

Monika Binkowska-Bury, Małgorzata Nagórska, Paweł Januszewicz, Józef Ryżko

Migracje pielęgniarek i położnych – problemy i wyzwania

Z Instytutu Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

Migracje personelu medycznego są odzwierciedleniem sytuacji istniejącej na międzynarodowym rynku handlu usługami. Niektóre państwa na świecie bronią się przed nadmiernym napływem ludności, świadczą określone usługi, poprzez trzy grupy trudności: w przepływie usług, przemieszczaniu się osób oraz zakładaniu przedsiębiorstw świadczących usługi.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie zjawiska migracji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Materiał i metody: W pracy posłużono się analizą źródeł literatury oraz dostępnych zasobów internetowych z zakresu omawianej tematyki. Migracje pielęgniarek i położnych w Europie odbywają się dzięki unormowaniom prawnym, pozwalającym na swobodne wykonywanie zawodu na terenie Unii Europejskiej. Na migrację najczęściej decydują się osoby młode, posiadające odpowiednie kwalifikacje oraz znające języki obce.

Wyniki i wnioski: W niedalekiej przyszłości przewidywany jest wzrost migracji osób ze znajomością języka angielskiego. Mobilność personelu powoduje wzrost niedoborów kadrowych wśród pielęgniarek i położnych. W 2006 roku wolne etaty w zakładach opieki zdrowotnej wśród pielęgniarek osiągnęły liczbę 3229, wśród położnych 312, co w wyraźny sposób przekłada się na obniżenie się wskaźnika pielęgniarek przypadających na 1000 mieszkańców, który dla Polski wynosi 4,9 i plasuje nas na jedenastym miejscu w rankingu europejskim.

Słowa kluczowe: migracje, zawód pielęgniarki i położnej

Nurses' and midwives' migration – problems and challenges

Medical personnel migrations reflect present situations on an international trade service market. Some countries defend against an excessive migrations considering providing specific services. They are included in three groups of difficulties: services flow, people transferring, setting up business providing services.

Aim: The aim of the paper is to present the phenomenon of nurses and midwives' occupational migration.

Material and methods: Literature analysis and available Internet sources considering discussed subject were used. Nurses' and midwifery's migration in Europe are hold on legal standards, enabling free working in European Union. Migrations often considers young people with specific qualifications and foreign languages knowledge.

Results and conclusions: In the close future an increase of migration of people with English knowledge is estimated. Medical personnel migration causes shortages in the medical stuff including

nurses and midwives. In 2006 there were 3229 vacant for nurses and 312 for midwives in health care centers. It results with a nurse-to-patient staffing ratios decrease. At present for Poland it values 4.9 (for 1000 people), which is eleven place in the European ranking.

Key words: nurses' migration, nurse and midwife professions

WSTĘP

Migracja, emigracja, imigracja – wędrówka ludności mająca na celu zmianę miejsca pobytu. Przemieszczanie się ludności jest całkowicie naturalnym zjawiskiem i występowało we wszystkich czasach. Nasilenie się migracji może nastąpić m.in. z przyczyn złej sytuacji gospodarczej w miejscu zamieszkania (migracje ekonomiczne) lub sytuacji politycznej nieodpowiadającej migrującym (migracje polityczne). Migracja zarobkowa zachodzi wtedy, gdy powodem wyjazdu (opuszczenia) kraju ojczystego są względy ekonomiczne. Migracje zarobkowe stają się dominującymi migracjami w Europie [1].

CEL

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zjawiska migracji zawodowej pielęgniarek i położnych.

MATERIAŁ I METODY

W pracy posłużono się analizą źródeł literatury oraz dostępnych zasobów internetowych z zakresu omawianej tematyki.

WYBRANE ASPEKTY MIGRACJI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA ŚWIECIE

Migracje personelu medycznego stają się odzwierciedleniem sytuacji istniejącej na międzynarodowym rynku handlu usługami. Bożyk (2008) wskazuje na trzy grupy czynników determinujących międzynarodowy handel usługami: prawne, ekonomiczno-społeczne oraz techniczne. Niektóre państwa bronią się przed nadmiernym napływem ludności, świadczącej określone usługi, poprzez trzy grupy utrudnień: w przepływie usług, przemieszczaniu się osób oraz zakładaniu przedsiębiorstw świadczących usługi. Autor wskazuje jednocześnie na wyraźny wzrost dynamiki światowego handlu usługami w ciągu ostatnich dziesięcioleci, przewyższającej dynamikę handlu towarowego. Rozpatrując usługi świadczone przez pielęgniarki i położne można stwierdzić, że istnieją pozytywne warunki w wyżej wymienionych czynnikach, tzn.: zapotrzebowanie na usługi medyczne w wielu krajach na świecie, prawne uwarunkowania zezwalające na transfer pielęgniarek i położnych, a także

rozwój środków transportu, co przyczynia się do zwiększenia migracji w obrębie tej grupy zawodowej w ciągu ostatnich lat [2].

Niezwykle ciekawe ujęcie migracji powiązane z określeniem „feminizacji biedy” oraz pojęciem „feminizacja globalnej migracji” prezentuje Günther Robert (2004). Autor ten łączy nasilenie ruchów migracyjnych kobiet ze zmianami gospodarczymi dokonującymi się w państwach postsocjalistycznych. Transformacje te niejednokrotnie wywierały negatywny wpływ na sytuację materialną kobiet ze względu na upadek państwowego systemu zabezpieczeń społecznych, bezrobocie czy też pracę w gorzej opłacanych zawodach. Wszystkie te czynniki doprowadziły do pogorszenia się sytuacji społeczno-ekonomicznej kobiet, zwanej przez Roberta (2004) „feminizacją biedy”. Ciężkie warunki bytowe kobiet, a nierzadko też całych ich rodzin, stały się głównym czynnikiem predestynującym do migracji na większą lub mniejszą skalę. W związku z zaistniałą sytuacją za główny cel przemieszczania się kobiet uważa migrację zarobkową [3].

Migracje kobiet, będące następstwem „feminizacji biedy”, odbywają się na szeroką skalę i posiadają światowy zasięg, dlatego stają się coraz częstszym obiektem zainteresowań w środowisku badaczy. Za wzrost liczby migracji odpowiedzialne są uwarunkowania międzynarodowego rynku pracy oraz specyfika podziału pracy w państwie docelowym, gdzie imigrantki mogą wykonywać potencjalnie więcej czynności i pełnić więcej funkcji niż mężczyźni. Pierwszą sferą mogą tu być czynności zawodowe powiązane z wyuczonym zawodem, drugą stanowi szereg prac typowo kobiecych, niewymagających doświadczenia zawodowego, takich jak prace związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, opieką nad dziećmi czy opieką nad osobami starszymi. Wśród głównych krajów pochodzenia emigrantów wymieniane są kraje Europy Środkowej i Wschodniej. Zauważalny jest również niezwykle ważny trend w tych państwach, a mianowicie silna presja do migracji połączona ze zwiększającą się motywacją do podjęcia decyzji o migracji [3].

Migracje w środowisku pielęgniarek i położnych, ze względu na wagę tego zjawiska, stały się przewodnim tematem międzynarodowej konferencji przedstawicieli stowarzyszeń pielęgniarek

skich i położniczych, organizacji pielęgniarskich zajmujących się regulowaniem spraw zawodowych i przedstawicieli organów pielęgniarskich w rządach krajów. Spotkanie to, zwane Triad Meeting, odbyło się w 2006 roku w Genewie, a jego głównymi organizatorami była Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) i Międzynarodowa Federacja Położnych (IFM). W trakcie konferencji uznano, że emigracja zarobkowa pielęgniarek i położnych stanowi światowy problem, który prowadzi do braków kadrowych w krajach uboższych i do zatrudniania osób niewykwalifikowanych, mogących narażać zdrowie pacjentów na niebezpieczeństwo. Wskazano również na rozwój umiejętności zawodowych jako pozytywny aspekt migracji. Jako priorytetowe zadanie dla rządów poszczególnych krajów określono zatrzymanie zasobów pielęgniarskich, które realizowane może być poprzez odpowiednią politykę kadrową zwiększającą zatrudnienie pielęgniarek, reformę systemu ochrony zdrowia oraz regulacje prawne stwarzające na tyle pozytywne warunki pracy pielęgniarkom i położnym, aby nie musiały szukać pracy w innych krajach [4].

Wyżej zaprezentowane twierdzenia znajdują odzwierciedlenie w badaniach prowadzonych przez Buchana i współautorów (2004). Ten szkocki naukowiec jako przedmiot zainteresowań i badań obrał zagadnienie migracji pielęgniarek na Wyspy Brytyjskie [5].

W 2004 roku w *Biuletynie WHO* James Buchan wraz z Julie Sochalski zaprezentowali dane, które ujmowały w kontekście ilościowym wzrost migracji międzynarodowej pielęgniarek. W pracy przeanalizowano profil migracji oraz politykę rekrutacyjną wobec pielęgniarek i położnych w pięciu krajach: Australii, Irlandii, Norwegii, Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Odnotowano wzrost napływu pielęgniarek do wyżej wymienionych krajów. Pielęgniarki z krajów średnio i słabo rozwiniętych najczęściej emigrowały do Wielkiej Brytanii, Irlandii i Stanów Zjednoczonych, podczas gdy w Norwegii i Australii najczęściej zatrudniano pielęgniarki z krajów wysoko rozwiniętych. Przykładem jest Australia, dokąd emigrowały pielęgniarki z Irlandii, Norwegii, Wielkiej Brytanii i USA.

Inne badania Buchana i współautorów (2004) wskazują, że od roku 1990 do 2001 w Irlandii sukcesywnie wzrastała liczba zarejestrowanych pielęgniarek, które emigrowały z krajów Unii Europejskiej jak i spoza Unii. W roku 2001 po raz pierwszy liczba zarejestrowanych pielęgniarek

spoza Unii Europejskiej przekroczyła w Irlandii zarówno liczbę pielęgniarek z Unii, jak i z kraju macierzystego. Do Irlandii najczęściej przyjeżdżały pielęgniarki z: Australii, Indii, Filipin, Republiki Południowej Afryki (RPA) i Wielkiej Brytanii [6].

W latach 1989–2002 w Wielkiej Brytanii odnotowano podobny trend, gdzie odsetek zarejestrowanych pielęgniarek spoza granic kraju w 2002 roku przewyższył liczbę rodowitych Brytyjek, przy jednoczesnym wyraźnym spadku rejestracji pielęgniarek z kraju macierzystego. Do Wielkiej Brytanii pielęgniarki i położne migrowały najczęściej z Australii, Indii, Filipin i Południowej Afryki.

W Stanach Zjednoczonych w roku 1998 na 100 nowo wydanych pozwoleń wykonywania zawodu pielęgniarki 5 przypadło na osoby spoza tego kraju, podczas gdy już w roku 2002 liczba ta uległa potrojeniu. Do Stanów Zjednoczonych najwięcej pielęgniarek migrowało z Filipin, Kanady, Nigerii, Korei i Indii.

W latach 1997–2000, 26 506 zagranicznych pielęgniarek aplikowało o wpisanie do Amerykańskiego Rejestru Pielęgniarek. Dominowały aplikacje z Filipin (około 33% wszystkich złożonych aplikacji) oraz Kanady i Afryki (głównie z Nigerii i RPA). Z danych przedstawionych w biuletynie WHO w 2003 roku wynika, że 1% aplikacji złożyły Polki. Oznacza to, że w okresie 1997–2000, 265 Polek chciało rozpocząć karierę zawodową w Stanach Zjednoczonych [6, 7, 8, 9, 10].

Także Mireille Kingma (2008) w swojej pracy zauważa, że w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił duży wzrost migracji zagranicznych wśród pielęgniarek i położnych. Autorka podaje, że w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak Australia, Kanada czy USA zostało zarejestrowanych od 21% do 33% pielęgniarek z innych krajów. Reprezentują one od 5% do 10% czynnych zawodowo pielęgniarek i położnych w wymienionych krajach. W Nowej Zelandii 21% pielęgniarek pochodzi z zagranicy i odsetek ten wzrósł znacznie w ostatniej dekadzie. W Szwajcarii odsetek ten jest jeszcze wyższy i sięga 30%, a w szpitalach uniwersyteckich odsetek zatrudnionych zagranicznych pielęgniarek sięga nawet do około 70%. Według autorki pielęgniarki skłonne są do konsekwentnej realizacji zamierzonych celów migracyjnych, których częstym finałem jest wyjazd do Wielkiej Brytanii czy Stanów Zjednoczonych. Okazuje się, że aż 40 procent filipińskich pielęgniarek zatrudnionych w Wielkiej Brytanii wcześniej pracowało w lepiej rozwiniętych krajach Azji Południowo-Wschodniej i na Bliskim Wschodzie, aby nabrać

doświadczenia i wyruszyć do Wielkiej Brytanii. Ponadto 43% zagranicznych pielęgniarek pracujących w szpitalach w Londynie deklaruje chęć dalszej emigracji głównie do Stanów Zjednoczonych [11].

Pomimo że ilość pielęgniarek emigrujących ze słabo i średnio rozwiniętych krajów rośnie, można także zauważyć tendencję rosnącą w migracjach powrotnych do kraju zamieszkania. Obecnie na świecie występuje kilka typów migracji powrotnych pielęgniarek. Haour-Knipe i Davies (2008) rozróżniają trzy typy migracji powrotnych pielęgniarek i położnych [12]:

1. Z krajów mało i średnio rozwiniętych do wysoko rozwiniętych, np. migracje z krajów postkolonialnych. Część brytyjskich pielęgniarek i położnych zdecydowało się na powrót do ojczyzny z Indii i krajów wschodniej Afryki. Francuskie pielęgniarki wracają z Algierii, a portugalskie z Angoli i Mozambiku. Motywacją powrotu do kraju urodzenia jest najczęściej zakończenie okresu kontraktowego obejmującego często trening i szkolenia pielęgniarek w kraju wyjazdowym.
2. Powroty pielęgniarek i położnych z krajów wysoko rozwiniętych do krajów mniej rozwiniętych, np. powroty pielęgniarek pochodzących z krajów basenu Morza Karaibskiego, które wyjeżdżały na kontrakty do Wielkiej Brytanii i Ameryki Północnej oraz powroty tureckich pielęgniarek i położnych z Niemiec czy portugalskich pielęgniarek z Francji.
3. Powroty pielęgniarek z krajów wysoko rozwiniętych do krajów również wysoko rozwiniętych, np. powroty pielęgniarek brytyjskich z Australii i kanadyjskich ze Stanów Zjednoczonych.

Z piśmiennictwa wynika, że migracje są coraz częstszym zjawiskiem posiadającym charakter globalny. Ich wzrastające nasilenie oraz powiększający się zasięg doprowadziły do tego, że w 1989 roku powołano Międzynarodową Organizację do spraw Migracji (*International Organization for Migration* – IOM), która powstała na bazie Międzyrządowego Komitetu do spraw Migracji Europejskich, działającego od 1951 roku. IOM posiada własną konstytucję funkcjonującą od 19 października 1953 roku, a jej głównymi organami są: Rada oraz Komitet Wykonawczy. Za siedzibę główną organizacji obrano Genewę [13].

Obecnie IOM zrzesza 125 członków, w tym również od 2002 roku Polskę. IOM zajmuje się ogółem spraw dotyczących migracji, a w szcze-

gólności wspomaganiem migracji, ich regulowaniem oraz prowadzeniem projektów badawczych [14].

Warto dodać, że do oceny sytuacji pielęgniarstwa oraz poziomu jego rozwoju w poszczególnych krajach na świecie wykorzystywany jest wskaźnik (liczba pielęgniarek, położnych przypadających na 1000 mieszkańców w wybranych krajach). Z danych Światowej Organizacji Zdrowia wynika, że kraje, które przyjmują dużą liczbę migrujących pielęgniarek (Kanada, USA, Australia) posiadają wskaźnik powyżej 9.0. Kraje, z których najczęściej migrują pielęgniarki (Indie, Nigeria, Filipiny), posiadają ponad 4-krotnie niższy wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców, nieprzekraczający wartości 1.7. Wartości wskaźnika liczby położnych na 1000 mieszkańców są relatywnie mniejsze i w żadnym z krajów nie przekraczają 1.0 [15].

MIGRACJE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W UNII EUROPEJSKIEJ

Priorytetem pielęgniarstwa w Zjednoczonej Europie ustanowiono wysoką jakość opieki pielęgniarskiej oraz wspólnotę interesów, zakładającą swobodny przepływ kadry medycznej dla uzupełnienia braków w obsadzie pielęgniarskiej. Cele te mogą być osiągnięte dzięki czterem typom integracji: normatywnej, funkcjonalnej, komunikatywnej oraz kulturowej. Integracja normatywna w pielęgniarstwie oznacza unifikację obowiązujących norm oraz standardów. Integracja funkcjonalna obejmuje ujednoczenie ról i zadań pielęgniarstwa w danym kraju, stopień ich koordynacji oraz więzi społeczno-organizacyjne w pielęgniarstwie Unii Europejskiej. Integracja komunikatywna odnosi się natomiast do sfery wymiany informacji i doświadczeń pomiędzy poszczególnymi krajami i wywiera ważną rolę w zakresie kwestii kierowniczych i administracyjnych. Ostatni typ integracji europejskiej pielęgniarstwa to integracja kulturowa, uwzględniająca w swoim założeniu odmienną tradycję i zwyczajów poszczególnych państw. Migracje pielęgniarek w Europie odbywają się dzięki unormowaniom prawnym, pozwalającym na swobodne wykonywanie zawodu na terenie całej Unii Europejskiej [16, 17, 18].

Wiele krajów członkowskich wprowadziło ułatwienia w przepisach krajowych i międzynarodowych, np. postanowienia traktatowe dotyczące utworzenia i rozwoju Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej, czy też traktaty dotyczące dwustronnej lub międzynarodowej współpracy [19].

Komitety doradcze Unii Europejskiej utworzyły Dyrektywy Sektorowe, dające podstawy do wzajemnego uznawania kwalifikacji poszczególnych zawodów. Określają one minimalne standardy wymagań dla programów edukacyjnych i szkoleniowych, dzięki którym możliwe jest uzyskanie kwalifikacji automatycznie uznawanych w krajach Unii Europejskiej. Wśród najważniejszych dyrektyw odnoszących się do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych zalicza się:

- Dyrektywę Rady 77/452/EWG z 27 czerwca 1977 roku w sprawie wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dowodów kwalifikacji pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną.
- Dyrektywę Rady 77/453/EWG z 27 czerwca 1977 roku w sprawie koordynacji przepisów prawnych, regulacji działań administracyjnych dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną.
- Dyrektywę Rady 80/154/EWG z 21.01.1980 roku o wzajemnym uznawaniu dyplomów, świadectw i innych formalnych kwalifikacji położnej zawierającej postanowienia ułatwiające skuteczne wykonywanie prawa zakładania przedsiębiorstw i swobody świadczenia usług.
- Dyrektywę Rady 80/1555/EWG z 21.01.1980 o koordynacji postanowień ustawowych, przepisów i działań administracyjnych dotyczących wykonania czynności w zakresie podejmowania i prowadzenia działalności położnej.
- Dyrektywę Rady 81/1057/EWG z 14.02.1981 roku uzupełniającą poprzednie dyrektywy, dotyczącą wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dowodów poświadczających posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza, pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, stomatologa i weterynarza.
- Wnioski Rady z dnia 06.05.1996 roku (96/W195/01) na temat współpracy w dziedzinie wzajemnego uznawania okresów kształcenia i kwalifikacji zawodowych we Wspólnocie Europejskiej.
- Dyrektywę Rady z dnia 14.05.2001 roku 2001/19/WE oraz Parlamentu Europejskiego i Rady zmieniającą dyrektywy Rady 89/48/EWG i 92/51/EWG w sprawie powszechnego systemu uznawania kwalifikacji zawodowych dotyczących zawodów pielęgniarki i położnej.

Wyżej wymienione dyrektywy sektorowe okazały się niezadowolające w odpowiednim stopniu i nie rozwiązywały problemów związanych ze swobodną migracją. W związku z tym

utworzono nową dyrektywę COM (2002) 119 odnoszącą się do uznawania kwalifikacji zawodowych [20].

Dyrektywy te stworzyły nowe możliwości migracyjne pielęgniarkom i położnym. Dla wielu z nich perspektywa wyższych zarobków, zdobycia doświadczenia zawodowego, nauki języka czy zwiedzenia świata była na tyle kusząca, że podjęły decyzję o migracji do krajów Unii Europejskiej, gdzie często brakuje wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej i położniczej. Biorąc pod uwagę średnią wieku pielęgniarek w Unii Europejskiej, która wynosi od 41 do 45 lat, można stwierdzić, że brakuje młodej kadry pielęgniarskiej. Jak podaje Kostrzanowska (2007), prognozowane zasoby pielęgniarstwa dokumentują przewidywany niedobór pielęgniarek w Danii, Niemczech, Irlandii oraz Szwecji. Anglia oraz Norwegia to kraje, w których przewiduje się osiągnięcie stabilizacji pod względem liczby pielęgniarek w ciągu dziesięciu lat. Niedobory kadrowe w pielęgniarstwie potwierdzają jednocześnie gotowość wyżej wymienionych krajów do przyjęcia migrującego personelu [21].

Istotne informacje w omawianym temacie mogą wnieść wskaźniki liczby pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców właściwe dla krajów Unii Europejskiej. Wskaźnik liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców w 2007 roku w Europie wyniósł 7,43. Najwyższe wartości osiągają kraje Europy Północnej: w Irlandii oraz Wielkiej Brytanii ze wskaźnikami ponad 12,0, do których warto dodać kraje niebędące członkami Unii Europejskiej, a utrzymujące z nią ścisłą współpracę – Norwegię (wskaźnik 14,84) oraz Islandię (wskaźnik 13,63). Kraje te stały się częstym celem migracji pielęgniarek ze względu na wysoką pozycję pielęgniarstwa. Inne kraje europejskie charakteryzowały następujące wskaźniki: Niemcy (9,72), Czechy (9,71), Austria (9,38), Węgry (8,85), Francja (7,24), Belgia (5,83), Włochy (5,44), Słowacja (6,77). Polska prezentuje jeden z najniższych wskaźników – 4,9, co wskazuje na braki w kadrze pielęgniarskiej w porównaniu z krajami Unii Europejskiej. Zauważalna jest zależność pomiędzy wysokością wskaźnika a częstością migracji pielęgniarek. Im wyższy wskaźnik danego kraju tym częściej migrują do niego pielęgniarki z krajów o niższym wskaźniku. Wskaźnik liczby położnych na 1000 mieszkańców osiąga niższe wartości, nieprzekraczające 1,0. Wyjątkiem jest Irlandia, gdzie tysiącem mieszkańców opiekują się ponad cztery położne, co stanowi najwyższą liczbę na świecie (29) [15, 21].

MIGRACJE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POLSCE

Migracje zewnętrzne pielęgniarek i położnych w Polsce są odzwierciedleniem trendów istniejących w Europie i na świecie. Za główne czynniki wzmagające migracje należy uznać braki w kadrach medycznych światowego rynku pracy oraz legislacyjne ułatwienia, będące skutkiem integracji europejskiej. Zainteresowanie polskich pielęgniarek i położnych Unią Europejską jest duże, o czym mogą świadczyć spotkania i sympozja naukowe o tematyce unijnej czy liczba artykułów ukazujących się w prasie skierowanej do wyżej wymienionej grupy zawodowej. Polska aktywnie współpracuje z krajami Unii Europejskiej, również w dziedzinie pielęgniarstwa i położnictwa. Nawiązywany jest dialog w różnych regionach Europy, którego celem jest wymiana doświadczeń, podnoszenie standardów oraz jakości opieki, wspólne organizowanie konferencji naukowych, a także wymiana pracowników.

Przykładem może być Międzynarodowa Fachowa Grupa Pielęgniarek przy Stowarzyszeniu Kongresów Naukowo-Medycznych Euroregionu Nysa, która od 2001 do 2003 roku organizowała sympozjum „Pielęgniarstwo bez granic”. Prace prowadzone w trakcie spotkań miały prowadzić do wyrównania jakości opieki pielęgniarskiej w Euroregionie i ujednolicania dokumentacji pielęgniarskiej. Pielęgniarki polskie mogły również odbywać staże szkoleniowe w klinice w Goerlitz oraz uczyć się języka włoskiego i niemieckiego. Całość programu finansowana była ze środków unijnych Funduszu PHARE [22].

Innym przykładem jest konferencja naukowa „Polskie pielęgniarstwo i położnictwo bez barier w zjednoczonej Europie”, zorganizowana w 2005 roku w Lublinie. Tego typu akcje działają zachęcająco na motywację pielęgniarek i położnych, tworząc jednocześnie pozytywny obraz pracy w Unii Europejskiej [22, 23].

W ocenie poziomu migracji pielęgniarek często przydatna jest analiza zasobów personelu pielęgniarskiego w Polsce. W 2006 roku ogłoszony został raport Ministerstwa Zdrowia pod tytułem „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu do Unii Europejskiej”. Celem programu była ocena aktualnej skali i przyczyn migracji personelu medycznego. Opracowanie to w precyzyjny sposób przedstawiło kondycję polskiego pielęgniarstwa i położnictwa [24].

Zauważono zmniejszającą się liczbę osób zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, zarówno wśród pielęgniarek jak i położnych, przy jednoczesnym wzroście personelu posiadającego prawo wykonywania zawodu. Warto dodać, że w ostatnim dwudziestoleciu odnotowuje się wzrost liczby młodych absolwentów uczelni wyższych, którzy po krótkiej praktyce rezygnują z pracy zawodowej bądź jej wcale nie podejmują [19].

Według raportu Ministerstwa Zdrowia z 2006 roku liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach w stosunku do liczby pielęgniarek i położnych w 2005 roku wynosiła 1,1%, natomiast w 2006 roku liczba ta wzrosła do 1,9% [24].

Zewnętrzne migracje pielęgniarek są określane na podstawie liczby wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych. Statystyki w tym zakresie prowadzi Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. W okresie od 2004 do 2007 wydano 9001 zaświadczeń, a w 2008 roku 1449. W latach 2004–2007 wydawano więc średnio 2250 zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych. Dane te świadczą o zmniejszającym się zainteresowaniu pielęgniarek wyjazdami zagranicznymi. Najwięcej zaświadczeń o kwalifikacjach wydano w Opolu (274), Krakowie (89), Łodzi (89), Katowicach (85) i Warszawie (81). W Rzeszowie liczba wydanych zaświadczeń wynosiła 40 [25].

Należy pamiętać, że migracje pielęgniarek często odbywają się bez konieczności wydawania zaświadczeń o kwalifikacjach, np. w czasie urlopu bezpłatnego, co utrudnia pomiar zjawiska. Najczęściej migrują osoby młode, posiadające odpowiednie kwalifikacje oraz znające języki obce. W niedalekiej przyszłości przewidywany jest wzrost migracji osób ze znajomością języka angielskiego. Wyjazdy personelu potęgują zwiększenie braków kadrowych wśród pielęgniarek i położnych. W 2006 roku wolne etaty w zakładach opieki zdrowotnej wśród pielęgniarek osiągnęły liczbę 3229, wśród położnych 312, co w wyraźny sposób przekłada się na wskaźnik pielęgniarek na 1000 mieszkańców, który dla Polski wynosi 4,9 i plasuje nas na jedenastym miejscu w rankingu europejskim [24].

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA CZĘSTOŚĆ MIGRACJI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Raport Ministerstwa Zdrowia „Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej” z 2006 roku wymienia dwie główne przy-

czynny podejmowania decyzji o migracji: zewnętrzne i wewnętrzne.

Przyczyny zewnętrzne nie wynikają z sytuacji ochrony zdrowia w kraju, w przeciwieństwie do przyczyn wewnętrznych, które są z nimi powiązane. Przyczyny zewnętrzne w bezpośredni sposób prowadzą do braków kadrowych personelu medycznego, ocenianego przez WHO na ok. 4,25 mln pracowników na świecie. Sytuacja ta wynika z wieloletnich niewystarczających nakładów finansowych na edukację, wynagrodzenia, warunki pracy, oraz zarządzanie systemami ochrony zdrowia i dotyczy wszystkich krajów świata, w tym również Polski. Zjawisko to łączy się także z wcześniejszym odchodzeniem na emeryturę polskich pielęgniarek i położnych, potęgującym braki w kadrach medycznych [24].

Wskazać należy także na czynniki związane z warunkami pracy za granicą, np. wyższe wynagrodzenia, pakiety socjalne, pomoc w zakwaterowaniu czy kursy językowe, oraz czynniki ułatwiające migrację – uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych, aktywność firm zagranicznych poszukujących pracowników, zagraniczne powiązania koleżeńskie.

Analitycy opracowujący raport dla Ministerstwa Zdrowia poczynili również kroki w kierunku określenia czynników, które w przyszłości mogą wpływać na liczebność kadry pielęgniarskiej i opieki położniczej w Polsce. Najważniejsze z nich to zwiększające się potrzeby na świadczenia zdrowotne ze względu na starzenie się społeczeństwa polskiego, zmniejszające się zainteresowanie młodzieży zawodami pielęgniarki i położnej, odchodzenie młodych absolwentów od zawodu. Zaledwie 4,48% pracujących pielęgniarek stanowią osoby w wieku 25–29 lat, podczas gdy grupa osób powyżej 40 lat stanowi aż 60,0% [25].

Szymaniak (2003) w kształtowaniu poziomu strumieni migracyjnych za najważniejsze czynniki uważa różnice w rozwoju gospodarczym czyniące jedne kraje bardziej atrakcyjne pod względem pracy od innych, sytuację na rynku pracy oraz możliwości dostępu do niego polskich pracobiorców, a także podobieństwa i różnice kulturowe. Unia Europejska jest wygodnym celem migracji dla polskich pielęgniarek i położnych, gdyż mogą one swobodnie zmieniać miejsce pracy, otrzymując lepsze wynagrodzenie, pracując w lepszych warunkach i funkcjonować w podobnej sferze kulturowej [26].

Natomiast Wójcik i współautorzy (2007) wskazują na różne motywy migracji pielęgniarek w zależności od stopnia rozwoju kraju macierzy-

stego. Pracownicy wysoko kwalifikowani pracujący w krajach rozwiniętych za główne czynniki motywujące do migracji uznają zakres roli i uprawnień na stanowisku pracy, wynagrodzenie oraz możliwości własnego rozwoju. Pielęgniarki z krajów rozwijających się oraz najuboższych jako najważniejsze czynniki wymieniają bezpieczeństwo oraz kwestie finansowe [16].

Migracje zewnętrzne stanowią często omawiany temat na arenie światowej, związany z poważnym problemem dla współczesnego pielęgniarstwa, jakim jest światowy kryzys w kadrach medycznych. Stosunkowo rzadziej poruszany jest temat migracji wewnętrznych pielęgniarek i położnych. Brakuje aktualnych doniesień w tym temacie i istnieje realna potrzeba prowadzenia badań naukowych. Jednym z nielicznych opracowań jest praca badawcza Barbary Gramlewicz (1995). Autorka badała socjologiczno-pedagogiczne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki w grupie 1308 badanych. Wnioskiem między innymi z przeprowadzonych badań było uszeregowanie powodów, dla których zatrudnieni w państwowych placówkach pielęgniarki gotowe były się przenieść do prywatnych placówek ochrony zdrowia. Głównym powodem odejścia z państwowego sektora ochrony zdrowia okazały się niskie zarobki [27].

WNIOSKI

W obecnych czasach migracje zawodowe pielęgniarek są zjawiskiem coraz bardziej powszechnym i mają zasięg globalny. Składa się na to szereg czynników; wzrost mobilności i łatwość przemieszczania się, dążenie do poprawy warunków życia, uzupełnianie braków kadrowych w krajach rozwiniętych, respektowanie wykształcenia w obrębie Unii Europejskiej. Migracje zarobkowe pielęgniarek i położnych można rozpatrywać w dwóch aspektach – pozytywnym i negatywnym. Pozytywnym ich wymiarem jest rozwój umiejętności zawodowych i wymiana doświadczeń zawodowych. Natomiast z drugiej strony stanowią światowy problem, który prowadzi do niedoborów kadrowych w krajach uboższych, przez co obniża się w nich poziom opieki pielęgniarskiej.

Zadaniem dla rządów poszczególnych krajów powinno być nakreślenie odpowiedniej polityki kadrowej dotyczącej zasobów pielęgniarskich, które realizowane może być poprzez odpowiednie regulacje prawne stwarzające dogodne warunki pracy i płacy pielęgniarkom i położnym, aby czynnik ekonomiczny nie dominował wśród przyczyn decyzji o migracji.

PIŚMIENNICTWO

1. Majchrowska A.: *Procesy i przemiany życia społecznego*, [w:] Majchrowska A. (red.) *Wybrane elementy socjologii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 122–126.
2. Bożyk P.: *Międzynarodowe stosunki ekonomiczne. Teoria i polityka*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2008, 91.
3. Robert G.: *Kariera negatywna jako skutek migracji. Losy kobiet z Europy Wschodniej i Środkowej w zachodnich państwach dobrobytu* [w:] Polakowska-Kujawy J. (red.), *Współczesna Europa w procesie zmian*, Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2006, 161–163.
4. Kilańska D., Kurek M.: *Triad Meeting w Genewie*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2006, 9, 4–5.
5. Buchan J., Sochalski J.: *The migration of nurses: trends and policies*. Bulletin of the WHO, August 2004, 82 (8).
6. Buchan J., Parkin T., Sochalski J.: *International nurse mobility. Trends and policy implications*. Bulletin of the WHO, Geneva 2003.
7. Troy P. H., Wyness L. A., McAuliffe E.: *Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries: a phenomenological approach*. Human Resources for Health 2007, 5–15. <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/15>, data wejścia 04.08.2010.
8. *An Bord Altranais: Nurse Registration Statistics: 2005*. <http://www.nursingboard.ie/en/statistics.aspx>, data wejścia 04.08.2010.
9. Aiken L. H.: *Trends in international nurse migration*. Health Affairs 2004, 23(3), 69–78.
10. Bach S.: *Migration patterns of physicians and nurses: still the same story*. Bulletin of the World Health Organisation 2004, 82(8), 624–625.
11. Kingma M.L.: *Nurses on the move: historical perspective and current issues*. The Online Journal of Issues in Nursing. 2008;13(2), 2008, American Nurses Association <http://www.medscape.com/viewarticle/577527>, data wejścia 04.08.2010.
12. Haour-Knipe M., Davies A.: *Return migration of nurses*. International Centre on Nurse Migration, Geneva, 2008.
13. *About Migration*, <http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/en/pid/1>, data wejścia 02.08.2009.
14. *ION Gender and Migration*, <http://www.iom.pl/default.aspx>, data wejścia 02.08.2010.
15. Lisiewska E.: *Pielęgniarski Euroregion*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2003, 3–15.
16. Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I.: *Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia*, Problemy Pielęgniarstwa 2007, t. 15/2, 3, 122–125.
17. Dobrowolska B., Wrońska I.: *Determinanty rozwoju pielęgniarstwa* [w:] Wrońska I. (red.) *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 59–60.
18. Buchan J., Perfilieva G.: *Health worker migration in the European region: country case studies and policy implications*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
19. Nowak-Starz G., Ździebło K., Grzywna T.: *Ekwiwalencja dyplomów i uznawanie kwalifikacji zawodowych w jednoczącej się Europie na przykładzie pielęgniarzek i położnych*, Pielęgniarstwo XXI wieku, 2007, 2 (7), 19–20.
20. Kostrzanowska Z., Zarzycka D.: *Struktura i zasoby pielęgniarstwa europejskiego* [w:] *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*, Wrońska I. (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, 41–42.
21. *Health Systems: Human Resources for Health*, <http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html>, data wejścia 15.08.2010.
22. Lewicka M., Tytuła A.: *Bez barier w zjednoczonej Europie*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005, 9, 9.
23. *Analizy i raporty statystyczne*, <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=197>, data wejścia 07.08.2010.
24. *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Raport z realizacji programu w 2006 r.* <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876> data wejścia 04.08.2010.
25. Kwiatkowska W.: *Zmiany strukturalne na rynku pracy w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, 177.
26. Szymaniak A.: *Uwarunkowania i prognozy migracji zarobkowych Polaków* [w:] Wojciechowski S., Fiedler R. *Europa – Polska – Migracja*, Wydawnictwo Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 2003, 90.
27. Gramlewicz B.: *Socjologiczno-pedagogiczne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1999, 61.

Monika Binkowska-Bury
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski
ul. Warzywna 1, 35-959 Rzeszów
telefon: 17 872 33 60
email: burym@univ.rzeszow.pl,
monika.binkowska@yahoo.com