



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 221/2016 z dnia 22 listopada 2016 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „ABC pierwszej  
pomocy” realizowany przez powiat słupecki.**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „ABC pierwszej pomocy” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu odnosi się do prowadzenia szkoleń z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej wśród uczniów oraz nauczycieli. Działania edukacyjne z zakresu pierwszej pomocy stanowią uzupełnienie dostępnych świadczeń oraz rozszerzają tematykę poruszaną w zakresie edukacji szkolnej. Należy wskazać, że projekt mimo starannego przygotowania wymaga korekty i doprecyzowania w niektórych elementach.

W projekcie należy skorygować cele programowe, tak aby były one zgodne z zasadą SMART. Dodatkowo należy rozszerzyć mierniki efektywności, tak aby odpowiadały wszystkim celom.

Program swoim zasięgiem ma objąć populację uczniów I klas gimnazjum i szkół ponadgimnazjalnych. Należy jednak wskazać, że oszacowania dotyczące potencjalnej liczby uczestników budzą wątpliwości co do możliwości zgłoszenia się do programu wszystkich placówek z terenu gminy. W projekcie nie wskazano jasnych kryteriów kwalifikacji do programu. Wydaje się zasadne, aby w ramach projektu zaplanować działania, które pozwolą na uczestnictwo w programie wszystkim zainteresowanym.

Zaplanowane interwencje są zgodne z rekomendacjami. Warto zwrócić uwagę na kwestie logistyczne, takie jak: czas szkolenia, jego cykliczność oraz wielkości grup słuchaczy.

Określono także monitorowanie i ewaluację programu, co jest istotnym elementem programu, pozwalającym na ocenę przebiegu realizacji programu i jego efektów, jednak warto je doprecyzować, tak aby w pełni spełniały swoją rolę.

Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący prowadzenia kursów pierwszej pomocy przedmedycznej. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 51 000 zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2019.

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 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

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dotyczy istotnej kwestii, jaką jest umiejętność udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej osobie w stanie zagrożenia zdrowotnego. W świetle obowiązujących przepisów prawa, które nakładają obowiązek udzielenia pomocy osobie w stanie zagrożenia życia, zasadnym wydaje się prowadzenie kursów o omawianej tematyce.

W projekcie programu skupiono się jedynie na znaczeniu jakie ma udzielenie pierwszej pomocy przez świadków nagłego zdarzenia. Nie odniesiono się natomiast do problemu zdrowotnego jakim jest m.in. nagłe zatrzymanie krążenia.

W projekcie programu szczegółowo opisano lokalną sytuację epidemiologiczną w odniesieniu do ratownictwa medycznego. Do tego celu wykorzystano dane statystyczne Stacji Pogotowia Ratunkowego w Słupsku za lata 2013-2015.

Z danych GUS wynika, iż w 2013 roku zrealizowano niemal 3 000 000 wyjazdów na miejsce zdarzenia w skali kraju. Zdecydowaną większość wyjazdów stanowią wyjazdy do domu pacjenta (ok. 72% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów zespołów PRM). Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły ok. 6%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po ok. 1%. Miejsca zaliczone do kategorii „inne”, obejmujące np. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół, itp. stanowiły drugie co do liczebności miejsce zdarzenia – ok. 20%.

### Cele i efekty programu

Celami głównym programu są:

- „poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu słupskiego poprzez zmniejszenie ilości zgonów oraz niepełnosprawności wynikających z zaniechania bądź nieudzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej przez świadków zdarzenia,
- kształtowanie społecznie pożądanych kompetencji życiowych uczniów, poprzez wpajanie poczucia odpowiedzialności za drugiego człowieka,
- usystematyzowanie wiedzy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej przekazywanej przez nauczycieli w ramach przedmiotu „Edukacja dla bezpieczeństwa”, zapoznanie nauczycieli z najnowszymi wytycznymi ERC i PRC w zakresie udzielania pierwszej pomocy.”

Dodatkowo wskazano 4 cele szczegółowe. Należy jednak mieć na uwadze, że cele programowe zostały sformułowane w sposób ogólny i nie spełniają w pełni zasady SMART, wg której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, ważny oraz zaplanowany w czasie. Warto zatem cele programowe przeformułować.

Miernikiem efektywności realizacji celów ma być wskaźnik przyrostu wiedzy obliczany dla każdego ucznia na podstawie przeprowadzonych testów przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu. Miernik ten powinien zostać zmodyfikowany na np. poziom wiedzy nt. udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Dodatkowo powinno się uwzględnić więcej wskaźników efektywności, które będą umożliwiać precyzyjną ocenę stopnia realizacji celów np. wzrost udzielonej pierwszej pomocy przedmedycznej w postaci resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez uczestników programu, zmiany w liczbie zgonów powstałych w wyniku zdarzeń nagłych w związku z prawidłowym udzieleniem pierwszej pomocy przedmedycznej, zastosowanie zakupionych automatycznych defibrylatorów zewnętrznych w miejscach publicznych.

### Populacja docelowa

Populację docelową w projekcie stanowią uczniowie I klas gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych, a także nauczyciele z terenu powiatu słupskiego.

Prognozowana, łączna liczba uczniów uczestnicząca w programie w jednym roku szkolnym wynosi maksymalnie 900 (po 30 wytypowanych uczniów z każdej ze szkół), natomiast prognozowana liczba nauczycieli uczestnicząca w programie wynosi maksymalnie 56 (po 2 nauczycieli z każdej ze szkół) w jednym roku szkolnym. Należy jednak zaznaczyć, że liczba gimnazjów, które przystąpią do programu zależeć będzie od wyrażenia chęci udziału w programie przez dane samorządy gminne i

dyrektorów szkół. Założona liczba 900 uczniów biorących udział w szkoleniu wystąpiłaby w momencie przystąpienia do programu większości szkół z terenu powiatu. W przypadku wyrażenia chęci udziału w programie przez wszystkie samorządy gminne i dyrektorów szkół liczba może być nieco większa. W związku z tym, należałoby zapewnić możliwość odbycia szkolenia wszystkim uczniom 1 klas gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych

Nie sprecyzowano kryteriów kwalifikacji do programu, w związku z tym nie wiadomo na jakich zasadach wyłonieni będą uczestnicy programu. Powinno to zostać uzupełnione i stanowić jedno z kryteriów włączenia do programu.

#### Interwencja

Główną interwencją programu są szkolenia w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej. W projekcie szczegółowo określono tematykę szkoleń oraz formę prowadzenia zajęć. Treść zaproponowanych szkoleń jest zgodna z rekomendacjami.

W zaleceniach Metodycznych Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, a także wytycznych ERC z 2010 roku, podkreśla się, że liczba uczestników szkolenia nie powinna przekraczać 6 osób na jednego instruktora, dodatkowo podkreśla się, że szkolenie jednodniowe z pierwszej pomocy powinno trwać około 10 godzin. Założenia autorów programu, iż w szkoleniu może uczestniczyć 8-12 osób na jednego instruktora, a szkolenie będzie trwać niecałe 4 h godziny (5 h lekcyjnych) może przyczynić się do obniżenia jakości szkolenia i niedostatecznego nabycia umiejętności praktycznych.

W odniesieniu do powyższego należy mieć na uwadze, aby czas zaplanowany na wykłady i ćwiczenia był wystarczający do przekazania wszystkich niezbędnych informacji oraz przyswojenia wiedzy przez uczniów.

Działania programu to także zakup fantomów (model dorosły i niemowlę), zakup szkolnych apteczek pierwszej pomocy z wyposażeniem oraz zakup automatycznych defibrylatorów zewnętrznych. Zakup fantomów może przyczynić się do utrwalania zdobytej wiedzy, a także możliwości powtarzania szkoleń. Umiejętność prowadzenia BLS/AED (Basic Life Support/Automated External Defibrillation) może ulec zapomnieniu po 3–6 miesiącach, dlatego ważne jest powtarzanie szkoleń po 6 miesiącach (zalecenia ERC) lub maksymalnie po 2 latach (zalecenia AHA). Zakup automatycznych defibrylatorów zewnętrznych, także wydaje się zasadny w świetle zaleceń np. AHA 2010, które mówią, że choć szkolenie z zakresu użycia AED są skuteczne i zwiększają chociażby szybkość przygotowania urządzenia do użycia, to AED powinny być dostępne także dla osób bez szkolenia – przynosi to korzyści dla osób poszkodowanych. Zasadnym wydaje się aby były one umieszczone w miejscach publicznych, a nie tylko na terenie szkół gimnazjalnych, jak zakłada się w programie

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja nie została opracowana w pełni poprawnie. Należy pamiętać, że są to istotne elementy programu, które umożliwiają bieżącą ocenę przebiegu programu 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 natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

W projekcie nie opisano oceny zgłaszalności do programu ani oceny jakości świadczeń. Powinno to zostać uzupełnione.

Ocenę efektywności (ewaluację) oparto o liczbę przeprowadzonych szkoleń, liczbę godzin szkolenia teoretycznego, liczbę przeszkolonych uczniów. Nie są to parametry odpowiednie w ocenie efektywności. Ewaluacja mogłaby obejmować poziom wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przez uczestników po odbyciu szkolenia (można do tego wykorzystać testy sprawdzające poziom wiedzy, które planuje się przeprowadzić w programie). Warto by było również przeanalizować efektywność podjętych działań, czyli jak wiedza teoretyczna wpłynęła na zachowania praktyczne w dłuższym okresie czasu.

Ważne jest także utrzymanie trwałości uzyskanych efektów zdrowotnych, w tym przypadku np. poprzez cykliczność szkoleń lub stały dostęp do materiałów edukacyjnych.

#### Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Opisano warunki sprzętowe do realizacji programu. Nie przedstawiono kompetencji realizatora.

W projekcie przedstawiono wszystkie niezbędne elementy. Uwzględniono także kampanię informacyjną, której zadaniem jest rozpropagowanie programu w regionie. Warto jednak określić sposób zakończenia udziału w programie, który powinien być możliwy na każdym jego etapie.

W projekcie dokładnie oszacowano koszty przeprowadzenia programu wynoszące 51 000 PLN. Wskazano koszt poszczególnych składowych programu.

#### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

##### Problem zdrowotny

Zgony z przyczyn nagłych, takich jak nagłe zatrzymanie krążenia (NZK), stanowią dużą liczbę wśród wszystkich przyczyn zgonów polskiego społeczeństwa. Szacuje się, iż w wyniku NZK w Polsce umiera ok. 80 tys osób rocznie. Nagłym zatrzymaniem krążenia 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 niedokrwienną serca.

Natomiast zgony z przyczyn zewnętrznych stanowią trzecią najczęstszą przyczynę zgonów w powiecie cieszyńskim, odzwierciedlając ogólnopolską tendencję. Wielu z nich można było zapobiec lub zniwelować ich negatywne następstwa poprzez na czas udzieloną pomoc. Obecnie przyjmuje się, że śmierć mózgu w następstwie nieodwracalnych zmian, wynikłych z niedotlenienia komórek mózgu, następuje u człowieka w ciągu 3 – 4 min. od momentu zatrzymania krążenia. Zniszczenie kory mózgu, odpowiedzialnej za świadomość człowieka, powoduje trwałą, nieodwracalną jej utratę, chociażby inne części mózgu, bardziej odporne na niedotlenienie, udało się uratować, np. rdzeń przedłużony. Z wyżej przytoczonych parametrów wynika, że nawet w modelowo zorganizowanym systemie ratownictwa medycznego, dotarcie karetki i udzielenie pomocy przez wykwalifikowaną kadrę następuje niejednokrotnie zbyt późno, prowadząc u osoby poszkodowanej do nieodwracalnych zmian w wyniku braku pomocy natychmiast po zajściu zdarzenia.

##### Alternatywne świadczenia

Kwestię nauczania pierwszej pomocy w szkołach regulują przepisy rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 r., poz. 977), wydane na podstawie delegacji zawartej w art. 22 ust. 2 pkt 2 lit. a i b ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.). Wedle zapisów, uczeń szkoły podstawowej potrafi opisać zasady udzielania pierwszej pomocy w niektórych urazach (stłuczenia, zwichnięcia, skaleczenia, złamania, ukąszenia, użądlenia), potrafi wezwać pomoc w różnych sytuacjach. 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, postępowanie w przypadku krwotoku, porażenia prądem, wstrząsu, złamania, zwichnięcia, zatrucia, oparzenia, zadławienia etc.

##### Ocena technologii medycznej

Odnalezione wytyczne wskazują na istotność prowadzenia działań edukacyjnych z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Zgodnie z międzynarodową organizacją ILCOR i jej zaleceniami z 2010 roku wskazuje się na potrzebę prowadzenia cyklicznych szkoleń, które mogą być prowadzone w formie kursów komputerowych, jednak powinny również zawierać element ćwiczeń praktycznych. Wytyczne wskazują, że przygodni świadkowie niezwiązani z medycyną, jak i osoby z medycznym wykształceniem, powinny być najpierw uczone prawidłowego prowadzenia uciśnięć klatki piersiowej, dopiero kiedy opanują tę umiejętność powinni być uczeni prowadzenia sztucznego oddychania.

Wytyczne Australijskiej Rady Resuscytacji 2010 odnoszą się zarówno do rekomendacji adresowanych do profesjonalistów, jaki i do osób bez wykształcenia medycznego, które mogą stać się świadkami zdarzenia zagrażającego życiu. W zakresie nauczania pierwszej pomocy resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez przygodnych świadków, a ponadto zwiększają szanse poszkodowanego na przeżycie. Szkolenia z pierwszej pomocy powinny być łatwo dostępne dla społeczeństwa.

Zalecenia metodyczne Jakubaszko, Nauczanie Pierwszej Pomocy. Zalecenia Metodyczne 2004 odnoszą się do zasad nauczania pierwszej pomocy. Kursy z zakresu pierwszej pomocy powinny być prowadzone przez certyfikowanych instruktorów Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Kurs jednodniowy powinien trwać ok. 10 godzin (5 godzin zajęć teoretycznych i 5 godzin zajęć praktycznych) i powinien obejmować następujące zagadnienia: łańcuch przeżycia, przyczyny i mechanizmy nagłego zatrzymania krążenia u dorosłych, zasady prawidłowego nadawania sygnału „na ratunek” i wzywania ambulansu, zasada bezpieczeństwa ratującego i ratowanego, ocena poszkodowanego, postępowanie z nieprzytomnym prawidłowo oddychającym, metody bezprzyrządowego udrażniania dróg oddechowych, sztucznego oddychania i ucisków klatki piersiowej, sekwencja czynności resuscytacyjnych u dorosłych, ciało obce w drogach oddechowych u osoby dorosłej, przyczyny nagłego zatrzymania krążenia u dzieci i niemowląt – odmienności łańcucha ratowania życia, resuscytacja krążeniowo-oddechowa dziecka, resuscytacja krążeniowo-oddechowa niemowlęcia, ciało obce w drogach oddechowych u dziecka i niemowlęcia, nagłe zachorowania, zatrucia, wstrząs, wypadek komunikacyjny – zachowanie się w miejscu zdarzenia, urazy i obrażenia, działanie wysokiej i niskiej temperatury na organizm człowieka, podtopienie, porażenie prądem i piorunem, poród, półautomatyczna defibrylacja zewnętrzna. Kurs powinien się zakończyć egzaminem.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.212.2016 „ABC pierwszej pomocy” realizowany przez: powiat słupski, Warszawa listopad 2016 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej – wspólne podstawy oceny”, styczeń 2013 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 328/2016 z dnia 21 listopada 2016 roku o projekcie programu „ABC pierwszej pomocy” powiatu słupskiego