

# **UDAR MÓZGU - PLAN DZIAŁANIA DLA EUROPY 2018-2030**

# Udar Mózgu

## Plan Działania Dla Europy

### 2018-2030

**Stroke Alliance for Europe**  
Rue Washington 40

1050, Bruksela, Belgia

SAFE jest organizacją non-profit  
(Association sans but lucratif)  
ASBL zarejestrowaną pod numerem  
0661.651.450

**Email: [mail@safestroke.com](mailto:mail@safestroke.com)**

# Spis treści

|  |    |
|--|----|
| <b>PRZEDMOWA</b> .....                                 | 2  |
| <b>WSTĘP</b> .....                                     | 3  |
| <b>GŁÓWNE CELE DO 2030</b> .....                       | 4  |
| <b>PROFILAKTYKA</b> .....                              | 6  |
| PROFILAKTYKA PIERWOTNA - CELE DO 2030 .....            | 7  |
| <b>ORGANIZACJA ODDZIAŁÓW UDAROWYCH</b> .....           | 8  |
| ORGANIZACJA ODDZIAŁÓW UDAROWYCH- CELE DO 2030 .....    | 9  |
| <b>POSTĘPOWANIE W OSTRYM UDARZE</b> .....              | 10 |
| OSTRY UDAR - CELE DO 2030 .....                        | 11 |
| <b>PROFILAKTYKA WTÓRNA</b> .....                       | 12 |
| PROFILAKTYKA WTÓRNA - CELE DO 2030 .....               | 13 |
| <b>REHABILITACJA</b> .....                             | 14 |
| REHABILITACJA- CELE NA 2030 .....                      | 15 |
| <b>OCENA ROKOWANIA I POPRAWY JAKOŚCI</b> .....         | 16 |
| OCENA ROKOWANIA I POPRAWY JAKOŚCI – CELE DO 2030 ..... | 17 |
| <b>ŻYCIE PO UDARZE</b> .....                           | 18 |
| ŻYCIE PO UDARZE – CELE DO 2030 .....                   | 19 |
| <b>PODSUMOWANIE</b> .....                              | 20 |

# PRZEDMOWA

Tego roku około 610 000 osób w Unii Europejskiej dozna udaru mózgu i chociaż dane są niejednolite, co najmniej 170 000 osób w krajach spoza UE. To więcej niż jeden udar na minutę. Udar może mieć katastrofalne skutki – prowadzi do śmierci lub dożywotniej niepełnosprawności, upośledzając życie chorego i osób mu bliskich. Ci, którzy przeżyją udar, dołączają do milionów osób w całej Europie, które żyją po udarze wraz z jego skutkami zdrowotnymi, społecznymi i finansowymi.

**780,000 / rok**  
**> 1 / MINUTĘ**



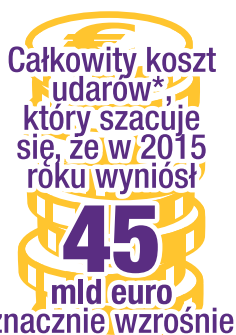
W 2017 r. Stroke Alliance for Europe (SAFE) wraz z European Stroke Organization (ESO) przedstawiły obszerny raport na temat udaru mózgu i jego leczenia w Europie. Raport zatytułowany Burden of Stroke in Europe ujawnił szokujące dysproporcje między- i wewnątrz krajowe dotyczące wszystkich etapów leczenia udaru mózgu. Pokazał on

jednak, że opieka nad osobami po udarze jest zanedbywana we wszystkich tych krajach.

Raport wykazał, że między 2015 a 2035 r. ze względu na starzenie się populacji, liczba udarów ma wzrosnąć o 34%, a w całej Europie liczba osób żyjących z

udarem ma wzrosnąć o milion, osiągając 4 610 050 osób, które przeżyły udar. Całkowite koszty zdrowotne i niezdrowotne związane z udarem, które w 2015 roku zostały oszacowane na 45 miliardów Euro, również się zwiększą.

**Całkowity koszt udarów\*, który szacuje się, że w 2015 roku wyniósł 45 miliard euro znacznie wzrosło**



\* koszt związany i niezwiązany z opieką zdrowotną

Dlatego też w maju 2017 r., po wielu latach kooperacji, SAFE i ESO formalnie zdecydowały się rozpocząć współpracę na rzecz walki z udarem mózgu.

Udarowy Plan Działania dla Europy jest wspólnym projektem, który opiera się na dwóch Deklaracjach Helsingborskich, które zapewniły istotną przestrzeń dla ulepszenia opieki udarowej w Europie. ESO i SAFE są zaszczytzeni tym, iż profesor Bo Norrving, który był zaangażowany w tworzenie wcześniejszych deklaracji, będzie również koordynatorem Udarowego Planu Działań dla Europy.

Dokument ten został stworzony przez 70 ekspertów, pracujących w grupach, badających i oceniających wszystkie aspekty ścieżki leczenia udaru mózgu. Ich zadaniem było przeanalizowanie sposobów najlepszego postępowania i biorąc pod uwagę obecną sytuację osób po udarze, nakreślenie kluczowych celów, które powinny osiągnąć wszystkie kraje i systemy opieki zdrowotnej do 2030 roku.

Szczególnie ważnym dla ludzi, którzy przeżyli udar i ich opiekunów jest to, iż Udarowy Plan Działania dla Europy stara się stawiać czoło wyzwaniom, z którymi oni muszą spotykać się na co dzień.

Udarowy Plan Działania jest przyszłościowym modelem oraz wezwaniem do działania. SAFE wzywa wszystkich decydentów do wykorzystania go celem wprowadzenia zmian w polityce zdrowotnej i priorytetach badawczych, poprawy lokalnego postępowania w przypadku udaru i opieki skoncentrowanej na pacjencie. Mówi również o potrzebie rozwiązywania problemów ujawnionych w raporcie „Burden of Stroke in Europe”.

Skutki udaru mózgu spadają na nas wszystkich, ale szczególnie na miliony tych, którzy przeżyli udar oraz ich najbliższych, żyjących z jego konsekwencjami na co dzień. Wszyscy razem realizujemy cele ustalone w Udarowym Planie Działań dla Europy, aby zredukować i minimalizować jego skutki.

**Jon Barrick**, Prezydent SAFE,  
**Bart van der Worp**, Prezydent ESO,  
**Valeria Caso**, Była Prezydent ESO (2016-2018)



## WSTĘP

Udar pozostaje jedną z głównych przyczyn śmierci i niepełnosprawności w Europie, a prognozy pokazują, że przy dotychczasowym, rutynowym podejściu, skala problemu udaru nie ulegnie zmniejszeniu. Ważnym czynnikiem przyczyniającym się do dużej liczby występowania udarów jest fakt, iż do 2030 r. w Europie liczba osób w wieku powyżej lat 60 wzrośnie o 23%.

Na szczęście istnieją przekonujące dowody na to, że udarom można w znacznym stopniu zapobiegać, leczyć je, a ponadto istnieje możliwość drastycznego zmniejszenia skutków udaru, w tym znacznego ograniczenia jego długoterminowych konsekwencji. Wymaga to wspólnych działań ministerstw zdrowia i opieki społecznej oraz innych organów rządowych, organizacji naukowych, pracowników służby zdrowia, badaczy klinicznych i przedklinicznych oraz branż związanych z udarem mózgu.

Przeprowadzone w ubiegłych latach spotkania ekspertów udarowych z całej Europy oceniły dowody naukowe i stan aktualnego postępowania oraz wyznaczyły cele rozwoju opieki nad pacjentami po udarze mózgu w ciągu następnej dekady. Zaowocowały one przyjęciem Deklaracji Helsińborskiej w 1995 i 2006 roku.

Udarowy Plan Działania dla Europy jest zgodny z założeniami poprzednich deklaracji Helsińborskich. Co ważne, wersja ta, na każdym etapie prac, brała pod uwagę opinie stowarzyszeń pacjentów i ich przedstawicieli. Proces ten umożliwił przegląd danych pod względem naukowym; stan aktualnego leczenia udaru; priorytety i cele w zakresie badań i rozwoju. Dodano nowe sekcje: „Profilaktyka Pierwotna i Życie Po Udarze”, a także „Priorytety Badawcze i Rozwojowe” w zakresie badań nad udarem mózgu. Szczegółowe dane znaleźć można w artykule opublikowanym w *European Stroke Journal*.

Udarowy Plan Działania dla Europy 2018–2030 jest dostosowany do założeń takich projektów jak WHO Global Action Plan on NCDs 2013–2020, The WHO-Europe NCD Action Plan oraz The UN Sustainable Development Goals 2015 to 2030. Rozszerza je, zapewniając czytelną mapę postępowania mającą potencjał, by definitywnie zmienić, w perspektywie Europy, jeden z głównych, obecnych i przyszłych problemów zdrowia publicznego - udar mózgu.

## GŁÓWNE CELE DO 2030

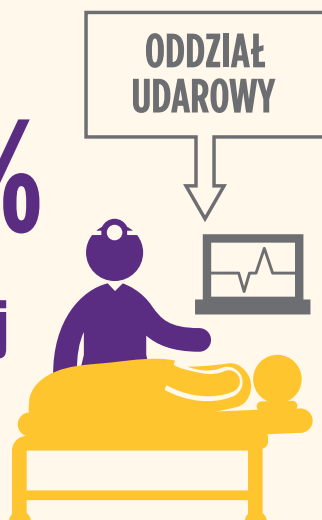
Udarowy Plan Działania dla Europy ustala cele dla każdej z części planu – profilaktyki pierwotnej, organizacji oddziałów udarowych, postępowania w świeżym udarze, profilaktyki wtórnej, rehabilitacji oraz oceny rezultatów i poprawy obecnego stanu.

Określono cztery główne cele do 2030 r.  
Mamy tylko dwanaście lat na:

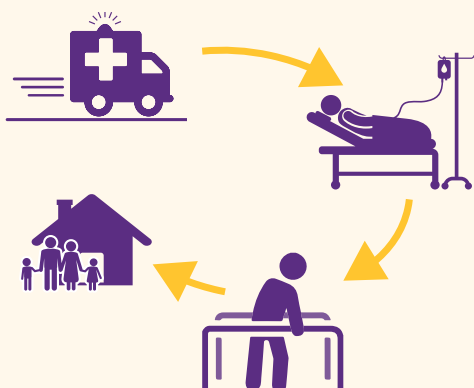


Zmniejszenie o 10%  
bezwzględnej liczby  
udarów mózgu w Europie.

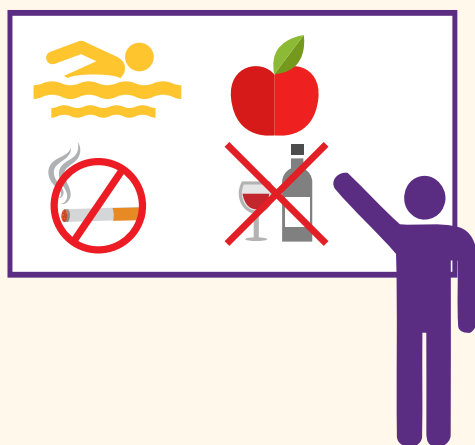
90%  
lub  
więcej



Leczenie co najmniej 90%  
pacjentów z udarem w  
Europie na dedykowanych  
oddziałach udarowych.



**Stworzenie krajowych planów działania obejmujących cały łańcuch opieki. Od profilaktyki pierwotnej po życie po udarze.**



**Wdrożenie krajowej strategii działań wielu sektorów opieki zdrowotnej, w celu promowania i wdrażania zdrowego stylu życia. Redukcji czynników środowiskowych (w tym zanieczyszczenia powietrza), społeczno-ekonomicznych oraz edukacyjnych, które zwiększają ryzyko udaru mózgu.**



## PROFILAKTYKA

“ Zanim dostałam udaru, nie miałam pojęcia co to jest. Kiedy w szpitalu dochodziłam do siebie, lekarze powiedzieli- „Miała Pani udar”. „Że co? Udar? Nie miałam pojęcia, a przecież jestem prawnikiem.”

Elisabeth Ortinez, Fundacio Ictus, Katalonia, Hiszpania

Celem obu Deklaracji Helsigborskich było to, żeby wszystkie kraje dążyły do zredukowania głównych czynników ryzyka udaru mózgu wśród swoich rodaków. Za najważniejsze z nich zostały uznane palenie tytoniu i nadciśnienie.

Udar jest chorobą, której w dużym stopniu można zapobiegać. Dzieli czynniki ryzyka z innymi chorobami sercowo-naczyniowymi, a także z wieloma innymi chorobami niezakaźnymi lub przewlekłymi. Likwidacja czynników ryzyka wymaga jednostkowych działań, a także społecznych interwencji. Rzucenie palenia jest działaniem jednostkowym, podczas gdy walka z zanieczyszczeniem powietrza jest interwencją na poziomie społecznym. Ustalenie zasad społecznych i podejmowanie różnych działań może wpłynąć na zdolność jednostki do uporania się z czynnikami ryzyka.

Zalecane jest zachęcanie do samodzielnego modyfikowania czynników ryzyka udaru, celem ich redukcji. Bardzo trudno jest spełnić ten cel w dłuższej perspektywie czasu bez innych form wsparcia na poziomie społecznym. Istnieją wiarygodne dowody na potrzebę wdrożenia działań z zakresu zdrowia publicznego ukierunkowanych na zmniejszenie występowania czynników ryzyka, takich jak zniechęcanie do palenia czy zachęcanie do zdrowego stylu życia. Mogą one obejmować zmiany przepisów prawnych, kampanie medialne, etykietowanie żywności oraz środki edukacyjne i zapobiegawcze w szkołach, miejscach pracy i w społecznościach.

Inicjatywy takie jak budowanie ścieżek rowerowych, zachęcanie do korzystania ze schodów, wprowadzenie zdrowej żywności w miejscach publicznych, zakaz palenia, zmniejszenie ilości soli i cukru w przetworzonej

żywności i napojach bezalkoholowych, edukacja zdrowotna i kampanie zdrowotne których celem jest zwiększenia świadomości modyfikowalnych czynników ryzyka udaru są rozsądnymi interwencjami w zakresie zdrowia publicznego i należy je realizować.

Konieczne jest objęcie działaniami profilaktyki pierwotnej całej populacji, a nie tylko tej części, która jest obarczona największym ryzykiem. Dlatego ważne są wspólne wysiłki na rzecz podniesienia świadomości na temat nadciśnienia tętniczego, a następnie zapewnienia badań przesiewowych i leczenia. Potrzebne są dodatkowe wysiłki, aby dotrzeć i pracować z osobami o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, wśród których czynniki ryzyka udaru są szczególnie rozpowszechnione.

Działania ochrony zdrowia i zapewnienie przestrzegania zaleceń lekarskich są niezbędne, ale muszą iść w parze z działaniami społecznymi i indywidualnymi.

“ To paradoks, że nawet jeśli wiemy, które modyfikowalne czynniki ryzyka odpowiadają za 90% udarów, ciężko jest zmniejszyć przerażającą liczbę nowych udarów każdego roku... Potrzebujemy solidnego systemu prewencji, w którym obywatele, służba zdrowia i ustawodawcy współpracują ze sobą, aby osiągnąć jakikolwiek postęp.”

Jelena Misita, SAFE Awareness and Advocacy Manager

Ustawodawcy powinni wdrożyć i wzmocnić krajowe strategie profilaktyki pierwotnej i kontroli czynników ryzyka. Wielosektorowe działania w zakresie zdrowia publicznego muszą promować i ułatwiać zdrowy styl życia oraz zapewniać powszechny dostęp do podstawowych programów badań przesiewowych i leczenia.

Problem różnic pomiędzy krajami europejskimi w występowaniu i kontroli czynników ryzyka należy rozwiązać poprzez opracowanie wytycznych na poziomie europejskim dotyczących badań przesiewowych nad czynnikami ryzyka oraz leczeniem.

## PROFILAKTYKA PIERWOTNA - CELE DO 2030

W całej Europie musimy podjąć działania, aby każdy mógł uzyskać spersonalizowaną ocenę ryzyka udaru mózgu i możliwość ewentualnego leczenia. Celem jest zatem:

**1** Osiągnięcie powszechnego dostępu do profilaktyki pierwotnej poprzez udoskonalone i lepiej spersonalizowane przewidywanie ryzyka.

Potrzebne są nowe przepisy i strategie na poziomie krajowym dotyczące najczęstszych czynników ryzyka. Powinny one obejmować kampanie prozdrowotne, a także przeciwdziałanie skutkom niskiego poziomu edukacji, deprywacji i środowiska, które prowadzą do zwiększenia ryzyka udaru mózgu. Celem jest zatem:

**2** Wdrożenie przepisów i strategii krajowych dotyczących wielosektorowych działań w zakresie zdrowia publicznego dotyczących powszechnych czynników ryzyka udaru (np. palenia, nadmiernego spożycia cukru, soli i , alkoholu, zanieczyszczonego powietrza) poprzez promocję, edukację i kampanie na rzecz zdrowego stylu życia oraz ograniczanie negatywnych czynników środowiskowych, społeczno-ekonomicznych i edukacyjnych.

Badania przesiewowe pod kątem czynników ryzyka udaru i leczenie powinny być priorytetem. Dlatego celem dla wszystkich krajów europejskich jest:

**3** Umożliwienie dostępu do opartych o dowody naukowe programów przesiewowych i programów leczenia czynników ryzyka udaru we wszystkich krajach europejskich.



Wysokie ciśnienie krwi jest zbyt często niewykrywane i nieleczone. Celem każdego kraju w Europie jest:

**4** Wykrycie i kontrola wysokiego ciśnienia krwi u 80% osób z nadciśnieniem tętniczym.





## ORGANIZACJA ODDZIAŁÓW UDAROWYCH

” W naszym kraju istnieje program Wczesnego Wypisu ze Szpitala (ESD- Early Supported Discharge), który zapewnia wczesne przeniesienie ze szpitala do domu. Pacjenci otrzymują kontynuację leczenia przez pierwsze 6-8 tygodni w domu. W wielu krajach Europy udowodniono, że poprawia to wyniki i zmniejsza ogólne koszty opieki zdrowotnej. Zażądaliśmy więc, aby nasz Minister Finansów, który przeżył udar mózgu (powinien wprowadzić program ESD) ... udał się na program Wczesnego Wypisu ze Szpitala. Sześć tygodni później jeździł na rowerze po parku Phoenix w Dublinie - sześć tygodni po tym jak nie potrafił otworzyć swoich drzwi. I to pokazało dycydom jak ważny jest ten program dla powrotu osób po udarze do normalnego życia.

Chris Macey,  
Irish Heart Foundation

Celem Deklaracji Helsingborskiej z 2006 r. było zapewnienie wszystkim pacjentom po udarze w Europie dostępu do ciągłości opieki, od dedykowanych oddziałów leczenia udaru we wczesnej fazie po odpowiednią rehabilitację i środki profilaktyki wtórnej.

W całej Europie występują duże różnice w organizacji opieki udarowej. Potrzebne są bardziej wiarygodne i precyzyjne dane na temat struktury i organizacji opieki udarowej. Powinny one obejmować rejestry do monitorowania kluczowych wskaźników wydajności i programy certyfikacji oddziałów udarowych. Rola towarzystw medycznych zajmujących się udarem i organizacji wspierających może mieć istotne znaczenie dla poprawy organizacji leczenia udarów, rozwoju działań praktycznych i audyt niezbędnych standardów jakości.

Dobra organizacja wczesnej opieki udarowej powinna obejmować:

ciągłe programy uświadamiające mające na celu propagowanie wiedzy na temat rozpoznawania objawów udaru ;

szkolenia udarowe dla dyspozytorów, ratowników medycznych i personelu ratownictwa medycznego;

planowanie lokalizacji centrów udarowych i tras pogotowia ratunkowego w celu zminimalizowania czasu dojazdu;

wykorzystanie sprawdzonych narzędzi do rozpoznawania objawów udaru, np. FAST lub CZAS;

centralizację przyjęć;

powołanie wyspecjalizowanych zespołów udarowych oraz certyfikowanych i kontrolowanych oddziałów udarowych

24-godzinny dostęp do obrazowania mózgu;

dostęp do telemedycyny;

ciągły proces poprawy jakości opieki i leczenia;

planowanie wczesnego wypisu ze szpitala wraz z ustaleniem dalszego planu opieki;

Aktualnie w wielu krajach wciąż brakuje wiarygodnych i precyzyjnych informacji na temat struktury i organizacji opieki udarowej oraz wdrażania ścieżek zarządzania. Mniej niż 10% pacjentów po udarze w Europie dociera do szpitala w ciągu 60 minut od wystąpienia objawów; w wielu krajach czas od wystąpienia objawów do hospitalizacji nie zmniejszył się w ciągu ostatnich lat.

Tylko kilka krajów ustanowiło system certyfikacji o ściśle określonych kryteriach jakości lub regularnie monitorowany system analizy porównawczej jakości opieki.

## ORGANIZACJA ODDZIAŁÓW UDAROWYCH- CELE DO 2030

Organizacje wspierające i towarzystwa medyczne zajmujące się udarem mózgu mają kluczowe znaczenie w opracowywaniu i wdrażaniu krajowego systemu planowania, zapewniając ekspertyzy, specjalistyczną wiedzę i uwzględniając perspektywy pacjentów. Dlatego celem jest:

- 1** Utworzenie towarzystwa medycznego i organizacji wspierających w każdym kraju, które ściśle współpracują z organami odpowiedzialnymi przy opracowywaniu, wdrażaniu i kontrolowaniu krajowego planu leczenia udarów.

Istnieje wiele opracowań wskazujących, jak wygląda odpowiednia droga leczenia udaru mózgu. Ścieżki te powinny wspierać opiekę udarową w kierowaniu działań od profilaktyki i opieki w ostrej fazie do rehabilitacji i życia po udarze. Z kolei społeczeństwo musi być zaangażowane, aby rozumieć, czego powinno oczekiwać od tych działań. Wszystkie kraje w Europie muszą się upewnić, iż:

- 2** Opieka udarowa na szczeblu krajowym prowadzona jest za pomocą opartych na dowodach standardach obejmujących cały łańcuch opieki. Standardy te muszą być zrozumiałe dla społeczeństwa i mogą być dostosowane do warunków regionalnych, tak aby zapewnić równy dostęp do opieki niezależnie od cech pacjenta, regionu i czasu hospitalizacji.

Odpowiednia opieka zależy od wysoko wykwalifikowanego i wyspecjalizowanego personelu udarowego. W całej Europie musimy zadbać o to, aby rekrutowano dobrze wyszkolony personel zapewniający skuteczną multidyscyplinarną pracę zespołową. Wszystkie kraje powinny upewnić się, że:

- 3** Zapewniają i zarządzają kompetentnym personelem i zespołami oraz tworzą skuteczne plany rekrutacji oraz szkoleń w ramach krajowego planu leczenia udarów.

Opieka na oddziałach udarowych ma kluczowe znaczenie dla zmniejszenia liczby zgonów i niepełnosprawności z powodu udaru. Jest to możliwe tylko wtedy, gdy są to oddziały wysokiej jakości. Aby zdefiniować i ocenić, jak wygląda dobry zespół udarowy, wszystkie kraje europejskie powinny upewnić się, że:

- 4** Wszystkie oddziały udarowe i inne jednostki podlegają regularnym certyfikacjom lub równoważnym procesom kontroli w celu poprawy jakości.



## POSTĘPOWANIE W OSTRYM UDARZE

“*Jako osoba po udarze mam prawo do otrzymania najlepszej opieki:*

**szybkiej diagnozy, dzięki czemu mogą być szybko leczeni;**

**otrzymania leczenia od wyspecjalizowanego zespołu na każdym poziomie mojego leczenia (w szpitalu i podczas rehabilitacji);**

**otrzymania dobrze skoordynowanej opieki;**

**dostępu do leczenia bez względu na sytuację finansową, płeć, kulturę lub miejsce zamieszkania;**

**otrzymania leczenia dobrane indywidualnie, biorąc pod uwagę mój wiek, płeć, kulturę, cele i zmieniające się w czasie potrzeby.”**

Global Stroke Bill of Rights, World Stroke Organisation, 2014

Cele w terapii ostrego udaru mózgu w Deklaracji Helsingborskiej z 2006 r. były następujące: ponad 85% pacjentów po udarze przeżywa pierwszy miesiąc po udarze; ponad 70% osób, które przeżyły, jest niezależnych w swoich codziennych czynnościach w ciągu trzech miesięcy po udarze; wszyscy pacjenci z ostrym udarem mózgu, którzy potencjalnie kwalifikują się do ostrego specjalistycznego leczenia, są transportowani do szpitali, w których istnieją możliwości techniczne i fachowa wiedza odnośnie prowadzenia takiego leczenia.

“*Każdy chory z ostrym udarem zasługuje na prawo do równego dostępu do zoptymalizowanej i skutecznej opieki, diagnozy i leczenia, niezależnie od miejsca zamieszkania, wieku, płci, kultury, statusu społecznego i ekonomicznego.*

Profesor Anita Arsovska,  
Członek SAFE

Jednostki udarowe, zatrudniające wielodyscyplinarny zespół specjalizujący się w udarach, są najskuteczniejszym działaniem zapewniającym lepsze wyniki terapii. Niektóre formy leczenia, takie jak tromboliza, mogą być przeprowadzane tylko wtedy, gdy istnieje dobrze zorganizowana opieka i wysokiej jakości oddziały udarowe. Dotyczy to również nowszych procedur, takich jak trombektomia (mechaniczne usuwanie skrzepliny).

Dostęp do terapii na oddziałach udarowych jest różny w całej Europie a średni czas rozpoczęcia specjalistycznego leczenia jest wciąż zbyt długi. W przypadku trombolizy wynosi 140 minut w Europie Zachodniej i 150 minut w Europie Wschodniej. Opisywana w międzynarodowych rejestrach europejskich mediana czasu potrzebnego pacjentom z udarem na uzyskanie trombolizy po przybyciu do szpitala wynosi 70 minut, mimo, że istnieją przykłady skrócenia tego czasu do 20 minut w dużych i doświadczonych ośrodkach.





## OSTRY UDAR - CELE DO 2030

Wiemy, że oddziały udarowe są skutecznym rozwiązaniem, jednak w zbyt wielu miejscach ludzie nie mają do nich dostępu. Dlatego wszystkie kraje powinny dążyć do:

**1 Leczenia 90% lub więcej wszystkich pacjentów z udarem w Europie na oddziałach udarowych będących pierwszym szczeblem opieki.**

Przywrócenie przepływu krwi w mózgu może przynieść ogromne korzyści wielu pacjentom, zmniejszając długotrwałą niepełnosprawność i przyspieszając powrót do zdrowia. Tromboliza i trombektomia wciąż nie są jednak powszechnie dostępne w całej Europie. Dlatego celem wszystkich krajów jest:

**2 Zapewnienie dostępu do terapii kanalizacyjnych 95% kwalifikujących się pacjentów w całej Europie.**

Im szybciej pacjent przejdzie zabieg ponownego udrożnienia naczyń, tym lepsze rokowanie. Ważne jest więc skrócenie czasu do otrzymania leczenia, po tym jak pacjent znajdzie się w szpitalu. Celem jest:

**3 Zmniejszenie średniego czasu od wystąpienia objawów do rozpoczęcia leczenia poniżej 120 minut w przypadku trombolizy dożylniej oraz średniego czasu od objawów do reperfuzji do 200 minut w leczeniu wewnątrznacyniowym.**

Dwa pierwsze cele mają zasadnicze znaczenie, by odsetek osób leczonych trombolitycznie (IVT) lub poprzez mechaniczną ekstrakcją skrzepu (EVT) mógł wzrosnąć. Kraje powinny dążyć do:

**4 Osiągnięcia wskaźników trombolizy dożylniej (IVT) powyżej 15% i wskaźników Terapii Wewnątrznacyniowej (EVT) powyżej 5% we wszystkich krajach europejskich.**

Najważniejsze jest zmniejszenie liczby niepełnosprawności i zgonów z powodu udaru. Obejmuje to udary nie spowodowane skrzepem, takie jak krwawienie w obrębie mózgowia (krwotok śródmózgowy) oraz na powierzchni mózgu (krwotok podpajęczynówkowy).

W całej Europie celem powinno być:

**5 Zmniejszenie wskaźników śmiertelności w pierwszym miesiącu po udarze do mniej niż 25% dla krwotoków śródmózgowych i krwotoków podpajęczynówkowych oraz zwiększenie wskaźnika dobrej sprawności funkcjonalnej do ponad 50%.**



## PROFILAKTYKA WTÓRNA



Celami Deklaracji Helsingborskiej z 2006r. do 2015r. były: zmniejszenie śmiertelności z powodu udaru o co najmniej 20% oraz uzyskanie dostępu do odpowiednich środków opieki wtórnej dla wszystkich pacjentów z TIA lub udarem mózgu.



U osób, które przeżyły udar profilaktyka wtórna może zmniejszyć liczbę kolejnych udarów o 80%. Oznacza to rozpoznawanie i leczenie TIA (mini udarów mózgu) oraz pewność, że odpowiednia ocena czynników ryzyka i plan leczenia u osób z TIA i po udarze jest wdrażany w szpitalu i kontynuowany przez całe ich życia.

Każdy udar jest inny, a jego przyczyny muszą być odpowiednio rozpoznawane celem opracowania lepszych metod profilaktyki wtórnej. Jest to kolejny powód, dla którego obrazowanie mózgu musi być powszechnie dostępne.

Identyfikacja czynników ryzyka składa się z dwóch głównych zasad:

-  Identyfikacja i pomoc pacjentom w redukcji czynników ryzyka związanych ze „stylem życia” poprzez indywidualne podejście.
-  „Medyczne” czynniki ryzyka, dla których istnieją wytyczne postępowania.

Czynniki ryzyka, takie jak zła dieta, nadmierne spożycie alkoholu, palenie tytoniu, uzależnienie od narkotyków, otyłość, wysokie ciśnienie krwi, podwyższony poziom cholesterolu, migotanie przedsionków, cukrzyca i obturacyjny bezdech senny są modyfikowalne i wpływają wzajemnie na siebie, dlatego muszą być brane pod uwagę u każdego pacjenta.

Czynniki niemodyfikowalne, takie jak wiek, płeć, rasa lub pochodzenie etniczne oraz historia rodziny, mają również wpływ na modyfikowalne czynniki ryzyka. Krajowe rejestry udarów powinny uwzględniać te czynniki oraz zastosowane interwencje profilaktyki wtórnej.

Pacjenci z udarem lub TIA często cierpią jednocześnie na choroby serca, nerek lub tętnic obwodowych, które wymagają diagnostyki i leczenia. Depresja i lęk mogą wpływać szkodliwie na styl życia i przestrzeganie zaleceń, a także stanowią czynnik ryzyka udaru i demencji.

W Europie istnieje duże zróżnicowanie pod względem prewencji wtórnej udaru, dane są jednak niejednolite i często nieaktualne. Wiemy, że ponad 60% pacjentów z udarem ma wysokie ciśnienie krwi. Chociaż 80-90% z nich jest leczonych, mniej niż 40% będzie miało odpowiednio kontrolowane ciśnienie krwi. Przyczyny tej niedostatecznej kontroli ciśnienia tętniczego obejmują brak monitorowania, niedostateczne leczenie i niski wskaźnik przestrzegania zaleceń. Podobnie jest w przypadku statyn, gdzie wskaźnik ich przepisywania przy wypisie ze szpitala jest wysoki, ale długoterminowe wskaźniki przestrzegania zaleceń są niskie. Poza tym nadal zbyt wielu pacjentów z migotaniem przedsionków nie otrzymuje doustnych antykoagulantów.



**PONAD 60% PACJENTÓW Z UDAREM MA NADCIŚNIENIE.**

## PROFILAKTYKA WTÓRNA - CELE DO 2030

Nie ma usprawiedliwienia, dla tego, żeby ktoś kto przeszedł udar, nie otrzymał odpowiedniego leczenia prewencyjnego, porady i wsparcia. Dlatego też, ważnym jest, aby kraje:

**1** Włączyły profilaktykę wtórną do krajowych planów leczenia udaru mózgu z kontynuacją w opiece podstawowej / środowiskowej.

Zdecydowana większość osób, które przeżyły udar, potrzebuje specjalistycznej porady i wsparcia oraz musi mieć pewność, że jest w stanie uzyskać terminową i odpowiednią profilaktykę wtórną. Celem powinno być:

**2** Zapewnienie, co najmniej 90% populacji ludzi chorych z udarem dostępu do specjalisty i do profilaktyki wtórnej (diagnostyki i leczenia).

Aby dokładnie ocenić ryzyko kolejnego udaru, należy poszerzyć dostęp do narzędzi i testów diagnostycznych. Celem jest:

**3** Zapewnienie dostępu do kluczowych metod badawczych: TK (lub MR), USG tętnic szyjnych, EKG, 24-godzinne EKG, echokardiografia (przezskłatkowa i przezprzełykowa), badania krwi (lipidy, glukoza, HbA i inne).

Aby zmniejszyć ryzyko kolejnego udaru, wszyscy chorzy po udarze, powinni mieć dostęp do odpowiednich metod leczenia. Celem projektu „Udarowy Plan Działania dla Europy” jest, aby wszystkie kraje:

**4** Zapewniły dostęp do kluczowych metod profilaktycznych: porad dotyczących stylu życia, leków przeciwnadciśnieniowych, i obniżające stężenie lipidów, przeciwplatek, przeciwzakrzepowych, doustnych środków hipoglikemizujących i insuliny, endarterektomii tętnic szyjnych i zamknięcia PFO.



© Fundacja Udar Mózgu



## REHABILITACJA

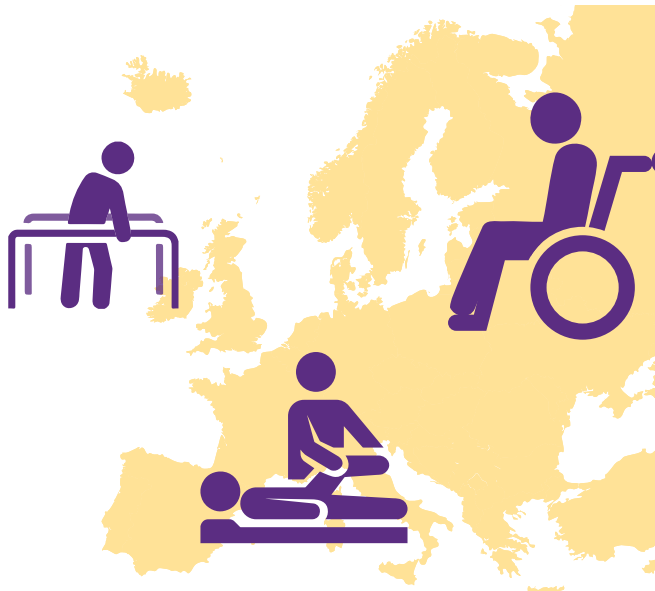
“ Doniesienia pochodzące z całej Europy dotyczą nieodpowiedniej rehabilitacji, często prowadzonej zbyt krótko i rozpoczynanej za późno. Zespoły terapeutyczne nie są w stanie zaoferować wszystkich metod terapii i mają złe systemy monitorowania pacjentów, przez co nie można osiągnąć ciągłości rehabilitacji. Przy odpowiedniej strategii nie musi tak być. ”.

Monique Lindhout,  
Hersenletsel.nl (Holandia)

W Deklaracji HelsiŃgorskiej z 2006 r. celem na 2015 r. było zapewnienie wszystkim chorym z udarem w Europie dostępu do ciągłości opieki, od początkowego leczenia do odpowiedniej rehabilitacji, prowadzonej w wyspecjalizowanych oddziałach udarowych.

Specjalistyczna opieka lekarska, wykwalifikowana opieka pielęgniarska i specjalistyczna rehabilitacja to podstawowe aspekty kompleksowego funkcjonowania oddziałów udarowych. Udowodniono, że leczenie w takich placówkach zmniejsza śmiertelność i niepełnosprawność.

Rehabilitacja obejmuje terapię funkcjonalną oraz terapię mowy, w razie potrzeby z udziałem psychologów i pracowników socjalnych. Powinna być multidyscyplinarna i angażować również lekarzy pracujących w zespole udarowym. Rehabilitacja powinna być zalecana przy wypisie ze szpitala do kontynuowania w warunkach ambulatoryjnych.



Odpowiednia rehabilitacja powinna zawierać:

Informacje dla pacjentów i ich opiekunów na temat udaru, rehabilitacji planowanego wypisu ze szpitala oraz monitorowania, które same w sobie poprawiają poziom wiedzy, satysfakcję pacjenta i zmniejszają ryzyko depresji.

Wczesny wypis ze szpitala, głównie dla osób z łagodnymi do umiarkowanych objawami udaru mózgu, gdzie usługi świadczone są w domu przez mobilny zespół rehabilitacyjny w ramach standartowego leczenia udaru.

Ciągłe i coraz intensywniejsze ćwiczenia - na przykład dla pacjentów z afazją może to oznaczać intensywne treningi przez dłuższy czas.

Trening Czynności Codziennych (ADL), który może być korzystny nawet do roku po udarze.

Trening poprawiający sprawność i kondycję fizyczną u osób po udarze, najlepiej z dostępem do terenów zielonych.

Chociaż dowody na korzyści płynące z rehabilitacji trwającej dłużej niż rok są niewielkie, to wciąż mogą być widoczne przez długi czas po udarze, a potrzeby chorego będą się zmieniać w czasie. Dlatego nigdy nie jest za późno na rehabilitację.

Istnieją duże dysproporcje w dostępie do rehabilitacji między krajami w Europie. Różnice te prawdopodobnie odzwierciedlają międzynarodowe różnice w organizacji opieki związanej z udarem, strategii postępowania i dostępnych środkach. W wielu krajach nadal brakuje kompleksowych oddziałów udarowych, a długotrwała rehabilitacja na oddziałach udarowych, dokumentowana w badaniach, jest prawie nieobecna. Pacjenci z umiarkowanym i ciężkim udarem mózgu odnoszą jeszcze większe korzyści wynikające z opieki w oddziałach udarowych.

Jeżeli zapewnienie takiej opieki nie jest możliwe, oddziały rehabilitacji udarowej zapewniają opartą na dowodach alternatywę dla kontynuowania leczenia szpitalnego.

Jeżeli zapewnienie takiej opieki nie jest możliwe, oddziały rehabilitacji udarowej zapewniają opartą na dowodach alternatywę dla kontynuowania leczenia szpitalnego.

Trzeba zwiększyć liczbę i pojemność kompleksowych oddziałów udarowych, aby zapewnić wszystkim pacjentom równą dostępność. Brakuje również wyspecjalizowanego personelu rehabilitacyjnego i pielęgniarskiego. Rehabilitacja w oddziale udarowym powinna być dostępna przez cały czas.

We wszystkich krajach europejskich zbyt rzadko stosuje się program wczesnego wypisu ze szpitala, a w niektórych regionach w ogóle nie jest on stosowany jako część ścieżki leczenia udaru. Podobnie programy usprawniania nie są powszechne w Europie, za to są obecnie opracowywane we Włoszech i Wielkiej Brytanii.

## REHABILITACJA- CELE NA 2030

Uzyskanie leczenia po udarze na odpowiednim poziomie tak szybko, jak to możliwe, zmienia całkowicie rokowanie. Dlatego wszystkie kraje powinny dążyć do:

- 1 Zapewnienia co najmniej 90% populacji dostępu do wczesnej rehabilitacji w obrębie oddziałów udarowych.

Dla około jednej piątej osób po udarze, uzyskanie opieki rehabilitacyjnej w domu na takim samym poziomie jak w szpitalu oznacza ich wcześniejszy wypis. Dlatego celem powinno być:

- 2 Zapewnienia wczesnego wypisu ze szpitala u co najmniej 20% pacjentów po udarze we wszystkich krajach

Wsparcie w aktywnościach dnia codziennego jest równie ważne jak specjalistyczna opieka udarowa. Celem jest:

- 3 Zapewnienie dostępu do społecznych programów poprawiających sprawność fizyczną .

Pacjenci po udarze, często mówią o tym, że po wypisie ze szpitala czują się opuszczeni. Dlatego trzeba stworzyć plan działania i sposoby dokumentacji organizacji opieki społecznej. Kiedy pacjenci są wypisywani, muszą oni (tak samo jak pracownicy opieki społecznej) wiedzieć, jakiego rodzaju wsparcia potrzebują. Dlatego celem jest:

- 4 Zapewnienie planu rehabilitacji i samokontroli w warunkach ambulatoryjnych wszystkim pacjentom z udarem mózgu z istniejącymi problemami w funkcjonowaniu przy wypisie ze szpitala.

Rekonwalescencja po udarze jest długotrwałym procesem - wiele osób po udarze opisuje poprawę w sferze mobilności lub komunikacji po miesiącach, a nawet latach. Często jednak nie mają oni możliwości oceny tego procesu, ponownego dostępu do rehabilitacji i profilaktyki wtórnej. Dlatego ważne jest, aby kraje dążyły do:

- 5 Zapewnienia wszystkim pacjentom z udarem i ich opiekunom oceny procesu rehabilitacji oraz innych potrzeb w ciągu 3-6 miesięcy po udarze, a następnie corocznie.



© Can Stock Photo / mangostock

## OCENA ROKOWANIA I POPRAWY JAKOŚCI

” *Norweski Instytut Zdrowia Publicznego opublikował w 2018 r. dane dotyczące spadku liczby zgonów po udarach w Norwegii, gdzie odsetek ten zmniejszył się w szpitalach o 30%. Z perspektywy zdrowia publicznego dane te wskazują, że ważne jest tworzenie rejestrów zdrowotnych, np. rejestrów udaru mózgu. Możliwość porównywania danych z całej Europy jest nieocenioną pomocą dla osób pracujących codziennie z udarem. Dla chorych z udarem, statystyki te pokazują, że jeśli jesteś leczony w szpitalu w oddziale udarowym - twoje szanse na przeżycie są większe. Ale jak już wiele razy mówiłem, trzeba też później żyć z udarem ”.*

Grethe Lunde, członek SAFE,  
przeżył udar

Jasne standardy i ocena usług związanych z leczeniem udaru są niezbędne, aby można było osiągnąć poprawę jakości. Informacje te pomagają klinicystom monitorować i modyfikować leczenie, a także umożliwiają szpitalnym i pozaszpitalnym placówkom udarowym poprawę funkcjonowania. Organy finansujące opiekę zdrowotną muszą mieć pewność, że pieniądze są dobrze wydane, a koordynatorzy ochrony zdrowia na poziomie krajowym i międzynarodowym muszą wykorzystywać standardy i dane audytowe w celu poprawy jakości.

Organizacja świadczeń związanych z udarem mózgu jest w Europie bardzo zróżnicowana. Ma to wpływ na sposób wytyczenia standardów leczenia. Dlatego ważne jest, aby wytyczne dotyczące udarów były dostosowane do lokalnych warunków, w oparciu o lokalne dane.

**2006: Celem oceny wyników leczenia udaru mózgu i oceny jakości jest fakt, że wszystkie kraje dążą do ustanowienia systemu rutynowego gromadzenia danych potrzebnych do oceny jakości zarządzania, w tym kwestii bezpieczeństwa pacjenta.**

Systematyczna poprawa jakości opieki może być osiągnięta tylko wtedy, gdy wytyczne dotyczące udarów i dane są gromadzone systematycznie, tak aby możliwa była kontrola świadczeń. Należy gromadzić dane na temat struktury usług związanych z udarami (placówki, personel itp.); wskaźniki opieki (czas od przyjęcia do leczenia, intensywność rehabilitacji, czas dotarcia do oddziału udarowego itp.) i wyniki (śmiertelność, niepełnosprawność fizyczna, poznawcza i psychiczna, częstość powikłań, takich jak zapalenie płuc itp.).



© Can Stock Photo / dolgachov



## OCENA ROKOWANIA I POPRAWY JAKOŚCI – CELE DO 2030

Gdybyśmy mieli w całej Europie wspólny zestaw standardów jakości, mierzony w podobny sposób, oparty na porównywalnych wytycznych postępowania, znacznie poprawiłaby to zdolność krajowych służb ochrony zdrowia i specjalistów zajmujących się udarem do porównania i poprawy funkcjonowania. Dlatego też musimy:

**Zdefiniować wspólne europejskie ramy odniesienia dla jakości opieki w udarze mózgu, które obejmują:**

Opracowanie lub aktualizację europejskich wytycznych dotyczących opieki w ostrym udarze mózgu, długoterminowej rehabilitacji i profilaktyki;

Określenie wspólnego zbioru danych obejmującego podstawowe wskaźniki jakości leczenia udaru mózgu, umożliwiającego dokładne międzynarodowe porównanie opieki zarówno szpitalnej, jak i ambulatoryjnej (w tym strukturę, procesy, wyniki leczenia i doświadczenie pacjenta).



W całej Europie jest wiele przykładów korzystnych zmian wynikających z zatrudniania osób odpowiedzialnych za poprawę w zakresie opieki dotyczącej konkretnych chorób. Tak więc wszystkie kraje w Europie powinny wyznaczyć konkretną osobę odpowiedzialną za poprawę jakości opieki w udarze w każdym kraju lub regionie.

Istotne jest ustanowienie standardów i kontrola świadczeń pod względem ich stosowania, a także

Istotne jest ustanowienie standardów i kontrola świadczeń pod względem ich stosowania, a także pewność, że informacje te mogą być wykorzystane przez specjalistów ochrony zdrowia do zapewnienia społeczeństwu lepszej opieki. Celem powinno być ustanowienie systemów na poziomie krajowym i regionalnym służących ocenie i akredytacji świadczeń medycznych związanych z udarem, zapewnienie wzajemnego wsparcia dla poprawy jakości oraz rutynowe publiczne udostępnianie danych z audytów.

“ Uwzględnianie opinii pacjentów i ich opiekunów jest niezmiernie ważne i pomaga uwiarygodnić projekt „Udarowy Plan Działania dla Europy”. Obecnie w wielu krajach organizacje związane z udarem mózgu są uwzględniane w pracach nad wytycznymi, a mówiąc z perspektywy mojego kraju, z przyjemnością informuję, że jest to obecnie rutynowe i wymagane na poziomie Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej oraz rejestrów jakości. ”

Prof. Bo Norrving, profesor neurologii,  
Uniwersytet Lund, Szwecja

Systematyczne zrozumienie doświadczeń osób, które przeżyły udar, może być również czynnikiem napędzającym lepszą, skupioną na pacjencie opiekę. Istnieje aktualnie szereg narzędzi pomiarowych opartych o obserwacje pacjenta, które należy stosować. Dlatego celem jest:

Zbieranie danych zgłaszanych przez pacjentów i wyników długoterminowych (np. przez sześć miesięcy i przez jeden rok), obejmujących zarówno opiekę szpitalną, jak i ambulatoryjną.



## ŻYCIE PO UDARZE

” Opuszczenie szpitala i rozpoczęcie podstawowej rehabilitacji nie przywróci ci twojego dawnego życia, ani nie pomoże ci w pełnej integracji, chyba że zostanie uzupełnione o pełne i skoordynowane wsparcie - ze strony rodziny, państwa, lekarzy i innych specjalistów od udaru oraz organizacji związanych z udarem działających w twoim kraju. Nadal zbyt wiele problemów związanych z udarem pozostaje nierozwiązanych. Są to między innymi: relacje międzyludzkie, praca lub bezrobocie, pewność siebie, finanse, leczenie bólu, transport, afazja, zaburzenia poznawcze itp. Osoby, które przeżyły udar, nie są w stanie poradzić sobie z tym wszystkimi problemami samodzielnie.”

Diana Wong Ramos, przeżyła udar, Portugalia AVC

Badania nad udarem, wytyczne i plany działania w dużej mierze skupiały się na medycznym aspekcie udaru. Ale teraz uznaje się, że należy niezwłocznie zwrócić uwagę na życie po udarze. Chociaż przeprowadzono niewiele badań nad funkcjonowaniem po udarze obejmującym cały okres życia, jest oczywiste, że dla osób, które przeżyły udar i ich rodzin, jest to jeden z najważniejszych aspektów. Ludzie żyją przecież przez wiele lat z konsekwencjami udaru- wliczając w to problemy komunikacyjne, psychologiczne, zdrowotne, trudności finansowe. Trudności w relacji z drugim człowiekiem, jak również bariery, z jakimi borykają się osoby niepełnosprawne.

Okolo jedna trzecia osób, które przeżyły udar, jest niepełnosprawna, mają one zaburzone zdolności poznawcze i psychiczne. Badania pokazują, że komunikacja, relacje społeczne, samotność, nietrzymanie moczu, zmęczenie i potrzeby finansowe są szczególnie niezaspokojone, jak również integracja społeczna. Po zakończeniu rehabilitacji istnieje silna potrzeba stworzenia planów indywidualnej opieki oraz skoordynowanego wsparcia.

Potrzebne jest pilne opracowanie i wykorzystanie Narzędzi Oceny Wyników Raportowanych przez Pacjenta (PROM), aby rozwiązać problem niedoboru danych i dostarczyć dowodów na lepsze świadczenie usług.

Obecnie niewiele jest dowodów oceniających holistyczną i skoordynowaną opiekę. Nie ma wytycznych dla chorych po udarze, a co najważniejsze, nie istnieje model najlepszej opieki poszpitalnej. Należy zająć się dużą i rosnącą liczbą osób, które przeżyły udar oraz ich potrzebami długoterminowymi. Musimy opracować minimalne standardy opieki i oceniać je.



## ŻYCIE PO UDARZE – CELE DO 2030

Kwestie, z jakimi borykają się osoby, które przeżyły udar, w przeszłości były zwykle ignorowane. Wszystkie kraje w Europie muszą poważniej potraktować życie osób po udarze, tak aby rządowe programy skupiające się na problemie udaru obejmowały długoterminowe wsparcie i umożliwiały ustalenie minimalnych standardów postępowania. Kraje europejskie powinny:

**1** Powoływać osoby lub zespoły szczebla rządowego odpowiedzialne za walkę o lepsze życie dla osób po udarze i dbanie o to, by krajowe programy uwzględniały długoterminowe, niezaspokojone potrzeby chorych i ich rodzin. Należy ustalić minimalne standardy dotyczące tego, co każdy pacjent powinien otrzymać niezależnie od miejsca zamieszkania.

Indywidualne opinie pacjentów, którzy przeżyli udar, i co najważniejsze, wygłaszane za pośrednictwem organizacji wspierających, są niezbędne dla poprawy jakości opieki i zaopatrzenia w procesie terapii udaru. Tak więc celem w całej Europie powinno być:

**2** Formalne uwzględnienie zaangażowania osób, które przeżyły udar, ich opiekunów oraz stowarzyszeń, w identyfikowanie problemów i rozwiązań umożliwiających rozwój najlepszych strategii wsparcia i opieki.

Plany działania nie powinny kończyć się wraz z zakończeniem świadczenia usług medycznych. Powinny wskazywać, w jaki sposób zaspokoić potrzeby długoterminowe. Celem jest:

**3** Ustanowienie, za pomocą krajowych planów opieki, wsparcia dla osób, które przeżyły udar, niezależnie od ich miejsca zamieszkania i statusu społeczno-ekonomicznego.

Pozarządowe organizacje udarowe zapewniają nieocenioną pomoc chorym i ich rodzinom. Wsparcie zapewniające ich rozwój może mieć korzystny wpływ na poprawę sytuacji osób po udarze. Celem powinno być:

**4** Wspieranie niezależności i wzajemnej pomocy chorych po udarze i ich rodzin, poprzez wsparcie organizacji walczących z udarem.

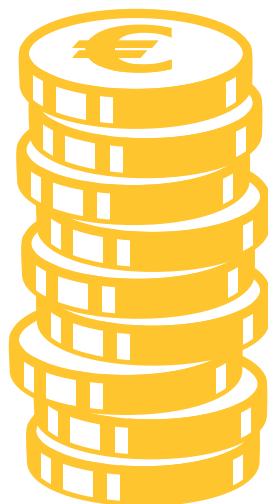
Tam, gdzie organizacje lub inne organy mają trudności z zapewnieniem bezpośredniego wsparcia, samokontrola pacjentów może być osiągnięta dzięki wykorzystaniu nowych technologii. Chcemy aby kraje:

**5** Wspierały wdrażanie cyfrowych systemów informatycznych i wspierających w samopomocy po udarze.



©The Stroke Association UK





**34%**

WIĘCEJ UDARÓW  
MÓZGU

**€45 bil.**

CAŁKOWITY KOSZT  
UDARU MÓZGU

## PODSUMOWANIE

Do 2035 r. liczba zgonów z powodu udaru mózgu wzrośnie o 45%, a także o około jedną czwartą wzrośnie liczba chorych po udarze, żyjących z długotrwałymi konsekwencjami udaru. Szacuje się, że między 2015 a 2035 r. całkowity wzrost liczby udarów w Unii Europejskiej wyniesie 34% z 613,148 w 2015 r. do 819 771 w 2035 r.

Dobłą wiadomością jest taka, że udarom można zapobiegać, leczyć je i radzić sobie z ich konsekwencjami.

Od momentu powstania w 2004 r., SAFE prowadzi kampanię edukacyjną i zachęca do badań nad udarem mózgu. Naszym celem jest postęp w zapobieganiu udarom i poprawa jakości życia osób po udarze, ich rodzin i opiekunów. Robiąc to, zarówno na poziomie europejskim, jak i wspierając członków krajowych, wykazaliśmy, że aby skutecznie walczyć z udarem, istnieje potrzeba większej współpracy między wszystkimi zainteresowanymi stronami.

SAFE zobowiązuje się do rozwijania i wspierania partnerstwa z innymi organizacjami w całej Europie oraz do współpracy z ustawodawcami w dziedzinie polityki zdrowotnej na szczeblu unijnym i krajowym. W ostatecznym rozrachunku to politycy i inni kluczowi decydenci mogą zapewnić skuteczne rozwiązanie problemu udaru.

W obliczu nadchodzącego, katastrofalnego wzrostu o 34% liczby udarów w Europie, SAFE i ESO uważają, że trzeba przyspieszyć działania. Teraz, bardziej niż kiedykolwiek, wszyscy musimy współpracować w celu wprowadzenia ulepszeń potrzebnych w całej ścieżce leczenia udaru mózgu i rozwiązania rozbieżności i nierówności krajowych udokumentowanych w raporcie Burden of Stroke in Europe z 2017 roku.





## **O SAFE**

The Stroke Alliance for Europe (SAFE) jest organizacją non-profit powstałą w 2004 roku. Jest głosem chorych cierpiących na udar mózgu w Europie, reprezentującym szereg grup pacjentów z ponad 30 europejskich krajów.

Celem SAFE jest zmniejszenie liczby udarów w Europie poprzez propagowanie lepszej profilaktyki, dostępu do odpowiedniego leczenia, opieki po udarze i rehabilitacji.

Więcej informacji na temat SAFE można znaleźć na stronie:

***[www.safestroke.eu](http://www.safestroke.eu)***

***SAFE ASBL 0661.651.450***

Sporządzenie tego raportu było możliwe dzięki dotacjom od poniższych organizacji:



Bristol-Myers Squibb



Boehringer  
Ingelheim

IPSEN  
Innovation for patient care