

Deklaracja Helsingborgska 2006 Europejskich Strategii Udarowych

Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies

Spis treści:

Wstęp

Wprowadzenie	277
Deklaracja Helsingborgska 2006	277

Organizacja medycznych służb udarowych

Cele na rok 2015	278
Podstawowe wymogi	278
Opieka w ostrej fazie	278
Oddziały udarowe	279
Rehabilitacja	279
Współpraca osób zawodowo związanych ze służbą zdrowia i społeczeństwa	280
Priorytety badawczo-rozwojowe	280

Leczenie w ostrej fazie udaru mózgu

Cele na rok 2015	280
Znajomość problemu	281
Rozpoznanie	281
Opieka podstawowa	281
Leczenie swoiste	281
Leczenie chirurgiczne	281
Leczenie powikłań w ostrej fazie udaru	282
Leczenie oparte na wiarygodnych i aktualnych publikacjach	282
Priorytety badawczo-rozwojowe	282

Profilaktyka

Cele na rok 2015	282
Podstawowe wymogi	282
Zmiana stylu życia	283
Leczenie farmakologiczne	283
Wykrywanie i leczenie zwożeń tętnic szyjnych	283
Priorytety naukowo-badawcze	284

Rehabilitacja po udarze mózgu

Cele na rok 2015	284
Podstawowe wymogi	284
Rola pacjenta i jego rodziny	284
Wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny	285
Metody i techniki rehabilitacji	285
Uwarunkowania środowiskowe	285
Znaczenie ciągłości opieki	285
Znaczenie organizacji zrzeszających pacjentów	285
Priorytety naukowo-badawcze	286

Ocena wyniku końcowego leczenia i ocena jakości

Cele na rok 2015	286
Ogólne zasady	286
Główne wskaźniki oceny jakości opieki	286
Dodatkowe wskaźniki oceny jakości opieki	287

Aneks 1.

Strony internetowe krajowych i międzynarodowych programów oceny jakości	287
---	-----

Aneks 2.

Rozpowszechnianie Deklaracji Helsingborgskiej 2006	287
--	-----

Streszczenie

W dniach 22–24 marca 2006 r. w Helsingborgu w Szwecji odbyła się druga konferencja uzgodnieniowa dotycząca leczenia udaru mózgu. Spotkanie zostało zorganizowane przez Międzynarodowe Towarzystwo Udarowe (*International Stroke Society*), za zgodą Europejskiej Rady Udarowej (*European Stroke Council*), przy udziale Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization – WHO Regional Office for Europe*). Konferencję zorganizowano we współpracy za Światową Konfederacją Fizykoterapii dla Regionu Europejskiego (*World Confederation for Physical Therapy – European Region*) oraz Europejskim Stowarzyszeniem Pielęgniarskim Badań nad Układem Nerwowym (*European Association of Neuroscience Nurses*). W konferencji uczestniczyła także organizacja pacjentów: Europejska Liga Udarowa (*Stroke Alliance for Europe*). W trakcie spotkania opracowano Deklarację Helsingborską 2006 dotyczącą Europejskich Strategii Udarowych (*European Stroke Strategies*). Deklaracja ta dotyczy ogólnych zasad oraz zadań, jakie należy zrealizować do 2015 r., i obejmuje pięć głównych aspektów postępowania w udarze mózgu (organizacja służb medycznych, opieka nad pacjentem w ostrej fazie udaru mózgu, profilaktyka, rehabilitacja oraz ocena rokowania i jakości leczenia udaru mózgu).

Słowa kluczowe: incydent naczyniowo-mózgowy, profilaktyka i kontrola, leczenie, rehabilitacja, rokowanie, zapewnienie jakości, opieka medyczna, strategiczne planowanie, uzgodnienia, Europa.

Wstęp

Wprowadzenie

Udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn zgonów i niesprawności w Europie. W miarę starzenia się populacji europejskiej społeczne znaczenie tej choroby będzie wzrastać.

W listopadzie 1995 r. w Helsingborgu w Szwecji odbyło się Ogólnoeuropejskie Spotkanie Uzgodnieniowe Postępowania w Udarze Mózgu (*Pan-European Consensus Meeting on Stroke Management*), na którym dokonano analizy ówczesnej wiedzy na temat leczenia udaru mózgu oraz wyznaczono cele na rok 2005. Spotkanie to zostało zorganizowane przez Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization – WHO Regional Office for Europe*) i Europejską Radę Udarową (*European Stroke Council*), we współpracy z Europejską Federacją Towarzystw Neurologicznych (*European Federation of Neurological Societies*), Międzynarodowym Towarzystwem Udarowym (*International Stroke Society*), Regionem Europejskim Światowej Konfederacji Fizykoterapii (*World Confederation for Physical Therapy – European Region*) oraz Światową Federacją Terapeutów Zajęciowych (*World Federation of Occupational Therapists*). Efekt tego spotkania – „Deklaracja Helsingborska – leczenie udaru mózgu” – został opublikowany w *Journal of Internal Medicine* w 1996 r. [w Polsce opublikowany w *Neurol Neurochir Pol* 1997; 31 (supl. 1) – przypis red.].

Deklaracja Helsingborska 2006

W dniach 22–24 marca 2006 r. w Helsingborgu odbyła się druga konferencja uzgodnieniowa, na której zaktualizowano poprzedni dokument i wyznaczono nowe cele. Konferencja została zorganizowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Chorób Wewnętrznych (*International Society of Internal Medicine*), z poparciem Europejskiej Rady Udarowej, Międzynarodowego Towarzystwa Udarowego, przy współudziale Europejskiego Biura Regionalnego WHO. Konferencję zorganizowano we współpracy z Regionem Europejskim Światowej Konfederacji Fizykoterapii oraz Europejskim Stowarzyszeniem Pielęgniarskim Badań nad Układem Nerwowym (*European Association of Neuroscience Nurses*). W Konferencji uczestniczyła także organizacja skupiająca pacjentów – Europejska Liga Udarowa (*Stroke Alliance for Europe*).

Omówiono pięć głównych aspektów postępowania w udarze mózgu:

- organizację służb medycznych,
- leczenie w ostrej fazie udaru mózgu,
- profilaktykę,
- rehabilitację po udarze,
- ocenę rokowania i jakości leczenia udaru mózgu.

Na sesji plenarnej uczestnicy przyjęli Deklarację Helsingborską 2006 Europejskich Strategii Udarowych, raport dotyczący wszystkich planów i celów w leczeniu udaru mózgu, jakie należy osiągnąć do 2015 r.

Organizacja medycznych służb udarowych

Cele na rok 2015

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

Podstawowe wymogi

Zaleca się przede wszystkim, aby:

- osoby zawodowo związane ze służbą zdrowia, a także ogół społeczeństwa znali objawy udaru mózgu dzięki prowadzonemu kształceniu ustawicznemu,
- powstały zorganizowane służby zapewniające opiekę chorym z udarem mózgu zarówno środowiskowe, jak i w szpitalach, gdzie leczy się udar mózgu,
- oszacowano lokalne środki i potrzeby, tak aby opieka nad pacjentem odbywała się na oddziale udarowym, na specjalnie wydzielonych łózkach, a opiekę sprawował wielospecjalistyczny zespół udarowy,
- utworzono system wdrażania nowych osiągnięć naukowych do codziennej praktyki leczenia chorych z udarem mózgu,
- system transportu przewoził chorych jedynie do szpitali mających w swej strukturze jednostki zorganizowanej opieki udarowej (oddziały udarowe); pacjenci powinni trafiać do szpitali niemających oddziałów udarowych jedynie wtedy, gdy wymagają resuscytacji lub intensywnej terapii i znajdują się one najbliżej miejsca, z którego pacjent został przywieziony,
- struktura systemu transportu była przystosowana do lokalnych potrzeb i możliwości,
- utworzono formalny system certyfikacji oceny ośrodków udarowych w celu podniesienia jakości opieki i zapewnienia postępowania zgodnego ze standardami opartymi na aktualnych i wiarygodnych publikacjach oraz krajowych wytycznych,
- dla ośrodków dobrze funkcjonujących i mających certyfikaty – przy współudziale przedstawicieli pacjentów, organizacji osób zawodowo zajmujących się medycyną i płatników – został utworzony odpowiedni system finansowania,
- dla każdego regionu geograficznego lub dla określonej populacji powołano koordynatora służb zajmujących się udarem,
- w każdym szpitalu był tylko jeden oddział odpowiedzialny za stworzenie systemu opieki udarowej, włącz-

nie z opieką na pododdziale udarowym; oddział ten odpowiadałby także za kształcenie osób zajmujących się pacjentem,

- każdy rejon miał pisemne zalecenia dotyczące ciągłości opieki udarowej, a każdy szpital zajmujący się chorymi z udarem protokoły postępowania oparte na EBM; dostępne powinny być krajowe zalecenia oparte na dowodach naukowych,
- każdy szpital, który zajmuje się chorymi z udarem, wdrożył system ciągłej poprawy jakości opieki, a każdy region kontrolował wyniki ciągłej opieki.

Opieka w ostrej fazie

Udar mózgu jest stanem nagłym, w którym znaczącą rolę odgrywa czas. Wszyscy pacjenci powinni zostać przetransportowani jak najszybciej do szpitala, który zapewnia odpowiednią opiekę i ma niezbędne wyposażenie – tomografię komputerową (CT) lub rezonans magnetyczny (MRI). Łłańcuch zdarzeń zapewniający nieprzerwaną, wielospecjalistyczną opiekę nad chorym z udarem mózgu 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 należy wysłać karetkę, której personel potrafi rozpoznać objawy udaru, aby szybko przewieźć pacjenta do najbliższego szpitala zapewniającego odpowiednią opiekę.

Leczenie udaru mózgu rozpoczyna się jeszcze przed dotarciem do szpitala. Zasada ABC (*A*irway – drogi oddechowe, *B*reathing – oddychanie, *C*irculation – krążenie) pozwala na ocenę i zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych pacjenta.

Wywiad rozstrzyga o kwalifikacji pacjenta do leczenia trombolitycznego i przewiezieniu do szpitala zapewniającego takie leczenie.

Zespół karetki pogotowia powinien kontaktować się z personelem szpitala, dzięki czemu możliwa staje się szybka ocena pacjenta po przyjeździe.

Po szybkiej ocenie w izbie przyjęć (IP) 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.

Mimo różnic w dostępności środków, wszystkie kraje powinny dążyć do rozwoju odpowiedniej infrastruktury i powołania zespołów ludzi zajmujących się leczeniem udaru (wielospecjalistyczne zespoły, oddziały udarowe, możliwości obrazowania).

Oddziały udarowe

Oddział udarowy to podstawa zintegrowanej opieki udarowej tzw. łańcucha opieki. Istnieją dane mówiące o tym, że pacjenci leczeni na oddziałach udarowych mają lepsze rokowanie w porównaniu z tymi, którzy są leczeni na oddziałach ogólnych. Minimalne kryteria, jakie musi spełnić oddział udarowy, są następujące:

- łóżka przeznaczone tylko dla chorych z udarem mózgu,
- wielospecjalistyczny zespół zajmujący się pacjentami, składający się z lekarza, wyszkolonych pielęgniarek, fizjoterapeuty, logopedy, terapeuty zajęciowego,
- 24-godzinny, natychmiastowy dostęp do obrazowania (CT lub MRI), w przypadku gdy nie było ono wykonane na IP (to kryterium może być trudne do spełnienia na wszystkich oddziałach udarowych i we wszystkich krajach z powodu dużych kosztów),
- istnienie pisemnych protokołów postępowania i zaleceń dotyczących diagnostyki i leczenia ostrej fazy, monitorowania i zapobiegania powikłaniom oraz profilaktyki wtórnej,
- możliwość rozpoczęcia natychmiastowej rehabilitacji, gdy tylko ustabilizuje się stan ogólny pacjenta; zapewnienie pacjentom wczesnej rehabilitacji,
- cotygodniowe spotkania wielospecjalistycznego zespołu z pacjentem,
- ustawiczne kształcenie personelu,
- ustawiczne kształcenie pacjentów/rodzin/opiekunów.

Zorganizowana opieka nad pacjentem na pododdziale udarowym jest możliwa dzięki wielospecjalistycznemu zespołowi udarowemu.

Częścią dobrze zorganizowanego oddziału udarowego powinny być pisemne protokoły postępowania klinicznego aktualizowane co 12 miesięcy. Protokoły powinny zawierać informacje dotyczące opieki ogólnomedycznej, diagnostyki przyczyn udaru, profilaktyki wtórnej i wczesnej rehabilitacji.

Ocena indywidualnych potrzeb rehabilitacyjnych powinna być wykonana u wszystkich pacjentów przez wielospecjalistyczny zespół udarowy, z oceną w zakresie potrzeb medycznych, pielęgnacyjnych, fizjoterapii, terapii zajęciowej, terapii mowy czy potrzeb psychologicznych. Rehabilitację należy rozpocząć w ciągu pierwszych kilku dni na oddziale udarowym lub na oddziale z łózkami przeznaczonymi dla chorych z udarem mózgu. Zarówno cele, jak i metody stosowane w trakcie rehabilitacji powinny być dobrane dla pacjenta i modyfikowane w miarę poprawy jego stanu.

W przypadku, gdy radiologa nie ma w szpitalu przez cały czas, należy zapewnić dostęp do technik teleme-

dycznych, aby poprawić opiekę udarową i umożliwić szybkie, bezpośrednie konsultacje.

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

Opieka domowa w ostrej fazie udaru jest gorszej jakości niż opieka na oddziale udarowym i powinna być rozważana jedynie w przypadku, gdy ta ostatnia jest niedostępna.

Konsultacja i ewentualnie hospitalizacja neurochirurgiczna, chirurgii naczyniowej, neuroradiologii interwencyjnej i kardiologicznej musi być dostępna w ośrodkach leczenia udaru wyższej referencyjności, ale nie są konieczne w podstawowych oddziałach udarowych.

Rehabilitacja

Wszyscy członkowie zespołu udarowego powinni znać najważniejsze elementy rehabilitacji poudarowej oraz podstawowe zadania pozostałych członków, tak aby w razie konieczności móc je dodatkowo wspierać.

Rehabilitacja jest tym skuteczniejsza, im szybciej zostanie rozpoczęta (licząc czas od wystąpienia objawów). Powinna być prowadzona tak długo, jak następuje poprawa.

Po wypisaniu pacjenta z oddziału udarowego, rehabilitacja powinna być kontynuowana w miarę możliwości na oddziałach (w ośrodkach) rehabilitacyjnych, w przychodniach rehabilitacyjnych lub w domu przez ruchomy zespół rehabilitacyjny.

Rodzina pacjenta i jego opiekunowie powinni nauczyć się podstawowych zasad rehabilitacji.

W momencie zakończenia procesu rehabilitacji, opieka udarowa nadal powinna być dostępna, a pacjent powinien bez problemów przejść pod opiekę podstawowej opieki zdrowotnej.

Zaleca się powołanie zespołów udarowych działających poza szpitalem, w terenie.

Aby osiągnąć optymalny stopień przystosowania, pacjenci z utrwalonym deficytem powinni być wspierani zarówno przez służby medyczne, jak i społeczeństwo, tak aby radzili sobie z czynnościami dnia codziennego.

Kluczowym aspektem jest kontynuacja opieki medycznej i rehabilitacji po wypisie ze szpitala. Jednostką odpowiedzialną powinny być albo oddziały udarowe, albo służby medyczne należące do podstawowej opieki zdrowotnej.

Po początkowej poprawie stan chorych z udarem mózgu często się pogarsza, a stopień niezależności, jaki osiągnęli w czynnościach dnia codziennego, obniża się.

Służby medyczne należące do podstawowej opieki zdrowotnej powinny kontrolować pacjentów i wykrywać ewentualne pogorszenie stopnia sprawności, a następnie, w razie konieczności, organizować rehabilitację.

W przypadku, gdy rehabilitacja prowadzona w poradni nie przynosi spodziewanego efektu, należy rozważyć, a następnie zorganizować rehabilitację szpitalną, aby zapobiec konieczności opieki w domu opieki społecznej.

Jeśli istnieje taka możliwość, ocena funkcjonowania pacjenta powinna być dokonana przez wielospecjalistyczny zespół.

Konieczne jest poszanowanie godności i prywatności pacjenta.

Współpraca osób zawodowo związanych ze służbą zdrowia i społeczeństwa

Współpraca między osobami zawodowo związanymi ze służbą zdrowia a resztą społeczeństwa jest konieczna zarówno na szczeblu lokalnym, jak i krajowym, aby promować wiedzę o udarze mózgu wśród ogółu społeczeństwa, chorych z udarem mózgu, ich rodzin, innych osób pracujących bezpośrednio w służbie zdrowia i urzędników związanych ze służbą zdrowia.

Udowodniono, że edukacja zdrowotna zwiększa szanse na zapobieżenie udarowi, zmniejsza częstość występowania udaru i skraca czas, jaki upływa od wystąpienia objawów do przyjazdu do szpitala, przede wszystkim w aspekcie trombolizy.

Najważniejsze informacje, jakie przede wszystkim powinny być publicznie znane, dotyczą zapobiegania i kontroli czynników ryzyka oraz rozpoznawania objawów udaru mózgu. Należy także podkreślić fakt, że udarowi mózgu można zapobiegać oraz że można po nim wyzdrowieć.

Za poprawę stanu opieki udarowej odpowiedzialni są wszyscy zainteresowani tym problemem, czyli pacjenci, ich rodziny, lekarze, pielęgniarki, szpitale, ubezpieczyciele, agencje rządowe i pozarządowe. Odpowiednia postawa zarówno dużych organizacji, jak i poszczególnych osób jest konieczna, aby osiągnąć cel, jakim jest redukcja kosztów ludzkich i ekonomicznych udaru.

Konsekwencje udaru będą mniejsze, jeśli osoby zawodowo zajmujące się leczeniem udaru będą współpracować z odpowiednimi urzędnikami w celu poprawy opieki udarowej.

Oddziały udarowe lub wielospecjalistyczne zespoły udarowe powinny promować tworzenie grup wsparcia

dla pacjentów i ich opiekunów. Powinno się zachęcać pacjentów i opiekunów do tworzenia lokalnych stowarzyszeń.

Priorytety badawczo-rozwojowe

Do priorytetów badawczo-rozwojowych należą:

- ocena efektywności kosztów różnych rodzajów opieki udarowej,
- ocena długotrwałych wyników stosowania różnych modeli opieki udarowej,
- ocena stosowania profilaktyki wtórnej,
- identyfikacja ewentualnych przyczyn niestosowania zalecanej (opartej na EBM) opieki udarowej,
- rozwój lepszych form kształcenia ustawicznego zarówno ogółu społeczeństwa, jak i osób zawodowo związanych ze służbą zdrowia i decydentów,
- tworzenie zaleceń dotyczących opieki udarowej, w tym opieki przedszpitalnej,
- rozwój sieci telemedycznej w leczeniu udaru,
- rozwój koncepcji ośrodków leczenia udaru z podziałem na ośrodki o wyższej referencyjności i podstawowe w celu poprawy rokowania chorych z ostrym udarem mózgu i jak najlepszego wykorzystania zespołów udarowych.

W przypadkach, w których jest to możliwe, pacjenci powinni być zachęceni do brania udziału w zaplanowanych badaniach klinicznych dotyczących profilaktyki, leczenia w ostrej fazie i rehabilitacji poudarowej, ale muszą być poinformowani o ewentualnych działaniach niepożądanych i ryzyku związanym z badaniem.

Konieczne jest finansowanie badań nad rozwojem bardziej skutecznych sposobów zapobiegania, leczenia i rehabilitacji poudarowej.

Leczenie w ostrej fazie udaru mózgu

Cele na rok 2015

Cele, jakie należy osiągnąć w leczeniu ostrej fazy udaru mózgu do 2015 r., są następujące:

- 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, który ma odpowiednie doświadczenie i techniczne możliwości takiego leczenia.

Znajomość problemu

Udar mózgu powinien być traktowany i leczony jako stan nagły.

Zarówno osoby pracujące w służbie zdrowia, jak i ogół społeczeństwa powinni znać objawy udaru mózgu, aby możliwe było szybkie rozpoznanie i przewiezienie chorego do szpitala w celu dalszej diagnostyki i leczenia.

Rozpoznanie

Badanie potwierdzające udar mózgu powinno odbyć się natychmiast po przyjęciu.

Wszyscy pacjenci, u których objawy sugerują udar, muszą mieć jak najszybciej wykonane badanie obrazowe mózgu pozwalające na zróżnicowanie udaru niedokrwiennego i krwotocznego oraz innych nienaczyniowych przyczyn objawów. W niektórych nagłych sytuacjach badanie obrazowe jest wykonywane natychmiast po przyjeździe pacjenta na IP, przed pełną oceną neurologiczną.

MRI jest szczególnie pomocny w przypadku niewielkich udarów, udarów z tylnego kręgu unaczynienia i w ocenie obszarów mózgu zagrożonych martwicą.

Badanie ultrasonograficzne i inne nieinwazyjne metody powinny być wykorzystywane do diagnostyki zębzeń i niedrożności tętnic szyjnych, kręgowych i wewnątrzczaszkowych. Angiografia klasyczna jest wskazana tylko u wybranych chorych z krwawieniem podpajęczynówkowym, udarem krwotocznym czy udarem niedokrwinnym.

Nie zaleca się wykonywania badania płynu mózgowo-rdzeniowego, z wyjątkiem sytuacji, w których objawy sugerują krwawienie podpajęczynówkowe, a w badaniu CT nie wykazano obecności krwi.

Opieka podstawowa

Odpowiednie leczenie ogólne udaru na oddziale udarowym zmniejsza ryzyko powikłań i kolejnego udaru.

Leczenie na oddziale udarowym powinno być dostępne dla wszystkich potrzebujących pacjentów.

Przez pierwsze 48 godz. od wystąpienia udaru stan neurologiczny i stan świadomości powinny być regularnie monitorowane.

Leczenie ogólne udaru, obejmujące kontrolę ciśnienia tętniczego, powinno być prowadzone zgodnie z międzynarodowymi i krajowymi zaleceniami. Ciśnienie

skurczowe nie powinno przekraczać 185 mm Hg², a stężenie glukozy w surowicy 150 mg/dl (8,3 mmol/l).

Rehabilitację należy rozpoczynać jak najszybciej u pacjentów w każdym wieku.

U chorych z udarem niedokrwinnym lub przemijającym napadem niedokrwinnym (*transient ischaemic attack* – TIA), którzy nie mogli być leczeni trombolitycznie, należy jak najszybciej rozpocząć leczenie przeciwplatekcyjne.

Leczenie swoiste

Dożylnie leczenie rekombinowanym tkankowym aktywatorem plazminogenu (rt-PA lub alteplazą) w 3-godzinnym oknie czasowym jest zarejestrowanym sposobem leczenia udaru niedokrwiennego na całym świecie. Leczenie trombolityczne powinno być stosowane, jeżeli rozpoznania udaru i oceny zdjęć CT lub MRI dokonał doświadczony lekarz.

Leczenie trombolityczne wiąże się z ryzykiem krwawienia wewnątrzczaszkowego, dlatego ryzyko i korzyści terapii powinny być omówione, w miarę możliwości, z pacjentem i opiekunami przed jego rozpoczęciem.

Korzyści z dotętniczego leczenia trombolitycznego oraz mechanicznego udrażniania nie były porównywane z trombolizą dożylną, jednak dopuszcza się ich stosowanie w wybranych sytuacjach klinicznych, takich jak niedrożność tętnicy podstawnej.

Leczenie chirurgiczne

Udar przebiegający z dużym obrzękiem lub udar mózdzku mogą wymagać chirurgicznego leczenia odbarczającego lub wentrykulostomii. Ewakuacja samostannych krwotoków nadnamiotowych nie zmniejsza śmiertelności oraz nie poprawia jakości życia większości pacjentów.

Leczenie odbarczające w udarach półkulowych przebiegających z obrzękiem i objawami ciasnoty śródczaszkowej zmniejsza śmiertelność. Prowadzone są badania czy zabiegi operacyjne wpływają na jakość życia pacjentów, którzy przeżyli.

W przypadkach tętniaków wczesne wykonanie zabiegu operacyjnego zapobiega ponownemu krwawieniu. Podobnie procedury wewnątrzczaszkowe (*coiling*) zapobiegają ponownemu krwawieniu, wydają się także bezpieczniejsze i mniej inwazyjne, zwłaszcza w przypadku zmian w tętnicach tylnego kręgu.

²Obecnie obowiązujące wytyczne, w tym także niniejsze, zalecają inne wartości ciśnienia tętniczego.

Leczenie powikłań w ostrej fazie udaru

Aby zapobiegać zakrzepicy żył głębokich oraz zatorowości płucnej u pacjentów unieruchomionych, należy jak najszybciej rozpocząć rehabilitację oraz stosować pończochy uciskowe. U pacjentów trwale unieruchomionych, w wybranych przypadkach, należy stosować heparyny drobnocząsteczkowe.

Pacjenci, u których występuje depresja, powinni mieć dostęp do specjalistycznej opieki i leczenia.

Konieczne jest prawidłowe leczenie padaczki objawowej.

Zakażenia układu moczowego i oddechowego powinny być leczone przez wczesne uruchamianie pacjentów, zapobieganie zachłyśnięciu, zapobieganie zakażeniu dróg moczowych, a w razie konieczności przez włączenie antybiotykoterapii.

Należy ocenić zdolność pacjenta do polykania, aby rozpoznać dysfagię i zapobiegać zachłyśnięciu.

Leczenie oparte na wiarygodnych i aktualnych publikacjach

Wszyscy pacjenci z udarem powinni mieć dostęp do terapii opartej na dowodach naukowych.

Stosowanie leków zwiększających krzepliwość krwi w przypadku powiększenia się krwawienia wewnątrzczaszkowego i procedury nefarmakologiczne stosowane do udrożnienia naczyń nie są w chwili obecnej zarejestrowane i mogą być stosowane jedynie w ramach badań klinicznych.

W przypadkach, w których jest to możliwe, pacjenci mogą być proszeni o udział w badaniach klinicznych, pod warunkiem że są w pełni poinformowani o towarzyszącym ryzyku i objawach ubocznych.

Priorytety badawczo-rozwojowe

Do priorytetów badawczo-rozwojowych należą:

- zwiększenie liczby pacjentów kwalifikujących się do leczenia trombolitycznego,
- identyfikacja czynników, które powodują zarówno ograniczenie, jak i zwiększenie stosowania leczenia trombolitycznego,
- stosowanie nowych leków trombolitycznych oraz trombolizy ogólnoustrojowej w rozszerzonym (powyżej 3-godzinnym) oknie czasowym,
- opracowanie nowych, bezpieczniejszych i bardziej dostępnych metod reperfuzyjnych,

- identyfikacja biomarkerów reakcji i zwiększonego ryzyka krwawienia po leczeniu trombolitycznym pozwalających na podwyższenie wskaźnika korzyść/ryzyko,
- badania korzyści, jakie daje leczenie dotętnicze stosowane z trombolizą dożylną,
- udoskonalenie nowych metod leczenia udaru, takich jak leczenie neuroprotekcyjne czy hipotermia,
- dalsze badania nad rekombinowanym czynnikiem VII w leczeniu udaru krwotocznego,
- ocena chirurgicznych metod leczenia udaru niedokrwinnego i krwotocznego,
- ocena metod neuroradiologii interwencyjnej w leczeniu udaru,
- opracowanie nowych strategii kwalifikacji pacjentów do poszczególnych form terapii,
- prospektywna ocena metod stosowanych w leczeniu ogólnym udaru – kontroli ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy i temperatury.

Profilaktyka

Cele na rok 2015

Cele, jakie należy osiągnąć w profilaktyce udaru mózgu do roku 2015, są następujące:

- obniżenie śmiertelności z powodu udaru mózgu przynajmniej o 20% w stosunku do liczby obserwowanej 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 lub TIA powinni otrzymywać profilaktykę wtórną.

Podstawowe wymagania

Profilaktyka pierwotna

Należy prowadzić szeroko zakrojone akcje społeczne w celu zapobiegania, rozpoznawania i leczenia czynników ryzyka chorób przewlekłych. „Wielka piątka” czynników ryzyka udaru mózgu to nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, brak ćwiczeń fizycznych, migotanie przedsionków i cukrzyca.

Służba zdrowia powinna prowadzić programy pozwalające na identyfikację osób zagrożonych udarem mózgu czy innymi chorobami układu sercowo-naczyniowego i wprowadzać konieczne działania profilaktyczne.

Profilaktyka wtórna

Każdy ośrodek, w którym leczeni są pacjenci z ostrym udarem mózgu, powinien prowadzić programy wdrażania działań profilaktycznych.

Ośrodki prowadzące długoterminową opiekę nad chorymi z udarem mózgu (zwykle przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej) powinny mieć możliwość prowadzenia działań zapobiegających incydentom sercowo-naczyniowym.

U pacjentów, u których wystąpił kolejny incydent mózgowo-naczyniowy, należy ponownie ustalić jego przyczyny i w razie konieczności zmienić stosowaną profilaktykę wtórną.

Zmiana stylu życia

Należy prowadzić akcje społeczne zachęcające do zdrowego trybu życia. Szczególnie należy zachęcać do niepalenia, stosowania zdrowej diety zapobiegającej otyłości z towarzyszącym nadciśnieniem tętniczym, hipercholesterolemią i zaburzeniami tolerancji glukozy oraz do regularnej aktywności fizycznej. Dostępne są europejskie zalecenia dotyczące metod, jakie należy stosować. Każdy kraj powinien opracować odpowiednie strategie działania.

Zaleca się, aby działania promujące zdrowy tryb życia były intensywniej podejmowane przez pracowników służby zdrowia niż w chwili obecnej, czyli pacjent powinien otrzymać krótką informację na temat zdrowego stylu życia, a w przypadku uzależnienia od tytoniu – leczenie substytucyjne. Metody prowadzące do zmiany stylu życia zaleca się zarówno w profilaktyce pierwotnej, jak i wtórnej.

Leczenie farmakologiczne

Leczenie przeciwzakrzepowe

U chorych z migotaniem przedsionków i udarem niedokrwiennym lub TIA (profilaktyka wtórna) należy w pierwszym rzędzie rozważyć podawanie doustnych antykoagulantów. Jeśli są one przeciwwskazane, należy zastosować leki przeciwkrwotoczne. U chorych z migotaniem przedsionków bez przebytego TIA lub udaru niedokrwiennego (profilaktyka pierwotna) wybór stosowanego leczenia przeciwzakrzepowego należy uzależnić od indywidualnej oceny ryzyka. Zarówno pacjenci, jak i pracownicy służby zdrowia powinni być przeszkoleni, jak bezpiecznie stosować leki antykoagulacyjne i jak monitorować terapię.

Pacjenci z udarem niedokrwiennym lub TIA bez zatorowości kardiogennej powinni otrzymywać leki przeciwkrwotoczne.

Leki obniżające ciśnienie tętnicze

Według międzynarodowych zaleceń można lepiej zapobiegać udarom mózgu poprzez większą rozpoznawalność, leczenie i zapobieganie nadciśnieniu tętniczemu.

W profilaktyce pierwotnej, w celu identyfikacji chorych z dużym ryzykiem, do oceny ryzyka zaleca się stosowanie skal punktowych.

Pacjenci po przebyciu TIA lub udaru (niedokrwiennego, ale też krwotocznego) są szczególnie zagrożeni kolejnymi incydentami naczyniowymi. Większość pacjentów powinna otrzymywać leczenie obniżające ciśnienie tętnicze do wartości poniżej 140/90 mm Hg (130/80 mm Hg u chorych na cukrzycę).

Leki zmniejszające stężenie cholesterolu

Statyny są lekami najsilniej zmniejszającymi stężenie cholesterolu. W profilaktyce pierwotnej powinny być stosowane u pacjentów wysokiego ryzyka. W profilaktyce wtórnej, po udarze mózgu, statyny zmniejszają ryzyko wystąpienia incydentów sercowych, jednak ich wpływ na występowanie incydentów mózgowych jest mniej jasny. Wkrótce dostępne będą dane pochodzące z badań z randomizacją rozstrzygające tę kwestię [dane już są dostępne – wyniki badania SPARCL zostały opublikowane w *N Engl J Med* 2006; 355: 549-559 – przypis red.].

Efektywność kosztów

Liczba danych naukowych o działaniu (pozytywnym i negatywnym) leków obniżających ciśnienie tętnicze i stężenie cholesterolu szybko się zwiększa. Koszty stosowania tych leków mogą się gwałtownie zmieniać z upływem czasu, dlatego konieczna jest częsta ewaluacja efektywności kosztów. Aby zwiększyć liczbę dostępnych środków, efektywność kosztów powinna stać się kluczowym kryterium doboru leków w zapobieganiu udarom mózgu.

Wykrywanie i leczenie zwężeń tętnic szyjnych

U chorych z udarem niedokrwiennym lub TIA z obszaru unaczynienia tętnicy szyjnej, u których nie ma ewidentnych przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego, należy jak najszybciej wykonać badanie tętnic szyjnych.

Należy rozważyć zabieg operacyjny u wszystkich chorych z objawowym zwężeniem tętnicy szyjnej wynoszącym >70% (wg kryteriów NASCET lub równoważnych).

Czas oczekiwania na zabieg powinien być znany dla każdego ośrodka wykonującego operacje. Większość pacjentów powinno być operowanych w ciągu 2 tyg. od wystąpienia objawów i nie później niż 4 tyg. od incydentu naczyniowego.

Pacjenci objawowi (TIA/udar niedokrwienny) ze zwężeniem tętnicy szyjnej wynoszącym 50–69% oraz pacjenci bezobjawowi ze zwężeniem >60% mogą być operowani w ośrodkach o małym odsetku powikłań. Można u nich indywidualnie rozważyć ryzyko i korzyści zabiegu.

Angioplastyka z implantacją stentu oraz inne nowe sposoby leczenia zwężenia tętnic szyjnych nie powinny być stosowane rutynowo do czasu potwierdzenia ich skuteczności w badaniach klinicznych.

Priorytety naukowo-badawcze

Do priorytetów badawczo-rozwojowych należą:

- badania nad ogólną poprawą stanu zdrowia połączoną z redukcją czynników ryzyka i klinicznymi efektami stosowania leczenia wielolekowego,
- opracowanie skutecznych sposobów zmniejszania częstości występowania czynników ryzyka,
- lepsze rozumienie czynników ryzyka wpływających na częstość występowania i nawrotowość różnych podtypów udaru niedokrwiennego i udaru krwotocznego,
- badania patofizjologii i sposobów leczenia specyficznych typów udaru, takich jak udar u osób młodych czy zakrzepica żył mózgowych,
- badania uwarunkowanych genetycznie czynników ryzyka udaru,
- poszukiwania najskuteczniejszej metody zapobiegania udarowi mózgu pojawiającemu się kilka dni po TIA lub niewielkim udarze niedokrwiennym,
- badania skutków długotrwałego obniżania ciśnienia tętniczego i poziomu lipidów u chorych z udarem,
- ocena skuteczności nowych leków przeciwplatek, ich kombinacji z aspiryną, jak i samej aspiryny u chorych z TIA lub udarem,
- badania skuteczności różnych działań profilaktycznych zapobiegających udarowi u chorych z przetrwałym otworem owalnym,
- ocena leczenia lekami antykoagulacyjnymi u objawowych chorych z migotaniem przedsionków (efekt u pacjentów starszych, długość leczenia),
- badania najlepszej metody leczenia zwężenia tętnic szyjnych w różnych podgrupach pacjentów,

- badania związku między stanem odżywienia a kolejnym epizodem naczyniowym,
- badania czynników wpływających na stosowanie zaleceń lekarskich przez pacjentów,
- badania nad klinicznymi aspektami mikrokrwawień (*microbleeds*).

Rehabilitacja po udarze mózgu

Cele na rok 2015

Celem rehabilitacji poudarowej jest osiągnięcie w 3 miesiące po udarze samodzielności w czynnościach dnia codziennego u ponad 70% pacjentów.

Podstawowe wymogi

Niezwykle ważne jest, aby po leczeniu w ostrej fazie udaru nie dopuścić do zbyt długiego przebywania w łóżku i jak najszybciej rozpocząć rehabilitację.

Na początku rehabilitacji każdy pacjent powinien mieć do niej dostęp. W celu jak najlepszego jej wykorzystania oznacza to również dostęp do wielospecjalistycznego zespołu udarowego.

Pacjent, który jest przytomny i w stabilnym stanie ogólnym, powinien zostać oceniony przez doświadczony zespół przy użyciu standaryzowanych skal. Pozwoli to na identyfikację jego problemów. Ocena stanu pacjenta powinna obejmować nie tylko funkcje ruchowe, ale również funkcje poznawcze i stan emocjonalny, często zmienione przez udar. Należy także uwzględnić ogólny stan zdrowia pacjenta, stan odżywienia, ewentualne problemy z nietrzymaniem moczu i stolca oraz inne choroby towarzyszące i szczególne potrzeby.

Tak szybko, jak tylko to możliwe, pacjent powinien uczestniczyć w planowaniu procesu rehabilitacyjnego, ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w ten proces. Ważne jest, aby wyznaczyć cele możliwe do osiągnięcia, które uwzględniają funkcjonowanie indywidualne i społeczne chorego.

Zgodnie ze swoimi potrzebami pacjent powinien:

- otrzymać stosowną pomoc,
- mieć wykonywane ponowne oceny stanu funkcjonalnego,
- brać udział w wyznaczaniu celu, jaki należy osiągnąć.

Rola pacjenta i jego rodziny

Opiekunowie to ważne osoby biorące udział w procesie rehabilitacji. W związku z tym rehabilitacja powin-

na być planowana we współpracy z pacjentem i opiekunami. Powinni oni brać udział w rehabilitacji nastawionej na realizację indywidualnych potrzeb pacjenta.

Aby proces rehabilitacji był skuteczny, zarówno pacjenci, jak i ich opiekunowie powinni w każdym momencie procesu rehabilitacyjnego otrzymywać niezbędne informacje medyczne. Aby pacjenci lepiej radzili sobie ze swoją niesprawnością i chętniej brali udział w rehabilitacji, powinni otrzymać pisemne materiały informacyjne oraz wsparcie ze strony pracowników służby zdrowia i organizacji pozamedycznych. Niezwykle ważne jest, aby zarówno pacjenci, jak i opiekunowie byli zadowoleni z informacji otrzymanych w szpitalu, przychodni czy od organizacji pozamedycznych (np. stowarzyszeń pacjentów).

Wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny

Skuteczna rehabilitacja musi być prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół złożony z lekarza z doświadczeniem w leczeniu udarów, pielęgniarki doświadczonej w rehabilitacji udarowej, fizjoterapeuty, terapeuty zajęciowego oraz logopedy doświadczonego w rehabilitacji udarowej. Niektórzy pacjenci mogą wymagać pomocy pracownika socjalnego, dlatego powinien on także być częścią zespołu. W razie konieczności powinna być także możliwa ocena neuropsychologiczna. Inni specjaliści, tacy jak dietetyk czy ortoptyk, powinni być dostępni w razie potrzeby.

Niekiedy, zwłaszcza w małych szpitalach, jedna osoba może pełnić kilka funkcji, a członkowie wielospecjalistycznego zespołu dzielą się zadaniami. Nie powinno to jednak utrudniać lub opóźniać osiągnięcia wyznaczonego przez pacjenta i rodzinę celu.

Metody i techniki rehabilitacji

Stosowane metody i techniki rehabilitacji powinny być, w miarę możliwości, oparte na dostępnych międzynarodowych i krajowych wytycznych.

Metody te są zazwyczaj specyficzne i zorientowane na osiągnięcie celu. Powinny być także dostosowane do pacjenta, czyli zgodne z jego wytyczonym celem i możliwościami poznawczymi.

Działania powinny obejmować trening odpowiedzi emocjonalnej i technik behawioralnych, ze szczególnym uwzględnieniem integracji społecznej i odtworzenia utraconych funkcji poznawczych. U pacjentów aktywnych zawodowo należy jak najszybciej podjąć próbę rehabilitacji utraconych zdolności zawodowych.

W sytuacjach medycznie uzasadnionych rehabilitacja powinna obejmować ćwiczenia poprawiające ogólną sprawność fizyczną.

Rehabilitacja prowadzona przez specjalistyczny zespół powinna być uzupełniona przez ćwiczenia wykonywane z odpowiednio poinstruowanymi opiekunami lub wolontariuszami.

W większości przypadków ćwiczenia prowadzone przez specjalistyczny zespół kończą się po roku od wystąpienia udaru. U niektórych pacjentów wielospecjalistyczny zespół rehabilitacyjny powinien ponownie dokonać oceny stanu sprawności. Późniejsza poprawa funkcjonowania ruchowego i społecznego pacjenta może być często osiągnięta dzięki dodatkowej rehabilitacji.

Uwarunkowania środowiskowe

Badania sugerują, że stymulujące ruchowo i emocjonalnie otoczenie wzmacnia efekt rehabilitacji. W związku z tym otoczenie pacjentów powinno jak najbardziej przypominać domowe i umożliwiać wykonywanie codziennych zadań. Poszanowanie prywatności i godności pacjenta oraz jego rodziny są nadrzędne w przypadku wszelkich działań.

Znaczenie ciągłości opieki

Od momentu wystąpienia udaru mózgu pacjent powinien mieć dostęp do ciągłej opieki, czyli do kolejnych etapów opieki udarowej. Skuteczna rehabilitacja wymaga, aby jednym z ogniw tego łańcucha była współpraca medycznych i środowiskowych służb socjalnych. W niektórych sytuacjach szybka ocena potrzeb pacjenta i jego funkcjonowania w społeczeństwie może być dokonywana przez osoby bez wykształcenia medycznego – pracowników socjalnych lub całe niemedyczne zespoły udarowe.

Obecnie coraz częściej uznaje się, że jak najwcześniej należy planować wypisanie pacjenta do dalszej rehabilitacji domowej. Rehabilitacja domowa może być prowadzona z taką samą intensywnością, długością i jakością jak rehabilitacja prowadzona na oddziale; wykazano, że stosując pojęcie tzw. wczesnego wypisu ze wsparciem, można osiągnąć zamierzone cele rehabilitacji.

Za obserwację długoterminową pacjentów odpowiedzialne są instytucje lokalne, które w razie potrzeby powinny zapewniać łatwy dostęp do ponownej rehabilitacji.

Znaczenie organizacji zrzeszających pacjentów

Należy promować tworzenie lokalnych stowarzyszeń pacjentów i ich rodzin, ponieważ:

- są niezastąpionym źródłem wsparcia, informacji i porad dla pacjentów oraz ich opiekunów,
- uczestniczą w koordynacji działań promujących lepszą rehabilitację, opiekę udarową oraz wsparcie społeczne dla chorych z udarem – na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym,
- promują konieczną pomoc i wsparcie dla opiekunów.

Priorytety naukowo-badawcze

Do priorytetów badawczo-rozwojowych należą:

1. Naukowa ocena skuteczności poszczególnych metod i strategii rehabilitacyjnych.
Ewaluacja powinna opierać się na danych eksperymentalnych. Należy wykazać skuteczność metody w osiąganiu poprawy – łącznie z oceną odbudowy neuronalnej, zwiększonej plastyczności mózgu po określonym typie uszkodzenia. Należy także określić, jakie znaczenie kliniczne będzie miał osiągnięty efekt.
2. Rozwój technik rehabilitacji neuropsychologicznej.
Funkcje neuropsychologiczne, takie jak uwaga i koncentracja, pamięć, zdolności semantyczne i niewerbalne, są konieczne dla prawidłowego funkcjonowania zawodowego i społecznego, a ulegają uszkodzeniu w trakcie udaru prawie tak samo często jak funkcje ruchowe. Dane pochodzące z metaanaliz wskazują, że rehabilitacja mowy i innych funkcji poznawczych jest skuteczna i stanowi ważny element całego procesu rehabilitacyjnego.
3. Badania dotyczące funkcjonowania emocjonalnego pacjenta i jego satysfakcji z życia.
Włączenie tej analizy do oceny wyniku końcowego leczenia.
4. Udoskonalenie sposobu oceny końcowego wyniku leczenia ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania społecznego, satysfakcji z życia i rehabilitacji.
5. Opracowanie metodologii badań z randomizacją dotyczących poszczególnych komponentów rehabilitacji i ich łącznego stosowania z leczeniem farmakologicznym.
Kryteria oceny stosowane w tych badaniach powinny zawierać ogólnie uznane i stosowane w badaniach z randomizacją kryteria oceny, łącznie z niezależną oceną wyniku końcowego.
6. Dalsza ocena wpływu leczenia farmakologicznego na poprawę stanu pacjenta.
7. Dalsza ocena leków poprawiających funkcje poznawcze stosowanych u pacjentów z zaburzeniami tych funkcji, np. z otępieniem.
8. Oszacowanie efektywności kosztów różnych rodzajów opieki społecznej, takich jak zaangażowanie wolon-

tariuszy i rodzin w proces rehabilitacji oraz efektywności różnych sposobów prowadzenia rehabilitacji w ośrodkach dysponujących mniejszymi środkami.

9. Opracowanie sposobu oceny roli rodzin i opiekunów pacjentów w opiece udarowej. Dostarczenie dowodów na zwiększone zapotrzebowanie na wsparcie społeczne i finansowe.

Ocena wyniku końcowego leczenia i ocena jakości

Cele na rok 2015

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.

Ogólne zasady

Aby prowadzona analiza była wartościowa, należy ocenić następujące elementy: strukturę, proces i wynik końcowy leczenia udaru mózgu.

Jakość opieki jest związana ze skutecznością, adekwatnością, dostępnością, efektywnością, stopniem akceptacji oraz wydajnością.

Różnice w zmiennych, takich jak wiek czy czynniki ryzyka, muszą być wzięte pod uwagę przy porównywaniu wyników końcowych leczenia dokonywanych w czasie lub dla różnych form opieki.

Jakość opieki może być oceniana z różną dokładnością. W rutynowo stosowanej ocenie długoterminowej należy ograniczyć liczbę badanych czynników.

Należy stworzyć narodowe rejestry, aby gromadzić wiarygodne dane o opiece udarowej w każdym kraju.

Główne wskaźniki oceny jakości opieki

Główne wskaźniki oceny struktury, procesu i wyniku końcowego leczenia udaru to:

1. Do oceny struktury:
 - dostępność i jakość opieki w pododdziale udarowym,
 - dostępność i jakość opieki w pozostałych strukturach zaangażowanych w opiekę nad chorym z udarem mózgu,
 - objęcie programem oceny jakości.
2. Do oceny procesu:
 - odsetek pacjentów przyjmowanych na pododdziały udarowe,

- odsetek pacjentów, u których badanie obrazowe jest wykonywane w ciągu 24 godz. od przyjęcia,
- odsetek pacjentów leczonych trombolitycznie,
- odsetek pacjentów otrzymujących właściwą profilaktykę wtórną (kwas acetylosalicylowy lub inne leki przeciwzakrzepowe; antykoagulanty w migotaniu przedsionków; endarterektomia tętnic szyjnych, leczenie obniżające ciśnienie tętnicze i poziom cholesterolu),
- odsetek pacjentów, którzy otrzymali właściwą informację o zdrowym stylu życia,
- odsetek chorych z TIA badanych i leczonych w ciągu 48 godz. od wystąpienia objawów.

3. Do oceny wyniku leczenia:

- śmiertelność oceniana po miesiącu i po 3 miesiącach,
- miejsce pobytu po 3 miesiącach,
- funkcjonowanie oceniane po 3 miesiącach z użyciem uznanych skal,
- odsetek chorych z powikłaniami krwotocznymi po leczeniu trombolitycznym,
- odsetek chorych z powikłaniami po interwencyjnym leczeniu tętnic szyjnych.

4. Do oceny leczenia udaru na ogólnym poziomie:

- badania populacyjne zapadalności, częstości występowania, śmiertelności i niesprawności poudarowej.

Dodatkowe wskaźniki oceny jakości opieki

Do oceny jakości opieki: struktury, procesu i wyniku końcowego, można użyć wielu innych wskaźników. Nie są one wymienione, ale można je znaleźć w narodowych i międzynarodowych programach oceny jakości (aneks 1.).

Aneks 1.

Strony internetowe krajowych i międzynarodowych programów oceny jakości

Joint Committee on Accreditation of Healthcare Organizations (www.jointcommission.org, dostępne od 28 lipca 2006).

Safe Implementation of Thrombolysis in Stroke (SITS) – International Stroke Thrombolysis Register (<http://www.acutestroke.org/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=42&meid=7>, dostępne od 28 lipca 2006).

Riks-Stroke – A National Quality Register for Acute Stroke (www.Riks-Stroke.org, dostępne od 28 lipca 2006).

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR) – German Stroke Register (<http://epi.klinikum.uni-muenster.de/schlaganfallregister/index.htm>, dostępne od 28 lipca 2006).

United Kingdom National Sentinel Stroke Audit 2004 (www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/strokeaudit/strokeaudit2004.pdf, dostępne od 28 lipca 2006).

United Kingdom Carotid Endarterectomy Audit (www.rcplondon.ac.uk/college/ceeu/ceeu_stroke_home.htm, dostępne od 28 lipca 2006).

Patient Survey after Stroke (http://www.nhssurveys.org/docs/Stroke_Questionnaire.pdf, dostępne od 6 września 2006).

STEPwise Approach to Surveillance (STEPS). Geneva, World Health Organization, 2006 (www.who.int/ncd_surveillance/steps, dostępne od 28 lipca 2006).

Aneks 2.

Rozpowszechnianie Deklaracji Helsingborgskiej 2006

Dokument ten powinien być przedstawiony i zaakceptowany oraz wprowadzony na spotkaniach organizowanych przez sponsorów konferencji, a także na międzynarodowych, narodowych i lokalnych konferencjach udarowych i na stronach internetowych.

Komitet Organizacyjny Deklaracji Helsingborgskiej 2006

Kjell Asplund, Szwecja
Julien Bogousslavsky, Szwajcaria, International Stroke Society
Gudrun Boysen, Dania
Werner Hacke, Niemcy, European Stroke Council
Thomas Kjellström (przewodniczący), Szwecja, International Society of Internal Medicine
Bo Norrving, Szwecja, International Stroke Society
Aushra Shatchkute, WHO Regional Office for Europe
Bo Ågren, Szwecja

Dla poszczególnych punktów powołano następujące zespoły piszące:

Organizacja służby zdrowia: Markku Kaste (przewodniczący), Laszlo Cziba, Hans C. Diener, Martien Limburg, Danilo Toni, Alexander Tsiskaridze

Leczenie ostrej fazy udaru mózgu: Werner Hacke (przewodniczący), Gudrun Boysen, Antoni Davalos, Nils Wahlgren

Profilaktyka: Julien Bogousslavsky (przewodniczący), Kjell Asplund, Anna Czlonkowska, Michael Hennerici, Bart Piechowski-Jozwiak, Peter Rothwell

Rehabilitacja po udarze mózgu: Michael Brainin (przewodniczący), Peter Langhorne, Didier Leys, Veronica Skvortsova, Michaela Trapl

Ocena wyniku końcowego leczenia i ocena jakości: Cees Franke (przewodniczący), Antony Rudd, Birgitta Stegmayr

Konferencja uzgodnieniowa uzyskała wsparcie finansowe od:

Pfizer AB, Sanofi-Aventis oraz Bristol Myers Squibb, AstraZeneca, the Gorthon Foundation and Helsingborg City.