

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 ГЛАУКОМ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при глауком.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при глауком 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 глауком 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. 17-3173/1
09 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Глауком

**Дијагноза и справување со хроничен глауком со отворен агол и
окуларна хипертензија**

Објавено: април 2009 год.

NICE клинички упатства 85
guidance.nice.org.uk/cg85

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	2
Поимите употребени во ова упатство	3
Клучни приоритети за примена	5
1. Упатство	9
1.1 Дијагноза	9
1.2 Следење (мониторирање)	10
1.3 Третман на пациенти со ОХТ и суспектен ХГОА.....	12
1.4 Третман кај пациенти со ХГОА	13
1.5 Организација на негата	15
1.6 Обезбедување на информации	16
2. Прибелешки за целта на ова упатство	18
Како беше изработено ова упатство	18
3. Примена	19
4. Препораки за истражување	20
4.1 Мониторирање на пациенти со ОХТ, суспектен ХГОА и ХГОА	20
4.2 Ажурирање на Националната анкета за трабекулектомија	20
4.3 Ласерски третман	21
4.4 Снабдување со услуги.....	21
4.5 Обезбедување на информации за луѓето со ХГОА	21
5. Други верзии на ова упатство	23
5.1 Целосни упатства	23
5.2 Информации за јавноста	23
6. Изданија во кореспонденција со NICE упатствата	24
Прилог А: Групата за развој на упатството, Националниот центар за соработка и NICE проектниот тим	26
Прилог Ц: Алгоритми	27
Во врска со ова упатство	28

Вовед

Хроничен глауком со отворен агол (ХГОА) е често заболување, кое потенцијално може да резултира со слепило кај пациентот. Вообичаено заболувањето е асимптоматско, како резултат на што повеќето од пациентите не знаат дека имаат проблем со очите, сè додека состојбата не напредне и се јави оштетување на видот. Окуларната хипертензија (ОХТ) е значаен ризик фактор за развивање на ХГОА, иако ХГОА може да се развие и без покачен очен притисок.

Приближно 10% од регистрираното слепило кај луѓето во Обединетото Кралство се препишува токму на глаукомот. Околу 2% од луѓето од белата раса во Европа, постари од 40 години, имаат ХГОА, а овој процент се покачува до 10% кај луѓето над 75 години. Преваленцата може да биде повисока кај луѓето со црно афричко или црно карибско потекло или кај оние кои имаат фамилијарна анамнеза за глауком. Со промените во популационата демографија, се очекува бројот на афектираните индивидуи да расте. Врз основа на овие пресметки, 480,000 луѓе во Англија моментално боледуваат од ХГОА. Годишно се остваруваат повеќе од милион амбулантски прегледи и консултации, поврзани со глауком, во очните амбуланти и болници.

Кај луѓето, кај кои веќе е поставена дијагноза за ХГОА, потребно е доживотно надгледување на состојбата, со цел навреме да се детектира какво било оштетување на видот. Еднаш загубен, видот не може да се поврати, па контролирањето на состојбата, заедно со превенција или минимизација на веќе настанатото оштетување, се клучни во зачувувањето на видот.

Поради несигурноста и варијациите кои постојат во клиничката пракса, ова упатство има за цел да даде јасни препораки за тестирањето и дијагностицирањето на ХГОА и ОХТ, како и за ефективното справување и третман за спречување на прогресивното влошување на состојбата. Со примена на ова упатство кај поголем број на луѓе ќе биде превенирано слепило.

Ова упатство зема во предвид дека оние коишто ќе се придржуваат до него, ќе го користат резимето и дадените карактеристики на продуктот, со цел индивидуално да ги информираат пациентите.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство ги нуди најдобрите совети од секојдневната пракса за дијагностицирање и за справување со ХГОА и ОХТ.

Третманот и негата треба да бидат индивидуализирани соодветно за потребите на пациентот. Луѓето кои имаат ХГОА или ОХТ треба да ја имаат можноста да носат одлуки во врска со нивната нега и третман, базирани на добиените информации и во соработка со здравствените работници. Доколку пациентите немаат доволно капацитети сами да носат одлуки, здравствените работници се должни да го следат советот за согласност од страна на Одделот за здравство и кодот за пракса кој го придружува актот за ментален капацитет. Во Велс, здравствените работници треба да ги следат советите за согласност, издадени од Владата на Велс.

Добрата комуникација помеѓу здравствените работници и пациентите е од суштинско значење. Таа треба да биде поддржана од пишани информации, базирани на докази, прилагодени на потребите на пациентот. Третманот и негата, како и информациите кои пациентите ги добиваат, треба да бидат на соодветно културно ниво. Тие треба да бидат достапни и за луѓето со дополнителни потреби, како што се физички, сетилни или тешкотии со учењето, како и за луѓето кои не зборуваат или не знаат да читаат на англиски јазик.

Доколку пациентот се согласи, семејството и негувателите треба да ја имаат можноста да бидат вклучени во носењето одлуки во врска со третманот и негата.

На семејствата и на негувателите исто така треба да им се дадат информации и поддршка, доколку има потреба.

Поимите употребени во ова упатство

Прифатливи вредности на ИОП. Интраокуларниот притисок (ИОП) на или под таргетираното ниво, дадено од страна на здравствените работници кои го третираат пациентот и се доволни за да се минимизира или да се прекине прогресијата на болеста. Види 'Таргетен ИОП'.

Придржување. До кој степен се совпаѓа однесувањето на пациентот со препораките на здравствениот работник. Придржувањето ја нагласува потребата за согласност, како и слободниот избор на пациентот во однос на тоа дали ќе се придржува или не до препораките на докторот.

Слепило 1. Неспособност за гледање. 2. Отсуство или губиток на вид кој е доволно голем за индивидуата да не може соодветно да одговори на задача која изискува добар вид.

Конверзија. Влошување на суспектниот ХГОА или ОХТ со губење на видно поле во зачувување на изгледот на оптичкиот нерв. За да ја донесе оваа одлука, здравствениот работник мора да ја познава претходната состојба на афектираното око.

Глауком. Болест на оптичкиот нерв со карактеристични промени во оптичкиот диск и типични дефекти во видното поле, со или без покачен ИОП. Види типови на глауком, наведени подолу.

Глауком, хроничен глауком со отворен агол (ХГОА). Глауком без позната секундарна причина, кој се јавува по хроничен тек и се случува при отворен агол на предната комора (трабекуларната мрежа е видлива со гониоскоп). Во ова упатство поимот ХГОА се употребува без оглед на нивото на ИОП и е проширен, со цел да го вклучи и ХГОА со псеудоексфолијација и дисперзија на пигментот.

Глауком (ХГОА); ран, умерен и напреднат. Дефинициите се базираат на класификацијата за загуба на видното поле во однос на степенот на глауком, според Hodapp. Овие можат да бидат сумирани во однос на средниот дефект (MD), како следи: ран, MD поголем од -6dB; умерен MD -6 dB до повеќе од 12 dB; напреднат, MD -12 dB до повеќе од -20 dB. Тешко оштетување на видот (слепило) е дефинирано како MD -20 dB или повеќе.

Глауком, суспектен. Кога, без оглед на ИОП, оптичкиот диск и/или видното поле покажува промени кои сугерираат можно глаукоматозно оштетување.

Гониоскоп. Огледални контактни леќи (гониолеќи), употребувани со светлосен биомикроскоп, или леќи со контактна призма (гониопризма), што овозможува опсервација на аголот на предната комора.

Гониоскопија. Испитување на аголот на предната комора со употреба на гониоскоп, со цел да се опсервираат аголниите структури и да се пресмета длабочината на аголот.

Здравствен работник. За целта на ова упатство, поимот “здравствен работник” се однесува на искусна индивидуа која работи со глауком и негата поврзана со глауком,

вклучувајќи ги тука: офталмолозите, оптометристите, фармацевтите, медицинските сестри и општите лекари.

Интраокуларен притисок (ИОП). Внатрешниот притисок на течноста во окото.

Ласерска трабекулопластика. Хируршка процедура која со неколку серии на ласерско горење на трабекуларната мрежа го подобрува протокот на очната водичка при глауком со отворен агол.

Окуларна хипертензија (ОХТ). Постојано или репетитивно покачен ИОП (повисок од 21mmHg) во отсуство на клинички докази за оштетување на оптичкиот нерв или дефекти во видното поле.

Периметрија. Систематско мерење на функцијата на видното поле, со употреба на различни видови и различен интензитет на стимули.

Прогресија. Влошувањето на ХГОА според клиничката манифестација проценета од страна на здравствениот работник кој ја води афектираната индивидуа, врз база на направените проценки на видното поле и изгледот на главата на оптичкиот нерв (оптичкиот диск). За да донесе одлука, здравствениот работник мора да ја знае претходната клиничка состојба на афектираното око.

Таргетен ИОП. Динамична, клиничка проценка, од страна на здравствениот работник, во однос на тоа која вредност на ИОП се смета за соодветна, со цел да се минимизира или да се спречи прогресијата на болеста или да се избегне загубата на видот.

Тонометрија. Мерење на ИОП со инструмент - тонометар.

Трабекулектомија. Хируршка процедура со која се намалува ИОП, преку креирање на фистула која овозможува тек на очната водичка од предната комора до суптеноски простор.

Проценка на длабочината на предната комора според Van Herick's. Пресечна проценка на длабочината на предната комора на окото, која се користи како прокси мерка во одлуката дали аголот на предната комора е отворен или не.

Видно поле. Просторот кој може да се види кога окото е поставено да гледа напред, вклучувајќи ги и централниот и периферниот вид.

Клучни приоритети за примена

Дијагноза

Кај луѓето кои имаат ХГОА, кои се суспектни за ХГОА или имаат ОХТ, при поставување на дијагнозата понудете ги сите од долунаведените тестови:

- Мерење на ИОП со Голдманова аплациона тонометрија.
- Мерење на централната дебелина на корнеата (рожницата) (ССТ).
- Проценка на конфигурацијата и длабочината на периферната предна комора со гониоскопија.
- Мерење на видното поле со стандардна автоматска периметрија.
- Проценка на оптичкиот нерв, со дилатација и употреба на стереоскопен биомикроскоп со преглед на очното дно.

Осигурајте се сите од наведените да се достапни при секоја клиничка епизода за сите здравствени работници, инволвирани во негата на пациентот:

- Евиденција за сите претходни тестови и слики, релевантни за проценката за ХГОА и ОХТ.
- Евиденција за медицинската историја која може да влијае на изборот на лек.
- Моменталната системска и топична терапија.
- Евиденција во однос на терапијата на глаукомот.
- Алергија и интолеранција на лекови.

Следење (мониторирање)

Следете ги пациентите со ОХТ или суспектен ХГОА во редовни интервали, кои се препорачливи за примање на терапија (Види “Третман на луѓе со ОХТ или суспектен ХГОА”), според ризичната група во која спаѓаат за конверзија на состојбата до ХГОА (табела 1).

Табела 1. Интервали за мониторирање на индивидуи со ОХТ или суспектен ХГОА, кои се препорачливи за примање на терапија

Клиничка проценка			Интервали на мониторирање	
Таргетен ИОП ^a	Ризик за премин во ХГОА ^b	Исход ^c	Само ИОП ^d	ИОП, видно поле и оптичкиот диск
Да	Низок	Без промена во терапијата	Неприменливо	12 до 24
Да	Висок	Без промена во терапијата	Неприменливо	6 до 12
Не	Низок	Ревидирајте го таргетниот ИОП или променете терапија	1 до 4	6 до 12
Не	Висок	Ревидирајте го таргетниот ИОП или променете терапија	1 до 4	4 до 6

^a Кај пациентот кој се третира, ИОП е на таргетното или на пониско ниво. Доколку ИОП не може адекватно да се контролира со лекови, обратете се до офталмолог.

^b Да се направи клиничка проценка според возраст, ИОП, дебелина на централната корнеа (ССТ), изглед и големина на главата на оптичкиот нерв.

^c За промена на терапијата, видете во препораки за третман.

^d Кај пациентите кои прв пат се третираат, проверувајте го ИОП на секои 1-4 месеци.

Следење на пациентите со ХГОА во редовни интервали според ризикот за прогресија кон губење на видот (види табела 2).

Табела 2. Интервали за следење на пациенти со ХГОА

Клиничка проценка			Интервали на мониторирање	
Таргетен ИОП ^a	Прогресија ^b	Исход ^c	Само ИОП ^d	ИОП, видно поле и оптичкиот диск
Да	Не ^e	Без промена во терапијата	Неприменливо	6 до 12
Да	Да	Ревидирајте го таргетниот ИОП или променете терапија	1 до 4	2 до 6
Да	Несигурно	Без промена во терапијата	Неприменливо	2 до 6
Не	Не ^e	Ревидирајте го таргетниот ИОП или променете терапија	1 до 4	6 до 12
Не	Да/несигурно	Промена во терапијата	1 до 2	2 до 6

^a ИОП на таргетното или на пониско ниво.
^b Прогресија=зголемување на оштетувањето на оптичкиот нерв и/или промена во видното поле, потврдена од повторени тестови.
^c За промена на терапијата, видете во препораки за третман.
^d Кај пациентите кои прв пат се третираат, проверувајте го ИОП на секои 1-4 месеци.
^e Не= не е детектирано или не е оценето, доколку само ИОП проверката е направена по промена на терапијата.

Третман на индивидуи со ОХТ или суспектен ХГОА

Кај индивидуите со ОХТ или суспектен ХГОА со висок ИОП, понудете третман кој се основа на проценетиот ризик за конверзија до ХГОА преку ИОП, ССТ и возраста (види табела 3).

Табела 3. Третман на индивидуи со ОХТ или суспектен ХГОА

ССТ	Повеќе од 590 микрометри				555-590 микрометри		Помалку од 555 микрометри		Било која
	> 21 до 25	> 25 до 32	> 21 до 25	> 25 до 32	> 21 до 25	> 25 до 32	> 32		
Нетретиран ИОП (mmHg)	> 21 до 25	> 25 до 32	> 21 до 25	> 25 до 32	> 21 до 25	> 25 до 32	> 32		
Возраст (години) ^a	Било која	Било која	Било која	Третман до 60	Третман до 65	Третман до 80	Било кој		
Третман	Без третман	Без третман	Без третман	BB ^b	PGA	PGA	PGA		

^a Третманот не треба да биде рутински доделен кај луѓе кои се над потребната возраст доколку не постојат индикации дека тие би имале корист од третманот во соодветна временска рамка. Кога лице кое е третирано за ОХТ го достигнува временскиот интервал, но не развило ХГОА, здравствените работници треба да ја дискутираат опцијата за прекин на третманот. Употребата на возрастни граници е соодветна само доколку моменталниот вид е нормален (ОХТ со или бес суспектност за ХГОА) и третманот е исклучиво превентивен. Под такви услови заканата за видот на лицето е занемарлива. При развивање на ХГОА во таква ситуација се препорачува третман.
^b Доколку бета блокатори (BB) се контраиндицирани, понудете простагландин аналог (PGA).

Третман кај луѓето со ХГОА

- Кај пациентите со ново дијагностициран ХГОА, во рана или умерен фаза, со ризик за сигнификантно намалување на видот во текот на животниот век, понудете терапија со аналог на простагландин.
- Како опција понудете оперативен зафат со фармаколошка аугментација (митомицин С [ММС] или 5-флуороацил [5-FU])^[1], како што е индицирано за луѓе со ХГОА кои се под ризик за прогресија на болеста до целосно губење на видот, покрај дадената терапија. Дадете им информации за ризикот и за бенефициите, асоцирани со оперативниот зафат.

Организација на негата

Луѓето кои се суспектни за оштетување на очниот нерв или имаат повторувачки дефект во видното поле, препратете ги за консултација кај офталмолог, со цел да се постави конечна дијагноза и да се формулира планот за третман.

Луѓето кај кои е дијагностицирана ОХТ, суспектен ХГОА или ХГОА, треба постојано да се следат и третираат од страна на искусен здравствен работник кои поседува сè од долунаведеното:

- Специјалистички квалификации (при самостојна работа).
- Соодветно и значајно искуство.
- Способност да открие промена во клиничкиот статус кај пациентот.

Обезбедување на информации

- Дадете им можност на пациентите да ја продискутираат нивната дијагноза, прогнозата на болеста и третманот и потрудете се да им ги дадете најважните информации во соодветна форма при првичната и секоја следна консултација. Ова може да вклучува информации за следново:
 - Специфичноста на нивната состојба (ОХТ, суспектен ХГОА и ХГОА), импликациите кои се трајни и прогнозата во однос на задржување на видот.
 - ХГОА во раната фаза и ОХТ, како и суспектниот ХГОА се асимптоматски.
 - Повеќето луѓе, лекувани со СОАГ нема да ослепат.
 - Еднаш изгубен, видот не може да се поврати.
 - Глаукомот се јавува фамилијарно, поради што и другите членови на блиската фамилија треба да бидат тестирани за болеста.
 - Важната улога на самата индивидуа во нејзиниот третман - на пример, постојаната апликација на капки во очите, со цел да се зачува видот.
 - Различните опции за третман, вклучувајќи начин на делување, фреквенција и сериозност на несаканите ефекти, како и ризиците и придобивките од третманот, со цел пациентите да имаат можност активно да учествуваат во донесувањето на одлуки.
 - Како да се аплицираат капки за очи, вклучувајќи ја техниката и хигиената.
 - Потребата од регуларно мониторирање, како што е специфицирано од методите на здравствениот работник.
 - За време на проценката колку долго од прилика би траела секоја консултација и дали индивидуата би имала потреба од помош, со цел да присуствува (на пр. возење брзо по дилатација на пупилите е непрепорачливо).

- Групи за поддршка.
- Помагала за усогласеност достапни од нивниот општ лекар или фармацевт.
- Регистрација за Забелешка за нарушување на видот (*Letter of Vision Impairment LVI*), Препорака за нарушување на видот (*Referral of Vision Impairment (RV)*) и Документ за нарушување на видот (*Certificate of Vision Impairment CVI*).
- Прописи за лиценцирање на агенција за возила за (DVLA).

^[1] Во време на издавањето (април 2009 год.), ММС и 5-FU немаат маркетиншка авторизација за оваа намена во Обединетото Кралство. Потребно е да се добие информирана согласност која ќе биде документирана. И двата лека треба да бидат давани со претпазливост и во согласност со упатството издадено од Извршниот оддел за здравје и безбедност.

1. Упатство

Ова упатство се основа на најдобрите достапни докази. Целосното упатство (Глауком: дијагноза и справување со ХГОА и ОХТ) дава детали за методите и за доказите, употребени при креирањето на ова упатство.

1.1 Дијагноза

- 1.1.1 При поставување на дијагноза, на луѓето со ХГОА, со суспектен ХГОА или со ОХТ, понудете им ги сите од наведените тестови:
- Мерење на ИОП со Голдманова апланациона тонометрија.
 - Мерење на централната дебелина на корнеата (ССТ).
 - Проценка на длабочината и на конфигурацијата на предната очна комора со гониоскопија.
 - Мерење на видното поле со стандардизирана автоматска периметрија.
 - Проценка на оптичкиот нерв, со дилатација и употреба на стереоскопен биомикроскоп со преглед на очното дно.
- 1.1.2 Прифатете го професионалното упатство^[2]/ од Одделот за здравство^[3] за да го редуцирате ризикот од пренос на трансмисивни агенси со контактна тонометрија или гониоскопија.
- 1.1.3 Направете проценка на длабочината на предната комора според Van Herick како алтернатива на гониоскопијата, доколку клиничките услови ја отфрлаат гониоскопијата како метод (на пр. кога луѓето со физички или тешкотии при учење не можат да учествуваат во прегледот).
- 1.1.4 Обезбедете слика од главата на оптичкиот нерв при дијагнозата, како основна документација.
- 1.1.5 Погрижете се секое од следниве да биде достапно при секоја клиничка епизода за сите здравствени работници, вклучени во негата на индивидуата:
- Евиденција на сите претходни тестови и слики, важни за проценката на ХГОА и ОХТ.
 - Евиденција за медицинската историја која може да влијае на изборот на лек.
 - Моменталната системска и топична терапија.
 - Евиденција во однос на терапијата на глаукомот.
 - Алергија и интолеранција на лекови.
- 1.1.6 Употребете алтернативни методи за проценка доколку клиничките услови ја отфрлаат употребата на стандардните методи за проценка (на пр. кога луѓето со физички или со тешкотии при учење не можат да учествуваат во прегледот).
- 1.1.7 Погрижете се сите апарати и мерните инструменти редовно да се калибрираат според инструкциите на производителот.

1.2 Следење (мониторирање)

- 1.2.1 Понудете, како опција, Голдманова апланациона тонометрија кај сите луѓе кои имаат ХГОА, кои се суспектни за ХГОА или имаат ОХТ при секоја клиничка проценка.
- 1.2.2 Повторувајте ги ССТ мерењата по потреба (на пр. по ласерска рефрактивна операција или при прогресија на патолошки процеси на корнеата).
- 1.2.3 Понудете, како опција, проценка на предната комора според Van Herick кај сите луѓе кои имаат ХГОА, кои се суспектни за ХГОА или имаат ОХТ при секоја клиничка проценка.
- 1.2.4 Повторувајте ја гониоскопијата кога е клинички индицирано (на пр. кога претходното испитување било неубедливо или кога постои сомневање за промена во клиничкиот статус на аголот на предната комора).
- 1.2.5 Понудете стандардна автоматизирана периметрија кај сите луѓе кај кои е дијагностициран ХГОА, кои се суспектни дека имаат нарушување во видното поле и се тестирани за можен ХГОА. Луѓето со дијагностицирана ОХТ и тие кои се суспектни за ХГОА, чие видно поле претходно било документирано како нормално треба да бидат мониторирани со supra-threshold perimetry.
- 1.2.6 Кога еднаш е детектирана промена кај пациентот, користете го истиот тест за видно поле, при секое следно испитување.
- 1.2.7 Понудете преглед со стереоскопен биомикроскоп на главата на оптичкиот нерв кај пациентите со ХГОА, кај оние со суспектен ХГОА или кај оние кои имаат ОХТ при мониторирањето (види табела 4 и 5 за препорачани интервали на мониторирање).
- 1.2.8 При детектирање на промена на статусот на главата на оптичкиот нерв со стереоскопен биомикроскоп, направете нова слика од главата на оптичкиот нерв, со цел да ја надополните веќе постоечката евиденција на пациентот.
- 1.2.9 Во случаи кога не е достапно адекватно испитување на оптичкиот нерв и просторот кој го опкружува, препорачливо е на тие пациенти да им бидат дилатирани зениците пред испитувањето со биомикроскопот.
- 1.2.10 Мониторирајте ги во регуларни интервали луѓето со ОХТ или суспектен ХГОА, кај кои е препорачлива медикаментозна терапија, (види препораки 1.3.1), соодветна на ризикот за развивање на ХГОА.

Табела 4. Интервали за следење на пациенти со ОХТ или суспектен ХГОА, кај кои е препорачлива медикаментозна терапија

Клиничка проценка			Интервали на следење (месеци)	
Таргетен ИОП ^a	Ризик за развивање ХГОА ^b	Исход ^c	Само ИОП ^d	ИОП, оптички диск и видно поле
Да	Низок	Без промена во терапијата	Неприменливо	12 до 24
Да	Висок	Без промена во терапијата	Неприменливо	6 до 12
Не	Низок	Проследете го ИОП или променете	1 до 4	6 до 12
Не	Висок	Проследете го ИОП или променете терапија	1 до 4	4 до 6

^a Доколку пациентот е третиран, а ИОП е на или под таргетното ниво. Доколку пациентот не може да биде адекватно третиран со лекови, обратете се кај офталмолог.

^b Клиничка проценка врз база на возраст, ИОП, ССТ, изглед и големина на оптичкиот диск.

^c За промена на терапијата, следете ги препораките за третман.

^d Кај пациентите кои прв пат се поставени на терапија, закажете ја следната проверка за 1 до 4 месеци по започнувањето на терапијата.

1.2.11 Дискутирајте ги погодностите и ризиците при стопирање на терапијата кај луѓе со ОХТ или суспектен ХГОА, кои ги имаат двете од наведените:

- Низок ризик за губење на видот во текот на животот и
- прифатливо ниво на ИОП.

Доколку пациентот се одлучи да го прекине третманот, по претходната дискусија за ризиците во смисол на развивање на ХГОА и губиток на видот, понудете им проценка на ИОП во интервал од 1 до 4 месеци, до дополнително мониторирање, доколку има објективна клиничка потреба.

1.2.12 Кај пациенти со ОХТ или суспектен ХГОА кај кои не е препорачлива медикаментозна терапија, мерете го ИОП, оптичкиот диск и видното поле во следниве временски интервали:

- Помеѓу 12 и 24 месеци доколку постои низок ризик за развивање на ХГОА.
- Помеѓу 6 и 12 месеци доколку постои висок ризик за развивање на ХГОА.

Доколку не се детектира промена во параметрите во период од 3-5 години (во зависност од ризикот), или пред да се потврди како нормално, кај пациентот треба да се прекине терапијата за активен глауком.

1.2.13 При прекин на терапијата, советувајте ги пациентите, кои не се погодни за терапија и чија состојба се смета за стабилна, еднаш годишно да одат на преглед кај нивниот оптометрист од примарна заштита, со цел која било идна промена во нивната состојба да биде детектирана.

1.2.14 Мониторирајте ги во редовни интервали пациентите со ХГОА според ризикот за прогресија до губење на видот (види табела 5).

Табела 5. Интервали за мониторирање на пациентот со ХГОА

Клиничка проценка			Интервали за следење	
Таргетен ИОП ^а	Прогресија ^б	Исход ^с	Само ИОП ^д	ИОП, оптички диск и видно поле
Да	Не ^е	Без промена во терапијата	Неприменливо	6 до 12
Да	Да	Проследете го ИОП и променете терапија	1 до 4	2 до 6
Да	Несигурно	Без промена во терапијата	Неприменливо	2 до 6
Не	Не ^е	Проследете го ИОП / променете терапија	1 до 4	6 до 12
Не	Да/Несигурно	Променете терапија	1 до 2	2 до 6

^а ИОП на или под таргетно ниво.
^б Прогресија=зголемено оштетување на оптичкиот нерв и/или промена во видното поле потврдено со повторувачки тестови.
^с За промена на терапијата следете ги препораките за третман.
^д Пациентите кои прв пат се поставени на терапија, закажете ја следната проверка за 1 до 4 месеци по започнувањето на терапијата.
^е Не=недетектирано или непроценет ИОП се проверува само при промена на терапија.

1.2.15 При целосно закрепнување по оперативен зафат или ласерска трабекулопластика, започнете одново со мониторирање на ИОП, изгледот на оптичкиот нерв и видното поле (види табела 5).

1.3 Третман на пациенти со ОХТ и суспектен ХГОА

1.3.1 Кај пациентите со ОХТ или суспектен ХГОА со висок ИОП, понудете третман кој се базира на проценетиот ризик за развивање на ХГОА, врз база на ИОП, ССТ и возраста (види табела 6).

Табела 6. Третман кај пациенти со ОХТ или суспектен ХГОА

ССТ	Повеќе од 590 микрометри		555-590 микрометри		Помалку од 555 микрометри		Било која
Нетретиран ИОП (mmHg)	> 21 до 25	> 25 to 32	> 21 to 25	> 25 to 32	> 21 to 25	> 25 to 32	> 32
Возраст (години) ^а	Било која	Било која	Било која	Третман до 60	Третман до 65	Третман до 80	Било која
Третман	Без третман	Без третман	Без третман	BB ^б	PGA	PGA	PGA

^а Третманот не треба рутински да се нуди над наведените возрастни граници, освен ако не постојат бенефиции од третманот во соодветен временски интервал. Доколку пациентот кој е третиран за ОХТ и ја достигнал возрастната граница за прекин на третманот, а не развил ХГОА, здравствените работници треба да ја продискутираат опцијата за стопирање на третманот. Употребата на возрастни граници е соодветна само во оние случаи во кои видот е моментално сочуван (ОХТ со или без сомневање за ХГОА) и третманот е превентивен. Под такви околности третирањето на пациентот е непотребно. При развивање на ХГОА третманот е препорачлив.
^б Доколку бета блокатори (BB) се контраиндицирани, понудете простагландин аналог (PGA).

- 1.3.2 Не ги третирајте луѓето со суспектен ХГОА и нормален ИОП.
- 1.3.3 Осигурајте се дека не постојат значајни коморбидитети или потенцијални интеракции помеѓу лековите, пред давањето на медикаментозна терапија.
- 1.3.4 Понудете алтернативен фармаколошки третман (PGA, BB, инхибитор на карбоанхидраза или симпатомиметик) кај луѓето со ОХТ или суспектен ХГОА и висок ИОП кои се нетолерантни кон моменталната терапија.
- 1.3.5 Понудете алтернативен фармаколошки третман (PGA, BB, инхибитор на карбоанхидраза или симпатомиметик) кај луѓето кои се лекуваат за ОХТ или суспектен ХГОА, кај кои ИОП не може доволно да се редуцира, за да се превенира ризикот од губење на видот. Можно е да биде потребен повеќе од еден агент за да се достигне таргетниот ИОП.
- 1.3.6 Пациентите кои се третирани за ОХТ или суспектен ХГОА, чии ИОП не може соодветно да се редуцира, препратете ги на консултација со офталмолог.
- 1.3.7 Понудете подготовка без конзерванси кај луѓето со ОХТ или суспектен ХГОА и алергија на конзерванси, само доколку се под ризик од развивање на ХГОА (ИОП повеќе од 25 и до 32 mmHg и ССТ помалку од 555 микрометри, или ИОП повеќе од 32 mmHg).

1.4 Третман кај пациенти со ХГОА

- 1.4.1 Осигурајте се дека не постојат значајни коморбидитети или потенцијални интеракции помеѓу лековите, пред давањето на медикаментозна терапија.
- 1.4.2 На пациентите со новодијагностициран ХГОА, кои се под ризик за сигнификантно губење на видот во текот на животот, понудете им третман со PGA.
- 1.4.3 На пациентите со напреднат ХГОА како опција понудете им фармаколошка аугментација (ММС или 5-FU)^[4] како што е индицирано. Дадете им информации за ризикот и за погодностите од операцијата.
- 1.4.4 На пациентите кои имаат ХГОА и се на листа за чекање за оперативен зафат, понудете им третман со простагландин аналог.
- 1.4.5 Охрабрете ги пациентите кои веќе користат медикаментозна терапија да продолжат со неа, освен ако:
- Нивниот ИОП не може соодветно да биде редуциран и да се превенира ризикот од прогресија до губење на видот.
 - Постои прогресија во оштетувањето на оптичкиот диск.
 - Постои прогресија во оштетувањето на видното поле.
 - Се нетолерантни кон лекот.
- 1.4.6 Проверете колку пациентите се доследни во нивниот третман и техниката на инстилација на капки за очи, кај луѓето со ХГОА, чии ИОП не е соодветно

редуциран и не е намален ризикот за прогресија до губење на видот и покрај фармаколошкиот третман. Доколку пациентот ги следи препораките и соодветно ги користи капките, понудете некое од следниве:

- Алтернативен фармаколошки третман (PGA, BB, инхибитор на карбо анхидраза или симпатомиметик) кај луѓето со ОХТ или суспектен ХГОА и висок ИОП кои се нетолерантни кон моменталната терапија.
- Ласерска трабеклопластика.
- Операција со фармаколошка аугментација (MMC или 5-FU^[4]) како е индицирано.

Доколку пациентот се одлучи за фармаколошкиот третман, по обидувањето со два алтернативни фармаколошки третмани, размислете да понудите операција со фармаколошка аугментација (MMC или 5-FU^[4]) како е индицирано или ласерска трабекулопластика.

1.4.7 Понудете операција со фармаколошка аугментација (MMC или 5-FU^[4]) како е индицирано, кај луѓе со ХГОА кои се под ризик за губење на видот и покрај третманот. Понудете им информација за ризикот и за бенефициите од операцијата.

1.4.8 На пациентите со ХГОА, кои се интолерантни кон препишаната терапија, понудете им нешто од следниве:

- Алтернативен фармаколошки третман (PGA, BB, инхибитор на карбо анхидраза или симпатомиметик).
- Подготовка без конзерванси доколку постојат докази дека пациентот е алергичен на конзерванси.

По два неуспешни фармаколошки третмани понудете операција со фармаколошка аугментација (MMC или 5-FU^[4]) или ласерска трабекулопластика.

1.4.9 По извршена операција, на пациентите со ХГОА, чии ИОП не е соодветно редуциран за да се намали ризикот од прогресија кон губење на видот, понудете им една од следниве опции:

- Фармаколошка терапија (PGA, BB, инхибитор на карбо анхидраза или симпатомиметик); можно е да е потребен повеќе од еден агент за да се достигне таргетниот ИОП.
- Понатамошно оперативно лекување.
- Ласерска трабекулопластика или циклоиден ласерски третман.

1.4.10 На пациентите кои не сакаат или се несоодветни за операција, понудете им:

- Фармаколошки третман ((PGA, BB, инхибитор на карбо анхидраза или симпатомиметик); можно е да е потребен повеќе од еден агент за да се достигне таргетниот ИОП.
- Ласерска трабекулопластика или циклоиден ласерски третман.

1.5 Организација на негата

- 1.5.1 Пациентите со суспектно оштетување на оптичкиот диск или дефект во видното поле, или и двете, препратете ги на офталмолог, со цел да се постави дефинитивна дијагноза и да се постави план за терапија.
- 1.5.2 Дијагностицирањето на ОХТ и суспектен ХГОА, како и планирањето на терапијата, треба да биде направено од страна на искусен здравствен работник со:
- Квалификација на специјалист и
 - соодветно искуство.
- 1.5.3 Здравствените работници кои се инволвирани во дијагностицирањето на ОХТ и ХГОА суспектен статус и прелиминарна идентификација на ХГОА треба да бидат спремни во случај на детекција и соодветно препорачување за да се идентификуваат абнормалностите, врз основа на соодветни клинички тестови и проценки. Треба да ги разбираат принципите на дијагностицирањето на ОХТ и ХГОА и да се способни да ги интерпретираат сите од следниве:
- Медицинска и окуларна историја.
 - Диференцијални дијагнози.
 - Голдманова апланациона тонометрија.
 - Автоматска периметрија.
 - Централна supra-threshold периметрија.
 - Преглед на предниот сегмент со стереоскопен биомикроскоп.
 - Преглед на задниот сегмент со бинокуларен индиректен офталмоскоп.
 - Гониоскопија.
 - Проценка на длабината на предната комора според Van Herick'.
 - Мерење на ССТ.
- 1.5.4 Луѓето со дијагноза за ОХТ, суспектен ХГОА или ХГОА треба да се следат и да се третираат од страна на здравствен работник кои ги има сите од следниве:
- Квалификација на специјалист.
 - Соодветно искуство.
 - Способност да детектираат промена во клиничкиот статус.
- 1.5.5 Здравствените работници, инволвирани во следење и третман на луѓето со ОХТ, суспектен ХГОА или естаблиран ХГОА, треба да бидат искусни во носењето на одлуки при секое од следниве:
- Ризик фактор за развивање на ХГОА.
 - Коегзистирачка патологија.
 - Ризик за губење на видот.
 - Мониторирање и детекција на промена во клиничкиот статус (на пр. промена во видното поле, преглед со биомикроскоп на предниот и на задниот сегмент).
 - За лекови за намалување на ИОП.
 - Промени во третманот за ХГОА, суспектен статус за ХГОА и ОХТ (со консидација на значајните контраиндикации и интеракции).

- 1.5.6 Пациентите со потврдена дијагноза на ОХТ или суспектен ХГОА и за кои е направен план за третман, може да бидат мониториани (но не третирани) од страна на соодветно спремен здравствен работник со знаење за ОХТ и ХГО, значајно искуство и способност да детектира промена во клиничкиот статус. Здравствениот работник треба да биде способен да се справи и да ги интерпретира секое од следниве:
- Апланациона тонометрија по Голднам.
 - Стандардна автоматска периметрија.
 - Централна supra-threshold периметрија.
 - Преглед на предниот сегмент со стереоскопен биомикроскоп и преглед на предниот сегмент и проценка на длабочината на предната комора по Van Herick's.
 - Преглед на постериорниот сегмент со бинокуларна индиректна офталмоскопија.
- 1.5.7 Здравствените работници кои дијагностицираат, третираат или ги надгледуваат пациентите без консултација од офталмолог, треба да преземат целосна одговорност за услугите кои ги нудат.

1.6 Обезбедување на информации

- 1.6.1 Понудете им на пациентите да ја продискутираат со вас нивната дијагноза, прогнозата и третманот и дајте им релевантни информации во достапен формат при првичната и при секоја следна консултација. Ова може да вклучува информации за следниве:
- Нивната специфична состојба (ОХТ, суспектен ХГОА и ХГОА), импликациите во текот на животот и прогнозата во однос на зачувување на видот.
 - ХГОА во раната фаза и ОХТ и суспектниот ХГОА се асимптоматски, повеќето пациенти кои се третирани за ХГОА нема да ослепат.
 - Еднаш изгубен, видот не може да се врати.
 - Глаукомот може да се јави кај повеќе членови на иста фамилија, поради што е препорачливо сите да се тестираат за болеста.
 - Важноста на улогата која ја има самиот пациент при третманот – на пр., при тековна регуларна апликација на капки за очи да се зачува видот.
 - Различни опции за третман, вклучувајќи начин на дејствување, фреквенција и тежина на несаканите ефекти, како и ризиците и погодностите од третманот, со цел пациентите активно да учествуваат во донесувањето одлука.
 - Како да се аплицираат капки за очи, вклучувајќи ја техниката и одржувањето на хигиената, потребата за редовно следење со методите на инвестирање за извршување проценка, како што е наведено од здравствениот работник.
 - Колку од прилика би траела секоја консултација и дали личноста би имала дополнителна потреба од помош за да присуствува (на пр. возење брзо по дилатација на пупилите не е препорачлива) во групи за поддршка.
 - Помагала, достапни од нивниот општ лекар и фармацевт.
 - Регистрација на Letter of Vision Impairment (LVI), Referral of Vision Impairment (RVI) и Certificate of Vision Impairment (CVI).
 - Прописи за Driver and Vehicle Licensing Agency (DVLA)

-
- [2] Royal College of Ophthalmologists и Medicines and Healthcare products Regulatory Agency.
- [3] Види Department of Health Advisory Bodies.
- [4] Во време на издавањето (април 2009 год.), ММС и 5-FU немаат маркетиншка авторизација за оваа намена во Обединетото Кралство. Потребно е да се добие информирана согласност која ќе биде документирана. И двата лека треба да бидат давани со претпазливост и во согласност со упатството, издадено од Извршниот оддел за здравје и безбедност.

2. Прибелешки за целта на ова упатство

NICE упатствата се изработуваат во координација со домен кој дефинира што ќе биде, а што нема да биде опфатено од страна на упатството.

Како беше изработено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за хронични состојби да го изработи ова упатство. Центарот воспостави Група за развој на упатството (види Прилог А), која ги прегледуваше доказите и ги изработи препораките. Независна Комисија за рецензија го надгледуваше развојот на упатството (види Прилог Б).

За повеќе информации за тоа како NICE клиничките упатства се изработени, одете на NICE веб страницата. Буклет со тоа 'Како NICE клиничките упатства се изработени: преглед на акционерите, јавноста и NHS' е достапен.

3. Примена

NICE има развиено алатки, со цел да им помогне на организациите при примената на ова упатство (како е наведено подолу).

- Слајдови на кои се означени клучните пораки за локална дискусија.
- Алатки за проценка на цената:
 - Извештај за трошок за проценка на националните заштеди и трошоците, поврзани со спроведувањето.
 - Образец за трошокот за проценка на локалните трошоци и заштеди кои се вклучени. Ревизиона поддршка за мониторирање на локалната пракса.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на овие упатства ги дава следниве препораки за истражување, врз основа на разгледувањето на постоечките докази, со цел да се подобрат NICE упатствата, како и грижата за пациентите во иднина.

4.1 Мониторирање на пациенти со ОХТ, суспектен ХГОА и ХГОА

Која е клиничката ефективност и ефикасноста од финансиски аспект со користење на различни интервали за мониторирање за детекција на прогресија на болеста кај луѓе со ХГОА кои имаат ризик за влошување на состојбата?

Зошто е ова важно

Одговорот на ова прашање е вклучен во препораките за интервално мониторирање на хронична болест во ова упатство. Во моментот не постои конкретен доказ од рандомизираните контролни студии (РКС) во оваа област. Пациентите, кај кои е поставена дијагноза за ХГОА, се соочуваат со доживотно мониторирање на состојбата и третман. Мониторирањето, базирано на интервалите според проценетиот ризик би им овозможило на луѓето со висок ризик за губење на видот да имаат поинтензивно мониторирање и би го скратило непотребното мониторирање и консултации кај оние со низок ризик. Исто така би овозможило да се фокусираат ресурсите кај пациентите со најголем ризик, со што раната детекција за прогресија би станала поверојатна, со што, пак, оштетувањето на видот би се минимизирало. Рандомизирана компаративна студија на трите слоеви за перцептивен ризик, за прогресија до слепило е препорачлива. Исходот би бил детекција на настаните при прогресија.

4.2 Ажурирање на Националната анкета за трабекулектомија

Кои се моменталните NHS национални репери за хируршки успех и компликации кај пациентите со ХГОА кои одат на оперативен зафат со трабекулектомија и дренажа со или без фармаколошка аугментација?

Зошто е ова важно

Одговорот на ова прашање би овозможил попрецизни и понови докази за хируршкиот третман кај ХГОА. Стапките на хируршкиот успех и компликации треба да бидат употребени како репер за клиничка ревизија и да помогнат во планирањето на услугите. Тогаш би било возможно луѓето кои подлежат на оперативен зафат подетално да се информираат за успешноста и за можните компликации. Базата на доказите кои постојат во моментот е од Националната анкета за трабекулектомија. Сепак, оваа анкета е стара 10 години и оперативните техники се променети. Реперите, добиени од новата анкета би поставиле нов стандард со кој новите техники би биле оценети. Дизајнот на студијата треба да биде сличен на оној од пред 10 години, за да се овозможи споредба на исходот сега со оглед на промените во оперативните техники и ревизионите препораки

4.3 Ласерски третман

Која е клиничката ефективност и ефикасноста од финансиски аспект при иницијален аргон, диода или селективна ласерска трабекулопластика, во споредба со простагландин аналог или ласерска трабекулопластика плус простагландин аналог во комбинација, кај пациентите со ХГОА?

Зошто е ова важно

Одговорот на ова прашање би овозможил информации за компаративната клиничка ефективност и финансиска ефикасност на ласерскиот третман и модерните окуларни хипотензивни агенти, особено простагландин аналозите. Ласерскиот третман може да го контролира ИОП кај некои пациенти на одредено време без потреба од топична терапија, додека кај други може да даде дополнителна бенефиција на топичната терапија. Во двата случаи, можно е да се заштеди финансиски и да се превенира влошувањето на состојбата. Постоечките студии за ласерска трабекулопластика, во споредба со фармаколошкиот третман, се застарени, поради застарените фармаколошки агенси. Поради недостатокот на докази, улогата на ласерска трабекулопластика во справувањето со ХГОА не може јасно да се дефинира. Потребно е да се направи РКС за да се одговори на ова истражувачко прашање и би било потребно да се направат преварантски (плацебо?) ласерски третмани, со цел да се овозможи двојно или барем единечно маскирање.

4.4 Снабдување со услуги

Која е компаративната ефикасност од страна на различни здравствени работници при дијагностицирање на можен ХГОА, ОХТ или суспектен ХГОА?

Зошто е ова важно

Одговорот на ова прашање има потенцијал да го подобри пристапот кон негата, со зголемување на бројот на достапни здравствени работници и локации. Моменталните достапни докази се недоволни. Постои една РКС, но поради дизајнот е од ограничена општа употреба. Не постои никакво истражување од голем размер за снабдување со услуги во последниве 10 години. Сепак, одделот за здравство направи пробно алтернативни патеки за неа на ХГОА, кој покажа дека владата е заинтересирана за оваа област. Примарните истражувања и неколку РКС би биле потребни за да се одговора на прашањата во овие препораки за истражување.

4.5 Обезбедување на информации за луѓето со ХГОА

Која е клиничката ефективност и ефикасноста од финансиски аспект од снабдувањето на пациенти со ХГОА со „глауком картичка“, или индивидуална евиденција за неа во споредба со стандардниот третман?

Зошто е ова важно

Одговорот на ова прашање би обезбедил докази за подобра неа, во смисол на исходот од третманот и искуството кое го имаат пациентите со ХГОА. Со нивното инволвирање

и објаснување, со цел подобро да разберат како да се справуваат со нивниот ХГОА би можел да се намали стресот и несигурноста, како и потенцијално да се подобри нивното учество во третманот, со што би се овозможило подолготрајно зачувување на видот. Досега не е направена РКС или систематска ревизија. Дизајнот на студијата за предложеното истражување треба да биде РКС. Квалитативна истражувачка компонента би била потребна за да се развие соодветна интервенција и исходот од фокусот на пациентот за оценување на искуството на пациентите со ХГОА. Стандарден тест за видната функција (видно поле) би бил соодветен за оценување на исходот. Голема студија и долг период за студијата - веројатно најмалку 5 години - би биле потребни за да се детерминира конечниот исход за видот, со асоцираните импликации.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосни упатства

Целосното упатство, Глауком: дијагноза и справување со хроничен глауком со отворен агол и окуларна хипертензија содржи детали за методите и за доказите кои се користени за изработка на упатството. Издадено е од страна на Националниот центар за соработка за акутна нега.

5.2 Информации за јавноста

NICE има изработено 'информации за јавноста' со кои се објаснува ова упатство. Ги охрабруваме NHS и организациите од волонтерскиот сектор да го искористат ова упатство во нивните сопствени материјали.

6. Изданија во кореспонденција со NICE упатствата

Издадени

Каналопластика за примарен глауком со отворен агол. NICE упатство за интервентни процедури 260 (2008).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурираат, со цел препораките да бидат во тек со новите информации. Секој нов доказ се проверува во рок од 3 години по објавувањето, при што здравствените работници и пациентите се консултирани во однос на нивното мислење; ние ги користиме овие информации за донесувањето на конечна одлука, односно дали конкретниот дел од упатството има потреба од ажурирање. Доколку нов доказ кој е од голема важност е издаден во друг рок, можно е да се одлучиме за побрзо ажурирање на некои од препораките. Одете на нашата веб страница за повеќе информации во врска со ажурирањето на упатствата.

Прилог А: Групата за развој на упатството, Националниот центар за соработка и NICE проектниот тим

Тимот, одговорен за развој на упатството брои 25 членови. Податоците за членовите можат да се најдат на следниве контакти:

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

www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk

Прилог Ц: Алгоритми

Патеките за дијагноза, мониторирање и третман се во целосното упатство.

Во врска со ова упатство

NICE клиничките упатства се препораки во врска со третманот и негата на луѓето со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Ова упатство е произведено од страна на Националниот центар за соработка за хронични болести и Центарот за клиничка пракса при NICE. Центарот за соработка работеше со група на здравствени работници (вклучувајќи консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и негуватели, како и технички тим кој ги надгледуваше доказите и ги подготви препораките. Препораките беа конечно завршени по извршената јавна консултација.

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

Препораките од ова упатство се вметнати во NICE патека. Имаме изработено информации за јавноста кои го објаснуваат ова упатство. Алатки кои ќе ви помогнат при употребата на ова упатство во пракса и информации во врска со доказите на кои е тоа базирано се исто така достапни.

Промени по издавањето

Јануари 2012: минорно одржување.

Август 2013: минорно одржување.

Која е вашата одговорност

Ова упатство ја претставува перспективата на NICE, која е добиена по внимателно разгледување на достапните докази. Од здравствените работници се очекува да го земат горенаведеното во предвид при извршувањето на нивната клиничка процена. Сепак, ова упатство не ја намалува личната одговорност на здравствените работници во однос на носењето на одлуки, согласно со индивидуалноста на пациентите, во консултација со пациентот и/или со старателот или негувателот, кои се информираат за карактеристиките на кој било друг лек што се разгледува како опција.

Примената на ова упатство е одговорност на локалните членови на комисијата и на дистрибутерите. Потребно е да им се нагласи на членовите на комисијата и на дистрибутерите дека во нивна одговорност спаѓа примената на упатството, во нивната локална сфера, со цел да се избегне незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирањето на еднакви можности за сите. Ништо во ова упатство не треба да се толкува на начин кој е недоследен со повикувањето на тие должности.