

Kryzys zdrowia publicznego i jakość pracy w szpitalnictwie

Jacek Burski

Wprowadzenie

W rozdziale skupiamy się na doświadczeniach pracowników i pracownic szpitalnictwa jako części branży ochrony zdrowia w okresie wielokryzysu. Inaczej niż nauczyciele i nauczycielki, o których była mowa w poprzednim rozdziale, osoby zatrudnione w szpitalach pracowały w czasie pandemii COVID-19 w przeważającej mierze stacjonarnie, co prowadziło, jak zobaczymy, do odmiennych wyzwań w zakresie jakości miejsc pracy.

Szerokim tłem dla naszej refleksji są koncepcje nowego zdrowia publicznego oraz ekologicznego modelu zdrowia, w których podkreśla się rolę czynników społecznych i warunków życia mających wpływ na kondycję zdrowotną populacji (Acheson, 1988; Cianciara, 2018; Tulchinsky i Varavikova, 2010). Koncentrujemy się na tych zjawiskach, które miały istotny wpływ na jakość miejsc pracy tych pracowników, którzy mieli kontakt z pacjentami chorującymi na koronawirusa – stąd też kładziemy większy nacisk na opis sytuacji w szpitalnictwie niż w innych częściach ochrony zdrowia. Jest to konsekwencją centralnej roli tej grupy pracowników w przeciwdziałaniu skutkom kryzysu pandemicznego.

W ostatnich latach obserwujemy również wpływ innych kryzysów dla stanu ochrony zdrowia: chronicznego kryzysu sektora usług publicznych czy w mniejszym stopniu kryzysu spowodowanego pełnoskalową wojną w Ukrainie i pojawienia się dużej liczby uchodźców po lutym 2022 r. Pewne znaczenie dla

sytuacji pracowników miał także kryzys inflacyjny – ten jednak był widoczny głównie w wywiadach indywidualnych i trudno uznać jego istotną rolę w funkcjonowaniu organizacji miejsca pracy.

Szerszym kontekstem dla rozważań w rozdziale jest perspektywa społeczno-ekonomicznego porządku kapitalizmu patchworkowego (KP) (Gardawski i Rapacki, 2021)¹. Jak wskazywaliśmy m.in. w rozdziale 2, przyjmujemy tezę, że KP sprzyja narastaniu problemów i wyzwań będących konsekwencją endo- i egzogennych kryzysów ze względu na charakterystyczną dla tej odmiany kapitalizmu słabość porządku instytucjonalnego oraz ograniczoną efektywność polityk antykryzysowych (m.in. w czasie pandemii) (Bohle i Eihmanis, 2022; Popic i Moise, 2022).

Przed wybuchem pandemii głównym czynnikiem wpływającym na sytuację w ochronie zdrowia był chroniczny kryzys sektora usług publicznych (zob. rozdział 2), w odniesieniu do którego warto wskazać na dwa mechanizmy: urynkowanie, charakterystyczne nie tylko dla Polski, ale obecne w wielu systemach ochrony zdrowia na całym świecie (Greer i Umney, 2022; Krachler i in., 2022). Upowszechnianie się logiki rynkowej w organizacji poszczególnych aspektów ochrony zdrowia widoczne jest m.in. poprzez rosnącą rolę jej prywatnej części w dostarczaniu usług zdrowotnych (rozwój rynku prywatnych ubezpieczeń, ale też zwiększająca się liczba osób zatrudnionych w prywatnej części branży²). Drugim mechanizmem, na który chcielibyśmy zwrócić uwagę, jest osłabienie siły negocjacyjnej organizacji pracowniczych, które pomimo regularnych protestów i prób negocjowania poprawy warunków pracy z kolejnymi rządami nie osiągnęły zasadniczej zmiany m.in. w zakresie zwiększania środków na finansowanie systemu. Nie były to oczywiście jedyne ważne aspekty wpływające na kondycję ochrony zdrowia na początku 2020 r., ale miały one istotne znaczenie dla odpowiedzi na pytania, które postawiliśmy sobie w tym rozdziale: (1) czy i jak zmieniły się wybrane wymiary jakości miejsc pracy w ochronie zdrowia, zwłaszcza w szpitalnictwie po wybuchu pandemii

¹ Zob. część I książki.

² Opierając się na danych dotyczących osób pracujących w gospodarce narodowej, publikowanych przez GUS od 2010 r., można stwierdzić, że wzrost osób zatrudnionych w sektorze prywatnym w ochronie zdrowia wyniósł między 2010 a 2023 r. prawie 15 p.p. Odsetek i liczba bezwzględna zatrudnionych w prywatnych firmach oferujących usługi medyczne prawie zrównały się z odpowiednimi wartościami w publicznej części branży: w 2010 r. w publicznej części branży zatrudnionych było 66,23% (395 977 osób) wszystkich pracowników ochrony zdrowia, w prywatnej – 33,76% (201 837 osób); w 2023 r. odpowiednie wartości wynosiły: w publicznej części – 52,07% (386 351 osób), w prywatnej – 47,93% (355 611 osób).

w 2020 r.? (2) jakie były wprowadzane przez pracowników sposoby radzenia sobie z nawarstwiającymi się kryzysami, zaczynając od chronicznego kryzysu sektora usług publicznych i skupiając się na wyzwaniach z lat 2020–2024 z centralną rolą kryzysu pandemicznego?

Struktura rozdziału prezentuje się następująco: po pierwsze, przedstawiamy sytuację w branży w okresie przedpandemicznym i po wybuchu pandemii. Następnie charakteryzujemy podstawowe wymiary, które opisują sytuację kadrową ochrony zdrowia (liczbę zatrudnionych, niektóre wymiary jakości pracy, zbiorowe stosunki pracy). W kolejnej części rozdziału zajmujemy się opisem kryzysu organizacyjnego po wybuchu pandemii w kontekście jego wpływu na jakość pracy oraz prezentujemy strategie pracowników radzenia sobie z kryzysem. Rozdział kończą rekomendacje skierowane do różnych interesariuszy (związków zawodowych, władz lokalnych oraz władz centralnych), które wynikają z analizy zebranego materiału.

11.1. Sytuacja w branży przed pandemią

Lata 2020–2024 były okresem wyjątkowych wyzwań z perspektywy branży ochrony zdrowia – zarówno na poziomie rządowym, lokalnych struktur zarządczych, jak też konkretnych placówek i ich personelu. Warto spojrzeć na ten okres przez pryzmat problemów, z jakimi mierzyła się branża przed wybuchem pandemii COVID-19.

Polska ochrona zdrowia jako część sektora usług publicznych zmagала się i nadal zmagа z chronicznym kryzysem organizacyjnym, na który składają się m.in.: niewystarczające finansowanie systemu w porównaniu do innych krajów wysokorozwiniętych (zob. tabela 11.1)³ czy niedobory kadrowe dotyczące wszystkie kluczowe grupy zawodowe (NIK, 2023; OECD i European Observatory, 2021) (szersze tło problemów usług publicznych opisujemy w rozdziale 2).

³ Główną ramą odniesienia dla porównań między polską ochroną zdrowia a rozwiązaniami w innych krajach są statystyczne charakterystyki Unii Europejskiej. Należy jednak podkreślić, że dane pochodzące z oficjalnych statystyk Eurostatu, OECD i Głównego Urzędu Statystycznego różnią się od siebie. Nie ma to jednak zasadniczego wpływu na interpretację trendów statystycznych w opisywanych wymiarach.

Tabela 11.1. Średnia publicznych wydatków na ochronę zdrowia w odniesieniu do krajowego PKB (%)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
UE	7,8	7,76	7,91	7,85	7,85	7,9	8,82	8,82	–
Polska	4,46	4,44	4,56	4,56	4,51	4,64	4,69	4,67	5,02

Źródło: Eurostat i opracowanie własne.

Podwyższenie nakładów ze strony państwa to jedna z kwestii podnoszonych przez branżowe związki zawodowe⁴ i przynajmniej deklaratywnie również przez elity polityczne od wielu lat. Jednak od wielu lat pozostają one na znacząco niższym poziomie w porównaniu do średnich unijnych. Oprócz niedofinansowania w stosunku do standardów przyjętych w UE ważną cechą polskich rozwiązań finansowania ochrony zdrowia jest relacja wydatków publicznych do wydatków pochodzących bezpośrednio z budżetów prywatnych obywateli, o której piszemy również w rozdziale 2. W 2019 r. 71,8% całości wydatków na zdrowie pochodziło ze źródeł publicznych, co plasowało Polskę poniżej średniej unijnej (79,8%). Trend ten utrzymywał się na podobnym poziomie także w następnych latach. Co więcej, jeśli przyjrzymy się strukturze celów, na które przeznaczane były środki finansowe tuż przed pandemią, to widzimy, że największa ich część (37% w 2019 r.) to finansowanie opieki stacjonarnej (w tym opieki szpitalnej) (OECD i European Observatory, 2021), następnie opieki ambulatoryjnej (31% w 2019 r.), produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych (22% w 2019 r.), a na końcu profilaktyki (2% w 2019 r.). W stosunku do innych krajów UE widoczna jest przede wszystkim różnica w bezwzględnych wartościach finansowania we wszystkich wspomnianych wyżej kategoriach na niekorzyść polskiej ochrony zdrowia. Co więcej, w strukturze wydatków naczelną rolę zajmuje nie przeciwdziałanie problemom zdrowotnym, ale ich zwalczanie w szpitalnej i ambulatoryjnej części systemu. We wszystkich wspomnianych wyżej kategoriach wydajemy znacznie mniej, niż wynosi średnia unijna. W przywołanym raporcie OECD i European Observatory on Health Systems and Policies (2021) uznaje się, że ma to znaczenie dla niskiej dostępności usług zdrowotnych ze względu na wysokie obciążenie systemu szpitalnego. Co więcej, obserwowany jest wysoki poziom zależności od nieformalnej opieki świadczonej przez najbliższych jako źródła

⁴ M.in. Porozumienie Rezydentów, część Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, postulowało podniesienie nakładów na ochronę zdrowia do przynajmniej 6,8% PKB: <https://izba-lekarska.pl/monitor-lekarski/lekarze-rezydenci-zlozyli-w-kprm-pismo-ze-swoimi-postulatami/> [dostęp 17.06.2024].

płacy nieodpłatnej (Pulignano i Domecka, 2025), uzupełniającej niedobory osłabionego systemu zdrowia.

Co się tyczy charakterystyki kadry medycznej pracującej w branży, jej istotną cechą jest starzejący się personel – zarówno w przypadku lekarzy, jak i pielęgniarek. Wedle danych GUS (2019, 2022a) ponad połowa polskich lekarzy (na przestrzeni lat 2019–2022 wskaźnik ten utrzymywał się na poziomie 55%) to osoby powyżej 50. roku życia (przy czym w 2022 r. ponad 15% stanowiły osoby powyżej 70. roku życia). W przypadku pielęgniarek sytuacja jest jeszcze gorsza: ponad 65% pracujących w zawodzie to osoby powyżej 50. roku życia (przy czym prawie 10% stanowią osoby powyżej 70. roku życia). O ile zawód lekarski jest bardziej zrównoważony pod względem płci (40,5% to mężczyźni, 59,5% to kobiety), to w przypadku zawodu pielęgniarskiego mamy do czynienia ze znaczną przewagą kobiet (97,2% osób pracujących to pielęgniarki). Feminizacja zawodów medycznych łączy się z ograniczoną siłą przetargową poszczególnych grup zawodowych (Kubisa, 2014, 2016) i szeroko rozumianego sektora opieki (*care sector*). Splata się tu wpływ etosu pracy opiekuńczej, który tworzy moralną barierę przed podejmowaniem ostrzejszych form protestu przez pracowników i pracownice w obawie przed zaszkodzeniem pacjentom czy klientom z niższymi wynagrodzeniami, charakterystycznymi dla zawodów sfeminizowanych (Kubisa i Rakowska, 2021).

O ile dane dotyczące wydatków na ochronę zdrowia wskazują, że nie odnotowano znaczącego wzrostu nakładów publicznych (dopiero w 2022 r. przekroczono 5% PKB), to w przypadku wynagrodzeń dla lekarzy i pielęgniarek widać istotną poprawę warunków płacowych. Średnia pensja lekarzy od 2016 do 2022 r. wzrosła prawie dwukrotnie (z 7278 zł brutto w 2016 r. do 14438 zł brutto w 2022 r.) (zob. tabela 11.2). W przypadku pensji pielęgniarek ten wzrost był nawet większy, ale trzeba podkreślić, że pensje w tej grupie zawodowej były i są znacznie niższe w wartościach bezwzględnych niż wynagrodzenia lekarskie. Z drugiej strony obserwujemy znaczące spadki w liczbie zatrudnionych (w wypadku lekarzy o ponad 17% w ciągu czterech lat między rokiem 2016 i 2020 i o ponad 20% w przypadku pielęgniarek w tym samym okresie). Można założyć, że m.in. z powodu mniejszej liczby pracowników możliwe było zwiększanie nakładów na wynagrodzenia bez zwiększania procentu PKB środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. W 2022 r. widzimy, że liczba zatrudnionych zaczęła rosnąć, choć trudno w tym momencie określić, na ile jest to odwrócenie trendu spadkowego widocznego w poprzednich latach.

Tabela 11.2. Podstawowe charakterystyki zatrudnienia w zawodach medycznych w latach 2016–2022

Wyszczególnienie	Liczba zatrudnionych (w tys.)				Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto (w zł)				Przeciętny czas przepracowany w miesiącu (w godz.)			
	2016	2018	2020	2022	2016	2018	2020	2022	2016	2018	2020	2022
Lekarze	46	40	38	41	7278	9927	10900	14438	166	184	180	175
Pielęgniarki	142	134	114	124	4123	5318	6300	8600	149	162	157	149

Źródło: Opracowanie własne liczby zatrudnionych na podstawie GUS (2022a), a pozostałych informacji na podstawie danych pozyskanych w GUS na zamówienie

Wartą poruszenia kwestią jest czas pracy w ochronie zdrowia, który zwłaszcza w przypadku lekarzy zwiększył się znacząco na przestrzeni lat 2016–2020 (w 2016 r. lekarz pracował średnio 166 godzin w miesiącu, w 2020 r. było to już 180 godzin, czyli o 20 godzin więcej, niż wynosi pełny etat w gospodarce; natomiast w 2022 r. średnia liczba godzin spadła do 175). Co więcej, z dostępnych danych wynika, że większość lekarzy pracuje w więcej niż jednym miejscu. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy w grudniu 2022 r. informował, że tylko 27% lekarzy pracuje w jednej placówce, 35% – w dwóch, zaś aż 25% w trzech miejscach pracy (Wróbel, 2022). Konsekwencją długiego czasu pracy oraz świadczenia pracy w więcej niż jednym miejscu jest przeciążenie personelu medycznego. Z tego powodu m.in., mając za podstawę raporty NIK, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich w 2023 i w 2024 r. zwracało się do Ministerstwa Zdrowia z postulatem uregulowania maksymalnego dopuszczalnego czasu pracy dla personelu medycznego. W obu przypadkach (co ważne, w międzyczasie doszło do zmiany rządu) Ministerstwo odpowiedziało, że nie planuje zmian w regulacjach (Starzewski, 2024). Tym bardziej więc warto pamiętać o Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 28 kwietnia 2020 r., które w trakcie I fali pandemii wprowadziło czasowe ograniczenie możliwości pracy w więcej niż jednym miejscu ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne (kwiecień–lipiec 2020)⁵. Na tym przykładzie widzimy różnicę między postawą władz wobec czasu pracy jako jednego z wymiarów jakości pracy w okresie pozakryzysowym i w momencie nagłego wstrząsu. W „zwykłej” sytuacji (tj. poza kryzysem) patchworkowe w swoim charakterze wstrzymanie się od narzucania sztywnych ram regulacyjnych (m.in. poprzez

⁵ 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.

klauzulę opt-out) miało na celu uzupełnienie braków kadrowych przez mechanizm wielozatrudnienia. Natomiast w momencie kryzysu odgórnie i krótkoterminowo narzucone zostały sztywne regulacje, by ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa i zapewnić obsługę medyczną placówek przyjmujących zakażonych.

Istotnym czynnikiem cechującym branżę ochrony zdrowia jest charakterystyka uzwiązkowienia jej pracowników. Posługując się danymi z raportu Eurofound (2022) oraz danymi GUS na temat ogółu zatrudnienia, przyjęliśmy, że w 2019 r. poziom uzwiązkowienia oscylował w okolicach 17,5%. Wśród największych organizacji związkowych funkcjonujących w polskiej ochronie zdrowia należy wymienić Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych (ok. 80 000 członkiń i członków), Sekcję Ochrony Zdrowia w NSZZ „Solidarność” (członkami jest ok. 36 000 osób), Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (1350 członków), w skład którego wchodzi aktywnie działające w ostatnich latach Porozumienie Rezydentów oraz Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej (2600 członków) i Konfederacja Pracy (brak danych na temat liczby członków w omawianej branży) (Eurofound, 2022). Pracujący w ochronie zdrowia stanowią 11,4% liczby członków zawodowych w Polsce, lokując się za edukacją (19,3%), administracją publiczną i obroną narodową (14,7%) oraz przetwórstwem przemysłowym (13,3%) (GUS, 2023c). Jeśli chodzi o poziom uzwiązkowienia, ostatnie dane z 2014 r. mówią o 21% pracowników należących do organizacji związkowych w ochronie zdrowia i pomocy społecznej (GUS, 2015). Wyliczenia na podstawie danych GUS z 2022 r. wskazują, że poziom ten jest stabilny (20% w 2022 r.).

Ze względu na poziom aktywności organizacji związkowych warto skupić się na dwóch pierwszych zrzeszeniach ze względu na ich głos w artykułowaniu oczekiwań konkretnych grup zawodowych: pielęgniarek (OZZPiP) i lekarzy (OZZL i Porozumienie Rezydentów). OZZPiP jest częścią Forum Związków Zawodowych. Powstał w 1995 r. w odpowiedzi na potrzebę zajęcia się problemami istotnej części pracownic i pracowników branży, którzy byli lekceważeni przez duże centrale związkowe (Kubisa, 2014). Od momentu założenia OZZPiP regularnie organizuje akcje protestacyjne mające na celu polepszenie warunków pracy pielęgniarek i położnych. Do największych akcji protestacyjnych należy zaliczyć Białe Miasteczko w 2007 r. pod Kancelarią Prezesa Rady Ministrów. Był to trwający ponad miesiąc protest, skupiający uwagę mediów i opinii publicznej (Kubisa, 2014). Również lata przed pandemią to czas stałej presji wywieranej przez OZZPiP na rządzących. Protesty w okresie pandemicznym są opisane w dalszej części rozdziału, ale tutaj należy podkreślić kluczową rolę związku w ich organizowaniu. Oprócz kwestii wzrostu wynagrodzeń wśród postulatów ponownie znalazły się żądania zmian organizacyjnych (zwiększenie

bezpieczeństwa pracowników, ograniczenie biurokracji, przeciwdziałanie brakom kadrowym) (AZ, 2021).

Porozumienie Rezydentów, które jest częścią Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, zrzesza osoby będące w trakcie specjalizacji. Zostało założone w 2007 r., a od 2015 w sposób bardziej widoczny w debacie publicznej działa na rzecz poprawy warunków pracy rezydentów, jak i szerzej rozumianej kondycji branży ochrony zdrowia. W 2017 r. członkowie Porozumienia przeprowadzili strajk głodowy, który miał na celu wymuszenie nie tylko poprawy warunków pracy, lecz także zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia: najpierw do 6,8% PKB, a następnie, w ciągu 10 lat, do 10% PKB.

Podsumowując charakterystykę aktywności związków zawodowych w ochronie zdrowia, warto również podkreślić, że odnotowane podwyżki wynagrodzeń dla poszczególnych grup zawodowych przynajmniej częściowo były efektem wspólnej mobilizacji organizacji związkowych działających w branży (w tym OZZL, Porozumienia Rezydentów i OZZPiP).

11.2. Sytuacja w ochronie zdrowia w okresie pandemii COVID-19

W poprzedniej części wskazywaliśmy na strukturalne problemy składające się na obraz chronicznego kryzysu w tej branży usług publicznych. Po wybuchu pandemii wysiłki organizacyjne skupiły się przede wszystkim na reorganizacji dostępu do usług medycznych w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego z perspektywy pacjentów i zorganizowaniu leczenia osób chorujących na koronawirusa. Z perspektywy pracowników zmiany miały z jednej strony zapewnić wystarczającą liczbę pracowników do wykonywania usług medycznych, a z drugiej poprawić warunki pracy (zwiększenie płac i zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego), zwłaszcza w przypadku tych, którzy zostali skierowani do pracy z chorymi na COVID-19.

Niejako potwierdzając, że główny nacisk w organizacji polskiej ochrony zdrowia położony jest na opiekę stacjonarną, rząd i NFZ po wybuchu pandemii COVID-19 podjęły decyzję o reorganizacji sieci szpitali (NIK, 2022) i powołaniu tzw. szpitali jednoimiennych, które miały zostać wyłączone z regularnej obsługi pacjentów i przyjmować pacjentów chorych na koronawirusa i wymagających hospitalizacji. Ostatecznie powstały 33 takie placówki, w tym 14 w nowo zaadaptowanych obiektach wielkopowierzchniowych (np. stadionach). Jednocześnie w szpitalach nieprzekształconych w szpitale covidowe przygotowywano i tworzone oddziały covidowe. Były to strategiczne jednostki w okresie pandemii, w których organizację zaangażowani byli przede wszystkim

lekarze i pielęgniarki niemający doświadczenia w pracy z chorobami zakaźnymi (oddelegowani z innych oddziałów).

W związku z pojawieniem się nowego sposobu organizacji pracy oraz czasowym zwiększaniem się liczby pacjentów duża część pracowników ochrony zdrowia doświadczała drastycznej intensyfikacji pracy (chodzi tu głównie o szpitale i oddziały covidowe, ale też zaplecze diagnostyczne czy sanepid [Lubelski Urząd Wojewódzki, 2020], będące w centrum zarządzania działaniami w czasie pandemii). Część branży z kolei przeszła w tryb pracy zdalnej i udzielała przede wszystkim teleporad – tu należy wspomnieć o podstawowej opiece zdrowotnej i prywatnych usługach (NFZ, 2020). Konsekwencją zmian było pojawienie się problemu z dostępem do usług medycznych (Rzecznik Praw Pacjenta, 2020)⁶. Do pewnego stopnia możemy więc mówić o przejściu ochrony zdrowia w dwa równoległe tryby: zamrożenia, a przynajmniej ograniczenia działalności ze względu na pracę zdalną (część prywatna i część publiczna niezaangażowana w walkę z pandemią), i intensyfikacji pracy (część publicznej ochrony zdrowia skierowana do walki pandemią).

Warto tu też przywołać wnioski z raportu Najwyższej Izby Kontroli, która oceniała funkcjonowanie szpitali w okresie pandemii (NIK, 2022). Wskazano m.in. na to, że skupienie się na walce z pandemią wiązało się ze znacznym ograniczeniem dostępu do leczenia dla pacjentów cierpiących na inne schorzenia, co przyczyniło się do zwiększenia tzw. długu zdrowotnego ludności⁷. W przywołanym wyżej raporcie NIK wśród czynników utrudniających działalność szpitali były m.in.: problemy z dostępnością środków ochrony osobistej, zwiększona absencja personelu, reorganizacja pracy szpitala czy duża liczba nowych decyzji administracyjnych wprowadzanych w bardzo krótkim czasie. Ogólna ocena decyzji o wybranym kierunku reorganizacji ochrony zdrowia ze strony NIK była negatywna.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na dwie kwestie stanowiące istotny element zmian w organizacji pracy z perspektywy pracowniczej. Chodzi tu o mechanizm czasowego wzrostu wynagrodzeń w publicznej ochronie zdrowia poprzez wprowadzenie dodatków covidowych oraz częściowo mu towarzyszący nakaz ograniczenia zatrudnienia do jednego miejsca pracy dla personelu medycznego pracującego z zakażonymi i chorymi na COVID-19. W pierwszym

⁶ Dopiero w 2025 r. poziom korzystania z ochrony zdrowia zaczął wracać do wyników sprzed pandemii (Litwin, 2025).

⁷ W raporcie NIK termin ten jest tłumaczony jako: „świadczenia zdrowotne, których nieudzielenie może prowadzić do rozwoju chorób lub ich zaostrzenia” (NIK, 2022b, s. 9).

przypadku chodziło o zwiększenie o 100% wynagrodzenia personelu medycznego, mającego kontakt z zakażonymi i chorymi na COVID-19. Warto podkreślić, że branża ochrony zdrowia została poniekąd wyróżniona, bo w niej jako jedynej w sektorze usług publicznych zostały wprowadzone dodatki w takiej wysokości (co nie oznacza, że nie było dodatkowych form wsparcia pracowników – zob. rozdziały 10, 12, 13).

Drugą kwestią było czasowe ograniczenie zatrudnienia personelu medycznego do jednego miejsca pracy, które zaszło w pierwszych miesiącach pandemii (kwiecień–lipiec 2020). Możemy się zastanowić nad szerszą interpretacją tych działań w kontekście rozważań nad patchworkową naturą polskiego kapitalizmu i chronicznym kryzysem sektora usług publicznych, które przekładają się na słabość instytucjonalną branż niezbędnych, takich jak ochrona zdrowia. Szczególnie widać to w sytuacji rozwoju wielokryzysu rozpoczynającego się od egzogenego kryzysu pandemicznego, wymuszającego konieczność adhokratycznych rozwiązań. Zarówno dodatki covidowe, jak i ograniczanie liczby miejsc pracy były krótkotrwałymi odpowiedziami na dwa główne problemy, o których kilkakrotnie pisaliśmy już w książce: niedofinansowanie (tu przede wszystkim w sferze wynagrodzeń dla personelu medycznego) oraz braki kadrowe (zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy i pielęgniarek do pracy w szpitalach i na oddziałach covidowych). Żadne z tych rozwiązań nie przetrwało w dłuższej perspektywie.

11.3. Jakość pracy w pandemii i wielokryzysie

W tej części skupimy się na mezo- i mikropoziomie objawiania się efektów wielokryzysu w konkretnych organizacjach i na ich wpływie na kolejne wymiary jakości pracy (zob. rozdział 9). Pokazujemy, na jakie bariery napotykali pracownicy ochrony zdrowia podczas wykonywania swoich zadań oraz w jaki sposób wspierali procesy reprodukcji społecznej.

11.3.1. Doświadczenia początku pandemii a inne kryzysy w branży

Dyskusję o konsekwencjach wielokryzysu dla jakości pracy zaczniemy od pierwszych miesięcy 2020 r., choć wskazanie początku pandemii jest w naszym materiale sprawą dyskusyjną. Przyjmuje się, że momentem przełomowym była połowa marca 2020 r., ale w wywiadach biograficznych, wywiadach grupowych oraz w wywiadach eksperckich wskazywano na różne „początki” pandemii (zob. rozdziały 15 i 16).

Bez względu na dyskusję o punkcie startu kryzysu pandemicznego to z nim związane są najbardziej szczegółowe wspomnienia lęku, niepewności i poczucia chaosu, składające się na doświadczenie kryzysu instytucjonalnego, objawiającego się zawieszeniem dotychczasowego porządku organizacyjnego i koniecznością wypracowania nowych reguł działania. W relacjach badanych widać, w jaki sposób próbowali wypełniać swoje obowiązki i zapewniać pacjentom dostęp do usług medycznych (w duchu podtrzymywania mechanizmów reprodukcji społecznej w sytuacji wielokryzysu) pomimo niedoborów i piętrzących się wyzwań. Oznaczało to często wzrost obowiązków, w tym tych wykraczających poza zakres wyznaczony przez stanowisko pracy, a zatem często pracy nieodpłatnej.

We wszystkich rodzajach wywiadów powtarzał się wątek braków sprzętowych, choć była to kwestia ograniczona w czasie i zależna od poziomu przygotowania danej instytucji. Widać było różnice między dużymi miastami (Warszawa i Wrocław) a mniejszymi ośrodkami, które borykały się z większymi problemami z zaopatrzeniem. Z przywoływanego już kilkakrotnie raportu Najwyższej Izby Kontroli (2022b) o funkcjonowaniu szpitali w pandemii wiemy, że instytucje te były nieprzygotowane organizacyjnie do konieczności dostosowania się do sytuacji kryzysowej. Zmiana organizacji pracy w okresie pandemii była z perspektywy części pracowników realizowana bez planu, adhokratycznie, w sposób improwizowany:

Kasia: 15 marca zostaliśmy przekształceni w szpital jednoimienny, więc od samego początku mieliśmy się borykać z problemami przyjąć chorych z COVID-19. To był dla nas szok, nie ukrywam, dla całego personelu. I lekarze, i pielęgniarki byli wystraszeni, nie byliśmy zupełnie przygotowani, sami kształciliśmy się przez Internet tak naprawdę, chodziliśmy i ludzi pouczaliśmy, jak mają się ubierać w stroje i tak dalej. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Najważniejsze w obszarze działań leczniczych procedury były zmieniane „na gorąco”, prowadzone były szybkie remonty przestrzeni w celu wydzielenia stref „czystych” i „brudnych”, dostosowywany był grafik, aby uniknąć zakażeń wśród personelu. W dużym stopniu związaną z tymi zmianami pracę organizacyjną wykonywali pracownicy liniowi, poddani w tej sytuacji dodatkowej presji.

Barbara: Ja też mogę dodać, że było takie zamieszanie, mało zorganizowanie i duża część obowiązków wrzucana po prostu na barki pielęgniarek. Przez co właśnie one rezygnowały. I też w obawie o zdrowie swoje i rodziny. I za niegodziwe pieniądze, prawda. (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

W powyższej wypowiedzi splatają się wątki: poczucia odpowiedzialności, jaka spoczęła na – w tym przypadku – pielęgniarzach, świadomości zagrożenia, jakie stanowiła choroba dla nich i ich rodzin, oraz w konsekwencji odchodzenia z pracy w kryzysie bądź unikania jej. Pojawił się również wątek poczucia niedostatecznego wynagrodzenia ze swoją pracę. Widzimy nałożenie się aspektów chronicznego kryzysu sektora usług publicznych z kryzysem pandemicznym, co w sugestywny sposób pokazuje oblicza wielokryzysu, z jakim zmagał się personel medyczny. Kwestie zarobków oraz rezygnacji z pracy personelu medycznego cieszyły się również dużym zainteresowaniem ogólnopolskiej prasy (por. rozdział 5).

Z perspektywy pracowników liniowych struktury administracyjnej (władze lokalne i rządowe, ze szczególnym uwzględnieniem Ministerstwa Zdrowia) były przede wszystkim źródłem regulacji i zmian w procedurach. Natomiast w wywiadach eksperckich, które przeprowadzaliśmy z kadrą zarządzającą, widać, z jakimi problemami mierzono się na poziomie władz lokalnych:

Ordynator: Współpraca z wojewodą była znakomita, merytorycznie, prawda, i z zastępczynią, prawda. I pomijając jego naciski polityczne. Ja się nie zajmuję polityką, ja się zajmowałem po prostu przyzwoitym leczeniem ludzi. (EX_40_OZ_KIER)

i centralnych:

Ministerstwo Zdrowia bardzo nas wsparło. Oni chcieli nam wtedy do, już nie pamiętam, przysłać chyba to pocztą, ale mówimy: Boże, jeżeli to jest na przykład, było tam kilkadziesiąt czy kilkaset palet na jedną izbę, to jak to przewieźć pocztą? Więc wpadliśmy na pomysł i podpowiedziałyśmy, żeby może uruchomili Wojska Obrony Terytorialnej czy w ogóle wojsko, i faktycznie wtedy wojsko rozwoziło nam do każdej izby. (EX_21_S)

Każdy z poziomów ochrony zdrowia (poczynając od pracowników liniowych po osoby koordynujące pracę w większych organizacjach) próbował realizować swoje zadania w sytuacji kryzysu pandemicznego, niejednokrotnie z sukcesem nawiązując (spontaniczne) relacje z zewnętrznymi aktorami (w tym przypadku Wojskami Obrony Terytorialnej). Nie zmienia to jednak ogólnego przekonania o chaosie panującym w pierwszych miesiącach kryzysu pandemicznego oraz o presji politycznej, która ograniczała koordynację działań przeciwpandemicznych:

Ordynator: Popelniono oczywiście różne błędy. Popelniono skandaliczne akcesy polityczne typu odwołanie epidemii przed wyborami. Pan sobie wyobraża

naprzód lockdowny, pierdoły, wszystko, zaostrzanie, a potem się dowiaduje, że epidemii nie ma, robimy głosowanie. (EX_40_OZ_KIER)

11.3.2. Bezpieczeństwo zatrudnienia i możliwości rozwoju kariery

W przypadku pracowników ochrony zdrowia problemem nie było bezpieczeństwo zatrudnienia jako takie, lecz konieczność poradzenia sobie ze zmianami w organizacji pracy. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia w okresie między kwietniem a lipcem 2020 r. personel medyczny pracujący z pacjentami zakażonymi i chorymi na COVID-19 nie mógł wykonywać pracy równocześnie w innym miejscu. Powiązanym i częściej podnoszonym tematem była kwestia braku pracowników lub niewystarczającej ich liczby do obsady oddziałów (w tym oddziałów covidowych) („Bo były takie braki, że my byliśmy po prostu niezastąpione. Tak że tutaj nam nic absolutnie nie groziło”, FGI_05_OZ_NWAW_PIEL). Bezpieczeństwo zatrudnienia było więc wysokie, ale poczucie „bycia niezastąpionym” wiązało się z kolei z problemem pracy w sytuacji braków kadrowych:

Annemarie: Bo przede wszystkim, żeby oddział covidowy funkcjonował, to musi być obsada. To nie tak, że wyjdą dwie pielęgniarki na trzydziestu chorych i one wszystko zrobią. Przede wszystkim musi być obsada po to, żeby były zmiany częste. Nie wytrzymamy dłużej w kombinezonie niż 2–3 godziny. (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

Do tego należy dodać, podkreślone tutaj przez jedną z pielęgniarek, wykonywanie pracy w trudnych warunkach w pełnym ubiorze ochronnym. Przy niepełnej obsadzie kolejnym wymiarem intensyfikacji pracy były więc obciążenia fizyczne, aspekt pracy, na który wskazywano nie tylko w zebranych przez nas wywiadach, ale także medialnym dyskursie na temat osób pracujących w ochronie zdrowia (por. rozdział 5).

W przypadku kwestii braków w personelu medycznym hipotetycznym czynnikiem, który mógł wpłynąć zarówno na osłabienie poczucia bezpieczeństwa zatrudnienia, ale też uzupełnienie niedoborów kadrowych, było pojawienie się migrujących lekarzy i pielęgniarek (przede wszystkim ukraińskich)⁸. W tym wypadku jednak opinie badanych, o ile często były krytyczne, jeśli chodzi

⁸ Zgodnie z informacjami podawanymi m.in. przez Naczelną Izbę Lekarską w Warszawie w 2023 r. tylko 3% lekarzy pracujących w Polsce było obcokrajowcami. Najwięcej osób spoza kraju pochodziło z Ukrainy (2855 osób) i Białorusi (1237 osób) (Jarosz, 2023).

o możliwość dostosowania się nowych pracowników do warunków pracy w Polsce (ze względu na kwestie językowe i kulturowe), nie wskazywały na rosnące poczucie zagrożenia w wyniku pojawienia się osób konkurujących o miejsca pracy („Tutaj o pracę swoją nie musimy się martwić, że np. personel z Ukrainy będzie dla nas zagrożeniem”, FGI_04_OZ_WAW_PIEL). Jak pisaliśmy w rozdziale 5, w okresie pandemii z perspektywy mediów imigracja do Polski pracowników ochrony zdrowia jawiła się jako niewykorzystana szansa na wypełnienie wakatów.

Kwestią pośrednio związaną z warunkami pracy i zatrudnienia jest temat rozwoju zawodowego, który w przypadku pracowników ochrony zdrowia łączy się z nabywaniem nowych umiejętności i aktualizacją wiedzy medycznej. Sytuacja kryzysu pandemicznego cechowała się tym, że zwłaszcza w pierwszych miesiącach pandemii wiedza o wirusie, a także o dostępnych, skutecznych terapiach i procedurach leczenia była ograniczona.

Kuba: Właściwie nasze leczenie opieraliśmy na wytycznych innych stowarzyszeń, czyli amerykańskich, brytyjskich, gdzie tego było na przykład, były też dobre i aktualizowane szybko. Czyli dużo jakby szukania w internecie i jakby brak polskich wytycznych. (BNI_01_OZ_Kuba)

W powyższym cytacie podkreślana jest rola zasobów internetowych jako istotnego źródła aktualnej wiedzy na temat COVID-19 oraz ograniczenia w obiegu wiedzy po stronie krajowej organizacji. W szerszej perspektywie konieczność szukania rzetelnych informacji na własną rękę możemy powiązać z patchworkową słabością organizacji państwa niebędącego w stanie zapewnić dostępu do sprawdzonej wiedzy na czas kryzysu.

W przypadku możliwości rozwoju kariery ponownie widzimy, jak ważną rolę odgrywała pandemia jako czynnik wpływający na pojawienie się lub brak szans na edukację i szkolenia. Do pewnego stopnia kryzys pandemiczny zatrzymał zawodową edukację formalną części pracowników, zawieszając kolejne etapy szkolenia zawodowego personelu medycznego (m.in. stażystów i lekarzy rezydentów). Młodzi lekarze mieli problemy z odbywaniem obowiązkowych staży czy realizowaniem rezydentur zgodnie z programem.

Wiesław: Kiedy się zaczęła pandemia, też przyszło kilka osób do nas, do kliniki, do pracy, i tak na dobrą sprawę od początku pandemii, oni zaczęli pracować wtedy tam zimą, czy właśnie wiosną, tak na dobrą sprawę nie znali innej pracy i to było dla nich bardzo trudne, postawienie się w zupełnie nowej sytuacji w zawodzie. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Dodatkowo na ich przykładzie możemy zaobserwować, w jaki sposób osłabiony chronicznym kryzysem system szukał zasobów, by poradzić sobie z uderzeniem pandemicznym, przekierowując tam, gdzie to możliwe, osoby do pracy z pacjentami covidowymi. O ile dla części personelu była to sytuacja blokująca rozwój zawodowy, to zarazem tworzyła się szansa nauczania się nowych rzeczy:

Annemarie: Znaczący, praca w pandemii w przypadku pracy z osobami covidowymi, są to osoby ciężko chorzy, bardzo ciężko chorzy. Tak że osoba przechodząca przez taki oddział zdobędzie bardzo duże doświadczenie. (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

Nabywanie nowych umiejętności odbywało się również poprzez szkolenia internetowe (wspominają o tym lekarze: FGI_01_OZ_WAW_LEK).

Patrząc na różne aspekty bezpieczeństwa zatrudnienia i możliwości rozwoju po wybuchu pandemii, obserwujemy, że w przeciwieństwie do charakterystycznego dla kryzysów ekonomicznych lęku przed zwolnieniem personelu medyczny wszystkich szczebli nie czuł się zagrożony. Większe znaczenie miały natomiast kwestie wynikające z nakładania się pandemii na problemy przedpandemiczne, związane z chronicznym kryzysem sektora usług publicznych: przede wszystkim niedobory kadrowe zwiększane m.in. przez czasowe absencje będące konsekwencją czy to intencjonalnych strategii unikania pracy w kryzysie, czy po prostu zachorowania na COVID-19. Pandemia była również czynnikiem blokującym ścieżki rozwoju zawodowego, zwłaszcza w przypadku młodych lekarzy.

11.3.3. Wynagrodzenia i czas pracy

Ważnym elementem związanym z oceną jakości miejsca pracy w branży ochrony zdrowia były, wspomniane w poprzednich częściach rozdziału, dodatki finansowe. Wracamy do nich ze względu na duże znaczenie dla pojawiania się napięć zarówno wśród pracowników ochrony zdrowia, jak i w społeczeństwie. Odnosząc się do pierwszej kwestii, należy pamiętać, że w początkowym okresie dodatki nie były dostępne dla wszystkich grup zawodowych w tej branży: pozbawione tej możliwości były początkowo zawody niemedyczne (m.in. salowe, co było podnoszone w FGI z lekarzami, którzy mówili, że część szpitali wypłacała dodatkowe bonusy w innej formie). Sytuacja zmieniła się po protestach strony związkowej – w 2021 r. przyznano personelowi niemedycznemu jednorazowy dodatek w kwocie 5000 zł (brutto) (NFZ, 2021). Do tego dochodziły kwestie

zorganizowania wypłaty dodatków: sam przepis prawny sankcjonujący te wypłaty był niejasny i dopuszczał różne interpretacje. Dotyczyły one niejasności co do tego, kogo można uznać za osobę pracującą z chorym na COVID-19. W dalszych fazach pandemii było to jednym z powodów napięć w zespołach medycznych, a sprawy sądowe o zwrot „nieuprawnionych” dodatków ciągnąć się miały zdaniem jednej z badanych związkowczyń jeszcze po zakończeniu kryzysu zdrowotnego:

Arkadiusz: Problem był taki, że w tych warunkach przyznawania tych dodatków, tam była taka nieprecyzyjna jedna rzecz, mianowicie byli pacjenci z podejrzeniem COVID-19 i chorzy na COVID-19, więc dużo osób mogło też w jakiś sposób nadużywać tego. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Jak weszły środki covidowe w sensie dodatków covidowych, to one, były nieprecyzyjne zapisy [...]. I doszło do takiej sytuacji, że pielęgniarce zarzucono wyłudzenie środków ze względu na to, że zarzucono im, że doszło do rażącego naruszenia obowiązków pracowniczych. (EX_36_OZ_ZZ)

Pomimo niejasnych regulacji kwestia dodatków covidowych wśród pielęgniarek odgrywała istotną rolę. W przypadku jednego z badanych szpitali pojawiła się relacja o 50-procentowych dodatkach do pensji (nie tylko dla pielęgniarek) wprowadzonych przez samego pracodawcę jeszcze przed dodatkowym finansowaniem rządowym:

Halina: U nas pierwszego dnia, jak otrzymaliśmy informacje, że będziemy oddziałem covidowym, pan dyrektor powiedział, że każdy z personelu, który będzie na oddziale covidowym pracował, dostanie 50 procent swojej pensji. Nie wiedzieliśmy jeszcze o dodatku covidowym, tak że od razu pierwszego dnia to było powiedziane. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

Ponownie jednak możemy zaobserwować zastosowanie różnych rozwiązań w zależności od placówki. Były miejsca, gdzie dodatkowe wynagrodzenie było wprowadzane lokalnie, ale były też miejsca, gdzie takich dodatków nie było oprócz tych, które zostały ostatecznie wprowadzone na poziomie rządowym. Co więcej, dodatki z budżetu centralnego nie wszędzie były wypłacane od razu (wskazywano na to w wywiadach lekarskich, jak i pielęgniarzkich), co wiązało się z oczekiwaniem na środki i otrzymywaniem ich w ramach wyrównania. Również czas trwania bonusu nie był jednolity. Kontrowersje wokół dodatków okazały się na tyle istotne, że temat ten przebił się również do mediów (por. rozdział 5).

Dodatkowym czynnikiem wpływającym na wynagrodzenie w okresie pandemii był przywołany wyżej zakaz pracy w więcej niż jednym miejscu, choć należy tu podkreślić, że regulacja ta obowiązywała przez krótki czas (między kwietniem a lipcem 2020 r.), więc nie spowodowała znaczących różnic w dochodach lekarzy.

Badacz: Ale w tym pierwszym momencie, jak na to zareagowaliście, jak was to dotknęło, czy tak jak pani Kasia odkryliście życie domowe?

Lena: Mnie chyba nie dotknęło, bo ja nie miałam zakazu pracy. Ale ja jeszcze wtedy nie byłam oddziałem covidowym.

Katarzyna: No właśnie, na oddziałach covidowych był zakaz pracy.

Lena: Ale to było w pierwszej fali tylko, potem już było inaczej. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Inaczej sytuacja przedstawiała się w historii jednej z pielęgniarek:

Barbara: I z uwagi też na to, że zostaliśmy ograniczone do jednego miejsca pracy, to jedna czwarta pielęgniarek odeszła ze szpitala. U nas bynajmniej. Więc rozmawiałam z pielęgniarkami, które pracowały wiele lat, naprawdę wiele lat, i odchodziły z pracy bez mrugnięcia okiem, po prostu. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

Należy jednak podkreślić, że ta relacja jest wyjątkowa na tle innych wypowiedzi badanych, choć może wskazywać na większą skłonność do podejmowania decyzji o zmianie pracy ze strony pielęgniarek.

Większym problemem były zmiany w organizacji czasu pracy, które były związane ze specyfiką zagrożenia pandemicznego i koniecznością zapewnienia obsady na oddziałach covidowych. Badani wskazywali sytuacje, w których decyzje o zmianie organizacji pracy zwiększały obciążenie nią, a czasami powodowały, że pracownicy przez wiele dni nie wracali do domów, pozostając w miejscu pracy. Oznaczało to w praktyce izolację od rodziny i znaczne obciążenie innych jej członków i członkiń obowiązkami opiekuńczymi.

Monika: Ale z powodu tego, że na oddziale covidowym trzeba było mieć dyżury po 36 godzin czasami. Ponieważ ja dojeżdżam, do pracy mam 100 kilometrów, to mi się nie opłacało do domu wracać na 12 godzin. Więc miałyśmy stworzone w pracy warunki i po prostu spałyśmy na miejscu te 12 godzin, i następny dyżur trwał [...]. Moje koleżanki, które miały małe dzieci w wieku szkolnym, to była po prostu masakra. Dlatego że one też jakby izolowały się od tych dzieciaków. Często i gęsto w ogóle do domu nie wracały. (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

Regułą było również dzielenie zmian na nowe w stosunku do okresu przed-pandemicznego jednostki czasowe, tak by ograniczyć pracę w strefie brudnej i dać sobie czas na odpoczynek. Co więcej, praca w specjalnych ubraniach ochronnych przy niesamodzielnym pacjentach, która polegała m.in. na ich przewracaniu do specjalnych pozycji ułatwiających oddychanie, była fizycznie wyczerpująca.

Edward: Tylko tyle, było ciężko, to wszystkie panie mogą potwierdzić, że po 3–4 godzinach człowiek wychodził z mniejszą wagą. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

Warto dodać, że w relacjach badanych pojawiały się wątki różnicujące: były etapy zwiększonej intensywności, ale były też momenty, kiedy pracy było mniej (zwłaszcza przed pojawieniem się pierwszych chorych).

Podsumowując kwestie zmian w wynagrodzeniach i czasie pracy, wydaje się, że w przypadku tych pierwszych skoncentrowano się na materialnej rekompensacie (poprzez wprowadzenie dodatków covidowych) za podejmowane ryzyko oraz ewentualnym ograniczeniu dochodów z tytułu zakazu pracy w wielu miejscach naraz. Natomiast organizacja czasu pracy była zorientowana na utrzymanie procesu pracy w skrajnych warunkach jej wykonywania (obciążenia fizyczne i niedobory kadrowe).

11.3.4. Ryzyko zachorowania oraz stres w miejscu pracy

Pracownicy ochrony zdrowia należeli do grup o wysokim ryzyku zachorowania (Pruc i in., 2021), byli też wystawieni na stres prowadzący do wypalenia (Best, 2021; Chaudhry i in., 2021; Duarte i in., 2020). W przypadku naszych badanych zdecydowanie większa była obawa, że zachorują ich bliscy niż oni sami.

Wiesław: Ja sam, jeżeli chodzi o siebie, to raczej aż tak się nie bałem, bardziej po prostu myślałem o dziadkach czy o rodzicach, którzy są ode mnie po prostu starsi i powiedzmy, bardziej narażeni na taki cięższy przebieg. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Większy lęk i stres związany z zakażeniem był widoczny w relacjach pielęgniarzek:

Marta: Ale oczywiście, że tak, zwłaszcza na początku. To po prostu jakbym miała gdzie się wyprowadzić, to bym chyba do domu nie wracała, żeby nie narażać. Natomiast najgorzej to było na początku, prawda, tak do trzech

miesiący, to była taka panika, to był taki stres, to była taka nowość, no niewyobrażalna. (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

W powyższym cytacie pojawia się wątek możliwości zabezpieczania siebie i innych oraz wiążące się z tym, o czym pisaliśmy w części poświęconej początkom pandemii, doświadczenie niepewności i lęku. Ważnym czynnikiem był też stres związany z dużym obciążeniem pracą, a w części przypadków ze śmiercią pacjentów (i czasami kolegów bądź koleżanek z pracy). Pojawiły się m.in. relacje opisujące poronienie w okresie pandemii czy problemy psychologiczne. Wyrażnym punktem zwrotnym w odczuwaniu lęku przed chorobą było wprowadzenie szczepionek.

Bartek: Pierwsze szczepionki my jakoś tak na początku stycznia otrzymaliśmy jako personel medyczny, wtedy właśnie jakoś tak chyba troszeczkę poczulimy się, wydawało nam się, że chyba troszkę bezpieczni. (FGI_03_OZ_NWAW_LEKS)

Należy jednak podkreślić, że w wypowiedziach na temat szczepień, szczególnie w przypadku pielęgniarek, pojawiały się pewne różnice w opiniach dotyczących przymusu przyjęcia szczepionki:

Edward: Ja się pierwszy wypowiem, ja się szczepiłem trzema dawkami, więc nie miałem żadnych oporów. Jeżeli ktoś chce się zaszczepić, to się zaszczepił. Przymuszać, ja bym nie przymuszał, bo każdy jest kowalem swojego losu, a my jesteśmy grupą zawodową, która powinna świecić przykładem w tym przypadku. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

Inna osoba z personelu pielęgniarstwa podkreślała, że przymus szczepienia wykluczał z pracy osoby z przeciwwskazaniami do szczepienia („Ale pielęgniarki, nie pielęgniarki, salowe były tak ograniczone, bo obciążone były chorobami, gdzie nie mogły się zaszczepić. I straciły na tym, niestety”, FGI_05_OZ_NWAW_PIEL). Temat szczepień będzie przez nas jeszcze analizowany w dalszej części rozdziału, gdzie opisujemy relacje pracowników ochrony zdrowia z pacjentami. Jest to kolejna ilustracja zderzenia poziomu zarządzania kryzysem pandemicznym przez władze centralne z poziomem jednostkowych doświadczeń i poczuciem autonomii w podejmowaniu decyzji o szczepieniu. Pracownicy branży, choć zasadniczo popierali szczepienia, nie zawsze byli zadowoleni z decyzji, kto i na jakich zasadach powinien zostać zaszczepiony (możliwość odmowy bądź przymus szczepienia).

11.3.5. Autonomia i kontrola w miejscu pracy

Wątek autonomii i kontroli w pracy odnosi się do różnych zagadnień poruszanych w literaturze, choć skupiony jest przede wszystkim wokół napięcia pomiędzy tym, ile wolności w wykonywaniu swoich zadań ma pracownik, a tym, ile jest kontroli ze strony przełożonego (Gallie, 2007). Kwestia autonomii i kontroli w sytuacji kryzysu pandemicznego, która pojawiła się w osłabionej formie ze względu na chroniczne problemy sektora branży ochrony zdrowia, jest w naszym materiale ważnym elementem szerszego tła. W części rozdziału poświęconej początkom pandemii przedstawiliśmy zderzenie perspektywy pracownika liniowego oraz kadry zarządzającej. Obydwie strony próbowały odpowiedzieć na wyzwanie i realizować swoje zadania w sytuacji niepewności, braku przygotowania i różnego rodzaju niedoborów (od materialnych braków w środkach ochrony bezpieczeństwa po konieczność stałej aktualizacji wiedzy na temat specyfiki wirusa).

W przypadku pracowników liniowych napięcie między autonomią i kontrolą było widoczne w związku z koniecznością realizacji zadań, które wynikały z obowiązujących procedur, przy jednoczesnych niedoborach wiedzy i sprzętu, poczuciu zagrożenia i stresie. Podstawowym źródłem tego, jak wykonywać swoją pracę, były procedury określające oczekiwane sposoby zabezpieczeń. Praca w ubraniach ochronnych, stałe noszenie masek, ale też konieczność szczepień czy kwarantanny w momencie potwierdzenia zakażenia wyznaczały ramy, w których procesy pracy (czyli leczenie chorych pacjentów) w sytuacji kryzysu pandemicznego powinny być realizowane. Pojawiały się jednak trudności w wypełnianiu formalnych oczekiwań, które wymuszały na pracownikach liniowych podejmowanie decyzji niestandardowych i nieprzewidzianych w ogólnych założeniach.

Elżbieta: Mielśmy tu pacjentkę onkologiczną, biedną taką po prostu, schorowaną, zbolełą, żeśmy na to łóżko przekładały w tych ciasnych drzwiach po prostu na tych prześcieradłach, bo nie było w ogóle możliwości. Później Krysia interweniowała, bo drzwi wywalili. Przecież tam się łóżkiem nie dało wjechać. My na prześcieradle we cztery żeśmy musiały pacjentkę przenosić, bo jakiś debil po prostu postawił takie wąskie drzwi. (BNI_23_OZ_Elżbieta)

Warto zauważyć opisaną w powyższym cytacie kreatywność i innowacyjność, którą musiał wykazywać się personel medyczny w sytuacji pojawienia się różnego rodzaju barier (w tym przypadku fizycznych). Natomiast przestrzenią swobody dla osób pracujących zarówno w pandemii, jak i po niej była kwestia organizacji pracy:

Magda: W momencie wejścia w oddział, jeżeli miałyśmy się dzielić, ustalałyśmy między sobą, której pasuje pierwsze wejście, której drugie. I to już było między nami, nie miałyśmy, że ja muszę być jako pierwsza, a koleżanka jako druga. To było między nami, między zespołem. (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

Jak widzimy, autonomia nawet w sytuacji ścisłej kontroli związanej z procedurami bezpieczeństwa była możliwa w obszarze zarządzania przez pracownicę lub pracownika czasem i do pewnego stopnia sposobem realizacji swoich zadań (Scherer i Steiber, 2007).

11.3.6. Relacje społeczne w pracy i poza nią

W projekcie badaliśmy, jak narastający wielokryzys wpływał na zmiany w relacjach społecznych, koncentrując się na trzech głównych kierunkach tych zmian wśród pracowników: ich relacjach z przełożonymi, współpracownikami oraz – w branży ochrony zdrowia – pacjentami. W przypadku pierwszej kategorii relacji w zebranych materiałach zarysowuje się podział między bezpośrednimi przełożonymi (np. oddziałowymi czy ordynatorami) a wyższą kadrą zarządzającą (dyrekcją szpitali) czy personelem administracyjnym.

Ewa: Personel, który zostawał na strefie czystej, czy oddziałowa, czy koordynująca, czy panie ordynator, czy pan profesor, wspierali nas bardzo słowem. I to też było psychologiczne podejście. Bardzo dobre. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

Zwłaszcza w związku z przyznawaniem dodatków finansowych (czy wprowadzanych lokalnie, czy w przypadku tzw. dodatku covidowego) narastało napięcie między lekarzami i pielęgniarkami a dyrekcją. Badani wskazywali na niejasność procedur, konieczność dopominania się o wypłatę obiecanych środków, niesprawiedliwości w ich przyznawaniu.

W niektórych relacjach pojawiały się również charakterystyczne napięcia między grupami zawodowymi (lekarzami, pielęgniarkami czy wspomnianymi wyżej pracownikami administracji szpitalnej) bądź – co wydaje się interesujące ze względu na działalność związkową Porozumienia Rezydentów – między młodymi lekarzami a starszym personelem medycznym. Ci pierwsi wskazywali przede wszystkim na niewystarczające przygotowanie starszych lekarzy, ich niechęć do zdobywania wiedzy na temat wirusa oraz omijanie procedur bezpieczeństwa, co wiązało się z ryzykiem zakażenia. Z drugiej strony, szczególnie tam, gdzie relacje w okresie przedpandemicznym były dobre, sytuacja pracy

w trudnych warunkach miała wpływ na zacieśnienie więzi między członkami danego zespołu:

Katarzyna: U nas zawsze były serdeczne stosunki, więc niewiele to się zmieniło, zawsze rozmawiamy, mamy takie środowisko, że rzeczywiście nie ma żadnego problemu, ani z pielęgniarkami nie mieliśmy żadnych zatargów, wręcz chyba nawet zbliżyło to, te dyżury wspólne zbliżały lekarzy i pielęgniarki. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Ważnym zagadnieniem była również sama charakterystyka choroby i jej wpływ na relacje między pacjentami a lekarzami i pielęgniarkami. W przypadku relacji z pacjentami znaczącym problemem były bariery w bezpośredniej komunikacji. Kontakt z chorymi był utrudniony – praca w kombinezonach ochronnych ograniczała porozumiewanie się, w dodatku sami pacjenci mieli problemy z oddychaniem i jeśli byli w ciężkim stanie, nie mogli mówić. Co więcej, w przypadku ciężko chorych uderzające dla naszych badanych było tempo rozwoju choroby:

Barbara: Chociaż te emocje, właśnie jak ci pacjenci się tak strasznie dramatycznie i szybko pogarszali, bo to faktycznie w covidzie potrafili dosłownie w pół godziny od momentu, jak pacjent wjeżdżał, to potrafił się tak pogorszyć, że zaraz był zaintubowany i na respiratorze, albo i nawet nie zdążyliśmy tego zrobić. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Dodatkowym wyzwaniem był towarzyszący leczeniu chorych na COVID-19 kontakt z ich rodzinami:

Zosia: Tak, to prawda, bo też przecież rodzic... czy rodzic, czy żona, ktokolwiek z rodziny dzwonił zapytać się o zdrowie pacjenta, to tu też był nacisk na nas też taki psychiczny. Był krzyk, dlaczego ja nie mogę się spotkać z mężem? Dlaczego nie mogę się pożegnać? (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

Przywołane cytaty mogą być też odczytane w kontekście opisywanego wyżej stresu związanego z pracą w wielokryzysie. Biorąc pod uwagę emocjonalność wypowiedzi badanych o utrzymywaniu relacji z różnymi grupami odbiorców, wydaje się, że był to czynnik o dużym (i negatywnym) znaczeniu dla samopoczucia kadry – nawet w przypadku doświadczonych lekarzy i pielęgniarek.

Na stosunki rozmówców z pacjentami wpływ miały także postawy tych drugich wobec szczepień. Źródłem napięć w relacjach były zwłaszcza postawy antyszczepionkowe, które stawały się problemem zdrowotnym, kiedy na

oddział trafiały osoby niezaszczone. Szczególnie lekarze raportowali zmianę w swoim nastawieniu do pacjentów po pojawieniu się szczepień:

Barbara: Bo my mieliśmy takie poczucie i nawet taka jedna z pań, anestezjolog, powiedziała, że teraz już nie ma takiej empatii do tych pacjentów, którzy się nie zaszczepili i oni potem tak ciężko chorują, trafiają na te respiratory, umierają, ale że to już jest taki ich wybór jak gdyby. (FGI_02_OZ_NWAW_LEK)

Dodatkowo, przywołując wcześniej opisywane nastawienie do problemu szczepień w grupach zawodowych (pozytywne i akceptujące przymus szczepień wśród lekarzy i pozytywne, ale z wyrażanymi wątpliwościami co do obowiązku szczepienia dla wszystkich członków personelu medycznego wśród pielęgniarek), możemy spojrzeć szerzej na tę kwestię. Po pojawieniu się szczepionek, ale jeszcze przed wygaśnięciem pandemii postawy antyszczepionkowe zaczęły odgrywać istotną rolę w osłabianiu więzi między różnymi aktorami społecznymi w branży ochrony zdrowia – nie tylko na linii personel medyczny – pacjenci.

11.3.7. Uznanie dla zawodu (niezbędność)

Planując badanie będące podstawą tej książki, zakładaliśmy, że w przypadku branż niezbędnych, w tym branży ochrony zdrowia, może zmienić się odbiór społeczny poszczególnych grup zawodowych. Obserwując debatę publiczną, szczególnie w pierwszych miesiącach pandemii, widzieliśmy większe wsparcie dla osób z zawodów medycznych zarówno wśród komentatorów, jak i szeregowych obywateli, ukierunkowane na medialne akcje „klaskania dla medyków”, ale też na działania oddolne mające na celu materialne wsparcie pracowników liniowych (por. rozdział 5). W zebranych przez nas materiale badani regularnie przywoływali wspomnienia o wsparciu okazywanym przez różne osoby i instytucje w pierwszych miesiącach kryzysu pandemicznego:

Halina: To my też właśnie mieliśmy posiłki, firmy nam przywoziły posiłki, firmy przywoziły nam owoce. I też od firm dostawałyśmy czy kapsułki, czy proszki, czy płyny do płukania. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

Sytuacja zaczęła się komplikować w późniejszym okresie. Z perspektywy lekarzy negatywna zmiana w odbiorze ich grupy zawodowej była związana z jednej strony z tym, że byli oni potencjalnym źródłem roznoszenia wirusa, a z drugiej problemem okazały się wspomniane już kilkakrotnie dodatki covidowe dla pracowników branży ochrony zdrowia.

Wiesław: Wydaje mi się, że w tych następnych miesiącach był trochę taki negatywny odbiór, zwłaszcza że były doniesienia medialne, że lekarze nie chcą pracować w tych oddziałach covidowych, że jest problem kadrowy, że są te dodatki covidowe. (FGI_01_OZ_WAW_LEK)

Na przykładzie relacji lekarzy i pielęgniarek widać zmiany, jakie zachodziły w nastawieniu społecznym do poszczególnych grup zawodowych (obserwowane z perspektywy lekarzy i pielęgniarek): przechodzenie od dyskursu „bohater-skiego” – obecnego nie tylko w polskim przypadku (Einboden, 2020; Lohmeyer i Taylor, 2021) – do podejrzeń o roznoszenie wirusa oraz postrzegania ich jako grupy „wyróżnionej” spośród innych w związku z dodatkowymi środkami finansowymi przeznaczonymi z budżetu centralnego. Szczególnie ten ostatni wątek ma ważne znaczenie z perspektywy oceny nakładania się na siebie różnych aspektów wielokryzysu (przedpandemicznych niedoborów finansowych i pandemicznej potrzeby podtrzymania działania branży), ponieważ wzmacnia poczucie niesprawiedliwości i niespójności działań systemowych.

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

W rozdziale 1. przywołaliśmy kilka dychotomicznych tendencji, które wyłaniają się z analizy pracowniczych odpowiedzi na kryzys: (1) wspólnotowość (solidarność) lub indywidualizacja (prywatyzacja), (2) innowacja (autonomia) lub reprodukcja (kontrola); (3) opór lub normalizacja.

Sposoby radzenia sobie z wielokryzysem przez pracowników ochrony zdrowia analizujemy w odniesieniu do odwołujących się do tych kategorii dwóch sekwencji: normalizacyjnej (dominującej) i kontestacyjnej (słabiej obecnej). Sekwencje te wchodzą w schemat analityczny IKON (innowacji, kontroli, oporu i normalizacji) opisany we wprowadzeniu do części III i wcześniejszych publikacjach zespołu (Mrozowski, 2023).

11.4.1. Sekwencja normalizacyjna

Pierwsza z sekwencji składa się z fazy innowacji pracowniczych (ale też do pewnego stopnia zarządczych) (Mrozowski i Burski, 2024b), która pojawia się w momencie uderzenia kryzysu egzogenne (pandemii). To reakcja na słabości organizacyjne, będące konsekwencją chronicznych problemów branży, oraz na brak przygotowania do przeciwdziałania kryzysowi na poziomie

instytucjonalnym, co wiążemy z wpływem logiki patchworkowej na sposób zarządzania branżą. Po okresie chaosu i niepewności (opisane w poprzednich częściach rozdziału doświadczenie początku pandemii) dochodzi do przywrócenia ściślejszej kontroli nad procesami pracy (ustalenie procedur bezpieczeństwa, stworzenie oddziałów covidowych, powołanie szpitali jednoimiennych oraz inne decyzje o charakterze administracyjnym) i ostatecznie, wraz z upływem czasu, ale też z pojawieniem się nowych rozwiązań technologicznych (skutecznych testów covidowych, szczepień) czy uodpornieniem się społeczeństwa na kolejne odmiany wirusa, dochodzimy do etapu normalizacji sytuacji, doświadczanej również przez pracowników liniowych. Sekwencję tę ilustruje wypowiedź pielęgniarki:

Julia: Tak, na początku samym tak było, bo jakby nas to zaskoczyło wtedy, ale potem w trakcie już pandemii, przygotowywane zostały już izolatki, mamy też, nie wiem, czy na innych oddziałach tak jest, tutaj panie macie takie doświadczenia. Mamy zrobiony monitoring, więc ta sala izolacyjna jest w ogóle monitorowana z głośnikiem. Jest też zrobiona taka szyba, chyba każdy ma, ale też pomaga taki monitoring, bo wtedy pacjent może się z nami komunikować czy ktoś, kto jest w środku w izolacji, też może się w izolatce z personelem komunikować z kimś z zewnątrz, żeby coś podać. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

W powyższym cytacie możemy zaobserwować kolejne fazy: zaskoczenie pandemią, wprowadzenie izolatek (innowacja organizacyjna) i monitoringu sal chorych (kontrola nie tyle nad pracownikami, co nad stanem pacjentów), a następnie znormalizowanie sytuacji kryzysowej.

Wydaje się, że do pewnego stopnia wspierający i ułatwiający sekwencję normalizacyjną był wspólnototwórczy wpływ kryzysu i wzmocnienie (do pewnego stopnia) relacji koleżeńskich (Chemali i in., 2022). Przywołyaliśmy ten wątek przy opisie zmian w relacjach między pracownikami po 2020 r., ale warto do niego wrócić także w tym miejscu:

Edward: Ja uważam, że największym wsparciem byliśmy my sami dla siebie, bo tak naprawdę my byliśmy zamknięci w tych oddziałach, w tych punktach, gdzie byli pacjenci z covidem, mi się wydaje, że dla siebie byliśmy wsparciem, widzieliśmy, co się dzieje, rozumieliśmy siebie. (FGI_04_WAW_PIEL)

W relacjach pracowniczych wsparcie okazywane sobie przez członkinie i członków zespołów było szczególnie ważne, by przetrwać trudne momenty mające znamiona innego typu kryzysu – kryzysu zdrowia psychicznego, charakterystycznego dla pracowników ochrony zdrowia w okresie pandemii

(Chatzittofis i in., 2021; Spoorthy, 2020). Co ważne, tylko w kilku przypadkach wspomniane było wsparcie psychologiczne zapewniane przez pracodawcę. Podtrzymywanie praktyk wzajemnej troski było jeszcze wzmacniane przez etosowe rozumienie swojego zawodu, choć w tym przypadku warto zastanowić się, wobec kogo budowana była i jest etyka odpowiedzialności (wobec pacjentów, współpracowników, miejsca pracy (pracodawcy) czy społeczeństwa?). Jeśli wziąć pod uwagę przywołane cytaty, odpowiedź na to pytanie kierowałaby się w stronę relacji ze współpracownikami i pacjentami. Stosunki z dyrekcją czy opinie na temat sposobu zarządzania pandemią przez władze centralne wskazywałyby raczej na rosnący dystans ze strony pracowników ochrony zdrowia. Podobnie zresztą wyglądałaby kwestia relacji ze społeczeństwem, które w opinii badanych przeszło od wsparcia do krytyki personelu medycznego.

11.4.2. Sekwencja kontestacyjna

Rzadziej spotykaną w materiale logiką była sekwencja kontestacyjna – czy to w wymiarze indywidualnym, czy kolektywnym. Jej pierwsze fazy do pewnego stopnia są przez nas rozumiane w podobny sposób jak w przypadku sekwencji normalizacyjnej. Ponownie mamy więc do czynienia z koniecznością reakcji na szok związany z niespodziewanym kryzysem pandemicznym. Tak jak w poprzednio opisywanej sekwencji, następuje faza innowacji, a następnie przywrócenie mniej lub bardziej autorytarnych form kontroli nad pracownikami poprzez wprowadzenie różnego rodzaju rozwiązań o charakterze proceduralnym i administracyjnym. Jednak ostateczną odpowiedzią pracowniczą byłyby formy hirschmanowsko rozumianej krytyki (*voice*) bądź rozstania (*exit*) (Hirschman, 1995) w konfiguracjach sprywatyzowanych lub kolektywnych działań podejmowanych przez pracowników ochrony zdrowia.

Sprywatyzowane formy kontestacji to decyzje ukierunkowane na zmianę strategii życiowej m.in. w stronę zachowania większej równowagi między pracą a życiem prywatnym. Obserwowaliśmy w takich sytuacjach skupienie się na indywidualnej perspektywie pracownika, poszerzonej w niektórych wypadkach o perspektywę własnej rodziny, jak w przypadku wywiadu z Pauliną (BNI_02_OZ_Paulina), analizowanym również w tekście poświęconym tematu pandemii jako biograficznego punktu zwrotnego (Mrozowicki i Burski, 2024a; zob. również rozdział 15).

Dowody na inne zindywidualizowane formy kontestacji (a właściwie, przynajmniej czasowego, hirschmanowskiego rozstania) widzimy w relacjach,

w których rozmówcy mówią o działaniach innych pracowników, w tym o unikaniu pracy w trakcie kryzysu pandemicznego. Prowadziły one niekiedy do napięć wewnątrz zespołu pracowniczego.

Monika: Myślę, że ta niewiadoma też była dla nas taka straszna, bo nikt tego nie znał. Nie wiedział, jak się chronić, co mamy robić tak albo nie tak. I jeszcze miałam troszeczkę, nawet mam dużo żalu do koleżanek, z dziesięciu na oddziale zostało nas dwie, reszta podwinęła ogony pod siebie i poszła na długie zwolnienia. (FGI_05_OZ_NWAW_PIEL)

Kwestia unikania pracy może być rozumiana jako forma zindywidualizowanego oporu wobec rygorów kontroli i przymusu pracy, narzucanych w sytuacji kryzysu pandemicznego. Byłaby to wtedy forma poszukiwania autonomii nawet poprzez łamanie etyki zawodowej i relacji zespołowych.

Kontestacja w wymiarze kolektywnym była przede wszystkim powiązana z mobilizacją pracowniczą. W okresie pandemii odnotowaliśmy 17 strajków w ochronie zdrowia (od lokalnych po ogólnopolskie) (*Monitoring konfliktów...*, 2023). Znacznie więcej zaobserwowano konfliktów pracowniczych i sporów zbiorowych (szczegółowe dane znajdują się w rozdziale 14), choć warto zwrócić uwagę na spadającą ich liczbę po 2020 r. (od 192 sporów zbiorowych w 2020 r. do 45 w 2023 r. oraz od 34 konfliktów pracowniczych w szczytowym 2021 r. do 21 w 2023 r.)⁹. Uwagę przyciągają dwa główne wydarzenia: protesty z 11 września 2021 r., skupiające działania dużej części organizacji związkowych reprezentujących różne grupy pracowników ochrony zdrowia (przede wszystkim pielęgniarek, ale także lekarzy, ratowników medycznych, rezydentów i innych) oraz „Białe miasteczko 2.0”, forma protestu ulicznego skupiającego różne organizacje związkowe pod Kancelarią Prezesa Rady Ministrów od września do listopada 2021 r. (po 24.11.2022 zasadnicza część aktywności przeniosła się do sieci). Główną oś konfliktu zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku wyznaczały strukturalne problemy ochrony zdrowia: niewystarczające finansowanie i niedobory kadrowe. Co interesujące, lekarze i pielęgniarki, którzy wzięli udział w naszym badaniu, w większości nie byli w wymienione wyżej protesty zaangażowani. Natomiast badanymi, którzy wzięli udział w protestach, byli lekarze stażyści.

Elżbieta: Te, które były, to było, jeśli dobrze na jesieni, pod koniec lata, to po prostu uczestniczyliśmy, a na poprzednich, ponieważ protesty głodowe

⁹ Dane odnoszą się do opieki zdrowotnej i pomocy społecznej razem wziętych.

rezydentów, te pierwsze protesty de facto były w czasie naszych studiów i to wtedy też często po prostu widzieliśmy tych rezydentów, idąc na zajęcia, też z nimi rozmawialiśmy. (FGI_03_OZ_NWAW_LEKS)

W przeprowadzonym z tą grupą zawodową wywiadzie grupowym przede wszystkim wybrzmiewało zrozumienie dla protestów i presji wywieranej na rządzących, dla słuszności postulatów i przekonanie o pozytywnym wpływie potencjalnych zmian na sytuację samej grupy zawodowej, jak i całego systemu ochrony zdrowia. Pozostali badani, pytani o ocenę tych działań, z jednej strony dostrzegali ich potrzebę, a z drugiej podkreślali brak efektów – również w odniesieniu do protestów zbiorowych w okresie przedpandemicznym.

Warto tu jednak podkreślić głosy pojawiające się przede wszystkim wśród pielęgniarek, które w zdecydowanie bardziej pozytywny sposób odnosiły się do zaangażowania osób protestujących:

Elżbieta: Nic, niestety, nie uzyskały panie, szkoda było, może nie szkoda czasu, szkoda było tych dziewczyn, gdzie się dowiedziałam z telewizji, nie byłam akurat na miejscu, gdzie jeżeli sobie dobrze przypominam, to był październik, było zimno, tyle osób się poświęciło, tyle osób się zaangażowało i przykre było to, że praktycznie nic nie uzyskały. (FGI_04_OZ_WAW_PIEL)

Podsumowując część poświęconą sposobom, w jakie pracownicy branży ochrony zdrowia radzili sobie z wielokryzysem, przede wszystkim pandemią COVID-19, wydaje się, że główną tendencją była dominująca sekwencja normalizacyjna. Możliwą interpretacją wyjaśniającą, dlaczego – pomimo m.in. stosunkowo wysokiego poziomu uzwiązkowienia – kolektywne formy oporu były obecne w sposób ograniczony, jest kombinacja kilku czynników. Po pierwsze, przedpandemiczne, długoletnie doświadczenie chronicznego kryzysu branży przygotowało pracowników na wstrząs związany z pojawieniem się kryzysu pandemicznego. Po drugie, pomimo trudnych warunków pracy w pierwszych miesiącach pandemii, a potem w szczycie drugiej fali wydaje się, że decyzja o przyznaniu dodatków covidowych, podjęta przez zarządzających ochroną zdrowia, miała efekt rozładowywania napięć. Trzecim elementem w naszym przekonaniu jest, podobna jak w edukacji, negatywna ocena rezultatów zbiorowych protestów. Nie bez wpływu według nas pozostają również różnice ocen dotyczących sensowności uzwiązkowienia między lekarzami (negatywne z wyjątkiem lekarzy rezydentów i stażystów) a pielęgniarkami (z reguły pozytywne).

11.5. Dialog trójstronny w pandemii i wielokryzysie

Krótko zajmiemy się też tematem powiązaniem ze sposobami radzenia sobie z wielokryzysem (zwłaszcza w ich kolektywnym wymiarze), czyli kwestią organizacji dialogu społecznego w okresie pandemii. Przed jej wybuchem tematyką ochrony zdrowia w ramach prac Rady Dialogu Społecznego zajmował się Podzespół ds. ochrony zdrowia, będący częścią Zespołu problemowego ds. usług publicznych, którego prace zostały zawieszone ze względu na to, że w grudniu 2020 r., w związku ze skalą kryzysu pandemicznego, powołano Doraźny Zespół problemowy ds. ochrony zdrowia. W nowej jednostce znaleźli się przedstawiciele strony związkowej, strony pracodawców prywatnych i państwa. Cele zespołu były następujące:

- wypracowywanie stanowisk, opinii i zaleceń w sprawach dotyczących polityki zdrowotnej państwa oraz w obszarze dostępu pacjentów do usług zdrowotnych w okresie pandemii COVID-19 i po jej zakończeniu;
- dokonywanie analiz i ocen funkcjonowania polityki finansowania całości lub wybranej części sektora ochrony zdrowia oraz podejmowanie inicjatyw w tym zakresie;
- analiza i ocena polityki zdrowotnej państwa w zakresie zabezpieczenia właściwego poziomu kadrowego pracowników ochrony zdrowia oraz kadr współuczestniczących przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰.

Zespół zbierał się sukcesywnie w latach 2021–2022 (łącznie przeprowadzono 24 spotkania) i został ostatecznie rozwiązany w marcu 2023 r. Tematyka spotkań była stosunkowo szeroka i obejmowała m.in.: podsumowanie sytuacji w różnych częściach systemu ochrony zdrowia w kolejnych fazach pandemii, kwestie bezpieczeństwa i higieny pracy pracowników ochrony zdrowia (w tym zapewnienie środków ochrony osobistej), kwestie telemedycyny, dodatki covidowe, przygotowania do spodziewanych nowych fal zakażeń (w zależności od okresu pracy zespołu).

11.6. Studium przypadku: szpital wieloprofilowy w dużym mieście

Studium przypadku pokazuje przede wszystkim perspektywę organizacyjną charakterystyczną dla danej branży. W jego ramach prezentujemy różne poziomy

¹⁰ <https://rds.gov.pl/zespoły-rds/dorazny-zespół-problemowy-ds-ochrony-zdrowia/> [dostęp 6.08.2023].

doświadczeń: od pracowników mających bezpośredni kontakt z pacjentem po kadrę zarządzającą. Na potrzeby dyskusji o ochronie zdrowia (a konkretniej: szpitalnictwa) wybraliśmy oddział covidowy, który powstał w jednym ze szpitali wieloprofilowych w dużym mieście wojewódzkim.

Po wybuchu pandemii w marcu 2020 r. wraz z pojawianiem się kolejnych pacjentów okazało się, że konieczne było ograniczenie pracy bądź wyłączenie części oddziałów i skupienie wysiłków kadry medycznej i niemedycznej na przyjmowaniu, selekcjonowaniu i leczeniu chorych na koronawirusa. W tym celu w analizowanym przez nas szpitalu powstał specjalny oddział covidowy, do którego trafiali zdiagnozowani pacjenci.

Ordynator: Skala była gigantyczna. Trzeba zorganizować było nowe wejścia, nowe sale przesiewowe, prawda, nowe drogi i zespoły gromadzić jako takie do pracy, plus zapewnić funkcjonowanie. Funkcjonowanie, czyli sprzęt jednorazowego użytku i wyżywienie dla personelu dyżurowego. Państwo zapewniło rzeczywiście dodatki finansowe, niewielkie, ale zapewniło, co umożliwiło ludziom pracę. (EX_40_OZ_KIER)

W rozdziale kilkakrotnie wspominamy o różnego rodzaju problemach, z którymi musieli mierzyć się zarządzający i pracownicy liniowi w oddziałach covidowych, ale warto również wskazać na kłopoty organizacyjne, które pojawiały się nie na samym oddziale, lecz jeszcze przed przyjęciem na niego pacjenta:

Ordynator: W momencie, jak się pojawił COVID-19 i pojawiły się po miesiącu sto karettek przyjeżdżających tutaj czy sto dziesięć, ja w ogóle nie mogłem dojechać, czekających ludzi, kaszlących, z tego siedemdziesiąt procent nie miało żadnego covidu, to w ogóle uległo to kompletnej dezintegracji, bo innych pacjentów nie można było przyjmować. Można było tylko różnicować, czy COVID-19, czy nie COVID-19. (EX_40_OZ_KIER)

Powyższy cytat wskazuje na jedną z zasadniczych trudności w szczytach fal pandemii, czyli na drastycznie rosnącą liczbę pacjentów, co do których należy podjąć decyzję o przyjęciu bądź odesłaniu do innych placówek. Problemem była przepustowość systemu i komunikacja między jego poszczególnymi elementami (np. wysyłanie przez lekarzy POZ [podstawowej opieki zdrowotnej] niezdiagnozowanych pacjentów z podejrzeniem zakażenia od razu do placówek szpitalnych).

Związki zawodowe i jednostki samorządu zawodowego (izby pielęgniar-skie i lekarskie) odgrywały rolę strony wspierającej personel liniowy, szczególnie w zabezpieczaniu pracowników i ograniczaniu ryzyka zdrowotnego.

O działaniach podejmowanych w innym ze szpitali w tym samym mieście wojewódzkim opowiadała jedna z liderek związkowych:

Pielęgniarka związkowiec: I działania zaczęliśmy podejmować, mogę powiedzieć, na terenie swojego szpitala, to były tysiące pism do dyrektora właśnie o zabezpieczenia, o możliwość udostępnienia, tak, personelowi jak największą ilość środków ochrony osobistej. (EX_38_OZ_ZZ)

Co ciekawe, działania takie nie były wspomniane w zebranych w analizowanym szpitalu wywiadach eksperckich z lekarzami. Mówili oni natomiast o tym, że tworzenie oddziału covidowego wiązało się z przewycięzeniem różnego rodzaju braków: od zasobów materialnych (w które należy też włączyć zaplecze przestrzenne, które w nowej sytuacji wymagało rearanżacji), przez konieczność zdobycia nowej wiedzy, po niedobory kadrowe czy w dalszej perspektywie niedobory różnego rodzaju wsparcia (w tym psychologicznego). Tu istotną rolę odgrywała praca w zespole i współpraca z kadrą zarządzającą, a zatem strategia, którą w kategoriach hirschmanowskich opisać można jako lojalność:

Beata: Ja też mam dobry zespół, mam fajny zespół, młody zespół, któremu się chce, przynajmniej większości przypadków. No i to jakoś tam pozwoliło przejść przez ten taki etap i te rzeczy, które zorganizowaliśmy, no to były takie właśnie inicjatywy trochę oddolne, właśnie fajnych, nie wiem, ludzi z personelu, którzy coś tam sobie zaprojektowaliśmy, jaką pacjent ma, którą stroną wejść, którą stroną wyjść, żeby to miało ręce i nogi, żebyśmy też wiedzieli, którą stroną wejść i wyjść, i tak dalej, ale tak, na początek był wielki, wielki stres. (BNI_09_OZ_Beata)

Większość opisywanych problemów miała charakter czasowy i choć oddziały covidowe były istotnymi innowacjami, łączącymi w sobie wymiar organizacyjny, technologiczny i społeczny (Strumińska-Kutra i Rok, 2016), to w obliczu powrotu do pracy w trybie niepandemicznym doświadczenie z ich tworzenia miało efekt ograniczony czasowo.

11.7. Rekomendacje dla pracodawców, państwa i związków zawodowych

Wielokryzys lat 2020–2024, a przede wszystkim kluczowy w tym okresie kryzys pandemiczny, pogłębił trudności, z jakimi zmagala się branża ochrony zdrowia, i – co być może ważniejsze – pokazał, że bez wzmocnienia materialnego,

instytucjonalnego i kadrowego trudno będzie skutecznie chronić się przed konsekwencjami podobnych wstrząsów w następnych latach. Przedstawiamy najważniejsze rekomendacje oparte o przeprowadzone badania, które kierujemy do aktorów społecznych działających na trzech poziomach organizacyjnych: państwa, pracodawców i związków zawodowych.

11.7.1. Rekomendacje dla władz państwowych

Sprawą wymagającą podjęcia jak najszybszych działań jest podwyższenie poziomu finansowania ochrony zdrowia. Zalecamy tu przede wszystkim zwiększenie nakładów na cały system ochrony zdrowia (włącznie ze szpitalnictwem) i – jako punkt odniesienia – proponujemy średnią wartość finansowania branży w Unii Europejskiej, czyli 8,8% PKB. Ważną kwestią jest także rekapitulacja kierunków wydatkowania, czyli rozstrzygnięcie, czy nadal głównym kosztem w ramach wydatków w publicznej ochronie zdrowia powinna być opieka stacjonarna.

Kolejną rekomendacją jest uzupełnienie braków kadrowych z uwzględnieniem różnic między dużymi i mniejszymi ośrodkami oraz w ramach potrzeb charakterystycznych dla danego obszaru ochrony zdrowia (np. psychiatrii). Nasze analizy pokazują, że standard wykonywanych usług jest uzależniony nie tylko od liczby wysoko wykwalifikowanych specjalistów (np. lekarzy kardiologów), ale także od dostępności i jakości zespołu, który z nimi współpracuje.

Analizy dotyczące kondycji branży wskazują na chroniczne problemy z brakiem wystarczającej liczby pracownic i pracowników we wszystkich grupach zawodowych. Rekomendujemy, by jednym z priorytetów polityki zdrowia władz centralnych na najbliższe lata stały się wysiłki finansowe i organizacyjne skierowane do jednostek ochrony zdrowia (np. poprzez zapewnienie środków na szkolenia dla nowych pracowników) oraz działania bezpośrednio nakierowane na zmniejszenie dystansu kompetencyjnego i kulturowego (nauka języka polskiego) dla wchodzących do systemu pracownic i pracowników migracyjnych.

Z perspektywy doświadczeń pandemicznych ważnym działaniem powinno być przygotowanie bilansu pandemii w ochronie zdrowia, w którym należałoby podsumować działania państwa w wymiarze kadrowym, proceduralnym i instytucjonalnym. Potencjalnym wzorcem mogą być raporty Najwyższej Izby Kontroli, które przedstawiają ocenę działań np. w kontekście zarządzania szpitalami w czasie kryzysu. Co więcej, dobrym początkiem mogłaby być inicjatywa Głównego Inspektora Sanitarnego, który zapowiedział opracowanie bilansu działań podejmowanych w okresie pandemicznym.

W kontekście przygotowania się na nowe kryzysy o charakterze epidemiologicznym ważnym celem zarówno dla Ministerstwa Zdrowia jako instytucji zarządczej, jak i Narodowego Funduszu Zdrowia powinno być zmniejszenie różnic między większymi i mniejszymi ośrodkami poprzez stworzenie łatwo dostępnego na terenie wszystkich województw zaplecza materiałowego (środki ochrony osobistej, zbudowanie zaplecza technologicznego) na bazie doświadczeń z okresu 2020–2024 bądź regularnie ewaluowanego planu działania w przypadku rozwinięcia się kryzysu zdrowotnego na skalę krajową.

11.7.2. Rekomendacje dla pracodawców (poziom zarządczy)

Pierwszą rekomendacją na poziomie zarządczym jest demokratyzacja stosunków pracy. Chodzi tu przede wszystkim o poszerzenie (bądź stworzenie) przestrzeni do dyskusji z pracownikami (w tym związkami zawodowymi) na temat kluczowych problemów, z jakimi mierzy się w danym momencie organizacja. W kontekście kryzysu pandemicznego temat relacji z pracodawcami (szczególnie na poziomie dyrekcji szpitali) odgrywał ważną rolę w wypowiedziach badanych, szczególnie w kontekście negocjowania reguł przyznawania i wypłacania dodatków finansowych oraz przymusu pracy na oddziałach covidowych. Co więcej, szczególnie w sytuacji wybuchu z trudem dających się kontrolować kryzysów, istotnym elementem skutecznego zarządzania jest zapewnienie sprawnej komunikacji, której wprowadzenie powinno nastąpić w spokojniejszym, niekryzysowym czasie. Zwiększenie partycypacji pracowniczej w okresie względnej stabilności lepiej przygotowuje organizację na zmianę sytuacji.

Podobnie jak w przypadku poziomu władz centralnych, zalecamy również tworzenie bilansów pandemii na poziomie wojewódzkim i samorządowym, które powinny polegać na przygotowaniu listy dobrych praktyk na poziomie mikro (konkretne miejsca pracy) i mezo (poziom władz lokalnych). W ramach zrealizowanych przez nas wywiadów eksperckich pojawiały się przykłady takich praktyk, np. w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego stworzenie oddziałów filtrujących, pozwalających na sprawne zarządzanie przepływem pacjentów, tworzenie lokalnych zasobów materiałowych, opis podstawowych procedur czy przygotowanie planów działania na poziomie lokalnym na ewentualność pojawienia się zagrożenia epidemiologicznego.

W kontekście trudnych doświadczeń pracowników liniowych, wystawionych na wysoki poziom stresu i ryzyka zdrowotnego, pożądaną praktyką powinno być wprowadzenie dostępu do stałego wsparcia psychologicznego (zarówno w przypadku zawodów medycznych, jak i niemedycznych).

11.7.3. Rekomendacje dla związków zawodowych

Rekomendacje zamykamy postulatami skierowanymi do organizacji związkowych z branży ochrony zdrowia. Mając na uwadze zróżnicowaną ocenę działalności związków zawodowych, jaką przedstawili nasi badani, wskazujemy m.in. na dalsze starania na rzecz pogłębienia współpracy międzyzwiązkowej widocznej np. przy organizacji Białego Miasteczka 2.0. Co więcej, w świetle pojawiających się napięć między różnymi grupami zawodowymi istotne wydają się również starania na rzecz pogłębienia solidarności międzybranżowej. Dobrym przykładem tego rodzaju inicjatywy jest Porozumienie Zawodów Medycznych, koalicja organizacji związkowych, które wsparło m.in. protest głodowy Porozumienia Rezydentów w 2017 r.

Istotne jest również dostosowanie przekazu komunikacyjnego do potrzeb i oczekiwań wchodzących do zawodu kadr tak, by zwiększyć obecność związków zawodowych wśród młodych pracowników branży. Postulujemy m.in. wykonanie diagnozy najważniejszych barier wejścia do organizacji związkowych wśród młodych pracowników, skierowanie kampanii społecznych i uświadamiających rolę związku zawodowego, aktywizację na polu nowych mediów, przede wszystkim mediów społecznościowych, i skupienie się na problemach młodych pracowników.

Nasi rozmówcy i rozmówczynie zwracali uwagę na niedostateczną aktywność części organizacji związkowych bezpośrednio w miejscach pracy w okresie pandemii COVID-19. Szczególnie ważna w sytuacji zagrożenia była fizyczna obecność związkowców w miejscu pracy. Widoczność działań podejmowanych na poziomie konkretnych placówek i lokalnych organizacji związkowych jest więc istotnym elementem budowania zaufania wśród załogi. Tu postulujemy m.in. tworzenie lokalnych forów do wymiany informacji o sytuacji w miejscu pracy (wykorzystanie mediów społecznościowych), stałą i aktywną komunikację z pracownikami, którzy kierują do organizacji związkowej zapytania, szkolenia dla kadr związkowych nakierowane na poszerzanie zakresu działań promujących organizację związkową w konkretnym miejscu pracy.

Rekomendacje dla związków zawodowych zamykamy postulatem większego otwarcia się na pracownice i pracowników migrujących, przede wszystkim z Ukrainy, którzy mogą stanowić istotne źródło nowych członków w nadchodzących latach. W tym zakresie postulujemy dostosowanie komunikacji m.in. na stronach internetowych, gdzie powinny powstać odpowiednio nasycone informacjami podstrony w językach osób, do których kierowany jest przekaz; w mediach społecznościowych, gdzie przekazywane informacje powinny być przygotowane w kilku wersjach językowych, nawet jeśli nie dotyczą konkretnej

narodowości; czy w komunikacji bezpośredniej, gdzie zalecamy, z jednej strony, poszerzanie kadry związkowej o osoby potrafiące komunikować się w kilku językach bądź współpracę z zewnętrznymi tłumaczami. Z drugiej strony postulujemy wsparcie pracowników i pracowników migrujących, chcących nauczyć się języka polskiego (poprzez dofinansowanie bądź organizowanie kursów związkowych). Dodatkowym pomysłem byłoby przygotowanie specjalnie dedykowanej kampanii informacyjnej do pracowników migrujących, mającej charakter edukacyjny i mobilizacyjny.

11.8. Podsumowanie

Niniejszy rozdział został poświęcony kondycji zdrowia publicznego i jakości pracy w szpitalnictwie w sytuacji wielokryzysu, którego kluczowymi elementami były konsekwencje chronicznego kryzysu sektora usług publicznych (Kozek, 2011; Maciejewska i in., 2016) oraz nakładających się na nie kryzysów: pandemicznego, uchodźczego i wzrostu kosztów życia w latach 2020–2024. W przypadku tych ostatnich centralną rolę odegrał pierwszy z nich jako najważniejsze źródło problemów, z jakimi mierzyli się zarówno zarządzający branżą, jak i pracownicy liniowi. Staraliśmy się odpowiedzieć na pytania o kształt zmian, które zaszły w interesującym nas okresie w wymiarach jakości pracy, oraz o sposoby radzenia sobie z wielokryzysem przez personel medyczny i niemedyczny.

Sytuacja przedpandemiczna w branży ochrony zdrowia miała kluczowe znaczenie dla działań podejmowanych po wybuchu pandemii w 2020 r. Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na nieprzygotowanie branży na spodziewany od kilku miesięcy kryzys pod względem zaplecza materiałowego (braki m.in. w środkach ochrony osobistej), obiegu wiedzy i jasności procedur, które potęgowały poczucie chaosu i niepewności w pierwszych miesiącach po marcu 2020 r., czy stanu personelu medycznego (pogłębieniu uległy niedobory kadrowe w wyniku rosnącej liczby chorych zarówno pacjentów, jak i samych pracowników).

Opisywane przez nas zmiany w wymiarach jakości pracy możemy podsumować w nawiązaniu do dyskusji o niezbędności branży ochrony zdrowia dla utrzymania reprodukcji życia społecznego. Większość wymiarów przez nas opisywanych uległa pogorszeniu: pracownicy liniowi byli poddawani stałej presji o charakterze fizycznym (większe niż standardowe obciążenia fizyczne ze względu na pracę w trudnych warunkach i w sytuacji braków kadrowych), emocjonalnym (ryzyko zachorowania, ale również obserwowanie choroby i śmierci pacjentów czy współpracowników) i społecznym (po początkowych oznakach

wsparcia rosnące napięcia związane z traktowaniem personelu medycznego jako potencjalnego źródła zakażenia oraz ze względu na wypłacanie dodatków covidowych). Nawet stosunkowo pozytywnie oceniane dodatki finansowe ostatecznie powodowały napięcia nie tylko w kontekście odbioru społecznego, ale także w konkretnych miejscach pracy, gdy niejasność reguł ich przyznawania wiązała się z poczuciem niesprawiedliwości, a opóźnienia w wypłatach zwiększały niezadowolenie z kadry zarządzającej.

Z drugiej strony, jeśli przyjrzymy się sposobom radzenia sobie z wielokryzysem, to wydaje się, że wskazana przez nas jako dominująca sekwencja normalizacyjna była dowodem na duży potencjał dostosowawczy różnych kategorii pracowników. Kontestacja pojawiała się wśród naszych badanych rzadziej – miała m.in. wymiar zindywidualizowany, któremu było bliżej do hirschmanowskiego rozstania (np. poprzez przewartościowanie roli pracy wobec zobowiązań rodzinnych), a kolektywne formy mobilizacji pojawiały się przede wszystkim w relacjach młodych lekarzy i niektórych pielęgniarek.

W mniejszym stopniu w naszym materiale były obecne wątki związane z konsekwencjami dwóch kryzysów, które nastąpiły w końcowej fazie pandemii: kryzysu uchodźczego i wzrostu kosztów życia. Było to związane z faktem, że w mniejszym stopniu przełożyły się one na zmiany w wymiarach jakości pracy i w związku z tym były rzadziej (jeśli w ogóle) obecne w analizach sposobów radzenia sobie z wielokryzysem.

W kolejnym rozdziale analizujemy sytuację w branży pomocy społecznej, która do pewnego stopnia przypomina swoją charakterystyką ochronę zdrowia z dwoma ważnymi różnicami. Po pierwsze, jest w jeszcze większym stopniu niedofinansowana i cieszy się stosunkowo mniejszym zainteresowaniem decydentów i mediów (por. rozdział 5) niż ochrona zdrowia. Po drugie, jest w niej mniejszy poziom uzwiązkowania, co przekłada się na siłę przetargową wobec pracodawców (głównie publicznych) oraz administracji rządowej. Wybuch pandemii niewiele zmienił w pierwszym aspekcie, ale jednym z głównych wątków kolejnego rozdziału jest pojawienie się nadziei na bardziej efektywną walkę o prawa pracownicze.