Signed by /
Podpisano przez:

Mateusz Komza

Date / Data:
2026-10-14 12:54

Załącznik do uchwały
Krajowej Rady Ratowników Medycznych
nr **298/KR/2026** z 12 października 2026 r.

LIST INTENCYJNY

na rzecz wdrożenia w Polsce Systemów Ratujących Życie

zgodnie z Wytycznymi 2025 Europejskiej Rady Resuscytacji (European Resuscitation Council – ERC), w duchu równorzędnej współpracy ponad podziałami wszystkich Sygnatariuszy niniejszego dokumentu, na rzecz poprawy przeżywalności i jakości życia osób dotkniętych zatrzymaniem krążenia w Polsce

Data: 16.10.2026 r. Miejsce: Kraków (Kongres 25-lecia Polskiej Rady Resuscytacji, 16–17.10.2026)

Preambuła

Pozaszpitalne i wewnątrzszpitalne zatrzymanie krążenia pozostaje jednym z najpoważniejszych wyzwań zdrowia publicznego w Europie i w Polsce, dotykając rocznie kilkaset tysięcy osób. Jedynym wiarygodnym źródłem danych obejmujących całość naszego kraju jest międzynarodowy rejestr European Registry of Cardiac Arrest – EuReCa-THREE, w którym Polska po raz pierwszy uczestniczyła z pełnym pokryciem populacyjnym. Badanie objęło dane gromadzone od 1 września do 30 listopada 2022 roku w 28 krajach europejskich (ponad 230 mln mieszkańców) i stanowi najbardziej aktualny, zweryfikowany obraz postępowania i wyników leczenia zatrzymania krążenia w Europie.

Wyniki EuReCa-THREE nie pozostawiają wątpliwości co do skali problemu oraz miejsca, w którym znajduje się Polska na tle Europy. W całej badanej populacji odnotowano 45 251 potwierdzonych pozaszpitalnych zatrzymań krążenia (zapadalność 82,3 na 100 000 mieszkańców rocznie), z czego resuscytację podjęto lub kontynuowano w 32 033 przypadkach. Powrót spontanicznego krążenia (return of spontaneous circulation – ROSC) uzyskano średnio u 31,1% pacjentów (rozpiętość między krajami: 17,0–42,7%), jednak przeżywalność do wypisu ze szpitala wyniosła w Europie zaledwie 7,5% (3,1–35,0%) – ponad jedenastokrotna różnica między krajem o najsłabszych i najlepszych wynikach. Średni odsetek resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) podjętej przez świadków zdarzenia (bystander CPR) wyniósł 52,5%, przy rozpiętości od 16,9% do aż 78,3% w wiodących krajach. Średni czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego wyniósł 12,2 minuty (6,4–22,8), a analiza wykazała istotną statystycznie zależność między czasem odpowiedzi systemu a przeżywalnością.

Dane zebrane w ramach EuReCa-THREE lokują Polskę wyraźnie poniżej czołówki europejskiej, w której są państwa takie jak Holandia, Malta czy Norwegia, które osiągają przeżywalność dwu- do czterokrotnie wyższą niż średnia ogólnoeuropejska. Różnica ta nie wynika z odmienności biologicznej pacjentów, lecz – jak wskazuje rejestr – z organizacji pierwszych ogniw łańcucha przeżycia: powszechności i szybkości reakcji świadków zdarzenia, gęstości i dostępności sieci AED, roli dyspozytora medycznego we wczesnym rozpoznaniu zatrzymania krążenia oraz instruktażu RKO przez telefon, a także z braku ujednoliconego, ogólnopolskiego rejestru pozwalającego rzetelnie mierzyć i systematycznie poprawiać te elementy. Kraje osiągające najlepsze wyniki są jednocześnie krajami posiadającymi od lat działające rejestry krajowe oraz sieć pierwszych ratowników (ang. First Responder Network), w pełni zintegrowaną z działaniami dyspozytora.

Rejestr EuReCa-THREE oraz Wytyczne ERC 2025, wskazują wprost elementy wymagające poprawy w polskim systemie: potrzebę utworzenia ogólnokrajowego rejestru zatrzymań krążenia – zarówno pozaszpitalnych, jak i wewnątrzszpitalnych – zgodnego z protokołem Utstein, umożliwiającego porównanie wyników leczenia na poziomie instytucji leczących jak i międzynarodowym oraz identyfikację słabych ogniw; potrzebę rzetelnego, certyfikowanego rejestru lokalizacji i dostępności AED; potrzebę rozwoju i prawnego usankcjonowania sieci pierwszych ratowników zintegrowanej z dyspozytorniami medycznymi; potrzebę wzmocnienia roli dyspozytora medycznego w rozpoznawaniu zatrzymania krążenia i prowadzeniu RKO przez telefon; a także

potrzebę oceny odległych wyników leczenia, w tym stanu neurologicznego osób po zatrzymaniu krążenia, obecnie w Polsce praktycznie nie podlegającej żadnej ocenie.

Wdrożenie w Polsce Systemów Ratujących Życie zgodnie z Wytycznymi ERC 2025 pozwoli – bez istotnego zwiększania nakładów finansowych, a poprzez lepszą organizację, koordynację i pełniejsze wykorzystanie już istniejących zasobów – skutecznie zmienić tę rzeczywistość zarówno w pozaszpitalnym, jak i wewnątrzszpitalnym zatrzymaniu krążenia. Celem nie jest wyłącznie zwiększenie liczby osób z przywróconym krążeniem, lecz przede wszystkim znaczące zwiększenie odsetka osób, które przeżyją bez trwałych uszkodzeń neurologicznych - osób, które nie będą obciążać systemu opieki zdrowotnej, lecz w pełnym zdrowiu wrócą do swoich rodzin, przyjaciół i pracy, odzyskując pełną jakość życia sprzed zatrzymania krążenia.

Model ERC 2025 „Systemy Ratujące Życie" jako podstawa wspólnego działania

Sygnatariusze niniejszego listu nie tworzą odrębnej, równoległej koncepcji reformy ratownictwa w zakresie postępowania w przypadku zatrzymania krążenia. Przyjmują wprost — jako wspólny, uzgodniony punkt odniesienia — model „Systems Saving Lives" („Systemy Ratujące Życie") przedstawiony w Wytycznych ERC 2025, oparty na „formule przeżycia" (wiedza medyczna × skuteczność edukacji × lokalna implementacja = przeżywalność). Zgodnie z tym modelem skuteczne wdrożenie systemów ratujących życie opiera się na następujących, wzajemnie powiązanych elementach: przewodnictwie władz państwowych realizowanym poprzez ustawodawstwo, kampanie społeczne, szkolenia RKO i koordynację zaangażowanych organizacji; prostym, czteroogniwowym łańcuchu przeżycia jako wspólnym języku wszystkich uczestników systemu; systemach opieki resuscytacyjnej dostosowanych do lokalnego kontekstu i wykorzystujących lokalne dane; zaangażowaniu społeczeństwa i rzecznictwie, w tym udziale w kampaniach takich jak Światowy Dzień Przywracania Czynności Serca (WRAH) i „Trenuj i Ratuj Życie" (GTSL); obowiązkowej edukacji RKO w szkołach od 4. roku życia (kampania Dzieci Ratują Życie); wczesnym rozpoznaniu zatrzymania krążenia przez dyspozytora medycznego oraz telefonicznym instruktażu RKO i użycia AED; systemach ratowników-ochotników (ang. first responder) zintegrowanych z dyspozytorniami medycznymi i rejestrem AED; wiarygodnym, certyfikowanym rejestrze lokalizacji i dostępności AED; przygotowaniu szpitali do obecności rodziny podczas RKO, przekazywania pacjentów do ośrodków leczenia zatrzymań krążenia oraz współpracy z organizacjami osób po zatrzymaniu krążenia; oraz wykorzystaniu mediów społecznościowych i narzędzi cyfrowych do edukacji i zaangażowania społecznego. Poniżej Sygnatariusze wskazują, jak każdy z tych elementów odnosi się do konkretnych wyzwań polskiego systemu opieki zdrowotnej oraz jakie działania zobowiązują się podjąć wspólnie, by go wdrożyć.

Deklaracja Sygnatariuszy

My, niżej podpisani Sygnatariusze — przedstawiciele środowiska medycznego, ratownictwa medycznego, organizacji pozarządowych, administracji publicznej oraz nauki — wyrażamy, ponad wszelkimi podziałami instytucjonalnymi i środowiskowymi, wspólną wolę i gotowość podjęcia współpracy na rzecz wdrożenia w Polsce Systemów Ratujących Życie zgodnie z Wytycznymi 2025 Europejskiej Rady Resuscytacji, w celu poprawy przeżywalności z dobrym wynikiem neurologicznym u pacjentów z zatrzymaniem krążenia — zarówno pozaszpitalnym, jak i wewnątrzszpitalnym — co przełoży się również na redukcję kosztów długoterminowych ponoszonych przez system ochrony zdrowia. Każdy z Sygnatariuszy uczestniczy w niniejszej inicjatywie na równych prawach — niezależnie od wielkości, charakteru czy zakresu działania reprezentowanej instytucji — a jej realizacja opiera się na partnerstwie, a nie na hierarchii.

Zastosowanie modelu ERC 2025 do wyzwań polskiego systemu ratownictwa

Przywództwo, prawo i ramy systemowe

Wytyczne ERC 2025 wskazują wprost, że warunkiem skutecznego wdrożenia systemów ratujących życie jest przewodnictwo władz państwowych — realizowane poprzez ustawodawstwo, kampanie społeczne, obowiązkowe szkolenia RKO oraz koordynację działań zaangażowanych organizacji. W Polsce warunek ten pozostaje w dużej mierze niespełniony: nauczanie pierwszej pomocy nie jest jednolicie realizowane jako zadanie ustawowe o określonych minimalnych standardach, a osoby udzielające pierwszej pomocy nie korzystają z pełnej ochrony prawnej, znanej m.in. z prawa włoskiego oraz z rezolucji Parlamentu Europejskiego z 14 czerwca 2012 r. w sprawie kampanii „Cardiac Arrest Awareness", wzywającej państwa członkowskie do zapewnienia niekaralności ratownikom-ochotnikom udzielającym pomocy w nagłym zatrzymaniu krążenia.

Znaczenie edukacji w zakresie RKO oraz poprawy opieki nad pacjentami kardiologicznymi na poziomie unijnym potwierdza również przyjęte 16 września 2026 roku na sesji plenarnej sprawozdanie Parlamentu Europejskiego z własnej inicjatywy w odpowiedzi na pierwszą unijną strategię dotyczącą chorób sercowo-naczyniowych, w którym posłowie poparli m.in. powszechne wprowadzenie badań przesiewowych układu krążenia, obowiązkowe szkolenia z RKO i użycia AED w szkołach i w miejscach pracy, szerszy publiczny dostęp do AED oraz krajowe mapowanie defibrylatorów zintegrowane z systemami dyspozytorskimi, wzywając jednocześnie do szybkiego i przystępnego dostępu do opieki. ERC określiła to sprawozdanie jako istotny sygnał polityczny zobowiązujący Komisję Europejską i państwa członkowskie do działania, podkreślając, że uznanie gotowości do RKO w miejscach pracy stanowi kamień milowy w staraniach prowadzonych od 2025 roku przez koalicję AWARE. Decyzja ta wpisuje się w ciągłość zaangażowania Parlamentu Europejskiego w tę tematykę, zapoczątkowaną przywołaną wyżej deklaracją z 2012 r., i stanowi dodatkowy, aktualny argument na rzecz postulatów niniejszego Listu Intencyjnego.

Sygnatariusze deklarują wspólne wystąpienie o: ustawowy obowiązek nauczania pierwszej pomocy i podstawowych zabiegów resuscytacyjnych z określonymi minimalnymi standardami i wymogami, zgodnie z rekomendowaną przez WHO, ILCOR, AHA i ERC kampanią Dzieci Ratują Życie; pełną ochronę prawną „dobrego Samarytanina" dla osób niebędących pracownikami ochrony zdrowia, które podejmują RKO lub użycie AED; oraz mechanizm koordynacji międzyinstytucjonalnej, który — zamiast rozproszonych, częściowo dublujących się inicjatyw poszczególnych organizacji — pozwoli realizować spójną, ogólnokrajową strategię wdrażania Wytycznych ERC 2025.

Krajowy rejestr zatrzymań krążenia (OHCA i IHCA) oraz wykorzystanie danych

Wytyczne ERC 2025 w rozdziale poświęconym epidemiologii w resuscytacji rekomendują, by każde państwo europejskie posiadało szczegółowe krajowe rejestry zarówno pozaszpitalnego (OHCA), jak i wewnątrzszpitalnego (IHCA) zatrzymania krążenia, zgodne z protokołem Utstein, a dane z tych rejestrów były systematycznie wykorzystywane do planowania systemu opieki zdrowotnej i wspierania obszarów o ograniczonym dostępie do zasobów oraz terenów odległych. Polska wciąż nie posiada takiego ogólnokrajowego, obligatoryjnego rejestru; przypomnijmy, że ujednolicony numer telefoniczny (2222) do wewnątrzszpitalnego powiadamiania zespołu resuscytacyjnego wdrożyło dotąd jedynie 2% krajów

europejskich, a Polska nie należy do tej grupy. Sygnatariusze deklarują wspólne wsparcie dla budowy Ogólnopolskiego Rejestru Zatrzymań Krążenia (OHCA i IHCA) w protokole Utstein, konsolidującego i wspierającego dotychczasowe wysiłki środowiska medycznego — w tym inicjatywę pozaszpitalnego rejestru POL-OHCAR, jak i wewnątrzszpitalnego rejestru PolCARE — oraz łączącego dane z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) administrowanego przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM) z oceną odległych wyników leczenia, w tym stanu neurologicznego, pacjentów po zatrzymaniu krążenia leczonych w szpitalach. Rejestr taki nie powinien być obciążeniem dokumentacyjnym, lecz realnym narzędziem identyfikującym i wzmacniającym słabe ogniwa łańcucha przeżycia, również na terenach o ograniczonym dostępie do zasobów.

Dyspozytor medyczny i system powiadamiania ratunkowego

Kluczowym, a wciąż niedostatecznie wykorzystywanym ogniwem polskiego systemu jest rola dyspozytora medycznego. Wytyczne ERC 2025 rekomendują, by dyspozytornie medyczne oraz centra powiadamiania ratunkowego stosowały ustandaryzowane algorytmy szybkiej identyfikacji zatrzymania krążenia, prowadziły instruktaż RKO przez telefon (w tym RKO wyłącznie z uciskaniem klatki piersiowej), wdrażały i oceniały systemy publicznego dostępu do AED wspomaganego przez dyspozytora, a także zapewniały, by żadne AED nie było przechowywane w zamkniętych lub niedostępnych szafkach oraz by każda karetka pogotowia dysponowała defibrylatorem. Sygnatariusze deklarują dążenie do wdrożenia w Polsce jednolitych, ustandaryzowanych protokołów dyspozytorskich zgodnych z tymi rekomendacjami, wraz z systemowym połączeniem dyspozytorni z rejestrem AED i siecią pierwszych ratowników, tak by dyspozytor medyczny realnie koordynował pierwsze minuty reakcji na zatrzymanie krążenia w oparciu o wiarygodny system narodowy.

Ratownicy-ochotnicy („Pierwszy Ratownik”) i wiarygodna sieć AED

Mapa aktywności pierwszych ratowników w Europie w 2025 roku pokazuje, że Polska — dzięki m.in. inicjatywie Związku Ochotniczych Straży Pożarnych RP — należy już do grona krajów posiadających działający system społecznych pierwszych ratowników. Brakuje jednak pełnego systemu pierwszego ratownika, pozwalającego na dysponowanie znacznie większymi zasobami, pozostającego w pełnej integracji z dyspozytornią medyczną, ujednoliconego, certyfikowanego rejestru AED oraz systemowego wsparcia bezpieczeństwa fizycznego i psychologicznego ratowników-ochotników, które Wytyczne ERC 2025 uznają za integralny element systemu ratownictwa. Zgodnie z tymi rekomendacjami każdy system opieki zdrowotnej powinien wdrożyć program ratowników-ochotników powiadamianych przez dyspozytora o podejrzeniu OHCA w ich okolicy — zarówno w miejscach publicznych, jak i w domach prywatnych — połączony z rejestrem AED, traktujący priorytetowo bezpieczeństwo i dobrostan psychiczny ratowników oraz raportujący przypadki w sposób ustandaryzowany na potrzeby poprawy jakości. Sygnatariusze deklarują wspólne działania na rzecz: prawnego usankcjonowania roli „Pierwszego Ratownika” jako elementu systemu (Community First Responder) w pełni zintegrowanego z dyspozytornią medyczną; budowy rzetelnego, certyfikowanego, ogólnopolskiego rejestru lokalizacji i dostępności AED wraz z otwartym interfejsem programistycznym umożliwiającym jego obecność w mapach cyfrowych; oraz zapewnienia ratownikom-ochotnikom systemowego wsparcia, bezpieczeństwa i zdrowia psychicznego.

Edukacja społeczna i szkolna w zakresie RKO

Edukacja społeczna pozostaje fundamentem każdego skutecznego systemu ratującego życie. Wytyczne ERC 2025 zalecają, by nauka RKO rozpoczynała się już w wieku 4 lat i była corocznie kontynuowana w szkołach niezależnie od wieku uczniów (Kampania Dzieci Ratują Życie), z uwzględnieniem efektu mnożnikowego — jak

wskazuje stanowisko doradcze ILCOR, każde przeszkolone dziecko uczy kolejne osoby. Mapa edukacji RKO w Europie 2025 pokazuje, że Polska — podobnie jak większość krajów regionu — jedynie rekomenduje, lecz nie wprowadziła takiego ustawowego obowiązku nauczania RKO w szkołach, w przeciwieństwie do Belgii, Danii, Francji, Włoch, Portugalii i Wielkiej Brytanii, gdzie obowiązek ten jest już prawnie usankcjonowany. Polska należy natomiast już dziś do grona krajów, w których szkolenie z zakresu podstawowych zabiegów resuscytacyjnych jest elementem kursu na prawo jazdy kategorii B — na tym istniejącym osiągnięciu warto budować dalsze działania. Sygnatariusze deklarują wspólne zabieganie o: ustawowy obowiązek corocznego nauczania RKO w przedszkolach i szkołach od najmłodszych klas, zgodnie z progresywnym modelem ERC (uciskanie klatki piersiowej od 10–12 r.ż., wentylacja od 14 r.ż., użycie AED od 13–16 r.ż.); włączenie RKO do programów kształcenia nauczycieli i szkolnictwa wyższego; rozwój gotowości do udzielania pomocy w miejscach pracy, na wzór inicjatywy Alliance for Workplace Awareness and Response to Emergencies (AWARE); oraz wykorzystanie kampanii społecznych i mediów społecznościowych (m.in. Światowy Dzień Przywracania Czynności Serca — WRAH, „Trenuj i Ratuj Życie" — GTSL) do systematycznego podnoszenia świadomości i umiejętności całego społeczeństwa. Nauczanie pierwszej pomocy i RKO jest elementem budowania odporności społecznej w ramach systemu ochrony ludności i obrony cywilnej.

Szpitale, ośrodki leczenia zatrzymań krążenia i opieka nad osobami po zatrzymaniu krążenia

Poprawa wyników leczenia nie może ograniczać się tylko do fazy przedszpitalnej. Wytyczne ERC 2025 rekomendują, by szpitale wdrażały systemy szybkiego reagowania oraz strategie doskonalenia na poziomie systemowym w oparciu o „Dziesięć kroków do poprawy jakości opieki i wyników leczenia wewnątrzszpitalnego zatrzymania krążenia" (planowanie i przygotowanie, działanie, zapobieganie możliwym do uniknięcia zatrzymaniom krążenia oraz kultura wysokiej jakości opieki skoncentrowanej na pacjencie), a dorośli pacjenci z pozaszpitalnym zatrzymaniem krążenia o etiologii nieurazowej byli — zawsze, gdy to możliwe — kierowani do wyspecjalizowanych ośrodków leczenia zatrzymań krążenia. Równie istotna jest opieka nad osobami po zatrzymaniu krążenia: dane przywołane w Wytycznych ERC 2025 wskazują, że jedynie co trzeci pacjent po OHCA otrzymuje rehabilitację kardiologiczną, a tylko co dziesiąty — rehabilitację ukierunkowaną na uszkodzenia mózgu, mimo że to właśnie odległy wynik neurologiczny decyduje o powrocie do pełni zdrowia, pracy i życia rodzinnego. Sygnatariusze deklarują wspólne działania na rzecz wdrożenia i udoskonalania w polskich szpitalach systemów szybkiego reagowania i programów jakości wzorowanych na rekomendacjach ERC, rozwoju sieci ośrodków leczenia zatrzymań krążenia, wprowadzenia procedur obecności rodziny podczas RKO, a także budowy — we współpracy z organizacjami zrzeszającymi osoby po zatrzymaniu krążenia i ich bliskich — skoordynowanej, wielodyscyplinarnej opieki po wypisie ze szpitala, obejmującej rehabilitację kardiologiczną i neurologiczną oraz wsparcie psychologiczne.

Partnerstwo strategiczne

Do wspólnej realizacji niniejszej inicjatywy zapraszamy w szczególności: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej.

Deklarujemy powołanie interdyscyplinarnych zespołów roboczych, w których każdy Sygnatariusz uczestniczy na równych prawach, a których celem jest urzeczywistnienie systemu, w którym technologia, dane referencyjne i partnerska współpraca instytucjonalna realnie służą ratowaniu ludzkiego życia.

Podpisy Sygnatariuszy

Poniższa lista obejmuje wszystkie instytucje i organizacje przystępujące do niniejszej deklaracji. Kolejność podpisów ma charakter wyłącznie alfabetyczny i nie odzwierciedla żadnej hierarchii, rangi ani kolejności zaangażowania — wszyscy Sygnatariusze uczestniczą w inicjatywie na równych prawach.

…… Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR)

…… Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej

…… Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

…… Krajowa Rada Ratowników Medycznych (KRRM)

…… Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

…… Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa (?)

…… Naczelna Izba Lekarska (NIL)

…… Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (NIPiP)

…… Polska Rada Resuscytacji (PRR)

…… Polski Czerwony Krzyż (PCK)

…… Polskie Centrum Pomocy Międzynarodowej (PCPM)

…… Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR)

…… Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy (WOŚP)

…… Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR)

…… Związek Harcerstwa Polskiego (ZHP) (?)

…… Związek Ochotniczych Straży Pożarnych RP

…… (kolejny Sygnatariusz)

Piśmiennictwo

1. Gräsner, Jan-Thorsten et al. “European registry of cardiac arrest study THREE (EuReCa- THREE) - EMS response time influence on outcome in Europe.” Resuscitation vol. 223 (2026): 110704. doi:10.1016/j.resuscitation.2025.110704
2. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji 2025 Polskie tłumaczenie https://www.prc.krakow.pl/wytyczne-2025/
3. Wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji 2025 – wersja w języku angielskim https://www.erc.edu/science-research/guidelines/guidelines-2025/
4. Kampania Dzieci ratują życie https://www.erc.edu/for-everyone/initiatives/kids-save-lives-ksl/

5. Grasner, Jan-Thorsten et al. “Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: 2024 update of the Utstein Out-of-Hospital Cardiac Arrest Registry template.” Resuscitation vol. 201 (2024): 110288. doi:10.1016/j.resuscitation.2024.110288
6. Nolan, Jerry P et al. “Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports: Update of the Utstein Resuscitation Registry Template for In-Hospital Cardiac Arrest: A Consensus Report From a Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian and New Zealand Council on Resuscitation, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Council of Southern Africa, Resuscitation Council of Asia).” Resuscitation vol. 144 (2019): 166-177. doi:10.1016/j.resuscitation.2019.08.021
7. Program „1 Ratownik” - Związek OSP RP. https://pierwszyratownik.pl/
8. Deklaracja Parlamentu Europejskiego z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie ustanowienia europejskiego tygodnia świadomości zatrzymania krążenia https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2012-0266_EN.html
9. Improving cardiovascular health in the EU. https://www.europarl.europa.eu/news/en/agenda/plenary-news/2026-09-14/13/improving-cardiovascular-health-in-the-eu