



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 66/2020 z dnia 23 września 2020 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej
dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej odnosi się do prowadzenia szkoleń z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej wśród uczniów placówek oświatowych na terenie województwa mazowieckiego. Działania edukacyjne z zakresu pierwszej pomocy stanowią uzupełnienie dostępnych świadczeń oraz rozszerzają tematykę poruszaną w zakresie edukacji szkolnej. Warunkiem rozpoczęcia wdrożenia, realizacji i finansowania programu jest wprowadzenie w treści projektu zmian zgodnych z uwagami zawartymi w niniejszej opinii, ze szczególnym uwzględnieniem następujących obszarów:

- Należy doprecyzować oszacowanie liczebności populacji docelowej przez podanie liczby uczniów, którzy mają zostać objęci szkoleniami.
- Cele oraz mierniki należy przeformułować w sposób zgodny z uwagami zawartymi w dalszej części opinii. Treść projektu należy uzupełnić o uzasadnienie dla przyjętych wartości.
- Główną interwencją w programie stanowią działania edukacyjne, a zatem istotną rolę będzie pełnił pomiar poziomu wiedzy i umiejętności świadczeniobiorców. W szczególności należy przedstawić poprawne zasady identyfikacji uczestników, u których zdiagnozowano wzrost poziomu wiedzy. Szczegółowe uwagi wraz z propozycją rozwiązania zawarto w dalszej części opinii.
- Zgodnie z wytycznymi ERC 2015 wskazane jest organizowanie szkoleń przypominających „w małych dawkach”, co nie zostało uwzględnione w treści projektu i wymaga uzupełnienia.
- Projekt nie przewiduje oceny jakości udzielanych świadczeń przez świadczeniobiorców. Zapisy należy uzupełnić o opis metod pozyskania informacji



zwrotnej od uczestników, która może stanowić cenne źródło wiedzy na temat mocnych i słabych stron realizowanych działań.

Przedmiot opinii

Przedmiotem oceny jest projekt programu polityki zdrowotnej zaplanowany do realizacji przez województwo mazowieckie. Zakłada on przeprowadzenie szkoleń pomocy przedmedycznej wśród uczniów klas siódmych i ósmych szkół podstawowych na terenie województwa. Planowany okres realizacji projektu to lata 2020-2023. Koszty całkowite programu zostały oszacowane na 600 000 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. 2020 poz. 1398) 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 programu dotyczy tematyki udzielania pierwszej pomocy. W projekcie przedstawiono problematykę nagłego zatrzymania krążenia (NZK) oraz nawiązano do zagadnienia prawidłowego przeprowadzania resuscytacji krążeniowo-oddechowej i łańcucha przeżycia. Przedstawiony opis problemu zdrowotnego podkreśla znaczenie właściwego udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej, szczególnie w sytuacjach, gdy istotną rolę odgrywa czas i szybkość zastosowania odpowiednich działań ratunkowych. Podkreślono również potrzebę edukacji w tym zakresie. Przedstawione informacje są poprawne.

Przedstawiono piśmiennictwo, na podstawie którego projekt został przygotowany. Nie budzi ono zastrzeżeń.

Projekt programu wpisuje się pośrednio w następujące priorytety zdrowotne MZ: *zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu; tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania* (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2018 poz. 469).

W projekcie w sposób szczegółowy przedstawiono dane regionalne i lokalne. Wskazano, że na podstawie danych zawartych w mapach potrzeb zdrowotnych choroby układu krążenia są pierwszym co do częstości powodem zgonów mieszkańców województwa mazowieckiego. Podano informacje dotyczące liczby zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„podniesienie poziomu wiedzy i poprawa umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u co najmniej 80% uczniów uczestniczących w programie”*. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany, precyzyjnie sformułowany i wytyczony w czasie. Jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności planowanych działań, czyli prowadzić do wykrywania i realizowania określonych potrzeb zdrowotnych oraz do poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Zaproponowany cel główny jest sformułowany poprawnie oraz wydaje się możliwy do zrealizowania. W treści projektu nie przedstawiono uzasadnienia dla przyjętej wartości. Treść projektu należy uzupełnić o wyczerpujące uzasadnienia: wyboru podanej wartości docelowej, przełożenia jej osiągnięcia na zrealizowanie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych oraz oczekiwanego wpływu na dane epidemiologiczne, w tym odniesienie do przedstawionych danych epidemiologicznych uzasadniających realizację projektu.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- (1) *„przedmedycznej, podniesienie wiedzy u co najmniej 80% uczestników programu”;*

- (2) „zwiększenie liczby uczniów z umiejętnościami odpowiedniego reagowania w sytuacjach trudnych, podniesienie poziomu wiedzy na temat właściwego sposobu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u co najmniej 80% 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. Cele szczegółowe nr 1 oraz 2 zostały sformułowane poprawnie. Odnoszą się do podejmowanych skutków zastosowanych interwencji. Ich osiągnięcie warunkuje osiągnięcie celu głównego. Dla wszystkich celów brak jest uzasadnienia dla przyjętych wartości, co należy uzupełnić w sposób zgodny z tym, co opisano powyżej dla celu głównego.

W treści projektu programu zaproponowano następujące mierniki efektywności:

- (1) „odsetek uczestników programu, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy na temat właściwego sposobu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia”;
- (2) „odsetek uczestników programu, u których wzrósł poziom praktycznych umiejętności z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia”;
- (3) „odsetek uczestników programu, którzy zadeklarują, że samodzielnie podejmą czynności z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia”.

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. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Zaproponowane mierniki efektywności interwencji odnoszą się do rezultatów osiągniętych dzięki podjętym działaniom, co jest podejściem prawidłowym.

Zastrzeżenia budzą zawarte w projekcie zapisy dotyczące sposobu obliczenia wartości miernika nr 1. W projekcie został przedstawiony wzór obliczenia „Wskaźnika przyrostu wiedzy”. Choć nie zostało to sformułowane jasno, to na podstawie zawartych w projekcie zapisów można przypuszczać, że jako „wzrost poziomu wiedzy” będzie interpretowane uzyskanie wartości $\geq 80\%$ obliczonej według wspomnianego wzoru. Taka sytuacja występuje jedynie, gdy w pre-teście i post-teście na maksymalnie 10 punktów uzyskano następujące wyniki: post-test 10 pkt i dowolna wartość pre-testu, post-test 9 pkt i pre-test od 0 do 5 pkt, post-test 8 pkt i pre-test 0 pkt. Szczególne wątpliwości budzi negatywny wynik, tj. brak wykrycia wzrostu poziomu wiedzy u uczestnika, w sytuacji np. uzyskania 8 pkt w pre-teście i 9 pkt w post-teście (wynik wzoru to 50%, czyli poniżej progu 80%). Należy także wskazać, że w przypadku uzyskania w pre-teście 10 pkt obliczenie wzoru nie jest możliwe, jednak trudno w takiej sytuacji spodziewać się uzyskania lepszego wyniku w post-teście i tym samym „wzrostu poziomu wiedzy”. Jeśli jednak jako zdiagnozowanie przyrostu wiedzy przyjąć nie uzyskanie we wzorze wartości $\geq 80\%$, a dowolnej wartości większej od zera, to pojawiają się inne, bardziej poważne zastrzeżenia. Trudno przyjąć za sukces uzyskanie 1 na 10 pkt w sytuacji, gdy początkowym wynikiem było 0 na 10 pkt. Podsumowując, sposób zdiagnozowania wzrostu poziomu wiedzy wśród uczestników programu wymaga gruntownego przededefiniowania. Jednym z możliwych rozwiązań jest przyjęcie stałego progu punktowego, którego osiągnięcie świadczyć będzie o uzyskaniu wysokiego poziomu wiedzy, np. 9 pkt na 10 możliwych do uzyskania¹. Tym samym uczestnicy, którzy w pre-teście uzyskali 9 lub 10 punktów na 10 możliwych będą jako osoby prezentujące wysoki poziom wiedzy początkowej wykluczeni z obliczeń dla miernika efektywności interwencji, a zagadnienie oceny wzrostu poziomu wiedzy będzie dotyczyło wyłącznie świadczeniobiorców, którzy w pre-teście uzyskali wynik w zakresie 0-8 pkt.

¹ Zaproponowana wartość została dobrana tak, aby jak najlepiej zilustrować proponowane rozwiązanie. W sytuacji wdrożenia opisywanego rozwiązania, wartość progu faktycznie przyjęta w programie powinna być dostosowana do liczby w teście i ich poziomu trudności.

O wroście poziomu wiedzy będzie można mówić w sytuacji, gdy uczestnik w pre-teście uzyskał wynik w zakresie 0-8 pkt, zaś w post-teście wynik to 9-10 pkt na 10 możliwych do uzyskania. Miernikiem efektywności będzie liczba uczestników ze zdiagnozowanym wzrostem podzielona przez liczbę uczestników z początkowym niskim poziomem wiedzy. Celem szczegółowym dla tak zdefiniowanego miernika efektywności będzie uzyskanie wzrostu wiedzy do wymaganego poziomu u co najmniej 80%² uczestników, u których wstępnie zdiagnozowano niski poziom wiedzy. Jednocześnie należy wskazać, że wdrożenie powyższych uwag do treści projektu będzie wymagało weryfikacji i dostosowania załączonego do projektu testu sprawdzającego. Sugerowane jest zwiększenie liczby pytań oraz większe zróżnicowanie ich poziomu trudności. Test powinien zawierać zarówno pytania o zagadnienia bardzo podstawowe, jak i obejmować zadania dotyczące sytuacji nietypowych, których rozwiązanie będzie wymagało dobrego zrozumienia tematu.

Miernik efektywności interwencji nr 2 odnosi się do umiejętności praktycznych. Zastrzeżenia budzi jedynie jednokrotne sprawdzenie poziomu umiejętności. Należy uzupełnić zapisy programu o porównanie stanu przed interwencją ze stanem po podjętych działaniach.

Dla miernika nr 3 brak jest celu szczegółowego, przez co na etapie ewaluacji trudno będzie odnieść się do tego, czy zrealizowane zostały początkowe założenia. Projekt wymaga uzupełnienia odpowiednio sformułowanego celu szczegółowego.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią uczniowie klas siódmych i ósmych szkół podstawowych z terenu województwa mazowieckiego. W treści projektu wskazano, że w roku szkolnym 2019/2020 do klas VII i VIII uczęszczało 109 374 uczniów. W projekcie programu podkreślono, że działania powinny być realizowane w każdym z podregionów województwa mazowieckiego. Nie określono jednak szacunkowej liczebności populacji objętej działaniami, co należy doprecyzować. Na podstawie analizy budżetu można przypuszczać, że szkolenie zostanie przeprowadzone dla około 253 grup liczących po około 30 osób, a zatem program obejmie około 7 600 uczniów. Należy zarazem zaznaczyć, że zajęcia praktyczne mają odbywać się w podgrupach o liczebności nieprzekraczającej 10 uczniów.

W projekcie przedstawiono kryteria włączenia i wykluczenia z udziału w programie, które nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

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

Szkolenia mają składać się z części teoretycznej i praktycznej. Zajęcia teoretyczne (6 jednostek lekcyjnych) odbywać się mają w grupach klasowych (ok. 30-osobowych), natomiast zajęcia praktyczne (10 jednostek lekcyjnych) w podgrupach 10-osobowych. W projekcie przedstawiono dostosowane do profilu grupy docelowej formy, które mogą być zastosowane, np. burza mózgów, praca w grupach, pokaz działań przez ratownika, metody aktywizujące.

Jak wskazują wytyczne *European Resuscitation Council* (ERC 2015), w celu poprawy prewencji, rozpoznawania i postępowania w urazach i zachorowaniach zalecane jest wdrożenie programów edukacyjnych w zakresie pierwszej pomocy, kampanii dotyczących zdrowia publicznego i formalnych szkoleń z pierwszej pomocy m.in. w placówkach szkolnych (tak jak w ocenianym projekcie programu polityki zdrowotnej). Zatem wybór interwencji w założonej populacji docelowej jest zgodny z zaleceniami ERC 2015. Jak wskazują ww. wytyczne – umiejętności potrzebne do prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej pogarszają się w ciągu miesięcy od szkolenia, i że chociaż

² Wartość przykładowa, zaczerpnięta z brzmienia celów zawartych w opiniowanym projekcie. W treści projektu powinna zostać przedstawiona wartość faktyczna wraz z uzasadnieniem jej wyboru.

optymalny czas przerwy pomiędzy szkoleniami nie jest znany, korzystne mogą okazać się częste szkolenia przypominające (w tzw. „w małych dawkach”), o czym nie wspomniano w projekcie programu.

Zakres tematyczny planowanych zajęć będzie obejmować:

- podstawowe wiadomości z zakresu pierwszej pomocy;
- postępowanie w miejscu zdarzenia;
- apteczka pierwszej pomocy;
- pomoc osobie w przypadku utraty przytomności;
- resuscytacja oddechowo-kръżeniowa;
- tamowanie krwotoków;
- złamania i zwichnięcia;
- oparzenia i odmrożenia;
- pierwsza pomoc w wymienionych przypadkach.

Wyżej opisane treści w większości pokrywają się z tymi rekomendowanymi przez ERC 2015.

Wytyczne ERC 2015 podkreślają, że niezależnie od wybranej metodologii w programach nauczania BLS (ang. *basic life support*) i AED następujące elementy powinny być uważane za kluczowe: gotowość do podjęcia RKO, włączając świadomość ryzyka, związanego z osobą i środowiskiem; rozpoznanie utraty przytomności, oddechów określanych jako *gasping* lub oddechów agonalnych u osób niereagujących na bodźce, udrożnienie dróg oddechowych i ocenę oddychania w celu potwierdzenia zatrzymania krąŜenia; dobrej jakości uciśnięcia klatki piersiowej (pod względem częstotliwości, głębokości, pełnego powrotu do wyjściowego kształtu oraz minimalizowania przerw w uciśnięciach) i oddechy ratownicze (czas wykonywania wdechu i objętość); informacja zwrotna/instrukcje (informacja zwrotna od osoby z zespołu resuscytacyjnego i/lub urzędzeń) podczas szkoleń z RKO w celu poprawy przyswajania umiejętności i ich utrwalania w trakcie kursów podstawowych zabiegów resuscytacyjnych.

W projekcie programu zaznacza się, że wyżej opisane szkolenia z pomocy przedmedycznej zostanie zakończone sprawdzeniem wiedzy (pre-test i post-test) oraz umiejętności. Wytyczne PTMR podkreślają, że każdy kurs pierwszej pomocy powinien zakończyć się stosownym egzaminem, w związku z powyższym sposób weryfikowania wiedzy uczniów w przedstawiony przez wnioskodawcę uznaje się za zasadny. Dodatkowo, jak sugerują wytyczne ERC 2015, ocena nabytej wiedzy/umiejętności może służyć jako informacja zwrotna dla potencjalnych uczestników celem zachęcenia do dalszej nauki i/lub uzyskania kompleksowej informacji, w jaki sposób coś mogą poprawić lub też nad czym lepiej popracować.

W treści projektu uwzględniono także wdrożenie rozwiązań dostosowujących organizację PPZ do bieżącej sytuacji epidemiologicznej związane z epidemią SARS-CoV-2, co jest działaniem prawidłowym.

W ramach akcji informacyjno-edukacyjnej zaplanowano przekazywanie informacji m.in. poprzez strony internetowe podmiotów prowadzących działalność medyczną, lokalne fora internetowe i media społecznościowe. Zapisy te nie budzą zastrzeżeń.

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. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji.

W ramach monitorowania projekt przewiduje ocenę zgłaszalności.

Ocena jakości świadczeń nie została uwzględniona w programie. Nie zaplanowano przeprowadzenia ankiety satysfakcji. Projekt należy uzupełnić o metodę pozyskania informacji zwrotnej od uczestników, która może stanowić cenne źródło wiedzy na temat mocnych i słabych stron realizowanych działań.

Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie. Biorąc pod uwagę niewielką liczbę sformułowanych wskaźników efektywności, przeprowadzenie kompleksowej ewaluacji PPZ może okazać się utrudnione.

Warunki realizacji

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Pierwszym etapem będzie wybór realizatorów programu. Drugim etapem będzie przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej. Następnym etapem będzie przeprowadzenie interwencji zaplanowanych w programie. Ostatnim elementem ma być podsumowanie programu i jego ewaluacja. Zapisy są poprawne.

W projekcie odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych. Nie budzą one zastrzeżeń.

W projekcie wskazano, że realizator programu wybrany zostanie w drodze konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi.

W programie wskazano zarówno koszty całkowite jak i jednostkowe. Koszt przeprowadzenia szkolenia dla grupy około 30 osób wraz przeprowadzeniem weryfikacji wiedzy i umiejętności w formie (pre-testu i post-testu) oszacowano na 2 363,77 zł (ok. 78,80 zł/osoba). Cena jest zbliżona do wartości, na którą wskazuje przeprowadzona analiza rynku (ok. 75 zł/osoba).

Koszt całkowity programu ma wynosić 600 000 zł. Program ma zostać sfinansowany w całości ze środków województwa mazowieckiego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Oceniany projekt programu dotyczy tematyki udzielania pierwszej pomocy. Dziedzina ta obejmuje problematykę nagłego zatrzymania krążenia (NZK), prawidłowego przeprowadzania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, rolę operatorów ratunkowych 112 we wczesnym rozpoznaniu zatrzymania krążenia oraz instruowaniu przez telefon świadka zdarzenia. Aż 39% wyjazdów ZPR jest do pacjentów, którzy nie znajdują się w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Z kolei w niektórych stanach stanowiących bezpośrednio zagrożenie życia i zdrowia pogotowie ratunkowe wzywane jest za późno.

Alternatywne świadczenia

Interwencje zawarte w ocenianym programie polityki zdrowotnej nie są realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych ani programów realizowanych na poziomie centralnym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Kwestię nauczania pierwszej pomocy w szkołach podstawowych reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26 lipca 2018 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 (Dz.U. 2018 poz. 1679). Zagadnienia w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej realizowane są w ramach obowiązkowych przedmiotów *Technika* oraz *Edukacja dla bezpieczeństwa*.

Dodatkowo kursy z zakresu pierwszej pomocy prowadzone są w Polsce zarówno przez firmy prywatne, jak i organizacje *non-profit*.

Ocena technologii medycznej

Choć różne organizacje zajmujące się problematyką resuscytacji krążeniowo–oddechowej publikują własne wytyczne w tym zakresie, to są one oparte na Konsensusie ILCOR 2010. Najważniejsze rekomendacje zawarte w wytycznych to:

- Przygodni świadkowie w znacznym stopniu wpływają na przeżywalność osób poszkodowanych,
- Umiejętność prowadzenia BLS/AED może ulec zapomnieniu po 3-6 miesiącach, dlatego ważne jest powtarzanie szkoleń po 6 miesiącach (zalecenia ERC) lub maksymalnie po 2 latach (zalecenia AHA),
- Kursy wideo lub komputerowe połączone z możliwością praktycznego ćwiczenia, które umożliwiają samodzielną naukę, mogą być efektywną alternatywą do kursów BLS/AED prowadzonych przez instruktorów,
- Przygodni świadkowie niezwiązani z medycyną jak i osoby z medycznym wykształceniem powinni być najpierw uczeni prawidłowego prowadzenia uciśnień klatki piersiowej, dopiero kiedy opanują tę umiejętność powinni być uczeni prowadzenia sztucznego oddychania.
- Choć szkolenie z zakresu użycia AED są skuteczne i zwiększają chociażby szybkość przygotowania urządzenia do użycia, to AED powinny być dostępne także dla osób bez szkolenia – przynosi to korzyści dla osób poszkodowanych.
- Zgodnie z wytycznymi ERC na 6 kursantów powinien przypadać jeden instruktor, jeden fantom oraz jeden AED,
- Ważne jest nabycie umiejętności praktycznych, ponadto uczestnicy szkoleń powinni w trakcie dostawać informacje zwrotne na temat podejmowanych działań, gdyż zwiększa to efektywność nauki, a także wpływa na to jak długo wyuczone umiejętności pozostają w pamięci.

Wnioski pochodzące z odnalezionych dowodów naukowych:

- Umiejętności praktyczne związane z udzielaniem pierwszej pomocy są z czasem zapominane, po upływie 6 miesięcy, tylko 7% osób jest w stanie bezpiecznie i efektywnie przeprowadzić BLS na manekinie.
- Prowadzenie słabych jakościowo czynności ratunkowych jest bardziej efektywne niż ich niepodejmowanie.
- Szkolenia oparte o nauczanie CPR/AED są skuteczniejsze niż szkolenia oparte o nauczanie samej CPR.
- Szkolenie z wykorzystaniem sprzętu dostarczającego kursantom informacji zwrotnej jest skuteczniejsze niż szkolenie z wykorzystaniem tradycyjnego sprzętu, a kursanci sprawniej i na dłużej przyswajają sobie umiejętności związane z udzielaniem pierwszej pomocy.
- Prowadzenie CPR przez przygodnych świadków znacząco wpływa na przeżywalność osób poszkodowanych.
- Trening w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia nagłego bólu w klatce piersiowej poprawia jakość podejmowanych działań, ponadto osoby przeszkolone w tym zakresie częściej podejmują się udzielania pierwszej pomocy.

- W badaniach podkreśla się potrzebę edukowania w zakresie postępowania w przypadku krwawienia z nosa czy oparzenia.
- Szkolenie losowo wybranych osób bez wykształcenia medycznego jest porównywalne pod względem efektywności kosztowej z innymi inicjatywami z zakresu zdrowia publicznego.

Wytyczne ERC 2015 podkreślają, że niezależnie od wybranej metodologii w programach nauczania BLS (ang. *basic life support*) i AED następujące elementy powinny być uważane za kluczowe: gotowość do podjęcia RKO, włączając świadomość ryzyka, związanego z osobą i środowiskiem; rozpoznanie utraty przytomności, oddechów określanych jako *gasping* lub oddechów agonalnych u osób niereagujących na bodźce, udrożnienie dróg oddechowych i ocenę oddychania w celu potwierdzenia zatrzymania krążenia; dobrej jakości uciśnięcia klatki piersiowej (pod względem częstotliwości, głębokości, pełnego powrotu do wyjściowego kształtu oraz minimalizowania przerw w uciśnięciach) i oddechy ratownicze (czas wykonywania wdechu i objętość); informacja zwrotna/instrukcje (informacja zwrotna od osoby z zespołu resuscytacyjnego i/lub urzędzeń) podczas szkoleń z RKO w celu poprawy przyswajania umiejętności i ich utrwalania w trakcie kursów podstawowych zabiegów resuscytacyjnych.

Wytyczne PTMR podkreślają, że każdy kurs pierwszej pomocy powinien zakończyć się stosownym egzaminem, w związku z powyższym sposób weryfikowania wiedzy uczniów w przedstawiony przez wnioskodawcę uznaje się za zasadny. Dodatkowo, jak sugerują wytyczne ERC 2015, ocena nabytej wiedzy/umiejętności może służyć jako informacja zwrotna dla potencjalnych uczestników celem zachęcenia do dalszej nauki i/lub uzyskania kompleksowej informacji, w jaki sposób coś mogą poprawić lub też nad czym lepiej popracować.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.80.2020 pn. „Program polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego” realizowany przez: województwo mazowieckie, Warszawa, wrzesień 2020; Aneksu pn. „Programy zdrowotne w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej – wspólne podstawy oceny” ze stycznia 2013; oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 232/2020 z dnia 14 września 2020 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej dla uczniów klas VII-VIII z województwa mazowieckiego”.