

CZAS WOLNY PERSONELU MEDYCZNEGO W SZPITALACH
– **UPRAWNIENIE CZY PROBLEM?**
FREE TIME OF MEDICAL STAFF IN HOSPITAL
– **ENTITLEMENT OR A PROBLEM?**

BERNADETA PISZCZYGŁOWA

WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM,
UL. DEKERTA 1, 66-400 GORZÓW WIELKOPOLSKI

Streszczenie

Praca personelu medycznego ma na celu ratowanie zdrowia i życia ludzkiego. W sytuacji kryzysowej o charakterze ogólnoswiatowym, kiedy od personelu medycznego wymaga się szczególnej mobilizacji, najważniejszym zadaniem jest praca na rzecz innych. Jednak, jak wszystkie podmioty ludzkie, personel medyczny dysponuje możliwościami, które są wyczerpywalne. Pracując według określonego harmonogramu, potrzebuje on czasu wolnego na regenerację i zrekonstruowanie dobrostanu psychofizycznego. W tym przypadku kategoria czasu wolnego jest problematyczna, kiedy w podmiotach leczniczych obserwuje się pogłębiający deficyt kadr medycznych. Niniejszy artykuł ma na celu zasygnalizowanie problemu zbyt wielkiego obciążenia obowiązkami pracowniczymi oraz analizę kategorii czasu wolnego personelu medycznego w szpitalach w tym trudnym i skomplikowanym kontekście.

Słowa kluczowe: personel medyczny, szpital, czas wolny, praca.

Abstract

The work of medical staff is aimed at saving human health and life. In a global crisis, when the medical staff are required to be particularly mobilised, the most important task is to work for others. However, like all people, the medical staff has unlimited possibilities. Working according to a specific schedule, he needs free time to regenerate and reconstruct his psychophysical well-being. In this case, the category of free time is problematic, when a deepening shortage of medical staff is observed in health-care entities. This article aims to highlight the problem of excessive workload and to analyze the category of free time of medical staff in this difficult and complicated context.

Keywords: medical staff, hospital, free time, work.

WPROWADZENIE

Jeden z najważniejszych elementów, który wyłonił się w procesie przejścia od społeczeństwa tradycyjnego do nowoczesnego, to możliwość decydowania i konstruowania własnej biografii w oparciu o poczucie sprawczości i podmiotowości. Społeczeństwo jest

osadzone w konkretnej strukturze przestrzeni i czasu, które są przez jednostkę „zasiedlane” i wypełniane wspomnianą wyżej sprawczością. W związku z tym pojawia się także kategoria czasu wolnego, czyli takiego, w którym jest miejsce na czynności swobodnie wybierane. Czas wolny jest kwestią niezwykle istotną w życiu każdego człowieka. Jest niezbędny w celu regeneracji organizmu. Zmęczenie będące skutkiem pracy zawodowej jest sprawą naturalną, wymaga jednak odpoczynku. Długotrwały brak odpoczynku ma wpływ na samopoczucie fizyczne, psychiczne oraz społeczne, skutkować może m.in. wypaleniem zawodowym. Zjawisko to powinni dostrzegać pracodawcy, których pracownicy są szczególnie narażeni na ryzyko wypalenia, m.in. lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni (Łodzińska, 2018: s. 52).

Praca personelu medycznego to zajęcie silnie obciążające fizycznie i psychicznie, a jest tak między innymi dlatego, że bardzo ważną rolę odgrywa tu bliski kontakt interpersonalny oraz związany z nim proces zaangażowania i wymiany emocjonalnej (Grzelak, Szwarz, 2021: s. 9). Charakterystyczne dla pracy w podmiotach leczniczych jest narażanie się na negatywne reperkusje natury biologicznej, zdrowotnej, psychologiczno-socjologicznej (Zabielska, Bażydło, Karakiewicz, Grochans, Jurczak, Rotter, 2014: s. 1). Czynniki te nabierają większego znaczenia, gdy zestawione zostaną z problemem permanentnie pogłębiającego się deficytu kadr medycznych w podmiotach leczniczych. Czas pandemii jeszcze bardziej uzmysłowił zagrożenia związane z ograniczeniami w zakresie zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentami, jak również z warunkami pracy personelu medycznego.

Stan zagrożenia epidemicznego w związku z chorobą zakaźną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19) ogłoszony w Polsce w marcu 2020 roku, i w dalszej kolejności wprowadzony stan epidemii spowodowały konieczność zastosowania rozwiązań mających na celu zapobieganie i przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa, jak również zwalczania chorób będących skutkiem zakażenia i powikłań. Rozwiązania te dotyczyły m.in. organizacji pracy, także personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach. Nie było tu jednak możliwości zastosowania wszystkich rozwiązań, jak np. umożliwienie wykonywania pracy w formie zdalnej – poza miejscem jej stałego wykonywania, gdyż przeważająca część obowiązków personelu medycznego, takich choćby jak procedury, zabiegi, pielęgnacja czy rehabilitacja, musi być świadczona bezpośrednio przy pacjentach. Dodatkowym problemem jest przewidziany w ustawie o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku) zakaz odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego jako obowiązek publicznoprawny. Każdy zatem podmiot leczniczy, w tym szpitale, bez względu na tytuł własności lub rodzaj działalności leczniczej, nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia jej takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia. Działania organizatorskie szpitala, które pozbawiają ten podmiot zdolności do zapewnienia natychmiastowego udzielenia świadczenia ratującego pacjentowi życie, została uznana za praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjenta, gdyż w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego ważny jest czas, w jakim świadczenie medyczne zostanie udzielone. Żadna więc okoliczność nie

może stanowić usprawiedliwienia dla niewywiązania się z tego obowiązku (Karkowska, Krajewski, Karkowski, 2021: s. 664).

Przywołane wyżej ograniczenia wskazują na konieczność traktowania szpitali oraz zatrudnionego w nich personelu medycznego w sposób szczególny i odrębny od innych przedsiębiorstw oraz personelu. Stanowią także utrudnienie w zakresie planowania czasu pracy oraz czasu wolnego – udzielania świadczeń zdrowotnych – przez personel medyczny. Jak się wydaje, problematyka nie jest jedynie kwestią organizacyjną, by rozpatrywać ją w przestrzeni zarządzania, ale ma również silne ułożenie i znaczenie społeczne, psychologiczne czy komunikacyjne. Możliwość korzystania z czasu wolnego w przypadku personelu medycznego jest znacznie ograniczona. Spowodowane jest to przede wszystkim specyfiką pracy w szpitalu, zwłaszcza w czasie pandemii.

W artykule wykorzystano polską i zagraniczną literaturę przedmiotu, powołano się również na akty prawa powszechnie obowiązującego. Zastosowano metodę analityczno-syntetyczną. Jednocześnie podjęto próbę formułowania niektórych uogólnień, rozwiązań, postulatów, rekomendacji, mających prowadzić także do praktycznych rozwiązań, by ostatecznie usprawnić funkcjonowanie podmiotów leczniczych, ale także by mieć na uwadze zarówno dobro pacjenta, jak i samego personelu medycznego. To cel oczywiście ambitny, ale być może częściowo zostaje tutaj zasygnalizowany i nakreślony. Ponadto, osobiste praktyczne doświadczenie płynące z wieloletniej pracy zawodowej w takim właśnie kontekście instytucjonalnym, wydaje się usprawiedliwiać realizację wspomnianego, dość ambitnie postawionego celu.

PRACA I CZAS WOLNY PERSONELU MEDYCZNEGO

Przepisy w zakresie czasu pracy oraz odpoczynku stanowią niezwykle istotną kwestię, zwłaszcza w przypadku personelu medycznego. Najważniejszym na to stwierdzenie argumentem jest fakt, że praca personelu medycznego polega na zabezpieczeniu zdrowia i życia ludzkiego. Logicznym więc wydaje się, że personel ten musi mieć tak ustalony czas pracy, aby nie stanowił on zagrożenia podczas wykonywania obowiązków z powodu przeciążenia tą aktywnością. Zagrożenie może dotyczyć zarówno samych pacjentów, jak i pozostałego personelu medycznego. Dlatego też normy czasu pracy, czasu wolnego i odpoczynku kadr medycznych zostały określone w ustawie Kodeks pracy (Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 roku) oraz w ustawie o działalności leczniczej (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku).

Czas wolny w literaturze definiowany jest przez autorów w różny sposób. W znaczeniu potocznym określany jest jako czas bez obowiązków, przeznaczony na zajęcia dowolne, wypełniony aktywnością, w którą człowiek angażuje się z własnej woli po wypełnieniu swoich obowiązków zawodowych, rodzinnych i społecznych (Pięta, 2014: s. 11). Czas wolny definiowany jest także jako dobro społeczne, wypracowane przez jednostkę i społeczeństwo dla regeneracji sił fizycznych i psychicznych po pracy zawodowej, nauce, a jego wartość mierzy się rozwojem indywidualnych zamiłowań i zainteresowań.

sowań, zapewnieniem kulturalnego wypoczynku i kształtowaniem bogatszej osobowości jednostki (Winiarski, 1979: s. 33-34). Nieco inaczej problematykę czasu wolnego prezentuje autorzy, którzy wyróżniają różne etapy dochodzenia do czasu wolnego (Bombol, Dąbrowska, 2003: s. 56)

Zagospodarowanie czasu wolnego ma wymiar zewnętrzny, to znaczy, jest w jakimś sensie społeczny, gdyż człowiek nie żyje w izolacji od świata, ale w konkretnym środowisku (Bombol, Dąbrowska, 2003: s. 14). Czas wolny może być spędzany aktywnie lub pasywnie, zależnie od preferencji oraz możliwości. Wypełniany jest aktywnością, choćby takimi formami, jak: wczasy, odpoczynek, zabawa, praca nad sobą, rozrywka, gra, wypoczynek, hobby i rekreacja, w którą człowiek angażuje się z własnej woli (Pięta, 2014: s. 11).

Jednym z istotnych elementów czasu wolnego jest odpoczynek. Jest on celem, formą oraz częścią wypoczynku i oznacza przerwę w pracy dla nabrania sił lub przywrócenie sił po pracy, wysiłku fizycznym lub umysłowym (Pięta, 2014: s. 13-14). Odpoczynek jest pasywną formą wypoczynku, jest wypoczynkiem biernym, w które wchodzi także – przykładowo – zabawa, kształtowanie siebie. Należy on do czynności wczasowania, tworzących triadę funkcji czasu wolnego, a w połączeniu tylko z zabawą jest wypoczynkiem (Pięta, 2014: s. 14).

Prawo do odpoczynku gwarantują pracownikom przepisy powszechnie obowiązujące. Zgodnie z przepisami pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikowi w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, przy czym pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku powinien zostać udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Poza tym pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego, a w uzasadnionych organizacją pracy przypadkach pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni. Oznacza to, że w niektórych tygodniach pracownicy nie muszą mieć zapewnionego nawet skróconego do 24 godzin odpoczynku tygodniowego, jednak pod warunkiem, że zostanie on zrekompensowany w 14-dniowym odpoczynkiem w okresie rozliczeniowym, który należy liczyć od dnia, w którym pracownik nie otrzymał należnego odpoczynku tygodniowego (Rek, 2014).

Oprócz ustanowionego prawa do odpoczynku pracownikowi przysługuje szczególne prawo, którym jest coroczny, nieprzerwany, płatny urlop wypoczynkowy, a którego to pracownik formalnie nie może się zrzec. Wymiar urlopu wynosi: 20 dni w przypadku, gdy pracownik jest zatrudniony krócej niż 10 lat, lub 26 dni, gdy staż pracy pracownika wynosi co najmniej 10 lat. Poza powyższym pracownicy posiadający orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności mają prawo do 10 dni dodatkowego urlopu wypoczynkowego w roku (Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku). Tak stanowi prawo. Natomiast w obliczu pandemii oraz pogłębiającego się deficytu kadr medycznych personel medyczny w praktyce miał ograniczone możliwości, jeśli chodzi o korzystanie z czasu wolnego.

PRACA I CZAS WOLNY PERSONELU MEDYCZNEGO W KONTEKŚCIE PANDEMICYZNYM I POSTPANDEMICYZNYM

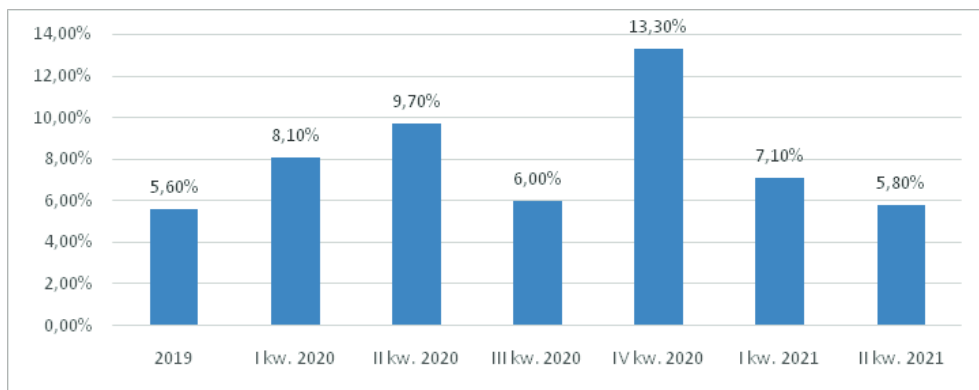
Jak donosi miesięcznik *Medycyna Praktyczna*, „pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 potwierdzono w Polsce w dniu 4 marca 2020. Do 9 czerwca 2022 roku odnotowano 531 470 423 potwierdzonych przypadków zachorowania na COVID-19 (zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2) na świecie, 6 318 391 osób zmarło” (MP, 2023). Na początku opisanej sytuacji był spory chaos, dopiero później pojawiały się słowa, układające się w dynamicznie zmieniające się procedury. Wówczas niewydolny system ochrony zdrowia „zdekompensował się” tak mocno, że na jaw wyszły wszystkie jego „choroby towarzyszące” oraz palące sprawy bagatelizowane przez dziesiątki lat (Gniadek, Nawara, Padykuła, Malinowska-Lipień, 2020: s. 151). Nikt nie spodziewał się, że lata 2020-2021 (czas pandemii) będą tak zapamiętane, że staną się symbolem wyzwań, lęku, oczekiwań i zarazem nadziei. W szpitalach lata te miały szczególne znaczenie dla wszystkich, zarówno dla pacjentów i ich rodzin oraz dla personelu medycznego. Po ogłoszeniu stanu pandemii Ministerstwo Zdrowia opracowało i wydało szczegółowe wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń, w których zawarto zalecenia postępowania przy udzielaniu poszczególnych rodzajów świadczeń (MZ, 2020).

W celu zabezpieczenia zdrowia i życia personelu medycznego, w szpitalach wprowadzono zmiany, także w organizacji pracy. Zmiany dotyczyły między innymi wyznaczenia stałych zespołów pracujących w ściśle określonym systemie pracy (zazwyczaj w 24 godzinnych zmianach) w celu zmniejszenia kontaktu między osobami, zapewnienia odpowiednich przerw w pracy i wyznaczenia miejsc do tego przeznaczonych, odpowiedniej komunikacji między zespołami pracującymi w tak zwanej strefie czystej i brudnej (Gniadek, Nawara, Padykuła, Malinowska-Lipień, 2020: s. 150).

W różnorodny sposób modyfikowano zasady organizacji pracy personelu medycznego poprzez, między innymi, wprowadzenie wymogu stosowania środków ochrony indywidualnej, określenie maksymalnego czasu pracy w wydzielonych strefach, czy pomiar temperatury po przyjściu do pracy (NIK, 2021: s. 21). Praca zdalna w ramach działań na rzecz ograniczenia kontaktów bezpośrednich pracowników zalecana jest wtedy, kiedy pozwala na to charakter pracy (CIOP, 2020: s. 8). System pracy zdalnej nie mógł być więc stosowany przez personel medyczny w szpitalach (Dobska, 2021: s. 103). Zmiana organizacji pracy w tychże instytucjach świadczących usługi zdrowotne w znacznej części odnosiła się do pracy administracji, a tylko częściowo do personelu medycznego, który w zależności od potrzeb wynikających z większego obciążenia i sporej absencji (L4 w sytuacji zachorowania pracownika, odbywanie kwarantanny), przesuwany był do pracy w innych oddziałach oraz podejmował dodatkowe czynności w zakresie pomiaru temperatury, wypełniania dodatkowej dokumentacji medycznej, weryfikowania stosowania procedur u pacjentów i osób towarzyszących (Dobska 2021: s. 103).

W czasie pandemii nastąpił znaczny wzrost absencji personelu medycznego (najwyższy w IV kwartale 2020 roku – 13,3%), m.in. z powodu zwolnień lekarskich, izolacji czy kwarantanny, co przedstawia rysunek 1.

Rysunek 1. Wskaźnik absencji personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umowy o pracę w wybranych okresach



Źródło: (NIK, 2022)

W procesach dostosowawczych systemu ochrony zdrowia do warunków kryzysowych pojawiały się również bariery, wśród których były następujące: nadmierne obciążenie personelu, niedobór personelu medycznego oraz ograniczone możliwości zatrudnienia dodatkowych pracowników ze względu na czynnik ekonomiczny, brak kadry medycznej na rynku pracy, czy obowiązek delegowania pracowników do placówek zajmujących się pacjentami z COVID-19 (Rybarczyk-Szwajkowska, Staszewska, Timler, Rydlewska-Liszowska, 2021: s. 600). Z uwagi na bardzo trudną sytuację epidemiologiczną Zarząd Główny Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej postulował ograniczanie pracy profesjonalistów medycznych na czas pandemii (lekarzy, pielęgniarek, pielęgniarzy, ratowników medycznych), tylko do jednego podmiotu leczniczego, w celu ograniczenia potencjalnego przeniesienia zagrożenia pomiędzy placówkami transmisji koronawirusa SARS-CoV-2 (Mazur, 2020).

Pomimo tak trudnej sytuacji szpitale poddawane były kontrolom. „W skontrolowanych przez NIK szpitalach w okresie od stycznia 2020 roku do końca czerwca 2021 roku było leczonych w sumie niemal 29 tys. pacjentów z rozpoznaniem COVID-19. Zapewnienie im łóżek było dużym wyzwaniem logistycznym, wymagało bowiem reorganizacji pracy istniejących oddziałów oraz wykonania prac adaptacyjnych i/lub modernizacyjnych. W efekcie poszczególne placówki miały do dyspozycji maksymalnie od czterech do 186 łóżek, przeznaczonych dla chorych z podejrzeniem lub rozpoznaniem tej choroby” (NIK, 2022). Istotne i egzemplifikacyjne zarazem może być tutaj zestawienie w odniesieniu do ogólnej liczby łóżek szpitalnych w 2019 roku i w okresie pandemii, co prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Liczba łóżek szpitalnych oraz ich wykorzystanie w latach 2019-2021 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku

Rok	Liczba łóżek szpitalnych ogółem	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	Wykorzystanie łóżek w dniach	Wskaźnik w %
2019	163 448	42,6	280,4	69,1
2020	163 709	42,8	200,9	55,1
2021	164 257	43,1	223,9	61,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CeZ, 2020, 2021, 2022)

Jak można zauważyć, liczba łóżek szpitalnych ogółem oraz w przeliczeniu na 10 tys. ludności od roku 2019 miała tendencję wzrostową, jednak ich wykorzystanie w 2021 roku w porównaniu do 2019 roku uległo znacznemu zmniejszeniu. Uzasadnienie tego faktu znaleźć można analizując liczby leczonych pacjentów w danym okresie, gdzie można zauważyć, że ich liczba w 2021 roku była znacznie niższa niż w 2019 roku.

Tabela 2. Liczba pacjentów leczonych w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych w latach 2019-2021 według stanów na dzień 31 grudnia danego roku

rok	Liczba leczonych pacjentów ogółem	Leczeni na 1 łóżko	Liczba osobodni w tys.	Przeciętny pobyt chorego w dniach
2019	7 911 172	47,9	41 711,1	5,3
2020	6 183 612	38,1	32 622,6	5,3
2021	6 790 860	41,7	36 461,5	5,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie (CeZ, 2020, 2021, 2022)

Zmniejszeniu uległa także liczba leczonych pacjentów w przeliczeniu na jedno łóżko, zaś w niewielkim stopniu wzrósł przeciętny pobyt chorego w szpitalu (tabela 2). Wyniki powyższych analiz nie oznaczają jednak, że personel medyczny w szpitalach miał mniej obowiązków. To był czas pandemii, narażenia na niebezpieczeństwo zakażenia podczas opieki i leczenia ciężko chorych pacjentów z podejrzeniem oraz z COVID-19.

Podczas przeprowadzonych kontroli przez NIK (NIK, 2020), stwierdzono różnego rodzaju błędy i zaniechania. Można tu wskazać na przynajmniej kilka.

1. Pomimo wdrożenia procedur mających zapobiegać transmisji SARS-CoV-2, w większości szpitali nie można było w pełni rozdzielić dróg przemieszczania się pacjentów zarażonych, osób z podejrzeniem COVID-19 i pozostałych chorych.
2. Nie stosowano regularnych testów przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania zakażeń SARS-CoV-2 i ognisk epidemicznych wśród personelu.
3. W badanym okresie testom wykrywającym obecność wirusa nie poddano około 20% pacjentów przyjętych planowo z innych przyczyn niż COVID-19.
4. W drugim kwartale 2020 roku stwierdzono braki w zaopatrzeniu personelu medycznego w środki ochrony indywidualnej. W pierwszym półroczu 2021 roku w porównaniu z 2019 rokiem siedmiokrotnie wzrosło zużycie masek chirurgicznych, a zużycie

półmasek FFP2 oraz FFP3 aż 45-krotnie. Największy poziom zużycia środków ochrony osobistej miał miejsce w czwartym kwartale 2020 roku, czyli w okresie zwiększonej liczby zachorowań na COVID-19.

Sytuacje tego typu powodowały, że personel medyczny pracujący na co dzień w warunkach zagrożenia utraty zdrowia lub życia doświadczał jeszcze bardziej zintensyfikowanego stresu i niepewności związanych z zagrożeniem epidemicznym. Praca i zaangażowanie personelu medycznego na rzecz pacjentów każdego dnia w tak trudnych i specyficznych warunkach, w dodatkowym umundurowaniu i z użyciem środków ochrony indywidualnej, aby nikogo nie zostawić w potrzebie, aby ratować zdrowie i życie innych była ogromnym wyzwaniem. Dodatkowo decyzje podejmowane na różnych szczeblach pod presją czasu, powodowały destabilizację i niepewność (Grzelak, Szwarz, 2021: s. 9).

Personel medyczny pracujący podczas pandemii odczuwał lęk o zainfekowanie siebie, osób bliskich albo innych, więc wielu z nich, w obawie o niezamierzone zainfekowanie członków rodziny lub znajomych, zdecydowało się zamieszkać z daleka od najbliższego otoczenia, nawet kosztem utraty ważnego źródła wsparcia społecznego (Lurka, 2021). Kolejnym problemem był fakt odrzucenia czy marginalizacji personelu medycznego przez inne osoby w miejscu zamieszkania, w miejscach publicznych, a nawet w rodzinach. Zjawisko stygmatyzacji dotyczyło szczególnie personelu pracującego w szpitalach jednoimiennych i na oddziałach leczenia chorób zakaźnych. Personel doświadczał odwoływania wizyt lekarskich, u kosmetyczki, fryzjera, itp. (Gniadek, Nawara, Padykuła, Malinowska-Lipień, 2020: s. 151).

Personel medyczny w udzielanych wywiadach przedstawiał fakty mające miejsce podczas wykonywania codziennych obowiązków. Oto niektóre z nich (Mikołajska, 2021):

1. „Często zdarza się, że przyjmujemy pacjenta na oddział np. o godzinie 14, o 17 już musimy go podłączyć do respiratora, a o 21 on już nie żyje. (...) Powrót do normalności to nasze jedyne marzenie”.
2. Na pytanie: jak czuje się człowiek ubrany w kombinezon ochronny pada odpowiedź: „(...)W takim skafandrze wytrzymać jest naprawdę bardzo ciężko. To wszystko jest bardzo szczelne, zamknięte – dla naszego własnego bezpieczeństwa. Ograniczona jest zdolność oddychania, te kombinezony w ogóle nie przepuszczają powietrza. To tak, jakbyśmy byli szczelnie owinięci w plastikowy worek, więc po tych kilku godzinach jesteśmy cali mokrzy, do tego odwodnieni.(...) Do tego na głowach, które i tak są osłonięte szczelnym kapturem, mamy przyłbice, czujemy się jak w kasku. W takim zabezpieczeniu bardzo kiepsko słyszeć. Jeśli więc jest jakiś nagły wypadek, na przykład reanimujemy pacjenta, po prostu krzyczymy do siebie”.
3. Odnośnie do zapytania o największy problem odpowiedziano: „naszym marzeniem jest, żeby przyjść normalnie na dyżur – bez kombinezonu. (...) Praca przekłada się też na nasze życie osobiste. Od ponad roku razem z żoną (też jest pielęgniarką i też od początku epidemii pracuje z pacjentami z COVID-19) mamy dylemat, czy możemy pojechać do jednych czy drugich rodziców, żeby się z nimi zobaczyć, czy jeśli pojedziemy, to oni będą bezpieczni, czy nie zawieziemy im wirusa... Sami zresztą staramy

się narzucać sobie obostrzenia. Jednym słowem, powrót do normalności – to nasze jedyne marzenie”.

Doświadczanie długotrwałego stresu, połączonego z brakiem umiejętności radzenia sobie z nim, z czasem prowadzi do przeciążeń w funkcjonowaniu organizmu, a w konsekwencji często do wypalenia zawodowego, niezwykle trudna sytuacja nasila doświadczanie strachu, lęku i depresji, a częste doświadczanie śmierci, towarzyszące epidemiom, nasila ryzyko zaburzeń traumatycznych (Grzelak, Szwarc, 2021: s. 9). Dodatkowo sytuacje nadzwyczajne mające wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych, w tym przypadku pandemia COVID-19, oddziałują na stosunek personelu medycznego do pracy wykonywanej w lęku i stresie, co więcej, jak wynika z najnowszych opracowań naukowych (w tym raportu wydanego pod patronatem American Psychological Association), pewien odsetek personelu medycznego rozważał kwestię rezygnacji z pracy, a nawet z zawodu, ze względu na strach przed pandemią (De los Santos, Labrague, 2021: s. 57).

Pandemia COVID-19 boleśnie pokazała braki i niedostatki w ochronie zdrowia, nieskuteczne i nieefektywne rozwiązania organizacyjne systemu i nie najlepsze rozwiązania finansowania sektora. Podkreślić należy, że system opieki zdrowotnej w Polsce ukierunkowany jest na opiekę szpitalną i charakteryzuje się dużym brakiem równowagi pod względem świadczenia usług, niedostatecznym zapewnieniem opieki ambulatoryjnej, diagnostyki i opieki długoterminowej, a także słabą koordynacją opieki stacjonarnej z innymi rodzajami opieki (European Observatory, 2021: s. 11). Z kolei ludzie pracujący w ochronie zdrowia, począwszy od pracowników medycznych, przez służby administracyjne, logistyczne i zarządzających wszystkich szczebli, wykazały się ogromnym zaangażowaniem, ofiarną pracą i profesjonalizmem w tym niezwykle trudnym czasie (Mazur, 2020). Jednocześnie zadania realizowane w trosce oraz w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie i życie drugiego człowieka, a także zmianowy system pracy, odcisnęły swoje piętno zarówno na zdrowiu fizycznym, jak i psychicznym personelu (Grzelak, Szwarc, 2021: s. 9).

Wszystkie przywołane powody, jak również wzrost liczby pacjentów przesuwających planowany termin przyjęcia na leczenie spowodowały wzrost liczby osób oczekujących na świadczenia zdrowotne (NIK, 2022):

- w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie liczba osób czekających na planowe zabiegi i porady ambulatoryjne wzrosła z 3414 na koniec 2019 roku do 3953 na koniec czerwca 2020 roku, po czym spadła do 1556 na koniec grudnia 2020 roku by znów wzrosnąć do 5720 osób na koniec czerwca 2021 roku;
- w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich 30 czerwca 2021 roku na zabieg endoprotezoplastyki pierwotnej stawu biodrowego czekało 2 856 osób więcej niż 31 grudnia 2019 roku.

Od czasu ogłoszenia pandemii koronawirusa liczba nowych potwierdzonych przypadków zakażenia COVID-19 na świecie ciągle rośnie, choć tempo tego wzrostu wyraźnie zmalało. Dzięki akcji szczepień w niektórych regionach świata sytuacja pandemiczna ulega-

ła poprawie, jednak kolejna fala pandemii rozwiązała marzenia o powrocie do normalności. Ze statystyk wynikało, że w Polsce łączna liczba zakażonych koronawirusem w ciągu 14 dni wynosiła ponad 22 tysiące nowych przypadków. Obecnie, przykładowo, dwutygodniowa liczba nowych zakażeń była na poziomie 22561 przypadków (Forsal, 2023). Na stronach rządowych opublikowano ostatnio, że w ciągu jednej doby potwierdzono 2813 infekcji oraz odnotowano 10 zgonów spowodowanych COVID-19 (Rynek zdrowia, 2023).

We wszystkich epidemiach grupą najbardziej narażoną na ich przewlekłe konsekwencje jest personel medyczny, gdyż oprócz ryzyka zachorowania na chorobę wirusową wymienić należy dolegliwości psychiczne wywołane przez czynniki związane z pracą, w tym przewlekły stres (Wasik, Koweszko, 2021: s. 4). Choć to nie pierwsza pandemia XXI wieku, z pewnością warto rozważać jej psychologiczne konsekwencje w świetle wiedzy dotyczącej kryzysów katastroficznych (środowiskowych), gdyż dotyka nie tylko jednostki, ale całe społeczności, a w jej obliczu indywidualne kryzysy emocjonalne (prezentujące stany dezintegracji przekonań dotyczących siebie samych i świata, rozpad systemu podstawowych wartości i sensu życia czy zerwanie ciągłości więzi społecznych) przebiegają na tle kryzysu populacyjnego (Lurka, 2021). W pandemii COVID-19 najczęściej zgłaszane zakłócenia zdrowia psychicznego to zaburzenia lękowe, poczucie samotności, frustracja, zaburzenia nastroju, zaburzenia somatyzacyjne i niska jakość snu. Podczas epidemii ponad jedna trzecia pielęgniarek miała dolegliwości, takie jak depresja, niepokój i bezsenność (Wasik, Koweszko, 2021: s. 4).

Przywołane wyżej dolegliwości będące skutkiem pracy personelu medycznego w tak trudnych oraz nieprzewidywalnych warunkach zagrożenia zdrowia i życia wymagają pomocy, jak również wsparcia specjalistów. Wymagają także zabezpieczenia czasu wolnego i możliwości odpoczynku, aby ci, którzy ratują życie mogli zregenerować się psychicznie i fizycznie. Nie jest możliwe, aby personel medyczny w szpitalach pracował bez wytchnienia dla innych, ponieważ zamiast ratować życie i zdrowie, stanie się zagrożeniem.

UWAGI KOŃCOWE

Trudno twierdzić z pewnością, iż światowa pandemia koronawirusa się zakończyła. W społecznej percepcji zasadne jest przekonanie o tym, że współczesny świat może doświadczać kolejnych nieprzewidywalnych w szczegółach sytuacji, na co zwróciła uwagę wirusolog Agnieszka Szuster-Ciesielska (PAP, 2023). Dlatego, w kontekście pandemii, powinny być maksymalnie wykorzystywane dostępne zasoby, by przeciwdziałać pandemii i zapewnić prawo do zdrowia wszystkim osobom, które tego wymagają (Amnesty International: 2020). Natomiast, co warto podkreślić, nie odnotowuje się przyrostu personelu medycznego, w tym lekarzy i pielęgniarek. Wręcz przeciwnie, deficyt raczej się pogłębia.

Wraz z zaistnieniem w Polsce nadzwyczajnej sytuacji związanej ze stanem pandemii COVID-19 pojawiały się pytania o stan zdrowia personelu medycznego pracującego w szpitalach. Prawo gwarantuje pracownikom odpoczynek po pracy. Czas wolny ko-

nieczny jest dla pozbycia się zmęczenia i regeneracji organizmu. Przemęczenie pracą i brak odpoczynku powodują osłabienie organizmu i nic nie jest w stanie zrekompensować braku czasu wolnego. Z drugiej strony, czas wolny w pandemicznej rzeczywistości, który w związku z izolacją został ulokowany w tym samym miejscu, co czas realizacji obowiązków zawodowych, był izolacyjnym przymusem, często niechcianym czasem niemożności pracy, którego nie sposób sensownie wykorzystać, z racji na obowiązujące ograniczenia (Drozdowski, Frąckowiak, Krajewski, Kubacka, Luczys, Modrzyk, Rogowski, Rura, Stamm, 2020: s. 18-19).

W czasie pandemii jeszcze bardziej problematyczna stała się też kwestia prawa do powstrzymania się od wykonywania pracy przez personel medyczny. Główny Inspektor Pracy wskazał jednak, że powstrzymanie się od pracy nie dotyczy pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie ludzkiego życia i w zakresie tego obowiązku personel medyczny, w odróżnieniu od ogółu zatrudnionych, nie ma prawa powstrzymania się od wykonywania pracy w kontekście zasad wykonywania zawodu lekarza przewidujących wyjątek, tj. niepodjęcie lub odstąpienie przez lekarza od leczenia pacjenta z ważnych powodów, gdy nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki (Karkowska, Krajewski, Karkowski, 2021: s. 664).

Czas pandemii był czasem wyzwania dla wszystkich, zwłaszcza dla tych, którzy zaangażowali się i poświęcili dla ratowania życia i zdrowia innych. Personel medyczny pracował, nie myśląc o dłuższym odpoczynku. Pracownicy mając poczucie odpowiedzialności mieli także świadomość, że korzystając z dnia wolnego, zgodnie z grafiką, w każdej chwili mogą być wezwani do pracy w zastępstwie za współpracownika, który został zakażony lub poddany kwarantannie. Życie w ciągłym napięciu spowodowało konieczność poświęcenia czasu i środków na ratowanie zdrowia tych, którzy zdrowie i życie ratują. Stąd zasadne staje się formułowanie postulatu, że personel medyczny, zwłaszcza po pandemii, powinien mieć zapewnioną dodatkową opiekę specjalistyczną (Wasik, Koweszko, 2021: s. 11).

Wszelkie działania mające na celu poprawę dobrostanu personelu medycznego mają istotne znaczenie, gdyż na zachowanie pracowników ma wpływ satysfakcja, jaką czerpią z wykonywanego zawodu, a praca w szpitalach wymaga dużego poświęcenia, wiąże się z odpowiedzialnością za stan zdrowia i często też życie innych ludzi (Kęsy, 2018: s. 69).

Pozostała jeszcze cała seria pytań dotyczących możliwości organizacji pracy oraz czasu wolnego w celu zapewnienia odpoczynku personelowi medycznemu, a także zagwarantowania wsparcia w tak trudnych codziennych wyzwaniach, w związku z opieką nad pacjentami. Sprawa uregulowań zapewniających powyższe kwestie jest otwarta, gdyż trudno dokładnie przewidzieć dalszy ciąg wydarzeń związanych z pandemią. Warto także pamiętać o tym, że kwestie organizacyjne, prawne czy makrostrukturalne nie wyczerpują całości problemu. Istotna jest także przestrzeń relacyjna, obszar kapitału społecznego, zaangażowanie wielopodmiotowe i wieloaspektowe, ponieważ każda jednostka, także ta reprezentująca kadry medyczne, „nie jest tylko biernym pionkiem w grze społecznych przypadków” (Sztompka, 2016: s. 30), ale podmiotowym i świadomym swojego potencjału, a zarazem ograniczeń, bytem społecznym.

BIBLIOGRAFIA

1. Aleksandrowicz P. (2021), Dodatki covidowe od 1 listopada – interpretacja przesłanek ich przyznania w kwestii godzinowego rozliczenia pracy. Dostępny pod adresem: <https://polisa.med.pl/dodatki-covidowe>, [dostęp: 22.01.2023].
2. Amnesty International (2020), COVID-19 i prawa człowieka. Dostępny pod adresem: <https://amnesty.org.pl/covid-19-i-prawa-czlowieka/>, [dostęp: 24.02.2023].
3. Bombol M., Dąbrowska A. (2003). Czas wolny. Konsument. Rynek. Marketing, Liber, Warszawa.
4. CeZ. MZ (2020), Biuletyn Statystyczny, Centrum e-Zdrowia, Warszawa. Dostępny pod adresem: <file:///C:/Users/Bernadeta/Downloads/biuletyn%20statystyczny%202020.pdf>, [dostęp: 18.03.2023].
5. CeZ. MZ. (2021). Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Warszawa. Dostępny pod adresem: <file:///C:/Users/Bernadeta/Downloads/biuletyn%20statystyczny%202021.pdf>, [dostęp: 18.03.2023].
6. CeZ. MZ. (2022). Biuletyn Statystyczny Ministra Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Warszawa. Dostępny pod adresem: <file:///C:/Users/Bernadeta/Downloads/biuletyn%20statystyczny%202022.pdf>, [dostęp: 18.03.2023].
7. CIOP – Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (2020), Bezpieczeństwo i ochrona zdrowia osób pracujących w czasie pandemii COVID-19. Ogólne wytyczne i lista kontrolna, Warszawa. Dostępny pod adresem: <https://www.pip.gov.pl/pl/wiadomosci/110129,bezpieczenstwo-i-ochrona-zdrowia-osob-pracujacych-w-czasie-epidemii-covid-19.html>, [dostęp: 22.01.2023].
8. De los Santos, J. A. A., Labrague, L. J. (2021), The Impact of Fear of COVID-19 on Job Stress, and Turnover Intentions of Frontline Nurses in the Community: A Cross-Sectional Study in the Philippines, „Traumatology”, nr 1, s. 52-59.
9. Dobska M. (2021), Zarządzanie w opiece zdrowotnej w czasie COVID-19, Wydawnictwo UEP, Poznań.
10. Drozdowski R., Frąckowiak M., Krajewski M., Kubacka M., Luczyn P., Modrzyk A., Rogowski Ł., Rura P., Stamm A. (2020), Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z drugiego etapu badań, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań.
11. European Observatory on Health Systems and Policies (2021), State of Health in the EU Polska. Profil systemu ochrony zdrowia. Dostępny pod adresem: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf, [dostęp: 02.03.2023].
12. Forsal (2023), Mapa pandemii na świecie. W Polsce łączna liczba zakażonych w ciągu 14 dni jest na poziomie ponad 9 tys. nowych przypadków. Dostępny pod adresem: <https://forsal.pl/lifestyle/zdrowie/artykuly/7773926,stan-pandemii-koronawirus-swiat-gdzie-mozna-podrozowac-ranking-panstw-strefy-zagrozenia.html>, [dostęp: 02.02.2023].
13. Gniadek A., Nawara W., Padykuła M., Malinowska-Lipień I. (2020), Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS-CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2020; 18 (2), s. 149-154. Dostępny pod adresem: file:///C:/Users/Bernadeta/Downloads/2_Gniadek_et-al_ZNOZ_18_2_2020-2.pdf, [dostęp: 22.01.2023].
14. Grzelak L., Szwarc P. (2021), Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu 1(6)/2021 Wpływ pracy w czasie pandemii COVID-19 na stres personelu pielęgniarskiego. Dostępny pod adresem: file:///C:/Users/Bernadeta/Downloads/Innowacje_1_6_2021_01-3.pdf, [dostęp: 2.01.2023].
15. Karkowska D., Krajewski R., Karkowski T.A. (2021), Obowiązek udzielenia pomocy lekarskiej a prawo pracownika do powstrzymania się od wykonywania pracy w warunkach nieodpowiadających przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy oraz braku środków ochrony osobistej – dylematy w trakcie pandemii COVID-19. *Medycyna Pracy*, 2021, 72(6), s. 661–669. Dostępny pod adresem: <http://medpr.imp.lodz.pl>, [dostęp: 22.01.2023 r.].
16. Kęsy M. (2018), Kompetencje menedżerskie personelu medycznego, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki, Bydgoszcz.
17. Lurka K. (red.). (2021), Strategie radzenia sobie pielęgniarek podczas pandemii COVID-19. *Menedżer Zdrowia*, 05.01.2021. Dostępny pod adresem: <https://www.termedia.pl/mz/Strategie-radzenia-sobie-pielęgniarek-podczas-pandemii-COVID-19,40867.html>, [dostęp: 22.01.2023].

18. Łodzińska J. (2018), Zjawisko wypalenia zawodowego jako efekt zmian cywilizacyjnych. Studium socjologiczne na przykładzie pielęgniarek w województwie podlaskim, Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa.
19. Mazur I. (2020), Stanowisko Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej z dnia 19.04.2020 r. w sprawie ograniczenia wieloletowości profesjonalistów w ochronie zdrowia. Dostępny pod adresem: <http://www.stomoz.pl/aktualnosci/stanowisko-stomoz-w-sprawie-wieloletowosci-w-czasach-covid19>, [dostęp: 22.01.2023].
20. Mikołajska M. (2021), Pielęgniarz: każdy ma już po prostu dosyć. Powrót do normalności to nasze jedyne marzenie. Dostępny pod adresem: www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,covid-19-w-polsce--praca-na-oddziale-covidowym, [dostęp: 22.01.2023].
21. MP (2023), Koronawirus (COVID-19) – najnowsze informacje. Medycyna praktyczna dla pacjentów, 2.02.2023. Dostępny pod adresem: <https://www.mp.pl/pacjent>, [dostęp: 09.02.2023].
22. MZ (2021), Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń. Dostępny pod adresem: www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen, [dostęp: 22.01.2023].
23. NIK (2022), Informacja o wynikach kontroli Funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii COVID-19. Dostępny pod adresem: https://www.nik.gov.pl/plik/id,26701,v,artykul_25465.pdf [dostęp: 22.01.2023].
24. NIK (2022), Szpitale w czasach pandemii. Dostępny pod adresem: www.nik.gov.pl/aktualnosci/zdrowie/szpitala-w-czasach-pandemii-covid.html [dostęp: 02.02.2023].
25. PAP (2023), Wirusolog: pandemia koronawirusa to nie jest ostatnia epidemia. data publikacji: 08.01.2023. Dostępny pod adresem: <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,wirusolog--pandemia-koronawirusa-to-nie-jest-ostatnia-epidemia,artykul,05662929.html>, [dostęp: 23.01.2023].
26. Pięta J. (2014), Pedagogika czasu wolnego. Wydanie III zaktualizowane, Wydawnictwo FREL, Warszawa.
27. Rek T. (2014), Art. 97. W: Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, wyd. II. LEX. Dostępny pod adresem: <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publikacje/komentarze/ustawa-o-dzialalnosci-leczniczej-komentarz-587319066>, [dostęp: 22.01.2023].
28. Rybarczyk-Szwajkowska A., Staszewska A., Timler M., Rydlewska-Liszkowska I. (2021), Zmiany organizacyjno-finansowe w pracy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19 w Polsce. Medycyna Pracy, 2021; 72(5), s. 591–604, Uniwersytet Medyczny w Łodzi Medycyna Pracy 2021;72(5), s. 591–604. Dostępny pod adresem: <http://medpr.imp.lodz.pl>, [dostęp: 22.01.2023].
29. Rynek zdrowia (2023), Koronawirus w Polsce 18 lutego. Nowe dane Ministerstwa Zdrowia. Dostępny pod adresem: <https://www.rynekzdrowia.pl/Choroby-zakazne/Koronawirus-w-Polsce-23-lutego-Raport-Ministerstwa-Zdrowia,242746,22.html>, [dostęp: 23.02.2023].
30. Sztompka P. (2016), Kapitał społeczny. Teoria przestrzeni międzyludzkiej, Wydawnictwo Znak, Kraków.
31. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Dostępny pod adresem: <https://www.royal-college.ca/rcsite/home-e>, [dostęp: 18.02.2021].
32. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U.2022 poz. 633, dostępny pod adresem: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20111120654>, [dostęp: 22.01.2023].
33. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz.U.2022 poz. 2140. Dostępny pod adresem: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19740240141>, [dostęp: 22.01.2023].
34. Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. 1997 nr 123 poz. 776. Dostępny pod adresem: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19971230776>, [dostęp: 03.02.2023].
35. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152. Dostępny pod adresem: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280152>, [dostęp: 20.06.2021].

36. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U.2022 poz. 1720. Dostępny pod adresem: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu.20061911.410>, [dostęp: 22.01.2023].
37. Wasik J., Koweszko T. (2021), Analiza stanu zdrowia psychicznego i problemów ze snem wśród personelu pielęgniarskiego i położniczego w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria*, Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Dostępny pod adresem: <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/PSYCH.a2021.0046>, [dostęp: 25.01.2023].
38. Winiarski M. (1979), *Organizacja czasu wolnego dzieci i młodzieży w rejonie zamieszkania*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
39. Zabielska P., Bażydło M., Karakiewicz A., Grochans E., Jurczak A., Rotter I. (2014), Nurses` health in shift work, „*Journal of public health, nursing and medical rescue*”, nr 3, s. 11–17.