



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 195/2016 z dnia 14 października 2016 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Pierwsza pomoc”
Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy
dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu powiatu opolskiego

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Pierwsza pomoc” Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu powiatu opolskiego pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu odnosi się do prowadzenia szkoleń z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych. 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 całą populację uczniów szkół ponadgimnazjalnych, co jest istotne dla osiągnięcia widocznych efektów prowadzonych działań. Należy jednak uwzględnić wyrażenie zgody rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie.

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.

W ramach budżetu warto uwzględnić koszty prowadzenia działań promujących program.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący prowadzenia kursów pierwszej pomocy przedmedycznej wśród młodzieży. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 58 950 zł, zaś okres realizacji to lata 2016-2019.

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. Zaznaczono wpływ wspomnianej edukacji na możliwość udzielania pierwszej pomocy. Nie odniesiono się do problemu zdrowotnego jakim jest m.in. nagłe zatrzymanie krążenia.

W projekcie programu polityki zdrowotnej opisano lokalną sytuację epidemiologiczną. Należy zaznaczyć, że w Polsce od lat główną przyczyną zgonów są choroby układu krążenia, kolejne miejsca zajmują choroby nowotworowe i urazy. Na podstawie „Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Opolskiego na lata 2015 i następne” stwierdzić można, iż w większości przypadków wyjazdy Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) spowodowane były nagłymi stanami zagrożenia zdrowotnego. W 2013 r. zespoły ratownictwa medycznego stacjonujące w Opolu i powiecie opolskim wyjeżdżały 16 885 razy, z czego ponad połowa wyjazdów była do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego (8758 wyjazdów, 51,9 %). Z ogółu wyjazdów ZRM w 2013 r. odnotowano 344 zgony przed podjęciem lub w trakcie podejmowania medycznych czynności ratunkowych.

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

W projekcie sformułowano 3 cele główne, które nie zostały sformułowane poprawnie. Prawdopodobnie sformułowany cel główny mógłby brzmieć następująco: „zdobycie umiejętności udzielania pierwszej pomocy oraz wykształcenie pozytywnych postaw w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia u uczniów II klas szkół ponadgimnazjalnych na terenie powiatu opolskiego w latach 2016-2019” Powyższy cel spełnia koncepcję SMART – jest on sprecyzowany, mierzalny (za pomocą testów sprawdzających poziom nabytej wiedzy), osiągalny, ważny oraz zaplanowany w czasie. Ponadto określono 5 celów szczegółowych, które warto przeformułować, tak aby były zgodne z zasadą SMART.. 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 II klas szkół ponadgimnazjalnych z terenu powiatu opolskiego. Program jest obowiązkowy dla wszystkich szkół ponadgimnazjalnych z terenu powiatu opolskiego. Łączna liczba uczniów, którzy mają zostać objęci Programem w latach 2016-2019 wynosi ok. 960 osób.

W projekcie programu pominięto kwestię konieczności wyrażenia zgody przez rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w programie. 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. Dodatkowo w programie powinno się poruszyć temat: łańcuch przeżycia, przyczyny i mechanizmy nagłego zatrzymania krążenia u dorosłych, zasada bezpieczeństwa ratującego i ratowanego, nagłe zachorowania, zatrucia, wstrząs, podtopienie, poród.

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 godzin szkolenia praktycznego, liczbę przeszkolonych uczniów, liczbę informacji w Internecie, liczbę artykułów w prasie. 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 58 950 PLN. Wskazano koszt poszczególnych składowych programu. Należy jednak w budżecie uwzględnić koszty kampanii informacyjnej.

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 uciśnień 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.441.186.2016 „»Pierwsza pomoc« Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu powiatu opolskiego” realizowany przez: powiat opolski, Warszawa październik 2016 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy zdrowotne w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej – wspólne podstawy oceny” styczeń 2013 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 299/2016 z dnia 10 października 2016 roku o projekcie programu „»Pierwsza pomoc«. Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu powiatu opolskiego”