



Strategie skutecznego wdrażania, integracji i trwałości zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej

Strategies for the effective implementation, integration, and sustainability of Advanced Practice Nursing

Dorota Kilańska

Zakład Koordynowanej Opieki, Wydział Nauk o Zdrowiu
z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej,
Gdański Uniwersytet Medyczny, Polska

Adres do korespondencji

Dorota Kilańska, Zakład Koordynowanej Opieki, Instytut Pielęgniarstwa
i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej
i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-211
Gdańsk, e-mail: dorota.kilanska@gumed.edu.pl

Nadesłano: 11.02.2026; Zaakceptowano: 29.04.2026

Streszczenie

Wprowadzenie: Zaawansowana praktyka pielęgniarska (*Advanced Practice Nursing* – APN) jest uznanym międzynarodowo modelem praktyki klinicznej, który przyczynia się do poprawy dostępności świadczeń, jakości opieki oraz efektywności kosztowej systemów ochrony zdrowia. Jej wdrażanie wymaga jednak spójnych ram regulacyjnych, odpowiedniego przygotowania edukacyjnego oraz systematycznej oceny efektów.

Cel pracy: Przedstawienie strategii skutecznego wdrażania, integracji i trwałości APN, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości jej implementacji w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia.

Materiał i metody: Praca ma charakter przeglądowo-koncepcyjny. Dokonano niesystematycznego przeglądu literatury naukowej oraz dokumentów międzynarodowych (ICN, EFN, OECD) z lat 2008–2025. Analizę oparto na modelu Donabediana (struktura – proces – wynik) oraz ramach PEPPA jako narzędziu projektowania, wdrażania i oceny ról APN, z uwzględnieniem mierzalnych wskaźników efektywności (KPI) oraz miar raportowanych przez pacjentów.

Wnioski: Wdrażanie APN jest procesem długofalowym, wymagającym stabilnych ram prawnych, autonomii klinicznej oraz monitorowania wyników klinicznych, organizacyjnych i ekonomicznych. APN stanowi istotny element transformacji opieki zdrowotnej, szczególnie w obszarze chorób przewlekłych i opieki długoterminowej.

Słowa kluczowe: pielęgniarka zaawansowanej praktyki, opieka skoncentrowana na pacjencie.

Abstract

Introduction: Advanced Practice Nursing (APN) is an internationally recognised model of clinical practice that improves access to healthcare, quality of care, and cost-effectiveness of health systems. Its implementation, however, requires coherent regulatory frameworks, appropriate educational preparation, and systematic outcome evaluation.

Aim of the study: To present strategies for the effective implementation, integration, and sustainability of APN, with particular attention paid to its potential application within the Polish healthcare system.

Material and methods: This paper is a narrative, conceptual review. A non-systematic review of scientific literature and international policy documents (ICN, EFN, OECD) published between 2008 and 2025 was conducted. The analysis was framed using the Donabedian model (structure – process – outcome) and the PEPPA framework as tools for designing, implementing, and evaluating APN roles, including the use of Key Performance Indicators and patient-reported measures.

Conclusions: The implementation of APN is a long-term, system-level process rather than a short-term reform. Sustainable APN integration requires stable regulatory frameworks, clinical autonomy, and continuous monitoring of clinical, organisational, and economic outcomes. Advanced Practice Nursing represents a key component of healthcare system transformation, particularly in chronic disease management and long-term care.

Key words: Advanced Practice Nurse, independent nursing care.

Wprowadzenie

Na poziomie globalnym organizacje międzynarodowe od wielu lat wskazują na korzyści płynące z wdrażania zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (*Advanced Practice Nursing* – APN), m.in.

w raportach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) oraz Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN) [1–3].

Według OECD [4] w 2022 r. APN to 2,8% w Kanadzie (od 1967 r.), 1,2% w Anglii, 1,6% w Szkocji, 1,2% w Walii, Holandia to 2,3%, Australia – 0,7%, Nowa Zelandia – 1,0% oraz Irlandia, 0,7% z planami osiągnięcia 3% w najbliższych latach [5]. W Stanach Zjednoczonych liczba *Nurse Practitioners* (NP) wzrosła z 174 943 w 2015 r. do 258 230 w 2022 r., stanowiąc około 8,4% całego zasobu pielęgniarek, w 2025 r. było to już 461 000 (ok. 10%) [6].

Zaawansowana praktyka pielęgniarska funkcjonuje na świecie od lat 60. XX wieku, kiedy to systemy ochrony zdrowia oraz rządy wielu państw zaczęły postrzegać ją jako kluczowe narzędzie innowacji i reformy ochrony zdrowia, umożliwiające tworzenie bardziej skutecznych i zrównoważonych modeli opieki zdrowotnej [7]. Nie stanowi ona jedynie rozszerzenia tradycyjnych kompetencji pielęgniarskich, lecz jakościowo odmienny model praktyki klinicznej, oparty na autonomii decyzyjnej, odpowiedzialności za wyniki zdrowotne oraz pełnieniu roli pierwszego kontaktu w określonych populacjach pacjentów.

Na poziomie Europy wiodącą rolę we wdrażaniu APN do dyrektyw unijnych pełni Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (European Federation of Nurses Associations – EFN). Dla członków EFN [8] rozwój praktyki pielęgniarskiej na rzecz poprawy jakości świadczeń zdrowotnych – zarówno w zakresie kształcenia pielęgniarek, jak i rozszerzania zakresu praktyki zawodowej – od zawsze stanowił trwały priorytet. Działania te zaowocowały publikacją Ramy Kompetencji EFN (*EFN Competency Framework*) [9] oraz wytycznych dotyczących zaawansowanej praktyki, opracowanych w ramach projektu Unii Europejskiej ENS4Care [10]. Dążąc do zapewnienia systematycznego i opartego na najwyższej jakości dostępnych wynikach badań naukowych w zakresie rozwoju ról APN, członkowie EFN wspólnie opublikowali dokument *EFN Workforce Matrix 3+1* [11]. „Matryca” ta stanowi punkt odniesienia dla dyskusji dotyczących różnych kategorii pielęgniarstwa, oferując jasne definicje, opisy kompetencji oraz minimalne wymagania dla pielęgniarek opieki ogólnej, pielęgniarek specjalistek oraz pielęgniarek zaawansowanej praktyki [11]. W 2025 r. spośród 32 krajów raportujących implementację APN do systemów ochrony zdrowia 16 krajów (50%) ma APN ustanowioną i funkcjonującą, 9 krajów znajduje się w fazie rozwoju APN, pozostałe kraje pozostają na etapie dyskusji lub bez formalnych ram dla APN [12].

Do polskiej debaty zawodowej APN została wprowadzona przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w 2009 r., które po Międzynarodowym Kongresie

Pielęgniarek i Położnych w Durbanie przedstawiło sprawozdanie opublikowane na łamach czasopisma „Problemy Pielęgniarstwa” [13]. W tym okresie Towarzystwo zaangażowało się również w tłumaczenie kompetencji pielęgniarki zaawansowanej praktyki [14] oraz przyjęło oficjalne stanowisko w tej sprawie, jak również w zakresie rozpoczęcia kształcenia [15, 16], rozpoczynając szeroką dyseminację idei zaawansowanej praktyki poprzez publikacje naukowe i wystąpienia konferencyjne [17–22]. Przez kolejne lata zagadnienie to pozostawało jednak głównie w sferze dyskusji środowiskowej. Dopiero w 2024 r., z inicjatywy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, we współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, zorganizowano ogólnopolską konferencję poświęconą APN, podczas której zaprezentowano aktualne modele wdrożeń funkcjonujące w różnych krajach europejskich [23, 24]. W konsekwencji tych działań w kolejnym roku powołano zespół ministerialny, którego zadaniem było wypracowanie rozwiązań dotyczących APN, m.in. w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, paliatywnej oraz w obszarze leczenia i zarządzania raną [25].

Należy podkreślić, że dynamika rozwoju APN wynika z jasno zidentyfikowanych potrzeb systemów ochrony zdrowia, wyzwań związanych z planowaniem zasobów kadrowych, rosnących oczekiwań społecznych dotyczących poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz potrzeby rozwoju zawodowego i awansu kariery w pielęgniarstwie. Potrzeba bardziej elastycznego i efektywnego kosztowo podejścia do udzielania świadczeń zdrowotnych nadal stwarza możliwości dla pielęgniarek w zakresie rozszerzania istniejących ról oraz tworzenia nowych. W wielu krajach, w miarę rozwoju kariery zawodowej, pielęgniarki nabywają dodatkowe kompetencje, które są integrowane z ich praktyką kliniczną, umożliwiając im wnoszenie nowej wartości do systemu ochrony zdrowia [26].

Materiał i metody

Artykuł ma charakter pracy przeglądowo-koncepcyjnej. Zastosowano analizę piśmiennictwa naukowego, dokumentów strategicznych oraz raportów instytucji międzynarodowych dotyczących wdrażania APN, ze szczególnym uwzględnieniem jej znaczenia dla poprawy jakości opieki klinicznej, w tym opieki nad pacjentami z ranami przewlekłymi. Przeglądem niesystematycznym objęto publikacje z lat 2008–2025, identyfikując kluczowe obszary wdrażania APN, kształcenie APN, modele regulacyjne, zakres kompetencji klinicznych oraz mierzalne efekty zdrowotne.

Analizie poddano również modele wdrożeniowe, w szczególności ramy PEPPA (*Participatory, Evidence-based, Patient-centred Process*), jako narzędzie projektowania, implementacji i ewaluacji ról APN w różnych systemach ochrony zdrowia, który to model zaproponowano do warunków implementacji w Polsce. Pokazano też przykładowe opracowanie zastosowania modelu PEPPA w praktyce. W części analitycznej wykorzystano podejście Donabediana [27] – struktura – proces – wynik, umożliwiające ocenę wpływu kompetencji i autonomii APN na wyniki kliniczne, organizacyjne i finansowe. Szczególną uwagę poświęcono znaczeniu pomiaru kluczowych wskaźników efektywności (*Key Performance Indicators* – KPI) oraz miar wyników raportowanych przez pacjentów (PROM, PREM, HLS) jako podstawy oceny skuteczności wdrożenia APN.

Wyniki

Kształcenie pielęgniarek zaawansowanej praktyki

Edukacja APN (NP i *Clinical Nurse Specialists* – CNS) koncentruje się na połączeniu zaawansowanej wiedzy klinicznej, praktyki opartej na najwyższej jakości dostępnych wynikach badań naukowych oraz wielowymiarowej praktyki klinicznej, co przygotowuje pielęgniarki do autonomicznego prowadzenia pacjentów w różnych środowiskach opieki, ze szczególnym uwzględnieniem chorób przewlekłych oraz problemów o wysokim zagrożeniu powikłań [28]. Kształcenie pielęgniarek zaawansowanej praktyki (NP, CNS) w znacznym stopniu obejmuje treści medycznie ukierunkowane, takie jak anatomia, zaawansowana fizjologia i patofizjologia, farmakologia, kompleksowa ocena stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i funkcjonalnego oraz diagnostyka różnicowa. Celem tych treści jest przygotowanie NP do autonomicznego podejmowania decyzji klinicznych i samodzielnego prowadzenia pacjentów, w szczególności poprzez rozwój kompetencji w zakresie zaawansowanej oceny klinicznej, ordynacji farmakoterapii oraz interpretacji złożonych problemów zdrowotnych. Równoległe programy NP kładą nacisk na kompetencje przywódcze, obejmujące zarówno przywództwo kliniczne, jak i zdolność wpływania na praktykę oraz politykę zdrowotną, a także na rozwój wiedzy z zakresu teorii pielęgniarstwa i metodologii badań, które pozwalają zachować pielęgniarski, holistyczny charakter roli NP i odróżniają ją od kształcenia lekarskiego [28, 29]. Aby zrozumieć i rozwijać rolę pielęgniarki zaawansowanej praktyki, studenci NP muszą posiadać

zaawansowaną wiedzę z zakresu badań naukowych oraz teorii pielęgniarstwa. Geneza pielęgniarstwa jest bowiem silnie zakorzeniona w holistycznym podejściu do opieki, dlatego niezwykle istotne jest, aby kształcenie NP zapewniało pogłębioną kontynuację teorii stanowiących fundament ogólnego kształcenia pielęgniarskiego. Cele kształcenia w zakresie badań naukowych i teorii pielęgniarstwa mają na celu przygotowanie studentów NP do wykorzystywania wiedzy opartej na najwyższej jakości dostępnych wynikach badań naukowych, mającej bezpośrednią wartość dla praktyki klinicznej [28, 29].

Cele kształcenia obejmują przygotowanie studentów NP m.in. do budowania współpracy opartej na zaufaniu w zespole terapeutycznym, pełnienia roli inicjatora zmian oraz realizowania innowacyjnej praktyki pielęgniarskiej. Pielęgniarka NP powinna być zdolna do pełnienia roli lidera jako doświadczony członek zespołu ochrony zdrowia. W celu rozwijania kompetencji niezbędnych do tej roli cele kształcenia obejmują rozwój krytycznego, strategicznego i refleksyjnego myślenia, znajomość teorii zmiany i zarządzania, skutecznych strategii komunikacji, zarządzania konfliktami, stylów przywództwa oraz autorefleksji nad przywództwem, w tym identyfikację własnych mocnych i słabych stron jako lidera [28]. Aktywna rola przywódcza, jakiej oczekuje się od NP, obejmuje również zdolność oddziaływania na lokalną i krajową politykę zdrowotną i jest elementem kształcenia każdego modułu studiów drugiego stopnia lub też studiów podyplomowych APN. W związku z tym zrozumienie sposobu organizacji systemu ochrony zdrowia stanowi jeden z kluczowych celów kształcenia APN. Równie ważne jest, aby studenci NP rozwijali umiejętność rozumienia, w jaki sposób decyzje polityczne mogą wpływać na zakres i ograniczenia roli APN. Z tego względu zagadnienia legislacyjne i regulacyjne dotyczące roli NP, zakresu uprawnień, nadzoru, autonomii praktyki, porozumień o współpracy oraz umiejscowienia stanowisk APN w strukturach organizacyjnych stanowią istotny element podstawowych treści kształcenia [28]. Ponadto kluczowe jest, aby pielęgniarki NP miały jasne rozumienie złożoności finansowych i biznesowych ochrony zdrowia oraz ich wpływu na realizację świadczeń. Choć głównym celem tych treści jest rozwijanie wiedzy na temat finansowania opieki zdrowotnej jako podstawy opieki efektywnej kosztowo, obejmują one również umiejętność przygotowywania projektów i wniosków wspierających rozwój opieki efektywnej ekonomicznie. Cele kształcenia zmierzają do zdobycia wiedzy na temat finansowania systemów

ochrony zdrowia, systemów refundacyjnych, zarządzania zasobami, zasad rozliczeń i kodowania świadczeń, a także umiejętności opracowywania budżetu i zarządzania zasobami w celu zapewnienia opieki efektywnej kosztowo [28, 29].

Na formy i zakres kształcenia zwraca uwagę EFN w swoim raporcie z 2025 r. Wskazuje ona na harmonizacji kształcenia APN wokół poziomu magisterskiego jako standardu europejskiego. W większości krajów do wykonywania roli APN wymagany jest tytuł magistra pielęgniarstwa (90–120 ECTS), programy obejmują cztery filary kompetencyjne: praktykę kliniczną, edukację, przywództwo i badania naukowe, a dominującą formą kształcenia są studia umożliwiające łączenie nauki z praktyką kliniczną. Jedynie sześć krajów (m.in. Irlandia, Norwegia, Holandia, Zjednoczone Królestwo) posiada ujednoliczony, krajowy program kształcenia APN (na poziomie drugiego stopnia w wybranych specjalnościach, jak POZ, pediatria, położnictwo, psychiatria), natomiast w pozostałych państwach programy różnią się między uczelniami, mimo wspólnych ram EFN. Formy kształcenia również różnią się pomiędzy krajami. W Belgii, Danii, na Węgrzech, Łotwie, Litwie oraz Malcie programy kształcenia w zakresie APN są zazwyczaj realizowane w trybie stacjonarnym (*full-time*) na uniwersytetach, z włączoną praktyką kliniczną. Z kolei Estonia, Irlandia, Norwegia, Serbia, Słowacja, Słowenia oraz Holandia preferują kształcenie w trybie niestacjonarnym (*part-time*), łączone z równoczesnym wykonywaniem pracy klinicznej. Szwajcaria i Islandia oferują zarówno tryb stacjonarny, jak i niestacjonarny. W Danii studenci mogą wybierać pomiędzy studiami stacjonarnymi a niestacjonarnymi realizowanymi na uczelniach wyższych. Najbardziej elastyczne podejście zapewnia Zjednoczone Królestwo, oferując kształcenie w trybie stacjonarnym, niestacjonarnym oraz w modelu praktyczno-zawodowym (*apprenticeship*). Pomimo zróżnicowania modeli kształcenia, studia niestacjonarne stanowią najczęściej spotykaną formę w Europie, umożliwiając pielęgniarce zaawansowanej praktyki kontynuowanie pracy klinicznej przy jednoczesnym podnoszeniu kwalifikacji zawodowych [10, 12].

Wymagania dotyczące wcześniejszego doświadczenia klinicznego przed rozpoczęciem kształcenia w zakresie APN różnią się w poszczególnych krajach Europy. W Belgii wcześniejsze doświadczenie kliniczne nie jest wymagane, choć jest zalecane. Dania nie posiada formalnie określonego minimalnego wymogu, jednak w praktyce kandydaci zazwyczaj dysponują doświadczeniem klinicznym. Podobnie w Estonii

nie obowiązuje formalny wymóg wstępny, jednak odpowiednie doświadczenie zawodowe uznawane jest za atut. Islandia wskazuje, że doświadczenie kliniczne nie jest wymagane, a Słowenia również potwierdza brak minimalnej liczby lat praktyki zawodowej jako warunku rozpoczęcia kształcenia. W Szwajcarii zaleca się dwuletnie doświadczenie kliniczne, jednak ostateczna decyzja pozostawiona jest w gestii poszczególnych uczelni [12, 30]. Część krajów określa jednak jednoznaczne progi doświadczenia zawodowego. Litwa wymaga mniej niż jednego roku praktyki klinicznej, natomiast Węgry oraz Zjednoczone Królestwo wymagają jednego roku doświadczenia. Irlandia i Niderlandy ustalają wymóg dwóch lat praktyki, podczas gdy Norwegia wymaga co najmniej trzech lat doświadczenia klinicznego. Najdłuższy wymagany okres praktyki dotyczy Malty i Słowacji, gdzie wskazuje się na konieczność posiadania pięciu lat lub więcej doświadczenia zawodowego [8].

W wielu krajach wdrażających APN proces uzyskania uprawnień APN obejmuje nie tylko ukończenie kształcenia na poziomie magisterskim lub wyższym, lecz również wieloetapową ocenę kompetencji klinicznych, potwierdzającą gotowość do samodzielnego podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych. W wybranych systemach ochrony zdrowia stosowane są standaryzowane metody egzaminacyjne, w tym *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE) lub egzaminy o analogicznej strukturze, służące obiektywnej ocenie zaawansowanych umiejętności klinicznych, komunikacyjnych i decyzyjnych pielęgniarce przygotowujących się do ról *Nurse Practitioner* lub *Clinical Nurse Specialist*. Badania wskazują, że OSCE jest narzędziem wiarygodnym i rzetelnym w ocenie kompetencji klinicznych na poziomie zaawansowanym, wykorzystywanym m.in. w programach NP w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii oraz w wybranych krajach europejskich rozwijających formalne ramy APN. Międzynarodowe wytyczne podkreślają, że takie formy oceny mają kluczowe znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości opieki, a jednocześnie stanowią istotną barierę wejścia do roli APN, potwierdzając, że APN nie jest uniwersalnym etapem kariery, lecz ścieżką przeznaczoną dla pielęgniarce spełniających wysokie wymagania edukacyjne, kliniczne i kompetencyjne [31]. *Objective Structured Clinical Examination* jest narzędziem adekwatnym do oceny zaawansowanej, autonomicznej praktyki klinicznej APN, natomiast OSCA (ocena kliniczna) służy głównie ocenie kompetencji cząstkowych i nie zapewnia weryfikacji gotowości do pełnej

odpowiedzialności klinicznej. Stosowanie OSCE (lub egzaminów równoważnych) w programach APN stanowi istotną barierę wejścia do roli i potwierdza, że APN nie jest ścieżką uniwersalną [31].

Definicja i role zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej

International Council of Nurses (ICN) zdefiniowała APN jako „pielęgniarkę ogólną lub specjalistyczną, która w drodze dodatkowego wykształcenia podyplomowego (co najmniej stopień magistra) nabyła bazę wiedzy eksperckiej, złożone umiejętności podejmowania decyzji i kompetencje kliniczne potrzebne w zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej, cechy charakterystyczne, które są kształtowane przez kontekst, w którym jest uprawniona do wykonywania zawodu”. Dwie najczęściej identyfikowane role APN to CNS (*Clinical Nurse Specialists*), pełniona przez pielęgniarki – konsultantów w szpitalach i NP (*Nurse Practitioners*) – realizowana w POZ [32]. Podobny kierunek harmonizacji tytułów APN przyjmują inne kraje wprowadzające tę innowację do praktyki klinicznej. Pokazują to wyniki badania z 19 krajów: Australia (NP); Botswana (NP); Kanada (NP, CNS); Anglia (NP, CNS); Finlandia (CNS, NP); Niemcy (CNS); Hong Kong (CNS); Irlandia (ANP, AMP – położna); Japonia (CNS); Macao, SAR-PRC (CNS); Holandia (NP); Nowa Zelandia (NP, CNS); Norwegii (CNS); Szkocja (NP, CNS); Singapur (APN); Hiszpania (NP); Szwajcaria (CNS); Stany Zjednoczone (NP, CNM, CNS); Walia i Szkocja (NP, CNS) [33]. Należy jednak wyraźnie rozróżnić pojęcia, aby uniknąć nieporozumień terminologicznych: *Advanced Practice Nursing* (APN) odnosi się do poziomu i modelu praktyki klinicznej, natomiast *Advanced Practice Nurse* oznacza pielęgniarkę realizującą tę praktykę w określonej roli zawodowej, takiej jak NP lub CNS.

Po kilkudziesięciu latach funkcjonowania (od 1960 r.) [34] zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (*Advanced Practice Registered Nurse – APRN*) w Stanach Zjednoczonych z uwagi na problemy z uznaniem kwalifikacji dość rozdrobnionych specjalności podjęto się uregulowania zasad uznawania kwalifikacji w 2008 r. Jednym z kluczowych celów tej regulacji, poza formalnym ujednoczeniem nazw czterech głównych ról pielęgniarek zaawansowanej praktyki APRN – *Certified Nurse Practitioner*, *Clinical Nurse Specialist*, *Certified Nurse Midwife* oraz *Certified Registered Nurse Anesthetist* – było zapewnienie spójności w zakresie licencjonowania, akredytacji, certyfikacji oraz regulacji zawodowej APRN na terenie całego kraju [35, 36]. Choć koncepcja ról pielęgniarek zaawansowanej praktyki w Stanach Zjednoczonych

istniała w pewnej formie od ponad stu lat, przez długi czas brakowało jednolitego, ogólnokrajowego systemu regulacyjnego, który porządkowałby te role. Wprowadzenie spójnych ram regulacyjnych stanowiło zatem istotny etap rozwoju APN w Stanach Zjednoczonych. Równolegle były podejmowane również działania o charakterze globalnym mające na celu zdefiniowanie ról APN. Przykładowo w 2020 r. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN) opublikowała wytyczne dotyczące zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej dla pielęgniarek praktyki zaawansowanej (*Nurse Practitioners – NP*) oraz pielęgniarek zaawansowanej praktyki (APN)*. Dzięki ustanowieniu jasnych definicji oraz wspólnej terminologii, dokument ten przyczynia się do zwiększenia spójności i jednolitości w rozumieniu oraz wdrażaniu ról APN w różnych środowiskach opieki zdrowotnej i regionach geograficznych [3]. Wspólne rozumienie tych ról ma kluczowe znaczenie dla dalszego rozwoju uznania zawodowego oraz integracji pielęgniarek zaawansowanej praktyki z systemami ochrony zdrowia na całym świecie.

Dane wskazują, że około 40 krajów posiada dobrze ugruntowane role pielęgniarek zaawansowanej praktyki, co podkreśla globalne uznanie znaczenia tych ról w realizacji świadczeń zdrowotnych [35, 37]. Warto zauważyć, że liczba APN znacząco różni się pomiędzy poszczególnymi państwami, co odzwierciedla różnice w systemach ochrony zdrowia, regulacjach prawnych oraz stopniu integracji ról APN z rynkiem pracy w ochronie zdrowia. Ta różnorodność w sposobach implementacji APN tworzy bogate pole do analizy dobrych praktyk oraz identyfikacji obszarów wymagających dalszych usprawnień, w celu wzmocnienia wkładu pielęgniarek zaawansowanej praktyki w systemy ochrony zdrowia na całym świecie [4]. W Europie 16 krajów europejskich posiada ustanowioną APN i jednocześnie stosuje definicję zgodną z ramami kompetencyjnymi ICN. To m.in. Belgia, Dania, Estonia, Islandia, Irlandia, Malta, Norwegia, Holandia, Szwajcaria oraz Zjednoczone Królestwo. Dodatkowo 6 krajów europejskich (m.in. Hiszpania, Cypr, Finlandia, Austria, Włochy i Portugalia) rozwija definicję APN zgodnie z wytycznymi ICN, jednak bez pełnego wdrożenia legislacyjnego lub systemowego. Oznacza to, że ramy koncepcyjne są już zbieżne z ICN, lecz pozostają w fazie implementacji.

* Pielęgniarka zaawansowanej praktyki (APN) stanowi kategorię nadrzędną obejmującą różne role kliniczne, w tym pielęgniarkę praktyki zaawansowanej (NP), która realizuje rozszerzone kompetencje diagnostyczno-terapeutyczne w bezpośredniej opiece nad pacjentem.

Własne definicje APN niezgodne z ICN (np. Niemcy, Litwa), lub adaptowały definicję z innego kraju lub organizacji, a nie bezpośrednio z ICN (np. Słowenia, odwołująca się do *EFN Matrix 3+1*) [12].

Jeżeli chodzi o zakres zadań APN, to jest to świadczenie usług zdrowotnych na poziomie jednostki, rodziny, społeczności oraz zdrowia populacyjnego, w szerokim spektrum środowisk opieki zdrowotnej. Interesujące jest jednak rozróżnienie pomiędzy rolami i zakresem odpowiedzialności pielęgniarek praktyki zaawansowanej (NP) oraz pielęgniarek klinicznych specjalistek (CNS) [3]. Pielęgniarki praktyki zaawansowanej zazwyczaj realizują szeroki zakres czynności klinicznych, obejmujących ocenę stanu pacjenta, stawianie rozpoznań, zlecenie i interpretację badań laboratoryjnych oraz ordynowanie leków, często w ramach współpracy z innymi profesjonalistami ochrony zdrowia [38]. Z kolei CNS koncentrują się w większym stopniu na obszarach zarządzania opieką zdrowotną, świadczeniu konsultacji klinicznych oraz udzielaniu wsparcia i wytycznych personelowi pielęgniarskiemu i systemom opieki zaangażowanym w prowadzenie pacjentów wymagających złożonej opieki [39]. Chociaż dwie główne role APN – NP oraz CNS – mają wiele cech wspólnych, istnieje między nimi jedna zasadnicza różnica. W Kanadzie NP posiadają ustawowe uprawnienia, wiedzę i umiejętności umożliwiające im samodzielne diagnozowanie, zlecenie i interpretowanie badań diagnostycznych, ordynowanie leczenia (w tym leków) oraz wykonywanie określonych procedur medycznych, w granicach prawnie określonego zakresu praktyki. Natomiast CNS nie posiadają tych dodatkowych uprawnień ustawowych. Jednocześnie specjalistyczna, ekspercka wiedza, umiejętności i kompetencje CNS umożliwiają im samodzielne świadczenie konsultacji klinicznych dotyczących pacjentów o wysokim stopniu złożoności, we współpracy z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Konsultacje te mają realny wpływ na proces diagnostyczny oraz ordynowane leczenie (w tym farmakoterapię), a także na wspieranie realizacji określonych procedur terapeutycznych, w ramach obowiązujących regulacji prawnych [3]. Pielęgniarki kliniczne specjalistki zostały wprowadzone w celu świadczenia wysoko złożonej i specjalistycznej opieki, rozwoju praktyki pielęgniarskiej oraz wspierania pielęgniarek bezpośrednio w miejscu udzielania świadczeń. Ponadto odgrywają one kluczową rolę w inicjowaniu i prowadzeniu działań na rzecz poprawy jakości opieki oraz wdrażania praktyki opartej na najwyższej jakości dostępnych wynikach badań naukowych, w odpowiedzi na postęp badań, metod leczenia i technologii medycznych [40].

Trzy zasadnicze obszary praktyki CNS w Kanadzie obejmują:

- zarządzanie opieką nad pacjentami o wysokim stopniu złożoności oraz grupami szczególnie wrażliwymi,
- edukację i wsparcie interdyscyplinarnego personelu medycznego,
- inicjowanie i wspieranie zmian oraz innowacji w systemie ochrony zdrowia [41].

Potrzeby pacjentów, organizacji oraz całego systemu ochrony zdrowia kształtują i determinują zakres oraz charakter ról poszczególnych CNS i NP. W ostatnich latach nastąpiło rozszerzenie wykorzystania tych ról, dostosowane do specyficznych populacji pacjentów, określonych problemów zdrowotnych oraz różnych środowisk udzielania świadczeń. Natomiast nauczyciele akademicki, badacze oraz kadra zarządzająca posiadający wykształcenie na poziomie studiów drugiego stopnia lub wyższym mogą wykazywać elementy APN w ramach pełnionych funkcji. Nie są oni jednak klasyfikowani jako pielęgniarki zaawansowanej praktyki, ponieważ nie realizują bezpośredniej, kompleksowej opieki klinicznej nad pacjentem [34].

Należy podkreślić także korzyści APN dla systemu w kontekście realizacji trzeciego celu Zrównoważonych Celów Rozwoju [42]. Pielęgniarki praktyki zaawansowanej poprawiają dostęp do opieki zdrowotnej, skracają czas oczekiwania na świadczenia oraz zmniejszają obciążenie systemu ochrony zdrowia [7, 43]. Osiągają to poprzez zapewnienie pacjentom wczesnej diagnostyki i leczenia ostrych oraz przewlekłych schorzeń, realizację interwencji profilaktycznych i leczniczych, a także oferowanie strategii promocji zdrowia i zapewnienie ciągłości opieki. Odgrywają również kluczową rolę w rozwoju społeczności i organizacji, doskonaleniu jakości opieki, pracy zespołów interdyscyplinarnych [44], budowaniu potencjału systemu oraz kształtowaniu polityki zdrowotnej [45]. Wyniki licznych badań dotyczących APN wskazują, że kraje, w których tytuły zawodowe oraz zakres praktyki są jasno uregulowane prawnie, osiągają większą przejrzystość ról oraz jednoznaczność zakresu kompetencji [46, 47].

Kompetencje pielęgniarki zaawansowanej praktyki

Pielęgniarka zaawansowanej praktyki nie zastępuje lekarza, lecz przejmuje odpowiedzialność za określony zakres populacji, problemów klinicznych i decyzji terapeutycznych, działając w ramach własnej autonomii zawodowej. Odrębność APN polega nie

na wykonywaniu „zadań lekarskich”, lecz na odmiennym paradygmacie opieki: holistycznym, długofalowym i zorientowanym na wyniki raportowane przez pacjentów. Rola APN obejmuje szerszy i bardziej rozbudowany zakres kompetencji, które są rozwijane poprzez doświadczenie kliniczne, dodatkowe kształcenie oraz ukończenie studiów magisterskich lub wyższego poziomu kształcenia [3, 48]. Kompetencje APN definiowane są jako zintegrowany zestaw wiedzy eksperckiej, umiejętności klinicznych, autonomii decyzyjnej oraz odpowiedzialności zawodowej, umożliwiający świadczenie opieki na wysokim poziomie złożoności klinicznej oraz aktywny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Po raz pierwszy w 2004 r. Hamric, Spross i Hanson [29] zdefiniowali sześć głównych obszarów kompetencji pielęgniarki zaawansowanej praktyki:

- praktyka oparta na najwyższej jakości dostępnych wynikach badań naukowych (*evidence-based practice*),
- umiejętności przywódcze w zakresie przywództwa klinicznego,
- współpraca interdyscyplinarna,
- prowadzenie wsparcia, mentoringu i coachingu,
- konsultacje w złożonych sytuacjach klinicznych,
- kompetencje w zakresie podejmowania decyzji etycznych.

W kolejnych latach trwały dyskusje nad rozróżnieniem APN od pielęgniarki specjalisty. Nieustannie starano się wykazać znaczenie efektywności APN w badaniach naukowych. W badaniu mapującym kompetencje APN, w którym kompetencje te odnieszono do *Strong Model of Advanced Practice Nursing* (2000) [49] oraz ram kompetencyjnych opracowanych przez ICN [50], *3+1 Competence Matrix EFN*, doprowadziło to do identyfikacji wspólnych, ponadnarodowych domen APN (tab. I).

Do kluczowych kompetencji APN zaliczono przede wszystkim autonomiczną praktykę kliniczną, rozumianą jako zdolność do samodzielnego podejmowania decyzji diagnostycznych i terapeutycznych w oparciu o zaawansowaną ocenę stanu zdrowia pacjenta oraz odpowiedzialność za wyniki opieki. Istotnym elementem tej autonomii jest również uprawnienie do przepisywania leków i wdrażania schematów terapeutycznych, które w wielu krajach stanowi formalny wyznacznik APN. Kompetencje te są ściśle powiązane z praktyką opartą na wynikach badań naukowych (*evidence-based practice*), obejmującą krytyczną analizę badań, integrację wytycznych klinicznych oraz uwzględnianie preferencji pacjenta w procesie decyzyjnym.

Pomimo rozszerzenia zakresu odpowiedzialności oraz pogłębienia praktyki klinicznej, istota roli APN pozostaje głęboko zakorzeniona w pielęgniarstwie i jego fundamentalnych zasadach. To właśnie to zakorzenienie podkreśla znaczenie utrzymania podejścia skoncentrowanego na pacjencie, holistycznej opieki oraz przestrzegania standardów etycznych właściwych dla zawodu pielęgniarki, zapewnianych poprzez odpowiednie regulacje prawne oraz systemy certyfikacji zawodowej [51].

Chociaż APN dysponują wyższym poziomem wiedzy specjalistycznej i autonomii w porównaniu z pielęgniarkami ogólnymi, ich praktyka pozostaje oparta na wartościach i zasadach pielęgniarstwa, co zapewnia ciągłość z nadrzędnymi celami zawodu, takimi jak promocja zdrowia, zapobieganie chorobom oraz zapewnianie empatycznej i bezpiecznej opieki osobom, rodzinom i społecznościom.

Zaawansowana praktyka pielęgniarska koncentruje się na domenie klinicznej w szerokim spektrum środowisk opieki zdrowotnej. Praktyka kliniczna obejmuje zarówno bezpośrednią opiekę nad pacjentem, jak i działania pośrednie, takie jak koordynacja opieki oraz świadczenie ekspertyzy klinicznej poprzez konsultacje z innymi profesjonalistami ochrony zdrowia dotyczące pacjenta. Zaawansowana praktyka pielęgniarska koncentruje się na praktyce klinicznej, zarówno poprzez bezpośrednią relację z pacjentem, jak i poprzez działania pośrednie, takie jak koordynacja opieki oraz dostarczanie ekspertyzy klinicznej w formie konsultacji z innymi profesjonalistami ochrony zdrowia dotyczących sytuacji zdrowotnej pacjenta. Chociaż podstawowym obszarem działalności APN jest bezpośrednia, kompleksowa opieka kliniczna, role te obejmują również działania na rzecz optymalizacji systemu ochrony zdrowia, edukacji, badań naukowych oraz przywództwa [35].

Implementacja roli zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej do systemów krajowych

Choć opisana szeroko w literaturze innowacyjność i elastyczność APN dobrze służą pacjentom, organizacjom i całemu systemowi ochrony zdrowia, skutkują one jednocześnie znacznym zróżnicowaniem sposobów operacjonalizacji ról CNS i NP w praktyce. Z tego względu kluczowe znaczenie ma aktywne włączanie CNS i NP w proces projektowania oraz wdrażania ich ról zawodowych. W tym celu stosowane są różnorodne narzędzia pomocne w implementacji APN, jak np. model PEPPA, który z powodzeniem zastosowano zarówno w Afryce [39, 52], jak i ostatnio

Tabela I. Kompetencje pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN) z odniesieniem do Ram kompetencji ICN (2008) *Strong Model AP* (2000) oraz *3+1 Competence Matrix EFN* (2015)

Nr	Kompetencja APN	Definicja operacyjna	Ramy odniesienia
1	Niezależna praktyka/autonomia (<i>independent practice/autonomy</i>)	Samodzielne podejmowanie decyzji klinicznych, planowanie, realizacja i ocena opieki w rozszerzonym zakresie praktyki bez stałego nadzoru lekarskiego	ICN; Strong Model; EFN
2	Uprawnienia decyzyjne (<i>prescriptive authority</i>)	Formalna zdolność do wydawania wiążących decyzji klinicznych i organizacyjnych w procesie opieki	Strong Model; EFN
3	Preskrypcja schematów terapeutycznych (<i>prescribing therapeutic regimens</i>)	Ordynowanie leków i wyrobów medycznych oraz wdrażanie i modyfikacja terapii na podstawie zaawansowanej oceny klinicznej	ICN; Strong Model; EFN
4	Praktyka oparta na wynikach badań (<i>evidence-based practice – EBP</i>)	Wykorzystywanie najlepszych, najwyższej jakości wyników badań naukowych, wytycznych klinicznych oraz preferencji pacjenta w podejmowaniu decyzji klinicznych	ICN; EFN
5	Utrzymanie i rozwój kompetencji (<i>maintaining competence</i>)	Ciągłe doskonalenie zawodowe, refleksyjna praktyka, supervizja i systematyczna ocena kompetencji	ICN; EFN
6	Adwokatura dla pacjenta/klienta (<i>client/patient advocacy</i>)	Reprezentowanie interesów pacjenta, ochrona jego praw oraz wspieranie autonomii i dostępu do świadczeń	ICN
7	Promocja zdrowia (<i>health promotion</i>)	Działania ukierunkowane na wzmacnianie potencjału zdrowotnego, prewencję chorób i redukcję nierówności zdrowotnych	ICN; EFN
8	Krytyczne myślenie (<i>critical thinking</i>)	Analiza i synteza danych klinicznych oraz podejmowanie decyzji w warunkach złożoności i niepewności	ICN; Strong Model
9	Edukacja [<i>education (patients, families, peers, community)</i>]	Edukacja pacjentów, rodzin, zespołów terapeutycznych oraz społeczności w zakresie zdrowia i samoopieki	ICN; EFN
10	Praktyka współpracy/współpraca interprofesjonalna (<i>collaborative practice/interprofessional collaboration</i>)	<i>Collaborative practice</i> (praktyka współpracy) rozumiana jest jako sformalizowany model współpracy klinicznej oparty na partnerstwie zawodowym, jasno określonych zakresach kompetencji oraz współodpowiedzialności za decyzje kliniczne i wyniki opieki. Efektywna współpraca z innymi zawodami medycznymi i społecznymi w celu zapewnienia opieki zintegrowanej	ICN; EFN
11	Konsultacje i kierowania (<i>consultations/referrals</i>)	Pełnienie roli eksperta klinicznego, konsultowanie złożonych przypadków oraz inicjowanie skierowań	Strong Model; ICN
12	Mentoring (<i>mentoring</i>)	Wspieranie rozwoju zawodowego innych pielęgniarek i członków zespołu poprzez mentoring i coaching	ICN; EFN
13	Budowanie zespołu (<i>team building</i>)	Tworzenie i wzmacnianie zespołów opieki sprzyjających bezpieczeństwu pacjenta i efektywności pracy	EFN; Strong Model
14	Przywództwo i koordynacja opieki (<i>leadership and care-coordination</i>)	Przywództwo kliniczne oraz organizowanie i koordynowanie procesów opieki kompleksowej	ICN; Strong Model; EFN
15	Profesjonalna rozliczalność/odpowiedzialność – zawodowa i etyczna (<i>professional accountability/responsibility</i>)	Odpowiedzialność za decyzje kliniczne oraz przestrzeganie norm etycznych i prawnych	ICN
16	Zapewnienie i doskonalenie jakości (<i>quality care</i>)	Monitorowanie wyników opieki, audyty oraz wdrażanie działań pro jakościowych	ICN; EFN
17	Wpływ na politykę ochrony zdrowia (<i>influences health care policy</i>)	Udział w kształtowaniu polityk zdrowotnych i regulacji systemowych poprzez ekspertyzy i badania	ICN; EFN

w krajach Europy [5]. PEPPA to akronim od *Participatory, Evidence-Based, Patient-Centred Process For Advanced Practice Nurses*, czyli partycypacyjny, oparty na najwyższej jakości dostępnych wynikach badań

naukowych i skoncentrowany na pacjencie proces rozwoju ról pielęgniarek zaawansowanej praktyki. Model ten obejmuje projektowanie roli, jej wdrażanie oraz ewaluację.

Ramy PEPPA określają dziewięć etapów, które służą ocenie, czy w danym kontekście istnieje potrzeba wprowadzenia nowej roli pielęgniarki zaawansowanej praktyki oraz czy rola ta będzie skuteczna. Etapy te obejmują m.in.:

- zdefiniowanie populacji pacjentów,
- opracowanie nowych modeli opieki,
- określenie miejsca i roli pielęgniarki zaawansowanej praktyki w tych modelach,
- wdrożenie nowych modeli opieki,
- długoterminowe monitorowanie efektów [53].

Jak podkreślają Bryant-Lukosius i Martin-Misener, „Ramy PEPPA” są uznawane za najlepszą praktykę w zakresie przeprojektowywania systemów opieki zdrowotnej. Zostały wdrożone w co najmniej 16 krajach [54], przetłumaczone na kilka języków oraz wykazały szeroką możliwość zastosowania w odniesieniu do różnych ról zawodowych, modeli opieki, środowisk praktyki oraz populacji pacjentów. Przykład tłumaczenia do zastosowania w Polsce przedstawiono na rycinie 1 i w tabeli II.

Efektom wdrożenia APN i modelu PEPPA powinny być mierzalne, wielowymiarowe wyniki obejmujące pacjenta, personel i organizację, które potwierdzają zarówno skuteczność kliniczną, jak i wartość ekonomiczną opieki.

Rekomendowane obszary zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej

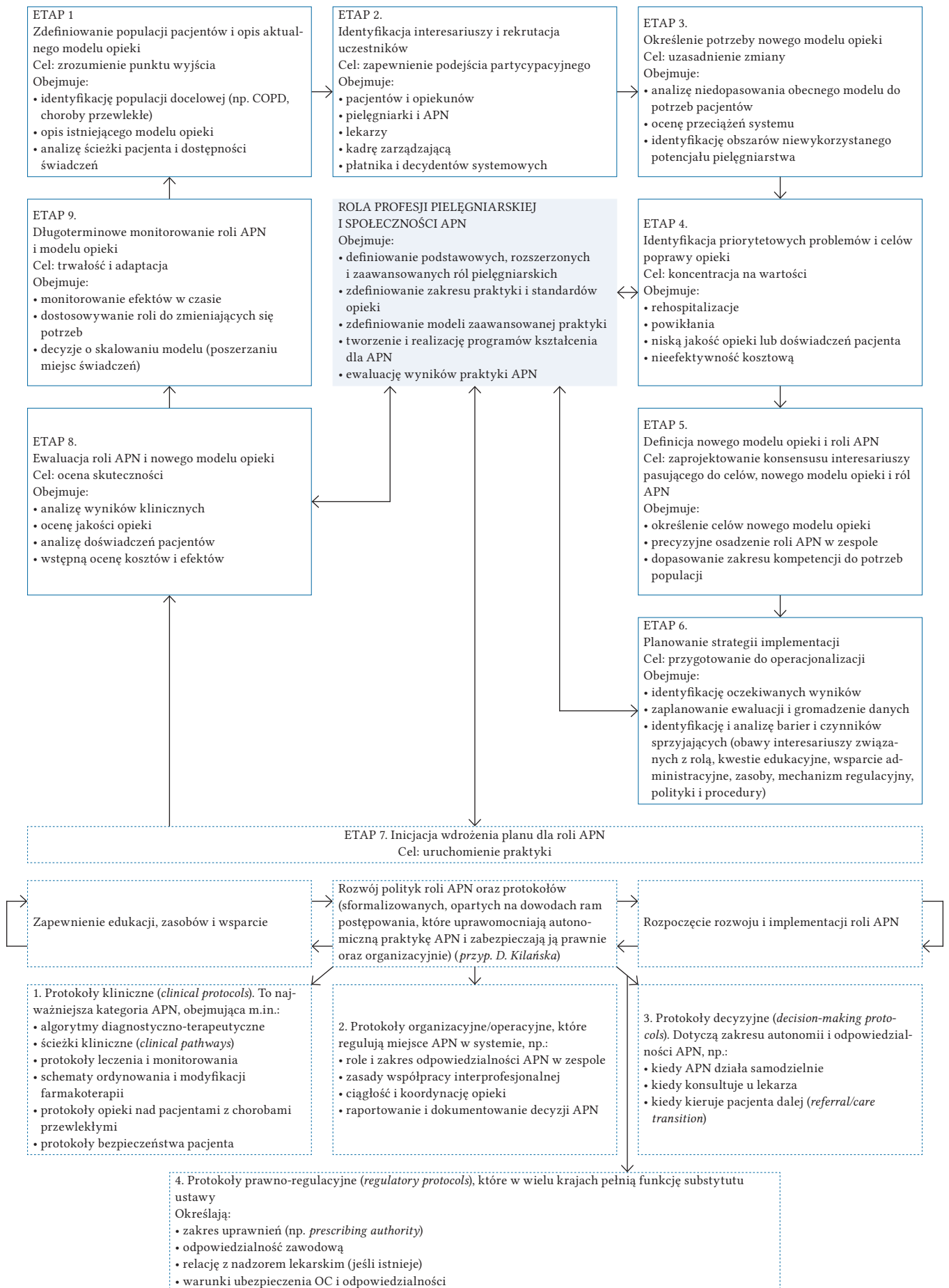
Zarówno Stany Zjednoczone [55], jak i Irlandia [5] oraz Austria [56] rekomendują wdrażanie APN przede wszystkim w obszarach największej luki systemowej: w podstawowej opiece zdrowotnej, chorobach przewlekłych oraz opiece nad osobami starszymi dla osób dorosłych, w pediatrii, osób starszych, położnictwie, czy w zakresie zdrowia psychicznego. Doświadczenia Stanów Zjednoczonych pokazują, że pełna lub szeroka autonomia kliniczna APN w tych obszarach prowadzi do porównywalnych lub lepszych wyników zdrowotnych przy jednoczesnym obniżeniu kosztów opieki [43]. Po kilkudziesięciu latach badań nad APN, w 2008 r. system ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych znalazł się pod silną presją finansową i organizacyjną, wynikającą zarówno z globalnego kryzysu ekonomicznego, jak i narastających problemów strukturalnych, takich jak niedobór lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, starzenie się populacji oraz rosnące obciążenie chorobami przewlekłymi. Odpowiedzią na te wyzwania było systemowe wzmocnienie roli pielęgniarek APN, szczególnie NP, jako kluczowych dostawców świadczeń w obszarach największej luki systemowej.

Istotnym punktem zwrotnym było opublikowanie raportu *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health* przez Institute of Medicine w 2010 r. [55], który jednoznacznie wskazał na konieczność pełnego wykorzystania kompetencji APN, w tym rozszerzenia autonomii klinicznej, jako warunku poprawy dostępności, jakości i efektywności kosztowej opieki zdrowotnej. Od tego momentu wdrażanie APN w Stanach Zjednoczonych nabrało charakteru strategicznego, a nie jedynie zawodowego czy pilotażowego. Najważniejszym obszarem rozwoju APN po 2008 r. stała się podstawowa opieka zdrowotna (*primary care*). Pielęgniarki praktyki (NP) zaczęły odgrywać kluczową rolę w prowadzeniu pacjentów stabilnych i przewlekle chorych, zarówno w środowisku miejskim, jak i na obszarach wiejskich oraz w społecznościach doświadczających nierówności zdrowotnych. Liczne badania wykazały, że opieka świadczona przez APN w POZ charakteryzuje się porównywalnymi, a w wielu przypadkach lepszymi wynikami zdrowotnymi w porównaniu z opieką lekarską, przy jednocześnie niższych kosztach oraz wysokiej satysfakcji pacjentów [7, 57].

Drugim priorytetowym obszarem była opieka nad pacjentami z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, przewlekła obturacyjna choroba płuc (COPD), niewydolność serca czy choroby nerek. Pielęgniarki APN przejęły istotną rolę w zarządzaniu leczeniem w chorobach przewlekłych, edukacji pacjentów, monitorowaniu statusu zdrowotnego oraz zapobieganiu zaostrzeniom choroby. Wdrożenie tych modeli opieki przyczyniło się do istotnego zmniejszenia liczby hospitalizacji i rehospitalizacji, ograniczenia liczby wizyt na oddziałach ratunkowych oraz poprawy kontroli chorób przewlekłych, co miało bezpośrednie przełożenie na redukcję kosztów systemowych [58].

Kolejnym obszarem intensywnego rozwoju APN była opieka nad osobami starszymi, w szczególności w ramach opieki długoterminowej, domowej oraz opieki przejściowej (*transitional care*). W kontekście programów *Medicare*, ukierunkowanych na redukcję rehospitalizacji w ciągu 30 dni od wypisu ze szpitala, APN odegrały kluczową rolę w koordynacji opieki pomiędzy szpitalem a środowiskiem domowym pacjenta. Modele te wykazały istotną skuteczność zarówno kliniczną, jak i ekonomiczną, zwłaszcza w populacji pacjentów z wielochorobowością [58].

Równolegle, podobnie jak w Zjednoczonym Królestwie i Irlandii czy Szwajcarii, rozwijała się rola APN w „opiece niezaplanowanej” (*Unscheduled Care* – sytuacje nagłe, niezaplanowane wizyty w POZ) oraz w oddziałach ratunkowych, gdzie NP



Rycina 1. Model PEPPA (Participatory, Evidence-Based, Patient-Centred Process) rozwoju, wdrażania i oceny ról pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN) tłumaczenie autor, na podstawie [53]

Tabela II. Model PEPPA – zastosowanie w praktyce pielęgniarskiej

Etap	Nazwa etapu	Cel	W praktyce
1.	Określenie populacji i problemu zdrowotnego	Zidentyfikowanie realnej potrzeby zdrowotnej	Analiza epidemiologiczna, obciążenie chorobą (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca), dostępność świadczeń, kolejki, rehospitalizacje
2.	Identyfikacja interesariuszy	Zapewnienie współuczestnictwa wszystkich stron	Pacjenci, pielęgniarki, lekarze, dyrektorzy, płatnik, Ministerstwo Zdrowia, samorządy
3.	Ocena aktualnego modelu opieki	Wskazanie luk w systemie	Analiza ścieżki pacjenta, fragmentacja opieki, dublowanie procedur, brak koordynacji
4.	Identyfikacja nieoptymalnych wyników	Uzasadnienie potrzeby zmiany	Rehospitalizacje, powikłania, niezadowolenie pacjentów, wysokie koszty
5.	Określenie nowego modelu opieki	Zaprojektowanie roli APN	Zakres kompetencji APN, odpowiedzialność kliniczna, miejsce w zespole
6.	Definicja roli APN	Precyzyjne określenie zadań	Diagnoza, ordynacja, edukacja, koordynacja, <i>follow-up</i> , EBP
7.	Plan wdrożenia	Realne uruchomienie roli	Rekrutacja, szkolenie, mentoring, regulacje, finansowanie
8.	Plan ewaluacji	Mierzenie efektów	Wskaźniki: jakość, rehospitalizacja, koszty, satysfakcja
9.	Wdrożenie	Uruchomienie APN w praktyce	Start pracy klinicznej APN
10.	Ocena wpływu	Sprawdzenie skuteczności	Analiza kliniczna, ekonomiczna i organizacyjna
11.	Długofalowe utrzymanie	Trwałość rozwiązania	Finansowanie systemowe, rozwój kompetencji, skalowanie modelu

APN (*Advanced Practice Nursing*) – zaawansowana praktyka pielęgniarska; EBP (*evidence-based practice*) – praktyka oparta na wynikach badań.

przejęli prowadzenie pacjentów o niskiej i średniej pilności, usprawniając triaż oraz przepływ pacjentów. Działania te przyczyniły się do skrócenia czasu oczekiwania, poprawy dostępności świadczeń oraz redukcji kosztów związanych z nadmiernym wykorzystaniem wysokospecjalistycznej opieki szpitalnej [58].

Implementacja zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej – efektywność

Pełen zakres niezależnej praktyki APN w POZ występuje przede wszystkim w krajach anglosaskich, takich jak: Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Kanada i Australia, jak i w krajach nordyckich, gdzie APN posiadają szeroką autonomię kliniczną we wszystkich kluczowych domenach (leczenie, diagnostyka, choroby przewlekłe, opieka zdalna). Wysoki poziom samodzielności obserwuje się również w Estonii i Islandii, szczególnie w zakresie opieki w chorobach przewlekłych i dostarczaniu świadczeń cyfrowych (teleopieka). *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) wskazuje jednocześnie na dynamiczne poszerzanie zakresu praktyki w ostatnich trzech latach w takich krajach jak Czechy, Estonia, Finlandia, Francja, Hiszpania i Litwa, zwłaszcza w obszarze telemedycyny, zarządzania chorobami

przewlekłymi oraz uprawnień związanych ze szczepieniami i testami diagnostycznymi. Rozszerzenia te są często odpowiedzią na niedobory kadrowe i rosnące zapotrzebowanie na opiekę w POZ. Natomiast w krajach takich jak Polska, Portugalia, Słowacja czy Szwajcaria zakres praktyki APN pozostaje ograniczony, a OECD nie identyfikuje tam istotnego poszerzenia autonomii APN w ostatnich latach, szczególnie w obszarach decyzyjnych i terapeutycznych [4]. W tych systemach rola APN koncentruje się głównie na zadaniach wspierających, bez pełnej niezależności klinicznej.

Jednym z kluczowych elementów oceny skutecznego wdrażania APN jest jej pomiar za pomocą KPI. Umożliwia to obiektywną ocenę wpływu nowej roli na wyniki kliniczne, organizacyjne i ekonomiczne systemu ochrony zdrowia. Bez systematycznego monitorowania KPI wdrażanie APN pozostaje działaniem opisowym lub pilotażowym, trudnym do uzasadnienia na poziomie decyzyjnym i finansowym [59]. Kluczowe wskaźniki efektywności pozwalają wykazać związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy strukturą (kompetencje i autonomia APN), procesem (sposób realizacji opieki) a wynikami (model Donabedian). Dzięki temu możliwe jest potwierdzenie, że obserwowane zmiany w jakości

opieki, bezpieczeństwie pacjentów czy kosztach nie są efektem czynników losowych, lecz bezpośrednim rezultatem wdrożenia APN. Pomiar KPI umożliwia porównywalność – zarówno w czasie (przed i po wdrożeniu), jak i pomiędzy jednostkami organizacyjnymi czy regionami [60]. Jest to szczególnie istotne w systemach finansowanych ze środków publicznych, gdzie decyzje dotyczące skalowania nowych modeli opieki muszą być oparte na twardych danych. Kluczowe wskaźniki efektywności są także niezbędne do uzasadnienia finansowania. Podkreślić należy, że w kontekście kierunku *Value-Based Healthcare* [61] oraz ograniczonych zasobów systemowych, płatnicy publiczni oczekują dowodów, że inwestycja w APN prowadzi do mierzalnych korzyści, takich jak np. redukcja rehospitalizacji, skrócenie długości pobytu w szpitalu czy obniżenie kosztów opieki. Bez KPI APN pozostaje kosztem; z KPI staje się inwestycją o określonym zwrocie (ROI) [62, 63]. Ponadto systematyczny pomiar KPI wspiera zarządzanie jakością i rozwój praktyki pielęgniarstwa. Dane wynikowe pozwalają na bieżące korygowanie modelu opieki, identyfikację barier wdrożeniowych oraz rozwój kompetencji APN w obszarach o największym wpływie klinicznym i ekonomicznym [61].

Dokumentowanie wyników, to wskazywanie rezultatów wynikających z cech strukturalnych systemu (np. kompetencje APN, organizacja opieki), procesów opieki (np. koordynacja, edukacja, monitorowanie) i interwencji klinicznych podejmowanych wobec określonej populacji [64]. Ocena wyników dostarcza danych niezbędnych do potwierdzenia

wpływu decyzji klinicznych, oceny procesów realizacji opieki, oceny skuteczności ukierunkowanych interwencji (APN). Dzięki ocenie wyników możliwe jest podejmowanie decyzji opartych na informacjach pochodzących z badań, modyfikowanie modelu opieki, wykazanie wartości klinicznej i ekonomicznej. Miary wyników (*outcome measures*) służą więc do oceny poprawy wyników zdrowotnych, odzwierciedlenia rzeczywistych efektów opieki, a nie tylko jej realizacji [65]. Na potrzeby implementacji modelu APN można wskazać trzy ich główne obszary, których przykłady przedstawiono w tabeli III.

Należy dostrzec, że nie istnieje jedna miara, która oddaje pełny obraz wyników opieki. Poprawa wyników wymaga jednoczesnej poprawy procesów opieki, monitorowania wielu wskaźników, łączenia wyników klinicznych, organizacyjnych i ekonomicznych. Aby jednak ocena wyników była wiarygodna i użyteczna, miary muszą posiadać jasną definicję koncepcyjną (co mierzymy), definicję operacyjną (jak mierzymy), być rzetelne i trafne oraz opierać się na różnych źródłach danych, m.in.: dokumentacja medyczna, samoocena pacjentów i personelu, obserwacje kliniczne czy dane z programów poprawy jakości (QI) [66]. W osobocentrycznym modelu, charakterystycznym dla praktyki APN, wyróżniono trzy główne typy miar raportowanych przez pacjentów: PROM, PREM oraz HLS [67]. Miara PROM (*patient-reported outcome measure*) była stosowana do oceny stanu zdrowia pacjenta i obejmowała kondycję fizyczną, dobrostan oraz funkcjonowanie psychiczne, a także trudności fizyczne i psychiczne związane z chorobą, objawy, funkcjonowanie społeczne oraz

Tabela III. Przykłady indyktorów wyników efektywności opieki

Wyniki pacjenta (<i>patient outcomes</i>)	Wyniki personelu (<i>clinician outcomes</i>)	Wyniki organizacyjne i finansowe (<i>fiscal outcomes</i>)
<ul style="list-style-type: none"> spadek liczby upadków redukcja powikłań i zakażeń poprawa funkcjonowania i jakości życia skuteczniejsze leczenie depresji zmniejszenie zapalenia płuc związanych z wentylacją poprawa zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego (ADL) 	<ul style="list-style-type: none"> wzrost wiedzy i kompetencji (np. w leczeniu bólu) poprawa jakości decyzji klinicznych większa satysfakcja zawodowa lepsza współpraca zespołowa 	<ul style="list-style-type: none"> skrócenie długości hospitalizacji redukcja kosztów opieki ograniczenie rehospitalizacji oszczędności kosztowe i korzyści ekonomiczne (<i>cost-benefit</i>)
Przykład 1. Urazy po upadkach <ul style="list-style-type: none"> definicja koncepcyjna: liczba nieplanowanych upadków pacjentów definicja operacyjna: liczba upadków na 1000 osobodni ($\text{liczba upadków} \times 1000 / \text{liczba dni hospitalizacji}$). 	Przykład 2. Wiedza pielęgniarek nt. leczenia bólu <ul style="list-style-type: none"> definicja koncepcyjna: poziom wiedzy klinicznej definicja operacyjna: wynik testu przed i po szkoleniu ($\text{liczba poprawnych odpowiedzi} / \text{liczba pytań testowych}$) 	

przestrzeganie procedur terapeutycznych. Z kolei PREM (*patient-reported experience measure*) jest narzędziem umożliwiającym obiektywny pomiar doświadczeń pacjenta związanych z korzystaniem ze świadczeń opieki zdrowotnej, takich jak terminowość wizyt czy otrzymywanie zaleceń. Kryteria oceny obejmują czas oczekiwania na świadczenia, dostępność oraz łatwość korzystania z usług opieki zdrowotnej, zaangażowanie zarówno pacjenta, jak i świadczeniodawcy w podejmowanie decyzji terapeutycznych, znajomość planów leczenia oraz ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych, jakość komunikacji, wsparcie w zarządzaniu chorobą przewlekłą oraz skłonność do rekomendowania danej usługi rodzinie i znajomym [68, 69]. Natomiast trzecia miara – HLS (*Health Literacy Survey*) – opisuje umiejętności, wiedzę oraz poczucie pewności siebie pacjenta w zakresie samoopieki i rozumienia własnego stanu zdrowia. Służy ona do oceny kompetencji zdrowotnych pacjenta na podstawie odpowiedzi na pytania dotyczące choroby, przekonań, poczucia własnej skuteczności lub samodzielności. Kompetencje zdrowotne (*health literacy*) oznaczają zdolność jednostki do podejmowania świadomych decyzji zdrowotnych w codziennym życiu – w domu i w pracy. Obejmują one również funkcjonowanie w systemie opieki zdrowotnej, na rynku oraz w obszarze polityki zdrowotnej [70], co może kształtować APN, w procesie zarządzania przypadkiem.

Modele regulacji w zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej

Istnieje szereg podejść do uregulowania roli APN. Nie zawsze zaczyna się od statusu prawnego, w niektórych krajach nadal APN jest nieuregulowane pomimo dość rozwiniętej praktyki. Więcej można dowiedzieć się z Raportu EFN [12], który identyfikuje cztery główne modele regulacji APN funkcjonujące w krajach europejskich (tab. IV).

Dyskusja

Główną barierą rozwoju APN w Polsce nie jest brak kompetencji pielęgniarek, lecz brak systemowego uznania autonomii klinicznej jako podstawy odpowiedzialności zawodowej, brak odrębnych ram regulacyjnych dla ról APN oraz brak mechanizmów finansowania opartych na wynikach zdrowotnych. Przedstawiona analiza potwierdza, że APN stanowi skuteczną odpowiedź na wyzwania związane z organizacją i jakością opieki nad pacjentami z sytuacjami przewlekłymi [40, 59]. Wyniki przeglądu literatury oraz doświadczenia międzynarodowe wskazują, że APN osiągają największą efektywność kliniczną i organizacyjną w obszarach wymagających kompleksowego, długoterminowego i skoordynowanego podejścia do pacjenta, co w pełni odpowiada specyfice leczenia ran przewlekłych [7, 40, 43, 71].

Jednym z kluczowych wniosków płynących z analizy jest znaczenie jasno zdefiniowanej autonomii

Tabela IV. Modele regulacji APN w Europie na podstawie Raportu EFN (2025)

Regulacja ustawowa (<i>statutory regulation</i>) – 8 krajów	Regulacja mieszana (<i>mixed regulatory model</i>)	Regulacja oparta na organizacjach zawodowych lub standardach profesjonalnych	Brak dedykowanej regulacji APN
W tym modelu rola APN jest jednoznacznie określona w przepisach prawa krajowego, obejmujących definicję roli, minimalne wymagania edukacyjne (najczęściej poziom magisterski), zakres kompetencji oraz zasady odpowiedzialności zawodowej. Taki model przyjęły m.in. Belgia, Estonia, Irlandia, Litwa, Malta, Norwegia, Słowenia oraz Holandia. Regulacja ustawowa sprzyja wysokiemu poziomowi autonomii APN oraz stabilności roli w systemie ochrony zdrowia	Model ten łączy przepisy ustawowe z nadzorem niezależnych regulatorów oraz organizacji zawodowych. Przykładem są Holandia i Słowacja, gdzie regulacja APN opiera się jednocześnie na prawie państwowym, rejestrach zawodowych oraz monitorowaniu kompetencji przez samorząd pielęgniarski	To model, który jest dostępny w części krajów, gdzie definicje i standardy APN istnieją, lecz nie są osadzone w dedykowanych aktach prawnych. Rola APN opiera się wówczas na wytycznych organizacji zawodowych, programach kształcenia lub lokalnych rozwiązaniach organizacyjnych. Taki stan występuje m.in. w Danii, Szwajcarii (poza regulacjami kantonalnymi) oraz w Zjednoczonym Królestwie, gdzie trwają prace nad ujednoczeniem regulacji na poziomie krajowym. Wielka Brytania natomiast formalnie rozpoczęła proces regulacji zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej, w ramach którego <i>Nursing and Midwifery Council</i> opracowuje zasady i standardy regulacyjne. Nowe <i>Principles for advanced practice</i> [78] zostały uchwalone w 2025 r., lecz pełna regulacja standardów zawodowych i programowych ma wejść w życie dopiero w kolejnych latach (planowane do 2027 r.). Proces ten obejmuje konsultacje publiczne oraz rozwój kryteriów rejestracyjnych i edukacyjnych dla APN [79]	Brak dedykowanej regulacji APN jest także normą w niektórych krajach europejskich, gdzie APN nie posiada odrębnych ram prawnych ani regulacyjnych. W takich systemach elementy zaawansowanej praktyki są realizowane fragmentarycznie lub w ramach innych ról pielęgniarskich, bez formalnego uznania APN jako odrębnej kategorii zawodowej. Takim przykładem może być praktyka pielęgniarska w Polsce

klinicznej APN [72, 73]. Kraje takie jak Stany Zjednoczone [74], czy Irlandia [75] pokazują, że możliwość samodzielnej oceny statusu zdrowotnego pacjenta, podejmowania decyzji terapeutycznych w ramach ustalonych standardów oraz koordynacji opieki pomiędzy różnymi poziomami systemu ochrony zdrowia bezpośrednio przekłada się na poprawę wyników leczenia. Analiza porównawcza OECD [4] wskazuje, że formalne przyznanie wybranych kompetencji pielęgniarkom w Polsce, takich jak ordynacja określonych leków czy wykonywanie szczepień, nie przełożyło się na pełny zakres niezależnej praktyki charakterystyczny dla roli APN. Kluczowym czynnikiem odróżniającym Polskę od krajów o wysokiej autonomii APN (np. Wielkiej Brytanii, Kanady czy Stanów Zjednoczonych) jest brak spójnej, systemowej regulacji roli APN [35], obejmującej jasną definicję zakresu praktyki, odpowiedzialności klinicznej oraz miejsca APN w strukturze podstawowej opieki zdrowotnej. W efekcie przyznane kompetencje funkcjonują fragmentarycznie jako rozszerzenia tradycyjnej roli pielęgniarki, a nie elementy zintegrowanego modelu zaawansowanej praktyki [4]. Ponadto OECD podkreśla, że w krajach o pełnym zakresie APN kluczowe znaczenie ma nie tylko prawo do wykonywania określonych czynności, lecz także autonomia decyzyjna w zakresie diagnozy, planowania leczenia, kierowania pacjentów oraz zarządzania opieką nad chorobami przewlekłymi. W Polsce obszary te pozostają w dużej mierze zależne od decyzji lekarskich lub organizacyjnych, co ogranicza możliwość samodzielnego wykorzystania kompetencji takich jak preskrypcja czy szczepienia w ramach całościowej ścieżki opieki. Dodatkowo brak dedykowanego finansowania świadczeń realizowanych przez APN oraz niewyraźne umocowanie tej roli w kontraktowaniu POZ skutkują niską motywacją instytucjonalną do rozwoju zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej [4]. W konsekwencji Polska, mimo formalnego rozszerzenia wybranych kompetencji pielęgniarek [76], pozostaje w grupie krajów, w których OECD nie identyfikuje istotnego poszerzenia niezależnej praktyki APN w ostatnich latach. Przykład ten potwierdza, że skuteczny rozwój APN wymaga nie tylko zmian punktowych w zakresie uprawnień, lecz przede wszystkim spójnych ram prawnych, organizacyjnych i finansowych, które umożliwiają realne wykorzystanie potencjału tej roli w podstawowej opiece zdrowotnej [17, 20, 22].

Istotnym elementem wdrażania APN jest także zastosowanie ustrukturyzowanych modeli implementacyjnych, takich jak PEPPA [77], które umożliwiają

systematyczne zaplanowanie, wdrożenie i ocenę nowych ról zawodowych. Model ten pozwala na identyfikację rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji, zaangażowanie interesariuszy oraz monitorowanie efektów wdrożenia na poziomie klinicznym, organizacyjnym i ekonomicznym.

Analiza podkreśla również kluczową rolę systematycznego pomiaru wyników opieki (*outcomes*) oraz KPI. Doświadczenia krajów, w których wdrażanie APN zostało powiązane z obowiązkową ewaluacją efektów, jednoznacznie wskazują, że tylko mierzalne dane umożliwiają ocenę rzeczywistego wpływu nowych modeli opieki.

Należy jednoznacznie podkreślić, że obecny etap rozwoju zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w Polsce dotyczy raczej kandydatów do APN, a nie pełnego wdrożenia tej roli w rozumieniu międzynarodowych standardów. Doświadczenia krajów, które skutecznie wdrożyły APN, wskazują, że zaawansowana praktyka nie jest nadawana na podstawie samego doświadczenia zawodowego ani ukończenia specjalizacji, lecz wymaga spełnienia jasno określonych kryteriów edukacyjnych, formalnych i egzaminacyjnych i udziału międzynarodowych ekspertów [5, 30].

Przykłady międzynarodowe, w tym model irlandzki [5], pokazują, że nawet pielęgniarki z wieloletnim doświadczeniem klinicznym stają się pielęgniarkami zaawansowanej praktyki dopiero po przejściu sformalizowanej ścieżki kształcenia oraz pozytywnym zaliczeniu egzaminów potwierdzających kompetencje kliniczne. Taki model jest obecnie standardem w krajach wdrażających APN i wyznacza kierunek, który musi zostać przyjęty również w Polsce. Oznacza to konieczność zaprojektowania spójnej ścieżki rozwoju, obejmującej kształcenie na poziomie studiów magisterskich, jasno zdefiniowane kompetencje, mechanizmy oceny efektów oraz systemowe umocowanie roli, tak aby zaawansowana praktyka pielęgniarska mogła funkcjonować jako realny i trwały element systemu ochrony zdrowia.

Ograniczenia

Ograniczeniem niniejszej pracy jest jej przeglądowo-koncepcyjny charakter oraz brak danych pierwotnych pochodzących bezpośrednio z polskich realiów klinicznych. Niemniej jednak przedstawione doświadczenia międzynarodowe stanowią wartościowy punkt odniesienia dla planowania wdrożeń APN w Polsce. Dalsze badania empiryczne, obejmujące ocenę wyników klinicznych i ekonomicznych w polskich warunkach, są niezbędne dla pełnej oceny

skuteczności tego modelu opieki, jak również sięganie po rozwiązania sprawdzone i najlepiej opisane w badaniach naukowych, jako podstawie wdrażania rozwiązań systemowych.

Wnioski

Doświadczenia Stanów Zjednoczonych po 2008 r. (ale nie tylko) potwierdzają, że wdrażanie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w obszarach największej luki systemowej, przy zapewnieniu odpowiedniej autonomii klinicznej, prowadzi do poprawy wyników zdrowotnych pacjentów oraz zwiększenia efektywności kosztowej systemu ochrony zdrowia, co znajduje odzwierciedlenie również w rozwiązaniach przyjmowanych w Irlandii i Austrii, czy Szwajcarii.

Pomiar KPI stanowi warunek konieczny skutecznego wdrażania i utrzymania roli pielęgniarki zaawansowanej praktyki, co potwierdzają doświadczenia Irlandii, Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Kanady i Australii; bez systematycznej oceny wyników klinicznych, organizacyjnych i ekonomicznych wdrożenie APN nie może zostać uznane za trwałe ani skalowalne rozwiązanie systemowe.

Implikacje do praktyki dla Polski

Wdrożenie APN w Polsce powinno koncentrować się na obszarach, w których występuje największa luka systemowa oraz najwyższe obciążenie kliniczne i organizacyjne. Doświadczenia międzynarodowe jednoznacznie wskazują, że APN osiągają największą skuteczność tam, gdzie opieka wymaga ciągłości, koordynacji oraz zaawansowanych kompetencji klinicznych, a dostęp do lekarzy jest ograniczony.

W praktyce oznacza to konieczność systemowego włączenia APN do zespołów zajmujących się leczeniem ran, zarówno w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych, jak i środowiskowych. Pielęgniarki zaawansowanej praktyki mogą pełnić kluczową funkcję w kompleksowej ocenie pacjenta, doborze i modyfikacji strategii leczenia ran, zapobieganiu powikłaniom, edukacji pacjentów i opiekunów oraz koordynacji opieki pomiędzy poziomami systemu ochrony zdrowia. Takie podejście sprzyja poprawie wyników klinicznych, skróceniu czasu gojenia ran oraz ograniczeniu liczby hospitalizacji i rehospitalizacji.

Dla skutecznego wdrożenia APN w Polsce niezbędne jest jasne określenie zakresu kompetencji i odpowiedzialności klinicznej, w tym autonomii decyzyjnej w ramach ustalonych standardów postępowania. Równolegle konieczne jest zapewnienie spójnych ścieżek kształcenia na poziomie studiów magisterskich oraz powiązanie rozwoju kompetencji

z rzeczywistymi potrzebami klinicznymi, w tym leczeniem ran przewlekłych.

Kluczowym elementem wdrożenia APN w polskich realiach powinien być systematyczny pomiar efektów opieki, oparty na jasno zdefiniowanych wskaźnikach klinicznych, organizacyjnych i ekonomicznych. Monitorowanie takich parametrów, jak czas gojenia ran, częstość powikłań, rehospitalizacji, satysfakcja pacjentów oraz koszty leczenia, umożliwi ocenę skuteczności nowych modeli opieki i stanowić będzie podstawę do ich dalszego doskonalenia oraz skalowania.

Z perspektywy systemowej wdrażanie APN w leczeniu ran może stanowić realne narzędzie poprawy efektywności opieki zdrowotnej w Polsce, wpisujące się w założenia opieki opartej na wartości (*Value-Based Healthcare*). Warunkiem powodzenia jest jednak traktowanie APN nie jako rozwiązania doraźnego, lecz jako elementu długofalowej strategii rozwoju kadr medycznych, ukierunkowanej na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwa pacjentów oraz racjonalne wykorzystanie zasobów publicznych. Wdrażanie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej nie jest sprintem ani jednorazową reformą, lecz wieloetapowym, wielokilometrowym maratonem systemowym, wymagającym konsekwencji, stabilnych ram regulacyjnych, długofalowych inwestycji w kompetencje oraz cierpliwego budowania zaufania do autonomii klinicznej pielęgniarek.

Piśmiennictwo

1. Delamaire M-L, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. OECD Health Working Papers 2010. Dostępne na: 10.1787/5kmbrcfms5g7-en.
2. Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. ECD Health Working Papers 165. Paris 2024. Dostępne na: DOI: 10.1787/8E10AF16-EN.
3. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M i wsp. International Council of Nurses Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020. International Council of Nurses, Geneva 2020.
4. Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. OECD Health Working Papers 2024. DOI: 10.1787/8e10af16-en.
5. Naomi E, Fleming S, Daly L i wsp. Final Evaluation Report on the Impact of Implementing the Draft Policy on Graduate Specialist and Advanced Nursing Practice. Dublin 2020.
6. AANP. A Behind-the-Scenes Look at the 2025 Nurse Practitioner Count. AANP 2025. i wsp. Dostępne na: https://www.aanp.org/news-feed/a-behind-the-scenes-look-at-the-2025-nurse-practitioner-count?utm_source (dostęp: 5.02.2026).
7. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K i wsp. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Pract* 2015; 21: 763–781. DOI: 10.1111/JEP.12401.
8. De Raeve P, Davidson PM, Bergs J i wsp. Advanced practice nursing in Europe-Results from a pan-European survey of 35 countries. *J Adv Nurs* 2024; 80: 377–386. DOI: 10.1111/JAN.15775.

9. EFN. EFN Guideline for the implementation of Article 31 of the Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. EFN Competency Framework Adopted at the EFN General Assembly, April 2015. EFN Brussels 2015.
10. European Federation of Nurses Associations (EFN). Evidence Based Guidelines for Nursing and Social Care on eHealth Services Advanced Roles. Brussels 2015.
11. EFN. EFN Workforce Matrix 3+1 Executive Summary. 2015.
12. European Federation of Nurses Associations. Advanced Practice Nursing Survey Report Background. 2025.
13. Kilańska D. Report from 24 Quadrennial Congress of the International Council of Nurses (ICN) "Leading Change: Building Healthier Nations", which was held from June 30 to July 4, 2009 in Durban, South Africa. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 263–271.
14. Goodyear RT. The scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse. International Council of Nurses 2008.
15. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie wprowadzenia kształcenia Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki (APN) na drugim poziomie studiów pielęgniarskich. Warszawa 2011.
16. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Stanowisko XI Kongresu Pielęgniarek Polskich w sprawie rozwoju nowych ról i kompetencji w pielęgniarstwie. 2012.
17. Kilańska D. Nowe role i zadania pielęgniarki w XXI wieku. *Gabinet Prywatny* 2012; 07/08: 48–56.
18. Kilańska D. Czy pielęgniarki staną na pierwszej linii frontu w POZ? *Menedżer Zdrowia* 2016; 2016: 66–73.
19. Kilańska D. Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki (APN) zakres, rola i kompetencje w kontekście pielęgniarstwa anestezyjologicznego. *Pielęgniarstwo Anestezyjologiczne - wybrane aspekty postępowania*. Bernardinum; Pelpin: 2011; 22–44.
20. Kilańska D. Pielęgniarka zaawansowanej praktyki i jej rola w systemie opieki zdrowotnej, cz. II. Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie 2018.
21. Kilańska D. Pielęgniarki liderami opieki długoterminowej. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18: 72–78.
22. Kilańska D. Ministerstwo Zdrowia. Nowe kompetencje pielęgniarek i położnych. Dokument opracowany w ramach projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Warszawa 2020.
23. NIPiP. Zaawansowana praktyka pielęgniarska, czyli jak wykorzystać kompetencje pielęgniarek i położnych z korzyścią dla pacjenta, systemu i płatnika. NIPiP 2024. Dostępne na: <https://nipip.pl/zaawansowana-praktyka-pielęgniarska-czyli-jak-wykorzystac-kompetencje-pielęgniarek-i-polozonych-z-korzyscia-dla-pacjenta-systemu-i-platnika/> (dostęp: 3.02.2026).
24. Konwent Przewodniczących NR PiP. APN – odpowiedź na informację podaną przez media. 2025.
25. Minister Zdrowia. Powołanie Zespołu do spraw określenia obszarów, w tym czynności zawodowych, w których może być realizowana zaawansowana. Praktyka pielęgniarek. Minister Zdrowia 2025.
26. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced practice nursing: A strategy for achieving universal health coverage and universal access to health. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25: e2826. DOI: 10.1590/1518-8345.1677.2826.
27. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press, Oxford, New York 2003.
28. Ljungbeck B, Sjögren Forss K, Finnbogadóttir H, Carlson E. Content in nurse practitioner education - A scoping review. *Nurse Educ Today* 2021; 98: 104650. DOI: 10.1016/j.nedt.2020.104650.
29. Hamric AB, Spross JA, Hanson CM. *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. 3rd ed. Saunders, Elizabeth City, North Carolina 2004.
30. Glarcher M, Dirksen A, Eßl-Maurer R i wsp. Long-term Role Sustainability of Advanced Practice Nurses: A World Café. *J Nurs Pract* 2025; 21: 105400. DOI: 10.1016/J.NURPRA.2025.105400.
31. Taylor I, Bing-Jonsson PC, Johansen E, Levy-Malmberg R, Fagerström L. The Objective Structured Clinical Examination in evolving nurse practitioner education: A study of students' and examiners' experiences. *Nurse Educ Pract* 2019; 37: 115–123. DOI: 10.1016/J.NEPR.2019.04.001.
32. European Federation of Nurses Association. *Advanced Practice Nursing (APN)*. Statement. EFN 2022.
33. Schumann L, Bird B, Pilane C, Duff E i wsp. Mapping of Advanced Practice Nursing Competencies from Nineteen Respondent Countries against the Strong Model of Advanced Practice Nursing (2000) and the International Council of Nurses (2008) Advanced Practice Nursing Competencies (2013–2017). 2019.
34. Canadian Nurses Association. *Advanced Practice Nursing 2026*. <https://www.cna-aaic.ca/en/nursing/advanced-nursing-practice> (accessed February 1, 2026).
35. Wheeler KJ, Miller M, Pulcini J, Gray D, Ladd E, Rayens MK. *Advanced Practice Nursing Roles, Regulation, Education, and Practice: A Global Study*. *Ann Glob Health* 2022; 88: 42. DOI: 10.5334/aogh.3698.
36. Lusk B, Cockerham A, Keeling A. Highlights from the history of advanced practice nursing in the United States. In: Tracy M, O'Grady E, editors. *Hamric and Hanson's advanced practice nursing*. 6th ed. Elsevier, New York 2019; 1–24.
37. Ladd E, Miller Mi, Wheeler K i wsp. A Global SWOT Analysis of Advanced Practice Nursing: Policy, Regulation, and Practice 2020. DOI: 10.21203/RS.3.RS-113320/V1.
38. Heale R, Rieck Buckley C. An international perspective of advanced practice nursing regulation. *Int Nurs Rev* 2015; 62: 421–429. DOI: 10.1111/INR.12193.
39. Dlamini CP, Khumalo T, Nkwanyana N, Mathunjwa-Dlamini TR, Macera L, Nsibandze BS, Kaplan L, Stuart-Shor EM. Developing and Implementing the Family Nurse Practitioner Role in Eswatini: Implications for Education, Practice, and Policy. *Ann Glob Health* 2020; 86: 50. DOI: 10.5334/aogh.2813.
40. Martin-Misener R, Harbman P, Donald F i wsp. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open* 2015; 5: e007167. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007167.
41. Lewandowski W, Adamle K. Substantive areas of clinical nurse specialist practice: a comprehensive review of the literature. *Clin Nurse Spec* 2009; 23: 73–90. DOI: 10.1097/NUR.0B013E31819971D0.
42. ONZ. *Cele Zrównoważonego Rozwoju* 2016. Dostępne na: <http://www.un.org.pl/> (dostęp: 19.02.2022).
43. Rodríguez-García A, Borrallo-Riego Á, Magni E, Guerra-Martín MD. Effectiveness of Advanced Practice Nursing Interventions on Diabetic Patients: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)* 2025; 13: 738. DOI: 10.3390/healthcare13070738.
44. Hurlock-Chorostecki C, McCallum J. Nurse Practitioner Role Value in Hospitals: New Strategies for Hospital Leaders. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2016; 29: 82–92. DOI: 10.12927/cjnl.2016.24895.
45. Canadian Nurses Association. *The Nurse Practitioner Position Statement*. Canadian Nurses Association 2016.
46. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P, Rafferty AM, Bruyneel L, McHugh M, Maier CB, Moreno-Casbas T, Ball JE, Ausserhofer D, Sermeus W; RN4CAST Consortium. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf* 2017; 26: 559–568. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-005567.
47. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health* 2016; 26: 927–934. DOI: 10.1093/eurpub/ckw098.
48. Bryant-Lukosius D, Carter N, Kilpatrick K, Martin-Misener R, Donald F, Kaasalainen S, Harbman P, Bourgeault I, DiCenso A. The clinical nurse specialist role in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)* 2010; 23 Spec No 2010: 140–166. DOI: 10.12927/cjnl.2010.22273.
49. Mick DJ, Ackerman MH. Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: application of the strong model of advanced practice. *Heart Lung* 2000; 29: 210–221. DOI: 10.1067/mhl.2000.106936.
50. Goodyear R (red.). *The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nurse*. Geneva 2008.

51. Bryant-Lukosius D, Wong FKY. International development of advanced practice nursing. W: Tracy M, O'Grady E (red.). Hamric & Hanson's advanced practice nursing. 6th ed. Elsevier 2019; 129–141.
52. Gray DC, Rogers M, Miller MK. Advanced practice nursing initiatives in Africa, moving towards the nurse practitioner role: Experiences from the field. *Int Nurs Rev* 2024; 71: 205–210. DOI: 10.1111/inr.12835.
53. Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs* 2004; 48: 530–540. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x.
54. Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. Health Workforce 2030: A Global Strategy on Human Resources for Health 2015.
55. Institute of Medicine (US) Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, at the Institute of Medicine. The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. National Academies Press (US), Washington (DC) 2011; 1–671. DOI: 10.17226/12956.
56. Glarcher M, Lex KM. Advanced Nursing Practice in Austria under consideration of outcome measurement. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2020; 155: 11–16. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.06.012.
57. Corones-Watkins K, Cooke M, Theobald K i wsp. Effectiveness of nurse-led clinics in the early discharge period after percutaneous coronary intervention: A systematic review. *Aust Crit Care* 2021; 34: 510–517. DOI: 10.1016/j.aucc.2020.10.012.
58. Kilpatrick K, Savard I, Audet LA i wsp. A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews protocol. *PLoS One* 2023; 18: e0280726. DOI: 10.1371/journal.pone.0280726.
59. Brady AM, Drennan J, Naomi E i wsp. Final Evaluation Report on the Impact of Implementing the Draft Policy on Graduate Specialist and Advanced Nursing Practice. Dublin 2020.
60. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris 2023.
61. Porter M, Teisberg-Olmsted E. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. I. Harvard Business School Press, Brighton, Massachusetts 2006.
62. Yakusheva O, Lee KA, Weiss M. The Nursing Human Capital Value Model. *Int J Nurs Stud* 2024; 160: 104890. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104890.
63. Yakusheva O, Rambur B, O'Reilly-Jacob M, Buerhaus PI. Value-based payment promotes better patient care, incentivizes health care delivery organizations to improve outcomes and lower costs, and can empower nurses. *Nurs Outlook* 2022; 70: 215–218. DOI: 10.1016/j.outlook.2021.12.012.
64. Hannah K, White PA, Kennedy MA, Hammell N. C-HOBIC – Standardized Information to Support Clinical Practice and Quality Patient Care across Canada. NI 2012: 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23–27, 2012. Montreal, Canada 2012; 2012: 142.
65. Burston S, Chaboyer W, Gillespie B. Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *J Clin Nurs* 2014; 23: 1785–1795. DOI: 10.1111/JOCN.12337.
66. Registered Nurses Association of Ontario. Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation®. Best Practice Guideline Program. Registered Nurses Association of Ontario 2006. Dostępne na: <https://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire> (dostęp: 17.07.2024).
67. National Quality Forum (NQF). National Voluntary Consensus Standards for Patient Outcomes: A Consensus Report. Washington 2011.
68. Weldring T, Smith SM. Patient-Reported Outcomes (PROs) and Patient-Reported Outcome Measures (PROMs). *Health Serv Insights* 2013; 6: 61–68. DOI: 10.4137/HSI.S11093.
69. Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ* 2017; 17: 137–144. DOI: 10.1093/bjaed/mkw060.
70. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F i wsp.; HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053–1058. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
71. 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.
72. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev Lat Am Enfermagem* 2017; 25: e2826. DOI: 10.1590/1518-8345.1677.2826.
73. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025. *JAMA* 2021; 292: 30.
74. Parker JM, Hill MN. A review of advanced practice nursing in the United States, Canada, Australia and Hong Kong Special Administrative Region (SAR), China. *Int J Nurs Sci* 2017; 4: 196–204. DOI: 10.1016/j.ijnss.2017.01.002.
75. Nursing and Midwifery Board of Ireland. Advanced Practice (Nursing) Standards and Requirements. Dublin 2017.
76. Kilańska D, Lipert A, Guzek M i wsp. Increased Accessibility to Primary Healthcare Due to Nurse Prescribing of Medicines. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 19: 292. DOI: 10.3390/ijerph19010292.
77. McNamara S, Giguère V, St-Louis L, Boileau J. Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: use of the PEPPA framework to achieve success. *Nurs Health Sci* 2009; 11: 318–325. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2009.00467.x.
78. Nursing and Midwifery Council. Principles for advanced practice. Nursing and Midwifery Council (NMC), London 2026.
79. Nursing & Midwifery Council. Advanced practice review – The Nursing and Midwifery Council. NMC 2025. Dostępne na: <https://www.nmc.org.uk/standards/future-standards/advanced-practice-review/?> (2.02.2026).