



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 33/2022 z dnia 22 czerwca 2022 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej dla seniorów z terenu gminy Kcynia na lata 2022-2025
„Koperta życia – zadbaj o swoje bezpieczeństwo”
(woj. kujawsko-pomorskie)

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dla seniorów z terenu gminy Kcynia na lata 2022-2025 „Koperta życia – zadbaj o swoje bezpieczeństwo”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Projekt programu polityki zdrowotnej zakłada zakup tzw. „kopert życia” dla mieszkańców gminy Kcynia, które mają stanowić pakiet niezbędnych informacji dla ratowników medycznych w przypadku stanu zagrożenia życia lub zdrowia. Należy wskazać, że nie odnaleziono dowodów naukowych odnoszących się do stosowania kopert życia u osób starszych. Mając jednak na względzie wartość, jaką stanowią informacje o historii choroby pacjenta w sytuacji zagrożenia życia oraz potencjalne problemy w uzyskiwaniu tych informacji w trakcie interwencji ratowników medycznych u samotnych osób starszych, program może pozytywnie wpłynąć na poprawę jakości życia mieszkańców.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości proszę uwzględnić w opisie projektu poniższe uwagi oraz uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii:

- poprawnie sformułować cele programu, w szczególności pod kątem doprecyzowania i określenia konkretnych wartości do jakich mają dążyć;
- przeformułować mierniki efektywności, ponieważ zostały zaprojektowane w sposób, który uniemożliwia obiektywną ocenę realizacji celów;
- skorygować zapisy dotyczące monitorowania i ewaluacji, gdyż w obecnym kształcie nie spełniają swojego zadania;
- uzupełnić budżet programu o brakujące koszty, w tym m.in. działań edukacyjnych oraz monitorowania i ewaluacji;
- skorygowania wymaga rozbieżność pomiędzy zaplanowaną liczbą osób, którym zostaną dostarczone pakiety (ok. 2 100 osób), a liczbą pakietów przewidzianych w budżecie (2 000 pakietów);
- należy doprecyzować kryteria włączenia do programu;



- dopracować elementy programu dotyczące działań edukacyjnych z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej, w tym co do programu spotkań prowadzonych przez ratowników medycznych, liczby zajęć edukacyjnych i liczebności grup.

Ponadto zaleca się uzupełnienie działań edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej o szkolenia przypominające/wzmacniające, co jest zgodnie z wytycznymi i odnalezionymi dowodami naukowymi.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu ratownictwa medycznego zaplanowany do realizacji przez gminę Kcynia, który jest skierowany do osób w wieku 60 lat i więcej. Program ma być prowadzony w latach 2022-2025, a jego koszt całkowity oszacowano na kwotę 10 000 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

W ramach projektu programu opisano problem jaki stanowi wzrost liczby osób starszych w strukturze demograficznej, choroby, którymi charakteryzuje się powyższa populacja oraz samotność osób starszych. Wskazano również, że koperta życia stanowić będzie źródło informacji dla służb medycznych, w szczególności dla zespołów ratownictwa medycznego, które w pierwszej kolejności docierają do pacjenta w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego.

W dokumencie odniesiono się do liczby świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) wskazano, że w 2020 r. ZRM udzieliły świadczeń w miejscu zdarzenia dla blisko 2,8 mln osób. W izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych z doraźnej pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym skorzystało ponad 3,2 mln pacjentów. W szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie stacjonarnym leczonych było blisko 1,4 mln osób. Zgodnie z danymi zamieszczonymi w BASiW, w woj. kujawsko-pomorskim, na terenie którego znajduje się gmina Kcynia, funkcjonuje 93 ZRM, w tym 81 zespołów podstawowych i 12 specjalistycznych.

W projekcie nie odniesiono się do Map Potrzeb Zdrowotnych, co wymaga uzupełnienia.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„przyspieszenie i zwiększenie efektywności udzielania pierwszej pomocy osobom starszym, z chorobami przewlekłymi, mającym problemy ze zdrowiem, niepełnosprawnym, samotnym, zamieszkującym gminę Kcynia w sytuacji wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia. Zwiększenie bezpieczeństwa wśród samotnych i przewlekle chorych mieszkańców z terenu gminy Kcynia (wiek 60 i więcej) poprzez wykorzystanie przez służby ratownicze informacji o stanie zdrowia pacjenta zawartych w „Kopercie życia”, a także wzrost świadomości odpowiedzialności za zdrowie swoje i innych poprzez edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej”*. Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowany w dokumencie cel główny składa się w istocie z kilku odrębnych celów. Pierwszy, dot. przyspieszenia i zwiększenia efektywności udzielania pierwszej pomocy jest trudno mierzalny, ponieważ w projekcie nie wskazano w jaki sposób te parametry będą oceniane, a zaznaczono jedynie, że informacje mają pochodzić od zespołów

ratownictwa medycznego. Kolejny, dot. zwiększenia bezpieczeństwa, został sformułowany zbyt ogólnikowo dlatego też utrudnione będzie prawidłowe dobranie mierników efektywności. Cel dot. zwiększenia świadomości będzie trudny do zmierzenia, natomiast biorąc pod uwagę interwencje określone w projekcie programu możliwe byłoby zbadanie poziomu wiedzy uczestników przed i po działaniach edukacyjnych. Ponadto nie wskazano wartości docelowej będącej wyznacznikiem deklarowanej efektywności planowanych interwencji.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) „zwiększenie skuteczności niesienia pomocy przez służby ratownicze”;
- (2) „rozdysponowanie „kopert życia” i podniesienie świadomości znaczenia ich posiadania”;
- (3) „wzrost poczucia bezpieczeństwa osób objętych programem i ich rodzin”;
- (4) „podniesienie świadomości w zakresie właściwego reagowania w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia”;
- (5) „podniesienie świadomości w zakresie profilaktyki zdrowia poprzez spotkania i prelekcje lekarzy specjalistów”.

Cel szczegółowy powinien odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś jego osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinien być mierzalny i możliwy do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. W analizowanym dokumencie wszystkie zaproponowane cele zostały sformułowane nieprawidłowo. Cele 1, 4 i 5 są niemierzalne, cel 2 sformułowany w postaci działania, cel 3 jest trudno mierzalny i dotyczy subiektywnych przesłanek. Dodatkowo cele nr 3-5 stanowią w istocie powielenie założenia głównego. Ponadto w żadnym z celów nie przedstawiono wartości docelowych do jakich zamierza się dążyć.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „liczba przypadków nagłego zagrożenia życia, w których służby ratownicze korzystały z informacji zawartych w „kopercie życia”;
- (2) „liczba osób, którym zostały wydane „koperty życia”;
- (3) „liczba osób biorących udział w programie w roku kalendarzowym”;
- (4) „liczba spotkań edukacyjno-warsztatowych poświęconych udzielaniu pierwszej pomocy przedmedycznej”;
- (5) „liczba mieszkańców gminy Kcynia biorących udział w spotkaniach edukacyjno-warsztatowych”;
- (6) „ocena poziomu wiedzy ze znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wśród beneficjentów programu przed i po zakończeniu działań edukacyjnych na podstawie anonimowej ankiety”.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. W dokumencie nie przedstawiono żadnego prawidłowo sformułowanego miernika efektywności odpowiadającego celom programu. Miernik nr 1 nie odnosi się bezpośrednio do celów programu, jednak może być wykorzystany podczas ewaluacji, nr 2, 3, 4, 5 nie spełniają funkcji mierników efektywności, natomiast mogą być wykorzystane podczas monitorowania, a miernik nr 6 przypomina bardziej działanie (do dokumentu nie załączono projektu testu, zatem nie było możliwości weryfikacji).

Podsumowując, opis programu dotyczący celów i mierników efektywności wymaga przeanalizowania i doprecyzowania zgodnie z powyższymi uwagami.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowić mają osoby samotne, przewlekle chore, niepełnosprawne w wieku 60 lat i więcej z terenu z terenu gminy Kcynia.

W dokumencie wskazano, że łączna liczba mieszkańców w wieku 60 lat i więcej wynosi 2 691. Z danych GUS opublikowanych na stronie internetowej wynika, że liczba ta jest wyższa i wynosi 3 143. Zaleca się zatem przeprowadzenie analizy w tym zakresie i wprowadzenie korekty. Planuje się, że programem zostaną objęte 525 osoby rocznie, tj. 2 100 osób w czasie trwania 4-letniego programu.

W ramach kryteriów włączenia wskazano jedynie na zamieszkiwanie na terenie gminy. Jednak z projektu wynika, że będą one stanowić również: wiek 60 lat i więcej, podpisanie zgody na udział w programie i wypełnienie wniosku o wydanie pakietu „koperta życia”. W związku z tym niezbędne jest doszczegółowienie zapisów programu w tym zakresie. Z kolei kryterium wyłączenia będzie zamieszkiwanie w innej gminy niż Kcynia.

W programie zaznaczono, że w związku z ograniczoną liczbą pakietów o jego wydaniu decydować będzie kolejność zgłoszeń. W związku z powyższym mając na uwadze, że populację docelową określono jako osoby w wieku 60 lat i więcej, które są między innymi przewlekle chore i niepełnosprawne, a także że zgodnie z założeniem w pierwszym roku programem zostaną objęci pacjenci z ww. grup ryzyka (w drugim roku pozostali seniorzy) zaleca się doprecyzować kryteria włączenia do programu w taki sposób, aby odzwierciedlały tę populację, zawężając ją do tych pacjentów, którzy najbardziej jej wymagają (szczególnie w pierwszym roku działania programu).

Interwencja

Wśród planowanych interwencji znajdują się:

- rozdysponowanie pakietów „koperta życia”;
- edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Rozdysponowanie pakietów „koperta życia”

W ramach programu zaplanowano przekazywanie na wniosek zainteresowanym osobom pakietu „koperta życia”, w którego skład wchodzić będzie: przezroczysta plastikowa koperta; naklejka/magnes na lodówkę; karta informacyjna do samodzielnego wypełnienia przez daną osobę; ulotka informacyjna, która stanowić ma instrukcję wypełnienia ww. karty; ulotka z logo akcji oraz podstawowymi numerami telefonów ratunkowych.

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami koperty/fiolki życia służą przekazywaniu informacji nt. stanu zdrowia danej osoby w chwili nagłych wypadków (AHMC 2021, FGRS 2017, SLO 2013). Zaleca się, aby wszyscy – zwłaszcza seniorzy – przechowywali kopertę z pełnym pakietem informacji w lodówce oraz schowku samochodowym. Wspomniany pakiet powinien zawierać m.in.: kartę informacyjną, zdjęcie danej osoby, zapis ostatniego EKG, decyzję o podjęciu lub zaniechaniu zabiegów resuscytacyjnych, inne dokumenty, które zdaniem pacjenta mogą okazać się istotne (AHMC 2021).

W dokumencie zaznaczono, że pakiet „koperta życia” (jeden umieszczony w lodówce, drugi w schowku samochodowym) zawierać będzie: wypełnioną kartę informacyjną, zdjęcie danej osoby, zapis ostatniego EKG, decyzję o podjęciu lub zaniechaniu zabiegów resuscytacyjnych oraz „inne dokumenty, które zdaniem pacjenta mogą okazać się istotne”. Z kolei karta informacyjna zawierać będzie: dane osobowe; informacje nt. chorób, stanu zdrowia, grupy krwi, przyjmowanych leków i ewentualnego uczulenia; numery telefonów i adresy do najbliższych członków rodziny/opiekuna. Dopuszczono również możliwość zamieszczania w kopercie wypisów ze szpitala/zaświadczeń lekarskich oraz informacji o obecnym stanie zdrowia, a także dokumentów potwierdzających grupę krwi itp. Co istotne, informacje na temat stanu zdrowia przedstawione w karcie potwierdzone będą podpisem oraz pieczętką lekarza. Zakres danych wskazany w programie jest zbieżny z informacjami ujętymi w rekomendacjach. Ważnym jest, aby zgromadzona dokumentacja była aktualna oraz przechowywana w odpowiednio oznakowanym miejscu, co zostało zapewnione w ocenianym programie.

Rekomendacje zaznaczają, że *Koperta życia* jest pomocna nie tylko w nagłych przypadkach, również podczas standardowych wizyt lekarskich może służyć lekarzowi jako źródło wiedzy o przyjmowanych przez pacjenta lekach czy też występujących u niego dolegliwościach (AHMC 2021).

Edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej

W projekcie programu zaplanowano również działania edukacyjne z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Należy jednak zaznaczyć, że istnieje rozbieżność w kwestii liczby spotkań, która wymaga skorygowania, ponieważ w jednym miejscu zapisano, że *w każdym roku kalendarzowym odbędzie się 8 dwugodzinnych spotkań pokazowo-warsztatowych*, natomiast w innym, że *będą to 2 spotkania w roku w trakcie 4 lat trwania programu – 8 spotkań*. Działania adresowane będą do seniorów objętych programem. Za przeprowadzenie spotkań odpowiedzialni będą wykwalifikowani ratownicy medyczni.

W programie przewidziano jako działanie towarzyszące spotkania (max. 5) z lekarzami specjalistami m.in. onkolog, kardiolog, neurolog, urolog, ginekolog. Celem tych spotkań ma być informowanie o konieczności badań profilaktycznych i metodach skutecznej samokontroli. W analizowanym dokumencie zaznaczono, że *„edukacja będzie prowadzona także przez specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych (którymi będą mogli być również m.in. pielęgniarki, lekarze POZ i inni)”*. W pierwszej kolejności należałoby się skupić na doprecyzowaniu działań edukacyjnych z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej oraz przeprowadzeniu spotkań przypominających do ewentualnego rozważenia poddajemy rezygnację ze spotkań z lekarzami specjalistami.

W projekcie programu nie odniesiono się do liczebności grup szkoleniowych, co wymaga doszczegółowienia.

Należy także wskazać, że w opisie celów programu zaplanowano ankietę przed i po zakończeniu działań edukacyjnych, jednak nie została ona dołączona. W związku z tym należy opracować ankietę i załączyć ją do projektu programu.

Zgodnie z wytycznymi ERC 2015 w celu poprawy prewencji, rozpoznawania i postępowania w urazach i zachorowaniach zalecane jest wdrożenie programów edukacyjnych w zakresie pierwszej pomocy, kampanii dotyczących zdrowia publicznego i formalnych szkoleń z pierwszej pomocy. Ponadto zgodnie z rekomendacjami ERC 2015 umiejętności potrzebne do prowadzenia RKO pogarszają się w ciągu miesięcy od szkolenia, dlatego też korzystne mogą okazać się częste szkolenia przypominające („w małych dawkach”).

Jednocześnie zaleca się aby przy redagowaniu programu mieć na uwadze także wytyczne i inne dowody naukowe wskazane w rozdziale „Ocena technologii medycznej” niniejszej opinii.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu prowadzona będzie na podstawie analizy wskaźników, które nie wzbudzają zastrzeżeń. Dodatkowo w punkcie dot. mierników efektywności wskazano kilka wskaźników, które mogą być pomocne podczas oceny zgłaszalności. Ponadto należy uwzględnić także: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie.

Ocena jakości świadczeń w programie prowadzona będzie na podstawie ankiety satysfakcji uczestników, co jest działaniem prawidłowym. Jednak do dokumentu nie załączono projektu takiej ankiety. W związku z tym należy ją opracować i załączyć ją do projektu programu.

Ocena efektywności programu będzie dokonana po okresie realizacji projektu, w oparciu o „ilość przypadków wykorzystania koperty życia w stanach zagrożenia zdrowia i życia” oraz „ilość przypadków wykorzystania wiedzy i umiejętności zdobytych na warsztatach pierwszej pomocy przedmedycznej”. W punkcie dot. mierników efektywności przedstawiono wskaźnik, który może być pomocny podczas oceny efektywności. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

Podsumowując, opis programu dotyczący monitorowania i ewaluacji wymaga korekty zgodnie z powyższymi sugestiami.

Warunki realizacji

Projekt nie zawiera szczegółowego opisu etapów i działań podejmowanych w programie.

Przedstawiono zdawkowe informacje nt. warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Określono jedynie, że edukacja seniorów w zakresie udzielania pierwszej pomocy będzie realizowana przez ratowników medycznych. Zaleca się uszczegółowienie zapisów programu w tym zakresie.

Działania informacyjne będą polegały na umieszczaniu komunikatów na stronach internetowych oraz mediach społecznościowych. Zaplanowano również dystrybucję plakatów w przychodniach zdrowia, Gminnym Centrum Kultury i Biblioteki oraz przez sołectwa i sołtysów, a także system SMS. Należy podkreślić, że sposoby zapraszania do programu i działania informacyjne, powinny być dostosowane do specyfiki określonej populacji. W związku z tym zaleca się ponowne przeanalizowanie tego elementu programu, tak aby uwzględnić wszystkie możliwe ścieżki dotarcia do potencjalnie zainteresowanych osób.

W dokumencie odniesiono się do kwestii zakończenia udziału w programie.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie „*procedury zapytania ofertowego na wykonanie Koperty życia*”. Należy podkreślić, że zgodnie z zapisami ustawowymi realizator powinien być wybrany w drodze konkursu ofert. W związku z tym zapisy programu powinien zostać odpowiednio skorygowany.

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe oraz całkowite. Całkowity koszt programu oszacowano na 10 000 zł (2 500 zł/rok) i zostanie on pokryty z budżetu gmina Kcynia. W dokumencie nie odniesiono się m.in.: do kosztów prowadzonych działań edukacyjnych z zakresu pierwszej pomocy, a także monitorowania i ewaluacji, co wymaga uzupełnienia.

Warto wskazać rozbieżności, między zaplanowaną liczbą osób, którym zostaną dostarczone pakiety (ok. 2 100 osób), a liczbą pakietów przewidzianych w budżecie 2 000. W związku z tym wskazana nieścisłość wymaga przeanalizowania i skorygowania.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Mając na uwadze dane pochodzące z Europejskiego ankietowego badania zdrowia (ang. European Health Interview Survey – EHIS) występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych stwierdza się u większości starszych osób - tylko co 9 deklaruje brak takich problemów (prezentowane dane dotyczą starszych osób chorujących, tj. zgłaszających występowanie wybranych chorób lub dolegliwości w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed przeprowadzeniem badania). Wraz z wiekiem poszerza się lista występujących chorób przewlekłych czy dolegliwości (na 1 osobę z grupy 60-69 lat przypadało 3,1 chorób przewlekłych czy dolegliwości, wśród siedemdziesięciolatek - 4,1, a wśród osób najstarszych – 4,5). Wśród najczęstszych dolegliwości zdrowotnych starszych Polaków wymienić należy nadciśnienie tętnicze (ponad 50% populacji), bóle dolnej partii pleców (ponad 40%) oraz chorobę zwyrodnieniową stawów (blisko 40% osób starszych). Następnie: bóle szyi lub środkowej

części pleców (po 29%), chorobę wieńcową (występuje u co 4. osoby starszej). Kolejne pozycje zajęły: cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena (po około 12%).

Zgodnie z danymi z systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne”, w 2018 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1541 zespołów (o 22 więcej niż przed rokiem), w tym 1128 (73%) zespołów podstawowych i 413 (27%) specjalistycznych. W porównaniu z rokiem 2017 nastąpiło zauważalne zmniejszenie udziału zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie zespołów ratownictwa (spadek z 32% do 27%) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (z 68% do 73%).

Alternatywne świadczenia

Koperty życia nie podlegają w Polsce finansowaniu ze środków NFZ. Należy jednak zaznaczyć, że działania realizowane w ramach ocenianego programu są zbieżne z zakresem projektów/akcji wdrażanych lokalnie w wielu polskich gminach. Inicjatywę wprowadzenia „kopert życia” podjęły wybrane jednostki samorządu terytorialnego.

Warto dodać, że podstawą prawną, określającą zasady funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce jest ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj.: Dz. U. z 2020 r. poz. 882 z późn. zm.). Ustawa ta reguluje zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. W myśl Ustawy System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na terenie całego kraju system funkcjonuje na podstawie „wojewódzkich planów działania systemu” sporządzanych przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra zdrowia.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. 2019 poz. 237), do świadczeń gwarantowanych należą świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Wymagania dotyczące zakresu tematycznego oraz czasowego wymiaru nauczania udzielania pierwszej pomocy w Polsce reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2009 r. w sprawie przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy (Dz. U. nr 139, poz. 1132).

Ocena technologii medycznej

Stosowanie kopert/fiolek życia

- Koperty/fiolki życia służą przekazywaniu informacji nt. stanu zdrowia danej osoby w chwili nagłych wypadków (AHMC 2020, FGRS 2017, SLO 2013);
- Rekomenduje się, aby wszyscy – zwłaszcza seniorzy – przechowywali kopertę z pełnym pakietem informacji w lodówce oraz schowku samochodowym (AHMC 2021);
- Istnieją dwie wersje fiolek życia (ang. Vial of Life, VOL) – do przechowywania w domu oraz w samochodzie – zawierają one informacje medyczne w odpowiednio oznaczonej butelce. „Domowa” wersja VOL powinna być trzymana w lodówce lub zamrażarce, miejscem przechowywania wersji „samochodowej” powinien być natomiast schowek auta (FGRS 2017);
- Informacje, które powinna zawierać koperta życia: karta informacyjna, zdjęcie danej osoby, zapis ostatniego EKG, decyzja o podjęciu lub zaniechaniu zabiegów resuscytacyjnych, inne dokumenty, które zdaniem pacjenta mogą okazać się istotne (AHMC 2020);
- Karta informacyjna powinna dostarczać następujących danych: imię i nazwisko oraz podstawowe informacje osobiste, imiona i nazwiska lekarzy zaangażowanych w leczenie danego pacjenta, wskazanie osoby/osób do kontaktu (podanie nr telefonów), zwięzły opis przyjmowanych leków,

przebytych operacji, alergii, listę występujących schorzeń, inf. nt. posiadania określonego planu lub zaleceń lekarskich co do zakresu prowadzonego leczenia (FGRS 2017);

- Koperta życia jest pomocna nie tylko w nagłych przypadkach, również podczas standardowych wizyt lekarskich może służyć lekarzowi jako źródło wiedzy o przyjmowanych przez pacjenta lekach czy też występujących u niego dolegliwościach (AHMC 2021).

Forma i czas trwania działań edukacyjnych w zakresie BLS

- Sugeruje się umożliwienie wszystkim obywatelom dostępu do szkoleń w zakresie RKO (ERC 2015). W tworzeniu programów nauczania BLS należy określić specyficzne cechy i potrzeby każdej grupy szkoleniowej (AHA 2020, CRC 2020, ANZCOR 2020);
- Z uwagi na fakt, że nawet krótki trening poprawia wydajność (np. szybkość użytkowania, prawidłowe umieszczenie elektrod), zaleca się przeprowadzanie szkoleń w zakresie stosowania AED (ANZCOR 2020);
- Programy nauczania w zakresie BLS/AED powinny być dostosowane do docelowych odbiorców i możliwie najprostsze (ERC 2015, RCUK 2015);
- Zaleca się prowadzenie szkoleń typu SL zamiast nauki zbiorowej (AHA 2020, ILCOR 2020 A, ERC 2015);
- Zaleca się wprowadzanie szkoleń wzmacniających typu BT (AHA 2020, ILCOR 2020 A, ERC 2015);
- Powtarzanie wiedzy i umiejętności powinno odbyć się po upływie 3-6 miesięcy od pierwszego szkolenia. Mimo że nie ma jednoznacznych zaleceń co do czasu trwania sesji wzmacniającej umiejętności, zasadne jest, aby trwały one 45 min lub nieco krócej (CRC 2020);
- Połączenie samokształcenia i nauczania prowadzonego przez instruktora (wraz z ćwiczeniami praktycznymi) jest zalecane jako alternatywa dla kursów prowadzonych wyłącznie przez instruktorów (AHA 2020, CRC 2020);
- Wykorzystanie urządzeń do udzielania informacji zwrotnej (ang. „feedback”) może skutecznie poprawić jakość szkolenia z zakresu RKO (AHA 2020, ANZCOR 2020). Sugeruje się korzystanie podczas szkoleń z RKO z urządzeń do informacji zwrotnej, zapewniających udzielanie informacji na temat szybkości wykonywania uciśnień klatki piersiowej oraz ich głębokości, rozluźnienia oraz pozycji dłoni RKO (ILCOR 2020A);
- Informacje zwrotne/podpowiedzi (informacje zwrotne od osób w szkolnym zespole i/lub informacje uzyskiwane z urządzeń) podczas szkolenia RKO w celu poprawy nabywania umiejętności i zachowania umiejętności podczas podstawowego treningu podtrzymywania życia (ERC 2015);

Tematyka działań edukacyjnych

- Szkolenie z zakresu BLS powinno obejmować:
 - rozpoznawanie sytuacji awaryjnej,
 - nabycie umiejętności wywołania numeru ratunkowego,
 - nabycie umiejętności rozpoznawania nieprawidłowego oddychania jako oznaki zatrzymania krążenia w sytuacji, gdy inne oznaki są nieobecne,
 - prowadzenie RKO z wysokiej klasy uciśnięciami klatki piersiowej u dorosłych i dzieci,
 - prowadzenie RKO z wyłącznym uciskaniem klatki piersiowej jako formę pomocy w przypadku niemożności lub niechęci przeprowadzenia RKO z uciśnięciami i wentylacjami,
 - użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego,
 - oraz przygotowanie emocjonalne, pozwalające na uzyskanie zdolności do działania w sytuacjach awaryjnych (ANZCOR 2020, ILOCOR 2020A);
- W każdym programie szkoleniowym należy nauczyć oddychania metodą usta-usta (ANZCOR 2020);

- Minimalnym wymaganiem jest nauczanie umiejętności wykonywania uciśnień klatki piersiowej. Optymalnym rozwiązaniem jest nauczanie wszystkich obywateli pełnych umiejętności w zakresie RKO (uciśnień i wentylacji w stosunku 30:2). Gdy szkolenie z RKO jest ograniczone czasowo lub organizacyjnie (np. odbywa się podczas imprez masowych, w ramach kampanii publicznych, za pomocą filmów upowszechnianych w Internecie), powinno ono koncentrować się tylko na uciśnięciach klatki piersiowej (ERC 2015);
- Idealnym rozwiązaniem jest przeszkolenie najpierw w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej z wyłącznym uciskaniem klatki piersiowej, a następnie zaoferowanie szkolenia w zakresie uciśnień klatki piersiowej z wentylacją podczas tej samej sesji szkoleniowej (ERC 2015);
- Ze względu na to, że nawet krótki trening poprawia wydajność (np. szybkość użytkowania, prawidłowe umieszczenie elektrod), zaleca się przeprowadzanie szkoleń w zakresie stosowania AED (ANZCOR 2020)

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.30.2022 „Program polityki zdrowotnej dla seniorów z terenu gminy Kcynia na lata 2022-2025 „Koperta życia – zadbaj o swoje bezpieczeństwo”, data ukończenia: czerwiec 2022 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy polityki zdrowotnej dotyczące edukacji oraz innych działań w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2021 r. oraz opinii Rady Przejrzystości nr 95/2022 z dnia 13 czerwca 2022 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej dla seniorów z terenu gminy Kcynia na lata 2022-2025 »Koperta życia – zadbaj o swoje bezpieczeństwo«”