

Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
Nr 57/2011 z dnia [REDACTED]
o programie zdrowotnym
„Upowszechnianie umiejętności
udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia
wśród mieszkańców miasta”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Konsultacyjnej uważam, że projekt programu zdrowotnego „Upowszechnianie umiejętności udzielania pierwszej pomocy w ratowaniu życia wśród mieszkańców miasta realizowany w ramach "Miejskiego Programu Promocji Zdrowia na rok 2011" dotyczy istotnego problemu zdrowotnego i powinien być realizowany przez certyfikowanych instruktorów.

Do głównych przyczyn zgonów w większości krajów wysokorozwiniętych (w tym także w Polsce) zalicza się choroby sercowo-naczyniowe, choroby nowotworowe oraz przyczyny zewnętrzne – zatrucia, urazy, wypadki. Jednocześnie choroby układu krążenia oraz przyczyny zewnętrzne stanowią główne stany zagrożenia życia. Istnieje wiele stanów zagrożenia życia, jednak ze względu na możliwość podjęcia pomocy przedmedycznej, wyróżnione zostały te, w których podjęcie działań ratunkowych przez przygodnych świadków ma istotne znaczenie dla przeżycia poszkodowanego.

Poważnym zagrożeniem dla życia ludzkiego może być utrata przytomności, z powodu ryzyka zapadnięcia się dróg oddechowych i zaaspirowania do płuc treści żołądkowej. Przyczyny utraty przytomności są różne począwszy od urazów głowy, poprzez wstrząs, epilepsję, choroby metaboliczne (np. hipo- i hiperglikemia), zatrucie substancjami chemicznymi (np. opiatami, alkoholem), po zawał serca, który może prowadzić do zatrzymania krążenia.

Nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK) określa się ustanie czynności mechanicznej serca, objawiające się brakiem reakcji chorego na bodźce, brakiem wyczuwalnego tętna oraz bezdechem lub oddechem agonalnym. Mechanizmami elektrofizjologicznymi bezpośrednio odpowiedzialnymi za nagłe zatrzymanie krążenia są: migotanie komór, częstoskurcz komorowy bez tętna, asystolia oraz zorganizowana czynność elektryczna bez reakcji mechanicznej. Liczne badania pokazują, że najczęstszą przyczyną NZK jest świeży zawał serca lub ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, a ponad połowa pacjentów z epizodem NZK ma w wywiadzie chorobę niedokrwinną serca. Badania autopsyjne wykonane u zmarłych po przedszpitalnym NZK wykazały, że przyczyną co drugiego zgonu był świeży zawał serca. Ponadto w 6 na 10 przypadków stwierdzono stenozę wieńcową. Inną przyczyną jest wtórne zatrzymanie krążenia spowodowane niedotlenieniem (najczęstsza przyczyna zatrzymań krążenia u dzieci do 8 roku życia). Większość NZK w przebiegu ostrego zawału serca występuje przedszpitalnie. Pierwszą pomoc w tym przypadku otrzymuje średnio połowa chorych. Przyczyną tego stanu jest najczęściej: wystąpienie epizodu NZK w warunkach domowych, brak świadków zdarzenia lub kompetentnych osób zdolnych do podjęcia wczesnej akcji reanimacyjnej. Niepodjęcie lub zbyt późne rozpoczęcie podstawowych działań reanimacyjnych w znacznej mierze pogarsza rokowanie chorych i sprawia, że jedynie u 25% z nich udaje się uzyskać stabilność hemodynamiczną i dotransportować do szpitala

z utrzymaniem podstawowych funkcji życiowych. Nagłe zatrzymanie krążenia jest zdarzeniem w wysokim stopniu zagrażającym życiu. W przeszłości, podczas gdy nie dysponowano odpowiednią wiedzą ani technikami ratunkowymi, zatrzymanie krążenia najczęściej kończyło się zgonem. Rozwój technik resuscytacyjnych, postępy farmakoterapii oraz badania naukowe w tej dziedzinie umożliwiły poprawę niekorzystnych statystyk. Odległe wyniki zabiegów resuscytacyjnych zależą w dużej mierze od szybkości podjęcia akcji przez przygodnych świadków zdarzenia. Zalecanym postępowaniem w NZK jest jak najszybsze udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej zgodnie ze schematem BLS (basic life support).

Wśród licznych rekomendacji klinicznych na temat zasad udzielania pierwszej pomocy podkreśla się: podjęcie resuscytacji przez przygodnych świadków, jeśli osoba poszkodowana nie oddycha lub nie oddycha normalnie, resuscytację krążeniowo-oddechową należy rozpocząć od uciśnień klatki piersiowej, ratownicy powinni wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej na głębokość 5 cm, w tempie 100 uciśnień na minutę, a po każdym uciśnięciu należy pozwolić klatce piersiowej powrócić do jej naturalnej postaci, wyszkoleni ratownicy powinni prowadzić sztuczne oddychanie w sekwencji: 30 uciśnień i 2 oddechy ratownicze (niewyszkoleni ratownicy mogą się ograniczyć do samego uciskania klatki piersiowej).

Najważniejsze elementy prowadzenia BLS u osób dorosłych to: wczesne rozpoznanie NZK – jeśli poszkodowany jest nieprzytomny i nie oddycha lub oddycha nieprawidłowo należy wezwać pogotowie oraz rozpocząć BLS, uciskanie klatki piersiowej – przygodni świadkowie powinni ograniczyć resuscytację do uciskania klatki piersiowej (bez oddechów ratowniczych), wczesna defibrylacja – należy użyć AED (automated external defibrillator) tak szybko jak tylko jest dostępne, pozycja bezpieczna – w tej pozycji należy ułożyć osoby nieprzytomne, oddychające prawidłowo. Z kolei u dzieci zaleca się prowadzenie uciskania klatki piersiowej (na 4 cm u niemowląt oraz 5 cm u dzieci z częstotliwością 100 uciśnień na minutę) wraz z oddechami ratowniczymi w sekwencji 30:2 oraz wykonanie defibrylacji przy pomocy AED tak szybko jak to możliwe.

W zakresie edukacji najczęściej podkreśla się: umiejętność prowadzenia BLS/AED może ulec zapomnieniu po 3-6 miesiącach, dlatego ważne jest powtarzanie szkoleń; kursy video lub komputerowe połączone z możliwością praktycznego ćwiczenia, które umożliwiają samodzielną naukę, mogą być efektywną alternatywą do kursów BLS/AED prowadzonych przez instruktorów; przygodni świadkowie niezwiązani z medycyną, jak i osoby z medycznym wykształceniem powinny być najpierw uczone prawidłowego prowadzenia uciśnień klatki piersiowej, następnie prowadzenia sztucznego oddychania; pomimo, że szkolenia z zakresu użycia AED są skuteczne i zwiększają szybkość przygotowania urządzenia do użycia, to AED powinny być dostępne także dla osób bez szkolenia – przynosi to udowodnione korzyści dla osób poszkodowanych.

Powyższe zalecenia kliniczne oparto na licznych rekomendacjach, w tym: ILCOR (2010), AHA (2010, 2011), ERC (2010), Singapuru (2010),^{Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.} Australijskiej Rady Resuscytacji (2010).

Zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U. 1991 nr 95 poz. 425) edukacja w zakresie bezpieczeństwa jest wpisana w podstawę programową. Edukację w zakresie bezpieczeństwa, a w tym z pierwszej pomocy określa Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół wraz z załącznikami. W szkole podstawowej dzieci powinny w ramach zajęć otrzymywać wiedzę dotyczącą numerów alarmowych, a także udzielania pierwszej pomocy w niektórych urazach (stłuczenia, zwichnięcia, skaleczenia, złamania, ukąszenia, użądlenia). W gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wprowadzany jest osobny przedmiot – edukacja dla bezpieczeństwa, w ramach którego młodzież zdobywa szeroką wiedzę z zakresu pierwszej pomocy, obejmującą m. in.: wzywanie pomocy, zasady bezpieczeństwa udzielania pierwszej

pomocy, rozpoznanie stanu przytomności, układanie w pozycji bezpiecznej, wykonywanie CPR (cardiopulmonary resuscitation), postępowanie w przypadku krwotoku, porażenia prądem, wstrząsu, złamania, zwichnięcia, zatrucia, oparzenia, zadławienia etc.

Według danych Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC), corocznie 500 tys. osób w Europie doznaje nagłego zatrzymania krążenia. Liczbę zgonów z tego powodu szacuje się w Polsce na ok. 80 tys. Przyczyny zewnętrzne są trzecią co do znaczenia grupą przyczyn zgonów, stanowią największe zagrożenie życia osób w wieku 5–44 lata i są główną przyczyną utraconych potencjalnych lat życia mężczyzn. W 2006 r. z ich powodu straciło życie 25 177 osób (19 113 mężczyzn i 664 kobiety), tzn. 66,1 na każde 100 tys. ludności (103,7 w przypadku mężczyzn i 30,8 w przypadku kobiet). Zewnętrzne przyczyny zgonów są większym zagrożeniem życia mężczyzn niż kobiet. W ostatnich latach różnica zwiększyła się – w roku 2006 standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn był 4 razy wyższy od współczynnika zgonów kobiet. Zarówno wśród mężczyzn w wieku 5–44 lata, jak i kobiet w wieku 5–29 lat przyczyny zewnętrzne zgonów stanowiły największe zagrożenie życia. Wśród zewnętrznych przyczyn zgonów należy wyróżnić wypadki komunikacyjne, z powodu których w 2006 r. zmarło 5557 osób (4289 mężczyzn i 1268 kobiet) oraz samobójstwa, w wyniku których straciło życie 5805 osób (4947 mężczyzn i 858 kobiet). Trzecią co do częstości zewnętrzną przyczyną zgonów są upadki powodujące w 2006 r. za śmierć 3668 osób (1943 mężczyzn i 1725 kobiet). Wśród osób starszych w wieku >65 lat upadki są najczęstszą zewnętrzną przyczyną zgonów (w 2006 r. 38% zgonów z przyczyn zewnętrznych, a w wieku powyżej 80 lat – 59% zgonów z powodu tych przyczyn). Przyczyny zewnętrzne ogółem są większym zagrożeniem życia mieszkańców wsi niż miast. Natomiast w odniesieniu do wypadków komunikacyjnych i samobójstw, poziom umieralności z ich powodu zarówno mężczyzn jak i kobiet jest wyższy na wsi, aczkolwiek w przypadku samobójstw kobiet różnica jest nieznaczna.

Celem głównym omawianego projektu jest podniesienie poziomu wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej; aktualizacja zdobytej wiedzy; praktyczne doskonalenie umiejętności w ratowaniu życia. Program będzie realizowany w 2011 roku wśród uczniów [REDAKTOWANE] szkół oraz dorosłych mieszkańców miasta pracujących zawodowo z osobami szczególnie narażonymi na utratę zdrowia lub życia. Zaplanowano szkolenia z pierwszej pomocy uwzględniające naukę obsługi defibrylatora.

Komentarz:

Program adresowany jest do uczniów szkół; pomimo że edukacja na rzecz bezpieczeństwa jest ujęta w podstawie programowej dla szkół, to zajęcia z tego zakresu często nie są prowadzone na wysokim poziomie, dlatego zasadne wydaje się wprowadzenie dodatkowych szkoleń.

Program zakłada szkolenie osób zawodowo pracujących z osobami zagrożonymi utratą zdrowia lub życia. Nie jest wiadome do kogo jest adresowany, czy do pracowników ochrony zdrowia czy też innych grup zawodowych.

W programie nie zdefiniowano problemu zdrowotnego, nie podano danych epidemiologicznych. Autorzy nie podają dokładnego opisu działań, nie jest wiadome jaki zakres wiedzy będą obejmowały szkolenia, jaki sprzęt będzie używany (poza defibrylatorem), ile godzin będzie trwało szkolenie oraz ile osób zostanie przeszkolonych.

Ponadto nie podano, w jaki sposób społeczność lokalna będzie informowana o programie oraz nie uwzględniono budżetu Programu. Brakuje również wskaźników monitorowania oraz oczekiwanych efektów.

