

MANIFEST UDAROWY

MANIFEST UDAROWY

Od około 20 lat, dzięki powołaniu Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, a następnie podjęciu działań prowadzonych w ramach programu POLKARD, udało się w Polsce w istotny sposób poprawić system opieki nad chorymi z udarem i po udarze. Powstała sieć Oddziałów i Pododdziałów Udarowych, w większości otrzymująca wsparcie z funduszy centralnych. Jednak nadal jest wiele do zrobienia w tym zakresie. Wystarczy przyrównać obecną sytuację Polski do celów wyznaczonych na rok 2015 w „Deklaracji Helsingborskiej 2006” Europejskich Strategii Udarowych (Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies).

Oczekiwania w poszczególnych zakresach zostały sformułowane następująco:

Organizacja medycznych służb udarowych

- W Europie wszyscy pacjenci z udarem mózgu będą mieli dostęp do kompleksowej, zorganizowanej opieki w ostrej fazie – oddziałów udarowych (Stroke Unit – SU), oraz odpowiedniej rehabilitacji i prewencji wtórnej.

Leczenie w ostrej fazie udaru mózgu

- Ponad 85% pacjentów powinno przeżyć co najmniej miesiąc po udarze.
- Ponad 70% pacjentów powinno być niezależnych w czynnościach dnia codziennego po 3 miesiącach od udaru.
- Wszyscy pacjenci, którzy kwalifikują się do leczenia w ostrej fazie udaru, powinni znaleźć się w ośrodku, w którym personel ma odpowiednie doświadczenie i dysponuje technicznymi możliwościami takiego leczenia.

Profilaktyka

- Obniżenie śmiertelności z powodu udaru mózgu przynajmniej o 20% w stosunku do wskaźnika śmiertelności w 2005 r.
- Każdy kraj powinien dążyć do zmniejszenia rozpowszechnienia czynników ryzyka udaru, szczególnie nadciśnienia tętniczego i palenia tytoniu w populacji swoich mieszkańców.
- Wszyscy pacjenci po udarze mózgu oraz osoby, które doświadczyły przemijającego ataku niedokrwinnego (ang. transient ischaemic attack – TIA) powinni mieć dostęp do profilaktyki wtórnej.

Rehabilitacja po udarze mózgu

- Celem rehabilitacji poudarowej jest osiągnięcie w 3 miesiące po udarze zdolności do samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego u ponad 70% pacjentów.

Ocena wyniku końcowego leczenia i ocena jakości

- W celu oceny wyniku końcowego leczenia i oceny jakości wszystkie kraje powinny opracować system gromadzenia danych koniecznych do ewaluacji jakości opieki udarowej, łącznie z oceną bezpieczeństwa pacjenta.

FUNDACJA UDARU MÓZGU WZYWA DO DZIAŁANIA

„Manifest udarowy” jest wyrazem dążenia do poprawy opieki udarowej. Wierzymy, że celem, jaki należy postawić przed systemem opieki zdrowotnej, powinno być:

- zredukowanie liczby udarów,
- zmniejszenie umieralności z powodu udaru,
- zmniejszenie poziomu niepełnosprawności wywołanej udarem,
- poprawienie sytuacji osób po udarze oraz zwiększenie dostępności do specjalistycznych świadczeń medycznych.

Mamy nadzieję, że regularne prowadzenie kampanii edukacyjnych i działań informacyjnych zwiększy poziom wiedzy na temat udaru mózgu w społeczeństwie i środowisku medycznym. Powszechne poznanie przyczyn udaru zaowocuje zmniejszeniem zapadalności. Znajomość wczesnych objawów udaru zwiększy rozpoznawalność i umożliwi szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia. Właściwa organizacja opieki poudarowej ułatwi chorym powrót do aktywnego życia.

PREWENCJA UDAROWA

Udar jest pierwszą przyczyną ciężkiej niepełnosprawności oraz trzecią przyczyną śmierci w Polsce. Można mu jednak zapobiec.

Należy skierować większą uwagę na zapobieganie, a zwłaszcza na:

- kontrolę wysokiego ciśnienia krwi,
- prawidłowe leczenie cukrzycy,
- szybką diagnostykę i wdrożenie efektywnego leczenia przemijających ataków niedokrwiennych (TIA),
- skuteczną terapię przeciwzakrzepową u chorych z migotaniem przedsionków,
- leczenie zaburzeń gospodarki lipidowej,

- zmianę trybu życia (zwiększenie aktywności fizycznej),
- prawidłowo zbilansowaną dietę,
- zaprzestanie palenia papierosów,
- unikanie nadużywania alkoholu.

Zwiększenie świadomości

Jednym z priorytetów w zakresie, akcji mających na celu ograniczenie liczby udarów, powinny być działania budujące świadomość dotyczącą czynników ryzyka udaru oraz skutecznej prewencji. W chwili obecnej w naszym kraju regularne programy edukacyjne związane z udarem są prowadzone głównie przez organizacje pozarządowe (NGO), które dysponują niewielkimi środkami i ograniczonymi zasobami kadrowymi. Należy stworzyć takie warunki, aby edukacja prozdrowotna była prowadzona w sposób aktywny, ciągły i kompleksowy. Jednym z rozwiązań może być motywowanie szpitali do włączania edukacji zdrowotnej do ich bieżącej aktywności. Innym – przeznaczenie środków publicznych na kampanie edukacyjne realizowane przez odpowiednie instytucje państwowe lub NGO.

Ocena edukacji zdrowotnej

Istnieje potrzeba skuteczniejszej oceny zdrowia publicznego, wspartej przez rząd, w celu dokładnego rozeznania sytuacji epidemiologicznej oraz podatności polskiej populacji na czynniki ryzyka. Tematyka udarowa zdecydowanie częściej powinna być włączana w programy publicznej służby zdrowia oraz politykę i działalność związaną z promocją zdrowia.

Diagnoza oraz leczenie migotania przedsionków

Niezbędna jest skuteczna diagnostyka, budowanie świadomości zagrożeń oraz poprawa terapii migotania przedsionków (MP), najczęstszego zaburzenia rytmu serca. Urazy mózgu, do których dochodzi w następstwie MP, mają szczególnie ciężki przebieg, a połowa dotkniętych nimi pacjentów umiera w pierwszym roku od ich wystąpienia. Stosując nowoczesne standardy leczenia przeciwzakrzepowego, zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, można znacznie zredukować liczbę udarów stanowiących powikłanie migotania przedsionków.

Rola lekarzy pierwszego kontaktu w zmniejszaniu ryzyka udaru

Lekarze pierwszego kontaktu muszą być odpowiednio zmotywowani do oceny poziomu ryzyka, monitorowania oraz właściwego prowadzenia wszystkich pacjentów, u których ryzyko to jest zwiększone, a także wdrażania odpowiedniego zachowania prozdrowotnego.

NAGŁE PRZYPADKI ORAZ NATYCHMIASTOWA OPIEKA UDAROWA

Leczenie udarów jako nagłych przypadków oraz zapewnienie każdej osobie z udarem leczenia w specjalistycznym oddziale udarowym zwiększyłoby oszczędności liczone w dniach pobytu w szpitalu oraz zmniejszyłoby śmiertelność w wyniku udaru.

Opieka w nagłych przypadkach

Udar mózgu jest stanem nagłym, w którym czas odgrywa znaczącą rolę. Każdego pacjenta należy jak najszybciej przetransportować do szpitala, w którym znajduje się oddział udarowy, aby zapewnić odpowiednie leczenie i opiekę.

Transport sanitarny powinien być traktowany jako pilne – pierwsze i ważne – ogniwo łańcucha zdarzeń zapewniających szybką, nieprzerwaną, wielospecjalistyczną opiekę nad chorym z udarem mózgu.

Taki łańcuch rozpoczyna się w stacji pogotowia, gdzie po otrzymaniu zgłoszenia można wstępnie wytypować potencjalnego chorego z udarem. Należy ustalić, jaki czas upłynął od wystąpienia objawów do momentu wezwania pogotowia. Ze stacji pogotowia trzeba wysłać karetkę, której personel potrafi rozpoznać objawy udaru, aby szybko przewieźć pacjenta do najbliższego szpitala zapewniającego odpowiednią opiekę. Podczas wywiadu kwalifikuje się wstępnie pacjenta do ewentualnego leczenia trombolitycznego i przewiezienia do szpitala zapewniającego takie leczenie.

Po szybkiej ocenie w izbie przyjęć, wykonaniu badania tomografii komputerowej (TK) głowy i rozpoznaniu typu udaru (niedokrwienny lub krwotoczny) oraz po stabilizacji funkcji życiowych pacjent powinien zostać przeniesiony na oddział udarowy, gdzie zajmie się nim wielospecjalistyczny zespół.

Oddział udarowy to podstawa zintegrowanej opieki udarowej, tzw. łańcucha opieki. Badania i praktyka kliniczna wskazują, że pacjenci leczeni na oddziałach udarowych mają lepsze rokowanie w porównaniu z tymi, którzy są leczeni na oddziałach ogólnych.

W 2004 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął wytyczne ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu dotyczące organizacji oddziałów udarowych:

Definicja i modele oddziału udarowego

Oddział udarowy/pododdział udarowy jest wyodrębnioną strukturalnie jednostką szpitalną przeznaczoną do kompleksowego leczenia chorych w ostrej fazie udaru mózgu. Może stanowić część innego oddziału, najlepiej neurologicznego.

Modele struktury oddziału/pododdziału udarowego

- Sale intensywnego nadzoru udaru mózgu:
 - 4-6 łóżek wyposażonych w aparaturę monitorującą podstawowe funkcje życiowe, przeznaczonych dla krótkiego (1-3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni udaru.
- Sale dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej”:
 - 2-16 łóżek przeznaczonych dla kontynuowania leczenia (pobyt trwający średnio 10-21 dni).

Wymagania

- populacja objęta opieką – co najmniej 200 000 osób,
- chorzy przyjmowani w ciągu całej doby,
- tomografia komputerowa dostępna na terenie szpitala bez ograniczeń przez całą dobę,
- całodobowe laboratorium diagnostyczne na terenie szpitala,
- możliwość wykonania elektrokardiogramu (EKG) bez ograniczeń przez całą dobę,
- minimum 4 kardiomonitoringi,
- badania ultrasonograficzne metodą Dopplera tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych możliwe do wykonania w ciągu pierwszej doby hospitalizacji,
- echokardiografia przekłatkowa dostępna na terenie szpitala.

Niestety nie jest to standard wszędzie istniejący i możliwy do zrealizowania w każdym miejscu, głównie z powodów kadrowych i sprzętowych.

Nie zawsze istnieje możliwość rozpoczęcia natychmiastowej rehabilitacji, tuż po ustabilizowaniu stanu ogólnego pacjenta. O skuteczności rehabilitacji decyduje głównie czas jej rozpoczęcia po wystąpieniu udaru.

Nie ma też realnych możliwości ustawicznego kształcenia personelu, jak również nieprzerwanej edukacji pacjentów, rodzin i opiekunów.

Cały zespół pracujący przy pacjencie we wczesnej fazie udaru powinien dysponować właściwą wiedzą dotyczącą udaru oraz odpowiednimi umiejętnościami wspieranymi szkoleniem.

Wszystkie oddziały udarowe powinny być certyfikowane przez krajowe lub międzynarodowe instytucje, aby zagwarantować stosowanie zaleceń opartych na EBM.

Każdy udar powinien być leczony jako nagły przypadek, z natychmiastowym dostępem do tomografii komputerowej mózgu oraz w odpowiednich przypadkach – do leczenia trombolitycznego w oddziale udarowym.

REHABILITACJA

**Udar potrafi zniszczyć życie chorych, ich rodzin oraz przyjaciół.
Z lepszym wsparciem pacjenci mogą jednak przewyciężyć bariery
spowodowane chorobą.**

Rehabilitacja jest tym skuteczniejsza, im szybciej zostanie rozpoczęta (licząc czas od wystąpienia objawów).

Według Fundacji Udaru Mózgu (FUM) każdy chory powinien mieć dostęp do rehabilitacji o takiej intensywności, jakiej potrzebuje, i na tak długo, jak to jest potrzebne. Dotyczy to także chorych w najcięższym stanie, którzy w chwili obecnej, z uwagi na stosowane kryteria oceny, często nie mają rzeczywistego dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych. Fundacja pragnie również podkreślić, że niezbędne jest zapewnienie wszystkim pacjentom po udarze mózgu realnego dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych zawartych w Koszyku Świadczeń Gwarantowanych w skali całego kraju.

W całej Polsce konieczne jest zwiększenie liczby oddziałów rehabilitacyjnych i usprawnienie dostępu do nich – pacjent, który opuszcza oddział udarowy, powinien przejść z niego płynnie na oddział rehabilitacji, a nie oczekiwać przez kilka miesięcy, jak najczęściej obecnie ma to miejsce. Korzyści z wczesnej rehabilitacji są ściśle skorelowane z procesami naprawczymi mózgu i jego plastycznością, która jest największa w pierwszych tygodniach po udarze. Pracując intensywnie z pacjentem właśnie w tym okresie, można osiągnąć największe sukcesy. W czasie kilkumiesięcznego, bezczynnego oczekiwania na fizjoterapię dochodzi niestety do nieodwracalnych zmian stanu neurologicznego pacjenta, a szansa na maksymalną naprawę skutków udaru zostaje zmarnowana. Podczas rehabilitacji podjętej po takim czasie walczy się z wtórnymi powikłaniami po udarze, a nie z jego pierwotnymi następstwami.

Rehabilitacja osoby po udarze nie powinna kończyć się w szpitalu. Konieczne jest zapewnienie pacjentom realnego dostępu do rehabilitacji środowiskowej, w ramach której pracownicy medyczni – fizjoterapeuta, pielęgniarka, logopeda, psycholog, badający potrzeby pacjenta oraz

dostosowujący go do środowiska, w którym funkcjonuje – będą składać wizyty w domu chorego. Także rodzina pacjenta i jego opiekunowie powinni nauczyć się podstawowych zasad rehabilitacji.

Chorzy, dla których jest to wskazane, powinni mieć zapewniony dostęp do leczenia otwartego, czyli oddziałów rehabilitacji dziennej, ambulatoryjnej i sanatoryjnej. Aby pacjent mógł skorzystać z rehabilitacji u neuropsychologa, logopedy czy fizjoterapeuty, powinno wystarczyć skierowanie od lekarza podstawowej opieki medycznej, który ma pełną wiedzę na temat potrzeb osoby po udarze mózgu.

W momencie zakończenia procesu rehabilitacji opieka udarowa nadal powinna być dostępna, a pacjent powinien bez problemów otrzymać Podstawową Opiekę Zdrowotną (POZ).

Fundacja Udaru Mózgu proponuje powołanie rehabilitacyjnych zespołów udarowych działających poza szpitalem, w domu pacjenta. Jednostką odpowiedzialną za ich działalność mogą być regionalne oddziały udarowe lub służby medyczne należące do podstawowej opieki zdrowotnej. Działalność tych zespołów powinna zapewnić pacjentom dostęp do szeroko rozumianej rehabilitacji środowiskowej.

ŻYCIE PO UDARZE – OD SZPITALA DO POWROTU DO SPOŁECZEŃSTWA

Wychodzenie naprzeciw długoterminowym potrzebom osób po udarze ma kluczowe znaczenie dla zwiększenia ich niezależności oraz podwyższenia jakości życia.

Planowany wypis

Każdej osobie, która doznała udaru, powinno się zaproponować udarowy plan opieki, skoordynowany przez lekarza neurologa.

Pacjenci wypisani ze szpitala powinni – bez wyjątku – otrzymać pisemną informację o przysługujących im prawach i możliwościach kontynuacji leczenia, rehabilitacji lub ewentualnej opieki. Bardzo ważne jest, by osoby po udarze miały odpowiedni dostęp do rehabilitacji oraz pomoc potrzebną w początkowych etapach po powrocie do domu – łącznie z zaspokojeniem potrzeb fizjologicznych, psychologicznych oraz społecznych.

Prewencja wtórna

Prewencja wtórna powinna otrzymać wyższy priorytet. Wszyscy, którzy mieli udar lub przemijający atak niedokrwienny (TIA), powinni zostać objęci właściwym leczeniem przeciwwzakrzepowym, zgodnym z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (European Society of Cardiology). Powinni także mieć dostęp do informacji oraz porad dotyczących czynników ryzyka i sposobu prowadzenia odpowiedniego trybu życia. Dzięki temu można zapobiec kolejnym udarom. Lekarze pierwszego kontaktu powinni odgrywać istotną rolę w edukacji chorych oraz nadzorze nad prowadzoną przez nich prewencją (poprzez kontrolę właściwego przyjmowania zleconych leków oraz unikania czynników ryzyka).

Badania z dziedziny rehabilitacji

Postulujemy zwiększenie liczby badań naukowych w zakresie różnych modeli rehabilitacji oraz długoterminowej opieki po udarze.

Zaangażowanie w decyzje oraz opiekę

Osoby po udarze oraz ich opiekunowie powinni być zaangażowani we wszystkie decyzje dotyczące opieki oraz wsparcia. Informacje należy przekazywać osobom po udarze oraz ich opiekunom w zależności od ich indywidualnych potrzeb.

Rozwój własny

Osoby po udarze oraz ich opiekunowie powinni mieć dostęp do właściwych programów samorozwoju, których celem jest pomoc w powrocie do zdrowia i dostosowanie do życia po udarze.

Pomoc oraz szkolenia dla opiekunów

Potrzebne są dodatkowe szkolenia dla opiekunów osób po udarze.

Wychodzenie naprzeciw długoterminowym potrzebom osób po udarze jest ważne, by zwiększyć ich niezależność oraz podwyższyć jakość życia.

Pomoc długoterminowa powinna być traktowana z większym priorytetem i z większym zaangażowaniem ze strony pracowników ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych.

ŻYCIE PO UDARZE - POMOC DŁUGOTERMINOWA

Kompleksowe podejście do długoterminowej pomocy

Kompleksowe i zorientowane na potrzeby chorych usługi powinny być dostępne, żeby wspierać osoby po udarze oraz ich opiekunów przez długi czas. Należy umożliwić wszystkim osobom po udarze dostęp do szerokiego zakresu specjalistów oraz standardowe wsparcie.

Niezbędne usługi wiążą się nie tylko z opieką zdrowotną i społeczną, ale również zatrudnieniem, finansowaniem, warunkami mieszkaniowymi, transportem, edukacją, czasem wolnym oraz udziałem w życiu społecznym. Uważamy, że należy robić wszystko, co tylko możliwe, aby osoba po udarze mózgu mogła powrócić do domu i kontynuować dalszą opiekę, leczenie i rehabilitację w warunkach domowych.

Wsparcie w domach opieki

Opieka i pomoc powinny być zaadresowane również do tych, którzy zostali wypisani do domów opieki po udarze i tych, którzy doznali udaru podczas pobytu w ośrodku pomocy. Postulujemy zapewnienie personelowi domów opieki odpowiednich szkoleń dotyczących zajmowania się osobami po udarze mózgu.

Zakłady opiekuńczo-lecznicze

Sieć zakładów opiekuńczo-leczniczych w obecnym kształcie jest niewydolna. Konieczne jest zwiększenie liczby tego rodzaju jednostek, wprowadzenie przejrzystych struktur działania i norm personelu. Bardzo ważne jest również zapewnienie osobom przebywającym w zakładach opiekuńczo-leczniczych dostępu do dostosowanej do ich potrzeb, profesjonalnej rehabilitacji.

Wsparcie kognitywne oraz psychologiczne

Często upośledzenie poznawcze oraz problemy psychologiczne, takie jak depresja oraz lęk, niezauważalnie towarzyszą udarowi. Wymaga to wsparcia psychologa, psychoterapeuty i psychiatry.

Otępienie poudarowe

Demencja poudarowa jest często niezauważana, ponieważ świadomość tej choroby jest niewielka. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z afazją. Przez jakiś czas po TIA lub udarze (z reguły przynajmniej przez trzy miesiące) nie można jej wiarygodnie zdiagnozować. Pragniemy zwrócić uwagę na możliwie wczesne i właściwe rozpoznanie otępienia poudarowego oraz na konieczność wdrożenia stosownego postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Istnieje też pilna potrzeba lepszego dostępu do informacji dotyczącej poudarowych zaburzeń poznawczych oraz problemów psychologicznych towarzyszących udarowi.

Więcej badań dotyczących długoterminowej opieki

Niezbędne są badania mające na celu zidentyfikowanie najlepszych metod zapewnienia opieki długoterminowej. Obecnie bardzo niewiele grup badawczych zajmuje się tym obszarem. Tymczasem wiedza wynikająca z takich badań jest potrzebna, aby skutecznie budować właściwy model długoterminowej opieki nad osobami po udarze mózgu. Wszyscy chorzy po udarze powinni mieć prawo do wysokiej jakości usług, niezależnie od tego, czy mieszkają u siebie, czy też w domach opieki.

Poradnie udaru mózgu

Postulujemy powołanie specjalistycznych poradni udaru mózgu. Placówki te powinny pełnić funkcje centrów medycznych oferujących kompleksową opiekę medyczną obejmującą dostęp do lekarza neurologa, internisty, specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, logopedy, neuropsychologa oraz pracownika socjalnego.

UWAGI KOŃCOWE

Polepszenie poziomu prewencji, leczenia, rehabilitacji, opieki oraz długoterminowej pomocy zredukuje zarówno koszty społeczne, jak i finansowe udaru. Pomoże to tysiącom ludzi dotkniętych udarem odbudować swoje życie.

Fundacja Udaru Mózgu jest przekonana, że działania postulowane w „Manifestie udarowym” pozwolą na:

- zmniejszenie częstości występowania udaru mózgu,
- zmniejszenie śmiertelności z powodu udaru,
- polepszenie jakości życia osób, które stały się niepełnosprawne w wyniku udaru,
- zwiększenie liczby osób, które wracają do zdrowia.

FUNDACJA UDARU MÓZGU

O Fundacji

Fundacja Udaru Mózgu powstała w 2009 roku. Jej misją jest poprawa sytuacji chorych po udarze oraz propagowanie zachowań zapobiegających chorobom naczyniowym mózgu. W tym celu Fundacja prowadzi liczne działania o charakterze informacyjnym i edukacyjnym. Fundacja Udaru Mózgu jako jedyna polska organizacja jest członkiem Stroke Alliance for Europe oraz partnerem World Stroke Organization. Więcej informacji: www.fum.info.pl

Nasza wizja

Działamy, aby w Polsce było mniej zachorowań na udar mózgu, a wszyscy dotknięci tą chorobą otrzymali właściwą pomoc.

Nasza misja

Naszą misją są wszelkie działania edukacyjne w zakresie zapobiegania występowania udaru, jego rozpoznawania i postępowania w trakcie (zwłaszcza w pierwszych minutach jego pojawienia się), jak również przedsięwzięcia poprawiające jakość życia po przebytych udarze.

Nasze wartości

W naszych działaniach opieramy się na profesjonalizmie, pasji, innowacji, wzajemnym szacunku oraz otwartości i szerokiej współpracy.

Projekt graficzny: *Wpót Do Dziewiętej*

Wywiady z ekspertami: *Joanna Morga, Polska Agencja Prasowa*

Korekta: *Agnieszka Brach*

Zdjęcia osób po udarze: *Krzysztof Pacholak*

Wydawca: *Fundacja Udaru Mózgu*

ul. Milionowa 14, 93-113 Łódź

info@fum.info.pl

Projekt zrealizowany dzięki grantowi edukacyjnemu firmy Boehringer Ingelheim