



Działania na rzecz rozwoju pielęgniarki zaawansowanej praktyki w Polsce – projekt pilotażu APN w zakresie leczenia ran i przetok

Activities for the development of advanced practice nurses in Poland – APN pilot project in the field of wound and fistula management

Beata Wieczorek-Wójcik ¹, Katarzyna Kowalska^{2,3,4},
Magdalena Leyk-Kolańczak⁵, Katarzyna
Malinowska^{6,7,8,9}, Małgorzata Jadczyk^{10,11,12},
Paulina Mościcka ¹³, Katarzyna Cierzniańska ¹³

¹ Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku

² Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe

³ Praktyka Pielęgniarska-Katarzyna Kowalska

⁴ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu

⁵ Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

⁶ Fundacja „O!Rany”

⁷ O Rany Katarzyna Malinowska – indywidualna praktyka pielęgniarska

⁸ WOMP 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Bydgoszczy

⁹ Szpital i Ambulatorium z Izłą Chorych Aresztu Śledczego w Bydgoszczy

¹⁰ Wydział Medyczny, Uczelnia Łązarskiego w Warszawie

¹¹ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Szpital Grochowski w Warszawie

¹² Ekspert Koalicji na Rzecz Bezpieczeństwa Szpitali

¹³ Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu

Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Adres do korespondencji

Beata Wieczorek-Wójcik, Katedra Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Instytut Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Pomorski w Słupsku, e-mail: bbwojck2011@gmail.com

Nadesłano: 18.11.2024 Zaakceptowano: 22.11.2024

Streszczenie

Pielęgniarka zaawansowanej praktyki (*Advanced Practice Nurses – APN*) jest pożądaną ścieżką kariery zawodowej pielęgniarek w ponad 70 krajach na świecie. Świadczenia realizowane przez wysokokwalifikowane pielęgniarki są bezpieczne dla pacjentów oraz przynoszą systemowe korzyści ekonomiczne. W opiece nad ranami APN jest najbardziej widoczna w Australii. Wdrożenie koncepcji APN rozpoczęto w 2013 r. w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie, gdzie utworzono pierwsze w Polsce stanowisko Pielęgniarki APN w zakresie leczenia ran przewlekłych i odleżyn. Dalsze prace nad upowszechnieniem modelu APN w Polsce prowadzone były przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP). W efekcie tych procesów po 2018 r. wprowadzono zmiany w standardzie programu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo. Został też zapoczątkowany proces dotyczący ordynacji leków i wypisywania recept przez pielęgniarki. W 2024 r. pod kierunkiem PTP podjęto działania nad wypracowaniem polskich rekomendacji dotyczących zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w zakresie leczenia ran i przetok. Przedstawiona propozycja ma na celu poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ran i przetok, w tym stomii, poprzez rozszerzenie uprawnień kompetencyjnych pielęgniarek.

Słowa kluczowe: pielęgniarka, rana, odleżyna, kompetencje, bezpieczeństwo opieki

Abstract

Advanced Practice Nurses (APN) are a desirable career path for nurses in over 70 countries around the world. Services provided by highly qualified nurses are safe for patients and bring systemic economic benefits. APN in wound care is most visible in Australia. The implementation of the APN concept began in 2013 at the Specialist Hospital in Wejherowo, where the first APN Nurse position in Poland was created in the field of chronic wound and pressure ulcer management. Further work on the dissemination of the APN model in Poland was conducted by the Polish Nursing Association (PTP). As a result of these processes, changes were introduced in the standard of the master's degree program in nursing after 2018. The process of prescribing medications and writing prescriptions by nurses was also initiated. In 2024. Under the guidance of the Polish Society of Physicians and Surgeons, actions were taken to develop Polish recommendations for advanced nursing practice in the treatment of wounds and fistulas. The presented proposal aims to improve access to health services in the treatment of wounds and fistulas, including stomas, by expanding the competencies of nurses.

Key words: nurse, wound, pressure ulcer, competencies, safety of care.

Wprowadzenie

Koncepcja pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki (*Advanced Practice Nursing* – APN) ma swój początek w drugiej połowie XX wieku w USA, a od lat 90. objęła również kraje europejskie. Realizacja nowych samodzielnych zadań miała na celu przede wszystkim poprawę dostępu pacjentów do opieki medycznej. Badania wskazują, że świadczenia realizowane przez wysokokwalifikowane pielęgniarki są bezpieczne dla pacjentów i poprawiają ich satysfakcję z opieki. Zidentyfikowano również systemowe korzyści ekonomiczne dotyczące analiz koszt-efekt. Pielęgniarka zaawansowanej praktyki jest pożądaną ścieżką kariery zawodowej pielęgniarek w ponad 70 krajach na świecie, podlega certyfikacji, a jej efektywność jest potwierdzona wieloma badaniami naukowymi [1–3].

Pierwsza definicja APN została przyjęta przez zespół ekspertów Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (*International Council of Nurses* – ICN) w 2002 r. w Genewie: „APN jest zarejestrowaną pielęgniarką, która nabyła fachową i gruntowną wiedzę (zalecaną na poziomie magisterskim), zespół umiejętności podejmowania decyzji i kliniczne kompetencje oraz cechy, właściwe dla udoskonalonej praktyki, sformułowane w kraju, w którym zezwolono ją wykonywać”. W 2020 r. przyjęto aktualne wytyczne dla rozwoju APN „Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020” [4]. Zgodnie z wytycznymi ICN do kluczowych kompetencji APN należy: planowanie i koordynacja programów profilaktycznych, ocena stanu zdrowia pacjenta i podejmowanie niezbędnych działań diagnostyczno-terapeutycznych, podejmowanie decyzji o skierowaniu pacjenta na wykonanie niezbędnych badań i procedur diagnostycznych, kierowanie pacjenta do innych specjalistów i placówek medycznych (konsultacje specjalistów, leczenie szpitalne oraz ośrodki dla pacjentów przewlekle chorych), zlecenie i prowadzenie terapii farmakologicznej w dziedzinie swojej specjalizacji/kompetencji, wykonywanie specjalistycznych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, koordynowanie planów opieki i nadzorowanie leczenia pacjentów przewlekle chorych, szkolenie studentów oraz kadry medycznej w obszarze swojej specjalności [5].

Wdrożenie koncepcji APN w zakresie leczenia ran w Polsce rozpoczęto w 2013 r. Zespół w składzie: prof. dr hab. A. Gaworska-Krzemińska, dr hab. n. o zdr. D. Kilańska, dr n. o zdr. B. Wieczorek-Wójcik, opracował projekt, który uzyskał akceptację ówczesnego konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego, prof. dr hab. n. med. M. Szewczyk oraz prezesa Polskiego Towarzystwa

Leczenia Ran (PTLR) prof. dr. hab. n. med. A. Jawienia. Wdrożono pierwszą w Polsce APN w zakresie leczenia ran w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie. Dalsze prace nad upowszechnieniem modelu APN w Polsce były prowadzone przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP). W efekcie tych procesów po 2018 r. wprowadzono zmiany w standardzie programu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo. Został też zapoczątkowany proces dotyczący ordynacji leków i wypisywania recept przez pielęgniarki.

Aktualny Standard kształcenia przygotowujący do wykonywania zawodu pielęgniarstwa na poziomie studiów magisterskich zawiera efekty kształcenia dedykowane do świadczenia w przyszłości opieki nad chorymi w rozumieniu APN w zakresie leczenia ran. Są to efekty uczenia się w zakresie wiedzy, w ramach których absolwent studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo zna i rozumie: zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w chorobach przewlekłych w ramach zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa oraz zasady specjalistycznego leczenia ran przewlekłych, w tym odleżyn i owrzodzeń nowotworowych oraz pielęgnacji przetok. W zakresie umiejętności magister pielęgniarstwa potrafi: samodzielnie realizować świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad pacjentem z przetoką jelitową (kolostomią, ileostomią) i przetoką moczową, sprawować kompleksową opiekę nad pacjentem z cukrzycą stosującym terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny oraz realizować zadania edukatora do spraw diabetologii, samodzielnie realizować świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad pacjentem z raną odleżynową, owrzodzeniem nowotworowym, oparzeniem, odmrożeniem, raną urazową powierzchowną, owrzodzeniem kończyn dolnych i stopą cukrzycową oraz pielęgnować ranę metodami zachowawczymi i zabiegowymi, w tym usuwać martwicę z rany, jak również realizować specjalistyczne świadczenia zdrowotne w zakresie kompresjoterapii profilaktycznej i leczniczej w chorobach układu żylnego i limfatycznego [6].

Zadania APN różnią się w poszczególnych krajach. Najczęściej rola pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki jest ukierunkowana na profilaktykę, edukację zdrowotną, monitorowanie chorób przewlekłych i koordynację opieki. W tym celu APN wykonują kompleksową ocenę stanu zdrowia, testy diagnostyczne, badania przesiewowe i przepisują leki. W opiece nad ranami APN jest najbardziej widoczna w Australii [7, 8]. Zapewnienie ciągłości opieki przez APN nad chorym po hospitalizacji zostało uznane za idealną formę w terapii i opiece nad chorymi ze stomią

i nietrzymaniem moczu. Ma to olbrzymie znaczenie dla jakości opieki i satysfakcji chorych ze względu na zwiększenie dostępu do opieki medycznej w warunkach domowych, ale wpływa również na skrócenie pobytu w szpitalu i obniża koszty opieki [9]. Włączenie APN statystycznie istotnie poprawia wskaźniki kliniczne związane z zapobieganiem i leczeniem odleżyn oraz w opiece nad chorymi z dostępem naczyniowym [10]. Badanie prowadzone w Norwegii wskazuje, że APN może również realizować procedury diagnozowania i leczenia drobnych urazów ortopedycznych bez uszczerbku dla jakości opieki. Ponadto korzyści z takiego działania obejmują skrócenie czasu dostępu do opieki medycznej dla pacjentów wymagających opieki doraźnej [11]. Inne doniesienie wskazuje, że wdrożenie ambulatoryjnej wysokospecjalistycznej pielęgniarskiej opieki klinicznej nad chorymi z ranami przewlekłymi o podłożu naczyniowym poprawia jakość opieki nad chorymi po zabiegach chirurgicznych, wpływa na wyższy odsetek wygojonych ran oraz chroni większość chorych przed ponowną hospitalizacją [12]. Podobnie satysfakcjonujące wyniki osiągane są przez APN w zakresie propagowania i prowadzenia programów wczesnego wykrywania neuropatii cukrzycowej [13].

W 2024 r. pod kierunkiem PTP podjęto działania dotyczące prac nad wypracowaniem polskich rekomendacji dotyczących organizacji zaawansowanej praktyki w zakresie leczenia ran i przetok. Z uwagi na uwarunkowania organizacyjne i prawne systemów opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach wypracowanie zakresu kompetencji i modelu APN w danym kraju powinno być efektem szerokiego konsensusu. W naszym kraju powołany został Zespół roboczy przy PTP ds. APN w zakresie leczenia ran i przetok w składzie autorów tego opracowania, w którym dr n. med. Beata Wieczorek-Wójcik pełni funkcję koordynatora Zespołu. Zespół składa się z osób reprezentujących towarzystwa naukowe i inne instytucje, w tym: Szpitale Pomorskie sp. z o. o. Szpital Wejherowo, Stowarzyszenie Pielęgniarki Cyfrowe, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Stomijnych, Fundacja O!Rany!, Polskie Towarzystwo Pielęgniarnictwa Angiologicznego, Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, Koalicja na Rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie szczegółowych założeń dla pilotażu wdrożenia zaawansowanej praktyki leczenia ran i przetok w Polsce, jako materiał do dyskusji i uzyskania konsensusu, który mógłby zostać przedstawiony w Ministerstwie Zdrowia (MZ) i Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ).

Projekt pilotażu APN w zakresie leczenia ran i przetok

Cel główny: poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ran i przetok lub stomii, poprzez rozszerzenie uprawnień kompetencyjnych pielęgniarek.

Cele szczegółowe:

- zapewnienie dostępności do specjalistycznych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów wymagających bieżących porad i interwencji medycznych w ramach leczenia ran i przetok lub stomii,
- ocena możliwości efektywnego wykorzystania samodzielnych kompetencji pielęgniarek poprzez wdrożenie nowego modelu organizacji opieki i leczenia pacjentów z raną i przetoką lub stomią.

Uzasadnienie wdrożenia modelu APN

Zapotrzebowanie na APN w zakresie leczenia ran i przetok podyktowane jest rosnącą liczbą chorych z ranami trudno gojącymi się. Z danych przedstawianych przez PTLR wynika, że z powodu ran trudno gojących się cierpi ponad pół miliona osób w Polsce, na świecie zaś ponad 20 milionów. Najczęstszą przyczyną trudno gojących się ran są owrzodzenia żyłne goleni (75%), rany niedokrwienne goleni (ok. 14%), zespół stopy cukrzycowej (ok. 5%) oraz rany o etiologii mieszanej (żyłno-niedokrwiennej). W przeprowadzonych w Polsce badaniach epidemiologicznych wykazano, że ok. 1% populacji cierpi na owrzodzenia żyłne, otwarte lub wygojone. Rany trudno gojące w przebiegu niedokrwienia kończyn dolnych spowodowanego miażdżycą naczyń obwodowych (PAD) (ok. 30 tys. osób/rok) dotyczą 10% osób po 50. roku życia, zgłaszających objawy chromania przestankowego (50% pacjentów po 55. roku życia z PAD). Ryzyko powstania owrzodzenia u chorego na cukrzycę wynosi od 12–25%, a konieczność amputacji kończyny jest u tych chorych 30–40 razy wyższa w porównaniu z osobami niechorującymi na cukrzycę [14].

Dane szacunkowe wskazują, że aktualnie w Polsce żyje ok. 65 tys. pacjentów ze stomią. Z uwagi na brak poradni stomijnych w koszyku świadczeń, liczba powikłań stomii nie jest rejestrowana.

Rany trudno gojące się, przetoki i powikłania okołostomijne stanowią istotny problem społeczny i ekonomiczny. W Polsce efektywność leczenia ran i opieki nad chorymi ze stomią jest na bardzo różnicowanym poziomie i nie zawsze odpowiada na potrzeby zdrowotne naszej populacji, z uwagi na szereg czynników do których należy m.in.:

- funkcjonujący tradycyjny, nieefektywny model organizacji procesu udzielania świadczeń [ograniczenia kompetencyjne pielęgniarek funkcjonujących w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), szpitalu, opiece długoterminowej i niedostateczna współpraca między profesjonalistami i podmiotami leczniczymi],
- brak mechanizmów zabezpieczenia dostępności do świadczeń w zakresie specjalistycznego leczenia ran, przetok i powikłań okołostomijnych z uwagi na małą liczbę chętnych do specjalizacji chirurgicznej oraz motywacji lekarzy do rozwoju zawodowego w tej wysokospecjalistycznej dziedzinie,
- brak wykorzystania kompetencji pielęgniarek w obszarze leczenia ran, przetok i powikłań okołostomijnych oraz preskrypcji związanej z tą dziedziną spowodowane niedostosowaniem regulacji do potrzeb populacji (niespójność i fragmentaryczność kompetencyjna),
- brak rozwiązań systemowych do kontraktowania świadczeń w zakresie leczenia ran samodzielnie przez pielęgniarskie praktyki zawodowe.

Następstwa przedstawionych powyżej ograniczeń w funkcjonowaniu leczenia ran i przetok:

- powszechne poszukiwanie pomocy w celu usunięcia szwów lub doraźnego leczenia ran i przetok oraz powikłań okołostomijnych na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR),
- rehospitalizacje i konieczność leczenia powikłań, w tym wykonywania amputacji kończyn, głównie w przypadku stopy cukrzycowej oraz w przewlekłym niedokrwieniu kończyn,
- generowanie kolejek w poradniach chirurgicznych z uwagi na brak dedykowanych świadczeń dla pacjentów ze stomią i z powikłaniami okołostomijnymi. Pacjenci poszukują pomocy w poradniach chirurgicznych. W konsekwencji chirurdzy zamiast skupiać się na usługach, które mogą świadczyć tylko lekarze, w ramach poradni leczą najczęstsze powikłania, podczas gdy procedury te mogłyby zostać delegowane na APN,
- konieczność leczenia trudno gojących się ran w placówkach lub gabinetach prywatnych z uwagi na brak dostępności w sektorze publicznym,
- wysokie koszty społeczno-ekonomiczne z powodu niezdolności do pracy.

Główne założenia pilotażu „APN leczenia ran i przetok”

1. Pielęgniarka, która spełni kryteria udziału w pilotażu, otrzymuje czasowo nowe uprawnienia zawodowe umożliwiające samodzielną realizację świadczeń zdrowotnych w warunkach POZ, AOS, lecznictwie szpitalnym, zakładzie opiekuńczo-leczniczym/zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZOL/ZPO), domu pomocy społecznej (DPS) i innych podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych oraz w warunkach domowych.
2. Pielęgniarka przystępująca do pilotażu spełnia następujące warunki kwalifikacyjne:
 - ukończyła studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo oraz posiada ukończoną specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa, w której treści kształcenia obejmowały zagadnienia z zakresu leczenia ran. W innym przypadku, jeżeli treści specjalizacji nie zawierały zagadnień dotyczących leczenia ran i przetok, dodatkowo wymagane są kursy specjalistyczne, odpowiednio do profilu świadczeń: leczenie ran, opieka nad pacjentem ze stomią jelitową, kurs kompresjoterapii,
 - posiada uprawnienia w zakresie preskrypcji lekowej oraz wyrobów medycznych,
 - posiada uprawnienia w zakresie wykonywania badania fizykalnego,
 - posiada minimum pięcioletnie doświadczenie w pracy na stanowisku pielęgniarki,
 - uzyskała rekomendacje macierzystego pracodawcy lub posiada udokumentowaną samodzielną praktykę pielęgniarską w zakresie pielęgnacji i leczenia ran oraz przetok.
3. Realizacja zadań pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi regulacjami i wymogami wynikającymi z umów z NFZ, w zakresie:
 - lecznictwa szpitalnego,
 - specjalistycznej opieki ambulatoryjnej,
 - w pozostałych zakresach, w tym: POZ, DPS, ZOL/ZPO, pielęgniarska opieka długoterminowa, hospicja stacjonarne i domowe.

Kluczowe uprawnienia „APN leczenia ran i przetok” w ramach pilotażu

1. Realizacja zadań pielęgniarki zgodnie z obowiązującymi regulacjami i wymogami wynikającymi z umów NFZ, w odniesieniu do chorych:
 - z powikłaniami naczyniowymi i neurogennymi cukrzycy,
 - ze stomią i powikłaniami okołostomijnymi,
 - z owrzodzeniami goleni,
 - z trudno gojącymi się oparzeniami,

- z odleżynami oraz zagrożonych ich powstaniem,
 - z urazami i uszkodzeniami powłok skórnych.
2. Uprawnienie do realizacji samodzielnych konsultacji i porad obejmujących pełny zakres świadczeń diagnostyczno-terapeutycznych:
 - w ramach pierwszorazowych i kolejnych wizyt poszpitalnych w AOS,
 - w ramach konsultacji i wizyt domowych w POZ,
 - w ramach konsultacji międzyoddziałowych w lecznictwie szpitalnym,
 - w ramach świadczeń w opiece długoterminowej stacjonarnej i domowej,
 - w ramach świadczeń w SOR oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.
 3. Prowadzenie procesu diagnostycznego ran i przetok, w tym:
 - ocena stanu zdrowia pacjenta,
 - ustalenie etiologii rany lub przetoki,
 - planowanie procesu diagnostycznego,
 - wystawianie skierowań na wykonanie laboratoryjnych badań diagnostycznych,
 - wystawianie skierowań i pobieranie materiału biologicznego z rany (wymaz, wyskrobiny, wycinek) do badań diagnostycznych na posiewy mikrobiologiczne i mikologiczne z wykorzystaniem znieczulenia nasiękowego,
 - wystawianie skierowań i pobieranie materiału na badanie cytologiczne i histopatologiczne (płyn, wycinek z rany, tkanka ze zmian okołostomijnych itp.) z wykorzystaniem znieczulenia nasiękowego,
 - wykonywanie badań USG Doppler żył i tętnic kończyn dolnych w celu oceny przesiewowej układu naczyń krwionośnych do ustalenia zastosowania kompresjoterapii,
 - wykonywanie pomiaru wskaźnika kostka–ramię (*ankle-brachial index* – ABI),
 - wystawianie skierowań na wykonywanie badań obrazowych układu naczyniowego i układu kostno-stawowego (USG, badania radiologiczne),
 - ocena sytuacji społecznej pacjenta i zintegrowanie opieki z instytucjami udzielającymi świadczeń socjalnych,
 - ewaluacja procesu diagnostycznego.
 4. Prowadzenie i monitorowanie procesu terapeutycznego w zakresie ran i przetok, w tym:
 - leczenie ran ostrych i trudno gojących się z wykorzystaniem opatrunków specjalistycznych i innych dostępnych metod wg EBM (w tym: terapia podciśnieniowa, sonoterapia, larwoterapia),
 - oczyszczanie rany i leczenie z wykorzystaniem metod enzymatycznych, autolitycznych,
 - opracowywania ran z wykorzystaniem narzędzi (*scraping*), w tym w znieczuleniu nasiękowym i inne zgodnie z EBM,
 - zbliżanie brzegów rany za pomocą dostępnych metod, w tym: opatrunki, plastry, kleje tkankowe, szwy chirurgiczne,
 - doraźne zaopatrzenie rany w przypadku krwawienia za pomocą dostępnych metod rekomendowanych do poszczególnych rodzajów ran zgodnie z EBM,
 - leczenie ran i usuwanie zmian proliferacyjnych i polipów okołostomijnych z wykorzystaniem takich metod jak elektrokoagulacja, krioterapia,
 - nacięcie i ewakuacja ropni podskórnych,
 - samodzielne ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, niezbędnych do prowadzenia terapii (z wyłączeniem leków psychotropowych i odurzających),
 - ordynowanie wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty (wg obowiązujących przepisów), np. wkładki ortopedyczne, obuwie specjalistyczne i ortezy, gotowe wyroby kompresyjne,
 - kierowanie chorego do innych jednostek ochrony zdrowia i innych członków zespołu terapeutycznego (lekarze specjaliści, fizjoterapeuta, dietetyk, podolog, psycholog) w celu konsultacji, pogłębienia działań diagnostycznych, kontynuacji bądź uzupełnienia terapii czy też rozpoznania stanów ostrych i zagrażających życiu,
 - ewaluacja procesu terapeutycznego,
 - orzekanie o niezdolności do pracy i wystawianie zaświadczeń,
 - udzielanie teleporad z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
 5. Prowadzenie porad edukacyjnych w zakresie:
 - prehabilitacji,
 - profilaktyki i leczenia ran,
 - opieki stomijnej,
 - kompresjoterapii.
 6. Koordynacja programów profilaktycznych dotyczących profilaktyki i leczenia ran i przetok. W proponowanych poniżej programach profilaktycznych APN leczenia ran i przetok przeprowadzi wywiad, określi deficyt wiedzy, przeprowadzi badanie fizykalne, w razie potrzeby wystawi skierowanie na niezbędne badania laboratoryjne. Na podstawie wyników badań oceni ryzyko wystąpienia powikłań, przeprowadzi poradę edukacyjną oraz przekaze dalsze zalecenia: żywieniowe, przeciwnikotynowe, w zakresie

aktywności fizycznej dostosowane do chorób współistniejących:

- profilaktyka cukrzycy dla populacji powyżej 35. roku życia – program przesiewowy obejmujący doustny test obciążenia glukozą (*oral glucose tolerance test* – OGTT) lub badanie stężenia hemoglobiny glikowanej, w celu ustalenia osób zagrożonych cukrzycą,
 - profilaktyka stopy cukrzycowej (zapobieganie amputacjom u osób z diagnozą cukrzycy bez występowania ran) – program profilaktyczny, realizowany w celu ustalenia osób zagrożonych amputacją; założenie realizacji 4 wizyt patronażowych rocznie,
 - program profilaktyki powikłań w ramach prehabilitacji przed określonymi planowymi zabiegami operacyjnymi – profilaktyka powikłań u pacjentów z niedożywieniem lub ryzykiem niedożywienia; założenie realizacji do 3 wizyt edukacyjnych przed i po zabiegu (*follow up*).
7. Koordynacja leczenia pacjenta z raną lub przetoką pomiędzy podmiotami leczniczymi.
 8. Dodatkowe uprawnienia formalne pielęgniarstwa w pilotażu „APN leczenia ran i przetok”:
 - ordynacja leków i wyrobów medycznych,
 - wystawianie orzeczeń o czasowej niezdolności do pracy,
 - kierowanie na badania laboratoryjne oraz obrazowe w ramach określonego budżetu,
 - kierowanie do leczenia specjalistycznego, ambulatoryjnego i/lub szpitalnego.

Podsumowanie

Wdrożenie kompetencji APN w Polsce jest możliwe i niewątpliwie, kierując się danymi z innych krajów, przyniesie wiele korzyści dla chorych oraz całego systemu opieki zdrowotnej. Ważną rolę odgrywają podjęte w tym celu kroki w zakresie przygotowania do roli APN w kształceniu pielęgniarstwa na poziomie studiów licencjackich i magisterskich oraz w kształceniu podyplomowym. Niewątpliwie możliwości funkcjonowania APN w zakresie leczenia ran i przetok wymagają jeszcze innych wielokierunkowych działań, w tym konsultacji interdyscyplinarnych i rozwiązań legislacyjnych.

Oświadczenia

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.
Praca nie uzyskała finansowania zewnętrznego.
Zgoda Komisji Bioetycznej nie była wymagana.

Piśmiennictwo

1. Sibbald B, Laurant MG, Reeves D. Advanced nurse roles in UK primary care. *Med J Aust* 2006; 185: 10–12. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00440.x.
2. Abraham CM, Norful AA, Stone PW, Poghosyan L. Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review. *Nurs Econ* 2019; 37: 293–305.
3. Franziska Z, Ramona T, Hansruedi S i wsp. Advanced practice nurses' daily practices delivering primary care to residents in long-term care facilities: a qualitative study. *BMC Prim Care* 2024; 25: 203. DOI: 10.1186/s12875-024-02455-9.
4. Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. Dostępne na: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_EN.pdf (dostęp 15.10.2024).
5. Opis założeń Projektu Rozwoju APN. Dostępne na: <https://www.ptp.net.pl/wp-content/uploads/2023/12/Zalacznik-nr-1-Opis-założeń-Projektu-Rozwoju-APN-sig-1.pdf> (dostęp: 15.10.2024).
6. Rozporządzenie Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarstwa, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. *Dziennik Ustaw* 2024 r. poz. 1514.
7. Morrell S, Pittman G, Mulcaster A. Wound management provided by advanced practice nurses: a scoping review protocol. *JBI Evid Synth* 2022; 20: 1806–1813. DOI: 10.11124/JBIES-21-00196.
8. Morrell S, Pittman G, Elliott R, et al. Wound management provided by advanced practice nurses: a scoping review. *JBI Evid Synth* 2024; 22: 790–830. DOI: 10.11124/JBIES-23-00019. PMID: 37779423.
9. Smith JE. The advanced practice wound ostomy continence nurse in homecare. *Home Healthc Nurse* 2012; 30: 586–593; quiz 593–595. DOI: 10.1097/NHH.0b013e3182705d1c.
10. Pol-Castañeda S, Rodriguez-Calero MA, Villafañila-Gomila CJ i wsp. Impact of advanced practice nurses in hospital units on compliance with clinical practice guidelines: a quasi-experimental study. *BMC Nurs* 2022; 21: 331. DOI: 10.1186/s12912-022-01110-x.
11. Boman E, Duvaland E, Gaarde K i wsp. Implementation of advanced practice nursing for minor orthopedic injuries in the emergency care context: A non-inferiority study. *Int J Nurs Stud* 2021; 118: 103910. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103910.
12. Fitzpatrick S, Hawkins S, Dunlap E, Nagarsheth K. Nurse driven outpatient wound center: Reducing readmission with wound care excellence. *J Vasc Nurs* 2022; 40: 100–104. DOI: 10.1016/j.jvn.2022.05.002.
13. Anastasi JK, Capili B. Detecting Peripheral Neuropathy in Patients with Diabetes, Prediabetes and other High-Risk Conditions: An Advanced Practice Nurse's Perspective. *J Med Clin Nurs* 2022; 3: 143. DOI: 10.47363/jmcn/2022(3)143.
14. Polskie Towarzystwo Leczenia Ran: <https://ptlr.org/>.