



# Zaawansowana praktyka pielęgniarska w obszarze profilaktyki i leczenia ran w Polsce – potrzeba, potencjał i kierunki rozwoju. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran

Dariusz Bazaliński <sup>1,2,3</sup>, Jolanta Dynarska<sup>4,5</sup>, Przemysław Lipiński <sup>6</sup>, Agnieszka Kisielska <sup>4,5</sup>, Karolina Kruszewska-Bąk <sup>7</sup>, Beata Górska <sup>8,9,10</sup>, Izabela Kuberka <sup>11,12</sup>, Lidia Czwikiel<sup>13,14</sup>, Paulina Szymańska <sup>15,16</sup>, Mateusz Skórka <sup>14</sup>, Paulina Mościcka <sup>17,18</sup>, Adam Węgrzynowski<sup>19,20</sup>, Marcin Malka <sup>21</sup>, Beata Mrozikiewicz-Rakowska <sup>22</sup>

<sup>1</sup> Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny w Brzozowie, Polska

<sup>2</sup> Zakład Profilaktyki i Leczenia Ran, Instytut Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski, Polska

<sup>3</sup> Laboratorium Badań Innowacyjnych w Pielęgniarstwie, Uniwersyteckie Centrum Badawczo-Rozwojowe w Naukach o Zdrowiu, Wydział Nauk o Zdrowiu i Psychologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Rzeszowski, Polska

<sup>4</sup> Centrum Medyczne Jolanta Dynarska w Szczecinie, Polska

<sup>5</sup> Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie, Polska

<sup>6</sup> Zakład Leczenia Ran, ARGO Centrum Medyczne w Łodzi, Polska

<sup>7</sup> Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

<sup>8</sup> Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Polska

<sup>9</sup> Indywidualna Praktyka Pielęgniarska Beata Górska w Gdyni, Polska

<sup>10</sup> Poradnia Podologiczno-Chirurgiczna, Gdyński Instytut Podologiczny, Polska

<sup>11</sup> Katedra Anestezjologii i Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Polska

<sup>12</sup> Klinika Angiologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu, Polska

<sup>13</sup> Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych INTERCARD w Tarnowie, Polska

<sup>14</sup> Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Akademia Tarnowska, Polska

<sup>15</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Radomska Szkoła Wyższa, Polska

<sup>16</sup> Przychodnia MediCare w Radomiu, Polska

<sup>17</sup> Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Oddział Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

<sup>18</sup> Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Klinika Leczenia Ran Przewlekłych, Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Polska

<sup>19</sup> Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu, Polska

<sup>20</sup> PODOVIA w Poznaniu, Polska

<sup>21</sup> Klinika Leczenia Ran PODOVIA w Warszawie, Polska

<sup>22</sup> Klinika Endokrynologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Polska

## Adres do korespondencji

Mateusz Skórka, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Akademia Tarnowska, ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów, Polska, e-mail: [ma\\_skorka@atar.edu.pl](mailto:ma_skorka@atar.edu.pl)

Nadesłano: 12.03.2026; Zaakceptowano: 25.04.2026

## Streszczenie

**Wstęp:** Dynamiczne zmiany demograficzne i epidemiologiczne, w tym starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby chorób przewlekłych oraz narastające niedobory kadry medycznej, wymagają wprowadzenia innowacyjnych modeli organizacji opieki zdrowotnej opartych na lepszym wykorzystaniu potencjału pielęgniarek.

**Cel pracy:** Przedstawienie stanowiska ekspertów Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran w zakresie rozwoju i wdrażania zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej.

**Wnioski:** Wdrożenie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej

w obszarze profilaktyki i leczenia ran jest konieczne dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dynamiczne zmiany demograficzne i epidemiologiczne wymagają wprowadzenia innowacyjnych modeli organizacji opieki zdrowotnej opartych na lepszym wykorzystaniu potencjału pielęgniarek. Zaawansowana praktyka pielęgniarska stanowi realną odpowiedź na współczesne wyzwania zdrowotne, umożliwiając bardziej efektywne, dostępne i skoncentrowane na pacjencie świadczenie opieki.

**Słowa kluczowe:** zaawansowana praktyka pielęgniarska, stanowisko, PTLR.

**Cytowanie:** Bazaliński D, Dynarska J, Lipiński P, et al. Advanced Practice Nursing in the field of wound prevention and treatment in Poland: need, potential, and directions for development. Position Statement of the Polish Wound Treatment Society. *Leczenie Ran* 2026; 23 (1): 1-8. DOI: 10.60075/lr.v23i1.150.

## Wprowadzenie

Na całym świecie od lat obserwuje się rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i rosnące koszty opieki zdrowotnej z powodu starzenia się społeczeństw, wzrostu zapadalności na choroby zakaźne i niezakaźne oraz rozwoju technologicznego [1]. Czynniki te skłoniły przedstawicieli ochrony zdrowia wielu krajów do poszukiwania nowych rozwiązań w nadziei na osiągnięcie zrównoważonej, dostępnej i efektywnej opieki zdrowotnej. Jednym z rozwiązań był rozwój i wdrożenie koncepcji zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (*Advanced Practice Nursing* – APN), która została zapoczątkowana w latach 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Kilka lat później koncepcję APN przejęły Australia, Nowa Zelandia, Japonia, Chiny, Korea, Singapur, Tajlandia, a nieco później Wielka Brytania i inne kraje europejskie [2].

Głównymi przesłankami wdrożenia APN w tych krajach były: niedobory lekarzy, zapotrzebowanie i promowanie wysokiej jakości opieki, rosnące koszty opieki zdrowotnej oraz odciążenie systemu opieki zdrowotnej poprzez wykorzystania potencjału pielęgniarek [3–7].

Instytucje międzynarodowe, tj. Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD), Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) i Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN), w publikowanych dokumentach i raportach zwracają uwagę na niedocenywanie pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej. Tym czasem pielęgniarki jako najliczniejsza grupa pracowników ochrony zdrowia na świecie pracują w różnych środowiskach, na różnych stanowiskach i są w stanie sprostać wyzwaniom wynikającym ze zmian demograficznych i rosnącego zapotrzebowania na opiekę zdrowotną [8–10]. To podejście znajduje uzasadnienie w podjętych działaniach na rzecz rozwoju APN w celu wykorzystania potencjału dobrze wykształconej grupy pielęgniarek, które mogą zwiększyć dostęp do opieki zdrowotnej i poprawić wyniki zdrowotne pacjentów. Zaawansowana praktyka pielęgniarska odnosi się do wyższego poziomu praktyki, który wykracza poza tradycyjne role i obejmuje specjalistyczną opiekę, aby zaspokoić złożone problemy zdrowotne pacjentów. Realizacja świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę zaawansowanej praktyki (APN) wymaga uzyskania poziomu wykształcenia zapewniającego szeroki zakres wiedzy teoretycznej i praktycznej oraz doświadczenia klinicznego [11,

12]. W 2000 roku z inicjatywy ICN została utworzona Międzynarodowa Sieć Pielęgniarek Praktyków/Zaawansowanej Praktyki (*ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse Network*), której celem jest wymiana wiedzy, stworzenie bazy zasobów dla rozwoju zaawansowanych ról praktyków/pielęgniarek i odpowiedniego zaplecza edukacyjnego. W 2016 roku do tej organizacji należało 78 krajów, a w 2022 roku liczba ta wzrosła do 141, co potwierdza duże zainteresowanie APN na świecie [13].

## Kwalifikacje i kompetencje

W tworzeniu założeń dla APN skoncentrowano się na kilku kluczowych obszarach, które były rozwijane i wdrażano je w różnych krajach na świecie. Te kluczowe obszary dla APN to:

1. Wyższy poziom wykształcenia i specjalistycznych kompetencji pielęgniarki:
  - wykształcenie na poziomie magisterskim (minimum),
  - dodatkowe kwalifikacje podyplomowe,
  - zaawansowane kompetencje kliniczne, umożliwiające pielęgniarcę samodzielne podejmowanie decyzji klinicznych.
2. Poszerzony zakres odpowiedzialności klinicznej, w ramach której pielęgniarka może:
  - samodzielnie stawiać diagnozy pielęgniarskie i wybrane elementy diagnoz medycznych,
  - wystawiać skierowania na wybrane badania diagnostyczne i interpretować ich wyniki,
  - prowadzić ordynację wybranych leków i wyrobów medycznych (zgodnie z przepisami krajowymi),
  - opracowywać indywidualne plany terapeutyczne,
  - monitorować efekty leczenia.
3. Autonomia decyzyjna i rozszerzona samodzielność zawodowa, która zakłada realną możliwość:
  - podejmowania samodzielnych decyzji klinicznych,
  - kierowania pacjentem w systemie opieki zdrowotnej,
  - prowadzenia porad pielęgniarskich w systemie opieki zdrowotnej,
  - udzielania świadczeń bez konieczności stałego nadzoru lekarza.
4. Działania w oparciu o *evidence-based practice* (EBP), które obejmują:
  - wykorzystanie aktualnych dowodów naukowych,
  - prowadzenie lub współuczestniczenie w badaniach naukowych,

- wdrażanie innowacji oraz nowych standardów opieki,
  - udział w tworzeniu wytycznych klinicznych.
5. Holistyczne i interdyscyplinarne podejście do pacjenta, które obejmuje:
    - całościowe ujęcie problemów zdrowotnych,
    - współpracę z lekarzami, fizjoterapeutami, psychologami i innymi specjalistami,
    - koordynację opieki w perspektywie długoterminowej i środowiskowej.
  6. Zorientowanie na poprawę dostępności do opieki zdrowotnej, w tym:
    - skracanie czasu oczekiwania na świadczenia,
    - zwiększanie dostępu pacjentów do opieki pierwszego kontaktu,
    - wspieranie ciągłości opieki w chorobach przewlekłych,
    - wzmacnianie profilaktyki i edukacji zdrowotnej.
  7. Zaawansowane kompetencje komunikacyjne i edukacyjne w ramach, których:
    - prowadzi zaawansowaną edukację pacjentów i rodzin,
    - działa jako mentor dla innych pielęgniarek,
    - pełni rolę konsultanta w trudnych/złożonych przypadkach klinicznych.
  8. Odpowiedzialność etyczna i prawna, która obejmuje:
    - rozszerzoną odpowiedzialność zawodową,
    - podejmowanie decyzji w zgodzie z kodeksem etyki,
    - działania w granicach przepisów prawa,
    - odpowiedzialność za jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń.
  9. Rozwój kompetencji przywódczych i systemowych poprzez:
    - uczestniczenie w zarządzaniu opieką kliniczną,
    - tworzenie standardów i procedur,
    - inicjowanie zmian organizacyjnych,
    - pełnienie funkcji konsultantów klinicznych i liderów zmian.
  10. Orientacja na innowacje i rozwój technologiczny, w których kluczowe jest:
    - wykorzystanie telemedycyny,
    - korzystanie z zaawansowanych narzędzi diagnostycznych,
    - obsługa systemów wspierających analizę danych zdrowotnych,
    - współpraca z rozwiązaniami opartymi na AI (np. w analizie parametrów pacjenta) [2, 13–16].

Obecnie w Polsce nie ma formalnych regulacji prawnych umożliwiających uznawanie APN, choć dyskusje w tym zakresie są prowadzone od wielu lat. Możliwość wdrożenia APN w Polsce pojawiła się po 2000 roku wraz z dostosowaniem kształcenia pielęgniarek do wymagań Unii Europejskiej (UE) [17], wprowadzenie wielu zmian w standardach kształcenia [18] oraz spełnienia wymagań określonych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej oraz rozporządzeniu w sprawie zakresu wykonywania samodzielnych świadczeń zdrowotnych bez zlecenia lekarza [19, 20]. Od 1999 roku pielęgniarki/pielęgniarze mogą specjalizować się w określonych dziedzinach pielęgniarstwa. Od ponad 10 lat pielęgniarki są przygotowane do przeprowadzenia badania fizykalnego w ramach kształcenia dyplomowego, oceny stanu zdrowia pacjenta, ordynacji leków oraz wypisywania skierowań na badania diagnostyczne. Wprowadzenie do systemu kształcenia badania fizykalnego, oceny stanu zdrowia oraz ordynacji leków, wraz ze zwiększeniem kompetencji w zakresie diagnostyki i leczenia ran, stworzyło podstawy do szerszego rozwoju i implementacji modelu APN na wzór rozwiązań zachodnich liderów [21]. W 2016 roku pielęgniarki uzyskały prawo do preskrypcji (ordynowanie i kontynuacja), co poprawiło standard opieki nad pacjentem i dostęp do usług medycznych, a jednocześnie wzmocniło status i autonomię zawodową. W 2020 roku do systemu wprowadzono nowe kompetencje dla pielęgniarek pracujących w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS), które zgodnie z przepisami mogą być wdrażane w czterech obszarach: chirurgia ogólna, kardiologia i diabetologia w przypadku pielęgniarek oraz ginekologia i położnictwo w przypadku położnych, w tym samym roku zakres doradztwa pielęgniarstwa został rozszerzony na pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) [22, 23]. Aktualny system kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce zbudowany jest na podstawie standardów nauczania, dyrektywy Unii Europejskiej i Procesu Bolońskiego. W Polsce zawód pielęgniarki jest regulowany ustawą o zawodzie z wykonawczymi aktami prawnymi uprawniającymi pielęgniarki do samodzielnych działań bez zlecenia lekarza [18–20]. W 2024 roku zmodyfikowano standard kształcenia na kierunku pielęgniarstwo, zwiększając liczbę godzin i praktyk w obszarze leczenia ran i przetok oraz badania fizykalnego. Biorąc pod uwagę całościowy program kształcenia na II stopniu studiów pielęgniarstwa, można wnioskować, że są one ukierunkowane na samodzielny rozwój kliniczny. W koncepcji APN efekty kształcenia przypisane są do wykonywania

samodzielnych działań diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie opieki nad chorym przewlekle z uwzględnieniem leczenia ran. W zakresie umiejętności zawodowych magister jest przygotowywany do samodzielnych realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad pacjentem z przetoką jelitową (kolostomią, ileostomią), przetoką moczową, ranami w przebiegu schorzeń przewlekłych [24]. Ta innowacyjna zmiana, która dokonała się w procesie transformacji kształcenia pielęgniarzek, wpisuje polskie pielęgniarstwo w kliniczną przestrzeń edukacyjną, stwarzającą możliwości dalszych rozwiązań systemowych i legislacji.

Podjęte w tym zakresie działania przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) przyniosły rezultaty w postaci przyjęcia definicji APN, wymagań w zakresie wykształcenia oraz ścieżek dojścia do zaawansowanej praktyki. Dalsze działania wymagają dostosowania przepisów prawa dla formalnego uznania APN, zasad certyfikowania, określenia zakresu kompetencji oraz opracowania prawnych perspektyw realizacji i rozliczeń świadczeń zdrowotnych.

Jednym z obszarów zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa wskazywanym przez środowisko pielęgniarstwa jest opieka nad chorym z raną. Przesłankami uzasadniającymi ten obszar opieki są czynniki takie jak:

- duża liczba osób z ranami trudno gojącymi się i przewlekłymi – szacuje się, że wynosi ona od 650 tys. do 1,2 mln [25];
- wzrost występowania chorób przewlekłych prowadzących do powikłań związanych z angiopatią i występowaniem ran o różnej etiologii z powodu starzenia się społeczeństw, stylu życia oraz coraz częstszego występowania chorób cywilizacyjnych (cukrzyca, otyłość, zespół metaboliczny, niewydolność naczyniowa, miażdżyca, choroby nowotworowe) [26];
- duża grupa chorych z ranami przewlekłymi, która determinuje wzrost zapotrzebowania na ciągłą i specjalistyczną opiekę i jej koordynację na różnych poziomach (POZ, AOS, opieka długoterminowa, paliatywna);
- duże obciążenie społeczne i finansowe dla systemu opieki zdrowotnej związane z opieką nad chorym z raną [27];
- przygotowanie pielęgniarzek w zakresie oceny, leczenia i monitorowania ran, w tym posiadanie udokumentowanego doświadczenia między innymi w ramach udzielanych już porad w POZ i opiece ambulatoryjnej [28].

Wdrożenie APN w Polsce wymaga dostosowania prawa, by formalnie uznać tę ścieżkę zawodową z określonym zakresem kompetencji oraz stworzyć prawne perspektywy realizacji i rozliczeń świadczeń zdrowotnych. Wskazane jest utworzenie standardów kształcenia klinicznego i certyfikacji APN, w tym wymogów dotyczących praktyki oraz szerszych uprawnień w celu wykonywania zadań diagnostyczno-terapeutycznych. W tabeli I zestawiono oczekiwane kompetencje związane z tworzeniem zaawansowanej praktyki.

## Omówienie i dyskusja

Pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki jest pożądaną ścieżką kariery zawodowej pielęgniarzek w Polsce i powinno być budowane na realnym fundamencie krajowej ochrony zdrowia na przykładzie wiodących liderów pielęgniarstwa światowego. Normalizacja i rodzaj certyfikacji nadal pozostają kwestią dyskusyjną, wymagającą aprobaty przedstawicieli zawodu i legalizacji prawnej oraz systemowej. Do efektywnego wdrożenia APN konieczny jest konsensus liderów, aktualizacje aktów prawnych normatywnych, określenie miejsca w systemie, w tym zadań pielęgniarki, pielęgniarki specjalisty oraz pielęgniarki zaawansowanej praktyki, a ponadto ustalenie zasad finansowania, zmiany systemu kształcenia podyplomowego i wdrożenia programów pilotażowych.

Eksperti PTLR rekomendują zmiany w systemie dotyczące praktyki i APN ze szczególnym uwzględnieniem obszaru profilaktyki i leczenia ran. Uznaje się, że implementacja APN z powodzeniem może rozpocząć się w obszarze klinicznym związanym z profilaktyką i leczeniem ran, co przyniesie wymierne korzyści dla rosnącej populacji pacjentów przewlekle chorych z ranami o różnej etiologii, w warunkach opieki podstawowej, specjalistycznej ambulatoryjnej, długoterminowej i paliatywnej.

Wdrożenie zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa w obszarze profilaktyki i leczenia ran jest konieczne dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dynamiczne zmiany demograficzne i epidemiologiczne wymagają wprowadzenia innowacyjnych modeli organizacji opieki zdrowotnej opartych na lepszym wykorzystaniu potencjału pielęgniarzek. Zaawansowana praktyka pielęgniarstwa stanowi realną odpowiedź na współczesne wyzwania zdrowotne, umożliwiając bardziej efektywne, dostępne i skoncentrowane na pacjencie świadczenie opieki. Poszerza możliwości oraz pełnienie bardziej zaawansowanych, klinicznych funkcji

Tabela 1. Zestawienie obecnych i oczekiwanych kompetencji dla specjalisty pielęgniarstwa, pielęgniarki zaawansowanej praktyki w obszarze leczenia ran i przetok [18, 29]

Pielęgniarka praktyk (specjalista pielęgniarstwa)	Oczekiwane kompetencje na poziomie APN
<p><b>W zakresie diagnostyki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocena stanu i badanie fizykalne</li> <li>• Wystawianie skierowań i pobieranie materiału biologicznego z rany (wymaz, wyskrobiny, wycinek)</li> <li>• Badanie tętna</li> <li>• Wystawianie skierowań na wykonanie wybranych laboratoryjnych badań diagnostycznych</li> <li>• Wykonywanie badań Doppler, ABL, przesiewowa ocena USG żył i tętnic w celu oceny ukrwienia rany</li> <li>• Wystawianie skierowań na RTG klatki piersiowej</li> <li>• Rozpoznanie powikłań ran</li> <li>• Rozpoznanie zmiany skórne na stopie oraz schorzenia paznokcia u pacjenta z cukrzycą</li> <li>• Wykonanie diagnostyki rany odleżynowej, owrzodzenia nowotworowego, oparzenia, odmrożenia, rany urazowej powierzchniowej, owrzodzenia kończyn dolnych i cukrzycowej choroby stóp</li> </ul> <p><b>W zakresie leczenia ran:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leczenie ran trudno gojących się z wykorzystaniem opatrunków aktywnych i innych dostępnych metod wg EBM (<i>evidence-based medicine</i>), np. terapia kontrolowanym podciśnieniem (NPWT), terapia larwalna rany (TLR)</li> <li>• Oczyszczanie ran i leczenie z wykorzystaniem metod enzymatycznych, ostre (z wykorzystaniem narzędzi)</li> <li>• Stosowanie kompresjoterapii profilaktycznej w profilaktyce pierwszorzędowej i trzeciorzędowej oraz stosowanie kompresjoterapii leczniczej w chorobach układu żylnego i limfatycznego</li> <li>• Usuwanie nagniotków i modzeli</li> <li>• Usuwanie szwów</li> <li>• Zakładanie paszków zbliżających ranę</li> <li>• Tamowanie krwawień i krwotoków zewnętrznych</li> <li>• Dobieranie i stosowanie metod leczenia farmakologicznego bólu ostrego i przewlekłego oraz metod niefarmakologicznego leczenia bólu</li> <li>• w zależności od stanu klinicznego pacjenta</li> <li>• Monitorowanie skuteczności leczenia przeciwbólowego oraz modyfikowanie dawki leku przeciwbólowego w zakresie leczenia lekarskiego</li> <li>• Wyznaczanie miejsc wyłonięcia stomii</li> <li>• Dobór sprzętu i środków do zaopatrzenia przetoki jelitowej i moczowej oraz doradzanie pacjentowi, jego rodzinie lub opiekunowi w zakresie refundacji i doboru tego sprzętu i tych środków oraz w zakresie możliwości wsparcia społecznego</li> <li>• Wykonanie irygacji przetoki jelitowej (kolostomii)</li> <li>• Dobieranie i ordynowanie leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancji psychotropowych, w tym wystawiać na nie recepty</li> </ul>	<p><b>W zakresie diagnostyki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poszerzenie listy laboratoryjnych badań diagnostycznych</li> <li>• Kierowanie na pobieranie materiału do badań cytologicznych i histopatologicznych (płyn, biopłat z rany, tkanka ze zmian okołostomijnych itp. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – AOS)</li> <li>• Badanie żył i tętnic kończyn dolnych za pomocą USG Doppler w ocenie przesiewowej (<i>fast track</i>) oraz w kwalifikacji do kompresjoterapii oraz monitorowania przepływu krwi po leczeniu rewaskularyzacyjnym</li> <li>• Kierowanie na badania radiologiczne i ultrasonograficzne</li> <li>• Kierowanie do poradni AOS, leczenia szpitalnego lub innych świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne w określonych rodzajach opieki zdrowotnej</li> <li>• Ewaluacja procesu diagnostycznego</li> </ul> <p><b>W zakresie leczenia ran:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarządzanie raną (ocena, diagnozowanie, planowanie procesu terapeutycznego, określenie celu wraz z pacjentem, ewaluacja rany) z wykorzystaniem rekomendowanych metod zgodnie z posiadanymi kompetencjami</li> <li>• Oczyszczanie ostre ran z wykorzystaniem podstawowych narzędzi chirurgicznych, terapii podciśnieniowej, sonoterapii, terapii larwalnej rany, metod enzymatycznych i innych, w tym w znieczuleniu miejscowe, zgodnie z EBM:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- zbliżanie brzegów rany w procesie gojenia za pomocą dostępnych metod, w tym: opatrunki, plastry, kleje tkankowe, szwy chirurgiczne</li> <li>- szycie ran</li> <li>- zakładanie szwów hemostatycznych na ranę</li> <li>- znieczulenie okolicy rany</li> <li>- wykonywanie odciążenia i unieruchomienia kończyny (<i>total contact cast – TCC</i>)</li> <li>- nacięcie i ewakuacja ropni podskórnych</li> <li>- nakłucie i ewakuacja chłonki pod kontrolą USG</li> <li>- nakłucie/nacięcie i ewakuacja krwiaka podskórnego</li> </ul> </li> <li>• Zarządzanie raną okołostomijną, usuwanie zmian proliferacyjnych i polipów okołostomijnych zlecanie i nadzór nad stosowaniem kompresjoterapii</li> <li>• Poszerzenie listy ordynacyjnej produktów leczniczych</li> </ul>

Tabela 1. Zestawienie obecnych i oczekiwanych kompetencji dla specjalisty pielęgniarstwa, pielęgniarki zaawansowanej praktyki w obszarze leczenia ran i przetok [18, 29] (cd.)

Pielęgniarka praktyk (specjalista pielęgniarstwa)	Oczekiwane kompetencje na poziomie APN
<p><b>W zakresie poprawy funkcjonowania systemu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zlecenie transportu chorego</li> </ul>	<p><b>W zakresie poprawy funkcjonowania systemu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Orzekanie o niezdolności do pracy i wystawianie zaświadczeń (np. o zakończonym leczeniu rany w ramach leczenia)</li> <li>Kierowanie do transportu medycznego w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia</li> <li>Samodzielne ordynowanie wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty (według obowiązujących przepisów), np.: wkładki ortopedyczne, obuwie specjalistyczne i ortezy, gotowe i szyte na miarę wyroby kompresyjne</li> <li>Samodzielne objęcie opieką pacjentów w ramach AOS</li> </ul>
<p><b>W zakresie konsultacji i edukacji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doradzanie członkom zespołu interdyscyplinarnego w zakresie profilaktyki ran i ich leczenia</li> <li>Przygotowanie pacjenta do profilaktyki, samokontroli i opieki nad raną pacjenta oraz jego rodziny/opiekuna</li> <li>Realizacja samodzielnych konsultacji zgodnie z obowiązującym prawem, z wykorzystaniem wszelkich dostępnych metod, w tym systemów teleinformatycznych</li> </ul>	<p><b>W zakresie konsultacji i edukacji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wykonywanie pierwszorazowych i kolejnych (porady, wizyty) poszpitalnych w AOS w poradniach zabiegowych i diabetologicznych</li> <li>Realizacja samodzielnych konsultacji zgodnie z obowiązującym prawem, z wykorzystaniem wszelkich dostępnych metod, w tym systemów teleinformatycznych</li> <li>Wykonywanie konsultacji i wizyt domowych w podstawowej opiece zdrowotnej</li> <li>Kierowanie podmiotu opieki do innych członków zespołu terapeutycznego (np. lekarze specjalści, fizjoterapeuta, dietetyk, psycholog) w celu konsultacji, pogłębienia działań diagnostycznych, kontynuacji bądź uzupełnienia terapii</li> <li>Realizacja konsultacji interdyscyplinarnych i edukacji w procesie opieki</li> <li>Wykonywanie konsultacji międzydziałowych w lecznictwie szpitalnym w zakresie posiadanych kompetencji</li> <li>Wykonywanie konsultacji w opiece długoterminowej stacjonarnej i domowej.</li> <li>Wykonywanie świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz w hospicjum stacjonarnego i domowego</li> <li>Wykonywanie w ramach konsultacji i wizyt w domach pomocy społecznej</li> </ul>
<p><b>W zakresie rozwoju badań w pielęgniarstwie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Wdrażanie innowacji w oparciu o EBM</li> <li>Udział w projektach naukowych</li> <li>Rozwoj własny w obszarze nauki</li> </ul>	<p><b>W zakresie rozwoju badań w pielęgniarstwie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Przekazywanie i wdrażanie innowacji w oparciu o EBM</li> <li>Konstruowanie i udział w projektach naukowych</li> <li>Prowadzenie statystyk działań własnych</li> <li>Prowadzenie oceny jakości opieki i jakości życia badanych</li> </ul>

zawodowych przyczyniając się do poprawy dostępności, jakości i efektywności opieki.

Postuluje się, aby dołożyć wszelkich starań dla wzmocnienia praktyki specjalistycznej w pielęgniarstwie oraz dążeń do określenia taksonomii i legislacji zaawansowanej praktyki zawodowej w kraju. Liczne badania światowe wskazują, że świadczenia realizowane przez wysoko wykwalifikowane pielęgniarki/pielęgniarzy są bezpieczne dla pacjentów i poprawiają ich satysfakcję z opieki. Zidentyfikowano również systemowe korzyści ekonomiczne dotyczące analiz koszt–efekt [18, 19]. Zapewnienie ciągłości opieki bez konieczności oczekiwania na wizytę lekarską oraz większa dostępność pielęgniarek poprawi funkcjonalność systemu. Wykazane korzyści obejmują także zmniejszenie liczby zgonów w grupach pacjentów z chorobami przewlekłymi oraz wyższy poziom satysfakcji pacjentów z udzielanej opieki [30, 31]. Wzmacnianie systemu opieki zdrowotnej jest zapewnione poprzez samodzielną specjalistyczną praktykę, współpracę interdyscyplinarną, konsultowanie i edukowanie pacjentów i ich najbliższych członków rodziny. Wysokie kompetencje oraz umiejętności kliniczne mają przyczynić się do obniżania kosztów, jak również zwiększenia dostępności opieki oraz podnoszenia jakości i dobrostanu pacjentów w różnych placówkach opieki zdrowotnej. Poprzez wzmocnienie zakresu praktyki APN ostatecznie przynosi korzyści zarówno pacjentom, jak i szeroko pojętemu systemowi opieki zdrowotnej [32].

## Wnioski

Wdrożenie zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w obszarze profilaktyki i leczenia ran jest konieczne dla poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Dynamiczne zmiany demograficzne i epidemiologiczne wymagają wprowadzenia innowacyjnych modeli organizacji opieki zdrowotnej opartych na lepszym wykorzystaniu potencjału pielęgniarek. Zaawansowana praktyka pielęgniarska stanowi realną odpowiedź na współczesne wyzwania zdrowotne, umożliwiając bardziej efektywne, dostępne i skoncentrowane na pacjencie świadczenie opieki. Poszerza możliwości oraz pełnienie bardziej zaawansowanych, klinicznych funkcji zawodowych, przyczyniając się do poprawy dostępności, jakości i efektywności opieki.

## Oświadczenia

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

## Piśmiennictwo

- Schober M. Development of advanced practice nursing: The international context. *Enferm Clin (Engl Ed)* 2019; 29: 63–66. DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.08.002.
- Schober M. *Introduction to Advanced Practice Nursing*. Springer, Cham 2016.
- Bryant-Lukosius D, Wong FKY. International development of advanced practice nursing. W: Tracy MF, O'Grady ET (red.). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*, 6th ed. Elsevier 2019; 129–141.
- Harris JL. Turning health policy into practice. In: Goudreau KA, Smolenski MC (red.). *Health Policy and Advanced Practice Nursing*, 3rd ed. Springer Publishing Company LLC 2023; 3–11.
- World Health Organization European Region. *Technical Brief on Strengthening the Nursing and Midwifery Workforce to Improve Health Outcomes: What is Known About Advancing Roles for Nurses – Evidence and Lessons for Implementation*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2023.
- World Health Organization. *State of the World's Nursing 2025: Investing in Education, Jobs, Leadership and Service Delivery*. WHO, Geneva 2025.
- International Council of Nurses. *Nursing and Primary Health Care: Towards the Realization of Universal Health Care. A Discussion Paper*. ICN, Geneva 2024.
- Delamair M, LaFortune G. *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*. OECD; 2010. DOI: 10.1787/18152015.
- State of the World's Nursing – Report 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership. World Health Organization; 2020 (electronic version); International Council of Nurses. *The Scope of Practice, Standards and Competencies of the Advanced Practice Nursing*. ICN Regulation Series. ICN, Geneva 2008.
- Cooper MA, McDowell J, Raeside L; APN–CNS Group. The similarities and differences between advanced nurse practitioners and clinical nurse specialists. *Br J Nurs* 2019; 28: 1308–1314. DOI: 10.12968/bjon.2019.28.20.1308.
- Barton D, East L. The evolution of advanced nursing practice. W: Barton DT, Allan D (red.). *Advanced Practice Nursing: Change in a Changing World*. Palgrave Macmillan 2015; 1–20.
- International Council of Nurses (ICN). *Definition and characteristics of the role*. 2002. Retrieved February 19, 2016. Dostępne na: <http://www.icn-apnetwork.org> (dostęp: 2.02.2026).
- 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.
- Pulcini J, Jelic M, Gul R, Loke AY. An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42: 31–39. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2009.01322.x.
- Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Serrano-Gallardo P, Morales-Asencio JM. *Competency frameworks for advanced practice nursing: a literature review*. *Int Nurs Rev* 2014; 61: 534–542. DOI: 10.1111/inr.12132.
- International Council of Nurses. *ICN Nursing Care Continuum and Competences*. ICN, Geneva 2008.
- Directive 2013/55/EU of the European Parliament and of the Council of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System. *Official Journal of the European Union* L354/132; 28 December 2013.
- Rozporządzenie Ministra Nauki z dnia 10 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. *Dz. U.* 2024, poz. 1514.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. *Dz.U.* 2020, poz. 562 ze zm.). Dostępne na: <https://api.sejm.gov.pl/eli/acts/DU/2020/562/text.pdf> (dostęp: 25.12.2025).

20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Dz. U. 2017, poz. 497. Dostępne na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20170000497/O/D20170497.pdf> (dostęp: 25.12.2025).
21. Harpula K, Bartosiewicz A, Krukowski J. Polish Nurses' Opinions on the Expansion of Their Competences-Cross-Sectional Study. *Nurs Rep.* 2021; 11: 301–310. DOI: 10.3390/nursrep11020029.
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie dotyczące gwarantowanych usług w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dz. U. 2019, poz. 1864. Dostępne na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001864/O/D20191864.pdf> (dostęp: 3.01.2026).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie dotyczące gwarantowanych świadczeń w dziedzinie podstawowej opieki zdrowotnej. Dz. U. 2020, poz. 1225. Dostępne na: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001255/O/D20201255.pdf> (dostęp: 3.01.2026).
24. Jarzynkowski P, Piotrkowska R, Książek J. Nursing education systems in selected European countries and the United States. *Nurs Probl* 2015; 23: 117–122.
25. Bazaliński D, Banasiewicz T (red.). *Rany w praktyce lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej*. Medical Tribune Polska, Warszawa 2025.
26. Probst S, Apelqvist J, Bjarnsholt T i wsp. Antimicrobials and non-healing wounds: An update. *J Wound Manag* 2022; 23(3 Suppl 1): S1–S33.
27. Sopata M, Jawień A, Mrozikiewicz-Rakowska B i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Leczenie Ran* 2020; 17: 1–21. DOI: 10.5114/lr.2020.96820.
28. Corbett LQ. Wound Care Nursing: Professional Issues and Opportunities. *Adv Wound Care (New Rochelle)* 2012; 1: 189–193. DOI: 10.1089/wound.2011.0329.
29. Wieczorek-Wójcik B, Kowalska K, Leyk-Kolańczak M i wsp. Działania na rzecz rozwoju pielęgniarki 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.
30. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 7: CD001271. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.
31. Aiken LH, Sloane D, Griffiths P i wsp.; 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.
32. Wilson DM, Murphy J, Nam MA, Fahy A, Tella S. Nurse and midwifery prescribing in Ireland: A scope-of-practice development for worldwide consideration. *Nurs Health Sci* 2018; 20: 264–270. DOI: 10.1111/nhs.12408.