Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 34/2025 z dnia 12 maja 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów publicznych szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu opolskiego na lata 2025-2027 „Pierwsza Pomoc”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów publicznych szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu opolskiego na lata 2025-2027 „Pierwsza Pomoc”.

Uzasadnienie

Nagłe zatrzymanie krążenia jest sytuacją niespodziewaną i może wystąpić u każdego człowieka. Udzielenie pierwszej pomocy medycznej, w jak najkrótszym czasie od wystąpienia wspomnianego powyżej zdarzenia, znacznie zwiększa szansę przywrócenia czynności własnej układu krążenia, co wiąże się z uchronieniem osoby poszkodowanej przed śmiercią, a także z ograniczeniem powikłań mogących wystąpić w związku z zatrzymaniem przepływu krwi, m.in. przez mózg czy mięsień sercowy.

Oceniany program dzięki swoim założeniom mógłby stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wnosić wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych, należy jednak podkreślić, że opiniowany projekt zawiera kilka niespójności oraz braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. W szczególności część projektu dotycząca celów i mierników efektywności wymaga ponownej weryfikacji i uzupełnienia. Ponadto Prezes Agencji zwraca szczególną uwagę na kwestie dotyczące m.in.:

- weryfikacji i korekty mierników odnoszących się do monitorowania i ewaluacji,
- przedstawienia kryteriów wyłączenia z programu,
- uzupełnienia informacji o kosztach monitowania i ewaluacji,
- dołączenia wzoru ankiety satysfakcji,
- dołączenia wzorów pre- oraz post- testów.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, w którym zaplanowano szkolenia uczniów klas II szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu opolskiego. Program ma być realizowany w latach 2025-2027. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 65 700 zł.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt dotyczy zagadnienia udzielania pierwszej pomocy. Przedstawiono informacje dotyczące nagłego zatrzymania krążenia (NZK) jako jednej z głównych przyczyn zgonów w Polsce i Europie.

Oceniany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz krótki wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W treści projektu przedstawiono ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym.

Zaznaczono, że brakuje szczegółowych informacji na temat liczby przypadków, w których udzielono pierwszej pomocy przez świadków zdarzenia oraz jakości tych działań. W oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego przytoczono informację, że w 2022 r. zespoły ratownictwa medycznego w Polsce realizowały blisko 3,1 mln wyjazdów, z czego jedynie niewielka część dotyczyła zdarzeń w przestrzeni publicznej, takich jak ulica, praca czy szkoła. W ujęciu lokalnym opisano funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie opolskim – w 2023 r. zespoły stacjonujące w powiecie opolskim i mieście Opolu zrealizowały 20 234 wyjazdy, z czego 43,3% dotyczyło stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podkreślono, że odnotowano 291 zgonów przed rozpoczęciem lub w trakcie podejmowania medycznych czynności ratunkowych. Wskazano także, że średni czas dotarcia na miejsce zdarzenia wynosił 19 minut, a maksymalny ponad 78 minut.

W projekcie nie odniesiono się do aktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026. Warto jednak podkreślić, że MPZ nie zawiera szczegółowych informacji w omawianej tematyce. W MPZ na lata 2022-2026 w przypadku województwa opolskiego zaznacza się jednak, że „*analiza funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego na Opolszczyźnie wskazuje, że funkcjonuje w nim najmniej zespołów ratownictwa medycznego – 44 względem pozostałych województw w Polsce*".

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„dostarczenie jego odbiorcom wiedzy teoretycznej, jej usystematyzowanie, zdobycie umiejętności praktycznych w zakresie udzielania pomocy przedmedycznej oraz wykształcenie pozytywnych postaw w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia u odbiorców Programu".*

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny został sformułowany w sposób zbyt ogólny i wieloelementowy, łącząc aspekty edukacyjne, praktyczne oraz behawioralne. Należy zaznaczyć, że cel nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego ani nie zawiera mierzalnych wartości docelowych. W kontekście działań edukacyjnych,

w projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Należy jednak zaznaczyć, że do PPZ nie załączono wzorów ww. testów, zatem nie było możliwości ich weryfikacji. Warto też nadmienić, że nie dostarczono informacji na temat sposobu weryfikacji praktycznych umiejętności uczestników szkoleń. Mając na uwadze powyższe cel główny wymaga korekty. Przykładowym celem głównym dotyczącym efektów edukacji może być zwiększenie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (min. … % poprawnych odpowiedzi) z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wśród co najmniej … % uczestników działań edukacyjnych (wynik w post-teście lepszy niż w pre-teście). Prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

W treści projektu programu zaproponowano 4 cele szczegółowe:

(1) „nauczenie uczestników Programu wykonywania resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osób dorosłych i u niemowląt poprzez ćwiczenia z wykorzystaniem manekinów do ćwiczeń resuscytacyjnych w wersjach dorosły i niemowlę”,

(2) „nauczenie uczestników Programu umiejętności postępowania w przypadku ran, krwotoków, złamań kości, zwichnięć stawów, oparzeń, porażenia prądem, zakrztuszenia, podtopienia, nagłego zachorowania, zatrucia i wstrząsu”,

(3) „zdobycie przez uczestników Programu umiejętności obsługi automatycznego defibrylatora zewnętrznego” oraz

(4) „wyposażenie szkół uczestniczących w Programie w pomoce dydaktyczne przydatne podczas ćwiczeń praktycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy oraz ułatwiające utrwalenie zdobytej wiedzy”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja programu, a w treści projektu powinno znaleźć się uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel nr 1 stanowi powtórzenie założeń celu głównego. Dodatkowo został sformułowany w sposób opisujący działanie oraz metodę jego realizacji. Cel nr 2 został sformułowany w postaci opisu działania dydaktycznego i w obecnej formie nie spełnia warunków poprawnie zdefiniowanego celu szczegółowego. Lista sytuacji klinicznych jest bardzo szeroka, co utrudnia precyzyjne określenie spodziewanego rezultatu oraz ocenę skuteczności programu w tym zakresie. Z punktu widzenia projektowania interwencji zdrowotnej cel ten powinien zostać przekształcony w kierunku efektu osiąganego przez uczestnika – np. opanowanie podstawowych algorytmów postępowania w stanach nagłych. Cel nr 3, mimo że dotyczy konkretnej umiejętności, ma charakter działania („zdobycie umiejętności”), a nie jasno zdefiniowanego rezultatu edukacyjnego. Warto zauważyć, że treść tego celu pokrywa się częściowo z celem nr 1 (dotyczącym resuscytacji) oraz głównym celem programu. Nie wskazano także w żaden sposób, jak ma być ocenione osiągnięcie celu – np. poprzez test praktyczny lub symulację. Cel nr 4 nie odnosi się bezpośrednio do efektu zdrowotnego ani edukacyjnego osiąganego przez uczestników programu. Dotyczy on wyłącznie kwestii organizacyjnych („wyposażenie szkół (…) w pomoce dydaktyczne”), co nie mieści się w definicji celu szczegółowego w programie polityki zdrowotnej. Należy wskazać, że w projekcie nie przedstawiono prawidłowo sformułowanego celu szczegółowego.

Przykładowy cel szczegółowy mógłby odnosić się do wzrostu praktycznych umiejętności wśród … % uczestników PPZ o … % z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, poprzez trening umiejętności praktycznych w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Należy jednak wskazać szczegóły o sposobie sprawdzenia umiejętności praktycznych.

W treści projektu programu zaproponowano 3 mierniki efektywności:

(1) *„poziom wiedzy nt. udzielania pierwszej pomocy, obliczany na podstawie przeprowadzonych testów przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu”,*

(2) *„umiejętność udzielenia pierwszej pomocy”* oraz

(3) *„umiejętność obsługi automatycznego defibrylatora zewnętrznego”.*

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wskaźniki nr 1, 2 i 3 nie spełniają funkcji mierników efektywności, ponieważ zostały sformułowane ogólnie, bez wskazania jednostek miary, sposobu weryfikacji ani progu osiągnięcia zakładanych efektów. Należy zatem wskazać, że w projekcie nie przedstawiono prawidłowo sformułowanego miernika efektywności.

Mając na uwadze przykładowe zaproponowane cele programu dobrane do nich mierniki efektywności mogą odnosić się do: odsetka osób, u których w post-teście odnotowano wyższy poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test czy odsetka osób, u których w post-teście praktycznym odnotowano wzrost praktycznych umiejętności, względem wszystkich osób, u których przeprowadzono pre-test.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do uczniów klas drugich publicznych szkół ponadpodstawowych (grupa wiekowa uczniów 16-17 lat) z terenu powiatu opolskiego. Program ma być przeprowadzony w pięciu szkołach, łącznie w 41 klasach. Liczba uczniów, która zostanie objęta programem wynosi 905 osób w ciągu 3 lat trwania programu. Zgodnie z danymi zawartymi na stronie GUS, liczba osób na terenie powiatu opolskiego w wieku 16 lat wynosi 1 175 osób, a 17 lat – 1 166 osób. Przedstawione informacje są zbliżone do tych zamieszczonych na stronie GUS.

W projekcie przedstawiono jedynie kryteria włączenia. Należy wskazać, że nie przedstawiono żadnych kryteriów wyłączenia, co należy uzupełnić.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano przeprowadzenie szkolenia teoretycznego i praktycznego z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Każdego roku realizacji uczniowie klas II szkół ponadpodstawowych będą uczestniczyć w zajęciach teoretyczno-praktycznych obejmujących łącznie 6 godzin lekcyjnych (270 minut), w tym około 120 minut szkolenia teoretycznego oraz około 150 minut zajęć praktycznych.

W zakres szkolenia wchodzić będą m.in.: aspekty prawne udzielania pierwszej pomocy oraz aspekty praktycznej pomocy osobie poszkodowanej. Interwencje, które zostały zaplanowane w nie budzą zastrzeżeń i zostały opracowane w sposób prawidłowy.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu.

Ocena zgłaszalności do programu będzie dokonana na postawie: *„złożonych przez dyrektorów szkół deklaracji uczestnictwa*", *„corocznych informacji dotyczących liczby uczniów klas drugich szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu opolskiego*", *„corocznych informacji dotyczących liczby uczniów zgłoszonych do Programu, na podstawie pisemnych zgód rodziców/opiekunów prawnych na udział dzieci w Programie*" oraz *„list uczestnictwa uczniów i nauczycieli w zajęciach teoretyczno-praktycznych*". Zaproponowane wskaźniki zostały zaplanowane poprawnie. W zakresie monitorowania należy wskazać liczbę osób włączonych do udziału w programie, a także liczbę osób, która nie została objęta działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie programu.

W kontekście oceny jakości świadczeń zadeklarowano, że *„dyrektorzy szkół zobowiązani będą ponadto do zgłaszania wniosków i uwag w zakresie jakości realizowanych zadań".* Warto podkreślić, że w PPZ nie przewidziano przeprowadzenia ankiety satysfakcji, a także nie załączono wzoru takiej ankiety do projektu, co należy uzupełnić.

Ocena efektywności programu będzie dokonywana na podstawie: *„przeprowadzanych w tej samej grupie uczestników testach wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu oraz sprawdzianów umiejętności praktycznych po zakończeniu szkolenia".* W ramach ewaluacji programu wskazano na wykorzystanie następujących mierników: *„liczba przeprowadzonych szkoleń (liczba grup szkoleniowych, liczebność grup)", „liczba godzin szkolenia (teoretycznego i praktycznego)", „liczba przeszkolonych uczniów", „liczba przekazanych do szkół pomocy dydaktycznych i sprzętu" oraz „liczba informacji w internecie lub prasie".* Należy podkreślić, że przedstawione przez wskaźniki nie spełniają funkcji mierników efektywności, jednak mogą zostać wykorzystane podczas monitorowania. Warto zaznaczyć, że w treści projektu nie przedstawiono poprawnie sformułowanych mierników efektywności mających zastosowanie w procesie ewaluacji, w związku z czym przeprowadzenie kompleksowej oceny efektywności programu będzie niemożliwe.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu.

Przedstawiono informacje dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Kampania informacyjna prowadzona będzie w ramach kryteriów kwalifikacji do programu. interwencji zaplanowanych w programie. W projekcie programu wskazano, że *„informacja o realizacji programu przedstawiona zostanie w mediach lokalnych, tj. na stronie internetowej Powiatu Opolskiego i jednostek oświatowych biorących udział w Programie, mediach społecznościowych oraz w prasie lokalnej".*

Koszty całkowite oszacowano na 65 700 zł. Określono koszty jednostkowe, jednak nie odniesiono się do budżetu na ewaluację i monitorowanie programu, co należy uzupełnić.

Program ma zostać sfinansowany ze środków powiatu Opolskiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Osoby postronne mogą odegrać niezwykle istotną rolę w przypadku wystąpienia nagłego urazu lub innego zagrażającego życiu zdarzenia przed przybyciem profesjonalnej pomocy medycznej. Chęć, częstotliwość oraz jakość udzielania pierwszej pomocy są niskie na całym świecie, ale ta niekorzystna sytuacja może ulec znaczącej poprawie dzięki efektywnym działaniom edukacyjnym. Dyspozytor połączeń alarmowych, zaalarmowany o sytuacji, w której wymagana jest pierwsza pomoc, może zachęcić osoby postronne do podjęcia działań ratunkowych właśnie na podstawie wcześniej zdobytej wiedzy.

Alternatywne świadczenia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2009 r. w sprawie przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy (Dz. U. 2009 nr 139, poz. 1132) reguluje wymagania dotyczące zakresu tematycznego oraz czasowego wymiaru nauczania udzielania pierwszej pomocy w Polsce. Rozporządzenie to nakłada obowiązek prowadzenia zajęć edukacyjnych dla uczniów z zakresu bezpieczeństwa, obejmujących w szczególności ćwiczenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Kwestię nauczania pierwszej pomocy w szkołach podstawowych reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji z dnia 28 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie 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.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Forma i czas trwania działań edukacyjnych w zakresie BLS *(podstawowe podtrzymywanie życia, ang. basic life suport)*

- Sugeruje się umożliwienie wszystkim obywatelom dostępu do szkoleń w zakresie RKO (ERC 2021).
- W tworzeniu programów nauczania BLS należy określić specyficzne cechy i potrzeby każdej grupy szkoleniowej (ANZCOR 2025, CRC 2024, AHA 2020). Programy nauczania w zakresie BLS/AED powinny być dostosowane do docelowych odbiorców i możliwie najprostsze (ERC 2021, RCUK 2021).
- Zaleca się rozważenie zastosowania elementów grywalizacji (ang. *gamified learning*) w szkoleniach z zakresu resuscytacji, w celu zwiększenia poziomu zaangażowania uczestników (ILCOR 2024A).
- Stosowanie praktyki celowej w szybkim cyklu (ang. rapid-cycle deliberate practice) w procesie nauczania resuscytacji jest zalecane ze względu na jej pozytywny wpływ na efektywność nabywania oraz długoterminowe utrzymywanie umiejętności (ILCOR 2024A).
- Po zakończeniu szkolenia z zakresu BLS u uczniów obserwuje się szybki i znaczący spadek wiedzy i umiejętności. Dotyczy to zwłaszcza okresu powyżej jednego roku od ukończenia pierwszego sesji edukacji BLS. Z tego powodu wymagane jest odświeżanie nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych z zakresu BLS (CRC 2024, ILCOR 2024A). Do odświeżenia wiedzy

i umiejętności z zakresu BLS można zastosować różne metody nauczania: materiały wideo, udzielanie informacji zwrotnej itp. Zaleca się prowadzenie szkoleń przypominających częściej niż co 2 lata dla ratowników, u których szacuje się większe prawdopodobieństwo zetknięcia się z NZK (AHA 2020).

- Odświeżenie wiedzy i umiejętności powinno odbyć się po upływie 3-6 miesięcy od pierwszego szkolenia. Mimo że nie ma jednoznacznych zaleceń co do czasu trwania sesji odświeżającej umiejętności, zasadne jest, aby trwały one 45 min lub nieco krócej (CRC 2024).
- Zaleca się prowadzenie u dzieci w wieku szkolnym (gimnazjalno-licealnym) szkoleń z zakresu RKO wysokiej jakości (AHA 2020). U dzieci szkolenie praktyczne połączone z innymi metodami drugorzędnymi (np. z piosenkami edukacyjnymi) może pomóc w zdobyciu wiedzy i umiejętności a także zwiększyć ich zaufanie i chęć działania (CRC 2024, AHA 2020).
- Korzystanie z manekinów o wyższej wierności podczas zaawansowanych szkoleń z zakresu RKO może być korzystne dla osób uczących się w ośrodkach szkoleniowych z dostępną odpowiednią infrastrukturą i personelem. Używanie manekinów o niższej wierności podczas zaawansowanych szkoleń z RKO może być rozważone w przypadku ośrodków szkoleniowych, w których z powodów finansowych, ograniczeń w zakresie personelu czy innych przyczyn stosowanie manekinów o wyższej wierności nie jest możliwe (ILCOR 2024A, AHA 2020). Zgodnie ze stanowiskiem RCUK 2021 i ERC 2021 manekiny o wysokiej wierności nie są niezbędne na kursach podtrzymywania życia.
- Materiały wideo mogą być skutecznym narzędziem do nauki RKO, gdy uczeń ma dostęp do osobistego manekina. Filmy mogą zachęcić uczniów do reagowania w sytuacjach awaryjnych i rozpoczynania RKO lub innej formy BLS. Nauka za pomocą materiałów wideo może wzmocnić szkolenie prowadzone przez moderatora, ale nie powinna go zastępować (CRC 2024).

<u>Tematyka działań edukacyjnych</u>

- Szkolenie z zakresu BLS powinno obejmować:
    - rozpoznawanie sytuacji awaryjnej,
    - nabycie umiejętności wywołania numeru ratunkowego,
    - nabycie umiejętności rozpoznawania nieprawidłowego oddychania jako oznaki zatrzymania krążenia w sytuacji, gdy inne oznaki są nieobecne,
    - prowadzenie RKO z wysokiej klasy uciśnięciami klatki piersiowej u dorosłych i dzieci
    - prowadzenie RKO z wyłącznym uciskaniem klatki piersiowej jako formę pomocy w przypadku niemożności lub niechęci przeprowadzenia RKO z uciśnięciami i wentylacjami,
    - użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego,
    - przygotowanie emocjonalne, pozwalające na uzyskanie zdolności do działania w sytuacjach awaryjnych (ANZCOR 2025, ILCOR 2024A).
- W każdym programie szkoleniowym należy nauczyć oddychania metodą usta-usta (ANZCOR 2025).
- Wszystkie dzieci w wieku szkolnym należy uczyć wykonywania RKO. Należy też informować je o sposobie korzystania z AED (RCUK 2021, ERC 2021).

- Ze względu na to, że nawet krótki trening poprawia wydajność (np. szybkość użytkowania, prawidłowe umieszczenie elektrod), zaleca się przeprowadzanie szkoleń w zakresie stosowania AED (ANZCOR 2025).
- Minimalnym wymaganiem jest nauczanie umiejętności wykonywania uciśnięć klatki piersiowej. Optymalnym rozwiązanie jest nauczanie wszystkich obywateli pełnych umiejętności w zakresie RKO (uciśnięć i wentylacji w stosunku 30:2). Gdy szkolenie z RKO jest ograniczone czasowo lub organizacyjnie (np. odbywa się podczas imprez masowych, w ramach kampanii publicznych, za pomocą filmów upowszechnianych w Internecie), powinno ono koncentrować tylko na uciśnięciach klatki piersiowej (ERC 2021).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa

Ogólna skuteczność szkoleń z zakresu BLS

Skuteczność szkoleń prowadzonych u dzieci

- Wyniki przeglądu systematycznego (Plant 2013) wskazują, że dzieci w bardzo szerokim przedziale wiekowym są w stanie przebyć skuteczne szkolenie z zakresu RKO, prowadzone na różne sposoby. Starsze dzieci osiągają lepsze wyniki w testach umiejętności, a dzieci młodsze są w stanie dobrze wykonywać podstawowe zadania, w tym używać AED. W jednym z badań powiązano wiek, płeć i wskaźnik masy ciała (BMI) dziecka z zdolnością do wykonywania wentylacji usta-usta. Większą objętość wentylacji odnotowano starszych dzieci, (p=0,000520), chłopców (p<0,0220) oraz dzieci z większym BMI (p=0,0119). W innym badaniu wykazano, że u 9-18 latków BMI >15 stanowi próg, powyżej którego bardziej prawdopodobne możliwe jest wykonywanie uciśnięć o prawidłowej głębokości. Badania obejmujące okres obserwacji od 2 miesięcy do 5 lat wskazują na znaczący wzrost umiejętności w testach wykonywanych wkrótce po treningu, a następnie ich regresję w kierunku poziomu wyjściowego. Jedno z badań dotyczyło szkolenia 265 dzieci, z których połowa odbyła ponowne szkolenie po 6 miesiącach. Testy umiejętności przeprowadzone klika miesięcy później po ostatnim treningu, wykazały, że kluczowe umiejętności u osób, które przebyły 2 sesje szkoleniowe były lepsze na pograniczu znamienności statystycznej (p=0,05). Zdaniem autorów pracy wielokrotne treningi poprawiają sprawność działania oraz zapamiętywanie umiejętności, niemniej format i częstotliwość powtórnych szkoleń nie zostały jeszcze w pełni określone. Szkolenia należy rozpoczynać w młodym wieku i powtarzać je w regularnych odstępach czasu w trakcie nauki w szkole. Interwencje szkoleniowe powinny być dostosowane do wieku, skupiać się na praktyce i polegać na stopniowym wprowadzaniu umiejętności o coraz większej złożoności.

Zachowanie umiejętności, znaczenie szkoleń w odstępach czasowych (ang. spaced learning, SL) oraz szkoleń wzmacniających (ang. booster trainings, BT)

- Zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego (Riggs 2019) szkolenia z zakresu RKO, a w szczególności szkolenia prowadzone przez instruktora w czasie rzeczywistym lub szkolenia z opóźnioną informacją zwrotną, prowadzą do poprawy umiejętności psychomotorycznych. Przebycie jakiegokolwiek wcześniejszego szkolenia wiązało się z lepszymi umiejętnościami w porównaniu z brakiem wcześniejszego treningu. W najwyższej jakości badaniu włączonym do przeglądu zachowanie umiejętności pogorszyło się w ciągu 3 miesięcy, a następnie ustabilizowało się w okresie 3-6 miesięcy od szkolenia. Uczestnicy bez wiedzy i umiejętności powinni wziąć udział w co najmniej jednej sesji szkoleniowej RKO, wykorzystującej kombinacje zatwierdzonych strategii szkoleniowych dotyczących konkretnych umiejętności. Szkolenia

odświeżające powinny skupiać się na umiejętnościach psychomotorycznych i poprawie pewności siebie oraz powinny odbywać się co 3-6 miesięcy.

- Wyniki badań objętych przeglądem systematycznym (Yeung 2020) z bardzo małą pewnością sugerują, że szkolenia typu SL i BT z zakresu RKO wiążę się poprawą wyników edukacyjnych w porównaniu z nauczaniem zbiorowym, zarówno w ciągu, jak i po upływie jednego roku po zakończeniu kursu. W jednym z badań włączonych do tego przeglądu wykazano korzystny wpływ szkolenia typu BT przeprowadzonego po 6 miesiącach od szkolenia m.in. na liczbę uciśnięć o odpowiedniej głębokości (68,9±72,3 vs 36,3±50 w grupie bez BT; p=0,009). W innym badaniu z udziałem studentów pielęgniarstwa, krótkie praktyczne szkolenie przypominające poprawiło jakość uciśnięć klatki piersiowej oraz wentylacji, podczas w grupie kontrolnej doszło do zaniku tych umiejętności (średnia głębokość po 9 miesiącach wyniosła 39,6±6,8 mm, a po 12 miesiącach 36,5±7,7 mm; p=0,004).

Opinie ekspertów klinicznych

Wszyscy eksperci wypowiedzieli się za finansowaniem szkoleń w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej. Dodatkowo, są zgodni, że programy szkoleń przyczynią się do poprawy zdrowia społecznego oraz ograniczenia przedwczesnych zgonów.

Eksperci są zgodni, że programy szkoleń z zakresu BLS powinny być skierowywane do jak najszerszego grona odbiorców, począwszy od dzieci i młodzieży. Jeden z ekspertów podkreślił szczególną rolę edukacji dzieci w wieku szkolnym, jako grupy szczególnie łatwo przyswajającej wiedzę i umiejętności w przedmiotowym zakresie.

Eksperci rozbieżnie zapatrują się na kwestię optymalnego czasu trwania szkolenia. Zdaniem jednego eksperta szkolenie takie powinno trwać minimum 4 godziny, zdaniem drugiego – co najmniej 8 godzin.

Opinie ekspertów ws. kosztów szkoleń z zakresu BLS są rozbieżne. Jeden z ekspertów podał konkretne szacunki (250 zł/os. w ramach 4-6 godzinnego szkolenia), natomiast drugi ekspert uznał, że przeprowadzanie takiego oszacowania na obecnym etapie nie jest możliwe.

Eksperci różnie definiują cele, mierniki efektywności, sposoby monitorowania i ewaluacji szkoleń z zakresu BLS/AED. Zgadzają się, że zasadniczym celem jest uzyskanie jak największej wiedzy społeczeństwa za zakresu udzielania pierwszej pomocy medycznej oraz poprawy zdrowia społecznego.

Eksperci zaproponowali także sposób ewaluacji, polegający na porównaniu wyników i rokowań pośród poszkodowanych, wobec których została zastosowana PPP przez osoby postronne przed przybyciem ZRM, z wynikami i rokowaniami w analogicznych przypadkach, z których z udzieleniem PPP czekano na przybycie ZRM.

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

Z upoważnienia Prezesa

Anna Kowalczuk

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 8 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146 z późn. zm), z uwzględnieniem raportu nr: OT.431.20.2025 *„Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów publicznych szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu opolskiego na lata 2025-2027 „Pierwsza Pomoc”,* data ukończenia: kwiecień 2025, oraz opinii Rady Przejrzystości nr 75/2025 z dnia 5 maja 2025 roku o projekcie programu *„Program polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów publicznych szkół ponadpodstawowych z terenu powiatu opolskiego na lata 2025-2027 „Pierwsza Pomoc”.*