

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 ШИЗОФРЕНИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при шизофренија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при шизофренија 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 шизофренија 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. 17-3479/1
13 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Шизофренија

Основни интервенции во третманот и во менаџментот на шизофренијата кај возрасни во примарната и во секундарната грижа

Објавено: март 2009 год.

NICE клинички упатства 82
guidance.nice.org.uk/cg82

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	3
Клучни приоритети за имплементација	4
Пристап и обврска.....	4
Примарна грижа и физичко здравје.....	4
Психолошки интервенции	4
Фармаколошки интервенции.....	5
Интервенции за пациентите со шизофренија, чија болест не одговара адекватно на третманот.....	5
1. Упатство	6
1.1 Грижа во текот на сите фази.....	6
1.2 Започнување на третман (прва епизода)	9
1.3 Третман на акутната епизода	11
1.4 Унапредување на закрепнувањето	15
2. Забелешки за делокругот на упатството.....	20
3. Имплементација	21
4. Препораки за истражување	22
4.1 Аугментација на клозапин.....	22
4.2 Семејна интервенција.....	22
4.3 Тренинг за културелна компетентност на персоналот	23
5. Други верзии на ова упатство	24
5.1 Комплетно упатство.....	24
5.2 Информација за јавноста	24
6. Поврзани NICE упатства	25
7. Ажурирање на упатството	26
Додаток А: Група за развој на упатството	27
Додаток Б: Панел за ревизија на упатството.....	28
За ова упатство	29

Вовед

Ова клиничко упатство ажурира и заменува:

'Шизофренија: основни интервенции во третманот и во менаџментот на шизофренијата во примарната и во секундарната грижа' (NICE клиничко упатство 1).

'Упатство за употребата на новите (атипични) антипсихотици во третманот на шизофренијата' (NICE упатство за технолошка проценка 43).

Ова упатство го опфаќа третманот и менаџментот на шизофренијата и асоцираните растројства^[1] кај возрасни (18 години и постари) со утврдена дијагноза на шизофренија со почеток пред 60-годишна возраст. Упатството не се однесува на специфичниот третман кај млади пациенти под 18-годишна возраст, освен оние кои добиваат третман и поддршка од сервисите за рана интервенција.

Шизофренијата е големо психијатриско растројство или група на растројства, карактеризирани со психотични симптоми кои ја нарушуваат перцепцијата на индивидуата, мислите, афектот и однесувањето. Секоја индивидуа со ова растројство има единствена комбинација на симптоми и доживувања. Типично постои продромален период кој често се карактеризира со некои нарушувања во индивидуалното функционирање. Ова вклучува проблеми со паметењето и со концентрацијата, необично однесување и идеи, нарушена комуникација и афект и социјална изолација, апатија и редуциран интерес за секојдневните активности. Овие некогаш се нарекуваат 'негативни симптоми'. Продромалниот период често е следен со акутна епизода, карактеризирана со халуцинации, делузии и нарушено однесување. Овие некогаш се нарекуваат 'позитивни симптоми' и обично се придружени со агитација и немир. Следејќи го повлекувањето на акутната епизода, обично по фармаколошки, психолошки и други интервенции, симптомите се редуцираат и често исчезнуваат кај многу пациенти, иако понекогаш може да останат некои негативни симптоми. Оваа фаза, која може да трае повеќе години, може да биде прекинувана со рекурентни акутни епизоди, поради кои може да има потреба од дополнителна интервенција.

Иако ова е чест образец, текот на шизофренијата значајно варира. Некои пациенти може многу кратко да имаат позитивни симптоми, додека други може да ги доживуваат повеќе години. Некои немаат продромален период, растројството започнува одеднаш со акутна епизода.

Во текот на животот околу 1% од популацијата ќе развие шизофренија. Првите симптоми обично започнуваат во младо адултно доба, но може да се појават на секоја возраст, обично во период кога луѓето се обидуваат да направат транзиција кон независно живеење. Симптомите и однесувањето, асоцирани со шизофренијата, може да имаат стресогено влијание на семејството и на пријателите.

Дијагнозата на шизофренија си уште е асоцирана со значајна стигма, страв и ограничено разбирање на јавноста. Првите неколку години по почетокот може да бидат особено вознемирувачки и хаотични и тогаш е повисок ризикот за суицид. Кога акутната епизода е завршена, често постојат други проблеми, како што е социјалната изолација со редуцирани можности за враќање на работа или учење и проблеми во создавањето на нови релации.

Скоро се случуваше ново развивање на сервисите за рана детекција и интервенција, фокусирање на долготрајното оздравување и промовирање на изборите на пациентите за третман на нивната состојба. Постои доказ дека повеќето пациенти ќе закрепнат, иако некои ќе имаат тешкотии кои опстојуваат или ќе останат подложни на идни епизоди. Не секој ќе прифати помош од статутарните сервиси. Во текот на долготраен период, повеќето пациенти ќе најдат начини да се справат со акутните проблеми и да ги компензираат тешкотиите кои останале.

Негувателите, роднините и пријателите на лицата со шизофренија се значајни и во процесот на проценка и обврска, како и при долготрајното успешно спроведување на ефикасен третман. Ова упатство го користи терминот 'негувател' кој се однесува на секој кој има близок контакт со лицето со шизофренија, вклучувајќи ги застапниците, пријателите или членовите на семејството, иако некои членови на семејството може да одберат да не бидат негуватели.

Шизофренијата често е асоцирана со бројни други состојби, како што се депресијата, анксиозноста, посттравматското стресно растројство, растројството на личност и злоупотребата на супстанции. Ова упатство не ги опфаќа овие состојби. NICE создаде посебни упатства за третманот на овие состојби.

Упатството претпоставува дека докторите кои ординираат ќе го користат резимето за карактеристиките на лекот за да се информираат за нивната одлука за индивидуалните пациенти.

[1] Ова вклучува шизоафективно растројство, шизофрениформно растројство и делузивно растројство.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство нуди најдобар практичен совет за грижата за пациентите со шизофренија. Третманот и грижата треба да ги имаат во предвид потребите и приоритетите на корисниците на сервисот. Пациентите со шизофренија треба да имаат можност да донесуваат информирани одлуки, вклучувајќи комплексни и далекусежни одлуки и изјави за нивната грижа и третман во партнерство со нивните здравствени професионалци. Ако корисниците на сервисот немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствените професионалци треба да го следат Советот за согласност при Одделението за здравство и кодот на праксата кој го придружува Законот за ментален капацитет. Во Велс, здравствените професионалци треба да ја следат препораката за согласност од владата на Велс.

Добрата комуникација меѓу здравствените професионалци и корисниците на сервисот е значајна. Таа треба да биде поддржана со писмени информации, базирани на докази, прилагодени кон потребите на корисниците на сервисот. Третманот и грижата, како и информацијата за нив која ја добиваат корисниците на сервисот, треба да бидат културелно соодветни. Исто така, треба да бидат достапни за лицата со дополнителни потреби, како физички хендикеп, сензорни или пречки во учењето, како и за пациентите кои не говорат или читаат англиски јазик.

Ако корисникот на сервисот, со ментален капацитет да го стори тоа се согласи, семејствата и негувателите треба да имаат можност да бидат вклучени во одлуките за нивниот третман и грижа.

На семејствата и на негувателите исто така треба да им се даде информација и поддршка која им е потребна.

Клучни приоритети за имплементација

Пристап и обврска

- Здравствените професионалци кои работат со пациенти со шизофренија треба да се осигураат дека се компетентни во:
 - Вештини за проценка на пациенти од различни етнички и културни средини.
 - Користење на објаснувачки модели на болест за пациентите од различни етнички и културни средини.
 - Објаснување на причините за шизофренија и опциите за третман.
 - Упатеност во културните и во етничките разлики во очекувањата од третманот и придржувањето кон него.
 - Упатеност во културните и во етничките разлики во верувањата кои се однесуваат на биолошките, социјалните и на семејните влијанија на причините за нарушената психичка состојба.
 - Преговарачки вештини за работење со семејствата на пациентите со шизофренија.
 - Справување со конфликт и негово разрешување.
- Сервисите за ментално здравје треба да работат во соработка со локалните економски акционери, вклучувајќи ги и оние кои ги претставуваат групите на црнечко и етничко малцинство, за да им овозможат на лицата со ментални проблеми, вклучувајќи ја шизофренијата, да имаат достап до локалните вработувања и едукативните можности. Ова треба да биде прилагодено на потребите на пациентот и на неговиот степен на вештина и, најверојатно, вклучува работење со агенции, како центри за работа, советници за вработување на инвалиди и нестатутарни вработувачи.
- Здравствените тимови кои работат со пациентите со шизофренија треба да идентификуваат здравствен професионалец кој ќе управува со тимот и чија одговорност е да мониторира и да прегледува:
 - Достапност и обврска на психолошките интервенции.
 - Одлуки да се понудат психолошки интервенции и нивна еднаква достапност кај различни етнички групи.

Примарна грижа и физичко здравје

- Докторите на медицина и другите здравствени професионалци од примараната грижа треба да го мониторираат соматското здравје на пациентите со шизофренија најмалку еднаш годишно. Да се фокусираат на проценката на ризикот за кардиоваскуларна болест, како што е опишано во 'Липидна модификација' (NICE клиничко упатство 67), но да се има на ум дека пациентите со шизофренија имаат повисок ризик за кардиоваскуларни болести отколку општата популација. Копија од резултатите треба да биде испратена до координаторот на грижата и/или до психијатарот и да се внесат во забелешките на секундарната грижа.

Психолошки интервенции

- Понудете когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ) на сите пациенти со шизофренија. Таа може да биде започната или во текот на акутната фаза^[2] или подоцна, вклучително и во интрахоспитални услови.

- Понудете семејна интервенција на сите семејства на пациентите со шизофренија кои живеат со нив или се во близок контакт со корисниците на сервисот. Таа може да биде започната или во текот на акутната фаза^[3] или подоцна, вклучително и во интрахоспитални услови.

Фармаколошки интервенции

- На пациентите со скоро дијагностицирана шизофренија, понудете им орален антипсихотичен медикамент. Обезбедете информација и дискутирајте за профилот на предности и несакани ефекти на секој медикамент со корисниците на сервисот. Изборот на лек треба да биде направен од корисникот на сервисот заедно со здравствениот професионалец, земајќи ги во предвид:
 - Релативниот потенцијал на индивидуалните антипсихотични медикаменти да предизвикаат екстрапирамидни несакани ефекти (вклучувајќи акатизија), метаболните несакани ефекти (вклучувајќи зголемена телесна тежина) и други несакани ефекти (вклучувајќи непријатно субјективно доживување).
 - Гледиштето на професионалецоот со кое се согласува корисникот на сервисот.
- Не започнувајте комбинирана антипсихотична медикација, освен во текот на кратки периоди (на пример, кога се менува медикаментот).

Интервенции за пациентите со шизофренија, чија болест не одговара адекватно на третманот

- За пациентите со шизофренија, чија болест не одговара адекватно на фармаколошкиот или на психолошкиот третман:
 - Да се ревидира дијагнозата.
 - Да се утврди дека постоело придржување на антипсихотичните медикаменти, ординирани во соодветна доза и со правилно времетраење.
 - Да се ревидира обврската и употребата на психолошките третмани и да се осигура дека тие биле понудени во согласност со ова упатство. Ако била спроведена семејна интервенција, предложете КБТ; ако била спроведена КБТ, сугерирајте семејна интервенција за лицата во близок контакт со нивните семејства.
 - Разгледајте ги другите причини за резистентност, како што се коморбидна злоупотреба на супстанции (вклучително и алкохол), истовремена употреба на други ординирани медикаменти или соматска болест.
- Понудете клозапин за пациентите со шизофренија, чија болест не одговорила адекватно на третманот и покрај доследната употреба на соодветни дози на најмалку два различни антипсихотични медикаменти. Најмалку еден од медикаментите треба да биде неклозапински антипсихотик од втората генерација.

[2] КБТ треба да биде спроведена како што е опишано во препораката 1.3.4.12.

[3] Семејната интервенција треба да биде спроведена како што е опишано во препораката 1.3.4.13.

1. Упатство

Упатството кое следува е базирано на најдобро достапните докази и се однесува на сите здравствени професионалци^[4] кои работат со пациентите со шизофренија и, ако е соодветно, и за нивните негуватели. Комплетното упатство дава детали за методите и за доказите кои се користени за развој на упатството.

1.1 Грижа во текот на сите фази

1.1.1 Оптимизам

1.1.1.1 Работете во партнерство со пациентите со шизофренија и со нивните негуватели. Понудете помош, третман и грижа во атмосфера на надеж и оптимизам. Посветете време на градење на супортивни и емпатични релации како значаен дел од грижата.

1.1.2 Раса, култура и етникум

Препораките кои следуваат се однесуваат на сите пациенти со шизофренија и на нивните негуватели. Сепак, лицата од црнечките и од групите на етнички малцинства со шизофренија веројатно се повеќе обесправени отколку лицата од другите групи или имаат слаб пристап и/или обврска со сервисите за ментално здравје. Нивните посебни потреби може да бидат насочени со следниве препораки.

1.1.2.1 Кога работите со пациентите со шизофренија и со нивните негуватели:

- Избегнувајте да користите клинички јазик (термини) или сведете го на минимум.
- Осигурајте дека детално напишаната информација е достапна на соодветен јазик и, ако е можно, во аудио формат.
- Обезбедете и работете вешто со толкувачи, ако е потребно.
- Понудете список на локални едукатори кои можат да обезбедат учење на англиски јазик за лицата кои имаат тешкотии во зборувањето и во разбирањето на јазикот.

1.1.2.2 Здравствените професионалци кои немале искуство со работење со пациенти со шизофренија од различни етнички и културни средини треба да бараат совет и супервизија од здравствените професионалци кои се искусни во работењето транскulturелно.

1.1.2.3 Здравствените професионалци кои работат со пациенти со шизофренија треба да се осигураат дека се компетентни во:

- Проценка на вештините за пациенти од различни етнички и културни средини.
- Користење на објаснувачки модели на болест за пациентите од различни етнички и културни средини.
- Објаснување на причините за шизофренија и опциите за третман.
- Упатеност во културните и во етничките разлики во очекувањата од третманот и придржувањето кон него.

- Упатеност во културните и во етничките разлики во верувањата кои се однесуваат на биолошките, социјалните и на семејните влијанија на причините за нарушената психичка состојба.
- Преговарачки вештини за работење со семејствата на пациентите со шизофренија.
- Справување со конфликт и негово разрешување.

1.1.2.4 Сервисите за ментално здравје треба да работат заедно со локалните волонтерски групи на црнечко и етничко малцинство за да осигураат дека на лицата од различни етнички и културни средини им е обезбеден културелно соодветен психолошки и психосоцијален третман, доследен на ова упатство и е спроведен од страна на компетентни практичари.

1.1.3 Добивање рана помош

1.1.3.1 Здравствените професионалци треба што е можно побргу да го олеснат пристапот до проценка и третман и да го промовираат раниот пристап во текот на сите фази од грижата.

1.1.4 Проценка

1.1.4.1 Осигурајте дека пациентите со шизофренија добиваат сеопфатна мултидисциплинарна проценка, вклучувајќи психијатриска, психолошка и проценка на соматското здравје. Проценката, исто така, треба да биде насочена кон следново:

- Сместување.
- Култура и етникум.
- Економски статус.
- Професија и едукација (вклучувајќи вработеност и функционирање).
- Историја за ординирани и неординирани лекови.
- Квалитет на живот.
- Одговорност за деца.
- Ризик од повредување себеси или други лица.
- Сексуално здравје.
- Социјална мрежа.

1.1.4.2 Рутинско мониторирање за други коегзистирачки состојби, вклучувајќи депресија и анксиозност, особено во раните фази од третманот.

1.1.5 Обезбедување на сеопфатни сервиси

1.1.5.1 Сите тимови кои обезбедуваат сервиси за лицата со шизофренија треба да понудат опсежен ранг на интервенции во согласност со ова упатство.

1.1.5.2 Сите тимови кои обезбедуваат сервиси за лицата со шизофренија треба да понудат социјални, групни и физички активности за пациентите со шизофренија (вклучително и во интрахоспитални услови) и да ги забележуваат закажувањата во нивниот план за грижа.

1.1.6 Работење во партнерство со негувателите

1.1.6.1 Кога се работи со негувателите на пациентите со шизофренија:

- Обезбедете писмена и вербална информација за шизофренијата и нејзиниот менаџмент, вклучувајќи и тоа како семејствата и негувателите може да помогнат во текот на сите фази од третманот.
- Понудете им проценка на негувателите.
- Обезбедете информација за локалните групи на негуватели и за групите за поддршка на семејствата, како и за волонтерските организации и помогнете им на негувателите да имаат пристап кон нив.
- Ако е соодветно, доверливо преговарајте и поделете ја информацијата меѓу корисникот на сервисот и негувателите.
- Пристапете кон потребите на секое дете во семејството, вклучувајќи ги и младите негуватели.

1.1.7 Согласност, капацитет и одлуки за третман

1.1.7.1 Пред да се донесе одлука за третман, здравствените професионалци треба да се осигураат дека тие:

- На корисниците на сервисот и на негувателите им обезбедуваат потполна, соодветно обликувана, специфична за пациентот информација за шизофренијата и нејзиниот менаџмент, да обезбедат информирана согласност пред започнувањето на третманот.
- Ги разбираат и ги применуваат принципите кои се базираат на Законот за ментален капацитет и се свесни дека менталниот капацитет е специфичен за одлуката (односно, ако постои сомневање за менталниот капацитет, неговата проценка треба да се врши во врска со секоја одлука).
- Ако имаат сомнеж, можат да го проценат менталниот капацитет со користење на сетот тестови од Законот за ментален капацитет.
- Овие принципи треба да се применуваат без разлика дали пациентите се во затворена институција или се лекувани по Законот за ментален капацитет и се особено значајни за пациентите од црчките и од групите на етничко малцинство.

1.1.7.2 Кога се употребува Законот за ментален капацитет, информирајте ги корисниците на сервисот за нивното право да апелираат до највисокиот трибунал (ментално здравје). Поддржете ги корисниците на сервисот кои одбрале да апелираат.

1.1.8 Комплексни и далекусежни одлуки и изјави

1.1.8.1 Комплексните и далекусежните одлуки и изјави треба да се развијат во соработка со пациентите со шизофренија, особено ако нивната болест е тешка и тие се третирани во согласност со Законот за ментален капацитет. Запишете ги одлуките и изјавите и вклучете копии во планот за грижа во примарната и во секундарната заштита. Дајте им копии на корисниците на сервисот и на нивниот координатор за грижа, како и на нивните негуватели ако со тоа се согласуваат корисниците на сервисот.

1.1.8.2 Комплексните и далекусежните одлуки и изјави треба да бидат во согласност со Законот за ментален капацитет. Иако одлуките може да бидат укинати со користење на Законот за ментален капацитет, здравствените професионалци треба да настојуваат да ги почитуваат комплексните и далекусежните одлуки и изјави секогаш кога е тоа возможно.

1.1.9 Второ мислење

1.1.9.1 Одлуката од страна на корисникот на сервисот, како и негувателот, кога е тоа соодветно, да бара второ мислење за дијагнозата треба да се поддржи, особено со оглед на значајните индивидуални и социјални последици од дијагностицирањето на шизофренија.

1.1.10 Трансфер меѓу сервиси

1.1.10.1 Однапред дискутирајте за трансфер од еден сервис на друг со корисникот на сервисот и со негувателот, кога тоа е соодветно. Користете го приодот на програмата за здравствена заштита за да помогнете во обезбедувањето ефикасна соработка со другите здравствени работници во текот на трансферот. Вклучете детали за тоа како да се пристапи до сервисите во периодите на криза.

1.2 Започнување на третман (прва епизода)

1.2.1 Рано упатување

1.2.1.1 Итно упатете ги сите пациенти со прва презентација на психотични симптоми во примарната заштита до локалниот општински секундарен сервис за ментално здравје (на пример, разрешување на криза и тим за третман во домашни услови, сервис за рана интервенција, општински тим за ментално здравје). Упатувањето до сервисите за рана интервенција може да биде од примарната или од секундарната заштита. Изборот на тимот треба да биде детерминиран од фазата и интензитетот на болеста, како и од локалните услови.

1.2.1.2 Спроведете комплетна проценка на пациентите со психотични симптоми во секундарната заштита, вклучувајќи и психијатриска проценка. Што е можно поскоро, напишете план за здравствена заштита во соработка со корисниците на сервисот. Испратете копија до здравствениот професионалец од примарната грижа кој го упатил пациентот, како и до корисникот на сервисот.

1.2.1.3 Вклучете план за криза во планот за здравствена заштита, заснован на проценката на вкупниот ризик. Планот за криза треба да ја дефинира улогата на примарната и на секундарната грижа и да ги идентификува клучните клинички контакти во случај на итност или претстојечка криза.

1.2.2 Сервиси за рана интервенција

1.2.2.1 Понудете сервиси за рана интервенција на сите пациенти со прва епизода или прва презентација на психоза, независно од возраста на пациентот или времетраењето на нелекуваната психоза. Упатувањето до сервисите за рана интервенција може да биде од примарната или од секундарната грижа.

1.2.2.2 Сервисите за рана интервенција треба да имаат цел да обезбедат потполн ранг на релевантни фармаколошки, психолошки, социјални, работни и едукативни интервенции за пациентите со психоза, во согласност со ова упатство.

1.2.3 Ран третман

1.2.3.1 Ако е неопходно докторите по општа медицина да започнат антипсихотична медикација, тие треба да имаат искуство во лекувањето на шизофренијата. Антипсихотичните медикаменти треба да се даваат како што е опишано во делот 1.2.4.

1.2.4 Фармаколошки интервенции

1.2.4.1 На пациентите со скоро дијагностицирана шизофренија, понудете им орални антипсихотични медикаменти. Обезбедете информација и дискутирајте со корисникот на сервисот за бенефитите и за профилот на несакани ефекти на секој лек. Изборот на лек треба да биде направен од корисникот на сервисот и од здравствениот професионалец заедно, земајќи ги во предвид:

- Релативниот потенцијал на индивидуалните антипсихотични медикаменти да предизвикаат екстрапирамидни несакани ефекти (вклучувајќи акатизија), метаболни несакани ефекти (вклучувајќи зголемена телесна тежина) и други несакани ефекти (вклучувајќи непријатни субјективни доживувања).
- Гледиштето на негувателот ако за тоа се согласува корисникот на сервисот.

Како да се употребуваат орални антипсихотични медикаменти

1.2.4.2 Пред започнување на антипсихотичната медикација, понудете им електрокардиограм (ЕКГ) на пациентите со шизофренија ако:

- Тоа е специфицирано во резимето за карактеристиките на лекот.
- Соматската егзаминација идентификувала специфичен кардиоваскуларен ризик (како што е дијагностициран висок крвен притисок).
- Постои индивидуална историја за кардиоваскуларна болест или корисникот на сервисот е хоспитализиран.

1.2.4.3 Третманот со антипсихотици треба да ги земе во предвид експлицитните индивидуални медикаментозни експерименти. Вклучете го следново:

- Запишете ги индикациите и очекуваните бенефити и ризици од оралните антипсихотични медикаменти, како и очекуваното време за промена на симптомите и појава на несакани ефекти.
- Во почетокот на третманот ординирајте ја најниската доза од дозволеният опсег и бавно титрирајте нагоре во рамките на рангот за дозирање, даден во Англиската национална формула или во резимето за карактеристиките на лекот.
- Оправдајте ги и запишете ги причините за дозирање надвор од рангот даден во Англиската национална формула или во резимето за карактеристиките на лекот.
- Редовно и систематично мониторирајте го и запишете го следново, во текот на целокупниот третман, особено во текот на титрирањето:

- Ефикасност, вклучувајќи промени во симптомите и во однесувањето.
- Несакани ефекти од третманот, да се земе во предвид препокривањето меѓу одредени несакани ефекти и клиничките карактеристики на шизофренијата, на пример, препокривањето меѓу акатизијата и агитацијата или анксиозноста.
- Придржување.
- Соматско здравје.
- Запишете ги принципите за продолжување, менување или прекинување на медикаментите, како и ефектите од таквите промени.
- Спроведете го обидот со медикаментот во оптимална доза во текот на 4-6 седмици.

1.2.4.4 Дискутирајте со корисникот на сервисот и, ако е соодветно со негувателот, за секој неординиран лек кој корисникот на сервисот има желба да го користи (вклучувајќи ги и дополнителните лекови). Дискутирајте за безбедноста и за ефикасноста на лековите и можната интеракција со терапевтските ефекти на ординираните медикаменти и психолошките третмани.

1.2.4.5 Дискутирајте со корисникот на сервисот и, ако е соодветно со негувателот, за употребата на алкохол, цигари, ординирани и неординирани медикаменти и недозволен лекови. Дискутирајте за нивните можни интеракции со терапевтските ефекти на ординираните медикаменти и со психолошките третмани.

1.2.4.6 'Потребните' прескрипции на антипсихотични медикаменти треба да бидат направени како што е опишано во препораките 1.2.4.3. Секоја седмица или, пак, како што е соодветно, разгледувајте ги клиничките индикации, честотата на примена, терапевтските бенефити и несаканите ефекти. Проверете дали 'потребните' прескрипции довеле до дозирање над максималното специфицирано во Англиската национална формула или во резимето за карактеристите на лекот.

1.2.4.7 Не користете оптоварувачки дози на антипсихотици (често познато како 'рапидна невротизација').

1.2.4.8 Не иницирајте редовна комбинирана антипсихотична медикација, освен за кратки периоди (на пример, кога го заменуваат лекот).

1.2.4.9 Ако се ординира chlorpromazine, предупредете за неговиот потенцијал да предизвика фотосензитивност на кожата. Советувајте употреба на средство за заштита од сонце, ако е потребно.

1.3 Третман на акутната епизода

1.3.1 Интервенции на различни нивоа на сервисот

1.3.1.1 Разгледајте ги општинските тимови за ментално здравје паралелно со другите општински тимови како начин за обезбедување на сервиси за пациентите со шизофренија.

- 1.3.1.2 Општинските тимови за разрешување на криза и третман во домашни услови треба да се користат за да ги поддржуваат пациентите со шизофренија во текот на акутната епизода. Тимовите треба да посветат особено внимание на мониторинг на ризикот како високо приоритетна рутинска активност.
- 1.3.1.3 Тимовите за разрешување на криза и третман во домашни услови треба да ги земат во предвид пациентите со шизофренија кои може да имаат бенефит од раното отпуштање од болница, следејќи го периодот на хоспитална нега и грижа.
- 1.3.1.4 Акутните дневни болници треба да бидат земени во предвид, паралелно со тимовите за разрешување на криза и третман во домашни услови, како алтернатива за акутната хоспитализација и да помогнат во раното отпуштање од болница.

1.3.2 Фармаколошки интервенции

- 1.3.2.1 На пациентите со акутна егзацербација или рецидив на шизофренија понудете им орални антипсихотични медикаменти. На изборот на лек треба да влијаат истите критериуми, препорачани за почетен третман (видете го делот 1.2.4). Земете ги во предвид клиничкиот одговор и несаканите ефекти од актуелните и од претходните медикаменти на корисникот на сервисот.

1.3.3 Брза седација

- 1.3.3.1 Повремено пациентите со шизофренија во текот на акутната епизода презентираат непосреден ризик кон себеси или кон другите и може да имаат потреба од брза седација. Третманот на непосредниот ризик треба да ги следи релевантните NICE упатства (види ги препораките 1.3.3.2 и 1.3.3.5).
- 1.3.3.2 Следете ги препораките на 'Насилство' (NICE клиничко упатство 25) кога се соочувате со заканувачко насилство или кога се зема во предвид брзата седација.
- 1.3.3.3 По брзата седација, понудете му на пациентот со шизофренија можност да дискутира за неговите доживувања. Снабдете го со јасно објаснување на одлуката да се употреби ургентна седација. Запишете го ова во неговите забелешки.
- 1.3.3.4 Осигурајте се дека пациентот со шизофренија има можност во неговите забелешки да напише известување за неговото доживување од брзата седација.
- 1.3.3.5 Кога се справувате со автодеструктивно однесување на пациентите со шизофренија, следете ги препораките од 'Автодеструктивност' (NICE клиничко упатство 16).

1.3.4 Психолошки и психосоцијални интервенции

- 1.3.4.1 Понудете когнитивно-бихејвиорална терапија (КБТ) на сите пациенти со шизофренија. Ова може да биде започнато или во текот на акутната фаза^[5] или подоцна, вклучувајќи и во интрахоспитални услови.

- 1.3.4.2 Понудете семејна интервенција на сите семејства на пациентите со шизофренија кои живеат со нив или се во близок контакт со корисникот на сервисот. Ова може да биде започнато или во текот на акутната фаза^[6] или подоцна, вклучувајќи и во интрахоспитални услови.
- 1.3.4.3 Размислете да понудите и арт терапија за сите пациенти со шизофренија, особено за редуцирање на негативните симптоми. Ова може да биде започнато или во текот на акутната фаза или подоцна, вклучувајќи и во интрахоспитални услови.
- 1.3.4.4 Не нудете рутински советување и супортивна психотерапија (како специфични интервенции) на сите пациенти со шизофренија. Како и да е, земете го во предвид она што го претпочита корисникот на сервисот, особено ако други повеќе ефикасни психолошки третмани, како што е КБТ, семејна интервенција и арт терапија не се локално достапни.
- 1.3.4.5 Не нудете терапија за поддршка (како специфична интервенција) кај пациентите со шизофренија.
- 1.3.4.6 Рутински не нудете тренинг за социјални вештини (како специфична интервенција) кај пациентите со шизофренија.

Принципи за обезбедување на психолошки интервенции

- 1.3.4.7 Кога обезбедувате психолошки интервенции, рутински и систематски мониторирајте го опсегот на исходи од релевантните области, вклучувајќи го и задоволството кај корисникот на сервисот и, ако тоа е соодветно, задоволството кај негувателот.
- 1.3.4.8 Здравствените тимови кои работат со пациентите со шизофренија треба да идентификуваат здравствен професионалец кој ќе биде лидер на тимот и чија одговорност е да мониторира и да разгледува:
- Достапност и обврска за психолошките интервенции.
 - Одлуки да се понудат психолошки интервенции и еднаквост на достапноста кај различни етнички групи.
- 1.3.4.9 Здравствените професионалци кои обезбедуваат психолошки интервенции треба:
- Да имаат соодветно ниво на компетентност во спроведувањето на интервенцијата кај пациенти со шизофренија.
 - Да бидат редовно под супервизија во текот на психолошката терапија од страна на компетентен терапевт и супервизор.
- 1.3.4.10 Довербата треба да обезбеди пристап до тренинг кој ги снабдува здравствените професионалци со компетенции, потребни за спроведување на психолошките терапевтски интервенции, препорачани во ова упатство.

1.3.4.11 Кога психолошките третмани, вклучувајќи ја и арт терапијата, се започнати во акутната фаза (вклучително и во интрахоспитални услови), целосниот тек треба да се продолжи по отпуштањето од болница, без непотребни прекини.

Спроведување на психолошки интервенции

1.3.4.12 КБТ треба да биде спроведена во текот на најмалку 16 планирани сесии и:

- Следете го упатството за третман^[7] така што:
 - Пациентите можат да воспостават поврзаност меѓу нивните мисли, чувства или постапки со нивните актуелни симптоми или со симптомите од минатото и/или функционирањето.
 - Реевалуација на перцепциите на пациентите, нивните верувања или размислување, поврзано со таргет симптомите.
- Исто така, вклучете и најмалку една од следниве компоненти:
 - Пациентите ги мониторираат нивните сопствени мисли, чувства или однесувања со респект на нивните симптоми или рецидив на симптомите.
 - Промовирање на алтернативни начини за справување со таргет симптомите.
 - Редуцирање на стресот.
 - Унапредување на функционирањето.

1.3.4.13 Семејната интервенција треба:

- Да го вклучи пациентот со шизофренија ако е тоа практично
- да се спроведува во период меѓу 3 месеци и 1 година.
- Да вклучи најмалку 10 планирани сесии,
- Да ги земе во предвид претпочитањата на целото семејство или за само една семејна интервенција или за повеќе групни семејни интервенции.
- Да ја земе во предвид релацијата меѓу главниот негувател и пациентот со шизофренија.
- Да има специфична супортивна, едукативна или терапевтска функција и да вклучи спогодувачко решавање на проблем или работа на справување со криза.

1.3.4.14 Арт терапијата треба да ја спроведува регистриран арт терапевт во Советот за здравствени професии, со претходно искуство во работата со пациенти со шизофренија. Интервенцијата треба да биде спроведувана во групи, освен кога тешкотиите со прифатливоста, пристапот и обврската индицираат поинаку. Арт терапијата треба да комбинира психотерапевтски техники со активност чија цел е промовирање на креативна експресија, која често е неструктурирана и водена од страна на корисникот на сервисот. Целите на арт терапијата треба да вклучат:

- Овозможување на пациентите со шизофренија да се доживеат себеси различно и да развијат нови начини на поврзаност со другите.
- Да им помогне на пациентите да се изразат себеси и да го организираат нивното доживување во задоволувачка естетска форма.
- Да им помогне на пациентите да ги прифатат и да ги разберат чувствата кои може да се појават во текот на креативниот процес (во некои случаи

вклучувајќи и како се случило тие да ги имаат тие чувства) со брзина соодветна за пациентот.

1.3.5 Ран пост-акутен период

Во раниот период на закрепнување, кој ја следи акутната епизода, корисниците на сервисот и здравствените професионалци ќе треба заедно да ја рефлектираат акутната епизода и нејзиното влијание, како и да направат планови за грижа и нега во иднина.

- 1.3.5.1 По секоја акутна епизода, охрабнете ги пациентите со шизофренија да напишат известување за нивната болест во нивните белешки.
- 1.3.5.2 Здравствените професионалци може да ја земат во предвид употребата на психоаналитичките и психодинамските принципи за да им помогнат да ги разберат доживувањата на пациентите со шизофренија и нивните интерперсонални релации.
- 1.3.5.3 Информирајте ги корисниците на сервисот дека постои висок ризик од релапс ако ја прекинат медикаментозната терапија во следните 1-2 години.
- 1.3.5.4 Ако ја прекинувате антипсихотичната медикација, спроведете го тоа постепено и редовно контролирајте за знаци и симптоми на релапс.
- 1.3.5.5 По прекилот на антипсихотиците, продолжете со мониторинг за знаци и симптоми на релапс во период од најмалку 2 години.

1.4 Унапредување на закрепнувањето

1.4.1 Примарна грижа

- 1.4.1.1 Развијте и користете практични регистри за случаи за мониторинг на соматското и на менталното здравје на пациентите со шизофренија во примарната грижа.
- 1.4.1.2 Докторите на медицина и другите здравствени професионалци од примарната заштита треба да го контролираат соматското здравје на пациентите со шизофренија најмалку еднаш годишно. Фокусирајте се на проценката на ризикот за кардиоваскуларна болест, како што е опишано во 'Липидна модификација' (NICE клиничко упатство 67) и имајте на ум дека пациентите со шизофренија имаат повисок ризик за кардиоваскуларна болест отколку општата популација. Копија од резултатите треба да биде испратена на координаторот на грижата и/или на психијатарот и да се внесат во забелешките на секундарната заштита.
- 1.4.1.3 Пациентите со шизофренија кои имаат зголемен ризик за развој на кардиоваскуларна болест и/или дијабет (на пример, со покачен крвен притисок, зголемени нивоа на липиди, пушачи, зголемени димензии на струкот) треба да бидат идентификувани при најрана можност. Нивната

здравствена заштита треба да биде спроведувана, користејќи го соодветното NICE упатство за превенција на овие состојби^[8].

- 1.4.1.4 Лекувајте ги пациентите со шизофренија кои имаат дијабет и/или кардиоваскуларна болест во примарната здравствена заштита во согласност со соодветното NICE упатство^[8].
- 1.4.1.5 Здравствените професионалци од секундарната заштита, како дел од програмата за здравствена заштита, треба да се осигураат дека пациентите со шизофренија добиваат соматска здравствена заштита во примарното здравство како што е опишано во препораките 1.4.1.1–1.4.1.4.
- 1.4.1.6 Кога пациентот со потврдена дијагноза шизофренија презентира суспектен релапс (на пример, интензивирани психотични симптоми или значајно зголемена употреба на алкохол или други супстанции), професионалецот од примарното здравство треба да го упати во одделот за криза од планот за здравствена заштита. Да се земе во предвид упатувањето до клучниот клиничар или до координаторот за грижа, идентификувани во планот за криза.
- 1.4.1.7 За пациентот со шизофренија кој добива здравствена заштита во примарното здравство, да се земе во предвид повторно упатување до секундарната здравствена заштита ако постои:
- Сиромашен одговор на третманот.
 - Непридржување кон медикацијата.
 - Нетолерантни несакани ефекти од медикаментите.
 - Коморбидна злоупотреба на супстанции.
 - Ризик за себеси или за другите.
- 1.4.1.8 Кога повторно се упатуваат пациентите со шизофренија до сервисите за ментално здравје, да се земат во предвид барањата на корисникот на сервисот и на негувателот, особено за:
- Преглед на несаканите ефекти од постоечките третмани.
 - Психолошките третмани или други интервенции.
- 1.4.1.9 Кога пациентот со шизофренија планира да се пресели во регион со различен национален здравствен сервис, треба да се договори средба меѓу вклучениот сервис и корисникот на сервисот за да се усогласи план за преминување пред трансферот. Актуелниот план за здравствена заштита на пациентот треба да биде испратен до новата секундарна здравствена заштита и до оние кои ја спроведуваат примарната заштита.

1.4.2 Интервенции на различни нивоа на сервисот

- 1.4.2.1 Треба да бидат обезбедени врвни доверливи тимови за пациентите со сериозни психички растројства, вклучувајќи ги и пациентите со шизофренија, кои користат голем дел од хоспиталните сервиси и кои имаат историја за сиромашна релација со сервисите, што води кон чести релапси и/или социјален колапс (манифестиран со бездомништво или сериозно неадекватно сместување).

1.4.3 Психолошки интервенции

- 1.4.3.1 Понудете КБТ за да помогнете во промовирање на закрепнувањето кај пациенти со перзистирачки позитивни и негативни симптоми и кај пациентите во ремисија. Спроведете КБТ, како што е опишано во препораките 1.3.4.12.
- 1.4.3.2 Понудете семејна интервенција за семејствата на пациентите со шизофренија кои живеат со нив или се во близок контакт со корисникот на сервисот. Спроведете семејна интервенција, како што е опишано во препораките 1.3.4.13.
- 1.4.3.3 Семејната интервенција може особено да биде корисна за семејствата на пациентите со шизофренија кои имаат:
- Неодамнешен релапс или се со ризик за релапс.
 - Перзистирачки симптоми.
- 1.4.3.4 Земете го во предвид предложувањето на арт терапијата за да помогнете во промовирање на закрепнувањето, особено кај пациенти со негативни симптоми.

1.4.4 Фармаколошки интервенции

- 1.4.4.1 На изборот на лек треба да влијаат истите критериуми кои се препорачани за започнување на третманот (видете го делот 1.2.4).
- 1.4.4.2 Не користете стратегии за одржување со директно, интермитетно дозирање [9] рутински. Сепак, земете ги во предвид за пациенти со шизофренија кои не сакаат да прифатат режим на континуирано одржување или ако постои друга контраиндикација за терапијата за одржување, како што е сензитивност на несаканите ефекти.
- 1.4.4.3 Размислете за предлагање на депо парентерална антипсихотична медикација кај пациентите со шизофренија:
- Кои претпочитаат таков третман по акутна епизода,
 - каде избегнувањето на прикриеното непридржување (намерно или ненамерно) кон антипсихотичните медикаменти е клинички приоритет во планот за третман.

1.4.5 Користење на депо парентерална антипсихотична медикација

- 1.4.5.1 Кога се започнува депо парентералната антипсихотична медикација:
- Земете ги во предвид склоностите на корисникот на сервисот и односот кон начинот на администрација (редовни интрамускулни инјекции) и организационите процедури (на пример, посети во домот и локацијата на клиниките).
 - Земете ги во предвид истите критериуми, препорачани за употреба на оралната антипсихотична медикација (видете го делот 1.2.4), особено во однос на ризиците и на бенефитите од медикаментозниот режим.
 - Иницијално употребете ниска тест доза, како што е поставено во Англиската национална формула или во резимето за карактеристиките на продуктот.

1.4.6 Интервенции за пациентите со шизофренија, чија болест не одговорила адекватно на третманот

1.4.6.1 За пациентите со шизофренија, чија болест не одговорила адекватно на фармаколошкиот или на психолошкиот третман:

- Испитајте ја дијагнозата.
- Утврдете дека постоело придржување кон антипсихотичните медикаменти, ординирани во адекватна доза и во текот на соодветно времетраење.
- Испитајте ја обврската и употребата на психолошките третмани и осигурајте се дека биле понудени во согласност со ова упатство. Ако семејната интервенција била спроведена, сугерирајте КБТ; ако КБТ била спроведена, сугерирајте семејна интервенција за лицата во близок контакт со нивните семејства.
- Разгледајте ги другите причини за неадекватен одговор, како што е коморбидната злоупотреба на супстанции (вклучувајќи го и алкохолот), истовремената употреба на други ординирани медикаменти или соматска болест.

1.4.6.2 Понудете клозапин кај пациентите со шизофренија, чија болест не одговорила адекватно на третманот и покрај доследната употреба на соодветни дози на најмалку два различни антипсихотици. Најмалку еден од лековите треба да биде неклозапински антипсихотик од втората генерација.

1.4.6.3 За пациентите со шизофренија, чија болест не одговорила адекватно на клозапинот во оптимални дози, здравствените професионалци треба да ги земат во предвид препораките 1.4.6.1 (вклучувајќи мерење на терапевтските нивоа на лекот) пред додавање на втор антипсихотик како аугментација на третманот со клозапин. Соодветна проба на таквата аугментација можеби ќе треба да трае 8-10 седмици. Одберете лек кој не ги интензивира честите несакани ефекти на клозапинот.

1.4.7 Вработување, едукација и работни активности

1.4.7.1 Треба да се обезбедат поддржани програми за вработување на оние пациенти со шизофренија кои сакаат да се вратат на работа или да добијат вработување. Сепак, тие не треба да бидат единствените активности, поврзани со работата понудени кога индивидуите не се во состојба да работат или се неуспешни нивните обиди да најдат работа.

1.4.7.2 Сервисите за ментално здравје треба да работат во соработка со локалните акционери, вклучувајќи ги и оние кои ги претставуваат групите од црнечкото и од етничкото малцинство, за да им овозможат на пациентите со психијатриски растројства, вклучувајќи шизофренија, да имаат достап до локалните работни и едукативни можности. Ова треба да биде прилагодено на потребите на пациентот и неговиот степен на вештина и, најверојатно, вклучува соработка со агенции како центри за работа, советници за вработување на немоќни и нестатутарни вработувачи.

1.4.7.3 Рутински запишувајте ги дневните активности на пациентите со шизофренија во нивните планови за грижа, вклучувајќи ги работните резултати.

1.4.8 Враќање во примарната заштита

1.4.8.1 На пациентите со шизофренија, чии симптоми одговориле ефикасно на третманот и останале стабилни, понудете им ја опцијата да се вратат во примарната здравствена заштита за понатамошен третман. Ако корисникот на сервисот сака да го стори тоа, запишете го ова во неговите забелешки и координирајте го трансферот на одговорности преку приодот на програмата за грижа.

-
- [4] Онаму каде упатството се однесува на 'здравствените професионалци', ова ги вклучува професионалците од социјалната грижа, ако е соодветно.
- [5] КБТ треба да се спроведува како што е опишано во препораките 1.3.4.12.
- [6] Семејната интервенција треба да се спроведува како што е опишано во препораките 1.3.4.13.
- [7] Се претпочитаат упатства за третман кои имаат доказ за нивната ефикасност од клиничките истражувања.
- [8] Видете 'Модификација на липидите' ([NICE клиничко упатство 67](#)), 'Дијабет тип 1' (NICE клиничко упатство 15), 'Дијабет тип 2' ([NICE клиничко упатство 66](#)). Достапни се и дополнителни упатства за лекување на кардиоваскуларните болести и дијабетот.
- [9] Дефинирајте ја употребата на антипсихотици само во текот на периодите на почетен релапс или егзацербација на симптомите отколку континуирано.

2. Забелешки за делокругот на упатството

NICE упатствата се создадени во согласност со делокругот кој дефинира што ќе содржи, а што нема да содржи упатството. Делокругот на ова упатство е достапен.

Како беше создадено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за ментално здравје за да го создаде ова упатство. Центарот ја основал групата за развој на упатството (видете додаток А), која ги ревидираше доказите и ги создаваше препораките. Независен панел за ревизија на упатството го надгледуваше развојот на упатството (видете додаток Б). На интернет страницата на NICE постојат повеќе информации за тоа како се создадени NICE клиничките упатства. Достапна е брошурата 'Како се создадени NICE клиничките упатства: краток преглед за соработниците, јавноста и националниот здравствен систем'.

3. Имплементација

Комисијата за здравствена заштита проценува колку добро организациите на Националниот здравствен сервис ги задоволуваат основните и развиените стандарди, поставени од страна на Одделот за здравство во 'Стандарди за подобро здравство'. Имплементацијата на клиничките упатства формира дел од развиените стандарди D2. Основниот стандард C5 вели дека организациите на Националниот здравствен сервис кога планираат и спроведуваат здравствена заштита треба да го земат во предвид национално прифатеното упатство.

NICE создаде алатки за да им помогне на организациите да го имплементираат ова упатство (наведени подолу). Тие се достапни на нашата интернет страница.

Истакнати клучни пораки за локална дискусија.

- Потребни алатки:
 - Национален финансиски извештај – дава некоја финансиска основа и контекст на упатството.
 - Финансиски образец за проценка на локалните трошоци и заштеди.
- Аудио поддршка за мониторинг на локалната пракса.

4. Препораки за истражување

За да го унапреди NICE упатството и грижата за пациентот во иднина, групата за развој на упатството ги направи следниве препораки за истражување, засновани на нејзината ревизија на докази. Комплетниот сет на препораки за истражување од групата за развој на упатството е детално претставен во комплетното упатство (види го делот 5).

4.1 Аугментација на клозапин

Дали за пациентите со шизофренија резистентна на третман, чија болест покажала само делумен одговор на клозапинот, аугментацијата на клозапинската монотерапија со соодветен втор антипсихотик е клинички и економски ефективна?

Зошто е ова важно?

Клиничарите често користат втор антипсихотик како аугментација на клозапинот кога одговорот е незадоволителен, но резултатите од досегашните клинички истражувања се неубедливи. Постои некој показател дека соодветен обид на таква стратегија подолго од 6-8 недели обично се смета адекватен за студија за третман на акутна психотична епизода. Треба да се проба фармаколошкиот принцип за избор на втор антипсихотик, а тоа е:

- Потентен допамински D2 блокатор, како хипотетски механизам на фармакодинамска синергија, и
- ниска можност за потенцирање на карактеристичните несакани ефекти од клозапинот.

4.2 Семејна интервенција

Дали етнички адаптираната семејната интервенција за пациентите со шизофренија од групите на црнечко и етничко малцинство кои живеат во Англија (адаптирана во консултација со групите на црнечко и етничко малцинство за подобро задоволување на различните културни и етнички потреби) овозможува повеќе пациенти од групите на црнечко и етничко малцинство да бидат обезбедени со оваа терапија и да покажат придружна редуција на стапката на релапс кај пациентот и дистрес кај негувателот?

Зошто е ова важно?

Семејната интервенција има добро втемелена база на докази во последните 30 години и докажана ефикасност во редуцирањето на стапките на релапс кај шизофренијата. Сепак, неодамнешните студии кои применуваат културелна модификација на интервенцијата беа спроведувани во услови на неанглиски сервис и поставени наспроти релативно неразвиениот третман како редовни сервиси. Така, ефикасноста на културелно адаптираната семејна интервенција не беше утврдена во англискиот национален здравствен сервис. Групите на црнечко и етничко малцинство се прекумерно застапени во дијагнозата шизофренија и во некои внатрешни градови сочинуваат најмалку 50% од хоспитализациите и здравствената заштита и нега во криза. Овие групи, исто така, имаат помала веројатност да им бидат понудени психолошки интервенции и на тој начин може да останат повеќе осетливи на релапс и покрај поголемата мрежа и потенцијално поголемата семејна поддршка отколку оние кои живеат со семејни негуватели. Вклучувањето на семејствата на групите со црнечко и етничко малцинство во прикладни адаптации на семејна интервенција ќе ја прошири

базата на докази за семејната интервенција во Англија и ќе биде значаен начин да се унапредат искуствата и резултатите и за негувателите и за корисниците на сервисот.

4.3 Тренинг за културелна компетентност на персоналот

Дали тренингот за културелна компетентност на персоналот на индивидуално и на организационо ниво (спроведен како учење и тренинг процес, вклучен во рутинската клиничка заштита и обезбедувањето на сервисот) за пациентите со шизофренија од групите со црнечко и етничко малцинство кои живеат во Англија го подобрува искуството со здравствената грижа на корисникот на сервисот и можноста за оздравување и го редуцира исцрпувањето на персоналот?

Зошто е ова важно?

Познато е дека културата влијае на содржината и на формата и интензитетот на презентацијата на симптомите, за што некои ќе дебатираат; таа, исто така, одредува што се смета за болест и подучувањата кои луѓето ги бараат. Културните обичаи и навики може да создадат околности во кои се генерира стрес - на пример каде придржувањето кон правилата за пол, возраст и култура е предизвик. Значајно е професионалците да не бидат само внимателни и обзирни, туку јасни и детални во нивната употреба на клиничкиот јазик и во објаснувањата кои ги пренесуваат, не само за корисниците на сервисот и негувателите, туку исто така и за другите здравствени професионалци. Значајно е сите клиничари да се вешти во работењето со пациенти од различни јазични и етнички потекла и да имаат постапка со која ќе го проценат влијанието на културата и ќе ги насочат кумулативните разлики преку нивната рутинска клиничка пракса. Насочувањето на организационите аспекти на културелната компетентност и способност е неопходно паралелно со унапредувањето на индивидуалната пракса.

Иако културелната компетентност сега се прифаќа како суштинско барање за здравствените професионалци од менталното здравје, спроведена е мала евалуација за проценка на ефектите на културелната компетентност, на индивидуално и на организационо ниво, на корисниците на сервисот, негувателите и на здравствените професионалци од менталното здравје. Неодамнешен систематичен преглед (Bhui et al. 2007)^[10] сугерира дека тренингот за културелна компетентност на персоналот може да создаде бенефити во смисла на културелна сензитивност и знаење и сатисфакција на персоналот; сепак вклучените студии не го процениле влијанието на корисниците на сервисот и негувателите, сите биле спроведувани надвор од Англија, што ја ограничува нивната универзалност за условите на менталното здравје во Англија.

^[10] Bhui KS, Warfa N, Edonya P et al. (2007) Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. BMC Health Services Research 31: 7–15.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 *Комплетно упатство*

Комплетното упатство 'Шизофренија: основни интервенции во третманот и менаџментот на шизофренијата кај возрасни во примарната и секундарната грижа (ажурирано)' содржи детали за методите и за доказите, употребени за развој на ова упатство. Публикувано е од страна на Националниот центар за соработка за ментално здравје и е достапно од нашата интернет страница.

5.2 *Информација за јавноста*

NICE создаде информација за јавноста која го објаснува ова упатство.

Ги охрабруваме Националниот здравствен сервис и секторот на волонтерски организации да го користат текстот од оваа информација во нивните материјали за шизофренијата.

6. Поврзани NICE упатства

Издадени

- Depression in adults with a chronic physical health problem (partial update of CG23). [NICE clinical guideline 91](#) (2009).
- Depression (partial update of CG23). [NICE clinical guideline 90](#) (2009).
- Medicines adherence. [NICE clinical guideline 76](#) (2009).
- Lipid modification. [NICE clinical guideline 67](#) (2008).
- Type 2 diabetes (update). [NICE clinical guideline 66](#) (2008).
- Drug misuse: opioid detoxification. [NICE clinical guideline 52](#) (2007).
- Drug misuse: psychosocial interventions. [NICE clinical guideline 51](#) (2007).
- Anxiety (amended). [NICE clinical guideline 22](#) (2007). [Replaced by [NICE clinical guideline 113](#)]
- Obesity. [NICE clinical guideline 43](#) (2006).
- Bipolar disorder. [NICE clinical guideline 38](#) (2006).
- Statins for the prevention of cardiovascular events. [NICE technology appraisal guidance 94](#) (2006).
- Obsessive-compulsive disorder. [NICE clinical guideline 31](#) (2005).
- Post-traumatic stress disorder. [NICE clinical guideline 26](#) (2005).
- Violence. [NICE clinical guideline 25](#) (2005).
- Self-harm. [NICE clinical guideline 16](#) (2004).
- Type 1 diabetes. [NICE clinical guideline 15](#) (2004).
- Eating disorders. [NICE clinical guideline 9](#) (2004).
- Guidance on the use of electroconvulsive therapy. [NICE technology appraisal guidance 59](#) (2003).
- Psychosis with substance misuse. [NICE clinical guideline 120](#) (2011).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат така што препораките ги земаат во предвид значајните нови информации. Новите докази се проверуваат 3 години по публикацијата и здравствените професионалци и пациентите се прашуваат за нивните гледишта; ја користиме оваа информација за да одлучиме дали треба да се ажурира целото или дел од упатството. Ако значаен нов доказ е публикуван во друго време, може да одлучиме да направиме побрзо ажурирање на некои препораки.

Додаток А: Група за развој на упатството

(26 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg82).

Додаток Б: Панел за ревизија на упатството

Панелот за ревизија на упатството е независен панел кој го надгледува развојот на упатството и презема одговорност за мониторинг на придржувањето кон процесот на развој на NICE упатството. Панелот особено обезбедува адекватно разгледување и давање на одговор на коментарите на партиципантите. Панелот вклучува членови од следниве профили: примарна грижа, секундарна грижа, аматери, јавно здравство и индустрија. (Панелот за ревизија на упатството се состои од 5 члена, податоци за членовите може да се најдат на guidance.nice.org.uk/cg82).

За ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки за третманот и грижата за пациентите со специфични растројства и состојби во Националниот здравствен сервис во Англија и во Велс.

Упатството беше создадено од страна на Националниот центар за соработка за ментално здравје. Центарот за соработка работеше со група на здравствени професионалци (вклучувајќи консултанти, доктори на медицина и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал кои вршеа ревизија на доказите и правеа нацрт план за препораките. Препораките беа финализирани по консултација со јавноста.

Методите и процесите за развој на NICE клиничките упатства се опишани во 'Прирачникот за упатства'.

Ова клиничко упатство ажурира и заменува:

- 'Шизофренија: основни интервенции во третманот и во менаџментот на шизофренијата во примарната и во секундарната грижа' (NICE клиничко упатство 1).
- 'Упатство за употребата на новите (атипични) антипсихотици во третманот на шизофренијата' (NICE упатство за технолошка проценка 43).
- Изработивме информација за јавноста која го објаснува ова упатство. Алатките кои ви помагаат да го ставите упатството во пракса и информацијата за доказите на кои тоа се заснова исто така се достапни.

Промени по издавањето

Јануари 2012: мала промена.

Октомври 2012: мала промена.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува гледиштето на NICE, кое пристигна по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува здравствените професионалци потполно да го земат во предвид кога ги практикуваат нивните клинички одлуки. Сепак, упатството не ја отфрла индивидуалната одговорност на здравствените професионалци да донесуваат одлуки, соодветни на состојбата на индивидуалниот пациент во консултација со пациентот и/или старателот или со негувателот и да бидат информирани за резимето за карактеристиките на секој лек кој го земаат во предвид. Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните повереници и/или спроведувачи. Поверениците и спроведувачите се потсетуваат дека нивна е одговорноста за имплементација на упатството, во нивен локален контекст, во светлото на нивните должности да избегнат незаконска дискриминација и да обрнат внимание на промовирање на еднаквост во можностите. Ништо во ова упатство не треба да биде интерпретирано на начин на кој би било недоследно во согласност со тие обврски.

Авторски права

© Национален институт за здравје и клиничка извонредност 2009. Сите права се задржани. Авторските права на NICE за материјалот можат да се преземат за приватно истражување и за студирање и можат да бидат репродуцирани за едукативни и за непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

NICE контакт

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