

Ocena Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych (2025–2030) z perspektywy roli i kompetencji pielęgniarek i położnych: analiza, wnioski i rekomendacje

Wprowadzenie

Strategiczny imperatyw Krajowego Programu

Przyjęcie „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025–2030” jest nie tylko uzasadnione, ale i absolutnie konieczne w obliczu głębokich przemian demograficznych, jakich doświadcza Polska. Dane epidemiologiczne i prognozy przedstawione w dokumencie są alarmujące. Zgodnie z nimi, do 2050 roku udział osób w wieku 60 lat i więcej w populacji kraju może przekroczyć 40%, a już teraz szacuje się, że średnio co szósta osoba po 60. roku życia wykazuje deficyt poznawczy nasuwający podejrzenie otępienia. Wzrost rozpowszechnienia chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera, stanowi jedno z największych wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej i polityki społecznej, generując olbrzymie koszty i obciążenie dla rodzin oraz całego społeczeństwa. W tym kontekście, opracowanie zintegrowanej, wieloletniej strategii jest kluczowym krokiem w kierunku budowy systemu zdolnego sprostać temu wyzwaniu.

Główna teza: Paradoks niewidzialnego profesjonalisty

Niniejszy raport stawia tezę, że choć Krajowy Program słusznie dąży do stworzenia kompleksowego i skoordynowanego systemu wsparcia, to jego konstrukcja obciążona jest fundamentalną wadą strategiczną: pominięciem największej i kluczowej dla systemu opieki zdrowotnej grupy zawodowej – pielęgniarek. Analiza dokumentu programowego ujawnia paradoks: planuje się budowę systemu opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą, wymagającym holistycznego i ciągłego wsparcia, jednocześnie marginalizując profesjonalistów, których rola z definicji polega na zapewnianiu takiej właśnie opieki. Brak jednoznacznego zdefiniowania roli, zadań i mechanizmów wykorzystania kompetencji pielęgniarek nie jest jedynie niedopatrzeniem redakcyjnym, lecz błędem, który podważa realność i efektywność zaplanowanych interwencji. Pielęgniarki nie powinny być postrzegane jako bierni wykonawcy zleceń, lecz jako centralne postacie, architekci i liderzy wdrażanych modeli opieki nad osobami z otępieniem. Rola położnych, choć bardziej wyspecjalizowana, również zasługuje na uwzględnienie, zwłaszcza w kontekście opieki środowiskowej i podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Metodologia i struktura raportu

Przedstawiona analiza opiera się na trójwymiarowej metodologii. Po pierwsze, dokonano szczegółowej analizy tekstowej dokumentów programowych – projektu uchwały, jej uzasadnienia oraz Oceny Skutków Regulacji. Po drugie, przeprowadzono analizę prawną, konfrontując założenia Programu z formalnymi kompetencjami pielęgniarek i położnych, zapisanymi w Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Po trzecie,

dokonano analizy porównawczej, odnosząc proponowane rozwiązania do międzynarodowych dobrych praktyk i rekomendacji, m.in. Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Struktura raportu odzwierciedla ten proces analityczny, przechodząc od identyfikacji wpływu Programu na grupy zawodowe, przez ocenę niewykorzystanego potencjału ich kompetencji, aż po sformułowanie konkretnych, opartych na dowodach rekomendacji.

Część I: Wpływ Programu na zawody pielęgniarki i położnej

Analiza Programu wskazuje, że mimo braku bezpośredniego odniesienia, jego wdrożenie będzie miało głęboki i wielowymiarowy wpływ na codzienną praktykę, obciążenie pracą oraz status zawodowy pielęgniarek i położnych.

Strategia pominięcia: Analiza tekstowa martwego pola Programu

Systematyczny przegląd siedmiu obszarów strategicznych Programu – od podnoszenia świadomości społecznej, przez wsparcie wczesnej diagnostyki, aż po badania naukowe – ujawnia konsekwentne pomijanie pielęgniarek i położnych jako kluczowych realizatorów lub koordynatorów działań. W opisach poszczególnych zadań jako podmioty odpowiedzialne wskazywane są ministerstwa (MZ, MRPIPS), instytucje publiczne (NFZ, RPP, JST), lekarze POZ czy pracownicy pomocy społecznej, podczas gdy terminy „pielęgniarka” i „położna” praktycznie nie występują.

Ta niejednoznaczność i marginalizacja niosą ze sobą poważne ryzyka dla powodzenia Programu. Po pierwsze, prowadzi do spychania na margines wiedzy i doświadczenia pielęgniarskiego w procesie planowania i projektowania nowych usług, takich jak pilotażowe „dzienne centra wsparcia pamięci”. Po drugie, stwarza ryzyko chaosu implementacyjnego, pozostawiając poszczególnym placówkom (przychodniom POZ, szpitalom, domom pomocy społecznej) dowolność w interpretacji roli pielęgniarek, co nieuchronnie doprowadzi do braku spójności i nierówności w dostępie do opieki. Po trzecie, brak jasno zdefiniowanej roli i ścieżki rozwoju w opiece nad osobami z otępieniem hamuje rozwój zawodowy i zniechęca do specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego czy psychiatrycznego – dziedzin, których znaczenie potwierdza sam projekt, wskazując na konieczność konsultacji z krajowymi konsultantami w tych dziedzinach.

Konsekwencją takiego podejścia jest stworzenie dla pielęgniarek tzw. „mandatu cienia”. Cel główny Programu, czyli „wzrost liczby osób, u których przeprowadzono testy oceniające funkcje poznawcze w podstawowej opiece zdrowotnej, a także zwiększenie dostępu do wsparcia dla opiekunów”, w praktyce zostanie zrealizowany głównie przez pielęgniarki POZ. To one stanowią pierwszą linię kontaktu z pacjentem, odpowiadają za edukację, zarządzanie chorobami przewlekłymi i koordynację świadczeń. Chociaż Program wspomina o szkoleniach dla lekarzy, to logistyka badań przesiewowych, dalsze monitorowanie pacjentów oraz intensywna edukacja opiekunów nieuchronnie staną się zadaniem pielęgniarek. W ten sposób Program nakłada na tę grupę zawodową znaczący, lecz niepisany, niedoszacowany finansowo

i niepoparty formalnymi uprawnieniami obowiązek. Taka sytuacja zwiększa obciążenie pracą i odpowiedzialność bez zapewnienia adekwatnych narzędzi, szkoleń i zasobów, co grozi wypaleniem zawodowym i nierównomierną realizacją celów Programu.

Przewidywane pośrednie konsekwencje dla praktyki zawodowej

Wdrożenie Programu, nawet w jego obecnej formie, wymusi ewolucję ról zawodowych pielęgniarek i położnych w różnych obszarach systemu.

- **Zwiększone obciążenie w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ):** Nacisk na wczesną diagnostykę (Obszar III) i profilaktykę (Obszar II) przełoży się bezpośrednio na nowe zadania dla pielęgniarek POZ. Będą one odpowiedzialne za organizację badań przesiewowych, prowadzenie rozmów z zaniepokojonymi pacjentami i ich rodzinami oraz edukację na temat 14 modyfikowalnych czynników ryzyka chorób otępiennych. Stanowi to istotne przesunięcie w kierunku proaktywnego zarządzania zdrowiem, które jednak nie zostało w Programie formalnie uznane ani odpowiednio zwymiarowane pod względem zasobów.
- **Ewolucja ról w opiece długoterminowej i szpitalnej:** Cel deinstytucjonalizacji opieki i promowanie wsparcia w środowisku domowym zmieni profil pacjentów trafiających do opieki stacjonarnej. Pielęgniarki w zakładach opiekuńczo-leczniczych, domach pomocy społecznej oraz na oddziałach szpitalnych (neurologicznych, geriatrycznych, internistycznych) będą w coraz większym stopniu opiekować się pacjentami w zaawansowanym stadium otępienia, z nasilonymi zaburzeniami zachowania i nastroju (BPSD) oraz licznymi chorobami współistniejącymi. Wymaga to wysoko specjalistycznych umiejętności w zakresie farmakoterapii, interwencji nefarmakologicznych, opieki paliatywnej i komunikacji z pacjentem z zaburzeniami poznawczymi – potrzeby szkoleniowej, której Program nie adresuje.
- **Potencjalne role dla położnych:** Chociaż Program koncentruje się na osobach starszych, rola położnej w systemie ochrony zdrowia nie powinna być pomijana. Położne, szczególnie na terenach wiejskich, są zaufanymi profesjonalistami medycznymi, utrzymującymi kontakt z całymi rodzinami, często na przestrzeni kilku pokoleń. Mogłyby one odgrywać istotną rolę w międzypokoleniowej promocji zdrowia, wczesnym identyfikowaniu rodzin obciążonych ryzykiem lub problemem opieki nad osobą z otępieniem podczas wizyt patronażowych, a także w prowadzeniu podstawowej edukacji zdrowotnej. Program nie dostrzega tej istniejącej i cennej infrastruktury zdrowia publicznego.

Część II: Ocena wykorzystania kompetencji pielęgniarek i położnych

Kluczowym mankamentem Programu jest rażąca dysproporcja między szerokim, ustawowo zdefiniowanym zakresem kompetencji pielęgniarek a ich niewidzialną, domyślną rolą w planowanych działaniach. Ta rozbieżność stanowi o niewykorzystanym potencjale, który mógłby znacząco podnieść efektywność całej strategii.

Niewykorzystany potencjał autonomii zawodowej: Analiza prawna

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej definiuje te profesje jako samodzielne zawody medyczne, przyznając im szerokie uprawnienia, które wykraczają daleko poza tradycyjnie postrzeganą rolę opiekuńczą. Analiza kluczowych przepisów ustawy w kontekście celów Programu ujawnia głębokie niedocenywanie tych kompetencji:

- **Art. 4 Ustawy** określa ogólny zakres zawodu pielęgniarki, obejmujący nie tylko „planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej”, ale również „rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta”, „samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych” oraz „edukację zdrowotną i promocję zdrowia”. Przepis ten stanowi solidną podstawę prawną dla proaktywnej i w dużej mierze autonomicznej roli pielęgniarki w procesie opieki.
- **Art. 15a ust. 1 i 6 Ustawy** to przepisy o fundamentalnym znaczeniu, które są całkowicie zignorowane w Programie. Dają one pielęgniarkom posiadającym tytuł specjalisty lub magistra prawo do samodzielnego ordynowania określonych leków i wyrobów medycznych oraz, co kluczowe w kontekście diagnostyki, do „wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych”. Jest to potężne narzędzie, które mogłoby zrewolucjonizować ścieżkę diagnostyczną pacjenta z podejrzeniem otępienia.
- **Art. 15a ust. 2 Ustawy** uprawnia pielęgniarki z wykształceniem co najmniej licencjackim do wystawiania recept w ramach kontynuacji leczenia zleconego przez lekarza. Jest to kompetencja o ogromnym znaczeniu praktycznym w zarządzaniu chorobą przewlekłą, jaką jest otępienie, pozwalająca na odciążenie lekarzy i zapewnienie ciągłości farmakoterapii.

Poniższa tabela w sposób systematyczny mapuje kluczowe kompetencje pielęgniarskie wynikające z Ustawy na konkretne działania zaplanowane w Krajowym Programie, obrazując skalę niewykorzystanych możliwości.

Tabela 1. Zestawienie kompetencji pielęgniarskich z działaniami Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych

Obszar i działanie Programu	Odpowiednia kompetencja pielęgniarki/położnej (Ustawa o zawodach...)	Analiza luki / Niewykorzystana szansa
Obszar II: Zmniejszanie Ryzyka (Działania informacyjno-edukacyjne on-line i stacjonarne, Działania 2.1.1, 2.1.2)	Art. 4 ust. 1 pkt 7: „edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia”	Program powierza zadania edukacyjne różnym instytucjom publicznym, nie wskazując pielęgniarek jako głównych, wyspecjalizowanych

		edukatorów zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i rodziną.
Obszar III: Wsparcie Wczesnej Diagnostyki (Działanie 3.1.2: Wdrożenie testów i badań laboratoryjnych w POZ)	Art. 15a ust. 6: Prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych (dla pielęgniarek ze specjalizacją/mgr).	Program koncentruje się na lekarzach, ignorując fakt, że odpowiednio wykwalifikowane pielęgniarki mogą zgodnie z prawem inicjować część procesu diagnostycznego, co przyspieszyłoby diagnozę i odciążęło lekarzy.
Obszar IV: Leczenie, Opieka i Wsparcie (Zarządzanie terapią farmakologiczną)	Art. 15a ust. 2: Wystawianie recept na leki (...) niezbędne do kontynuacji leczenia (dla pielęgniarek z licencjatem/specjalizacją/mgr).	Pielęgniarki mogą zarządzać przedłużaniem recept dla pacjentów w stabilnym stanie, zapewniając ciągłość opieki i redukując obciążenie specjalistów i lekarzy POZ. Program milczy na ten temat.
Obszar V: Wsparcie dla Opiekunów (Działanie 5.1.1: Szkolenia dla opiekunów)	Art. 4 ust. 1 pkt 3: „planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem” (co obejmuje edukację rodziny).	Edukacja opiekunów jest rdzenną kompetencją pielęgniarską. Program traktuje to jako ogólne zadanie dla różnych podmiotów, pomijając kliniczną wiedzę i umiejętności, jakie wnoszą pielęgniarki.

Identyfikacja konkretnych niewykorzystanych szans w projekcie Programu

Niedostrzeganie potencjału pielęgniarek prowadzi do projektowania rozwiązań, które są mniej efektywne i nie w pełni odpowiadają na zidentyfikowane problemy.

- **Wczesna diagnostyka (Obszar III):** Cel Programu, jakim jest „ustalenie narzędzi wstępnej diagnostyki... w POZ”, jest obarczony ryzykiem niepowodzenia, jeśli nie określi się precyzyjnie, kto ma tych narzędzi używać. Raport OECD „Care Needed” jednoznacznie wskazuje, że lekarze podstawowej opieki zdrowotnej są często niedostatecznie

przeszkoleni w zakresie demencji i prawidłowo identyfikują jedynie 50–75% przypadków. W tej sytuacji, przeszkolone pielęgniarki są idealnie predestynowane do przeprowadzania standaryzowanych testów przesiewowych (np. MMSE, MoCA), oceny stanu funkcjonalnego pacjenta (np. skalą Barthel) oraz zbierania wywiadu od rodziny. Taki model, w którym pielęgniarka dokonuje wstępnej oceny, a lekarz weryfikuje przypadki z podejrzeniem otępienia, znacząco zwiększyłby efektywność i trafność diagnostyki.

- **Koordinacja opieki (Obszar IV):** Globalnym standardem w opiece nad osobami z otępieniem jest model oparty na koordynatorze opieki lub menedżerze przypadku (case manager), który zapewnia ciągłość i integrację świadczeń medycznych i społecznych. Jest to rola stworzona dla doświadczonych pielęgniarek. Pilotaż „dziennych centrów wsparcia pamięci” stanowi doskonałą okazję do wdrożenia takiego pielęgniarskiego modelu, jednak Program nie zawiera żadnych wytycznych dotyczących personelu ani przywództwa w tych placówkach.
- **Wsparcie dla opiekunów (Obszar V):** Program słusznie diagnozuje ogromne obciążenie opiekunów nieformalnych i planuje dla nich szkolenia oraz wsparcie psychologiczne. Pomija jednak fakt, że to pielęgniarki są profesjonalistami najlepiej przygotowanymi do realizacji tych zadań. Posiadają one unikalną zdolność do łączenia edukacji w zakresie praktycznych umiejętności (postępowanie w BPSD, bezpieczne przemieszczanie pacjenta, zapobieganie odleżynom, zasady żywienia) z oceną ryzyka wypalenia opiekuna i udzielaniem podstawowego wsparcia emocjonalnego w ramach ugruntowanej relacji terapeutycznej.

Przyczyną tych zaniechań jest przyjęcie przez Program uproszczonego, dwubiegunowego modelu opieki, który rozdziela interwencje na medyczne (przypisane lekarzom) i społeczne (przypisane pracownikom socjalnym). Tymczasem otępienie jest schorzeniem bio-psycho-społecznym, gdzie stan somatyczny pacjenta, jego kondycja psychiczna i emocjonalna oraz sytuacja rodzinna i środowiskowa są nierozzerwalnie związane. Pielęgniarstwo, ze swej natury, jest profesją działającą na styku tych trzech wymiarów. Pielęgniarka ocenia stan fizyczny, udziela wsparcia psychologicznego i edukuje rodzinę w zakresie strategii radzenia sobie w środowisku społecznym. Ignorując tę zintegrowaną rolę, Program utrwała fragmentaryzację opieki i traci szansę na wykorzystanie pielęgniarek jako naturalnych „łączników” i koordynatorów całego systemu, co jest istotą nowoczesnych, skutecznych modeli opieki nad osobami z otępieniem, takich jak brytyjskie „Admiral Nurses”.

Część III: Propozycje optymalnego wykorzystania kompetencji pielęgniarek i położnych

Krytyczna analiza Programu musi prowadzić do sformułowania konstruktywnych i możliwych do wdrożenia rekomendacji. Poniższe propozycje mają na celu nie tyle podważenie założeń Programu, co ich wzmocnienie poprzez pełne włączenie potencjału zawodowego pielęgniarek i położnych, w oparciu o obowiązujące prawo i sprawdzone wzorce międzynarodowe.

Rekomendacje strategiczne: Wpisanie przywództwa pielęgniarskiego w strukturę Programu

- **Formalna nowelizacja dokumentu programowego:** Najważniejszą i najpilniejszą rekomendacją jest rewizja projektu „Krajowego Programu” przed jego ostatecznym przyjęciem przez Radę Ministrów. Terminy „pielęgniarka” i „położna” muszą zostać jednoznacznie wpisane w opisy działań, rezultatów, wskaźników monitorowania i struktur koordynacyjnych we wszystkich właściwych obszarach. Zmiana ta musi mieć charakter systemowy, a nie kosmetyczny.
- **Propozycja utworzenia roli „Pielęgniarki-Koordynatora Opieki nad Osobą z Otępieniem”:** Jest to kluczowa propozycja niniejszego raportu, zakładająca stworzenie, przetestowanie w ramach pilotażu, a następnie wdrożenie w skali kraju nowej, wyspecjalizowanej roli w systemie opieki.
 - **Model:** Rola ta byłaby wzorowana na sprawdzonych i efektywnych rozwiązaniach międzynarodowych, takich jak *Admiral Nurses* w Wielkiej Brytanii czy menedżerowie przypadku (case managers) w Holandii.
 - **Funkcja:** Pielęgniarka-Koordynator byłaby pielęgniarką z zaawansowanymi kwalifikacjami (tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub psychiatrycznego, ukończone studia magisterskie), pełniącą funkcję stałego, jednego punktu kontaktowego dla osoby z otępieniem i jej rodziny na całej ścieżce choroby – od momentu diagnozy aż po opiekę u schyłku życia.
 - **Zakres obowiązków:** Do jej zadań należałoby m.in. koordynowanie wizyt lekarskich i badań, pomoc w zarządzaniu farmakoterapią, wdrażanie zaawansowanych strategii radzenia sobie z trudnymi zachowaniami (BPSD), prowadzenie ustrukturyzowanej edukacji i wsparcia psychospołecznego dla opiekunów oraz pomoc w nawigacji po skomplikowanym systemie świadczeń zdrowotnych i pomocy społecznej.

Rekomendacje operacyjne dla poszczególnych obszarów Programu

- **Obszar III (Wsparcie Wczesnej Diagnostyki):**
 - **Działanie:** Należy formalnie upoważnić i sfinansować pielęgniarki POZ do przeprowadzania corocznych badań przesiewowych w kierunku zaburzeń poznawczych u wszystkich pacjentów powyżej określonego wieku (np. 65 lat), przy użyciu standaryzowanych i zwalidowanych narzędzi.
 - **Uzasadnienie:** Działanie to wykorzystuje istniejący potencjał kadrowy, jest zgodne z rekomendacjami OECD dotyczącymi poprawy wczesnego wykrywania demencji i pozwala lekarzom skoncentrować się na pogłębionej diagnostyce różnicowej w uzasadnionych przypadkach.
- **Obszar IV (Leczenie, Opieka i Wsparcie):**
 - **Działanie:** Należy wprowadzić wymóg, aby nowo tworzone „dzienne centra wsparcia pamięci” były obsadzone, a docelowo zarządzane, przez pielęgniarki ze specjalistycznymi kwalifikacjami. Należy również precyzyjnie zdefiniować zakres

świadczeń pielęgniarских w tych placówkach, obejmujący m.in. terapię stymulacji poznawczej, zarządzanie BPSD i monitorowanie stanu zdrowia.

- **Uzasadnienie:** Zapewni to jednolity, wysoki standard opieki oparty na dowodach naukowych i zapobiegnie przekształceniu się tych placówek w zwykłe świetlice socjalne.
- **Obszar V (Wsparcie dla Opiekunów):**
 - **Działanie:** Należy powierzyć pielęgniarcom (w POZ, opiece długoterminowej oraz proponowanej roli koordynatora) zadanie przeprowadzania systematycznej, okresowej oceny potrzeb i stopnia obciążenia opiekunów przy użyciu walidowanych skal. Na podstawie tej oceny pielęgniarki powinny realizować zindywidualizowane interwencje edukacyjne i wspierające, w tym adaptację i wdrażanie narzędzia WHO „iSupport for Dementia”, które Program już wymienia.
 - **Uzasadnienie:** Takie podejście zmienia model wsparcia z pasywnego (oferta dostępna dla chętnych) na proaktywny i oparty na dowodach system identyfikacji i łagodzenia stresu opiekunów, co jest kluczowym czynnikiem opóźniającym instytucjonalizację opieki.
- **Obszar VII (Badania Naukowe i Innowacje):**
 - **Działanie:** Należy wprowadzić wymóg, aby projekty badawcze finansowane w ramach Programu angażowały badaczy z obszaru pielęgniarstwa i koncentrowały się na tematach istotnych dla praktyki pielęgniarskiej, takich jak ocena skuteczności interwencji pielęgniarских, modeli opieki czy programów wsparcia dla opiekunów.
 - **Uzasadnienie:** Zapewni to, że generowana wiedza będzie miała bezpośrednie przełożenie na praktykę kliniczną i przyczyni się do budowy polskiej bazy dowodów naukowych dla pielęgniarstwa w opiece nad osobami z otępieniem.

Poniższa tabela przedstawia proponowany, operacyjny model podziału ról i zadań pielęgniarских w ramach znowelizowanego Krajowego Programu.

Tabela 2. Proponowany model ról i zadań pielęgniarских w ramach Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych

Miejsce pracy / Rola	Kluczowe zadania w ramach Programu	Wymagane kompetencje / Szkolenia	Obszary Programu
Pielęgniarka POZ	- Coroczne badania przesiewowe funkcji poznawczych u pacjentów z grup ryzyka. - Wstępna edukacja rodzin po	- Szkolenie z obsługi narzędzi przesiewowych (np. MoCA, MMSE). - Zaawansowane umiejętności	II, III, V

	diagnozie. - Promocja zdrowia w zakresie modyfikowalnych czynników ryzyka. - Podstawowa ocena potrzeb opiekunów.	komunikacyjne.	
Pielęgniarka Opieki Długoterminowej	- Zaawansowana ocena i niefarmakologiczne zarządzanie BPSD. - Planowanie opieki paliatywnej i u schyłku życia. - Prowadzenie grup wsparcia dla opiekunów w ramach placówki.	- Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki paliatywnej. - Szkolenie z protokołów zarządzania BPSD.	IV, V
Pielęgniarka-Koordynator Opieki	- Kompleksowa ocena bio-psycho-społeczna. - Tworzenie i zarządzanie zintegrowanym planem opieki. - Zaawansowane poradnictwo i wsparcie psychospołeczne dla opiekunów. - Nawigacja w systemie i rzecznictwo na rzecz pacjenta.	- Wykształcenie wyższe magisterskie. - Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego (management).	III, IV, V

Wnioski

Podsumowując, „Krajowy Program Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025–2030” jest dokumentem strategicznym o kluczowym znaczeniu dla przyszłości polskiego systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej. Jego diagnoza problemu jest trafna, a wyznaczone cele – słuszne. Jednak w obecnym kształcie Program jest obciążony fundamentalną wadą, która może zniweczyć jego potencjał. Tą wadą jest niemal całkowite pominięcie roli, kompetencji i potencjału pielęgniarek i położnych.

Analiza wykazała, że sukces Programu zależy od odejścia od przestarzałego, skoncentrowanego wyłącznie na lekarzach modelu opieki i pełnego przyjęcia nowoczesnej, holistycznej i koordynującej roli, jaką w systemie pełni profesjonalne pielęgniarstwo. Proponowane działania – od badań przesiewowych w POZ, przez opiekę w centrach wsparcia, aż po kompleksową pomoc dla opiekunów – to zadania, które wprost wpisują się w ustawowe kompetencje i codzienna praktykę pielęgniarek.

Włączenie pielęgniarek do Programu nie jest dodatkowym kosztem, lecz inwestycją w efektywność, jakość i humanizację opieki. Upodmiotowione i odpowiednio przygotowane pielęgniarki mogą zwiększyć trafność diagnostyczną, odciążyć lekarzy, poprawić jakość życia pacjentów i ich rodzin dzięki lepszej koordynacji i wsparciu, a w perspektywie długofalowej – przyczynić się do ograniczenia kosztów związanych z kryzysowymi interwencjami i przedwczesną instytucjonalizacją.

W związku z powyższym, kluczową i pilną rekomendacją jest formalna rewizja „Krajowego Programu Działań wobec Chorób Otępiennych na lata 2025–2030” przed jego ostatecznym przyjęciem. Należy w nim jednoznacznie określić rolę i zadania pielęgniarek we wszystkich istotnych obszarach interwencji oraz zaplanować zasoby na ich odpowiednie przygotowanie i wsparcie. Tylko w ten sposób ten ważny dokument ma szansę przekształcić się z dobrze skonstruowanej intencjonalnej deklaracji w skuteczne narzędzie realnej pomocy dla setek tysięcy polskich rodzin dotkniętych problemem otępienia.