



UCHWAŁA Nr.....

Projekt

RADY POWIATU GLIWICKIEGO

DRUK NR 299

z dnia.....r.

**w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół średnich z terenu Powiatu Gliwickiego pn. „Pierwsza Pomoc”**

Na podstawie art.4 ust.1 pkt.2 i art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r o samorządzie powiatowym (tj. Dz.U.2018.995 z późn. zm.) w związku z art. 8 pkt. 1 i art. 48 ust. 1, i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (tj. Dz.U.2017.1938 z późn. zm.), oraz art.3 ust.1 ustawy z dnia 11 września 2015 r., o zdrowiu publicznym ( t.j. Dz.U.2017.2237 z późn. zm.) po konsultacjach z gminami wchodzącymi w skład Powiatu Gliwickiego oraz po uzyskaniu pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji w Warszawie

**Rada Powiatu Gliwickiego uchwala co następuje:**

§1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół średnich z terenu Powiatu Gliwickiego pn. „Pierwsza Pomoc”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§2. Wykonanie uchwały powierzyć Zarządowi Powiatu Gliwickiego.

§3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA GLIWICKI

Waldemar Domłek

WICESTAROSTA GLIWICKI

Ewa Jurczyga

NACZELNIK  
WYDZIAŁU ZDROWIA  
POMOCY SPOŁECZNEJ

mgr Agnieszka Gliki  
A. Gliki

RADCA PRAWNY

Łukasz Tworek  
(Kt 3292)

SEKRETARZ POWIATU  
GLIWICKIEGO

Magdalena Budny



**Uzasadnienie do projektu Uchwały Rady Powiatu w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół średnich z terenu Powiatu Gliwickiego pn. „Pierwsza Pomoc**

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) daje możliwość jednostkom samorządu terytorialnego opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów polityki zdrowotnej.

Jednostki samorządu terytorialnego opracowując, wdrażając, realizując i finansując programy polityki zdrowotnej mają obowiązek przekazania projektu programu do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTM i T) w Warszawie celem zaopiniowania.

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej w zakresie udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół średnich z terenu Powiatu Gliwickiego pn. :Pierwsza Pomoc”– otrzymał pozytywną ocenę/opinię (Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 84/2018 z dnia 22 maja 2018 roku).

Przedstawiony projekt programu odnosi się do prowadzenia szkoleń z zakresu pomocy przedmedycznej wśród uczniów szkół ponadpodstawowych. Projekt programu zakłada realizację szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

Dla każdego zespołu klasowego zostanie przeprowadzone jedno 8 godzinne szkolenie obejmujące 3 godziny szkolenia wykładowego oraz 5 godzin zajęć praktycznych.

W projekcie niniejszego programu zakłada się, że szkolenia zostaną zakończone testem sprawdzającym.

W ramach programu planowany jest również zakup fantomów do ćwiczeń resuscytacyjnych, zestawów tablic: pierwsza pomoc” – edukacja prozdrowotna” oraz apteczek szkolnych. Powyższe z pewnością pozwoli na utrwalenie zdobytej wiedzy, a także na możliwość powtarzania szkoleń.

Proponowane działania edukacyjne z zakresu udzielania pierwszej pomocy stanowią uzupełnienie dostępnych świadczeń oraz rozszerzają tematykę poruszaną w zakresie edukacji szkolnej.

Biorąc powyższe pod uwagę, podjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.

**NACZELNIK**  
WYDZIAŁU ZDROWIA  
I POMOCY SPOŁECZNEJ  
  
mgr Agnieszka Gliklich

**WICESTAROSTA GLIWICKI**  
  
Ewa Jurczyga



Załącznik do Uchwały  
nr.....  
Rady Powiatu Gliwickiego  
z dnia .....



# Powiat Gliwicki

## **„PIERWSZA POMOC”**

### **PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU UDZIELANIE PIERWSZEJ POMOCY DLA UCZNIÓW PUBLICZNYCH SZKÓŁ ŚREDNICH Z TERENU POWIATU GLIWICKIEGO NA LATA 2018 -2020**

Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej  
Starostwa Powiatowego w Gliwicach  
ul. Zygmunta Starego 17  
44-100 Gliwice

**NACZELNIK**  
WYDZIAŁU ZDROWIA  
I POMOCY SPOŁECZNEJ  
*mgr Agnieszka Gliwicka*

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....                                              | 2  |
| 1.1. Opis problemu zdrowotnego.....                                                                                                     | 2  |
| 1.1.1. Uzasadnienie dla proponowanego programu .....                                                                                    | 5  |
| 1.2. Dane epidemiologiczne.....                                                                                                         | 7  |
| 1.3. Opis obecnego postępowania .....                                                                                                   | 11 |
| 2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....                                                      | 11 |
| 2.1. Cel główny .....                                                                                                                   | 11 |
| 2.2. Cele szczegółowe .....                                                                                                             | 12 |
| 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....                                                                | 13 |
| 3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej ..... | 14 |
| 3.1. Populacja docelowa, której włączenie do programu jest możliwe .....                                                                | 14 |
| 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie .....                                                                                 | 14 |
| 3.3. Planowane interwencje .....                                                                                                        | 15 |
| 3.4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu .....                                                                                | 15 |
| Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych .....                              | 15 |
| 3.5. Sposób zakończenia udziału w programie .....                                                                                       | 15 |
| 4. Organizacja Programu .....                                                                                                           | 16 |
| 4.1. Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów .....                                                                       | 16 |
| Etapy wdrażania Programu .....                                                                                                          | 17 |
| 4.2. Warunki realizacji Programu dotyczące realizatora, wyposażenia i warunków lokalowych .....                                         | 18 |
| 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....                                                                   | 18 |
| 6. Budżet Programu .....                                                                                                                | 19 |
| Bibliografia .....                                                                                                                      | 20 |
| Spis tabel i wykresów .....                                                                                                             | 21 |

## **1. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej**

### **1.1 Opis problemu zdrowotnego**

Świat w którym żyjemy nieustannie się zmienia a lista wyzwań cywilizacyjnych i społecznych jest coraz dłuższa. Na całym świecie wskutek rozwoju cywilizacyjnego oraz postępującego uprzemysłowienia i urbanizacji gwałtownie wzrasta liczba czynników powodujących bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego.

Sytuacje zagrożenia życia, zdrowia mogą spotkać każdego i wszędzie. Możemy się w nich znaleźć w roli poszkodowanego jak i osoby, która znajdzie się w miejscu zdarzenia w roli udzielającego pomocy.

Zatem kwestia pierwszej pomocy, to nadal istotny i niedoceniany temat w tzw. społecznej edukacji. Brak świadomości obowiązku udzielania pomocy w razie nieszczęśliwych wypadków i ignorancja związana z podstawowymi nawet zasadami niesienia ratunku drugiej osobie, to tykająca bomba zegarowa, która w obliczu kryzysowej sytuacji staje się niebezpieczna. Pamiętać należy, że w codziennym życiu każdego z nas, może mieć miejsce sytuacja wymagająca udzielenia pierwszej pomocy. Niebezpieczne sytuacje wymagające udzielenia pierwszej pomocy mogą zdarzyć się wszędzie - w domu, szkole, podczas zajęć sportowych, w pracy, na ulicy. Do przyjazdu pomocy kwalifikowanej poszkodowany może jedynie liczyć, na pomoc przypadkowych osób, dlatego znajomość udzielania pierwszej pomocy jest obowiązkiem zarówno moralnym jak i prawnym każdego człowieka. Szanse poszkodowanego na przeżycie wzrastają kilkakrotnie, jeśli świadkowie zdarzenia wykonują odpowiednie czynności ratownicze pamiętając o odpowiedniej kolejności:

- a) dokonują zabezpieczenia miejsca wypadku;
- b) sprawdzają stan poszkodowanego (stan podstawowych funkcji życiowych - krążenia, oddechu i świadomości, zlokalizowanie odniesionych urazów);
- c) zapewniają sobie pomoc, powiadamiają pogotowie ratunkowe;
- d) rozpoczynają resuscytację krążeniowo – oddechową;
- e) wykonują pozostałe /inne czynności ratunkowe zależne od stanu poszkodowanego.

Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej stwierdza, że pierwsza pomoc udzielona przez przypadkowych świadków nagłego zdarzenia, częstokroć decyduje o możliwości przeżycia osoby zagrożonej lub rozległości ewentualnego przyszłego kalectwa. Każdy powinien być zatem wyposażony w podstawową wiedzę i umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji potwierdzają, że resuscytacja krążeniowo – oddechowa wykonywana przez przypadkowych świadków i wczesna defibrylacja ratują życie.[1] [2]

## **Pierwsza pomoc – definicja (wg wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku)**

**Pierwsza pomoc** jest definiowana jako zachowanie służące udzieleniu pomocy i wstępna opieka w nagłym zachorowaniu lub urazie.

Pierwsza pomoc może być rozpoczęta przez każdego w każdej sytuacji. Osoba udzielająca pierwszej pomocy jest definiowana jako ktoś przeszkolony w tym zakresie, kto powinien:

- rozpoznać, ocenić i określić priorytety w zakresie udzielania pierwszej pomocy,
- udzielać pomocy w kompetentny sposób,
- mieć świadomość ograniczeń i w razie potrzeby wezwać dodatkową pomoc.

Głównymi celami pierwszej pomocy są ochrona życia, zapewnienie ulgi w cierpieniu, zapobieganie dalszym zachorowaniom bądź urazom oraz wspomaganie powrotu do zdrowia.

Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej stwierdza, że pierwsza pomoc udzielona przez przypadkowych świadków nagłego zdarzenia, częstokroć decyduje o możliwości przeżycia osoby zagrożonej lub rozległości ewentualnego przyszłego kalectwa. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji potwierdzają, że resuscytacja krążeniowo – oddechowa wykonywana przez przypadkowych świadków i wczesna defibrylacja ratują życie.

Zgony z przyczyn nagłych – nagłe zatrzymanie krążenia (NZK), stanowią dużą liczbę wśród wszystkich przyczyn zgonów polskiego społeczeństwa. NZK – określa się jako ustanie czynności mechanicznej serca, objawiające się brakiem reakcji chorego, na bodźce, brakiem wyczuwalnego tętna oraz bezdechem lub oddechem agonalnym.

Corocznie blisko 750 – 900 tys. mieszkańców Europy i USA umiera nagle z powodów sercowych – jest to więcej zgonów niż łącznie z powodu raka płuc, rak sutka oraz AIDS (odpowiada to częstości 1 zgon/1000 mieszkańców/rok).[2] [4]

Z danych epidemiologicznych wynika również, że do nagłego zatrzymania krążenia zwykle dochodzi w domu (około 2/3 przypadków) i w ciągu dnia – w ponad 70 % przypadków występuje po między godziną 8.00 a 17.00. Częściej występuje u osób płci męskiej >50. r.ż., którzy stanowią  $\frac{3}{4}$  wszystkich ofiar NZK. [2] Badania populacyjne przeprowadzone w państwach uprzemysłowionych wykazały, że czynniki ryzyka nagłego zgonu z przyczyn sercowych są w większości takie same, jak dla choroby niedokrwiennej serca. Ogólnoświatowe badania MONICA dowiodły, że pozaszpitalne zatrzymanie krążenia dotyczy w dużej mierze chorych z ostrym zawałem serca, spośród których 1/3 umiera przed dotarciem do szpitala – w większości przed upływem godziny od wystąpienia objawów.

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.

Z klinicznego punktu widzenia NZK u osób dorosłych trzeba podzielić na dwie grupy: poza – i wewnątrz szpitalne.[2]

Pozaszpitalne NZK w większości przypadków z etiologią sercową. Najczęstsze przyczyny nagłego zatrzymania krążenia przedstawiono poniżej w tabeli nr 1

| <b>Etiologia</b>                   | <b>%</b>      |
|------------------------------------|---------------|
| <b>Pierwotne przyczyny sercowe</b> | <b>82,4 %</b> |
| Przyczyny pozasercowe              | 8,6 %         |
| Choroby płuc                       | 4,3           |
| Choroby naczyniowo-mózgowe         | 2,2 %         |
| nowotwory                          | 0,9%          |
| Krwawienie z przewodu pokarmowego  | 0,3%          |
| Zatorowość płucna                  | 0,2 %         |
| Cukrzyca                           | 0,1           |
| Choroba nerek                      | 0,1%          |
| Przyczyny zewnętrzne               | 9,0 %         |
| Uraz                               | 3,1 %         |
| Asfiksja                           | 2,2 %         |
| Przedawkowanie leków               | 1,9%          |
| Utopienia                          | 0,5 %         |
| Porażenia prądem                   | 0,1%          |
| Inne                               | 1,1 %         |

Tabela nr 1. Przyczyny pozaszpitalnego NZK [2]

#### Sercopochodne przyczyny NZK [2]

- choroba wieńcowa (świeży zawał, niestabilna dusznica bolesna),
- ostry obrzęk płuc,
- kardiomiopatie,
- wady zastawkowe serca,
- zespół małego rzutu,
- zatrzymanie krążenia w czasie badań diagnostycznych,
- arytmie w procesie przedawkowania leków ( proarytmiczne działanie leków)

Nagłe zatrzymanie krążenia, niezależnie od przyczyny i mechanizmu, wywołuje utratę przytomności w ciągu 15 s, zaburzenia rytmu oddychania w ciągu 30 s, bezdech oraz rozszerzenie źrenic w ciągu 30-60s. Skuteczność procedur resuscytacyjnych zależy w największym stopniu od powiązania podstawowych zabiegów resuscytacyjnych (BLS) oraz zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych (ALS). [2]

Zgony z przyczyn nagłych takich jak NZK, stanowią dużą liczbę wśród wszystkich przyczyn zgonów polskiego społeczeństwa.

Szacuje się, że w wyniku NZK w Polsce umiera około 80 tys. ludzi rocznie.

Śmierć mózgu w następstwie nieodwracalnych zmian, wynikłych z niedotlenienia komórek mózgu, następuje u człowieka w ciągu 3 - 4 minut od momentu zatrzymania krążenia. Zniszczenie kory mózgu odpowiedzialnej za świadomość człowieka, powoduje trwałą nieodwracalną jej utratę, choćby inne części mózgu, bardziej odporne na niedotlenienie, udało się uratować.

Zatem, 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.

Według „Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Śląskiego”- TEKST JEDNOLITY Z ROKU 2017- średni czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w powiecie gliwickim to 16 minut, a maksymalny 86 minut (dane za rok 2016). [7]

Polacy wciąż słabo znają metody udzielania pierwszej pomocy, a według specjalistów o połowę więcej ludzi wymagających natychmiastowej pomocy można byłoby uratować, gdyby osoby postronne nie czekały jedynie na przyjazd karetki i same próbowały reanimować poszkodowanych. Takie czynniki jak panika, strach przed zakażeniem, możliwość wyrządzenia krzywdy osobie poszkodowanej lub strach przed nieprawidłowo wykonywaną resuscytacją krążeniowo-oddechową zmniejszają chęć świadków zdarzenia do podejmowania choćby resuscytacji krążeniowo – oddechowej. Jak wykazały „Badania poziomu wiedzy młodzieży na temat pierwszej pomocy i ratownictwa medycznego” przeprowadzone na zlecenie LUX MED., aż 63 % młodych Polaków nie udzieliłoby pierwszej pomocy ponieważ boi się, że mogłoby zaszkodzić. Z kolei 83% młodych ludzi deklaruje, iż chciałoby nauczyć się fachowego udzielania pierwszej pomocy. Dlatego szczególnego znaczenia nabiera wiedza i umiejętności z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach, kiedy reagować należy natychmiast.

W dostępnej literaturze brak jest szczegółowych danych na temat liczby zdarzeń, podczas których udzielona została przez świadków zdarzenia pierwsza pomoc przedmedyczna – przed dotarciem profesjonalnych służb ratunkowych. Brak również informacji, w ilu takich wypadkach pomoc została udzielona we właściwy sposób. Należy jednak zauważyć, że już samo wezwanie służb ratunkowych jest także sposobem udzielenia pierwszej pomocy.

#### **1.1.1. Uzasadnienie dla proponowanego programu**

Każdy człowiek powinien znać zasady udzielania pierwszej pomocy. Oczwistym jest fakt, że umiejętności te wykorzystują najczęściej pracownicy służby zdrowia, ale w niespodziewanych sytuacjach, przed przyjazdem karetki pogotowia i przed udzieleniem profesjonalnej pomocy, każdy z nas powinien umieć zaopiekować się osobą chorą czy taką, której życie jest zagrożone. Znajomość zasad pierwszej pomocy zwiększa szanse na uratowanie życia lub zdrowia osoby potrzebującej.

Edukacja w zakresie pierwszej pomocy jest tematem niezmiernie ważnym, aczkolwiek zaniedbanym i postrzeganym przez wiele osób, jak drugoplanowy.

W związku z tym w swoim projekcie proponujemy upowszechnianie wiedzy, na temat czynników powodujących bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia ludzkiego oraz konsekwencji ich działania. Proponujemy przekazanie wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania pierwszej pomocy, która wpłynie, na kształtowanie poglądu i postaw młodych osób (uczniów) w sytuacji zagrożenia.

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 własne bezpieczeństwo, poszkodowanych i świadków zdarzenia. [5] [6]

Regulacje prawne nakładają, na samorząd obowiązek podejmowania działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia w tym działań edukacyjnych – ustawa o samorządzie powiatowym (Dz.U.2017.1868 z późn. zm.).

Proponowane działania są też zgodne z dokumentem pn.: „Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Śląskiego z 30 czerwca 2016 roku w części strategia i wdrażanie: **cel.1.1. „ograniczenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności oraz niepełnosprawności z powodu chorób układu krążenia, chorób naczyń, udarów mózgu.”**[8]

Szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów klas II szkół ponadpodstawowych (wcześniej ponadgimnazjalnych) prowadzonych przez Powiat Gliwicki realizowane były w latach 2008 - 2015.

Przez cały czas realizacji, szkolenia z zakresu pomocy przedmedycznej cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem wśród młodzieży, która w sposób aktywny uczestniczyła zarówno w zajęciach teoretycznych jak i praktycznych oraz wśród grona pedagogicznego i dyrektorów szkół, którzy widzą dalszą potrzebę działania na rzecz utrwalenia i pogłębienia zdobytej wiedzy (rozeznanie dla potrzeb wdrożenia programu – wrzesień 2017).

Nadmieniamy również, że zgodnie z podstawową rekomendacją Polskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku potrzebne jest zwiększenie wysiłków na rzecz poprawy przeżywalności w pozaszpitalnym nagłym zatrzymaniu krążenia poprzez wzrost odsetka podejmowanych resuscytacji przez świadków zdarzenia, udzielanie telefonicznego instruktażu prowadzącemu resuscytację poprzez dyspozytora pogotowia ratunkowego, systemowe podejście do leczenia pozaszpitalnego nagłego zatrzymania krążenia („to system ratuje życie”). [1]

|                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ważną nową rekomendacją wytycznych Polskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku jest zalecenie systemowego nauczania resuscytacji krążeniowo- oddechowej młodzieży szkolnej w wymiarze co najmniej 2 godzin lekcyjnych rocznie. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 1.2. Dane epidemiologiczne

Rozpatrując zagadnienie pierwszej pomocy przedmedycznej, trudno wskazać konkretny miernik, który byłby jednoznacznym wskaźnikiem. Próba opisu zjawiska od strony epidemiologicznej jest zatem złożona. W dostępnej literaturze brak jest szczegółowych danych na temat liczby zdarzeń, podczas których została udzielona pomoc przedmedyczna przed dotarciem profesjonalnych służb ratunkowych. Brak również informacji, w ilu takich wypadkach pomoc została udzielona we właściwy sposób. Należy jednak zauważyć, że już samo wezwanie służb ratowniczych jest także sposobem udzielenia pierwszej pomocy poszkodowanemu.

Jak wykazano w poprzednim podrozdziale średni czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w powiecie gliwickim to 16 minut, a maksymalny 86 minut (dane za rok 2016 - „Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Śląskiego” - TEKST JEDNOLITY Z ROKU 2017).

Na podstawie tego dokumentu, wiemy, iż większość przypadków wyjazdów Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM) spowodowane były nagłymi stanami zagrożenia zdrowotnego. Szczegółowe dane statystyczne dotyczące liczby oraz rodzaju wyjazdów interwencyjnych karetek stacjonujących na terenie powiatu gliwickiego z podziałem na poszczególne zespoły wyjazdowe: karetka „S” (specjalistyczna z lekarzem) oraz karetka P (podstawowa) - przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr 2 (opracowanie na podst. „Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wg danych za 2016 rok tj. dokumentu z 2017 roku) – powiat gliwicki

| Dysponent jednostki systemu                                        | Liczba ZRM |   | Wyjazdy do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego |                                  | Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego | Zgony przed podjęciem lub w trakcie medycznych czynności ratunkowych | Liczba pacjentów przewiezionych do szpitala przez ZRM |
|--------------------------------------------------------------------|------------|---|--------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                                                    | S          | P | ogółem                                           | w tym liczba pacjentów urazowych |                                                              |                                                                      |                                                       |
| Stacja Pogotowia Ratunkowego, ul. Konarskiego 26 (powiat gliwicki) | 4          | 4 | 27111                                            | 4712                             | 0                                                            | 463                                                                  | 15 292                                                |
| Razem                                                              |            |   | 27 111                                           | 4 712                            | 0                                                            | 463                                                                  | 15 292                                                |

Analizując powyższą tabelę stwierdzić można, że w roku 2016 ZRM stacjonujące w Gliwicach i na terenie powiatu gliwickiego wyjeżdżały 27 111 razy.

Wszystkie odnotowane wyjazdy były do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z ogółu wyjazdów w roku 2016 odnotowano 463 zgony przed podjęciem lub w trakcie podejmowania medycznych czynności ratunkowych.

Powyższe zaprezentowane dane można zinterpretować jako potwierdzenie występowania bardzo dużej liczby zdarzeń zewnętrznych, które uzasadniają potrzebę rozpowszechniania problemu, na jaki chcemy zareagować poprzez szkolenie z pierwszej pomocy.

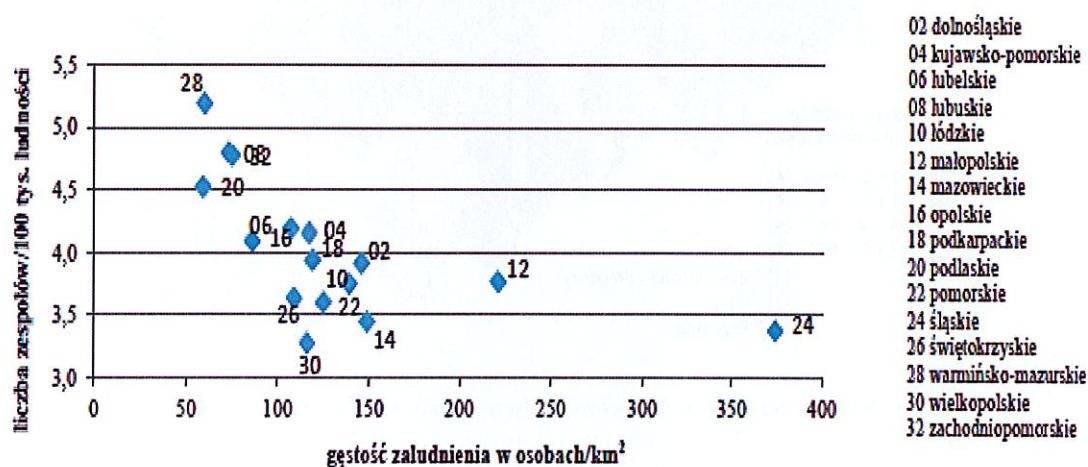
Z danych GUS wynika, że na terenie kraju w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1478 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 889 (60%) zespołów podstawowych i 589 (40%) specjalistycznych.

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. mieszkańców.

Wskaźnik ten był największy w województwie warmińsko – mazurskim, lubuskim i zachodniopomorskim – od 4,8 do 5,2 zespołu na 100 tys. mieszkańców, a najmniejszy w wielkopolskim, mazowieckim i śląskim od 3,3 do 3,4 zespołu na 100 tys. mieszkańców.

Wskaźnik wskazuje ujemną korelację z gęstością zaludnienia w danym województwie – im wyższa gęstość zaludnienia, tym mniej zespołów przypada na 100 tys. mieszkańców.[5]

Wykres nr 1. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w roku 2014.(opracowanie GUS)

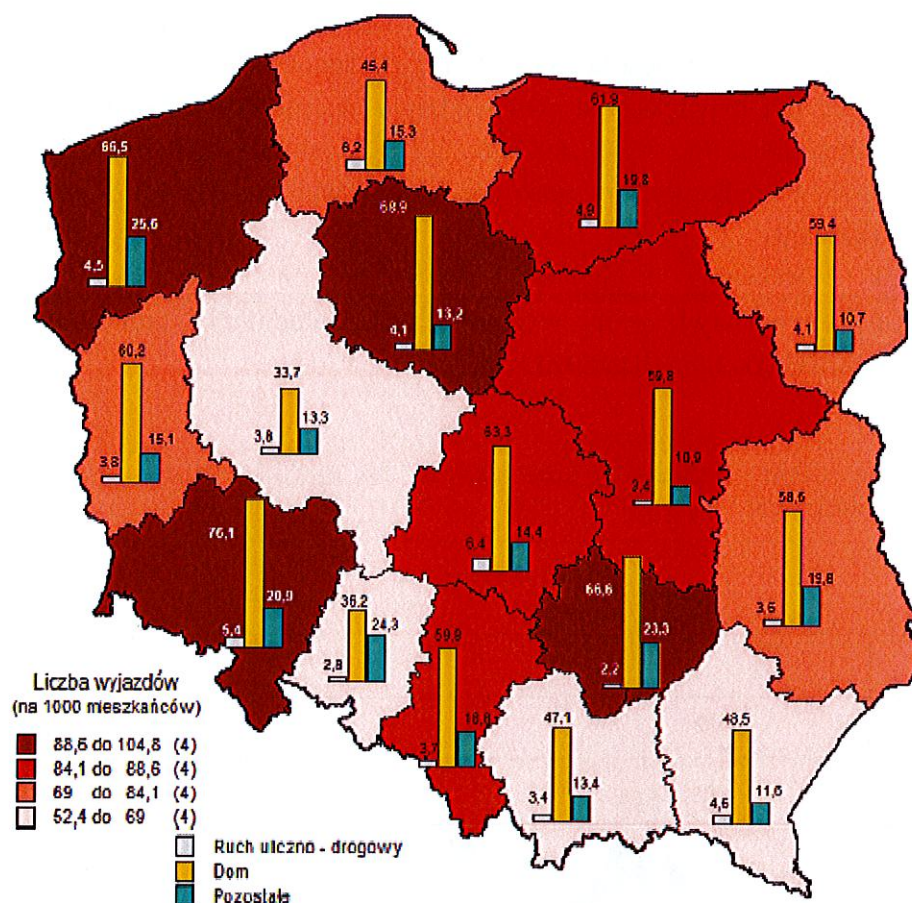


Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (dane GUS – formularz ZD-4) wykazały, że w roku 2014 załogę podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego stanowiło 110 tys. ratowników medycznych, 1,8 tys. pielęgniarek systemu i 2,0 tys. lekarzy systemu.

W ramach ratownictwa medycznego w roku 2014 zrealizowano ponad 3,0 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, o 4% więcej niż w roku 2013.

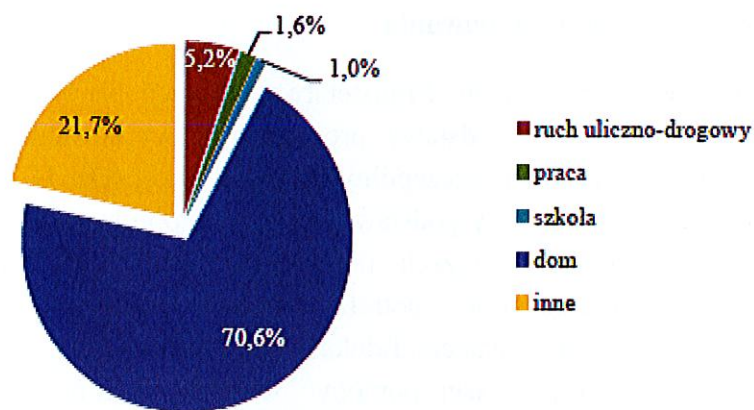
Struktura wyjazdów ze względu na miejsce zdarzenia pozostała niezmienna od 2004 r. Zdecydowaną większość bo ok. 71% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów

stanowiły zespołów PRM, które najczęściej wyjeżdżały do domu pacjenta. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruch uliczno-drogowym stanowiły około 5%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po około 1%. Miejsca zaliczone do kategorii „inne” obejmujące ulice (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół, itp. stanowiły drugie co do liczebności miejsce zdarzenia – ok. 22%.



Mapa nr 1. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności (opracowanie GUS).

Strukturę miejsc, zdarzeń, jakich przeprowadzono interwencje zespołów wyjazdowych, przedstawia poniższy wykres.



Wykres nr 2. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2014 roku (opracowanie GUS).

Natomiast wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego według województw w tym w województwie śląskim zostały ujęte tabelarycznie poniżej:

| województwo          | Wyjazdy na miejsce zdarzenia |                        |             |             |               |              |
|----------------------|------------------------------|------------------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
|                      | ogółem                       | ruch uliczno - drogowy | praca       | szkoła      | dom           | inne         |
|                      | w tys.                       |                        |             |             |               |              |
| <b>Polska 2014</b>   | <b>3093,1</b>                | <b>161,0</b>           | <b>48,7</b> | <b>30,8</b> | <b>2182,6</b> | <b>670,0</b> |
| dolnośląskie         | 304,8                        | 15,7                   | 4,6         | 2,6         | 221,2         | 60,7         |
| kujawsko - pomorskie | 185,4                        | 8,6                    | 2,8         | 2,4         | 143,9         | 27,6         |
| lubelskie            | 179,9                        | 7,8                    | 1,8         | 1,7         | 125,9         | 42,6         |
| lubuskie             | 82,6                         | 3,9                    | 1,1         | 0,8         | 61,4          | 15,5         |
| łódzkie              | 217,1                        | 16,1                   | 4,8         | 1,4         | 158,6         | 36,1         |
| małopolskie          | 221,4                        | 11,4                   | 3,8         | 2,4         | 158,7         | 45,1         |
| mazowieckie          | 460,1                        | 18,0                   | 6,9         | 4,7         | 319,2         | 111,3        |
| opolskie             | 64,0                         | 2,8                    | 0,4         | 0,3         | 36,2          | 24,3         |
| podkarpackie         | 140,3                        | 9,7                    | 1,4         | 1,3         | 103,3         | 24,7         |
| podlaskie            | 90,7                         | 4,9                    | 1,1         | 1,1         | 70,8          | 12,8         |
| pomorskie            | 158,7                        | 14,4                   | 2,9         | 1,7         | 104,6         | 35,1         |
| <b>śląskie</b>       | <b>389,2</b>                 | <b>16,9</b>            | <b>7,6</b>  | <b>4,1</b>  | <b>274,2</b>  | <b>86,4</b>  |
| świętokrzyskie       | 119,1                        | 2,8                    | 1,5         | 1,2         | 84,1          | 29,4         |
| warmińsko-mazurskie  | 127,3                        | 7,0                    | 1,4         | 0,9         | 89,4          | 28,6         |
| wielkopolskie        | 181,9                        | 13,2                   | 3,5         | 2,1         | 117,0         | 46,0         |
| zachodniopomorskie   | 170,4                        | 7,7                    | 3,1         | 1,8         | 114,1         | 43,8         |

Tabela nr 3. Wyjazdy na miejsce zdarzenia ZRM według województw (opracowanie GUS)

Analizując strukturę wyjazdów, na miejsce zdarzenia w województwie śląskim dostrzec można, że przeważają wyjazdy do domu pacjenta. Drugie miejsce zajmują wyjazdy do zdarzeń zaliczanych do kategorii „inne” obejmujące np. ulicę (wyłączając ruch uliczny), sklep, kościół itp. Dopiero później są wyjazdy do zdarzeń w ruchu ulicznym, pracy czy szkoły.

### **1.3. Opis obecnego postępowania**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 27 sierpnia 2012 roku w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. z 2012 roku, poz. 997 z późn. zm.), uczeń szkoły podstawowej potrafi opisać zasady udzielania pierwszej pomocy w niektórych urazach (stłuczenia, zwichnięcia, złamania, skaleczenia, użądlenia, ukąszenia oraz potrafi wezwać pomoc w różnych sytuacjach. W szkołach średnich w ramach „Edukacji dla bezpieczeństwa”, uczniowie zdobywają wiedzę, z zakresu pierwszej pomocy obejmującą min.: zasady bezpieczeństwa udzielania pierwszej pomocy, rozpatrywanie stanu przytomności, ułożenie w pozycji bezpiecznej, postępowanie w przypadku krwotoku, porażenia prądem, wstrząsu, złamania, zwichnięcia, zatrucia, oparzenia, zadławienia.

W szkołach powiatu gliwickiego materiał ten jest realizowany w klasach pierwszych i tylko przez jedną godzinę lekcyjną w tzw. całym cyklu kształcenia.

## **2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **2.1. Cel główny**

Wykształcenie pozytywnych postaw w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia oraz zdobycie umiejętności udzielania pierwszej pomocy u uczniów klas II szkół średnich na terenie powiatu gliwickiego.

Nieustannie upowszechniana wiedza na temat czynników powodujących bezpośrednie 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.

## 2.2. Cele szczegółowe

poprawa i utrwalenie wiedzy teoretycznej z zakresu udzielania pierwszej pomocy wśród młodzieży szkolnej;

wzrost liczby uczniów posiadających praktyczne umiejętności z zakresu udzielania pierwszej pomocy;

wzrost liczby uczniów/młodzieży potrafiących działać w sytuacji trudnej i z obniżonym poziomem lęku przed udzieleniem pierwszej pomocy;

zwiększenie liczby uczniów posiadających poczucie własnej skuteczności w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Niniejszy program pn. „**pierwsza pomoc**” w swojej konstrukcji jest programem edukacyjno – szkoleniowym, którego celem jest dostarczenie beneficjentom 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 rokrocznie przez 3 lata w okresie od września 2018 do grudnia 2020.

### Oczekiwane efekty:

Rezultaty programu wynikają z określonych wcześniej celów. Zakładane oczekiwane efekty programu u jego beneficjentów są następujące:

#### **podniesienie poziomu wiedzy w tym:**

- ✓ podniesienie świadomości zagrożeń, powodujących stan zagrożenia życia i zdrowia;
- ✓ podniesienie poziomu wiedzy o sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia;
- ✓ podniesienie poziomu wiedzy o działaniach, jakie należy podjąć w sytuacji zagrożenia życia;
- ✓ podniesienie poziomu wiedzy na temat właściwego sposobu udzielania pierwszej pomocy w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia;
- ✓ usystematyzowanie, utrwalenie i wzmocnienie posiadanej wiedzy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej

#### **podniesienie umiejętności praktycznych poprzez:**

- ✓ trening umiejętności praktycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej

**wymiar emocjonalny tj. nabycie umiejętności działania w sytuacji trudnej i zredukowanie poziomu lęku przed udzieleniem pierwszej pomocy poprzez:**

- ✓ trening działania w sytuacji trudnej;
- ✓ niwelowanie lęku przed udzieleniem pierwszej pomocy

**wzrost poczucia własnej skuteczności poprzez:**

- ✓ podniesienie poczucia własnej kompetencji w zakresie udzielania pierwszej pomocy

Program pn. „**pierwsza pomoc**” ma przyczynić się do zwiększenia liczby osób, które w przypadku zaistnienia takiej konieczności skutecznie udzielają pierwszej pomocy przedmedycznej.

### **2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej**

Stopień opanowania treści zawartych w programie będzie oceniany przez wyliczenie wskaźnika przyrostu wiedzy dla każdego ucznia na podstawie wyników testów Pre – test i Post – test oraz zestawienie statystycznych wyników wg proponowanego wzoru:

$$\begin{array}{lcl} \text{Wskaźnik} & \text{wynik testu po szkoleniu – wynik testu przed szkoleniem} & \\ \text{przyrostu} & = \frac{\text{-----}}{\text{wyniki możliwe do osiągnięcia – wyniki testu przed szkoleniem}} & \times 100\% \\ \text{wiedzy} & & \end{array}$$

Otrzymane wyniki to wartość w przedziale 0 - 100 %; dla których wielkość pozostaje w proporcji do ilości przyswojonej w trakcie szkolenia wiedzy.

Ocena stopnia opanowania nowych umiejętności praktycznych dokonywana będzie w oparciu o obserwację przez prowadzącego szkolenie w zakresie wykonywania czynności przez szkolących się, przy konfrontacji z fikcyjnymi zdarzeniami, które będą rozwiązywane przez uczniów, co potwierdzi nabycie przez nich umiejętności. Powyższe spostrzeżenia zostaną opisane w sprawozdaniu z realizacji programu przez realizatora programu.

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

#### **3.1. Populacja docelowa, której włączenie do programu jest możliwe**

Niniejszy program przeznaczony jest dla uczniów klas II publicznych szkół średnich z terenu Powiatu Gliwickiego.

Na terenie Powiatu funkcjonują 3 szkoły średnie:

- 1) Zespół Szkół Ogólnokształcących w Knurowie;
- 2) Zespół Szkół Zawodowych nr 2 w Knurowie;
- 3) Zespół Szkół im. M. Konopnickiej w Pyskowicach

Wyboru grupy (uczniowie klas II) dokonuje się biorąc pod uwagę przekonanie, że na wskazanym etapie kształcenia uczniowie posiadają już pewne wiadomości z zakresu udzielania pierwszej pomocy, które takim szkoleniem chcemy usystematyzować, wzmocnić oraz utrwalić.

Wyboru wskazanej grupy dokonuje się biorąc pod uwagę zadania własne samorządu powiatowego – jednym z nich jest zapewnienie edukacji na poziomie ponadpodstawowym.

Prognozowana liczba uczniów w programie:

- 2018 (rok szkolny 2018/2019) – 430 uczniów/osób;
- 2019 (rok szkolny 2019/2020) – 420 uczniów;
- 2020 (rok szkolny 2020/2021) – 410 uczniów.

Rocznie w programie brać udział będzie ponad 400 uczniów, co w trzyletnim cyklu trwania programu daje łącznie ponad 1200 uczniów, przeszkolonych osób.

Argument dodatkowy, to łatwość zebrania uczestników celem przeszkolenia – uczniowie, w ustalonym harmonogramie przejdą szkolenie, które odbędzie się na terenie swoich szkół.

Dodatkowo szkoły biorące udział w programie zostaną wyposażone w sprzęt edukacyjny niezbędny do prowadzenia zajęć praktycznych z zakresu pierwszej pomocy w ramach przedmiotu „Edukacja dla bezpieczeństwa” (manekiny do ćwiczeń resuscytacyjnych, tablice edukacyjne „pierwsza pomoc”, apteczki szkolne z wyposażeniem).

#### **3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie**

Realizacja zadań wynikająca z programu zostanie poprzedzona szeroką kampanią informacyjną, zwłaszcza na terenie placówek oświatowych podległych powiatowi gliwickiemu, w internecie oraz na stronach „Wiadomości Powiatu Gliwickiego”.

Programem objęci będą wszyscy uczniowie klas drugich publicznych szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu gliwickiego, po wcześniejszym wyrażeniu zgody przez rodziców/opiekunów prawnych na udział w Programie.

Program jest obligatoryjny dla wszystkich publicznych szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu gliwickiego.

Ponadto Szkoły złożą deklarację przystąpienia do niniejszego Programu. Wymagana deklaracja będzie podpisana przez dyrektora jednostki.

### **3.3. Planowane interwencje (nie dotyczy)**

### **3.4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu**

Szczegółowy harmonogram szkoleń zostanie uzgodniony po wyłonieniu Realizatora Programu w uzgodnieniu z dyrektorami szkół uczestniczących w programie pn „**pierwsza pomoc**”

Zapewnienie ze strony szkół sal, pomieszczeń do przeprowadzenia szkoleń pozwoli na sprawną organizację szkoleń w ramach czasu pracy szkoły, nie obciążając dodatkowo uczniów. Nadmienić należy, że zaproponowana organizacja pozwoli również na wyeliminowanie kosztów, związanych z wynajmem miejsca szkolenia.

Ponadto proponujemy aby Dyrektorzy szkół wyznaczili koordynatora Programu, który będzie współpracował z realizatorem oraz organizatorem Programu.

Rolą koordynatora Programu będzie m.in. przeprowadzenie wśród uczniów – uczestników Programu – testów wiedzy przed rozpoczęciem szkolenia i po jego zakończeniu oraz sprawdzianu umiejętności praktycznych z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej po zakończeniu szkolenia. Szkolenie odbędzie się w grupach klasowych. Średnia liczba uczniów w grupie, to 25 osób.

### **Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.**

Proponowany przez nas niniejszy Program profilaktyczno edukacyjny z zakresu udzielania pierwszej pomocy jest uzupełnieniem oraz utrwaleniem treści programowych realizowanych w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych w ramach przedmiotu „Edukacja dla bezpieczeństwa”.

### **3.5 Sposób zakończenia udziału w programie**

Udział w niniejszym Programie kończyć się będzie w danym roku szkolnym przeprowadzeniem wśród uczniów testów oraz sprawdzianu umiejętności praktycznych z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, oceniających przyrost wiedzy po realizacji szkoleń.

#### 4. Organizacja Programu.

##### 4.1 Etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów

Planowany czas trwania projektu, to okres od 2018 do 2020 w bieżącym roku realizacja Programu rozpoczęłaby się w miesiącu wrześniu i potrwa do końca grudnia. Proponowana forma zajęć, to 8 godzinne szkolenie dla każdego zespołu klasowego, w tym 3 godziny szkolenia wykładowego i prezentacji oraz 5 godzin zajęć praktycznych – ćwiczeniowych.

Założenia programowe:

tabela nr 4. Założenia programowe

| Lp. | Tematyka wykładów                      | Teoria (godziny) | Praktyka (godziny) | Razem (godzina) |
|-----|----------------------------------------|------------------|--------------------|-----------------|
| 1.  | Zabezpieczenie miejsca zdarzenia       | 0,25             | 0,25               | 0,5             |
| 2.  | Ocena poszkodowanych                   | -                | 0,5                | 0,5             |
| 3.  | Obserwacja czynności życiowych         | 0,25             | 0,25               | 0,5             |
| 4.  | Opanowanie poważnych krwotoków         | 0,5              | 0,5                | 1,0             |
| 5.  | Poszkodowany nieprzytomny              | 0,25             | 0,25               | 0,5             |
| 6.  | Poszkodowany z zaburzeniami oddychania | 0,5              | 0,5                | 1,0             |
| 7.  | Nagle zatrzymanie krążenia             | 0,25             | 0,75               | 1,0             |
| 8.  | Zakrzuszenie                           | -                | 0,5                | 0,5             |
| 9.  | Poważne oparzenia i rany               | 0,25             | 0,75               | 1,0             |
| 10. | Wezwanie pomocy                        | -                | 0,25               | 0,25            |
| 11. | Złamania kości i zwichnięcia stawów    | -                | 0,25               | 0,25            |
| 12. | Porażenia prądem elektrycznym          | -                | 0,25               | 0,25            |
| 13. | Zestaw pierwszej pomocy                | 0,25             | -                  | 0,25            |
| 14. | Zasady użycia AED                      | 0,50             | -                  | 0,50            |

Wykaz sprzętu używanego do szkoleń:

- laptop z programem szkoleniowym;
- projektor multimedialny;
- ekran multimedialny;
- fantomy do resuscytacji: dorosły, junior, dziecko;
- wskaźnik – symulacyjny udrożnienia dróg oddechowych;
- przykładowa apteczka pierwszej pomocy;
- środki do pozoracji opatrunków;
- AED

### Materiały sanitarno-pozoracyjne:

- opatrunki sterylne (kompresy);
- opaski podtrzymujące (bandaże);
- chusty trójkątne;
- koc termiczny;
- plastry;
- maseczki do prowadzenia oddechu zastępczego;
- środki do dezynfekcji – woda utleniona, sól fizjologiczna

### **Etapy wdrażania Programu**

#### **Etap I: działania przygotowawcze:**

1. Diagnoza potrzeb wdrożenia programu – wrzesień 2017;
2. Opracowanie projektu programu;
3. Uzyskanie opinii ATOM;
4. Uchwała stosownego organu przyjmująca program i jego budżet;
5. Opracowanie testów wiedzy z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej oceniających wiedzę na rozpoczęciu projektu – Pre-test i po zakończeniu szkolenia – Post-test, celem oceny przyrostu wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy uczniom klas II szkół ponadpodstawowych, jako miernik efektywności projektu;

#### **Etap II: wdrożenie i realizacja:**

1. Przeprowadzenie konkursu ofert – wyłonienie wykonawcy szkoleń;
2. Zakup i przekazanie pomocy dydaktycznych, zaplanowanych w ramach doposażenia szkół uczestniczących w projekcie, na podstawie zapytania ofertowego (manekin do ćwiczeń resuscytacyjnych w wersjach dorosły i niemowlę, zestaw tablic „pierwsza pomoc – edukacja prozdrowotna, apteczka szkolna w plecaku z wyposażeniem;
3. Przeprowadzenie w szkołach testów wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy oceniających wiedzę uczniów przed i po szkoleniu;
4. Przeprowadzenie 8 godzinnych zajęć szkoleniowych, zgodnie z zaplanowaną tematyką i czasem realizacji wg harmonogramu szkoleń;

#### **Etap III: monitorowanie efektów programu:**

1. Złożenie sprawozdania z realizacji zadania przez Realizatora Programu;
2. Analiza porównawcza wyników Pre-test oraz Post-test – wskaźnik przyrostu wiedzy.

#### 4.2 Warunki realizacji Programu dotyczące realizatora, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizator Programu zostanie wybrany w drodze otwartego konkursu ofert, zgodnie zobowiązującymi przepisami przy uwzględnieniu możliwości finansowej naszej Jednostki (Powiat Gliwicki).

Realizatorem Programu może być podmiot wykonujący działalność leczniczą lub organizacje pozarządowe realizujące zadania z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej - dysponujący kadrą posiadającą odpowiednie kwalifikacje zawodowe w zakresie pierwszej pomocy (certyfikowani instruktorzy, lekarz systemu, ratownik systemu, pielęgniarz systemu). Realizator programu zapewni sprzęt szkoleniowy; prezentacje multimedialne, fantomy do ćwiczeń (dorosły, dziecko, niemowlę) oraz zestawy ćwiczeniowe pierwszej pomocy z materiałami sanitarno-pozoracyjnymi, maseczki do ćwiczeń na fantomach.

#### 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitorowanie i ewaluacja Programu pn. „**pierwsza pomoc**” służyć będzie kontrolowaniu przebiegu i postępu oraz ocenie efektów prowadzonych działań w odniesieniu do celu głównego jakim jest „*Zdobycie umiejętności udzielania pierwszej pomocy oraz wykształcenie pozytywnych postaw w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia u uczniów klas II szkół średnich na terenie powiatu gliwickiego.*”

W procesie zbierania danych dotyczących realizacji Programu zostaną wykorzystane wskaźniki liczbowe pozwalające na ocenę niniejszego projektu/zadania tj.:

- liczba przeprowadzonych szkoleń (liczba grup, liczebność grup);
- liczba godzin szkolenia (teoretycznego i praktycznego);
- liczba przeszkolonych uczniów;
- liczba przekazanych do szkół pomocy dydaktycznych i sprzętu (fantomy, apteczki pierwszej pomocy, tablice edukacyjne);

Ocena zgłaszalności do udziału w Programie oceniana będzie na podstawie:

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

Ocena zgłaszalności do Programu będzie monitorowana w trakcie trwania Programu oraz po jego zakończeniu.

Ocenę jakości przeprowadzi Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej we współpracy z dyrektorami szkół uczestniczących w Programie. Dyrektorzy szkół zostaną zobowiązani do zgłaszania uwag i wniosków w zakresie realizowanych zadań.

Ewaluacja Programu – 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

Niniejszy projekt Programu edukacyjnego z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów szkół publicznych szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu gliwickiego zostanie sfinansowany ze środków własnych Powiatu Gliwickiego (środki finansowe na realizację zadania w 2018 r., zabezpieczone zostały w budżecie Powiatu). Całkowite koszty realizacji Programu w latach 2018 – 2020 określamy na poziomie około 59 100 zł, zgodnie z zestawieniem przedstawionym w poniższej tabeli nr 3. Działania informacyjne oraz koszty monitorowania i ewaluacji zostaną przeprowadzone bezkosztowo przy udziale Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Tabela nr 5. Budżet projektu

| Lp.                                                                 | Rodzaj kosztu                                         | Koszt jednostkowy (PLN) | liczba      | Koszt całkowity (PLN) |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------|
| <b>2018 rok</b>                                                     |                                                       |                         |             |                       |
| 1                                                                   | Szkolenie podstawowe (8 godz.)                        | 40,00                   | 430 uczniów | 17 200,00             |
| 2                                                                   | Zakup zestawu – tablic, edukacyjnych                  | 200,00                  | 10          | 2 000,00              |
| 3.                                                                  | Zakup szkolnych apteczek pierwszej pomocy             | 70,00                   | 10          | 700,00                |
| <b>2019 rok</b>                                                     |                                                       |                         |             |                       |
| 1                                                                   | Szkolenie podstawowe (8 godz.)                        | 40,00                   | 420         | 16 800,00             |
| 2                                                                   | Zakup fantomów (model dorosły) do nauki resuscytacji  | 1000                    | 3           | 3 000,00              |
| <b>2020 rok</b>                                                     |                                                       |                         |             |                       |
| 1                                                                   | Szkolenie podstawowe (8 godz.)                        | 40,00                   | 410         | 16 400,00             |
| 2                                                                   | Zakup fantomów (model niemowlę) do nauki resuscytacji | 1000                    | 3           | 3 000,00              |
| <b>Koszt całkowity Programu w latach realizacji tj. 2018 – 2020</b> |                                                       |                         |             | <b>59 100,00</b>      |

WICESTAROSTA GLIWICKI

*Ewa Jurczyga*

NACZELNIK  
WYDZIAŁU ZDROWIA  
I POMOCY SPOŁECZNEJ

*Agnieszka Gliklich*

## Bibliografia:

1. Podsumowanie kluczowych zmian w Wytycznych resuscytacji 2015 r.  
(dokument elektroniczny: [www.prc.krakow.pl/wyt.2015/podsumowanie.pdf](http://www.prc.krakow.pl/wyt.2015/podsumowanie.pdf));
2. Resuscytacja krążeniowo – oddechowa; K. Wrzosek, E. Szczepańczyk – część 7  
zaburzenia rytmu serca (dokument elektroniczny: [www.czekaj.com.pl](http://www.czekaj.com.pl));
3. Pierwsza pomoc – nowe wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji ERC 2015  
(dokument elektroniczny: ([www.patnio-lodz.onc.pl](http://www.patnio-lodz.onc.pl));
4. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz automatyczna defibrylacja  
zewnętrzna (dokument elektroniczny: [www.prc.krakow.pl](http://www.prc.krakow.pl));
5. Główny Urząd Statystyczny „Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo  
Medyczne” w 2014 roku – w oparciu o dane pozyskane w ramach statystyki  
publicznej – Warszawa 2015 rok;
6. Poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów w zakresie pierwszej  
pomocy „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2011 rok, tom.17, nr 4 (dokument  
elektroniczny: [www.monz.pl](http://www.monz.pl));
7. Plan działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa  
Śląskiego – tekst jednolity z 2017 roku;
8. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej – Województwo Śląskie  
z dn. 30 czerwca 2016 roku

Spis tabel i wykresów:

1. Tabela nr 1. Przyczyny pozaszpitalnego NZK (str.3);
2. Tabela nr 2. „Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wg danych za 2016 rok- powiat gliwicki (str. 6);
3. Wykres nr 1. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności wg województw w roku 2014 - opracowanie GUS (str. 7);
4. Mapa nr 1. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego wg miejsca zdarzenia w 2014 roku – opracowanie GUS (str.9)
5. Wykres nr 2. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2014 roku – opracowanie GUS (str. 9)
6. Tabela nr 3. Wyjazdy na miejsce zdarzenia ZRM wg województw – opracowanie GUS (str. 15);
7. Tabela nr 4. Założenia programowe (str. 15);
8. Tabela nr 5. Budżet projektu (str. 18)