



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

**Stanowisko nr 11
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z 19 marca 2026 r.**

w sprawie zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów oraz naruszenia praw pracowniczych pielęgniarek i położnych w związku z niewystarczającą obsadą kadrową oraz ograniczaniem prawa do rzetelnego dokumentowania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych

skierowane do:

Minister Zdrowia

Rzecznik Praw Pacjenta

Państwowa Inspekcja Pracy

Narodowy Fundusz Zdrowia

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych realizuje ustawowe zadania samorządu zawodowego w szczególności określone w art. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1760) polegające na sprawowaniu pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej oraz reprezentowaniu osób wykonujących te zawody. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża głębokie zaniepokojenie informacjami przekazywanymi przez środowisko pielęgniarek i położnych dotyczącymi warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w wielu podmiotach leczniczych.

W licznych podmiotach leczniczych dochodzi do sytuacji, w czasie których pielęgniarki i położne świadczą pracę podczas dyżurów jednoosobowych. Liczba personelu pielęgniarskiego jest nieadekwatna do liczby pacjentów oraz ich stanu klinicznego, a liczba hospitalizowanych pacjentów niejednokrotnie przekracza liczbę zgłoszonych łóżek. Brak właściwego zabezpieczenia kadrowego skutkuje powierzaniem jednej pielęgniarce lub położnej opieki nad liczną grupą pacjentów, w tym pacjentów leżących, po zabiegach operacyjnych lub wymagających wzmożonego nadzoru.

W takich warunkach pielęgniarki i położne obiektywnie nie są w stanie wykonać wszystkich świadczeń zdrowotnych w tym zleceń lekarskich. Sytuacje te mogą prowadzić do realnego

zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz narażają pielęgniarki i położne na ryzyko ponoszenia odpowiedzialności za skutki niewłaściwej organizacji pracy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przypomina, że zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej*, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* to podmiot leczniczy jako pracodawca ponosi odpowiedzialność za organizację pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki jej wykonywania, a także za zapewnienie takiej obsady personelu medycznego, która umożliwi rzeczywiste i bezpieczne wykonywanie obowiązków zawodowych.

Szczególne zaniepokojenie budzą informacje wskazujące, że pielęgniarki i położne dokonujące w dokumentacji medycznej wpisów opisujących rzeczywiste warunki świadczenia pracy, w tym pracę przy niedostatecznej obsadzie oraz brak możliwości terminowej realizacji zleceń wynikający z przyczyn organizacyjnych, spotykają się z reakcją kadry kierowniczej polegającą na wzywaniu do usunięcia dokonanych wpisów. W niektórych przypadkach towarzyszą temu groźby z konsekwencjami dyscyplinarnymi.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych tego rodzaju działania stanowią niedopuszczalną ingerencję w prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, wywieranie presji oraz próbę przerzucenia odpowiedzialności za niewłaściwą organizację pracy z podmiotu leczniczego na pracownika.

Informacje dotyczące przebiegu dyżuru, w tym szczególnych okoliczności organizacyjnych mających znaczenie dla bezpieczeństwa pacjentów oraz ciągłości opieki, stanowią jeden z elementów z raportu pielęgniarskiego przekazywanego kolejnej zmianie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że właściwe zapewnienie obsady pielęgniarek i położnych jest kluczowym czynnikiem bezpieczeństwa pacjentów oraz prawidłowego wykonywania obowiązków zawodowych. Odpowiednia liczba personelu pielęgniarskiego ma istotne znaczenie dla zapewnienia pacjentom wysokiej jakości opieki oraz właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych. Liczne badania naukowe potwierdzają zależność między obsadą pielęgniarską a zdrowiem pacjentów, częstością zachorowań i śmiertelnością.

McKenna¹ na podstawie przeprowadzonych badań wskazała, że wysoka jakość opieki pielęgniarskiej przekłada się na skrócenie czasu hospitalizacji, obniżenie wskaźnika śmiertelności, redukcję kosztów oraz zmniejszenie liczby niepożądanych zdarzeń, przy jednoczesnym wzroście satysfakcji pacjentów, liczby wyzdrowień, jakości życia i poziomu wiedzy pacjentów.

Z kolei Blegen i współpracownicy² wskazują, że większe zróżnicowanie kwalifikacji i umiejętności pielęgniarek wiąże się z mniejszą liczbą błędów medycznych i odleżyn oraz wyższym zadowoleniem pacjentów z terapii. Wykazano również, że większa liczba wysoko wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego ogranicza liczbę pomyłek w zarządzaniu i dystrybucji leków.

Analiza jakości opieki nad osobami chorymi na Zespół Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) wykazała, że każda dodatkowa pielęgniarka przypadająca na pacjenta zmniejsza 30-dniową śmiertelność o 50%, natomiast wzrost liczby pielęgniarek o 0,25 na pacjenta dziennie powoduje spadek tej śmiertelności o 20%³.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w przypadku stwierdzenia naruszeń będzie podejmować stosowne działania przewidziane prawem, w tym zawiadamianie właściwych organów nadzoru oraz zmierzające do ochrony praw zawodowych pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się wszelkim praktykom ograniczającym prawo do rzetelnego dokumentowania rzeczywistego przebiegu pracy oraz warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów oraz ochrona praw pracowniczych personelu medycznego wymaga pełnej transparentności, odpowiedzialności organizacyjnej podmiotów leczniczych oraz poszanowania obowiązujących przepisów prawa.

Sekretarz NRPiP



Kamilla Gólcza

Prezes NRPiP



Mariola Łodzińska

¹ McKenna HP. Nursing skill mix substitutions and quality of care: an exploration of assumptions from the research literature. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21 (3): 452–459. 19.

² Blegen MA, Goode CJ, Reed L. Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing research*. 1998; 47 (1): 43–50.

³ Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J & Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care* 1999; 37 (8), 760–772.

