Ogólnopolska Inicjatywa Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej
www.oizpp.pl e-mail: biuro@oizpp.pl

Fundacja EBEN-HEZER ul. Wasilkowska 12c, 04-938 Warszawa KRS 0000965178

Warszawa, dn. 11.08.2026

MINISTER ZDROWIA
za pośrednictwem właściwej komórki organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia

Do wiadomości:
• Przewodnicząca Zespołu ds. określenia obszarów, w tym czynności zawodowych, w których może być realizowana zaawansowana praktyka pielęgniarska - Prezes NRPiP
• Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i Narodowy Fundusz Zdrowia
• Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
• właściwi konsultanci krajowi w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego i psychiatrii

Wnioskodawca:
Dariusz Popiński
Kierownik projektu APN / inicjatywy na rzecz zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej

WNIOSEK O PODJĘCIE DZIAŁAŃ, MERYTORYCZNE ZAJĘCIE STANOWISKA STANOWISKA I URUCHOMIENIE PILOTAŻU MODELU APN MENTAL HEALTH 24/7

Dotyczy: wdrożenia zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej w pielęgniarstwie psychiatrycznym, w szczególności modelu APN Mental Health 24/7 na oddziale psychiatrycznym

Szanowna Pani Minister,

niniejszym wnoszę o podjęcie przez Ministerstwo Zdrowia konkretnych, weryfikowalnych działań w sprawie wdrożenia zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN) w obszarze pielęgniarstwa psychiatrycznego. Pismo stanowi formalną kontynuację wcześniejszej korespondencji kierowanej do Ministerstwa Zdrowia, Zespołu powołanego zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r. oraz CMKP.

Nie zwracam się o przyznanie pielęgniarkom kompetencji sprzecznych z obowiązującym prawem. Wnoszę o uruchomienie procesu, który jasno rozdzieli:

(1) kompetencje możliwe do wykonywania już dziś na podstawie obowiązujących przepisów,

(2) kompetencje wymagające dodatkowego przygotowania i standaryzacji oraz

(3) kompetencje wymagające zmian ustawowych lub wykonawczych.

Taki podział jest warunkiem legalnego i bezpiecznego pilotażu.

I. DOTYCHCZASOWA KORESPONDENCJA - PROŚBA O MERYTORYCZNE STANOWISKO

W piśmie z dnia 21 sierpnia 2025 r. skierowanym do Ministra Zdrowia oraz Przewodniczącej Zespołu wskazano wprost:

> *„w związku z Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2025 r. zwracam się z wnioskiem o uwzględnienie pielęgniarstwa psychiatrycznego jako jednego z priorytetowych obszarów APN."*

W tym samym piśmie wskazano również na potrzebę wykorzystania potencjału pielęgniarstwa psychiatrycznego dla zwiększenia dostępności świadczeń, odciążenia lekarzy oraz zapewnienia ciągłości opieki. Pismo kończyło się jednoznacznym wnioskiem o uwzględnienie pielęgniarstwa psychiatrycznego w obszarach APN.

Następnie, w piśmie do Dyrektora CMKP z dnia 25 sierpnia 2025 r. wskazano m.in. na potrzebę:

- włączenia APN do systemu kształcenia podyplomowego CMKP;
- tworzenia wspólnych modułów kształcenia i rozwoju kompetencji zaawansowanych;
- uznania pielęgniarstwa psychiatrycznego za obszar priorytetowy;
- rozwoju ścieżek kształcenia odpowiadających rzeczywistym potrzebom opieki psychiatrycznej;
- ograniczenia barier hierarchicznych w interdyscyplinarnym modelu opieki.

W petycji z dnia 25 października 2025 r. skierowanej do Ministra Zdrowia ponownie przedstawiono wniosek o uruchomienie pilotażu modelu APN na oddziałach psychiatrycznych. Wskazano w niej m.in. na potrzebę wypracowania standardów kompetencji, odpowiedzialności, kształcenia, monitorowania oraz finansowania modelu.

II. PODSTAWA PRAWNA - DLACZEGO POTRZEBNY JEST FORMALNY PROCES WDROŻENIA

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej przewiduje, że pielęgniarstwo jest samodzielnym zawodem medycznym. Art. 4 ust. 1 ustawy obejmuje m.in. samodzielne udzielanie - w określonym zakresie - świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Jednocześnie art. 6 ustawy przewiduje określenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii NRPiP, rodzajów i zakresu świadczeń, które pielęgniarka może wykonywać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, z uwzględnieniem posiadanych kwalifikacji i umiejętności.

Art. 15a ustawy określa natomiast ustawowe ramy samodzielnego ordynowania określonych produktów leczniczych przez pielęgniarki posiadające wymagane kwalifikacje, jednocześnie przewidując ograniczenia dotyczące m.in. substancji psychotropowych i środków odurzających. Dlatego przyszłe kompetencje w zakresie zaawansowanej farmakoterapii psychiatrycznej nie mogą być wprowadzane wyłącznie decyzją dyrektora szpitala - wymagają odpowiedniej podstawy prawnej.

Równocześnie art. 48e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewiduje formalny mechanizm programu pilotażowego. Program taki służy testowaniu nowego sposobu organizacji, realizacji lub finansowania świadczeń przed jego wdrożeniem w systemie. Minister Zdrowia opracowuje, ustanawia, nadzoruje i kontroluje program, natomiast NFZ realizuje, finansuje, monitoruje i ocenia jego wykonanie.

Oznacza to, że istnieje prawnie określona ścieżka pozwalająca przetestować nowy model organizacji opieki - bez udawania, że szpital może samodzielnie stworzyć nowy zawód albo przyznać kompetencje zastrzeżone ustawowo.

III. WNIOSKI - OCZEKIWANE KONKRETNE DZIAŁANIA

W związku z powyższym wnoszę o:

- formalne wskazanie, czy pielęgniarstwo psychiatryczne zostało uwzględnione w pracach Zespołu ds. określenia obszarów, w których może być realizowana zaawansowana praktyka pielęgniarska;
- przekazanie informacji, jakie stanowisko merytoryczne przyjęto w odniesieniu do APN w psychiatrii oraz czy przygotowano w tym zakresie rekomendacje, analizy lub propozycje zmian;
- wskazanie, czy Ministerstwo Zdrowia przewiduje uruchomienie pilotażu APN Mental Health 24/7 na wybranym oddziale psychiatrycznym, a jeżeli nie - przedstawienie prawnych, organizacyjnych lub finansowych przyczyn odstąpienia od takiego rozwiązania;
- rozpoczęcie prac nad formalnym pilotażem, z określeniem celu, czasu trwania, zakresu świadczeń, modelu organizacyjnego, kwalifikacji personelu, wskaźników, sposobu monitorowania, ewaluacji i finansowania;
- włączenie do prac CMKP w celu opracowania ścieżki przygotowania zawodowego APN w pielęgniarstwie psychiatrycznym, obejmującej m.in. zaawansowaną ocenę stanu psychicznego, ocenę ryzyka, interwencję kryzysową, deeskalację, psychofarmakologię, bezpieczeństwo farmakoterapii, interwencje psychologiczne mieszczące się w kompetencjach zawodowych, pracę z rodziną i psychoedukację;
- opracowanie standardu odpowiedzialności zawodowej, dokumentowania czynności, zasad eskalacji do lekarza oraz audytu jakości i bezpieczeństwa;
- rozpoczęcie równoległych prac nad docelowym modelem ustawowym APN, w tym - na późniejszym etapie - nad ewentualnym, ściśle określonym zakresem zaawansowanej farmakoterapii psychiatrycznej, po spełnieniu wymogów edukacyjnych, certyfikacyjnych i prawnych;
- wskazanie podmiotu odpowiedzialnego za dalsze procedowanie sprawy oraz harmonogramu prac.

IV. PROPONOWANY MODEL PILOTAŻU APN MENTAL HEALTH 24/7

Proponowany model zakłada wykorzystanie pielęgniarki APN jako zaawansowanego klinicznego ogniwa opieki w oddziale psychiatrycznym działającym całodobowo. Nie chodzi o zastąpienie psychiatry ani psychologa, lecz o stworzenie dodatkowego poziomu kompetencji klinicznych pomiędzy standardową praktyką pielęgniarską a poziomem specjalistycznego wsparcia lekarskiego.

W szczególności model może obejmować:

- zaawansowaną ocenę stanu psychicznego i bieżącej zmiany stanu pacjenta;
- dynamiczną ocenę ryzyka samobójczego, samouszkodzeń, agresji, pobudzenia i innych zagrożeń;
- interwencję kryzysową i techniki deeskalacji;
- interwencje wspierające, psychoedukację, treningi i działania ukierunkowane na regulację emocji;
- monitorowanie skuteczności i działań niepożądanych leczenia oraz wczesne identyfikowanie pogorszenia stanu;
- koordynację opieki, dokumentowanie i przekazywanie lekarzowi informacji wymagających decyzji lekarskiej;
- ustalone protokoły eskalacji w sytuacjach przekraczających kompetencje APN.

Model powinien być wdrażany etapowo. Przykładowy harmonogram 12-miesięczny:

Etap	Okres	Zakres
I	0–3 miesiąc	przygotowanie standardów, kwalifikacji, dokumentacji, szkoleń i wskaźników
II	4–6 miesiąc	wdrożenie APN w ustalonych godzinach popołudniowych i wieczornych
III	7–9 miesiąc	rozszerzenie na weekendy i wybrane dyżury nocne
IV	10–12 miesiąc	model całodobowy oraz ewaluacja porównawcza

V. WSKAŹNIKI OCENY

Pilotaż powinien być oceniany nie na podstawie deklaracji, lecz danych. Proponowane wskaźniki obejmują:

- czas reakcji na pogorszenie stanu psychicznego;
- liczbę i rodzaj interwencji APN;
- liczbę oraz przyczyny eskalacji do lekarza;
- liczbę interwencji kryzysowych i zastosowanych środków przymusu bezpośredniego;
- zdarzenia agresji, samouszkodzeń i prób samobójczych;
- czas pracy lekarzy zużyty na interwencje, które mogą być objęte kompetencjami APN;
- długość hospitalizacji i readmisje – z uwzględnieniem charakterystyki pacjentów;
- satysfakcję pacjentów i personelu;
- zgodność dokumentacji i bezpieczeństwo procesu klinicznego;
- koszt organizacyjny modelu w relacji do uzyskanych efektów.

VI. WARUNEK LEGALNOŚCI - WYRAŹNE ROZDZIELENIE KOMPETENCJI

Wnioskuję, aby dokumentacja pilotażu jednoznacznie rozdzielała trzy poziomy kompetencji:

- POZIOM I - czynności mieszczące się w obowiązującym zakresie samodzielnej praktyki pielęgniarskiej i możliwe do wykonywania przy obecnych kwalifikacjach;
- POZIOM II - czynności wymagające dodatkowego szkolenia, certyfikacji, protokołów lub wewnętrznych standardów organizacyjnych;
- POZIOM III - czynności wymagające zmiany ustawy lub przepisów wykonawczych, w szczególności nowe kompetencje ordynacyjne lub zaawansowana farmakoterapia wykraczająca poza obecny zakres ustawowy.

Takie rozwiązanie zabezpiecza pacjentów, pielęgniarki, lekarzy, dyrekcję podmiotu leczniczego i organy administracji przed sytuacją, w której oczekuje się wykonywania zaawansowanych zadań bez jednoznacznego określenia kompetencji, odpowiedzialności i podstawy prawnej.

VII. OCZEKIWANE STANOWISKO MINISTERSTWA

Dotychczasowa korespondencja wskazywała problem, proponowała rozwiązanie i wskazywała możliwą ścieżkę wdrożenia. Kolejnym krokiem powinno być zatem stanowisko merytoryczne oraz decyzja, czy i w jakim trybie Ministerstwo Zdrowia zamierza tę ścieżkę uruchomić.

Wnoszę o udzielenie odpowiedzi odrębnie do każdego z wniosków wskazanych w pkt III, ze wskazaniem podstawy prawnej i faktycznej stanowiska. Jeżeli sprawa należy w całości lub w części do właściwości innego organu albo jednostki, proszę o jednoznaczne wskazanie tego podmiotu i przekazanie sprawy zgodnie z właściwością, o ile przepisy znajdujące zastosowanie w danym trybie to przewidują.

Nie jest to wniosek o stworzenie kolejnej deklaracji dotyczącej potrzeby APN. Jest to wniosek o przejście od diagnozy do procedury wdrożeniowej: określenie kompetencji, przygotowanie kształcenia, wybór miejsca pilotażu, ustalenie wskaźników, finansowania i ewaluacji oraz - tam, gdzie jest to konieczne - rozpoczęcie prac legislacyjnych.

System psychiatrycznej opieki całodobowej nie może być projektowany wyłącznie wokół pytania, kiedy dostępny będzie lekarz. Powinien być projektowany wokół pytania, jakie kompetencje posiada cały zespół i kto może bezpiecznie podjąć właściwą interwencję w konkretnej godzinie, przy zachowaniu jasnych granic odpowiedzialności.

Wnoszę zatem o potraktowanie niniejszego pisma jako formalnego wezwania do merytorycznego zajęcia stanowiska i rozpoczęcia prac nad wdrożeniem APN w pielęgniarstwie psychiatrycznym, w pierwszej kolejności poprzez przygotowanie pilotażu modelu APN Mental Health 24/7.

Z poważaniem,

Dariusz Popiński
Kierownik projektu APN
inicjatywa na rzecz zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej

Załączniki / materiały stanowiące podstawę niniejszego wniosku

- 1. Pismo z dnia 21.08.2025 r. - wniosek o uwzględnienie pielęgniarstwa psychiatrycznego jako obszaru APN.
- 2. Pismo z dnia 25.08.2025 r. do CMKP - wniosek dotyczący wdrożenia APN i kształcenia podyplomowego.
- 3. Petycja z dnia 25.10.2025 r. - w sprawie uruchomienia pilotażu modelu APN na oddziałach psychiatrycznych.
- 4. Materiał/aneks dotyczący kompetencji wynikających z programu specjalizacji w pielęgniarstwie psychiatrycznym.