



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 51/2025 z dnia 13 czerwca 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy
w Powiecie Myślenickim na lata 2026-2030”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy w Powiecie Myślenickim na lata 2026-2030”, **pod warunkiem** uwzględnienia poniższych uwag.

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 może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wnosi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące uzupełnienia uzasadnienia wartości docelowych w celu głównym i celu szczegółowym, uzupełnienia opisu etapów i uwzględnienia w nich akcji informacyjne oraz doprecyzowania kwestii sprawdzania umiejętności praktycznych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej (PPP), w którym zaplanowano szkolenia uczniów klas V szkół podstawowych z terenu powiatu myślenickiego. Program ma być realizowany w latach 2026-2030. Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na 167 000 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 nagłych zachorowań bądź wypadków takich jak: zatrucie, zawał mięśnia sercowego, napad padaczkowy, udar mózgu lub wypadek samochodowy.

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.

W oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) przytoczono informację, że w 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) w Polsce zrealizowały około 2,8 mln wyjazdów/wylotów na miejsce zdarzenia, czyli niemal o 289,8 tys. mniej niż w poprzednim roku. Najczęściej zespoły te udzielały pomocy w domu pacjenta (77,1% przypadków). Zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń dla blisko 2,8 mln osób (o 300 tys. mniej niż w roku poprzednim). Zgodnie z danymi GUS, w Polsce na 1 000 ludności przypadały 74 osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej. W odniesieniu do danych regionalnych w treści programu wskazano, że województwo małopolskie (w tym powiat myślenicki) znalazło się wśród czterech województw o najwyższym wskaźniku liczby osób, którym udzielono pomocy medycznej w miejscu zdarzenia, w przeliczeniu na 1 000 ludności (83-92/1 000, przy średniej krajowej wynoszącej 74/1 000).

W projekcie odniesiono się do aktualnej Mapy Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 w kontekście chorób układu krążenia. W 2023 roku najwyższy wskaźnik hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia odnotowano w województwie lubelskim – 3 491,4 na 100 tys. mieszkańców. Jak wskazano, wysokie wartości wystąpiły również w województwach świętokrzyskim (3 386,2/100 tys.) oraz opolskim (3 140,6/100 tys.). Podkreślono także, że województwo małopolskie zajęło w tym zestawieniu 15. miejsce z wynikiem 2 361,4 hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców. W analizowanym okresie w powiecie myślenickim wartość ta wyniosła 2 078,7/100 tys., co stanowiło trzeci najniższy wynik wśród wszystkich powiatów województwa małopolskiego.

Warto jednak podkreślić, że MPZ nie zawiera szczegółowych informacji w odniesieniu do edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. W MPZ na lata 2022-2026 w przypadku województwa małopolskiego zaznacza się jednak, że *„jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 96,1% wezwań z czasem dojazdu do 15 minut oraz 3,9% wezwań powyżej 15 minut, co daje 4 najmniejszy wynik w skali całego kraju”* oraz *„jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 94,4% wezwań z czasem dojazdu do 20 minut oraz 5,7% wezwań powyżej 20 minut, co daje najmniejszy wynik w skali całego kraju”*.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *„uzyskanie wysokiego poziomu umiejętności praktycznych (min. 80% poprawnie wykonanych działań) w zakresie udzielania pierwszej pomocy u co najmniej 70% uczestników programu”*.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Cel główny wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie badania poziomu umiejętności praktycznych z zakresu udzielania pierwszej pomocy, co jest działaniem zasadnym. Należy jednak wskazać, że w odniesieniu do celu głównego nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano 1 cel szczegółowy:

- (1) *„utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie o co najmniej 20% poziomu wiedzy teoretycznej w zakresie udzielania pierwszej pomocy u co najmniej 70% uczestników programu”.*

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 szczegółowy wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi w projekcie działaniami edukacyjnymi. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie wzbudza zastrzeżeń. Należy jednak zaznaczyć, że w odniesieniu do celu szczegółowego, podobnie jak w celu głównym, nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych, co należy uzupełnić.

W treści projektu programu zaproponowano 2 mierniki efektywności:

- (1) *„odsetek uczestników, u których w sprawdzianie umiejętności praktycznych z zakresu udzielania pierwszej pomocy po zajęciach odnotowano wysoki poziom umiejętności praktycznych (min. 80% poprawnie wykonanych działań)”*,
- (2) *„odsetek uczestników, u których w pre-teście wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy odnotowano utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej (min. 80% poprawnie wykonanych działań) lub zwiększenie poziomu wiedzy teoretycznej o co najmniej 20% względem pre-testu”.*

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. W projekcie przedstawiono prawidłowo sformułowane mierniki efektywności odnoszące się do celów programu.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą do uczniów klas V szkół podstawowych terenu powiatu myślenickiego. Liczba uczniów, która zostanie objęta programem wynosi 1 670 osób rocznie co w ciągu 5 lat trwania programu daje ok. 8 300 osób. Przedstawione dane są zbliżone do danych zamieszczonych na stronie GUS. W przypadku niewystarczającej liczby zgłoszeń dzieci z klas V dopuszcza się możliwość rozszerzenia programu na uczniów klas VI–VII.

W projekcie poprawnie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie budzą zastrzeżeń. Jednakże dodatkowo należy uwzględnić aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielają u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia.

Interwencja

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

W ramach programu edukacyjnego zaplanowano przeprowadzenie szkolenia teoretycznego i praktycznego z zakresu udzielania pierwszej pomocy dla uczniów klas V szkół podstawowych. Zajęcia będą realizowane w grupach maksymalnie 15-osobowych i trwać będą co najmniej 3 godziny dydaktyczne (łącznie 135 minut). Podczas szkolenia uczniowie będą ćwiczyć postępowanie z poszkodowanym nieprzytomnym, w tym zastosowanie pozycji bezpiecznej oraz prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci, obejmującej wysokiej jakości uciśnięcia klatki piersiowej oraz wyłączone uciskanie klatki piersiowej w sytuacjach awaryjnych. Ważnym elementem zajęć będzie również nauka użycia automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) oraz przygotowanie emocjonalne uczniów do podejmowania działań ratunkowych w sytuacjach awaryjnych. Zajęcia będą prowadzone z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego do wieku i możliwości percepcyjnych uczestników. W ramach zajęć przewidziano przeprowadzenie testu wiedzy przed rozpoczęciem szkolenia (pre-test) oraz po jego zakończeniu (post-test), a także sprawdzenie umiejętności praktycznych w zakresie podstawowych zasad pierwszej pomocy, w tym oceny stanu poszkodowanego, oceny oddechu oraz wykonania resuscytacji krążeniowo-oddechowej (BLS). Po zakończeniu zajęć uczestnicy otrzymają certyfikat ukończenia szkolenia oraz wypełnią ankietę satysfakcji. Należy jednak doprecyzować czy uwzględniono wszystkie elementy sprawdzianu umiejętności praktycznych, na czym będą polegały, a także kto i w jaki sposób będzie oceniał ich poprawność wykonywania.

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 podstawie: „*liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych*”, „*liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test i post-test badający poziom wiedzy teoretycznej*”, „*liczby osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wzięły udział w sprawdzianie umiejętności praktycznych*” oraz „*liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie przed jego zakończeniem*”. Zaproponowane wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo.

W kontekście oceny jakości świadczeń w PPZ wskazano, że będzie ona dokonana na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników programu oraz ewentualnych pisemnych uwag przekazywanych do realizatora programu. Wzór ankiety satysfakcji został załączony do programu i nie budzi zastrzeżeń.

Zgodnie z treścią projektu, ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Warto podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało podkreślone również w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Należy jednak zaznaczyć, że w opisie etapów nie uwzględniono akcji informacyjnej, co należy uzupełnić

Przedstawiono informacje dotyczące warunków realizacji programu w odniesieniu do 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 przez realizatora we współpracy ze Starostwem Powiatowym w Myślenicach oraz placówkami oświatowymi, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie będą udostępniane w formie komunikatów na stronie internetowej, w siedzibie realizatora oraz w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Starostwie Powiatowym w Myślenicach.

Koszty całkowite oszacowano na 167 000 zł. Określono koszty jednostkowe, a także koszty monitorowania i ewaluacji wskazując, że nie będą generować dodatkowych kosztów, ponieważ zostaną wykonane w ramach zadań własnych pracowników Starostwa Powiatowego w Myślenicach oraz współpracy z realizatorem i placówkami oświatowymi na terenie powiatu.

Program ma zostać sfinansowany ze środków powiatu Myślenickiego.

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 support*)

- Sugeruje się umożliwienie wszystkim obywatelom dostępu do szkoleń w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej (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 pierwszej 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 nagłym zatrzymaniem krążenia (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).
- 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).

Tematyka działań edukacyjnych

- 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 rozwiązaniem 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 kilka 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 kombinację 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 wiążą 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 uciśnień o odpowiedniej głębokości ($68,9 \pm 72,3$ vs $36,3 \pm 50$ w grupie bez BT; $p=0,009$). W innym badaniu z udziałem studentów pielęgniarstwa, krótkie praktyczne szkolenie przypominające poprawiło jakość uciśnień klatki piersiowej oraz wentylacji, podczas w grupie kontrolnej doszło do zaniku tych umiejętności (średnia głębokość po 9 miesiącach wyniosła $39,6 \pm 6,8$ mm, a po 12 miesiącach $36,5 \pm 7,7$ 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.

Eksperti 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.

Eksperti 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.

Eksperti 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.

Eksperti 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.

PREZES

Daniel Rutkowski

/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.431.37.2025 „Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy w Powiecie Myślenickim na lata 2026-2030”, data ukończenia: czerwiec 2025, oraz opinii Rady Przejrzystości nr 100/2025 z dnia 9 czerwca 2025 roku o projekcie programu „Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy w Powiecie Myślenickim na lata 2026-2030”.