

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ НАРУШУВАЊА ОД ПИЕЊЕ НА АЛКОХОЛ: ДИЈАГНОЗА, ПРОЦЕНКА И ТРЕТМАН НА ШТЕТНО ПИЕЊЕ И АЛКОХОЛНА ЗАВИСНОСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при нарушувања од пиење на алкохол: дијагноза, проценка и третман на штетно пиење и алкохолна зависност.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при нарушувања од пиење на алкохол: дијагноза, проценка и третман на штетно пиење и алкохолна зависност е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при нарушувања од пиење на алкохол: дијагноза, проценка и третман на штетно пиење и алкохолна зависност по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-3177/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Нарушувања од пиене на алкохол: дијагноза, проценка и третман на штетно пиене и алкохолна зависност

Објавено: февруари 2011 год.

NICE клинички упатства 115
guidance.nice.org.uk/cg115

Содржина

Вовед	1
Персонализирана грижа	4
Клучни приоритети за имплементација	5
1. Насоки	8
1.1 Принципи на грижа	8
1.2 Идентификација и проценка	9
1.3 Интервенции кај алкохолна злоупотреба	12
2. Забелешки за опсегот на насоките	25
3. Имплементација	26
4. Препораки за истражувања	27
4.1 Дали е ефективно кризното водење на редуција на алкохолна консумација кај лица со злоупотреба на алкохол во споредба со стандардната заштита?	27
4.2 Кои методи се најефикасни за проценка и дијагноза на присуство и тежина на алкохолна злоупотреба кај деца и кај млади лица?	27
4.3 Дали е акупунктурата ефикасна во намалувањето на алкохолната консумација во споредба со стандардната заштита?	28
4.4 За кои корисници на услуги со умерена и тешка зависност од алкохол моделот на асертивна терапија во заедница е клинички и економски ефективна интервенција во споредба со стандардната заштита?	29
4.5 Дали за лицата со умерена и тешка зависност од алкохол кои имаат значајни коморбидни проблеми, интензивна програма за рехабилитација со сместување е клинички и економски ефективно во споредба со интензивна грижа заснована во заедница?	29
4.6 За лицата со алкохолна зависност, кој медикамент најверојатно ја подобрува атхеренцата и така ја унапредува апстиненцијата, а го превенира релапсот?	30
5. Други верзии на ова упатство	32
5.1 Целосно упатство	32
5.2 Информации за јавноста	32
6. Поврзани насоки на NICE	33
7. Ажурирање на упатството	34
Додаток А: Група за развој на упатството и Национален центар за соработка	35
Група за развој на упатството	35
Додаток Б: Панел за ревизија на упатства	36
За ова упатство	37

Вовед

Ова упатство дава препораки за дијагнозата, проценката и лекувањето на штетно пиење и зависност од алкохол кај возрасни и млади лица на возраст од 10–17 години.

Ова е еден од трите дела на насоки на NICE, наменети за проблеми, поврзани со алкохол и треба да се чита заедно со:

- **Нарушувања од употреба на алкохол: превенција на опасно и штетно пиење.** NICE насоки за јавно здравје 24 (2010). Насоките од областа на јавното здравје за цената, рекламирањето и достапноста на алкохолот, како најдобро да се открие злоупотребата на алкохол во и надвор од примарната здравствена заштита и кратки постапки тоа да се управува во овој контекст.
- **Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза и клиничко водење на физички компликации, поврзани со алкохол.** NICE клиничко упатство 100 (2010). Клиничко упатство што ги покрива акутната непланирана алкохолна апстиненција, вклучително делириум тременс, алкохолна црнодробна оштета, алкохолен панкреатитис и третман на Wernicke-овата енцефалопатија.

Штетното пиење се дефинира како облик на алкохолна консумација што предизвикува здравствени проблеми директно поврзани со алкохолот. Ова може да вклучи психолошки проблеми, како што се депресија, несреќи поврзани со алкохол или физички болести како акутен панкреатитис. Во подолг период, лицата што пијат на ваков начин може да развијат хипертензија, цироза, срцева болест и некои видови канцер, како на пр. на устата, црниот дроб, цревата или дојката.

Алкохолната зависност се карактеризира со желба за алкохол, толеранција, преокупација со алкохол и континуирано пиење наспроти штетните последици (на пример, црнодробна болест или депресија, предизвикана од пиење). Алкохолната зависност е придружена, исто така, со зголемена криминална активност и домашно насилство, како и со зголемена стапка на значајни ментални и физички нарушувања. Иако алкохолната зависност се дефинира во Меѓународната класификација на болестите како ICD-10, а во дијагностичкиот и статистички прирачник за ментални болести како DSM-IV, за категоризација на термините за дијагностички и статистички намени, како присутни или отсутни, во реалноста зависноста се јавува во континуум според тежината. Меѓутоа, од клиничка гледна точка, корисно е зависноста да се подели на категории блага, умерена и тешка. Лицата со блага зависност (оние чиј скор во Прашалникот за тежина на алкохолната зависност е 15 или помалку; SADQ) обично немаат потреба од асистирано одвикнување од алкохол. Лицата со умерена зависност (со SADQ скор меѓу 15 и 30) обично имаат потреба од асистирано одвикнување од алкохол, што обично може да се води во заедница дури нема други ризици. Лицата со тешка зависност (со SADQ скор над 30) имаат потреба од асистирано одвикнување од алкохол, обично во болнички услови или резидентно сместување. Во ова упатство дефинициите за тежината се користат во водењето на изборот на соодветни интервенции.

Од практични причини, ова упатство се однесува кон штетното пиење и алкохолна зависност како 'алкохолна злоупотреба'. Кога препораките се применуваат на двете форми, за лица кои се зависници и штетно пијат, се користат термините 'лица со злоупотреба на алкохол' или 'корисник на служба', освен ако препораката не се

однесува специфично било на лица кои се зависни од алкохол или кои се штетни пијачи.

Алкохолната зависност напаѓа 4% од лицата на возраст помеѓу 16 и 65 години во Англија (6% од мажите и 2% од жените), а над 24% од англиската популација (33% од мажите и 16% од жените) конзумираат алкохол на начин што е потенцијално или актуелно штетен за нивното здравје или благосостојба. Злоупотребата на алкохол е проблем во пораст и кај децата и кај младите лица, со над 24,000 лица третирани во Националните здравствени служби (NHS) во 2008 и во 2009 година поради проблеми, поврзани со алкохолот.

Коморбидни нарушувања на менталното здравје обично вклучуваат депресија, анксиозни нарушувања и злоупотреба на дроги, од кои некои може да попуштат со апстинирањето од алкохол, но други може да перзистираат и да бараат специфично лекување. Физичките коморбидни состојби се чести, вклучително гастроинтестинални нарушувања (особено црнодробни болести) и невролошки и кардиоваскуларни болести. Кај некои лица овие коморбидитети може да ослабат со прекинот или со намалувањето на алкохолната консумација, но многу искусуваат долгорочни последици од злоупотребата на алкохол што може значајно да го скрати нивниот живот.

Од 1 милион лица на возраст меѓу 16 и 65 години кои се зависни од алкохол во Англија, терапија добиваат само околу 6% годишно. Причини за ова често се долгиот период помеѓу развојот на алкохолна зависност и барањето помош, ограничената достапност на специјалистички служби за лекување од алкохол во некои делови на Англија. Покрај тоа, злоупотребата на алкохол недоволно се идентифицира од здравствените и социјалните работници, што води до пропуштени можности за обезбедување ефективни интервенции.

Дијагнозата се поставува врз основа на симптомите и последиците од злоупотреба на алкохол што се подвлечени погоре. Едноставни биолошки мерки како функционални црнодробни тестови се лоши индикатори за присуство на штетно или зависно пиење. Дијагнозата и проценката на тежината на алкохолната злоупотреба се важни, бидејќи тоа укажува на потребните терапевтски постапки. Акутна апстиненција од алкохол во отсуство на медицална терапија може да биде опасна кај лица со тешка алкохолна зависност, со оглед на тоа што може да доведе до грчеви, делириум тременс и, во некои случаи, до смрт.

Сегашната практика низ земјата варира и како последица има различен пристап кон спектар од служби за асистирано одвикнување и терапија. Службите за алкохолно одвикнување значајно се разликуваат во интензитетот и постои недостиг од структурирани интензивни програми за асистирано одвикнување во заедница. Слично на тоа, постои ограничен пристап до психолошки интервенции, како што се когнитивните бихевиорални третмани, специфично насочени кон алкохолната злоупотреба. Освен тоа и кога алкохолната злоупотреба се лекува ефективно, многу лица продолжуваат да имаат тешкотии во пристапот кон службите за коморбидни ментални и физички здравствени проблеми. Наспроти публикацијата на Модели на грижа за алкохол од Одделот за здравство во 2007 година (Национална агенција за лекување, 2007 год.), мрежата на алкохолни служби е лошо развиена, често со лошо

дефинирани патеки на здравствена заштита. Со цел да се апострофира последната поента, трите делови од насоките на NICE се интегрирани во патеки на грижа.

Ова упатство ќе претпостави дека лицата што препишуваат ќе го користат краткото упатство за карактеристиките на производот за да ги информира индивидуалните корисници за нивните одлуки.

Во ова упатство, имињата на лековите се обележени во фуснота, доколу немаат одобрение за посочена индикација во моментот на публикацијата. Лицата што препишуваат треба да го проверат краткото упатство за карактеристиките на производот на секој лек за сегашна лиценцирана индикација.

Во моментот на објавувањето, нема препорачан лек во ова упатство со одобрение за употреба во ОК кај деца и кај млади лица под 18 години. Меѓутоа, во 2000 година, Кралскиот колеџ за педијатрија и здравје на децата издаде декларација за употребата на нелиценцирани лекови, или за употреба на лиценцирани лекови без одобрение за примена кај децата и кај младите лица. Во неа се наведува дека таквата употреба е неопходна во педијатриската практика и дека на докторите им се дозволува легално да препишуваат неодобрени лекови таму каде што нема погодни алтернативи и кога употребата е оправдана од одговорно тело со професионално мислење.

Персонализирана грижа

Ова упатство нуди совети за добра практика во згрижувањето на возрасни и млади лица со алкохолна зависност или кои пијат во штетни количини.

Лекувањето и негата треба да ги земат во предвид потребите и желбите на лицата. Корисниците на услугите треба да имаат можност да донесат информирани одлуки за нивната нега и лекување, во партнерство со нивните здравствени професионалци. Ако корисниците на услугата немаат способност за носење одлуки, здравствените работници треба да го следат Совет за согласност на Одделот за здравство и Прописи за практика во рамките на Актот за ментална способност. Во Велс, здравствените работници треба да ги следат Совети за согласност од Владата на Велс.

Ако пациентот е под 16 години, персоналот треба да ги следи упатствата на Одделот за здравство Барајќи согласност: да се работи со деца.

Од битно значење е добрата комуникација меѓу персоналот и корисниците на услугата. Таа треба да се поддржи со напишана согласност, заснована врз докази и прилагодена според потребите на корисникот на услугата. Лекувањето и негата, како и информациите што за тоа им се даваат на корисниците на услугата, треба да бидат на соодветно културно ниво. Исто така, тие треба да бидат достапни за лицата со дополнителни потреби, како физички, сензорни недостатоци или со попреченост во учењето, како и за лицата кои не зборуваат или читаат англиски.

Ако корисникот на услугата се согласува, семејствата и старателите треба да имаат можност за вклучување во одлуките за лекувањето и негата. За млади лица под 16-годишна возраст, родителите или старателите треба да се вклучени во одлуките за лекувањето и грижата, согласно со најдобрата практика.

Семејствата и старателите треба да добијат информации и да се поддржат за она што им треба во нивното сопствено право.

Здравствената заштита на младите лица во преод меѓу педијатриски и служби за возрасни, треба да се планира и да се спроведува во согласност со насоките за најдобра практика, опишани во Транзиција: да се направи на вистински начин за младите лица на Одделот за здравство.

Клучни приоритети за имплементација

Идентификација и проценка на сите нивоа

- Персоналот што работи во служби обезбедени и финансирани од NHS, што се грижи за лица со потенцијална злоупотреба на алкохол, треба да биде компетентен да го открие штетното пиење алкохол и алкохолната зависност. Тие треба да бидат компетентни за иницијална проценка на потребата од интервенирање, или, ако не се компетентни, треба да ги упатат лицата со злоупотреба на алкохол во служба што може да обезбеди проценка на таа потреба.

Проценка во специјалистички служби за алкохол

- Сметајте на сеопфатна проценка за сите возрасни, упатени до специјалистички служби со поголем скор од 15 според Идентификациониот тест за нарушување од употреба на алкохол (AUDIT). Сеопфатната проценка треба да евалуира бројни подрачја на потреби, да биде структурирана во клиничко интервју, да користи релевантни и валидизирани клинички алатки (види 1.2.1.4) и да ги опфаќа следниве подрачја:
 - Употреба на алкохол, вклучително:
 - Консумација: минати и скорешни начини на пиење (со користење, на пример, на ретроспективен дневник на пиење) и, доколку е можно, дополнителни податоци (на пример, од член на семејството или од старател).
 - Зависност (со користење, на пример, SADQ или Leeds Dependence Questionnaire [LDQ]).
 - Проблеми, поврзани со алкохолот (со користење, на пример, на прашалникот за алкохолни проблеми [APQ]).
 - Друга злоупотреба на лекови, вклучително лекови во слободна продажба.
 - Физички здравствени проблеми.
 - Психолошки и социјални проблеми.
 - Когнитивни функции (со користење, на пример, на Мини-испитување на менталната состојба - Mini-Mental State Examination [MMSE]).
 - Подготвеност и верба во способност за промена.

Општи принципи за сите интервенции

- Сметајте да понудите интервенции за поттикнување на апстиненција и превенција на релапс како дел од интензивен структуриран зафат во заедница за лица со умерена и тешка алкохолна зависност, кои имаат:
 - Многу ограничена социјална поддршка (на пример, живеат сами или имаат многу малку контакти со семејството или со пријатели).
 - Комплексни физички или психијатриски коморбидитети.
 - Не одговараат на иницијалните интервенции во заедница (види 1.3.1.2).
- Сите интервенции кај лица кои злоупотребуваат алкохол треба да се испорачаат од соодветно обучен и компетентен персонал. Фармаколошките интервенции треба да се спроведуваат од специјализиран и компетентен персонал.^[1] Психолошките интервенции треба да се засновани врз релевантен прирачник за лекување,

базирано на докази, што треба да ја води структурата и времетраењето на интервенцијата. Персоналот треба да смета на користење на рамки на надлежности, развиени од релевантни прирачници за третман и за сите интервенции треба да:

- Има редовна супервизија од компетентни индивидуалци за интервенции и за супервизија.
- Користете рутински мерење на исходот за да биде сигурно дека лицето што злоупотребува алкохол учествува во прегледот на ефикасноста на третманот.
- Се ангажира во мониторингот и евалуацијата на тераписката атхеренца и практична компетентност, на пример, со користење на видео и аудио ленти и, доколку е потребно, надворешен надзор и ревизија.

Интервенции за штетно пиење и блага алкохолна зависност

- За лицата што пијат штетно и лицата со блага зависност од алкохол, понудете психолошка интервенција (како што е когнитивна бихевиорална терапија, бихевиорална терапија или социјална мрежа и терапија во средината), специфично фокусирани на сознанија поврзани со алкохолот, однесувањето, проблеми и социјални мрежи.

Проценка на асистирано одвикнување од алкохол

- Кај корисници на услуга кои обично пијат над 15 единици алкохол на ден и/или чиј скор е 20 или повеќе со AUDIT, сметајте да им понудите:
 - Проценка за понуда на асистирано одвикнување во заедница.
 - Проценка и водење во специјалистички служби за алкохол доколку постојат безбедносни проблеми (види 1.3.4.5) за помогнато одвикнување во заедница.

Интервенции за умерена и тешка алкохолна зависност

- По успешно одвикнување кај лица со умерена или тешка алкохолна зависност, сметајте да понудите акампросат (acamprosate) или орално налтрексон¹ (naltrexone) во комбинација со индивидуална психолошка интервенција (когнитивни бихевиорални терапии, бихевиорални терапии или терапии базирани на социјалната мрежа и опкружување) специфично фокусирани на злоупотреба на алкохол (види дел 1.3.3).

Проценка и интервенции за деца и млади лица кои злоупотребуваат алкохол

- На децата и младите на возраст од 10-17 години кои злоупотребуваат алкохол понудете им:
 - Индивидуална когнитивна бихевиорална терапија за оние со ограничен коморбидитет и добра социјална поткрепа.
 - Мултикомпонентни програми (како мултидимезионална фамилијарна терапија, кратка стратешка семејна терапија, функционална семејна терапија или мултисистемска терапија) за оние со значаен коморбидитет и/или ограничена социјална поддршка.

¹ Ако лекот се користи во доза или за примена што нема одобрение во ОК, треба да се добие и да се документа информирана согласност.

Интервенции за коморбидни состојби со алкохолна злоупотреба

- За лицата што злоупотребуваат алкохол и имаат коморбидна депресија или анксиозни нарушувања, прво лекувајте ја алкохолната злоупотреба, со оглед дека тоа може да доведе до значајно подобрување на депресијата и на анксиозноста. Ако депресијата или анксиозноста продолжат по 3 до 4 недели апстинирање од алкохол, преземете проценка на депресијата или анксиозноста и сметајте на упатување и лекување, согласно со релевантното упатство на NICE за поединечното нарушување.

[2] Во моментот на публикација (февруари 2011 год.), оралниот налтрексон (naltrexone) нема одобрение за оваа индикација во ОК. Треба да се добие и да се документира информирана согласност.

[3] Види 'Депресија: терапија и водење на депресијата кај возрасни' NICE клиничко упатство 90 (2009) и 'Генерализирано анксиозно и панично нарушување (со или без агорафобија) кај возрасни: водење во примарна, секундарна здравствена заштита и грижа во заедница', NICE клиничко упатство 113 (2011).

1. Насоки

Следниве насоки се засновани на најдобрите достапни докази. Целосното упатство пружа детали за методите и доказите што се користени во изработката на насоките.

1.1 Принципи на грижа

1.1.1 Градење на однос на доверба и обезбедување информации

1.1.1.1 Кога се работи со лица кои злоупотребуваат алкохол:

- Градете однос на доверба и работете на поддржувачки, емпатичен и неосудувачки начин.
- Земете во предвид дека стигмата и дискриминацијата често се придружуваат на злоупотребата на алкохол и дека минимизирањето на проблемот може да е дел од претставувањето на корисникот на услугата.
- Бидете сигурен дека разговорите се одржуваат во амбиент во кој се почитуваат доверливоста, приватноста и достоинството.

1.1.1.2 Кога се работи со лица кои злоупотребуваат алкохол:

- Обезбедете информации што се соодветни на нивното ниво на разбирање за природата и лекувањето на алкохолната злоупотреба за да се поткрепи изборот од спектарот на третманите, засновани на докази.
- Одбегнувајте клинички јазик без објаснувања.
- Бидете сигурен дека е достапна сеопфатна пишана информација на соодветен јазик или, за оние кои што не можат да користат пишан текст, во достапен формат.
- Обезбедете независни толкувачи, доколку е потребно (што значи, некој кој не му е познат на корисникот на услугата).

1.1.2 Работа со семејствата и со старателите и нивна поддршка

1.1.2.1 Охрабрете ги семејствата и старателите да се вклучат во третманот и негата на лица со злоупотреба на алкохол за да се помогне поддршката и да се одржи позитивна промена.

1.1.2.2 Кога семејствата и старателите се вклучени во поддршката на лице со алкохолна злоупотреба, разговарајте за проблемите што произлегуваат од алкохолната злоупотреба за нив самите и за другите членови на семејството и:

- Обезбедете пишана и вербална информација за алкохолната злоупотреба и нивното третирање, вклучително за тоа како семејствата и старателите може да го поддржат корисникот на услугата.
- Понудете проценка на грижата, кога е тоа потребно.
- Преговарајте со корисникот на услугата и со неговото семејство или старател за вклучувањето на семејството или на старателот во нивната нега и споделете ги информациите; бидете сигурен дека се почитува правото на доверливост на корисникот на услугата, семејството и на старателот.

- 1.1.2.3 Кога ќе се идентифицираат потребите на семејствата и старателите на лицата кои злоупотребуваат алкохол:
- Понудете насочена самопомош, што се состои, обично од единечна сесија, со обезбедување на пишани материјали.
 - Обезбедете информации за групите за поддршка и олеснете го контактот со нив (како што се групи за самопомош специфично фокусирани на задоволување на потребите на семејствата и на старателите).
- 1.1.2.4 Ако семејствата и старателите на лицата кои злоупотребуваат алкохол немаат корист, или најверојатно дека нема да користат од групите за водена самопомош и/или за поддршка и продолжуваат да имаат значајни проблеми, размислувајте да понудите семејни средби. Тие треба да:
- Обезбедат информации и едукација за алкохолната злоупотреба.
 - Помогнат во идентификацијата на изворите на стресот, поврзан со злоупотреба на алкохол.
 - Истражат и промовираат ефективно адаптационо однесување.
 - Вообичаено се состои од најмалку пет неделни сесии.
- 1.1.2.5 Целиот персонал во контакт со родителите кои злоупотребуваат алкохол и кои имаат грижа или редовни контакти со нивните деца, треба:
- Да го земат во предвид влијанието на алкохолизмот кај родителите врз односот родител-дете и развојот на детето, едукацијата, менталното и физичко здравје, нивното користење на алкохол, безбедноста и социјалната мрежа.
 - Да бидат претпазливи и да постапуваат согласно со барањата на Актот за деца (Children Act - 2004).

1.2 Идентификација и проценка

1.2.1 Општи принципи

- 1.2.1.1 Погрижете се проценката на ризикот да биде дел од секоја проценка, што известува за развојот на целиот план на заштита и дека го опфаќа самиот ризик, (вклучително непланирана апстиненција, суицидалност и небрежност) и ризиците за другите.
- 1.2.1.2 Персоналот што работи во служби снабдени и финансирани од Националните здравствени служби и кој се грижи за лицата со потенцијална злоупотреба на алкохол треба да биде компетентен во откривањето на штетно пиење и алкохолна зависност. Тој треба да е компетентен во иницијалната проценка на потребите од интервенција или, ако не е компетентен, треба да ги упати лицата што злоупотребуваат алкохол во служби што може да ја пружат потребната проценка.
- 1.2.1.3 Кога се спроведува иницијална проценка, како и проценка на алкохолна злоупотреба, тежината на зависноста и ризикот, разгледај ги:
- Опсегот на кои било придружни здравствени и социјални проблеми.
 - Потребата од асистирано одвикнување од алкохол.

- 1.2.1.4 Користете формални алатки за проценка на природата и тежината на алкохолната злоупотреба, вклучително:
- AUDIT за иентификација и како рутинска мерка за исходот.
 - SADQ или LDQ за тежината на зависноста.
 - Ревидирана скала за клиничка процена на апстиненција од алкохол (CIWA-Ar) за тежината на апстиненцијата.
 - APQ за природата и обемот на проблемите што произлегуваат од злоупотреба на алкохол.
- 1.2.1.5 Кога се проценува тежината на алкохолната зависност и се одредува потребата од асистирано одвикнување, прилагодете ги критериумите за жени, постари лица, деца и млади лица [4] и за лицата со воспоставена црнодробна болест коишто може да имаат проблеми со метаболизмот на алкохолот.
- 1.2.1.6 Одговорниот персонал за проценка и водење на асистираното алкохолно одвикнување (види 1.3.4) треба да биде компетентен во дијагнозата и во проценката на алкохолната зависност и симптомите на апстиненција и за употребата на медикаментозни протоколи соодветни на околностите (на пример, во болница или во заедница) во кои се води одвикнувањето.
- 1.2.1.7 Персоналот што лекува лица со алкохолна зависност што се манифестира со акутна непланирана алкохолна апстиненција треба да се обрати на 'Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза и клиничко водење на физички компликации поврзани со алкохолот' (NICE клиничко упатство 100).

1.2.2 Проценка во специјалистички служби за алкохол

Цели на терапија

- 1.2.2.1 Во почетната проценка во специјалистички служби за алкохол на сите лица кои злоупотребуваат алкохол, усогласете ја целта на лекувањето со корисникот на услугата. Апстиненцијата е соодветна цел за повеќето лица со алкохолна зависност и за лицата кои злоупотребуваат алкохол и имаат значајни психијатриски или физички коморбидитети (на пример, депресија или алкохолна црнодробна болест). Кога корисникот на услугата како цел претпочита умереност, но постојат значителни ризици, стриктно советувајте дека апстиненцијата е најсоодветна, но не одбивајте третман на корисник на услугата кој не се согласува со апстиненцијата како цел.
- 1.2.2.2 При штетно пиење или блага зависност, без значаен коморбидитет, а ако постои соодветна социјална поддршка, сметајте на умерен степен на пиење како цел на терапијата, освен ако корисникот на услугата претпочита апстиненција или ако постојат други причини за да се советува апстиненција.
- 1.2.2.3 За лицата со тешка алкохолна зависност, или оние што злоупотребуваат алкохол и имаат значаен психијатриски или физички коморбидитет, но неволно сметаат на апстиненцијата како цел, или се ангажирани во структурирано лечење, сметајте на програми за заштита со намалување на

штетата. Меѓутоа, корисникот на услугата треба да се охрабрува конечно да ја посака апстиненцијата како цел.

1.2.2.4 Кога се развиваат целите на лекувањето, сметајте дека некои луѓе кои злоупотребуваат алкохол може да бараат да апстинираат од алкохол како дел од судска наредба или казна.

Кратка тријажа на проценката

1.2.2.5 Сите возрасни кои злоупотребуваат алкохол и кои се упатени во специјалистички служби за алкохол треба да имаат кратка тријажна проценка за да се евалуираат:

- Моделот на тежина на алкохолната злоупотреба (со користење на AUDIT) и тежината на зависноста (со користење на SADQ).
- Потребата од итно лекување, вклучително асистирано одвикнување, какви било придружни ризици за себе или за другите.
- Присуство на какви било коморбидитети или други фактори што може да бараат понатамошна специјалистичка евалуација или интервенција.
- Согласност за почетниот план на лекување, земајќи ги во предвид желбите на корисникот на услугата и исходот од каков било претходен третман.

Сеопфатна проценка

1.2.2.6 Сметајте на сеопфатна проценка кај сите возрасни лица, упатени во специјалистички служби за алкохол чиј скор е повеќе од 15 според AUDIT. Сеопфатната проценка треба да ги евалуира мултипните подрачја на потреби, да биде структурирана во клиничко интервју, да користи релевантни и валидизирани клинички алатки (види 1.2.1.4) и да ги опфати следниве подрачја:

- Употреба на алкохол, вклучително:
 - Консумација: минати и скорешни начини на пиење (со користење, на пример, на ретроспективен дневник на пиење) и, ако е можно, дополнителни информации (на пример, од член на семејството или од старател).
 - Зависност (со користење, на пример, на SADQ или LDQ).
 - Проблеми, поврзани со алкохол (со користење, на пример, на APQ).
- Други злоупотреби на лекови, вклучително лекови на слободна продажба.
- Физички здравствени проблеми
- психолошки и социјални проблеми.
- Когнитивна функција (со користење, на пример, на мини-испитување на менталната состојба [MMSE]).
- Подготвеност и верба во способноста за промена.

1.2.2.7 Проценете ги коморбидните ментални здравствени проблеми како дел од секоја сеопфатна евалуација и проширете ја грижата за алкохолната злоупотреба, бидејќи многу коморбидни проблеми (иако не сите) ќе се поправат со лекување на злоупотребата. Користете проценка на коморбидните ментални здравствени проблеми за елаборирање на вкупниот план за спроведување на заштита.

- 1.2.2.8 За корисниците на услуга, чии коморбидни ментални здравствени проблеми не се поправаат значително по апстиненција од алкохол (вообичаено по 3–4 недели), сметајте на обезбедување или упатување за специфично лекување (види го релевантното упатство на NICE за секое поединечно нарушување).
- 1.2.2.9 Сметајте на мерење на издивниот алкохол како дел од водењето на асистирано одвикнување. Меѓутоа, издивниот алкохол обично не треба да се мери за рутинска проценка и мониторинг во програмите за лекување на алкохолизам.
- 1.2.2.10 Сметајте на крвни тестови за помагање во идентификацијата на физичките здравствени потреби, но не ги користете рутински крвните тестови за идентификација и дијагноза на нарушувањата поради употреба на алкохол.
- 1.2.2.11 Сметајте на кратки мерки на когнитивно функционирање (на пример, MMSE) за помош во планирањето на третманот. Формални мерки на когнитивното функционирање обично треба да се изведат само ако перзистира влошувањето по период на апстиненција или значајна редукција на алкохолниот внес.

1.3 Интервенции кај алкохолна злоупотреба

1.3.1 Општи принципи за сите интервенции

- 1.3.1.1 За сите лица кои злоупотребуваат алкохол, спроведете мотивациска интервенција како дел од иницијалната проценка. Интервенцијата треба да содржи клучни елементи на мотивациско интервјуирање, вклучително:
- Да им се помогне на лицата во признавање на проблемите или потенцијалните проблеми, поврзани со нивното пиење.
 - Помош во решавањето на амбиваленцијата и охрабрување за позитивна промена и верба во нивната способност за промена.
 - Усвојување на позиција на убедување и поддршка отколку позиција на аргументирање и конфронтирање.
- 1.3.1.2 За сите лица кои злоупотребуваат алкохол, понудете интервенции за поттикнување на апстиненција или умерено пиење ако, е соодветно (види 1.2.2.1–1.2.2.4) и превенирајте релапс во амбиент, заснован на заедница.
- 1.3.1.3 Сметајте да понудите интервенции за поттикнување на апстиненција и превенција на релапс како дел од интензивна структурирана интервенција во заедница за лица со умерена и тешка алкохолна зависност кои имаат:
- Многу ограничена социјална поддршка (на пример, живеат сами или имаат многу малку контакт со семејството или со пријатели).
 - Комплексни физички или психијатриски коморбидитети.
 - Не одговориле на иницијалните интервенции, засновани во заедница (види 1.3.1.2).
- 1.3.1.4 За лица со алкохолна зависност кои се бездомници, сметајте да понудите резидентна рехабилитација за максимум од 3 месеци. Помогнете му на корисникот на услугата да најде стабилно сместување пред да биде испишан.

1.3.1.5 Сите интервенции кај лица со злоупотреба на алкохол треба да се пружаат од соодветно обучен и компетентен персонал. Фармаколошките интервенции треба да се спроведуваат од специјализиран и компетентен персонал^[5].

Психолошките интервенции треба да се засновани на релевантен прирачник за третман, базиран на докази, што треба да ја води структурата и времетраењето на интервенцијата. Персоналот треба да смета на користење на рамка на компетенции, развиена од релевантни прирачници за лекување и за сите интервенции треба да:

- Добива редовна супервизија од личности компетентни и за интервенцијата и за супервизијата.
- Користат рутински мерења на исходот за да бидат сигурни дека лицето кое злоупотребува алкохол е вклучено во надгледување на ефективност на третманот.
- Учествува во мониторингот и во евалуацијата на придржувањето кон третманот и ја практикува компетенцијата, на пример, со користење на аудио и видео ленти и со надворешен надзор и ревизија, доколку е соодветно.

1.3.1.6 Сите интервенции кај лица кои злоупотребуваат алкохол треба да се предмет на рутински мониторинг на исходот. Ова треба да се користи при носењето одлуки за продолжување на психолошките и на фармаколошките третмани. Ако постојат знаци за влошување или нема показатели за подобрување, сметајте на прекин на тековниот третман и ревидирајте го планот за грижа.

1.3.1.7 За сите лица што бараат помол поради алкохолна злоупотреба:

- Дајте информации за вредноста и достапноста на мрежите за поддршка во заедница и групи за самопомош (на пример, Анонимни алкохоличари или SMART оздравување).
- Помогнете им да учествуваат во мрежи за поддршка во заедница и во групи за самопомош, охрабрувајќи ги да одат на состаноци и организирајќи поддршка, така што ќе можат да присуствуваат.

1.3.2 Координација на грижата и водење на случаи

Координацијата на грижата е рутинска координација од секој персонал вклучен во заштита и лекување на лице кое злоупотребува алкохол. Водењето на случаи е поинтензивен процес, насочен кон пружање на сите аспекти на грижа, вклучително проценка, третман, мониторинг и следење.

1.3.2.1 Координацијата на грижата треба да биде дел од рутинската грижа за сите корисници на услуга во специјалистичките служби за алкохол и треба да:

- Биде обезбедена во текот на целиот период на згрижување, вклучително и следење.
- Биде пружана од соодветно обучен и стручен персонал што работи во специјалистички служби за алкохолизам.
- Вклучува координација на проценката, интервенциите и мониторинг на напредокот, како и координација со други агенции.

- 1.3.2.2 Сметајте на водење на случаи за да се зголеми ангажманот во лекувањето на лица со умерена до тешка зависност од алкохол и кои се сметаат за ризични за напуштање на третманот или имаат претходна анамнеза за лошо учество. Ако се обезбеди водење на случај, тоа треба да се спроведува низ целиот период на заштита, вклучително со следење.
- 1.3.2.3 Водењето на случај треба да се доставува во контекст на Tier 3 интервенции од персонал што презема одговорност за вкупната координација на заштитата и треба да вклучи:
- Сеопфатна проценка на потребите.
 - Развој на индивидуализиран план на заштита во соработка со корисникот на услуга и со други важни чинители (вклучително семејства и старатели и друг персонал вклучен во грижата на корисникот на услуга).
 - Координација на планот за заштита за да се испорача транспарентен и интегриран пат на заштита и максимизација на учеството, вклучително употреба на пристап со мотивациски интервјуа.
 - Мониторинг на влијанието на интервенциите и ревизија на планот за заштита, кога е тоа неопходно.

1.3.3 Интервенции за штетно пиење и блага алкохолна зависност

- 1.3.3.1 За штетните пијачи на алкохол и лицата со блага алкохолна зависност, понудете психолошка интервенција (како што е когнитивна бихевиорална терапија, бихевиорални терапии или терапии, базирани на социјална мрежа и опкружување), специфично фокусирана на сознанијата поврзани со алкохолот, однесувањето, проблемите и социјалните мрежи.
- 1.3.3.2 За штетните пијачи на алкохол и лицата со блага алкохолна зависност кои имаат редовен партнер кој сака да учествува во третманот, понудете бихевиорална терапија за двојки.

За штетните пијачи на алкохол и лицата со блага алкохолна зависност кои не одговориле на психолошки интервенции или кои специфично барале фармаколошка интервенција, сметајте да понудите акампросат (acamprosate)⁶ или орален налтрексон (naltrexone)⁷ во комбинација со индивидуална психолошка интервенција (когнитивни бихевиорални терапии, бихевиорални терапии или третмани засновани на социјална мрежа и опкружување) или бихевиорална терапија за двојки (види секција 1.3.6 за фармаколошки интервенции).

Испорака на психолошки интервенции

- 1.3.3.3 Когнитивните бихевиорални терапии, фокусирани на проблеми поврзани со алкохолот, обично треба да се состојат од една 60-минутна сесија неделно во текот на 12 недели.
- 1.3.3.4 Бихевиорални терапии, фокусирани на проблеми поврзани со алкохолот, обично треба да се состојат од една 60-минутна сесија неделно во текот на 12 недели.

- 1.3.3.5 Терапии базирани на социјална мрежа и опкружување, фокусирани на проблеми поврзани со алкохолот, обично треба да се состојат од осум 50-минутни сесии во 12 недели.
- 1.3.3.6 Бихевиорална терапија за двојки треба да се фокусира на проблемите поврзани со алкохолот и нивното влијание врз врската. Таа треба да се стреми кон апстиненција или кон ниво на пиење што е предодредено и одобрено од терапевтот, а корисникот на услуга да биде разумен и безбеден. Таа обично треба да се состои од една 60-минутна сесија неделно за 12 недели.

1.3.4 Проценка и интервенции за асистирано одвикнување од алкохол

Види оддел 1.3.7 за проценка за асистирано одвикнување кај деца и кај млади лица.

- 1.3.4.1 За корисници на услуга кои типично пијат над 15 единици алкохол на ден и/или со скор од 20 или повеќе на AUDIT, разгледајте да понудите:
- Проценка за достава на кое било асистирано одвикнување во заедница.
 - Проценка и лекување во специјалистички служби за алкохол ако има безбедносна загриженост (види 1.3.4.5) за асистирано одвикнување во заедница.
- 1.3.4.2 На корисници на услуги кои имаат потреба од асистирано одвикнување обично треба да им се понуди програма во заедница, што може да варира во интензитетот, согласно со тежината на зависноста, достапната социјална поддршка и присуство на коморбидитети.
- За лица со блага до умерена зависност, понудете програма за асистирано одвикнување во амбулантни услови, при што контактот меѓу персоналот и корисникот на услуга се остварува во просек во 2–4 состанокa неделно во текот на првата недела.
 - За лица со блага до умерена зависност и комплексни потреби^[8], или со тешка зависност, понудете интензивна програма во заедница, следејќи асистирано одвикнување во кое корисникот на услуга може да присуствува на дневна програма, останувајќи меѓу 4 и 7 дена неделно во текот на 3-неделен период.
- 1.3.4.3 Асистираните програми на одвикнување во заедница во амбулантни услови треба да содржат медикаментозен режим (види 1.3.5) и психосоцијална поддршка, вклучително мотивациско интервјуирање (види 1.3.1.1).
- 1.3.4.4 Интензивните програми во заедница, што го следат асистираното одвикнување, треба да содржат медикаментозен режим (види 1.3.6), поддржан од психолошки интервенции, вклучително индивидуални третмани (види 1.3.6), групни третмани, психоедукативни интервенции, помош за посетување на групи за самопомош, поддршка и вклучување на семејството и на старателот и case management (види 1.3.2.2).
- 1.3.4.5 Сметајте на асистирано одвикнување во хоспитални услови или друг тип на сместување, ако корисникот на услугата задоволува еден или повеќе од следниве критериуми. Тие:

- Пијат над 30 единици алкохол на ден.
- Имаат скор повеќе од 30 според SAD.
- Имаат анамнеза за епилепсија, или искуство за конвулзии поврзани со апстиненција, или делириум тремс за време на претходни програми за асистирано одвикнување.
- Имаат потреба од конкурентно одвикнување од алкохол и бензодијазепини.
- Редовно пијат меѓу 15 и 20 единици алкохол на ден и имаат:
 - Значајни психијатриски или физички коморбидитети (на пример, хронична тешка депресија, психоза, малнутриција, конгестивна срцева слабост, нестабилна ангина, хронична црнодробна болест).
 - Значајна попреченост во учењето или когнитивно оштетување.

1.3.4.6 Сметајте на понизок праг за хоспитално или резиденцијално асистирано одвикнување кај вулнерабилните групи, на пример, бездомници и постари лица.

1.3.5 Медикаментозни режими за асистирано одвикнување

1.3.5.1 Кога се спроведуваат програми за асистирано одвикнување во заедница, користете протоколи со фиксни дози на лековите⁹.

1.3.5.2 Режији на фиксни дози или медикаменти¹⁰ според симптомите може да се користат во програми за асистирано одвикнување во болнички или во резиденцијални услови. Ако се користи режим, воден според симптомите, целиот персонал треба да биде стручен во ефективното мониторирање на симптомите и единиците треба да има доволно ресурси за да им дозволи тоа да го прават често и безбедно.

1.3.5.3 Препишете и администрирајте лек за асистирано одвикнување во рамките на стандарден клинички протокол. Префериран лек за асистирано одвикнување е бензодијазепинот (chlordiazepoxide или diazepam).

1.3.5.4 Во режими со фиксни дози, титрирајте ја почетната доза на лекот според тежината на алкохолната зависност и/или дневното ниво на редовна консумација на алкохол. Кај тешка алкохолна зависност, за адекватна контрола на одвикнувањето ќе бидат потребни повисоки дози и треба да бидат препишувани согласно со SPC (резиме за карактеристиките на производот). Ако се применуваат повисоки дози, осигурајте се дека постои адекватна супервизија. Градуелно намалувајте ја дозата на бензодијазепинот во текот на 7–10 дена, за да се избегне повторна појава на алкохолна апстиненција.

1.3.5.5 Кога се води алкохолно одвикнување во заедница, кај лицата со злоупотреба на алкохол избегнувајте давање на големи количини лекови за носење дома, за да се спречи предозирање или диверзија. Препишувајте со издавање на рати, без да се снабдат со лекот за повеќе од 2 дена, за кое било време.

1.3.5.6 Кај асистирани програми на одвикнување во заедница, мониторирајте го корисникот на услугата секој втор ден за време на асистираното одвикнување. Пожелно е член на семејството или старател да го надгледува

администрирањето на лекот. Прилагодете ја дозата ако се појават тешки симптоми на апстиненција или на прекумерна седација.

- 1.3.5.7 Не нудете клометиазол (clomethiazole) за асистирани програми на одвикнување во заедница, поради ризик од предозирање и злоупотреба.
- 1.3.5.8 За корисници на услуги кои имаат асистирано одвикнување, особено оние што се потешко зависни од алкохол, или оние што спроведуваат режим на лекови воден од симптомите, сметајте на употреба на формално мерење на симптомите на апстиненција, како што е CIWA-Ar.
- 1.3.5.9 Имајте на ум дека дозите на бензодиазепинот може ќе треба да се редуцираат кај деца и кај млади лица [12], постари лица и лица со црнодробна оштета (види 1.3.5.10).
- 1.3.5.10 Ако бензодиазепините се користат за лица со црнодробна оштета, сметајте на еден што бара ограничен метаболизам во црниот дроб (на пример, lorazepam); почнете со намалена доза и внимателно мониторирајте ја црнодробната функција. Избегнувајте користење на бензодиазепини кај лица со тешко оштетување на црниот дроб.
- 1.3.5.11 Кога се лекува апстиненција од коегзистентна зависност од бензодиазепини и алкохол, зголемете ја дозата на бензодиазепинскиот лек што се користи за одвикнување. Пресметајте ја почетната дневна доза врз основа на барањата за алкохолно одвикнување плус редовно користената дневна доза [13] на бензодиазепини. Ова најдобро се спроведува со еден бензодиазепин (chlordiazepoxide или diazepam) наместо мултипни бензодиазепини. Режимите за одвикнување во болница треба да траат 2–3 недели или подолго, во зависност од тежината на коегзистентната бензодиазепинска зависност. Кога апстиненцијата се лекува во заедница и/или кога постои висок степен на бензодиазепинска зависност, режимот треба да трае подолго од 3 недели, прилагодено кон симптомите и непријатноста на корисникот на услугата.
- 1.3.5.12 За лекување на непланирана акутна алкохолна апстиненција и компликации од типот на делириум тременс и конвулзии поврзани со апстиненција, обратете се на [NICE клиничко упатство 100](#).

1.3.6 Интервенции за умерена и тешка алкохолна зависност по успешно одвикнување

- 1.3.6.1 По успешно одвикнување на лица со умерена и тешка зависност од алкохол, сметајте да понудите асапросате или орален naltrexone^[1] во комбинација со индивидуална психолошка интервенција (когнитивни бихевиорални терапии, бихевиорални терапии или терапии, засновани на социјална мрежа и опкружување), специфично фокусирани на алкохолна злоупотреба (види поделок 1.3.3).
- 1.3.6.2 По успешно одвикнување на лица со умерена и тешка зависност од алкохол, сметајте да понудите асапросате или орален naltrexone^[1] во комбинација со

бихевиорална терапија на двојки кај корисници на услуга кои имаат редовен партнер и кој има желба да учествува во третманот (види поделок 1.3.3).

1.3.6.3 По успешно одвикнување на лица со умерена и тешка зависност од алкохол, сметајте да понудите disulfiram^[14] во комбинација со психолошка интервенција кај корисник на услуга кој:

- Има за цел апстиненција, но за кого асампросате и орален naltrexone не се погодни.
- Претпочита disulfiram и го знае релативниот ризик од земање на лекот (види 1.3.6.12).

Испорака на фармаколошки интервенции

1.3.6.4 Пред да се започне со терапијата со асампросате, орален naltrexone¹ или disulfiram, спроведете сеопфатна медицинска евалуација (базични уреа и електролити, функционални црнодробни тестови, вклучително гама-глутамил трансфераза [GGT]). Особено разгледајте какви било контраиндикации или предупредувања (види во SPC) и разговарајте за нив со корисникот на услугата.

Асампросате (Акампрозат)

1.3.6.5 Ако се користи акампрозат, започнете го лекувањето што е можно побргу по асистираниот одвикнување. Вообичаено препишувајте го во доза од 1998 mg (666 mg три пати на ден), освен ако тежината на корисникот е помала од 60 kg, а потоа треба да се препише максимум 1332 mg на ден. Акампрозатот треба:

- Вообичаено да биде препишан за период до 6 месеци, или подолго за оние кои имаат корист од лекот и сакаат да продолжат со него [15].
- Да се прекине ако пиењето перзистира 4–6 недели од започнувањето со лекот.

1.3.6.6 Корисниците на услуга што земаат акампрозат треба да бидат под супервизија, најмалку еднаш месечно во текот на 6 месеци, а во снижени, но редовни интервали, ако лекот продолжува и по 6 месеци. Не користете рутински крвни тестови, но сметајте на нив за мониторирање на закрепнувањето на црнодробната функција и како мотивациска помош за да им се покаже подобрувањето на корисниците на услугата.

Naltrexone (Налтрексон)

1.3.6.7 Ако се користи орален налтрексон/ naltrexone^[7], започнете го лекувањето по асистираниот одвикнување. Започнете со препишување на доза од 25 mg на ден и одете кон доза на одржување од 50 mg на ден. Задржете го вниманието на корисникот на услугата на информативната картичка, издадена со оралниот налтрексон за неговото влијание на опиоидните аналгетици. Оралниот налтрексон треба:

- Обично да биде препишан за период до 6 месеци, или подолго за оние што имаат добробит од лекот и сакаат да продолжат со него.
- Да се прекине ако пиењето перзистира 4–6 недели по започнувањето со лекот.

1.3.6.8 Корисниците на услуга што земаат орален naltrexone^[7] треба да бидат под супервизија, најмалку еднаш месечно во текот на 6 месеци, а во снижени, но редовни интервали, ако лекот продолжува и по 6 месеци. Не користете рутински крвни тестови, но сметајте на нив за постари лица, за лица со обезност, за мониторирање на закрепнување на црнодробната функција и како мотивациска помош за да им се покаже подобрувањето на корисниците на услугата. Ако корисникот на услугата се чувствува лошо, советувајте го веднаш да го прекине налтрексонот.

Disulfiram (Дисулфирам)

1.3.6.9 Ако се користи дисулфирам, започнете ја терапијата најмалку 24 часа по внесувањето на последниот алкохолен пијалок. Вообичаено, препишете го во доза од 200 mg на ден. За корисниците на услуга кои продолжуваат да пијат, ако од дозата 200 mg (земана редовно барем 1 недела) не предизвикува доволно непријатна реакција да го одврати пиењето, сметајте на покачување на дозата во консултација со корисникот на услугата.

1.3.6.10 Пред започнување на терапијата со дисулфирам, тестирајте ја црнодробната функција, уреата и електролитите, за проценка на црнодробна и бубрежна оштета. Проверете го SPC за предупредувања и контраиндикации во бременост и во следниве состојби: анамнеза за тешка ментална болест, мозочен удар, срцева болест или хипертензија.

1.3.6.11 Бидете сигурен дека корисниците на услугата што земаат дисулфирам:

- Остануваат под супервизија, најмалку секои 2 недели во првите 2 месеца, потоа еднаш месечно за следните 4 месеци.
- Ако е можно, да имаат член на семејството или старател, кој е адекватно запознаен за употребата на дисулфирамот, ја надгледува администрацијата на лекот.
- Се мониторираат медицински најмалку секои 6 месеци по почетните 6 месеци од лекувањето и мониторингот.

1.3.6.12 Предупредете ги корисниците што земаат дисулфирам, нивните семејства и старатели, за:

- Интеракцијата меѓу дисулфирамот и алкохолот (што може исто така да се најде во храната, парфемите, аеросол спрејовите итн.), чии симптоми може да се состојат во црвенило, гадење, палпитации и, како посериозни, аритмии, хипотензија и колапс.
- Брз и непредвидлив развој на ретка компликација на хепатотоксичност; советувајте ги корисниците на услугата дека, ако не се чувствуваат добро или развијат треска со жолтица, треба да го прекинат земањето на дисулфирам и да побараат итна медицинска заштита.

Лекови што не треба да се користат рутински за третман на алкохолна злоупотреба

1.3.6.13 Да не се користат рутински антидепресиви (вклучително селективни серотонински инхибитори [SSRIs]) за терапија само на алкохолна злоупотреба.

1.3.6.14 Да не се користи гамахидроксибутират (ГНВ) за лекување на алкохолна злоупотреба.

1.3.6.15 Бензодијазепините треба да се користат само за третман на алкохолна апстиненција, а не за продолжително лекување на алкохолна зависност.

1.3.7 Специјални размислувања за деца и млади лица кои злоупотребуваат алкохол

Проценка и упатување на деца и млади лица

1.3.7.1 Ако злоупотребата на алкохол се идентифицира како потенцијален проблем со потенцијални физички, психолошки, едукативни или социјални последици, кај деца и млади лица на возраст од 10–17 години, спроведете почетна кратка евалуација и проценете го:

- Времетраењето и тежината на алкохолната злоупотреба (стандардната граница за возрасни според AUDIT за упатување и интервенции треба да се снижи за младите лица на возраст од 10–16 години поради многу поштетните ефекти на дадено ниво на алкохолна консумација во оваа популација).
- Какви било придружни здравствени и социјални проблеми.
- Потенцијална потреба од асистирано одвикнување.

1.3.7.2 Упатете ги сите деца и млади лица на возраст од 10–15 години до специјалистичка служба за ментално здравје на деца и адолесценти (САМНС) за сеопфатна проценка на нивните потреби, доколку алкохолната злоупотреба кај нив е придружена со физички, психолошки, едукативни и социјални проблеми и/или коморбидна злоупотреба на дрога.

1.3.7.3 Кога се разгледува упатување до САМНС за млади лица на возраст од 16–17 години кои злоупотребуваат алкохол, користете ги истите критериуми за упатување како за возрасните (види секција 1.2.2).

1.3.7.4 Сеопфатната проценка на деца и млади лица (доколку е можно, поддржани со дополнителни информации од родител или старател), треба да ги процени мултипните подрачја на потреби, да биде структурирана околу клиничко интервју со користење на валидизирана клиничка алатка (како што е Дијагностички интервју за адолесценти [ADI] или Индекс за тежина на тинејџерска зависност [TASI]) и да ги опфати следниве подрачја:

- Консумација, карактеристики и модел на пиење.
- Коморбидна злоупотреба на супстанции (карактеристики на консумацијата и зависноста) и придружни проблеми.
- Ментални и физички здравствени проблеми.
- Односи со врстници и социјално и семејно функционирање.
- Развојни и когнитивни потреби и стручна подготвтка и посетување.
- Анамнеза за абрузус и траума.
- Ризик кон себе и кон другите.
- Подготвеност за промена и верба во способноста за промена.
- Добивање согласност за третман.
- Изработка на план за грижата и за ризикот од третманот.

Асистирано одвикнување на деца и млади лица

- 1.3.7.5 Понудете болничка грижа за деца и млади лица на возраст од 10–17 години кои имаат потреба од асистирано одвикнување.
- 1.3.7.6 Засновајте го асистираното одвикнување за деца и млади лица на возраст од 10–17 години врз препораките за возрасни (види 1.3.5) и во NICE клиничко упатство 100. Консултирајте го SPC и прилагодете го режимот на лекови земајќи, ги во предвид возраста, висината и телесната маса и стадиумот на развој на детето и младото лице [16].

Промовирање на апстиненција и превенција на релапс кај деца и кај млади лица

- 1.3.7.7 За сите деца и млади лица на возраст од 10–17 години кои злоупотребуваат алкохол, цел на терапијата обично треба да биде апстиненција во првата инстанца.
- 1.3.7.8 За деца и млади лица на возраст од 10–17 години, кои злоупотребуваат алкохол, понудете:
- Индивидуална когнитивна бихевиорална терапија за оние со ограничени коморбидитети и добра социјална поддршка.
 - Мултикомпонентни програми (како што е мултидимензионална семејна терапија, кратка стратешка семејна терапија, функционална семејна терапија или мултисистемска терапија) за оние со значајни коморбидитети и/или ограничена социјална поддршка.
- 1.3.7.9 По внимателен преглед на ризиците и бенефитите, специјалстите може да сметаат да понудат акампрозат/acamprosate^[15] или орален налтрексон/naltrexone^[7] во комбинација со когнитивна бихевиорална терапија на млади лица на возраст од 16 и 17 години кои не се ангажирани во или не користат полза од програми на мултикомпонентна терапија.

Пружање на психолошки и психосоцијални интервенции за деца и за млади лица

- 1.3.7.10 Мултидимензионалната семејна терапија обично треба да се состои од 12–15 структурирани терапевски сесии фокусирани на семејството во текот на 12 недели. Треба да постои силен акцент врз координацијата на грижата и, доколку е потребно, на менаџирање на криза. Освен фамилијарни сесии, треба да се обезбедат индивидуални интервенции и за детето или младото лице и за родителите. Цел на интервенциите треба да биде подобрување на:
- Злоупотребата на алкохол и дрога.
 - Едукативното и социјалното однесување на детето или младото лице.
 - Родителска благосостојба и родителски способности.
 - Врски со поширокиот социјален систем.
- 1.3.7.11 Кратката стратешка семејна терапија треба обично да се состои од двонеделни средби во текот на 3 месеци. Таа треба да се фокусира на:
- Ангажман и поддршка на семејството.
 - Користење на поддршка од поширокиот социјален и едукативен систем.

- Идентификација на непожелни семејни интеракции.
- Поттикнување на нови и подобро адаптивни семејни интеракции.

1.3.7.12 Функционалната семејна терапија треба да се спроведе во текот на 3 месеци од персоналот за здравствена или социјална грижа. Таа треба да се фокусира на подобрување на интеракциите во семејството, вклучително:

- Ангажирање и мотивирање на семејството во третманот (засилувајќи ја перцепцијата дека промената е можна, позитивно преобликување и воспоставување на позитивен сојуз).
- Решавање на проблем и промена во однесувањето преку родителски тренинг и тренинг во комуникацијата.
- Поттикнување на генерализација на промената во специфични однесувања кон пошироки контексти, внатре во семејството и во заедницата (како училиштата).

1.3.7.13 Мултисистемската терапија треба да се обезбеди во текот на 3–6 месеци од посветен член или персоналот со низок број случаи (типично меѓу три и шест случаи). Таа треба да:

- Да се фокусира специфично на пристапи кон решавање на проблеми со семејството.
- Користење на можностите на врсниците, училиштата и пошироката заедница.

1.3.8 Интервенции за коморбидни состојби со алкохолна злоупотреба

1.3.8.1 За лицата кои злоупотребуваат алкохол и имаат коморбидна депресија или анксиозно нарушување, прво третирај ја алкохолната злоупотреба, со оглед дека тоа може да доведе до значајно подобрување на депресијата и анксиозноста. Ако депресијата или анксиозноста продолжат по 3 до 4 недели од апстиненцијата од алкохол, проценете ја депресијата или анксиозноста и сметајте на упатување и терапија, согласно со релевантното упатство на NICE за поединечното нарушување.

1.3.8.2 Упатете ги лицата кои злоупотребуваат алкохол и имаат значајно коморбидно ментално здравствено нарушување, а кои се проценети дека се со висок ризик за суицид, кај психијатар за да се осигура дека се на место планови за ефективна евалуација, терапија и управување на ризици.

1.3.8.3 За лекување на коморбидни ментални здравствени нарушувања, обратете се на релевантното упатство на NICE за секое посебно нарушување и:

- За алкохолна злоупотреба со опиоидна злоупотреба, активно третирајте ги двете состојби; земете го предвид зголемениот ризик од морталитет со земање на алкохол и опиоиди заедно¹⁸.
- За алкохолна злоупотреба коморбидна со злоупотреба на стимуланти, канабис¹⁹ или бензодиазепини, активно третирајте ги двете состојби.

Корисниците на услуги кои биле зависни од алкохол треба да апстинираат, или многу значително да го намалат нивното пиење, за да имаат корист од психолошките интервенции за коморбидни ментални здравствени нарушувања.

1.3.8.4 За коморбидна алкохолна и никотинска зависност, охрабнете ги корисниците на услугата да го прекинат пушењето и упатете ги на 'Кратки интервенции и упатување за прекин на пушењето во примарна здравствена заштита и други околности' (NICE насоки за јавно здравје 1).

Синдром на Wernicke-Korsakoff

1.3.8.5 Следете ги препораките во NICE клиничко упатство 100 за тиамин за лицата со висок ризик од развој на, или со суспектна енцефалопатија по Wernicke. Покрај тоа, понудете тиамин парентерално, а потоа продолжете по орален пат, за превенција на синдромот на Wernicke-Korsakoff влегуваат во планирано асистирано алкохолно одвикнување во специјалистички болнички служби за алкохолизам или во затворски услови и кои се потхранети или со ризик од малнутриција (на пример, лица кои се бескуќници) или имаат декомпензирана црнодробна болест.

1.3.8.6 За лица со синдром на Wernicke-Korsakoff, понудете долгорочно сместување во:

- Независно живеење со поддршка, за оние со благо когнитивно нарушување.
- 24-часовна грижа со поддршка за оние со умерено или тешко когнитивно нарушување.

Во двете опции опкружувањето треба да биде адаптирано со когнитивното нарушување, а пружената поддршка треба да им помага на корисниците на услугата да ја одржуваат апстиненцијата од алкохол.

[4] 'Види поделок 1.3.7 за проценка на деца и млади лица.

[5] 'Ако лекот се користи во доза или за апликација за што нема одобрување во ОК, треба да се добие и документирана информирана согласност.

[6] 'Забелешка дека докажете за асапzosate во третманот на штетното пиење и лицата кои се благо зависни од алкохол се помалку силни во однос на оние за naltrexone. Во времето на публикација (февруари 2011 год.), асапzosate нема одобрение за ставање во промет во ОК за оваа индикација. Информирани согласност треба да се добие и документирана.

[7] Во времето на публикација (февруари 2011 год.), оралниот naltrexone нема одобрение за ставање во промет во ОК за оваа индикација. Информирани согласност треба да се добие и документирана.

[8] На пример, психијатриски коморбидитет, лоша социјална поддршка или бездомништво.

[9] Режимот на фиксна доза вклучува почеток на третманот со стандардна доза, што не е дефинирана од нивото на алкохолната апстиненција, со намалување на дозата до нула во текот на 7–10 дена, согласно со стандарден протокол.

[10] Пристапот, воден од симптомите, вклучува прилагодување на режимот на лекот согласно со тежината на апстиненцијата и какви било компликации. Корисникот на услугата се надгледува редовно, а фармакотерапијата продолжува само и онолку долго, колку што корисникот на услугата манифестира симптоми на апстиненција.

[11] Кога лекот е земен од некој друг, а не од оној кому му бил препишан.

[12] Во времето на публикација (февруари 2011 год.), бензодиазепините немаат одобрение за ставање во промет во ОК за употреба кај деца и млади лица под 18 години. Информирани согласност треба да се добие и документирана.

[13] Во времето на публикација (февруари 2011 год.), бензодиазепините немаат одобрение за ставање во промет во ОК за употреба кај деца и млади лица под 18 години. Информирани согласност треба да се добие и документирана. Ова треба да се направи според нормалните стандарди на заштита за

пациенти со недоволна способност (или види [NHS Wales](#)) или според нормалните стандарди во ургентната медицина.

- [14] Сите што препишуваат треба да го консултираат SPC за целосен опис на контраиндикациите и специјалните услови при употребата на дисулфирам.
- [15] Во времето на публикација (февруари 2011 год.), асаmprosate нема одобрение за употреба во ОК за употреба подолга од 12 месеци. Информирани согласност треба да се добие и документира.
- [16] Ако лекот нема одобрение за промет во ОК за употреба кај деца и млади лица под 18 години, информирана согласност треба да се добие и документира.
- [17] Види 'Депресија: третман и водење на депресијата кај возрасни', [NICE клиничко упатство 90 \(2009\)](#) и 'Генерализирано анксиозно растројство и панично нарушување (со или без агорафобија) кај возрасни: водење во примарна, секундарна заштита и грижа во заедница', [NICE клиничко упатство 113 \(2011\)](#).
- [18] Види во 'Злоупотреба на дроги: опиоидна детоксификација', [NICE клиничко упатство 52 \(2007\)](#).
- [19] Види во 'Злоупотреба на дроги: психосоцијални интервенции', [NICE клиничко упатство 51 \(2007\)](#).

2. Забелешки за опсегот на насоките

упатствата се развиени во согласност со опсегот што дефинира што ќе биде, а што нема да биде опфатено со упатството. Опсегот на ова упатство е достапен – кликни на 'Како беа произведени овие насоки'.

Како беше изработено ова упатство

NICE го назначи Националниот кооперативен центар за ментално здравје да го изготви ова упатство. Центарот воспостави Група за формирање на упатството (види додаток А), која ги прегледа доказите и ги потготви препораките. Независен панел за преглед на упатствата го надгледуваше развојот на упатството (види додаток В).

Постојат повеќе информации за тоа како се изработени клиничките упатства по NICE на веб страницата на NICE. Достапна е брошура 'Како се развиени клиничките упатства на NICE: преглед на заинтересираните страни, јавноста и Националните здравствен служби (NHS)'.

3. Имплементација

NICE разви алатки за да им помогне на организациите да ги имплементираат овие насоки.

4. Препораки за истражувања

Групата за формирање на упатството ги направи следниве препораки за истражување, засновани на нејзиниот преглед на доказите, за да се подобрат насоките на NICE и здравствената заштита на пациентите во иднина.

4.1 *Дали е ефективно кризното водење на редуција на алкохолна консумација кај лица со злоупотреба на алкохол во споредба со стандардната заштита?*

Ова прашање треба да биде одговорено со употреба на рандомизиран контролиран дизајн што изнесува резултати на краток и среден рок (вклучително економска исплатливост), од најмалку 18 месеци. Особено внимание треба да се обрне на репродукцибилноста на терапискиот модел и на тренингот и супервизијата на оние што ја обезбедуваат интервенцијата, за да се гарантира дека резултатите се цврсти и можат да се воопштат. Избраните резултати треба да ги одразуваат проценките за подобрување и прифатливост на интервенцијата и на набљудувачот и на корисникот на услугата. Студијата треба да биде доволно обемна за да одреди присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, а треба да бидат испитани и медијаторите и модераторите на одговорот.

Зошто е ова важно

Психолошките интервенции се важна тераписка опција за лицата со проблеми, поврзани со алкохолот. Меѓутоа, дури и со најефикасните актуелни третмани (на пример, когнитивни бихевиорални терапии и третмани базирани на социјална мрежа и опкружување), ефектите се, во најдобар случај, скромни, а третманите не се ефективни за секого. Кризното водење има значајни и убедливи докази во лекувањето на злоупотреба на супстанции (на пример, опиоидна злоупотреба), но постојат само ограничени засновани докази, иако ветувачки, за кризното водење во лекувањето на проблеми, поврзани со алкохолот. Резултатите од овие истражувања ќе имаат важни импликации врз пружањето психолошки третман за алкохолна злоупотреба во Националните здравствени служби (NHS).

4.2 *Кои методи се најефикасни за проценка и дијагноза на присуство и тежина на алкохолна злоупотреба кај деца и кај млади лица?*

Ова прашање треба да биде одговорено во програма на истражување што користи дизајн на тестирање на групата со попречен пресек:

- Сензитивност и специфичност на зацртаната цел во скринингот и идентификација на мерки на алкохолна злоупотреба по случај, наспроти дијагностичкиот златен стандард (DSM-IV или ICD-10).
- Сигурност и валидност на пакетот на дизајнирана цел во карактеризирањето на природата и тежината на алкохолната злоупотреба кај деца и кај млади лица и нивната предиктивна вредност во утврдувањето на најефикасните третмани, споредени со најдобрата актуелна практика.

Посебно внимание треба да се обрне на изводливоста на мерките во рутинската грижа и на потребниот тренинг за да се добие задоволителен степен на точност и предиктивна вредност. Програмата треба да биде доволно обемна да ги опфати во својот дијапазон возраста (10–17 години) и коморбидитети што често ја придружуваат алкохолната злоупотреба кај деца и кај млади лица.

Зошто е ова важно

Алкохолната злоупотреба е сè почест проблем кај децата и кај младите лица. Меѓутоа, дијагностичките инструменти се лошо развиени или не се достапни за децата и за младите лица. Кај возрасните постои спектар на дијагностички и евалуациски алатки (со разумна сензитивност, специфичност, прецизност и валидност) што се препорачуваат за рутинска употреба во Националните здравствени служби (NHS) за проценка на тежината на алкохолната злоупотреба и за водење на терапевските одлуки. Не постојат слични добро развиени мерки за децата и за младите лица, а резултат на тоа се пропуштање на проблемите и/или понуда на несоодветен третман. Резултатите од оваа студија ќе имаат важно влијание во идентификацијата и пружањето на ефективен третман во Националните здравствени служби (NHS) за деца и за млади лица со проблеми, поврзани со алкохолот.

4.3 Дали е акупунктурата ефикасна во намалувањето на алкохолната консумација во споредба со стандардната заштита?

Ова прашање треба да биде одговорено со употреба на рандомизиран контролиран дизајн што изнесува резултати на краток и среден рок (вклучително економска исплатливост), од најмалку 12 месеци. Особено внимание треба да се обрне на репродукцибилноста на терапевскиот модел и на тренингот и супервизијата на оние што ја обезбедуваат интервенцијата, за да се гарантира дека резултатите се цврсти и можат да се воопштат. Избраните резултати треба да ги одразуваат проценките за подобрување и прифатливост на интервенцијата и на набљудувачот и на корисникот на услугата. Студијата треба да биде доволно обемна за да одреди присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, а треба да бидат испитани и медијаторите и модераторите на одговорот.

Зошто е ова важно

Нефармаколошки третмани се важна терапевска опција за лицата со проблеми, поврзани со алкохолот. Постојат базирани докази во мали студии за акупунктурата во намалувањето на желбата, но не за алкохолната консумација. Доказите за фармаколошките третмани (на пример, асапросате или naltrexone) и психолошките третмани (на пример, когнитивни бихевиорални терапии и терапии базирани на социјална мрежа и опкружување) во најдобар случај се скромни и третманите не се ефикаси за секого. Анегдотски докази сугерираат дека акупунктурата, како и психолошкиот третман, се вреднуваат од корисниците на услуга во службите за алкохолна злоупотреба и злоупотреба на дроги (иако базираните докази за ефективност се слаби). Резултатите од оваа студија ќе имаат важно влијание во порастот на терапевски избор во Националните здравствени служби (NHS) за лица со злоупотреба на алкохол.

4.4 За кои корисници на услуги со умерена и тешка зависност од алкохол моделот на асертивна терапија во заедница е клинички и економски ефективна интервенција во споредба со стандардната заштита?

Ова прашање треба да биде одговорено со употреба на рандомизиран контролиран дизајн во кој учесниците се класирани според тежината и сложеноста на присутните проблеми. Треба да се соопштат резултати на краток и на среден рок (вклучително економска исплатливост), со времетраење од најмалку 18 месеци. Особено внимание треба да се обрне на репродукцибилноста на терапискиот модел и на тренингот и супервизијата на оние што ја обезбедуваат интервенцијата, за да се гарантира дека резултатите се цврсти и можат да се воопштат. Избраните резултати треба да ги одразуваат оценките за подобрување, (вклучително лична и социјална функционалност) и прифатливост на интервенцијата и на набљудувачот и на корисникот на услугата. Студијата треба да биде доволно обемна за да одреди присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, а треба да бидат испитани и медијаторите и модераторите на одговорот.

Зошто е ова важно

Многу лица, особено оние со тешки проблеми и комплексни коморбидитети, немаат добробит од третманот и /или го губат контактот со службите. Ова води до лоши резултати и губење на средства. Моделите на асертивна терапија во заедница се покажале како ефикасни во задржувањето на лицата во терапија кај оние со сериозна ментална болест и кои имаат злоупотреба на алкохол и дрога, но не е потврден доказ за улогата во исходот. Неколку мали пилот-студии сугерираат дека асертивниот пристап во заедница може да донесе добробит и во однос на задржувањето во службата и во клиничкиот исход кај алкохолната злоупотреба. Со оглед на високиот степен на морбидитет и морталитет, здружен со тешка хронична алкохолна зависност, резултатите од оваа студија ќе имаат важни импликации за структурата и одредбите на службите за алкохолизам во NHS.

4.5 Дали за лицата со умерена и тешка зависност од алкохол кои имаат значајни коморбидни проблеми, интензивна програма за рехабилитација со сместување е клинички и економски ефективно во споредба со интензивна грижа заснована во заедница?

Ова прашање треба да биде одговорено со употреба на проспективна кохортна студија на сите лица со умерена и тешка алкохолна зависност влезени во интензивни програми на резиденцијална рехабилитација и рехабилитација во заедница, во целисходен примерок на служби за третман на алкохолизам во ОК. Таа треба да соопшти резултати на краток и среден рок (вклучително економска исплатливост), со времетраење од најмалку 18 месеци. Особено внимание треба да се обрне на карактеризацијата на терапиското опкружување и на природата на интервенциите што се предвидени за соопштување на анализата на модераторите и медијаторите за терапискиот ефект. Избраните резултати треба да ги одразуваат оценките за подобрување, (вклучително лична и социјална функционалност) и прифатливост на интервенцијата

и на набљудувачот и на корисникот на услугата. Студијата треба да биде доволно обемна за да одреди присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, а треба да бидат испитани и медијаторите и модераторите на одговорот. Кохортна студија е избрана како најсоодветен дизајн со оглед дека претходните студии во ова подрачје што се обиделе да ги рандомизираат учесниците во резидентна грижа или грижа во заедница, биле немоќни да регрутираат клинички репрезентативни популации.

Зошто е ова важно

Многу лица, особено оние со тешки проблеми и комплексни коморбидитети, немаат добробит од третманот и /или го губат контактот со службите. Еден од честите пристапи е да се понуди интензивна резидентна рехабилитација и ова го фаворизира актуелната политика. Меѓутоа, истражувањето на ефикасноста на резидентната рехабилитација е несигурно, со сугестија дека интензивните служби во заедница може да бидат исто толку ефикасни. Интерпретацијата на ова истражување е ограничено од фактот што многумина од потешко болните лица не влегуваат во клинички студии, бидејќи некои клиничари не се сигурни во безбедноста на амбиентот во заедница. Меѓутоа, клиничкото мислење за бенефитите од резидентната рехабилитација е поделено, со некои сугестии дека оние што имаат полза се мотивирана и автоселектирана група, која може да работи исто така добро и со интензивни третмани во заедница, што во моментов е ограничено достапна. Со оглед на трошоците на резидентните третмани и несигурноста на исходот, резултатите од оваа студија ќе имаат важни импликации за економската исплатливост и одредбите на службите за алкохолизам во NHS.

4.6 За лицата со алкохолна зависност, кој медикамент најверојатно ја подобрува атхеренцата и така ја унапредува апстиненцијата, а го превенира релапсот?

Ова прашање треба да биде одговорено со: а) иницијална развојна фаза во која се испитуваат серии од квалитативни и квантитативни причини за непридржување/прекин на лековите што се користат во лекување на алкохол; б) серии од пилот студии за нови интервенции што се развиени да ги решат проблемите, идентифицирани во (а), спроведени за да го поддржат дизајнот на серии од конечни студии; в) (серии од) конечни студии од интервенции што биле успешно тестирани во (б), користејќи контролиран дизајн со краткорочен извештај (на пример, на 3 месеци) и долгорочни исходи (на пример, на 18 месеци). Избраните резултати треба да ги одразуваат оценките за подобрување и прифатливост на интервенцијата и на набљудувачот и на корисникот на услугата. Секоја индивидуална студија треба да биде доволно обемна за да одреди присуство или отсуство на клинички значајни ефекти, а треба да бидат испитани и медијаторите и модераторите на одговорот.

Зошто е ова важно

Стапките на осипување во студиите за лекови што ја промовираат апстиненцијата и превенираат релапс кај алкохолната зависност се високи (често над 65%), но и покрај тоа, интервенциите се сè уште клинички и економски ефикасни. Задржувањето на повеќе корисници на услуги во процес на лекување би можело понатаму значајно да го подобрат исходот кај лица кои злоупотребуваат алкохол и да обезбедат зголемена

ефикасност во искористеноста на ресурсите на здравствената служба. Исходот од овие студии може, исто така, да помогне за подобрување на клиничката доверба во користењето на ефикасни лекови (како што се асапрогосате и naltrexone), што и покрај нивната ефикасност и исплатливост, моментално им се нудат само на малкумина од подобните корисници на услуги на NHS. Во целина, резултатите од оваа студија ќе имаат важни импликации за одредбите на фармаколошката терапија за алкохолна злоупотреба во NHS.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосно упатство

Целото упатство, 'Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза, проценка и клиничко водење на штетно пиење и алкохолна зависност' содржи детали за методите и доказите што се користени за да се развие ова упатство. Тоа е печатено од Националниот кооперативен центар за ментално здравје.

5.2 Информации за јавноста

NICE подготви информации за јавноста со објасненија за ова упатство.

Ги охрабруваме Националната здравствена служба (NHS) и секторот на волонтерски организации да го користат текстот од оваа брошура во нивните сопствени информации за алкохолната зависност.

6. Поврзани насоки на NICE

Објавено

- Генерализирано анксиозно растројство и панично нарушување (со или без агорафобија) кај возрасни: водење во примарна, секундарна заштита и грижа во заедница. [NICE клиничко упатство 113 \(2011\)](#).
- Бременост и комплексни социјални фактори: модел за пружање на услуги за жени со комплексни социјални фактори. [NICE клиничко упатство 110 \(2010\)](#).
- Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза и клиничко водење на физички компликации, поврзани со алкохол. [NICE клиничко упатство 100 \(2010\)](#).
- Нарушувања од употреба на алкохол: превенција на развој на опасно и штетно пиење. [NICE насоки во јавното здравје 24 \(2010\)](#).
- Депресија: лекување и водење на депресија кај возрасни. [NICE клиничко упатство 90 \(2009\)](#).
- Интервенции во училишта за превенција и намалување на употреба на алкохол меѓу децата и младите лица. [NICE насоки во јавното здравје 7 \(2007\)](#).
- Интервенции во заедница за намалување на злоупотреба на супстанции меѓу ранливи и загрозени деца и млади лица. [NICE насоки за интервенции во јавното здравје 4 \(2007\)](#).
- Varenicline за престанок на пушење. [NICE насоки за технолошка проценка 123 \(2007\)](#).
- Злоупотреба на дрога: опиоидна детоксификација. [NICE клиничко упатство 52 \(2007\)](#).
- Злоупотреба на дрога: психосоцијални интервенции. [NICE клиничко упатство 51 \(2007\)](#).
- Кратки интервенции и упатувања за престанок на пушење во примарна здравствена заштита и други околности. [NICE насоки за интервенции во јавното здравје 1 \(2006\)](#).

7. Ажурирање на упатството

Клиничките упатства на NICE се ажурираат, така што препораките ги земаат во предвид новите важни информации. Нови докази се бараат 3 години по објавувањето, а здравствените работници и пациентите се прашуваат за нивните гледишта; ние ги користиме овие информации за да решиме дали потреба од ажурирање има целото упатство или дел од него. Ако се објави важен нов доказ во друг временски период, може да одлучиме да се направи побрзо ажурирање на некои од препораките. Во врска со информации за ажурирањето на упатството, ве молиме видете ја нашата веб-страница.

Додаток А: Група за развој на упатството и Национален центар за соработка

Група за развој на упатството

Групата ја сочинуваат 30 членови. Податоци за членовите на групата може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg115

Додаток Б: Панел за ревизија на упатства

Панелот за преглед на упатствата е независна комисија што ја надгледува изработката на упатството и презема одговорност за мониторирање на придржувањето кон процесите на подготовка на упатства на NICE. Од особена важност, панелот гарантира дека коментарите на засегнатите страни биле адекватно разгледани и според нив е одговорено. Панелот инволвира членови од овие области: примарно здравство, секундарна здравствена заштита, лаици, јавно здравство и индустрија.

Оваа комисија се состои од 4 члена. Податоци за членовите се достапни на guidance.nice.org.uk/cg115

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за лекувањето и здравствената заштита на лица со специфични болести и состојби во Националните здравствени служби (NHS) во Англија и во Велс.

Упатството беше развиено од Националниот кооперативен центар за ментално здравје. Кооперативниот центар работеше со група здравствени професионалци (вклучително консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и старатели, како и технички персонал, кои ги прегледаа доказите и направија нацрт-верзија од препораките. Препораките беа финализирани по јавна расправа.

Методите и процесите за изготвување на клиничките упатства на NICE се опишани во '[Прирачник за упатства](#)'.

Препораките од ова упатство беа вградени во [NICE патеки](#). Ние направивме [информации за јавноста](#), со објаснување на ова упатство. [Достапни се](#) исто така алатки за да ви помогнат да го примените упатството во пракса, како и информации за доказите врз кои се засновани.

Промени по објавувањето

Јануари 2012: незначителни измени.

Јануари 2013: незначителни измени.

Ваша одговорност

Овие насоки го претставуваат гледиштето на NICE, што произлезе по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува здравствените професионалци да го земат целосно во предвид кога ја практикуваат нивната клиничка проценка. Меѓутоа, насоките не ја отфрлаат индивидуалната одговорност на здравствените работници да донесуваат одлуки во согласност со околностите на секој индивидуален пациент, во консултација со пациентот и/или лицето што го одгледува или е старател и оние што се информирани со краткиот преглед на карактеристиките на производот за кој било лек да се работи.

Имплементацијата на овие насоки е одговорност на локалните власти за планирање на здравствени услуги и/или снабдувачи. Властите и снабдувачите се потсетуваат дека нивна е одговорноста да ги имплементираат овие насоки, во контекст со локалните услови, во светлина на нивните обврски да водат сметка за потребата да се елиминира незаконската дискриминација, да се унапредува еднаквоста во можностите. Ништо во овие насоки не треба да биде интерпретирано на начин што би бил инконзистентен со усогласеноста со овие обврски.

Авторски права

© Национален Институт за здравје и клиничка извонредност (National Institute for Health and Clinical Excellence) 2010. Сите права се задржани. Материјалот на NICE со заштитени авторски права може да биде симнат за приватни истражувања и учење,

како и да биде репродуциран за едукативни и други намени што не се поврзани со остварување на профит. Не е дозволена репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални намени, без писмена дозвола од NICE.

Контактирајте го NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 033 7780