



Program profilaktyki wtórnej udarów

Kraków 2016

SPIS TREŚCI

INDEKS SKRÓTÓW	5
WSTĘP	7
1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	14
1.1. Problem zdrowotny – udar.....	14
1.2. Typologia	14
1.3. Czynniki ryzyka	15
1.4. Epidemiologia na świecie	16
1.5. Epidemiologia w Polsce	17
1.6. Powikłania	20
1.7. Profilaktyka wtórna.....	21
1.8. Populacja docelowa	23
1.9. Opcje populacji dorosłych możliwe do włączenia w ramach Programu.....	25
1.10. Obecne postępowanie ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....	26
1.11. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	28
2. CELE PROGRAMU	31
2.1. Cel główny	31
2.2. Cele szczegółowe	32
2.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu.....	32
2.4. Oczekiwane efekty.....	33
3. ADRESACI PROGRAMU	34
3.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do Programu jest możliwe	34
3.2. Proponowane interwencje możliwe do zrealizowania na różnych szczeblach	35
3.3. Organizacja Programu	38
4. ORGANIZACJA PROGRAMU	39
4.1. Etapy realizacji Programu, moduły realizacji Programu (w zależności od szczebla samorządu terytorialnego) oraz interwencje w Programie	39
4.2. Planowane interwencje	49
4.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.....	50
4.4. Tryb zapraszania do Programu.....	51

4.5.	Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu	51
4.6.	Ocena Programu	51
4.7.	Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	52
4.8.	Spójność merytoryczna i organizacyjna.....	52
4.9.	Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania	53
4.10.	Bezpieczeństwo planowanych interwencji.....	53
5.	DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ	54
5.1.	Wytyczne postępowania	54
5.2.	Metodyka opracowania dowód skuteczności i bezpieczeństwa interwencji	58
5.3.	Rola edukatora / promocja zdrowia	59
5.4.	Rehabilitacja.....	60
5.5.	Self-management.....	61
5.6.	Krokomierze	63
5.7.	Opieka środowiskowa.....	65
5.8.	Podsumowanie dowodów na skuteczność proponowanych interwencji w ramach programu	66
6.	KOSZT REALIZACJI	67
6.1.	Koszty opracowania Programu	67
7.	MONITOROWANIE.....	69
7.1.	Ocena zgłaszalności do programu	69
7.2.	Ocena jakości świadczeń w Programie	69
7.3.	Ocena efektywności programu	70
7.4.	Ocena trwałości efektów Programu	70
7.5.	Okres realizacji programu	70
8.	ZAŁĄCZNIKI	71

INDEKS SKRÓTÓW

AHA/ASA	<i>Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne / Amerykańskie Towarzystwo Udarowe (American Heart Association/ American Stroke Association)</i>
AIS	<i>Ostry udar niedokrwienny (Acute ischaemic stroke)</i>
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
ASA	<i>Kwas acetylosalicylowy (Acetylsalicylic acid)</i>
ASPECT	<i>Skala ASPECT (Alberta Stroke Program Early Computer Tomography Score)</i>
CADTH	<i>Kanadyjska agencja HTA (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)</i>
DSA	<i>Cyfrowa angiografia subtrakcyjna (Digital subtraction angiography)</i>
EMA	<i>Europejska Agencja Leków (European Medicine Agency)</i>
ESO/ESMINT/ESNR	<i>Europejskie Stowarzyszenie Udarowe / Europejskie Towarzystwo Neurologicznej Terapii Małoinwazyjnej / Europejskie Towarzystwo Neuroradiologiczne (European Stroke Organization / European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy / European Society of Neuroradiology)</i>
ESS	<i>Europejska skala udarowa (European stroke scale)</i>
FDA	<i>Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration)</i>
HSF	<i>Kanadyjskie Stowarzyszenie zajmujące się problematyką chorób serca i udarów (Heart and Stroke Foundation)</i>
INR	Międzynarodowy współczynnik znormalizowany
mRS	<i>Zmodyfikowana skala Rankina (Modified Rankin scale)</i>
n	Liczba pacjentów, u których wystąpił dany punkt końcowy

N	Liczebność grupy
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NICE	Agencja Oceny Technologii Medycznych w Anglii i Walii <i>(National Institute for Clinical Excellence)</i>
NIHSS	Skala Udarowa Narodowego Instytutu Zdrowia <i>(National Institute of Health Stroke Scale)</i>
p	Poziom istotności statystycznej
PICO	Populacja, interwencja, komparator, wyniki/punkty końcowe <i>(Population, intervention, comparator, outcomes)</i>
PTN	Polskie Towarzystwo Neurologiczne
RCT	Randomizowane badanie kliniczne <i>(Randomized controlled trial)</i>
RD	Różnica ryzyka <i>(Risk difference)</i>
RR	Ryzyko względne <i>(Relative risk)</i>
SD	Odchylenie standardowe <i>(Standard deviation)</i>
SICH	Objawowe krwawienie wewnątrzczaszkowe <i>(Symptomatic intracranial hemorrhage)</i>
TIA	Przemijający atak niedokrwienny mózgu <i>(Transient ischemic attack)</i>
TK	Tomografia komputerowa
TKA	Tomografia komputerowa z angiografią
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia <i>(World Health Organization)</i>

WSTĘP

Choroby układu krążenia (CHUK) są w Polsce od wielu lat główną przyczyną zachorowań oraz zgonów. W ostatnich dekadach spada liczba zachorowań kończących się zgonem w młodym wieku z powodu CHUK. Głównymi powodami takiej sytuacji prawdopodobnie mogą być: zmiana nawyków na prozdrowotne mieszkańców Polski - zmiana nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej oraz znaczne polepszenie dostępu do wysokiej jakości usług medycznych w zakresie chorób układu krążenia. Nadal jednak wyniki osiągnięte w polskim systemie ochrony zdrowia stawiają nas znacznie za pozostałymi krajami UE[1].

Udary mózgu są drugą przyczyną zgonów na świecie oraz pierwszą przyczyną niepełnosprawności wśród populacji osób dorosłych w większości krajów na świecie. Wzrost występowania udarów mózgu jest też silnie skorelowany z wydłużaniem się długości życia i wzrostem odsetka osób po 65. roku życia.[2] Czynniki ryzyka pokrywają się z czynnikami ryzyka zawałów serca. Udary są częstym negatywnym następstwem migotania przedsionków. [3]

Do udarów mózgu zalicza się[4]:

- udar niedokrwienny (83-90% przypadków) – wywołany zwężeniem lub zamknięciem światła naczyń wewnątrzmożgowych albo doprowadzających krew do mózgu. Występuje wskutek zaburzeń hemodynamicznych, powodujących spowolnienie przepływu mózgowego. Mogą wystąpić pojedyncze lub mnogie udary mózgu.
- udar krwotoczny (10-17% przypadków) – powstaje wskutek rozerwania naczynia mózgowego, powodując wynaczynienie krwi w obrębie mózgowia. Najczęściej stanowi powikłanie choroby nadciśnieniowej i zwykle przebiega gwałtownie.

Stanem nagłym, przebiegającym z ostrą niewydolnością krążenia mózgowego, którego WHO nie zalicza do udarów mózgu jest przemijający napad niedokrwienny (TIA – *transient ischemic attack*). Jest to przemijające, ostre niedokrwienie mózgu, którego obraz kliniczny jest podobny do udaru mózgu, jednak objawy kliniczne

¹ Dane Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia, 2005

² Truelsen T, Piechowski-Józwiak B, Bonita R i wsp., „Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data”. *European Journal of Neurology* 2006; 13:581-598

³ O'Donnel MJ, Xavier D, Liu L i wsp. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. *Lancet*: online publication Jun. 18, 2010

⁴ Mazur R, Swierkocka – Miastowska M. „Udar mózgu – pierwsze objawy.” *Choroby Serca i Naczyń* 2005, tom 2, nr 2, 84-87

ustępują w czasie krótszym niż 24 godziny.[5] Jednocześnie stan może być ten określony jako przedudarowy i wiąże się z wyższym ryzykiem wystąpienia udaru.

Chociaż umieralność z powodu chorób sercowo-naczyniowych maleje, to jednocześnie występowanie tych chorób wzrasta w związku z wydłużeniem życia i starzeniem się naszej populacji. Istotny wpływ ma na to również gwałtowny wzrost częstości występowania w populacji światowej czynników ryzyka, takich jak otyłość, cukrzyca typu 2, brak aktywności ruchowej i stres psychiczny.[6] Udar mózgu dotyka w Polsce rocznie ok. 70–80 tys. ludzi, spośród których 21% umiera w ciągu pierwszych 3 miesięcy po udarze, a dalsze 30% w ciągu roku. Większość pozostałych przy życiu chorych jest na tyle niepełnosprawna, że wymaga opieki innych. Ze względu na starzenie się społeczeństw europejskich i zwiększanie się populacji osób po 65 roku życia, przewiduje się wzrost liczby udarów mózgu w krajach europejskich z 1,1 mln w roku 2000 do 1,5 mln w roku 2025. Zgodnie z tymi przewidywaniami można szacować podobny wzrost populacji powyżej 65 roku życia, a tym samym liczby udarów w Polsce – z wartości 60–70 tys. rocznie na początku lat 2000 do 82,8–96,6 tys. rocznie w 2025 r.[2,7]

Zauważalny również staje się problem późnych powikłań i odległych efektów leczenia pacjentów z CHUK w tym po udarach. Mimo efektów uzyskiwanych dzięki wczesnemu wdrożeniu leczenia oraz właściwej farmakoterapii na etapie leczenia szpitalnego pacjenci bardzo często nie stosują się do wymaganych zaleceń w zakresie stylu życia i leczenia po okresie rehabilitacji.

Szacuje się, że skumulowane ryzyko powtórnego udaru mózgu po przebytych udarze niedokrwiennym może wynosić w ciągu 5 lat 30–40%. Ponadto 15% chorych po udarze ma zawał serca i tyle samo chorych umiera z powodu chorób sercowo-naczyniowych.[5] W przypadku zatorowego udaru niedokrwiennego o pochodzeniu sercowym, jak również w przypadku znacznego zwężenia tętnic szyjnych, ryzyko ponownego udaru jest największe, i wynosi 10–12% w pierwszym roku po udarze i 5–8% w kolejnych latach. Kolejny udar ma zwykle tę samą etiologię, co udar poprzedzający, jednak po wystąpieniu udaru niedokrwiennego około 5% kolejnych stanowią udary krwotoczne, a 40% ponownych udarów po udarze krwotocznym to udary niedokrwienne.

Czynniki ryzyka występowania udarów niedokrwiennych oraz krwotocznych zostały szczegółowo sprecyzowane na podstawie badania INTERSTROKE – pierwszego, standaryzowanego kontrolno-klinicznego badania czynników ryzyka mózgu, gdzie u wszystkich chorych wykonano badanie neuroobrazowe. Do badania tego zostały zakwalifikowane 22 kraje o różnych dochodach.[3]

- czynnikami niemodyfikalnymi są: wiek, płeć, rasa, czynniki genetyczne.
- czynnikami modyfikalnymi są:
 - o nadciśnienie tętnicze – najsilniejszy czynnik ryzyka udarów mózgu, przy czym zastosowanie rozszerzonej definicji nadciśnienia tętniczego było bardziej skorelowane z występowaniem udaru mózgu u osób poniżej 45. roku życia niż u osób starszych,

⁵ Wiszniewska M, Kobayashi A, Członkowska A, „Postępowanie w udarze mózgu. Skrót Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 roku”, www.ptneuro.pl

⁶Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej – wersja skrócona; Kardiologia Polska 2008; 66: 4 (supl. 1)

⁷ Piechowski –Jóźwiak B, Truelsen T, Kwieciński H. Prognoza chorobowości i zapadalności na udar mózgu w Polsce w latach 2005–2025. *Neurol Neurochir Pol* 2005; 39(2): 126.

- o choroby serca (m.in. migotanie przedsionków, zapalenie wsierdza, świeży zawał mięśnia serca, sztuczne zastawki),
- o cukrzyca, hiperinsulinemia i oporność na insulinę,
- o bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych, przebyte przemijające zaburzenia krążenia mózgowego,
- o palenie tytoniu – wiąże się z ryzykiem częstszego występowania udarów niedokrwiennych a ryzyko to rośnie wraz z liczbą wypalanych papierosów; zaprzestanie palenia zmniejsza ryzyko wystąpienia udaru,
- o alkohol – umiarkowane spożycie alkoholu wiąże się z ze zmniejszonym ryzykiem występowania udaru niedokrwiennego, jednak duże spożycie alkoholu oraz picie dużych ilości w krótkim czasie wiąże się z ryzykiem udarów wszystkich typów,
- o brak wysiłku fizycznego,
- o otyłość brzuszna (współczynnik pas-biodra),
- o nieprawidłowa dieta, w tym modyfikacja diety z powodu leczenia po udarze.
- o zwiększony poziom stresu czy depresja – stan często występujący także po udarze,
- o hiperhomocysteinemię,
- o stany nadmiernej krzepliwości krwi,
- o stężenie cholesterolu HDL – zwiększone stężenie cholesterolu HDL jest związane z obniżonym ryzykiem udarów niedokrwiennych, lecz większa ryzyko wystąpienia udaru krwotocznego, natomiast stężenie apoproteiny A1 koreluje ze zmniejszeniem ryzyka udaru niedokrwiennego, ale nie wpływa znamienne na ryzyko udarów krwotocznych.
- o współczynnik ApoB/ApoA – jest czynnikiem ryzyka udaru niedokrwiennego.

Obniżanie śmiertelności z powodu CHUK musi opierać się głównie na zwiększaniu odpowiedzialności pacjenta za podejmowanie leczenia oraz utrzymywania zaleceń lekarskich w czasie, w tym po wystąpieniu udaru. Do tego działania pacjent potrzebuje być odpowiednio przygotowany, by ze świadomością oraz zrozumieniem podejmować wybory w zakresie własnego zdrowia, tak by zmniejszać ryzyko wystąpienia kolejnych epizodów sercowo-naczyniowych.

Dla skutecznej realizacji działań związanych z Programami zdrowotnymi prowadzonymi przez samorządy przedstawiamy Modelowy Program Profilaktyki Wtórnej Udarów (MPPWU), zwany dalej Programem. Zawiera on interwencje o udowodnionej skuteczności i jest zgodny z zaleceniami Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dotyczącymi opracowań programów polityki zdrowotnej. Zapoznanie się z nimi umożliwi szeroką promocję Programu w środowisku samorządowym, w celu ich kompilacji z działaniami podjętymi w ramach systemu świadczeń gwarantowanych. Przyczyni się do poprawy stanu zdrowia w grupie, do której adresowany jest Program.

Chcemy, aby Modelowy Program Profilaktyki Wtórnej Udarów miał poparcie liderów opinii środowiska medycznego, szczególnie lekarzy chorób z neurologów, kardiologów, lekarzy POZ, organizacji pacjenckich oraz organizacji pozarządowych związanych ze zdrowiem publicznym i środowiskiem samorządowym.

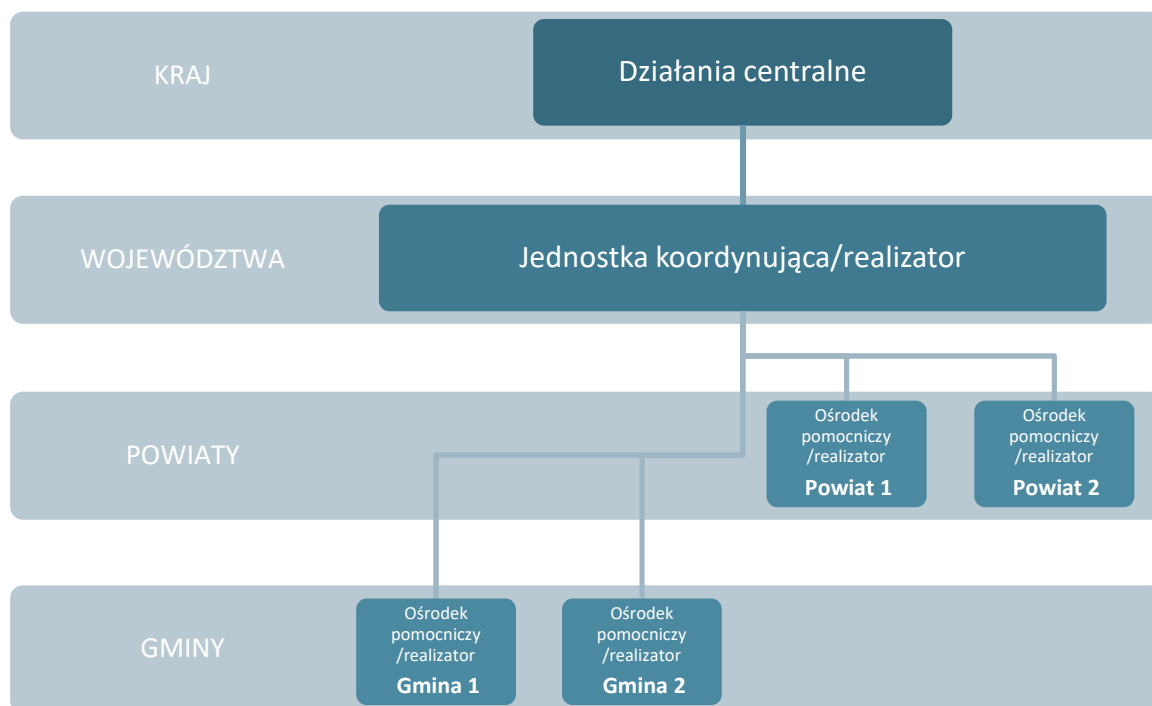
Założenia Modelowego Programu Profilaktyki Wtórnej Udarów

1. Program polityki zdrowotnej skierowany jest do grupy pacjentów dorosłych w module profilaktyki wtórnej. Docelowa grupa pacjentów mogłaby obejmować całą populację dorosłych, u których wystąpił udar, lecz przede wszystkim powinna być skierowana do pacjentów z podwyższonym ryzykiem wystąpienia kolejnych udarów:

UWAGA: Autorzy na potrzeby niniejszego opracowania posługują się w niektórych punktach wybranym przykładem grupy docelowej oraz samorządu realizującego Program. Wybraną grupą docelową są pacjenci po udarze (możliwe jest ograniczenia programu do określonych subpopulacji). Konieczne jest określenie zasobów potrzebnych do realizacji programu – ośrodków udarowych, oddziałów rehabilitacyjnych, liczba lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego.

2. Program realizowany przez samorzady terytorialne pozwoli zmniejszyć liczbę kolejnych udarów oraz poprawić jakość życia i zmniejszyć śmiertelność z powodu udarów poprzez wdrożenie edukacji, kontroli zaleceń lekarskich i aktywności codziennej pacjenta oraz ścisłego monitorowania stanu pacjentów po udarze.
3. Prewencja wtórna całej populacji oraz chorych i pacjentów (całej populacji lub z grup ryzyka) może zmniejszyć obciążenie lekarzy POZ, poradni specjalistycznych (neurologicznych, czy kardiologicznych) oraz prawdopodobnie częstość wizyt kontrolnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednocześnie proponowany program ma za zadanie uzupełnić zakres wsparcia pacjenta z udarami po zakończeniu leczenia szpitalnego.
4. W przyjętym modelu zakładamy wielopoziomą organizację Programu: z perspektywy jednego wiodącego ośrodka realizującego główne zadania oraz ośrodków współpracujących na wszystkich szczeblach samorządowych: od poziomu województwa, włączając w Program powiaty i gminy. Spójny projekt i najlepsze rezultaty zdrowotne uzyskamy, jeśli Program będzie zorganizowany przez wojewódzki szczebel samorządu tak, aby włączyć w działania oraz finansowanie jak największą liczbę powiatów i gmin ze swojego terenu. W praktyce często pojawiają się możliwości realizacji poszczególnych zadań Programu na wybranych poziomach, bez angażowania w realizację Programu samorządów innych szczebli. Modelowy Program jest opisany tak, aby zarówno samorzady wojewódzkie jak i powiatowe mogły korzystać z przedstawionych rozwiązań i proponowanych interwencji.

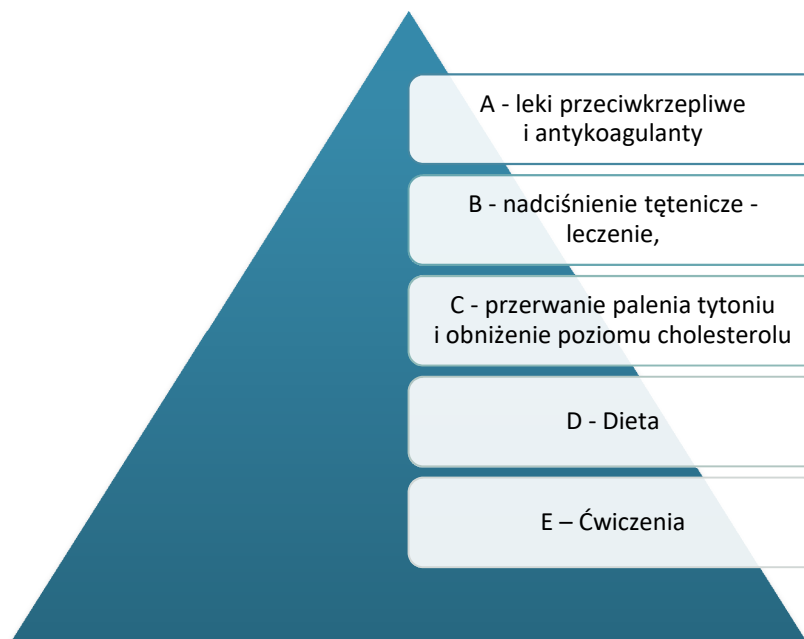
Obecnie w polskim systemie ochrony zdrowia nie jest dokonywana systematyczna ocena kosztów dotyczących przede wszystkim profilaktyki związanej ze stylem życia oraz poprawą stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich.



Zakres interwencji ujętych w Programie profilaktyki wtórnej obejmuje:

- Włączenie do programu pacjentów po udarze i określenie stopnia ich funkcjonowania na zakończeniu rehabilitacji na podstawie oceny lekarza i zespołu koordynującego.
- edukację pacjentów po udarze i ich rodzin, która ma na celu zwiększenie świadomości oraz odpowiedzialności za własne zdrowie, poprawę stosowania zaleceń lekarskich, w tym w zakresie przyjmowania leków (compliance), zmianę zachowań na prozdrowotne oraz wprowadzenie lub uzupełnienie aktywności domowej. Opcjonalnie program może zawierać wprowadzenie rehabilitacji poudarowej.
- wsparcie dietetyczne/fizjoterapeutyczne pacjentów po udarach poprzez opiekę środowiskową.
- edukację personelu medycznego (przede wszystkim lekarzy neurologów, czy innych specjalizacji, POZ i ewentualnie lekarzy medycyny pracy).
- Skierowanie kampanii społecznych związanych z ryzykiem udaru, rozpoznawaniem udarów, oraz istotą profilaktyki wtórnej.

Czynniki modyfikowalne w zakresie profilaktyki wtórnej



Założenia dotyczące poziomów realizacji Programu

1. Postulowane jest ograniczenie wpływu samorządów szczebla niższego na system ochrony zdrowia oraz istotne zwiększenie wpływu na system samorządów szczebla wyższego, w szczególności w sytuacji posiadania własnych NZOZ (SPZOZ).
2. Programy zdrowotne mogą stanowić istotne wsparcie działań krajowych związanych z koordynacją, edukacją oraz leczeniem i wspieraniem osób po udarze oraz określaniem stopnia ryzyka kolejnych udarów wraz z możliwością wprowadzenia wsparcia środowiskowego.
3. Istnieje duża potrzeba realizacji „gotowych” i merytorycznie opracowanych Programów polityki zdrowotnej na wszystkich szczeblach jednostek samorządu terytorialnego (JST), w tym także Programów pozytywnie ocenionych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.
4. Ze względu na niewielki wpływ JST na działania oddziałów NFZ i zakres finansowania świadczeń oraz często występujący brak komunikacji na szczeblu lokalnym, poprzez przypisywanie Programów Polityki Zdrowotnej do poszczególnych schorzeń, możliwe jest dotarcie do grup pacjentów po udarach o różnym stopniu niepełnosprawności oraz skierowanie interwencji wspierających działania w ramach podstawowego koszyka świadczeń gwarantowanych.
5. Program obejmuje opracowanie indywidualnych protokołów postępowania z pacjentami wraz z działaniami edukacyjnymi – dietetyczno-rehabilitacyjnymi w współpracy zespołów koordynujących w ramach oddziałów/poradni neurologicznych wraz z okresowym monitorowaniem pacjentów przez edukatora zdrowotnego.
6. Program wprowadza edukację osób zdrowych i chorych na temat czynników ryzyka, zachowań prozdrowotnych oraz zmianę nawyków na prozdrowotne i utrzymanie ich w czasie. Dodatkowo kładzie nacisk na wprowadzenie wsparcia środowiskowego (edukator zdrowotny lub określenie dodatkowo zadań dla

- pielęgniarek) poprzez wprowadzenie działań na poziomie całego województwa i koordynowanie ich przy współpracy samorządów I, II i III szczebla (wojewódzkiego, powiatowych, gminnych).
7. Konieczny wydaje się podział poszczególnych założeń Programu w zależności od szczebli samorządu – różny poziom możliwości budżetowania oraz wpływania na odbiorców i poprzez to zwiększenie efektywności podejmowanych działań i koordynowania działań na poziomie wojewódzkim.

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1. Problem zdrowotny – udar

Zgodnie z definicją WHO, udar mózgu to zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa. Definicja ta została zmodyfikowana w 2013 r. w taki sposób, że udar należy rozpoznać nawet, gdy objawy kliniczne trwają krócej niż 24 godziny, ale ognisko zawału mózgu jest widoczne w neuroobrazowaniu.

1.2. Typologia

Do chorób naczyń mózgowych mózgu zalicza się[4]:

- udar niedokrwienny – zawał mózgu (83-90% przypadków) – wywołany zwężeniem lub zamknięciem światła naczyń wewnątrzmożgowych albo doprowadzających krew do mózgu. Występuje wskutek zaburzeń hemodynamicznych, powodujących spowolnienie przepływu mózgowego. Mogą wystąpić pojedyncze lub mnogie zawały mózgu.
- udar krwotoczny (10-17% przypadków) – powstaje wskutek rozerwania naczynia mózgowego, powodując wynaczynienie krwi w obrębie mózgowia. Najczęściej stanowi powikłanie choroby nadciśnieniowej i zwykle przebiega gwałtownie.
- krwotok podpajęczynówkowy (ok. 5%),
- inne naczyniowe przyczyny (ok. 5%).

Stanem nagłym, przebiegającym z ostrą niewydolnością krążenia mózgowego, którego WHO nie zalicza do udarów mózgu jest przemijający napad niedokrwienny (TIA – *transient ischemic attack*), jako stan przedudarowy. Jest to przemijające, ostre niedokrwienie mózgu, którego obraz kliniczny jest podobny do udaru mózgu, jednak objawy kliniczne ustępują w czasie krótszym niż 24 godziny.[5] Możliwe jest włączenie także tej grupy pacjentów do wsparcia w ramach programu.

Tabela 1. Podział udarów i stanów niedokrwienia mózgu w zależności od różnych czynników [8, 9]

PODSTAWA KLASYFIKACJI	RODZAJE UDARU
Czas trwania stanu niedokrwienia mózgu i jego odwracalność	<ul style="list-style-type: none"> • przemijający napad niedokrwienia mózgu (objawy neurologiczne utrzymujące się do 24 godzin i brak ogniska niedokrwieniowego w badaniach neuroobrazowych) • odwracalny udar niedokrwieniowy (objawy neurologiczne utrzymujące się powyżej 24 godzin, które ustępują w ciągu 3 tygodni) • udar dokonany (objawy utrzymują się dłużej niż 3 tygodnie, trwałe zaburzenie funkcji mózgu)
Patomechanizm	<ul style="list-style-type: none"> • udar niedokrwieniowy (ok. 80%) • udar krwotoczny spowodowany krwawieniem wewnątrzczaszkowym – śródmózgowym (15%) lub podpajęczynówkowym (5%) • udar żylny, spowodowany zakrzepicą zatok żylnych mózgowia (<1%)
Etiologia zakrzepowa i zatorowa udaru niedokrwieniowego	<ul style="list-style-type: none"> • udar spowodowany zmianami miażdżycowymi w dużych i średnich tętnicach domózgowych lub mózgowych (ok. 20%) • udar spowodowany zmianami w małych tętnicach mózgowych (udar zatokowy, ok. 20%) • udar spowodowany zatorami pochodzenia sercowego (ok. 20%) • inna etiologia (ok. 5%, np. trombofilia lub zapalenie naczyń) • nieokreślona przyczyna (ok. 20%).

1.3. Czynniki ryzyka

Istnieje szereg czynników, wpływających na podwyższenie względnego ryzyka wystąpienia udaru mózgu. Do niemodyfikowalnych czynników, zwiększających ryzyko wystąpienia udaru należą: podeszły wiek, płeć męska oraz występowanie chorób uwarunkowanych genetycznie. Do poddających się leczeniu (tj. modyfikowalnych) czynników ryzyka można zaliczyć: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, zaburzenia gospodarki lipidowej czy migotanie przedsionków, a także nadwagę i palenie tytoniu. W tabeli poniżej przedstawiono współczynniki ryzyka wystąpienia udaru, w zależności od obecności poszczególnych niemodyfikowalnych i modyfikowalnych czynników ryzyka.[11, 10]

Tabela 2. Czynniki ryzyka udaru mózgu

CZYNNIK	RYZYKO WZGLĘDNE
Czynniki niemodyfikowalne	
wiek powyżej 55 lat	dwukrotny wzrost ryzyka co 10 lat
płeć męska	1,2–1,3
rasa czarna	2,4 ^a
dziedziczność (udar wśród krewnych I stopnia)	1,9

⁸ Gajewski P (red). Interna Szczeklika 2015. Kraków 2015.

⁹ Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Górna K. (2010) Zapadalność, śmiertelność i umieralność z powodu udarów mózgu – aktualne tendencje i prognozy na przyszłość. Przegl Epidemiol (64):439 – 442.

¹⁰ Bogucki M, Gierczyński J, Gryglewicz J, Karczewicz E, Zalewska H. Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Warszawa 2013.

CZYNNIK	RYZYKO WZGLĘDNE
Czynniki modyfikowalne	
migotanie przedsionków	5,0–18,0
nadciśnienie tętnicze	3,0–5,0
mała aktywność fizyczna	2,7
cukrzyca	1,5–3,0
palenie tytoniu w ciągu ostatnich 5 lat	1,5–2,5
nadużywanie alkoholu ^b	1,0–3,0
zaburzenia gospodarki lipidowej ^c	1,0–2,0

a) Ryzyko udaru podwyższone u rasy żółtej, u Latynosów ryzyko względne wynosi 2,0.

b) Ograniczone spożycie alkoholu (20g dziennie u mężczyzn i 10g dziennie u kobiet) prowadzi do zmniejszenia ryzyka udaru względem abstynentów.

c) Cholesterol całkowity >200 mg%, cholesterol o małej gęstości (LDL) >100 mg%, cholesterol o wysokiej gęstości (HDL) <35 mg%, stężenie trójglicerydów (TG) >200 mg%.

1.4. Epidemiologia na świecie

Udar mózgu stanowi poważny ogólnoswiatowy problem dla zdrowia publicznego i jest uważany za jedno z najbardziej kosztownych schorzeń w krajach rozwiniętych. Każdego roku na całym świecie odnotowuje się 15 milionów udarów, które prowadzą do 5,5 miliona zgonów. [11, 12]

Według przeglądu badań epidemiologicznych opublikowanych po roku 2000, i przeprowadzonych w USA oraz Wielkiej Brytanii, Francji, Niemczech i Hiszpanii, zapadalność na udar mózgu (niedokrwienny, krwotoczny lub TIA) wahała się od 114/100 000/rok we Francji (pierwszy w życiu udar) do 350/100 000/rok w Niemczech (udary ogółem). W ocenianych krajach rozpowszechnienie udaru, niezależnie od typu, wahało się od 1,5% we Włoszech do 3% w Wielkiej Brytanii i USA. Autorzy przeglądu zaznaczają jednak, że porównywanie wskaźników epidemiologicznych pomiędzy krajami nie jest właściwe, ze względu na różnice metodologiczne pomiędzy badaniami, ponadto oceniane badania w większości obejmowały jedynie populacje regionalne, a nie ogólnokrajowe. Autorzy przeglądu podają również wskaźniki zapadalności w zależności od typu udaru – w tym udaru niedokrwiennego w omawianych krajach za wyjątkiem Hiszpanii i USA, dla których nie zidentyfikowano takich danych. Współczynniki zapadalności na udar niedokrwienny przedstawiono poniżej. [13]

¹¹ Asadi H, Dowling R, Yan B, Wong S, Mitchell P. (2015) Advances in endovascular treatment of acute ischaemic stroke. Intern Med J 45(8):798–805.

¹² Kaczorowski R, Murjas B, Bartosik-Psujek H. (2015) Rozwój i nowe perspektywy leczenia udaru mózgu w Polsce. Medical Review 13(4):376–386.

¹³ Zhang Y, Chapman A-M, Plested M, Jackson D, Purroy F. (2012) The Incidence, Prevalence, and Mortality of Stroke in France, Germany, Italy, Spain, the UK, and the US: A Literature Review. Stroke Research and Treatment 2012:1–11

Tabela 3. Współczynniki zapadalności na udar niedokrwienny w niektórych krajach europejskich

KRAJ	ROZPOWSZECHNIENIE NA 100 000/ROK [95% CI]		
	MĘŻCZYŹNI	KOBIETY	OGÓŁEM
Francja	100,0 ^a	96,2 ^a	97,9 ^a
Niemcy	263	271	267
Włochy	177 [144; 211]	174 [140; 205]	175 [152;199]
	104 ^a	81 ^a	bd
Wielka Brytania	136 [117; 156]	147 [127; 169]	141 [127; 156]

a) Współczynnik zapadalności dotyczy pierwszego w życiu udaru.

1.5. Epidemiologia w Polsce

Na podstawie różnych badań epidemiologicznych, prowadzonych w latach 1984–1994 szacuje się, że w Polsce współczynnik zapadalności na udar mózgu ogółem jest zbliżony do obserwowanego w innych krajach europejskich i wynosi ogółem 177/100 000/rok u mężczyzn i 125/100 000/rok u kobiet (Warszawski Rejestr Udarów, PolMonica). Wskazano również wysokie współczynniki umieralności -106/100 000 u mężczyzn i 71/100 000 u kobiet, spowodowane głównie odsetkami zgonów w okresie pierwszych 30 dni od momentu diagnozy. Ogółem w tym okresie umierało 43% chorych, w tym 50% z powodu powikłań pozamózgowych. Wysokie wskaźniki umieralności i wczesnej śmiertelności zostały w Polsce zahamowane w wyniku zmian systemowych – stworzeniem Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udarów Mózgu oraz Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Europejski Rejestr Udarów Mózgu prowadzony w latach 2006-2007, potwierdził, że chociaż współczynniki zapadalności w Polsce na udar mózgu są na tym samym poziomie (nadal wyższe niż w niektórych krajach europejskich), to udało się zmniejszyć śmiertelność w pierwszych 30 dniach z 43% do 14,9% na terenie Warszawy, a śmiertelność roczna spadła z 59,7% do 33,1% we wszystkich grupach wiekowych. Pomimo zmniejszenia w/w współczynników Polska nadal jest uważana za kraj z grupy o wysokich wskaźnikach zapadalności na udar oraz wysokich wskaźnikach umieralności.[14]

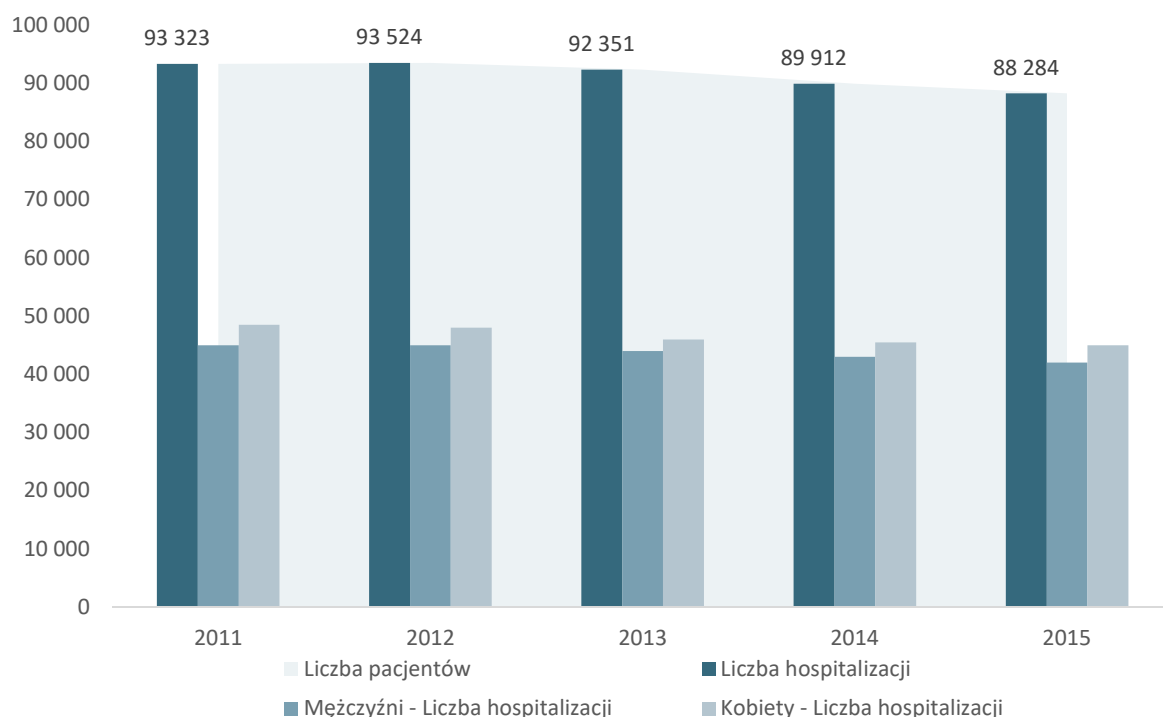
Udar mózgu dotyka w Polsce rocznie ok. 70-80 tys. ludzi, spośród których 21% umiera w ciągu pierwszych 3 miesięcy po udarze, a dalsze 30% w ciągu roku. Większość pozostałych przy życiu chorych jest na tyle niepełnosprawna, że wymaga opieki innych. Ze względu na starzenie się społeczeństw europejskich i zwiększanie się populacji osób po 65 roku życia, przewiduje się wzrost liczby udarów mózgu w krajach europejskich z 1,1 mln w roku 2000 do 1,5 mln w roku 2025. Zgodnie z tymi przewidywaniami można szacować podobny wzrost populacji powyżej 65 roku życia, a tym samym liczby udarów w Polsce – z wartości 60–70 tys. rocznie na początku lat 2000 do 82,8–96,6 tys. rocznie w 2025 r. [2,7]

¹⁴ Członkowska A., Milewska D., Ryglewicz D. The Polish Experience In Early Stroke Care. *Cerebrovasc Dis.* 2003;15 (supl 1): 14-15 The European Registers of Stroke (EROS) Investigators.: Incidence of Stroke in Europe at the Beginning of the 21st Century. *Stroke.*2009; 40: 1557-1563

Raport Głównego Urzędu Statystycznego o stanie zdrowia ludności Polski w 2009 roku, zawiera statystyki dotyczące liczby osób powyżej 15. roku życia, cierpiących na udar mózgu teraz lub w przeszłości. Według danych zawartych w raporcie, w 2009 r przebyty udar mózgu stwierdzono u 381 000 Polaków, z czego najwięcej (prawie 124 tys.) wśród osób pomiędzy 70 a 79 rokiem życia. Szczegółowe dane dotyczące liczby osób cierpiących na udar mózgu w 2009 oraz w latach kolejnych roku, przedstawiono w tabeli poniżej.[15]

Tabela 4. Dane Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby osób cierpiących na udar mózgu w 2009 roku w Polsce

UDAR MÓZGU	LICZEBNOŚĆ [TYS.]								
	15–19 LAT	20–29 LAT	30–39 LAT	40–49 LAT	50–59 LAT	60–69 LAT	70–79 LAT	≥80 LAT	OGÓŁEM
w 2009 r	0,4	1,4	5,6	14,9	84,2	96,1	123,9	55,0	381,6
w przeszłości	bd	6,1	2,4	11,9	62,6	56,1	71,5	46,4	256,9
nie określono	bd	bd	bd	bd	bd	bd	bd	0,3	0,3
nigdy	2445,9	6070	5637,2	4806,9	5632,9	3326,3	2304,5	1132,9	31 356,6



Rysunek 1. Liczba pacjentów i hospitalizacji w Polsce - Dane NFZ z lat 2011-2015

Wedle informacji zawartych w narodowym programie wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016, w 2011 roku hospitalizacje z powodu chorób naczyń mózgowych stanowiły prawie 12% spośród wszystkich hospitalizacji z powodu chorób układu

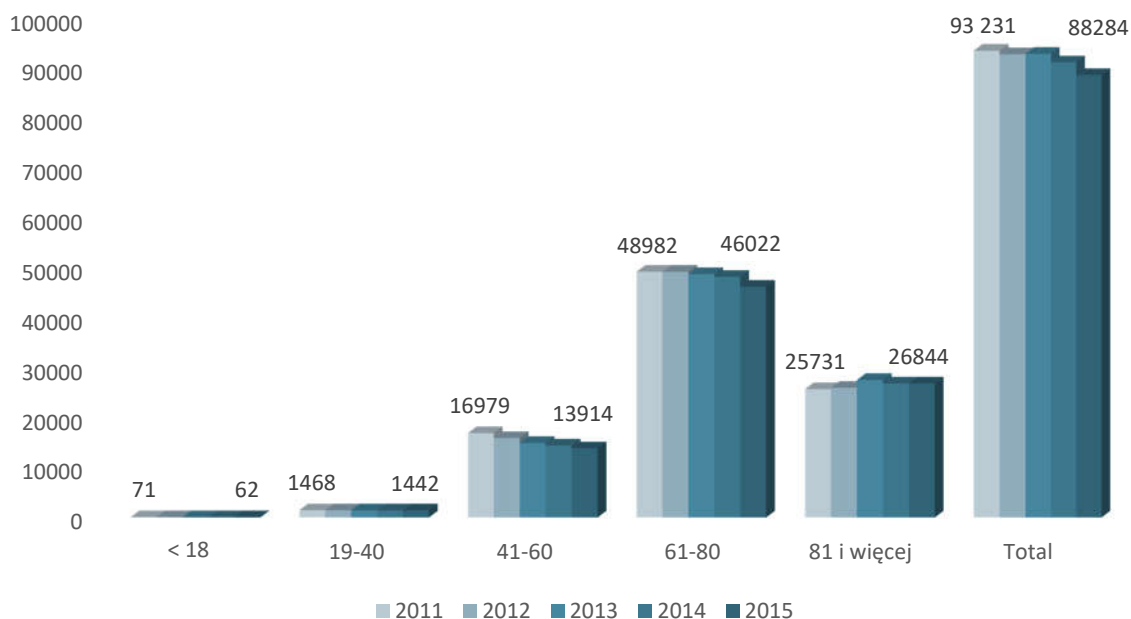
¹⁵ GUS 2011. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Dostęp: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2009-r,6,5.html> (22.3.2016)

krążenia w Polsce, tj. 124 839 przypadków w tym 68 tys. przypadków udarów mózgu.[16] Obecne dane wskazują, że liczba hospitalizacji rośnie i na podstawie danych NFZ wskazuje na liczbę sięgającą maksymalnie do 90 tys. rocznie.

Tabela 5. Hospitalizacje z powodu zawału mózgu i udaru nieokreślonego w 2011 r. w Polsce

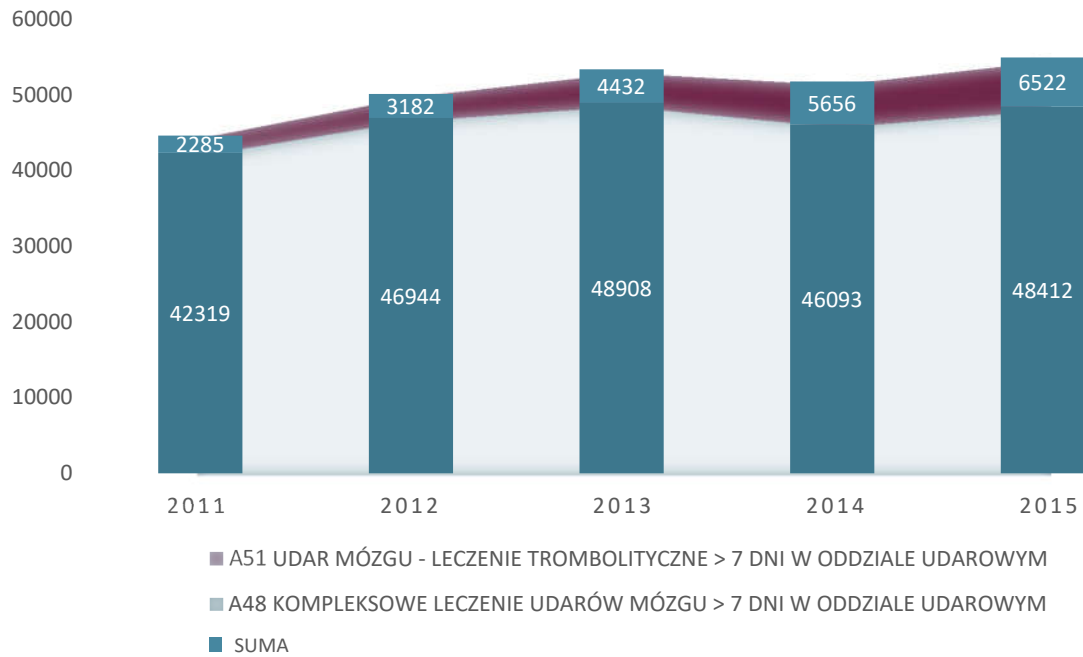
ROZPOZNANIE	LICZBA HOSPITALIZACJI	WSPÓŁCZYNNIK HOSPITALIZACJI	ŚMIERTELNOŚĆ SZPITALNA (%)
Krwotok mózgowy (ICD-10 I61-I62)	10 151	26,3/100 000	38,6
Zawał mózgu (ICD-10 I63)	68 020	176,6/100 000	14,0
Udar nieokreślony (ICD-10 I64)	4034	10,5/100 000	19,5

W od roku 2010 raportowana częstość hospitalizacji z powodu chorób naczyń mózgowych rosła wraz z wiekiem, począwszy od 35–40 roku życia. Mężczyźni byli hospitalizowani częściej niż kobiety we wszystkich grupach wiekowych, za wyjątkiem chorych >85 roku życia. Jednocześnie dane NFZ wskazują na spadkowy trend udarów w Polsce od roku 2013 za wyjątkiem populacji powyżej 81 roku życia.



Rysunek 2. Liczba hospitalizacji w poszczególnych grupach wiekowych (grupy JGP A48-51) w Polsce w latach 2011-2015

¹⁶ Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo naczyniowego POLKARD na lata 2013 – 2016. Dostęp: http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0003/29802/POLKARD-2015-aktualizacja.pdf. 2015 (1.11.2016)



Rysunek 3. Liczba hospitalizacji z powodu udaru w Polsce w latach 2011-2015 [22]

1.6. Powikłania

Wystąpienie udaru niedokrwiennego wiąże się z szeregiem powikłań, z których najważniejsze dotyczą funkcjonowania ośrodkowego układu nerwowego. W Polsce około połowa chorych dotkniętych udarem umiera w ciągu pierwszego roku. Udar mózgu jest również najczęstszą przyczyną niesprawności wśród dorosłych i związany jest z kosztowną długoterminową opieką i rehabilitacją, a do jego najczęstszych następstw należą poza niesprawnością: depresja, otępienie naczyniopochodne i padaczka. Poniżej przedstawiono szczegóły dotyczące poszczególnych powikłań, do jakich dochodzi w przebiegu udaru mózgu.

W przypadku zatorowego udaru niedokrwiennego o pochodzeniu sercowym, jak również w przypadku znacznego zwężenia tętnic szyjnych, ryzyko ponownego udaru jest największe, i wynosi 10–12% w pierwszym roku po udarze i 5–8% w kolejnych latach. Kolejny udar ma zwykle tą samą etiologię, co udar poprzedzający, jednak po wystąpieniu udaru niedokrwiennego około 5% kolejnych stanowią udary krwotoczne, a 40% ponownych udarów po udarze krwotocznym to udary niedokrwienne. Udary mózgu występują we wszystkich grupach wiekowych często mają charakter nieodwracalny i dlatego są najczęstszą przyczyną niepełnosprawności u osób powyżej 45 r.ż. Osoby, które przeżyły, co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia udaru mają liczne powikłania wpływające na codzienne funkcjonowanie - 48% ma utrzymujący się niedowład połowiczy, 22% nie jest w stanie chodzić, 24-53% jest częściowo lub całkowicie zależna od innych osób, wymaga pomocy przy podstawowych czynnościach codziennych, 12–18% ma afatyczne zaburzenia mowy.

Tabela 6. Powikłania niedokrwiennej udaru mózgu [8,17]

POWIKŁANIE	SZCZEGÓŁY
Zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe i obrzęk mózgu	<ul style="list-style-type: none"> • różnie nasilony obrzęk mózgu (pierwotnie cytotoksyczny, a następnie naczyniopochodny) obecny jest w przebiegu większości udarów niedokrwiniennych • narastający obrzęk stanowi najczęstszą przyczynę pogłębiania się ubytków neurologicznych (20% chorych) • zagrożenie obrzękiem jest największe, gdy udar obejmuje cały obszar unaczynienia tętnicy środkowej mózgu (w 80% przypadków wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego na skutek obrzęku, prowadzi w ciągu kilku dni do wgłobienia mózgu i śmierci)
Napady padaczkowe	<ul style="list-style-type: none"> • u ok. 5%-10% chorych występują częściowe lub całkowite, wtórnie uogólnione napady padaczkowe, rzadko stan padaczkowy • napady występują najczęściej w pierwszej dobie po udarze, ale nawracają u 20–80% chorych
Inne powikłania	<ul style="list-style-type: none"> • zakrzepica żył głębokich i zatorowość płucna • zakażenia układu moczowego (średnio 25% chorych w ciągu pierwszych 2 mies.) i oddechowego (średnio 20% chorych w ciągu pierwszego mies.) • niedożywienie (średnio 20%) • nietrzymanie moczu i stolca (ok. 50%) • odleżyny • spastyczność i bolesne skurcze mięśni (ryzyko wystąpienia i nasilenie zależne od jakości opieki nad chorym) • upadki i złamania kości (ok. 30%) • depresja, zaburzenia emocjonalne • zespół bolesnego barku (postać wiotka lub spastyczna)

Choroby naczyniowe mózgu (udary, przemijające i inne zaburzenia krążenia mózgowego) stanowią przyczynę ok. 40% wszystkich hospitalizacji w oddziałach neurologicznych w Polsce, i 3,8% wszystkich hospitalizacji w kraju. Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego prognozują istotny wzrost liczby hospitalizacji na oddziałach neurologii (w tym udarowych) z 296 530 w 2016 roku do 332 160 w 2029 roku [18].

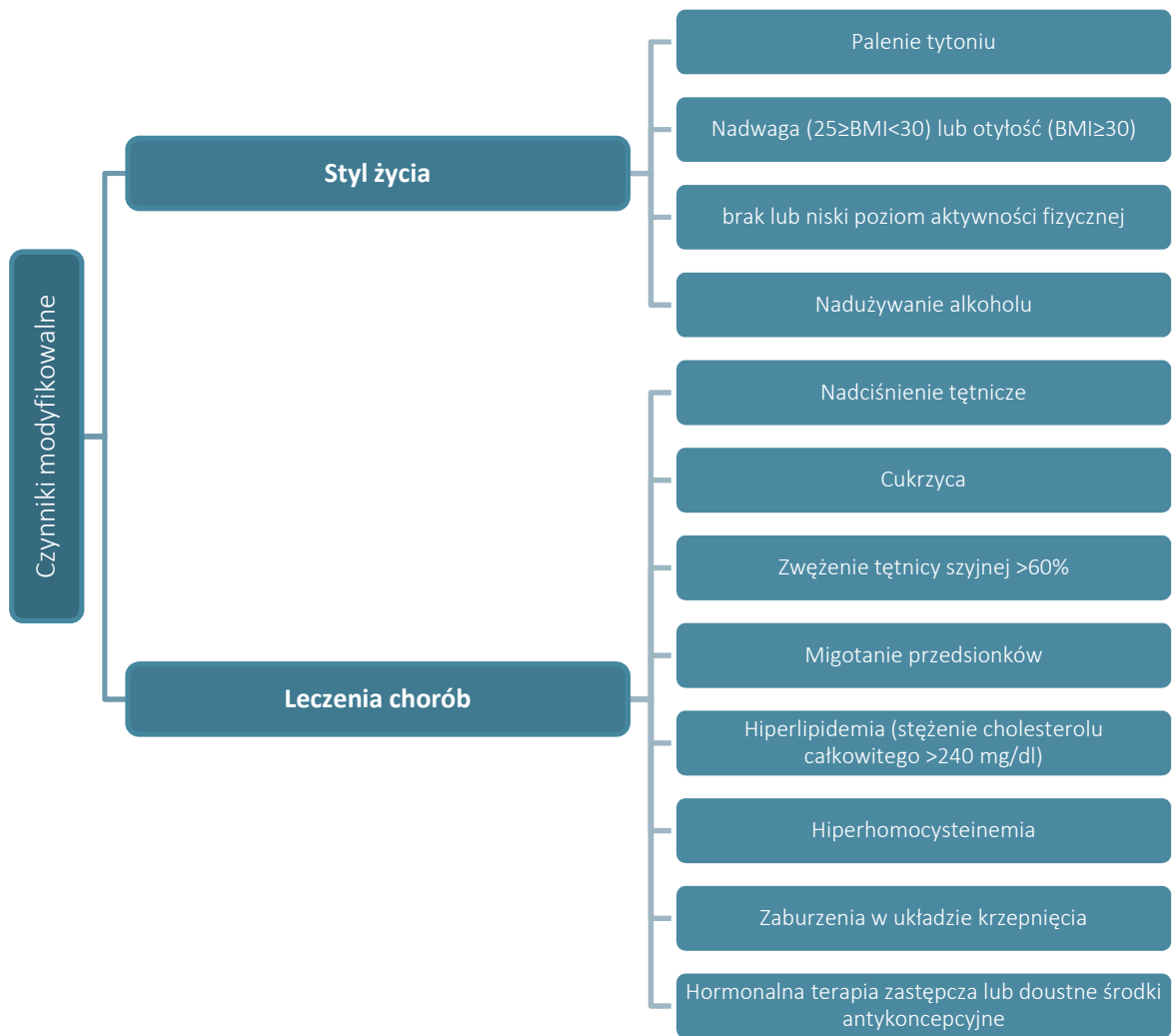
1.7. Profilaktyka wtórna

Profilaktyka wtórna udarów mózgu obejmuje ograniczanie czynników ryzyka identyczna jak u osób, które nie przeszły udaru oraz działania specyficzne skierowane do osób po udarze. Zgodnie z Wytycznymi Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r. oraz Deklaracji Helsińgorskiej 2006 Europejskich Strategii Udarowych profilaktyka wtórna obejmuje:

- leczenie przeciwplatek (w przypadku braku przeciwwskazań – stosowanie kłopidogrelu, kwasu acetylosalicylowego itd.),
- leczenia przeciwkrzepliwe (w przypadku braku przeciwwskazań – stosowanie doustnych antykoagulantów),
- leczenie operacyjne zmian zakrzepowych w tętnicach szyjnych (w przypadku braku przeciwwskazań),
- modyfikację czynników ryzyka (podobnie jak w profilaktyce pierwotnej).

¹⁷ Wiśniewski A, Książkiewicz B. Napady padaczkowe- objaw albo następstwo udaru mózgu. Przegląd Lekarski 2014/71/4

¹⁸ Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski, Ministerstwo Zdrowia. Dostęp: <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-leczenie-szpitalne/> (15.08.2016)



Modyfikacja (ograniczanie) czynników ryzyka może się odbywać między innymi poprzez zmianę zachowań lub lepszą ich kontrolę. Zarówno w przypadku udaru krwotocznego jak i niedokrwiennego, najbardziej znaczącym czynnikiem jest nadciśnienie tętnicze. W badaniu Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP) wykazano, iż poprzez obniżenie ciśnienia skurczowego, możliwe jest zmniejszenie częstości udarów o około 36% wśród osób po 60. roku życia. Wykrywalność oraz skuteczność leczenia nadciśnienia w Polsce nie są wystarczające, dlatego zaleca się profilaktyczną kontrolę minimum co dwa lata, a w przypadku pacjentów po udarze jest przedmiotem regularnej kontroli. Wśród osób ze zdiagnozowaną chorobą nadciśnieniową wymagane jest stosowanie po udarze terapii hipotensyjnej (w celu obniżenia wartości ciśnienia skurczowego poniżej 140 mmHg oraz rozkurczowego poniżej 90 mmHg). W profilaktyce następstw nadciśnienia należy stosować farmakoterapię jak i działania nefarmakologiczne, do których zalicza się ograniczanie spożycia soli kuchennej, zmniejszenie masy ciała w przypadku nadwagi lub otyłości, podejmowanie regularnego wysiłku fizycznego, rezygnację z niekorzystnych nawyków takich jak nadużywanie alkoholu czy palenie tytoniu.[4.,19]

Jeżeli nie ma przeciwwskazań w leczeniu przeciwplatekowym, zaleca się każdemu choremu z udarem niedokrwiennym podanie kwasu acetylosalicylowego w ciągu 48h oraz kontynuowanie leczenia

¹⁹ Romero J.R., Morris J., Pikula A. Stroke prevention: modifying risk factors. Ther Adv Cardiovasc Dis. 2008;2(4):287–303

przeciwpłytkowego w celu zapobieżenia nawrotowi udaru mózgu. Leczenie przeciwkrzepliwe rekomendowane jest natomiast po udarze związanym z zatorom serc pochodnym u pacjentów z migotaniem przedsionków, z wadą zastawki lub sztuczną zastawką serca (w przypadku braku przeciwwskazań)[5]. Wszystkie te działania obecnie w Polsce są refundowane i zalecane wszystkim pacjentom w zakresie świadczeń gwarantowanych. Konieczne jest wdrożenie edukacji w zakresie istoty farmakoterapii długotrwałej, stosowania się do zaleceń oraz konieczności raportowania objawów związanych z leczeniem.

Ważne jest również przeciwdziałanie powikłaniom po udarze, które utrudniają i bardzo wydłużają rehabilitację, a także mogą przyczynić się do zgonu pacjenta. Dlatego istotne jest prowadzenie skutecznych działań profilaktycznych i terapeutycznych wykonywanych przez zespół osób, który leczy i opiekuje się chorym. Dotyczy to m. in. poprawienia i utrzymania drożności dróg oddechowych, przestrzegania aseptycznych warunków cewnikowania, kontroli zalegania moczu w pęcherzu, unikania ucisku na duże pnie żyłne, wyższego ułożenia kończyn, wczesnej rehabilitacji, czy właściwej pielęgnacji w celu zapobiegania odleżynom. Zwiększeniu efektywności profilaktyki służy aktywne uczestnictwo pacjenta i jego bliskich we wszystkich tych działaniach oraz prowadzenie programów edukacyjnych na temat udaru.[4]

1.8. Populacja docelowa

Populację docelową Programu stanowić mogą w zależności od zastosowanej interwencji w ramach profilaktyki wtórnej:

- osoby z przebyłym udarem, samodzielne - edukacja zdrowotna i wsparcie przestrzegania zaleceń terapeutycznych i stosowania leków przez pacjenta (wsparcie compliance),
- osoby po udarze, niepełnosprawne, wymagającej całodobowej opieki, przebywające w domu - edukacja zdrowotna oraz ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych i stosowania leków przez pacjenta (ocena compliance) oraz edukacja w tym zakresie (edukacja w zakresie compliance).

W przypadku posiadania danych (liczby chorych) dla danego regionu należy je szczegółowo opisać (biorąc pod uwagę opisaną epidemiologię). Jeśli brak jest dokładnych informacji o liczbie potencjalnych uczestników Programu na podstawie danych NFZ (dane dla poszczególnych województwa za lata 2011-2015 opracowano w Excel, jako załączniku do programu), należy je oszacować, przyjmując powszechne wskaźniki – liczbę zachorowań na 10 tys. mieszkańców lub podobnie na poziomie polskim, ewentualnie na poziomie innych krajów wraz z uzasadnieniem. Dzięki uwzględnieniu danych lokalnych – na poziomie województwa czy powiatu – oraz wskaźników ogólnokrajowych możliwe jest uzyskanie przybliżonej liczby osób, które mogą uczestniczyć w Programie. Populacja docelowa powinna być ograniczona do osób z najwyższym potencjalnym ryzykiem udarów oraz ewentualnie mogących odnieść największą korzyść z działań profilaktycznych. Jeśli opisywane są działania edukacyjne, należy oszacować potencjalną liczbę uczestników (pacjentów i ich rodzin na podstawie właściwych rejestrów, itp.)

Populację docelową stanowić będzie ogół pacjentów w ramach profilaktyki wtórnej – pacjenci po interwencji szpitalnej, w trakcie hospitalizacji oraz w trakcie 1 (ewentualnie opcjonalnie w ostatnich 2-3 latach) roku po wystąpieniu udaru. Przedstawione zostały dane dotyczące wybranego samorządu: województwa kujawsko-pomorskiego.

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego – w dniu 31 grudnia 2009 r. na obszarze 17,972 km² województwa kujawsko-pomorskiego (5,7% ogólnej powierzchni Polski) zamieszkiwało 2 069 083 osób (5,4% ludności Polski). W roku 2008 liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego wynosiła 2 067 918, co oznacza minimalny wzrost liczby mieszkańców na poziomie 0,06%. Zarówno pod względem liczby ludności, jak i powierzchni, województwo kujawsko-pomorskie zajmuje 10. miejsce w Polsce. 37,7% osób zamieszkiwało cztery największe miasta regionu: Bydgoszcz (17,3%), Toruń (9,9%), Włocławek (5,7%) i Grudziądz (4,8%). Średnia gęstość zaludnienia województwa wynosiła w 2009 r. 115 osób na 1 km² (w Polsce 122 osoby na 1 km²) – 8. pozycja w kraju. W 2009 r. w ruchu naturalnym ludności województwa zanotowano 23 059 urodzenia żywe i 20 389 zgonów, w tym 147 zgonów niemowląt. Na koniec 2009 r. w strukturze wiekowej ludności województwa odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0-17 lat wyniósł 19,6%. Ludność w wieku produkcyjnym stanowiła 64,7%, natomiast w wieku poprodukcyjnym – 15,7%. [20]

W 2014 roku województwie odnotowano 4,20 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako udar niedokrwienny mózgu, co stanowiło 39,0% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań, które zakwalifikowano do grupy choroby układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego). Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 200,8 i była to 9 wartość wśród województw. Z kolei liczba hospitalizacji w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych 65+ wyniosła 974,4, a w przeliczeniu na 100 tys. dorosłych 80+ 1 732,2. ²¹

Tabela 7. Liczba pacjentów z udarem w latach 2011-2015 w kujawsko pomorskim w roku 2015 [22]

PIĘĆ PACJENTA	LICZBA HOSPITALIZACJI	UDZIAŁ (%)
A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym		
mężczyzna	1633	3,37
kobieta	1609	3,32
A51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym		
mężczyzna	159	2,44
kobieta	154	2,36
Łącznie		
mężczyzna	1792	
kobieta	1763	
SUMA	3555	

²⁰ Biuletyn Statystyczny. Ochrona zdrowia w województwie kujawsko-pomorskim w 2010 roku, Wydział Zdrowia -Kujawsko- Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego, Urząd Wojewódzki, Bydgoszcz 2011

²¹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa kujawsko-pomorskiego, Dostęp: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/02_neurologiczne_wieku_podeszlego_kujawsko-pomorskie.pdf (16.01.2017)

²² Narodowy Fundusz Zdrowia, Dostęp: <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/> (21.11.2016)

Tabela 8. Liczba pacjentów z udarem w latach 2011-2015 w kujawsko pomorskim w roku 2015 w podziale na grupy wiekowe [22]

	LICZBA HOSPITALIZACJI	UDZIAŁ (%)
A48 - Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym		
19-40	35	0,07
41-60	592	1,22
61-80	1748	3,61
80 i więcej	866	1,79
A51 - Udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym		
19-40	5	0,08
41-60	59	0,90
61-80	165	2,53
80 i więcej	84	1,29
łącznie		
19-40	40	
41-60	651	
61-80	1913	
80 i więcej	950	
SUMA	3554	

UWAGA: oszacowanie populacji docelowej zostało przeprowadzone z wykorzystaniem danych NFZ oraz danych opracowywanych przez wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich. Należy korzystać z możliwie najnowszych dostępnych danych. Po dokonaniu wyboru grupy ryzyka określamy jej wielkość na podstawie *Biuletynu statystycznego. Ochrona zdrowia w konkretnym województwie, danych epidemiologicznych dla Polski (przedstawionych w programie), danych NFZ i GUS.*

W ten sposób autorzy Programu wskazują realną populację chorych, którzy są po udarze i ewentualnie są pod opieką lekarzy POZ oraz liczbę lekarzy określonej specjalności na terenie województwa.

1.9. Opcje populacji dorosłych możliwe do włączenia w ramach Programu

1. Osoby z przebyłym udarem – wszystkie interwencje przewidziane Programem.
2. Osoby po udarze, pracujące – edukacja z zakresu prewencji wtórnej oraz wsparcie w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych oraz stosowania leków (wsparcie compliance), poprawa aktywności codziennej.
3. Osoby po udarze, wymagające opieki osób trzecich – rehabilitacja domowa, wsparcie środowiskowe.

Dla każdej z grup chorych potrzebne jest zorganizowane osobnego pakietu pomocy oraz kosztorysu działań w zależności od przyjętej populacji docelowej.

1.10. Obecne postępowanie ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W ramach finansowanych ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych pacjenci mogą korzystać z poradnictwa specjalistycznego (poradnie kardiologiczne) hospitalizacji na oddziałach neurologicznych oraz poradnictwa ambulatoryjnego i hospitalizacji w zakresie rehabilitacji neurologicznej – jedynego świadczenia dedykowanego pacjentom po udarach.

Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla wszystkich pacjentów, bez względu na wiek ze schorzeniami neurologicznymi, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego.[23]

Rehabilitacja neurologiczna prowadzona jest w ramach wyodrębnionych grup świadczeń:

- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu z chorobami współistniejącymi – 2 kategorie.
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu - 2 kategorie.
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego i korzeni nerwowych z chorobami współistniejącymi 2 kategorie.
- rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofie mięśniowe — 2 kategorie
- rehabilitacja neurologiczna przewlekła
- rehabilitacja neurologiczna dziecięca – podział na 3 kategorie.

Pod pojęciem „rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria I” rozumie się stan pacjenta bardzo ciężki i ciężki. Rehabilitacja trwa do 16 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących lub do 12 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjęcie pacjenta może nastąpić:

- bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku wystąpienia chorób współistniejących,
- bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku braku chorób współistniejących.

Pod pojęciem „rehabilitacja neurologiczna zaburzeń funkcji mózgu – kategoria II” rozumie się stan pacjenta umiarkowany i lekki. Rehabilitacja trwa do 9 tygodni w przypadku wystąpienia chorób współistniejących lub do 6 tygodni w przypadku braku chorób współistniejących. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza

²³ Narodowy Fundusz Zdrowia, Dostęp: <http://www.nfz.krakow.pl/dla-pacjenta/swiadczenia-medyczne/rehabilitacja/> (1.11.2016)

prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjęcie pacjenta następuje bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu pacjenta z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielane są świadczenia w poradni neurologicznej, która przyjmuje wszystkich pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi. Brakuje w katalogu świadczeń AOS oraz w katalogu kompleksowej ambulatoryjnej opieki ambulatoryjnej (KAOS) świadczeń, które byłby adresowane szczególnie dla pacjentów po udarach w zakresie edukacji, wsparcia dietetycznego czy psychologicznego.

Należy podkreślić, że świadczenia w zakresie długotrwałej edukacji oraz monitorowania pacjentów z udarami nie są finansowane ze środków publicznych. Dostęp pacjentów po udarach do specjalistycznej opieki rehabilitacyjnej jest znacznie ograniczony oraz opieki długoterminowej, a obecnie istniejący system jest w dużej mierze niewydolny w stosunku do liczby pacjentów objętych poradnictwem. Powoduje to nieefektywność podejmowanego na etapie szpitalnym leczenia, które następnie nie jest kontynuowane we właściwy sposób na etapie rehabilitacji, a także długotrwałej opieki specjalistycznej. Jednak w licznych publikacjach porównujących efekty długo i krótko-terminowej rehabilitacji wykazano, że pacjenci odpowiednio zmotywowani oraz przeszkoleni mogą w domu, lub na świeżym powietrzu wykonywać ćwiczenia, których efekty są porównywalne z systematyczną rehabilitacją. W związku z tym z punktu widzenia zarówno ekonomii procesu jak i dostępności świadczeń sensownym wydaje się włączenie elementów instruktarzu z zakresu ćwiczeń rehabilitacyjnych dla każdego pacjenta po udarze na etapie szpitalnym.

W ofercie płatnika publicznego brak jest odpowiednio dostosowanych długofalowych działań edukacyjnych skierowanych do pacjentów przewlekle chorych (w tym pacjentów po udarze z CHUK). Niestety świadczenia realizowane w ramach POZ oraz AOS nie spełniają w tym zakresie swojej roli z powodu liczby pacjentów, zróżnicowania stopnia funkcjonalności pacjentów oraz pod względem możliwości rodzinnych.

Tabela 9. Koszt opieki specjalistycznej na oddziale szpitalnym pacjenta z udarem

	2011	2012	2013	2014	2015
A48 kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym	8 738,00 zł	8 917,86 zł	8 955,26 zł	8 970,20 zł	8 993,34 zł
A49 udar mózgu - leczenie > 3 dni	4 295,08 zł	4 374,04 zł	4 442,86 zł	4 539,41 zł	4 542,90 zł
A50 udar mózgu - leczenie	2 707,98 zł	2 939,65 zł	3 300,21 zł	3 297,50 zł	3 237,11 zł
A51 udar mózgu - leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym	13 085,07 zł	13 446,20 zł	13 303,46 zł	13 280,79 zł	13 232,73 zł

Świadczenia rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla świadczeniobiorców ze wszystkich grup wiekowych ze schorzeniami neurologicznymi, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru medycznego. Rehabilitacja neurologiczna zawiera aspekty znacznie szersze niż rehabilitacja poudarowa. Autorzy nie mieli możliwości wyodrębnienia w analizie tylko części kosztów i świadczeń związanych z rehabilitacją poudarową. Można estymować, że ok. 60 proc. całości rehabilitacji neurologicznej związane jest z rehabilitacją poudarową.

Narodowy Fundusz Zdrowia na 2016 r. (stan na 30 września 2016 r.) zawarł umowy na świadczenia w ramach rehabilitacji neurologicznej ze 195 świadczeniodawcami. Najwięcej świadczeniodawców zawarło umowy w województwach: mazowieckim (31), śląskim (22) i małopolskim (18), zaś najmniej w: opolskim (4), lubuskim (5) oraz podlaskim (6) i zachodniopomorskim (6). Średnia wartość punktu NFZ w 2016 r. (ważona wielkością

poszczególnych kontraktów, jakie zawarł NFZ ze świadczeniodawcami) za produkt kontraktowany: rehabilitacja neurologiczna wyniósł 1,06 zł.

Świadczenia z zakresu profilaktyki wtórnej po udarach również nie są finansowane przez samorządy jednostek terytorialnych. Do oceny AOTMiT zostały przekazane tylko dwa programy związane z profilaktyką wtórną po incydentach sercowo-naczyniowych. Oba programy otrzymały ocenę pozytywną warunkowo.

1.11. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Choroby układu krążenia niezmiennie od lat są kluczową przyczyną zgonów mieszkańców Polski. Każdego roku udar mózgu dotyka w Polsce rocznie ok. 60–70 tys. ludzi, spośród których 21% umiera w ciągu pierwszych 3 miesięcy po udarze, a dalsze 30% w ciągu roku. Większość pozostałych przy życiu chorych jest na tyle niepełnosprawna, że wymaga opieki osób trzecich. Z punktu widzenia proponowanego Programu grupą, która powinna otrzymać wzmożoną opiekę powinny być wszystkie osoby, które przeszły udar, ze szczególnym uwzględnieniem grupy podwyższonego ryzyka. Proponowana profilaktyka wtórna jest istotna ze względu na możliwość wystąpienia ponownego epizodu oraz wszelkich następstw choroby, takich jak niepełnosprawność ruchowa, depresja, otępienie naczyniopochodne i padaczka.

W czerwcu 2003 roku Parlament Europejski zwrócił uwagę na potrzebę zmniejszenia odsetka zgonów i niepełnosprawności spowodowanych wystąpieniem udaru. W konkluzji wystąpienia stwierdzono, że rządy krajów członkowskich muszą niezwłocznie rozpocząć wspólne działania w tym zakresie. Opracowano również 10-cio stopniowy plan działania, którego celem było utworzenie Europejskiej Grupy Pacjentów dla Prewencji Udarów European Patient Group for Stroke Prevention. W październiku 2004 roku 20 grup pacjenckich z całej Europy połączyło siły w celu utworzenia SAFE (*Stroke Alliance For Europe*).^[24]

Na arenie międzynarodowej istotne jest również wystąpienie Aldo Patriciello, włoskiego polityka, posła do Parlamentu Europejskiego VI, VII i VIII kadencji, który we wrześniu 2015 roku przedstawił w Parlamencie Europejskim projekt rezolucji w sprawie zapewnienia środków finansowych na badania dotyczące leczenia pacjentów po udarze mózgu oraz zapobiegania udarom.

Podkreślenie zaangażowania Państwa dla tej grupy schorzeń przejawia się w takich aktach, jak:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126),
- Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na rok 2009 POLKARD,
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz.U. 2016 poz. 1492).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126), jako akt wykonawczy do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) ustala w paragrafie pierwszym listę priorytetów, w której wymienione zostaje: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej

²⁴ Stroke Alliance For Europe, Dostęp: <http://www.safestroke.eu/> (1.11.2016)

umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu.[25] Rozporządzenie określa aktualne priorytety zdrowotne dotyczące podejmowania decyzji o inicjowaniu działań i finansowaniu świadczeń medycznych.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 w treści dokumentu, jako jeden ze wskaźników monitorowania celu strategicznego, którym jest: wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, wykorzystuje wskaźnik umieralności z powodu udaru mózgu.[26]

Celem Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD jest „przyczynienie do zmniejszenia różnic w dostępie do zmniejszenia występujących różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi, co w dłuższej perspektywie czasowej może przyczynić się również do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności”. W odniesieniu do działań związanych z udarami w ramach Narodowego Programu zaplanowano zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych i centrów interwencyjnego leczenia udarów mózgu, a także zakup odpowiedniego wyposażenia dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu.[16]

Uzasadnieniem dla tych działań są: polepszenie dostępu do świadczeń poprzez zakup sprzętu dla nowych placówek bądź doposażenie już istniejących. Sprzęty, które są kupowane to np.: aparaty USG, respiratory stacjonarne i przenośne, aparaty do znieczulenia ogólnego z monitorowaniem, aparaty do znieczulenia z monitorowaniem anestezjologicznym oraz systemy informatyczne do transfuzji TK. Uzupelnienie braków sprzętowych może umożliwić przeprowadzanie najnowszych i najskuteczniejszych procedur związanych z leczeniem ostrego udaru niedokrwiennego metodą endowaskularną polegającą na mechanicznej trombektomii i trombolizie dotętnicznej. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu powoli na wspieranie bardzo ważnego etapu leczenia, jakim jest rehabilitacja chorych po udarze mózgowym.

Ponadto, w dokumencie przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia w lipcu 2015 – Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 wskazano potrzebę utworzenia Ogólnopolskiego Rejestru Udarów Mózgu przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii.[27]

Z algorytmami dotyczącymi postępowania z pacjentami po udarze mózgu można zapoznać się w oficjalnych dokumentach różnych towarzystw i organizacji, które dotyczące nie tylko opieki nad pacjentem ale także rehabilitacji w tym m.in. Deklaracji Helsingborskiej (1995 r. i 2006 r.), European Federation of Neurological Societies Task Force (1997 r.), European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management (2003 r.), American Stroke Association’s Task Force on the Development of Stroke Systems (2005 r.), American Heart Association, Heart and Stroke Statistical Standards of Physiotherapy in Neurology (2007 r.), Locomotor Experience-Applied Post-Stroke Trial (2007 r).

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126

²⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 Dz.U. 2016 poz. 1492

²⁷ Ministerstwo Zdrowia, Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Dostęp: <http://www.izbapiel.katowice.pl/attachments/article/1992/za%C5%82%C4%85cnzik%20do%202%20pisma.pdf> (1.11.2016)

Opisywane w programie działania w większości elementów mogą zostać wdrożone na wybranym poziomie samorządu terytorialnego, we właściwym dla siebie zakresie. Wdrożenie kompleksowych działań opisywanych w modelu na wszystkich poziomach samorządu zapewni maksymalną wydajność programu, a poszczególne opisywane działania przyczynią się do poprawy statusu chorych po udarze, przede wszystkim jakości życia, ale także istotnie klinicznie punkty końcowe. Istotne korzyści z realizacji programu mogą zostać uzyskane poprzez wdrożenie współpracy między poszczególnymi szczeblami samorządu oraz powiązaniu z finansowaniem świadczeń gwarantowanych, da to możliwość uzupełnienia budżetów oraz dotarcia bezpośrednio do różnych grup docelowych (pacjenci na poziomie gminy, lekarze na poziomie organu właścicielskiego zakładu leczniczego), również bliska współpraca samorządów na tym samym poziomie (gminy, powiaty) może przyczynić się do redukcji kosztów organizacyjnych, zwiększenia dostępności i ułatwienia dostępu do poszczególnych elementów programu). Skoordynowane działania wszystkich jednostek samorządu terytorialnego mogą przynieść największe korzyści dla pacjentów po udarze.

W zakresie profilaktyki wtórnej niedostateczne zapewnienie ze środków publicznych wsparcia opieki specjalistycznej w zakresie monitorowania leczenia i rehabilitacji, a także brak odpowiednich mechanizmów opieki nad pacjentami ambulatoryjnymi stanowi istotne zagrożenie dla utrzymania stanu zdrowia i zmniejszenia ryzyka wystąpienia ponowne incydentu sercowo-naczyniowego. Taka sytuacja wskazuje na potrzebę opracowania programów poprawy jakości życia. Realizacja programu w województwie kujawsko-pomorskim, na wszystkich szczeblach samorządu terytorialnego ma za zadanie poprawę efektywności leczenia pacjentów po udarach na etapie szpitalnym jak i na etapie ambulatoryjnej opieki, w tym szczególnie w okresie do roku lub dwóch od wystąpienia udaru.

Zaproponowany program może obejmować populację ogólną pacjentów po udarach oraz identyfikację poszczególnych grup pacjentów z poszczególnych grup ryzyka w celu ograniczenia występowania oraz nasilenia powikłań udarów ze szczególnym uwzględnieniem chorób cywilizacyjnych. Konieczne jest zwrócenie uwagi, że ograniczenie wpływu czynników ryzyka związanych z samym udarem jak i istnieniem czynników modyfikowalnych jest niezbędnym elementem wsparcia procesów świadczonych obok opieki w ochronie zdrowia przez działania rodzin jak najbliższej pacjenta. W ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ takie działania, zarówno przesiewowe jak i pogłębione, nie znajdują odzwierciedlenia. Po etapie leczenia ostrego udaru oraz rehabilitacji nie są podejmowane działania pozwalające na koordynację oraz wspieranie środowiskowe pacjentów. Nie ma również dostępnego kompleksowego, interdyscyplinarnego systemu poprawy compliance, która finansowana byłaby w ramach środków publicznych.

Dodatkowym aspektem jest poprawa długoterminowej opieki nad pacjentem po udarze oraz dostęp do nowoczesnego leczenia. Pozwoli to na kontynuację ogromnego sukcesu osiągniętego w obszarze leczenia udarów w ramach programu POLKAD – konieczne jest utrzymanie wczesnych efektów oraz nie marnowanie poważnych środków finansowych zainwestowanych w leczenie kompleksowe udarów – należy zintensyfikować działania w obszarze prewencji wtórnej, tak by dopełnić sukces leczenia chorych po udarze.

Zgodnie z posiadanymi danymi włączenie pacjenta w proces odpowiedzialności za podejmowane decyzje i dbałości o własne zdrowie, przy jednoczesnym zapewnieniu im odpowiedniej edukacji i wsparcia specjalistycznego pozwoli na połączenie kompleksowej prewencji wtórnej, która może dać długofalowe efekty zdrowotne u pacjentów po udarach

2. CELE PROGRAMU

2.1. Cel główny

Cele Programu polityki zdrowotnej powinny zostać przedstawione w sposób realistyczny i mierzalny przy uwzględnieniu nie tylko wielkości populacji, lecz także zakresu finansowania poszczególnych interwencji, wraz z uwzględnieniem współpracy pomiędzy samorządami. Cele te powinny być mierzalne (osiągalne), dokładne i opisane czasowo.

Cele Programu powinny być odróżnione od metod czy stosowanych interwencji, lecz jasno wskazywać na oczekiwany końcowy efekt Programu. W przypadku uwzględniania kilku samorządów konieczne jest rozpisanie celów do poszczególnych szczebli wraz ze wskazaniem stosowanych interwencji dla poszczególnych grup docelowych oraz ze wskazaniem konieczności zaangażowania instytucji czy organizacji wykonawców właściwych dla danych samorządów. Wyznaczając granicę skuteczności Programu, należy wziąć pod uwagę skuteczność interwencji przedstawianych w piśmiennictwie i/lub realizowanych w innych Programach zdrowotnych, po uwzględnieniu podobieństwa do realizowanej interwencji. Zawsze należy założyć cele niższe niż maksymalnie opisywane w piśmiennictwie.

Celem Programu jest zmniejszenie liczby powtórnych udarów (o co najmniej 10%) u pacjentów poddanych interwencji w ciągu 12 miesięcy od włączenia do programu oraz poprawa jakości życia pacjentów po udarze.

2.2. Cele szczegółowe

Cele szczegółowe dokładnie opisują poszczególne aspekty realizacji Programu i spodziewane efekty. Mają konstrukcję podobną do celu głównego, ale odnoszą się do poszczególnych elementów Programu lub konkretnych oczekiwanych efektów.

Cele szczegółowe w zakresie profilaktyki wtórnej:

- Zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród pacjentów po udarach w zakresie stylu życia i trwałej zmiany nawyków.
- Zmiana stylu życia polegająca na np.: modyfikacji diety, zaprzestaniu palenia tytoniu, czy rozpoczęciu regularnej aktywności fizycznej (wprowadzenie rozwiązań za pomocą aplikacji komórkowych)
- Wsparcie środowiskowe dla rodzin pacjentów z udarami w ramach współpracy z edukatorem.
- Podniesienie świadomości pacjentów i członków rodzin osób pacjentów z udarem w zakresie zachowań prozdrowotnych,
- Podniesienie świadomości wśród personelu medycznego dotyczących długoterminowego wsparcia pacjentów po udarach w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w tym opieki długoterminowej czy środowiskowej.
- Stworzenie systemu współpracy między poszczególnymi szczeblami opieki medycznej nad pacjentami po udarach.
- Zwiększenie liczby pacjentów skutecznie stosujących farmakoterapię na poziomie 80% dawek zalecanych przez okres programu – pomiar w okresie pierwszego miesiąca i w kolejnych (proponycja wprowadzenia pomiarów za pomocą narzędzi mobilnych) - opcjonalnie

2.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

Mierniki efektywności muszą być odpowiednio dopasowane zarówno do etapu realizacji Programu, jak również do szczebla samorządu terytorialnego realizującego zadanie.

UWAGA: Mierniki efektywności należy dostosować indywidualnie do możliwości danego samorządu, po konsultacjach z instytucjami włączonymi w realizację Programu oraz z uwzględnieniem czasu trwania Programu.

Główne mierniki efektywności Programu w ramach profilaktyki wtórnej udarów

- Liczba zgonów pacjentów w okresie trwania programu oraz roczna.
- Liczba pacjentów objętych programem,
- Liczba pacjentów u których wystąpił kolejny udar w okresie roku/2 lat w czasie trwania programu,
- Ocena stanu pacjenta i jego funkcjonowania – badanie będzie polegało na zebraniu wywiadu, klinicznej ocenie stanu zdrowia, ocenie stanu funkcjonalnego przy użyciu skali Rankina i Barthel w wersji

- punktowej 0–100 pkt, badaniu testem Mini Mental oraz przy użyciu Geriatrycznej Skali Depresji oraz ocena FIM (Functional Independence Measure) – ocena przez neurologa w momencie rozpoczęcia programu oraz okresowo co 6 miesięcy oraz w momencie zakończenia programu,
- Ocena jakości życia pacjentów oraz ich rodzin przed wdrożeniem programu, co 6 miesięcy oraz na zakończenie programu,
 - Liczba osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki zdrowotne,
 - Liczba członków rodzin uczestników programu, które zadeklarowały, że w wyniku działań edukacyjnych w programie zostały lepiej przygotowane do nowej roli, jaka staje przed pacjentem i jego otoczeniem w związku z powstałą niepełnosprawnością,
 - Liczba wizyt edukatora (dietetyka oraz fizjoterapeuty),
 - Liczba pacjentów stosująca się do zaleceń lekarza - prowadzenie dzienniczka przez pacjenta w zakresie stosowania się do zaleceń lekarza lub pomiar za pomocą narzędzi mobilnych – opcjonalnie.

Mierniki dodatkowe:

- Liczba uczestniczących pacjentów i innych adresatów w poszczególnych modułach Programu (edukacja populacji objętej programem, lekarzy, liczba pacjentów w zależności od populacji docelowej).
- Liczba pacjentów włączonych do Programu w stosunku do pierwotnych założeń – kryterium minimum 50% zakładanej liczby (konieczne jest oszacowanie realnej liczby możliwej do zrealizowania w zależności od czasu trwania Programu.).
- Liczba osób objętych edukacją z zakresu profilaktyki wtórnej - podniesienie świadomości osób objętych programem w zakresie stylu życia - profilaktyki wtórnej w celu zapobiegania udarom i ich powikłaniom – porównanie świadomości pacjentów przed i po zakończeniu programu.
- Liczba lekarzy POZ lub innych specjalizacji włączonych do realizacji Programu.

2.4. Oczekiwane efekty

- Możliwość szybszego skorzystania z wsparcia z zakresu leczenia i opieki neurologicznej, dietetycznej oraz fizjoterapeutycznej u osób po udarze.
- Zmniejszenie stopnia niepełnosprawności (poprawa jakości życia) u osób po udarach.
- Poprawa stylu życia pacjentów poprzez zmianę nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej i innych związanych ze stylem życia.
- Przedłużenie aktywności zawodowej osób, które doznały uszczerbku na zdrowiu w wyniku udaru poprzez poprawę codziennej aktywności.
- Skrócenie czasu rekonwalescencji osób po udarze.
- Wprowadzenie programów opartych na indywidualnych potrzebach pacjentów po udarze i wypracowanie modeli współpracy z różnymi szczeblami personelu medycznego oraz lekarza POZ.

3. ADRESACI PROGRAMU

3.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do Programu jest możliwe

Program może być realizowany przez różne poziomy samorządu terytorialnego, w zależności od tego, czy szczebel wojewódzki podejmie współpracę z powiatami i gminami na swoim terenie, lub czy powiat podejmie współpracę z gminami na swoim terenie (w przypadku powiatowej skali Programu) oraz zależnie od chęci zaangażowania ze strony poszczególnych szczebli samorządów.

Adresatami Programu mogą być: osoby z populacji docelowej, lekarze neurologicy i POZ, pielęgniarki, dietetycy, fizjoterapeuci oraz ewentualnie lekarze innych specjalizacji.

Na poziomie wojewódzkim adresatami programu będą:

- Pacjenci oddziałów neurologicznych, czy rehabilitacyjnych szpitali włączani do programu w momencie zakończenia hospitalizacji lub pacjenci poradni neurologicznych do 6 miesięcy po zakończeniu hospitalizacji na oddziale udarowym/rehabilitacyjnym. Możliwe włączenie pacjentów z relatywnie świeżym udarem: do 2-3 lat po wystąpieniu.
- Lekarze i pielęgniarki oddziałów neurologicznych lub rehabilitacyjnych szpitali lub ewentualnie innych specjalizacji w zależności od zakresu włączonego personelu.
- Lekarze i pielęgniarki POZ.
- Mieszkańcy województwa – poprzez działania kampanie medialne.

Na poziomie powiatu:

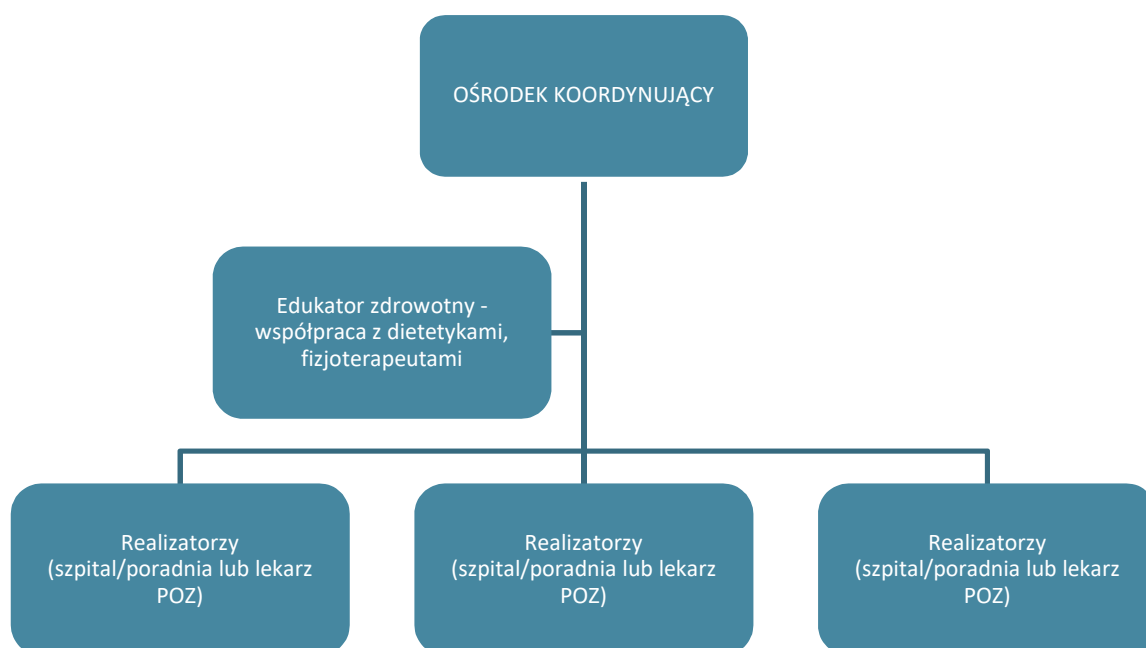
- Pacjenci oddziałów neurologicznych szpitali lub poradni neurologicznych do 6 miesięcy po zakończeniu hospitalizacji na oddziale udarowym/rehabilitacyjnym. Możliwe jest włączenie pacjentów z dłuższym okresem od momentu wystąpienia udaru - do 2-3 lat po wystąpieniu .
- Lekarze i pielęgniarki oddziałów neurologicznych/rehabilitacyjnych szpitali.
- Personel poradni neurologicznych.
- Lekarze i pielęgniarki POZ działający na terenie danego powiatu.

Na poziomie gminnym:

- Pacjenci oddziałów neurologicznych, czy rehabilitacyjnych szpitali włączani do programu w momencie kończenia hospitalizacji lub pacjenci poradni neurologicznych do 6 miesięcy po zakończeniu hospitalizacji na oddziale udarowym. Możliwe włączenie pacjentów z relatywnie świeżym udarem: do 2-3 lat po wystąpieniu.
- Lekarze i pielęgniarki POZ.

3.2. Proponowane interwencje możliwe do zrealizowania na różnych szczeblach**Profilaktyka wtórna - proponowane interwencje możliwe do zrealizowania na poziomie:****Województwo**

- Stworzenie wojewódzkiego planu postępowania z pacjentami po udarze w zakresie wsparcia działań poza systemem świadczeń zdrowotnych.
- Opracowanie planu systemu współpracy pomiędzy poszczególnymi ośrodkami - specjalistycznymi ośrodkami, poradniami specjalistycznymi oraz lekarzami POZ – realizatorem programu może być każdy z tych ośrodków przy zaangażowaniu wszystkich stron.
- Wyłonienie ośrodka koordynacyjnego na poziomie województwa w oparciu o doświadczenie w realizacji programów interwencyjnych (nie tylko naukowych). Ośrodek miałby realizować zadania z zakresu organizacji, koordynacji, ale również ewaluacji Programu.



- Określenie zadań poszczególnych osób uczestniczących w ramach programu na poziomie poszczególnych szczeblach opieki przy uwzględnieniu typu personelu zaangażowanego w program – lekarzami, pielęgniarkami, dietetykami, fizjoterapeutami, edukatorami zdrowotnymi.
- Opracowanie szablonu protokołu klinicznego oraz protokołu postępowania codziennego wraz z określeniem zakresu szczegółowości opracowanych materiałów w zależności od populacji docelowej włączonej do Programu.
- Opracowanie materiałów edukacyjnych dla pacjentów lub ich rodzin we współpracy z dietetykami, fizjoterapeutami, lekarzami rehabilitantami oraz lekarzami medycyny pracy skierowanych do określonych grup pacjentów w zależności poziomu funkcjonalności pacjenta jako materiałów wspierających protokołów postępowania.
- Zaangażowanie zakładów leczniczych na poziomie powiatu oraz poradni specjalistycznych, dla których powiat jest organem założycielskim do realizacji programu zgodnie.
- Zaangażowanie lekarzy specjalistów z publicznych zakładów leczniczych (ZL) w szkolenia oraz dalszą opiekę nad pacjentami w ramach oddziałów i poradni specjalistycznych
- Realizacja wsparcia i edukacji przez edukatorów zdrowotnych w ramach warunków domowych (zakres zależny od możliwości samodzielnego funkcjonowania pacjentów) lub w przypadku uwzględnienia dodatkowo rehabilitacji w ramach opieki ambulatoryjnej.
- Koordynacja działań realizowanych na poziomie gmin oraz powiatów.
- Stworzenie strony internetowej lub linii telefonicznej dotyczącej wsparcia rodzin i pacjentów po udarze o możliwościach włączenia się do programu oraz zakresu wsparcia w zakresie środków publicznych.

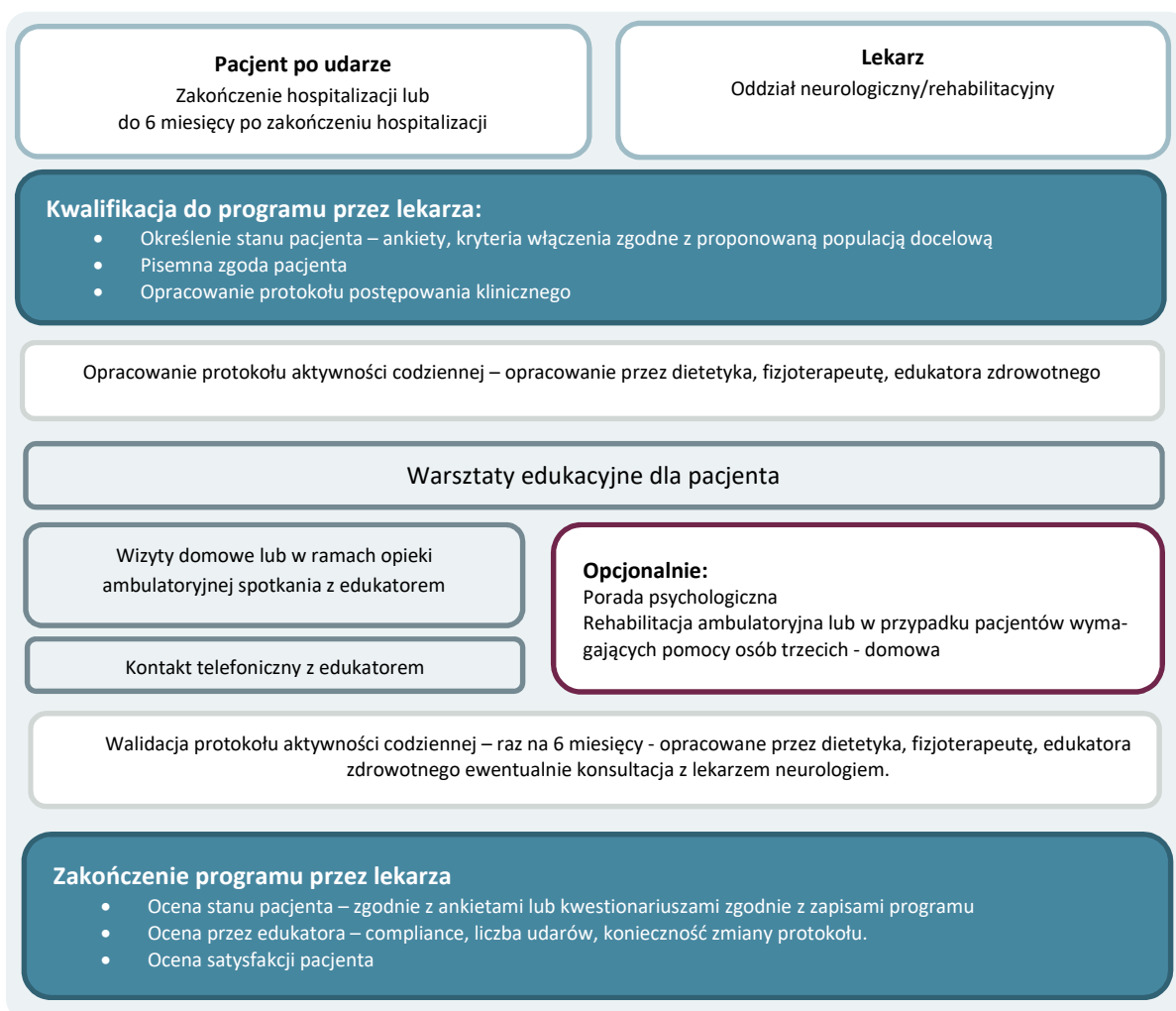
Powiat

- Zaangażowanie zakładów leczniczych na poziomie powiatu oraz poradni specjalistycznych, dla których powiat jest organem założycielskim do realizacji programu zgodnie.
- Zaangażowanie lekarzy specjalistów z publicznych zakładów leczniczych (ZL) w szkolenia oraz dalszą opiekę nad pacjentami w ramach oddziałów i poradni specjalistycznych (dla pacjentów funkcjonujących) oraz wsparcia domowego dla pacjentów niesamodzielných.
- Zaangażowanie pielęgniarek z oddziałów specjalistycznych (lub innych pielęgniarek np. środowiskowych przy lekarzach POZ) do realizacji wsparcia edukacyjnego wśród pacjentów po udarze – włączenie do procesu szkoleń dietetyków/fizjoterapeutów.
- Realizacja wsparcia i edukacji przez edukatorów zdrowotnych w ramach warunków domowych (zakres zależny od możliwości samodzielnego funkcjonowania pacjentów) lub w przypadku uwzględnienia dodatkowo rehabilitacji w ramach opieki ambulatoryjnej.
- Współpraca i koordynacja działań na poziomie gminnym.

Gminy:

- Współpraca z lekarzami POZ/neurologami/kardiologami na terenie gminy oraz pielęgniarkami/dietetykami/fizjoterapeutami w celu podniesienia ich świadomości w zakresie udarów i opieki nad chorym oraz włączenia ich do realizacji zadań z zakresu uświadamiania pacjentów po udarze oraz stosowania wytycznych towarzystw naukowych w zakresie terapii pacjentów po udarze.
- Działania informacyjne na temat czynnika ryzyka udarów o za pomocą lokalnych środków masowego przekazu oraz liderów społeczności lokalnej.
- Realizacja wsparcia i edukacji przez edukatorów zdrowotnych w ramach warunków domowych (zakres zależny od możliwości samodzielnego funkcjonowania pacjentów) lub w przypadku uwzględnienia dodatkowo rehabilitacji w ramach opieki ambulatoryjnej.

Zakres interwencji skierowanej do pacjenta po udarze:



3.3. Organizacja Programu

Do osiągnięcia założonych efektów realizacji Programu celowym jest zaangażowanie jak największej liczby jednostek samorządu terytorialnego.

Najlepszym rozwiązaniem jest wdrożenie Programu przez samorząd województwa w partnerstwie z samorządami terytorialnymi szczebla powiatowego i gminnego. W przypadku braku zainteresowania samorządu województwa Program może być wdrożony przez samorząd powiatowy w partnerstwie z samorządami gmin lub też przez jednostkę samorządu gminy.

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

4.1. Etapy realizacji Programu, moduły realizacji Programu (w zależności od szczebla samorządu terytorialnego) oraz interwencje w Programie

Organizacja Programu jest wieloetapowa i wielopoziomowa. Należy ją rozpatrywać z perspektywy jednego wiodącego ośrodka realizującego główne zadania oraz ośrodków współpracujących na poziomie województwa oraz powiatów i gmin.

Zakłada się możliwość realizacji poszczególnych zadań na wybranych poziomach, bez konieczności angażowania w realizację Programu samorządów innych szczebli. Jednak do osiągnięcia założonych efektów realizacji Programu celowym jest zaangażowanie jak największej liczby jednostek samorządu terytorialnego, a za ich pośrednictwem – podmiotów leczniczych.

Etap przygotowawczy (0–4 miesiące realizacji Programu) – jednostka koordynująca

1. *Zaproszenie do współpracy jednostek samorządów terytorialnych.*
2. *Ustalenie zakresu programu wśród powiatów i gmin.*
3. *Podpisanie porozumienia o współpracy pomiędzy samorządami*
4. *Wybór realizatorów i koordynatora Programu dla określonego zakresu samorządów.*
5. *Przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych.*

1. Zawiązanie koalicji na rzecz realizacji Programu polityki zdrowotnej na poziomie wojewódzkim – deklaracja przystąpienia do realizacji Programu władz poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego. Zaangażowanie konsultantów wojewódzkich neurologów, zdrowia publicznego, lekarzy POZ, konsultanta ds. pielęgniarstwa, dietetyka, lekarzy rehabilitantów, fizjoterapeutów, a także przedstawicieli OIL, lekarzy medycyny pracy, PIS oraz środowisk medycznych (w zależności od zakresu współpracy). Opracowanie systemów komunikacji między ośrodkami na poszczególnych szczeblach. Akceptacja dokumentów przedstawionych przez ośrodek koordynujący.

Wybór w drodze procedury konkursowej głównego ośrodka koordynującego realizację Programu na poziomie wojewódzkim – posiadającego niezbędne doświadczenie w realizacji Programów profilaktycznych

i terapeutycznych. Jako wskaźnik oceny doświadczenia można przyjąć odsetek chorych z udarem niedokrwinnym leczonych trombolitycznie. Opracowanie szczegółowego procesu współpracy między zaangażowanymi ośrodkami. Opracowanie materiałów edukacyjnych dla wszystkich interesariuszy oraz przygotowanie kampanii społecznej. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów Programu i terminów szkoleń dla edukatorów zdrowotnych, prowadzenie listy naboru na szkolenia.

Zadanie opracowania szczegółowego procesu współpracy między zaangażowanymi ośrodkami, opracowania materiałów edukacyjnych dla wszystkich interesariuszy oraz przygotowania kampanii społecznej, opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów Programu i terminów szkoleń, prowadzenie listy naboru na szkolenia, monitorowanie realizacji Programu może zostać zlecone koordynatorowi Programu i może być finansowane na poziomie wojewódzkim.

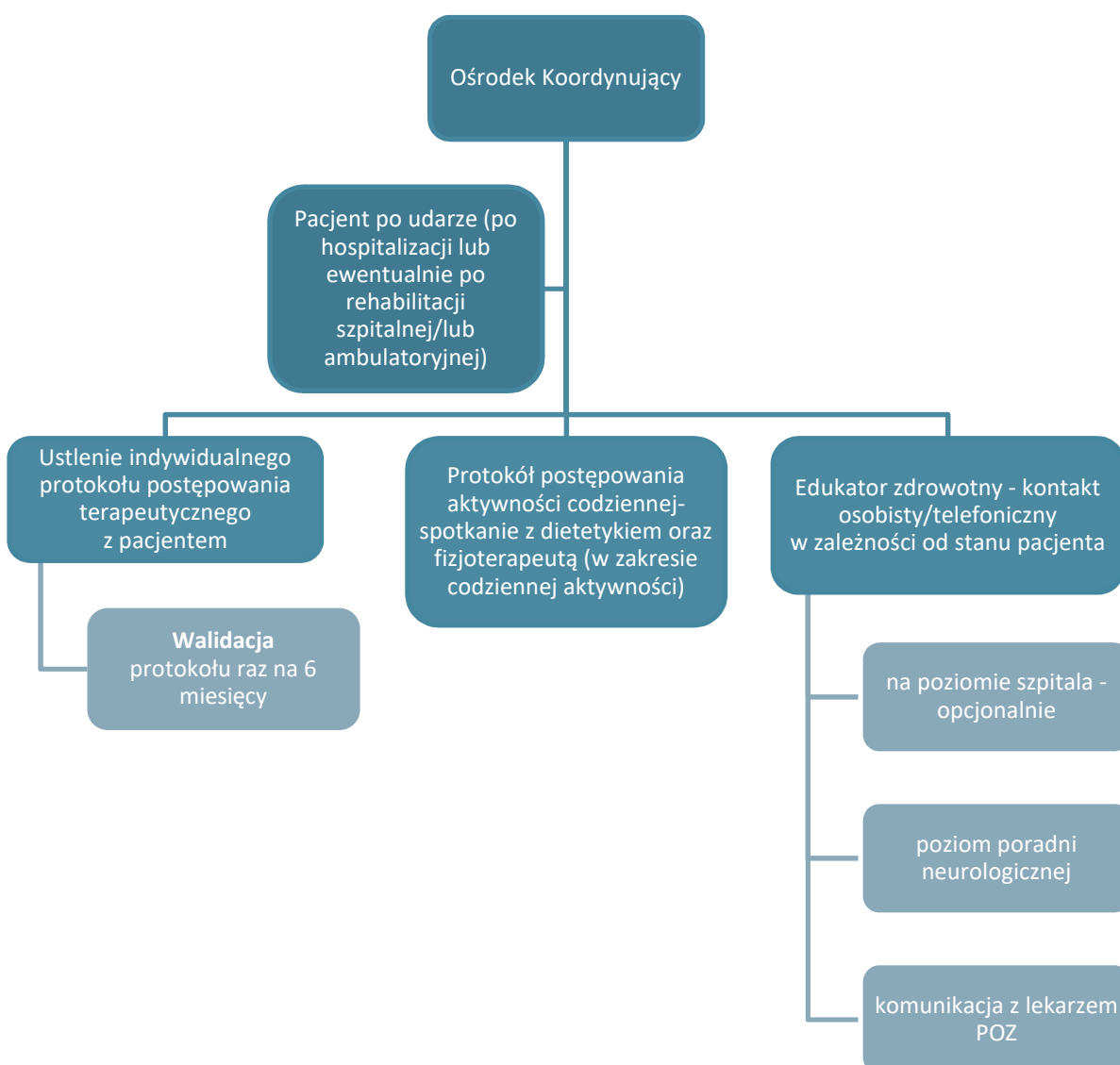
2. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu wojewódzkim lub na poziomie danego samorządu, który wdraża indywidualnie Program, w celu wybrania realizatorów na poziomie ośrodka specjalistycznego, jako ośrodka koordynującego – w przypadku pacjentów samodzielnie funkcjonujących oraz realizatorów programów w zakresie wsparcia środowiskowego z lekarzami POZ- pacjenci niesamodzielni po udarze pozostających pod opieką rodziny.
3. Podpisanie kontraktu wykonania badań oceniających pacjentów w kierunku stopnia funkcjonowania, co najmniej miesiąc po zakończeniu rehabilitacji związanej z ostrym leczeniem udaru wraz z określeniem w kierunku czynników ryzyka u pacjentów po udarze przez oddziały szpitalne lub poradnie neurologiczne (ewentualnie przez POZ) wyłonione w konkursie ofert (przeprowadzonym na szczeblu wojewódzkim lub na poziomie samorządu, który wdraża indywidualny Program).
4. Przygotowanie materiałów edukacyjnych dla lekarzy, pielęgniarek oraz wszystkich środowisk zaangażowanych w Program. Przygotowanie strategii edukacyjnej oraz materiałów i linii telefonicznej lub strony internetowej dla pacjentów. Przygotowanie kampanii społecznej na rzecz propagowania świadomości udarów.

UWAGA: Powyższe zadanie może być powierzone koordynatorowi wyłonionemu w drodze konkursu.

Etap przygotowania programu

1. Organizacja programu jest wieloetapowa i wielopoziomowa. Należy ją rozpatrywać z perspektywy jednego wiodącego ośrodka realizującego zadanie oraz ośrodków współpracujących na poziomie województwa oraz powiatów i gmin.
2. Zakłada się możliwość realizacji poszczególnych zadań na wybranych poziomach, bez konieczności angażowania w realizację programu samorządów innych szczebli. Jednak do osiągnięcia założonych efektów realizacji programu celowym jest zaangażowanie jak największej liczby jednostek samorządu terytorialnego i lekarzy POZ we współpracy z szpitalami lub przychodniami specjalistycznymi.
3. Program zakłada nawiązanie bliskiej współpracy między poszczególnymi etapami opieki specjalistycznej nad pacjentem po udarze: Oddziałem Udarowym/Neurologicznym – Poradnią Specjalistyczną oraz Podstawową Opieką Zdrowotną.

4. Zalecenia medyczne dotyczące pacjenta wraz z programem rehabilitacji powinny być przedstawione przez lekarza specjalistę w momencie zakończenia leczenia ostrej fazy udaru oraz rehabilitacji szpitalnej lub ambulatoryjnej w ramach **indywidualnego protokołu postępowania klinicznego** dostosowanego do stanu pacjenta i jego potrzeb – obejmująca farmakoterapię, zalecenia rehabilitacyjne, logopedyczne. Kwalifikacja do Programu obejmuje wszystkich pacjentów po udarze a zakres interwencji powinien być wskazany przez ośrodek koordynujący na podstawie zaleceń lekarza – finansowane w ramach programu.
5. Kolejnym etapem jest spotkanie pacjenta z zespołem dietetyka i fizjoterapeuty wraz z edukatorem zdrowotnym w celu określenia celów do realizacji przez pacjenta w ramach **protokołu codziennej aktywności** (poza opieką prowadzoną w zakresie świadczeń medycznych w ramach NFZ) poza **protokołem postępowania klinicznego** – finansowane w ramach programu samorządowego. W ramach wprowadzenia dla postępowania edukatora zostanie przeprowadzony 2 warsztaty dla pacjentów – w zakresie stylu życia i codziennej aktywności.



6. Pośrednikiem w kontaktach między poszczególnymi etapami, a także bezpośrednim opiekunem pacjenta po udarze będzie przygotowany edukator zdrowotny. Do roli edukatorów zdrowotnych organizator programu planuje zaangażować odpowiednio przeszkolone pielęgniarki/dietetyczki/fizjoterapeuci z oddziałów neurologicznych oraz poradni neurologicznych oraz ewentualnie z praktyk POZ (niekiedy grupę edukatorów mogą stanowić edukatorzy zdrowotni po studiach dotyczących wykonywania tego zawodu lub osoby z organizacji pozarządowych, pielęgniarki).
7. Program zakłada roczną (dwuletnią) współpracę między pacjentem po udarze a edukatorem zdrowotnym, której celem będzie wypracowanie odpowiednich zachowań zdrowotnych u pacjentów po udarze na podstawie zaleceń lekarzy specjalistów, zaleceń dietetyków/fizjoterapeutów – w zakresie aktywności fizycznej, diety, przyjmowania i stosowania zaleceń lekarskich, w tym głównie leków.
8. Edukacja zdrowotna pacjenta powinna opierać się na budowaniu planu postępowania zdrowotnego w okresie krótko i długoterminowych w zakresie prawidłowego odżywiania, prawidłowej aktywności fizycznej (liczby i jakości spożywanych posiłków) łącznego czasu spędzonego na wysiłku fizycznym oraz jego ciężarze. Plan postępowania powinien być dopasowany do możliwości fizycznych i ekonomicznych pacjenta a także do jego woli zmian. Możliwe jest wprowadzenie rozwiązań mobilnych z zastosowaniem opasek monitorujących aktywność – rozwiązanie opcjonalne.
9. Opracowanie systemu komunikacji między poszczególnymi poziomami opieki nad pacjentem, który dotyczyć będzie:
 - zaangażowania pacjenta do programu na poziomie szpitalnym oraz przeprowadzenie wstępnej edukacji na oddziale szpitalnym – edukator zdrowotny. – opcjonalnie
 - przekazania pacjenta pod opiekę właściwego ośrodka opieki specjalistycznej (poradni) z przekazaniem informacji o pacjencie – ośrodek koordynujący do ośrodka realizatora np. lekarza POZ.
 - komunikacja z lekarzem POZ, wraz z informacjami o koniecznym postępowaniu z pacjentami – przekazanie planu postępowania z pacjentem w zakresie liczby wizyt, zalecane wykonywanie badań, częstość kontroli w ośrodku specjalistycznym – edukator zdrowotny lub ośrodek koordynujący/realizator.
10. **Przygotowanie oraz przeprowadzenie szkoleń dla poszczególnych przedstawicieli zawodów medycznych.**
11. **Przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń dla edukatorów zdrowotnych (opracowanie liczby godzin – około 30 godzin). Szkolenie powinno zawierać elementy z zakresu:**
 - a) budowania motywacji pacjenta, (8 godzin)
 - Relacje pacjent-lekarz-edukator
 - Budowa długofalowych relacji współpracy
 - Motywacja do działania oraz zobowiązanie do działania
 - Motywacja oparta na sukcesie oraz motywacja w sytuacjach negatywnych
 - Analiza transakcyjna w relacji z pacjentem
 - Motywacja pacjenta w oparciu o podstawowe techniki motywacji
 - b) umiejętności tworzenia planów i postępowania w zakresie poszczególnych elementów planu (dieta, aktywności fizyczna, zmiany w zachowaniach domowych) (14 godzin)
 - Podstawowe składniki właściwej diety pacjentów po udarze - proporcje poszczególnych elementów diety pacjentów z i bez nadwagi i otyłości, wpływ diety na stosowane leczenie (szczególnie w przypadku leków o istotnym wpływie na leczenie przeciwkrzepliwie, antykoagulantami)
 - Planowanie schematów żywienia we wczesnym i późnym okresie po udarze –przy wsparciu z dietetykiem

- Dobór aktywności fizycznej do możliwości wydolności fizycznej pacjenta po udarze na poziomie codziennej aktywności – przy wsparciu fizjoterapeuty.
 - Podstawowe elementy budowania treningu wydolnościowego oraz aerobowego dla pacjenta po udarze
 - Budowanie nawyków życia codziennego, jako element utrwalania zmian
 - Schemat wprowadzania zmiany i jej utrwalania w zachowaniach zdrowotnych, diecie oraz aktywności fizycznej
 - Rola wsparcia rodzinnego i angażowanie rodziny w budowaniu i utrwalaniu zmian
- c) wiedzy z zakresu wpływu poszczególnych elementów zachowań zdrowotnych na życie pacjenta po udarze oraz ryzyko powtórnego udaru (4 godziny)
- Podstawowe wiadomości z zakresu fizjologii, patologii układu krążenia
 - Przebieg skutki krótko i długoterminowe udaru
 - Dane o skuteczności poszczególnych interwencji z zapobieganiu, leczeniu oraz prewencji wtórej pacjentów po udarze
- d) rozwiązywania kłopotliwych sytuacji oraz radzenia z niepowodzeniami pacjenta (6 godzin)
- Komunikacja z trudnym pacjentem – sytuacje praktyczne
 - Sytuacje kryzysowe – rozwiązanie współpracy z pacjentem

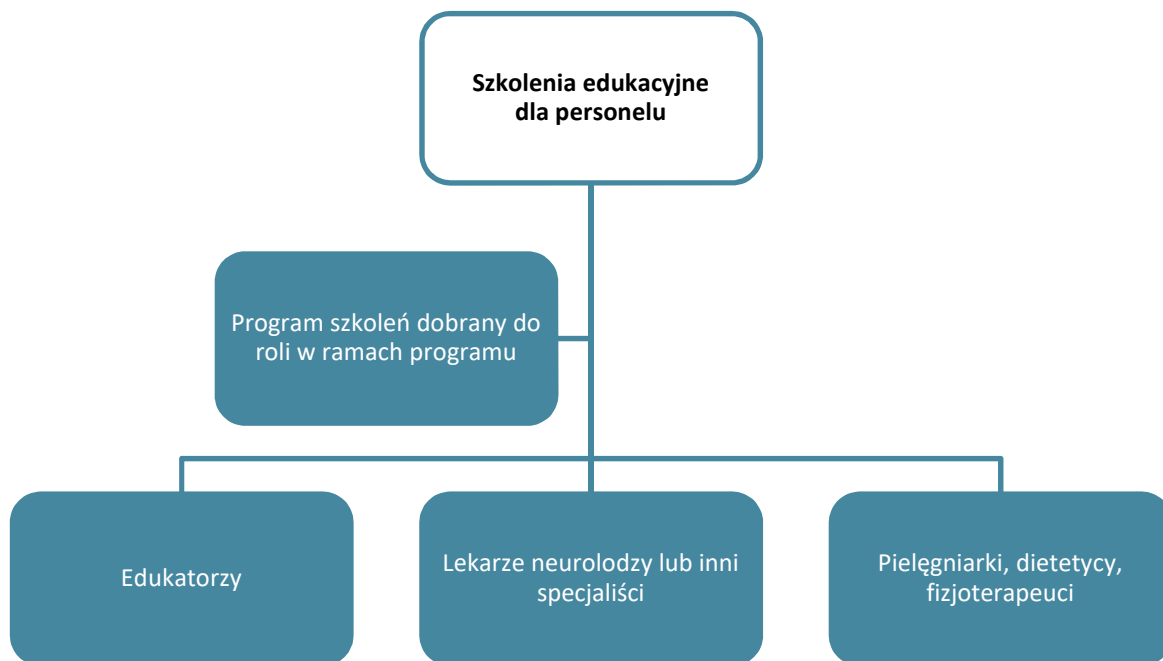
12. **Szkolenie dla lekarzy neurologów** - zakładane są dwa spotkania z lekarzami z oddziałów i poradni neurologicznych. Spotkanie dwudniowe, które pozwolą na opracowanie odpowiednich schematów postępowania i dostosowanie oddziałów i AOS do realizacji programu, w tym opracowania protokołów postępowania klinicznego. Szkolenie powinno być przeprowadzone przez przedstawicieli ośrodka koordynującego, przedstawiając schematy postępowania oraz dokumenty opracowane na potrzeby programu do akceptacji i dyskusji z przedstawicielami AOS i oddziałów neurologicznych. Szkolenie powinno zawierać również informacje o systemie włączania pacjentów, monitorowaniu oraz ocenie efektywności zarówno przez specjalistów, dietetyków, fizjoterapeutów oraz edukatorów. Przeprowadzenie (1-2 dniowych) szkoleń z zakresu funkcjonowania i komunikacji w ramach programu dla 20-50 pielęgniarek /dietetyków/fizjoterapeutów (w grupach 10-osobowych), ewentualnie pielęgniarek środowiskowych przy POZ. Szkolenie powinno być przeprowadzone przez przedstawicieli ośrodka koordynującego, przedstawiając schematy postępowania oraz dokumenty opracowane na potrzeby programu.

Szkolenia powinny być realizowane przez lekarzy specjalistów – neurologów przy współpracy ze specjalistami kardiologii, dietetyków, fizjoterapeutów oraz specjalistów psychologów/psychoterapeutów. Powinny zawierać informacje również o multidyscyplinarnych potrzebach pacjenta. Szkolenia powinny zawierać informacje m.in. o realizowanych programach i ich skuteczności. Szkolenia dla lekarzy AOS oraz oddziałów neurologicznych, którego celem będzie pokazanie założeń oraz budowy programu a także wypracowanie schematu współpracy i obiegu dokumentacji między oddziałami szpitalnymi a poradniami specjalistycznymi oraz lekarzem POZ.

13. Przygotowanie materiałów edukacyjnych dla pacjentów oraz systemu (opcjonalnie komputerowego) do koordynacji działań między poszczególnymi etapami poradnictwa. Materiały edukacyjne powinny zostać przygotowane przez przedstawicieli ośrodka koordynacyjnego z opracowaniem oddzielnych informacji dla pacjenta (plany aktywności fizycznej, plany żywieniowe), edukatorów oraz lekarzy (schematy postępowania, wzory dokumentów medycznych, ankiet ewaluacyjnych).

Etap realizacji i monitorowania (6–14 miesięcy realizacji Programu)

- Prowadzenie kampanii społecznej na rzecz profilaktyki udarów, czynników ryzyka, postępowania w zakresie udarów oraz zakresu programu następstw.
- Edukacja pacjentów na wszystkich szczeblach opieki zdrowotnej.
- Prowadzenie diagnostyki i monitorowania pacjentów po udarach w zależności od stopnia funkcjonowania pacjenta.
- Monitoring realizacji Programu.



Etap realizacji szpitalnej

1. Wszyscy pacjenci po udarze, hospitalizowani w oddziałach neurologicznych, neurologiczno-rehabilitacyjnych realizujących program, zostaną zaproszeni do wzięcia udziału w programie.
2. W przypadku wyrażenia przez pacjenta zgody na włączenie do programu lekarz neurolog wraz z lekarzem rehabilitantem oraz pielęgniarka opracują z pacjentem indywidualną kartę postępowania zdrowotnego. Jednocześnie pacjent może prowadzić dzienniczek (e-dzienniczek) związany z farmakoterapią oraz fizjoterapią. Dokument ten będzie zawierał informacje potrzebnych do zmodyfikowania zachowań zdrowotnych pacjenta²⁸, konieczności i sposobie przyjmowania leków a także miejscu i sposobach możliwego do uzyskania wsparcia przez lekarza oraz edukatora zdrowotnego. W tym przypadku możliwe jest zorganizowanie punktów wsparcia psychologicznej.
3. Przeprowadzenie 4 godzinnego szkolenia dla pacjentów po udarze (lub ich rodzin) – na etapie szpitalnym/poradni możliwość łączenia spotkań dla 2 pacjentów jednocześnie zaangażowanych do programu

²⁸ Profilaktyka i Promocja Zdrowia W Chorobach Układu Krążenia, W Tym Rehabilitacja Pacjentów Po Udarze Mózgu: <http://pcuz.pl/programy-zdrowotne/>

Bezpieczne poruszanie się - poradnik pacjenta po udarze mózgowym <http://www.kcr.pl/11,programy-zdrowotne-promocja-zdrowia.html>

o podobnym stopniu funkcjonowania w przypadku pacjentów samodzielnych. Przedmiotem szkolenia będzie przedstawienie głównych przyczyn występowania udarów a także możliwe dalsze skutki i powikłania. Szkolenie ma też przedstawić możliwe do osiągnięcia efekty w przypadku zmiany zachowań na prozdrowotne. Szkolenie prowadzone przez edukatora zdrowotnego:

- rola nawyków, żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu udarze oraz wpływ diety na stosowane leki.
 - rola rehabilitacji oraz farmakoterapii oraz stosowania się do zaleceń w zapobieganiu udarze oraz powikłaniom.
 - przykładowe schematy jadłospisów, przykładowe ćwiczenia możliwe do zastosowania przez pacjenta w ramach codziennej aktywności i w zapobieganiu udarom..
 - współpraca z edukatorem zdrowotnym,
 - omówienie protokołu postępowania aktywności codziennej.
4. Przeprowadzanie konsultacji z lekarzem rehabilitacji lub fizjoterapeutą o zakresie możliwych do podjęcia ćwiczeń oraz ustaleniu planu aktywności fizycznej dla pacjenta. W miarę możliwości oddział powinien zapewnić również możliwość pierwszej porady dietetycznej dla pacjenta. Prowadzenie rehabilitacji w warunkach szpitalnych jest elementem niezależnym od programu – finansowanym w ramach NFZ. Jednak jego włączenie do opieki nad pacjentem powinno być wpisane w schemat postępowania, jako element obowiązkowy u pacjentów po powikłanym lub ciężkim udarze.
 5. Zgłoszenie nowego pacjenta do ośrodka koordynującego oraz przydział przez ośrodek koordynujący program edukatora dla pacjenta. Budowa indywidualnego protokołu postępowania codziennego zdrowotnego dla pacjenta – lekarz specjalista, dietetyk, fizjoterapeuta oraz edukator zdrowotny.
 6. Przekazanie informacji o pacjencie oraz o jego stanie zdrowia i opracowanym planie postępowania prozdrowotnego do lekarza POZ oraz wybranej poradni neurologicznej/kardiologicznej.

Etap ambulatoryjny

- Akceptacja przez pacjenta zakresu działań oraz oczekiwanych efektów,
 - Rozpoczęcie realizacji zadań,
 - Wdrożenie systematycznej rehabilitacji/aktywności codziennej oraz stosowania się do farmakoterapii, zaleceń dietetycznych.
 - Wykonywanie podstawowej kontroli stanu pacjenta w AOS i POZ zgodnie z ustalonym standardem w ramach świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ.
 - Ocena efektów raz na kwartał i reagowanie na odstępstwa od założonego planu przez reedukację, wdrożenie zmian w leczeniu czy postępowania prozdrowotnego.
1. Utrzymywanie regularnego kontaktu telefonicznego (min. 1 x w tygodniu) oraz kontaktu osobistego (min. 1 x na 2 tygodnie lub miesiąc w zależności od stanu pacjenta) między edukatorem zdrowotnym a pacjentem po udarze lub jego rodziną. Kontakt inicjowany przez edukatora zgodnie ze standardowym opracowanym protokołem postępowania. W założeniu podczas każdego spotkania będą monitorowane podstawowe informacje o stanie zdrowia pacjenta (zakres przyjmowanych leków, liczba dawek, regularność wysiłku fizycznego oraz zachowania dietetyczne) jak również będą zbierane podstawowe dane antropologiczne (BMI, ciśnienie tętnicze lub inne ustalone w ramach protokołu postępowania). Spotkania mogą być organizowane wraz z kontrolną wizytą u lekarza specjalisty.

2. Każdy pacjent będzie miał obowiązek regularnych wizyt u lekarza POZ oraz lekarza neurologa zgodnie z zaleceniami protokołu postępowania klinicznego celem oceny efektów terapii farmakologicznej i oceny stanu zdrowia. Ewentualne odchylenia od założonego planu będą dalej zgłaszane do edukatora zdrowotnego, celem wypracowania zmian. W przypadku konieczności zmiany założeń powinna to być rozliczone w ramach Programu.
3. Każdy pacjent po kontrolnych wizytach u lekarza POZ oraz AOS i edukacji zdrowotnej otrzymywać będzie dalsze propozycje prowadzenia planu postępowania zdrowotnego, z których również będzie zobowiązany się rozliczać podczas spotkań z edukatorem.
4. Po okresie rocznej/dwurocznej obserwacji oraz współpracy między edukatorem oraz pacjentem zostaną podsumowane wyniki postępowania oraz przygotowane dalsze zalecenia.

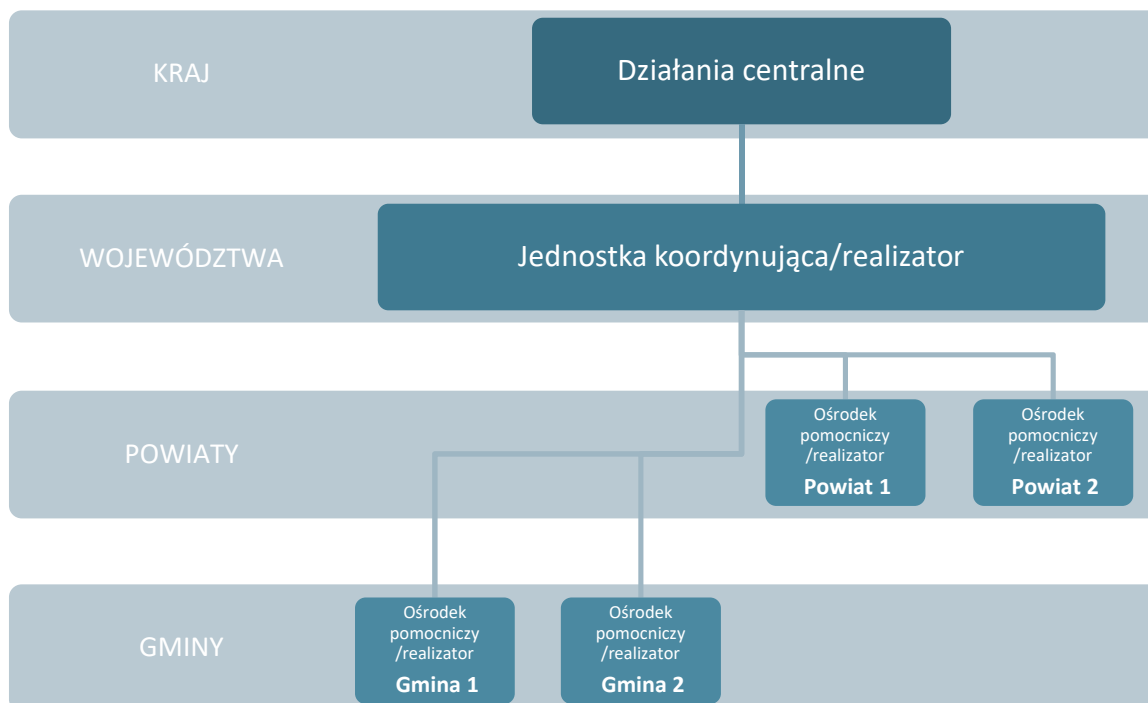
Zakres interwencji w ramach programu

- pacjent
 - edukacja szpitalna
 - edukacja w POZ
 - monitorowanie w AOS
 - plan protokołu postępowania klinicznego
 - plan protokołu postępowania codziennego.
- edukator
 - wsparcie pacjenta w realizacji zaleceń protokołów,
 - identyfikacja zagrożeń dla pacjenta oraz konieczności modyfikowania postępowania,
 - wsparcie w zakresie aktywności fizycznej i diety, farmakoterapii (za pomocą urządzeń mobilnych opcjonalnie).
 - Kontrola realizacji plan protokołu postępowania codziennego.
- lekarz AOS - neurolog
 - kontakt z lekarzem POZ poprzez edukatora zdrowotnego lub bezpośrednio,
 - wyznaczanie krótko i długoterminowych celów opieki nad pacjentem w ramach protokołu postępowania klinicznego,
 - wybór metod rehabilitacji we współpracy z fizjoterapeutą lub ośrodkiem rehabilitacji – opcjonalnie jeżeli rehabilitacja jest włączona w program.
- oddział neurologiczny/rehabilitacyjny
- stworzenie protokołu postępowania klinicznego
- wskazanie zagrożeń i kroków milowych
- konsultacje w ramach tworzenia protokołu postępowania codziennego.

Etap ewaluacji i zamknięcia (3–4 miesiące od momentu zamknięcia monitorowania ostatniego pacjenta)

1. Rozliczenie finansowe.
2. Sprawozdanie merytoryczne.
3. Podsumowanie realizacji Programu przez Ośrodek Koordynujący.

Moduł wojewódzki z udziałem samorządów terytorialnych



W ramach tego modułu jednostką koordynującą jest województwo, które zaprasza inne jednostki samorządu do programu. Po czym następuje podział obowiązków i finansowania poszczególnych elementów Programu.

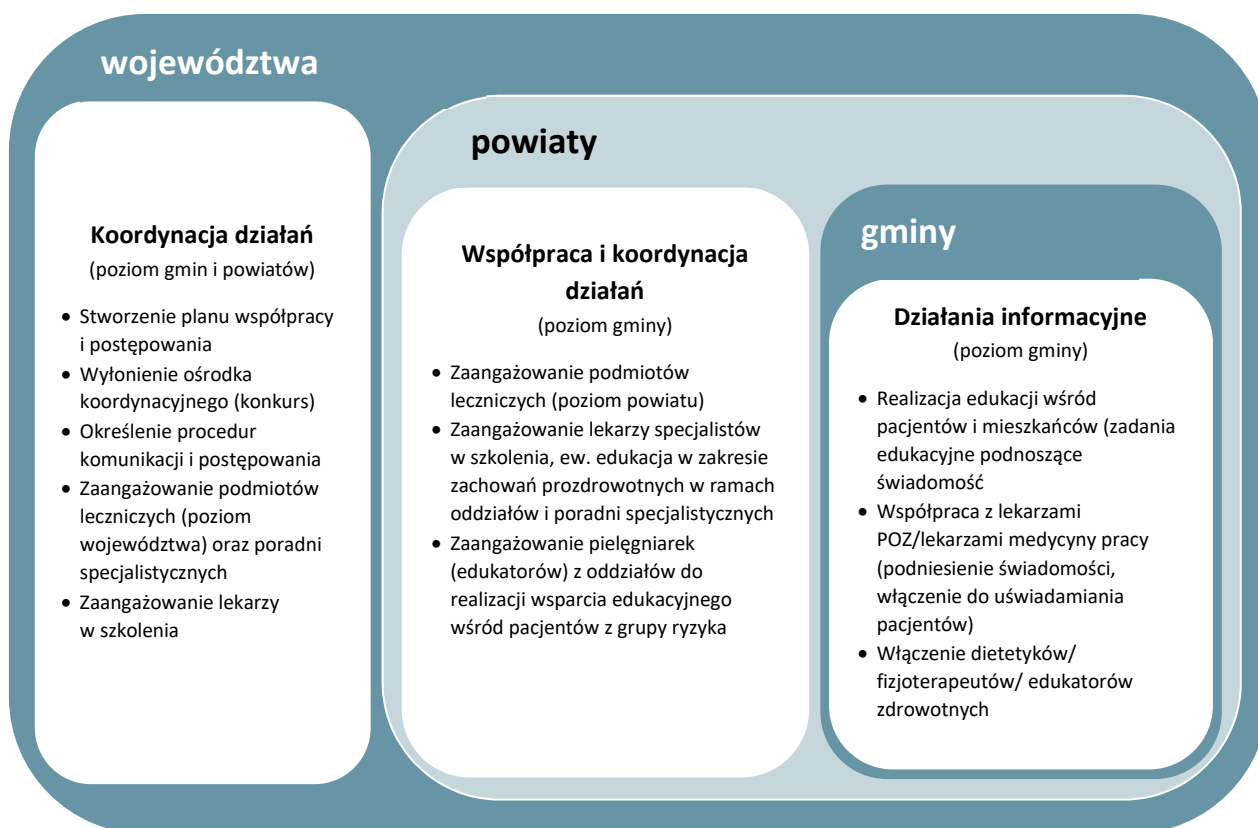
1. Zaproszenie do współpracy jednostek samorządów terytorialnych.
2. Podpisanie porozumienia o współpracy.
3. Wybór realizatorów Programu (konkurs lub wszystkie jednostki).
4. Przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych (opisane powyżej).
5. Realizacja Programu:
 - a. Dotarcie z informacją o Programie do osób spełniających kryteria włączenia (działania edukacyjne) – w wersji rozszerzonej można uwzględnić działania edukacyjne skierowane do personelu medycznego. Działania edukacyjne należy prowadzić poprzez lokalne media, strony internetowe, z wykorzystaniem plakatów i ulotek.
 - b. Rekrutacja do Programu.
 - c. Badanie osób zakwalifikowanych.
 - d. Badania interwencyjne.
6. Rozliczenie finansowe.
7. Sprawozdanie merytoryczne.
8. Podsumowanie realizacji Programu.

Moduł powiatowy z udziałem samorządów gminnych

1. Zaproszenie do współpracy jednostek samorządów gminnych.
2. Podpisanie porozumienia o współpracy.
3. Wybór realizatorów Programu (konkurs lub wszystkie jednostki).
4. Przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych (opisane powyżej).
5. Realizacja Programu:
 - a. Dotarcie z informacją o Programie do osób spełniających kryteria włączenia (działania edukacyjne) – w wersji rozszerzonej można uwzględnić działania edukacyjne skierowane do personelu medycznego. Działania edukacyjne należy prowadzić poprzez lokalne media, strony internetowe, z wykorzystaniem plakatów i ulotek.
 - b. Rekrutacja do Programu.
 - c. Wizyta włączająca do programu – ocena stanu pacjenta, wypracowanie indywidualnego protokołu postępowania klinicznych oraz aktywności codziennej dla pacjenta.
 - d. Wizyty edukatora zdrowotnego.
 - e. Walidacja programu raz na 3-6 miesięcy – edukator zdrowotny/dietetyk/fizjoterapeuta.
6. Rozliczenie finansowe.
7. Sprawozdanie merytoryczne.
8. Podsumowanie realizacji Programu.

Moduł gminny

1. Wybór realizatorów Programu (konkurs lub wszystkie jednostki) przez samorząd na poziomie gminy.
2. Przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych.
3. Realizacja Programu:
 - a. Dotarcie z informacją o Programie do osób spełniających kryteria włączenia (działania edukacyjne) – w wersji rozszerzonej można uwzględnić działania edukacyjne skierowane do personelu medycznego. Działania edukacyjne należy prowadzić poprzez lokalne media, strony internetowe, z wykorzystaniem plakatów i ulotek.
 - b. Rekrutacja do Programu.
 - c. Badanie osób zakwalifikowanych.
4. Rozliczenie finansowe.
5. Sprawozdanie merytoryczne.
6. Podsumowanie realizacji Programu.



4.2. Planowane interwencje

Działania w ramach programu zostaną skierowane do osób po przebytych udarach przed przeprowadzeniem lub po przeprowadzeniu rehabilitacji neurologicznej (przedmiotem programu może być ewentualne uwzględnienie rehabilitacji leczniczej jako jednej z form interwencji).

W ramach Programu oferowana jest pomoc w codziennej aktywności pacjenta w warunkach domowych. Punktem wyjściowym wypracowania współpracy z pacjentem jest jego ocena lekarska oraz następnie opracowanie protokołu postępowania klinicznego z uwzględnieniem planu rehabilitacji (w ramach świadczeń NFZ) oraz opracowanie protokołu postępowania codziennego – współpraca lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty oraz edukatora zdrowotnego.

Program powinien być dostosowany do potrzeb każdego uczestnika i zostać wdrożony w ramach:

- Warsztaty edukacyjne – max. 240 min jeden raz w momencie rozpoczęcia programu każdy trwający po 45 minut w celu edukacji dietetycznej, stosowania się do zaleceń lekarza oraz aktywności fizycznej codziennej opracowanej dla pacjentów przez fizjoterapeutę. Szkolenia, w zależności od stanu zdrowia uczestników mogą odbywać się ciągiem lub w sesjach.

- Kontynuowanie wsparcia i edukacji przez edukatora zdrowotnego w ramach bezpośrednich kontaktów i telefoniczne. Częstości wizyt edukatora powinna być dostosowana do potrzeb pacjenta, jego stanu ogólnego i możliwości funkcjonowania rodziny.
- W ramach programu możliwe jest rozważenie wsparcia psychologicznego dla pacjenta lub jego rodziny oraz ewentualnie wprowadzenie rehabilitacji ambulatoryjnej lub domowej.

Protokół postępowania klinicznego

zalecenia lekarskie na podstawie wypisu z oddziału neurologicznym lub rehabilitacji stacjonarnej

leki -

zalecenia do dalszych wizyt specjalistycznych i badań diagnostycznych

zalecenie dietetyczne

zalecenia dotyczące dalszego programu rehabilitacji

Protokół postępowania codziennego

szczegółowe zalecenie dietetyczne - rozpisanie posiłków

szczegółowe zalecenie fizjoterapeutyczne dotyczące codziennej aktywności

dzienniczek pacjenta dotyczące stosowania leków, wyników badań, przestrzegania diety

4.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w Programie zaproszone zostaną dorosłe osoby zameldowane na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Osoba po udarze oraz z postawionym rozpoznaniem migotaniem przedsionków, zgłaszająca się do Programu, będzie zobowiązana do przedstawienia dokumentu tożsamości zawierającego miejsce zameldowania.

Założony został 70-procentowy poziom zgłaszalności do Programu, który wynika z wieloletnich doświadczeń organizatorów Programów profilaktycznych (NFZ, samorządy lokalne). Raporty przygotowywane przez te instytucje pokazują, że frekwencja w badaniach profilaktycznych – np. w kierunku wczesnego wykrywania raka piersi – wynosi od 15% do 48% w zależności m.in. od gminy i siły akcji promocyjnej. W Programie arbitralnie założono, że frekwencja osiągnie co najmniej 70% zakładanej.

Konieczne jest przedstawienie szczegółowych kryteriów włączenia pacjentów do Programu:

- Pacjenci dorośli,
- Zameldowani na terenie województwa, powiatu lub gminy,
- Osoby z potwierdzonym rozpoznaniem udarem lub ewentualnie TIA (potwierdzenie na podstawie historii chorób przedstawionych przez pacjenta jako dodatkowej grupy docelowej).

4.4. Tryb zapraszania do Programu

Jednym z celów programów jest relatywnie wysoka frekwencja pacjentów i w tym celu ważne jest opracowanie i wdrożenie działań promocyjno-informacyjnych. Program skierowany jest do osób z różnych grup wiekowych (od 18 r. ż.), dlatego powinien być propagowany u lekarzy POZ oraz na każdym oddziale neurologii oraz rehabilitacji w danym samorządzie. W tym zakresie proponowane jest stworzenie: plakatów i ulotki informacyjne w podmiotach leczniczych, ulotki informacyjne u lekarzy POZ, informacja o Programie na stronie internetowej realizatora, kampania przez media społecznościowe i strony samorządów.

W ramach programu informacja powinna być skierowana dwoma strumieniami – do pacjentów i ich rodzin oraz do lekarzy. Proponujemy zaangażować i finansować współpracę partnerstwa podmiotów leczniczych a organizacji pozarządowych jako wspierających akcje promocyjne jak i także prowadzenie samego programu.

4.5. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu

Zakres interwencji i działania proponowane w ramach Programu są uzupełnieniem świadczeń realizowanych w ramach NFZ i są formą koordynacji i poprawy funkcjonowania pacjentów jak najbliżej ich domu. Istnieje możliwość dołączenia modułu rehabilitacyjnego do programu co pozwoli na poszerzenie zakresu świadczeń i stworzenie pełnego zakresu wsparcia pacjenta po udarze.

W zależności od określenia grupy docelowej w kwestii wieku (populacja pracująca lub nie) oraz stopnia sprawności pacjentów (pacjenci samodzielni / pacjenci niezdolni do samodzielnej egzystencji) konieczne jest wypracowanie indywidualnego trybu współpracy personelu medycznego i pacjenta i jego rodziny. W ramach programu pacjenci otrzymają pomoc bezpłatnie.

Interwencje muszą być realizowane przez zespół specjalistów – lekarzem neurologiem, dietetykiem, fizjoterapeutą, edukatorem zdrowotnym. Edukatorem zdrowotny oprócz wspierania pacjenta, jego edukacji ma pełnić także rolę koordynatora pomiędzy poszczególnymi osobami i etapami projektu. Program jest zaplanowany na 1-2 lata współpracy, w celu wypracowania odpowiednich zachowań prozdrowotnych pacjenta i ich podtrzymanie. W przypadku konieczności transportu pacjent powinien on być opłacony i zorganizowany w ramach programu.

4.6. Ocena Programu

Czas realizacji Programu

Możliwy czas realizacji 1-2-3 lata

Ocena zgłaszalności

Ocena zgłaszalności uczestników do programu będzie na bieżąco monitorowana przez Koordynatora Programu. Wszystkich realizatorów obowiązywać będzie miesięczna sprawozdawczość do jednostki koordynującej.

Przewidywana minimalna efektywność zgłoszeń to 50% zakładanej populacji oraz utrzymanie się przez co najmniej rok Programu.

Ocena satysfakcji z Programu

Każdy z uczestników Programu będzie proszony o wyrażenie swojej opinii na temat Programu, jego prowadzenia oraz promocji w formie anonimowej ankiety w trakcie trwania interwencji.

Ocena skuteczności interwencji

Pełne uczestnictwo w Programie polega na zrealizowaniu schematu badań oraz monitorowania pacjentów. Program zostanie oceniony przez pacjenta w ramach zakończonej ankiety jakości życia i ankiety oceny satysfakcji z Programu. Zakończenie udziału w Programie jest możliwe na każdym etapie Programu na życzenie uczestnika.

4.7. Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W ramach realizowanych zadań planowane są głównie opracowanie protokołów postępowania z pacjentem – klinicznym oraz postępowania codziennego, działania edukacyjne zdrowotne w ramach indywidualnych protokołów postępowania z pacjenta, bezpośredni kontakt telefoniczny lub wizyty domowe wraz z walidacją protokołów raz na 3-6 miesięcy przez zespół dietetyczno/rehabilitacyjny oraz monitorowania przez edukatora zdrowotnego, niefinansowane w takim zakresie przez płatnika publicznego.

We współpracy i za porozumieniem z OW NFZ program będzie promowany wśród lekarzy POZ, lekarzy medycyny pracy, neurologów, dietetyków, fizjoterapeutów jako możliwość uzupełnienia programów finansowanych ze środków publicznych NFZ jako uzupełnienie do wizyt w poradni specjalistycznej oraz lekarza POZ.

Pacjenci kwalifikowani do programu będą pod stałą opieką, zgodną z procedurą NFZ (opieka lekarza specjalisty oraz lekarza POZ). Działalność programu nie powoduje dodatkowych obciążeń dla płatnika publicznego.

4.8. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Program stanowi jedynie uzupełnienie do działań gwarantowanych Narodowego Funduszu Zdrowia i jest formą skoordynowania opieki na poziomie samorządu działań NFZ i podmiotów leczniczych. Sposób organizacji programu powinien być indywidualnie dobrany do potrzeb organizatorów i powinien być spójny organizacyjnie i merytorycznie. Zakres programu i jego interwencje w przedstawionej formie nie są obecnie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie ma zatem jego odpowiednika w zakresie świadczeń gwarantowanych.

4.9. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Interwencje realizowane w ramach Programu mogą być uzupełnieniem rehabilitacji świadczonej przez NFZ – w tym także długofalowej. Istotnym elementem opracowania Programu jest skonsultowanie ich z konsultantami wojewódzkimi oraz szczegółowe określenie zakresu świadczeń i działań w ramach NFZ oraz w ramach programu. Po zakończeniu programu każdy pacjent powinien mieć ocenione wyniki pod względem jakości życia i stopnia sprawności, liczby kolejnych udarów.

4.10. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez podmioty lecznicze, lekarzy i pielęgniarki przeszkolone na potrzeby Programu, które zostaną wybrane do realizacji Programu w drodze konkursu.

5. DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

5.1. Wytyczne postępowania

Rekomendacje z wytycznych dotyczących wtórnej profilaktyki po udarze dotyczą:

1. Pacjentom po przebytych udarze zaleca się zapewnienie odpowiedniej profilaktyki wtórnej, obejmującej rehabilitację neurologiczną, postępowanie farmakologiczne oraz systematyczną ocenę stanu klinicznego chorych oraz wsparcie socjalne/rodzinne.
2. Rehabilitacja neurologiczna stanowi program o charakterze multidyscyplinarnym, obejmujący swym działaniem współpracę pacjentów i odpowiednio wyszkolonych pracowników placówek medycznych w zakresie poprawy aktywności ruchowej pacjentów i zmniejszenie lub zapobieganie powikłaniom związanych z udarem poprzez edukacje pacjentów w aspektach związanych z chorobą i jej konsekwencjami, a także udzielenia odpowiednich informacji dotyczących sposobu modyfikacji stylu życia w celu redukcji ryzyka powtórnych zdarzeń sercowo-naczyniowych (promowanie odpowiedniej diety, aktywności ruchowej, zaprzestania palenia etc.), wsparcia psychologicznego oraz socjologicznego (radzenie sobie ze stresem i niepokojem).
3. Program rehabilitacji neurologicznej powinien być dostępny w równym zakresie dla wszystkich pacjentów, bez względu na ich płeć, pochodzenie oraz wiek. Podstawowym celem programu rehabilitacyjnego jest pomoc w powrocie pacjenta do trybu samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie oraz podtrzymywania w dalszej perspektywie tego stanu, a także redukcja ryzyka kolejnych zdarzeń sercowo-naczyniowych.
4. Wytyczne wyróżniają następujące fazy programu rehabilitacji: a. faza 1 (in-patient phase): rozpoczynana zaraz po przyjęciu pacjenta do szpitala, b. fazy 2 i 3 (out-patient phase): obejmujące okres przypadający na czas po wypisaniu pacjenta ze szpitala; pacjenci uczestniczą w zajęciach organizowanych w wyznaczonych do tego celu placówkach, c. faza 4 (long-term maintenance phase): faza podtrzymująca – pacjenci na własną rękę kontynuują stosowanie się do zaleceń przedstawianych w ramach programu (długofalowa zmiana zwyczajów behawioralnych), mogąc w dalszym ciągu korzystać z nadzoru i konsultacji z profesjonalistami.

5. Kluczowym zadaniem programów jest wzmaganie i promowanie u pacjentów aktywności fizycznej. Wytyczne zalecają, aby przed wdrożeniem odpowiedniego zestawu ćwiczeń ocenić sprawność ruchową i kondycję pacjenta, a także określić ryzyko powtórnych zdarzeń sercowo naczyniowych. Dobór odpowiednich ćwiczeń powinien być dokonany przez wykwalifikowany personel służby zdrowia i uwzględniać wszystkie wyżej wymienione aspekty.
6. Działania związane ze wsparciem psychologicznym pacjentów należy rozpocząć w okresie otrzymywania opieki szpitalnej. W pierwszym etapie należy ocenić u chorych obecność zachowań depresyjnych i lękowych. W system działań związanych z pomocą psychologiczną można zaangażować bliskich pacjenta.
7. Edukacja pacjentów ma służyć przede wszystkim lepszemu zrozumieniu zagadnień związanych z chorobą i koniecznością stosowania się do zaleceń lekarza, powinna także efektywnie wpływać na zmianę stylu życia.
8. Jednocześnie z uczestnictwem w programie rehabilitacji neurologicznej, pacjenci powinni otrzymywać odpowiednie leczenie farmakologiczne. Wytyczne zalecają, aby w ramach profilaktyki wtórnej u pacjentów po udarze stosować kombinację następujących leków.
9. W okresie profilaktyki wtórnej należy monitorować pacjentów pod kątem odpowiedniego ciśnienia, masy ciała, stężenia lipidów oraz kontroli glikemicznej, nadciśnienia, opieki kardiologicznej i kontroli innych chorób z grupy czynników ryzyka.

Tabela 10. Zestawienie wytycznych dotyczących ścieżki rehabilitacyjnej pacjentów po udarze

ŹRÓDŁO	ZAGADNIENIE WYTYCZNYCH	REKOMENDACJE (W SKRÓCIE)
Winstein 2016 [29]	Wytyczne dotyczące rehabilitacji oraz rekonwalescencji dorosłych pacjentów po udarze	<p>Wczesny wypis wspomagany (ang. <i>Early Supported Discharge</i>) u osób po łagodnym lub umiarkowanym udarze, którzy posiadają odpowiednie zasoby środowiskowe (wsparcie, możliwość rehabilitacji) skraca długość pobytu w ośrodkach stałej opieki czy szpitalu oraz przyspiesza nabycie niezależności.</p> <p>Interwencje w warunkach szpitalnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prewencja upadków: <ul style="list-style-type: none"> - w trakcie hospitalizacji: program prewencji upadków zaadresowany do pacjentów - po wypisie ze szpitala: udział w zajęciach trenujących równowagę - materiały edukacyjne dotyczące modyfikacji środowiska / domu celem uniknięcia upadków • poudarowa depresja: <ul style="list-style-type: none"> - brak konkretnych wyników z badań interwencyjnych - doniesienia o pozytywnym wpływie m.in. rozmów motywujących, ćwiczeń fizycznych, programów pomocy pielęgniarzki • prewencja uszkodzeń skórnych oraz przykurczy • prewencja zakrzepicy żył głębokich • leczenie nietrzymania moczu i kału • ocena, prewencja oraz leczenie bólu barku w przebiegu porażenia połowicznego • poudarowy ból pochodzenia ośrodkowego • wystąpienia drgawek

²⁹ Winstein CJ, Stein J, Arena R, i in. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke*. 2016;STR.0000000000000098

ŹRÓDŁO	ZAGADNIENIE WYTYCZNYCH	REKOMENDACJE (W SKRÓCIE)
<p>Intercollegiate Stroke Working Party of the Royal College of Physicians of London 2016 [30]</p>	<p>Wytyczne dotyczące organizacji systemu, który zwiększa dostępność do usług dla osób w trakcie i po udarze</p>	<p>Rehabilitacja w ujęciu krótkoterminowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aktywizacja uczestnictwa w życiu społecznym pacjentów po udarze poprzez: <ul style="list-style-type: none"> ○ tworzenie ścieżek klinicznych zwiększających dostęp do rehabilitacji osobom po udarze, ○ budowanie interdyscyplinarnych sieci specjalistów zajmujących się pacjentami po udarze ○ określenie potrzeb szkoleniowych pracowników w obszarach, w których pracownicy nie czują się pewnie (np. życie seksualne, poradnictwo zawodowe) ○ zapewnianie dostępu do sprzętu rehabilitacyjnego <p>Rehabilitacja w ujęciu długoterminowym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • przygotowywanie indywidualnej strategii działań prewencji wtórnej • umożliwianie monitorowanie stanu zdrowia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, pogłębianie wiedzy o samoleczeniu i stosowanych lekach • identyfikacja czynników ryzyka wystąpienia nawracających incydentów naczyniowych
<p>Jauch 2013 (AHA/ASA)[31]</p>	<p>Wytyczne wczesnego postępowania</p>	<p>Rekomendowane jest m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tworzenie kompleksowych, specjalistycznych oddziałów udarowych, które w ścieżce terapeutycznej uwzględniają rehabilitację. 2. wykorzystanie standaryzowanych algorytmów opieki poudarowej. 3. wczesna mobilizacja pacjentów w stanie nieciężkim celem uniknięcia wystąpienia podostrych powikłań poudarowych. 4. równoległe leczenie chorób współistniejących. 5. wczesne wprowadzenie interwencji zapobiegających wtórnemu udarowi. <p>Pozostałe rekomendacje odnoszą się do różnych aspektów terapii farmakologicznej (m.in. stosowanie antybiotyków, aspiryny) czy opieki szpitalnej (odżywianie).</p>

³⁰ Intercollegiate Stroke Working Party of the Royal College of Physicians of London, National Clinical Guideline for Stroke, 2016 <https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5th-ed.aspx>

³¹ Jauch EC, Saver JL, Adams HP, i in. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2013; 44(3):870–947.

ŹRÓDŁO	ZAGADNIENIE WYTYCZNYCH	REKOMENDACJE (W SKRÓCIE)
<p>NICE 2013 (CG162) [32]</p>	<p>Wytyczne dotyczące opieki klinicznej, jak i socjalnej w kwestii długotrwałej rehabilitacji i pomocy osobom dorosłym po udarze</p>	<p>Rekomendowane jest/są:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Oddziały udarowe <ul style="list-style-type: none"> - osoby po udarze z niepełnosprawnością powinny być rehabilitowane w odpowiednim oddziale poudarowanym, a dalej być pod opieką specjalisty w ramach opieki środowiskowej; - oprócz odpowiedniej opieki leczniczo-konsultacyjnej, pacjent powinien mieć dostęp do wielodyscyplinarnego programu edukacyjnego. ● Wielodyscyplinarny zespół udarowy, który: <ul style="list-style-type: none"> - powinien składać się z lekarza, pielęgniarek, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, terapeutów mowy i logopedów, psychologów, rehabilitantów oraz pracowników socjalnych. ● Współpraca w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej <ul style="list-style-type: none"> - przed przeniesieniem / wypisem pacjenta ze szpitala, należy przeprowadzić ocenę potrzeb pacjenta oraz jego rodziny/ opiekuna ● W procesie przejścia z opieki szpitalnej na środowiskową: <ul style="list-style-type: none"> - rozważenie wczesnego wypisu wspomaganego ze szpitala u osób, które są w stanie samodzielnie lub z pomocą przemieścić się z łóżka na krzesło; - zaoferowanie szkoleń przyszłym opiekunom w zakresie opieki nad pacjentem po udarze. ● Ustalenie celów rehabilitacji <ul style="list-style-type: none"> - w konsultacjach powinni wziąć udział zarówno pacjenci, jak i rodzina/opiekunowie. ● Określenie intensywności rehabilitacji <ul style="list-style-type: none"> - początkowo 45 min. rehabilitacji 5 dni w tyg. dla pacjentów ● Długotrwała pomoc socjalno-zdrowotna <ul style="list-style-type: none"> - ocena potrzeb zdrowotno-socjalnych pacjenta i jego opiekunów po 6 mies. oraz co rocznie. ● Ocena funkcji poznawczych ● Ocena emocjonalnego funkcjonowania ● Połykanie <ul style="list-style-type: none"> w przypadku dysfagii – terapia leczenia zaburzeń przełykania przynajmniej 3 razy w tygodniu, która dodatkowo powinna włączyć ćwiczenia ● Powrót do pracy <ul style="list-style-type: none"> - ocena wymagań dot. wykonywanej pracy oraz rozpoznanie czynników uniemożliwiających jej kontynuowanie - dopasowanie interwencji do potrzeb pacjenta - wizyta w miejscu pracy i nawiązanie współpracy z pracodawcą
<p>Billinger 2014 (AHA/ASA) [33]</p>	<p>Wytyczne dotyczące aktywności fizycznej oraz ćwiczeń u osób po udarze</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Zalecane są ćwiczenia aerobowe oraz wzmacniające. ● Aktywność fizyczna poprawia ogólne funkcjonowanie, zdolność wykonywania codziennych czynności oraz jakość życia. Redukuje ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych. ● Cele ćwiczeń należy dostosować do pacjenta, mając również na uwadze, aby ich dobór sprzyjał długotrwałemu stosowaniu.
<p>Bakas 2014 (AHA/ASA)[34]</p>	<p>Wytyczne dotyczące interwencji wspomagających opiekuna / rodzinę w opiece nad osobą po udarze</p>	<p>Rekomendowane jest/są:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● interwencje, które łączą rozwój umiejętności (np. w rozwiązywaniu problemów, radzeniu sobie ze stresem, określaniu celów) ze strategiami psychoedukacyjnymi. ● Interwencje dostosowane do potrzeb pacjenta. ● Interwencje bezpośrednie nad pośrednimi (kontakt telefoniczny), o ile jest możliwe ich przeprowadzenie. ● Interwencje przez internet można rozważyć u osób z dostępem do komputera.

³² NICE. Guidance and guidelines (CG162). Stroke rehabilitation in adults. Dostęp: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162> (4.10.2016).

³³ Billinger SA, Arena R, Bernhardt J, i in. Physical Activity and Exercise Recommendations for Stroke Survivors. *Stroke*. 2014; 45(8):2532–2553.

³⁴ Bakas T, Clark PC, Kelly-Hayes M, i in. Evidence for stroke family caregiver and dyad interventions: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and American Stroke Association. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*. 2014; 45(9):2836–2852.

ŹRÓDŁO	ZAGADNIENIE WYTYCZNYCH	REKOMENDACJE (W SKRÓCIE)
Kernan 2014 (AHA/ASA) [35]	Wytyczne dotyczące prewencji przyszłych udarów u osób po udarze niedokrwiennym oraz przemijającego napadu niedokrwiennego mózgu	
Bushnell 2014 (AHA/ASA)[36]	Wytyczne dotyczące prewencji udaru u kobiet	
New Zealand Clinical Guidelines for Stroke Management 2010	http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf Dodatkowo znaleziono – http://www.bpac.org.nz/BPI/2010/March/docs/bpj26_stroke2_pages38-43.pdf	

AHA – ang. American Heart Association; ASA – ang. American Stroke Association

5.2. Metodyka opracowania dowód skuteczności i bezpieczeństwa interwencji

Kryteria włączenia badań

Badania do analizy klinicznej włączano według następującego schematu:

POPULACJA: pacjenci po przebytych udarach: 1. dopuszczano włączenie badania, w których poza pacjentami po przebytych udarach uczestniczyli również pacjenci z chorobami współtowarzyszącymi.

INTERWENCJA: 1. rehabilitacja neurologiczna w warunkach szpitalnych i/lub pozaszpitalnych, 2. zmiana stylu życia polegająca na np.: modyfikacji diety, zaprzestaniu palenia tytoniu, 3. Rola edukatora zdrowotnego, 4. samoopieka pacjenta (*self-management*).6. opaski monitorujące aktywność codzienną.

KOMPARATOR/Y: 1. brak rehabilitacji kardiologicznej lub inny typ rehabilitacji kardiologicznej (np. w warunkach szpitalnych vs w warunkach pozaszpitalnych), 2. brak czynności mających na celu zmianę stylu życia, 3. Brak edukatora, 4. brak wystandaryzowanych programów samoopieki.

PUNKTY KOŃCOWE: zgon, kolejny udar, zmiana parametrów klinicznych takich jak:, poziom trójglicerydów, poziom poszczególnych frakcji cholesterolu oraz TC, nikotynizm i in., jakość życia.

METODYKA: przeglądy systematyczne i/lub metaanalizy (od roku 2010)

Dodatkowo dla analizowanej populacji poszukiwano badań pozwalających na ocenę stopnia compliance lekowego oraz zależności compliance lekowego względem obserwowanych efektów zdrowotnych. Z uwagi na charakter ocenianego zjawiska kryteria włączenia ograniczono tu do zgodności w zakresie populacji.

³⁵ Kernan WN, Ovbiagele B, Black HR, i in. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke. 2014;STR.0000000000000024.

³⁶ Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, i in. Guidelines for the Prevention of Stroke in Women. Stroke. 2014;01.str.0000442009.06663.48.

5.3. Rola edukatora / promocja zdrowia

Tabela 11.
Zestawienie informacji dotyczących rozwiązań w kwestii edukacji i promowania zdrowia u pacjentów po udarze lub ich rodzin / opiekunów

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	REKOMENDACJE
NICE 2009 (CG76) (ostatnia aktualizacja: Marzec 2015) [37]	Wytyczne dotyczące włączenia pacjentów w proces decyzyjny lekarzy w zakresie przepisywanych leków oraz wspierania przestrzegania zasad ich przyjmowania	<ul style="list-style-type: none"> • Promowanie dobrej komunikacji pomiędzy pacjentami a pracownikami służby zdrowia, dostosowując przekaz do możliwości pacjenta wynikających z jego niepełnosprawności. • Uwzględnianie opinii pacjenta w procesie decyzyjnym dotyczącym leczenia farmakologicznego (kwestie: preferencje leczenia, ocena ryzyka i korzyści, odmowa leczenia). • Dostarczanie materiałów i informacji umożliwiających podjęcia przez pacjenta świadomej decyzji. • Wspieranie dyscypliny przestrzegania zaleceń terapeutycznych (identyfikacja przyczyn nieprzestrzegania, modyfikacja dawkowania lub formy leku, dodatkowe konsultacje). • Okresowa ewaluacja schematu leczenia uwzględniająca opinię pacjenta oraz jego dyscyplinę stosowania leku. • Promowanie dobrej komunikacji między pracownikami ochrony zdrowia w zakresie zdrowia pacjenta, przepisywanych pacjentowi leków.
NICE 2015 (NG5) [38]	Wytyczne dotyczące bezpiecznego i skutecznego stosowania leków celem osiągnięcia najlepszych możliwych rezultatów terapeutycznych	<ul style="list-style-type: none"> • Współtworzenie przyjaznego środowiska oraz przejrzystych zasad, które wspierają rozpoznawanie, raportowanie oraz formowanie wniosków na podstawie zaistniałych zdarzeń niepożądanych związanych z przyjmowanym lekiem. • Opiekunowie/rodzina pacjenta powinni być przeszkoleni w kierunku rozpoznawania oraz raportowania działań niepożądanych. • Właściwe informacje powinny być przekazywane odpowiednim jednostkom medycznym, opiekunom/rodzinie pacjenta w przypadku jego przeniesienia pomiędzy jednostkami medycznymi. • Należy rozważyć dodatkowe środki wsparcia (kontakt telefoniczny, konsultacje z farmaceutą, wizyty domowe przez pielęgniarkę/lekarza rodzinnego) u osób przynależących do szczególnych grup jak dzieci, młodzi pacjenci poddawani polifarmakoterapii lub z przewlekłymi chorobami, jak i osoby starsze. • Regularna ewaluacja farmakoterapii z uwzględnieniem wszystkich przyjmowanych środków (na receptę, suplementów itp.) oraz opinii pacjenta/rodziny/ opiekunów. • Plany typu <i>self-management</i>: realizowane przez pacjenta lub pracownika służby zdrowia przy współdziałaniu także rodziny/opiekunów; plany mogą przyjmować różne formy, np. plany w formie dokumentacji dot. farmakologicznej kontroli choroby. • Pomoce wspierające decyzje pacjenta dotyczące przyjmowanych leków. • Pomoce wspierające decyzje kliniczne pracowników służby zdrowia (np. rozwiązania IT). • Modele organizacji oraz międzysektorowej współpracy medycznej.

³⁷ NICE. Guidance and guidelines (CG76). Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Dostęp: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG76/chapter/1-Guidance> (4.10.2016)

³⁸ NICE. Guidance and guidelines (NG5). Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes. Dostęp: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG5/chapter/1-recommendations#medicines-related-communication-systems-when-patients-move-from-one-care-setting-to-another> (4.10.2016).

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	ZAGADNIENIE	REKOMENDACJE
Nieuwlaet 2014 [39]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Ocena skuteczności interwencji celujących w poprawę przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych	<p>Wnioski</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wyniki badań są niespójne. • Najmniej wątpliwe metodologicznie badania, oceniały złożone, zindywidualizowane interwencje prowadzone przez pracowników służby zdrowia (w tym farmaceutów) w zakresie intensywnej edukacji, konsultacji (włączając rozmowy motywujące, terapie poznawczo-behawioralne) lub codzienną pomoc terapeutyczną, czy dodatkowe wsparcie ze strony rodziny / bliskich. • Żadna z badanych interwencji nie przyniosła znaczącej poprawy w zakresie wyników klinicznych lub przestrzegania zaleceń terapeutycznych.
Conn 2015	PS: interwencje poprawiające dyscyplinę przestrzegania zaleceń terapeutycznych u pacjentów z nadciśnieniem: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26560139		

5.4. Rehabilitacja

Tabela 12. Zestawienie przeglądów systematycznych dotyczących badań w zakresie różnych form rehabilitacji dla pacjentów po udarze

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	ZAGADNIENIE	BADANE INTERWENCJE	WNIOSKI
Laver 2013 [40]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Ocena wpływu telerehabilitacji na poprawę w zakresie codziennych czynności w porównaniu do rehabilitacji bezpośredniej (ang. <i>in-person rehabilitation</i>) czy braku rehabilitacji u pacjentów po udarze	Telerehabilitacja	Brak wystarczających danych, aby wyciągnąć wnioski. Brak istotnych statystycznie wyników w zakresie samodzielności przy codziennych czynnościach czy poprawy sprawności kończyn górnych.
Laver 2015 [41]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Ocena skuteczności rzeczywistości wirtualnej w porównaniu do alternatywnych opcji lub braku interwencji w zakresie poprawy czynności górnych kończyn u pacjentów po udarze.	Rzeczywistość wirtualna	Rzeczywistość wirtualna oraz interaktywne gry mogą być korzystne w zakresie poprawy czynności górnych kończyn oraz codziennych czynności (wyniki istotne statystycznie). Zebrane dane były niewystarczające, aby określić wpływ badanej interwencji na parametry jak siła uścisku, chód czy ogólnej motoryczności.

³⁹ Nieuwlaet R, Wilczynski N, Navarro T, i in. Interventions for enhancing medication adherence. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2014; (11):CD000011.

⁴⁰ Laver KE, Schoene D, Crotty M, i in. Telerehabilitation services for stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; (12):CD010255.

⁴¹ Laver KE, George S, Thomas S, i in. Virtual reality for stroke rehabilitation. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; (2):CD008349.

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	ZAGADNIENIE	BADANE INTERWENCJE	WNIOSKI
Saunders 2016 [42]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Wpływ treningu fitness na redukcję śmiertelności, niepełnosprawności oraz ogólnej zależności w porównaniu do standardowej opieki, braku interwencji lub nieaktywnych interwencji u pacjentów po udarze	Trening fitness typu kardio-oddechowy (ang. <i>cardiorespiratory training</i>), trening wytrzymałościowy lub mieszany	Trening typu kardio-oddechowy oraz, w mniejszym stopniu, mieszany przyczyniły się do zmniejszania niepełnosprawności w trakcie lub po zakończeniu opieki standardowej (w domenach maksymalna czy preferowana prędkość chodu, zasięg chodu). Zebrane dane dotyczące wpływu interwencji na zdolności poznawcze są niewystarczające.
Hoffmann 2010 [43]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Wpływ terapii zajęciowej na sprawność funkcjonalną związaną z codziennymi czynnościami czy wybranymi zdolnościami poznawczymi	Terapia zajęciowa (ang. <i>occupational therapy</i>)	Potencjalne korzyści płynące z interwencji nie mogą być oszacowane na podstawie zebranych danych. Dalsze badania w tym temacie są wymagane.
Thieme 2012 [44]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Ocena skuteczności terapii lustrem w poprawie funkcji motorycznych, wzrokowo-przestrzennych oraz codziennej aktywności	Terapia lustrem (ang. <i>mirror therapy</i>)	Zebrane wyniki potwierdzają skuteczność terapii lustrem stosowanej w połączeniu ze standardową rehabilitacją w poprawie funkcji motorycznych kończyn górnych oraz codziennej aktywności pacjentów po udarze.

5.5. Self-management

Tabela 13.

Zestawienie przeglądów systematycznych dotyczących oceny interwencji typu *self-management* skierowanych do pacjentów po udarze lub ich rodzin/opiekunów

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	ZAGADNIENIE	BADANE INTERWENCJE	WNIOSKI
Fryer 2016 [45]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Ocena wpływu interwencji typu <i>self-management</i> na jakość życia w porównaniu do pasywnych i aktywnych (standardowa opieka) interwencji u dorosłych po udarze mieszkających w warunkach pozaszpitalnych	Interwencje typu <i>self-management</i>	Programy typu <i>self-management</i> przynoszą korzyści pacjentom w domenach: jakości życia oraz poczucia własnej skuteczności (ang. <i>self-efficacy</i>). Nie odnotowano jednak znaczącej skuteczności w zakresie codziennych czynności, samopoczucia czy przestrzegania zaleceń farmakologicznych.

⁴² Saunders DH, Sanderson M, Hayes S, i in. Physical fitness training for stroke patients Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.

⁴³ Hoffmann T, Bennett S, Koh C-L, i in. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010.

⁴⁴ Thieme H, Mehrholz J, Pohl M, i in. Mirror therapy for improving motor function after stroke Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012.

⁴⁵ Fryer CE, Luker JA, McDonnell MN, i in. Self management programmes for quality of life in people with stroke. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016; (8):CD010442.

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	ZAGADNIENIE	BADANE INTERWENCJE	WNIOSKI
Parke 2015 [46]	Przegląd systematyczny: RCT	Przegląd, w ramach programu PRISMS (ang. <i>Practical Systematic Review of Self-Management Support for long-term conditions</i>), badań dotyczących interwencji typu <i>self-management</i> u pacjentów po udarze	Interwencje typu <i>self-management</i>	Pojęcie " <i>self-management</i> " jest rzadko stosowane. Jednak jego elementy stanowią często składową rehabilitacji (m.in. wyznaczanie celów, określanie działań czy umiejętność rozwiązywania problemów). Odnaleziono wysokiej jakości dowody potwierdzające, że wprowadzenie tej interwencji w proces rehabilitacji przekłada się na szybką poprawę w zakresie podstawowych, jak i złożonych codziennych czynności, redukcji poziomu negatywnych punktów końcowych jak zależność / zgon. Ponadto, są też przesłanki, iż rehabilitacja i <i>self-management</i> pozytywnie przyczyniają się do re-integracji pacjenta w swoim środowisku.
Pearce 2015 [47]	Przegląd systematyczny	Ocena skuteczności interwencji typu <i>self-management</i> u pacjentów po udarze	Interwencje typu <i>self-management</i>	Wnioski z przeglądu podkreślają znaczenie interwencji typu <i>self-management</i> na wszystkich etapach po wystąpieniu udaru. Podstawowe zalecenia odnoszące się do <i>self-management</i> to: <ul style="list-style-type: none"> a) wsparcie udzielone osobom po udarze ma pozytywny wpływ na powrót do zdrowia b) istotne znaczenie w procesie leczenia mają relacje z pracownikami ochrony zdrowia, którzy udzielają wskazówek oraz informacji istotnych na każdym etapie leczenia c) udzielanie wsparcia dopasowanego do indywidualnych potrzeb pacjenta na wczesnych etapach po wystąpieniu udaru skutkuje osiąganiem lepszych odległych wyników w postaci reintegracji ze społeczeństwem, lepszym radzeniem sobie ze stresem oraz szybszym zdobywaniem nowych umiejętności d) grupy zrzeszające osoby po udarze stanowią wsparcie dla pacjentów.

⁴⁶ Parke HL, Epiphaniou E, Pearce G, i in. Self-Management Support Interventions for Stroke Survivors: A Systematic Meta-Review. PLOS ONE. 2015; 10(7):e0131448.

⁴⁷ Pearce G, Pinnock H, Epiphaniou E, et al. Experiences of Self-Management Support Following a Stroke: A Meta-Review of Qualitative Systematic Reviews. Quinn TJ, ed. PLoS ONE. 2015;10(12):e0141803. doi:10.1371/journal.pone.0141803. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4682853/>

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	ZAGADNIENIE	BADANE INTERWENCJE	WNIOSKI
Warner 2015 [48]	Przegląd systematyczny	Zidentyfikowanie rodzajów interwencji <i>self-management</i> oraz ocena ich skuteczności u pacjentów po udarze	Interwencje typu <i>self-management</i>	Autorzy przeglądu do najbardziej znaczących strategii wsparcia <i>self-management</i> zaliczają indywidualne podejście do chorego uwzględniające przekazywanie usystematyzowanych informacji, wspólne ustalanie celów oraz przyszłych działań oraz profesjonalne wsparcie. Istnieją przesłanki wskazujące, że <i>self-management</i> mogą znacząco zwiększać udział pacjentów w procesie leczenia oraz poprawiać ich funkcjonowanie. W związku z wysokim poziomem heterogeniczności badań włączonych do przeglądu, nie przeprowadzono metaanalizy.
Lennon 2013 [49]	Przegląd systematyczny	Zidentyfikowanie dowodów naukowych dla interwencji <i>self-management</i>	Interwencje typu <i>self-management</i>	Przegląd wskazuje zasadność wprowadzania interwencji typu <i>self-management</i> u pacjentów po przebytym udarze. Nie sprecyzowano najbardziej odpowiedniej metody oraz podejścia do pacjenta, jakie powinno być zastosowane w <i>self-management</i> .

5.6. Krokomierze

Tabela 14. Zestawienie doniesień naukowych dla rozwiązań telemetrycznych stosujących krokomierze

PUBLIKACJA	JEDNOSTKA CHOROBOWA	TECHNOLOGIA	WYNIKI
Field 2013 ⁵⁰	Po udarze		Występują znaczne różnice pomiędzy dokładnością stosowanych narzędzi mierzących aktywność fizyczną. Akcelerometry i pedometry mogą służyć motywowaniu uczestników do zwiększonej aktywności fizycznej
Venroy 2016 ⁵¹	Po udarze	Sense Wear Pro 2 Yamax Digi Walker SW 200	W grupie pacjentów monitorowanych w domu liczba pokonywanych kroków była większa w stosunku do osób będących w Centrum Rehabilitacji. W tej grupie zanotowano również większy wydatek energetyczny związany z aktywnością fizyczną.

⁴⁸ Warner G, Packer T, Villeneuve M, Audulv A, Versnel J. A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: self-management programs for stroke survivors. *Disabil Rehabil.* 2015;37(23):2141-63. doi: 10.3109/09638288.2014.996674. Epub 2015 Jan 12. Review. PubMed PMID: 25579669.

⁴⁹ Lennon S, McKenna S, Jones F. Self-management programmes for people post stroke: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2013 Oct;27(10):867-78. doi:10.1177/0269215513481045. Epub 2013 Mar 29. Review. PubMed PMID: 23543340.

⁵⁰ Field M, Gebruers N, Sundaram T, Nicholson, Mead G. Physical Activity after Stroke: A Systematic Review and Meta-Analysis. *ISRN Stroke Volume 2013 (2013)*, 464176

⁵¹ Vanroy C, Vissers D, Vanlandewijck Y, Feys H, Truijien S, Michielsens M, Cras P. Physical activity in chronic home-living and sub-acute hospitalized stroke patients using objective and self-reported measures. *Top Stroke Rehabil.* 2016 Apr;23(2):98-105.

PUBLIKACJA	JEDNOSTKA CHOROBOWA	TECHNOLOGIA	WYNIKI
Sullivan 2014 ⁵²	Przewlekły udar	330 Step Pedometer Sportline	Badanie przedstawia wstępny etap określania skuteczności interwencji stosowania krokomiernika u osób z przewlekłym udarem. 80% badanych odczuwało satysfakcję z korzystania z krokomiernika. Wskazano na umiarkowany efekt związany z <i>Stroke Impact Scale-16</i> (skalą wykorzystywaną do samooceny jakości życia w oparciu o zdolność percepcji i sprawność fizyczną) oraz 6-minutowym testem marszowym
Vanroy 2014 ⁵³	Po udarze	Sense Wear Pro 2 Yamax Digi Walker SW 200	Yamax Digi-Walker SW-200 wskazany został, jako urządzenie skuteczne w pomiarze liczby kroków
Fulk 2014 ⁵⁴	Po udarze	StepWatch Activity Monitor Yamax Digi-Walker SW-701 Fitbit Ultra Nike+	Fitbit Ultra może być najtańszą alternatywą w mierzeniu poziomu aktywności u osób z udarem. Dwa urządzenia o najwyższej dokładności pomiaru to StepWatch Activity Monitor. oraz Fitbit Ultra
Dedov 2015 ⁵⁵	Po udarze	MedExercise® ST*	Wyniki badania sugerują przydatność technologii w zakresie optymalizacji rehabilitacji kończyny dolnej
Heeren 2013 ⁵⁶	Przewlekły udar	C-Mill Yamax digiwalker*	Po zastosowaniu obu technologii aktywność fizyczna wzrosła o około 20% (p<0,05)
Carroll 2012 ⁵⁷	Po udarze	OMRON HJ-113-E	Krokomierniki są możliwe do zastosowania u osób po udarze. Największe ograniczenia związane z wykorzystaniem krokomiernika dotyczą prędkości poruszania się pacjenta. Nie wykrywają one na ogół prędkości chodu poniżej 0,5 m/s 78% uczestników badania odpowiedziało twierdząco na pytanie dotyczące chęci korzystania z krokomiernika w przyszłości.
Robinson 2011 ⁵⁸	Po udarze	VKRFitness Twin	Subiektywne oraz obiektywne miary aktywności fizycznej były słabo skorelowane. Istotne jest, aby stosować obie metody pomiaru aktywności fizycznej.
Baert 2012 ⁵⁹	Po udarze	Yamax SW-200	Istotne jest, aby być aktywnym po wystąpieniu udaru. Zaleca się, by wykonywać ćwiczenia o umiarkowanym natężeniu w oparciu o pomiary z krokomiernika.
Shaughnessy 2005 ⁶⁰	Po udarze	SAM (step activity monitoring)	Wzrost liczby wykonywanych kroków w ciągu 3 miesięcy o 80% (1100 kroków) dziennie. Nie odnotowano wzrostu prędkości poruszania w trakcie trwania badania.

* krokomiernik służył, jako urządzenie wspomagające lub nadzorujące rehabilitację

⁵² Sullivan JE, Espe LE, Kelly AM, Veilbig LE, Kwasny MJ. Feasibility and outcomes of a community-based, pedometer-monitored walking program in chronic stroke: a pilot study. *Top Stroke Rehabil.* 2014 Mar-Apr;21(2):101-10.

⁵³ Vanroy C, Vissers D, Cras P, Beyne S, Feys H, Vanlandewijck Y, Truijien S. Physical activity monitoring in stroke: SenseWear Pro2 activity accelerometer versus Yamax Digi-Walker SW-200 pedometer. *Disabil Rehabil.* 2014;36(20):1695-703.

⁵⁴ Fulk GD, Combs SA, Danks KA, Nirider CD, Raja B, Reisman DS. Accuracy of 2 activity monitors in detecting steps in people with stroke and traumatic brain injury. *Phys Ther.* 2014 Feb;94(2):222-9.

⁵⁵ Dedov VN, Dedova IV. A bilateral rehabilitation system for the lower limbs. *Disabil Rehabil Assist Technol.* 2015 Jan;10(1):75-80.

⁵⁶ Heeren A, van Ooijen M, Geurts AC, Day BL, Janssen TW, Beek PJ, Roerdink M, Weerdesteyn V. Step by step: a proof of concept study of C-Mill gait adaptability training in the chronic phase after stroke. *J Rehabil Med.* 2013 Jul;45(7):616-22.

⁵⁷ Carroll SL, Greig CA, Lewis SJ, McMurdo ME, Sniehotta FF, Johnston M, Johnston DW, Scopes J, Mead GE. The use of pedometers in stroke survivors: are they feasible and how well do they detect steps? *Arch Phys Med Rehabil.* 2012 Mar;93(3):466-70.

⁵⁸ Robinson CA, Shumway-Cook A, Ciol MA, Kartin D. Participation in community walking following stroke: subjective versus objective measures and the impact of personal factors. *Phys Ther.* 2011 Dec;91(12):1865-76.

⁵⁹ Baert I, Feys H, Daly D, Troosters T, Vanlandewijck Y. Are patients 1 year post-stroke active enough to improve their physical health? *Disabil Rehabil.* 2012;34(7):574-80.

⁶⁰ Shaughnessy M, Michael K, Sirkin J, Macko R. Steps after stroke. *Stroke.* 2005 Jun;36(6):1305-7.

5.7. Opieka środowiskowa

Tabela 15.

Zestawienie przeglądów systematycznych dotyczących oceny różnych form opieki środowiskowej dla pacjentów po udarze lub ich rodzin/opiekunów

ŹRÓDŁO	RODZAJ DOWODU	ZAGADNIENIE	INTERWENCJE	WNIOSKI
Barclay 2015 [61]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Wpływ interwencji na mobilność środowiskową (ang. <i>community ambulation</i>) pacjenta po udarze	ćwiczenia w zakresie poruszania się (ang. <i>walking practice</i>); aktywności imitujące poruszanie się, np. w rzeczywistości wirtualnej lub wyobrażenia	Brak wystarczających dowodów, aby ocenić skuteczność interwencji.
Cheng 2015 [62]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Wpływ rozmowy motywacyjnej (ang. <i>motivational interviewing</i>) na poprawę w zakresie codziennych czynności u pacjentów po udarze	Rozmowa motywacyjna	Brak istotnych różnic między grupą badaną a kontrolną (standardowa opieka poudarowa) w zakresie aktywności oraz śmiertelności. Stwierdzono u uczestników częstszą poprawę samopoczucia
Fletcher-Smith 2013 [63]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Ocena wpływu terapii zajęciowej na poprawę, przywrócenie oraz utrzymanie samodzielności w codziennych czynnościach u osób po zawale przebywających w ośrodkach stałej opieki	Terapia zajęciowa (ang. <i>occupational therapy</i>)	Zebrane dane są niewystarczające, aby potwierdzić lub zanegować skuteczność interwencji. Dalsze badania w tym temacie są wskazane.
Legg 2011 [64]	Przegląd systematyczny Cochrane: RCT	Ocena skuteczności interwencji przeznaczonych dla opiekunów, jak i opiekunów oraz pacjentów po udarze	Wsparcie, programy edukacyjne, szkolenia, interwencje zajęciowe, interwencje psychoedukacyjne	Zebrane dane nie pozwoliły na przeprowadzenie meta-analizy. Autorzy wskazują, że interwencje o charakterze edukacyjnym lub zajęciowym adresowane dla opiekunów pacjentów po udarze przed ich wypisem ze szpitala, zdają się być najbardziej obiecujące.

⁶¹ Barclay RE, Stevenson TJ, Poluha W, i in. Interventions for improving community ambulation in individuals with stroke Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.

⁶² Cheng D, Qu Z, Huang J, i in. Motivational interviewing for improving recovery after stroke Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015.

⁶³ Fletcher-Smith JC, Walker MF, Cobley CS, i in. Occupational therapy for care home residents with stroke Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013.

⁶⁴ Legg LA, Quinn TJ, Mahmood F, i in. Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; (10):CD008179.

5.8. Podsumowanie dowodów na skuteczność proponowanych interwencji w ramach programu

Podsumowując wyniki skuteczności i bezpieczeństwa poszczególnych terapii można wysnuć następujące wnioski:

1. Skuteczność roli edukatora zdrowotnego nie została potwierdzona z uwagi na niespójne wyniki poszczególnych analizowanych badań. Warto zauważyć, że żadna z badanych interwencji nie przyniosła znaczącej poprawy w zakresie wyników klinicznych lub przestrzegania zaleceń terapeutycznych
2. Skuteczność działań związanych z rehabilitacją została wykazana w przypadku stosowania rehabilitacji z użyciem rzeczywistości wirtualnej, zajęć fitnessu typu kardio-oddechowego oraz terapii lustrem. W pierwszym przypadku wykazano, że wykorzystanie jej może wpływać na poprawę czynności górnych kończyn oraz codziennych czynności. Zajęcia fitnessu typu kardio-oddechowego wpływają na zmniejszenie niepełnosprawności w trakcie lub po zakończeniu opieki standardowej. Terapia lustrem w połączeniu ze standardową rehabilitacją wpływa na usprawnienie funkcji motorycznych kończyn górnych oraz codziennej aktywności pacjentów po udarze. Z powodu niewystarczających dowodów naukowych nie uzyskano odpowiedzi na pytanie, jaki jest wpływ telerehabilitacji oraz terapii zajęciowej na kondycję osób po udarze.
3. Działania z zakresu self-management uznano, jako skuteczne w zakresie: poprawy jakości życia oraz poczucia własnej skuteczności, szybszej poprawy podstawowych, oraz złożonych codziennych czynności, oraz redukcji poziomu negatywnych punktów końcowych (np. zgonów). Przypuszcza się również, że ten typ rehabilitacji/aktywności codziennej przyczynia się do re-integracji pacjenta w swoim środowisku. Badania potwierdzają, że wsparcie udzielone osobom po udarze ma pozytywny wpływ na powrót do zdrowia. Szczególna rola przypisywana jest pracownikom ochrony zdrowia, służą wsparciem fachową wiedzą. Rozpoczęcie edukacji pacjenta na wczesnych etapach po wystąpieniu udaru skutkuje osiąganiem lepszych odległych wyników w postaci reintegracji ze społeczeństwem, lepszym radzeniem sobie ze stresem oraz szybszym zdobywaniem nowych umiejętności. Doradza się ponadto stosowanie indywidualne podejście do chorego uwzględniające przekazywanie usystematyzowanych informacji, wspólne ustalanie celów, przyszłych działań oraz profesjonalne wsparcie. Co istotne, działania z zakresu self-management mogą znacząco zwiększać udział pacjentów w procesie leczenia oraz poprawiać ich funkcjonowanie.
4. Analizowane publikacje wskazują na skuteczność stosowania krokomierza, jako sposobu dokonywania pomiaru oraz zwiększania aktywności fizycznej wśród osób po udarze. Jako jedno z ograniczeń stosowania krokomierza wskazana została niezdolność urządzenia do wykrycia ruchów użytkownika przy prędkości poniżej 0,5 m/s.
5. Znaczenie opieki środowiskowej dla prewencji wtórnej nie zostało potwierdzone w żadnym z analizowanych badań.

6. KOSZT REALIZACJI

6.1. Koszty opracowania Programu

Koszty programu powinny zawierać wszystkie wydatki opracowane w oparciu o przewidywany zakres interwencji oraz liczbę przewidywanych uczestników na poszczególnych etapach. W zależności od złożoności programu należy pamiętać o koordynacji podejmowanych działań, o konieczności opłacenia przygotowania materiałów i personelu medycznego oraz promocji programu.

W przygotowanych założeniach budżet programu powinien zawierać:

1. Opracowanie zasad opracowania protokołów postępowania klinicznego oraz standardu protokołu aktywności codziennej oraz materiałów uzupełniających zalecenia, zasad komunikacji oraz dzienniczków pacjenta – 5 000 zł koszt opracowania kompletu podstawowych informacji w zależności od stopnia niepełnosprawności pacjentów po udarze włączanych do programu. Koszt opracowania materiałów powinien odzwierciedlać ich złożoność oraz konieczność wielopoziomowej współpracy między poszczególnymi specjalistami zajmującymi się opracowaniem dokumentów. Średni koszt opracowania indywidualnego protokołu postępowania z pacjentem to koszt za godzinę pracy (około 200 zł) lub za opracowanie pełnego protokołu dla jednego pacjenta (między 400- 600 zł od dokumentu wykonawczego). Wystandardyzowane protokoły postępowania powinny być efektem pracy poszczególnych uczestników programu (neurologów, pielęgniarek, dietetyków, fizjoterapeutów), a także potencjalnych odbiorców. Stworzenie grupy realizującej to zadanie powinno zakładać włączenie około 5 osób do budowy poszczególnych protokołów. Opracowane dokumenty powinny być szczegółowymi, gotowymi do realizacji schematami, poradnikami, ulotkami, opisami postępowania.
2. Roczny koszt działalności ośrodka koordynującego: 20 000 zł. Koszt powinien być uzależniony od liczby pacjentów pozostających pod opieką programu, zawierać koszty administracyjne oraz zatrudnienia personelu (koordynator, administracja, ewentualnie edukatorzy zdrowotni). W szczególności na koszty działania ośrodka, poza kosztami wynagrodzenia pracowników, składa się koszt nawiązania kontaktu z pacjentami, utrzymywania go, aktualizowania baz danych, komunikacji z mediami, dotarcia do masowej odbiorcy, rozliczenie programu. To również koszt aktualizacji oraz ewaluacji protokołów

opracowanych w programie. Może istnieć realna konieczność włączenia dodatkowo kosztów programu internetowego do obsługi baz danych pacjentów.

3. Koszt opracowania materiałów edukacyjnych dla pacjenta – 10 000 – 15 000 zł za komplet dla wszystkich pacjentów w ramach Programu.
4. Przygotowanie oraz przeprowadzenie kursu edukacyjnego dla pielęgniarek (3 kursy po 4 spotkania, łącznie 100 pielęgniarek) – 200 zł za osobę. Koszt uwzględnia opracowanie materiałów oraz opłacenie wykładowców, a także zapewnienie obsługi administracyjnej kursu. Koszt pojedynczego spotkania kształtuje się na poziomie 5000 zł, w tym wynagrodzenia dla wykładowców, materiały, koszt wynajęcia sali, sprzętu, wyżywienie. Każda grupa składać się będzie z około 25 pielęgniarek. To zapewni zarówno komfort nauczania, jak i możliwość współpracy i interakcji między uczestnikami.
5. Przeprowadzenie dodatkowego kursu edukacyjnego dla pielęgniarek w 2. i 3. roku programu – 100 zł za osobę. Koszt opracowania materiałów oraz opłacenia wykładowców, a także zapewnienia obsługi administracyjnej kursu. Koszt pojedynczego spotkania kształtuje się na poziomie 5000 zł, w tym wynagrodzenia dla wykładowców, materiały, koszt wynajęcia sali, sprzętu, wyżywienia.
6. Przeprowadzenie szkoleń dla lekarzy – 200 zł za osobę. Koszt uwzględnia opracowanie materiałów oraz opłacenie wykładowców, a także zapewnienie obsługi administracyjnej kursu. Koszt pojedynczego spotkania kształtuje się na poziomie 10 000 zł, w tym wynagrodzenia dla wykładowców, materiały, koszt wynajęcia sali, sprzętu, wyżywienie, zakwaterowanie uczestników.
7. Roczny koszt współpracy edukatorów z pacjentami (6 złotych od pacjenta miesięcznie za kontakt telefoniczny t i 15 złotych za spotkanie). Konieczne jest wypracowanie grafiku pracy osoby oraz obszaru zamieszkania pacjentów dla określonego edukatora zdrowotnego. Miesięczny kontakt edukatorów z pacjentami powinien być opłacany dopiero po zaraportowaniu liczby pacjentów oraz potwierdzeniu przez pacjenta (podczas wizyt) liczby rozmów telefonicznych. Rozmowy telefoniczne powinny zawierać głównie treści motywacyjne dotyczące stylu życia (aktywności fizycznej, diety oraz relacji społecznych). Zgodnie z opisem programu każdy edukator programu ma obowiązek utrzymywania kontaktu telefonicznego min. 1 raz w tygodniu (6 zł za skuteczny kontakt z pacjentem) oraz kontaktu osobistego min. 1 raz na 2 tygodnie lub miesiąc w zależności od stanu pacjenta (15 zł za spotkanie z pacjentem).
8. Edukacja pacjenta – dietetyk i fizjoterapeuta 90 min – 200 zł. W przypadku uwzględnienia kursu rehabilitacji konieczne jest określenie kosztów jej organizacji i pracy lekarzy rehabilitantów oraz kosztów transportów do ośrodków rehabilitacji dziennej.
9. Koszt ewaluacji programu w 1., 2. i 3. roku – 10 000 zł Koszt przeprowadzenia podsumowań oraz ewaluacji i publikacji wyników programu w poszczególnych latach realizacji.

7. MONITOROWANIE

Program wtórnej profilaktyki udarów może być realizowany w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych danego Województwa w perspektywie 2016-2020. W celu przeprowadzenia ewaluacji programu konieczne jest określenie w ramach umów zakresu zbierania danych od realizatorów oraz opracowywania raportów ewaluacyjnych wraz z oceną stanów pacjenta. Jednym z elementem jakości przeprowadzonego programu jest ocena satysfakcji pacjentów oraz ich rodzin.

W ramach programu będzie oceniana rekrutacja czyli zgłaszalność do Programu wskazująca na liczbę uczestników, liczbę edukatorów, liczba przeszkolonego personelu. Konieczne jest monitorowanie braku współpracy pacjenta, rezygnacji oraz identyfikacji ich przyczyn i ewaluacja programu. Edukator zdrowotny jest osobą do której należy stałe monitorowanie motywacji i stopnia współpracy pacjenta i ustalania przyczyn problemów.

7.1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności powinna być określona na podstawie deklaracji/zgody na udział w programie oraz na podstawie danych od edukatora w zakresie wizyt domowych lub możliwości komunikacji telefonicznej. Konieczne jest określenie w ramach programu maksymalnej liczby pacjentów z uwzględnieniem określonego stopnia ewentualnych rezygnacji w czasie. Koordynator Programu jest odpowiedzialny za analizę frekwencji w ramach programu oraz oceny satysfakcji pacjentów z programu.

7.2. Ocena jakości świadczeń w Programie

Jakość świadczeń zostanie określona na podstawie ankiety satysfakcji pacjenta lub jego rodziny i powinna być dokonywana cyklicznie raz na 6 miesięcy – przykład ankiety w ramach załącznika.

7.3. Ocena efektywności programu

Efektywność programu będzie oceniona na podstawie mierników efektywności i oczekiwanych efektach programu których dane muszą być dostarczane przez realizatorów do Koordynatora. Zakres wskaźników i ich poziom powinien być określony w programie jako forma oceny cyklicznej wraz z podsumowaniem programu w momencie jego zakończenia.

7.4. Ocena trwałości efektów Programu

Program zakłada współpracę lekarzy na kilku poziomach wraz z dietetykami fizjoterapeutami oraz edukatorami. W tym zakresie lekarz prowadzący pacjenta – neurolog powinien być poinformowany o zakresie programu pacjenta oraz ewentualnie jest jednym z lekarzy włączonych do programu. Elementem zakończenia programu powinna Karta pacjenta wraz zebraniem wszystkich zalecanych protokołów i przebiegiem zmian. W przypadku jakiegokolwiek potrzeby dodatkowej diagnostyki, dodatkowych konsultacji powinna ona być wykonywana w ramach świadczeń NFZ. Głównym celem programu jest wypracowanie zmiany nawyków oraz wprowadzenie nowych nawyków dotyczących żywienia, stylu życia aktywności fizycznej jako zachowań prozdrowotnych.

7.5. Okres realizacji programu

Realizacja programu powinna obejmować 1-2-3 lata.

8. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1 – Zaproszenie

Program

Imię i Nazwisko Pacjenta

Szanowna/y Pani/e!

Pański Lekarz zaleca udział w ramach Programu „.....”. Eksperci

Zapraszamy do udziału w badaniu, które odbędzie się:

w dniach....., w godzinach.....

W.....

Jeśli ten termin Panu/i nie odpowiada lub nie chce Pan/i wziąć udziału w badaniu prosimy o kontakt pod numerem telefonu:.....

Proszę jednakże pamiętać, że jest to badanie przeprowadzane w ramach bezpłatnego Programu badań przesiewowych i w przypadku Pańskiej rezygnacji inna osoba może zostać zaproszona w Pana/i miejsce.

Z serdecznymi pozdrowieniami,
Dane Koordynatora

Załącznik 2 – Ankieta satysfakcji

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Celem ankiety jest poznanie Państwa opinii, sugestii i uwag na temat Programu Wtórnej Profilaktyki Udarów.

Badanie jest anonimowe, a wszystkie udzielone przez Państwa odpowiedzi mają na celu monitorowanie i poprawę jakości Programu.

- a. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu?
 Lekarza Pielęgniarki Fizjoterapeuty Internetu Znajomych/innych uczestników Innego źródła (jakiego?)
- b. Czy Program spełnił Pani/Pana oczekiwania?
 Tak Nie
- c. Czy zostały Panu/Pani udzielone wyczerpujące informacje dotyczące terminu i sposobu odbioru wyników?
 Tak Nie
- d. Czy otrzymał(a) Pan/Pani materiały edukacyjne z zakresu programu?
 Tak Nie
- e. W skali od 1 do 5 jak oceni oceniłaby/łby Pani/Pan uzyskane materiały (zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą).
 1 2 3 4 5
- f. W skali od 1 do 5 jak oceni oceniłaby/łby Pani/Pan personel pracujący przy realizacji Programu (zakreśl odpowiednią cyfrę, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą a 5 najwyższą).
 1 2 3 4 5
- g. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?
 Tak Nie
- h. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakiegóś zmiany w organizacji Programu? Jeśli tak to jakie?
 Tak (jakie?) Nie
- i. Czy ma Pani/Pan jakiegóś dodatkowe uwagi dot. realizacji Programu?
 Tak (jakie?) Nie

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!