

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 РЕХАБИЛИТАЦИЈА ПО КРИТИЧНА
БОЛЕСТ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при рехабилитација по критична болест.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при рехабилитација по критична болест 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 рехабилитација по критична болест 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. 17-3163/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Рехабилитација по критична болест

Објавено: март 2009 год.

NICE клинички упатства 83
guidance.nice.org.uk/cg83

Содржина

Вовед	1
Пациент-ориентирана грижа	3
1. Упатство	4
Клучни принципи на грижата	4
За време на престој во критичната грижа	5
Пред испишување од интензивна грижа	5
За време на грижа на оддел	6
Пред испис дома или во системот на локална грижа	7
2–3 месеци по испишувањето од интензивна грижа	8
2. Белешки за подрачјето на упатството	10
3. Имплементација	11
4. Препораки за истражување	12
5. Други верзии на ова упатство	13
5.1 Целосно упатство	13
5.2 Брз водич за референци	13
5.3 „Разбирање на NICE упатствата“	13
6. Поврзани NICE упатства	14
Публикувани	14
7. Освежување на упатството	15
Додаток А: Група за развој на упатството (The Guideline Development Group) и Кус технички тим за клинички упатства (Short Clinical Guidelines Technical Team)	16
Група за развој на упатството	16
Кус технички тим за клинички упатства	16
Додаток В: Панел за рецензија на упатството (The Guideline Review Panel)	17
За упатството	18

Вовед

Околу 110 000 луѓе во Обединетото Кралство, според нивните национални институции (UK Intensive Care National Audit and Research Centre [ICNARC] и Case Mix Programme [CMP]), секоја година минуваат одреден период во единиците за критична нега во Англија и во Велс. Голем дел од нив преживуваат и се испишуваат дома. Општата перцепција меѓу пациентите, семејствата и голем број на здравствени работници е дека тие пациенти бргу закрепнуваат и заздравуваат, со што се враќаат на своите претходни животни активност, со ист квалитет и квантитет.

До неодамна постоеше мало разбирање за тоа што всушност се случува со овие луѓе. Во Обединетото Кралство, повеќето болници воспоставија клиници за следење на овие пациенти, со персонал, главно, од доктори и медицински сестри кои работат во единиците за интензивна нега и кои го разбираат контекстот на клиничките статуси на овие пациенти. Истражувањата за долготрајните последици кај критичните болни покажаа дека кај значителен број од овие пациенти кои преживеале тешка болест се јавуваат важни континуирани проблеми. За многу од нив, испишувањето од интензивна нега е почеток на долго, несигурно патување, кон заздравување што се карактеризира со: слабост, губиток на енергија и други физички тешкотии, анксиозност, депресија, феномен на посттравматски стрес, а кај некои и со губиток на менталниот капацитет (когнитивни функции). Семејството станува неформален згрижувач, што само по себе е проблем, бидејќи се нарушуваат семејните односи, а воедно и финасиски се истоштуваат. Заздравувањето е строго индивидуално, а малку студии покажуваат поврзаност меѓу основната болест и долготрајното заздравување. Логично, пациентите кои имале подолги епизоди на критична болест, имаат во поголем број долготрајни проблеми, иако и пациентите кои биле со краток престој во единиците за интензивна нега може да побаруваат значителна поддршка.

Оптимизацијата на заздравувањето како терапевтски пристап, а не само преживувањето, претставува важна цел. Идентификацијата на оваа важна област се направи за време на создавањето на NICE клиничкото упатство 50 (Акутни критични болни во болница), како и од документот на Министерството за здравство: Развивање на кратко клиничко упатство за рехабилитација по периодот на тешка болест, што е третирана во единица за интензивна нега.

За неспецијалистите, терминот критична болест може да делува збунувачко. Критична грижа, како термин, подразбира интензивна терапија и интензивна нега, што се спроведува во единиците за интензивна нега и терапија, познато како ниво 3, каде што се одржува повеќе од еден систем, вклучително бели дробови. Ниво 2, познато како грижа со висока зависност, што се спроведува во соодветни единици, подразбира одржување на еден систем. Во последно време разликата има помало значење, особено по воведувањето на терминот критична грижа.

За поедноставување, потенцијалните консеквенци на критичните болести ги поделивме на 'физички' и 'нефизички' области. Вториве во себе вклучуваат: анксиозност, депресија, феномен на посттравматски стрес, како и когнитивни дисфункции.

Не постои посебен стандард за периодот на применетата асистирани вентилација, како влезен критериум во ова упатство. На состаноците се обрна внимание на повредените

пациенти кои побарувале механичка вентилација за краток временски период и имаат потенцијал за голем бенефит.

Групата за развој на упатството, исто така, го препозна напорот на кој се изложени семејствата и други лица кои се вклучени во помош на овие пациенти. Постои проблем во делењето на информациите со семејствата, бидејќи многу пациенти немаат желба за споделување на информациите. Секако, автономијата на пациентите мора да се почитува.

Многу семејства имаат финансиски притисок, како и последици врз нивниот здравствен и емоционален статус. Информациите за социјалните служби и бенефитетите тешко се добиваат, а решенијата често се арбитрарни. Прашање е дали оваа материја може да се покрие со едно вакво упатство.

Многу пациенти со критични болести заздравуваат без поголеми проблеми. Но, јасно е дека од илјадниците пациенти кои по критична болест одат дома, добар дел имаат лошо заздравување, што претставува значаен проблем, како за самите пациенти, така и за нивните семејства. Сето ова може да предизвика последици по системот за јавното здравје.

Групата за развој на упатството донесе специфични пораки, кои детално се опишани подолу во овој документ. Исто така, од големо значење е губитокот на мускулната маса кај критичните болни, особено што за овој проблем нема детални патофизиолошки објаснувања. Затоа, овој проблем посебно е потенциран. Критично болни со полинеуропатија се поврзани со миопатија и претставуваат посебен проблем. Покрај сето ова, подоброто разбирање на влијанието на критичната болест врз мозокот, како и поврзаноста со седацијата, невроинфламацијата, делириумот, како и идните когнитивни проблеми имаат приоритетна важност. Предвидуваме клинички испитувања што се планираат да се изведат во блиска иднина. Разбирањето за социоекономските последици од критичните болести, како на индивидуата, така и на општеството, потребно е да добијат поширок одек за да се оформат соодветни политики. Иако поголемиот број од препораките се донесени со консензус, упатството треба да стимулира идни истражувања, а не да ги обесхрабрува. Алтернативните пристапи треба дополнително да се евалуираат.

Од перспектива на претседавач на Групата за развој на упатството, сметам дека процесот на креирање на ова упатство беше предизвик. Една работа е да се препознае одреден проблем, а сосема друго е да се создадат препораки, што се базирани на докази, коишто ќе се спроведат преку системот на здравствена заштита, а за добробит на пациентите.

Групата работеше напорно со недоволно развиените докази. Благодарен сум на нивниот напор и посветеност. Нашата амбиција е ова упатство да доведе до значителни бенефити за пациентите и за нивните семејства. Се надеваме дека по прегледување на упатството, одредени интервенции и служби ќе бидат многу покомпетентни.

Stephen Brett

Консултант и постар предавач по интензивно лекување, Imperial College Healthcare NHS Trust,

Претседавач на Групата за развој на упатството.

Пациент-ориентирана грижа

Упатството нуди најдобри практични совети за грижа на возрасни со рехабилитациони потреби, како резултат на минат период со критична болест, што побарувала третман во единица за интензивна грижа.

Третманот и грижата треба да ги имаат во предвид потребите на пациентите. Пациентите со рехабилитациони повреди мора да имаат можност да донесат сопствена одлука за нивниот третман, врз база на квалитетни информации, во соработка со медицинските работници. Ако пациентите немаат капацитет да носат одлуки, медицинските работници треба да постапат според: Department of Health's advice on consent (Совет за согласност при Одделот за здравство) и code of practice that accompanies the Mental Capacity Act (код на праксата која го придружува Законот за ментална способност), а во Велс advice on consent from the Welsh Government. (совет за согласност на велшката влада).

Есенцијално е неопходна добра комуникација меѓу здравствените професионалци и пациентите. Оваа комуникација треба да се документира и да биде тесно поврзана со потребите на пациентот. Третманот и грижата, како и соодветните информации, треба да бидат соодветни на културното ниво на пациентот. Исто така, тие треба да бидат пристапни за луѓе со специјални потреби, како што се пациенти со физички, сензорни или слушни ограничувања, како и пациенти кои недоволно го разбираат јазикот или не знаат да читаат.

Доколку пациентите се согласни, семејството или придружниците треба да добијат можност да учествуваат во донесувањето одлуки за третманот и за грижата. На семејствата и на придружниците, исто така, треба да им се даваат информации и да се поддржат нивните потреби.

1. Упатство

Упатството е базирано на најдобрите достапни докази. Целосното упатство дава детали за методите и за доказите, употребени да се развие ова упатство.

Групата за развој на упатството (ГРУ) ги употребува следниве дефиниции во ова упатство:

- Кратка клиничка процена: куса клиничка процена, за да се идентификува пациент кој е во ризик од развој на физички и нефизички морбидитет.
- Детална клиничка процена: поопсежна процена за одредување на рехабилитациски потреби на пациент кој бил идентификуван дека е во ризик за развој на физички и нефизички морбидитет.
- Функционална процена: процена на можностите за дневната способност на пациентот.
- Краткорочни рехабилитациски цели: достигнувања што пациентот треба да ги постигне во болница, пред да се испише дома.
- Среднорочни рехабилитациски цели: достигнувања што ќе му помогнат на пациентот да се врати на секојдневните активности по испишувањето од болница.
- Физички морбидитет - проблеми како што се: губење на мускулна маса, мускулна слабост, скелетни проблеми - вклучително контрактури, респираторни проблеми, сензорни проблеми, болка, отоци, комуникациски проблеми.
- Нефизички морбидитет - психолошки, емоционални и психијатриски проблеми, како и когнитивна дисфункција.
- Мултидисциплинарен тим: тим од здравствени работници, со цел спектар на клинички вештини што се неопходни за грижа на пациент со комплексни проблеми. Тимот може да е составен од професионалци кои секојдневно работат заедно или се формира само по потреба.

Клучни принципи на грижата

1.1 За да се обезбеди континуитет во грижата, здравствените професионалци со соодветни компетенции,^[1] треба да ја координираат рехабилитационата патека на пациентот. Клучните елементи на координацијата се следниве:

- Обезбедете краткорочни и среднорочни рехабилитациски цели, коишто се разгледани, усогласени и освежени, согласно со патоказот за рехабилитација на пациентот.
- Кога е возможно, треба да се изготви структурирано, индивидуално упатство за предвидената рехабилитација.
- Воспоставете контакт со локалната заедница/примарно здравство, за функционална процена на пациентот 2-3 месеци по испишувањето од болница.
- Обезбедете информации и документација за комуникацијата меѓу болниците, рехабилитационите центри и локалната заедница/примарно здравство.
- Обезбедете му на пациентот контакти со здравствени работници по исписот од едницата за интензивна грижа и од болница.

За време на престој во критичната грижа

- 1.2 За време на престој во критичната грижа и кога е клинички можно, направете кратка клиничка процена, за да се одреди ризикот од развивање на физички и нефизички морбидитет (в. табела 1).
- 1.3 Кај пациентите со ризик од развивање на физички и нефизички морбидитет спроведете сеопфатна клиничка процена за идентификација на моментните рехабилитациони потреби. Оваа процена треба да ја спроведат искусни професионалци од критична грижа и рехабилитација.
- 1.4 За пациентите со ризик, одредете краткорочни и среднорочни рехабилитациски цели, базирани на сеопфатната клиничка процена. Семејството треба да е вклучено во целата постапка [2].
- 1.5 Клиниката процена и рехабилитационите цели треба да се сортирани и документирани во медицинската историја на пациентот.
- 1.6 За пациентите со ризик, започнете ја рехабилитацијата колку што е клинички можно побргу, а врз основа на клиничката процена и рехабилитационите цели. Рехабилитацијата треба да вклучува:
 - Мерки за превенирање на физички и нефизички морбидитет, доколку е можно, вклучително со преглед на претходните и сегашните медицински мерки.
 - Нутрициска поддршка, базирана на препораките од „Нутрициска поддршка кај возрасни“ (NICE клиничко упатство 32).
 - Индивидуален, структуриран рехабилитациски програм со чести ревизии. Сето ова треба да биде документирано во медицинскиот картон на пациентот.
- 1.7 Дајте му ги на пациентот следниве информации за време на престојот во интензивна грижа. Доколку е согласен пациентот, истите информации проследете ги до семејството[2].
 - Информации за критичната болест на пациентот, за интервенциите и третманот.
Информации за опремата, употребена за време на престојот во интензивна грижа.
 - Ако е соодветно, информации за краткорочните и/или за долгорочните можни физички и нефизички проблеми, што ќе побаруваат рехабилитација.
 - Доставете ги овие информации, повеќе од еднаш, за време на престојот во интензивна грижа.

Пред испитување од интензивна грижа

- 1.8 За пациентите што претходно се идентификувани со низок ризик, направете кратко клиничко испитување пред испис од критична нега, за да се одреди ризикот од физички и нефизички морбидитет (в. табела 1).

- 1.9 За пациенти со ризик и за пациенти кои почнале структурирана рехабилитација во критична грижа, спроведете сеопфатна клиничка процена, за да се идентификуваат нивните актуелни рехабилитациски потреби. Процената особено треба да се фокусира на:
- Физички, сензорни и комуникациски проблеми (в. табела 2).
 - Претходни ризици, како претходно постоење на психолшки или психијатриски дистрес.
 - Симптоми што се развиле за време на престојот во критична грижа, како што се: делузивно однесување, пробелеми со меморија, анксиозност, епизоди на паника, депресија и сл.
- 1.10 За пациентите кои претходно се идентификувани со ризик, за време на престојот во интензивна грижа, да се преоценат согласно со нивната индивидуална, структурирана рехабилитациска програма (препорака 1.6).
- 1.11 За пациентите со ризик, преоценете ги и усогласете ги рехабилитациските цели, а врз основа на сеопфатна процена. Со согласност на пациентот и семејството треба да биде вклучено.
- 1.12 Обезбедете трансфер на пациентот, како и на формално структурираните препораки за нивна грижа, согласно со „Акутни болни во болница“ ([NICE клиничко упатство 50](#)). Ова вклучува и соодветно пишано упатство за рехабилитациската програма.
- 1.13 Дајте му ги на пациентот следниве информации пред испис од интензивна грижа или веднаш по исписот. Во согласност со пациентот, истите информации споделете ги со семејството.
- Информација за патеката за рехабилитација.
 - Информација за разликата меѓу интензивна грижа и грижа на оддел. Треба да се информира за разлики во окружувањето, персоналот и нивоа на мониторирање.
 - Информација за трансфер на клиничка одговорност на друг тим, согласно со „Акутни болни во болница“ ([NICE клиничко упатство 50](#)).
 - Ако е соодветно, нагласете ги информациите за можни физички и нефизички, краткорочни и долгорочни проблеми што побаруваат рехабилитација.
 - Ако е соодветно, споделете ги информациите за проблеми со спиење, кошмари, халуцинации за подобро адаптирање на оддел.

За време на грижа на оддел

- 1.14 За пациентите кај кои пред испис од интензивна грижа е идентификуван низок ризик, изведете кратка клиничка процена за да се одреди ризик од физички и нефизички морбидитет (в. табела 1).
- 1.15 За пациентите со ризик, изведете сеопфатна клиничка преоцена (в. препорака 1.9), за да се идентификуваат рехабилитационите потреби.
- 1.16 За пациентите со ризик, понудете индивидуална, структурирана рехабилитациона програма, базирана на сеопфатната клиничка процена^[3], а усогласена со рехабилитациските цели, поставени при испис од интензивна грижа.

- 1.17 Индивидуалната, структурирана рехабилитациона програма треба да се развие и да се спроведе од членови на мултидисциплинарен тим, а доколку е можно, треба да вклучува соодветни специјалисти.
- 1.18 Врз основа на клиничка процена и индивидуалните рехабилитациони потреби на пациентот, понудете пишано упатство што е оформено за конкретниот пациент^[4] што ќе покрие најмалку 6 недели по испис од критична грижа.
- 1.19 За пациенти со симптоми на стрес, поврзани со трауматски инцидент и сеќавања, спроведете ги препораките од „Посттрауматски стрес нарушувања“ (NICE клиничко упатство 26) и иницирајте соодветни превентивни стратегии.

Пред испис дома или во системот на локална грижа

- 1.20 Пред испис, кај пациентите кои имаат индивидуално структурирана рехабилитациона програма за време на грижата на оддел (препорака 1.15):
- Изведете функционална процена што ги вклучува следниве физички и нефизички димензии (в. табела 2 за можни примери):
 - Физички проблеми (физичка димензија).
 - Сензорни проблеми (физичка димензија).
 - Комуникациски проблеми (физичка димензија).
 - Социјална грижа и потреба од опрема (физичка димензија).
 - Анксиозност (нефизичка димензија).
 - Депресија (нефизичка димензија).
 - Посттрауматски стрес симптоми (нефизичка димензија).
 - Нарушување во однесувањето и когнитивни проблеми (нефизичка димензија).
 - Психосоцијални проблеми (нефизичка димензија).
 - Проценете го влијанието на наодите од функционалната процена врз секојдневните активности и деловноста на пациентот.
 - Врз основа на функционалната процена, прегледајте, освежете и усогласете ги рехабилитационите цели на пациентот. Со согласот на пациентот, семејството треба да е вклучено.
- 1.21 Ако континуирани рехабилитациони потреби се детектирани со функционалната процена, обезбедете пред испишување на пациентот:
- Упатства во отпусното писмо, вклучително референтни лица за продолжена грижа.
 - Комплетирање на сите документи за испис што ќе му се дадат на пациентот и препратат до соодветните служби што понатаму ќе се грижат за пациентот.
 - Пациентот и семејството, ако е соодветно, треба да ги знаат сите потребни аранжмани по исписот и во потполност да ги разберат.
- 1.22 Дајте му ги на пациентот и на семејството, со негова согласност, следниве информации, пред испис од болничкиот оддел во домашни услови или во примарна грижа.
- Информации за физичкото заздравување, базирано на целите поставени за време на престојот на оддел.
 - Информации за диети и други континуирани третмани.

- Информации за менаџирање на секојдневните активности, вклучително грижа за себе и други домашни активности.
- Информации за возење, враќање на работа, грижа за домаќинството и сл.
- Информации за официјални и неофицијални локални служби за поддршка, како и за групи за поддршка.
- Општо упатство, особено за семејството, за тоа што се очекува и како да се даде поддршка во домашни услови. Треба да се земат во предвид потребите на пациентот и на семејството.
- Дајте му на пациентот копија од отпусното писмо од интензивна грижа.

2–3 месеци по испишувањето од интензивна грижа

- 1.23 Разгледајте ги рехабилитационите потреби на пациентот 2-3 месеци по испишувањето од интензивна грижа. Спроведете функционална преоценка за здравствените и социјалните потреби, според препораката 1.20. Ако е соодветно, распрашајте се за сексуалните дисфункции.
- 1.24 Функционалната преоценка треба да се спроведе дома или во болница. Процената треба да ја изведе професионалец со соодветни вештини, кој е запознаен со третманот на пациентот во критична грижа и со патеката на ординираната рехабилитација.
- 1.25 Врз основа на функционалната проценка.
- упатете го пациентот на соодветна рехабилитација или специјалистичка служба ако:
 - Пациентот заздравува поспоро од предвиденото, согласно со поставените рехабилитациони цели.
 - Ако пациентот развива физички или нефизички морбидитет, што претходно не е идентификуван.
 - Дадете поддршка ако заздравувањето не се одвива сопред предвиденото.
 - Ако постои сомневање за депресија или анксиозност, следете ги препораките од „Анксиозност“ (NICE клиничко упатство 22 [заменето со NICE клиничко упатство 113]) и „Депресија“ (NICE клиничко упатство 23 [заменето со NICE клиничко упатство 90]).
 - Ако се сомневаме на посттрауматски синдром, или постојат соодветни симптоми, следете ги препораките од „Посттрауматски стрес нарушувања“ (NICE клинички упатства 26).

Табела 1: Примери од кратка клиничка проценка што можат да упатуваат дека пациентот е со ризик за физички и нефизички морбидитет

Физички	<p>Неможност самостојно да стане од кревет.</p> <p>Претпоставен долг престој во интензивна грижа.</p> <p>Јасни сигнификантни физички или неуролошки нарушувања.</p> <p>Немање на когнитивна функционалност да ги продолжи вежбите самостојно.</p> <p>Неможност за самовентилација на 35% кислород или помалку.</p> <p>Присуство на преморбидни респираторни проблеми или проблеми во мобилност.</p> <p>Неможност да се движи на кратки дистанци.</p>
---------	--

Не-физички	Повторувачки кошмари, со желба да остане буден за да ги избегне кошмарите. Наметливи сеќавања на трауматски случки пред приемот (на пр. сообраќајна несреќа) или од периодот на престојот во критична грижа (делузивни искуства со „флешбек-ови“). Нова и рекурентна анксиозност или панични напади. Нема желба да разговара за неговата болест, или ако се разговара, веднаш ја менува темата.
------------	---

Забелешка: листата не е конечна и затоа здравствените професионалци треба да ги употребуваат нивните клинички знаења.

Табела 2: Симптоми од функционалната проценка што индицираат присуство на физички и нефизички морбидитет

Физичка димензија	
Физички проблеми	Слабост, неможност за седење, станување, одење, малаксалост, болки, недостаток на здив, проблеми со голтање, отоци, инконтиненција, проблематична самогрижа.
Сензорни проблеми	Проблеми со вид, слух, болки, алтерирани сензации.
Комуникациски проблеми	Проблеми со зборување или употреба на зборови, проблеми во пишување.
Социјална грижа и/или помагала	Помагала за одење или транспорт. Немојност за работа, одржување домаќинство, потреба од издршка.
Нефизичка димензија	
Анксиозност, депресија, посттрауматски синдром	Нови или рекурентни соматски симптоми: палпитации, иритираност, потење; деперсонализација; одбегнувачко однесување; депресивни симптоми со плачење и повлекување во себе; кошмари, делузии, халуцинации и „флешбек-ови“.
Проблеми во однесување и спознание	Губиток на меморија, дефицит на внимание, дефицит на организациони вештини, недоследност, конфузија, апатија, неинхибираност, немање интуиција.
Други психолошки и психосоцијални проблеми	Ниска самопочит, лоша претстава за себе и за својот физички изглед, проблеми во врските со блиските, вклучително се семејството.

- [1] Здравствените професионалци може да бидат интензивци или, согласно локалните прилики, да бидат соодветно обучени здравствени работници од специјалистички служби, вклучително и за рехабилитација, со пристап до протоколите, клиничките патеки и медицинска поддршка (за оние без медицинска квалификација).
- [2] За време на престојот на критичната грижа, пациентите може да не се потполно свесни или да немаат капацитет да дадат формална согласност. Затоа е важно семејствата да бидат вклучени во оваа фаза.
- [3] Сеопфатна преоценка да се примени и при испис од интензивна грижа и за време на престојот на оддел.
- [4] Структурираното и индивидуализирано рехабилитациско упатство (базирано на Jones et al. 2003), треба да е координирано од соодветни специјалисти, за време на болничкиот престој. Оптималното време за почеток на структурирање и индивидуализирање на упатството зависи од физикалната состојба и когнитивниот капацитет на пациентот во разни фази од болеста и заздравувањето.

2. Белешки за подрачјето на упатството

NICE упатствата се развиваат во согласност со тоа кои подрачја се покриваат, а кои не се покриваат. Подрачјето на ова упатство е достапно на нашата интернет страница: Како ова упатство е создадено ('How this guidance was produced').

Целта на ова упатство е да обезбеди препораки, базирани на докази, за да им помогне на здравствените работници да обезбедат соодветна грижа на возрасни кои имаат потреба од рехабилитација по третман на критична болест.

3. Имплементација

NICE развила алатки за да се им се помогне на соодветните организации да го имплементираат ова упатство.

4. Препораки за истражување

- Кој е најефикасниот начин за идентификување на пациенти со ризик за развивање морбидитет по критична болест и тоа: физички морбидитет, психолошки морбидитет, како и когнитивни дисфункции? Како болеста прогредира и како да се мониторираат ефектите од третманот?
- Кај пациентите со висок ризик, која терапевтска стратегија е најефикасна и најеконимична за да се намали преваленцата на физичкиот и психолошкиот морбидитет, како и на когнитивните дисфункции, асоцирани со критичните болести?
- Кај пациентите со докажан морбидитет, кои специфични стратегии се најнефективни во клиничка и во економска смисла за намалување на големината на физичкиот и на психолошкиот морбидитет, како и на когнитивните дисфункции?
- За пациентите со висок ризик за морбидитет по критична болест, кои се клиничките и економските придобивки од организирана рехабилитациска грижа, наспроти стандардните постапки, во контекст на квалитетот на животот?
- Кај пациентите каде не е идентификуван висок ризик за асоциран морбидитет за критична болест, кои се клиничките и економските придобивки од организацијата на организирана рехабилитациска грижа, наспроти стандардните постапки, во контекст на квалитетот на животот?

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосно упатство

Целосното упатство, Рехабилитација по критична болест („Rehabilitation after critical illness“) содржи детали за методите и за доказите, употребени во развојот на ова упатство.

5.2 Брз водич за референци

Брзиот водич за референци за здравствени работници е достапен на нашата интернет страница.

5.3 „Разбирање на NICE упатствата“

Информации за пациентите и за родителите ('Understanding NICE guidance') се достапни на нашата интернет страница.

Ги охрабруваме NHS организациите, како и невладините и доброволните организации, да го употребуваат овој текст во нивните публикации, поврзани со рехабилитација по критична болест. Ги охрабруваме NHS организациите и НВО секторот да го употребуваат овој текст во нивните публикации, поврзани со рехабилитација по критична болест.

6. Поврзани NICE упатства

Публикувани

Мозочен удар: дијагноза и акутен третман кај мозочен удар и транзиторна исхемична атака. NICE клиничко упатство 68 (2008).

Повреда на глава: тријажа, процена, инвестирации и ран третман кај доенчиња, деца и возрасни. NICE клиничко упатство 56 (2007).

Акутни болни во болница: препознавање и одговор на акутна болест кај возрасни во болница. NICE клиничко упатство 50 (2007).

Секундарна превенција во примарна и секундарна грижа на пациенти по миокарден инфаркт. NICE клиничко упатство 48 (2007).

Депресија : третман на депресија во примарна и секундарна здравствена заштита. NICE клиничко упатство 23 (2007). [Заменето со Депресија: третман и справување со депресија кај возрасни (NICE клиничко упатство 90)].

Анксиозност: справување со анксиозност (панични нарушувања, со или без агорафобија, како и генерализирано анксиозно нарушување) кај возрасни во примарна, секундарна и социјална заштита. NICE клиничко упатство 22 (2007). [Заменето со Анксиозност: генерализирано анксиозно нарушување и панични нарушувања (со или без агорафобија) кај возрасни (NICE клиничко упатство 113)].

Деменција: поддршка на луѓе со деменција и нивните згрижувачи во здравствениот и социјалниот систем. NICE клиничко упатство 42 (2006).

Нутрициона поддршка на возрасни: орална нутрициска поддршка, ентерално хранење преку сонда и парентерална нутриција. NICE клиничко упатство 32 (2006).

Посттрауматски стрес синдром: третман на посттрауматски стрес синдром кај возрасни и деца во примарна и секундарна здравствена заштита. NICE клиничко упатство 26 (2005).

Делириум: дијагноза, превенција и справување. NICE клиничко упатство 103 (2010).

7. Освежување на упатството

NICE клиничките упатства се освежуваат по потреба, така што препораките имаат нови, важни информации. Новите докази ги проверуваме секои 3 години по публикување, а здравствените работници и пациентите се прашуваат за нивно мислење. Според сите овие информации носиме одлука дали целото упатство или еден дел треба да се освежи. Доколку има нови важни информации, освежувањето може да се реализира и многу побргу.

Додаток А: Група за развој на упатството (The Guideline Development Group) и Кус технички тим за клинички упатства (Short Clinical Guidelines Technical Team)

Група за развој на упатството

Групата за развој на упатството беше составена од здравствени професионалци, претставници на пациентите и NICE техничкиот тим.

Групата содржи 16 членови (в. <http://guidance.nice.org.uk/cg83>).

Кус технички тим за клинички упатства

Кусиот технички тим за клинички упатства беше одговорен за упатството за цело време на развојот. Тие беа одговорни за подготвување на информации за Групата за развој на упатството, за одбирање на други соодветни упатства и за одговори на коментарите.

Тимот содржи 7 членови, вработени во NICE (в. <http://guidance.nice.org.uk/cg83>).

Додаток В: Панел за рецензија на упатството (The Guideline Review Panel)

Панелот за рецензија на упатството (The Guideline Review Panel) е независен панел што го прегледал развојот на упатството и преземаат одговорност за мониторирање на процесот на создавање на NICE упатствата. Особено, тие обезбедуваат другите учесници во своите коментари да бидат одговорни. Овој панел вклучува членови од: примарната здравствена заштита, секундарната здравствена заштита, лаици, јавно здравје и индустријата.

Панелот содржи 5 членови (в. <http://guidance.nice.org.uk/cg83>).

За упатството

NICE клиничките упатства се препораки за третман и грижа на луѓето со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Ова упатство е развиено од Кус технички тим за клинички упатства (Short Clinical Guidelines Technical Team). Тимот работел со група на здравствени професионалци (консултанти, лекари, сестри), пациенти и нивни придружници, технички персонал, кои ги прегледале сите докази и дале предлог препораки. Препораките се финализирани по јавна консултација.

Методот и процесот на развој на NICE клиничките упатства е опишан во Прирачник за упатството ([The guidelines manual](#)). Упатството е развиено со употреба на Кус процес за клинички упатства [short clinical guideline process](#).

Ние публикувавме упатство за пациентите и стрателите/родителите. Алатките за имплементација на упатството, како и информациите за доказите, се достапни на нашата интернет страница.

Промени по публикацијата

17 април 2009: Коригиран е линкот до брзиот водич на референците.

20 декември 2011: Копиран во NICE образец, проверени линкови.

Ваша одговорност

Ова упатство го презентира погледот на NICE, којшто произлегува од внимателно разгледување на достапните докази. Здравствените професионалци треба во целост да го применат при носење на нивните клинички процени. Упатството не ја намалува индивидуалната одговорност на здравствените работни да носат одлуки соодветни за околностите и спецификите на секој одделен пациент, со консултација на пациентите и нивните придружници. Исто така, тие треба да бидат информирани за сите ординирани лекови.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на давателите на здравствена заштита. Нив ги потсетуваме дека имплементацијата е нивна одговорност, во локален контекст, во светло на нивните обврски за да се избегне незаконска дискриминација, во духот на промоција на еднаквите можности за сите. Ништо во ова упатство не смее да се интерпретира на начин којшто не е во согласност со овие начела.

Авторски права

© National Institute for Health and Clinical Excellence 2009.

Сите права се задржани. NICE материјалот може да се употребува за приватни истражувања и проучување и може да се репродуцира во едукациски и непрофитни цели. Не е дозволена репродукција од комерцијални организации или за комерцијални цели, без претходна писмена согласност од NICE.

Контакт

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