas arba 11 stacionarinių paslaugų anketos klausimas) anketinius duomenis šia forma:

Eil. Nr.	Anketos	Skaičius, vnt.
1.	Anketos, kuriose įvertinimas „1“	
2.	Anketos, kuriose įvertinimas „2“	
3.	Anketos, kuriose įvertinimas „3“	
4.	Anketos, kuriose įvertinimas „4“	
5.	Anketos, kuriose įvertinimas „5“	
6.	Anketos, kuriose įvertinimas „6“	
7.	Anketos, kuriose įvertinimas „7“	
8.	Anketos, kuriose įvertinimas „8“	
9.	Anketos, kuriose įvertinimas „9“	
10.	Anketos, kuriose įvertinimas „10“	
11.	Iš viso tinkamai užpildytų anketų	
12.	Iš viso apklausoje dalyvavusių anketų	

15.3.1. Pacientų arba jų artimųjų stacionariųjų sveikatos priežiūros paslaugų vertinimas turi būti vykdomas reguliariai anketavimo būdu, siekiant apklausti ne mažiau nei 10 proc. pacientų ir (arba) jų artimųjų.

15.3.2. ASPĮ vadovo sprendimu į anketą gali būti įtraukta papildomų klausimų ir (ar) pacientams pateikiamos papildomos anketos ASPĮ suteiktų asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybei įvertinti.

15.3.3. Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis (atsakymas į 6 klausimą ambulatorinių paslaugų anketoje arba į 11 klausimą stacionariųjų paslaugų anketoje) – teigiamo įvertinimo anketų skaičiaus ir visų apklausoje dalyvavusių anketų skaičiaus santykis.

15.3.4. Vertinamos tik tinkamai užpildytos anketos, t. y. ambulatorinių paslaugų anketos, kuriose į 6-ą klausimą arba stacionariųjų paslaugų anketos, kuriose į 11-tą klausimą pateiktas tik vienas atsakymas. Teigiamo įvertinimo anketos – anketos, kuriose pacientų bendras pasitenkinimas ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis vertinamas 7–10:

Pacientų pasitenkinimo ASPĮ teikiamomis asmens sveikatos priežiūros paslaugomis lygis

=

Teigiamo įvertinimo anketų skaičius

Visų apklausoje dalyvavusių tinkamų anketų skaičius

16. METODINIO DOKUMENTO ATNAUJINIMAS

1. Galiojančio metodinio dokumento paskutinės peržiūros data	...
2. Galiojančio metodinio dokumento atnaujinimo data	Rekomenduojama dokumentą peržiūrėti ir pagal poreikį atnaujinti kas penkis metus
3. Ankstesnės metodinio dokumento versijos ir metodinio dokumento atnaujinimo (jei metodinis dokumentas atnaujintas) turinys (t. y. kas atnaujinta, palyginti su anksčiau patvirtinta metodinio dokumento versija)	...
4. Metodinio dokumento atnaujinimo iniciatorius	SAM
5. Metodinio dokumento atnaujinimo vykdytojai	SAM
6. Kitos peržiūros, atnaujinimo data	2026

17. METODINIO DOKUMENTO AUDITO APRAŠYMAS

17.1. Audito atlikimo tvarkos aprašas yra rekomendacinio pobūdžio. Auditas atliekamas remiantis LR SAM įsakymu 2019 m. lapkričio 15 d. Nr. V-1296 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 29 d. įsakymo Nr. V-338 „Dėl minimalių asmens sveikatos priežiūros paslaugų kokybės reikalavimų aprašo tvirtinimo“ pakeitimo“. Metodinio dokumento kontrolę atlieka ASPĮ vidaus medicininio audito tarnyba.

17.2. Auditas atliekamas vieną kartą per 12 mėn. ASPĮ aliekamas įdiegto metodinio dokumento efekto auditas. Jei reikia, auditas gali būti atliekamas ir dažniau.

17.3. Audito uždavinys - afektinių sutrikimų atpažinimo, diagnostikos ir gydymo įvertinimas.

17.4. Audito metu naudojami informacijos šaltiniai:

- 17.4.1. ambulatorinė asmens sveikatos istorija (F025/a);
- 17.4.2. dienos stacionaro ligonio kortelė;
- 17.4.3. gydymo stacionare ligos istorija (F003/a);
- 17.4.4. elektroninė sveikatos paslaugų ir bendradarbiavimo infrastruktūros informacinė sistema (*ESPBI IS*);
- 17.4.5. įstaigos informacinė sistema;
- 17.4.6. VLK duomenys;
- 17.4.7. pacientų atsiliepimai (paciento pasitenkinimo suteiktomis sveikatos priežiūros paslaugomis vertinimo anketa).

17.5. Audito vertinimo kriterijai - atvejų, kai afektiniai sutrikimai buvo diagnozuoti ir gydyti laikantis metodinio dokumento rekomendacijų, skaičius (procentais).

17.6. Nuasmeninti audito duomenys ir rezultatai aptariami su ASPĮ administracija bent kartą per 12 mėn. Audito duomenys ir ataskaitos turi tiksliai atspindėti audito veiklas, neišspręstus auditorių ir audituojamo subjekto nesutarimus ar reikšmingas kliūtis atliekant auditą. Audito ataskaitos pagrindu, jei yra nustatytos neatitiktys, pateikiamos rekomendacijos, audituotas įdiegto metodinio dokumento ASPĮ padalinys rengia koregavimo veiksmus išaiškintų neatitikčių pašalinimui, rekomendacijų įgyvendinimui. Nustatytu terminu audito vadovas arba jo įgaliotas audito grupės narys patikrina, ar koregavimo veiksmai atlikti ir patikrinimo rezultatus įrašo audito ataskaitoje. Audito metu nustačius neatitiktis, galinčias turėti neigiamą įtaką atliekamoms paslaugoms, gali būti numatytas pakartotinis vidaus medicininis auditas įgyvendintų koregavimo veiksmų veiksmingumui nustatyti. Vidinio medicininio audito ataskaita skelbiama ASPĮ tinklalapyje.

17.7. Atlikto medicininio audito dokumentacijos nusistato pati ASPĮ pagal savo patvirtintą dokumentų pildymo ir saugojimo tvarką.

17.8. Auditą vykdančių asmenų kompetencijos ir funkcijos:

17.8.1. Medicininį auditą vykdo įstaigoje paskirta audito grupė. Audito komisijos narių funkcijas, konkretų darbą nustato audito vadovas. Įstaigoje, kurioje dirba iki 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, vidaus medicininio audito veiklą vykdo įstaigos vadovo įgaliotas asmuo arba ji vykdoma pagal sutartį su fiziniu arba juridiniu asmeniu. Įstaigoje, kurioje dirba daugiau kaip 50 asmens sveikatos priežiūros specialistų, steigiamas vidaus medicininio audito padalinys.

17.8.2. Audito apimtys - 10 proc. atsitiktinai parinktų dėl afektinių sutrikimų besikreipusių pacientų gydymo stacionare ligos istorijų (F003/a) ar ambulatorinių asmens sveikatos istorijų (F025/a) ar dienos stacionaro ligonio kortelių.

17.8.3. Vidaus medicininio audito padalinio vadovas yra tiesiogiai pavaldus įstaigos vadovui, kuris užtikrina vidaus medicininio audito veiklos organizacinę nepriklausomumą, negali perduoti šios valdymo funkcijos kitiems įstaigos darbuotojams bei nedaro poveikio atliekant vidaus medicininį auditą ir pateikiant vidaus medicininio audito rezultatus. Auditoriai turi būti nepriklausomi nuo audituojamos veiklos, auditus atliekantys auditoriai neturi būti pavaldūs audituojamo proceso vadovams.

17.8.4. Aauditorius arba auditorių grupė registruoja vertinimo rezultatus audito ataskaitoje ir neatitikties, koregavimo ir prevencinių veiksmų formoje. Kiekvienai neatitiktčiai pildoma atskira neatitikties forma. Prie ataskaitos pateikiami: audito planas-grafikas, neatitikties formos (jei audito metu nustatoma neatitiktis).

18. SVARBIAUSIŲ KRITERIJŲ SĄRAŠAS

18.1. Nacionaliniu mastu informacinėje sistemoje galima stebėti vaikų ir paauglių afektinių sutrikimų paplitimą, ambulatorinių apsilankymų dėl vaikų ir paauglių afektinių sutrikimų pas vaikų ir paauglių psichiatrus dažnį, dėl šių sutrikimų teikiamų paslaugų vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionare, krizių intervencijos skyriuje, vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionare skaičių, kartotinių hospitalizacijų vaikų ir paauglių psichiatrijos stacionare dažnumą bei ASPĮ, naudojančios savo darbe vaikų ir paauglių afektinių sutrikimų prevencijos, diagnostikos ir gydymo algoritmą, paslaugų kokybės rodiklių pokyčius pagal paslaugų gavėjų anketas kas 12 mėn.

19. KONTAKTINIS ASMUO (INSTITUCIJA)

Prof. Dr. Darius Leskauskas, LSMUL KK Psichiatrijos klinika, gyd. vaikų ir paauglių psichiatras, mob.nr.: +37068568388, el. paštas: darius.leskauskas@kaunoklinikos.lt

20. LITERATŪRA

- 20.1. McClellan J., Kowatch R., Findling R.L Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Bipolar Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2007;46(1):107Y125.
- 20.2. NICE clinical guideline 38. Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, April 2018.
- 20.3. Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A.; Ruiz, Pedro. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition; Lippincott Williams & Wilkins 2017.
- 20.4. Thapar A., Pine D.S., Leckman J.F. Rutter`s Child and adolescent psychiatry 6th edition 2018 (858-869).
- 20.5. Axelson D., MD, Brent D., MD. Pediatric bipolar major depression: choosing treatment (2019 Aug. 8) UpToDate.
- 20.6. Axelson D., Brent D. Pediatric bipolar disorder and pharmacotherapy: general principles (2019 Feb. 10).
- 20.7. Diler RS, Birmaher B. Bipolar disorders in children and adolescents. In Rey JM & Martin A (eds), JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.
- 20.8. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacija, dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija (TLK-10-AM). <http://ebook.vlk.lt/e.vadovas/index.jsp?topic=/lt.webmedia.vlk.drg.icd.ebook.content/html/icd/ivad.as.html>
- 20.9. Boris Birmaher M.D. David Brent M.D. (Principal Authors) The AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with

- depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;46(11):1503-26. doi: 10.1097/chi.0b013e318145ae1c.
- 20.10. NICE clinical guideline 134. Depression in children and young people: identification and management. National Institute for Health and Clinical Excellence, June 2019.
- 20.11. Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah & Jing Liu, *Depression in Children and Adolescents*, 2015, Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. <http://iacapap.org/iacapap-textbook-of-child-and-adolescent-mental-health>.
- 20.12. Andrew Diederich, Jessica M. Jones, and Graham J. Emslie. Chapter: Child and Adolescent Depression. Edited by Madhukar H. Trivedi. *Depression*. Oxford University Press 2019. doi: 10.1093/med/9780190929565.003.0024

21. REKOMENDACIJOS MOKSLINIAMS TYRIMAMS

Rekomenduojama atlikti epidemiologinius tyrimus Lietuvoje, kad nustatyti afektinių sutrikimų paplitimą vaikų ir paauglių tarpe, atrasti rizikos grupes, į kurias turėtų būti orientuotos prevencijos priemonės. Rekomenduojami pakartotiniai gydymo efektyvumo tyrimai, kad įvertinti šio algoritmo efektyvumą atskirose vaikų ir paauglių, sergančių afektiniais sutrikimais grupėse.

22. INFORMACIJA VISUOMENEI IR PACIENTUI

22.1. Svarbiausia informacija:

- Jei vaikui ar paaugliui dažnai kartojasi bloga nuotaika, atsiribojimas nuo bendravimo ir daugelio veiklų, dingsta pasitikėjimas savimi, energija ir džiaugsmas, tai gali būti depresijos požymiai. Jei jai ar jam nuotaika kartais keletą dienų tampa neįprastai pakili, tą pokytį lydi perdėtas energingumas ir kalbumas, tai gali būti bipolinio afektinio sutrikimo požymiai.
- Depresija ir bipolinis afektinis sutrikimas (kartu vadinami nuotaikos sutrikimais) yra rimtos psichikos sveikatos problemos. Depresija gali susirgti ir mažas vaikas, o paauglystėje depresija susergama ypač dažnai.
- Jei manote, kad jūsų vaikui pasireiškia depresija arba bipolinis afektinis sutrikimas, būtinai kreipkitės pagalbos į specialistus.
- Vaikai ir paaugliai, sergantys depresija arba bipoliniu afektiniu sutrikimu, paprastai pasveiksta, ypač jei gydymas pradedamas kuo anksčiau.

22.2. Normalūs nuotaikos pokyčiai ir nuotaikos sutrikimai

Vaikai kaip ir suaugę žmonės kasdien patiria įvairių išgyvenimų dėl kurių kartais būna nusimineę, kartais labai džiaugsmingi. Paauglystėje dėl lytinio brendimo ir hormonų pokyčių, kurie kelia daug psichologinių ir tarpasmeninių santykių problemų, nuotaika svyruoja dar dažniau ir stipriau. Dažniausiai šie nuotaikos svyravimai netrunka ilgai ir netrukdo normaliai gyventi. Tačiau kai kuriems vaikams ar paaugliams pažeminta nuotaika pradeda kartotis kiekvieną dieną, trunka didesnę jos dalį, pradeda trukdyti normaliai gyventi, bendrauti, mokytis. Tai gali būti depresijos arba kito nuotaikos sutrikimo požymiai.

22.3. Nuotaikos sutrikimų požymiai

Depresija nustatoma tada, kai ilgiau nei 2 savaites žmogus pats jaučia ar artimieji pastebi bent kelis tokius požymius:

- ženkliai pažeminta nuotaika (liūdna, pikta, irzli);

- trūksta energijos, jėgų, gyvybingumo;
- nebedomina ir nebeteikia džiaugsmo tai, ką mėgdavo veikti anksčiau (bendrauti, dalyvauti užklasinėse ir laisvalaikio veiklose, žaisti, kurti ir pan.);
- nepasitiki savimi, nuvertina save, nieko gero nesitiki iš ateities;
- dažnai smerkia, kaltina save ar kitus, prisimena blogus dalykus;
- sunkiai susikaupia, lėčiau mąsto (gali kristi mokymosi rezultatai, nors pastangos dedamos);
- sutrinka miegas ir/arba apetitas (gali tiek padidėti, tiek sumažėti);
- ima galvoti ir kalbėti, kad gyventi per sunku, nėra prasmės, geriau būtų mirti;
- gali planuoti ar bandyti save žaloti ar nusižudyti;
- šie pokyčiai trukdo vaikui ar paaugliui mokytis, bendrauti ir jo/jos kasdienei veiklai.

Bipolinis afektinis sutrikimas nustatomas, kai kartu su depresijos epizodais vaikui ar paaugliui pasireiškia neadekvačiai pakilios nuotaikos būsenos – manija arba hipomanija. Joms būdinga, kad keleta dienų iš eilės pats žmogus jaučia ar artimieji pastebi bent kelis tokius požymius:

- neįprastai pakili nuotaika (linksma, euforiška arba stipriai „banguojanti“);
- jėgų ir energijos perteklius, dėl kurio žmogus nejaučia nuovargio, imasi daug veiklų (deja dažnai jos neužbaigiamos, neproduktyvios);
- mąstymo tempo pagreitėjimas, minčių antplūdžiai, dėl ko gali būti sunku išlaikyti dėmesį;
- perdėtas kalbumas, noras bendrauti, naujų pažinčių užmezgimas (neretai nesilaikant socialinių normų);
- savo galimybių ir sugebėjimų perversinimas, galimų neigiamų pasekmių ignoravimas;
- sumažėja poreikis miegui, gali pasikeisti ir apetitas.

22.4. Nuotaikos sutrikimų priežastys

Nuotaikos sutrikimai išsivysto dėl biologinių, psichologinių ir socialinių priežasčių.

Biologinės priežastys. Žinoma, kad sergant depresija ir kitais nuotaikos sutrikimais smegenyse sutrinka nervinių signalų perdavimas dėl tokių medžiagų kaip serotoninas, noradrenalinai ir dopaminai pokyčių. Tam įtakos gali turėti paveldėjimas (jei šeimoje buvo žmonių, sirgusių nuotaikos sutrikimais), persirgtos ligos ar patirtos traumos. Tokius biologinius pokyčius padeda koreguoti gydymas vaistais.

Psichologinės priežastys. Tam tikri charakterio bruožai (keliami aukšti reikalavimai sau ir kitiems, žema savivertė, nepasitikėjimas savimi, bejėgiškumas ir pan.) turi įtakos depresijos ir kitų nuotaikos sutrikimų išsivystymui. Tokie bruožai susiformuoja dėl įgimtų temperamento savybių ir auklėjimo. Psichoterapinis gydymas padeda keisti sutrikimą skatinančius vertinimus, stiprina pasitikėjimą savimi ir savivertę, formuoja sveikesnius charakterio bruožus.

Socialinės priežastys. Didžiausią įtaką turi artimiausia socialinė aplinka – šeima. Pernelyg aukšti reikalavimai, griežtos bausmės, vaiko poreikių nesuvokimas ir nepaisymas gali lemti nuotaikos sutrikimo išsivystymą. Gali prisidėti ir sunkios psichologinės traumos (pvz. tėvų skyrybos, liga ar artimo žmogaus mirtis, patyčios mokykloje). Psichoterapija padeda sėkmingiau įveikti patirtas traumas, o tėvų konsultavimas leidžia jiems geriau suprasti, kokia jų pagalba reikalinga nuotaikos sutrikimu susirgusiam vaikui.

22.5. Nuotaikos sutrikimų nustatymas (diagnozavimas)

Nuotaikos sutrikimus vaikams ir paaugliams nustato (diagnozuoja) gydytojai vaikų ir paauglių psichiatrai, psichoterapeutai ir/arba psichologai. Tam šie specialistai turi pabendrauti su vaiku ir tėvais. Bendraujant su vaiku ar paaugliu įvertinama jo psichologinė, emocinė būseną. Siekiama išsiaiškinti, ar pasireiškia nuotaikos sutrikimui būdingi požymiai (simptomai), kiek ilgai ir pastoviai jie pasireiškia, kokį poveikį turi kasdieniniam vaiko gyvenimui. Taip pat vertinama, ar šie požymiai yra ne dėl kito psichikos ar elgesio sutrikimo. Bandoma išsiaiškinti ir galimas sutrikimo priežastis (kartais tam reikia daugiau laiko ir papildomų tyrimų). Kad pasirinkti tinkamiausią gydymo taktiką, įvertinamas nuotaikos sutrikimo sunkumo laipsnis ir pavojingo elgesio rizika (savižudybės ar savęs žalojimo). Kartais vaikui ar paaugliui sunku vertinti savo emocinę būseną, įvardinti ją žodžiais arba gėda kalbėti su nepažįstamu gydytoju (ypač vaikinams), todėl svarbu, kad savo pastebėjimus pasakytų tėvai. Kartais, norėdamas geriau įvertinti vaiko būseną ir jos priežastis, psichiatras gali paprašyti, kad vaiką dar pakonsultuotų ir iširtų psichologas ar kitas specialistas (pvz. gydytojas neurologas, endokrinologas).

22.6. Nuotaikos sutrikimų gydymas

Nustatęs nuotaikos sutrikimą, gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras rekomenduoja pradėti gydymą. Šiuo metu turime pakankamai įrodymų, kad vaikų ir paauglių nuotaikos sutrikimus efektyviai gydyti galima psichoterapija ir vaistais. Lengva ir vidutinio sunkumo depresija pradedama gydyti psichoterapija ar psichologiniu konsultavimu. Jeigu per 2-3 mėnesius vaiko savijauta negerėja arba dar blogėja, reikalinga pakartotinė psichiatro konsultacija ir gydymas vaistais. Sunki depresija visada gydoma abiejų būdų kombinacija – ir psichoterapija, ir vaistais. Jeigu yra didelė savižudybės rizika, psichiatras gali nukreipti vaiką gydymui į ligoninės psichiatrijos skyrių. Gydymas yra daug efektyvesnis, kai tėvai ir gydytojai dirba kartu, kad padėtų vaikui įveikti nuotaikos sutrikimą. Todėl svarbus bendradarbiavimas, atsižvelgimas į gydytojo rekomendacijas, sudaryto gydymo plano laikymasis.

Vaistai. Vaikų ir paauglių depresijai gydyti dažniausiai skiriami vaistai antidepresantai. Svarbu prisiminti, kad jų efektas pasireiškia tik praėjus 2-6 savaitėms nuo gydymo pradžios, todėl reikia turėti kantrybės. Kartais pirmosiomis savaitėmis gali sustiprėti nerimas ar mintys apie savižudybę ar pasireikšti kiti nepageidaujami poveikiai. Tokiu atveju reikėtų papildomai pasikonsultuoti su gydymą paskyrusiu gydytoju. Kad užbaigus gydymą vaistais depresija neatsikartotų, reikalingas palaikomasis gydymas antidepresantu, kuris turėtų būti tęsiamas iki 6-12 mėnesių. Tad ir vėl reikės kantrybės. Gydant bipolinį afektinį sutrikimą gali būti skiriami kitų grupių vaistai, vadinami nuotaiką stabilizuojančiais vaistais. Apie jų vartojimą, pasiektą efektą ir gydymo trukmę taip pat rekomenduojama reguliariai konsultotis su jį skyrusiu gydytoju vaikų ir paauglių psichiatru.

22.7. Kur kreiptis, jei vaikui įtariate nuotaikos sutrikimą

Vaikui ar paaugliui įtarus nuotaikos sutrikimą, galima kreiptis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą, kurioje jūsų vaikas yra registruotas, teikiančią pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams. Dėl šių paslaugų teikimo galite pasitarti su savo šeimos gydytoju. Jeigu vaikas išsako rimtus ketinimus nusižudyti arba elgiasi pavojingai dėl manijos būsenos, rekomenduojama skubos tvarka kreiptis į ligoninės vaikų skubios pagalbos skyrių arba Greitosios medicinos pagalbos tarnybą.

23. PRIEDAI

Metodinio dokumento priedų sąrašas:

- 1 priedas. Vaikų bendro vertinimo skalė.
- 2 priedas. Vaikų ir paauglių depresijos diagnostikos algoritmas.
- 3 priedas. Vaikų ir paauglių manijos ir bipolinio afektinio sutrikimo diagnostikos algoritmas.
- 4 priedas. Vaikų nuotaikos (afektinių) sutrikimų diferencinės diagnostikos algoritmas.
- 5 priedas. Vaikų nuotaikos (afektinių) sutrikimų gydymo ir paciento kelio algoritmas.
- 6 priedas. Vaikų depresijos gydymo algoritmas.
- 7 priedas. Vaikų bipolinio sutrikimo gydymo algoritmas.
- 8 priedas. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa
- 9 priedas. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa
- 10 priedas. ASPĮ, teikiančios pirmines ir/arba specializuotas ambulatorines psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams.
- 11 priedas. ASPĮ, teikiančios specializuotas stacionarines psichinės sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams.
- 12 priedas. Pavyzdys: Nepilnamečio paciento tėvų arba globėjų (atstovų) sutikimas, kad būtų skiriamas gydymas vaistu, kuris neturi VVKT registruotos šios indikacijos vaikų amžiuje.

1 priedas. Vaikų bendro vertinimo skalė**VAIKŲ BENDRO VERTINIMO SKALĖ**(angl. *CGAS – Children's's Global Assessment scale*)

4–16 metų vaikams

Įvertinamas vaiko funkcionavimo sutrikimo lygis tam tikru gyvenimo laikotarpiu. Vertinant pasirenkamas žemiausias funkcionavimo sutrikimo lygis, kuris atspindi vaiko funkcionavimą atsižvelgiant į ligos–sveikatos sampratą.

Įvertinamas realus funkcionavimas, o ne gydymas ar prognozė. Pateikti elgesio pavyzdžiai yra tikrai iliustratyvūs ir nebūtina vertinant į juos atsižvelgti.

Galima naudoti tarpinius įvertinimus (pvz., 35, 58, 62 balai). Vertinamas laikotarpis – 1 mėnuo.

Balai	Funkcionavimo sutrikimo vertinimas
100–91	Labai geras funkcionavimas visose srityse (namie, mokykloje ir su bendraamžiais), vaikas įsitraukia į įvairią veiklą ir turi daug interesų (pvz., turi hobį ar dalyvauja popamokinėje veikloje, priklauso organizuotai grupei, pvz., skautams ir pan.). Mėgstamas, pasitikintis savimi, gerai mokosi mokykloje. Psichikos sutrikimų simptomų nėra.
90–81	Geras funkcionavimas visose srityse. Vaikas saugiai jaučiasi šeimoje, mokykloje ir su bendraamžiais. Gali būti trumpalaikių sunkumų ir įprastinio nerimo (pvz., lengvas nerimas, susijęs su svarbiu egzaminu, kartkartėmis konfliktai su broliais ar seserimis, tėvais ar bendraamžiais).
80–71	Ne daugiau nei lengvas funkcionavimo sutrikimas (namie, mokykloje ar su bendraamžiais). Gali pasitaikyti šiek tiek sutrikęs elgesys ar emocinis distresas reaguojant į stresinius gyvenimo įvykius (tėvų skyrybos, mirtis, brolio ar sesers gimimas), bet ši reakcija yra trumpa ir greitai praeina. Aplinkiniai tokio vaikų elgesio nelaiko sutrikusiu.
70–61	Bendras funkcionavimas geras, bet yra tam tikrų elgesio sutrikimų (pvz., sporadiniai ar izoliuoti asocialūs veiksmai, tokie kaip neatvykimas į mokyklą, smulkios vagystės, nuolatinės nedidelės problemos mokykloje, trumpi nuotaikos pasikeitimai, baimė ir nerimas, dėl kurių neatsiranda ryškus vengiančio tipo elgesys, abejojimas savimi). Vaikas turi reikšmingų tarpasmeninių santykių. Nepažįstantys vaiko, nelaiko jo elgesio sutrikusiu, o tie, kurie pažįsta, pastebi tam tikrų sutrikimų.
60–51	Besikeičiantis funkcionavimo lygis, atsiranda sporadinių sunkumų ar simptomų keliose, bet ne visose socialinėse srityse. Psichikos sutrikimas aiškiai pastebimas sutrikus vaiko funkcijoms.
50–41	Vidutinis funkcionavimo sutrikimas daugelyje socialinių sričių ar ryškus funkcionavimo sutrikimas vienoje srityje, kuris gali kilti dėl savižudiško elgesio ar minčių, mokyklos baimės ar kitų nerimo formų, obsesinių ritualų konversijos simptomų, dažnų nerimo priepuolių, dažnos agresijos, tačiau reikšmingi socialiniai santykiai išlieka.

Balai	Funkcionavimo sutrikimo vertinimas
40–31	Didelis funkcionavimo sutrikimas keliose srityse ir negalėjimams funkcionuoti vienoje iš jų – namie, mokykloje, bendraujant su bendraamžiais ar visuomenėje, pvz., nuolatinis agresyvumas; ryški socialinė izoliacija dėl nuotaikos ar mąstymo sutrikimų; bandymai žudyti aiškiai siekiant mirti. Tokiems vaikams reikia specialaus mokymo ir (ar) hospitalizacijos arba dėl savo sutrikimų pobūdžio jie negali lankyti mokyklos (bet tai nėra pakankamas kriterijus priskirti prie šios grupės).
30–21	Negalėjimas funkcionuoti beveik visose srityse , pvz., būdamas namuose, ligoninėje visai nedalyvauja socialinėje veikloje ar visą dieną guli lovoje arba yra ryškus realybės suvokimo sutrikimas, ryškus bendravimo sutrikimas (pvz., kartais inkoherentiškas arba socialiai nepriimtinas).
20–11	Reikalinga rimta priežiūra , kad nesužeistų kitų ar pats nesusižeistų (pvz., dažnai pasitaikantis agresyvus elgesys, pakartotiniai bandymai žudyti), taip pat dėl rūpinimosi asmenine higiena; ryškus visų formų bendravimo (žodinio ar nežodinio) sutrikimas, ryški socialinė izoliacija, stuporas ir pan.
10–1	Reikalinga nuolatinė priežiūra dėl ypatingo agresyvaus ar autoagresyvaus elgesio, labai ryškaus realybės suvokimo sutrikimo, dėl didelio bendravimo, mąstymo, emocijų sutrikimo, dėl visiško nesugebėjimo rūpintis asmenine higiena.

2 priedas. Vaikų ir paauglių depresijos diagnostikos algoritmas.

Įtarimą keliantys požymiai:

Pasikeitusi emocinė būsena: bloga nuotaika, energijos stoka, pesimizmas, nepasitikėjimas

Pasikeitęs elgesys: atsiribojimas nuo bendravimo ir veiklų, greitas susierzinimas, savęs žalojimas

Blogėjantis funkcionavimas: sutrikimai moksle, bendravime, laisvalaikyje

Įvertinimas:

Ar yra bent 2 pagrindiniai depresijos požymiai:

- pažeminta nuotaika (prislėgta, liūdna, pikta, irzli)
- sumažėję interesai ir pasitenkinimas anksčiau malonia veikla
- jaučiamas energijos trūkumas, sumažėjęs aktyvumas ir padidėjęs nuovargis

Jeigu TAIP, ar yra bent 2 papildomi simptomai:

- susilpnėjusi koncentracija ir dėmesys
- sumažėjusi savivertė ir pasitikėjimas savimi
- kaltės ir menkavertiškumo jausmas
- niūrus ir pesimistinis ateities įsivaizdavimas
- polinkis save žaloti, mintys apie savižudybę ir savižudiški veiksmai
- sutrikęs miegas
- sumažėjęs apetitas

Jeigu TAIP, ar tokia savijauta vyrauja daugiau nei 2 savaites?

Jeigu TAIP, ar dėl to bendras funkcionavimas pablogėjęs bent 30 proc. (VBVS >70%)?

Jeigu TAIP, diagnozuojamas depresijos epizodas (toliau DE)

Jeigu nustatomi 4 depresijos simptomai ir VBVS 50-69 proc. – lengvas DE

Jeigu nustatomi 5-6 depresijos simptomai ir VBVS 40-49 proc. – vidutinio sunkumo DE

Jeigu nustatomi ≥ 7 (iš jų 3 pagrindiniai) depresijos simptomai ir VBVS <40 proc. – sunkus DE

- jei kartu pasireiškia haliucinacijos ir/ar kliesedais – sunkus DE su psichozės simptomais

Ar preityje yra buvęs depresijos epizodas ir kelių mėnesių intervalas be reikšmingų nuotaikos pakitimų?

Jeigu TAIP, diagnozuojamas pasikartojantis depresijos sutrikimas su atitinkamu depresijos epizodu

Ar praeityje yra buvę neadekvačiai pakilios nuotaikos ir aktyvumo epizodų, kurie atitinka manijos ar hipomanijos kriterijus?

Jeigu TAIP – diagnozuojamas bipolinis afektinis sutrikimas su atitinkamu depresijos epizodu

Diagnozuojant depresiją vaikams ir paaugliams reikia atsižvelgti į amžiui būdingus ypatumus:

Jaunesnio amžiaus vaikams depresijos metu gali pasireikšti padidintas dirglumas (pykčio protrūkiai, prieštaravimas), nuo aplinkybių priklausantys nuotaikos pokyčiai (pvz. nuotaikos pagerėjimas susitikus draugus), psichosomatiniai skundai (pvz. „funkciniai“ pilvo skausmai, silpnumas).

Paaugliams depresijos metu gali pasireikšti padidintas dirglumas (irzlumas, priešiškus, menka tolerancija frustracijai, pykčio protrūkiai), nuo aplinkybių priklausantys nuotaikos pokyčiai (pvz. nuotaikos pagerėjimas susitikus draugus), padidintas mieguistumas, padidintas apetitas ir svorio augimas, psichosomatiniai skundai (pvz. „funkciniai“ pilvo skausmai, silpnumas), kraštutinis jautrumas atstūmimui (kartais tik įsivaizduojamam menkinimui ar kritikavimui), socialinis atsiribojimas.

3 priedas. Vaikų ir paauglių manijos ir bipolinio afektinio sutrikimo diagnostikos algoritmas.Itarimą keliantys požymiai:

Pasikeitusi emocinė būsena: perdėtai pakili nuotaika, energijos ir minčių antplūdžiai

Pasikeitęs elgesys: padidintas aktyvumas, perdėtas kalbumas ir skubumas, familiarumas

Ivertinimas:

Ar pasireiškia bent 3 iš šių simptomų:

- nepriklausomai nuo aplinkybių pakili nuotaika
- energijos padidėjimas, atsiradęs hiperaktyvumas
- skubus ir perdėtas kalbėjimas
- sumažėjęs miego poreikis ir apetito pokyčiai
- padidėjęs mąstymo tempas, minčių antplūdžiai, didelis išsiblaškyimas
- padidėjusi savivertė su didybės idėjomis ir perdėtu pasitikėjimu savimi
- prarastas socialinių normų jautimas, todėl elgesys būna neapgalvotas, perdėtai rizikingas arba netinkamas ir neadekvatus aplinkybėms

Jeigu TAIP, ar jie pasireiškia bent 7 dienas, didesnę dienos dalį?

Jeigu TAIP, ar dėl to bendras funkcionavimas pablogėjęs bent 30 proc. (VBVS <70%)?

Jeigu TAIP, diagnozuojama manija

Ar kartu pasireiškia šie simptomai:

- kludiesiai (paprastai kongruentiški nuotaikai – didybės, religiniai, bet g.b. ir kitokie)
- haliucinacijos
- labai dezorganizuotas elgesys – agresija, nesirūpinimas maistu ar asmenine higiena
- labai sutrikęs bendras funkcionavimas (VBVS < 40 proc.)

Jeigu TAIP, diagnozuojama manija su psichozės simptomais

Jeigu pasireiškia bent 3 aukščiau išvardinti manijos imptomai, bet jų trukmė ir/ar intensyvumas mažesni, o VBVS gali būti > 70 proc., diagnozuojama hipomanija

Ar praeityje buvęs manijos arba depresijos epizodas bei intervalas be reikšmingų nuotaikos pakitimų?

Jeigu TAIP, diagnozuojamas bipolinis sutrikimas ir atitinkamas manijos arba depresijos epizodas

Diagnozuojant bipolinį sutrikimą vaikams rekomenduojama atsižvelgti į amžinius ypatumus:

- turi pasireikšti manijos simptomai;
- euforiška nuotaika turi pasireikšti didesnę dienos dalį bent 7 dienas;
- vaikams iki 11 metų padidintas dirglumas nėra reikšmingas diagnostikos kriterijus;
- 12 metų ir vyresniems vaikams (paaugliams) padidintas dirglumas, jeigu yra epizodiškas, stipriai išreikštas ir sukelia reikšmingą disfunkciją, gali būti vertinamas kaip diagnostinis kriterijus;
- bipolinio afektinio sutrikimo diagnozė neturėtų remtis tik depresijos simptomais ir bipolinio sutrikimo šeimoje anamneze;
- manijos metu nuotaika gali būti pakili, kartu ir disforiška (dirgli), bet pakili nuotaika nėra būtinas požymis diagnozuoti maniją paaugliams;
- manijos ir/ar depresijos epizodai, sergant bipoliniu afektiniu sutrikimu, turi tęstis periodais (dienomis, savaitėmis), o ne vienos dienos eigoje atsirandančiais nuotaikų pokyčiais;
- asmenys, kurie periodiškai bendrauja su bipoliniu afektiniu sutrikimu sergančiu vaiku (pvz. tėvai, mokytojai), turėtų pastebėti ir įvardinti vaiko elgesio ir nuotaikos pasikeitimo epizodo pradžią, trukmę, pobūdį;
- paaugliams, lyginant su suaugusių populiacija, kartojasi dažnesni ligos paūmėjimai.

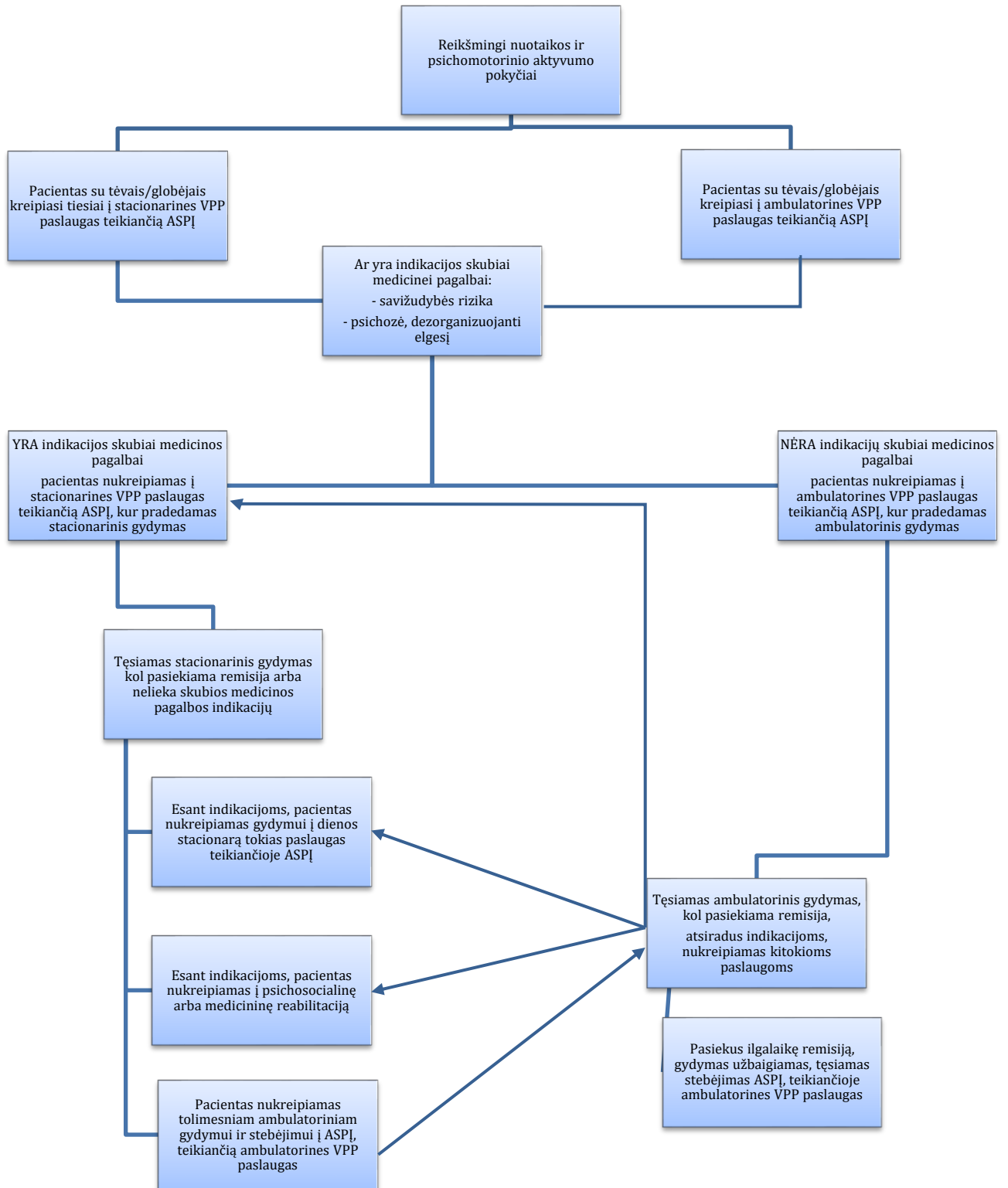
Priedas 4. Vaikų nuotaikos (afektinių) sutrikimų diferencinės diagnostikos algoritmas.

Vaikų nuotaikos (afektinių) sutrikimų diferencinė diagnostika turi atsakyti į klausimus:

1. Ar simptomai, dėl kurių įtariamas nuotaikos sutrikimas, nėra sukelti psichoaktyvių medžiagų (PAM) vartojimo?
 2. Ar simptomai, dėl kurių įtariamas nuotaikos sutrikimas, nėra sukelti somatinio susirgimo ar jam taikomo gydymo nepageidaujamų poveikių?
 3. Ar simptomai, dėl kurių įtariamas nuotaikos sutrikimas, nėra kito psichikos ar elgesio sutrikimo požymiai?
- 1.1. Diferencijuojant nuotaikos sutrikimus su PAM vartojimo sukeltais nuotaikos pokyčiais reikia atsakyti į klausimus:
- 1.1.1. Ar į maniją panašūs simptomai pasireiškia tik intoksikacijos PAM periodais?
 - 1.1.2. Ar į depresiją panašūs simptomai pasireiškia tik praėjus intoksikacijai ir abstinencijoje?
 - 1.1.3. Ar kliniškai reikšmingi nuotaikos sutrikimai pasireiškė iki PAM vartojimo?
 - 1.1.4. Ar nuotaikos sutrikimo simptomai pasireiškia ir ilgą laiką susilaikant nuo PAM vartojimo?
- 1.2. Nuotaikos sutrikimas diagnozuojamas, jei jo klinikinė išraiška atitinka visus diagnostinius kriterijus ir pasireiškia nepriklausomai nuo PAM vartojimo.
- 2.1. Nuotaikos (afektinių) sutrikimų simptomai dažniausiai pasireiškia sergant: skydliaukės susirgimais, Adisono liga, Kušingo liga, hipopituitarizmu, įgyto imunodeficito sindromu, mononukleoze, gripu, epilepsija, traumine smegenų liga, migrena, išsėtine skleroze.
- 2.2. Nuotaikos (afektinių) sutrikimų simptomus gali sukelti šių somatiniams susirgimams gydyti skiriamų vaistų nepageidaujami poveikiai: beta adrenoblokatoriai, kortikosteroidai, nesteroidiniai analgetikai, imunosupresantai, interferonas, onkologijoje naudojami vaistai.
- 2.3. Nuotaikos (afektiniai) sutrikimai gali lydėti somatinius susirgimus, todėl turi būti kartu diagnozuojami, jei jų klinikinė išraiška atitinka visus diagnostinius kriterijus.
- 2.4. Šiais atvejais pasirenkant gydymo taktiką svarbu užtikrinti efektyvų ir saugų somatinio susirgimo gydymą bei kontrolę, suteikti psichologinę pagalbą įveikiant susirgimo keliamą stresą.
- 3.1. Depresija turėtų būti diferencijuojama su:
- 3.1.1. paauglystei būdingais nuotaikos svyravimais – simptomai neatitiks visų depresijos diagnostinių kriterijų, mažesnis neigiamas poveikis bendram funkcionavimui;
 - 3.1.2. adaptacijos sutrikimų su nuotaikos pokyčiais – simptomai neatitiks visų depresijos diagnostinių kriterijų, pradžia ir eiga susiję su aiškaus stresogeninio faktoriaus veikimu, trumpesnė trukmė;
 - 3.1.3. nerimo sutrikimus lydinčio socialinio atsiribojimo ir vengiančio elgesio – nuo sutrikimo pradžios vyrauja nerimo simptomai; veiklos ir bendravimas apribojami dėl baimių, ne dėl pažemintos nuotaikos; depresija gali komplikuoti nerimo sutrikimą, tada turėtų būti diagnozuojama kaip gretutinis sutrikimas;
 - 3.1.4. šizofrenijai būdingų negatyvių simptomų – pasireiškė būdingi mąstymo bei suvokimo sutrikimai, dezorganizuotas elgesys; anamnezėje svarbu įvertinti, ar pasireiškė šizofrenijai būdingi premorbidiniai bruožai; vyraus emocinis blankumas, apatija ir abulija, o ne pažeminta nuotaika; nepasiduos gydymui antidepresantais;
 - 3.1.5. elgesio sutrikimą lydinčių nuotaikos pokyčių – gali pasireikšti pyktis, greitas susierzinimas, savęs žalojimas ar suicidiniai ketinimai, tačiau jų trukmė trumpesnė, jie paprastai apsprendti susidariusių aplinkybių (grėšiančios atsakomybės už savo poelgius, negalėjimo patenkinti savo norus ir pan.), nėra lydimi anhedonijos, energijos stokos; jeigu kartu pasireiškia diagnostinius kriterijus atitinkantis elgesio sutrikimas ir diagnostinius kriterijus atitinkanti depresija, turi būti diagnozuojamas depresinis elgesio sutrikimas (pagal TLK-10 AM kodas F92.0)
- 3.2. Manija turėtų būti diferencijuojama su:

- 3.2.1. aktyvumo ir dėmesio sutrikimu – manijos atveju hiperaktyvumas ir nedėmesingumas prasideda vėlesniame (mokykliniame) amžiuje, pasireiškia epizodiškai ir praeina, kai normalizuojasi nuotaika; abu sutrikimai diagnozuojami kaip gretutiniai, jeigu anksčiau buvusiam hiperaktyviam vaikui epizodiškai atsiranda naujų, manijai būdingų simptomų (pvz. savo sugebėjimų ar reikšmingumo pervertinimo idėjos, haliucinacijos, euforiška nuotaika);
- 3.2.2. prieštaraujančio neklusnumo ir kitais elgesio sutrikimais – manijos atveju elgesio sutrikimo simptomai pasireiškia pakitus nuotaikai ir praeina kai nuotaika normalizuojasi;
- 3.3. Manija arba sunkus depresijos epizodas su psichozės simptomais turėtų būti diferencijuojami su šizofrenija – svarbu įvertinti anamnezę ir paciento stebėjimo duomenis, nuotaikos sutrikimų atveju mąstymo ir kalbėjimo sutrikimai stebimi epizodiškai pasikeitus nuotaikai, išlieka gyvesnė emocinė išraiška, geresnis įsitraukimas į bendravimą su gydytoju.

Priedas 5. Vaikų nuotaikos (afekcinių) sutrikimų gydymo ir paciento kelio algoritmas.



Priedas 6. Vaikų depresijos gydymo algoritmas.

Depresijos gydymo tikslas – pasiekti sutrikimo remisiją ir išvengti recidyvo				
Lengvas depresijos epizodas	Gydymas nemedikamentiniais metodais	Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ		
Vidutinio sunkumo depresijos epizodas	Gydymas pradedamas nemedikamentiniais metodais Pakartotinis įvertinimas po 6 sav. (anksčiau, jei yra didelė savižudybės rizika)	Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ		
	<table border="1"> <tr> <td> <p>Simptomų intensyvumas mažėja, funkcionavimas gerėja</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tęsiamas gydymas nemedikamentiniais metodais</p> </td> <td> <p>Simptomų intensyvumas nemažėja, funkcionavimas negerėja</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tęsiamas gydymas nemedikamentiniais metodais</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Pradedamas gydymas vaistais</p> </td> </tr> </table>	<p>Simptomų intensyvumas mažėja, funkcionavimas gerėja</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tęsiamas gydymas nemedikamentiniais metodais</p>	<p>Simptomų intensyvumas nemažėja, funkcionavimas negerėja</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tęsiamas gydymas nemedikamentiniais metodais</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Pradedamas gydymas vaistais</p>	<p>Esant savižudybės rizikai, neefektyviam ambulatoriniam gydymui ar, jei reikia specifinių paslaugų, gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ</p> <p>Esant indikacijoms*, pacientas nukreipiamas gydymui į dienos stacionarą</p>
	<p>Simptomų intensyvumas mažėja, funkcionavimas gerėja</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tęsiamas gydymas nemedikamentiniais metodais</p>	<p>Simptomų intensyvumas nemažėja, funkcionavimas negerėja</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tęsiamas gydymas nemedikamentiniais metodais</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Pradedamas gydymas vaistais</p>		
<p>Pirmo pasirinkimo vaistas – fluoksetinas 20 mg/p (max dozė 40 mg/p), vaikams nuo 8 m.</p> <p>Jei neefektyvus ar netoleruojamas, antro pasirinkimo:</p> <p>Sertralinas 50 mg/p (max dozė 200 mg/p)</p> <p>Citalopramas 20 mg/p (max dozė 40 mg/p)</p> <p>Escitalopramas 10 mg/p (max dozė 20 mg/p)</p>				
Sunkus depresijos epizodas	Gydymas pradedamas kartu derinant nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais antidepressantais			
Prieš paskiriant antro pasirinkimo vaistus reikalingas paciento ar jo atstovų informuotas sutikimas				
Sunkus depresijos epizodas su psichozės simptomais	Gydymas pradedamas kartu derinant nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais Jeigu psichozės simptomai reikšmingai dezorganizuoja elgesį, kelia pavojų ar nepasiduoda gydymui antidepressantu, kartu gali būti skiriami antipsichoziniai vaistai: Aripiprazolis 10 mg/p Ziprazidonas 80 mg/p Haloperidolis 2,5 mg/p Risperidonas 0,5-2,5 mg/p Olanzapinas 5-10 mg/p	Gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ		
Gydymui rezistentiška depresija jeigu gydymas 2 antidepressantais adekvačiomis dozėmis adekvatų laiką	Pakartotinai įvertinti diagnozę, diferencijuoti su bipoliniu afektiniu sutrikimu, šizofrenija Kombinuotas gydymas nemedikamentiniais metodais ir vaistais Užtikrinti paskirto gydymo režimo laikymąsi Pakartotinai įvertinti ir koreguoti stresinius veiksnius, palaikančius depresiją	Rekomenduojamas gydymas stacionarines arba dienos stacionaro VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ		

neleidžia pasiekti remisijos	Pakartotinai įvertinti ir gydyti gretutinius sutrikimus Pakartotinai įvertinti ir kontroliuoti dėl PAM vartojimo Skirti maksimalias antidepresantų dozes Gydymą antidepresantais papildyti nuotaiką stabilizuojančiais vaistais (ličio karbonatu, valproinės rūgšties arba druskos preparatais, lamotriginu) arba antipsichoziniais vaistais (aripirazoliu, ziprazidonu, olanzapinu)	
Gydymui nepasiduodanti depresija	Jei į aukščiau aprašytus gydymo metodus negaunamas teigiamas atsakas ir išlieka rimta savižudybės rizika, spręsti dėl elektroimpulsų terapijos	Gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ
<p>Pasiekus remisiją, gydymas tęsiamas: 6 mėnesius, jei gydomas pirmasis depresijos epizodas 12 mėnesių, jei gydomas ne pirmas depresijos epizodas</p> <p>Remisijos kriterijai:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nuotaikos sutrikimų simptomų nėra arba yra ne daugiau kaip 2 depresijos simptomai - ne daugiau nei lengvas funkcionavimo sutrikimas namie, mokykloje ar su bendraamžiais (VBVS > 71) 		Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ
<p>Apie nuotaikos (afektinio) sutrikimo gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras. Vaikams ir paaugliams rekomenduojamas palaipsninis gydymo vaistais užbaigimas per 4-8 savaites. Užbaigus gydymą vaistais vaikams ir paaugliams rekomenduojamas stebėjimas dėl galimo recidyvo 12 mėnesių, tęsiant gydymą nemedikamentiniais metodais.</p>		Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ
<p>* Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos teikiamos pacientams, kurie atitinka bent vieną iš šių sąlygų: 1) įvertinus paciento psichosocialinę būklę, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70; 2) baigus aktyvų stacionarinį gydymą, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70.</p>		

Priedas 7. Vaikų bipolinio sutrikimo gydymo algoritmas.

Bipolinio afektinio sutrikimo gydymo tikslas – pasiekti dabartinio epizodo remisiją, optimalią ilgalaikę sutrikimo eigos kontrolę, sumažinti recidyvo riziką		
Bipolinį afektinį sutrikimą vaikams gydo gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras, jo nesant – gydytojas psichiatras		
Vaikų bipolinio afektinio sutrikimo gydymas visada kompleksinis, apimantis nemedikamentinius metodus ir gydymą vaistais. Vaikų bipolinį afektinį sutrikimą rekomenduojama gydyti vienu nuotaiką stabilizuojančiu vaistu, bet ūmioje depresijos ar manijos fazėje, kai reikalingas didesnis efektyvumas, galima skirti dviejų ar kelių vaistų kombinaciją. Gydymą rekomenduojama pradėti pirmo pasirinkimo vaistu, jei jis neduoda teigiamo atsako arba netoleruojamas dėl nepageidaujamų poveikių, skirti antro pasirinkimo vaistą. Ilgalaikiam palaikomajam bipolinio afektinio sutrikimo gydymui vaikams rekomenduojama skirti vieną pirmo pasirinkimo nuotaiką stabilizuojantį vaistą.		
Bipolinis afektinis sutrikimas, lengvas arba vidutinis depresijos epizodas	Gydymas nemedikamentiniais metodais ir 1 nuotaiką stabilizuojančiu vaistu. <u>Pirmo pasirinkimo</u> nuotaiką stabilizuojantys vaistai: <i>Lithii carbonas</i> rekomenduojama dozė 900-1500 mg/p, ją titruojant pagal efektą ir Li ⁺ koncentraciją kraujyje (0,8-1,2 mE/l), vaikams nuo 11 m.; <i>Acidum vaploicum et Natrium valproatum</i> rekomenduojama dozė 1000 mg/p, ją titruojant pagal efektą ir koncentraciją kraujyje (300-700 μmol/l), nerekomenduojama germinacinio amžiaus merginoms; <u>Antro pasirinkimo</u> nuotaiką stabilizuojantis vaistas: <i>Lamotriginum</i> rekomenduojama dozė 50-200 mg/p, ją titruojant lėtai pagal efektą ir toleravimą; Jeigu gydymas neduoda teigiamo atsako, papildomai paskirti <i>Fluoxetinum</i> 20-40 mg/p	Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ Esant savižudybės rizikai, neefektyviam ambulatoriniam gydymui ar, jei reikia specifinių paslaugų, gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ Esant indikacijoms*, pacientas nukreipiamas gydymui į dienos stacionarą
Prieš paskiriant antro pasirinkimo vaistus reikalingas paciento ar jo atstovų informuotas sutikimas		
Bipolinis afektinis sutrikimas, sunkus depresijos epizodas be psichozės simptomų	Gydymas nemedikamentiniais metodais ir 1 nuotaiką stabilizuojančiu vaistu + Gydymas antidepresantu <u>Pirmo pasirinkimo</u> vaistas antidepresantas: <i>Fluoxetinum</i> rekomenduojama dozė 20 mg/p (max dozė 40 mg/p); Jei neefektyvus ar netoleruojamas, <u>antro pasirinkimo vaistai antidepresantai</u> : <i>Sertralinum</i> rekomenduojama dozė 50 mg/p (max dozė 200 mg/p); <i>Citalopramum</i> rekomenduojama dozė 20 mg/p (max dozė 40 mg/p); <i>Escitalopramum</i> rekomenduojama dozė 10 mg/p (max dozė 20 mg/p);	

Bipolinis afektinis sutrikimas, sunkus depresijos epizodas su psichozės simptomais	Gydymas nemedikamentiniais metodais + nuotaiką stabilizuojančiu vaistu + antidepresantu vidutinėmis ar maksimaliomis dozėmis Jeigu psichozės simptomai reikšmingai dezorganizuoja elgesį, kelia pavojų ar nepasiduoda gydymui antidepresantu, kartu gali būti skiriamas antipsichozinis vaistas	Gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ
Atsiradus stipriam antidepresantų ar antipsichozinių vaistų nepageidaujamam poveikiui, gali būti skiriami kitų farmakoterapinių grupių vaistai: anticholinerginiai vaistai ir (ar) bendzodiazepinai. Benzodiazepinai gali būti skiriami ir trumpalaikiai nemigos ar ažitacijos korekcijai.		
Bipolinis afektinis sutrikimas, hipomanija Bipolinis afektinis sutrikimas, manija be psichozės simptomų	Gydymas nemedikamentiniais metodais + 1 nuotaiką stabilizuojančiu vaistu vidutinėmis arba maksimaliomis dozėmis Jeigu gydymas nuotaiką stabilizuojančiu vaistu ir maksimaliomis dozėmis neduoda teigiamo atsako, papildomai skirti antipsichozinį vaistą minimalia efektyvia doze. <u>Pirmo pasirinkimo</u> antipsichoziniai vaistai manijai: <i>Aripiprazolum</i> rekomenduojama dozė 10 mg/p, vaikams nuo 13 m.; <i>Ziprazidonum</i> rekomenduojama dozė 80 mg/p (iki 160 mg/p vaikams sveriantiems >45 kg), vaikams nuo 10 m.; <u>Antro pasirinkimo</u> antipsichoziniai vaistai manijai: <i>Haloperidolum</i> rekomenduojama dozė 2,5 mg/p; <i>Risperidonum</i> rekomenduojama dozė 0,5-2,5 mg/p; <i>Olanzapini</i> rekomenduojama dozė 5-10 mg/p;	Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ Esant savižudybės rizikai, pavojingam dezorganizuotam elgesiui, neefektyviam ambulatoriniam gydymui ar, jei reikia specifinių paslaugų, gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ Esant indikacijoms*, pacientas nukreipiamas gydymui į dienos stacionarą
Bipolinis afektinis sutrikimas, manija su psichozės simptomais	Gydymas nemedikamentiniais metodais + nuotaiką stabilizuojančiu vaistu + antipsichoziniu vaistu manijai gydyti vidutinėmis ar maksimaliomis dozėmis	Gydymas stacionarines VPP paslaugas teikiančioje ASPĮ
Pasiekus stabilią remisiją, palaikomasis gydymas tęsiamas nuotaiką stabilizuojančiu vaistu ir nemedikamentiniais metodais		
Pasiekus remisiją, palaikomasis gydymas vaistais tęsiamas: 12 mėnesių, jei gydomas pirmasis manijos epizodas 24 mėnesius, jei gydomas ne pirmas manijos arba depresijos epizodas Remisijos kriterijai: - nuotaikos sutrikimų simptomų nėra arba yra ne daugiau kaip 2 depresijos simptomai - ne daugiau nei lengvas funkcionavimo sutrikimas namie, mokykloje ar su bendraamžiais (VBVS > 71)		Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ

<p>Apie bipolinio afektinio sutrikimo gydymo vaistais užbaigimą sprendžia gydytojas vaikų ir paauglių psichiatras arba gydytojas psichiatras. Vaikams ir paaugliams rekomenduojamas palaipsninis gydymo vaistais užbaigimas per 4-8 savaites. Užbaigus gydymą vaistais vaikams ir paaugliams rekomenduojamas stebėjimas dėl galimo recidyvo 12 mėnesių, tęsiant gydymą nemedikamentiniais metodais.</p>	<p>Ambulatorines VPP paslaugas teikinčioje ASPĮ</p>
<p>* Vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugos teikiamos pacientams, kurie atitinka bent vieną iš šių sąlygų: 1) įvertinus paciento psichosocialinę būklę, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70; 2) baigus aktyvų stacionarinį gydymą, paciento funkcionavimo rodiklis pagal VBVS yra mažesnis nei 70.</p>	

8 priedas. Ambulatorinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Dėkojame, kad pasirinkote mūsų gydymo įstaigą.

Mes nuolat siekiame gerinti teikiamų paslaugų kokybę, teikti pacientų lūkesčius atitinkančias sveikatos priežiūros paslaugas, todėl Jūsų nuomonė mums labai svarbi. Maloniai prašytume užpildyti šią anketą. Anketa anoniminė, Jūsų atsakymai bus analizuojami tik apibendrintos statistikos tikslu, todėl neturės jokios įtakos Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) tolesniems santykiams su mūsų gydymo įstaigos personalu.

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) amžius (pilnais metais):

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) lytis (pabraukti): Vyras Moteris

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (pabraukti):

Vaikas Studentas Dirbantis asmuo Bedarbis Pensininkas

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai					
1.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos registratūros darbą?										
2.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos slaugytojų darbą?										
3.	Kaip vertinate mūsų gydymo įstaigos gydytojų darbą?										
4.	Įvertinkite, ar suteikta informacija apie Jūsų ligą ir tolesnį gydymą buvo aiški, ar jos suteikta pakankamai?										
Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)									
		Tikrai taip	Galbūt taip	Abejoju	Galbūt ne	Tikrai ne					
5.	Ar rekomenduotumėte savo draugams ir pažįstamiems pasirinkti mūsų gydymo įstaigą?										
6.	Prašome savo bendrą pasitenkinimą suteiktų paslaugų kokybe įvertinti balais nuo 1 iki 10:										
Labai blogai	Atsakymai (žymėti tik vieną)										Labai gerai
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos.

9 priedas. Stacionariųjų asmens sveikatos priežiūros paslaugų vertinimo anketa

Gerb. Paciente (Paciento atstove),

Dėkojame, kad pasirinkote mūsų ligoninę. Mes siekiame nuolat gerinti teikiamų paslaugų kokybę, todėl Jūsų nuomonė mums labai svarbi. Šiuo metu Jūs (Jūsų atstovaujamas pacientas) baigėte gydymą (gydymo etapą) mūsų ligoninėje. Maloniai prašytume užpildyti šią anketa. Anketa anoniminė, Jūsų atsakymai bus analizuojami tik apibendrintoje statistikoje, todėl neturės jokios įtakos Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) tolimesniems santykiams su ligoninės personalu.

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) amžius (pilnais metais):

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) lytis (tai, kas tinka, pabraukti): Vyras Moteris

Jūsų (Jūsų atstovaujamo paciento) socialinė padėtis (tai, kas tinka, pabraukti):

Vaikas Studentas Dirbantis asmuo Bedarbis Pensininkas

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)				
		Labai gerai	Gerai	Vidutiniškai	Blogai	Labai blogai
1.	Kaip Jūs vertinate ligoninės gydytojų darbą?					
2.	Kaip Jūs vertinate ligoninės slaugytojų ir (ar) akušerių darbą?					
3.	Kaip Jūs vertinate ligoninės maisto kokybę?					
4.	Kaip Jūs vertinate personalo pagarbą gydymo ligoninėje metu?					
5.	Kaip Jūs vertinate ligoninės patalpų švarą ir jaukumą?					
6.	Įvertinkite, kaip suprantamai Jus gydę gydytojais suteikė Jums (ar Jūsų atstovaujamo pacientui) svarbią informaciją?					
7.	Įvertinkite, kaip suprantamai Jus slaugiusios slaugytojos ir (ar) akušerės suteikė Jums (ar Jūsų atstovaujamo pacientui) svarbią informaciją?					

Eil. Nr.	Klausimas	Atsakymai (žymėti tik vieną)				
		Tikrai taip	Galbūt taip	Abejoju	Galbūt ne	Tikrai ne
8.	Ar personalas atsižvelgė į Jūsų nuomonę, priimant sprendimus dėl tyrimų ir gydymo eigos?					

9.	Ar Jūs rinktumėtės šią ligoninę dar kartą?											
10.	Ar rekomenduotumėte gydytis šioje ligoninėje savo artimam žmogui?											
11.	Prašome įvertinti savo bendrą pasitenkinimą suteiktų paslaugų kokybe balais skalėje nuo 1 iki 10:											
		Atsakymai (žymėti tik vieną)										
Labai blogai		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Labai gerai

Dėkojame Jums už atsakymus ir linkime geros sveikatos

10 priedas. ASPI, teikiančios pirmines ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams

Gydymo įstaiga	Paslauga	Paslaugos teikimo adresas (teirautis gydymo įstaigoje)	Savivaldybė
VšĮ Anykščių rajono psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	V. Kudirkos g. 1, Anykščiai	Anykščių r. sav.
Klaipėdos rajono savivaldybės Gargždų pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	J. Basanavičiaus g. 1, Gargždai	Klaipėdos r. sav.
Lietuvos Respublikos vidaus reikalų ministerijos Medicinos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Žygimantų g. 8, Vilnius	Vilniaus m. sav.
LSMUL Kauno klinikos	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Eivenių g. 2, Kaunas	Kauno m. sav.
Respublikinis priklausomybės ligų centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Taikos pr. 46, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
Respublikinis priklausomybės ligų centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Gerosios Vilties g. 3, Vilnius Savanorių pr. 74, Vilnius	Vilniaus m. sav.
UAB "Andoka"	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	V. Kudirkos g. 19, Šilalė	Šilalės r. sav.
UAB Baltic Medics	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	J. Zauerveino g. 9A Klaipėda Dragūnų g. 2-6, Klaipėda Taikos pr. 48 B, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
UAB Bendrosios medicinos praktika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Savanorių pr. 423, Kaunas	Kauno m. sav.
UAB „Ego PS“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Jaunimo g. 6, Pagėgiai	Pagėgių sav.
UAB „Gruodė“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	P. Cvirkos g. 3, Širvintos	Širvintų r. sav.
UAB InMedica	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Savanorių pr. 169, Kaunas Vandžiogalos g. 4A, Kaunas Baltų pr. 7A, Kaunas Julijanavos g. 1E, Kaunas	Kauno m. sav.
UAB InMedica	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Žirmūnų g. 70, Vilnius Jonažolių g. 3, Vilnius Šeškinės g. 30 Vilnius L. Asanavičiūtės g. 20, J. Baltrušaičio g. 3, Vilnius P. Baublio g. 2, Vilnius A. Vivulskio g. 7, Vilnius Kęstučio g. 32, Vilnius	Vilniaus m. sav.

UAB „Medgintras“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 9, Kalvarija	Kalvarijos sav.
UAB „Medgintras“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Šiaurės pr. 8C, Kaunas Šv. Gertrūdos g. 64, Kaunas Šiaurės pr., 8A, Kaunas	Kauno m. sav.
UAB „Medgintras“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Maironio g. 20, Kazlų Rūda	Kazlų Rūdos sav.
UAB „Medgintras“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Sporto g. 2, Marijampolė	Marijampolės sav.
UAB „Medica“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Jaunimo g. 22, Alytus Naujoji g. 76, Alytus	Alytaus m. sav.
UAB „Medica“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	A. Baranausko g. 2, Garliava	Kauno r. sav.
UAB „Medica“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Taikos pr. 14, Klaipėda Vingio g. 16-1, Klaipėda Šilutės pl. 38-1, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
UAB „Medica“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 40, Prienai	Prienų r. sav.
UAB „Medica“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Kreivasis skg. 1, Vilnius Laisvės pr. 64A, Vilnius Žirmūnų g. 2, Vilnius Juodasis kelias 35, Vilnius Genių g. 2, Vilnius J. Balčikonio g. 3, Vilnius Kedrų g. 4, Vilnius	Vilniaus m. sav.
UAB „Nefridos“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Nidos g. 3A, Klaipėda Žardininkų g. 8-1, Klaipėda Nidos g. 1B, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
UAB „Signata“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Šarkuvos g. 1A, Kaunas	Kauno m. sav.
UAB „Sveikatos ratas“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Tirkiliškių g. 51, Kaunas	Kauno m. sav.
UAB „Vilniaus sveikatos namai“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	A. J. Povilaičio g. 18, Vilnius Viršuliškių g. 34, Vilnius	Vilniaus m. sav.
UAB „Vita longa“	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	A. Stulginskio g. 67, Kaunas	Kauno m. sav.
UAB Akmenės sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Respublikos g. 1A, Naujoji Akmenė Stoties g. 28, Akmenė	Akmenės r. sav.
UAB Baltijos psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Kovo 11-osios g. 22, Kaunas	Kauno m. sav.

UAB Dr. Biržiškos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 2, Viekšniai	Mažeikių r. sav.
UAB Ignalinos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Ligoninės g. 13A, Ignalina Laisvės g. 21, Dūkštas Agarinio g. 9A, Didžiasalis	Ignalinos r. sav.
UAB Integralios medicinos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Paupio g. 40, Rukla	Jonavos r. sav.
UAB Konsultacijų ir gydymo centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Saulėtoji g. 29, Jašiūnai	Šalčininkų r. sav.
UAB Lazdijų sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Kauno g. 8A, Lazdijai	Lazdijų r. sav.
UAB Mažeikių psichinės sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vilties g. 12, Mažeikiai	Mažeikių r. sav.
UAB Medicinos paslaugų centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vydūno g. 19, Vilnius Vydūno g. 20, Vilnius Rygos g. 17A, Vilnius S. Nėries g. 81, Vilnius Perkūnkiemio g. 17, Vilnius	Vilniaus m. sav.
UAB Pilėnų klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Studentų g. 1, Akademija	Kauno r. sav.
UAB Raudondvario klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	J. Naujalio g. 10, Raudondvaris	Kauno r. sav.
UAB Šakių psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Bažnyčios g. 37, Šakiai	Šakių r. sav.
UAB Saulės šeimos medicinos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Taikos pr. 51A, Kaunas	Kauno m. sav.
UAB Šiaulių psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Gumbinės g. 33C, Šiauliai	Šiaulių m. sav.
UAB Šilalės psichikos sveikatos ir psichologinio konsultavimo centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Maironio g. 20A, Šilalė	Šilalės r. sav.
UAB Šilutės psichikos sveikatos ir psichoterapijos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	M. Jankaus g. 10, Šilutė	Šilutės r. sav.
UAB Skuodo psichikos sveikatos ir psichoterapijos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 8, Skuodas	Skuodo r. sav.
UAB Vilkmergės klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Kauno g. 80, Ukmergė	Ukmergės r. sav.

UAB Žemaitijos psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Kalno g. 21A, Telšiai	Telšių r. sav.
UAB Žvėryno klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Elnių g. 27, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Akmenės rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Žemaitijos g. 6, Naujoji Akmenė S. Daukanto g. 7, Akmenė	Akmenės r. sav.
VšĮ Alytaus poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Naujoji g. 48, Alytus Lelijų g. 44, Alytus Daugų g. 5A, Alytus	Alytaus m. sav.
VšĮ Alytaus rajono savivaldybės pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Naujoji g. 48, Alytus	Alytaus r. sav.
VšĮ Antakalnio poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Antakalnio g. 59, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Antakalnio psichiatrijos konsultacijų centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Antakalnio g. 84, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Centro poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Pylimo g. 3, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Druskininkų pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	M. K. Čiurlionio g. 82, Druskininkai Liškiavos g. 6, Druskininkai Verpėjų g. 11, Viečiūnai Seirijų g. 7, Leipalingis	Druskininkų sav.
VšĮ Elektrėnų psichikos sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Taikos g. 6A, Elektrėnai	Elektrėnų sav.
VšĮ Garliavos pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 65, Garliava	Kauno r. sav.
VšĮ Jonavos pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Žeimių g. 19, Jonava	Jonavos r. sav.
VšĮ Joniškio rajono psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vilniaus g. 6, Joniškis	Joniškio r. sav.
VšĮ Jurbarko pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vydūno g. 56D, Jurbarkas Nemuno g. 54, Smalininkų m. Dariaus ir Girėno g. 3, Veliuonos mstl.	Jurbarko r. sav.
VšĮ Justiniškių šeimos gydytojų kabinetas	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Taikos g. 95, Vilnius	Vilniaus m. sav.

VšĮ Kaišiadorių psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Gedimino g. 118, Kaišiadorys	Kaišiadorių r. sav.
VšĮ Karoliniškių poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	L. Asanavičiūtės g. 27A, Vilnius Karaliaučiaus g. 11, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Kauno miesto poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Baltų pr. 7, Kaunas A.Mickevičiaus g. 4, Kaunas Pramonės pr. 31, Kaunas Savanorių pr. 369, Kaunas Juozapavičiaus pr. 72, Kaunas	Kauno m. sav.
VšĮ Kazlų Rūdos pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 45, Kazlų Rūda	Kazlų Rūdos sav.
VšĮ Kėdainių pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Budrio g. 5, Kėdainiai	Kėdainių r. sav.
VšĮ Kelmės rajono psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto Didžiojo g. 23, Kelmė	Kelmės r. sav.
VšĮ Klaipėdos psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Galinio Pylimo g. 3, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
VšĮ Kretingos rajono savivaldybės Kretingos psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Žemaitės al. 1, Kretinga	Kretingos r. sav.
VšĮ Lazdynų poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Erfurto g. 15, Vilnius Architektų g. 17, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Marijampolės pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	P. Kriaučiūno g. 2, Marijampolė	Marijampolės sav.
VšĮ Molėtų rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Graužinių g. 2, Molėtai	Molėtų r. sav.
VšĮ Naujininkų poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Dariaus ir Girėno g. 18, Vilnius P. Žvirkos g. 2, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Naujosios Vilnios poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	V. Sirokoslės g. 8, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Pakaunės pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Didžioji g. 1, Raudondvaris	Kauno r. sav.
VšĮ Pakruojo rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	J. Basanavičiaus g. 4, Pakruojis	Pakruojo r. sav.

VšĮ Palangos asmens sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 92, Palanga Žuvėdrų g. 4, Palanga	Palangos m. sav.
VšĮ Prienų rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Pušyno g. 4, Prienai	Prienų r. sav.
VšĮ Radviliškio rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Gedimino g. 9B, Radviliškis	Radviliškio r. sav.
VšĮ Raseinių psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Ligoninės g. 6, Raseiniai	Raseinių r. sav.
VšĮ Rietavo pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Plungės g. 13, Rietavas Telšių g. 13, Plungė	Rietavo sav.
VšĮ Rokiškio psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 35B, Rokiškis Juodupės g. 1A, Rokiškis	Rokiškio r. sav.
VšĮ Šalčininkų rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Nepriklausomybės g. 38, Šalčininkai	Šalčininkų r. sav.
VšĮ Šeškinės poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Šeškinės g. 24, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Širvintų rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	P. Cvirkos g. 13, Širvintos	Širvintų r. sav.
VšĮ Švenčionių rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Strūnaičio g. 3, Švenčionys	Švenčionių r. sav.
VšĮ Tauragės rajono pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Jūros g. 5, Tauragė	Tauragės r. sav.
VšĮ Trakų pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Mindaugo g. 17, Trakai	Trakų r. sav.
VšĮ Ukmergės pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Vytauto g. 105, Ukmergė	Ukmergės r. sav.
VšĮ Utenos pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Aukštakalnio g. 5, Utena	Utenos r. sav.
VšĮ Varėnos pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	M. K. Čiurlionio g. 61, Varėna	Varėnos r. sav.
VšĮ Vilkaviškio pirminės sveikatos priežiūros centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Jašinskio g. 2, Vilkaviškis	Vilkaviškio r. sav.

VšĮ Vilniaus miesto klinikinė ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Antakalnio g. 57, Vilnius Antakalnio g. 124, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Medvalkio g. 6, Palanga	Palangos m. sav.
VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Nemuno g. 75, Panevėžys	Panevėžio m. sav.
VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	V. Kudirkos g. 19, Šakiai	Šakių r. sav.
VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Ažuolyno g. 5A, Vilnius Didlaukio g. 80A, Vilnius Žalgirio g. 90, Vilnius Mokyklos g. 10, Grigiškės	Vilniaus m. sav.
VšĮ Vilniaus rajono centrinė poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Laisvės pr. 79, Vilnius	Vilniaus r. sav.
VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Santariškių g. 7, Vilnius Kairiūkščio g. 2, Vilnius	Vilniaus m. sav.
VšĮ Žirmūnų psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (apylinkės)	Žirmūnų g. 67A, Vilnius	Vilniaus m. sav.

ASPI, teikiančios specializuotas ambulatorines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams

Gydymo įstaiga	Paslauga	Paslaugos teikimo adresas (teirautis gydymo įstaigoje)	Savivaldybė
1. BĮ Vilniaus miesto kompleksinių paslaugų centras „Šeimos slėnis“	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Žolyno g. 47, Vilnius	Vilniaus m. sav.
2. Klaipėdos sutrikusio vystymosi kūdikių namai	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Turistų g. 28, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
3. Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Eivenių g. 2, Kaunas	Kauno m. sav.
4. Respublikinis priklausomybės ligų centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Giedraičių g. 8, Kaunas	Kauno m. sav.
5. Respublikinis priklausomybės ligų centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Gerosios Vilties g. 3, Vilnius Savanorių pr. 74, Vilnius	Vilniaus m. sav.

6. UAB „Medica“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Kreivasis skg. 1, Vilnius Laisvės pr. 64A, Vilnius Žirmūnų g. 2, Vilnius Juodasis kelias 35, Vilnius Genių g. 2, Vilnius J. Balčikonio g. 3, Vilnius Kedrų g. 4, Vilnius	Vilniaus m. sav.
7. UAB „Nefridos“ klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Nidos g. 3A, Klaipėda Žardininkų g. 8-1, Klaipėda Nidos g. 1B, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
8. UAB „SK Impeks“ medicinos diagnostikos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	V. Grybo g. 32, Vilnius	Vilniaus m. sav.
9. UAB „Vilniaus sveikatos namai“	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	A. J. Povilaičio g. 18, Vilnius Viršuliškių g. 34, Vilnius	Vilniaus m. sav.
10. UAB Baltijos ir Amerikos terapijos ir chirurgijos klinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Nemenčinės pl. 54A, Vilnius	Vilniaus m. sav.
11. . UAB Vaikų ir jaunimo klinika „Empatija“	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	M. K. Čiurlionio g. 82A, Vilnius	Vilniaus m. sav.
12. VšĮ Centro poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Pylimo g. 3, Vilnius	Vilniaus m. sav.
13. VšĮ Karoliniškių poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	L. Asanavičiūtės g. 27A, Vilnius	Vilniaus m. sav.
14. VšĮ Kauno miesto poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Baltų pr. 7, Kaunas A. Mickevičiaus g. 4, Kaunas Pramonės pr. 31, Kaunas Savanorių pr. 369, Kaunas Juozapavičiaus pr. 72, Kaunas	Kauno m. sav.
15. VšĮ Klaipėdos vaikų ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	K. Donelaičio g. 5, Klaipėda K. Donelaičio g. 7, Klaipėda K. Donelaičio g. 9, Klaipėda J. Karoso g. 13, Klaipėda Taikos pr. 76, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
16. . VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Puodžių g. 9, Klaipėda	Klaipėdos m. sav.
17. VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Smėlynės g. 38, Panevėžys	Panevėžio m. sav.
18. . VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Architektų g. 77, Šiauliai	Šiaulių m. sav.

19. VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Parko g 21, Vilnius	Vilniaus m. sav.
20. VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatro (ambulatorinė specializuota)	Vasaros g. 5, Vilnius	Vilniaus m. sav.

ASPI, teikiančios vaikų ir paauglių psichiatrijos dienos stacionaro paslaugas vaikams ir paaugliams

Gydymo įstaiga	Paslauga	Paslaugos teikimo adresas	Savivaldybė
1.Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Eivenių g. 2, Kaunas Registratūros telefon.:837326984 Telef. 837327178	Kauno m. sav.
2.VšĮ Alytaus poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Naujoji g. 48, Alytus Telef. 8-673-83140.	Alytaus m. sav.
3.VšĮ Karoliniškių poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Loretos Asanavičiūtės g. 27A, Vilnius, Telef. (8 5) 245 8417	Vilniaus m. sav.
4.VšĮ Kauno miesto poliklinika	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Nepriklausomybės a. 10, Kaunas Telef.:: (8 37) 409 808	Kauno m. sav.
5.VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Puodžių g. 9, Klaipėda Telef.: 8 46 404421	Klaipėdos m. sav.
6.VšĮ Respublikinė Panevėžio ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Smėlynės g. 38, Panevėžys Tel. 8 (45) 50 15 18	Panevėžio m. sav.
7.VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Moters ir vaiko klinika, Architektų g. 77, Šiauliai Telef.:8 (41) 523 042	Šiaulių m. sav.
8. VšĮ Vilniaus miesto psichikos sveikatos centras	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	Vasaros g. 5, Vilnius Telef.: (8 5) 215 48 81	Vilniaus m. sav.
9.VšĮ Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Vaikų ir paauglių psichiatrija (dienos stacionaro)	J.Kairiūkščio g. 2, Vilnius. Telef.:(8 5) 278 0399,	Vilniaus m. sav.

11 priedas. ASPI, teikiančios specializuotas stacionarines psichikos sveikatos priežiūros paslaugas vaikams ir paaugliams

Gydymo įstaiga	Paslauga	Paslaugos teikimo adresas	Savivaldybė
VšĮ Respublikinė Šiaulių ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatrija (stacionarinė)	Moters ir vaiko klinika, Architektų g. 77, Šiauliai Telef.: (8 41) 523 034	Šiaulių m. sav.
Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos	Vaikų ir paauglių psichiatrija (stacionarinė)	Eivenių g. 2, Kaunas Telef.:8(37)326891	Kauno m. sav.
VšĮ Respublikinė Vilniaus psichiatrijos ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatrija (stacionarinė)	Parko g 21, Vilnius Telef.: (8 5) 267 27 26	Vilniaus m. sav.
VšĮ Respublikinė Klaipėdos ligoninė	Vaikų ir paauglių psichiatrija (stacionarinė)	Puodžių g. 9, Klaipėda Telef.: 8 46 404421	Klaipėdos m. sav.
VšĮ Viliaus universiteto ligoninė Santaros klinikos	Vaikų ir paauglių psichiatrija (stacionarinė)	J.Kairiūkščio g. 2, Vilnius Telef.: (85) 273 14 56	Vilniaus m. sav.

12 priedas. Pavyzdys: Nepilnamečio paciento tėvų arba globėjų (atstovų) sutikimas, kad būtų skiriamas gydymas vaistu, kuris neturi VVKT registruotos šios indikacijos vaikų amžiuje.

NEPILNAMEČIO PACIENTO ATSTOVŲ (TĖVŲ ARBA GLOBĖJŲ) SUTIKIMAS, KAD BŪTŲ SKIRIAMAS GYDYMAS VAISTU, KURIS NETURI VALSTYBINĖS VAISTŲ KONTROLĖS TARNYBOS (VVKT) REGISTRUOTOS ŠIOS INDIKACIJOS VAIKŲ AMŽIUJE

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos
Psichiatrijos klinika
Eivenių g. 2, Kaunas LT-50161, Tel. +37037326870, El. paštas: psichiatrijos.klinika@kaunoklinikos.lt

SUTIKIMAS, KAD BŪTŲ SKIRIAMAS GYDYMAS VAISTU, KURIS NETURI VALSTYBINĖS VAISTŲ KONTROLĖS TARNYBOS (VVKT) REGISTRUOTOS ŠIOS INDIKACIJOS VAIKŲ AMŽIUJE

_____ (data)

Sutinku, kad mano atstovaujajam(ai) _____
(paciento / atstovaujamo nepilnamečio paciento vardas, pavardė)

būtų skiriamas gydymas vaistiniu preparatu _____
(vaistinio preparato pavadinimas)

Esu informuotas apie vaistinio preparato skyrimo priežastis, laukiamą terapinę naudą, vartojimo ypatumus, atsargumo priemones, galimą nepageidaujamą poveikį.

(paciento / atstovo parašas)

(paciento / atstovo vardas ir pavardė, atstovavimo pagrindas)

Patvirtinu, kad:

- esu susipažinęs(-usi) su mokslškai pagrįsta informacija apie šio vaistinio preparato kliniines, farmakologines ir farmacines savybes;
- pacientui ir jo atstovui pateikiau išsamią informaciją apie šio vaistinio preparato skyrimo priežastis, laukiamą terapinę naudą, vartojimo ypatumus, atsargumo priemones, galimą nepageidaujamą poveikį;
- šį vaistinį preparatą skiriu vadovaudamasis(-asi) LSMUL KK Psichiatrijos klinikos patvirtintu šio psichikos (elgesio) sutrikimo diagnostikos ir gydymo protokolu, kuris patvirtintas medicinos etikos komisijoje.

Gdytojas _____
(parašas)