

## PODWÓJNA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK W POLSCE NA TLE AKTUALNYCH ZASOBÓW KADROWYCH

DUAL PRACTICE OF NURSES IN POLAND AGAINST THE CURRENT STAFF RESOURCES

Iwona Malinowska-Lipień<sup>1,2</sup>, Teresa Gabryś<sup>1</sup>, Maria Kózka<sup>1</sup>, Agnieszka Gniadek<sup>1</sup>, Tadeusz Wadas<sup>2</sup>, Edyta Ozga<sup>3</sup>, Tomasz Brzostek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum / Jagiellonian University – Medical College, Kraków, Poland  
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu / Institute of Nursing and Midwifery, Faculty of Health Sciences

<sup>2</sup> Małopolska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie / Małopolska District Chamber of Nurses and Midwives in Kraków, Kraków, Poland

<sup>3</sup> Ośrodek Rehabilitacyjno-Opiekuńczy / Rehabilitation and Care Center, Zagórzycze Dworskie, Poland

### STRESZCZENIE

**Wstęp:** Zatrudnienie pracowników sektora opieki zdrowotnej równoległe w 2 miejscach pracy (tzw. podwójna praktyka) jest powszechnym zjawiskiem niemal we wszystkich krajach. W Polsce możliwość zatrudnienia w  $\geq 2$  miejscach pracy pojawiła się wraz ze zmianami polityczno-społecznymi i reformą systemu opieki zdrowotnej. Mimo że problem ten podlega licznym badaniom, w Polsce nadal nie jest znana skala tego zjawiska, motywy i potencjalne skutki mogące mieć wpływ zarówno na pracowników, jak i na cały system opieki zdrowotnej. **Materiał i metody:** Badaną grupę stanowiło 1023 pielęgniarek zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz (ankieta). W opracowaniu statystycznym wykorzystano nieparametryczny test U Manna-Whitneya oraz test niezależności  $\chi^2$ . Dla wszystkich analiz przyjęto maksymalny dopuszczalny błąd I rodzaju  $\alpha = 0,05$ , za statystycznie istotne uznano  $p \leq 0,05$ . **Wyniki:** Staż pracy badanych pielęgniarek/pielęgniarzy wynosił 1–43 lat, średnio – 23 lata (SD = 11,1). Osoby >40 r.ż. stanowiły 77,5% (N = 793) grupy badanej, w tym 38,2% (N = 391) było między 41 a 50 r.ż. oraz 39,3% (N = 402) to osoby >50 r.ż. Spośród badanych 44,0% (N = 450) pracowało w 2 miejscach pracy, w tym 93,5% na stanowisku pielęgniarki, realizując ponad 160 godz. w miesiącu (39%). Decydującym powodem podjęcia dodatkowego zatrudnienia (93,3% badanych) były względy materialne. **Wnioski:** Względy finansowe są głównym powodem, dla których prawie połowa badanych pielęgniarek podejmuje dodatkowe zatrudnienie w wymiarze dwukrotnie przekraczającym obciążenie zawodowe. Badania sugerują potrzebę weryfikacji Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) w celu wskazania liczby podwójnych etatów i osób pracujących w zawodzie pielęgniarek nie tylko w południowym regionie Polski, ale i całego kraju. Wyniki obrazują potrzebę prowadzenia dalszych badań dotyczących przyczyn i konsekwencji podwójnego zatrudnienia zarówno dla pielęgniarek, jak i wpływu tego zjawiska na jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów. Med. Pr. 2021;72(1)

**Słowa kluczowe:** pielęgniarki, opieka zdrowotna, zasoby kadrowe, podwójna praktyka pielęgniarek, podwójne zatrudnienie, wielozadaniowość

### ABSTRACT

**Background:** Employment of health care workers simultaneously in 2 workplaces (the so called dual practice) is a common phenomenon in almost every country. In Poland, a possibility of employment in 2 or more workplaces arose with the socio-political changes and the reform of the health care system. In Poland, the scale of the phenomenon, as well as its motifs and potential effects influencing both employees and the whole health care system, are still not known despite numerous studies being conducted to that end. **Material and Methods:** The study group consisted of 1023 nurses (males and females) employed in public and non-public health care facilities in the territory of the Lesser Poland Voivodeship. The research tool was the authors' poll questionnaire. In the statistical elaboration, the non-parametric Mann-Whitney U test and the  $\chi^2$  independence test were used. For all the analyses, the maximum permissible error of type I,  $\alpha = 0.05$ , was accepted, and  $p \leq 0.05$  was recognized as statistically significant. **Results:** Work experience of the nurses studied ranged 1–43 years, on average it was 23.1 years (SD = 11.1). Persons aged >40 years accounted for 77.5% (N = 793), out of whom 38.2% (N = 391) were aged 41–years and 39.3% (N = 402) >50 years. In the study group, 450 (44%) people were employed in 2 workplaces, out of whom 93.5% in the nurse position, working >160 h/month (39%). A decisive reason to take up an additional job (93.3% of the study group) were financial matters. **Conclusions:** Financial matters are the main reason for which almost half of the studied nurses undertake additional employment, in the scope twice as high as the work load. Research suggests the need to verify the Central Registry of Nurses and Midwives in order to precisely estimate the number of dual practice positions and the number of persons employed as nurses not only in the south of Poland but also in whole country. The results point to the necessity of further research concerning both the reasons for and consequences of dual practice for nurses, and the impact of this phenomenon on the quality of care and patient safety. Med Pr. 2021;72(1)

**Key words:** nurses, health care, staff resources, nurses' dual practice, dual employment, holding multiple jobs

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Iwona Malinowska-Lipień, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, e-mail: iwona.malinowska-lipien@uj.edu.pl

Nadesłano: 27 maja 2020, zatwierdzono: 21 października 2020

## WSTĘP

Na mocy Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) prowadzi elektroniczny Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (CRPiP). W rejestrze są gromadzone dane pielęgniarstwa i położnictwa posiadających prawo wykonywania zawodu. Dane te są aktualizowane na podstawie rejestrów prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarstwa i położnictwa przekazywanych na podstawie art. 48 ust. 7 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa.

W Polsce na dzień 22 maja 2020 r. było zarejestrowanych 300 187 pielęgniarek. Liczba ta nie jest tożsama z liczbą osób aktywnie wykonujących zawód – szacuje się, że jest zdecydowanie niższa. Z analizy danych wynika, że ok. 70 tys. pielęgniarek z prawem wykonywania zawodu nie pracuje w systemie opieki zdrowotnej, a liczba zatrudnionych obejmuje pracujących w kilku miejscach pracy. Duża różnica pomiędzy liczbą pielęgniarek zarejestrowanych a zatrudnionych wynika przede wszystkim z braku regulacji prawnej obligującej pielęgniarstwo do aktualizacji danych w okręgowej izbie pielęgniarstwa i położnictwa oraz braku obowiązku powiadamiania pracodawcy w podstawowym miejscu pracy o dodatkowym zatrudnieniu.

W sektorze ochrony zdrowia w Polsce w ostatnich 20 latach odnotowuje się spadek zatrudnienia pielęgniarek względem rosnącego zapotrzebowania na opiekę. Niski wskaźnik zatrudnienia niekorzystnie wpływa na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, a tym samym na bezpieczeństwo zdrowotne polskiego społeczeństwa. Z danych otrzymanych od NRPiP średnia wieku pielęgniarek w Polsce wynosi 52,59 roku [1]. Z raportu Biura Analiz Ministerstwa Zdrowia wynika, że w 2017 r. 14 tys. pielęgniarek od 1 października nabyło uprawnienia emerytalne. Ponadto według CRPiP aż 40 tys. pielęgniarek jest w wieku powyżej 56 r.ż. Oznacza to, że w ciągu najbliższych 4 lat grupa ta uzyska uprawnienia emerytalne [1]. Natomiast rocznie prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa otrzymuje 5969 absolwentów studiów (dane z NRPiP z 2019 r.), co nie zapewnia wymiany pokoleniowej.

W Polsce obserwuje się zjawisko podejmowania przez pielęgniarki podwójnej praktyki, ale zatrudnienie pracowników sektora opieki zdrowotnej równoległe w 2 miejscach pracy występuje prawie we wszystkich krajach świata [2]. W Polsce możliwość zatrudnienia w  $\geq 2$  miejscach pracy pojawiła się wraz ze zmianami polityczno-społecznymi i reformą systemu opieki zdrowotnej. Mimo że problem ten podlega licznym badaniom w wielu krajach, w Polsce nadal nie jest znana skala tego zjawiska, motywy i potencjalne skutki mające wpływ zarówno

na pracownika, jak i na cały system opieki zdrowotnej. Zatrudnieniu pielęgniarek w 2 miejscach sprzyja 12-godzinny system pracy. Chociaż podwójne zatrudnienie jest bardzo powszechne we wszystkich krajach, praktyka ta jest tradycyjnie traktowana z dużym dystansem w obawie, że może zagrozić podaży usług publicznych [3].

Podwójną praktykę w sektorze opieki zdrowotnej zdefiniowano jako równoczesne zaangażowanie pracowników służby zdrowia w działania kliniczne w sektorze publicznym i prywatnym, przy czym praca w sektorze publicznym reprezentuje pracę podstawową, na którą przypada największy odsetek godzin pracy [4]. Istnieje obszerna literatura na temat podwójnej praktyki lekarzy [5], jej rozpowszechnienia, form pracy [6–8], a także możliwych regulacji prawnych [7–9]. Zaangażowanie pielęgniarek w podwójne zatrudnienie jest jednak rzadziej badane pomimo wstępnych dowodów na jego częste występowanie w krajach zarówno o wysokich [10], jak i niskich dochodach [11].

Praca zmianowa umożliwia elastyczne planowanie pracy w tygodniu, a to stwarza możliwość podjęcia dodatkowego zatrudnienia. Dwa pełne etaty pielęgniarki w szpitalu mogą zawierać wypadające po sobie dyżury, tj. 12-godzinny dyżur dzienny w jednym miejscu pracy i dyżur nocny w drugim [12]. Wiąże się to z konsekwencjami ograniczonego czasu przeznaczonego na sen i odpoczynek: przemęczeniem, brakiem zapału do pracy, mniejszą wydajnością i kłopotami z koncentracją. Może to prowadzić do wypalenia zawodowego, co niejednokrotnie wpływa na zdrowie i życie pacjentów [13].

Rosnąca świadomość wypalenia zawodowego pielęgniarek pracujących w szpitalach jest widoczna w większości krajów [14,15]. Istnieje korelacja między wypaleniem zawodowym tej grupy, a jakością opieki zdrowotnej, zdarzeniami niepożądanymi, błędami medycznymi. Badania wykazują, że warunki pracy pielęgniarek (liczba godzin pracy, czas trwania dyżuru i obciążenie, przeciążenie pracą) powinny być systematycznie analizowane i korygowane, aby skutecznie zapobiegać wypaleniu zawodowemu [14,15].

## Cel

Celem pracy była analiza skali podwójnego zatrudnienia pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce na tle zasobów kadrowych.

## MATERIAŁ I METODY

Badaną grupę (N = 1023) stanowiły pielęgniarki i pielęgniarze zatrudnieni w publicznych i niepublicznych

placówkach opieki zdrowotnej (szpitale, przychodnie, zakłady opiekuńczo-lecznicze) oraz domach pomocy społecznej i żłobkach na terenie województwa małopolskiego. Ankiety realizowano w latach 2017–2018. Dobór próby był celowy, a udział dobrowolny i anonimowy. Respondenci otrzymali pisemną informację o celu badania. Po uzyskaniu ich pisemnej zgody na udział w badaniu rozdano im kwestionariusze z kodem, prosząc o ich wypełnienie. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym – autorski kwestionariusz składający się z 17 pytań. Ankieta zawierała dane socjodemograficzne badanych (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, miejsce pracy, wymiar zatrudnienia, zatrudnienie w 2 miejscu pracy i czas pracy). Rozdano łącznie 1750 kwestionariuszy. Odebrano 1118 ankiet, w tym 59 niekompletnych oraz 36 z informacją, że zostały wypełnione w innym miejscu pracy. Ostatecznie analizie poddano 1023 kompletnych kwestionariuszy, co stanowiło 58,5% badanej grupy. Badanie przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej, Konwencji Rady Europy o Prawach Człowieka i Biomedycynie – spełniało wszelkie standardy i wymagania stosowne dla takich badań.

### Analiza statystyczna

Analiza statystyczna obejmowała opisowe metody wnioskowania statystycznego. Dla scharakteryzowania cech ilościowych obliczono średnią arytmetyczną ( $M$ ), a za miarę rozrzutu przyjęto odchylenie standardowe ( $SD$ ). Zgodność rozkładów cech ilościowych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka na podstawie analizy wskaźników skośności i kurtozy oraz błędów standardowych, jak również przez wizualną ocenę ich histogramów. Ze względu na brak zgodności rozkładu zmiennej zależnej z rozkładem normalnym w opracowaniu statystycznym wykorzystano nieparametryczny rangowy test różnic U Manna-Whitneya, natomiast z uwagi na charakter analizowanych zmiennych zależnych (zmienne na skali nominalnej) – test niezależności  $\chi^2$ . Dla wszystkich analiz przyjęto maksymalny dopuszczalny błąd I rodzaju  $\alpha = 0,05$ , natomiast za statystycznie istotne uznano  $p < 0,05$ .

### WYNIKI

Większość respondentów stanowiły kobiety ( $N = 1010$ , 98,7%), średni staż pracy badanych wynosił 23,1 roku ( $SD = 11,1$ ): najkrótszy – rok, a najdłuższy – 43 lata. Najliczniejszą grupę ( $N = 793$ , 77,5%) stanowiły osoby >40 r.ż., z czego 391 (38,2%) było między 41 a 50 r.ż.

oraz 402 osoby >50 r.ż. (39,3%). Większość badanych (737, 72%) osoby – pozostawała w związkach małżeńskich. W miastach mieszkało 643 (62,8%) badanych. Większość respondentów (651, 63,6%) posiadała wykształcenie wyższe: 390 (38,1%) osób miało tytuł licencjata, 261 (25,5%) – magistra pielęgniarstwa. Respondenci w większości deklarowali ukończone dodatkowe formy kształcenia podyplomowego lub studia podyplomowe – 270 (26,4%) osób nie zdobyło żadnego dodatkowego wykształcenia podyplomowego (tabela 1).

Zdecydowana większość pielęgniarek pracowała w szpitalu – 825 (80,6%). W przychodni pracowało 162 (15,9%) badanych, pozostałe 36 (3,5%) osób świadczyło pracę m.in. w zakładach opiekuńczo-leczniczych, domach pomocy społecznej, żłobkach lub na uczelniach.

Równoległą pracę w 2 miejscach świadczyło 450 (44%) badanych. Aż 315 (70%) osób pracowało w sektorze prywatnym, a 135 (30%) – w sektorze publicznym. W ramach umowy zlecenia pracowało 336 (74,7%) respondentów zatrudnionych w 2 miejscach, 46 (10,2%) pracowało na pół etatu, natomiast 50 (11,1%) – na kontrakcie. W pełnym wymiarze w 2 miejscu pracy było zatrudnionych 18 (4%) badanych.

W 2 miejscu pracy 422 (93,8%) osoby pracowały na stanowisku pielęgniarki, 13 (2,9%) na stanowisku położnej, 10 (2,2%) jako nauczyciele akademicy, 2 (0,4%) osoby jako dyspozytorzy medyczni, 2 (0,4%) jako pracownicy fizyczni oraz 1 (0,2%) jako ratownik medyczny. Osoby wykonujące w 2 miejscu pracy zawód położnej lub ratownika medycznego posiadały dodatkowe profesjonalne wykształcenie, zatem równoległe 2 odrębne prawa wykonywania zawodu.

Pracę w przychodni w 2 miejscu pracy świadczyło 153 (34%) badanych, 139 (30,9%) osób – w szpitalu. Inne miejsce pracy na 2 etacie wskazało 148 (32,9%) badanych. Osoby te pracowały m.in. w hospicjum, domowej opiece długoterminowej, stacji dializ, punkcie poobrań badań diagnostycznych i na uczelni wyższej.

W 2 miejscu zatrudnienia 175 (38,9%) badanych deklarowało pracę w wymiarze przekraczającym 160 godz. w miesiącu, 53 (11,8%) pielęgniarki/pielęgniarzy pracowało 80–160 godz., 92 (20,4%) badanych – 40–80 godz. w miesiącu (tabela 2).

W 1/3 grupy badanych czas 2 zatrudnienia trwał >5 lat, u kolejnych 34,6%, odpowiednio, 1–5 lat i u pozostałych – do roku (tabela 2).

Prawie wszyscy badani zatrudnieni w 2 miejscu pracy (420, 93,3%) podjęli dodatkowe zajęcie ze względów materialnych, 21 (4,7%) – z powodów osobistych, a pozostałych 9 (2%) – chęci wykorzystania wolnego czasu.

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego  
**Table 1.** Characteristics of the study group of nurses employed in public and non-public health care facilities in the territory of the Lesser Poland Voivodeship

Zmienna Variable	Badani Respondents (N = 1023)	
	n	%
<b>Płeć / Gender</b>		
kobieta / female	1010	98,7
mężczyzna / male	13	1,3
<b>Wiek [lata] / Age [years]</b>		
20–30	106	10,4
31–40	124	12,1
41–50	391	38,2
>50	402	39,3
<b>Stan cywilny / Marital status</b>		
wolny / single	230	22,5
zamężna/zonaty / married	737	72,0
w związku nieformalnym / in an informal relationship	56	5,5
<b>Miejsce zamieszkania / Place of residence</b>		
miasto / urban area	643	62,8
wieś / rural area	380	37,2
<b>Wykształcenie zawodowe / Nursing education</b>		
liceum medyczne / medical high school	202	19,7
medyczne studium zawodowe / medical vocational college	170	16,6
studia licencjackie – pielęgniarstwo / Bachelor of nursing	390	38,1
studia magisterskie – pielęgniarstwo / Master of nursing	261	25,5
<b>Wykształcenie podyplomowe* / Post-graduate education*</b>		
kursy specjalistyczne / specialist courses for nurses	507	49,6
kursy kwalifikacyjne / qualification courses for nurses	526	51,4
specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa / specialization in nursing	286	28,0
studia podyplomowe / post-graduate studies	49	4,8
brak ukończenia żadnej formy kształcenia podyplomowego / no completion of any post-graduate education	270	26,4

\* Wartości nie sumują się do 100%, ze względu na możliwość wyboru kilku odpowiedzi / Values do not add up to 100% due to the possibility of choosing several answers.

**Tabela 2.** Liczba wypracowanych godzin w miesiącu przez pielęgniarki pracujących w 2 miejscu pracy  
**Table 2.** Number of hours worked in a month by nurses employed in 2 workplaces

Zmienna Variable	Badani Respondents (N = 450)	
	n	%
<b>Wypracowany czas [godz./miesiąc] / Time worked [h/month]</b>		
≤10	66	14,7
11–40	64	14,2
41–80	92	20,4
81–160	53	11,8
>160	175	38,9
<b>Staż pracy w 2 miejscu [lata] / Work experience in the second workplace [years]</b>		
<1	150	33,3
1–5	156	34,6
5–10	77	17,2
10–15	45	10,0
>15	22	4,9

Analiza wykazała istotną statystycznie zależność pomiędzy wiekiem a zatrudnieniem w 2 miejscu pracy ( $p = 0,003$ ). Pielęgniarki/pielęgniarze w wieku 41–50 lat częściej podejmowali zatrudnienie w 2 miejscu pracy niż osoby młodsze. Wykazano, że stan cywilny (pozostawanie w związkach małżeńskich), ukończenie studiów licencjackich oraz kursów kwalifikacyjnych lub specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa wiązały się z podejmowaniem dodatkowego zatrudnienia (tabela 3).

## OMÓWIENIE

Badania własne przeprowadzone przez autorów objęły grupę 1023 pielęgniarek i pielęgniarzy spośród 19 372 pielęgniarek zarejestrowanych w Małopolskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych (stan z 22 maja 2020 r.) – miały one charakter celowy, dobrowolny. Przedstawione dane wskazują, że 44% badanych podejmowało dodatkowe zatrudnienie i były one zbliżone do szacunkowych danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP), według których na 229 974 zatrudnionych pielęgniarek blisko 80 tys. (34,8%) pracuje w >1 miejscu pracy (dane uzyskane z NRPiP, stan na 22 maja 2020 r.). Na 185 tys. pielęgniarek w Wielkiej Brytanii 80% jest zarejestrowanych

**Tabela 3.** Zależność pomiędzy stanem cywilnym, wykształceniem, posiadanym wykształceniem podyplomowym a zatrudnieniem w 2 miejscach pracy**Table 3.** Statistical dependence between the marital status, education, post-graduate education and employment in 2 workplaces

Zmienna Variable	Badani Participants (N = 1023)						$\chi^2$	P
	zatrudnieni w 2 miejscach pracy employed in 2 workplaces (N = 450)		niezatrudnieni w 2 miejscach pracy not employed in 2 workplaces (N = 573)		ogółem total			
	n	%	n	%	n	%		
Wiek [lata] / Age [years]								
20–30	48	10,67	58	10,12	106	10,36	13,91	0,003*
31–40	49	10,89	75	13,09	124	12,12		
41–50	199	44,22	192	33,51	391	38,22		
>50	154	34,22	248	43,28	402	39,30		
Stan cywilny / Marital status								
wolna/wolny / single	118	26,22	112	19,55	230	22,48	6,63	0,036*
zamężna/zonaty / married	307	68,22	430	75,04	737	72,04		
w związku nieformalnym / in an informal relationship	25	5,56	31	5,41	56	5,48		
Wykształcenie / Nursing education								
liceum medyczne / medical high school	78	17,34	124	21,64	202	19,75	21,26	<0,001*
medyczne studium zawodowe / medical vocational college	54	12,00	116	20,24	170	16,62		
studia licencjackie – pielęgniarstwo / Bachelor of nursing	181	40,22	209	36,47	390	38,12		
studia magisterskie – pielęgniarstwo / Master of nursing	137	30,44	124	21,64	261	25,51		
Wykształcenie podyplomowe / Post-graduate education								
kurs/y specjalistyczne / specialist courses for nurses								
nie / no	218	48,44	298	52,01	516	50,44	1,27	0,257
tak / yes	232	51,56	275	47,99	507	49,56		
ogółem / total	450	100,00	573	100,00	1023	100,00		
kurs/y kwalifikacyjne / qualification courses for nurses								
nie / no	187	41,56	310	54,10	497	45,00	15,88	<0,001*
tak / yes	263	58,44	263	45,90	526	55,00		
ogółem / total	450	100,00	573	100,00	1023	100,00		
specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa / specialization in nursing								
nie / no	278	61,78	459	80,10	737	72,04	42,03	<0,0001*
tak / yes	172	38,22	114	19,90	286	27,96		
ogółem / total	450	100,00	573	100,00	1023	100,00		

\* p &lt; 0,05.

w bankach pielęgniarskich i zatrudnionych u innego pracodawcy, a 60% pracuje okazjonalnie lub regularnie na dodatkowych dyżurach [12]. W badaniach sondażowych przeprowadzonych przez Gillen w wśród 1200 czytelników czasopism pielęgniarskich w 2013 r.

54% respondentów zadeklarowało podjęcie dodatkowej pracy pielęgniarskiej, a 10% w innej pełnoetatowej pracy poza pielęgniarstwem [16]. Badania Stephenson przeprowadzone wśród czytelników medycznych czasopism internetowych w Wielkiej Brytanii wykazały,

że spośród 800 pielęgniarek biorących udział w badaniu 47% zadeklarowało dodatkowo współpracę z bankami pielęgniarek i/lub z agencją pielęgniarek, co wskazuje na pracę w różnych jednostkach opieki zdrowotnej [17].

W Portugalii lekarze i pielęgniarki pracujący w sektorze publicznym mogą wybrać zatrudnienie na podstawie umów na wyłączność z wyższym wynagrodzeniem lub umowę o obniżonym wynagrodzeniu, ale umożliwiającą pracę w sektorze prywatnym [18]. W Polsce nie jest prowadzona ewidencja podwójnego zatrudnienia, nie ma też obowiązku zgłaszania tego faktu pracodawcom. Badania własne autorów wykazały, że głównym powodem podejmowania pracy na kolejnym etacie przez polskie pielęgniarki jest czynnik finansowy – odpowiedziało tak 93,3% badanych. Według raportu Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD) po przeliczeniu na wspólną walutę (dolary amerykańskie) wynagrodzenia pielęgniarek pracujących w szpitalach i dostosowaniu parytetu siły nabywczej (*purchasing power parity* – PPP) wykazano znaczne zróżnicowanie dochodów tej grupy zawodowej w różnych krajach. W 2017 r. pielęgniarki pracujące w Luksemburgu miały blisko 4-krotnie wyższe wynagrodzenie niż pielęgniarki pracujące w Polsce. Niższe zarobki od polskich pielęgniarek wykazywały tylko pielęgniarki z Łotwy, Litwy, Estonii i Węgier. Ta grupa zawodowa w krajach Europy Środkowej i Wschodniej ma najniższy poziom wynagrodzenia, co wyjaśnia – przynajmniej częściowo – jej migracje do innych krajów UE [19]. Wynagrodzenie pielęgniarek w Stanach Zjednoczonych jest wyższe niż w większości krajów OECD, dlatego państwo to przyciąga co roku kilka tysięcy pielęgniarek z zagranicy.

W większości krajów wynagrodzenie pielęgniarek wzrosło od 2010 r. – w niektórych, takich jak Czechy, Słowacja czy Polska, pielęgniarki uzyskiwały w ostatnich latach podwyżki [19]. Jednak wciąż te zarobki odbiegają od średnich wynagrodzeń w UE.

Według badania Serra i wsp. pielęgniarki podejmują 2 pracę w celu utrzymania swoich rodzin [20]. W badaniach własnych autorów wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy stanem cywilnym a zatrudnieniem na drugim/dodatkovym etacie. Osoby będące w związkach małżeńskich częściej podejmowały zatrudnienie w drugim/dodatkovym miejscu pracy niż osoby stanu wolnego. Badania wykazują, że potrzeba zwiększenia ogólnych zarobków poprzez uzupełnienie dochodu kolejnym etatem praktykowana jest nie

tylko w Polsce, ale także w Irlandii Północnej i Wielkiej Brytanii [16]. W kilku badaniach autorzy zwrócili uwagę na fakt, że czynnikami podejmowania podwójnego zatrudnienia są nie tylko względy ekonomiczne, ale również niezadowolenie z zakresu obowiązków w głównej pracy, panującej w niej atmosfery i ograniczonych możliwości rozwoju [15,21].

W literaturze zarówno polskiej, jak i światowej nie znaleziono badań oceniających wpływ podwójnej praktyki pielęgniarek na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia czy też na zdrowie i kondycję pracujących w ten sposób. Knauth twierdzi, że praca na kolejnym etacie wiąże się ze zwiększonym zmęczeniem, brakiem czujności, rozdrażnieniem i trudnościami w komunikacji z zespołem [22]. Badania Portela i wsp. pokazują, że dodatkowe dyżury mogą negatywnie wpływać na ogólny stan zdrowia i poziom wyczerpania pielęgniarek [13]. W badaniach przeprowadzonych przez autorów niniejszego artykułu najliczniejszą grupę (38,9%) wśród zatrudnionych w 2 miejscu pracy stanowiły osoby, które pracowały średnio >160 godz. w miesiącu. Wnioski z badań Cwandy i wsp. [23] grupy pielęgniarek zatrudnionych w jednym miejscu pracy wykazały, że w opinii samych badanych dyżury są za długie – czas pracy wynosi więcej niż 7 godz. 35 min/ /dobę i przekracza normy zawarte w ustawie o działalności leczniczej [24]. Wpływa to negatywnie na kondycję fizyczną oraz psychiczną pracowników. Według badań Cwandy i wsp. pielęgniarki są przemęczone, co jest związane z pogarszaniem się jakości świadczonych przez nie usług [23]. Należy jednak zauważyć, że wnioski te dotyczą wyłącznie pielęgniarek pracujących na 1 etacie – praca w 2 miejscach pracy, a więc dodatkowe – ponad etat – 160 godz. pracy w miesiącu może tym bardziej wiązać się z negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi. W przedstawionym badaniu 44% respondentów pracowało ponad przyjęte czasowe ramy pracy, w tym 38,9% spośród tych osób przekraczało te normy 2-krotnie.

Badania Aiken i wsp. wskazują, że długotrwałe obciążenie pielęgniarek pracą wiąże się z negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia fizycznego i psychicznego [25], prowadząc do wypalenia zawodowego. Według badaczy zjawisko to wśród pracowników służby zdrowia niesie za sobą konsekwencje takie jak brak snu i niska jakość życia. Skutkuje to niedostateczną jakością opieki i występowaniem błędów medycznych. Dowiedziono także, że wypalenie zawodowe wśród pracowników służby zdrowia również miało związek z niskimi ocenami zadowolenia pacjentów z opieki [26,27].

Z raportu OECD z 2017 r. wynika, że średnio w krajach OECD na 1000 mieszkańców przypada prawie 9 pielęgniarek (8,8): od 2 w Turcji (2,1) do 17 w Norwegii (17,7) i Szwajcarii (17,2). W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,1 pielęgniarek, co plasuje ją na 31 miejscu wśród ocenianych 44 państw. Co bardziej niepokojące, od 2000 r. liczba ta nie uległa wzrostowi, który obserwuje się w większości innych krajów w tym samym czasie [19]. Podejrzewa się, że zjawisko to jest wynikiem wzrostu liczby absolwentów pielęgniarstwa w tych krajach, imigracji wyszkolonych pielęgniarek [19], jak również małej atrakcyjności zawodu w konkretnym państwie.

Pielęgniarki w Polsce znajdują się w grupie zawodów starzejących się: spośród badanych największy odsetek (77,5%) stanowiły pielęgniarki >40 r.ż., z których 39,3% to osoby po 50 r.ż. Otrzymane wyniki korespondują z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi struktury wieku oraz płci pielęgniarek w Polsce. Według raportu NRPiP średnia wieku w tej grupie zawodowej wynosi 52,59 roku. Populacja pielęgniarek w wieku >65 lat jest prawie 4,5 razy większa w porównaniu do najmłodszej grupy wiekowej 21–25 lat, zatem 2/3 to osoby w 41–60 r.ż. – 86% ma ponad 40 lat. W Polsce zawód pielęgniarki nie ma zatem pokolenia zastępczego [1].

Coraz więcej jest dowodów na to, że równoległa praca w kilku miejscach pracy jest powszechnym zjawiskiem wśród pracowników służby zdrowia w krajach o niskich i wysokich dochodach [2]. Niewiele jednak wiadomo na temat zaangażowania pielęgniarek w taki sposób pracy [28]. Podwójna praktyka pracowników służby zdrowia została uznana za jeden z priorytetowych obszarów badań zasobów ludzkich w dziedzinie zdrowia [2].

Baumann i wsp. uważają, że zatrudnienie nieproporcjonalnej liczby pielęgniarek pracujących w pełnym i niepełnym wymiarze godzin obniża elastyczność zarządzania szpitalem, ponieważ osoby pracujące w niepełnym wymiarze mają często mniejszą dyspozycyjność w wypadku nagłej absencji pracowników etatowych [29]. Analiza sytuacji w czasie epidemii SARS (*severe acute respiratory syndrome* – ciężki ostry zespół oddechowy) przeprowadzona przez Almeddine i wsp. na podstawie doświadczeń z 2003 r. z Ontario w Kanadzie wykazała, że w krajach o wysokich dochodach zwiększona zależność wielu szpitali od pielęgniarek agencyjnych mogłaby zagrozić zdolności szybkiego zwiększania usług i reakcji na epidemię [30]. Podobna sytuacja ma aktualnie miejsce w Polsce: duży odsetek

pielęgniarek pracuje w 2 miejscach pracy. Stanowi to potencjalne źródło transmisji SARS-CoV-2, ale z drugiej strony zapewnia pacjentom opiekę. Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące ograniczenia pracy pielęgniarek w kilku miejscach w związku z COVID-19 weszło w życie 29 kwietnia 2020 r. Określono w nim sposób wdrożenia przez podmioty lecznicze standardu w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym przez pielęgniarki mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem zakażenia lub zakażeniem tym wirusem [31]. Doniesienia dotyczące deficytów kadrowych w polskim systemie zdrowotnym są prawdziwe i stanowią poważne zagrożenie zdrowia mieszkańców Polski nie tylko w okresie epidemii. Raporty dowodzą, że aż 72% szpitali w Polsce potrzebuje pielęgniarek wszystkich specjalizacji.

Niniejsze badania ograniczono do grupy pielęgniarek pracujących w rejonie południowej Polski. Zasadna wydaje się ich kontynuacja i poznanie trendu podwójnego zatrudnienia pielęgniarek z całego kraju.

Konieczne są dalsze badania w celu oceny zakresu i wpływu podwójnej praktyki pielęgniarstwa na funkcjonowanie system ochrony zdrowia. Istnieje potrzeba poznania preferencji pielęgniarek związanych z realizowaniem podwójnej praktyki oraz wpływu na równowagę między pracą a życiem prywatnym.

## WNIOSKI

Względy finansowe są głównym powodem, dla których prawie połowa badanych pielęgniarek podejmuje dodatkowe zatrudnienie w wymiarze 2-krotnie przekraczającym obciążenie zawodowe.

Zatrudnienie pielęgniarek w kilku placówkach jednocześnie lub wykonywanie przez nie pracy nawet po osiągnięciu wieku emerytalnego stanowi trudność w ocenie zapotrzebowania na pielęgniarki w polskim systemie ochrony zdrowia.

Badania sugerują potrzebę weryfikacji CRPiP w celu wskazania liczby podwójnych etatów i osób pracujących w zawodzie pielęgniarek nie tylko w regionie południowym Polski, ale i w całym kraju.

Wyniki wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych badań dotyczących przyczyn i konsekwencji podwójnego zatrudnienia zarówno dla pielęgniarek, jak i wpływu tego zjawiska na jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów.

## PIŚMIENNICTWO

1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych: Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych [Internet]. Rada, Warszawa 2017 [cytowany 16 maja 2020]. Adres: [https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport\\_druk\\_2017.pdf](https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf)
2. Ranson M.K., Chopra M., Atkins S., Dal Poz M.R., Bennett S.: Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries. *Bull. World Health Organ.* 2010;88:435–443, <https://doi.org/10.2471/BLT.09.066290>
3. Brekke K.R., Sjørgard L.: Public versus private health care in a national health service. *Health Econ.* 2007;16:579–601, <https://doi.org/10.1002/hec.1185>
4. McPake B., Russo G., Hipgrave D., Hort K., Campbell J.: Implications of dual practice for universal health coverage. *Bull. World Health Organ.* 2016;94:142–6, <https://doi.org/10.2471/BLT.14.151894>
5. Socha K.Z., Bech M.: Physician dual practice: a review of literature. *Health Policy.* 2011;102:1–7, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.10.017>
6. Russo G., McPake B., Fronteira I., Ferrinho P.: Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy Plan.* 2014;29:774–783, <https://doi.org/10.1093/heapol/czt071>
7. Johannessen K.A., Hagen T.P.: Physicians' engagement in dual practices and the effects on labor supply in public hospitals: results from a register-based study. *BMC Health Serv. Res.* 2014;14:299, <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-299>
8. McPake B., Scott A., Edoke I.: Analyzing markets for health workers: insights from labor and health economics [Internet]. The World Bank, Washington D.C. 2014 [cytowany 18 maja 2020]. Adres: <http://documents.worldbank.org/curated/en/787041468155118598/pdf/Analyzing-markets-for-health-workers-insights-from-labor-and-health-economics.pdf>
9. González P., Macho-Stadler I.: A theoretical approach to dual practice regulations in the health sector. *J. Health Econ.* 2013;32:66–87, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.08.005>
10. Bhengu B.R.: Exploring the critical care nurses' experiences regarding moonlighting. *Curationis.* 2001;24:48–53, <https://doi.org/10.4102/curationis.v24i2.826>
11. Gupta N., Alfano M.: Access to non-pecuniary benefits: does gender matter? Evidence from six low- and middle-income countries. *Hum. Resour. Health* 2011;9:25, <https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-25>
12. Tailby S.: Agency and bank nursing in the UK National Health Service. *Work Employ. Soc.* 2005;19:369–389, <https://doi.org/10.1177/0950017005053178>
13. Portela L.F., Rotenberg L., Waissmann W.: Self-reported health and sleep complaints among nursing personnel working under 12 h night and day shifts. *Chronobiol. Int.* 2004;21:859–870, <https://doi.org/10.1081/CBI-200038513>
14. White E.M., Aiken L.H., Sloane D.M., McHugh M.D.: Nursing home work environment, care quality, registered nurse burnout and job dissatisfaction. *Geriatr. Nurs.* 2020;41(2): 158–164, <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.08.007>
15. Ribeiro V.F., Filho C.F., Valenti V.E., Ferreira M., de Abreu L.C., de Carvalho T.D. i wsp.: Prevalence of burnout syndrome in clinical nurses at a hospital of excellence. *Int. Arch. Med.* 2014;7:22, <https://doi.org/10.1186/1755-7682-7-22>
16. Gillen S.: Nurses make ends meet through extra shifts and payday loans. *Nurs. Stand.* 2013;28:7–7, <https://doi.org/10.7748/ns2013.11.28.11.7.s2>
17. Stephenson J.: Exclusive: Survey Reveals Anger and Concern over Agency Rule [Internet]. *Nursing Times, USA* 2017 [cytowany 16 maja 2020]. Adres: <https://www.nursingtimes.net/news/workforce/exclusive-survey-reveals-anger-and-concern-over-agency-rule-28-03-2017/>
18. McPake B., Russo G., Tseng F.M.: How do dual practitioners divide their time? The cases of three African capital cities. *Soc. Sci. Med.* 2014;122:113–121, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.040>
19. OECD: Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students [Internet]. OECD Publishing, Paris 2017 [cytowany 16 maja 2020]. Adres: <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>
20. Serra D., Serneels P., Lindelow M.: Discovering the real world. Health workers' career choices and early work experience in Ethiopia [Internet]. The World Bank, Washington D.C. 2010 [cytowany 18 maja 2020]. Adres: <http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-0-8213-8356-8>
21. McHugh M.D., Kutney-Lee A., Cimiotti J.P., Sloane D.M., Aiken L.H.: Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Aff. Proj. Hope* 2011;30:202–210, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>
22. Knauth P.: Extended work periods. *Ind. Health.* 2007;45:125–36, <https://doi.org/10.2486/indhealth.45.125>
23. Cwanda K., Jabłońska N., Bartczyk N., Stankiewicz-Mróz A.: Forma zatrudnienia i czas pracy jako czynniki budujące motywację pielęgniarek. *Zesz. Nauk. Politech. Łódz. Org. Zarz.* 2017;1218(69):5–21
24. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. DzU z 2011 r. nr 112, poz. 654 [cytowany 16 maja 2020].



- Internetowy System Aktów Prawnych. Adres: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111120654/U/D20110654Lj.pdf>
25. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J.A., Busse R., Clarke H.: Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 2001;20:43–53, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.3.43>
  26. Vela-Bueno A., Moreno-Jiménez B., Rodríguez-Muñoz A., Olavarrieta-Bernardino S., Fernández-Mendoza J., De la Cruz-Troca J.J. i wsp.: Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J. Psych. Res.* 2008;64:435–442, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.014>
  27. Mealer M., Burnham E.L., Goode C.J., Rothbaum B., Moss M.: The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses. *Depress. Anxiety* 2009;26:1118–1126, <https://doi.org/10.1002/da.20631>
  28. Russo G., Fronteira I., Jesus S.T., Buchan J.: Understanding nurses' dual practice: a scoping review of what we know and what we still need to ask on nurses holding multiple jobs. *Hum. Resour. Health* 2018;16:14, <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0276-x>
  29. Baumann A.O., Blythe J.M., Underwood J.M.: Surge capacity and casualization: human resource issues in the post-SARS health system. *Can. J. Public Health Rev. Can. Sante. Publique*. 2006;97:230–232, <https://doi.org/10.1007/BF03405592>
  30. Alameddine M., Baumann A., Laporte A., O'Brien-Pallas L., Levinton C., Onate K. i wsp.: Career trajectories of nurses leaving the hospital sector in Ontario, Canada (1993-2004). *J. Adv. Nurs.* 2009;65:1044–1053, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04965.x>
  31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem. DzU z 2020 r., poz. 775 [cytowany 16 maja 2020]. Internetowy System Aktów Prawnych. Adres: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000775>