









# Ambulatoryjna opieka pielęgniarska w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich jako model zbliżony do *Advanced Practice Nursing*

## Ambulatory nursing care at the Dr. Stanisław Sakiel Burn Treatment Centre in Siemianowice Śląskie as a model comparable to *Advanced Practice Nursing*

Magdalena Szatan , Anna Hepa-Banasik ,  
Karolina Katarzyńska , Joanna Ambroziak-Łabuś,  
Jakub Kozioł, Wojciech Łabuś , Anna Słaboń ,  
Katarzyna Sommer 

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela  
w Siemianowicach Śląskich, Polska

Adres do korespondencji

Anna Słaboń, Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela  
w Siemianowicach Śląskich, ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice  
Śląskie, Polska, e-mail: [anna.slabon@clo.com.pl](mailto:anna.slabon@clo.com.pl)

Nadesłano: 3.03.2026; Zaakceptowano: 29.04.2026

### Streszczenie

**Wprowadzenie:** Zaawansowana praktyka pielęgniarska (*Advanced Practice Nursing* – APN) jest w wielu krajach elementem odpowiedzi systemowej na rosnące potrzeby zdrowotne, niedobory kadry medycznej oraz konieczność racjonalizacji kosztów. W Polsce APN nie jest w pełni wdrożona formalnie, jednak istnieją inicjatywy pilotażowe w obszarze leczenia ran.

**Cel pracy:** Analiza retrospektywna struktury świadczeń w Poradni Chirurgicznej działającej w strukturach Centrum Leczenia Oparzeń (CLO) w okresie 07.2020–12.2025, ze szczególnym uwzględnieniem udziału wizyt pielęgniarskich realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej (AOP) oraz porównanie organizacji i szacunkowych kosztów pracy zespołów.

**Materiał i metody:** Analiza retrospektywna danych zgromadzonych z rejestru poradni (liczba wizyt AOP i wizyt lekarskich w ujęciu rocznym) oraz opisu organizacji pracy (liczba gabinetów, czas slotów). Wykonano orientacyjne porównanie kosztu pracy na wizytę metodą time-driven na podstawie minimalnych wynagrodzeń zasadniczych (od 1.07.2025) i przeciętnego wynagrodzenia GUS za 2024 r.

**Wyniki:** W latach 07.2020–12.2025 zrealizowano łącznie 11 392 wizyty AOP. W latach 2021–2025 zrealizowano 41 712 wizyt lekarskich. Udział wizyt AOP w łącznej liczbie wizyt (AOP + lekarskie) w latach 2021–2025 wyniósł 20,96%. W AOP wizyty realizowane były samodzielnie przez pielęgniarkę w slotach 30-minutowych, natomiast wizyty lekarskie planowano co 15 minut z udziałem lekarza, pielęgniarki i często sekretarki. Szacunek kosztu pracy na wizytę (tylko wynagrodzenie zasadnicze) wskazuje na niższy koszt pracy w wizycie AOP w porównaniu z wizytą lekarską realizowaną w zespole.

### Abstract

**Introduction:** Advanced Practice Nursing (APN) constitutes, in many countries, a systemic response to increasing healthcare needs, shortages of medical personnel, and the necessity to rationalise healthcare expenditures. In Poland, APN has not yet been formally and fully implemented; however, pilot initiatives have been introduced in the field of wound care.

**Aim of the study:** To conduct a retrospective analysis of the structure of healthcare services provided in the Surgical Outpatient Clinic operating within the Centre for Burn Treatment (CLO) between July 2020 and December 2025, with particular emphasis on the proportion of nurse-led visits delivered as part of outpatient nursing care (AOP), as well as to compare the organisational structure and estimated workforce costs of care teams.

**Material and methods:** A retrospective analysis was performed using aggregated data obtained from the outpatient clinic registry (annual number of AOP visits and physician visits) and an assessment of work organisation parameters (number of consulting rooms, duration of appointment slots). An approximate time-driven cost comparison per visit was conducted based on statutory minimum base salaries (effective from 1 July, 2025) and the average national salary reported by Statistics Poland (GUS) for 2024.

**Results:** Between July 2020 and December 2025, a total of 11,392 AOP visits were performed. Between 2021 and 2025, 41,712 physician visits were conducted. The proportion of AOP visits among the total number of visits (AOP + physician visits) in the years 2021–2025 was 20.96%. AOP visits were conducted independently by a nurse in 30-minute appointment slots, whereas physician visits were scheduled at 15-minute intervals and involved a physician, a nurse, and often a medical secretary. The estimated labour cost

**Wnioski:** AOP stanowi znaczącą część działalności poradni i wykazuje cechy organizacyjne zbliżone do modeli APN opisywanych w literaturze. Formalne rozszerzenie kompetencji mogłoby usprawnić ścieżkę decyzyjną w opiece nad ranami trudnogojącymi się i wesprzeć efektywność systemu. Przesunięcie części świadczeń z poziomu wizyt lekarskich do wizyt realizowanych w ramach AOP może stanowić mechanizm wspierający pracę lekarzy specjalistów poprzez redukcję ich obciążenia zadaniami o charakterze rutynowym, przyczyniając się jednocześnie do skrócenia kolejek oraz poprawy efektywności kosztowej systemu, bez negatywnego wpływu na ciągłość opieki nad pacjentem.

**Słowa kluczowe:** zaawansowana praktyka pielęgniarska, ambulatoryjna opieka pielęgniarska, leczenie ran przewlekłych, poradnia chirurgiczna, analiza świadczeń.

per visit (based solely on base salary) indicated a lower workforce cost for AOP visits compared to physician visits delivered within a team-based model.

**Conclusions:** AOP constitutes a substantial component of outpatient clinic activity and demonstrates organisational features comparable to APN models described in the literature. Formal expansion of professional competencies could streamline clinical decision-making pathways in the management of hard-to-heal wounds and enhance overall system efficiency. Reallocation of selected services from physician-led visits to visits delivered within AOP may serve as a supportive mechanism for specialist physicians by reducing their workload related to routine tasks, while simultaneously contributing to shorter waiting times and improved cost-effectiveness of the healthcare system, without adversely affecting continuity of patient care.

**Key words:** Advanced Nursing Practice, Ambulatory Nursing Care, chronic wound treatment, surgical outpatient department, analysis of healthcare services.

## Wprowadzenie

Ambulatoryjna opieka pielęgniarska nad osobami z trudno gojącymi się i przewlekłymi ranami jest obszarem o wysokiej złożoności klinicznej (kompleksowości) i dużym obciążeniu organizacyjnym. Pacjenci wymagają regularnych wizyt kontrolnych, doboru zaawansowanych opatrunków, kompresjoterapii, edukacji oraz koordynacji diagnostyki i leczenia przyczynowego, oceny mikroperfuzji w ranie. W literaturze międzynarodowej rośnie liczba dowodów na to, że rozszerzone role pielęgniarek – w tym *Advanced Practice Nursing* (APN) – mogą poprawiać dostępność świadczeń, utrzymywać jakość porównywalną z modelami lekarskimi oraz przynosić korzyści ekonomiczne [1, 2]. Metaanaliza badań randomizowanych wykonana przez McMenamin i wsp. wskazuje na redukcję kosztów i korzystny wpływ na jakość opieki oraz satysfakcję pacjentów w modelach z udziałem APN [3]. Publikacja będąca sumą zebranych z dostępnej literatury przeglądów systematycznych wskazuje, że APN mogą być integrowane w wielu systemach ochrony zdrowia, z pozytywnymi efektami dotyczącymi wyników pacjentów i organizacji opieki [4].

W Polsce model funkcjonowania zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej nie jest w pełni uregulowany i wdrożony systemowo, jednak prowadzone są inicjatywy pilotażowe – m.in. w obszarze leczenia ran i przetok [5]. Jednocześnie organizacje międzynarodowe oraz analizy systemowe, takie jak Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) czy Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) wskazują, że

rozwój praktyk zaawansowanych jest odpowiedzią na niedobory kadr, rosnące potrzeby zdrowotne i konieczność racjonalizacji zasobów [6, 7]. W warunkach Poradni Chirurgicznej funkcjonującej w strukturach Centrum Leczenia Oparzeń (CLO) realizowana jest ambulatoryjna opieka pielęgniarska (AOP), która obejmuje głównie pacjentów z ranami przewlekłymi i powikłanymi ranami pooperacyjnymi, natomiast oparzenia stanowią mniejszą część populacji pacjentów przyjmowanych w ramach opieki ambulatoryjnej. W praktyce ambulatoryjna opieka pielęgniarska ma cechy modelu zbliżonego do APN w zakresie oceny, planowania, prowadzenia terapii miejscowej, edukacji i koordynacji opieki. Ograniczeniem pozostaje jednak brak formalnie uregulowanych kompetencji pielęgniarek w obszarach wymagających decyzji lekarskich (np. ordynacja wybranych leków, kierowanie na część badań, formalne skierowania pilne) [6].

Kompetencje pielęgniarki przygotowującej do samodzielnej pracy klinicznej nie ograniczają się do wykonania zleconej procedury. Standard kształcenia obejmuje m.in. przeprowadzenie kompleksowego badania podmiotowego i fizykalnego, postawienie diagnozy pielęgniarskiej, planowanie, realizację i ewaluację interwencji, prowadzenie edukacji zdrowotnej, dokumentowanie działań oraz dobór narzędzi oceny stanu pacjenta [8]. W odniesieniu do ran przewlekłych przekłada się to na ocenę pacjenta w ujęciu holistycznym (całościowym): analizę wyników badań, zebranie wywiadu, ocenę fazy gojenia i cech infekcji miejscowej lub ogólnej, ocenę chorób współistniejących, ryzyka niedokrwienia, stanu odżywienia, aktywności fizycznej i zdolności do samoopieki.

Zakres AOP realizowanej w CLO obejmuje decyzje pielęgniarskie dotyczące terapii miejscowej: dobór opatrunku specjalistycznego, antyseptyki, metody oczyszczania i opracowania rany, w tym oczyszczania narzędziowego i usuwania tkanek martwiczych w granicach kompetencji, kwalifikację oraz aplikację terapii podciśnieniowej (*negative pressure wound therapy* – NPWT), kwalifikację do larwoterapii, dobór kompresjoterapii oraz odciążenia w cukrzycowej chorobie stóp i odleżynach. Pielęgniarka prowadzi także edukację w zakresie diety, immunożywienia (żywienia wspierającego odporność i gojenie), higieny, aktywności fizycznej oraz kontroli czynników ryzyka. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia przewidują samodzielne udzielanie określonych świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, a także możliwość ordynowania określonych leków, wyrobów medycznych i wystawiania zleceń albo recept po spełnieniu warunków kwalifikacyjnych [9, 10].

Jednocześnie aktualny zakres uprawnień nie odpowiada w pełni modelowi APN: w sytuacji rozpoznania objawów wymagających decyzji lekarskiej lub pilnej eskalacji, np. podejrzenia krytycznego niedokrwienia, zatorowości, uogólnionej infekcji albo konieczności wdrożenia antybiotykoterapii spoza dostępnego zakresu, pielęgniarka musi skierować pacjenta do lekarza lub na pilną konsultację. To ograniczenie tworzy punkt krytyczny (wąskie gardło) ścieżki terapeutycznej, mimo że to pielęgniarka często jako pierwsza rozpoznaje pogorszenie stanu miejscowego lub ogólnego pacjenta.

## Cel pracy

Celem pracy była retrospektywna analiza struktury świadczeń w poradni chirurgicznej działającej w strukturach CLO w okresie 07.2020–12.2025, ze szczególnym uwzględnieniem udziału wizyt pielęgniarskich (AOP) oraz porównanie liczby i szacunkowych kosztów pracy zespołów realizujących wizyty lekarskie i pielęgniarskie.

## Materiał i metody

Przeprowadzono analizę retrospektywną danych zagregowanych (agregowanych) pochodzących z rejestru poradni chirurgicznej oraz gabinetów AOP w okresie 1.07.2020–31.12.2025. Uwzględniono roczną liczbę wizyt pielęgniarskich w ramach AOP oraz roczną liczbę wizyt lekarskich w poradni chirurgicznej. Dane z 2020 r. obejmują okres od lipca do grudnia.

Opisano organizację pracy poradni na podstawie tygodniowego rozkładu liczby czynnych gabinetów

oraz czasu planowania wizyt: w AOP – wizyty planowane co 30 minut, realizowane samodzielnie przez pielęgniarkę; w gabinetach lekarskich – wizyty planowane co 15 minut, realizowane przez lekarza z udziałem pielęgniarki, a w części dni dodatkowo z udziałem sekretarki medycznej (rejestratorki).

W ramach analizy kosztów zastosowano podejście *time-driven* (czasowo-zależne) oparte na minimalnych wynagrodzeniach zasadniczych określonych w przepisach dotyczących podmiotów leczniczych. Do wyliczeń przyjęto przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej za 2024 r. ogłoszone komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) (podstawa do naliczeń od 1.07.2025) [11]. Minimalne wynagrodzenie zasadnicze obliczono jako iloczyn współczynnika pracy i przeciętnego wynagrodzenia, zgodnie z ustawą [12]. Następnie oszacowano koszt pracy na wizytę, dzieląc wynagrodzenie miesięczne przez 168 godzin pracy miesięcznie (aproksymacja pełnego etatu) i mnożąc przez czas wizyty. Przedstawiono dwa warianty: 1) AOP realizowane przez pielęgniarkę z tytułem magistra i specjalizacją; 2) wariant minimalny z pielęgniarką o niższych kwalifikacjach; dla wizyty lekarskiej analogicznie uwzględniono lekarza specjalistę oraz pielęgniarkę i sekretarkę.

Ścieżka pacjenta w modelu organizacyjnym poradni była następująca: pacjent po wizycie u chirurga otrzymywał zlecenie (skierowanie wewnętrzne) do AOP, co umożliwiło rejestrację na wizytę pielęgniarską. Wizyta pierwszorazowa w AOP obejmowała m.in. wywiad, analizę wyników badań, dokumentację fotograficzną ran, planimetrię, pomiar wskaźnika kostka–ramię (*ankle-brachial index* – ABI), ocenę ryzyka infekcji i dobór planu terapii miejscowej. W zależności od obrazu klinicznego dobierano antyseptykę, opatrunki specjalistyczne, kompresjoterapię oraz zalecenia w zakresie odciążenia (szczególnie w cukrzycowej chorobie stóp). Pielęgniarki prowadziły intensywną edukację pacjenta i opiekunów w zakresie samoopieki: wykonywania zmiany opatrunków, higieny, żywienia (w tym podaży białka niezbędnego do przyśpieszenia procesu leczenia ran trudno gojących się) oraz zasad stosowania wyrobów uciskowych. W toku kolejnych wizyt pielęgniarka samodzielnie aktualizowała plan leczenia miejscowego, dobierała specjalistyczne opatrunki i metody oczyszczania, wykonywała opracowanie rany oraz, gdy obraz kliniczny tego wymagał, kwalifikowała pacjenta do kompresjoterapii, odciążenia, terapii podciśnieniowej lub pilnej konsultacji lekarskiej.

Organizacja pracy poradni przedstawiona została w tabeli I. W AOP większość wizyt odbywała się

w trybie samodzielnym, co oznacza konieczność równoległej realizacji wywiadu, procedur pielęgnacyjnych i dokumentacji medycznej przez jedną osobę. W gabinetach lekarskich wizyty realizowane były w krótszych slotach czasowych, z udziałem wieloosobowego zespołu.

## Wyniki

W analizowanym okresie AOP w poradni chirurgicznej rozwijała się etapowo: od uruchomienia w czerwcu 2020 r. (początkowo 1 pielęgniarka, następnie od sierpnia 2020 r. druga pielęgniarka) aż do zespołu liczącego 8 pielęgniarek na koniec 2025 r. Rozszerzanie zespołu następowało stopniowo, równoległe z ukończeniem szkoleń i kursów kwalifikacyjnych.

Profil pacjentów AOP obejmował przede wszystkim rany przewlekłe i powikłane: owrzodzenia troficzne o etiologii żylniej, tętniczej i mieszanej, odleżyny, rany w przebiegu cukrzycowej choroby stóp, rany pooperacyjne z zaburzeniem gojenia oraz inne rany trudnogojące się. Pacjenci z oparzeniami stanowili mniejszą część świadczeń ambulatoryjnych, ponieważ znaczny odsetek wymaga hospitalizacji.

W latach 07.2020–12.2025 zrealizowano łącznie 11 392 wizyt pielęgniarstwa AOP. W latach 2021–2025 zrealizowano łącznie 41 712 wizyt lekarskich. Udział wizyt AOP w łącznej liczbie wizyt (AOP + lekarskie) w latach 2021–2025 wyniósł 20,96%. Szczegółowe dane roczne przedstawiono w tabeli II oraz na rycinach 1–2.

Szacunkowe porównanie kosztów pracy zespołów (tab. III) wskazuje, że mimo dłuższego czasu trwania pojedynczej wizyty AOP (30 min), jednoosobowa realizacja świadczenia wiąże się z niższym kosztem pracy na pacjenta w porównaniu z wizytą lekarską realizowaną w zespole (lekarz + pielęgniarka + sekretarka medyczna) w slotach 15-minutowych. Należy podkreślić, że są to wartości orientacyjne oparte wyłącznie na minimalnym wynagrodzeniu zasadniczym, bez uwzględnienia narzutów pracodawcy i kosztów pośrednich.

**Tabela I.** Organizacja pracy poradni w ujęciu tygodniowym (liczba czynnych gabinetów, stan na rok 2025)

Dzień tygodnia	Gabinet AOP (1 pielęgniarka, wizyty co 30 min)	Gabinet lekarski (lekarz + pielęgniarka + sekretarka*, wizyty co 15 min)
Poniedziałek	2	3
Wtorek	2	2
Środa	2	4
Czwartek	4	3
Piątek	2	3

\* Obecność sekretarki/rejestratorki w gabinecie lekarskim zależna od organizacji pracy w danym dniu.

## Dyskusja

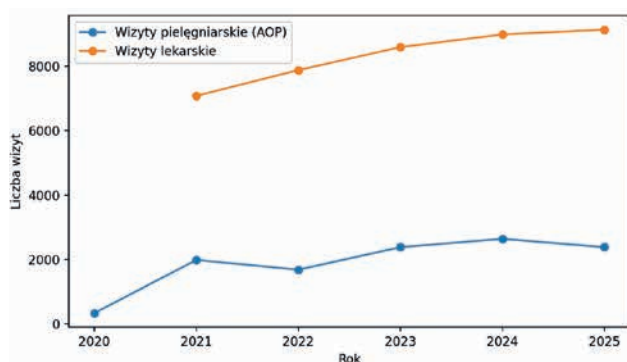
Analiza wykazała, że wizyty pielęgniarstwa AOP stanowią istotną część działalności poradni chirurgicznej w strukturach CLO (około 1/5 wszystkich wizyt w latach 2021–2025). Model AOP zapewnia regularną kontrolę rany, możliwość szybkiego wychwycenia pogorszenia stanu miejscowego rany oraz wysoką intensywność edukacji, co jest spójne z charakterystyką zaawansowanych ról pielęgniarstwa opisywanych w piśmiennictwie [13, 14]. Przeanalizowane przeglądy systematyczne wskazują, że w obszarze chorób przewlekłych modele oparte o personel pielęgniarstwa o poszerzonych kompetencjach mogą osiągać wyniki co najmniej porównywalne do wyników opieki lekarskiej w zakresie jakości i satysfakcji pacjentów [3, 15].

Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju podkreśla, że w krajach, które wprowadziły zadaniowy podział pracy (*task sharing*) między lekarzami i pielęgniarkami, rozwój APN jest postrzegany jako realna szansa na odpowiedź na rosnące potrzeby zdrowotne i ograniczenie presji na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i szpitale [6].

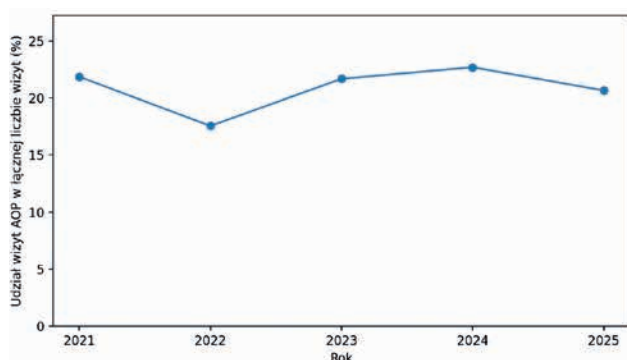
**Tabela II.** Liczba wizyt pielęgniarstwa (AOP) i lekarskich w okresie 07.2020–12.2025 oraz udział AOP w łącznej liczbie wizyt

Rok	Wizyty pielęgniarstwa AOP	Wizyty lekarskie	Razem	Udział AOP (%)
2020	332	Brak danych	Brak danych	Brak danych
2021	1981	7084	9065	21,85
2022	1679	7886	9565	17,55
2023	2380	8601	10 981	21,67
2024	2640	8996	11 636	22,69
2025	2380	9145	11 525	20,65

Uwaga: dane z 2020 r. obejmują okres od lipca do grudnia; w tym roku nie uwzględniono liczby wizyt lekarskich w analizie udziału AOP w latach 2021–2025.



**Rycina 1.** Łączna liczba wizyt pacjentów CLO w gabinetach Ambulatoryjnej Opieki Pielęgniarskiej i wizyt w gabinetach lekarskich w latach 2020–2025 (dane zbierane od lipca 2020 do grudnia 2025)



**Rycina 2.** Procentowy udział wizyt pacjentów w ramach Ambulatoryjnej Opieki Pielęgniarskiej w stosunku do łącznej liczby wizyt lekarskich w poradni chirurgii ogólnej i plastycznej CLO oraz AOP w latach 2021–2025

Światowa Organizacja Zdrowia w raporcie z 2025 r. akcentuje rolę pielęgniarek w wyrównywaniu nierówności w dostępie do świadczeń oraz wskazuje APN jako jeden z kluczowych kierunków rozwoju, obok edukacji pacjentów i wzrostu wynagrodzeń [7].

W analizowanym modelu AOP wiele czynności diagnostyczno-terapeutycznych odbywa się już w praktyce na poziomie zbliżonym do APN (planowanie terapii miejscowej, kwalifikacja do kompresjoterapii, dobór obciążań, prowadzenie terapii podciśnieniowej, ocena mikroperfuzji w naczyniach krwionośnych). Jednocześnie brak formalnej autonomii w zakresie podejmowania części decyzji medycznych powoduje konieczność dodatkowych wizyt lekarskich w sytuacjach wymagających szybkiej eskalacji leczenia (np. podejrzenie krytycznego niedokrwienia, potrzeba modyfikacji farmakoterapii). Z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta, skrócenie ścieżki decyzyjnej może mieć znaczenie, szczególnie u chorych z cukrzycą i chorobami naczyń obwodowych. Zakres ten obejmuje również rozpoznawanie cech infekcji miejscowej i ogólnej, ocenę fazy gojenia, dobór sposobu oczyszczania rany, usuwanie martwicy w granicach kompetencji, kwalifikację do larwoterapii oraz prowadzenie edukacji żywieniowej i dotyczącej aktywności fizycznej.

Wykonana analiza kosztów oparta na minimalnym wynagrodzeniu wskazuje, że świadczenia realizowane samodzielnie przez pielęgniarkę mogą być kosztowo korzystne w ujęciu kosztu pracy na wizytę. Wyniki te są zgodne z wnioskami metaanalizy, w której modele z udziałem APN wiązały się ze statystycznie istotnym obniżeniem kosztów całkowitych i kosztów bezpośrednich oraz redukcją readmisji [3]. W obszarach pokrewnych (opieka nad pacjentem oparzone, opieka po wypisie) udokumentowano skuteczność programów pielęgniarskich w poprawie wybranych wyników pacjentów [16]. Równolegle obserwuje się rosnący udział personelu medycznego zaawansowanej praktyki (*advanced practice providers*) w świadczeniach związanych z ranami

**Tabela III.** Szacunkowe porównanie kosztu pracy na wizytę (podejście time-driven) na podstawie minimalnych wynagrodzeń zasadniczych od 1.07.2025

Rodzaj świadczenia	Zespół	Czas wizyty (min)	Składowe minimalnego wynagrodzenia (zł/mies.)	Szacunkowy koszt pracy na wizytę (zł)
Wizyta pielęgniarska AOP	1 pielęgniarka	30	10 554,42	31,41
Wizyta pielęgniarska AOP (wariant minimalny)	1 pielęgniarka	30	7690,82	22,89
Wizyta lekarska	Lekarz specjalista + pielęgniarka + sekretarka	15	11 863,49 + 7690,82 + 6381,74	38,60
Wizyta lekarska (wariant z pielęgniarką z tytułem magistra i specjalizacją)	Lekarz specjalista + pielęgniarka + sekretarka	15	11 863,49 + 10 554,42 + 6381,74	42,86

Założenia: przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej za 2024 r. = 8181,72 zł [9]; współczynniki pracy zgodnie z ustawą [10]; 168 godzin pracy/mies. jako aproksymacja pełnego etatu; bez narzutów pracodawcy i kosztów pośrednich.

i oparzeniami w systemach, które formalnie dopuściły takie role [17, 18].

W kontekście polskim istotne jest, że istnieją już prace opisujące przygotowanie środowiska do wdrożenia APN i doświadczenia pilotażowe w leczeniu ran [5]. Przedstawione dane mogą stanowić argument za dalszym rozwijaniem AOP i tworzeniem formalnych ścieżek kompetencyjnych zbliżonych do APN w opiece ambulatoryjnej nad raną przewlekłą, z jednoczesnym określeniem standardów jakości, odpowiedzialności oraz zasad współpracy interdyscyplinarnej.

## Ograniczenia

Praca ma charakter retrospektywnej analizy danych zagregowanych z jednego ośrodka; nie obejmuje wyników klinicznych (np. czasu gojenia, odsetka nawrotów) ani miar jakości życia. Analiza kosztów ma charakter szacunkowy i opiera się wyłącznie na minimalnych wynagrodzeniach zasadniczych oraz przyjętej aproksymacji czasu pracy, bez kosztów pośrednich i narzutów pracodawcy.

## Wnioski

W analizowanej poradni udział wizyt pielęgniarskich AOP w latach 2021–2025 wyniósł około 21% wszystkich wizyt (AOP + lekarskie), co wskazuje na znaczący wkład pielęgniarek w realizację świadczeń ambulatoryjnych. Szacunkowa analiza kosztów pracy sugeruje, że jednoosobowa wizyta pielęgniarska może wiązać się z niższym kosztem pracy na pacjenta niż wizyta lekarska realizowana w zespole wieloosobowym, co stanowi przesłankę do dalszych analiz ekonomicznych. Przesunięcie części świadczeń z poziomu wizyt lekarskich na rzecz wizyt realizowanych w ramach AOP może przyczynić się do zmniejszenia obciążenia poradni specjalistycznych, skrócenia kolejek oraz poprawy efektywności kosztowej systemu, bez negatywnego wpływu na ciągłość opieki nad pacjentem.

## Postulaty

Zakres czynności realizowanych w AOP odpowiada wielu elementom modeli APN opisywanych w literaturze, a formalne rozszerzenie kompetencji mogłoby skrócić ścieżkę decyzyjną i usprawnić opiekę nad pacjentami z ranami trudno gojącymi się i przewlekłymi.

## Oświadczenia

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

## Piśmiennictwo

- Conover C, Richards R. Economic benefits of less restrictive regulation of advanced practice nurses in North Carolina. *Nurs Outlook*. 2015; 63: 585–592. DOI: 10.1016/j.outlook.2015.05.009.
- 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.
- Fajarini M, Setiawan A, Sung CM i wsp. Effects of advanced practice nurses on health-care costs, quality of care, and patient well-being: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud* 2025; 162: 104953. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104953.
- Kilpatrick K, Savard I, Audet LA i wsp. A global perspective of advanced practice nursing research: A review of systematic reviews. *PLoS One* 2024; 19: e0305008. DOI: 10.1371/journal.pone.0305008.
- Wieczorek-Wójcik B, Kowalska K, Leyk-Kolańczak M i wsp. Działania na rzecz rozwoju pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki w Polsce – projekt pilotażu APN w zakresie leczenia ran i przetok. *Leczenie Ran* 2024; 21: 92–97. DOI: 10.60075/lr.v21i3.77.
- Brownwood I, Lafortune G. Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. *OECD Health Working Papers*. 2024; (165). DOI: 10.1787/8e10af16-en.
- World Health Organization. State of the world's nursing report 2025. World Health Organization, Geneva 2025.
- Rozporządzenie Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (Dz.U. 2024 poz. 1514).
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (tekst jednolity: Dz.U. 2026 poz. 15 z późn. zm.).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2025 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz.U. 2025 poz. 821).
- Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2025 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2024 r. (Monitor Polski 2025).
- Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tekst jednolity: Dz.U. 2022 poz. 2139 z późn. zm.).
- Morrell S, Pittman G, Elliott R i wsp. Wound management provided by advanced practice nurses: a scoping review. *JBIEvid Synth* 2024; 22: 790–830. DOI: 10.11124/JBIES-23-00019.
- Sengul T, Yilmaz Akyaz D, Teleten O, Souza J, Kirkland-Kyhn H. The impact of nurse practitioner-led wound clinic for under-resourced populations: A retrospective study. *J Am Assoc Nurse Pract* 2025. DOI: 10.1097/JXX.0000000000001207.
- McMenamin A, Turi E, Schlak A, Poghosyan L. A Systematic Review of Outcomes Related to Nurse Practitioner-Delivered Primary Care for Multiple Chronic Conditions. *Med Care Res Rev* 2023; 80: 563–581. DOI: 10.1177/10775587231186720.
- Bayuo J, Wong FKY, Wong AKC, Baffour PK, Chung LYF. A comprehensive nurse-led aftercare programme addressing post-burn sexual well-being of adult burn survivors: a randomised controlled trial. *BMC Nurs* 2024; 23: 818. DOI: 10.1186/s12912-024-02461-3.
- Das RK, Jagasia PM, Bailey AE, Mubang R, Drolet BC. Advanced Practice Providers in Burn Care, 2013-2022. *J Burn Care Res* 2025; 46: 166–170. DOI: 10.1093/jbcr/irae179.
- Aloweni F, Gunasegaran N, Goh WT, Saipollah H, Ang SY. Beyond hospital walls: patient and nurse perspectives on training and implementing venous leg ulcer care in the community. *J Wound Manag* 2025; 26: 164–174. DOI: 10.35279/jowm2025.26.03.07.