

ЕВРОПЕЙСКИ ПЛАН ЗА БОРБА С ИНСУЛТА 2018-2030

ЕВРОПЕЙСКИ ПЛАН ЗА БОРБА С ИНСУЛТА 2018-2030

**Stroke Alliance for Europe
Rue Washington 40**

1050, Brussels, Belgium

**SAFE is registered as a
non-profit making organisation
(Association sans but lucratif)
ASBL number 0661.651.450**

info@safestroke.com

СЪДЪРЖАНИЕ

ПРЕДГОВОР	2
ВЪВЕДЕНИЕ	3
ЦЕЛИ ДО 2030.....	4
ПЪРВИЧНА ПРОФИЛАКТИКА	6
Първична профилактика – цели до 2030.....	7
ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИНСУЛТНИ УСЛУГИ.....	8
Организация на инсултни услуги – цели до 2030.....	9
ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ ИНСУЛТИ.....	10
Остри инсулти – цели до 2030	11
ВТОРИЧНА ПРОФИЛАКТИКА	12
Вторична профилактика – цели до 2030.....	13
РЕХАБИЛИТАЦИЯ	14
Рехабилитация – цели до 2030.....	15
ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО.....	16
Оценка и подобряване на резултатите – цели до 2030.....	17
ЖИВОТ СЛЕД ИНСУЛТА.....	18
Живот след инсулта - цели до 2030.....	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	20

ПРЕДГОВОР

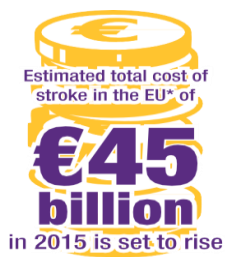
Според прогноза, изградена върху статистически данни, през 2021 г. около 610 000 човека в Европейския съюз ще получат мозъчен инсулт, а още 170 000 човека в Европейски страни извън ЕС също ще получат инсулт. Казано по друг начин, всяка минута един човек на Европейския континент ще получи инсулт. Този инсулт може да е смъртоносен или инвалидизиращ, което променя живота на пострадалия и на неговите близки. Хората, които оцелят, ще станат част от милионите европейци, които живеят с последствията на инсулта: здравословни, социални и финансови.

780,000 / YEAR
>1 / MINUTE



През 2017 г., Европейската пациентска организация (SAFE) и Европейската организация по мозъчен инсулт (ESO), стартираха обширен анализ на заболяемостта и последствията от инсулт в Европа. Докладът за последиците от инсулт показва шокиращи несъответствия в отделните

Estimated total cost of stroke in the EU* of
€45 billion
in 2015 is set to rise



Европейски държави по отношение на целия процес по грижа за пациентите с инсулт, като най-неглижирани във всички Европейски държави са грижите след инсулт.

Към 2035 г. се очаква инсултите да се увеличат с 34% поради застаряващото население на Европа, като броят на преживелите инсулт ще се увеличи с 1 милион, достигайки общо 4 631 050 пациенти. Това означава увеличаване на директните и индиректните разходи за Европа до 45 милиарда Евро.

Ето защо, през май 2017г., след дългогодишно сътрудничество, SAFE и ESO официално се съгласиха да работят съвместно с общ план за борба с инсулта. Той се основава на двете предишни „Декларации от Хелзингборг“, които предоставиха жизненоважна платформа за подобряване на грижите за инсулт в цяла Европа. ESO и SAFE имат честта професор Бо Норвинг да координира този план за борба с инсулта за Европа, който също участва в предишните декларации от Хелзингборг.

70 експерти оцениха всички аспекти на пътя за лечение на пациенти с инсулт и създадоха „План за действие за борба с инсулта за Европа“. Задачата на експертите беше да прегледат най-добрите практики и като вземат предвид настоящото състояние, да очертаят ключовите цели, които всички държави и техните здравните системи да постигнат до 2030 г.

Планът за борба с инсулта е особено важен за оцелелите след инсулт и за техния живот след това.

Планът е както амбициозна рамка, така и призив за действие. SAFE призовава всички институции да го използват, за да се стимулира промяната на здравните политики и системи, да се даде приоритет на научните изследвания, да се подобри локалното управление на инсулта и грижите за пациентите. Целта да се намери решение на проблемите, разкрити от Доклада за финансовата тежест от инсулта в Европа.

Тежестта от инсулта пада върху всички нас, но най-вече върху милионите оцелели след инсулт и техните близки, живеещи с последствията му всеки ден. Нека всички преследваме целите, определени в Плана за борба с инсулт за Европа, за да намалим и минимизираме въздействието на това бреме.

Джон Барик, Президент на SAFE
Барт Ван дер Ворт, ESO Президент
Валерия Кассо, ESO Президент (2016-2018)



ВЪВЕДЕНИЕ

Инсултът остава една от водещите причини за смърт и инвалидизация в Европа и прогнозите показват, че ако се пренебрегват фактите, тежестта на инсулта няма да намалее през следващите десетилетия. Важен допринасящ фактор е, че до 2030 г. броят на хората на възраст над 60 години в Европа се очаква да се увеличи с 23%.

За щастие съществуват убедителни доказателства, че инсултът е предотвратим, лечим и управляем. Съществува потенциал за драстично намаляване на тежестта от инсулт, включително и на дългосрочните му последствия. Това изисква съвместни действия на министерствата на здравеопазването, на социалните грижи, други държавни органи, научни организации, неправителствени и други организации за борба с инсулта, здравните специалисти, клинични и предклинични изследователи и здравната индустрия. Двете предходни паневропейски срещи прегледаха научните доказателства и статуса на предлаганите услуги, като набелязаха дългосрочни стратегически цели. Това бе отразено в Декларациите от Хелзингборг от 1995 г. и 2006 г.

Планът за борба с инсулта в Европа следва формата на предишните декларации от Хелзингборг (плод на работата на водеща група

експерти). Важно е също, че тази версия включва също пациентски организации от всички нива. Процесът включва:

- преглед на това, което е постигнато по отношение на научна база,
- състоянието на текущите дейности по пациентите с инсулт,
- приоритети и цели за научноизследователска и развойна дейност,
- добавяне на нови раздели за първична профилактика и живот след инсулта,
- приоритети за научноизследователска и развойна дейност профилактика на рецидивите.

Подробният научен доклад е публикуван в *European Stroke Journal*.

Планът за борба с инсулта в Европа от 2018 до 2030 г. е в пълно съответствие и допълва Глобалният план за действие на СЗО за периода 2013- 2020, касаещ незаразните болести (non-communicable disease или NCD), Планът за действие относно незаразните болести на СЗО - Европа и целите на ООН за устойчиво развитие от 2015 до 2030 г. В резултат е налице ясна стратегия, която има потенциала да промени драстично в Европейски мащаб един от основните актуални днес и утре проблеми на общественото здраве, а именно мозъчният инсулт.

ВСЕОБХВАТНИ ЦЕЛИ ДО 2030

Европейският план за борба с инсулт включва цели във всяка от областите - първична профилактика, организация на дейностите и грижите след остър инсулт, вторичната профилактика, рехабилитацията, живот след инсулта и оценка на резултатите.

Има четири основни цели до 2030 г. Разполагаме само с девет години.

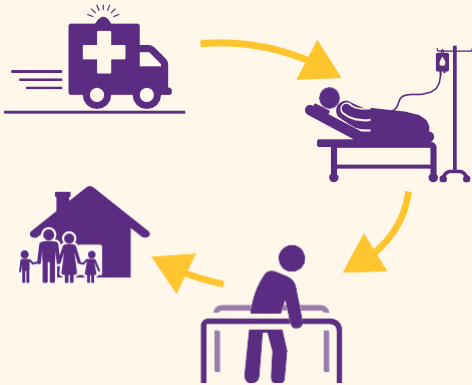


Да се намали броят на инсултите в Европа с 10%.

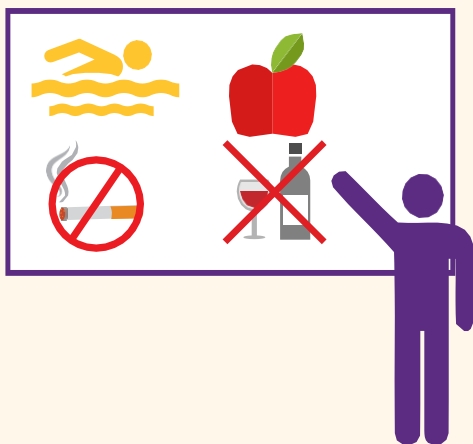
**90%
or more**



Над 90% от пациентите с инсулт в Европа да получат бързо и адекватно лечение в специализирано болнично звено



Да има национални планове, обхващащи цялата верига от грижи при инсулта – от първичната превенция до живота след инсулт.



Да се приложат националните стратегии за насърчаване и улесняване на населението за здравословен начин на живот. Да се редуцират индиректните рискове, които имат отношение към инсулта, като: замърсена околна среда, социално-икономически аспекти и ниво на ограмотеност на населението относно симптомите и фактите за инсулта.

ПЪРВИЧНА ПРОФИЛАКТИКА

W Когато получих инсулт, се оказа, че не знам нищо за инсулта. Когато се озовах в болницата, докторът ми каза: „Вие получихте инсулт.“ Аз попитах – Какво? Инсулт? Нищо не знам за инсулта, въпреки че съм адвокат.“

Елизабет Ортинез, Фондация за инсулт, Каталуня, Испания

Целта на Хелзинборгската декларация от 2006г. беше всички страни да намалят риска от инсулт сред населението, най-вече високото кръвно налягане и тютюнопушенето.

Инсултът е до голяма степен предотвратимо заболяване. Той споделя рискови фактори с други сърдечно-съдови заболявания, както и с много други неинфекциозни или незаразни болести. Повлияването на рисковите фактори за инсулт изисква интервенции на индивидуално и обществено ниво, промяна на стила на живот и рисковите фактори. Докато отказването от тютюнопушенето е индивидуална отговорност, то справянето със замърсяването на въздуха изисква намеса на обществено ниво. Политиката и действията на ниво общество могат да повлияят върху способността на индивида да се справи с модифицируемите рискови фактори. Въпреки че личната намеса и контрол върху рисковите фактори трябва да се насърчава, за хората е много трудно да редуцират риска от инсулт в дългосрочен план без подкрепа от общественото ниво. Съществуват достатъчно доказателства за успех на всички кампании на институциите в областта на общественото здраве, насочени към силно разпространените рискови фактори, включително ограничаване на тютюнопушенето и насърчаване на здравословен начин на живот. Това е постижимо чрез законодателни промени, медийни кампании, етикетиране на храни, образователни и превантивни мерки в училищата, работните места и общността.

Инициативи като изграждане на велоалеи, насърчаване на хората да използват стълби, сервиране на здравословна храна на обществе-

ни места, забрани за пушене, намаляване на количеството сол и захар в преработените храни и безалкохолни напитки, здравно огромяване и кампании за здравословен начин на живот, помагат да се предотвратят инсултите като цяло и да се намалят рисковите фактори, водещи до инсулт.

Жизненоважно е да се насочи цялото население към първична превенция, а не само тези, които вече са изложени на висок риск. Ето защо съгласуваните усилия за повишаване на осведомеността за въздействието на високото кръвно налягане, след това скрининга и лечението са важни. Необходими са допълнителни усилия за достигане и работа с хора с по-нисък социално-икономически статус, сред които рисковите фактори за инсулт са по-разпространени.

Медицинските интервенции и осигуряването на достъп до лекарства са жизненоважни, като трябва да се ползват социални и индивидуални инициативи.

W Съществува парадоксът, че дори когато знаем как да модифицираме основните рискови фактори, отговорни за 90% от инсултите, все пак е трудно да намалим нарастващия брой нови инсулти всяка година... Нуждаем се от силна система от превантивни мерки, при които физически лица, медици и законодатели да работят съвместно много усилено и продължително, за да се постигне някакъв напредък.

Йелена Мисита, SAFE мениджър за информираност и подкрепа

Политиците трябва да прилагат и укрепват националните стратегии за първична превенция и контрол на рисковите фактори. Многосекторните интервенции в областта на общественото здраве трябва да насърчават здравословния начин на живот и да осигуряват универсален достъп до първични програми за скрининг и лечение.

ПЪРВИЧНА ПРОФИЛАКТИКА - ЦЕЛИ ДО 2030г.

За Европа целта е всеки човек да има достъп до персонална оценка на риска от инсулт и необходимото адекватно лечение. Следователно целта е:

1 *Да се подsigури универсален достъп за всеки до първична профилактика чрез персонализирано прогнозиране на риска.*

Необходими са нови закони и национални стратегии за справяне с най-често срещаните рискови фактори. Това трябва да включва кампании на общественото здраве, както и липсата на образование, лишенията и проблемите на околната среда, които имат роля за риска от инсулт. Следователно следващата цел е:

2 *Законодателни промени и национални стратегии в областта на общественото здраве по отношение на водещите рискови фактори за инсулт (тютюнопушене, захар, сол, алкохол, замърсен въздух). Нужно е да се провеждат масови кампании за здравословен начин на живот и редуциране на рисковите фактори.*

Скринингът и редуцирането на рисковите фактори е водещо. Следователно следващата цел е:

3 *Достъпни и базирани на доказателства програми за предотвратяване на рисковете и лечение на инсулт във всички европейски държави.*



Високото кръвно налягане твърде често не се открива и не се лекува. Целта за всяка държава в Европа е:

4 *Да се открива и контролира високото кръвно налягане при 80% от хората с хипертония.*



ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИНСУЛТНИ УСЛУГИ

” Има програма, наречена *Early Supported Discharge (ESD)*, при която хората се изписват по-рано от болницата и се прибират у дома, където получават терапията си през първите 6-8 седмици в домашни условия и в много страни в Европа е доказано, че това подобрява резултатите и всъщност намалява общите разходи за здравната услуга. Ние поискахме от нашия министър на финансите, оцелял след инсулт да приложи програмата за ESD и той шест седмици по-късно караше своя велосипед около парка Финикс в Дъблин – само шест седмици след състояние, при което не можеше да отвори входната си врата. И този жив експеримент от неслучаен човек, показва какво всъщност означава тази програма за живот на всеки пострадал от инсулт.”

**Крис Мейси, Фондация
«Ирландско сърце»I**

Целта на Декларацията от Хелзингборг от 2006г. беше, че всички пациенти в Европа с остър инсулт трябва имат достъп до диагностика и лечение в специализирани отделения за инсулт и до персонализирана рехабилитация и вторична профилактика.

В цяла Европа има големи различия в организацията на дейностите при пациенти с остър инсулт, което е от основно значение за тяхното качество. Необходима е по-надеждна и точна информация за структурата и организацията на инсултната помощ. Това трябва да включва регистри за наблюдение на ключови показатели за изпълнение и програми за сертифициране на звената за лечение на инсулт. Ролята на медицинските дружества за инсулт и пациентските и неправителствени организации може да направи жизненоважна промяна, създавайки натиск за по-добре организирани услуги за инсулт и давайки възможност за практическо усъвършенстване и одит на необходимите стандарти за качество на услугите за инсулт.

По отношение на спешна помощ за остър инсулт, добрата организация включва:

програми за непрекъснато повишаване на осведомеността за разпознаване на симптомите на инсулта;

обучение на диспечери, парамедици и друг персонал от спешна помощ;

добро планиране на местата на централите за инсулт и маршрутите на линейката в големите градове, за да се сведе до минимум времето за пътуване т.е. въвеждане на задължителен предварителен телефонен контакт с приемащите звена;

използването на валидирани инструменти за разпознаване на симптомите на инсулта като FAST;

централизиран прием;

съществуването на специализирани екипи за инсулт и сертифицирани/одитирани центрове за инсулт;

24 часов достъп до компютърен томограф;

Въвеждане на телемедицина за отдалечените райони;

непрекъснато подобряване на качеството на процесите;

планиране на ранно изписване от болницата с гарантирано ниво на слединсултни грижи в дома, идентични на тези в болницата.

В момента в много страни все още липсва надеждна и точна информация за структурата и организацията на грижите и прилагането на методиката за лечение на инсулт. По-малко от 10% от пациентите с инсулт в цяла Европа стигат до болницата в рамките на 60 минути от появата на симптомите, а в много страни времето между симптомите и болницата не е намаляло през последните години. Само малка част от страните са създали система за сертифициране с добре дефинирани критерии за качество.

ОРГАНИЗАЦИЯ НА УСЛУГИТЕ ЗА ИНСУЛТ – ЦЕЛИ ДО 2030г.

Неправителствените пациентски организации за борба с инсулта и медицинските дружества за инсулт са жизненоважни за разработването и прилагането на национална стратегия. Следователно целта е за:

1 *Съвместна работа на медицинските дружества и неправителствените пациентски организации във всяка страна в тясно сътрудничество с отговорните институции за създаване, внедряване и регулярен одит на национален план за борба с инсулта.*

Вече има доста доказателства за добри практики при лечението на инсулта. Тези налични практики следва да дават правилна насока при превенция и лечение на остър инсулт, рехабилитация и живота след инсулт. А обществото трябва да е добре осведомено и да знае какви услуги следва да получи. Всички европейски държави трябва да:

2 *Насочат националната стратегия към базирани на доказателства пътища, които обхващат цялата верига от грижи. Тези услуги трябва и да могат да бъдат адаптирани към регионалните специфики, да се популяризират сред обществеността, за да се осигури равен достъп до грижи за инсултно болните.*

Добрите грижи при инсулт изискват висококвалифициран персонал. Ние в Европа трябва да сме сигурни, че имаме подготвени специалисти, които са готови да работят в екип. Европейските страни трябва да:

3 *Гарантират лечение и грижи при инсулт от високо подготвени специалисти и екипи, като се следва план за тяхното набиране и обучение като част от глобалния национален план за борба с инсулта.*

Специализираните центрове за лечение на инсулт са с основна роля за намаляване на смъртния изход или инвалидизацията от инсулта. Гаранция за това е стандартизираното качество на работа в тези центрове. За оценка на реално добре работещ специализиран център за лечение на инсулт, Европа трябва да направи следното:

4 *Всички специализирани центрове и услуги за инсулт да преминават регулярна сертификация на база на адекватен процес за одит и мерки за подобрене.*



ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ ИНСУЛТИ

|| Като човек, получил инсулт, имам право да получа най-добрите грижи, а те са:

бърза диагноза, за да мога да бъда лекуван своевременно;

да получа лечение от специализиран екип на всички етапи от заболяването ми (в болница и по време на рехабилитация);

да получа грижи, които са добре координирани;

равен достъп до лечение независимо от финансово състояние, пол, културна принадлежност или местоживеене;

да получавам лечение, което е подходящо за мен като индивид, като се вземе предвид моята възраст, пол, култура, цели и моите променящи се нужди с течение на времето."

**Харта на правата на хората с инсулт,
Световна организация за мозъчен
инсулт, 2014 г.**

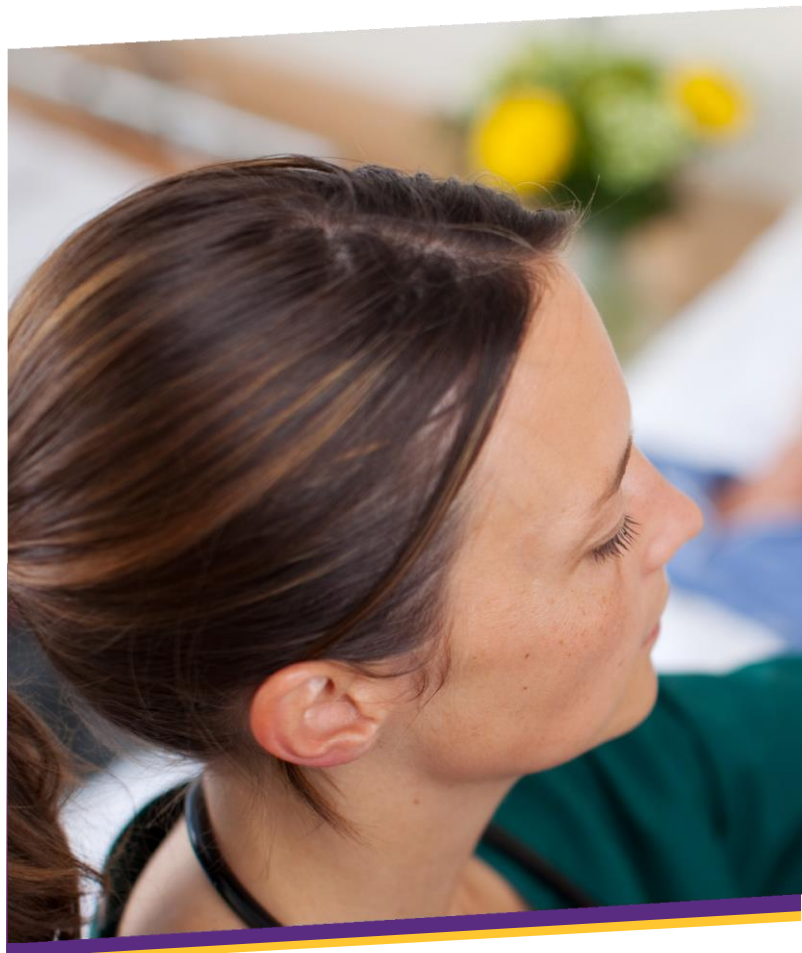
Целите в лечението на остър инсулт в Хелзингборгската декларация от 2006г. се основават на следните факти:

- над 85% от пациентите с инсулт оцеляват през първия месец след инсулт;
- повече от 70% от оцелелите са независими в ежедневните си дейности до третия месец след началото на инсулта;
- всички пациенти с остър инсулт, които потенциално отговарят на условията за незабавно специфично лечение, се прехвърлят в болници, където има технически възможности и опит за провеждане на такова лечение.

|| *Всеки човек с остър инсулт заслужава правото да има равен достъп до оптимизирани и ефективни грижи, диагностика и лечение на инсулта, независимо от местоживеенето, възрастта, пола, културата, социалния и икономически статус."*

**Проф. Анита Арсовска, Член на
Управителния съвет на SAFE**

Специализираните звена за лечение на инсулт, където работи мултидисциплинарен екип от специалисти в лечението на инсулта, са единствената ефективна намеса за лечение на остър инсулт с гарантирани положителни резултати. Някои интервенции, които доказано имат изумително добри резултати, като тромболизата, може да се извършват само там, където има добре организирани условия и екип за провеждането им. Това важи и за по-новите процедури като тромбектомия. Достъпът до специализирано звено за лечение на остър инсулт е различен в цяла Европа и средното време за начало на лечението е все още твърде дълго – започването на лечението за тромболиза е 140 минути в Западна Европа и 150 минути в Източна Европа. Средното време, т. нар. „от врата до игла“ (DNT) от 70 минути се отчита като постижимо в европейските страни, въпреки че има примери и за 20 минути „от врата до игла“ в някои напреднали центрове и държави.



ОСТРИ ИНСУЛТИ – ЦЕЛИ ДО 2030г.

Знаем, че специализираните инсултни звена имат голямо значение и въпреки това твърде много пациенти нямат достъп до тях. Следователно всички държави трябва да се стремят да гарантират:

1 *Лечение на над 90% от хората с инсулт в специализирано звено като първа стъпка за лечение на острия инсулт.*

Възстановяването на кръвния ток в мозъка има съществена полза за много пациенти, намалявайки дългосрочните увреждания и ускорявайки възстановяването. Но тромболизата и тромбектомията все още не са достъпни за всеки нуждаещ се това в Европа. Следователно целта във всички държави е да се:

2 *Гарантира достъп до реканализационни терапии за на 95% от пациентите, отговарящи на условията за това в цяла Европа.*

Колкото по-бързо някой получи такова лечение, толкова по-добър би бил резултатът. Така че намаляването на времето за започване на адекватно лечение е жизненоважно. Целта е:

3 *Намаляване на средното време на започване на процедура под 120 минути за венозна тромболиза и време на начало на реперфузия до по-малко от 200 минути при ендovasкуларно лечение.*

Гореописаните цели са от първостепенна важност, за да може да се увеличи броят на пациентите с лечение с медикаменти, разбиващи тромбите (IVT) или чрез механична екстракция (EVT). Затова европейските страни трябва да целят:

4 *Достигане на нива на лечение с интравенозна тромболиза (IVT) над 15%, и ниво на ендovasкуларна терапия (EVT) над 5% за цяла Европа.*

Крайната цел е да се намалят леталния изход и инвалидизацията след инсулт. Това включва и диагностика и лечение на паренхимните мозъчни кръвоизливи и субарахноидните кръвоизливи. Целта за цяла Европа е:

5 *Намаляване на случаите на смъртен изход през първия месец до по-малко от 25% при интрацеребрални кръвоизливи и субарахноидни кръвоизливи и увеличаване на повече от 50% на добрите функционални резултати от лечението.*



ВТОРИЧНА ПРОФИЛАКТИКА

В Хелзингборгската Декларация от 2006г., целите за 2015г. бяха да се намали смъртността от инсулт поне с 20%, както и необходимост пациентите с Транзиторни исхемични атаки /ТИА/ или инсулт да получат адекватна вторична профилактика.



Вторичните мерки за профилактика имат потенциал да намалят с 80% риска от последващ инсулт. Това означава разпознаване и лечение на ТИА, оценка на риска и предприемане на адекватни мерки за лечение за хората с ТИА.

Всеки инсулт е различен и трябва да бъдат положени усилия да бъдат изяснени причините, довели до него, за да могат да се планират подобри адекватни персонализирани действия за вторична профилактика.

Идентифицирането на рисковите фактори има два основни аспекта:

1 **Персонализирано идентифициране на рисковите фактори за всеки пациент, породени от неговия начин на живот.**

2 **Медицински и здравни рискови фактори, за които има достатъчно ясен и обоснован подход за справяне.**

Рисковите фактори като нездравословно хранене, злоупотреба с алкохол, тютюнопушене, пристрастяване към наркотици, затлъстяване, високо кръвно налягане, висок холестерол, предсърдно мъждене, захарен диабет и сънна апнея могат да бъдат разглеждани като модифицируеми и трябва да бъдат проверявани при всеки пациент, тъй като те си влияят взаимно.

Немодифицируемите фактори, като възраст, пол, раса или етническа принадлежност и фамилна анамнеза, също оказват влияние върху модифицируемите рискови фактори. Националните регистри за инсулт трябва да регистрират тези фактори и използваните вторични методики за превенция.

Пациентите с инсулт или ТИА често имат съпътстващи сърдечни, бъбречни или периферни артериални заболявания и това налага изследване и лечение. Депресията и тревожността могат също да повлияят върху начина на живот и представляват също рискови фактори за инсулт и деменция.

Много различна е вторичната профилактика в отделните европейски държави, като данните за това са недостатъчни и остарели. Знаем, че над 60% от пациентите с инсулт имат хипертония. Въпреки, че 80-90% от тези хора се лекуват, само около 40% имат адекватен контрол на кръвното налягане. Причините за неадекватния контрол на кръвното налягане са липса на методика за мониторинг, подценено лечение или неадекватен избор на подход. В този аспект, въпреки високите нива на статини, предписвани при изписването от болницата, дългосрочното спазване на лечението е под въпрос. Освен това, твърде много пациенти с предсърдно мъждене все още не приемат антикоагуланти.



НАД 60% ОТ ПАЦИЕНТИТЕ С ИНСУЛТ СА С ВИСОКО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ

ВТОРИЧНА ПРОФИЛАКТИКА – ЦЕЛИ ДО 2030

Няма извинение за факта, че преживял инсулт или ТИА пациент не получава вторична профилактика, лечение, съвети и подкрепа. Ето защо е жизненоважно във всички страни:

1 *Вторичната профилактика да залегне като част от националните планове за борба с инсулта и неговото проследяване.*

Преживелите инсулт пациенти се нуждаят от съвет от специалист - невролог и подкрепа и трябва да бъдат уверени, че получават своевременна и подходяща вторичната превенция. Целта трябва да бъде:

2 *Над 90% от пострадалите от инсулт да прожеждат текущи прегледи от специалист, както и достъп до вторична профилактика (изследвания и лечение).*

За правилна оценка на риска от следващ инсулт, трябва да се ползва набор от диагностични методи и изследвания. Целта е:

3 *Да се осигури достъп до ключови методи за изследвания: компютърна магнитно-резонансна томография, невро-сонографска изследване, ЕКГ, Холтер-ЕКГ, ехокардиография (трансторакална и трансезофагеална), кръвни изследвания (липиден профил, глюкоза, НвАс и др).*

За да се редуцира риска от следващ инсулт, всички пациенти следва да се следят регулярно. Целта на Плана за борба с инсулта в Европа е:

4 *Гарантиране на достъп до ключови превантивни стратегии: съвети за здравословен начин на живот, антихипертензивно лечение, липидопонижаващи медикаменти, антитромбоцитни или антикоагулантни медикаменти, перорални хипогликемични средства и инсулин, каротидна ендартеректомия и др.*



РЕХАБИЛИТАЦИЯ

II Доказателствата от цяла Европа са за неадекватни услуги за рехабилитация, често твърде недостатъчни и твърде късно или екипи, които не могат да предложат всички подходящи терапии, както и лоши системи за оценка и преглед, така че текущата рехабилитация също не е ефективна. При подходящо планиране това може да се промени".

Моник Линдаут, Херценлетцл (Нидерландия)

В Хелзингборгската декларация от 2006г., целта за 2015г. визира необходимостта всички пациенти с инсулт да имат достъп до непрекъснат набор от услуги от лечението в острата фаза до подходящата рехабилитация, организирани в специализирани болнични звена.

Грижите при остър инсулт, квалифицираните медицински грижи и специализираната рехабилитация са основните аспекти на специализирането отделения, което категорично би намалило смъртността и инвалидизацията.

Рехабилитацията включва физическа и речева терапия, участие на психолози и социални работници, а когато е нужно и професионална рехабилитация.

Трябва да се ангажира мултидисциплинарен екип от специалисти по инсулт и добре разписан план за изписване от болницата с документирана отговорност за продължаващите нужди от рехабилитация за последващото възстановяване.

Както се отчита в доклада от 2017г. за финансовата тежест от инсулта в Европа, достъпа до рехабилитация след инсулт е съвсем различен в отделните европейски държави.

Добрата рехабилитация трябва да включва:

Информация за пациента и неговите близки относно инсулта, рехабилитацията и планираното изписване, както и проследяване, което подобрява удовлетвореността у пациента и намалява стреса и депресията.

Ранно изписване от болницата за пациенти с лек инсулт, с последваща рехабилитация от мобилен екип в дома на болния е подходяща част от процеса за възстановяване.

Продължителни и интензивни занимания за пациенти с афазия (нарушен говор).

Обучение и възстановяване на ежедневни рутинни дейности на пациента, които е важно да се възобновят до година след инсулта.

Подобряване на физическата форма и физическото състояние на преживелия инсулт за предпочитане с достъп до зелени площи.

Въпреки, че доказателствата за полза от рехабилитационни интервенции след една година са оскъдни, важно е да се признае, че подобренето може да продължи дълго време след инсулта и че нуждите на пациента варират във времето. Затова никога не е късно за рехабилитация.



Ако това е невъзможно, то би следвало да се осигури адекватна алтернатива за продължаващото възстановяване на пациента.

Затова е нужно тези специализирани центрове да са повече на брой, за да имат всички равен достъп до услугите. Липсват подготвени кадри за медицински грижи и рехабилитатори с познания и опит в инсулта. Рехабилитацията в специализиран за целта център е абсолютно наложителна.

На практика в повечето държави няма готовност за адекватно бързо изписване на пациента след инсулт, а някъде изобщо няма продължение на лечението след изписване от болницата. Няма изградени програми за физическа активност и възстановяване след инсулт, в момента върху такива се работи в Италия и Великобритания.

РЕХАБИЛИТАЦИЯ - ЦЕЛИ ЗА 2030г.

Колкото по-рано и адекватно започне рехабилитация след инсулт, толкова по-успешно е възстановяването. Затова целите са:

1 Да се гарантира над 90% от пострадалите след инсулт да имат достъп до ранна рехабилитация.

Ако поне на 1/5 от пострадалите се гарантира възможност за рехабилитация в домашни условия, това би позволило тяхното по-ранно изписване от болницата. Ето защо целта е:

2 Да се осигури ранно изписване на поне 20% от пострадалите от инсулт във всички страни.

Необходими са всички видове терапия за пострадалия от инсулт. Целта е:

3 Достъп на всички пострадали от инсулт до физически упражнения и занимания.

Много често пострадалият от инсулт се чувства изоставен и „забравен“ след изписването от болница. Грижите от екип след изписване, трябва да се планират и описват

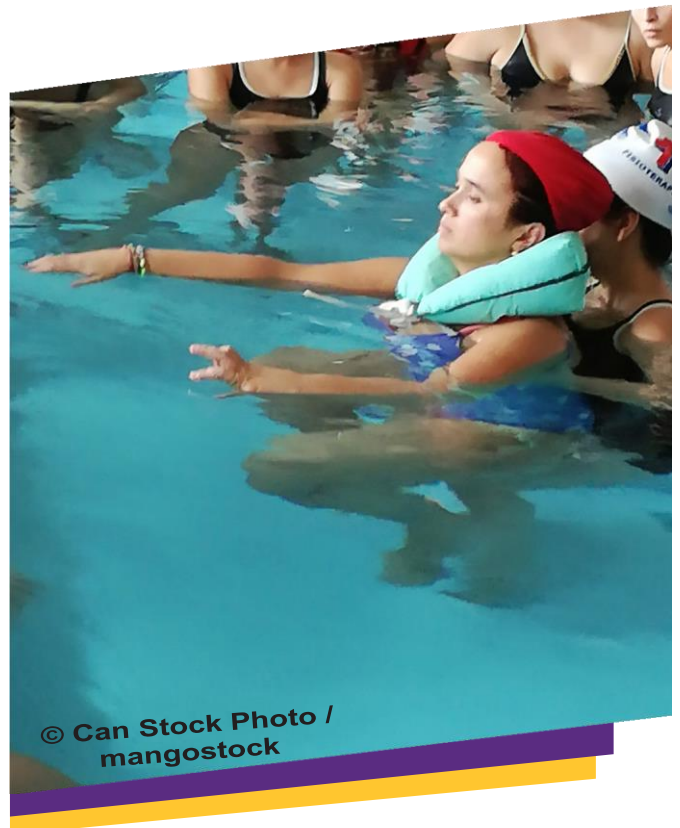
старателно. След изписване от болницата пациентът, както и доболничният персонал и

социалните работници трябва да знаят как да продължат лечението и рехабилитацията. Ето защо целта е да се превърне в нормална практика следното:

4 Създаване на документиран план за рехабилитация и възстановяване на самостоятелността на всеки отделен пациент с инсулт, който има нужда от подкрепа и грижи след изписване от болницата.

Възстановяването след инсулт може да бъде много продължителен процес – много пациенти постигат напредък в придвижването или умения за комуникация едва месеци или дори години след инцидента. За жалост, много често те не получават шанс за продължителен процес на рехабилитация, прегледи или вторична профилактика. Ето защо жизненоважна цел е:

5 Да се гарантира всеки пациент и близките, които се грижат за него, да имат право на консултации относно рехабилитацията и необходимостта от подобрения или промени на 3-6 месец след инсулта и след това - ежегодно.



© Can Stock Photo / mangostock

ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО

// *Норвежкият институт за общественото здраве публикува през 2018г. данни за намаляване на смъртността след инсулт в Норвегия, като процентът е около 30% намаление на смъртността след болнично лечение. Това означава, че данните в здравните регистри като тези за инсулт са важни. Да можеш да сравняваш цифри в цяла Европа наистина е голямо предимство за тези, които ежедневно работят с инсулт. За засегнатите от инсулт е факт, че ако се лекуват в специализирано звено за инсулт - шансовете за оцеляване са по-големи. Но както съм казвала много пъти, когато оцелееш след инсулт, след това трябва да се опиташ и да живееш качествено“.*

Грета Лунде, оцеляла след инсулт и член на борда на SAFE

2006г.: Целта на оценката на последиците от инсулта и на качеството на услугите е във всички страни да се стремят да създадат система за рутинно събиране на данни, необходими за оценка на качеството на управление на инсулта, включително и на проблемите с безопасността на пациентите.

Системно подобряване на грижите след инсулт може да се очаква само, ако се работи с правилни бази данни и анализи, така че услугите да подлежат на проверка и контрол. Данни трябва да се събират относно **структурата** на услугите (сграден фонд, специалисти), **процесът** за прилагане на грижи (времето „от врата до игла“, интензитет на предлаганата рехабилитация, времето за достигане до звено за специализирано лечение на инсулт и др.) и **резултатите** (смъртност, степен на физическа, когнитивна и психологическа инвалидизация, честота на усложненията и др.).

Ясните стандарти и оценката на услугите за инсулт са от съществено значение, за да се постигне подобряване на качеството. Тази информация помага на членовете на болничния и извънболничния персонал да наблюдават и модифицират практиката си и дава възможност на болничните и общностните служби за инсулт да подобрят своите действия. Финансиращите органи в здравеопазването се нуждаят от уверение, че парите им се изразходват правилно, а специалистите по планиране на здравеопазването на национално и международно ниво трябва да използват стандарти и данни от одита, за да стимулират оптимизацията.

Организацията на услугите за инсулт варира значително в Европа, което влияе върху начина на определяне на пътя за лечение на инсулта. Ето защо е важно насоките за инсулт да бъдат адаптирани към местните условия въз основа на местни данни.



ОЦЕНКА И ПОДОБРЯВАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ – ЦЕЛИ ДО 2030г.

Ако в цяла Европа имаме общ набор от стандарти за качество, измерени по сходни начини, базирани на сравними методики, възможността на националните здравни служби и здравните специалисти по инсулт да сравняват и подобряват своята практика би била значително подобрена. Следователно трябва да се изработи:

Единна европейска методика, която касае качеството на предлаганите услуги за инсулт и включва:

разработка или актуализация на европейски нормативи и насоки за лечение на остър инсулт, дългосрочна рехабилитация и профилактика;

дефиниция на общ набор от данни, обхващащ основните параметри за качеството на грижите за инсулт, за да се постигне възможност за сравнение между отделните държави на грижите както в болниците, така и след това.



В цяла Европа има много примери за положителната роля, дължаща се на наличието на лице, отговорно за подобряване на предоставянето на грижи за специфични заболявания. Така че всички страни в Европа трябва да назначат лица, които да следят за подобряването на качеството на услугите на пациентите с инсулт във всяка държава или регион.

Установяването на стандарти и измерването на услугите за инсулт спрямо тези стандарти е жизненоважно.

Необходимо е тази информация да може да бъде ползвана както от здравни специалисти по инсулт, така и от обществеността, което ще доведе до по-добри грижи. Целта трябва да е създаването на системи на национално и регионално ниво за оценка и акредитация на клиничните услуги за инсулт, осигуряване на партньорска подкрепа за подобряване на качеството и редовното предоставяне на данните от проверките на широката общественост.

” Включването на експертния опит на пациентите и болногледачите е изключително важен фактор, така че Европейският план за борба с инсулта да бъде приет като съществен инструмент за действие. В много страни организациите за подкрепа на болните от инсулт вече са включени в разработката на общи насоки и ако трябва да говоря за собствената си страна, с удоволствие съобщавам, че това вече е рутина и е задължително за „Националния съвет по здравеопазване и социални грижи“ и на ниво регистри на качеството. “

Проф.Бю Норвинг, професор по неврология в Университета в Лунд, Швеция

Задълбоченото разбиране на живота и изпитанията на пострадалите от инсулт пациенти, също води до по-добри и качествени грижи, насочени именно към пациента. Към момента има набор от показатели и резултати на база мнения и данни от пациенти, които са много съществени. Целта е:

Събирането на данни от самите пациенти в дългосрочен аспект (напр.6 месеца или 1 година), покриващи грижите в болницата и тези в домашни условия.



ЖИВОТ СЛЕД ИНСУЛТА

// *Напускането на болницата и започването на рехабилитацията няма да върне живота Ви или да Ви помогне да се интегрирате напълно, освен ако не бъде допълнено с цялостна и координирана подкрепа - от вашето семейство, от държавата, медиците и други експерти по инсулт, и инсултна организация за подкрепа във вашата страна. Има твърде много трудно разрешими проблеми за всеки пострадал след инсулт, а именно: взаимоотношения, работа или безработица, самоувереност, финанси, справяне с болката, транспортиране, афазия, когнитивни нарушения и др."*

**Дайана Уонг Рамос, оцеляла от инсулт,
Португалска организация за инсулт**

Проследяването на инсултно болните, мерките за качество, насоките и плановете за действие се фокусират до голяма степен върху медицинското лечение на инсулта. Напоследък става ясно, че трябва да се обърне спешно внимание на живота след инсулт. Въпреки, че има много малко изследвания за живота след инсулт, обхващащи цялата продължителност на този етап, ясно е, че за оцелелите от инсулт и техните семейства това е един от най-важните аспекти за подкрепата и възстановяването след инсулт. В крайна сметка хората живеят дълги години с последствията, включително комуникационни, психологически и други здравословни проблеми, финансови затруднения и усложнени взаимоотношения, както и бариерите, пред които са изправени като хора с увреждания.

Почти 1/3 от пострадалите от инсулт са инвалиди, със сериозни когнитивни увреждания и нарушено умствено състояние. Изследвания доказват, че няма никаква подкрепа при нарушената комуникация, затруднена социална интеграция, самота, инконтиненция, финансови трудности на пациентите с инсулт. Спешно са нужни персонални планове за помощ и координирана подкрепа за всеки отделен човек с инсулт.

Спешно е необходимо да се разработят и използват стандарти на база докладвани от пациентите резултати (PROM), което ще набави достатъчно данни и ще гарантира по-добро качество на услугите.

Понастоящем има малко данни за извършена цялостна и координирана подкрепа. Няма ясна насока за оцелелите и най-важното е, че няма модел за това как изглежда най-добрата грижа след изписване от специализираното болнично лечение. Трябва да се обърне внимание на големия и нарастващ брой преживели инсулт с дългосрочни нужди. Необходимо е да разработим минимални стандарти за качествени грижи и да можем да ги проследяваме.



ЖИВОТ СЛЕД ИНСУЛТА – ЦЕЛИ ДО 2030г.

Всички проблеми на хората с живот след инсулт от години се negliжират. Всички Европейски страни трябва да обърнат повече внимание на тази проблематика и то на институционално ниво, планът за борба с инсулт да е дългосрочен и да включва минимално изискваните стандарти. Европейските държави трябва да:

1 Назначат отговорни хора на правителствено ниво или цели екипи за защита на пациентите с инсулт и контрол на изпълнението на националния план за борба с инсулта. Да се разработят и одобрят минимални стандарти за това, което е нужно на всеки пострадал от инсулт, независимо от неговото местоживееене.

Важно е да се чува гласът на пациентите с инсулт, изразен чрез техните пациентски организации, което би гарантирало повишаване на качеството на услугите за пациенти с инсулт. Общоевропейската цел е:

2 Формализиране на участието на пациентите, техните близки и асоциациите на тези хора в процеса на дефиниране на проблемите и техните решения, за да се разработят най-добрите практики за подкрепа на инсултно болните и техните близки.

Планът за борба с инсулта не може да приключи с приключване на лечението в острата фаза. Важно е да има дългосрочни цели за цялостния процес на възстановяване след инсулта. Целта е:

3 Чрез национален план за борба с инсулта да се осигури подкрепа за всеки пострадал от инсулт, без значение къде живее и какъв е неговия социалноикономически статус.

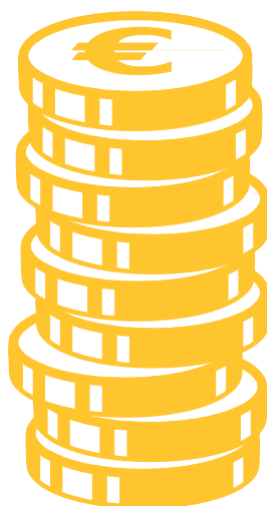
Организациите за подкрепа на пострадалите от инсулт предоставят цялостна подкрепа за хората, преживели инсулт и техните семейства. Насърчаването на развитието на тези организации има огромно значение за пострадалите от инсулт. Целта трябва да бъде:

4 Да се осигури възстановяване на самостоятелността и да се подпомагат инсултно болните и техните близки с помощта от организации за подкрепа.

Там, където подкрепящите организации предоставят доброволчески услуги, управлението да е подпомогнато от нови технологии. Очакваме европейските страни да:

5 Разработят и внедрят дигитално базирани услуги, информационни и помощни софтуерни програми.





34%

more strokes

€45 bil.

total cost of stroke

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До 2035г. се очаква увеличаване с 45% броя на починалите от инсулт и повишаване с 25% на броя пострадали от инсулт и живеещи с тежките дългосрочни последствия. Между 2015г. и 2035г., се очаква повишаване с 34% на общия брой инсулти в ЕС - от 613 148 през 2015г. до 819 771 през 2035г.

Добрата новина е, че инсултът е предотвратимо, лечимо и победимо състояние.

От създаването си през 2004г, SAFE се посвещава на активна кампания, ограмотяване на обществеността и подкрепа на всички изследвания и направления, посветени на инсулта. Целта ни е да се подобри превенцията на инсулта, да се повиши качеството на живот на пострадалите от инсулт и на тези, които се грижат за тях. Като работим по тази програма както на европейско, така и на национално и локално ниво, доказахме, че е нужна по-добра координация и сътрудничество между всички заинтересовани страни за постигане на успехи в борбата с инсулта.

SAFE е отворена за съвместна работа и партньорство с всички други европейски структури, както и с представители на правителствено ниво в Европа и в национален план, имащи отношение към инсулта. Ясно е, че ролята на политиците и ключовите експерти, които вземат решения, е основополагаща в преодоляване на кризата, свързана с инсулта като заболяване и последиците от него.

Като имаме пред вид катастрофалната прогноза за увеличаване с 34% на броя на инсултите в Европа, SAFE и ESO не одобряват бездействието от страна на политиците в европейските държави. Сега, повече от всякога, е нужно да се предприемат решителни мерки и действия в целия процес за справяне с инсулта, като се анализират и съществените различия и несъответствия между отделните Европейски държави, описани в Доклада от 2017г. за тежестта на последиците от инсулта.