**Zintegrowane podejście do wdrażania roli Advanced Practice Nurse (APN) w Polsce: Model PEPPA jako narzędzie zagospodarowania kompetencji pielęgniarskich oraz wnioski ze szkoły letniej APN w Bernie**

*Dr hab. n. o zdr. Dorota Kilańska, prof. UMed.*

**Wprowadzenie**

W dobie rosnących wyzwań zdrowotnych, starzejącego się społeczeństwa i niedoborów kadrowych w systemie opieki zdrowotnej, rola pielęgniarek z zaawansowaną praktyką (Advanced Practice Nurse, APN) staje się kluczowa. Modele wdrażania tych ról, takie jak PEPPA (Participatory, Evidence-based, Patient-centred Process for Advanced Practice Nursing Role Development, Implementation and Evaluation), oferują logiczne i systemowe podejście do rozwijania kompetencji pielęgniarskich.

W czerwcu 2025 roku odbyła się  międzynarodowa szkoła letnia "Models of Care with APNs – Leadership, Outcomes and Sustainability" organizowana przez Berner Fachhochschule w Bernie (Szwajcaria). Wydarzenie to stanowiło platformę wymiany wiedzy i doświadczeń w zakresie wdrażania ról APN w Europie i Kanadzie, z naciskiem na wartości dodane, zrównoważony rozwój i opiekę skoncentrowaną na osobie.

Uniwersytet Medyczny w Łodzi był jedynym reprezentantem Polski podczas wydarzenia, a jego przedstawicielkami z Zakładu Koordynowanej Opieki były: mgr Natalia Biega, prof. dr hab. Dorota Kilańska oraz mgr Barbara Librowska. Uczestniczki dzieliły się swoim doświadczeniem oraz perspektywą wdrażania ról APN w kontekście polskiego systemu opieki zdrowotnej.

**Model PEPPA: struktura i zastosowanie**

Model PEPPA został opracowany przez Bryanta-Lukosiusa i DiCenso jako ramy dla rozwoju rôl APN. Składa się z trzech faz i dziewięciu kroków:

1. **Identyfikacja problemu i określenie potrzeb zdrowotnych populacji**
2. **Zaangażowanie interesariuszy (pacjentów, decydentów, pielęgniarek)**
3. **Przegląd dowodów naukowych i określenie opcji interwencji**
4. **Wybór i zdefiniowanie rôli APN**
5. **Określenie modeli współpracy w zespole**
6. **Przygotowanie strategii implementacji**
7. **Wdrożenie rôli**
8. **Ewaluacja efektów klinicznych, ekonomicznych i doświadczeń pacjentów**
9. **Dostosowanie i trwałość roli**

Model zakłada, że rozwój roli powinien wynikać z potrzeb populacji i być wspierany przez dowody naukowe oraz aktywne uczestnictwo wszystkich stron. W kontekście polskim, model ten może stanowić ramę dla opracowania i testowania pilotaży APN w opiece długoterminowej, POZ, opiece koordynowanej czy prewencji.

**Doświadczenia z Summer School 2025**

Szkoła letnia w Bernie dostarczyła wielu przykładów skutecznego wdrażania APN w systemach zdecentralizowanych, m.in. w Szwajcarii, Irlandii i Kanadzie. Uczestnicy analizowali znaczenie przywództwa klinicznego (model LEADS), rolę środowiska organizacyjnego oraz kultury person-centred care jako podstawy praktyki klinicznej APN. Zaprezentowano również model Person-Centred Lean Six Sigma autorstwa Seána Paula Teelinga, który łączy podejścia jakościowe z humanistycznym ujęciem opieki.

Wnioski te są niezwykle cenne w kontekście tworzenia struktur edukacyjnych i wdrożeniowych w Polsce.

**Wartość dodana APN dla systemu ochrony zdrowia**

Zgodnie z najnowszymi przeglądami systematycznymi (Kilpatrick et al. 2024; Savard et al. 2025), APN wnoszą wymierne wartości:

* poprawa dostępności do opieki (zwłaszcza w obszarach deficytowych),
* zwiększenie zadowolenia pacjentów (PREMs),
* lepsze efekty zdrowotne (PROMs),
* zmniejszenie kosztów systemowych,
* poprawa koordynacji i jakości opieki,
* wzmocnienie zespołów międzyprofesjonalnych.

**Braki w przygotowaniu edukacyjnym: wyzwania i rekomendacje**

Pomimo dynamicznego rozwoju pielęgniarstwa akademickiego w Polsce, programy kształcenia na poziomie magisterskim i specjalizacyjnym nadal w ograniczonym zakresie przygotowują do roli APN. Szczególnego wzmocnienia wymagają następujące obszary:

1. **Leadership kliniczny i systemowy**
	* Brakuje komponentów edukacyjnych dotyczących modelu LEADS, przywództwa transformacyjnego oraz zarządzania zmianą.
2. **Person-Centred Care**
	* Zbyt niskie uwrażliwienie programów na wartości, preferencje i kontekst życiowy pacjenta. Należy wdrażać elementy edukacji zgodnej z filozofią person-centred practice (McCormack, Teeling).
3. **Lean Management i poprawa jakości**
	* Brakuje kompetencji z zakresu metodyk Six Sigma, lean management i wdrażania innowacji w procesach opieki.
4. **Rozumienie polityki zdrowotnej i ekonomiki zdrowia**
	* Edukacja APN powinna obejmować ocenę efektów klinicznych i ekonomicznych (HTA), aby pielęgniarki mogły współdecydować o polityce zdrowotnej.

Samorządy zawodowe mają kluczową rolę w rozwoju i implementacji APN poprzez:

* tworzenie standardów kompetencji zawodowych dla APN,
* wspieranie doskonalenia zawodowego w zakresie leadership i zarządzania jakością,
* rzecznictwo legislacyjne na rzecz rozszerzenia kompetencji (w tym ordynacja leków),
* promowanie dobrych praktyk i tworzenie platformy wymiany doświadczeń.

Model PEPPA dostarcza narzędzi do systemowego, opartego na dowodach i skoncentrowanego na pacjencie wdrażania rôl APN. W Polsce, gdzie potrzeby zdrowotne rosną, a kadra starzeje się, inwestycja w rozwój kompetencji APN jest szansą na wzmocnienie roli pielęgniarek i poprawę efektywności systemu. Wymaga to jednak skoordynowanego działania uczelni, decydentów i samorządów zawodowych.

Wdrażanie edukacji w zakresie leadership, person-centred care i lean management musi stać się priorytetem dla wszystkich interesariuszy reformy ochrony zdrowia w Polsce.

Z perspektywy doświadczeń z Summer School 2025, model PEPPA oraz ujęcie klinicznego przywództwa i kultury jakościowej mogą stać się filarami nowoczesnego rozwoju pielęgniarstwa w Polsce – zarówno akademickiego, jak i praktycznego.