

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 САМОПОВРЕДУВАЊЕ:
ПОДОЛГОРОЧНО СПРАВУВАЊЕ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при самоповредување: подолгорочно справување.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при самоповредување: подолгорочно справување 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 самоповредување: подолгорочно справување 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. 17-3122/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Самоповредување: подолгорочно справување

Објавено: ноември 2011 год.

NICE клинички упатства 133
guidance.nice.org.uk/cg133

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон лицето	2
Клучни приоритети за имплементација	3
1. Водич	6
1.1 Општи принципи на згрижување.....	6
1.2 Примарна здравствена заштита	10
1.3 Психосоцијалната проценка во општествените служби на ментално здравје и други специјалистички установи за ментално здравје: интегрирана и сеопфатна проценка на потребите и на ризиците.....	10
1.4 Подолгорочно лекување и справување со самоповредување	13
1.5 Лекување на асоцирани состојби на менталното здравје	15
2. Забелешки на делокругот на водичот	16
3. Имплементација	17
4. Препораки за истражување	18
4.1 Ефективност на обуката.....	18
4.2 Ефективноста на психосоцијалната проценка со скала на оправдан ризик	18
4.3 Клиничка ефективност и трошковна ефективност на психолошката терапија со елементи на решавање на проблемите за луѓето кои се самоповредуваат.....	19
4.4 Клиничка ефективност на ниска јачина/кратки психосоцијални интервенции за луѓето кои се самоповредуваат.....	20
4.5 Опсервациона студија која истражува различни пристапи за намалување на штетата.....	20
5. Други верзии на ова упатство	22
5.1 Целосно упатство	22
5.2 NICE патека.....	22
5.3 Соопштение за јавноста.....	22
6. Поврзан NICE водич	23
7. Ажурирање на упатството	24
Додаток А: Група за развој на упатствата, Национален центар за соработка и NICE проект тим (25 члена)	25
NICE проект тим (6 члена).....	26
Додаток В: Панел за рецензија на упатствата (4 члена)	27
Околу ова упатство	28

Вовед

Ова упатство следи по Самоповредување: краткорочно физичко и психолошко справување и секундарна превенција од самоповредување во примарната и секундарната здравствена заштита (NICE клиничко упатство 16), кое го покрива лекувањето на самоповредените во рок од 48 саати по инцидентот. Ова упатство го обработува подолгорочното психолошко лекување и справување на, како единечни, така и рекурентни епизоди на самоповредување и не ги вклучува препораките за психолошко лекување на самоповредените или за психосоцијалното справување во ургентните одделенија (тие можат да се најдат во NICE клиничко упатство 16).

Терминот самоповредување, употребен во ова упатство, се однесува на било каков акт на самотруење или самоповредување, направен од некое лице, независно од мотивот. Ова често вклучува самотруење со лекови или самоповредување со сечење. Постојат неколку важни исклучоци кои овој термин не е наменет да ги покрива. Тие вклучуваат повреда кон самиот себе која произлегува од ексцесивна консумација на алкохол или рекреациони лекови или од гладување произлезено од анорексија нервоза или случајна повреда кон самиот себе.

Самоповредување е често, особено меѓу млади луѓе. Една анкета на млади луѓе на возраст од 15–16 години процени дека повеќе од 10% девојчиња и повеќе од 3% момчиња се имаат повредено во претходната година. За сите возрасни групи, годишната преваленца е околу 0.5%. Самоповредувањето ја зголемува меѓу 50 до 100 пати веројатноста над останатото население, дека лицето евентуално ќе умре со самоубиство во наредните 12 месеци. Широк спектар на психијатријски проблеми, како гранични растројства на личност, депресија, биполарни растројства, шизофренија и растројства од употреба на дроги и алкохол, се асоцирани со самоповредување. Секундарната здравствена заштита-тука се вклучени болничка медицинска грижа и служби за ментално здравје, се справува со самоповредени лица. Околу половина од луѓето кои доаѓаат во одделенијата за ургентна медицина по инцидентите со самоповредување, се проценети од специјалист за ментално здравје.

Луѓето кои се самоповредуваат згрижени се и во примарната здравствена заштита. Околу половина од луѓето, кои доаѓаат во одделенијата за ургентна медицина по инцидентите со самоповредување, го имаат посетено нивниот матичен лекар претходниот месец. Сличен е бројот на лица кои ќе го посетат матичниот лекар во рок од 2 месеца по посетата на ургентните одделенија по инцидентот со самоповредување. Ова упатство е релевантно за сите лица на 8-годишна возраст и постари кои се самоповредуваат и е адресирано до сите здравствени работници и работници за социјална грижа кои доаѓаат во контакт со нив. Кога се однесува на деца и на адолесценти, ова е применливо за сите луѓе кои вклучуваат возраст меѓу 8 и 17 години.

Грижа насочена кон лицето

Ова упатство го нуди најдобриот практичен совет за грижата на возрасните, децата и адолесцентите кои се самоповредуваат.

Приоритетите и потребите на корисниците на услугите би требало да се земат предвид при лекување и згрижување. Луѓето кои се самоповредуваат би требало да ја имаат можноста да донесуваат одлуки по добивањето на информации околу нивното згрижување и лекување, во соработка со здравствен и социјален работник. Ако корисниците на услуги немаат капацитет да донесуваат одлуки, здравствениот и социјалниот работник би требало да го следат упатството во Код на пракса кој го придружува Актот за ментален капацитет. Во Велс, здравствените работници би требало да го следат советот за согласност од Владата на Велс.

Ако корисникот на услуги е под 16 години, здравствениот и социјалниот работник би требало да го следат упатството во Барање на согласност: работа со деца.

Основно е да се има добра комуникација меѓу здравствените и социјалните работници и корисниците на услуги. Тоа треба да е поддржано со писмена информација, базирана на докази и направена според потребите на корисниците на услуги. Лекувањето и грижата и информациите кои ги добиваат корисниците на услуги, би требало да се културолошки соодветни. Тие би требало да се достапни на луѓето со посебни потреби, како физички, сетилни и со тешкотии во учењето и на луѓето кои не зборуваат или читаат англиски.

Ако се слагаат корисниците на услуги, семејствата, давателите на услуги и други значајни луѓе^[1] би требало да ја имаат можноста да бидат вклучени во донесувањето на одлуки околу лекувањето и грижата. Семејствата, давателите на услуги и други значајни луѓе^[1] би требало да ги имаат информациите и поддршката која им треба. Грижата за младите луѓе на преминот меѓу услугите за деца и возрасни, би требало да се планира и справува според најдобриот практичен совет опишан во Премин: правејќи го тоа правилно за млади луѓе.

Здравствените тимови за возрасни и за деца би требало да работат заедно за да направат проценка и услуги за младите луѓе кои се самоповредуваат. Справувањето би требало да се ревидира низ процесот на транзиција и треба да биде јасно кој е водечкиот доктор за да се обезбеди континуитет на грижата.

^[1] Значајни други луѓе' се однесува не само на партнерот, туку исто така и на пријатели и кое било друго лице кое корисниците на услуги ги сметаат за важни.

Клучни приоритети за имплементација

Следниве препораки беа идентификувани како приоритетни за имплементација.

Работење со луѓе кои се самоповредуваат

- Здравствените и работниците за социјална грижа, работејќи со луѓе кои се самоповредуваат би требало да:
 - Имаат за цел развивање на доверлив, поддржувачки и ангажиран однос со нив.
 - Бидат свесни за знаците и дискриминациите, асоцирани некогаш со самоповредување, како во поширокото општество, така и во здравствените услуги да прифатат еден неосудувачки пристап.
 - Обезбедат дека луѓето се наполно вклучени во одлучувањето околу нивното лекување и грижа.
 - Имаат за цел да ја негуваат автономијата на луѓето и независноста, секаде каде е тоа можно.
 - Одржуваат континуитетот на терапевтски однос, секаде каде е тоа можно.
 - Обезбедат информацијата околу епизодите на самоповредување чувствително да се пренесува на другите членови на тимот.

Психосоцијална проценка

- Понудете интегрирана и современа проценка на потребите (видете [препораки 1.3.2-1.3.5](#)) и ризиците (видете [препораки 1.3.6-1.3.8](#)) за да се разберат и ангажираат луѓе кои се самоповредуваат и да се иницира терапевтски однос.
- Проценката на потребите би требало да вклучува:
 - Вештини, јачини и средства.
 - Стратегии за справување.
 - Проблеми и нарушувања на ментално здравје.
 - Проблеми и нарушувања на физичко здравје.
 - Социјални услови и проблеми.
 - Психосоцијално и професионално функционирање и слабости.
 - Скорешни и тековни тешкотии во животот, вклучително персонални и финансиски проблеми.
 - Потреба за психосоцијална интервенција, социјална грижа и потпора, професионална рехабилитација, исто така и лекување на асоцирани состојби.
 - Потребите на кои било зависни деца.

Проценка на ризик

- Кога се проценува ризик од повторно самоповредување или ризик од самоубиство, да се идентификуваат и усогласат специфичните ризици со лицето кое се самоповредува, земајќи ги во предвид:
 - Методите и честотата на тековни и поминати самоповредувања, тековни и поминати намери за самоубиство.
 - Симптомите на депресија и нивниот однос кон самоповредување, некоја психијатриска болест и односот кон самоповредување.
 - Личните и социјалните услови и кои било други специфични фактори кои претходат на самоповредувањето, како специфични непријатни афективни состојби или чувства и промени во односите.

- Специфичните фактори на ризик и протективните фактори (социјални, психолошки, фармаколошки и мотивациони) кои можат да ги зголемат или намалат ризиците, асоцирани со самоповредување.
- Стратегиите на издржување кое лицето ги употребувало за или успешно да ги ограничи или спречи самоповредувањата или да опфати влијание на лични, социјални или други фактори кои претходат на епизодите на самоповредување.
- Значајните односи кои можат да бидат или потпорни или да претставуваат закана (како злоупотреба или отфрлање) и можат да водат во промени на нивото на ризик.
- Непосредните и долгорочните ризици.

Алатки за проценка на ризикот и скали

- Не употребувајте алатки за проценка на ризикот или скали за предвидување на идно самоубиство или повторно самоповредување.

Планови за грижа

- Дискутирајте, усогласете и документирајте ги целите на долгорочното лекување во планот за грижа со лицето кое се самоповредува. Овие цели може да бидат:
 - Да се превенира ескалација на самоповредувањето.
 - Да се намали штетата која произлегува од самоповредување или да се намали или стопира самоповредувањето.
 - Да се намали или да се стопира друго ризично однесување.
 - Да се подобри социјалното или професионалното функционирање.
 - Да се подобри квалитетот на живот.
 - Да се подобри која било асоцирана состојба на ментално здравје.

Ревидирајте го планот за грижа на лицето со нив, вклучувајќи ги целите на лекувањето и ревидирајте ги во договорени интервали, но не повеќе од 1 година.

- Плановите за грижа би требало да се мултидисциплинарни и да се развиени колаборативно со лицето кое се самоповредува и, ако лицето се слага, со нивното семејство, давателите на услуги или други значајни лица [2]. Плановите за грижа би требало:
 - Да се идентификуваат реални и оптимистички долгорочни цели, вклучително едукација, вработување и професија.
 - Да се идентификуваат краткорочни цели (поврзани со долгорочните) и чекори да се постигнат тие.
 - Да се идентификуваат улогите и одговорностите од секој член од тимот и лицето кое се самоповредува.
 - Да вклучат заеднички приготвен план за справување со ризик (видете ги препораките 1.4.4 и 1.4.5).
 - Да бидат споделени со матичниот лекар на лицето.

Планови за справување со ризикот

- Планот за справување со ризикот би требало да биде јасно идентифициран дел од планот за грижа и би требало да:

- Упатува на секој од долгорочните и понепосредните ризици, идентифицирани во проценката на ризиците.
- Упатува на специфичните фактори (психолошки, фармаколошки, социјални односи), идентифицирани во проценката како асоцирани со зголемен ризик, со договорена цел на намалување на ризикот од повторување на самоповредувањето и/или ризикот од самоубиство.
- Вклучува кризен план кој потцртува стратегии за самосправување и како да се пристапи на услугите за време на криза кога самосправувањето не успеало.
- Да се обезбеди планот за справување со ризици да е доследен на долгорочната стратегија на лекување.

Да се информира лицето кое се самоповредува за ограничувањата за заштита на податоците и дека информациите од планот може да бидат споделени со други професионалци.

Интервенции за самоповредените

- Да се земе предвид понудувањето на 3 до 12 сесии на психолошки интервенции кои се специфично конструирани за луѓето кои се самоповредуваат, со цел намалување на самоповредувањето. Во додаток:
 - Интервенцијата би требало да е направена според индивидуалните потреби и може да вклучува когнитивно-односни, психодинамски или елементи за решавање на проблеми.
 - Терапевтите би требало да се обучени и надгледувани во терапијата која ја нудат на луѓето кои се самоповредуваат.
 - Терапевтите би требало да се способни да работат во соработка со лицето за да се идентифицираат проблемите кои причинуваат растројство или водат кон самоповредување.
- Не нудете лекување со лекови како специфична интервенција за намалување на самоповредувањето.

Лекување на асоцирани состојби на менталното здравје

- Обезбедете психолошки, фармаколошки и психосоцијални интервенции за која било асоцирана состојба, на пример, за оние, опишани во следното објавено NICE упатство:
 - Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза, проценка и справување со штети од пиене и зависност од алкохолот (NICE клиничко упатство 115).
 - Депресија (NICE клиничко упатство 90).
 - Шизофренија (NICE клиничко упатство 82).
 - Гранични душевни растројства (NICE клиничко упатство 78).
 - Злоупотреба на дрога (психосоцијални интервенции или опоидна детоксификација) (NICE клинички упатствоа 51 и 52).
 - Биполарни растројства (NICE клиничко упатство 38).

[2] 'Други значајни лица' се однесуваат не само на партнерот, туку и на пријателите и кое било лице кое корисникот го смета за важно за нив.

1. Водич

Следниов водич е базиран на најдобрите достапни докази. Целосното упатство ги дава деталите на методите и доказите, употребени да се развие водичот.

1.1 Општи принципи на згрижување

Работење со луѓе кои се самоповредуваат

1.1.1 Здравствените и социјални работници, работејќи со луѓе кои се самоповредуваат, би требало да :

- Имаат за цел да развијат доверливост, поддршка и ангажираност во односот меѓу нив.
- Бидат свесни за знаците и дискриминацијата, понекогаш асоцирани со самоповредувањето, како во поширокото општество, така и во здравствената служба и да усвојат неосудувачки пристап.
- Да обезбедат луѓето да бидат целосно инволвирани во донесувањето одлуки околу нивното лекување и згрижување.
- Имаат за цел да ја згрижуваат автономијата и независноста на луѓето, секогаш кога е тоа можно.
- Да задржат континуитет во терапевтските односи, кога е тоа можно
- Да обезбедат информациите околу настаните на самоповредување внимателно да се пренесат на другите членови на тимот.

1.1.2 Здравствените и социјалните работници, работејќи со луѓе кои се самоповредуваат, би требало да бидат:

- Блиски со локалните и националните извори, како и со организациите и вебсајтови кои нудат информација и/или поддршка за луѓето кои се самоповредуваат.
- Во можност да дискутираат и да дадат совет.

Пристап до услугите

1.1.3 Децата и младите луѓе кои се самоповредуваат би требало да имаат пристап до целосниот обем на лекувања и услуги препорачани во ова упатство во рамките на детска и адолесцентна служба за ментално здравје (CAMHS).

1.1.4 Да се обезбеди децата, младите луѓе и возрасните од црната раса и од етничките малцинства кои се самоповредуваат да имаат ист пристап кон услугите како другите луѓе кои се самоповредуваат, базиран на клиничка потреба и услугите да се културолошки соодветни.

1.1.5 Кога постои јазична бариера за пристапување или ангажирање на услугите за луѓето кои се самоповредуваат, да се снабдат со:

- Информации на јазикот кој го преферираат и во достапен формат.
- Психолошки и други информации, кога се барани, на јазикот кој го разбираат
- помош на независни преведувачи.

Самоповредување и попречености во учењето

- 1.1.6 Луѓето со слаба попреченост во учењето кои се самоповредуваат би требало да имаат пристап до соодветните услуги на иста возраст како другите луѓе, опфатени со ова упатство.
- 1.1.7 Кога самоповредувањето на луѓето со слаба попреченост во учењето се справува заеднички од службите за ментално здравје и попреченост во учењето, да се употребува програмот Пристап за згрижување (CRA).
- 1.1.8 Луѓето со умерена до сериозна попреченост во учењето и со историја на самоповредување би требало да се упатуваат приоритетно за проценка и лекување во службите водени од специјалист за попреченост во учењето.

Обука и надгледување за здравствените и за социјалните работници

- 1.1.9 Здравствените и социјалните работници кои работат со луѓе кои се самоповредуваат (вклучително деца и млади луѓе) би требало да бидат:
- Обучени во проценувањето, лекувањето и справувањето со самоповредување.
 - Едуцирани околу стигмата и дискриминацијата, обично асоцирани со самоповредување и потребата да се избегнат осудувачките ставови.
- 1.1.10 Здравствените и социјалните работници кои обучуваат за самоповредување, би требало да:
- Ги инволвираат луѓето кои се самоповредуваат во планирање и давање обука.
 - Обезбедат обуката да има специфична цел да го подобри квалитетот и искуството во згрижување на луѓето кои се самоповредуваат.
 - Проценуваат ефективност на обуката, употребувајќи повратна информација од услуга-корисник, како мерка за резултатот.
- 1.1.11 Рутинска достапност на постар колега за супервизија, консултација и поддршка би требало да биде обезбедена за здравствените и за социјалните работници кои работат со луѓето кои се самоповредуваат. Би требало да се земе во предвид емоционалното влијание врз самоповредените на работниците и нивниот капацитет да работат компетентно и чувствително.

Согласност и доверливост

- 1.1.12 Здравствените и социјалните работници кои работат со луѓе кои се самоповредуваат би требало да бидат обучени да:
- Ги разберат и применат принципите на Актот за ментален капацитет (2005) и Актот за ментално здравје (1983; дополнет 1995 и 2007).
 - Проценат ментален капацитет.
 - Одлучат кога лекувањето и згрижувањето можат да се дадат без согласност.
- 1.1.13 Бидете запознаени со принципите на доверливост во однос на информацијата околу лекувањето и згрижувањето на лицето и бидете свесни за околностите во кои откривањето на доверлива информација може да биде соодветно и неопходно.

- 1.1.14 Понудете целосно напишана и усна информација околу можностите за лекување на самоповредените и направете ги сите потребни напори да обезбедите дека лицето е способно и има можност да даде значајна и информирана согласност.
- 1.1.15 Земете во предвид дека капацитетот на лицето да направи информирани одлуки може да се смени во тек на времето и дека тоа понекогаш може да се случи брзо во контекст на самоповредување и самоубиствено однесување.
- 1.1.16 Да се разбере кога и како Актот на ментално здравје (1983; дополнет 1995 и 2007) може да биде употребен за лекување на физичките последици од самоповредувањето.
- 1.1.17 Здравствените и социјалните работници кои работат со луѓе кои се самоповредуваат би требало да имаат лесен пристап до правен совет околу прашањата кои се однесуваат за капацитетот и согласноста.
- 1.1.18 Здравствените и социјалните работници кои имаат контакт со деца и со млади луѓе кои се самоповредуваат би требало да бидат обучени да:
- Ги разберат различните улоги и употреби на Актот за ментален капацитет (2005), Актот за ментално здравје (1983; дополнет 1995 и 2007) и Актот за деца (1989; дополнет 2004) во контекст на деца и млади луѓе кои се самоповредуваат.
 - Разберат како прашањата за капацитетот и согласност се применуваат во различни возрасни групи.
 - Процентот менталниот капацитет кај децата и кај младите луѓе од различна возраст.

Тие би требало, исто така, да имаат пристап во кое било време до специјалистички совет околу капацитетот и согласноста.

Заштита

- 1.1.19 SAMHS работници кои работат со деца и со млади луѓе кои се самоповредуваат би требало да земат во предвид дали потребите на детето или на младите лица би требало да се проценуваат според Заштитни процедури.
- 1.1.20 Ако децата или младите луѓе кои се самоповредуваат се упатени кон SAMHS под локални заштитни процедури:
- Употребете повеќеагенциски пристап, вклучително социјална грижа и едукација за да обезбедите дека се земени во предвид различни перспективи од животот на детето.
 - Земете ја во предвид употребата на Рамка за општа проценка^[3]; совет за ова може да се побара од локалниот водач за заштита на децата.

Ако се идентифицира сериозна грижа, да се развие план за заштита на детето.

- 1.1.21 Кога се работи со луѓе кои се самоповредуваат, земете во предвид ризик од домашно или од друго насилство или експлоатација и земете ги во предвид локалните заштитни процедури за ранливите возрасни и децата во нивна грижа. Совет за ова може да се добие од локалниот водач за заштита на возрасните.

Семејства, негуватели и други значајни [4]

1.1.22 Прашајте го лицето кое се самоповредува дали би сакало нивните семејства, негувателите или други значајни лица да бидат инволвирани во нивната грижа. Предмет на согласноста на лицето и правото на доверливост, поттикнување на семејството, негувателите или други значајни лица да бидат инволвирани, каде е соодветно.

1.1.23 Кога семејствата, негувателите и други значајни лица се инволвирани во поддршката на лицето кое се самоповредува:

- Понудете писмена и усна информација за самоповредувањето и лекувањето, вклучително како семејствата, негувателите и други значајни лица може да го поддржат лицето.
- Понудете контактни броеви и информација околу тоа што да се прави и кој да се контактира во криза.
- Понудете информација, вклучително контактни детали околу групите за поддршка на семејството, негувателите и волонтерските организации и помогнете на семејствата, негувателите и на другите значајни лица да имаат пристап до нив.
- Информирајте ги за нивното право за формална проценка на негувателите за нивните сопствени физички и ментални здравствени потреби и како да пристапат на тоа.

1.1.24 SAMHS работници кои работат со млади луѓе кои се самоповредуваат би требало да ја балансираат развојната автономија и капацитетот на младото лице со согледани ризици и одговорности и погледите на родителите и на негувателите.

Справување со краевите и поддршка на промените

1.1.25 Предвидете дека крајот на лекувањето, услугите и односот, како и промените од една на друга услуга, може да провоцира јаки чувства и зголемен ризик од самоповредување и:

- Планирајте ги однапред овие промени со лицето кое се самоповредува и обезбедете дополнителна поддршка, ако е потребна, со јасни планови за непредвиденото кога би се појавила криза.
- Снимете планови за промените за друга служба и споделете ги со други инволвирани здравствени и социјални работници.
- Да се дадат копии на корисниците на услуги и на нивните семејства, негувателите и на другите значајни лица ако ова е договорено со корисникот.

1.1.26 SAMHS и здравствените и социјалните работници за возрасни би требало да работат заеднички за да минимизираат каков било негативен ефект поради преминот на млади луѓе од SAMHS во службата за возрасни.

- Усогласете го времето на премин да им одговара на младите лица, иако тоа се случува по периодот кога тие се на возраст од 18 години.
- Продолжете го лекувањето во SAMHS и над 18-годишна возраст ако постои реална можност да се избегне потребата од упатување на службите за ментално здравје за возрасни.

1.1.27 Фондовите за ментално здравје би требало да работат со SAMHS за да развијат локални протоколи за управување со аранжманите за премин на младите луѓе од SAMHS во службите за возрасни, како што е опишано во ова упатство.

1.2 Примарна здравствена заштита

1.2.1 Ако лицето дојде во примарна здравствена заштита со анамнеза за самоповредување и ризик од повторување, да се размисли за нивно упатување до SAMHS за проценка. Упатувањето да биде приоритетно кога:

- Нивоата на вознемиреност растат високо или се натрупуваат.
- Ризикот за самоповредување расте или не одговара на обидите за помош.
- Лицето има потреба од понатамошна помош од специјалист.
- Нивоата на вознемиреност кај родителите или кај негувателите на децата и младите луѓе растат високо или се натрупуваат и покрај обидите за помош.

1.2.2 Ако лицето кое се самоповредува се лекува или е згрижено во примарната, така и во секундарната здравствена заштита, тогаш здравствените работници од примарната и од секундарната здравствена заштита и социјалните работници би требало да соработуваат, рутински споделувајќи ги најновите планови за згрижување и за справување со ризик. Во овие околности здравствените работници од примарната здравствена заштита и социјалните работници би требало да посетуваат состаноци на СРА.

1.2.3 Здравствените работници од примарната здравствена заштита би требало да го надгледуваат физичкото здравје на луѓето кои се самоповредуваат. Да се внимава на физичките последици од самоповредувањето, како и на другите потреби за физичката здравствена заштита.

1.3 Психосоцијалната проценка во општествените служби на ментално здравје и други специјалистички установи за ментално здравје: интегрирана и сеопфатна проценка на потребите и на ризиците

1.3.1 Понудете интегрирана и сеопфатна психосоцијална проценка на потребите (видете ги препораките 1.3.2–1.3.5) и на ризиците (видете ги препораките 1.3.6–1.3.8) за да ги разберете и да ги вклучите луѓето кои се самоповредуваат и да иницирате терапевтски однос.

Проценка на потребите

1.3.2 Проценката на потребите би требало да вклучи:

- Вештини, јачини и средства.
- Стратегии за поднесување.
- Проблеми на ментално здравје и нарушувања.
- Проблеми на физичко здравје и нарушувања.
- Социјални услови и проблеми.
- Психосоцијално и професионално функционирање и слабости.

- Скорашни и тековни животни тешкотии, вклучително лични и финансиски проблеми.
- Потребата за психолошка интервенција, социјална грижа и поддршка, професионална рехабилитација и третман со лекови за кои било асоцирани состојби.
- Потребите на кои било зависни деца.

1.3.3 Сите луѓе над 65 години кои се самоповредуваат би требало да се проценат од здравствени работници за ментално здравје со искуство во проценувањето на постари луѓе кои се самоповредуваат. Проценката би требало да ги следи истите принципи како за возрасни работоспособни лица (видете 1.3.1 и 1.3.2). Во додаток:

- Посветете посебно внимание на потенцијално присуство на депресија, когнитивно влошување и физички лошо здравје
- Вклучете целосна проценка на социјалната и на домашната состојба на лицето, вклучително нивната улога како негувател.
- Земете ги предвид повисоките ризици за самоубиство кое следи по самоповредување кај постарите луѓе.

1.3.4 Следете ги истите принципи како за возрасните кога се проценуваат децата и младите луѓе кои се самоповредуваат (видете ги препораките 1.3.1 и 1.3.2), но исто така вклучете целосна проценка на семејството, социјалната ситуација на лицето и прашањата за заштита на децата.

1.3.5 За време на проценката, истражете го значењето на самоповредувањето за лицето и земете во предвид дека:

- Секое лице кое се самоповредува го прави тоа од индивидуални причини.
- Секоја епизода на самоповредување би требало да се третира приоритетно и причините на лицето за самоповредување може да варираат од епизода до епизода.

Проценка на ризик

Проценката на ризикот е детална клиничка проценка која вклучува евалуација на широк спектар на биолошки, социјални и психолошки фактори кои се релевантни за индивидуата и мислењето на здравствениот работник кој го води проценувањето е релевантно за идните ризици, вклучително самоубиство и самоповредување.

1.3.6 Кога се проценува ризикот од повторување на самоповредување или ризикот од самоубиство, идентификувајте ги и усогласете ги со лицето кое се самоповредува специфичните за нив ризици, земајќи ги во предвид:

- Методите и фреквенцијата на тековните и на минатите самоповредувања, тековните и минатите самоубиствени намери.
- Депресивните симптоми и нивниот однос кон самоповредување која било психијатриска болест и нивниот однос кон самоповредувањето.
- Личниот и социјалниот контекст и кои било други специфични фактори кои му претходат на самоповредувањето, како специфични непријатни афективни состојби или емоции и промени во односите.
-

- Специфичните фактори на ризик и протективните фактори (социјални, психолошки, фармаколошки и мотивациони) кои можат да ги зголемат или да ги намалат ризиците, асоцирани со самоповредување.
- Стратегиите за совладување кои лицето ги употребувало за или успешно да ограничи или спречи самоповредување или да го задржи влијанието на личните, социјалните или други фактори кои претходат на епизодите на самоповредување
- Значајните односи кои можат или да бидат поддршка или да претставуваат закана (како злоупотреба или занемареност) и може да доведат до промени во нивото на:
- Непосредни и долгорочни ризици.

1.3.7 Земете го во предвид можното присуство на други постоечки преземања на ризик или деструктивни однесувања, како вклучување во незаштитена сексуална активност, излагање на непотребни физички ризици, злоупотреба на лекови или вклучување во штетно или опасно пиење.

1.3.8 Кога се проценува ризик, земете во предвид да го прашате лицето кое се самоповредува дали има пристап до лековите на членовите од семејството, негувателите или други значајни лица.

1.3.9 Во почетното справување со самоповредите кај децата и кај младите луѓе, да се посоветуваат родителите и негувателите за потребата да ги отстранат сите лекови или, каде е тоа можно, другите средства за самоповредување, достапни на детето или на младото лице.

1.3.10 Бидете свесни дека сите дела на самоповредување кај постарите луѓе би требало да се земат како доказ за самоубиствена намера, сè додека не се докаже спротивното.

Алатки и скали за процена на ризикот

Алатки и скали за процена на ризикот се обично листи за проверка кои може да се комплетираат и скорираат од страна на доктор или понекогаш корисникот на услугата, во зависност од природата на средството или скалата. Тие се дизајнирани да дадат груба индикација за нивото на ризикот (на пример, висок или низок) на одреден резултат, најчесто самоубиство.

1.3.11 Не употребувајте алатки и скали за процена на ризикот за да предвидите идно самоубиство или повторување на самоповредувањето.

1.3.12 Не употребувајте алатки и скали за процена на ризикот за да одредите на кој би требало и на кој не би требало да му се понуди лекување или кој би требало да биде отпуштен.

1.3.13 Алатките за проценка на ризикот може да се сметаат како помош во структурална проценка на ризикот толку долго додека ги вклучуваат подрачјата, идентификувани во препораката 1.3.6.

Развој на интегрирано згрижување и план за справување со ризикот

- 1.3.14 Сумирајте ги клучните подрачја на потребите и ризиците, идентификувани во проценката (видете ги препораките 1.3.1–1.3.8) и употребете ги нив да го развиете планот за згрижување (видете ги препораките 1.4.2 и 1.4.3) и планот за справување со ризикот (видете ги препораките 1.4.4 и 1.4.5) во врска со лицето кое се самоповредува и нивното семејство, негувателите или други значајни лица ако ова е договорено со лицето. Набавете печатени копии за корисникот на услугите и поделете ги со општиот лекар.
- 1.3.15 Ако постои неслагање меѓу здравствените и социјалните работници и лицето кое се самоповредува околу нивните потреби и ризици, земете во предвид да им понудите на лицата можност да го напишат тоа во нивните белешки.

1.4 Подолгорочно лекување и справување со самоповредување

Обезбедување на нега

- 1.4.1 Службите за ментално здравје (вклучително тимовите за ментално здравје на заедницата и тимовите за психијатриски врски) би требало генерално да се одговорни за рутинска проценка (видете дел 1.3) и за подолгорочно лекување и справување со самоповредување. Кај децата и кај младите луѓе ова би требало да биде одговорност на ниво 2 и 3 на SAMHS^[5].

Планови на нега

- 1.4.2 Да се дискутираат, слагаат и документираат целите на подолгорочното лекување во планот за нега со лицето кое се самоповредува. Овие цели може да бидат да:
- Се превенира ескалација на самоповредувањето.
 - Намалете ја штетата која доаѓа од самоповредување или намалете го или запрете го самоповредувањето.
 - Намалете или запрете друго однесување, поврзано со ризик.
 - Подобрете го социјалното или професионалното функционирање.
 - Подобрете го квалитетот на живот.
 - Подобрете кои било состојби, асоцирани со менталното здравје.

Прегледајте го планот за нега на лицата со нив, вклучително целите на лекувањето и преработете ги во договорени интервали не подолги од 1 година.

- 1.4.3 Плановите за нега би требало да се мултидисциплинарни и развиени во соработка со лицето кое се самоповредува и, ако обезбедите согласност од лицето, со нивното семејство, негувателите и други значајни лица.^[4] Плановите за нега би требало да:
- Одредат реалистични и оптимистички долгорочни цели, вклучително едукација, вработување и професија.
 - Одредат краткорочни цели на лекување (поврзани со долгорочни цели) и чекори за тие да се достигнат.
 - Одредете ги улогите и одговорностите на кој било член на тимот и на лицето кое се самоповредува.

- Вклучете заеднички приготвен план за справување со ризикот (видете подолу).
- Биде споделен со општиот лекар на лицето.
- Планови за справување со ризикот

1.4.4 Планот за справување со ризик би требало да биде јасно одреден дел од планот за неџа и би требало да:

- Означи секој од долгорочните и понепосредните ризици, одредени во проценката на ризикот.
- Означат специфичните фактори (психолошки, фармаколошки, социјални и релациони), одредени во проценката како асоцирани со зголемен ризик, со договорена цел за намалување на ризикот од повторување на самоповредувањето и/или ризикот од самоубиство.
- Вклучи кризен план со потцртување на стратегиите за самосправување и како да се пристапи на услугите за време на криза кога стратегијата за самосправување не дала резултат.
- Обезбеди планот за справување со ризик да е постојан со стратегијата за долгорочно лекување.

Да се информира лицето кое се самоповредува за ограниченоста на доверливоста и дека информацијата во планот може да се сподели со други професионалци.

1.4.5 Да се ажурираат редовно плановите за справување со ризикот за луѓето кои продолжуваат да бидат во ризик од понатамошно самоповредување. Да се надгледуваат промените во факторите за ризик и специфично асоцираните фактори за корисниците на услуги и да се евалуира влијанието на стратегиите за лекување со тек на време.

Обезбедување на информација околу лекувањето и справувањето со самоповредување

1.4.6 Понудете им на лицата кои се самоповредуваат релевантни пишани и усни информации и дајте им време да продискутирате со нив за следново:

- Опасностите и долгорочните резултати, асоцирани со самоповредување.
- Достапните интервенции и можните стратегии, достапни да помагаат да се намали самоповредувањето и/или неговите последици (видете ги препораките 1.1.1 и 1.4.10).
- Лекување на кои било состојби, асоцирани со менталното здравје (видете дел 1.5).

1.4.7 Обезбедете луѓето кои се самоповредуваат, нивните семејства, негувателите и други значајни лица, таму каде е договорено со лицата, да имаат пристап до соопштението за јавноста кое NICE го направи за ова упатство и за краткорочно справување со самоповредувањето (NICE клиничко упатство 16).

Интервенции за самоповредување

1.4.8 Земете во предвид да понудите 3 до 12 сесии на психолошки интервенции кои се специфично структурирани за луѓето кои се самоповредуваат, со цел на намалување на самоповредувањето. Во додаток:

- Интервенцијата би требало да е прилагодена на индивидуалните потреби и може да вклучи когнитивно-однесувачки, психодинамски или елементи на решавање на проблемот.
- Терапевтите би требало да се обучени и да бидат надгледувани при давањето на терапијата на луѓето кои се самоповредуваат.
- Терапевтите би требало да се во можност да работат заеднички со лицето за да ги одредат проблемите кои причинуваат загриженост која води до самоповредување.

1.4.9 Да не се нуди третман со лекови како специфична интервенција за да се намали самоповредувањето.

Намалување на штетата

1.4.10 Ако не е реално да се запре самоповредувањето за кратко време:

- Да се земат во предвид стратегии, со цел на намалување на штетата; да се зајакнат постоечките стратегии за издржување и да се развијат нови стратегии како алтернатива на самоповредувањето, каде е тоа можно.
- Да се земат во предвид дискусии кои се помалку деструктивни или штетни методи на самоповредување со корисникот, нивното семејство, негувателите или други значајни лица кога ова било договорено со корисникот и со поширокиот мултидисциплинарен тим.
- Да се посветува корисникот дека не постои сигурен начин на самотруење.

1.5 Лекување на асоцирани состојби на менталното здравје

1.5.1 Обезбедете психолошки, фармаколошки и психосоцијални интервенции за која било асоцирана состојба, на пример оние опишани во следниот објавен NICE водич:

- Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза, проценка и справување со штетно пиење и алкохолна зависност (NICE клиничко упатство 115).
- Депресија (NICE клиничко упатство 90).
- Шизофренија (NICE клиничко упатство 82).
- Гранични нарушувања на личноста (NICE клиничко упатство 78).
- Злоупотреба на лекови (психосоцијални интервенции или опоидна детоксификација) (NICE клиничко упатство 51 и 52).
- Биполарно нарушување (NICE клиничко упатство 38).

1.5.2 Кога се препишуваат лекови за асоцирани состојби на менталното здравје на луѓето кои се самоповредуваат, да се земе во предвид токсичноста на препишаните лекови при предозирање. На пример, кога се смета на антидепресивите, селективниот серотонински ресорптивен инхибитор (SSRIs) има приоритет, бидејќи е помалку токсичен од другите класи на антидепресивите. Особено не употребувајте трициклични антидепресиви како *dosulepin*, бидејќи тие се потоксични.

[3] Би требало да се напомене дека Општата рамка за проценка не е применлива во Велс.

[4] 'Значајни други' се однесува не само на партнерот, туку и на пријателите и на кое било лице кое корисникот на услуги го смета за важно за нив.

[5] Група 2 CAMHS: примарна здравствена заштита; Група 3 CAMHS: дете од заедницата и тимови за адолесцентно ментално здравје.

2. Забелешки на делокругот на водичот

NICE упатствата се развиени во согласност со обемот кој дефинира што упатството ќе опфати и што нема да опфати.

Како беше развиено ова упатство

NICE го назначи Националниот центар за соработка за ментално здравје да го развие ова упатство. Центарот ја основа групата за развој на упатствата (видете додаток А), која ги ревидираше доказите и ги разви препораките. Независен панел за рецензија на упатствата го надгледа развојот на упатството (видете додаток В).

Постојат повеќе информации околу тоа како NICE клиничките упатства се развиени на NICE вебсајтот и во како NICE клинички упатства се развиени: преглед за заинтересираните страни, јавноста и NHS.

3. Имплементација

NICE има развиено алатки да им помогне на организациите да го имплементираат водичот.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатствата ги има направено следниве препораки за истражување, базирани на преглед на доказите, да го подобри NICE водичот и негата на пациентот во иднина. Целосниот сет на препораки за истражување на групата за развој на упатствата детално е даден во целосното упатство (видете [дел 5](#)).

4.1 Ефективност на обуката

За здравствените работници кои работат со луѓе кои се самоповредуваат, дали обезбедувањето на обука во проценката и справувањето го подобрува резултатот споредено со немање дополнителна специјалистичка обука?

Едно добро засилено рандомизирано контролирано истражување би требало да ја испита ефективноста на обуката. Истражувачите би требало да ги земат во предвид форматот и должината на обуката. Одбраните резултати би требало да ја вклучат евалуацијата на обуката, како за здравствените работници, така и за корисниците на услугите и ефектот на последователното знаење, ставот и промените во однесувањето. Тоа би требало да вклучи подолго следење од над 12 месеци.

Зошто е ова важно

Тековните истражувања за обуката беа ограничени во нивната проценка на промените на знаењето, ставовите и однесувањето на здравствените работници. Главно, ни едно истражување нема испитано дали обуката има какво било влијание на искуството и резултатот на корисниците на услуги. Здравствените работници често известуваат дека лекувањето на корисниците кои се самоповредуваат е предизвикувачко и тие ја наоѓаат обуката од голема помош, бидејќи обезбедува можност да се мисли на тоа и да се разбере тој аспект на нивната работа. Истражувањата досега, како и да е, ги немаат погледнат почетните резултати на обуката, кои повеќе укажуваат на задоволство од обуката и помалку даваат податок дали обуката имала влијанието во праксата, искуството на корисниците на услуги и резултатите. Идните истражувања би требало да земат во предвид поширок обем на резултати, на пример, ставовите, промените во праксата на проценување, промените во интервенциите и подобрување на искуството на корисниците на услуги и резултатите. Исто така, би требало да се процени подолготрајното влијание на обуката.

4.2 Ефективноста на психосоцијалната проценка со скала на оправдан ризик

За луѓето кои се самоповредуваат (вклучително млади луѓе), дали обезбедувањето на психосоцијална проценка со скала на потврден ризик, спореден само со психосоцијална проценка, ги подобрува резултатите?

На ова прашање би требало да се одговори со употреба на добро водено рандомизирано контролирано истражување. Проценката би требало да ја водат специјалисти за ментално здравје од тимовите за здравствена заштита на менталното здравје. Главните резултати би требало да вклучат извештаи од болници и

самопријавени повторувани случаи на самоповредување. Тука би требало да се вклучат и резултатите од искуството од проценката на корисниците и влијанието на терапевтскиот ангажман. Траењето на истражувањето би требало да биде најмалку 6 месеци.

Зошто е ова важно

Постојат многу различни скали, наменети за предвидување ризик за самоповредување и тие широко се употребуваат во клиничката пракса. Сензитивноста и специфичноста на овие скали се, во најдобар случај, умерени. Додека индивидуалните скали може да обезбедат корисни брзини во правењето на психосоцијалната проценка, можно е тие да можат да го прекинат ангажманот и да се поттикнат лекарите да ги лекуваат ризичните повеќе како поделени отколку континуирани. Поради тоа е важно да се утврди како тие се употребуваат, како нивната употреба е искусена и дали скалите ги подобруваат или не ги подобруваат резултатите на допирливите корисници.

4.3 Клиничка ефективност и трошкова ефективност на психолошката терапија со елементи на решавање на проблемите за луѓето кои се самоповредуваат

За луѓето кои се самоповредиле, дали обезбедувањето на психолошката терапија со елементи на решавање на проблемите, споредено со вообичаено лекување, ги подобрува резултатите? Која е разликата во ефектот за луѓето со историја на самоповредување, споредена со оној на луѓето кои се самоповредуваат за прв пат?

На ова прашање би требало да се одговори со употреба на добро водено рандомизирано контролирано истражување. Земете во предвид шест сесии на психолошка терапија со елементи на решавање на проблемите, спроведени веднаш по извршувањето на означената епизода на самоповредување. Терапевтот би требало да е обучен и искусен во работата со луѓе кои се самоповредуваат. Податоците за учесникот од претходно самоповредување, користени методи и психијатриска историја би требало да се забележат.

Главните резултати би требало да вклучат извештаи од болници и самопријавени повторувани случаи на самоповредување. Би требало да се вклучат и други важни резултати, како квалитет на животот, депресивни симптоми, искуството на корисниците и несакани ефекти (на пример, загриженост или егзацербација на симптомите, асоцирани со терапијата). Дизајнот на истражувањето би требало да ги земе во предвид комплексните мотиви кои го потпираат самоповредувањето. Истражувањата треба да се доволно големи за да ги одредат трошковите на интервенциите и исплатливоста.

Зошто е ова важно

Иако прегледот на доказите од истражувањето сугерираат дека психолошка терапија со елементи на решавање на проблемите ветува, не е јасно кои компоненти се активните состојки на која било интервенција и дали таквата интервенција е ефективна за луѓето со мината историја за самоповредување, споредено со оние кои се

самоповредиле за прв пат. Понатаму, само неколку истражувања имаат преглед на поширок обем на резултати за различни популации кои се самоповредуваат.

4.4 Клиничка ефективност на ниска јачина/кратки психосоцијални интервенции за луѓето кои се самоповредуваат

За луѓето кои се самоповредуваат, дали обезбедувањето на потенцијално ефтини со ниска јачина/кратки психосоцијални интервенции, споредени со вообичаено лекување, ги подобрува резултатите?

На ова прашање би требало да се одговори со употреба на добро водено рандомизирано контролирано истражување. Размислете за употреба на разни видови на приоди, вклучително разгледници, ургентни картици, телефонски повици или употреба на електронски медиуми во установи за ментално здравствена заштита. Резултатите би требало да ги вклучат ангажманот и искуството на корисниците, извештаите од болниците и самопријавените повторувани случаи на самоповредување. Би требало да се вклучат и други важни резултати, како квалитет на животот, депресивни симптоми и несакани ефекти (на пример, загриженост или егзацербација на симптомите, асоцирани со услугите).

Зошто е ова важно

Многу луѓе не се ангажираат со достапните третмани по самоповредувањето. Ако се прифатливи, алтернативните пристапи, како контактни интервенции со слаба јачина означени погоре, би можеле релативно лесно и широко да се имплементираат, со потенцијал да ги подобрат резултатите, по релативно ниска цена кај индивидуални лица кои инаку би било тешко да се ангажираат.

4.5 Опсервациона студија која истражува различни пристапи за намалување на штетата

Кои се различните пристапи за намалување на штетата која следи по самоповредувањето во установите за NHS?

Би требало да се спроведе една студија да ги испита различните пристапи за намалување на штетата која следи по самоповредувањето кои се сега во употреба во установите за NHS. Таа би можела да употреби метод на анкета со сите или со селектиран примерок од давателите на здравствени услуги на менталното здравје. Ревизија на податоците би требало да се употреби за да обезбеди прелиминарна евалуација на потенцијалната корисност. Ветувачки интервенции можат да бидат тестирани во мали пилот студии од типот на рандомизирана контролна студија, кои користат фреквенција и јачина на самоповредување и стандардни мерки на загриженост и психолошки симптоми, како мерки на резултатот. Би требало да се вклучат други резултати како квалитет на животот, искуство на корисниците и несакани дејства.

Зошто ова е важно

Иако прекилот на однесувањето останува цел на лекувањето за многу професионалци кои обезбедуваат згрижување на луѓето кои се самоповредуваат, ова не е реалистично или можно за кратко време за некои индивидуалци. Алтернативна стратегија за услугите е да ги намалат јачината и фреквенцијата на самоповредувањето. Делумно, разни пристапи за намалување на штетата се употребуваат во здравствените установи - на пример, минимизирање на физичката штета, асоцирана со настаните или сугерирање алтернативи на лицата со самоповредувачко однесување. Како и да е, степенот до кој вакви стратегии за справување се употребуваат во службите не е сигурен, како што не е ни нивната ефективност.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосно упатство

Целото упатство, Самоповредување: подолгорочно справување кај возрасни, деца и млади луѓе, содржи детали за методите и доказите употребени да се развие упатството. Тоа е објавено од Националниот центар за соработка за ментално здравје, и е достапно од www.nccmh.org.uk или од нашиот website.

5.2 NICE патека

Препораките од ова упатство се инкорпорирани во NICE патека.

5.3 Соопштение за јавноста

NICE имаат изготвено соопштение за јавноста, објаснувајќи го упатството.

Ние ги поттикнуваме NHS и волонтерските секторски организации да го употребуваат текстот од ова соопштение во нивните сопствени материјали околу самоповредувањето.

6. Поврзан NICE водич

- Нарушувања од употреба на алкохол: дијагноза, проценка и справување со штетноста од алкохолот и зависност од алкохолот. NICE клиничко упатство 115 (2011).
- Депресија: лекување и справување со депресијата кај возрасните. NICE клиничко упатство 90 (2009).
- Шизофренија: основни интервенции во лекувањето и справувањето со шизофренија кај возрасни во примарна и секундарна здравствена заштита. NICE клиничко упатство 82 (2009).
- Гранични нарушувања на личноста: лекување и справување. NICE клиничко упатство 78 (2009).
- Злоупотреба на лекови: опоидна детоксификација. NICE клиничко упатство 52 (2007).
- Злоупотреба на лекови: психосоцијални интервенции. NICE клиничко упатство 51 (2007).
- Биполарно нарушување: справување со биполарно нарушување кај возрасни, деца и адолесценти, во примарна и секундарна здравствена заштита. NICE клиничко упатство 38 (2006).
- Самоповредување: краткорочно физичко и психолошко справување и секундарна превенција од самоповредување во примарна и секундарна здравствена заштита.
- NICE клиничко упатство 16 (2004).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурирани така препораките да ги земаат во предвид важните нови информации. Новите докази се проверуваат по 3 години од објавувањето и здравствените работници и пациентите се прашани за нивните мислења; ние ги употребуваме овие информации за да одлучиме дали целото или дел од упатството има потреба од ажурирање. Ако важен нов доказ се објави во други времиња, ние можеме да одлучиме да направиме побрзо ажурирање на некои препораки. Ве молиме да го видите нашиот website за информации околу ажурирањето на упатството.

Додаток А: Група за развој на упатствата, Национален центар за соработка и NICE проект тим (25 члена)

Professor Navneet Kapur (Chair) Professor of Psychiatry and Population Health, University of Manchester. Honorary Consultant Psychiatrist, Manchester Mental Health and Social Care Trust.

Professor Tim Kendall (Facilitator, Guideline Development Group) Director, National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) Medical Director, Sheffield Health and Social Care Trust; Consultant Adult Psychiatrist.

Mr Benedict Anigbogu Health Economist, NCCMH (from October 2010).

Mr Gareth Allen Representing service user and carer interests.

Mr Simon Baston Lead Nurse Liaison Psychiatry, Sheffield Health and Social Care NHS Foundation Trust.

Ms Henna Bhatti Research Assistant, NCCMH.

Dr Andrew Briggs Head of Child and Adolescent Psychotherapy, Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust.

Professor Stephen Briggs Consultant Social Worker, Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. Professor of Social Work, University Of East London.

Mr Anthony Cox Knowledge Manager, PAPYRUS Prevention of Young Suicide (until March 2011), representing service user and carer interests.

Ms Melissa Chan Systematic Reviewer, NCCMH.

Mr Matthew Dyer Health Economist, NCCMH (until September 2010).

Dr Jonathan Evans Consultant Senior Lecturer, University of Bristol.

Dr Paul Gill Consultant in Liaison Psychiatry, Sheffield Health and Social Care Trust Chair, Faculty of Liaison Psychiatry, Royal College of Psychiatrists.

Ms Naomi Glover Research Assistant, NCCMH.

Ms Marie Halton Research Assistant, NCCMH.

Ms Kate Hunt Lead Professional Consultant Clinical Psychologist, Acute and Crisis Services, Sussex Partnership NHS Foundation Trust.

Dr Suzanne Kearney GP, Whitehill Surgery, Aylesbury.

Ms Katherine Leggett Project Manager, NCCMH.

Mr Nick Meader Systematic Reviewer, NCCMH (until October 2010).

Professor Rory O'Connor Professor of Psychology, University of Stirling.

Mr Richard Pacitti Chief Executive, Mind in Croyden, representing service user and carer interests.

Ms Sarah Stockton Senior Information Scientist, NCCMH.

Dr Michaela Swales Consultant Clinical Psychologist, North Wales Adolescent Service and Senior Lecturer, School of Psychology, Bangor University.

Dr Clare Taylor Editor, NCCMH.

Dr Alison Wood Consultant in Adolescent Psychiatry, Cheshire and Mersey Regional Tier 4 Adolescent Service.

NICE проект тим (6 члена)

Judith Richardson Associate Director.

Caroline Keir Guideline Commissioning Manager.

Nick Staples and Natalie Boileau Guideline Coordinators.

Amanda Killoran Technical Lead.

Prashanth Kandaswamy Health Economist.

Annette Mead Editor.

Додаток В: Панел за рецензија на упатствата (4 члена)

Комисија за развој на упатствата е индивидуална комисија која го надгледува развојот на упатството и ја презема одговорноста за мониторирање на придржувањето кон NICE процесите на развој на упатствата. Особено, комисијата обезбедува коментарите на заинтересираните страни да бидат разгледани и соодветно одговорени. Комисијата вклучува членови од следниве профили: примарна здравствена заштита, секундарна здравствена заштита, непрофесионалци, лаици, јавно здравје и индустријата.

Dr Robert Walker GP, Workington.

Mr Robin Beal Consultant in Accident and Emergency Medicine, Isle of Wight.

Dr Mark Hill Head of Medical Affairs, Novartis Pharmaceuticals UK Ltd.

Ms Victoria Thomas (PIIP stood in as lay member) Associate Director, Patient and Public Involvement Programme, NICE.

Околу ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки околу лекувањето и грижата за луѓето со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството е развиено од националниот центар за соработка за ментално здравје. Центарот за соработка работеше со група на здравствени работници (вклучително консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и негуватели и технички персонал, кој ги ревидираше доказите и ги изготви препораките. Препораките беа завршени по јавната расправа.

Методите и процесите за развој на NICE клинички упатства се опишани во [Прирачник со упатства](#).

Препораките околу ова упатство се инкорпорирани во [NICE Патека](#). Ние имаме изготвено [соопштение за јавноста](#) со објаснување на упатството. Алатки за помош за да се стави упатството во пракса и соопштение околу доказите на кои е тоа базирано се исто така [достапни](#).

Промени по објавувањето

Јуни 2012: мало одржување.

Март 2013: мало одржување.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува ставот на NICE, до кој е пристигнато по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува од здравствените работници да го земат целосно во предвид кога го вежбаат своето клиничко просудување. Како и да е, упатството не ја надминува индивидуалната одговорност на здравствените работници за да донесуваат решенија, соодветни на состојбата на секој индивидуален пациент, во консултација со пациентот и/или старателот или негувателот и да се информирани од резимето на карактеристиките на продуктот за кој било лек кој се зема во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните комисии и /или давателите на услугите. Се потсетуваат комисиите и давателите на услугите дека е нивна одговорност да го имплементираат упатството, во нивниот локален контекст, во рамките на нивните должности да се избегнат незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднакви можности. Ништо во ова упатство не би требало да се интерпретира на начин кој би бил недоследен во извршувањето на овие должности.

Авторски права

© National Institute for Health and Clinical Excellence 2011. Сите права задржани. NICE авторски права може да се преземаат за приватно истражување и проучување и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Не е дозволено репродуцирање од страна на или за комерцијални организации или за комерцијални цели, без писмена дозвола 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