

**Marta Szabat**

Uniwersytet Jagielloński

ORCID 0000-0001-5198-3842

marta.szabat@uj.edu.pl

## Heroizm, obowiązek i szkoda moralna w kontekście etosu zawodów medycznych w pandemii COVID-19

**Słowa kluczowe:** etyka, opieka zdrowotna, heroizm, działania supererogacyjne, obowiązek, obowiązki zawodowe

**Streszczenie.** Terminy, takie jak: bohaterstwo, czyny heroiczne czy supererogacyjne, obowiązek, etos zawodowy bądź szkoda moralna w odniesieniu do pracowników ochrony zdrowia wykonujących swoją pracę w pandemii COVID-19 w ciągu ostatnich dwóch lat, zostały poszerzone o nowe konteksty etyczne i prawne. Celem artykułu jest analiza wymienionych terminów i próba ustalenia natury zmian w nich zachodzących w oparciu o etos pracowników ochrony zdrowia (regulacje etyczne i prawne) oraz o raporty dotyczące problemów związanych z pandemią koronawirusa.

### Heroism, professional duty and moral injury in the context of the ethos of the medical professions during the COVID-19 pandemic

**Keywords:** ethics, health care, heroism, supererogative acts, obligation, professional duty

**Summary.** Terms such as heroism, heroic, supererogative acts, professional duty, ethos and moral injury applied to health care professionals (HCPs) when performing their work during the COVID-19 pandemic have been expanded to include new ethical and legal contexts over the last two years. The aim of the article is to analyze the above-mentioned terms and to try to determine how their meanings have evolved based on the ethos of HCPs (ethical and legal regulations) and reports on problems connected with the coronavirus pandemic.

### Wstęp

W niniejszym artykule przedmiotem zainteresowania są normy obowiązujące pracowników ochrony zdrowia oraz motywy i konsekwencje ich obowiązkowych, supererogacyjnych i faktycznych działań. Biorąc pod uwagę zasady deontologiczne obowiązujące lekarzy, ratowników medycznych oraz pracowników w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa, a także obowiązujące regulacje prawne oraz raporty z badań przeprowadzonych w okresie pandemii COVID-19, należy podkreślić, że obowiązek udzielania świadczeń medycznych jest ograniczony: z jednej strony

potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa pracownikowi udzielającemu świadczenia<sup>1</sup>, z drugiej zaś dostępnością form potencjalnego leczenia. Dla przykładu, pracownikom ochrony zdrowia cierpiącym na schorzenia, które powodują, że są bardziej narażeni na poważne choroby związane z epidemią SARS-CoV-2, zaleca się unikanie bezpośredniego kontaktu z pacjentami<sup>2</sup>. Praca z pacjentami stanowiłaby dla nich niedopuszczalny poziom ryzyka osobistego oraz przekraczałaby obowiązujący ich obowiązek leczenia i opieki.

Kluczowe w tekście jest pytanie zadane przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w początkowej fazie pandemii COVID-19 Rzecznikowi Praw Obywatelskich z jednoczesną prośbą o zajęcie stanowiska w następującej kwestii: czy w sytuacji niezapewnienia przez pracodawcę odzieży ochronnej i środków ochrony indywidualnej pracownicy medyczni mogą powstrzymać się od wykonywania pracy? Pytanie to pozwala na rozważenie kwestii granic obowiązków zawodowych w kontekście bezpieczeństwa pracy, gdy w grę wchodzi zdrowie i życie pracowników. Doprecyzowanie i odróżnienie od siebie takich pojęć, jak: obowiązek zawodowy, heroizm, supererogacja, pozwala na wyznaczenie granic obowiązku leczenia i opieki. Dodatkowo wyjaśnienie terminu szkody moralnej (*moral injury*) jako rodzaju cierpienia społecznego, psychicznego, a nawet duchowego wywołanego przez niewydolność systemu zarządzania, przy jednoczesnym podejmowaniu prób radzenia sobie z nieprawidłowościami w sytuacjach zawodowych, może skutkować doświadczeniem bólu moralnego i poczuciem szkody. Na przykłady szkody moralnej wśród personelu medycznego w dobie pandemii COVID-19 wskazują analizy raportów w trzeciej części artykułu. Dostarczają one też wiedzy na temat skali nieprawidłowości organizacyjnych oraz problemów zawodowych pracowników.

### **Obowiązek leczenia i opieki, „szkoda moralna”, heroizm**

Jeśli przyjmiemy, że pracownicy ochrony zdrowia mają obowiązek leczenia pacjentów oraz opieki nad nimi, nawet przy pewnym osobistym ryzyku, to obowiązek leczenia i opieki musimy krytycznie przeanalizować zarówno od strony jego podstawy, jak i jego granic<sup>3</sup>. Ugruntowanie tego terminu okazuje się nie być zadaniem łatwym. Zasadnicza trudność polega na tym, że pracownicy ochrony zdrowia mają

<sup>1</sup> Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152; Dz.U. z 2011r., Nr 174, poz. 1039; Dz.U. z 2006 r., Nr 191, poz. 1410.

<sup>2</sup> Wytyczne przeciwepidemiczne – Koronawirus SARS-CoV-2 – Główny Inspektorat Sanitarny – Portal Gov.pl ([www.gov.pl](http://www.gov.pl)); Aktualizacja wytycznych do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl ([www.gov.pl](http://www.gov.pl)) [dostęp: 11.07.2022].

<sup>3</sup> Zob. C.L. Cox, 'Healthcare Heroes': problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic, „Journal of Medical Ethics” 2020, nr 46, s. 510-513.

obowiązek wypełniania powinności przypisanych do zawodu medycznego, jaki wykonują w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, nie mając przy tym obowiązku narażania własnego zdrowia i życia na ryzyko zakażenia na przykład patogenem SARS-CoV-2 czy na jakąkolwiek inną prawdopodobną szkodę trwale pogarszającą jakość ich życia. Obowiązek leczenia i opieki nie jest nieograniczony. Pracownicy ochrony zdrowia nie są zobowiązani do robienia absolutnie wszystkiego, co w ich mocy, aby przynosić korzyści swoim pacjentom, kosztem osobistego ryzyka.

W odróżnieniu od obowiązku, działania uznawane za heroiczne bądź supererogacyjne wykraczają poza to, co należy lub powinno się wykonać w danej sytuacji. Są to działania określane jako dobre, jednak nie są ściśle wymagane, są związane z odgrywaną rolą społeczną i oznaczają jawną akceptację obowiązku, przy czym mogą również zobowiązywać ludzi do ponoszenia większego ryzyka podczas wykonywania obowiązków niż moglibyśmy oczekiwać<sup>4</sup>. Choć heroizm wiąże się z dobrowolnym zaangażowaniem oraz może obejmować także prywatne i osobiste poświęcenie własnego czasu, umiejętności, środków na rzecz wybranego celu, to nie musi jednak z niego wynikać niebezpieczeństwo fizyczne lub psychiczne. Zarówno w przypadku obowiązku, jak i heroizmu istotne są: możliwość działania w określony sposób oraz rozpoznanie możliwych zagrożeń bądź kosztów podejmowanych działań. Osoba zmuszona do działania lub działająca bez świadomości zagrożenia bądź potencjalnych konsekwencji własnych czynów nie postępuje heroicznie, choć jej działanie nie musi skutkować niewypełnieniem obowiązków, jakie na niej spoczywają. Heroizm to wysoki poziom supererogacji w sytuacjach, kiedy osoba dobrowolnie podejmuje decyzję o wyświadczeniu dobra innym ludziom ze świadomością ryzyka, z jakim wiąże się jej działanie. Stopień ryzyka kwalifikuje czyn jako nadobowiązkowy bądź heroiczny<sup>5</sup>.

W etyce zawodów medycznych terminem zasługującym na głębszą analizę w kontekście obowiązków zawodowych i działań supererogacyjnych jest „szkoda moralna” (*moral injury*), którą można zdefiniować jako „rodzaj cierpienia społecznego, psychologicznego i duchowego wynikającego z kosztownych lub niewykonalnych prób (*unworkable attempts*) zarządzania, kontrolowania lub radzenia sobie z doświadczeniem bólu moralnego”<sup>6</sup>. Tego rodzaju szkodę można również próbować opisać następująco: wydarzenia potencjalnie moralnie szkodliwe, takie jak popełnianie, niezapobieganie lub dawanie świadectwa o czynach, które przekraczają głęboko zakorzenione przekonania i oczekiwania moralne, mogą być szkodliwe

<sup>4</sup> *Ibidem*, s. 510.

<sup>5</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzynski, Książka i Wiedza, Warszawa 1996, s. 502-509.

<sup>6</sup> J.K. Farnsworth, K.D. Drescher, W. Evans, R.D. Walser, *A functional approach to understanding and treating military-related moral injury*, „Journal of Contextual Behavioral Science” 2017, nr 6, s. 392.

w dłuższej perspektywie, emocjonalnie, psychologicznie, behawioralnie, duchowo i społecznie<sup>7</sup>. Wstępne wyniki badań donoszą, że pracownicy personelu medycznego opiekujący się pacjentami w pandemii COVID-19 są podatni na doświadczanie tego rodzaju szkody związanej z ich etosem zawodowym. Z jednej strony brak zasobów (np. respiratorów, braki kadrowe) skutkujący pogarszaniem warunków pracy, przepracowaniem oraz frustracją nie zwalnia pracowników od odpowiedzialności zawodowej i staranności w świadczeniu usług medycznych. Z drugiej strony mogą oni nabrać przekonania że ani ich pracodawcy, ani podmioty publiczne zarządzające sektorem ochrony zdrowia nie zapewniają im wystarczających i bezpiecznych warunków pracy, co może wywoływać poczucie bezsilności, zagrożenia lub, w dalszej perspektywie, skutkować wypaleniem zawodowym<sup>8</sup>. Wymienione aspekty wykonywania zawodu medycznego w pandemii COVID-19 mogą dotyczyć szkody moralnej, to znaczy takiego rodzaju cierpienia społecznego, psychicznego, a nawet duchowego, które wywołane zostaje przez niewydolność systemu zarządzania oraz przez osobiste próby radzenia sobie z nieprawidłowościami w sytuacjach zawodowych, co może być związane z doświadczeniem bólu moralnego i poczuciem szkody w konfrontacji z rzeczywistością.

W celu doprecyzowania wymienionych trzech terminów, czyli obowiązku leczenia i opieki, supererogacji oraz szkody moralnej, warto przyrzeć się niektórym zasadom etyki zawodowej zawartej w kodeksach, które nie stanowią normy prawnej, lecz normę etyczną, wskazując na postawy oraz zachowania przypisane i odpowiednie dla danego zawodu. W trzech kodeksach: lekarskim, pielęgniarskim oraz ratownictwa medycznego można odnaleźć wskazówki odnoszące się do postaw wymaganych w tych zawodach.

W Kodeksie etyki lekarskiej (KEL) z 1991 r., znowelizowanego w latach 1993 i 2003, już na samym początku, w Przyrzeczeniu, jest mowa o obowiązku spełniania powinności przypisanych do zawodu lekarza związanym ze służbą ludzkiemu zdrowiu i życiu w oparciu o aktualną wiedzę medyczną oraz z zachowaniem szacunku do pacjentów z uwzględnieniem równego traktowania bez względu na płeć, wiek, rasę, wyznanie, status społeczny, poglądy polityczne i inne uwarunkowania wraz z przestrzeganiem zasad tajemnicy zawodowej. W dalszej części zawarte zostały obowiązki, takie jak: przestrzeganie praw człowieka i dbanie o godność zawodu lekarskiego (art. 1), permanentne zobowiązanie do zwracania uwagi na dobro chorego, które zostało wskazane jako „najwyższy nakaz etyczny lekarza” (art. 2), istotnym obowiązkiem jest także przeprowadzanie postępowania diagno-

<sup>7</sup> B.T. Litz, N. Stein, E. Delaney, L. Lebovitz, W.P. Nash, C. Silva, S. Maguen, *Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy*, „Clinical Psychology Review” 2009, nr 29, s. 695.

<sup>8</sup> V. Williamson, D. Murphy, N. Greenberg, *COVID-19 and experiences of moral injury in front-line key worker*, „Occupational Medicine” 2020, nr 70(5), s. 1-3.

stycznego, leczniczego i zapobiegawczego z należytą starannością, poświęcając im niezbędny czas (art. 8), a podstawą relacji z chorym powinno być wzajemne zaufanie (art. 12), oparte na respektowaniu praw pacjenta (art. 13) oraz zabieganie o wykonywanie zawodu w warunkach zapewniających pacjentom odpowiednią jakość opieki (art. 11). Przestrzeganie przez lekarzy zasad etyki zawodowej oraz zgodność przepisów prawa z zasadami deontologii zawodu nadzoruje Izba Lekarska (art. 5). Wymienione artykuły wskazują na wartości, takie jak: służba ludzkiemu zdrowiu i życiu w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, szacunek do każdego człowieka z uwzględnieniem równego traktowania, kierowanie się naczelną zasadą, jaką jest dobro chorego w wypełnianiu obowiązków zawodowych. W dalszej części artykułu, przy analizie raportów z działalności pracowników ochrony zdrowia w pandemii COVID-19, będzie można wyraźnie dostrzec potencjalne punkty zapalne mogące utrudniać personelowi wprowadzanie w życie zasad etyki zawodowej. W tym miejscu warto wymienić jedynie, wspomiane już, niedobory kadrowe przyczyniające się do przepracowania personelu, który nie może – z uwagi na szacunek do pacjentów i dbanie o ich dobro – nie zapewnić opieki chorym, co z kolei może odbywać się kosztem zaniedbywania prywatnej sfery życia i wiązać się z tym, co zostało nazwane szkodą moralną.

W drugim dokumencie – Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, obowiązującym od 2003 roku – w Przyrzeczeniu również zawarte zostały zasady sprawowania profesjonalnej opieki nad życiem i zdrowiem ludzkim, przeciwdziałanie cierpieniu, zapobieganie chorobom, współuczestniczenie w procesie terapeutycznym, niesienie pomocy każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice, okazywanie pacjentom należnego szacunku, nie nadużywanie ich zaufania oraz przestrzeganie tajemnicy zawodowej, poszanowanie godności zawodu oraz doskonalenie umiejętności i wiedzy (także część II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka [1-15]). Ponadto w Części ogólnej, podobnie jak w KEL, znajduje się zobowiązanie do przestrzegania praw pacjenta oraz dbania o godność zawodu, o jego prestiż i podnoszenie jego znaczenia społecznego. W pozostałych częściach uwaga została zwrócona na konieczność profesjonalnej, troskliwej opieki nad pacjentami, okazywanie im życzliwości, wyrozumiałości, cierpliwości, stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia (Pielęgniarka/położna a pacjent, 1-9). Podobnie jak w przypadku lekarzy, zawód pielęgniarki i położnej jest nakierowany na dbanie o interesy pacjentów i stawiania ich dobra jako priorytetowego dla procesu leczenia i opieki. Ze wspomnianych raportów, które zostaną przywołane w dalszej partii tekstu, wyłania się obraz, w którym obciążenie personelu pracą, niedobory kadrowe, procedury wprowadzone w celu zabezpieczenia przed zakażeniem utrudniające komunikację z pacjentami, deficyty w koordynacji pracy

w poszczególnych placówkach oraz inne czynniki omawiane w ekspertyzach mogą znacząco utrudniać realizację zasadniczych wskazań zawartych w etosie zawodowym, powodując dyskomfort poznawczy i moralny, a w niektórych przypadkach ból i cierpienie skutkujące przepracowaniem i przemęczeniem personelu medycznego.

W ostatnim źródle przywoływanym w tym artykule – Kodeksie etyki zawodowej ratownika medycznego z 2013 roku – w pierwszym punkcie wskazany zostaje obowiązek podejmowania medycznych czynności ratunkowych wobec każdej osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, bez względu na jej wiek, rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy, stan majątkowy i inne różnice oraz towarzyszący temu obowiązek niewykraczania poza swoje umiejętności zawodowe, a także, w razie konieczności, uzyskania wsparcia (art. 1-2). Podobnie jak w KEL i Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP, wszystkie czynności w relacji z pacjentami powinny odbywać się z poszanowaniem ich praw, godności, intymności, z należytych szacunkiem oraz z zachowaniem tajemnicy zawodowej (art. 3-6, art. 12). W art. 11 została zawarta również wskazówka dotycząca okazywania, w miarę możliwości, wsparcia najbliższym osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia. Dodatkowo doskonalenie umiejętności i zdobywanie aktualnej wiedzy medycznej także zostały uznane za istotne dla profesjonalnego wypełniania obowiązków zawodowych (art. 15). Podobnie jak w poprzednich dwóch kodeksach, nadrzędnym i podstawowym obowiązkiem jest służba i ochrona zdrowia i życia pacjentów. W pandemii COVID-19, a szczególnie w okresie zwiększonej liczby osób potrzebujących pomocy, personel ratownictwa medycznego zmagał się z problemami organizacyjnymi związanymi z brakiem miejsc w szpitalach, długim czasem oczekiwania karettek pod Szpitalnymi Oddziałami Ratunkowymi. Ponadto, podobnie jak w przypadku innych pracowników ochrony zdrowia, przeciążenie pracą, utrudnienia związane z procedurami zabezpieczającymi przed zakażeniem oraz kwestie związane z brakiem systemowego wsparcia psychologicznego i finansowego mogły skutkować odczuwaniem dyskomfortu, a być może bólu i cierpienia moralnego oraz psychicznego z uwagi na fakt, że niebezpieczne i trudne warunki pracy wymagały niekiedy od pracowników podejmowania działań nadzwyczajnych, odpowiednich do niecodziennych sytuacji.

Epidemia SARS-CoV-2 dostarcza wielu przykładów dobrowolnych działań supererogacyjnych ze strony personelu medycznego. Wyróżnienia przyznane ratownikom medycznym w plebiscycie „Ludzie Roku 2020” Gazety Krakowskiej wskazują na fakt, że tego rodzaju działania wcale nie należą do rzadkości. Wyróżnieni zostali Paweł Nesterak z Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, Krzysztof Krzemień z Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie oraz Waldemar Kubiński z Sądeckiego Pogotowia Ratunkowego. W uzasadnieniu werdyktu Kapituły można przeczytać: „Często pomijani i lekceważeni, w czasie pandemii to ratownicy

stanowili oś walki o pacjenta. Ich praca była wyczerpująca, niezwykle trudna, czasem niedoceniana, nawet hejtowana – to oni są dla nas prawdziwymi bohaterami ostatnich miesięcy<sup>9</sup>. W plebiscycie zostały nagrodzone również inne osoby, w tym pielęgniarka Zofia Augustyn i lekarze: prof. Jerzy Friedigier oraz prof. Tomasz Grodzicki. Jednak to wywiady z małopolskimi ratownikami medycznymi dostarczają najwięcej informacji na temat działań supererogacyjnych w ramach ich obowiązków służbowych.

Ratownicy spędzali w kombinezonach i pełnotwarzowych maskach od dwunastu do czternastu godzin: „Praca w takim «anty-covidowym» ubraniu to czasem sport ekstremalny. – No bo proszę sobie wyobrazić wchodzenie w tym kombinezonie i masce na czwarte piętro bez windy – mówi Krzysztof Krzemień. – Pot spływa po twarzy, rękach, nie ma jak go wytrzeć. Serce bije jak szalone. Oddech jest przyspieszony, człowiek ma wrażenie, że zaraz zacznie się dusić. Najważniejsze, żeby zachować spokój, starać się oddychać równo, miarowo. W ogóle spokój i opanowanie są tu kluczowe<sup>10</sup>. Cytat z rozmowy obrazuje trudności w wykonywaniu pracy, która pociąga za sobą konkretne i wymierne reperkusje: fizyczne niedogodności i zmęczenie. W dalszej części wywiadu pada komentarz: „Trzeba doświadczenia i wiedzy z różnych specjalizacji. I trzeba to umieć szybko wykorzystać, błyskawicznie powiązać fakty, być dobrym obserwatorem. Trzeba też mieć siłę, krzepę, wytrzymałość i odporność – na stres, niewyspanie, przepracowanie. I umieć rozmawiać z ludźmi<sup>11</sup>. Wydaje się, że uprawniony jest wniosek, iż pandemia w pewien sposób wymusiła na przedstawicielach personelu medycznego dodatkowe, czasami nadmiernie obciążające, psychicznie i fizycznie, działania, których nie mogli oni odmówić z uwagi na spoczywające na nich obowiązki zawodowe. Konieczność zabezpieczenia się przed wirusem, strach przed zachorowaniem, duża liczba osób zarażonych wymagających pomocy, niewydolny system, stres i przepracowanie spowodowały, że określone zawody medyczne, a wraz z nimi personel administracyjny placówek ochrony zdrowia stanęli przez wyzwaniem wymagającymi działań supererogacyjnych. Po to, aby sprostać wyzwaniom pandemii COVID-19, personel musiał wziąć na siebie dodatkowe obowiązki wraz z fizycznymi i psychicznymi obciążeniami. Paweł Nester, wyróżniony w plebiscycie, stwierdza: „Wiele razy trochę się dziwiliśmy, dlaczego niektórzy pacjenci – wsiadając do karetki o własnych siłach, w stosunkowo dobrym samopoczuciu – żegnają się z rodzinami tak, jakby mieli już ich nigdy nie spotkać? A potem okazywało się, że ten moment naprawdę był ostatnim, w którym się widzieli<sup>12</sup>. Tego rodzaju perspektywa niewątpliwie

<sup>9</sup> Bohaterowie pandemii – KPR – Krakowskie Pogotowie Ratunkowe [dostęp: 11.07.2022].

<sup>10</sup> Ratownicy medyczni. Cisi bohaterowie pandemii, <https://plus.gazetakrakowska.pl> [dostęp: 11.07.2022].

<sup>11</sup> *Ibidem*.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

wywołuje pytania o przyszłość rozwoju pandemii oraz wpływa na poczucie niepewności, co wymaga dużej odporności na stres. Autorka wywiadu z wyróżnionymi ratownikami w następujący sposób relacjonuje podejście jednego z nich: „To brzmi jak banał, ale tę pracę naprawdę wybiera się po to, żeby pomagać ludziom. Krzysztof Krzemień miał 15 lat, gdy jego tata umarł na chorobę nowotworową. Wcześniej leżał długo w szpitalach. Chłopak naoglądał się chorych, cierpiących, zdezorientowanych i wystraszonych pacjentów. Chyba właśnie wtedy – tak mu się wydaje – zrodziła się w nim potrzeba, żeby pomagać. Jeszcze chwilę z tym walczył, wykształcił się na mechanika samochodowego. – Pewnie byłoby prościej, ale cały czas ciągnęło mnie w innym kierunku. I tak przekwalifikowałem się z mechanika samochodowego na ludzkiego – uśmiecha się”<sup>13</sup>. Wypowiedź ta potwierdza motywację osób wybierających zawody medyczne, wśród których „pomaganie innym ludziom” jest jednym z kluczowych powodów decydujących o wyborze profesji<sup>14</sup>. Tego rodzaju działalność dla wielu pracowników stanowi swego rodzaju misję, powołanie życiowe, z którym się identyfikują. Stąd postawy supererogacyjne, a nawet heroiczne są w tych zawodach wpisane w ich etos, co znajduje wyraz w kodeksach etyk zawodowych.

### **Obowiązek pracy i działania supererogacyjne w świetle obowiązującego prawa**

W początkowej fazie pandemii, kiedy w szpitalach brakowało indywidualnych środków ochrony dla pracowników i w warunkach zwalczania epidemii COVID-19, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych zwrócił się do Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) z prośbą o zajęcie stanowiska w następującej kwestii: czy w sytuacji niezapewnienia przez pracodawcę odzieży ochronnej i środków ochrony indywidualnej, pracownicy medyczni mogą powstrzymać się od wykonywania pracy. To pytanie jest kluczowe dla odróżnienia wykonywania obowiązków zawodowych od czynów supererogacyjnych, czyli ponadobowiązkowych i, jak zostało stwierdzone, dobrowolnych. W momencie przyzwolenia na narażanie zdrowia i życia personelu przez pracodawcę niezapewniającego bezpiecznych warunków pracy, niemożność powstrzymania się od wykonywania pracy przez pracowników nadaje czynom heroicznym, jakimi niewątpliwie stałyby się wówczas obowiązki związane z leczeniem i opieką, znamiona przymusu, nie pozwala na wyznaczanie granic obowiązków zawodowych, prywatności oraz autonomii.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> Zob. A. Czerw, A. Borkowska, *Praca zawodowa jako obszar realizowania misji społecznej*, „Psychologia Społeczna” 2010, nr 54(15), s. 303-315.



Podstawą prośby był art. 210, ust. 1, 2, 5 Kodeksu pracy (k.p.)<sup>15</sup>: w razie gdy warunki pracy nie odpowiadają przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy i stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika albo gdy wykonywana przez niego praca grozi takim niebezpieczeństwem innym osobom, pracownik ma prawo powstrzymać się od wykonywania pracy, zawiadamiając o tym niezwłocznie przełożonego (art. 210, ust. 1 k.p.). W ust. 2 zawarte zostało prawo pracownika do oddalenia się z miejsca zagrożenia, po niezwłocznym powiadomieniu przełożonego, jeżeli powstrzymanie się od wykonywania pracy nie usuwa zagrożenia, o którym mowa w ust. 1. Natomiast ust. 5 zawiera wskazanie, że ust. 1, 2 nie dotyczą pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia.

Wstępna ocena RPO była korzystna dla personelu medycznego z uwagi na fakt, że warunki pracy, w przypadku leczenia chorób zakaźnych, muszą odpowiadać przepisom bezpieczeństwa i higieny pracy, a w sytuacjach, kiedy stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia lub życia pracownika, ma on prawo powstrzymać się od wykonywania pracy, niezwłocznie zawiadamiając o tym przełożonego<sup>16</sup>. W myśl przedstawionego przez RPO stanowiska, personel medyczny ma obowiązek podejmować działania zapobiegające szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Zgodnie z Kodeksem wykroczeń (k.w.) nieprzestrzeganie zakazów, nakaźów, ograniczeń lub obowiązków określonych w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi lub w przepisach o Państwowej Inspekcji Sanitarnej albo nieprzestrzeganie decyzji wydanych na podstawie tych przepisów przez organy inspekcji sanitarnej, podlega karze grzywny albo karze nagany (art. 116, ust. 1, pkt 2 k.w.)<sup>17</sup>. Z jednej strony więc personel medyczny jest zobowiązany do przestrzegania zasad bezpieczeństwa pracy. Z drugiej natomiast to po stronie pracodawcy leży obowiązek zapewnienia pracownikom bezpieczeństwa i higieny pracy. Pracodawca nie ma prawa wymagać od pracowników postaw heroicznych oraz narażania ich życia i zdrowia w ramach obowiązków pracowniczych. Dodatkowo przepisy ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi stanowią, że kierownicy zakładów opieki zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są zobowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (art. 11, ust. 1). Działania te obejmują m.in. stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych (art. 11, ust. 2, pkt 4)<sup>18</sup>. Nieprzestrzeganie tego obowiązku przez

<sup>15</sup> Dz.U. z 1974 r., Nr 24, poz. 141.

<sup>16</sup> III.7050.10.2020.LN.

<sup>17</sup> Dz.U. z 2021 r., t.j. Dz.U. z 2008 r.

<sup>18</sup> Dz.U., Nr 234, poz. 1570.

pracodawcę może podlegać odpowiedzialności karnej z art. 165, ust. 1, pkt 1: kto spowoduje niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia wielu osób albo dla mienia w wielkich rozmiarach: 1) powodując zagrożenie epidemiologiczne [...] podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8<sup>19</sup>. Po zajęciu wstępnego stanowiska RPO wystąpił o opinię do Głównego Inspektora Pracy (GIP).

W odpowiedzi na prośbę RPO, GIP powołał się na art. 207, ust. 1 i 2 oraz na art. 209<sup>2</sup>, 209<sup>3</sup> i 210 k.p., zgodnie z którymi to pracodawca ponosi odpowiedzialność za stan bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładzie pracy<sup>20</sup>. Na zakres odpowiedzialności pracodawcy nie wpływają obowiązki pracowników w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz powierzenie wykonywania zadań służby bezpieczeństwa i higieny pracy specjalistom spoza zakładu pracy (ust. 1 k.p.). Pracodawca jest obowiązany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. W szczególności pracodawca jest obowiązany reagować na potrzeby w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy oraz dostosowywać środki podejmowane w celu doskonalenia istniejącego poziomu ochrony zdrowia i życia pracowników, biorąc pod uwagę zmieniające się warunki wykonywania pracy (ust. 2, pkt 3 k.p.). W przypadku możliwości wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia pracodawca jest obowiązany: niezwłocznie poinformować pracowników o tych zagrożeniach oraz podjąć działania w celu zapewnienia im odpowiedniej ochrony oraz niezwłocznie dostarczyć pracownikom instrukcje umożliwiające, w przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia, przerwanie pracy i oddalenie się z miejsca zagrożenia w miejsce bezpieczne (art. 209<sup>2</sup>, ust. 1 k.p.). W razie wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia lub życia pracodawca jest obowiązany: wstrzymać pracę i wydać pracownikom polecenie oddalenia się w miejsce bezpieczne, a także do czasu usunięcia zagrożenia nie wydawać polecenia wznowienia pracy (art. 209<sup>2</sup>, ust. 2 k.p.). Pracodawca jest obowiązany umożliwić pracownikom, w przypadku wystąpienia bezpośredniego zagrożenia dla ich zdrowia lub życia albo dla zdrowia lub życia innych osób, podjęcie działań w celu uniknięcia niebezpieczeństwa – nawet bez porozumienia z przełożonym – na miarę ich wiedzy i dostępnych środków technicznych (art. 209<sup>3</sup>, ust. 1 k.p.). Pracownicy, którzy podjęli działania, o których mowa w ust. 1, nie mogą ponosić jakichkolwiek niekorzystnych konsekwencji tych działań, pod warunkiem że nie zaniedbali swoich obowiązków (art. 209<sup>3</sup>, ust. 2 k.p.).

Przepis art. 210 k.p., na który powołał się Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych w swoim zapytaniu do RPO, także odgrywa istotną rolę

<sup>19</sup> T.j. Dz.U. z 2022 r., poz. 1138.

<sup>20</sup> UNP:GIP-20-27288.

w dyskutowanej kwestii praw pracowniczych, jednak, jak już zostało wspomniane, przepisy te nie dotyczą pracownika, którego obowiązkiem pracowniczym jest ratowanie życia ludzkiego lub mienia. Niemniej jednak, jak wskazuje GIP, pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę (art. 100, ust. 1 k.p.). Jakkolwiek wykonywanie pracy odbywa się w oznaczonym czasie i miejscu pod kierownictwem pracodawcy, co decyduje o tym, że zasady bezpieczeństwa i higieny pracy powinny zostać pracownikom zapewnione, to jednak pracownik, który powstrzymuje się od wykonywania pracy bez porozumienia z pracodawcą, musi liczyć się z ewentualnymi tego konsekwencjami i to jedynie sąd w procesie wytoczonym z powództwa pracowników mógłby ewentualnie uznać bądź odrzucić ich racje. Inspektor pracy nie dysponuje narzędziami prawnymi, aby powstrzymać pracodawcę przed podjęciem decyzji o ukaraniu pracowników powstrzymujących się od pracy z powodu pandemii COVID-19. GIP stwierdza: „Nieuzasadnione powstrzymanie się od wykonywania pracy nie daje jednak pracownikowi takiej ochrony i może być postrzegane jako naruszenie podstawowych obowiązków pracowniczych”<sup>21</sup>. Wynika stąd, że przepisy, rozporządzenia i akty prawne opracowywane w czasie pandemii COVID-19 nie zawieszają obowiązujących regulacji, a ewentualne powstrzymanie się od wykonywania pracy przez pracownika powinno być wnikliwie ocenione przez pracodawcę w świetle realnego zagrożenia zakażenia patogenem SARS-CoV-2. GIP potwierdza także stanowisko RPO, że to pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikom bezpieczne i higieniczne warunki pracy i niewywiązywanie się z tego obowiązku może mieć konsekwencje w postaci odpowiedzialności wykroczeniowej (art. 283 k.p.) bądź karnej (art. 220 k.k.). Dodaje także, że ocena faktycznego narażenia pracowników zakładów opieki zdrowotnej musi odbywać się w drodze kontroli, za co odpowiada Powiatowy i Wojewódzki Inspektor Sanitarny<sup>22</sup>.

Przepisy prawa ograniczają obowiązek leczenia i opieki bezpieczeństwem pracowników, chroniąc w ten sposób aktualnych, a także potencjalnych pacjentów przed utratą zarówno ich własnego poczucia bezpieczeństwa (personel nie może jednocześnie świadczyć usług medycznych i transmitować chorób zakaźnych), a także profesjonalnej opieki (na wypadek, gdyby choroby zakaźne okazały się na tyle groźne, że zaczęłyby dziesiątkować personel).

<sup>21</sup> UNP:GIP-20-27288, s. 3.

<sup>22</sup> Dz.U. z 2019 r., poz. 1239 ze zm.

## Obowiązki zawodowe w kontekście raportów z badań przeprowadzonych w okresie pandemii COVID-19

Z raportów przywołanych poniżej wyłania się o wiele bardziej skomplikowany obraz sytuacji personelu medycznego w dobie pandemii COVID-19, niż ma to odzwierciedlenie w zasadach etycznych i regulacjach prawnych. Na pierwszy plan wysuwają się kwestie organizacyjne mające bezpośredni wpływ na jakość świadczonych usług oraz na satysfakcję pracowników z wykonywanej pracy. W ekspertyzie „Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości” autorzy wskazali na konsekwencje pandemii w systemie ochrony zdrowia w zakresie zarządzania personelem lekarskim<sup>23</sup>. Zwrócono uwagę na fakt, że w czasie pandemii lekarze i personel pielęgniarski pełnili funkcję ratowników w stosunku do pacjentów z uwagi na tego rodzaju zapotrzebowanie<sup>24</sup>. Dodatkowo lekarzom nieposiadającym specjalizacji w zakresie chorób zakaźnych lub anestezjologii nadano możliwość oddelegowania do placówek, na okres do trzech miesięcy, zgodnie z zapotrzebowaniem. Lekarze dentyści również otrzymali dodatkowe uprawnienia, takie jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób, udzielanie porad lekarskich<sup>25</sup>. Pandemia COVID-19 przyczyniła się do poszerzenia kompetencji zawodów medycznych, czego przykładem mogą być uprawnienia uzyskane w trybie odbycia szkolenia do wykonywania szczepień przeciwko COVID-19, które otrzymali farmaceuci, fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni<sup>26</sup>, oraz pokazała konieczność wzmacniania i budowania zespołów medycznych współpracujących ze sobą, co zwiększa efektywność opieki nad pacjentami<sup>27</sup>.

W raporcie badani wskazali także na fakt, że niedobory wśród pracowników personelu medycznego wpływają na przemęczenie lekarzy, na jakość udzielanych świadczeń oraz ograniczają pacjentom dostępność do świadczeń. Największy deficyt dotyczył również m.in. testów na obecność SARS-CoV-2 wśród osób bliskich pracownikom, dodatkowego wynagrodzenia, rekompensaty finansowej za nieobecność chorobową skutkującą wypłatą 80% wynagrodzenia, zapewnienia posiłków, działań na rzecz wzmocnienia pracy zespołowej, pomocy psychologicznej w miejscu pracy<sup>28</sup>.

<sup>23</sup> Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości, raport przygotowany pod kierownictwem B. Buchelt, we współpracy z I. Kowalska-Bobko, T. Masłyk oraz z Naczelną Izbą Lekarską, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2021, s. 4-5.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 7.

<sup>25</sup> Dz.U. z 2020 r., poz. 1493; Dz.U. z 2020 r., poz. 2401.

<sup>26</sup> Dz.U. z 2021 r., poz. 293.

<sup>27</sup> Ostatni zgasi światło..., s. 11.

<sup>28</sup> *Ibidem*, s. 27.

Największe oczekiwania lekarzy w zakresie ewentualnego wsparcia zawodowego redukującego niedobór pracowników są związane z pomocą ze strony personelu pielęgniarskiego i położniczego oraz asystentów lekarzy. Wsparcie administracyjne mogłoby zostać udzielone także przez sekretarki medyczne, asystentów lekarzy oraz specjalistów do zarządzania personelem zatrudnianych przez podmioty lecznicze<sup>29</sup>. Pomocne okazuje się również wprowadzenie i korzystanie z usług telemedycznych tam, gdzie to możliwe<sup>30</sup>.

Autorzy raportu zarekomendowali wprowadzenie następujących rozwiązań: przyspieszenie działań legislacyjnych związanych z nadawaniem nowych uprawnień w poszczególnych zawodach medycznych, dalsze uposażanie pielęgniarek w czynności medyczne powiązane z odpowiednią gratyfikacją, faktyczne wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia w Polsce zawodu asystenta lekarza oraz HR Business Partnera, tj. specjalisty ds. zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia<sup>31</sup>.

Zasadniczymi kwestiami analizowanymi w raporcie były także: przemęczenie lekarzy i personelu medycznego związane z niedoborami kadrowymi oraz plany zawodowe uwzględniające emigrację, ograniczenie godzin pracy, zmianę zawodu. Organizacja pracy w pandemii COVID-19 mogła znacząco wpłynąć na decyzje personelu medycznego w kwestii planowania dalszych etapów kariery zawodowej. Ponadto wzrost agresji i hejtu w stosunku do tej grupy zawodowej, zarówno w kontakcie bezpośrednim, jak i w internecie, uwzględniający zachowania, takie jak: negatywne albo agresywne komentarze bądź zachowania skierowane bezpośrednio do personelu czy osób im bliskich (małżonków, partnerów, dzieci), wymaga wprowadzenia odpowiednich regulacji prawnych zapewniających poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwiających skuteczną i efektywną ochronę pracowników w przestrzeni publicznej (możliwość identyfikacji, rekompensaty za poniesione szkody, akcje informacyjne, kary itp.)<sup>32</sup>.

W zakresie wdrażanych rozwiązań systemowych lekarze pozytywnie odnieśli się do dodatkowej gratyfikacji finansowej oraz do poszerzenia uprawnień innych zawodów medycznych. Natomiast przymusowe oddelegowania do pracy w szpitalach covidowych spotkało się z negatywną oceną, w szczególności ze strony lekarzy specjalistów. W raporcie zawarte zostało wyjaśnienie negatywnego nastawienia: „Przy oddelegowaniu nie brano pod uwagę ani sytuacji zawodowej, ani rodzinnej oddelegowanych. W przyszłości należy zatem w miarę możliwości partycypacyjne, ale i z odpowiednim wyprzedzeniem czasowym planować rotacje personelu

<sup>29</sup> Dz.U. z 2011 r., Nr 151, poz. 896.

<sup>30</sup> Ostatni zgasi światło..., s. 11-14.

<sup>31</sup> *Ibidem*, s. 14.

<sup>32</sup> *Ibidem*, s. 15-24. Więcej na temat „hejtu” oraz „mowy nienawiści” można przeczytać w: I. Dąbrowska, *Internetowy hejt wobec chorych oraz pracowników służby zdrowia w czasach pandemii wirusa SARS-CoV-2 w Polsce*, „Media-Kultura-Komunikacja Społeczna” 2021, nr 17, s. 89-103.

medycznego, zwłaszcza lekarzy w systemie ochrony zdrowia. Niewątpliwie istotnym aspektem, determinującym takie działania, powinien być wiek i płeć przemieszczanych pracowników. Należy bowiem pamiętać, że zawód lekarza jest coraz bardziej sfeminizowany, a to w naturalny sposób determinuje potrzebę większego zaangażowania w życie osobiste (rodzinne)<sup>33</sup>.

Przywołany raport wskazuje, z jednej strony, na konieczność rozwiązań systemowych zapewniających personelowi bezpieczne wywiązywanie się z obowiązku leczenia i opieki nad pacjentami. Z drugiej zaś ujawnia trudną prawdę o narażeniu pracowników na konieczność podejmowania działań pod przymusem, co mogło wywoływać cierpienie i ból oraz prowadzić do poczucia szkody moralnej. Rekomendacje autorów ekspertyzy dotyczą rozwiązań systemowych niezbędnych do zapewnienia pracownikom bezpieczeństwa i poczucia kontroli nad podejmowanymi działaniami w ramach zawodowych obowiązków.

W kolejnym raporcie dotyczącym opieki okołoporodowej podczas pandemii COVID-19 obciążenie pracą w czasie pandemii, dłuższy czas wykonywania zadań w związku z większą liczbą procedur zabezpieczających przed zakażeniem oraz stres wskazywane było przez personel jako utrudnienie w pracy. Wyniki ekspertyzy wskazują także na brak możliwości wzięcia przez personel udziału w szkoleniach poświęconych metodom radzenia sobie ze stresem. Położne w porównaniu z lekarzami częściej uznawały, że system ochrony zdrowia je zawiódł. Częściej także niż lekarze nie mogły wziąć urlopu w związku z wykonywaną w czasie pandemii pracą, a także miały odparzenia i zmiany skórne związane ze stosowaniem środków ochrony osobistej. Większość respondentów zadeklarowała również brak wsparcia psychologicznego oraz finansowego<sup>34</sup>.

Prawidłowa logistyka okazuje się kluczowa w zapewnieniu optymalnych warunków pracy w systemie ochrony zdrowia i to dobra organizacja pracy chroni pracowników przed poczuciem szkody moralnej oraz zbytnim obciążeniem obowiązkami zawodowymi. Przykłady nieprawidłowej organizacji w pandemii pokazują, w jak dużym stopniu wpływa ona na jakość świadczenia usług medycznych. W tekście warto wspomnieć między innymi tworzenie oddziałów covidowych bez zweryfikowania warunków technicznych placówek (m.in. prawidłowego systemu wentylacji), braki w zapewnieniu wystarczającej ochrony osobistej w przypadku podejrzenia zakażenia COVID-19 w trakcie udzielania przez personel medycznych czynności, przepełnienie szpitali w regionach, gdzie występowała wysoka liczba zakażeń w kierunku COVID-19, z jednoczesnym niskim wskaźnikiem osób za-

<sup>33</sup> Ostatni zgasi światło..., s. 25.

<sup>34</sup> Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego. Raport, oprac. A. Doroszevska, red. I. Adamska i in., Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2021, s. 10-12.

szczepionych, przekształcanie regularnych oddziałów szpitalnych w covidowe, co niejednokrotnie odbywało się kosztem innych pacjentów i skutkowało niezapewnieniem adekwatnej opieki pacjentom w stanie nagłym, w szczególności w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, stomatologicznych, a także osób posiadających przewlekłe choroby i cierpiących onkologicznie oraz wymagających niezwłocznie rehabilitacji, brak koordynacji działań pomiędzy pogotowiem a szpitalem, niewystarczająca organizacja w przekazywaniu pacjentom informacji o miejscach, w których można otrzymywać świadczenia, niedostatek respiratorów, braki kadrowe, niedofinansowanie sektora zdrowotnego<sup>35</sup>.

W pandemii kwestie, takie jak organizacja odwiedzin pacjentów małoletnich przebywających na oddziałach pediatrycznych (i innych oddziałach szpitalnych) przez ich rodziców lub opiekunów, organizacja odwiedzin pacjentów przebywających w szpitalach psychiatrycznych i innych podmiotach leczniczych udzielających opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, odwiedzin w szczególnych przypadkach, takich jak wizyta pożegnalna pacjenta chorego terminalnie, nie zostały wystarczająco uregulowane<sup>36</sup>. Wymienione przykłady nieprawidłowości i deficytów pokazują, że umiejętności zarządzania kryzysem są kluczowe w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia.

Autorzy przywoływanego już doniesienia *Ostatni zgasi światło...* wskazują na fakt, że kondycja psychiczna personelu lekarskiego w 2021 r. uległa pogorszeniu w stosunku do roku poprzedniego. Badani wskazywali na doświadczane przez nich emocje i stany, takie jak obawy o zdrowie i życie swoich bliskich, przeciążenie psychiczne, stres lub napięcie psychiczne, towarzyszący niepokój, przemęczenie, bezradność, niechęć do kontynuowania pracy<sup>37</sup>. Część badanych wskazała również na przydatność interwencji psychologicznych, co jest także obecne w innych raportach, na przykład w badaniach „Pracownicy ochrony zdrowia w trakcie pandemii”, w których zespół pod kierownictwem prof. Pawła Holasa stwierdził, że „zdolność do przeżywania współczucia do siebie mogła chronić pracowników ochrony zdrowia przed doświadczaniem objawów depresji w czasie pandemii COVID-19. Pielęgniarki/pielęgniarze przejawiali najwyższy poziom zarówno obaw (poczucia zagrożenia), jak i depresyjności oraz lęku uogólnionego (istotnie wyższy niż lekarze); co ciekawe, przejawiali jednak istotnie więcej pozytywnych

<sup>35</sup> Ł. Kosiedowski i in., *Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski*, red. P. Mierzejewski, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2021, s. 23–26.

<sup>36</sup> Rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie epidemii COVID-19 w związku z postępowaniem realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, Warszawa 6 września 2021 r.

<sup>37</sup> *Ostatni zgasi światło...*, s. 28–31.

emocji niż lekarze/lekarzki<sup>38</sup>. Dodatkowo raport *Health at a Glance* opracowany przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) we współpracy z Komisją Europejską wskazuje na ogromny wpływ pandemii na zdrowie psychiczne populacji. Stany lękowe i depresję diagnozowano ponad dwukrotnie częściej w większości krajów z dostępnymi danymi, m.in. w Meksyku, Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych<sup>39</sup>. W oparciu o dane z raportów dotyczących jakości usług medycznych w dobie pandemii COVID-19 należy stwierdzić, że programy zapewniające stałe wsparcie psychologiczne dla personelu doświadczającego napięć, niepokoju, stresu czy wypalenia zawodowego powinny stać się nieodłącznym elementem wsparcia pracowników w zawodach medycznych.

Jeżeli chodzi o pozytywne aspekty opieki okołoporodowej podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego z 2021 roku, to autorzy wskazują na możliwość większego w stosunku do lat poprzednich zaangażowania personelu w opiekę nad pacjentkami w zakresie podejmowania przez personel z własnej inicjatywy uczenia pielęgnacji dziecka, nauki karmienia piersią. W ekspertyzie czytamy: „Można odnieść wrażenie, że w czasie pandemii personel bardziej angażował się w opiekę nad pacjentkami [...] Może to wynikać ze świadomości personelu, że ze względu na ograniczenia w obecności osób bliskich na oddziałach położniczych kobiety nie mogą liczyć na wsparcie najbliższych i są całkowicie zdane na opiekę personelu<sup>40</sup>. Warto także podkreślić, że, z jednej strony, relacje personelu z pacjentkami na oddziałach położniczych poprawiły się ze względu na poczucie wspólnoty w trudnej sytuacji, w jakiej obie strony się znalazły. Z drugiej strony, personel był zdania, że relacje pogorszyły się ze względu na duże obciążenie personelu pracą, procedury wprowadzone w celu zabezpieczenia przed zakażeniem, które ograniczyły do minimum czas spędzany z kobietą oraz konieczność noszenia środków ochrony osobistej i maseczek, co utrudniało komunikację z pacjentkami<sup>41</sup>. Podsumowując, w czasie pandemii COVID-19 opieka okołoporodowa opierała się na zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez krajowych konsultantów, towarzystwa oraz stowarzyszenia skupiające lekarzy, pielęgniarki i położne. Niemniej, w opinii autorów przywoływanego raportu, to Ministerstwo Zdrowia powinno wziąć odpowiedzialność za przygotowanie wytycznych oraz ko-

---

<sup>38</sup> Pracownicy ochrony zdrowia w trakcie pandemii. Raport nr 21 z badania przeprowadzonego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego podczas epidemii COVID-19 w 2020 r., s. 2-3.

<sup>39</sup> OECD, *Health at a Glance*, OECD Indicators, OECD Publishing, Paris 2021, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>, s. 98-99.

<sup>40</sup> Opieka okołoporodowa podczas pandemii..., s. 9.

<sup>41</sup> *Ibidem*, s. 12-13.



ordynację tego rodzaju opieki zgodnie ze standardami okołoporodowymi<sup>42</sup> oraz literą obowiązującego prawa, uwzględniając pandemiczne ograniczenia<sup>43</sup>.

Na koniec warto dodać parę wskazówek na temat wskaźników satysfakcji z pracy personelu medycznego. W przypadku lekarzy obu płci składają się na nią przede wszystkim: zapewnienie przez pracodawcę rozwoju specjalistycznego w ramach szkoleń organizowanych poza miejscem pracy, wykonywanie pracy na dobrze przygotowanym stanowisku (wyposażenie placówki oraz kompetentny zespół) oraz autonomii w pracy. Niebagatelną rolę odgrywa także satysfakcjonujące wynagrodzenie za pracę oraz kompetencje menedżerskie bezpośredniego przełożonego<sup>44</sup>. Ten ostatni czynnik został także wskazany jako kluczowy dla zapobiegania zmniejszania liczby osób pracujących w zawodach pielęgniarskich i położniczych oraz dla zachęcenia osób młodych do studiowania i pracy w tym zawodzie w Polsce<sup>45</sup>. W przypadku ratowników medycznych czynnikiem wynagrodzenia, możliwość zdobywania nowych kwalifikacji oraz optymalna organizacja pracy także odgrywają znaczącą rolę w wyborze i wykonywaniu tego zawodu. Dodatkowo ustanowienie samorządu tej grupy zawodowej jako instytucji stanowiącej wspólną reprezentację całej profesji oraz kompleksowe uregulowanie wykonywania zawodu ratownika medycznego poprawiłoby wizerunek tej profesji w odbiorze społecznym, a także zapewniłoby większe poczucie bycia docenionymi i szanowanymi wśród samych ratowników<sup>46</sup>.

## Konkluzja

Zasadniczym wnioskiem, jaki płynie z przedstawionych analiz, jest konieczność wprowadzenia rozwiązań systemowych zapewniających personelowi bezpieczne wywiązywanie się z ciężącego na nich obowiązku leczenia i opieki nad pacjentami. Składają się na nie: konieczność poszerzania kompetencji zawodów medycznych powiązane z odpowiednią gratyfikacją oraz wzmacnianie i budowanie zespołów medycznych współpracujących ze sobą, faktyczne wprowadzenie do systemu ochrony zdrowia zawodu asystenta lekarza, sekretarki medycznej oraz HR Business Partnera, tj. specjalisty ds. zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia, ustanowienie samorządu ratowników medycznych jako instytucji stanowiącej wspólną reprezentację całej profesji oraz kompleksowe uregulowanie wykonywania tego zawodu, implementacja odpowiednich regulacji prawnych umożliwiających skuteczną i efektywną ochronę pracowników przed przejawami agresji w przestrzeni

<sup>42</sup> Dz.U. z 2018 r., poz. 1756.

<sup>43</sup> Opieka okołoporodowa podczas pandemii..., s. 18-19.

<sup>44</sup> Ostatni zgasi światło..., s. 32-34.

<sup>45</sup> Pielęgniarka, położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2022, s. 14.

<sup>46</sup> V.7010.155.2020.GH; DSZ.054.587.2020.BJ.

publicznej, zapewnienie systemowego wsparcia psychologicznego, wystarczające uregulowanie organizacji odwiedzin pacjentów małoletnich przebywających na oddziałach pediatrycznych, w szpitalach psychiatrycznych i innych podmiotach leczniczych udzielających opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, odwiedzin w szczególnych przypadkach, takich jak wizyta pożegnalna pacjenta chorego terminalnie w świetle obostrzeń związanych z epidemią i pandemią, przygotowanie przez Ministerstwo Zdrowia wytycznych oraz koordynację opieki okołoporodowej zgodnie ze standardami oraz literą obowiązującego prawa, uwzględniając pandemiczne ograniczenia. Zgodnie z obowiązującymi regulacjami pracodawca powinien zapewnić bezpieczne i higieniczne warunki pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki w taki sposób, aby pracownicy mogli realizować swoje obowiązki zawodowe. Brak tego rodzaju zabezpieczeń w miejscu pracy wymusza na pracownikach podejmowanie działań ryzykownych, obciążając dodatkowym stresem. Pomimo tego, że poczucie misji oraz postawy supererogacyjne zostały wpisane w etos personelu medycznego, to zarówno jeden, jak i drugi aspekt musi mieć charakter dobrowolny po to, aby zagwarantować pracownikom poczucie bezpieczeństwa i satysfakcji z wykonywanej pracy.

## Literatura

- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, przeł. W. Jacórzyński, Warszawa 1996.
- Bohaterowie pandemii* – KPR – Krakowskie Pogotowie Ratunkowe.
- Cox C.L., *‘Healthcare Heroes’: problems with media focus on heroism from healthcare workers during the COVID-19 pandemic*, „Journal of Medical Ethics” 2020, nr 46.
- Czerw A., Borkowska A., *Praca zawodowa jako obszar realizowania misji społecznej*, „Psychologia Społeczna” 2010, nr 54(15).
- Dąbrowska I., *Internetowy hejt wobec chorych oraz pracowników służby zdrowia w czasach pandemii wirusa SARS-CoV-2 w Polsce*, „Media–Kultura–Komunikacja Społeczna” 2021, nr 17.
- Farnsworth J.K., Drescher K.D., Evans W., Walser R.D., *A functional approach to understanding and treating military-related moral injury*, „Journal of Contextual Behavioral Science” 2017, nr 6.
- Kosiedowski Ł., Schabowski T., Żmudka M., Heleniak G., Koczorowska J., Talma-Pogrzebska E., Bogucka A., Bereda-Łabędź K., Góźdź E., Czarkowska M., *Raport RPO na temat pandemii. Doświadczenia i wnioski*, red. P. Mierzejewski, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2021.
- Litz B.T., Stein N., Delaney E., Lebovitz L., Nash W.P., Silva C., Maguen S., *Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy*, „Clinical Psychology Review” 2009, nr 29.
- OECD, *Health at a Glance*, Paris 2021, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego. Raport, oprac. A. Doroszevska, red. I. Adamska, B. Baranowska, A. Doroszevska, J. Pietrusiewicz, M. Godlewska, D. Kuźnicka-Błaszowska, A. Kwiatek-Kucharska, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa 2021.

- Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości, raport przygotowany pod kierownictwem B. Buchelt, we współpracy z I. Kowalska-Bobko, T. Masłyk oraz z Naczelną Izbą Lekarską, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 2021.
- Pracownicy ochrony zdrowia w trakcie pandemii. Raport nr 21 z badania przeprowadzonego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego podczas epidemii COVID-19 w 2020 r., Warszawa 2020.
- Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarka, położna zawody deficytowe w polskim systemie ochrony zdrowia, Warszawa 2022.
- Ratownicy medyczni. Cisi bohaterowie pandemii* – plus.gazetakrakowska.pl [dostęp: 11.07.2022]
- Rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie epidemii COVID-19 w związku z postępowaniem realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, Warszawa 6 września 2021 r.
- Williamson V., Murphy D., Greenberg N., *COVID-19 and experiences of moral injury in frontline key worker*, „Occupational Medicine” 2020, nr 70, nr 5.
- Wytyczne przeciwepidemiczne – Koronawirus SARS-CoV-2 - Główny Inspektorat Sanitarny - Portal Gov.pl (www.gov.pl).
- Aktualizacja wytycznych do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl (www.gov.pl).

