



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 111/2025 z dnia 11 grudnia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy
dla uczniów klas VII szkół podstawowych z terenu gminy Długołęka
na lata 2026-2027”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy dla uczniów klas VII szkół podstawowych z terenu gminy Długołęka na lata 2026-2027”, **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 ochronieniem osoby poszkodowanej przed śmiercią, a także z ograniczeniem powikłań mogących wystąpić w związku z zatrzymaniem przepływu krwi, m.in. przez mózg czy mięsień sercowy. Przedstawiony program polityki zdrowotnej odnosi się do istotnego zagadnienia jakim jest udzielanie pierwszej pomocy. Zakłada przeprowadzenie szkolenia teoretycznego i praktycznego z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wśród uczniów klas VII szkół podstawowych z terenu gminy Długołęka. Przedstawione działania stanowią wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych np. w zakresie podstawy programowej przedmiotu „Edukacja dla bezpieczeństwa”.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące:

- wskazania czasu trwania zajęć teoretycznych i zajęć praktycznych podczas interwencji edukacyjnej;
- zaplanowania kosztów akcji informacyjnej PPZ.

Należy także zwrócić uwagę na zastrzeżenia przedstawione w dalszej części niniejszej opinii.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej, zaplanowany do realizacji przez gminę Długołęka. Program zakłada przeprowadzenie teoretycznych i praktycznych szkoleń z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. Szkoleniami zostaną objęci uczniowie klas VII szkół podstawowych z terenu gminy. Program ma być realizowany w latach 2026-2027. Planowane koszty całkowite zostały określone na 139 360 zł. Program ma zostać sfinansowany z budżetu Gminy Długołęka.

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 2025 r. poz. 1461) 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. W opisie problemu zdrowotnego wielokrotnie podkreślono kluczowe znaczenie przekazywania wiedzy oraz kształtowania umiejętności w tym obszarze. Wyróżniono znaczenie natychmiastowego podjęcia czynności ratowniczych w czasie pierwszych 3-5 minut od wypadku, co zwiększa szanse poszkodowanego na przeżycie. Oceniany projekt zawiera referencje bibliograficzne wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowano treść problemu zdrowotnego.

W treści projektu przedstawiono ogólnopolskie, regionalne i lokalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. W kontekście sytuacji krajowej, w zakresie chorób układu krążenia powołano się na dane z Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) z 2023 r. i wskazano, że najwyższy wskaźnik chorobowości szpitalnej z powodu ChUK odnotowano w województwie lubelskim, świętokrzyskim oraz opolskim. Województwo dolnośląskie było na 11 pozycji. W powiecie wrocławskim wskaźnik chorobowości szpitalnej z powodu chorób układu krążenia był istotnie niższy (drugi najniższy wynik wśród powiatów województwa dolnośląskiego). W oparciu o dane GUS przytoczono informację, że w 2023 r. zespoły ratownictwa medycznego w Polsce realizowały blisko 2,8 mln wyjazdów (o 289,8 tys. mniej niż w 2022 r.). W ujęciu lokalnym opisano funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – w 2023 r. zespoły stacjonujące w województwie dolnośląskim znalazły się wśród 9 województw z najwyższym wskaźnikiem liczby osób, którym udzielono pomocy medycznej w miejscu zdarzenia w przeliczeniu na 1 tys. ludności (74-82/1 tys.) przy średniej dla kraju na poziomie 74/1 000. Wskazano także, że średni czas dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego w województwie dolnośląskim był przekroczony.

Warto wskazać, że w projekcie odniesiono się do aktualnej MPZ na lata 2022-2026 w ramach której wskazano, że w przypadku województwa dolnośląskiego liczba wezwań w 2019 roku, w tym województwie wynosiła 228 776, natomiast liczba wezwań zakończona zgonem to 18 218.

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 został sformułowany prawidłowo. Należałoby go jednak uzupełnić o uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych. W projekcie zaplanowano badanie poziomu umiejętności praktycznych z zakresu udzielania pierwszej pomocy, przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora sprawdzianu umiejętności praktycznych, przeprowadzanego przez osobę prowadzącą szkolenie po jego zakończeniu, uwzględniającego co najmniej podstawowe zabiegi resuscytacyjne w algorytmie BLS, ocenianego na podstawie skali przyjętej przez realizatora. Z kolei wysoki poziom umiejętności został zdefiniowany jako 80% poprawnie wykonanych działań.

W treści projektu programu zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- (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”;
- (2) „utrzymanie lub zwiększenie gotowości do udzielania pierwszej pomocy osobie obcej u co najmniej 70% uczestników programu”;
- (3) „utrzymanie lub zwiększenie gotowości do udzielania pierwszej pomocy osobie znajomej 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 nr 1 został zaplanowany prawidłowo. W projekcie zaplanowano przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu załączono przykładowy test, który nie wzbudza zastrzeżeń. Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy, co wnioskodawca uwzględnił wskazując na „min. 80% poprawnych odpowiedzi”.

Cele szczegółowe nr 2 i 3 odnoszą się do „gotowości do udzielania pierwszej pomocy” i wydają się być możliwe do realizacji w związku z zaplanowanymi interwencjami w projekcie. Do projektu załączono ankietę samooceny w tym zakresie, która ma być uzupełniona przez uczestnika PPZ w ramach pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym. Podobnie jak w przypadku celu głównego, należy uzupełnić uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych.

W treści projektu programu zaproponowano 4 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 post-teście wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy odnotowano utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej (min. 80% poprawnych odpowiedzi) lub zwiększenie poziomu wiedzy teoretycznej o co najmniej 20% względem pre-testu”;
- (3) „odsetek uczestników, u których w post-teście w formie ankiety dotyczącej gotowości do udzielania pierwszej pomocy odnotowano odpowiedź „tak” lub „raczej tak” na pytanie dotyczące gotowości do udzielenia pierwszej pomocy osobie obcej, względem wszystkich uczestników, którzy wypełnili pre-test”;
- (4) „odsetek uczestników, u których w post-teście w formie ankiety dotyczącej gotowości do udzielania pierwszej pomocy odnotowano odpowiedź „tak” lub „raczej tak” na pytanie dotyczące gotowości do udzielenia pierwszej pomocy osobie znajomej, względem wszystkich uczestników, którzy wypełnili pre-test”.

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.

Mierniki zaproponowane w programie zostały zaplanowane prawidłowo.

Populacja docelowa

Działania realizowane w ramach programu skierowane będą uczniów klas VII szkół podstawowych, zamieszkujących na terenie gminy Długotłęka. Program obejmie 530 uczniów z rocznika 2025/2026 oraz 542 uczniów z rocznika 2026/2027 (ok. 1 072 osób z 9 szkół podczas 2-letniego programu). W przypadku niższej, w stosunku do założonego budżetu, zgłaszalności do PPZ dzieci z klas VII, dopuszcza się możliwość włączenia do programu dzieci z klas VI i VIII.

W projekcie przedstawiono prawidłowe kryteria włączenia i wyłączenia.

Interwencja

W ramach PPZ zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych obejmujących aspekty teoretyczne i praktyczne z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

Działania edukacyjne

W ramach programu zaplanowano kompleksowe działania edukacyjne obejmujące szkolenia z udzielania pierwszej pomocy, trwające co najmniej 5h dydaktycznych, realizowane w grupach max. 10-osobowych. Zaznaczono, że edukacja ma być dostosowana pod względem języka i tematyki do odbiorców. Zakres szkoleń będzie obejmował następujące obszary: rozpoznawanie sytuacji awaryjnej, nabycie umiejętności wywołania numeru ratunkowego, ocena sytuacji i zabezpieczenie miejsca wypadku, ocena stanu poszkodowanych, nabycie umiejętności rozpoznawania nieprawidłowego oddychania jako oznaki zatrzymania krążenia w sytuacji, gdy inne oznaki są nieobecne, kontrola czynności życiowych, postępowanie z poszkodowanym nieprzytomnym, 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, nauka podstawowych zasad udzielania pierwszej pomocy w zagrożeniu życia, w zadławieniach, urazach kończyn, złamaniach, urazach kręgosłupa, krwawieniach zewnętrznych. W programie zaplanowano weryfikację wzrostu poziomu wiedzy teoretycznej z zakresu udzielania pierwszej pomocy z wykorzystaniem pre-testu, który uczestnik wypełni przed szkoleniem i post-test po jego zakończeniu (10 pytań zamkniętych). Umiejętności praktyczne będą weryfikowane za pomocą sprawdzianu obejmującego podstawowe zabiegi resuscytacyjne w algorytmie BLS, ocenianego według skali opracowanej przez realizatora. Po ukończeniu szkolenia uczestnicy mają możliwość uzyskania certyfikatu. W ramach interwencji uczestnicy przed i po szkoleniu wypełnią ankietę samooceny gotowości do udzielania pierwszej pomocy oraz zostanie im przekazana ankietę satysfakcji z udzielonych świadczeń. Należy zaznaczyć, że w PPZ nie wskazano podziału czasowego na zajęcia praktyczne oraz edukacyjne.

Zgodnie z uzyskanymi opiniami ekspertów wzorcowe szkolenia z zakresu BLS powinny obejmować wiedzę teoretyczną oraz umiejętności praktyczne i być kierowane do jak najszerszego grona odbiorców, począwszy od dzieci i młodzieży. Eksperti podkreślają także szczególną rolę edukacji dzieci w wieku szkolnym jako grupy szczególnie łatwo przyswajającej wiedzę i umiejętności w przedmiotowym zakresie. Zakres interwencji edukacyjnej jest zgodny z odnalezionymi wytycznymi klinicznymi.

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 wskaźników: „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 mierniki zostały zaplanowane prawidłowo. Należałoby je uzupełnić o „liczbę osób, które zgłosiły się do udziału w programie” oraz „liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej”.

Ocena jakości świadczeń w PPZ będzie oceniana 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.

Ewaluacja programu przeprowadzona zostanie z wykorzystaniem zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności. Warto podkreślić, że przedstawione w projekcie mierniki efektywności zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. 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

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w PPZ, sposób informowania o możliwości przystąpienia i zakończenia udziału w programie. Odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

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

W projekcie przedstawiono koszty jednostkowe oraz koszty całkowite. W ramach kosztów jednostkowych wskazano koszt działań edukacyjnych oszacowany na kwotę 130 zł dla jednej osoby. Biorąc pod uwagę zaplanowane w PPZ jedno szkolenie 5 h dydaktycznych dla grupy max. 10-osobowej – koszt ten został oszacowany na łączną kwotę 1 300 zł. oszacowany na kwotę 130 zł. Biorąc pod uwagę zaplanowane w PPZ jedno szkolenie 5 h dydaktycznych dla grupy max. 10-osobowej –ten został oszacowany na łączną kwotę Zaplanowano również, że koszty monitorowania i przeprowadzenia ewaluacji, zostaną poniesione poza programem, w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Długosław. Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie nie odniesiono się do kosztów akcji informacyjnej.

Koszt całkowity PPZ oszacowano na 139 360 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Gminy Długosław. Urząd Gminy Długosław bierze również pod uwagę możliwość pozyskania dofinansowania z Urzędu Wojewódzkiego Województwa Dolnośląskiego.

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. Zagadnienia w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej realizowane są w ramach obowiązkowego przedmiotu tj. Edukacja dla bezpieczeństwa. Przedmiot przygotowuje uczniów teoretycznie i praktycznie do właściwego zachowania oraz odpowiednich reakcji w sytuacjach trudnych i kryzysowych, stwarzających zagrożenie dla zdrowia i życia. Przedmiot obejmuje różnorodne treści kształcenia m.in. z zakresu organizacji działań ratowniczych oraz edukacji zdrowotnej i udzielania pierwszej pomocy.

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 (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).

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 uciśnień klatki piersiowej. Optymalnym rozwiązaniem jest nauczanie wszystkich obywateli pełnych umiejętności w zakresie RKO (uciśnień 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 uciśnień 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 wiąże 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.

Wg ekspertów 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.

Odnosząc się do kosztów szkoleń z zakresu BLS 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 z 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.

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 2025 r., poz. 1461), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.431.25.2025 „Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy dla uczniów klas VII szkół podstawowych z terenu gminy Długosław na lata 2026-2027”, data ukończenia: grudzień 2025, oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 213/2025 z dnia 8 grudnia 2025 roku o projekcie programu „Program upowszechniania umiejętności udzielania pierwszej pomocy dla uczniów klas VII szkół podstawowych z terenu gminy Długosław na lata 2026-2027”.