

Opieka w kryzysie: praca w domach pomocy społecznej podczas pandemii

Alicja Pałęcka

Wprowadzenie

Domy pomocy społecznej (DPS) należą do tych placówek, które podczas pandemii nie mogły zostać zamknięte, a ich praca ograniczona lub przeniesiona do domów prywatnych jako praca zdalna. DPS świadczą całodobową opiekę nad mieszkańcami i mieszkankami, którzy nie funkcjonują samodzielnie, a pomocy w codziennych czynnościach nie można im zapewnić w formie wsparcia środowiskowego i usług opiekuńczych w domu. W Polsce na koniec 2022 r. w 902 zarejestrowanych DPS mieszkały 80 604 osoby (GUS, 2023i).

Praca w DPS ma charakter szczególny. Odbywa się w ciągłym bezpośrednim kontakcie z odbiorcami i odbiorczyniami usług, co odróżnia te placówki od pozostałych rodzajów instytucji pomocy społecznej¹. Wieloletnia praca z tymi samymi podopiecznymi, o różnym stopniu samodzielności, często z ograniczeniami poznawczymi, wytwarza trwałe i głębokie relacje i wymaga szczególnej pracy emocjonalnej oraz profesjonalizmu opartego na empatii (Niedbalski, 2014). Równocześnie właściwe dla porządku patchworkowego strukturalne warunki funkcjonowania branży oraz szeroki kontekst starzejącego się społeczeństwa sprawiają, że pracownice i pracownicy DPS wykonują swoją pracę w warunkach długotrwałych kryzysów: chronicznego kryzysu usług publicznych

¹ W Polsce są to miejskie, gminne i rodzinne ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki wsparcia, centra usług społecznych i ośrodki interwencji kryzysowej.

i kryzysu demograficznego (Abramowska-Kmon i in., 2022; Maciejewska i in., 2016; Vigh, 2008)². Dodatkowo warto zauważyć, że osoby należące do omawianych tu grup zawodowych mają wiele cech, które, zgodnie z wynikami naszego badania ilościowego, korelują z niskim poczuciem zadowolenia z życia, do czego mogą przyczyniać się warunki pracy: są to zawody sfeminizowane, osoby pracujące w usługach w sektorze publicznym, o niskich zarobkach i żyjące w uboższych gospodarstwach domowych (zob. rozdział 7).

W niniejszym rozdziale analizujemy sytuację w DPS przed pandemią i po jej wybuchu, żeby odpowiedzieć na trzy główne pytania badawcze: (1) jaki efekt miały nawarstwiający się kryzysy: chroniczny kryzys opieki oraz wielokryzys z lat 2020–2024? (2) jaka była skala i kształt zmian w jakości miejsc pracy w opiece w wielokryzysie? (3) jakie były sposoby radzenia sobie pracowników i pracownic w kolejnych nawarstwiających się kryzysach: chronicznym, pandemicznym, wojennym, imigranckim, drożyznianym? Odpowiadając na pytania, poszukujemy specyficznych dla branży źródeł strategii radzenia sobie w kryzysach. Okazuje się nim przede wszystkim etos pracy, który za Danutą Walczak-Duraj rozumiemy jako względnie zwarty system „wartości, norm, postaw i zachowań grupowych, w którym wysoko wartościowana praca i jej główne atrybuty stanowiły podstawowe kryterium oceny moralnej jednostki i podstawową zasadę organizującą życie społeczne” (Walczak-Duraj, 2020, s. 31).

Rozdział składa się z siedmiu części. W części pierwszej prezentujemy kontekst funkcjonowania DPS w polskim systemie pomocy społecznej i w relacji do ochrony zdrowia. Część druga zawiera omówienie problemów, które pojawiły się w branży wraz z wybuchem pandemii. Na chroniczny kryzys nałożyły się wtedy kolejne trudności, wynikające częściowo z charakterystyki pracy w DPS, częściowo zaś z typowych dla patchworkowego kapitalizmu sposobów funkcjonowania instytucji. Wpływ tych problemów na jakość pracy w DPS analizujemy w części trzeciej. Zwracamy szczególną uwagę na stabilność zatrudnienia i wynagrodzeń, czas pracy, emocje i relacje społeczne, kontrolę i nadzór. W części czwartej analizujemy strategię radzenia sobie z kryzysem przez pracowników i pracownice DPS. Następnie prezentujemy studium przypadku jednej z badanych placówek, zwracając uwagę na istniejące przed pandemią zasoby, dzięki którym strategia lojalności i krytyki / głosu pracowniczego (*loyalty/voice*) realizowana była we współpracy z kierownictwem. Współpraca ta stworzyła warunki dla sekwencji normalizacyjnej. Część szósta zawiera rekomendacje dla państwa, samorządów, związków zawodowych i dyrekcji DPS, przygotowane na podstawie przedstawionych wcześniej analiz. Rozdział kończą podsumowanie i wnioski.

² Zob. rozdziały 2 i 3 niniejszej publikacji.

12.1. Sytuacja w branży przed pandemią

12.1.1. Organizacja domów pomocy społecznej

Prowadzenie DPS należy do zadań własnych jednostek samorządu terytorialnego – mogą być one tworzone przez gminy, powiaty i województwa. Inne podmioty (Kościoły, związki wyznaniowe, fundacje, stowarzyszenia, spółdzielnie, kapitałowe spółki prawa handlowego, osoby fizyczne) mogą prowadzić niepubliczne DPS na zlecenie jednostki samorządu terytorialnego, na podstawie umowy z gminą kierującą do DPS osoby w razie braku miejsc w placówkach publicznych lub na podstawie prawa cywilnego. Każda z tych sytuacji formalno-prawnych ma różne konsekwencje dla relacji między placówką a jednostką samorządu terytorialnego (zob. Jacek i in., 2021). Zasięg prywatyzacji w branży DPS jest ograniczony, placówki niepubliczne stanowią ok. jednej trzeciej z nich (zob. aneks metodologiczny, tabela A.7). Tak jak placówki publiczne, wymagają pozwoleń wojewody na prowadzenie działalności oraz są przez niego kontrolowane. Prawdopodobnie jednak, co charakterystyczne dla kapitalizmu patchworkowego, część domów prywatnych wymyka się kontrolom i działa nielegalnie (Grabusińska, 2013; NIK, 2020). W próbie badania COV-WORK znalazły się osoby pracujące w DPS zarówno publicznych (osiem placówek), jak i niepublicznych (cztery placówki).

DPS dzielą się ze względu na potrzeby ich mieszkańców i mieszkanek na placówki dla:

- osób w podeszłym wieku,
- osób przewlekle somatycznie chorych,
- osób przewlekle psychicznie chorych,
- dorosłych z niepełnosprawnościami intelektualnymi,
- dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami intelektualnymi,
- osób z niepełnosprawnościami fizycznymi,
- osób uzależnionych od alkoholu.

Aby odpowiedzieć na potrzeby mieszkańców i mieszkanek wynikające ze starzenia się, zmian stanu zdrowia i sprawności, typy te mogą być łączone. Dzięki temu osoby, które zamieszkały w DPS jako dzieci, mogą pozostać w tej samej placówce także w dorosłości. Spełniane jest w ten sposób jedno z istotnych założeń dotyczących działalności DPS i odróżniających je od placówek leczniczych: są to mianowicie domy, w których mieszkańcy i mieszkanki mają prawo i powinni pozostać, podobnie jak byłoby to w ich domach rodzinnych (Grabusińska, 2013). Tak też było w przypadku większości placówek, w których pracowali nasi rozmówcy i nasze rozmówczynie (domy dla dzieci, młodzieży

i dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną oraz domy dla osób przewlekle chorych somatycznie i w podeszłym wieku).

DPS należą do systemu pomocy społecznej i od 1990 r. podlegają ministerstwu odpowiedzialnemu za politykę społeczną, a nie, jak było to wcześniej, Ministerstwu Zdrowia (do tego czasu istniało jedno Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej). Następnie, do czasu reformy systemu ochrony zdrowia, DPS świadczyły jeszcze usługi medyczne, jednak od 1998 r. ich mieszkańcy i mieszkanki korzystają z powszechnego systemu ochrony zdrowia. Rozdzielenie tych branż i funkcji DPS ma konsekwencje m.in. dla organizacji pracy, a przede wszystkim dla wynagrodzeń medycznego personelu DPS. Problem ten podkreślała jedna z rozmawiających z nami ekspertek, która reprezentowała związki zawodowe: jednym z efektów rozdzielenia dwóch branż było powstanie charakterystycznych dla kapitalizmu patchworkowego nierówności pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w dwóch systemach. Przykładowo tzw. zembalowe (podwyżki wywalczone przez związki zawodowe pielęgniarek i położnych w 2015 r.; nazwa potoczna pochodzi od nazwiska ówczesnego ministra zdrowia) nie objęło pielęgniarek pracujących w DPS, podobnie jak dodatki covidowe podczas pandemii (EX_6_OZPS_ZZ). Elementem właściwym dla patchworku jest też rozdzielenie funkcji związanych z prowadzeniem DPS między różne podmioty. Ustawa o pomocy społecznej z 2004 r. przekazała kontrolę nad DPS na poziom samorządów, które jednak finansują je z dotacji z budżetu państwa (do tego dochodzą opłaty uiszczane przez mieszkańców), co wywołuje napięcia, szczególnie w obliczu żądań płacowych związków zawodowych (zob. Grabusińska, 2013; Pytel, 2023).

12.1.2. Chroniczny kryzys w branży: niskie wynagrodzenia, braki kadrowe

Jak wspomnieliśmy, skala prywatyzacji w branży jest ograniczona, jednak w neoliberalnej logice drugą stroną prywatyzacji jest chroniczne niedofinansowanie (zob. rozdziały 1 i 2). Podobnie jak w przypadku innych instytucji dostarczających usługi publiczne, w pomocy społecznej i DPS problem niedofinansowania przekłada się na niskie zarobki i braki kadrowe. Przykładowo, według danych GUS w 2022 r. opiekunki w DPS zarabiały 79% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce, które wynosiło wtedy 6346,15 zł, pielęgniarki 92%, a pracownice socjalne 94% (zob. aneks metodologiczny, wykres A.2). Informacje zebrane w badaniu, w tym w wywiadach eksperckich, a także pochodzące z literatury i mediów, w tym wypowiedzi związkowców (zob. rozdział 5), sygnalizują jednak znacznie gorszą sytuację finansową tych grup

zawodowych, czy wręcz ich „znaczące zubożenie” (Pytel, 2023, s. 71; zob. też NIK, 2024). Trudne warunki pracy i niskie wynagrodzenia są powodem, dla którego od 2017 r. Barometr zawodów wskazuje deficyt poszukujących pracy w zawodzie opiekuna/opiekunki osoby starszej lub z niepełnosprawnością, który obejmuje m.in. opiekuna/opiekunkę w domu pomocy społecznej. Na rok 2025 prognozowany był deficyt w tym zawodzie w 197 powiatach (na 380).

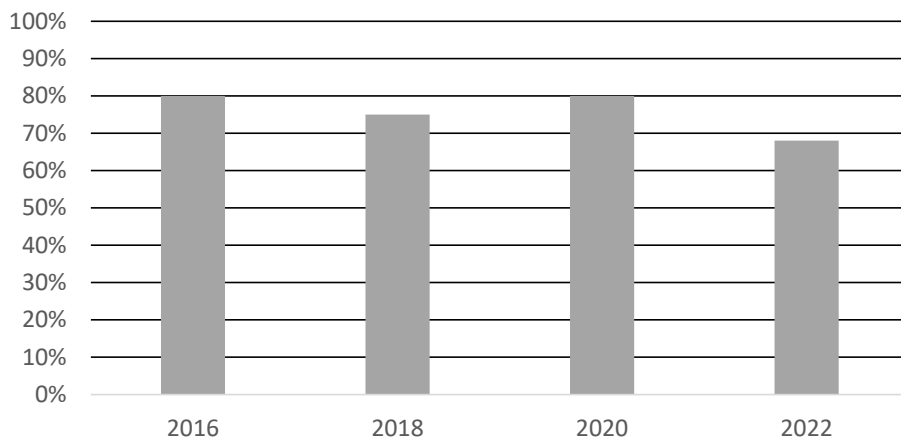
W konsekwencji, po pierwsze, praca w DPS jest stosunkowo stabilna. Po drugie, według naszych rozmówców i rozmówczyń niskie wynagrodzenia motywują pracownice do uzupełniania braków kadrowych przez nadgodziny oraz pracę w dwóch placówkach równocześnie, w tym na umowach zlecenia lub niepełny etat. Tabela 12.1 pokazuje systematyczny wzrost udziału atypowego zatrudnienia w DPS, częściowo potwierdzając uzyskane w wywiadach informacje o stosunkowo powszechnej, zwłaszcza wśród opiekunek, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego, dwuetatowości. W toku badań zgłaszane były przypadki osób pracujących nawet do 300 godzin w miesiącu (EX_04_PS_ZZ, BNI_27_OZ_Jola, BNI_30_OZ_Zyta). Ponadto pracownice mogą dorabiać w innych branżach lub miejscach pracy, co nie zostanie uchwycone w statystykach. W wywiadach opiekunki mówiły np. o pracy w kwaciarni (BNI_30_OZ_Zyta), sprzątaniu (BNI_04_OZ_Marta) lub opiece w domach prywatnych (BNI_26_OZ_Sylwia).

Tabela 12.1. Zatrudnienie w domach pomocy społecznej w latach 2016–2022

	Ogółem	Osoby zatrudnione na etatach	Z tego w niepełnym wymiarze czasu pracy	Osoby zatrudnione nieetatowo	Udział zatrudnienia atypowego (w niepełnym wymiarze i na umowie innej niż umowa o pracę)
2016	57 287	55 913	4302	1 374	7,50%
2017	57 071	55 731	4318	1 340	7,56%
2018	57 838	56 279	4518	1 559	7,81%
2019	58 039	56 362	4664	1 677	8,03%
2020	57 516	55 832	4024	1 684	9,92%
2021	56 417	54 712	4066	1 705	10,22%
2022	56 615	54 710	4241	1 905	10,85%

Źródło: Sprawozdania Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Stan na 31 grudnia roku sprawozdawczego. Uwaga: Zatrudnienie nieetatowe oznacza zatrudnienie na podstawie innej niż umowa o pracę.

Co więcej, pielęgniarki czy fizjoterapeuci zarabiają więcej w placówkach medycznych, w których obowiązuje siatka płac, dlatego korzystne jest dla nich poszukiwanie dodatkowego zatrudnienia lub odchodzenie z DPS do systemu ochrony zdrowia (Abramowska-Kmon i in., 2022; NIK, 2024; Pytel, 2023). Relację zarobków pielęgniarek w DPS do zarobków pielęgniarek ogółem przedstawia wykres 12.1.



Wykres 12.1. Relacja średniego wynagrodzenia pielęgniarek w domach pomocy społecznej do średniego wynagrodzenia pielęgniarek we wszystkich branżach

Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W ostatnich latach liczba osób pracujących w DPS fluktuuje. Podczas pandemii, tj. między końcem 2019 a końcem 2021 r., system opuściło szczególnie dużo pracowników i pracownic: ponad 1500 osób, a problem ten dotyczy szczególnie pielęgniarek.

12.1.3. Nakładające się kryzysy: kryzys demograficzny

Chroniczny kryzys niedofinansowania branży pomocy społecznej i domów opieki ma miejsce w kontekście innego istotnego kryzysu: starzejącego się społeczeństwa (zob. też rozdział 3). Wydaje się, że kryzys demograficzny mógłby stać się szansą dla branży. Wzmocnienie narracji związków zawodowych o konieczności dofinansowania DPS i rozwoju ich kadr stwarzałoby możliwość ich skuteczniejszego wpływu na kształt polityk publicznych, a zwiększony popyt na usługi opiekuńcze dla osób starszych poprawiłby warunki na rynku i sytuację

finansową placówek. Równocześnie jednak od lat obserwujemy kryzys reprodukcyjny, przejawiający się m.in. familializacją, tj. wycofywaniem się państwa z usług opiekuńczych i przenoszeniem obowiązków związanych z opieką na rodziny, przede wszystkim kobiety, w obszarze opieki nad osobami starszymi pozbawione zewnętrznego wsparcia (Abramowska-Kmon i in., 2022). Przy znacznej feminizacji branży (kobiety stanowią aż 83% osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej) kryzys demograficzny może okazać się raczej kolejnym czynnikiem wywierającym presję na branżę i jej pracownice, często obciążone więcej niż jednym etatem oraz pracą opiekuńczą w domu.

Odpowiedzią na kryzys demograficzny ma być polityka deinstytucjonalizacji, tj. rozwój usług w środowisku osoby wymagającej wsparcia, by jak najdłużej pozostała w swoim miejscu zamieszkania, względnie samodzielna. Stąd rządowe propozycje narzędzi takich jak bon senioralny, mający fundować usługi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Przedstawicielka związków zawodowych wyraziła obawę, że tego rodzaju rozwiązania wzmocnią prywatyzację branży oraz, zgodnie z logiką familializacji, przeniosą ciężar opieki na rodziny, nie rozwiązując jej problemów (EX_7_PS_ZZ). Komentatorzy zwracają uwagę, że osoby starsze „potrzebują pomocy środowiskowej, tylko nie ma kto jej nieść” (*Seniorzy potrzebują pomocy...*, 2024). Wydaje się, że ze względu na opisane wyżej chroniczne problemy branży bon senioralny może stać się narzędziem, które stworzy kolejny obszar dodatkowego zatrudnienia dla osób już pracujących w DPS np. jako opiekunki. Równocześnie deinstytucjonalizacja nie oznacza likwidacji placówek opieki całodobowej, lecz ich współpracę z lokalnym środowiskiem zewnętrznym. DPS pozostaną niezbędnym elementem systemu (EX_22_PS_KIER) (Grewiński i in., 2024).

12.1.4. Dialog społeczny w pomocy społecznej przed pandemią

DPS, należąc do branży pomocy społecznej, są przedmiotem dialogu trójstronnego w Trójstronnym Zespole ds. Pomocy Społecznej przy Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Zespół nie istniał jednak przed pandemią, został bowiem powołany w 2022 r.

Branża pomocy społecznej obejmuje zarówno DPS, jak i ośrodki pomocy społecznej, włączona jest w sektor ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Cały sektor pozostaje stosunkowo wysoko uzwiązkowiony: 21% zatrudnionych w nim osób należało do związków zawodowych (w 2014 r.), stanowiąc 12% członków (GUS, 2015). Od 2015 r. GUS nie opublikował informacji o uzwiązkowieniu w poszczególnych sektorach, natomiast według naszych

szacunków w 2022 r. stopa uzwiązkowienia w całym sektorze wynosiła 20%. Jego pracownicy i pracownice wciąż stanowili ok. 12% członków w związkach (GUS, 2023c). Trudno jednak określić poziom uzwiązkowienia w samej tylko branży pomocy społecznej, a tym bardziej w DPS, ze względu na wspomniany sposób agregacji danych przez Główny Urząd Statystyczny³. Podobny problem dotyczy członkostwa w organizacjach pracodawców.

W branży pomocy społecznej obecna jest zrzeszona w OPZZ Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, OPZZ Konfederacja Pracy, Sekcja Krajowa Pracowników Pomocy Społecznej NSZZ „Solidarność” oraz niezależna Polska Federacja Związkowa Pracowników Socjalnych i Pomocy Społecznej. Po stronie pracodawców prywatny segment pomocy społecznej posiada swoją instytucjonalną reprezentację w postaci organizacji WRZOS (Wspólnota Robocza Związków Organizacji Socjalnych). Jest to jednak przedstawicielstwo specyficzne, ponieważ grupuje pewien wycinek niepublicznych podmiotów świadczących usługi, które mieszczą się w zakresie pomocy społecznej, a legitymizuje je obecność w europejskiej branżowej organizacji pracodawców, the Federation of European Social Employers. Pracodawcy w placówkach publicznych mają natomiast swoją reprezentację i forum m.in. w działającym od 2019 r. Ogólnopolskim Stowarzyszeniu Dyrektorów Samorządowych Domów Pomocy Społecznej. Istotny głos ma także Unia Metropolii Polskich jako przedstawiciel części odpowiedzialnych za prowadzenie DPS samorządów.

Protesty odbywają się w całej branży i w DPS sporadycznie. W roku przed pandemią, 2019, w Monitoringu Konfliktów Społecznych MRPiPS odnotowano je w czterech placówkach. Równocześnie PFZPSiPS od 2018 r. organizuje akcję protestacyjną całej branży, domagając się wyższych wynagrodzeń i poprawy warunków pracy dla pracowników socjalnych.

12.2. Problemy branży w pandemii i wielokryzysie

Z powyższego opisu sytuacji w DPS przed pandemią wyłania się obraz chronicznego kryzysu (Vigh, 2008): niskich wynagrodzeń i wieloletnich braków kadrowych. Wypracowane w tych warunkach strategie radzenia sobie, takie jak wieloletatowość, pozwalająca pracującym uzupełnić budżet, a placówkom częściowo uzupełnić braki kadrowe, okazały się niemożliwe do utrzymania

³ Według danych NSZZ „Solidarność” w ok. 10% DPS działają organizacje związkowe (korespondencja prywatna z Przemysławem Pytlem).

w pandemii, wzmacniając efekt wielokryzysu. Podczas kryzysu pandemicznego wyraźnie zaostrzyły się trudności wynikające z opisanych wyżej warunków strukturalnych funkcjonowania DPS oraz ze specyfiki pracy w tych placówkach: bezpośredniego intensywnego kontaktu pracowników i pracownic z mieszkańcami i mieszkankami.

DPS zwróciły uwagę opinii publicznej w pierwszych miesiącach pandemii. W wielu krajach to właśnie wśród ich mieszkańców i mieszanek liczba zachorowań i zgonów była znacznie wyższa niż w całej populacji. W USA w maju 2020 r. jedną trzecią osób zmarłych w wyniku COVID-19 stanowili pensjonariusze i pensjonariuszki *nursing homes*, w Kanadzie było to aż 81%, a w Belgii – 66% (Behrens i Naylor, 2020; Huang i in., 2020; Khan i in., 2020; Shaw, 2020; Syed i Ahmad, 2021; Vermeerbergen i in., 2021). Wynika to z charakterystyki domów opieki całodobowej, gdzie stale przebywa duża liczba osób, co sprzyja powstawaniu ognisk zakażeń, a mieszkańcy i mieszkanki to często osoby starsze lub przewlekle chore, szczególnie narażone na ciężki przebieg COVID-19 i śmierć (McCallion, 2020). W Polsce liczba zachorowań i zgonów w DPS była jednak znacznie niższa. Według danych podanych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej⁴ podczas pierwszej fali pandemii, do końca czerwca 2020 r., zachorowało 175 mieszkańców i mieszanek oraz 84 osoby pracujące w DPS. Zmarło 138 osób (Senat RP, 2020). Liczby te uwidaczniają kilka prawidłowości. Choć osoby zakażone w DPS stanowiły niewielki odsetek (0,5%) wszystkich zakażonych w Polsce, większość z zakażonych mieszkańców i mieszanek zmarła. Wciąż jednak było to mniej niż 10% wszystkich ofiar w Polsce w tym czasie, co odróżnia polskie DPS od tego typu placówek w wymienionych wyżej krajach, gdzie sytuacja była znacznie bardziej dramatyczna. W całym roku 2020 na COVID-19 zmarło 3,4 tys. osób mieszkających w DPS (tj. 9,1% z 37,1 tys. zakażonych). Było to 8,2% wszystkich śmierci na skutek zachorowania na COVID-19 w tym czasie (GUS, 2021a, 2021b; *Raport zakażeń...*, 2024).

Według przedstawiciela administracji rządowej, który udzielił wywiadu w badaniu, stosunkowo niewielka liczba osób zakażonych w DPS w porównaniu z odpowiednią liczbą w niektórych innych krajach była zasługą, po pierwsze, personelu placówek, po drugie, stosunkowo szybkiego rozpoczęcia szczepień dzięki włączeniu zarówno mieszkańców i mieszanek, jak i osób pracujących w DPS do grupy 0, która otrzymała szczepienia w pierwszej kolejności, w styczniu 2021 r. (EX_18_PL_ADM). Biorąc jednak pod uwagę, że przytoczone wyżej dane dotyczą pierwszego roku trwania pandemii, zanim szczepionka stała się dostępna, trzeba raczej postawić hipotezę, że to typowa w patchworkowym

⁴ Od 7 października 2020 r. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej.

kapitalizmie (Gardawski i Rapacki, 2021) oddolna organizacja pracowników i pracownic, owo branie spraw w swoje ręce, była przynajmniej jednym z czynników, dzięki którym DPS nie stały się ogniskami zakażeń na szeroką skalę⁵.

Stan zdrowia wielu pacjentów i pacjentek domów pomocy społecznej wiąże się jednak ze szczególnymi problemami: ograniczonymi zdolnościami poznawczymi, trudnościami w zrozumieniu nagłych zmian, konieczności dystansu społecznego lub dezynfekcji. W połączeniu ze wspomnianą już niewystarczającą liczbą personelu w ogóle oraz dodatkowymi brakami kadrowymi z powodu kwarantanny lub urlopów i zwolnień (np. na opiekę nad dziećmi) powodowało to poważne problemy organizacyjne, gdy w domach opieki nie było wystarczającej liczby osób pracujących, aby zapewnić bezpieczeństwo mieszkańców i mieszkanek.

Jak w całej populacji w tym czasie, tak i w tej grupie doszło do zaniedbań zdrowotnych. Rezygnowano z wizyt lekarskich, bieżącego leczenia lub zabiegów – lub były one niemożliwe, kiedy zamykano oddziały szpitalne. W samych placówkach niekiedy ograniczano pracę z pacjentami i pacjentkami, co miało długofalowe konsekwencje dla ich zdrowia i kondycji.

Łukasz: A to często potęgowało choroby przewlekłe, gdzieś tam to wszystko się u nich bardziej rozwijało. [...] Charakter naszej pracy się zmieniał, bo osoba z takiej czynnej na sali gimnastycznej stawała się bierną, leżącą w łóżku, więc wykonywaliśmy wtedy jakieś tam usprawnianie przyłóżkowe. [...] [Mieszkaniec – przyp. A.P.] też się posunął na tyle chorobowo, że my dzisiaj mamy z nim kontakt logiczny ograniczony, więc to jest jakby efekt covidu. [...] To leżenie w łóżku i patrzenie w sufit po prostu go mocno ograniczyło, jeśli chodzi o zdolności logicznego myślenia. (BNI_14_OZ_Łukasz)

Relacje instytucji formalnych i nieformalnych na poziomie mikro interpretować można z perspektywy koncepcji kapitalizmu patchworkowego. Chaos informacyjny był powszechnie zgłaszany jako poważny problem pierwszych tygodni pandemii. Brak jasnych wytycznych z Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej i województw wytworzył konieczność oddolnego i autonomicznego organizowania pracy przez załogi DPS. W placówkach wewnętrzne zasady

⁵ Inny istotny pośredni czynnik wskazuje zespół PAN, według którego Polacy i Polki tworzą społeczeństwo „domowe”, stacjonarne, charakteryzujące się „niewielką intensywnością kontaktów w przestrzeni publicznej, z dominacją niewielkich miejscowości i relatywnie niską mobilnością” (Duszyński i in., 2020, s. 27). Mogło to spowodować, że ryzyko wprowadzenia wirusa do DPS przez pracujące w nich osoby było niższe niż w niektórych innych krajach, gdzie intensywność kontaktów jest większa.

i procedury wypracowane zostały szybciej, niż pojawiły się odgórne wytyczne (BNI_25_OZ_Gabriela, EX_22_PS_KIER, EX_27_PS_KIER). Niejasność procedur była wymieniana przez osoby pracujące na różnych stanowiskach w DPS jako jeden z czynników stresujących, jednak problem ten był wskazywany coraz rzadziej w odniesieniu do niższych poziomów zarządzania: 32,8% wymieniło jako czynnik stresujący niejasność procedur na poziomie krajowym, lecz zaledwie 9,5% na poziomie lokalnym i 4,2% na poziomie instytucji, w której dana osoba pracowała (Doiczman-Łoboda i in., 2021, s. 32). Wydaje się więc, że rozwiązywanie problemów następowało nie na poziomie krajowym, centralnym, lecz samorządowym, a przede wszystkim zakładów pracy, a także czasami central i regionalnych oddziałów związków zawodowych, które mogły działać jako centra koordynacji pomocy i wymiany informacji (EX_6_OZPS_ZZ).

Nie jest to zawsze jednoznacznie negatywnie oceniane przez kierownictwa placówek. Dyrektor miejskiego DPS w dużym mieście wskazuje nie tyle na bezczynność władz centralnych i samorządowych (pierwsze rekomendacje dotyczące DPS MRPiPS przekazało wojewodom 12 marca, czyli jeszcze przed ogłoszeniem stanu epidemii 20 marca), co raczej na tempo reakcji w samych placówkach:

Myśmy od samego początku zastosowali procedury, nie czekając na wytyczne z miasta. Miasto z tych procedur korzystało jako wytyczne dla innych instytucji. (EX_22_PS_KIER)

Cytowany dyrektor zauważa zresztą, że było to konieczne – władze mogły przekazywać jedynie wytyczne i rekomendacje, dla których na poziomie placówek należało wypracować własne sposoby wdrożenia. Równocześnie mógł on liczyć na dobrą współpracę z samorządem i otoczeniem instytucjonalnym, zgodnie zresztą z obserwacją Nataszy Doiczman-Łobody i in. (2021, s. 4) o gminnych placówkach położonych w miastach. Na przykładzie tego DPS wydaje się więc, że umocowanie formalne (placówka gminna) oraz położenie DPS (w dużym mieście) mają znaczenie dla relacji wątku z osnową, tj. konkretnych graczy z formalnymi instytucjami. W takich przypadkach instytucje samorządowe i centralne okazują się mocniejsze i mogą mieć silniejszy związek z poszczególnymi graczami na poziomie mezo i mikro, a także być zdolne do koordynacji ich działań.

Inaczej jest w przypadku prywatnej placówki na wsi, która otrzymała znikomą pomoc rzeczową, pozostała niejako na uboczu samorządowego wsparcia oraz jakichkolwiek relacji poza ściśle lokalnymi (BNI_25_OZ_Gabriela). Według Doiczman-Łobody i in. w gminach wiejskich znaczenie może mieć „względna łatwość wchodzenia we współpracę z mniej przeciążonymi podmiotami, czy

też konieczność/presja wchodzenia we wszelkie możliwe kontakty z powodu ograniczonych zasobów” (Doiczman-Łoboda i in., 2021, s. 22). Szczegółowe konsekwencje tego braku relacji z osnową opisane zostaną w studium przypadku.

Kryzys pandemii w wywiadach opisywany był jednoznacznie jako wyzwanie, trudność, moment konieczności wytworzenia nowych praktyk. Inaczej było w przypadku kolejnych kryzysów po 2020 r.: inflacji i pełnoskalowej inwazji Rosji na Ukrainę. Mimo że badanie przypadło na czas szybko wzrastającej inflacji (pierwszy wywiad przeprowadzono we wrześniu 2021 r., ostatni – w marcu 2023 r.), problem inflacji właściwie nie wybrzmiał w wywiadach. Wyraźną narację o kłopotach finansowych rozwinęła jedynie pokojowa, czyli pracownica zarabiająca w DPS najmniej (BNI_27_OZ_Jola), a także związkowiec, który wymienił wzrost cen jako jedną z motywacji (choć nie najważniejszą) dla założenia związku zawodowego w jego placówce (BNI_19_OZ_Antoni).

Z przybyciem do Polski uchodźczyń z Ukrainy w wyniku pełnoskalowej wojny związane jest natomiast pewne oczekiwanie rozwiązania problemów kadrowych. Zgodnie z opisywanym w rozdziale 3 trendem wykonywania odpłatnej pracy reprodukcyjnej (i innych nisko opłacanych prac niezbędnych) przez migrantki rozmówcy i rozmówczynie, zarówno w wywiadach eksperckich, jak i biograficznych oraz grupowych, zgodnie twierdzili, że poszukujące pracy Ukrainki mogą wypełnić wakaty (FGI_07_PS_NWAW_DPS). Oznacza to jednak potencjał powstania kolejnych nierówności: ze względu na narodowość lub obywatelstwo. Rozmówcy i rozmówczynie zauważają to zagrożenie. Ich obawy wiążą się z dostrzeganą przez nich tendencją prywatnych pracodawców do dumpingu cenowego, wykorzystywania słabszej pozycji cudzoziemek na rynku pracy i oferowania im niskich wynagrodzeń, przez co walka o podwyżki w całej branży może być zagrożona. W wywiadach wskazywana była konieczność rekrutacji nowych pracowników do związków zawodowych oraz ich edukacji w obszarze polskiego prawa pracy (FGI_07_PS_NWAW_DPS). Z jednej strony jest to wizja normalizacji jako powrót do *status quo ante*, ale z zastąpieniem polskich pracowników pracownicami o słabszej pozycji, co może grozić utrwaleniem złych warunków płacowych i funkcjonowania DPS. Z drugiej pojawia się jednak wola, by walczyć o wyższe płace i przeciwdziałać potencjalnym nierównościom.

12.3. Jakość pracy w wielokryzysie

W rozdziale 9 zaznaczaliśmy, że w Polsce nakładające się kryzysy nie przyniosły długotrwałych zmian na gorsze w obszarze jakości pracy. Tak też było w DPS – nastąpił w nich jedynie krótkotrwały spadek w obszarze wynagrodzeń,

stabilności zatrudnienia oraz czasu i intensywności pracy. Długotrwale zmienił się natomiast charakter pracy w niektórych placówkach w wymiarach kontroli i nadzoru oraz relacji społecznych – co zależało raczej od kontekstu danej placówki. Ze względu na charakter pracy w większości zawodów w DPS w wywiadach właściwie nie było mowy o możliwościach rozwoju zawodowego, w tym o szkoleniach, które bywają postrzegane jako „niewiele wnoszące” (FGI_06_PS_WAW_DPS). Wyjątkiem jest DPS „Przy lesie” (nazwa zmieniona), opisany w studium przypadku, w którym, według jego kierowniczkii, „pandemia spowodowała, że personel zaczął mieć potrzebę przeogromnej wiedzy, zapotrzebowanie na szkolenia i na wiedzę” (BNI_25_OZ_Gabriela).

12.3.1. Stabilność zatrudnienia

Jak wyjaśniliśmy, opisując sytuację w branży, wiele zatrudnionych w niej osób pracuje w więcej niż jednej placówce, np. w ramach umowy o pracę na pełen etat w jednym DPS z równoczesną umową zlecenia w innym, prywatną praktyką fizjoterapeutyczną lub pracą w szpitalu (w przypadku pielęgniarek). To właśnie te dodatkowe zatrudnienia stały się w pandemii na jakiś czas niestabilne w wyniku rządowego zakazu dla pielęgniarek pracy w dwóch placówkach równocześnie⁶, podobnych rozwiązań wprowadzanych przez kierownictwo na poziomie placówek (BNI_25_OZ_Gabriela), ale też ograniczenia prywatnej praktyki ze względów bezpieczeństwa, czy to przez odwoływanie wizyt przez pacjentów i pacjentki, czy przez same opiekunki lub fizjoterapeutów (BNI_14_OZ_Łukasz). Ujawniła się w ten sposób podatność na prekaryzację tej grupy pracowników i pracownic. Kiedy podczas pandemii uzupełnianie wynagrodzenia z głównego miejsca pracy innymi zleceniami stało się niemożliwe, wiele pracownic i pracowników DPS doświadczyło trudności finansowych.

Osoby reprezentujące w badaniu związki zawodowe zgłaszały problem zwolnień w placówkach, w których zmarło wielu mieszkańców, natomiast kolejnych nie przyjmowano ze względu na obostrzenia lub oszczędności samorządów w czasie kryzysu i mniejszych wpływów z podatków. Spadek liczby mieszkańców miał być argumentem za zwolnieniami (EX_7_PS_ZZ, EX_8_PS_ZZ) (zob.

⁶ Zakaz ten obowiązywał od 30 kwietnia do 24 lipca 2020 r. na podstawie rozporządzenia ministra zdrowia (Dz. U. 2020 poz. 775), a następnie został złagodzony i decyzje przekazano w gestii kierownictwa placówek. Zakaz obejmował podmioty lecznicze, a więc wyjęte spod niego były domy pomocy społecznej, jednakże w praktyce nastęrczało to niekiedy trudności interpretacyjnych lub motywowało dyrekcje do wprowadzenia takiego zakazu w swoich placówkach.

też Pytel, 2023). Efekty tej polityki kadrowej należałoby zbadać na poziomie powiatów, zwłaszcza tam, gdzie wystąpiły ogniska zakażeń w DPS. Jednak dane ogólnopolskie pokazują, że od 2021 r. liczba mieszkańców i mieszkank DPS zaczęła wracać do tej sprzed pandemii, choć mieszkają oni w większej liczbie placówek. Zatrudnienie w nich nie rośnie natomiast w tym samym tempie i na koniec 2022 r. nie zbliżyło się do poziomu sprzed pandemii (zob. tabela 12.1).

12.3.2 Wynagrodzenia

Zakaz pracy w kilku placówkach spowodował poważne braki w budżetach domowych pielęgniarek i opiekunek. Rekompensować je miało dofinansowanie do wynagrodzeń przyznawane placówkom w trybie konkursowym, przy czym wnioskowanie o nie było stosunkowo łatwe i wymagało jedynie dopełnienia odpowiednich formalności przez kierownictwo (EX_27_PS_KIER). Według niektórych uczestniczek wywiadów dodatkowe wynagrodzenia nie rekompensowały jednak poniesionych strat. Wspominano także o jednorazowym wzroście wynagrodzeń dzięki premiom za brak zwolnień lekarskich oraz nadgodzinom (BNI_12_OZ_Ula, BNI_13_OZ_Dominika), przy czym w jednym z badanych DPS działaczki związkowe musiały upomnieć się o wypłatę wynagrodzeń za nadgodziny dla załogi, ponieważ rozwiązania dotyczące czasu pracy nie były transparentne i skutkowały błędami w rozliczeniach (BNI_04_OZ_Marta).

Frustrację i poczucie niesprawiedliwości wywoływało dzielenie grantów na dodatki do wynagrodzeń pomiędzy cały zespół DPS, także osoby z działu administracyjnego, które nie miały kontaktu z zakażonymi (BNI_19_OZ_Antoni, FGI_O7_PS_NWAW_DPS). Z kolei rządowe rozwiązania dla pracowników medycznych, które miały rekompensować utratę dochodów wynikającą z tymczasowej rezygnacji z pracy w dwóch podmiotach, wykluczały pozostałe grupy. Podobnie więc, jak to było w szpitalach w przypadku dodatków covidowych, granty i dodatki dla osób pracujących w DPS także stawały się niekiedy przyczyną konfliktu lub resentymentu, podzielenia załogi. Jak się wydaje, ta typowa dla porządku patchworkowego, postrzegana przez pracowników i pracownice uznaniowość może prowadzić do dalszej erozji zaufania do instytucji formalnych.

12.3.3. Czas pracy

Na czas największej liczby zachorowań wprowadzano w DPS zmiany w czasie pracy, które miały podnosić bezpieczeństwo personelu oraz mieszkańców

i mieszkańek. Celem zmian było ograniczenie liczby osób równocześnie przebywających w placówce i kontaktu między nimi, a także ograniczenie kontaktów zewnętrznych. Za każdym razem oznaczało to wydłużenie zmian z ośmiu do 12, a nawet 24 godzin. Zmiany kumulowano w krótkim czasie, np. dwóch tygodni, po których następowały dwa tygodnie wolnego. W niektórych przypadkach rozwiązania te okazały się działać na tyle dobrze, że dyskutowano w zespołach przyjęcie ich na stałe (EX_27_PS_KIER, EX_13_OZPS_ZZ). Mają one ułatwiać zarządzanie grafikami, a osobom pracującym dawać więcej czasu na nieprzerwany odpoczynek. Nie jest to jednak rozwiązanie jednoznacznie korzystne dla osób pracujących. Było też opisywane jako wyczerpujące psychicznie i fizycznie (BNI_30_OZ_Zyta, FGI_06_PS_WAW_DPS) oraz, mimo że ustawa wymagała zgody pracowników i pracownic na wprowadzenie zmian⁷, niekiedy wymuszone: „my nie mieliśmy nawet możliwości odmowy, zostało to nam po prostu narzucone [...] przez wojewodę” (FGI_06_PS_WAW_DPS).

Szczególną sytuacją było zamykanie domów przez sanepid ze względu na zakażenia mieszkańców i mieszkańek. W takich wypadkach personel pozostawał w DPS nieprzerwanie przez 10 dni lub dwa tygodnie. W większości przytaczanych w wywiadach przypadków opiekunki samodzielnie, z własnej inicjatywy decydowały się na zamknięcie w DPS (FGI_06_PS_WAW_DPS, FGI_07_PS_NWAW_DPS, EX_13_OZPS_ZZ). To właśnie w tych fragmentach wywiadów, które dotyczą wielogodzinnych zmian i wielodniowego przebywania w placówce, ujawnia się mobilizacja personelu DPS, wynikająca z poczucia odpowiedzialności za mieszkańców i mieszkanki:

Zyta: Dostałam telefon, koleżanka zadzwoniła i pyta: „Zamykamy się?”. I czy ja bym dała radę, żeby przyjechać, bo mówi: „Wiesz co, wynik masz negatywny...”. Ja mówię: „Nie ma problemu”. Zadzwoniła o 15:00, pociąg miałam o 17:00, torbę wzięłam i cokolwiek w torbę i nie zastanawiałam się. (BNI_30_OZ_Zyta)

Taka konieczność dotyczyła właściwie wyłącznie opiekunów i opiekunek oraz pielęgniarek. Wywoływało to jednak u innych pracowników i pracownic obawę albo, w innych przypadkach, gotowość do zamknięcia się w placówce razem z koleżankami i kolegami. I tak fizjoterapeutka, kucharka oraz kierowniczka, które udzieliły wywiadów w projekcie, jeździły do pracy z przygotowanymi

⁷ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. 2020, poz. 374), art. 4f.

torbami z bielizną i ubraniami na zmianę (BNI_05_OZ_Bożena, BNI_12_OZ_Ula, BNI_25_OZ_Gabriela).

Decyzje o pozostaniu w DPS na 10 lub 14 dni miały konsekwencje, których nie dało się przewidzieć, a które były dla pracowników i pracownic dotkliwe. Zmęczenie fizyczne i psychiczne, brak kontaktu ze światem zewnętrznym, niepewność, jak długo potrwa izolacja, a przede wszystkim rozłąka z rodziną wspomniane były w wywiadach jako trudne, z wyraźnymi emocjami i wzruszeniem:

Oskar: No nie było to lekkie. Bo też przez miesiąc widzieć się z rodziną tylko przez telefon, jeszcze z dziećmi i... A im dłużej się spędzało [w DPS – przyp. A.P.] czasu, tym bardziej się nie chciało... Nawet nie chciało się dzwonić dlatego, że jak dziewczyny pytały mnie: tata, kiedy wrócisz? No a co mogłem powiedzieć? Nie wiem. Po prostu. A jak już był koniec, kilka dni wolnego po tym, jak wróciłem do domu, no i zaraz z powrotem, bo też dalej nie miał kto pracować, no bo dalej były osoby na kwarantannie, jeżeli chodzi o personel, więc braki były duże w tym czasie. (FGI_07_PS_NWAW_DPS)

Po intensywnych dwutygodniowych zmianach regeneracja okazywała się znacznie trudniejsza i z dwóch tygodni wolnego, które następowało po długiej zmianie, tydzień zajmowało „dochodzenie do siebie” (FGI_06_PS_WAW_DPS).

12.3.4. Emocje i relacje społeczne w pracy

Praca w DPS w czasie pandemii wiązała się z bardzo wysokim stresem. Obserwacje te są zresztą uniwersalne dla tego typu placówek w różnych krajach. Intensywny kontakt z podopiecznymi w pandemii często wiązał się z dramatycznymi, w porównaniu z innymi branżami, doświadczeniami pracowników i pracownic: kontaktem ze śmiercią, poczuciem zagrożenia zdrowotnego, trudnymi wyborami pomiędzy lojalnością wobec podopiecznych a potrzebą ochrony zdrowia własnego i rodziny (Doiczman-Łoboda i in., 2021; Vermeerbergen i in., 2021). W konsekwencji, podobnie jak to było w branży ochrony zdrowia, wiele osób pracujących w domach opieki doświadczyło wypalenia zawodowego, stanów lękowych, depresji, bezsenności czy stresu pourazowego (Barello i in., 2020; Di Tella i in., 2020; Duarte i in., 2020; Greene i in., 2021; Kang i in., 2020; Zerach i Levi-Belz, 2021). W Polsce tego typu objawy zgłaszała większość respondentów badania dotyczącego samopoczucia psychicznego osób pracujących w DPS podczas pandemii: od 54% zgłaszających kłopoty ze snem, 60% odczuwających większą drażliwość, 70% – lęk lub silny niepokój, do 82%

odczuwających przewlekłe zmęczenie i 84% osób zgłaszających większe niż zwykle obciążenie stresem (Doiczman-Łoboda i in., 2021).

Na doświadczane przez nich obciążenie psychiczne wpływało wiele czynników: poczucie odpowiedzialności za zdrowie mieszkańców i mieszkanek oraz własnej rodziny, lęk o własne zdrowie, większy niż zwykle kontakt ze śmiercią i chorobą lub antycypowanie takiej sytuacji, intensyfikacja pracy, w tym także relacyjnej i emocjonalnej: w zespole, w relacjach z podopiecznymi, ich rodzinami oraz rodzinami własnymi.

Ważnym czynnikiem utrudniającym pracę i wpływającym na samopoczucie pracownic i pracowników DPS były problemy strukturalne: chaos informacyjny, brak dostępu do środków ochrony osobistej w pierwszych tygodniach pandemii oraz brak wsparcia psychologicznego. W naszych wywiadach typową odpowiedzią na pytanie o takie wsparcie była samopomoc i wsparcie wzajemne, co wiązało się ze wspomnianą już intensyfikacją pracy emocjonalnej (Hochschild, 2009). Równocześnie, mimo poważnych konsekwencji wymienionych trudności dla zdrowia psychicznego i dobrostanu, pracownicy i pracownice DPS zazwyczaj nie oczekują, by pracodawcy zapewniali im systematyczne wsparcie psychologiczne lub przygotowanie do radzenia sobie z problemami (Doiczman-Łoboda i in., 2021). Może to być wynik niedostatecznej wiedzy i braku doświadczeń z tego rodzaju pomocą. Inaczej bowiem widzi to opiekunka Marta, która odbyła własną psychoterapię. Przed tym doświadczeniem uważała, że ze szkoleń „nic nie wychodziło”, jednak obecnie jest szkoleniami zainteresowana, każde z nich, jak mówi, „łyka” (BNI_04_OZ_Marta). Jako związkowczyni Marta zwróciła się do pracodawcy z prośbą o wsparcie psychologa dla personelu jej placówki oraz o szkolenia. W innych przypadkach brak oczekiwań dotyczących rozwiązań instytucjonalnych może być także wynikiem przekonania lub przyzwyczajenia do samopomocy, rozwiązywania problemów w sposób oddolny, owego patchworkowego brania spraw w swoje ręce.

Specyficznym elementem pracy w branży jest jej głęboka relacyjność. Codzienne towarzyszenie, asystowanie osobom chorym lub z niepełnosprawnościami bądź opieka nad nimi odciska, jak mówi jeden z uczestników badania, piętno psychiczne i jest źródłem silnej więzi z podopiecznymi oraz poczucia odpowiedzialności za nich:

Antoni: No przecież nie zostawi się ludzi, z którymi się na co dzień przebywa. Można powiedzieć pół życia, bo to jest dwunastogodzinny tryb pracy. To nie jest mało. [...] Jest [przez to – przyp. A.P.] wyciskane jakieś piętno, piętno psychiczne. [...] [Opiekunowie – przyp. A.P.] opiekują się tymi chorymi, ludźmi w DPS-ach, którzy powinni w zasadzie doczekać swoich ostatnich

dni w spokoju, w jakimś takim zrozumieniu, empatii innych ludzi. W pomocy, bo to są ludzie też starsi [...]. Oni powinni mieć szczególną opiekę. (BNI_19_OZ_Antoni)

Zwłaszcza praca opiekunów i opiekunek w DPS to praca z emocjami, polegająca na długotrwałym przebywaniu z drugim człowiekiem – często przez wiele lat (w odróżnieniu od np. pracy pielęgniarek w szpitalach, które pracują z danym pacjentem przez kilka dni lub tygodni), na poznawaniu jego historii, potrzeb i trudności. Praca z osobami, które mają zaburzenia psychiczne lub ograniczenia poznawcze, może wymagać szczególnej cierpliwości i opanowania (BNI_25_OZ_Gabriela) (Niedbalski, 2014).

Z głębokiej relacyjności wynika specyficzne rozumienie dobrej roboty, oparte na poczuciu odpowiedzialności i troski oraz przekonaniu, które kilkakrotnie wybrzmiewało w wywiadach grupowych i indywidualnych: „najlepiej wiemy, czego oni potrzebują”. Dobra robota rozumiana jest więc jako praca na rzecz podopiecznych, zgodnie z ich potrzebami, z empatią, priorytetyzująca relacje (Sennett, 2010).

Etos poświęcenia ma swoją problematyczną stronę – może prowadzić do eksploatacji. Autorki międzynarodowych analiz wskazują, że poświęcenie dla innych stanowi element normy „idealnej opiekunki” w różnych kontekstach i bywa narzucane przez kierownictwa *nursing homes*, np. w Wielkiej Brytanii. Jest też elementem rywalizacji między opiekunkami: o to, która naprawdę troszczy się o mieszkańców, a która spełnia jedynie minimum oczekiwań (Pulignano i Domecka, 2025). Co ciekawe, z polskich wywiadów wynika, że etos ten – przymus poświęcenia i troski – nie jest narzucany pracownikom DPS, ani przez kierownictwo, ani przez kulturę pracy, lecz jest głęboko zinternalizowany. Skutek jest podobny: obciążenie pracą emocjonalną, zaburzenie równowagi między życiem zawodowym a osobistym oraz wykonywanie pracy nieodpłatnej przez zostawanie po godzinach czy przejmowanie dodatkowych obowiązków. W polskich DPS zjawiska te nasiliły się podczas pandemii.

Bliska praca z człowiekiem oznacza także kontakt z „czynnikiem biologicznym” (BNI_14_OZ_Łukasz), z ludzkim ciałem. Oznacza to niemożność izolacji i społecznego dystansu, także w czasie pandemii, konieczność bliskiego fizycznego kontaktu. W pandemii wiązało się to z realnym większym ryzykiem zakażenia, ale też z pewnym przyzwyczajeniem i uodpornieniem psychicznym na taki kontakt, nawet kiedy staje się on potencjalnie zagrażający (jak w czasie pandemii właśnie).

Ponadto charakterystyką DPS jest działanie w nich złożonych zespołów, do których należą: opiekunki i opiekunowie, pracownice socjalne, fizjoterapeuci,

pielęgniarki, pokojowe, personel pomocniczy (np. kucharki, administracja). Są to zawody o różnych kompetencjach, współpracujące ze sobą w opiece nad mieszkańcem czy mieszkanką. Równocześnie występują między nimi strukturalne nierówności w intensywności kontaktu z mieszkańcami i mieszkankami, w pandemii przekładające się na znaczne obciążenie pracą: podczas gdy dla opiekunek i pielęgniarek wprowadzano dwunastogodzinne zmiany, czas pracy fizjoterapeutów czy pracowników socjalnych na ogół nie zmieniał się wcale, a pracownice socjalne dodatkowo kierowano niekiedy na pracę zdalną (co łączyło się z przydzieleniem im nowych, niezwiązanych z pracą na ich stanowiskach, zadań, FGI_07_PS_NWAW_DPS).

W zależności od dotychczasowych relacji w zespole oraz pomiędzy załogą a kierownictwem praca w czasie kryzysu pandemicznego pogłębiała konflikty lub współpracę. Był to okres wzajemnego sprawdzania, „na kim można polegać” (FGI_06_PS_WAW_DPS), wzajemnego wspierania się i zacieśniania więzi we wspólnym trudnym doświadczeniu. Szczególną rolę miały w tym czasie aktywne związki zawodowe. Solidarne i skuteczne działania mogły stać się katalizatorem nowych więzi w zespole.

Jeszcze w wywiadach prowadzonych w 2023 r. rozmówcy i rozmówczynie mówili o długotrwałym wpływie doświadczenia kryzysu na relacje w zakładach pracy. Zacieśnione w tym czasie więzi na ogół przetrwały, niekiedy jednak skutkowało to podziałem zespołów na tych, którzy pozostali w placówce w kryzysowej sytuacji, co ich zbliżyło, i tych, którzy nie zamknęli się w DPS lub korzystali ze zwolnień chorobowych i „nie można na nich liczyć”. Podział ten mógł dotyczyć załogi i kierownictwa, jeśli konflikt toczył się na tej linii, zazwyczaj jeszcze przed pandemią. Animozyje wynikały także ze wspomnianych już nierówności dotyczących czasu pracy (zazwyczaj najdłuższego dla opiekunek) i poziomu zagrożenia zdrowotnego (którego także doświadczały przede wszystkim opiekunki). Jeśli nierówności te i wynikające z nich poświęcenie nie zostały dostrzeżone, nie spotkały się z uznaniem i nie miały odzwierciedlenia w premiach i rekompensatach, mogły skutkować frustracją i poczuciem niesprawiedliwości.

12.3.5. Autonomia i nadzór

Wyżej opisano specyficzny dla opieki społecznej sposób rozumienia dobrej roboty. Autonomia w pracy rozumiana jest więc przez opiekunki i opiekunów jako możliwość wykonywania pracy właśnie w taki sposób, z uwzględnieniem ich wiedzy o poszczególnych osobach, z którymi na co dzień pracują. Wynika z poczucia odpowiedzialności za dobrostan mieszkańców i mieszanek.

Odgórna ingerencja w sposób wykonywania zadań przez opiekunkę staje w konflikcie z jej etosem, którego ważnym elementem jest poczucie odpowiedzialności za podopiecznych i głęboka wiedza o nich. Pandemia na ogół stwarzała warunki do przynajmniej chwilowego poszerzenia autonomii ze względu na trudności organizacyjne, chaos informacyjny i nieobecność rodzin mieszkańców i mieszanek DPS w placówkach. To właśnie bliscy, jeśli angażują się w opiekę, częściej niż kierownictwo próbują ingerować w pracę personelu. W pandemii, w sytuacji zamknięcia placówek dla odwiedzających, stało się to niemożliwe. Co więcej, w niektórych miejscach rozwiązania ograniczające ingerencję rodzin pozostały także po pandemii: „już się przyzwyczaili, że nie mogą, bo oni by chcieli tam pójść, zobaczyć, w szafie pogrzebać. Do pokoju, tutaj” (BNI_30_OZ_Zyta).

Trwała zmiana zaszła także w placówce, w której stosowana jest aplikacja medyczna X-Care (nazwa zmieniona), służąca do zarządzania zadaniami placówek opieki długoterminowej. Aplikacja ma organizować pracę i standaryzować wykonanie zadań, m.in. poprzez wskazywanie kolejności i czasu, w których dane zadanie należy wykonać. W pandemii, kiedy mieszkańcy i mieszkanki musieli być od siebie izolowani, personel nosił środki ochrony, a w placówkach zazwyczaj pracowało jednocześnie mniej osób niż w zwykłych warunkach, postępowanie zgodnie z wyznaczonym przez aplikację scenariuszem stało się niemożliwe. Pojawiła się sposobność manipulowania zleceniami z aplikacji. Stało się tak dzięki oddolnej innowacji, kiedy pracownicy i pracownice zaczęli sami zarządzać zadaniami, oraz dzięki większemu zrozumieniu kierownictwa, że pewna elastyczność w tych warunkach jest konieczna. Poniższy obszerny cytat wyjaśnia ten proces, w którym efektywność i jakość pracy tak, jak rozumie je personel, zaczynają zastępować efektywność wyznaczaną przez aplikację:

Lech: Od samego początku mieliśmy możliwość wydłużania czasu usług. Ale na przykład nie zamienialiśmy ich kolejności. Natomiast teraz wiemy, że w pewnym momencie warto jest na przykład przełożyć pewne usługi w tą porę przedobiednią, niektóre przerzucić po obiedzie. I to nam daje większą możliwość oddechu. [...] Jak przed pandemią zgłaszałem na przykład, że jakiejś usługi nie jestem w stanie w danym terminie wykonać, to budziło zdziwienie, tak po pandemii i w trakcie pandemii już tego nie było. [...] Oczywiście trzeba to zrobić, ale tylko od nas, od naszej inwencji zależy, w jakiej kolejności będzie to zrobione. [...] I to zostało po pandemii. (FGI_06_PS_WAW_DPS)

12.3.6. Społeczny odbiór zawodu

W literaturze przedmiotu zauważa się, że pomoc społeczna i *nursing homes* w wielu krajach pozostają „w cieniu ochrony zdrowia” (Rossiter i Godderis, 2020). W Polsce w czasie pandemii DPS na krótki czas przyciągnęły uwagę mediów jako ogniska zakażeń. W rozdziale 5 zaznaczamy, że to zainteresowanie było jednak bardzo ograniczone. Według jednej z ekspertek mogło przełożyć się na większą widoczność postulatów i potrzeb grup zawodowych pracujących w DPS, jednak zainteresowanie to było zbyt krótkotrwałe (EX_7_PS_ZZ, EX_13_OZPS_ZZ). Według rozmówczyń i rozmówców z wywiadów biograficznych i grupowych ich praca nie jest dostrzegana, uznana za ważną czy kluczową (BNI_04_OZ_Marta, BNI_05_OZ_Bożena). Podczas pandemii wśród dalszej rodziny i sąsiadów zaobserwowali raczej dystans, a nawet wrogość (FGI_06_PS_WAW_DPS, FGI_07_PS_NWAW_DPS).

W tym kontekście opisany w niniejszym rozdziale charakterystyczny etos pracy osób pracujących w DPS podtrzymywany jest wbrew społecznemu uznaniu (czy też: brakowi uznania). Są one niejako „skazane na niezbędnosc” (Loustaunau i in., 2021; zob. też rozdział 1): „No przecież nie zostawi się ludzi, z którymi się na co dzień przebywa” (BNI_19_OZ_Antoni) (zob. też Pulignano i Domecka, 2025). Jednak według narracji rozmówczyń za „dobrą robotę” nie otrzymują one społecznej widoczności i szacunku. Przeciwnie, krótka medialna obecność tematu DPS na początku pandemii przyczyniła się według nich raczej do negatywnego obrazu placówek (BNI_25_OZ_Gabriela, BNI_27_OZ_Jola), o których w mediach mówi się właśnie wtedy, kiedy gdzieś dochodzi do nadużyć lub nieprawidłowości (Grabusińska, 2013).

12.4. Sposoby radzenia sobie z sytuacją kryzysową przez pracowników w branży

W zbadanych przez nas DPS wyraźnie dominowały wspólnotowe strategie radzenia sobie z opisanymi wyżej problemami w pandemii. Ich stawką była autonomia pracownicza i możliwość wprowadzania innowacji pozwalających na kontynuowanie pracy i zapewnienie opieki mieszkańcom DPS (Braverman, 1974). Wspólnotowe innowacje uruchamiały dwie typowe sekwencje. Wynikały one z reakcji kierownictwa na te oddolne działania oraz z relacji między załogą a kierownictwem i sposobu zarządzania placówką jeszcze przed pandemią. Sekwencja kontestacyjna pojawiała się, kiedy próby kontroli ze strony kierownictwa, zawężanie autonomii i ograniczanie oddolnych innowacji spotykały

się z jawnym lub ukrytym oporem: reakcją związków zawodowych lub „robieniem rzeczy po swojemu”. Sekwencja normalizacji zaistniała natomiast tam, gdzie kierownictwo pozwalało na autonomię, np. poprzez konsultacje z załogą i wspólne opracowanie procedur, po czym następowało ustabilizowanie nowych sposobów działania na czas kryzysu lub nawet po pandemii.

Zgodnie z terminologią Alberta Hirschmana badane pracownice i pracownicy przede wszystkim wybierali strategię lojalności (*loyalty*) oraz krytyki czy też głosu (*voice*) (Hirschman, 1995). Lojalność i krytyka (które w modelu Hirschmana mogą być ze sobą związane: osoba zmotywowana do pozostania w organizacji chce „zainwestować” w jej usprawnienie i poprawę warunków) motywowane były etosem zawodowym: wysokim wartościowaniem pracy, relacji w zakładzie pracy, poczuciem odpowiedzialności oraz głęboką wiedzą o procesie pracy (zob. Walczak-Duraj, 2020). Była to lojalność nie tyle wobec organizacji i pracodawcy, co wobec szerokiej wspólnoty zakładu pracy. „Krytyka” natomiast przebiegała według dwóch różnych scenariuszy: konfliktowego, jeśli kierownictwo próbowało nadmiernie kontrolować pracę załogi, lub współpracy z kierownictwem poprzez wspólne wytwarzanie innowacji organizacyjnych i relacyjnych (w tym drugim przypadku literalne tłumaczenie hirschmanowskiego *voice* jest więc bardziej adekwatne).

Rezygnacja z pracy, hirschmanowskie rozstanie (*exit*), była rzadko wybranym rozwiązaniem w reakcji na niepożądaną, niekorzystną zmianę warunków pracy. Podobnie w zebranych danych strategię indywidualne były raczej nieobecne. To, czego nie widać w indywidualnych i grupowych wywiadach, da się jednak zaobserwować w statystykach. Rozstanie działa w obszarze pracy w DPS jako strategia długofalowa, istniejąca jeszcze przed pandemią – stąd niedobór pracowników i pracownic (Eurofound, 2024). W czasie pandemii było wybierane jeszcze częściej – jak wspomnieliśmy, z systemu „wyszło” w tym czasie ok. 1500 osób pracujących. Inną formą „rozstania” były zwolnienia chorobowe, w ocenie niektórych badanych nadużywane przez część koleżanek i kolegów. Można przypuszczać, że ze względu na stygmatyzację tej strategii i przebieg selekcji (do badania zostały zaproszone osoby pracujące w DPS, a nie takie, które z pracy zrezygnowały) w wywiadach uzyskaliśmy jedynie relacje o tym, że zastosował ją ktoś inny. Podobnie jak to było w przypadku wywiadów w ochronie zdrowia (zob. rozdział 11), żadna rozmówczyni ani żaden rozmówca nie powiedzieli, że sami uznali taką formę kontestacji i oporu za adekwatną.

12.4.1. Sekwencja kontestacyjna (opór w DPS podczas pandemii)

Autonomia okazała się kluczowym aspektem jakości pracy podczas pandemii, a poszerzanie jej było podstawową wspólnotową strategią radzenia sobie pracowników i pracownic DPS. Poniższy cytat opisuje bardzo typową sytuację oddolnego ustalania nowych sposobów działania, które w tym przypadku spotkały się z próbą kontroli ze strony kierownictwa. To z kolei wywołało opór pracowników i pracownic.

Rafał: Na początku tej całej sytuacji [przez pierwszy miesiąc – przyp. A.P.] zaskoczyło mnie stanowisko dyrekcji, takie absolutnie sztywne trzymanie się reguł i zasad narzuconych odgórnie, które były pozbawione jakiegokolwiek zdrowego rozsądku. [...] Dopiero w miarę upływu czasu, kiedy cały personel zaczął wypracowywać swoje standardy, które po prostu przechodziły do porządku dziennego, dopiero zaczęło się to normować. [...] [Przykładowo – przyp. A.P.] pamiętam taką sytuację, że [kierownik mówi – przyp. A.P.]: słuchaj, jesteś fizjoterapeutą, nie zajmuj się innymi rzeczami, żeby ograniczyć przemieszczanie się. A z czasem, kiedy i brakowało rąk do pracy, i pojawiło się zmęczenie, i frustracja, ludzie sami zaczęli wychodzić z inicjatywą: ale słuchajcie, skoro już tu jestem, to mogę pomóc, mogę się przydać do zupełnie innych rzeczy. Więc nie ograniczajmy się nawzajem. Albo nam zależy na zrobieniu pracy, albo na trzymaniu się procedur. (FGI_06_PS_WAW_DPS)

Sekwencja kontestacyjna zaistniała w zakładach pracy, w których od dawna obecny był konflikt, a podczas kryzysu pracownicze dążenia do autonomii napotkały na bariery tworzone przez kierownictwo lub, co w przypadku badanych DPS było częstsze, kiedy kierownictwo było nieobecne, nie radziło sobie z zarządzaniem kryzysem, nie proponowało właściwych, a nawet żadnych rozwiązań, wobec czego załoga organizowała sobie pracę samodzielnie. Jeśli w zakładzie pracy działał związek zawodowy, to on wymuszał na kierownictwie działania, które sankcjonowały autonomiczne, innowacyjne praktyki załogi. W jednym z nich związek zawodowy uformował się krótko przed pandemią (BNI_04_OZ_Marta, BNI_05_OZ_Bożena), a w kolejnych dwóch został utworzony w czasie pandemii, jednak plany i przygotowania do tego trwały już od jakiegoś czasu jako odpowiedź na konflikt i chroniczne problemy w placówce, a kryzys pandemiczny nie był bezpośrednią motywacją.

W tych wypadkach problemy organizacyjne i relacyjne, które pojawiły się na skutek pandemii, zaogniły konflikty, a autonomia pracowników i pracownic została niejako wymuszona przez nieobecność lub niekompetencje kierownictwa. Tak było w DPS, w którym pracuje opiekun Antoni. Według

jego relacji obie kierowniczkę jego oddziału na początku pandemii wyjechały na zagraniczne urlopy, po których musiały odbyć dwutygodniowe kwarantanny.

Antoni: Praktycznie pracownicy kierowali tym wszystkim. Myśmy się organizowali, myśmy wiedzieli, co robić. Oczywiście [współpracowaliśmy – przyp. A.P.] z pielęgniarkami, wiadoma sprawa. Myśmy potrafili się jakoś zorganizować. Mimo tego, że zaczęli ludzie chorować od nas. W końcu przyszło kierownictwo, zajęło się tą sprawą i [powstał – przyp. A.P.] totalny chaos. Nie wiem, czy te kobiety nie wiedziały [co robić – przyp. A.P.]. Nie panowały nad wszystkim. (BNI_19_OZ_Antoni)

W bardzo podobny sposób wydarzenia w swoim miejscu pracy opisuje związkowczyni i opiekunka Marta:

Marta: To my sobie zorganizowaliśmy to wszystko. Bo my mamy tą wiedzę, bo my pracujemy z tymi ludźmi. My z nimi jesteśmy na co dzień. I my znamy ich potrzeby. Ona [kierowniczka – przyp. A.P.]... Ona nie wie. (BNI_04_OZ_Marta)

Powtarzalność doświadczeń i narracji wśród osób pracujących w różnych DPS w różnych miejscach w Polsce sugeruje, że opisany wyżej etos i pojęcie dobrej roboty są charakterystyczne nie tylko dla zawodu opiekunki, ale też dla całych zespołów domów pomocy społecznej, obejmujących pokojowe, kucharki, pielęgniarki, pracownice socjalne i fizjoterapeutów⁸.

Antoni źle ocenia dalsze działania i decyzje kierowniczek, które m.in. wysyłały na postojowe osoby zdrowe, przekazały dużą część środków na podwyżki personelowi administracji zamiast opiekunom i opiekunkom, nie potrafiły zorganizować pracy załogi i nie zadbały o odpowiednie zabezpieczenia. Z opowieści opiekuna wyłania się sekwencja kontestacyjna: początkowe oddolne innowacje załogi wymuszone m.in. nieobecnością kierownictwa zderzają się, po powrocie kierowniczek do pracy, z kontrolą z ich strony, załoga jednak stawia opór, wciąż próbując organizować swoją pracę według własnych rozpoznań dotyczących tego, co jest konieczne i co należy zrobić. Ujawnia się tu jednak także strategia rozstania, kiedy część osób rezygnuje z pracy w reakcji na złe warunki.

Sekwencja kontestacyjna kończyła się utworzeniem i/lub wzmocnieniem związku zawodowego w placówce, zyskaniem wsparcia także pracowników

⁸ Jakub Niedbalski zauważa inny aspekt tego etosu i przekonania pracownic DPS o ich znajomości potrzeb mieszkańców: potrzeby te mogą być przez pracownice oceniane arbitralnie, konstruowane i kanalizowane, a niekiedy wykorzystywane do zapewnienia sobie kontroli nad podopiecznymi (Niedbalski, 2014, s. 156).

i pracownic nienależących do związku oraz solidarnością załogi. W pandemii opór dotyczył zakresu autonomii i sprzeciwu wobec kontroli kierownictwa, a po pandemii mógł (ponownie) przenieść się w obszar chronicznych problemów placówki lub branży.

W monitoringu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej odnotowano zaledwie trzy protesty w domach pomocy społecznej pomiędzy marcem 2020 a styczniem 2023 r. (*Monitoring konfliktów...*, 2023). Dwa z nich miały postulaty płacowe, trzeci był bezpośrednio związany z kryzysem: załoga zarzuciła dyrektorowi nieudolność w zarządzaniu placówką podczas pandemii. Jednakże NSZZ „Solidarność” donosi o ponad 80 akcjach protestacyjnych w DPS w samym 2022 r., w tym sporach zbiorowych, udziale w wojewódzkich radach dialogu społecznego lub medialnym nagłaśnianiu postulatów (Pytel, 2023). Z kolei opisywane w rozdziale sytuacje oddolnej organizacji i autonomii, w których osoby pracujące miały poczucie, że kierownictwo jest nieobecne lub nieudolne, nie kończyły się sporem zbiorowym, jednakże w co najmniej jednym przypadku związek zawodowy interweniował, m.in. wysyłając do władz samorządowych informację o sytuacji w DPS. Problemy organizacyjne wywołane kryzysem miały więc wysoki potencjał konfliktu.

Podczas pandemii pojawiło się kilka wyjątkowych czynników wpływających na działania związków zawodowych w DPS. Po pierwsze, bardzo trudne warunki pracy zmobilizowały działające w placówkach związki do interwencji. Tym samym zwiększały one swoją widoczność, co mogło sprzyjać rekrutacji nowych członkiń i członków. Zaostrzenie się problemów w niektórych placówkach stworzyło podatny grunt dla uzwiązkowienia, które animowane było m.in. przez Centrum Organizowania Związków Zawodowych we współpracy z OPZZ Konfederacją Pracy i międzynarodową federacją związków zawodowych sektora usług UNI Global Union⁹.

Po drugie, zamknięcie DPS miało dwojaki efekt dla organizowania się związków zawodowych. Z jednej strony eksperci związkowi zauważali, że ograniczenie bezpośredniego kontaktu i spotkań znacznie utrudniło inicjowanie nowych komisji zakładowych (EX_13_OZPS_ZZ, EX_4_PS_ZZ). Konieczność spotkań zdalnych spowołniła działania już istniejących struktur, których członkowie i członkinie musieli uczyć się nowych narzędzi komunikacji. Część z nich wyłączyła się z działania na jakiś czas, kontakt centrali z organizacjami zakładowymi był utrudniony (EX_6_OZPS_ZZ). Z drugiej strony według

⁹ Zob. np. *Essential care workers in Poland are winning decent pay*, 26.11.2020, <https://www.uni-europa.org/news/essential-care-workers-in-poland-are-winning-decent-pay/> [dostęp 31.07.2025].

jednego z działaczy organizacji zakładowe, które były nieaktywne i nie komunikowały się z sekcją krajową przed pandemią, takie pozostały, podczas gdy organizacje aktywne kontaktowały się z centralą telefonicznie i mailowo, tak jak wcześniej. Ponadto odpowiedni dobór działań rekrutacyjnych (np. przez wysłanie kartek pocztowych) pozwolił ominąć trudności związane z brakiem dostępu do placówek (EX_13_OZPS_ZZ), a zamknięcie załóg w placówkach na długie zmiany sprzyjało konsolidacji komisji zakładowych, rekrutacji wewnętrznej, dyskusjom o działaniach związku, poznaniu się i zacieśnieniu relacji (FGI_07_PS_NWAW_DPS, BNI_04_OZ_Marta, BNI_05_OZ_Bożena).

12.4.2. Sekwencja normalizacyjna (współpraca z kierownictwem)

Sekwencja normalizacyjna pojawiła się w placówkach, w których już przed pandemią istniała praktyka konsultacji z załogą w procesie decyzyjnym, procedury wypracowywane były przez kierownictwo z udziałem pracowników i pracownic, a ci drudzy mieli pewną swobodę w sposobie realizacji swoich zadań. Taki styl pracy został według relacji badanych, w tym kierownictwa, zachowany w tych placówkach także podczas kryzysu pandemicznego. W drugim wariancie osoby uczestniczące w badaniu mniej zwracały uwagę na autonomię i współuczestniczenie w decyzjach, a istotne były dla nich wsparcie emocjonalne, troska i dobra atmosfera pracy. W obu scenariuszach współpracę w czasie kryzysu warunkowało więc zarządzanie oparte na uznaniu: obiektywnym (zaufanie i autonomia) lub subiektywnym (szacunek i troska) (Honneth, 2012; Laaser i Karlsson, 2022).

Szacunek i troska ze strony kierownictwa przejawiają się w dostrzeganiu mocnych i słabych stron poszczególnych osób, które nie są traktowane jak „zasób ludzki” i otrzymują wsparcie, gdy tego potrzebują (Mańkowska, 2020). Jedna z rozmówczyń podsumowała okres bardzo intensywnej pracy w DPS słowami: „Rodzinnie. Ciężko, ale rodzinnie. Tak właśnie było” (FGI_07_PS_NWAW_DPS). Jej koleżanka z tej samej placówki dopowiada:

Sylwia: Pani dyrektor i pani kierownik to są osoby, na które można liczyć. I one w czasie pandemii naprawdę były nam bardzo bliskie. Naprawdę. To się rzadko zdarza, żeby panowała taka super atmosfera w pracy. (FGI_07_PS_NWAW_DPS)

W tym samym wywiadzie pielęgniarka innego domu wspomina, jak jej przełożeni zadbali o jej rodzinę, która ciężko zachorowała na COVID-19, kiedy ona sama była zamknięta w DPS. Dla rodziny zorganizowano w tym czasie zakupy z dostawą.

Ela: To były naprawdę drastyczne, gdzie karetka zabiera mi członków rodziny, a ja nie mogę wyjść. To był wielki dla mnie dramat. I muszę tutaj pochwalić swoich przełożonych, którzy pytają się mnie, czy ktoś zrobi [im] zakupy. W domu. Bo zostają członkowie, którzy nie mają nawet chleba. Pracownicy, którzy podjeżdżają pod dom, zostawiają chleb i zakupy. To było dla mnie bardzo ważne. (FGI_07_PS_NWAW_DPS)

Co charakterystyczne, sekwencje normalizacji, w których to autonomia była podstawą początkowych innowacji, wyraźnie widoczne są w wywiadach z osobami zarządzającymi placówkami (BNI_25_OZ_Gabriela, EX_22_PS_KIER, EX_27_PS_KIER). Sugeruje to efekt autoselekcji (na udział w badaniu zgodziły się osoby kierujące placówkami w sposób stosunkowo demokratyczny) lub rezultat perspektywy zarządczej, która może przeceniać faktyczny poziom autonomii. Wywiady indywidualne oraz grupowe z pracownikami i pracownicami pokazują bowiem raczej walkę o autonomię i uznanie oddolnych sposobów działania, które przebiegały z mniejszym lub większym oporem i próbami kontroli kierownictwa. W niektórych wywiadach wątek ten nie był problematyzowany wcale. Wydaje się więc, że autonomia staje się zauważalnym i pożądanym aspektem jakości pracy, jeśli jest wyraźnie ograniczana.

Uznanie dla pracowniczych innowacji uwidacznia się w długotrwałych efektach kryzysowego działania. Jednym z rezultatów sekwencji była normalizacja w sensie instytucjonalizacji nowych rozwiązań. Dotyczyło to zwłaszcza różnych rodzajów kontrolowania pracy opiekunów i opiekunek: w jednej z placówek uelastyczniono zarządzanie pracą poprzez aplikację X-Care (FGI_06_PS_WAW_DPS), w innych zmniejszono wpływ rodzin mieszkańców i mieszkank DPS na pracę zespołu (BNI_26_OZ_Sylwia, BNI_30_OZ_Zyta).

12.5. Studium przypadku: dom pomocy społecznej „Przy lesie”

Prywatny Dom Pomocy Społecznej „Przy lesie” (nazwa zmieniona) znajduje się we wsi w pobliżu małego miasta w województwie dolnośląskim. Przeznaczony jest dla osób przewlekle chorych psychicznie, przyjmuje mieszkańców i mieszkanki skierowane przez ośrodki pomocy społecznej oraz na pobyty komercyjne. Jest w nim 45 miejsc, a zespół obejmuje kilkanaście osób. Do opisu przypadku posłużyły trzy wywiady zebrane wśród osób pracujących w DPS „Przy lesie”: z kierowniczką (BNI_25_OZ_Gabriela), pielęgniarką (BNI_28_OZ_Tola) oraz pokojową (BNI_27_OZ_Jola). Jest to analiza sekwencji normalizacyjnej opartej na lojalności i współpracy jako sposobu radzenia sobie z kryzysem przez załogę DPS.

Charakterystyką prywatnego DPS jest elastyczność w wydatkowaniu środków, nieograniczona przez przepisy dotyczące placówek publicznych. Według jego kierowniczkę pozwoliło to na szybkie wyposażenie DPS „Przy lesie” w niezbędny sprzęt, który jest używany do tej pory (ozonator, lampa UV do dezynfekcji, koncentrator tlenu), których ceny w czasie pandemii wzrosły kilkakrotnie. Podobnie było ze środkami ochrony osobistej. W tym zakresie pomoc państwa i samorządu była niewielka, zespół DPS mówi raczej o poczuciu osamotnienia i pozostawienia przez władze. W sposób charakterystyczny w kontekście kapitalizmu patchworkowego zespół placówki wraz z kierownictwem podjął samodzielne działania, bez wiary we wsparcie władz państwowych i samorządowych. Wytyczne zaczęły się pojawiać już po tym, jak wypracowano schematy postępowania w zespole i zreorganizowano przestrzeń domu, a pomoc materialna była znikoma.

Rozczarowanie dotyczyło także Kościoła, od którego Gabriela oczekiwała wsparcia jako jednej z najważniejszych lokalnych instytucji. Wsparcia placówce udzieliła natomiast policja i dzielnicowy, który regularnie sprawdzał, czy w DPS potrzebna jest pomoc, a także zaprzyjaźnieni właściciele sklepiku, którzy po uzgodnieniu z kierowniczką ośrodka zaczęli do niego przyjeżdżać raz w tygodniu, by prowadzić sprzedaż dla mieszkańców i mieszkank. Praktyka ta została utrzymana, ponieważ, jak się okazało, ma ona istotny walor terapeutyczny oraz pozwala realizować prawo mieszkańców i mieszkank do samostanowienia zamiast polegania wyłącznie na usługach DPS (np. posiłkach):

Gabriela: Miło było na to patrzeć, kiedy pani [...] o balkoniku, która i tak do sklepu nie chodziła, bo przecież nie doszłaby, ale jak sklepik podjechał, to sobie na to podwórko poszła i kupiła tę mandarynkę, tamto jabłko i tamte ciastka, bo je chce. I stanęła w kolejce i zapłaciła swoimi pieniędzmi. (BNI_25_OZ_Gabriela)

W czasie pandemii placówka nie stała się ogniskiem zakażeń, na COVID-19 z wyraźnymi objawami zachorowało tylko kilka osób (w tym dwie ciężko), choć, jak mówi jego kierowniczka, niemal wszyscy przeszli tę chorobę bezobjawowo, co wykazały testy na przeciwciała (BNI_25_OZ_Gabriela). Placówka ta nie została zamknięta, tj. w żadnym momencie nie było konieczności, by zespół pozostał w DPS z mieszkańcami i mieszkankami na czas kwarantanny. Mimo to już w pierwszych tygodniach kierowniczka wraz z pielęgniarką oddziałową przygotowały procedury i plan działania na wypadek konieczności zamknięcia. Plany te były konsultowane z zespołem, a rozmowy dotyczyły m.in. tego, która z pracownic jest gotowa i może pozostać w ośrodku. Zdecydowano, że nie

będzie to dotyczyło kobiet mających małe dzieci. Pozostałe osoby, gotowe pozostać w placówce, przeprowadziły następnie rozmowy ze swoimi rodzinami, aby przygotować je na tę ewentualność. Tu w doświadczeniu rozmówczyń pojawiała się nierównowaga między życiem zawodowym a rodzinnym – ich decyzje nie były dobrze przyjęte przez mężów czy dzieci. Co więcej, kierowniczką rozmawiała z zespołem o tym, by koleżanki, które nie zdecydują się na zamknięcie w DPS, nie były oceniane negatywnie – co, jak wiadomo z wywiadów przeprowadzonych w innych placówkach, bywało zarzewiem długotrwałego konfliktu i niechęci w zespołach, także po pandemii.

W okresach lockdownów w DPS zmarło kilka osób, jednak bezpośrednią przyczyną śmierci żadnej z nich nie był COVID-19. Informacja ta musiała być przekazana mieszkańcom i mieszkankom w sposób, który nie wzbudziłby lęku i paniki. Powściągliwość, spokój, umiejętność panowania nad emocjami jest niezbędna w pracy z osobami z dysfunkcjami poznawczymi, co podkreśla wielu rozmówców i rozmówczyń pracujących w DPS. W czasie pandemii, ogólnego poczucia zagrożenia, nerwowości i drażliwości zachowanie spokoju dla dobra mieszkańców i mieszanek wymagało jeszcze większej niż zwykle pracy emocjonalnej.

Gabriela: O ile za drzwiami dyżurki działy się różne rzeczy, i tarcia, i płacze, o tyle jak wychodziłyśmy [z pomieszczeń dla personelu – przyp. A.P.], to mieszkańcom starałyśmy się zapewniać poczucie bezpieczeństwa i stałości, [to wymagało – przyp. A.P.] takiego trochę udawania, że dzieje się, owszem, ale naprawdę nic [poważnego – przyp. A.P.] się nie dzieje. (BNI_25_OZ_Gabriela)

Zwróciliśmy już uwagę na to, że specyfika mieszkańców i mieszanek DPS warunkuje powodzenie rozwiązań związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym. W „Przy lesie” izolacja chorych osób okazała się w niektórych przypadkach niemożliwa. Ich ograniczenia poznawcze powodowały, że zamknięcie ich w pokoju i kontakt z osobą w maseczce i przyłbicy wywoływały ogromny lęk, co groziło postępowaniem choroby oraz niemożnością utrzymania porządku w placówce. Zatem nie tylko szczególnie ostrożna komunikacja, powściągliwość i życzliwość, ale też decyzje dotyczące rezygnacji z wymaganych lub rekomendowanych środków bezpieczeństwa okazały się w niektórych przypadkach konieczne.

Gabriela: To się w ogóle w domu pomocy nie sprawdza. Jak zamykać ludzi przerażonych? On [mieszkaniec – przyp. A.P.] nie wiedział, czy już umiera na COVID, czy jeszcze nie, czy może wszyscy umarli. [...] To był jeden taki właśnie raz, gdzie [po podjęciu próby izolacji – przyp. A.P.] stwierdziłyśmy: absolutnie nie, nikogo nie zamykamy. Owszem, rozmawiamy, prosimy, żeby

nie opuszczali [pokoi – przyp. A.P.]. Izolujemy na miarę naszych możliwości. (BNI_25_OZ_Gabriela)

Jak w wielu innych miejscach, poszczególne osoby wykonywały czynności nienależące do ich zwykłych obowiązków (zob. Mrozowicki, 2023).

Jola: Ta garstka, co nas została, byliśmy jednym wielkim zespołem. To nie było tak, że „ty masz to robić, [a] ty masz to robić”. Odkazanie było na okrągło. [...] Każda [pracownica – przyp. A.P.] miała swój odkazacz, odkazała barierki. (BNI_27_OZ_Jola)

Sprzyjało to integracji zespołu i poczuciu, że wszyscy realizują wspólną misję na rzecz mieszkańców i mieszkanek, których dobro było w tej sytuacji najważniejsze. Ważnym momentem tej integracji były deklaracje o gotowości do pozostania w placówce w przypadku jej zamknięcia, złożone m.in. przez samą kierowniczkę, podobnie jak wzięcie przez nią na siebie niektórych nowych obowiązków, jak organizacja komunikacji mieszkańców i mieszkanek z bliskimi przez założenie im kont w mediach społecznościowych i komunikatorach lub pomoc w ich obsłudze. Ważne było także uczestnictwo całego zespołu w omawianiu strategii działania oraz częste informowanie o nowych zasadach, rozporządzeniach – to działania ze strony kierownictwa, które sprzyjają poczuciu bezpieczeństwa i psychologicznemu dobrostanowi personelu (Jordan i in., 2021; Wilbiks i in., 2021; Wu i in., 2020).

Problematycznym przykładem lojalności i solidarności w zespole jest historia pokojowej, która trzy dni po poważnym zachorowaniu wróciła do pracy, aby nie pozostawiać obowiązków na barkach koleżanki:

Jola: Jest lek, co jest szybko działający, trzy tabletki. Ja wzięłam ten lek i [...] na trzeci dzień przyszłam do pracy. 41 stopni gorączki miałam, a na trzeci dzień przyszłam do pracy. Bo wiedziałam, że [koleżanka – przyp. A.P.] nie może być sama. (BNI_27_OZ_Jola)

To przykład, w którym lojalność i poczucie odpowiedzialności mogą prowadzić do ryzyka zaostrzenia objawów niedoleczonej choroby (a w konsekwencji dłuższej nieobecności), dalszego zakażenia personelu w zakładzie pracy oraz długofalowych konsekwencji dla rozmówczyni: zmęczenia i pogorszenia zdrowia. Jej decyzja wynikała jednak z warunków strukturalnych w zakładzie pracy w czasie pandemii: liczebność zespołu została znacznie ograniczona, pozostały w nim tylko dwie pokojowe. Wiązało się to z bardzo dużą intensywnością pracy:

od marca do lipca 2020 r. pokojowa pracowała 28–30 dni bez przerwy, po czym miała jeden dzień wolnego. Nie jest jasne, czy większa liczba godzin pracy została jej zrekompensowana finansowo w wynagrodzeniu za nadgodziny, przywołuje ona jedynie dodatki pochodzące z grantów Unii Europejskiej wypłacanych przez Urząd Marszałkowski, 2400 zł za trzy miesiące.

Ponadto z dziesięciu pielęgniarek w czasie pandemii pracowały cztery, ponieważ te, które zatrudnione były na umowach zlecenia, pracowały równocześnie w innych placówkach, zatem kierowniczka postanowiła je odsunąć. Podobnie było w przypadku fizjoterapeuty. Zdecydowano jednak o pozostaniu w pracy psycholożki, co mogło wynikać z istniejącej już wcześniej w DPS praktyki regularnego wsparcia psychologicznego zarówno dla mieszkańców i mieszkank, jak i personelu. Nowa organizacja pracy wymagała więc decyzji kierownictwa dotyczącej tego, kto był niezbędny w placówce, a kto nie. Określenie pracy psycholożki jako niezbędnej wydaje się wyjątkowe na tle innych badanych domów.

Podsumowując, zespół DPS „Przy lesie” miał stosunkowo wysoką autonomię i kontrolę nad organizacją pracy w placówce. Wynikała ona z konsultacji z zespołem strategii działania oraz wspólnych decyzji dotyczących poszczególnych rozwiązań (np. rezygnacji z bezwzględnej izolacji chorych). Co istotne, wydaje się, że taka kultura organizacji jest przyczyną, dla której w placówce nie działa związek zawodowy – załoga nie widzi takiej potrzeby. Zadbano o dobrą komunikację wertykalną i horyzontalną, dotyczącą m.in. ewentualnego pozostania w placówce w przypadku kwarantanny czy też kolejnych wytycznych. Podczas gdy część zespołu straciła zatrudnienie w DPS na okres pandemii, pozostałe osoby miały więcej obowiązków, pracowały na dłuższych zmianach, nierzadko przez wiele dni bez odpoczynku, a przy tym były bardziej obciążone emocjonalnie i doświadczały zaburzenia równowagi między pracą a życiem prywatnym (konflikty wynikające z decyzji o ewentualnym pozostaniu w placówce poddanej kwarantannie). Osoby te otrzymały rekompensaty z grantów finansowanych przez Unię Europejską. Wsparcie państwa i samorządu ocenione zostało w wywiadach jako niewielkie, a sprawne działanie placówki w całości opierało się na lojalnym i solidarnym zespole, ze wsparciem lokalnej społeczności.

12.6. Rekomendacje

Podsumowując analizę problemów branży oraz potrzeb ujawnionych w trakcie pandemii, proponujemy listę rekomendacji dla istotnych aktorów i instytucji w polu: państwa i samorządu, pracodawców oraz związków zawodowych.

12.6.1. Rekomendacje dla państwa i samorządów

Podczas kryzysu pandemicznego zespoły domów pomocy społecznej wypracowały procedury, sposoby działania i projekty dotyczące urządzenia przestrzeni placówek. Efekty tej pracy to zasób, do którego będą sięgać instytucje w przypadku podobnych zdarzeń. Procedury te powstały m.in. poprzez wymianę informacji pomiędzy placówkami (np. zapośredniczoną przez samorządy i związki zawodowe). Rekomendujemy zebranie wytworzonych oddolnie, w zakładach pracy, procedur oraz ich ewaluację w celu zidentyfikowania najlepszych praktyk i przygotowania branży na kolejny kryzys.

Pracownicy i pracownice oraz związki zawodowe w branży od lat borykają się z niskimi wynagrodzeniami i konkurowaniem przez podmioty lecznicze o osoby pracujące w zawodach medycznych. Problem ten uwidocznił się szczególnie w ostatnich latach, kiedy na odejście dużej liczby pielęgniarek z systemu opieki wpływ miał zarówno kryzys pandemii, jak i nowa siatka wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Strona społeczna wskazuje konieczność systemowego wyrównania wynagrodzeń dla pracowników medycznych w DPS w relacji do tych, którzy pracują w placówkach ochrony zdrowia. Takie działania są niezbędne, aby zapobiec dalszemu wychodzeniu m.in. pielęgniarek z systemu pomocy społecznej. Wspierając wysiłki strony społecznej, rekomendujemy znaczne przyspieszenie prac nad wypracowaniem, wyborem i wdrożeniem odpowiednich rozwiązań, które pozwolą na wyrównanie wynagrodzeń w tych branżach.

Podniesienie wynagrodzeń nie może jednak dotyczyć tylko wybranych grup zawodowych. Wraz ze wzrostem krajowej płacy minimalnej doszło do spłaszczenia wynagrodzeń w DPS. Problem niskich płac i braku motywacji do pracy w branży dotyczy wszystkich stanowisk, szczególnie opiekunek oraz pracowników i pracownic socjalnych. Ponadto badanie pokazało, że znaczne nierówności płacowe wewnątrz zakładów pracy i brak nagród za wysiłek związany z intensywnym kontaktem z mieszkańcami DPS może rodzić resentymenty i konflikty wewnątrz załóg. Dlatego równocześnie z wyrównaniem płac dla zawodów medycznych niezbędne jest systemowe i trwałe podniesienie wynagrodzeń w domach pomocy społecznej dla wszystkich grup zawodowych, tak aby nie powstały nierówności pomiędzy poszczególnymi grupami.

Zarówno w literaturze, jak i niektórych wywiadach w naszym badaniu zwraca się uwagę na potrzebę wsparcia psychologicznego oraz szkoleń dla personelu DPS. Regularna superwizja¹⁰, dostęp do wsparcia psychologa, a tak-

¹⁰ Superwizja to rodzaj terapeutycznej rozmowy, podczas której działania osoby superwizowanej dotyczące sfery zawodowej poddawane są (auto)refleksji pod opieką

że do szkoleń merytorycznych powinny należeć do standardu podnoszącego jakość miejsc pracy i świadczonych usług w DPS. Konieczne jest więc wprowadzenie mechanizmów systemowo podnoszących finansowanie domów opieki, tak by mogły one odpowiadać na zapotrzebowanie osób w nich pracujących w zakresie szkoleń.

12.6.2. Rekomendacje dla kierownictw placówek

Analiza reakcji na kryzys w DPS pokazuje, że placówki, w których przed pandemią relacje między załogą i kierownictwem były dobre, a pracownicy i pracownice włączeni byli w procesy decyzyjne, w kryzysie organizowali swoją pracę sprawnie i względnie bez konfliktów, co przekłada się na dobrostan osób pracujących i jakość opieki nad mieszkańcami i mieszkankami DPS. Rekomendujemy więc wdrażanie w zakładach stylu zarządzania opartego na otwartej komunikacji kierownictwa z załogą, umożliwieniu głosu pracowniczego i konsultacjach.

Podczas pandemii w poszczególnych placówkach pojawiły się rozwiązania, które okazały się korzystne także w czasie normalnego funkcjonowania DPS, takie jak większa swoboda pracowników w organizowaniu swojej pracy czy wspólne wypracowanie procedur oparte na wiedzy personelu o procesie pracy. Rekomendujemy rozpoznanie istniejących już rozwiązań i wprowadzanie ich na stałe, aby stanowiły one zasoby na czas kryzysu.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, część osób w branży zgłasza zapotrzebowanie na szkolenia i wsparcie psychologiczne dla personelu DPS. Wraz z nowymi praktykami zespoły nabyły nową wiedzę i potrzebę doszkalania się, zwłaszcza w zakresie epidemiologii i psychologii, radzenia sobie ze stresem. Nasze rekomendacje dotyczą zarówno szkoleń merytorycznych, jak i z umiejętności miękkich oraz regularnego wsparcia psychologicznego.

Po pierwsze, rekomendujemy, aby w zakładach pracy rozpoznano potrzeby pracowników i pracownic dotyczące poszerzania wiedzy i umiejętności. Szkolenia merytoryczne powinny być dobrej jakości i korespondować z doświadczeniem i procesem pracy, odpowiadając na specyficzne zapotrzebowanie poszczególnych grup zawodowych w DPS.

Po drugie, należy odpowiedzieć na wyraźnie uwidocznioną w pandemii potrzebę regularnego wsparcia psychologicznego w placówkach. Ważne jednak,

przygotowanej do tego osoby, zazwyczaj z wykształceniem psychologicznym lub przygotowaniem psychoterapeutycznym.

aby przyjmowało ono formy, które nie obciążają osób pracujących kolejnymi zadaniami, odpowiedzialnością i pracą emocjonalną (Pałęcka, 2023). Należy wprowadzić stałe wsparcie psychologiczne w czasie zwykłego działania placówek, aby tym łatwiej można było korzystać z niego w czasie kolejnego kryzysu. Wsparcie to powinno odbywać się w godzinach pracy wydzielonych z pełnienia obowiązków oraz być zapewniane przez psychologów lub psycholożki spoza placówki. Po trzecie, konieczne jest pielęgnowanie kultury organizacji, w której dbanie o swój dobrostan, doszkalanie się i korzystanie ze wsparcia psychologicznego jest normą. Oznacza to m.in. dawanie przykładu z góry, przez kadrę zarządzającą.

12.6.3. Rekomendacje dla związków zawodowych

Podczas lockdownów i zmniejszenia kontaktów bezpośrednich pewną trudnością dla funkcjonowania związków zawodowych było ograniczenie styczności między centralami i oddziałami regionalnymi lub branżowymi a komisjami zakładowymi. Z drugiej strony jeden ze związkowych ekspertów zauważa, że takie trudności występują także podczas zwykłego funkcjonowania organizacji, ponieważ niektóre komisje nie są aktywne. Dlatego korzystne, nie tylko na czas kryzysu, wydaje się ustalenie stabilnej, regularnej komunikacji z komisjami i oddziałami zakładowymi poprzez wymianę wiadomości mailowych lub rozmowy telefoniczne.

Początek pandemii zwrócił uwagę opinii publicznej na domy pomocy społecznej i pracujące w nich osoby z zawodów niezbędnych. Zaistniała wtedy na chwilę (na zasadzie *window of opportunity*) szansa zbudowania solidarności wokół postulatów tych grup, zarówno płacowych, jak i ogólniej podnoszenia jakości miejsc pracy i opieki nad mieszkańcami i mieszkankami. Mimo że uwaga mediów podczas pandemii okazała się krótkotrwała i niestabilna, inne, chroniczne kryzysy, tj. kryzys demograficzny i kryzys usług publicznych, wydają się właściwym kontekstem dla kampanii na rzecz widoczności pracowników i pracownic niezbędnych oraz ich postulatów. Rekomendujemy stworzenie kampanii społecznej uświadamiającej istotność pracowników i pracownic opieki oraz ich niezbędność w starzejącym się społeczeństwie.

Z perspektywy osób biorących udział w naszym badaniu przybycie uchodźczyń z Ukrainy jako efekt pełnoskalowej inwazji Rosji może okazać się szansą dla branży na wypełnienie części wakatów nowymi pracownicami. Pojawia się jednak obawa powstania nierówności i wykorzystywania przez niektórych pracodawców słabszej pozycji cudzoziemek na rynku pracy. Rekomendujemy

zatem aktywne pozyskiwanie osób z Ukrainy zatrudnionych w DPS jako członków i członkiń związków zawodowych przez przeznaczone dla nich rozwiązania i komunikację.

12.7. Podsumowanie

W rozdziale opisaliśmy warunki pracy w domach pomocy społecznej przed pandemią i w czasie kryzysu, obejmującego nie tylko pandemię, ale także wojnę w Ukrainie, inflację, a przede wszystkim chroniczne kryzysy: usług publicznych i demograficzny. Podczas gdy inflacja okazała się wątkiem nieobecnym w wywiadach, to związane z wojną przybycie do Polski uchodźczyń rozpoznane zostało jako szansa dla branży. Istotne negatywne konsekwencje miała pandemia, pogłębiając problemy związane z trwałymi niedoborami w branży.

Zanalizowaliśmy strategie radzenia sobie pracownic i pracowników w wielokryzysie oraz jak warunki na poziomie zakładu pracy kształtują owe strategie, uruchamiając różne sekwencje: kontestacyjną i normalizacyjną. W obu sekwencjach pracownicy i pracownice byli tak samo gotowi do poświęcenia i ustępstw w zakresie takich aspektów jakości pracy, jak: czas pracy (zgoda na długie zmiany), równowaga między życiem zawodowym a prywatnym (zamknięcie się z mieszkańcami i mieszkankami w DPS) i do pewnego stopnia wynagrodzenia (przystawanie na doraźne rozwiązania dotyczące czasu pracy, kiedy nie było jasne, czy będą wiązały się one z odpowiednim wynagrodzeniem, rezygnacja z drugiego zatrudnienia). Elementy jakości pracy, które w warunkach pandemii były najważniejsze i niejako nie podlegały negocjacjom, to bezpieczeństwo i, przede wszystkim, autonomia. W obu sekwencjach pracownicy i pracownice dążyli do realizacji autonomii. W zależności od relacji z kierownictwem mieli jednak do tego różne warunki: wsparcia i współpracy lub trudności i konfliktu. Również przez kierownictwo wybranych placówek autonomia rozpoznawana jest jako istotny element zarządzania.

Na poziomie ogólniejszym analiza pracy w DPS podczas pandemii uwiadcza mechanizmy kryzysu reprodukcji społecznej. Chronicznemu kryzysowi usług publicznych w DPS oddolnie zaradzają pracownicy i pracownice, m.in. poprzez dwuetatowość. Praca w DPS jest intensywna nie tylko pod względem czasu pracy, lecz także pracy emocjonalnej i „zaangażowania afektywnego”, które w zwykłych warunkach wiążą się niekiedy z „przenoszeniem emocji na grunt rodzinny” (Niedbalski, 2014, s. 260). Równowaga między życiem zawodowym a prywatnym może więc być zaburzona na różne sposoby. W pandemii problem ten jeszcze się pogłębił. W omawianej w rozdziale 1 teorii reprodukcji

społecznej zwracamy uwagę na napięcie pomiędzy reprodukcją a akumulacją kapitału (Bhattacharya, 2017; Fraser, 2016). Analiza etosu i strategii pracowników i pracownic opieki społecznej uwidacznia kolejne napięcie: między reprodukcją „publiczną” (organizowaną głównie przez państwo) a „prywatną”, w czasie wolnym od pracy najemnej, w rodzinie i gospodarstwach domowych. Norma poświęcenia na rzecz innych i wymóg sprostania modelowi troskliwej opiekunki skłaniają do lojalności wobec miejsca pracy i wspierania przez pracownice tej pierwszej, „publicznej” formy reprodukcji (Pulignano i Domecka, 2025). Natomiast strategia rozstania w DPS, podejmowana przez część osób pracujących, oznacza wybór reprodukcji „prywatnej”: bezpieczeństwa własnego i rodziny zamiast lojalności i odpowiedzialności wobec zakładu pracy i podopiecznych. Ruch ten można interpretować jako odmowę „skazania” na niezbędność i świadczenia pracy jako „reprodukcyjna rezerwowa armia pracy” (Loustaunau i in., 2021; Mezzadri, 2022b; zob. też rozdział 1). Niezbędność jest równocześnie źródłem etosu pracy (będącego motywacją do lojalności i krytyki), jak i przymusu. Strategia rozstania okazuje się oporem wobec przymusu niezbędności.

W kolejnym rozdziale przyglądamy się logistyce, w której sytuacja w czasie kryzysów 2020+ była znacząco odmienna od sytuacji w omawianych wcześniej branżach edukacyjnej, zdrowotnej i opiekuńczej. Organizacja pracy w usługach kurierskich, magazynowaniu i transporcie pozostała w znacznym stopniu niezmienną przy równoczesnym wzroście intensywności pracy i związanego z nią ryzyka zdrowotnego. „Niezbędność” logistyki łączyła się w większym stopniu z zapewnieniem płynnej cyrkulacji dóbr i usług w warunkach lockdownów niż z dobrostanem ludności. O konsekwencjach tego stanu rzeczy piszemy szczegółowo dalej.