

AKCEPTUJĘ

.....

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-100, e-mail: urząd_marszalkowski@mazovia.pl



**Program polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej
pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII
z województwa mazowieckiego**

okres realizacji: lata 2021-2022

Podstawa prawna: art. 48 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Warszawa 2020 r.

Spis treści

Słowniczek	3
1.Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1.1. Opis problemu zdrowotnego	5
1.2. Dane epidemiologiczne	7
1.3. Opis obecnego postępowania	10
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	10
2.1. Cel główny	10
2.2. Cele szczegółowe.....	11
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	11
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	12
3.1. Populacja docelowa.....	12
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia	14
3.3. Planowane interwencje.....	15
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	17
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	17
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej	18
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	18
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	19
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	19
5.1. Monitorowanie	19
5.2. Ewaluacja	20
6. Budżet programu polityki zdrowotnej	20
6.1. Koszty jednostkowe.....	20
6.2. Koszty całkowite	21
6.3. Źródła finansowania	21
Bibliografia	22
Załącznik nr 1. Wzór ankiety	24
Załącznik nr 2. Wzór sprawozdania rocznego.....	25
Załącznik nr 3. Test sprawdzający wiedzę z zakresu pierwszej pomocy	26
Załącznik nr 3a Klucz do testu sprawdzającego wiedzę z zakresu pierwszej pomocy.....	28
Załącznik nr 4 Ocena jakości udzielanych świadczeń.	29

Słowniczek

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Koszty bezpośrednie – koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie – koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

Kryteria włączenia – warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby skorzystać z programu.

Kryteria wyłączenia – warunki, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w programie.

NZK – Nagłe Zatrzymanie Krążenia.

Organizator – Województwo Mazowieckie.

Program – Program polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego.

Realizator – wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub podmiot, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

Współczesne społeczeństwo żyje „szybko”, traktuje życie wybiórczo, analizując tylko wybrane potrzeby. Zmiany cywilizacyjne, łatwy dostęp do usług, a także przenoszenie niektórych sfer życia do wirtualnej rzeczywistości spowodowały przewartościowanie kluczowych aspektów naszego funkcjonowania. A do nich należą ochrona zdrowia i życia. Nierzadko jesteśmy świadkami zdarzenia, w którym te najwyższe wartości człowieka są zagrożone. Stajemy przed koniecznością udzielenia pomocy przedmedycznej¹.

Zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

– Pierwsza pomoc to zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej².

Udzielenie pomocy osobie poszkodowanej jest naszym moralnym, jak i obywatelskim obowiązkiem. Zgodnie z art. 162 § 1. Kodeksu karnego

– Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3³.

Za nieudzielenie pomocy grozi więc odpowiedzialność karna w postaci pozbawienia wolności.

Pozostawiając osobę będącą w stanie zagrożenia życia, możemy narazić ją na niebezpieczeństwo związane z utratą zdrowia lub życia. Ww. przepis podkreśla jednocześnie, że udzielana pomoc nie może wiązać się z utratą zdrowia lub życia ratującego. Nikt nie będzie oskarżał osoby, która odstąpi od jakichkolwiek czynności ratunkowych, gdy jej życie będzie zagrożone.

W myśl zasady -dobry ratownik to żywy ratownik- powinniśmy najpierw zadbać o własne bezpieczeństwo, a dopiero później podejść do poszkodowanego i podjąć odpowiednie działania.

Współczesne prawodawstwo polskie podkreśla więc, że każdy świadek, bądź uczestnik zdarzenia pod rygorem prawnym powinien podjąć czynności ratunkowe, przed przybyciem wykwalifikowanych służb ratunkowych⁴.

W tej sytuacji szczególnej wartości nabiera fachowa pierwsza pomoc świadków i/lub uczestników zdarzenia, która może zwiększyć szanse przeżycia poszkodowanego i/lub przyczynić się do zmniejszenia uszczerbku na jego zdrowiu. Dlatego tak ważne staje się upowszechnienie prawidłowych zasad udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia. Edukacja na rzecz prawidłowego prowadzenia pierwszej pomocy powinna być procesem ciągłym.

Uczeń zarówno w szkole, jak i poza nią będąc świadkiem czy uczestnikiem zdarzenia stwarzającego szanse zagrożenia życia powinien posiadać umiejętności prawidłowego przeprowadzenia pomocy przedmedycznej. Kwestia pierwszej pomocy przedmedycznej to istotny i nadal niedoceniony temat w edukacji społecznej. Dzieci wielokrotnie ratowały życie i zdrowie, pomagając osobom w nagłym stanie zagrożenia życia, udzielając im pierwszej pomocy lub wzywając pomoc. Edukacja zdrowotna jest częścią całego procesu wychowania. To nie tylko przekazywanie wiedzy o tym, co jest korzystne lub szkodliwe dla zdrowia, lecz przede wszystkim jak najpełniejsze wyposażenie dziecka w odpowiednie umiejętności i nawyki, które pomogą tę wiedzę skutecznie wykorzystać. Uczniom należy więc umożliwić poznanie odpowiednich postaw i wartości, które ułatwiają im dokonywanie właściwych wyborów w zakresie zachowań zdrowotnych. Wczesna edukacja zdrowotna ma przygotować dziecko do tego, aby stało się niezależną, zdrową i twórczą jednostką. Kształtuje w nim przekonanie o możliwości wpływania na własne zdrowie poprzez podejmowanie odpowiednich decyzji. Jego psychika jest wrażliwa na oddziaływania otoczenia. Nabyte w tym wieku umiejętności, nawyki i postawy zachowane zostaną na dalsze lata życia⁵. Podniesienie poziomu świadomości w zakresie promowania zdrowia stanowi jeden z kluczowych warunków upowszechniania zdrowego stylu życia. Jest to możliwe dzięki edukacji zdrowotnej dzieci. Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięcia szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę,

¹ A. Jurczak, Z. Kopański, R. Gajdosz, Wiedza z zakresu pierwszej pomocy młodzieży ponadgimnazjalnej (High school youths' knowledge on first aid), Journal of Clinical Healthcare 2/2015, s. 28-34.

² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny.

⁴ Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Mazowieckiego, tekst jednolity Warszawa, 2019, s. 8.

⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 3/2019 z dnia 15 stycznia 2019 r. Program polityki zdrowotnej pn. - Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021; Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 84/2018 z dnia 22 maja 2018 r. program polityki zdrowotnej pn. - Pierwsza pomoc. Program Polityki Zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów publicznych szkół średnich z terenu powiatu Gliwickiego na lata 2018-2020.

umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szansę na zdrowe życie oraz ich zdolność do działań na rzecz zdrowia w społeczności.

Pierwsza pomoc udzielona przez przypadkowych świadków nagłego zdarzenia często decyduje o możliwości przeżycia osoby zagrożonej lub o rozległości ewentualnego przyszłego kalectwa. Każdy powinien być zatem wyposażony w podstawową wiedzę i umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC) potwierdzają, że resuscytacja krążeniowo-oddechowa wykonywana przez przypadkowych świadków i wczesna defibrylacja ratują życie⁶.

Problem zdrowotny opisany w programie jest zgodny z priorytetem zdrowotnym wskazanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych w zakresie zmniejszenia zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu m. in. układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu⁷ oraz z Kierunkami działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2018-2021⁸ w zakresie celu operacyjnego nr 1. Profilaktyka chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, chorób nowotworowych oraz nr 9. Edukacja zdrowotna i kształtowanie wśród mieszkańców Mazowsza postaw prozdrowotnych.

1.1. Opis problemu zdrowotnego

Sytuacje zagrożenia życia i zdrowia, które wymagają natychmiastowej interwencji mogą spotkać każdego, wszędzie. Możemy się w nich znaleźć zarówno w roli poszkodowanego, jak i osoby, która znajdzie się w miejscu zdarzenia jako udzielający pomocy.

Przez nagłe zagrożenie życia rozumiemy sytuacje, w których nieoczekiwanie następuje zaburzenie czynności co najmniej jednego z trzech układów organizmu, które decydują bezpośrednio o życiu. Niezależnie od przyczyny i mechanizmu, nagłe zatrzymanie krążenia wywołuje utratę przytomności w ciągu 15 sekund, zaburzenia rytmu oddychania w ciągu 30 sekund, bezdech oraz rozszerzenie źrenic w ciągu 30-60 sekund. Skuteczność procedur resuscytacyjnych zależy w największym stopniu od powiązania podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS) oraz zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS). Brak pomocy lub nieodpowiednie metody ratowania człowieka znajdującego się w sytuacji zagrażającej życiu są często przyczyną śmierci⁹.

Poważnym zagrożeniem dla poszkodowanego jest także utrata przytomności spowodowana urazem (zwykle głowy), wstrząsem, padaczką, udarem mózgu, chorobami układu nerwowego, chorobami metabolicznymi, chorobami układu oddechowego, substancjami chemicznymi, zadławieniem, przegrzaniem, hipotermią, reakcją uczuleniową, porażeniem prądem elektrycznym i innymi. Poza szpitalne zatrzymanie krążenia dotyczy w dużej mierze chorych z ostrym zawałem serca, spośród których 1/3 umiera przed dotarciem do szpitala.

Pierwszej pomocy wymagają także inne sytuacje, w których nie dochodzi do utraty przytomności, takie jak: urazy, złamania, zranienia, oparzenia, zatrucia, zadławienia, wstrząs, ukąszenie, użądlenie itd.¹⁰. Badania wykazały, że spośród szeregu czynności i technik podejmowanych u osób z NZK tylko wczesne podjęcie czynności resuscytacyjnych przez świadków zdarzenia oraz wczesna defibrylacja znacząco wpływa na zwiększenie przeżycia. W celu podkreślenia wagi szkoleń z pierwszej pomocy przedmedycznej należy przybliżyć pojęcie - Łańcucha przeżycia¹¹. Pojęcie to jest międzynarodowym symbolem na określenie działań ratowniczych w sytuacjach zagrożenia życia. Poszczególne ogniwa łańcucha przeżycia obrazują kluczowe dla ratowanego interwencje.

⁶ Koen Monsieurs, Jerry Nolanm Janusz Andres, Paweł Krawczyk, Edyta Drab, Marta Dembowska Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC, <http://www.prc.krakow.pl/wyt2015/Podsumowanie>.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.

⁸ Samorząd Województwa Mazowieckiego, Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2018-2021, <https://www.mazovia.pl/zdrowie/riorytetowedziaaniawojewodztwamazowieckiegowobszarzedro/ierunkidziaawzakresiepolitykizdrowotnejwojewodztwamazow/> [dostęp: 26 luty 2020 r.]

⁹ M. Sych, Reanimacja i postępowanie w stanach nagłego zagrożenia życia, w: Janicki k. (red.) Domowy poradnik medyczny, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa (2008), s. 101.

¹⁰ R. Jastrzębska, A. Kaczor, Nagłe stany zagrożenia życia. ABC pierwszej pomocy, Wydawnictwo Szkoły Policji w Słupsku, Słupsk 2007, s. 70.

¹¹ G.D. Perkins, A.J. Handley, R.W. Koster, M. Castrén, M.A. Smyth, 106 T. Olasveengen, K.G. Monsieurs, V. Raffay, J.-T. Gräsner, V. Wenzel, G. Ristagno, J. Soar, Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz automatyczna defibrylacja zewnętrzna, Wytyczne resuscytacji 2015, s. 106, www.prc.krakow.pl, www.erc.edu

Rys. 1 Łańcuch przeżycia



Źródło: R. Ashish, Panchal, MD, PhD; Jonathan P. Duff, MD, Med.; Marilyn B. Escobedo, MD; Jeffrey L. Pellegrino, PhD, MPH; Nathan Charlton, MD; Mary Fran Hazinski, RN, MNS Aktualizacja Wytycznych American Heart Association z 2019 r. w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i doraźnego postępowania w zaburzeniach krążenia.

Pierwsze ogniwo: umiejętności rozpoznawania sytuacji zagrożenia i szybkie powiadomienie systemu ratowniczego, aby zapobiec nagłemu zatrzymaniu krążenia;

Drugie ogniwo: wczesne rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (wprowadzenie uciskania klatki piersiowej, sztucznej wentylacji);

Trzecie ogniwo: wykonanie defibrylacji, o ile jest wskazana;

Czwarte ogniwo: opieka po resuscytacyjna, aby przywrócić jakość życia.

Z zaleceń Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, dotyczącym nauczania pierwszej pomocy, wynika, że początkowe ogniwo – łańcucha przeżycia – , którym jest pierwsza pomoc udzielona przez przypadkowych świadków nagłego zdarzenia, częstokroć decyduje o możliwości przeżycia osoby zagrożonej lub rozległości ewentualnego przyszłego kalectwa¹². Nieprofesjonaliści są osobami kluczowi w pierwszym, drugim a nawet trzecim ogniwie łańcucha przeżycia. Bezwzględnie należy więc podnosić świadomość społeczną w tym zakresie, szkolar jak największą liczbę osób. Zwiększy to prawdopodobieństwo, że podstawowe zabiegi resuscytacyjne zostaną podjęte na czas i we właściwy sposób. W każdym z tych przypadków, zarówno w NZK, jak i innych okolicznościach, stanowiących zagrożenie dla życia czy zdrowia, podjęcie na czas właściwego działania pozwoli na zniwelowanie bądź ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych, a w niektórych sytuacjach uratują życie. Każdy powinien być zatem wyposażony w podstawową wiedzę i umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Jest to ważne, gdyż wiele czynników zmniejsza chęć świadków zdarzenia do podejmowania choćby resuscytacji krążeniowo-oddechowej, między innymi panika, strach przed zakażeniem, możliwość wyrządzenia krzywdy osobie poszkodowanej lub strach przed nieprawidłowo wykonaną RKO.

Podstawowym działaniem w przypadku każdej akcji ratunkowej jest umiejętność wykonania BLS (Basic Life Support) – podstawowych zabiegów resuscytacyjnych, bezprzyrządowe utrzymanie drożności dróg oddechowych oraz podtrzymanie oddychania i krążenia¹³. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa wykonywana przez przypadkowych świadków i wczesna defibrylacja ratują życie, co potwierdzają wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji. Efekt czynności resuscytacyjnych zależy w dużej mierze od szybkości podjęcia akcji przez świadków zdarzenia. Dlatego istotne jest, aby każdy z nas posiadał wiedzę z zakresu RKO¹⁴.

Gdyby więcej ludzi umiało udzielać pierwszej pomocy w nagłym zatrzymaniu krążenia, 100 000 osób rocznie w Europie mogłoby żyć. Tak twierdzi Europejska Rada Resuscytacji (ERR)¹⁵. Ponadto, jak wynika z badań ERR, każdego roku NZK występuje u ok. 400 000 osób. Nagłe NZK może zdarzyć się wszędzie, dlatego tak istotne jest propagowanie wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

¹² *Ibidem* s. 104-121.

¹³ Rudolph W. Kostera, Michael A. Baubinb, Leo L. Bossaertc, Antonio Caballerod, Pascal Cassane, Maaret Castrénf, Cristina Granjag, Anthony J. Handleyh, Koenraad G. Monsieursi, Gavin D. Perkinsj, Violetta Raff ayk, Claudio Sandroni Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED), Wytyczne Resuscytacji 2010, s. 74-90.

¹⁴ Sławomir Pilip, Anita Wójcik, Grzegorz Michalak, Robert Gałązkowski, Wiedza w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osób zatrudnionych w wybranych jednostkach współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego, *Ratownictwo medyczne i medycyna katastrof*, t. 38, nr 2, 2015, s. 133–141

¹⁵ Polska Rada Resuscytacji, Informacja Prasowa 2013: Gdyby więcej ludzi umiało udzielać pierwszej pomocy w nagłym zatrzymaniu krążenia, 100,000 osób rocznie w Europie mogłoby żyć – twierdzi Europejska Rada Resuscytacji, <https://www.prc.krakow.pl/erc/InformacjaPrasowa2013.pdf>

Zatem, nawet w modelowo zorganizowanym systemie ratownictwa medycznego dotarcie karetki i udzielenie pomocy przez wykwalifikowaną kadrę następuje zbyt późno, prowadząc u osoby poszkodowanej do nieodwracalnych zmian w wyniku braku pomocy natychmiast po zajściu zdarzenia. W związku, z tym w swoim projekcie programu proponujemy upowszechnianie wiedzy nt. czynników powodujących bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego oraz konsekwencji ich działania. Proponujemy przekazanie wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, która wpłynie na kształtowanie poglądu i postaw uczniów w sytuacji zagrożenia życia.

1.2. Dane epidemiologiczne

Dominującymi przyczynami zgonów mieszkańców Mazowsza są zdecydowanie choroby układu krążenia, a następnie nowotwory złośliwe¹⁶. Pozostałe przyczyny o bardziej istotnym znaczeniu tzn. zewnętrzne przyczyny zgonów, choroby układu oddechowego, układu trawiennego oraz objawy i stany niedokładnie określone¹⁷.

W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że pierwsza połowa życia jest przede wszystkim zagrożona przyczynami zewnętrznymi (w przypadku najmniejszych dzieci problemami związanymi z okresem okołoporodowym), a druga chorobami krążenia i nowotworami złośliwymi¹⁸.

W ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w 2019 r. w województwie mazowieckim funkcjonowało 200 Zespołów Ratownictwa Medycznego, w tym 43 specjalistyczne oraz 157 podstawowych. W ramach systemu obsługiwane są zgłoszenia alarmowe kierowane na numery alarmowe 112 i 997. Jednocześnie w przypadku zgłoszeń dotyczących stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgłoszenia te przekazywane są do obsługi przez właściwą dyspozytornię medyczną. Na terenie województwa mazowieckiego funkcjonuje 5 dyspozytorni medycznych z łączną liczbą 34 stanowisk dyspozytorskich, w tym 9 stanowisk dyspozytorów wysyłających i 20 stanowisk dyspozytorów przyjmujących oraz 5 stanowisk głównego dyspozytora medycznego.

W województwie mazowieckim 305 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR) zapewniały świadczenia zdrowotne w dwóch trybach: ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) oraz stacjonarnym. W izbach przyjęć i szpitalnych oddziałach ratunkowych najwięcej świadczeń udzielono w trybie ambulatoryjnym. Dorażnej pomocy medycznej również udzielało Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (trzy lotnicze zespoły ratownictwa medycznego). Z systemem współpracowało 61 izb przyjęć, w tym 9 izb przyjęć psychiatrycznych, 1 centrum urazowe dla dorosłych i 1 centrum urazowe dla dzieci.

W województwie mazowieckim w 2019 r.¹⁹ w izbach przyjęć lub SOR, udzielono dorażnej pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym blisko 730 tys. osób. Liczba leczonych w trybie stacjonarnym wyniosła ponad 200 tys. osób.

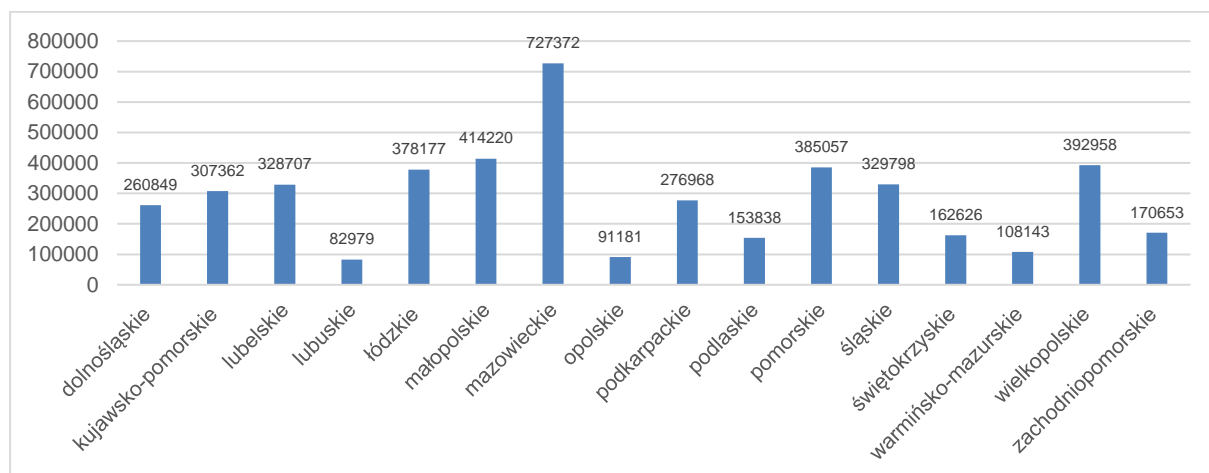
¹⁶ Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego" s. 20-27, http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_kardiologia_mazowieckie.pdf, dostęp: luty 2020 r.

¹⁷ Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego s. 13-23, http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_onkologia_mazowieckie.pdf, dostęp: luty 2020 r.

¹⁸ Zbigniew Strzelecki, Janusz Szymborski, Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa (2015).

¹⁹ Źródłem danych są tablice wynikowe ze sprawozdania ZD-4 oraz tablice z Ludności wg stanu w dniu 30 czerwca 2019 r.

Wykres nr 1. Udzielone świadczenia zdrowotne w izbie przyjęć lub SOR w trybie ambulatoryjnym, w podziale na województwa.



Źródło: GUS, tablice wynikowe ze sprawozdania ZD-4 oraz tablice z Ludności wg stanu w dniu 30 czerwca 2019 r., opracowanie własne.

Medyczne czynności ratunkowe w miejscu zdarzenia wykonano u 448813 osób, w tym udzielono świadczenia zdrowotnego u:

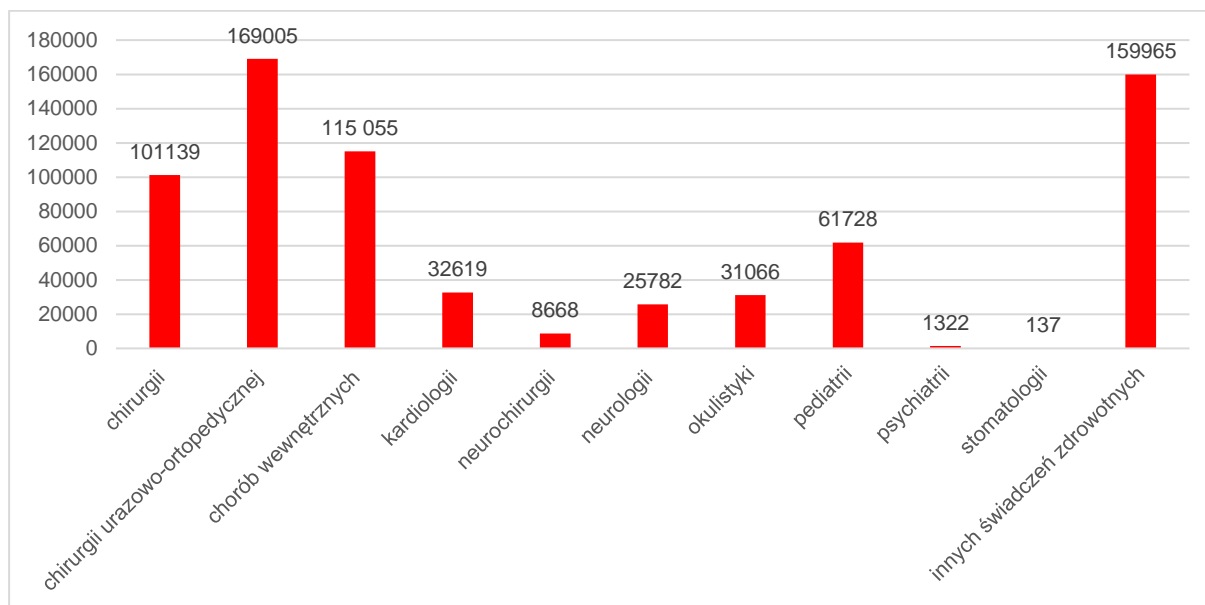
- 216949 kobiet,
- 2684 dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat,
- 20277 osób w wieku 65 lat i więcej lat.

Ogółem w 2019 r. w Izbie Przyjęć lub SOR w trybie ambulatoryjnym udzielono 727372 świadczeń zdrowotnych, z czego 16,6 procent stanowiły dzieci i młodzież do lat 17; 56,3 procent osoby w wieku 18-64 lat oraz 27,1 procent osoby w wieku 65 lat i więcej. Źródłem danych są tablice wynikowe ze sprawozdania ZD-4 oraz tablice Ludności wg stanu w dniu 30 czerwca 2019 r.

Pacjenci leczeni ambulatoryjnie najczęściej korzystali ze świadczeń w zakresie:

- chirurgii – 101139 osób,
- chirurgii urazowo-ortopedycznej – 169005 osób,
- chorób wewnętrznych – 115055 osób,
- kardiologii – 32619 osób,
- neurochirurgii – 8668 osób,
- neurologii – 25782 osób,
- okulistyki – 31066 osób,
- pediatrii – 61728 dzieci,
- psychiatrii – 1322 osób,
- stomatologii – 137 osób,
- innych świadczeń zdrowotnych, nie zakwalifikowanych do wymienionych – 159965 osób.

Wykres nr 2. Liczba osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć według zakresu świadczeń w 2019 r.

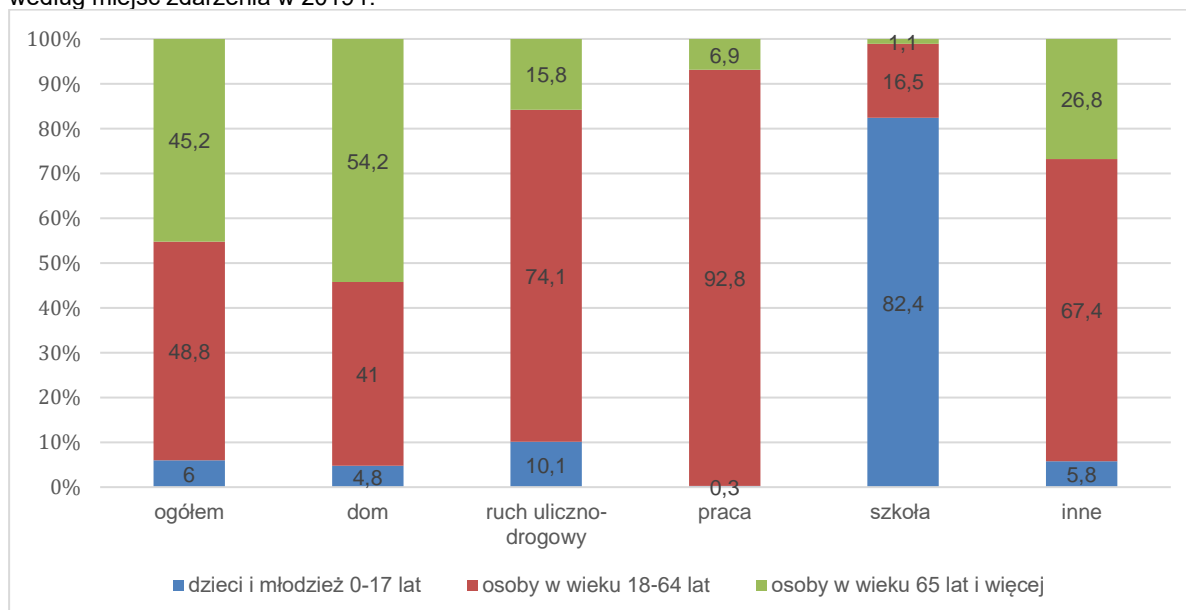


Źródło: GUS, opracowanie własne.

Zespoły Ratownictwa Medycznego do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego w 2019 r. wyjeżdżały ogółem 559450 razy, w tym do pacjentów urazowych 79996 razy. Do zdarzeń niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego zespoły ratownictwa medycznego wyjeżdżały 109741 razy. W ramach medycznych czynności ratunkowych wykonano 749187 wyjazdów/wylotów. Najczęściej zespoły ratownictwa medycznego udzielały pomocy w domu pacjenta. Ogółem liczba wyjazdów według miejsc zdarzenia wynosi:

- w domu 71,9 procent wszystkich przypadków,
- w ruchu uliczno-drogowym 4,4 procent wszystkich przypadków,
- w pracy 2,5 procent wszystkich przypadków,
- w szkole 1,1 procent wszystkich przypadków,
- w miejsca tzw. inne – 20,1 procent wszystkich przypadków.

Wykres nr 3. Struktura wieku osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych według miejsc zdarzenia w 2019 r.



Źródło: GUS, opracowanie własne.

Do szpitali²⁰ na terenie województwa mazowieckiego w 2019 r. zostało przewiezionych 271655 osób. Przed podjęciem czynności medycznych albo w trakcie ich wykonywania stwierdzono 7680 zgonów, w tym: w grupie wiekowej 0-18 było 80 zgonów, natomiast powyżej 18 r.ż. odnotowano 7600 zgonów²¹. W skali województwa na 1 tys. ludności przypadały 172 osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w szpitalnych oddziałach ratunkowych lub izbach przyjęć. Natomiast wskaźnik liczby zespołów ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności w 2019 r. wyniósł 3,7. Powyższe dane potwierdzają występowanie dużej liczby zdarzeń, które uzasadniają potrzebę zareagowania na problemy poprzez szkolenie z pierwszej pomocy przedmedycznej.

1.3. Opis obecnego postępowania

W przepisach prawa oświatowego kwestie nauczania zasad udzielania pierwszej pomocy, na przedmiocie – Edukacja dla bezpieczeństwa - ,uregulowane są w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej²².

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 sytuacjach²³. W szkołach województwa mazowieckiego materiał ten jest realizowany w różnych klasach i tylko przez 1-2 godziny lekcyjne w tzw. całym cyklu kształcenia. Epidemia SARS-CoV-2 sprawiła, że w przypadku zatrzymania krążenia większą wagę przywiązuje się do bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia, a nie jak dotychczas pacjenta. Edukacja z zakresu resuscytacji jest istotna dla zapewnienia właściwego leczenia pacjentów z zatrzymaniem krążenia nie tylko poprzez poszerzanie wiedzy dotyczącej resuscytacji, umiejętności prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz nauczania zasad opieki skoncentrowanej na pacjencie. Programy szkoleń, szczególnie teraz w obliczu pandemii, z zakresu resuscytacji muszą uwzględniać ratunkowe postępowanie u wszystkich pacjentów (chorych na COVID-19 i nie) oraz zastosowanie środków ochrony indywidualnej wykraczających poza standardowe środki bezpieczeństwa²⁴.

Wytyczne ILCOR²⁵:

- sugerują, aby w trakcie pandemii COVID-19 osoby bez przeszkolenia medycznego rozważyły wykonywanie wyłącznie uciskania klatki piersiowej i wykorzystanie publicznego dostępu do defibrylacji,
- sugerują, aby w trakcie pandemii COVID-19, pracownicy ochrony zdrowia używali środków ochrony indywidualnej,
- sugerują, jako rozsądne, aby pracownicy ochrony zdrowia rozważali wykonanie defibrylacji przed założeniem środków ochrony indywidualnej.

2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

2.1. Cel główny

Celem głównym programu jest podniesienie poziomu wiedzy i poprawa umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u co najmniej 80 procent uczniów uczestniczących w programie. Nieustannie upowszechniana wiedza na temat czynników powodujących bezpośrednie

²⁰ Tabela 4 – wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego w roku 2019, Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa mazowieckiego, Warszawa, 27 marca 2020 r.

²¹ Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województw medycznego , tekst jednolity , warszawa, 27 marca 2020 r. tabela nr 4 Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego w 2019 r. Główny Urząd Statystyczny, ZD-4 Sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego za 2019 r.

²² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej.

²³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 86/2016 z dnia 17 maja 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Nauka pierwszej pomocy wśród uczniów szkół podstawowych oraz gimnazjów na terenie Gminy Jerzmanowice-Przeeginia w roku szkolnym 2016-2017 oraz 2017-2018”

²⁴ Europejska Rada Resuscytacji Wytyczne COVID-19, ogólne wytyczne nauczania resuscytacji krążeniowo-oddechowej w czasie pandemii – 24 kwietnia 2020 <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=2.%09Europejska+Rada+Resuscytacji+Wytyczne+COVID+%E2%80%93+19%2C+24+kwietnia+2020>.

²⁵ JP. Nolan Stanowisko International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), Europejska Rada Resuscytacji Wytyczne COVID-19, punkt widzenia ERR, odnoszący się do osób bez przeszkolenia medycznego. <http://www.czytelniamedyczna.pl/163.edukacja-w-resuscytacji-stanowisko-international-liason-committee-on-resuscitat.html>.

zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego oraz konsekwencji ich działania, a także możliwości zapobiegania lub minimalizacji ich skutków, wpływa na ukształtowanie społecznego poglądu, stawiającego bezpieczeństwo na coraz wyższym poziomie w hierarchii wartości.

W związku z powyższym niezbędne jest poszerzenie wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania pierwszej pomocy. Ogromną rolę w tym zakresie odgrywa szkoła, która wpływając na rozwój przygotowuje uczniów do sprostania różnym wyzwaniom współczesnego świata, w tym również reagowania w sytuacjach kryzysowych, udzielania pierwszej pomocy, dbania o bezpieczeństwo własne, poszkodowanych i świadków zdarzenia.

Niniejszy program w swojej konstrukcji jest programem edukacyjno – szkoleniowym, którego celem jest dostarczenie uczniom wiedzy i umiejętności praktycznych z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a także wyposażającym w umiejętności działania w sytuacji trudnej, obniżającym poziom lęku przed wykonywaniem działań ratowniczych oraz dającym uczestnikom poczucie własnej skuteczności w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Oddziaływanie programu na te elementy zachowania (wiedza, umiejętności, aspekt emocjonalny, poczucie własnej skuteczności) ma przyczynić się do zwiększenia liczby osób, które w razie zaistnienia takiej konieczności, skutecznie udzielą pierwszej pomocy przedmedycznej bowiem zdobyły właściwe umiejętności oraz wykształciły właściwą postawę w sytuacji zagrożenia. Program polegać będzie na realizacji szkoleń z zakresu pierwszej pomocy przez 2 lata w okresie od stycznia 2021 r. do grudnia 2022 r.

2.2. Cele szczegółowe

Celem oddziaływania edukacyjnego jest dostarczenie uczestnikom wiedzy teoretycznej i praktycznej w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a także wytworzenie w nich pozytywnego nastawienia emocjonalnego, popartego poczuciem własnej skuteczności w tym zakresie.

Determinantami zachowania wg modelu ASE²⁶ to:

- 1) wiedza (ludzie nie mają świadomości zagrożeń, nie wiedzą jak rozpoznać stan zagrożenia życia i zdrowia; nie wiedzą jakie działania należy podjąć w sytuacji nagłej zagrożenia życia i zdrowia; nie wiedzą, jak należy we właściwy sposób udzielić pierwszej pomocy; wiedza z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej, zdobywana jest w sposób rozproszony (szkoła, praca, szkolenia) może sprawić wrażenie mniejszej niż w rzeczywistości,
- 2) wymiar emocjonalny (ludziom trudno wykonać działania w sytuacji trudnej, stresowej, jaką jest sytuacja konieczności udzielania pomocy osobie, znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia; boją się, że ich działania, zamiast pomóc poszkodowanemu, bardziej mu zaszkodzą,
- 3) wpływ społeczny (powszechne przekonanie wśród nieprofesjonalistów medycznych o nieumiejętności udzielania pierwszej pomocy, socjologiczny efekt rozproszenia odpowiedzialności podczas zdarzenia nagłego w większej grupie ludzi – demotywuujący do działania osoby, które w sytuacji „sam na sam” podjęłyby działania ratownicze ,
- 4) self-efficacy (przekonanie o umiejętności – kompetencji realizacji zachowania (ludzie nie mają poczucia, że potrafią skutecznie udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej osobie w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia).

Celami szczegółowymi programu są:

- 1) uzyskanie wzrostu wiedzy w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, u co najmniej 80% uczestników programu;
- 2) podniesienie poczucia własnej kompetencji w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz niwelowania lęku przed udzielaniem pierwszej pomocy, u co najmniej 80% uczestników programu.

2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1) Odsetek uczestników programu, u których wzrósł poziom wiedzy na temat właściwego sposobu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia - porównując stan sprzed interwencji ze stanem po podjętych działaniach - dotyczy celu głównego i celu szczegółowego nr 1. Miernik liczony będzie na podstawie wyników testów pre-test i post-test. O wzroście poziomu wiedzy będzie można mówić w sytuacji, gdy uczestnicy, w post-teście uzyskają co najmniej 1 punkt więcej niż w pre-teście. Miernikiem efektywności będzie iloraz liczby uczniów, u których wzrósł poziom

²⁶ **Model ASE** de Vriese i Mudde stanowi połączenie teorii uzasadnionego działania, teorii społeczno-poznawczej i modelu transteoretycznego. Głównym założeniem modelu jest, że zachowanie można zrozumieć znając jego predykatory, którymi są: postawy A -attitudes), wpływ społeczny (S-social influence) oraz samoskuteczność (E-efficacy), rozumiana w tym modelu według założeń i definicji Bandury.

wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy i liczby osób, które uczestniczyły w badaniu wiedzy, wynik wyrażony w procentach. Wartość docelowa miernika 80%.

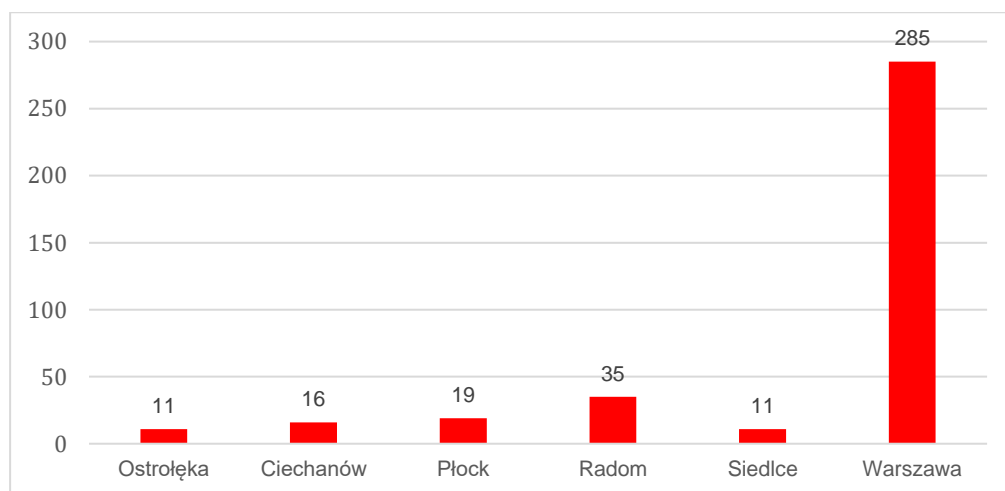
2) Odsetek uczestników programu, którzy zadeklarują, że samodzielnie podejmą czynności z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia porównując stan sprzed interwencji ze stanem po podjętych działaniach – dotyczy celu szczegółowego nr 2. Miernik będzie liczony na podstawie udzielonych odpowiedzi pozytywnych (tak, raczej tak) na pytania 3 i 5 zawarte w Ankiecie samooceny umiejętności praktycznych udzielania pierwszej pomocy. Ankieta będzie wypełniana przez uczestników dwukrotnie: przed rozpoczęciem szkolenia (pre-ankieta) i po zakończeniu szkolenia (post-ankieta). Wartość docelowa miernika 80%. Osiągnięcie zaplanowanych wartości mierników na poziomie minimum 80% pozwoli ocenić skuteczność przeprowadzanej edukacji zdrowotnej wśród uczestników programu. Osiągnięcie wskaźnika będzie zależne m. in. od treści informacji przekazywanych przez osoby edukujące, na co realizatorzy mogą mieć wpływ, dlatego poziom wskaźnika został określony na poziomie 80%.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

3.1. Populacja docelowa

Grupą docelową będą uczniowie klas VII-VIII szkół podstawowych z województwa mazowieckiego. W województwie mazowieckim jest 1811 szkół podstawowych. W miastach na prawach powiatów województwa mazowieckiego w roku szkolnym 2019/2020 było 377 szkół podstawowych. Liczbę szkół podstawowych w roku szkolnym w podziale na miasta na prawach powiatu przedstawia wykres nr 4.

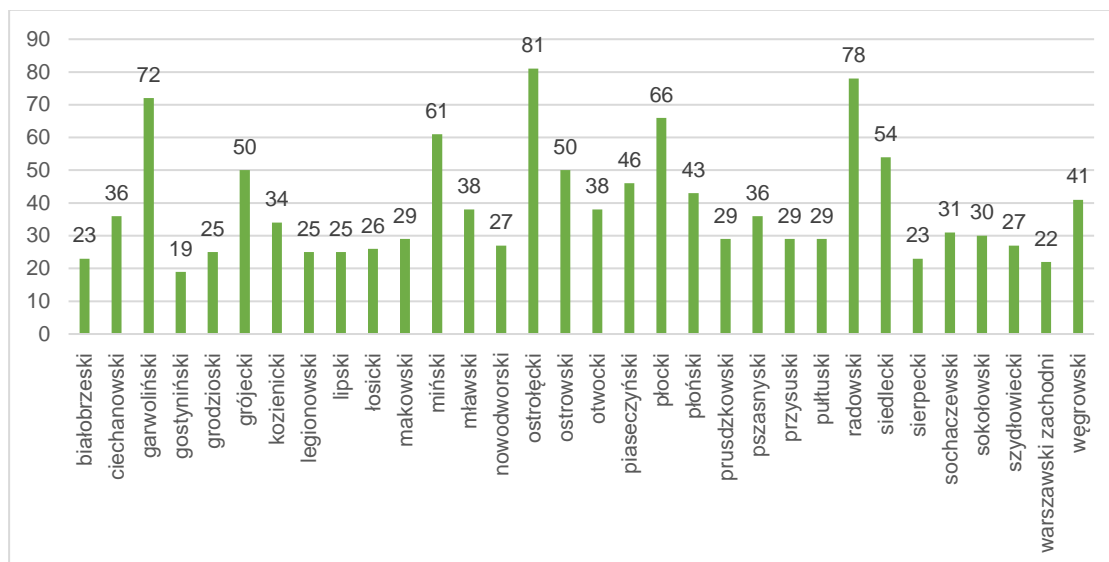
Wykres 4: Liczba szkół podstawowych w roku szkolnym 2019/2020 w miastach na prawach powiatów województwa mazowieckiego.



Źródło: opracowanie własne, dane „portrety miast na prawach powiatów” Statystyczne Vademecum Samorządowca <http://stat.gov.pl>

W powiatach ziemskich w roku szkolnym 2019/2020 było 1434 szkół podstawowych. Liczbę szkół podstawowych w podziale na powiaty ziemskie, w roku szkolnym 2019/2020 przedstawia wykres nr 5.

Wykres 5: Liczba szkół podstawowych w roku szkolnym 2019/2020 w powiatach ziemskich województwa mazowieckiego.



Źródło: opracowanie własne. Dane „portrety powiatów” Statystyczne Vademecum Samorządowca <https://stat.gov.pl/>

W roku szkolnym 2019/2020 w województwie mazowieckim do klas VII i VIII ogółem uczęszczało 109374 uczniów²⁷. Liczbę uczniów według klas w szkołach podstawowych na terenie województwa mazowieckiego w podziale na klasy przedstawia tabela nr 1.

Tabela 1: Uczniowie według klas w szkołach podstawowych na terenie województwa mazowieckiego w roku szkolnym 2019/2020.

Typ szkoły	Kategoria uczniów	Poniżej „0”	Klasa „0”	Klasa I	Klasa II	Klasa III	Klasa IV	Klasa V	Klasa VI	Klasa VII	Klasa VIII
Szkoła podstawowa	Dzieci lub młodzież			58358	54098	35784	75504	73534	54759	51639	57735

Źródło: System informacji oświaty dla Mazowsza. <https://dane.gov.pl/dataset/199,dane-statystyczne-uczniow-wedug-klas/resource/16321/table>

Wybór klas VII i VIII dokonywany będzie przez poszczególnych Realizatorów programu na podstawie deklaracji szkoły o współpracy w ramach realizacji programu. Biorąc pod uwagę przekonanie, że na wskazanym etapie kształcenia uczniowie posiadają już pewne wiadomości z zakresu udzielania pierwszej pomocy i chcą takim szkoleniem usystematyzować i utrwalić wiedzę.

Wskazane jest, aby zadanie było realizowane w każdym okręgu NUTS 3 tj. w podregionie: ciechanowskim, płockim, ostrołęckim, siedleckim, m. st. Warszawa, żyrardowskim, radomskim, warszawskim wschodnim z warszawskim zachodnim.

Na podstawie analizy budżetu województwa mazowieckiego, szkolenie zostanie przeprowadzone dla około 253 grup, liczących po około 30 uczniów, a zatem w program objmie około 7 600 uczniów.

Należy zaznaczyć, że zajęcia praktyczne mają odbywać się w podgrupach o liczebności nieprzekraczającej 10 uczniów.

Rys. 2 Mapa województwa mazowieckiego w podziale na subregiony

²⁷ Uczniowie według klas w podziale na typy szkół, kategorię uczniów i województwa w roku szkolnym 2019/2020 https://dane.gov.pl/dataset/199,dane-statystyczne-uczniow-wedug-klas/resource/16321/table?page=4&per_page=50&q=&sort=



Źródło: GUS

Na terenie subregionu:

- 1) płockiego działa 127 szkół podstawowych (powiat sierpecki 23, powiat płocki 66, miasto Płock 19, powiat gostyniński 19);
- 2) ostrołęckiego działają 252 szkoły podstawowe (miasto Ostrołęka 11, powiat ostrołęki 81, powiat przasnyski 36, powiat makowski 29, powiat ostrowski 50, powiat wyszkowski 48);
- 3) ciechanowskiego działają 192 szkoły podstawowe (miasto Ciechanów 16, powiat ciechanowski 36, powiat żuromiński 30, powiat mławski 38, powiat pułtusi 29, powiat płoński 43);
- 4) siedleckiego działają 162 szkoły podstawowe (powiat siedlecki 54, powiat węgrowski 41, powiat sokołowski 30, miasto Siedlce 11, powiat łosicki 26);
- 5) radomskiego działa 270 szkół podstawowych (powiat białobrzegi 23, powiat kozienicki 34, miasto Radom 35, powiat radomski 78, powiat zwoleński 19, powiat przysuski 29, powiat szydłowiecki 27, powiat lipski 25);
- 6) żyrardowskiego działa 110 szkół podstawowych (powiat żyrardowski 29, powiat sochaczewski 31, powiat grójecki 50);
- 7) m. st. Warszawy działa 285 szkół podstawowych;
- 8) warszawo wschodniego i warszawo zachodniego działa 413 szkół podstawowych (powiat wołomiński 68, powiat miński 61, powiat otwocki 38, powiat garwoliński 72, powiat legionowski 25, powiat nowodworski 27, powiat przysuski 29, powiat grodziski 25, powiat piaseczyński 46, powiat warszawski zachodni 22).

3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia

Osoby z populacji docelowej będą mogły uzyskać wiedzę o możliwości aplikowania do programu w ramach działań informacyjno-promocyjnych. Informacja o programie będzie zamieszczona w mediach społecznościowych, na stronie internetowej Samorządu Województwa Mazowieckiego, które nie generują dodatkowych kosztów oraz po wyłonieniu Realizatorów na ich stronach internetowych. Realizatorzy mogą wskazać inne miejsca, w których zamieszczą informacje o programie. Realizatorzy mają obowiązek informowania we wszystkich materiałach informacyjnych o programie o tym, że program finansowany jest ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego. Ponadto,

Realizatorzy zobowiązani są do umieszczenia marki Mazowsze, na wszystkich materiałach dotyczących programu, zgodnie z Systemem Identyfikacji Wizualnej Marki Mazowsze.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej

Programem objęci będą uczniowie klas VII i VIII z terenu województwa mazowieckiego, po wcześniejszym wyrażeniu zgody przez rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie. Ponadto, Szkoły złożą deklarację przystąpienia do niniejszego programu. Wymagana deklaracja będzie podpisana przez dyrektora jednostki.

Kryteria wyłączenia z udziału w programie polityki zdrowotnej

Niespełnienie któregoś z wyżej wymienionych kryteriów jest warunkiem wyłączenia z programu. Ponadto, udział dziecka w podobnym programie w ciągu 12 miesięcy od chwili rozpoczęcia udziału w programie lub wycofanie zgody na udział dziecka w programie przez rodzica/opiekuna w trakcie jego uczestnictwa stanowi także warunek wyłączenia z programu.

3.3. Planowane interwencje

Główną interwencją programu stanowią szkolenia z udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej. Interwencją w programie jest edukacja. Działania edukacyjne z zakresu pierwszej pomocy stanowią uzupełnienie dostępnych świadczeń oraz rozszerzają tematykę poruszaną w zakresie edukacji szkolnej.

Celem szkoleń ma być przekazanie uczestnikom wiedzy obejmującej zagadnienia takie jak: postępowanie w miejscu zdarzenia; zawartość apteczki pierwszej pomocy; pomoc w przypadku utraty przytomności; resuscytacja krążeniowo-oddechowa, tamowanie krwotoków; postępowanie w przypadku złamań i zwichnięć, oparzenia i odmrożenia oraz innych stanach nagłych zagrażających życiu i zdrowiu. Poniżej szczegółowy zakres działań:

1. Podstawowe wiadomości z zakresu pierwszej pomocy:
 - definicja i zakres pierwszej pomocy
 - obowiązek udzielenia pierwszej pomocy
 - podstawowa wiedza z zakresu anatomii i fizjologii człowieka
 - stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia
2. Postępowanie w miejscu zdarzenia:
 - zapewnienie bezpieczeństwa na miejscu zdarzenia: świadka, ratownika, poszkodowanych oraz pozostałych osób
 - wzywanie profesjonalnej pomocy - numery alarmowe, treść komunikatu wzywającego pomoc
3. Apteczka pierwszej pomocy:
 - rodzaje apteczek pierwszej pomocy
 - wyposażenie apteczki pierwszej pomocy
 - improwizowane środki opatrunkowe
4. Pomoc osobie w przypadku utraty przytomności:
 - łańcuch przeżycia
 - nagłe zatrzymanie krążenia
 - ocena bezpieczeństwa miejsca zdarzenia
 - ocena przytomności i stanu poszkodowanego
 - przyczyny i objawy utraty przytomności
 - udrażnianie głównych dróg oddechowych
 - ocena oddechu
 - pozycja bezpieczna
 - ochrona termiczna i kontrolowanie stanu poszkodowanego
 - pierwsza pomoc w przypadku omdlenia
5. Resuscytacja oddechowo-krążeniowa:
 - definicja resuscytacji krążeniowo-oddechowej
 - przyczyny i objawy nagłego zatrzymania krążenia
 - zabiegi resuscytacyjne u dorosłych, dzieci i niemowląt
 - obsługa automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED)
6. Tamowanie krwotoków:
 - rodzaje ran i krwotoków
 - zakładanie opatrunków
 - sposób tamowania krwotoku z nosa
7. Złamania i zwichnięcia:

- objawy urazów kości i stawów
 - opatrywanie złamań, skręceń i zwichnięć
 - sposoby unieruchamiania kończyn
 - zastosowanie chusty trójkątnej
 - postępowanie w przypadku urazów kręgosłupa
 - zapobieganie urazom
8. Oparzenia i odmrożenia:
- oparzenia termiczne i chemiczne
 - udar słoneczny i udar cieplny
 - wychłodzenie i odmrożenie
 - zapobieganie oparzeniom
9. Pierwsza pomoc w przypadkach:
- zadławienia u dzieci i dorosłych
 - zawału serca
 - udaru mózgu
 - napadu padaczkowego
 - ciała obcego w oku
 - tonięcia
 - zatrucia
 - ukąszenia
 - użądlenia.

Wytyczne ERC 2015 mówią, że korzystne mogą okazać się szkolenia przypominające " w małych dawkach". Odstęp czasu pomiędzy szkoleniami przypominającymi będą się różnić w zależności od adresatów szkolenia (np. laicy lub pracownicy ochrony zdrowia). Wiadomo, że umiejętności potrzebne do prowadzenia RKO pogarszają się w ciągu miesięcy od szkolenia, dlatego też strategia corocznych szkoleń przypominających może być niewystarczająca. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne BLS (Basic Life Support) są kamieniem węgielnym resuscytacji i dobrze udokumentowano, że prowadzona przez świadków RKO jest kluczowa dla przeżycia osoby z pozaszpitalnym zatrzymaniem krążenia. Uciśnięcia klatki piersiowej oraz wczesna defibrylacja są głównymi determinantami przeżycia w pozaszpitalnych zatrzymaniach krążenia. Ponadto istnieją dowody naukowe, że wprowadzenie kursów dla laików poprawiło odsetek przeżyć po 30 dniach i po roku. Dlatego też zasadniczym celem edukacyjnym w resuscytacji powinny być kursy RKO dla laików. Istnieją dowody naukowe, że szkolenia laików w zakresie BLS pozwalają skutecznie zwiększyć liczbę osób chcących podjąć BLS w sytuacji rzeczywistej. Pojęcie „laicy” jest szerokie, obejmuje osoby bez żadnego formalnego przygotowania medycznego, jak również te, od których można oczekiwać przeprowadzenia RKO (np. pracownicy ochrony, osoby udzielające pierwszej pomocy). Pomimo większej dostępności kursów dla laików wciąż istnieje wśród nich niechęć do przeprowadzania RKO. Najczęściej wymieniane przyczyny to: strach przed infekcją, obawa przed niewłaściwym przeprowadzeniem RKO oraz lęk przed prawnymi implikacjami.

Szkolenie składać się będzie z dwóch części: zajęć teoretycznych i ćwiczeń praktycznych. Zajęcia teoretyczne odbywać się będą w grupach klasowych. Średnia liczba uczniów w grupie, to około 30 osób. Planowany czas zajęć teoretycznych wynosi 6 godzin lekcyjnych, w podziale na 6 bloków jednogodzinnych średnio raz w tygodniu.

Ćwiczenia praktyczne prowadzone będą w grupach po 10 uczniów. Planowany czas ćwiczeń wynosi 10 godzin lekcyjnych, według harmonogramu ustalonego przez Realizatora.

Program stanowi funkcję szkolenia przypominającego w stosunku do przepisów prawa oświatowego, poruszającego kwestie zasad udzielania pierwszej pomocy, w przedmiocie – Edukacja dla bezpieczeństwa.

Interwencja edukacyjna może przybierać różne formy np.: burzy mózgów, pracy w grupach, ćwiczeń praktycznych, pokazu działań przez ratownika, inscenizacji, metod aktywizujących, filmu i wielu innych. Szczegółowymi tematami zajęć mogą być np. zawartość apteczki, pozycja boczna ustalona, numery telefonów alarmowych czy dowolna dziedzina pierwszej pomocy np. zadławienie czy poparzenia. Także obecność w czasie szkolenia odpowiednich rekwizytów (koce termiczne, chusty trójkątne, apteczki) i popieranie wywodów przykładami, np. w postaci filmików czy scenek obrazkowych może uatrakcyjnić dzieciom przyswajanie wiedzy o pierwszej pomocy oraz ukierunkować je na podejmowanie w przyszłości właściwych reakcji. Pogadanki lub ćwiczenia z osobami na co dzień doświadczającymi kruchości życia ludzkiego mogą umocnić u uczniów poczucie ważności tego zagadnienia.

Wytyczne ERC 2015 podkreślają, że niezależnie od wybranej metodologii w programach nauczania

podstawowych zabiegów resuscytacyjnych BLS (ang. basic life support) i AED (automatyczny defibrylator zewnętrzny) następujące elementy powinny być uważane za kluczowe: gotowość do po podjęcia RKO, włączając świadomość ryzyka, związanego z osobą i środowiskiem; rozpoznanie utraty przytomności, oddechów określanych jako *gasping*²⁸ lub oddechów agonalnych u osób niereagujących na bodźce, udrożnienie dróg oddechowych i ocenę oddychania w celu potwierdzenia zatrzymania krążenia; dobrej jakości uciśnięcia klatki piersiowej (pod względem częstotliwości, głębokości, pełnego powrotu do wyjściowego kształtu oraz minimalizowania przerw w uciśnięciach) i oddechy ratownicze (czas wykonywania wdechu i objętość); informacja zwrotna/instrukcje (informacja zwrotna od osoby z zespołu resuscytacyjnego i/lub urządzeń) podczas szkoleń z RKO w celu poprawy przyswajania umiejętności i ich utrwalania w trakcie kursów podstawowych zabiegów resuscytacyjnych.

3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

W obliczu ograniczonych możliwości nauczania w okresie pandemii COVID-19 częścią szkolenia musi być ochrona indywidualna oraz sposoby zapobiegania zakażeniu (sprzęt i procedury). Miejsce odbywania szkoleń musi zostać zmodyfikowane w sposób zapobiegający transmisji wirusa SARS-Cov-2. Zarówno uczniowie, jak i prowadzący ściśle przestrzegają reguły zachowania odstępu. Podczas warsztatów praktycznych z wykorzystaniem manekinu uczniowie i prowadzący powinni założyć środki ochrony indywidualnej i nosić je do końca szkolenia. Po każdej sesji ćwiczeniowej należy czyścić manekiny i wykorzystywany sprzęt, używając przeznaczonych do tego celu środków dezynfekcyjnych. Liczbę uczniów ćwiczących na jednym manekinie w tym samym czasie należy ograniczyć do absolutnego minimum. Należy zapewnić wystarczającą przestrzeń dookoła manekina. Należy wdrożyć takie techniki nauczania, jak nauczanie na odległość, samokształcenie. Poza stosowanymi do tej pory metodami nauczania, należy rozszerzyć nauczanie o prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej w okresie pandemii. Zajęcia te należy prowadzić w formie warsztatów praktycznych, w małych grupach ćwiczeniowych. Realizatorzy szkolenia powinni zapewnić odpowiednie środki ochrony indywidualnej, odpowiednią ilość środków do mycia i dezynfekcji rąk.

Interwencja edukacyjna może być realizowana przy użyciu rozwiązań teleinformatycznych i teletransmisyjnych, np. poprzez darmowe platformy edukacyjne albo darmowe aplikacje na telefon. Jest to rozwiązanie alternatywne. Zastosowanie tego rozwiązania wymaga uprzedniej zgody Dyrektora szkoły.

Realizator zobowiązuje się zapewnić miejsce, gdzie będzie udzielał świadczenia. Zapewnienie ze strony szkół pomieszczeń do przeprowadzenia szkoleń, pozwoli na ich sprawną organizację szkoleń w ramach czasu pracy szkoły oraz wyeliminuje koszty, związane z wynajmem miejsca szkolenia. Podczas wykonywania działań w ramach programu, realizator będzie stawiał dobro uczestnika jako wartość najwyższą. Realizator zobowiązany jest do zapewnienia przeprowadzenia działań edukacyjnych przewidzianych w programie przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę i kwalifikacje do prawidłowego ich wykonania.

3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Udział w niniejszym programie kończyć się będzie w danym roku szkolnym, z przeprowadzeniem wśród uczniów testów oraz sprawdzianu umiejętności praktycznych z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, oceniających przyrost wiedzy po realizacji szkoleń. Uczeń zakończy udział w programie, gdy zostaną mu przekazane wszystkie zagadnienia przewidziane w programie, o których mowa w rozdziale 3.3 lub zaistnieją kryteria wyłączenia, o których mowa w rozdziale 3.2.

Proponuje się wyznaczyć koordynatora programu, który będzie współpracował z realizatorem oraz organizatorem programu. Rolą koordynatora programu będzie m. in. przeprowadzenie wśród uczniów testów wiedzy przed rozpoczęciem szkolenia i po jego zakończeniu oraz sprawdzeniu umiejętności praktycznych z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej po zakończeniu szkolenia.

Proponowany program jest uzupełnieniem oraz utrwaleniem treści programowych realizowanych w szkołach podstawowych w ramach przedmiotu – Edukacja dla bezpieczeństwa.

²⁸ Gasping jest zjawiskiem częstym w okresie tuż po zatrzymaniu krążenia, i choć występowanie go może utrudniać rozpoznanie NZK dla osoby nieprzeszkolonej, udzielającej pierwszej pomocy, badania wykazały, że w grupie osób, u których po zatrzymaniu krążenia występowało zjawisko oddechów agonalnych, aż 39% pacjentów zostało wypisanych ze szpitala (w przeciwieństwie do 9% osób wypisanych w grupie bez obecnego gaspingu). Zjawisko gaspingu jest więc odpowiedzią organizmu próbującego dostarczać tlen do organizmu tak długo, jak to możliwe. Oddech agonalny definiowany jest jako nieregularne próby łapania powietrza, zwany jest też „rybim oddechem” ze względu na podobieństwo uszkodzonego do nabierania powietrza przez wyjętą z wody rybę. <https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=oddech%C3%B3w+okre%C5%9Blanych+jako+gasping>

4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Planowany czas trwania projektu to okres od 2021 r. do 2022 r.

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

1. Wybór realizatorów w drodze konkursu.

Realizatorzy programu będą wybrani w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁹. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie. Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie www.mazovia.pl w zakładce „Otwarte konkursy ofert” oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, ul. Jagiellońska 26.

Realizatorem będzie mógł być podmiot wykonujący działalność medyczną lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z zastrzeżeniem, że świadczenia wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

2. Działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu

Celem działań informacyjno-promocyjnych jest poinformowanie jak największej liczby osób z populacji docelowej o możliwości uczestnictwa w programie. Mieszkańcy województwa mazowieckiego będą informowani przez realizatorów o programie m.in. za pośrednictwem stron internetowych podmiotów prowadzących działalność medyczną, lokalnych forów internetowych, mediów społecznościowych. Chcąc poinformować opinię publiczną o uzyskanym dofinansowaniu należy oznaczyć logiem Mazowsza zgodnie z Wytocznymi do stosowania herbu Województwa Mazowieckiego oraz logo Marki Mazowsze

- 1) wszystkie działania informacyjne i promocyjne dotyczące programu np. ulotki, broszury, publikacje, notatki prasowe, strony internetowe, newslettery, mailing, materiały filmowe, materiały promocyjne, konferencje, spotkania,
- 2) dokumenty i materiały dla podmiotów uczestniczących w programie np. zaświadczenia, certyfikaty, zaproszenia, materiały informacyjne, programy szkoleń i warsztatów, prezentacje multimedialne,
- 3) umieścić opis programu na stronie internetowej,
- 4) wypowiadać się publicznie na temat programu.

3. Przeprowadzenie działań edukacyjnych wskazanych w programie.

Opis działań edukacyjnych został opisany szczegółowo w podrozdziałach III.3 i 4. Działania edukacyjne mogą być również realizowane przy użyciu rozwiązań teleinformatycznych np. poprzez darmowe platformy edukacyjne. Jest to rozwiązanie alternatywne ale nieobligatoryjne. Zastosowanie tego rozwiązania wymaga uprzedniej zgody uczestnika programu. Uczestnik, w chwili zgłoszenia się do programu, zostanie zapoznany z propozycją przeprowadzenia edukacji przy użyciu rozwiązań teleinformatycznych, przedstawione zostanie narzędzie do tego używane, sposób jego działania oraz w przypadku zainteresowania uczestnika, zasady na jakich odbywać się będzie edukacja oraz przeprowadzenie testu wiedzy. Na etapie konkursu realizator wskaże narzędzia, z których będzie korzystał w przypadku przeprowadzenia interwencji edukacyjnej przy użyciu rozwiązań teleinformatycznych.

Przed przeprowadzeniem działań edukacyjnych realizator zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wiedzy uczestnikom, w formie pre-testu z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej. Badanie ma na celu sprawdzenie poziomu wiedzy uczestników programu z zakresu omawianych tematów. W ramach ponownego badania sprawdzającego poziom wiedzy zostanie przeprowadzone badanie wiedzy uczestników, w formie post-testu. Badanie zostanie wykonane po przeprowadzeniu zajęć edukacyjnych. O wzroście poziomu wiedzy świadczy wynik lepszy o co najmniej jedną odpowiedź poprawną więcej w ponownym badaniu wiedzy. Test sprawdzający wiedzę z zakresu pierwszej pomocy (PRE-TEST, POST-TEST) stanowi załącznik nr 3 do niniejszego programu.

4. Monitorowanie realizacji programu oraz ewaluacja programu po jego zakończeniu.

W trakcie realizacji programu będzie prowadzony monitoring (patrz pkt. 5.1) a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja (patrz pkt. 5.2) w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu przedstawia Tabela 2.

Proponowany harmonogram ma charakter orientacyjny, a daty wskazane w nim mogą ulec zmianom.

Tabela 2: Planowany harmonogram opracowania, wdrażania i realizacji programu.

²⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 48b.

Lp.	Nazwa działania	Wykonawca	Planowane rozpoczęcie	Planowane zakończenie
1.	Opracowanie projektu PPZ wraz wyceną świadczeń i konsultacjami projektu programu	ZD UMWM	Marzec 2020 r.	Lipiec 2020 r.
2.	Zaakceptowanie projektu PPZ	ZWM	Lipiec 2020 r.	Lipiec 2020 r.
3.	Opiniowanie projektu PPZ	AOTMiT	Lipiec 2020 r.	Wrzesień 2020r.
4.	Aktualizowanie treści	ZD UMWM	Październik 2020 r.	Październik 2020 r.
5.	Przygotowanie dokumentacji konkursowej	ZD UMWM	Listopad 2020 r.	Listopad 2020 r.
6.	Ogłoszenie konkursu i wybór realizatorów programu	ZD UMWM	Grudzień 2020 r.	Grudzień 2020 r.
7.	Składanie ofert konkursowych	Realizatorzy	Grudzień 2020 r.	Grudzień 2020 r.
8.	Ocena formalna i merytoryczna	ZD UMWM	Grudzień 2020 r.	Grudzień 2020 r.
9.	Ogłoszenie wyników konkursu	ZWM	Styczeń 2021 r.	Styczeń 2021 r.
10.	Podpisanie umów	ZD UMWM	Styczeń/Luty 2021 r.	Styczeń/Luty 2021 r.
11.	Realizacja PPZ	Realizatorzy	Styczeń/Luty 2021 r.	31 grudnia 2023 r.
12.	Przekazanie sprawozdań końcowych z realizacji PPZ	Realizatorzy	31 stycznia 2022 r.	31 stycznia 2022 r.
13.	Ewaluacja PPZ	ZD UMWM	Luty 2023 r.	Marzec 2023 r.
14.	Zaakceptowanie raportu z ewaluacji PPZ przez ZWM	ZWM	Kwiecień 2023 r.	Kwiecień 2023 r.
15.	Przekazanie raportu z ewaluacji PPZ do AOTMiT oraz zamieszczenie jego treści na BIP UMWM	ZD UMWM	Maj 2023 r.	Maj 2023 r.

Zródło: opracowanie własne

4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Interwencja edukacyjna w zakresie udzielania pierwszej pomocy jest realizowana przez co najmniej jedną z niżej wymienionych osób:

- 1) lekarza systemu,
- 2) pielęgniarkę systemu,
- 3) ratownika medycznego.

Realizator programu zapewni sprzęt szkoleniowy - fantomy do ćwiczeń (niemowlę, dziecko, dorosły), torby pierwszej pomocy z materiałami opatrunkowymi, maseczki do ćwiczeń na fantomach oraz wyposażenie apteczki.

Forma prowadzenia zajęć powinna być aktywna, angażująca całą grupę. Każda część teoretyczna powinna być zakończona sekwencją ćwiczeń. Dzięki dynamicznemu układowi zajęć uczniowie w szybki sposób nabywają umiejętności, a liczne sytuacje pozwalają na wypracowanie właściwych reakcji w sytuacjach zagrożenia życia. Zajęcia powinny odbywać się w dowolnym miejscu wskazanym przez wykonawcę lub/i w siedzibie szkoły. Warunkiem udziału szkoły w programie jest jej deklaracja o współpracy.

5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

5.1. Monitorowanie

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania rocznego z wykonania działań w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do programu;

- 2) analizę wyników ankiet uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik nr 1 do programu.

Sprawozdanie roczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr szkół aplikujących do programu i deklarujących współpracę.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu powinien być prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych.

Administratorem danych osobowych uczestników programu jest podmiot realizujący program.

- 2) oceny jakości udzielanych świadczeń w programie na podstawie anonimowych kwestionariuszy (zgodnie z załącznikiem nr 4 do programu).

- 3) oceny efektywności programu.

5.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie polegać na ocenie efektów prowadzonych działań w odniesieniu do celu głównego jakim jest podniesienie poziomu wiedzy i poprawa umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u co najmniej 80 procent uczniów uczestniczących w programie w latach 2021-2022. W procesie zbierania danych dotyczących realizacji programu zostaną wykorzystane wskaźniki liczbowe pozwalające na ocenę niniejszego zadania tj.:

- 1) liczba przeprowadzonych szkoleń (liczba grup, liczebność grup),
- 2) liczba godzin szkolenia (teoretycznego i praktycznego),
- 3) liczba przeszkolonych uczniów,
- 4) liczba złożonych przez dyrektorów szkół deklaracji uczestnictwa w programie.

Ocena zgłaszalności do udziału w programie oceniana będzie na podstawie:

- 1) złożonych przez dyrektorów szkół deklaracji uczestnictwa w programie;
- 2) corocznych informacji nt. liczby uczestniczących w programie uczniów na podstawie pisemnych zgód rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie oraz list uczestnictwa.

Ocenę zgłaszalności do programu będzie monitorowana w trakcie trwania programu oraz po jego zakończeniu.

Ocenę jakości przeprowadzi organizator we współpracy z realizatorami. Realizatorzy zostaną zobowiązani do zgłaszania uwag i wniosków w zakresie realizowanych zadań.

Ocena efektywności programu oparta będzie na przeprowadzonych w tej samej grupie uczniów testach wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu oraz sprawdzianów umiejętności praktycznych po zakończeniu szkolenia.

6. Budżet programu polityki zdrowotnej

6.1. Koszty jednostkowe

Ostateczny koszt jednej grupy uczestniczącej w programie zostanie określony w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert na realizację niniejszego programu.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku na początku programu. Na potrzeby oszacowania kosztu wsparcia uczestników programu, ustalono sztywną wartość kosztów pośrednich, wynoszącą 10 procent wysokości kosztów ogółem. W związku z opracowywaniem projektu programu, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie przesłał zapytanie z prośbą o wycenę świadczeń przewidzianych w programie do szpitali powiatowych oraz podmiotów leczniczych, dla których Województwo Mazowieckie jest podmiotem tworzącym lub w których posiada udział.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego do użycia w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy³⁰. Przedstawione zostały w tabeli nr 3.

³⁰ Wycena została sporządzona w oparciu o analizę przesłanych przez podmioty lecznicze propozycji kosztów (odrzucając wartości zbyt wysokie i zbyt niskie, przypadające na jedną grupę).

Tabela nr 3. Średnie szacunkowe wartości świadczeń przewidzianych w programie przypadające na jedną grupę uczniów.

Koszty z podziałem na elementy	Koszt jednostkowy elementu (zł)	Liczba świadczeń	Koszt udziału we wszystkich elementach programu
Działania edukacyjne 16 godzin(zajęci teoretyczne – 6 godzin, zajęcia praktyczne – 10 godzin)	2.065,38 zł	1	2.065,39 zł
Przeprowadzenie pre-testu i post testu z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej	298,37 zł	1	298,38 zł
suma		2	2.363,77 zł

Źródło: opracowanie własne.

6.2. Koszty całkowite

Niniejszy projekt *Programu polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego* zostanie sfinansowany ze środków własnych Samorządu Województwa Mazowieckiego. Środki finansowe na realizację zadania zabezpieczone zostały w budżecie województwa. Całkowite koszty realizacji Programu w latach 2021-2022 wynoszą 500.000 zł, w tym: 2021 r. – 250.000 zł, 2022 r. – 250.000 zł.

6.3. Źródła finansowania

Program sfinansowany zostanie w całości z budżetu Województwa Mazowieckiego.

Bibliografia

Publikacje:

Książki:

1. Jastrzębska R., Kaczor A., *Nagłe stany zagrożenia życia. ABC pierwszej pomocy*, Wydawnictwo Szkoły Policji w Słupsku, Słupsk 2007;
2. Koster R. W., Baubin M. A., Bossaert L. L., Caballero A., Cassan P., Castren M., Granja C., Hendley A., Monsieurs K. G., Perkins G. D., Raffay V., Sandroni C., Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznych (AED). Wytyczne Resuscytacji 2010, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2010;
3. Pilip S., Wójcik A., Michalak G., Gałązkowski R., Wiedza w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osób zatrudnionych w wybranych jednostkach współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego, *Ratownictwo medyczne i medycyna katastrof*, t. 38, nr 2, 2015;
4. Strzelecki Z., Szymborski J., Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski, *Rządowa Rada Ludnościowa* (2015);
5. Sych M., Reanimacja i postępowanie w stanach nagłego zagrożenia życia, w: Janicki k. (red.) *Domowy poradnik medyczny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

Czasopisma:

1. Chamberlain D., Hazinski M., Edukacja w Resuscytacji. Stanowisko International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), *Anestezjologia Intensywna Terapia* 1/2004, s. 55-71;
<http://www.czytelniamedyczna.pl/163,edukacja-w-resuscytacji-stanowisko-international-liaison-committee-on-resuscitat.html>
2. Jurczak A., Kopański Z., Gajdosz R., Wiedza z zakresu pierwszej pomocy młodzieży ponadgimnazjalnej, *Journal of Clinical Healthcare*, 2015, nr 2.

Źródła internetowe

1. Główny Urząd Statystyczny, Sprawozdanie z pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego za 2019 r., *Objaśnienia do formularza* <http://form.stat.gov.pl/formularze/2020/passive/ZD-4.pdf> ZD-4;
2. *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa mazowieckiego* s. 20-27, http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_kardiologia_mazowieckie.pdf, dostęp: luty 2020 r.;
3. *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa mazowieckiego* s. 13-23, http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/MPZ_onkologia_mazowieckie.pdf, dostęp: luty 2020 r.;
4. Polska Rada Resuscytacji, *Informacja Prasowa 2013*, <https://www.prc.krakow.pl/erc/InformacjaPrasowa2013.pdf>
5. *Sposób sprawdzenia efektów szkolenia*; <http://bhp.zce.szczecin.pl/procedury/szkolenia/link8.htm>;
6. *Uczniowie według klas w podziale na typy szkół, kategorię uczniów i województwa w roku szkolnym 2019/2020*, https://dane.gov.pl/dataset/199,dane-statystyczne-uczniow-wedug-klas/resource/16321/table?page=4&per_page=50&q=&sort=.

Inne:

1. Andres J. (red.), *Wytyczne resuscytacji krążeniowo-oddechowej*, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2015;
2. Europejska Rada Resuscytacji *Wytyczne COVID – 19*, 24 kwietnia 2020
<https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=2.%09Europejska+Rada+Resuscytacji+Wytyczne+COVID+%E2%80%93+19%2C+24+kwieta+2020;>
3. Aktualizacja Wytycznych American Heart Association z 2019 r. w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej i doraźnego postępowania w zaburzeniach krążenia
<https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=3.%09Aktualizacja+Wytycznych+American+Heart+Association+z+2019+r.+w+zakresie+resuscytacji+kr%C4%85%C5%BCeniowo-oddechowej+i+dora%C5%BAnego+postepowania+w+zaburzeniach+kr%C4%85%C5%BCenia;>
4. Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie, *Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Mazowieckiego*, tekst jednolity Warszawa, 2019;
5. Monsieurs K., Nolanm J., Andres J., Krawczyk P., Drab E., Dembkowska M., *Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych resuscytacji 2015 ERC*, <http://www.prc.krakow.pl/wyt2015/Podsumowanie.pdf>;

6. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 86/2016 z dnia 17 maja 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Nauka pierwszej pomocy wśród uczniów szkół podstawowych oraz gimnazjów na terenie Gminy Jerzmanowice-Przegonia w roku szkolnym 2016-2017 oraz 2017-2018”;
7. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 84/2018 z dnia 22 maja 2018 r. program polityki zdrowotnej pn. „Pierwsza pomoc. Program Polityki Zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów publicznych szkół średnich z terenu powiatu Gliwickiego na lata 2018-2020”;
8. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 3/2019 z dnia 15 stycznia 2019 r. Program polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej Gminy Miasto Marki na lata 2019-2021”;
9. Samorząd Województwa Mazowieckiego, Kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2018-2021
<https://www.mazovia.pl/zdrowie/riorytetowedziaaniawojewodztwamazowieckiegowobszarzedro/ieru nkidziaawzakresiepolitykizdrowotnejwojewodztwamazo/>;
10. Urząd Statystyczny w Warszawie, Stan i ruch naturalny ludności w województwie mazowieckim w 2018 r.
<https://warszawa.stat.gov.pl/opracowania-biezace/opracowania-sygnalne/ludnosc/stan-i-ruch-naturalny-ludnosc-w-wojewodztwie-mazowieckim-w-2018-r-,1,13.html>;

Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
2. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny;
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
4. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
6. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej;
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej;
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych.

Załącznik nr 1. Wzór ankiety

Ankieta samooceny umiejętności praktycznych udzielania pierwszej pomocy

PRE-ANKIETA

POST-ANKIETA

Ankieta ma na celu poznanie Twojej opinii nt. wiedzy i umiejętności praktycznych udzielania pierwszej pomocy. Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie. Dziękujemy za udział w programie.

1. W skali od 1-5 oceń swoją wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy, gdzie 1 oznacza najniższą odpowiedź, 5 oznacza najwyższą odpowiedź

1 2 3 4 5

2. W skali od 1-5 oceń swoje umiejętności praktyczne, gdzie 1 oznacza najniższą odpowiedź, 5 oznacza najwyższą odpowiedź

1 2 3 4 5

3. Czy podjąłbyś się udzielania pierwszej pomocy u obcej osoby?

- a) tak,
- b) raczej tak
- c) raczej nie
- d) nie
- e) nie wiem

4. Jeśli nie lub raczej nie – to z jakiego powodu?

- a) z obawy, że mogę zaszkodzić osobie poszkodowanej
- b) z obawy, że mogę zarazić się od osoby poszkodowanej
- c) nie wiedziałbym, co mam w danej sytuacji zrobić
- d) nie czuję się zobowiązany, od tego są służby ratunkowe
- e) inne (wymień jakie)

5. Czy podjąłbyś się udzielania pierwszej pomocy u osoby, którą znasz?

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem/ trudno mi to stwierdzić

Załącznik nr 2. Wzór sprawozdania rocznego

Sprawozdanie roczne z realizacji Programu polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego na lata 2021-2022

Dane realizatora:(nazwa, adres,)

Nr umowy:.....

Sprawozdanie za okres:

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
Sprawozdanie z osiągnięcia mierników efektywności realizacji programu		
1.	Odsetek uczestników programu, u których wzrósł poziom wiedzy na temat właściwego sposobu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia - porównując stan sprzed interwencji ze stanem po podjętych działaniach - dotyczy celu głównego i celu szczegółowego nr 1.	
2.	Odsetek uczestników programu, którzy zadeklarują, że samodzielnie podejmą czynności z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia porównując stan sprzed interwencji ze stanem po podjętych działaniach – dotyczy celu szczegółowego nr 2.	
Sprawozdanie z wykonania działań edukacyjnych w ramach programu w okresie sprawozdawczym		
Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba przeprowadzonych szkoleń (liczba grup, liczebność grup)	
2.	Liczba godzin szkolenia (teoretycznego i praktycznego)	
3.	Liczba przeszkolonych uczniów	
4.	Liczba złożonych przez dyrektorów szkół deklaracji uczestnictwa w programie	
5.	Liczba pisemnych zgód rodziców/opiekunów prawnych na udział w programie (tym rezygnacji)	
6.	Liczba osób, u których wykonano test wiedzy (pre-test, post-test)	

Uwagi:

Część opisowa ewaluacja

Analiza badania poziomu wiedzy uczestników programu

Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu za okres sprawozdawczy.

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

Data i podpis osoby akceptującej sprawozdanie

Załącznik nr 3. Test sprawdzający wiedzę z zakresu pierwszej pomocy

Imię i nazwisko:.....

Trener/Firma:.....

Miejsce szkolenia:.....

Termin szkolenia:.....

Liczba punktów:/10

PRE-TEST

POST-TEST

Pytania jednokrotnego wyboru

Zapraszamy do rozwiązania testu i sprawdzenia wiedzy dotyczącej udzielania zasad pierwszej pomocy. Prawidłową odpowiedź (a, b, c lub d) otocz kółkiem, jeśli się pomylisz, błędną odpowiedź przekreśl krzyżykiem.

Pamiętaj, pytanie czytaj uważnie, w każdym pytaniu tylko jedna odpowiedź jest poprawna.

1. Na parkingu znaleziono nieprzytomnego chłopca. W takiej sytuacji obowiązek udzielania pierwszej pomocy mają:
 - a) wyłącznie rodzice lub prawni opiekunowie chłopca,
 - b) wyłącznie personel medyczny,
 - c) osoby, które ukończyły szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy,
 - d) wszyscy obecni na miejscu, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności.
2. W prywatnym mieszkaniu doszło do nieszczęśliwego wypadku. Wzywając karetkę pogotowia należy wybierać połączenie telefoniczne z numerem:
 - a) 998 – pogotowie ratunkowe,
 - b) 997 – policja,
 - c) 999 – staż pożarna,
 - d) 112 – numer alarmowy, powoduje połączenie z centrum powiadamiania ratunkowego.
3. Na ruchliwym przejściu dla pieszych dziewczyna nagle straciła przytomność. Podejmując działania ratunkowe w pierwszej kolejności należy:
 - a) wezwać pomoc fachową (Pogotowie Ratunkowe),
 - b) skontrolować oddech u osoby nieprzytomnej,
 - c) zabezpieczyć miejsce zdarzenia (troska o własne bezpieczeństwo),
 - d) kolejność czynności jest bez znaczenia.
4. Przy wejściu do super marketu leży nieruchomo starsza kobieta. Aby sprawdzić jej stan świadomości należy:
 - a) polewać poszkodowaną zimną wodą,
 - b) delikatnie potrząsać za ramiona, głośno i wyraźnie zadając pytanie np. czy wszystko jest w porządku?
 - c) otwartą dłońią uderzać poszkodowaną po twarzy,
 - d) wszystkie powyższe metody są prawidłowe.
5. Podczas kontroli oddechu u nieprzytomnej osoby, ratownik wykrył jeden, słaby oddech. Wskaż dalsze postępowanie
 - a) udzielający pomocy wzywa karetkę pogotowia i rozpoczyna resuscytację krążeniowo-oddechową ,
 - b) udzielający pomocy wzywa karetkę pogotowia i nie podejmuje żadnych dalszych czynności,
 - c) udzielający pomocy wzywa karetkę pogotowia i układa poszkodowanego w pozycji bezpiecznej,
 - d) żadna z powyższych odpowiedzi nie jest prawidłowa.
6. Na boisku jeden z uczniów doznał nagłego zatrzymania krążenia. Nauczycielka prowadząc samodzielnie resuscytację krążeniowo-oddechową powinna zastosować algorytm, pamiętając, że RKO u dzieci rozpoczyna się od 5 wdechów ratunkowych:
 - a) 15 uciśnień klatki piersiowej, 5 wdechów,
 - b) 30 uciśnień klatki piersiowej, 2 wdechy,
 - c) 5 uciśnień klatki piersiowej, 1 wdech,
 - d) dowolna liczbę uciśnień klatki piersiowej i wdechów.
7. Na plaży znaleziono nieprzytomnego mężczyznę. Wezwano karetkę. Ze względu na zatrzymanie krążenia konieczna jest resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Aby rozpocząć uciskanie klatki piersiowej udzielający pomocy powinien ułożyć dłońie:
 - a) 2 centymetry od górnej krawędzi mostka,

- b) trzy palce w górę od pępka poszkodowanego,
 - c) wizualnie na środku klatki piersiowej poszkodowanego,
 - d) żadna z powyższych odpowiedzi nie jest prawdziwa.
8. W parkowej alejce znaleziono nieprzytomnego, dorosłego mężczyznę. Osoba udzielająca pomocy stwierdziła zatrzymanie krążenia. Z ust poszkodowanego wypływa niewielka ilość zabarwionego na kolor czerwony płynu. Ratujący nie dysponuje żadną maseczką zabezpieczającą przed zakażeniem. W takiej sytuacji powinien:
- a) całkowicie zaniechać czynności ratunkowych,
 - b) wezwać pomoc fachową i nie podejmować dalszych działań ratunkowych,
 - c) podjąć resuscytację krążeniowo-oddechową w bez środków ochrony osobistej,
 - d) wezwać fachową pomoc i rozpocząć uciskanie klatki piersiowej, bez wykonywania sztucznego oddychania.
9. Kobieta w zaawansowanej ciąży niespodziewanie osunęła się na podłogę w mieszkaniu. Obecny na miejscu mąż rozpoczął udzielanie pomocy. Stwierdził, że kobieta nie otwiera oczu i nie odpowiada na pytania, oddycha spokojnie i regularnie, około 16 razy na minutę. Następnie wezwał karetkę. Od czasu utraty przytomności upłynęło nie więcej niż 5 minut. Dalsze postępowanie powinno obejmować:
- a) ułożenie nieprzytomnej na plecach,
 - b) ułożenie nieprzytomnej w pozycji bezpiecznej na prawym boku,
 - c) ułożenie nieprzytomnej w pozycji bezpiecznej na lewym boku,
 - d) pozostawienie nieprzytomnej w pozycji, którą przyjęła upadając.
10. Na stacji metra znaleziono starszego mężczyznę z zatrzymaniem krążenia. Świadkowie zdarzenia udzielają pierwszej pomocy. W trakcie resuscytacji ktoś przyniósł automatyczny defibrylator zewnętrzny AED. Udzielający pierwszej pomocy laik:
- a) może użyć defibrylatora AED jeśli ukończył odpowiednie szkolenie,
 - b) może użyć defibrylatora AED tylko pod nadzorem personelu medycznego,
 - c) ze względu na brak uprawnień nie może użyć defibrylatora AED,
 - d) może użyć defibrylatora AED bez względu na posiadane uprawnienia i wykształcenie.
11. Chłopiec po upadku z drabiny z wysokości 2 m leży na ziemi i jęczy. Co należy zrobić w pierwszej kolejności:
- a) odciągnąć go w bezpieczne miejsce,
 - b) próbować postawić na nogi,
 - c) podać środek p/bólowy w tabletkach,
 - d) nie ruszać do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego.
12. Głównym mięśniem oddechowym jest:
- a) przepona,
 - b) mięsień piersiowy większy,
 - c) mięsień prosty brzucha,
 - d) mięsień międzyżebrowy.
13. Jedną z podstawowych części wyposażenia apteczki samochodowej powinno być:
- a) zestaw szyn do unieruchomienia złamania kończyn,
 - b) folia termoizolacyjna,
 - c) leki przeciwbólowe,
 - d) środek odkażający.
14. W przypadku oparzenia nie należy:
- a) chłodzić rany oparzeniowej,
 - b) zakładać opatrunku,
 - c) przebijać pęcherzy,
 - d) zdejmować ubrania jeśli da się je łatwo usunąć.
15. Chusta trójkątna może być stosowana w celu:
- a) unieruchomienia złamania przedramienia,
 - b) jako temblak podtrzymujący zranioną kończynę,
 - c) jako zaimprovizowany opatrunek,
 - d) wszystkie prawdziwe.

Załącznik nr 3a Klucz do testu sprawdzającego wiedzę z zakresu pierwszej pomocy.

Poprawne odpowiedzi do pytań z testu sprawdzającego wiedzę z zakresu pierwszej pomocy:

1. D
2. D
3. C
4. B
5. A
6. B
7. C
8. D
9. C
10. D
11. D
12. A
13. B
14. C
15. D

Załącznik nr 4 Ocena jakości udzielanych świadczeń.

Proszę o wypełnienie niniejszego kwestionariusza – ankiety oceny wykładowcy.

W ocenie stosowana jest skala od 1 do 3, gdzie 1 to ocena najniższa, a 3 ocena najwyższa. Pozyskanie informacji zwrotnej od uczestników programu, będzie stanowić cenne źródło wiedzy na temat mocnych i słabych stron realizowanych działań. Ankieta jest anonimowa. Ogólne statystycznie wyniki zostaną udostępnione w ewaluacji programu.

Lp.	Pytania	Ocena		
		1	2	3
1.	Jak oceniasz sposób prowadzenia zajęć przez osobę prowadzącą?	1	2	3
2.	Czy polecilibyś udział w takim programie innym osobom?	1	2	3
3.	Oceń jak bardzo wykładowca dbał o budowanie przychylnych relacji z uczniami?	1	2	3
4.	W jakim stopniu wykładowca był merytorycznie przygotowany do zajęć?	1	2	3
5.	Ogólna ocena prowadzącego zajęcia.	1	2	3