

W samym środku – kryzysy środowiska pracy i ich zagospodarowanie przez prawicę #1

CONNECT

Niezdrowa debata – przeciążenie i podziały wśród personelu w sektorze opieki zdrowotnej

Jesienią 2025 roku w ramach projektu „Connect – różnorodność poprzez zaangażowanie” realizowanego przez stowarzyszenie DGB-Bildungswerk Thüringen e.V. (Turyngijska Placówka Edukacyjna Federacji Niemieckich Związków Zawodowych) miał miejsce cykl wydarzeń online. Prelekcje wygłoszone w ramach tego cyklu zostały utrwalone na piśmie i opublikowane w kilku językach. Niniejszy tekst stanowi streszczenie prelekcji **Thomasa Stiebera (SOFI – Socjologiczny Instytut Badawczy w Getyndze przy Uniwersytecie Georga-Augusta)**. Więcej informacji na ten temat można znaleźć w jego książce zatytułowanej „Muster migrantischer Arbeit” (Wzorce pracy wśród migrantów).

W wielu branżach w Niemczech – przykładowo w sektorze opieki zdrowotnej – brakuje pracowników i specjalistów. Coraz większą część pracy w tym obszarze zrzuca się na migrantów. Przeciążenie personelu klinik i szpitali dało się dostrzec najpóźniej w czasie pandemii spowodowanej koronawirusem i przynajmniej przez chwilę znalazło się ono w centrum zainteresowania opinii publicznej. Wyzwania są jasne: zbyt mało personelu specjalistycznego, przepracowanie, złe warunki pracy i spadająca jakość świadczeń socjalnych. Na pierwszy rzut oka problemy te dotyczą w równym stopniu pracowników z doświadczeniem migracyjnym, jak i bez niego.

Jednak migranci są narażeni na dodatkowe obciążenia: pojawienie się w zakładzie czy biurze często wiąże się z konfliktami i wykluczeniem.

Poniższy tekst stanowi spojrzenie na sytuację cudzoziemców wśród personelu pielęgniarskiego, pracujących w niemieckich szpitalach, oraz na tak zwane „obszary niezwiązane bezpośrednio z pacjentem”, w których migranci również wykonują ważne, lecz niedoceniane zadania. Przy okazji zwrócimy uwagę na struktury zakładowe i polityczne, często przesłonięte przez narracje prawicowe i przemilczanie konfliktów.

„Nie ma alternatywy”? Polityczne zmiany w strukturze systemu opieki zdrowotnej od roku 2000

Wiele dzisiejszych problemów w sektorze opieki jest skutkiem celowej ekonomizacji systemu opieki zdrowotnej. Reformę tą, przedstawianą za pomocą sloganu „nie ma alternatywy”, sprawiła, że szpitale znalazły się pod ogromną presją finansową. Aby osiągać zyski, należało leczyć więcej pacjentów w krótszym czasie. W ten sposób powstał duży nacisk na oszczędności i wyniki, który dotknął przede wszystkim obszar opieki i usług – a więc oba segmenty, w których pracuje szczególnie wielu migrantów.

W następstwie doszło do podziału prac szpitalnych na pozorną „istotę pracy” i rzekome zadania „niezwiązane bezpośrednio z pacjentem”, jak m.in. transport pacjentów,

Początkiem lat 2000 zaczęto w coraz większym stopniu organizować szpitale według prawideł znanych z ekonomiki przedsiębiorstw, takich jak efektywność i obniżanie kosztów – polityka personalna zeszła na drugi plan. Wprowadzenie tak zwanych ryczałtów za przypadek oznaczało, że szpitale nie otrzymują już płatności za rzeczywiste nakłady, lecz według stałych stawek określonych dla przypadku leczenia.

sprzątanie czy obsługa kuchni. Obszary te zostały wyłączone z dotychczasowego systemu zatrudnień, przekształcone w spółki zależne i wyjęte z zakresu obowiązywania układów zbiorowych pracy, co spowodowało nawet 50-procentowy spadek wynagrodzeń pracowników w tych obszarach.

Jednocześnie zlikwidowano

wiele stanowisk w sektorze opieki, w wyniku czego silnie wzrosło obciążenie pracą pozostałego personelu. Wielu przedstawicieli personelu pielęgniarskiego miało coraz większe poczucie, że nie jest już w stanie znaleźć czasu na swoje właściwe zadanie, jakim jest troska o pacjentów. Stres, godziny nadliczbowe i obciążenia psychiczne sprawiły, że warunki pracy stały się nieznosne. Wielu specjalistów zmieniło zawód lub ograniczyło swój czas pracy.

Tak przedstawia się kontekst strukturalny odczuwalnego dzisiaj kryzysu w sektorze opieki. Odpowiedź polityczna od kilku lat polega w głównej mierze na werbowaniu dodatkowych pracowników z zagranicy. Nie poprawia to jednak niepewnych warunków pracy w branży opieki, a jedynie przesuwa problem w inne miejsce.

Sytuacja zagranicznych specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa Niemczech

Po części za pośrednictwem programów państwowych, po części zaś z inicjatywy poszczególnych zakładów we współpracy z agencjami pośrednictwa następuje werbowanie personelu pielęgniarskiego z różnych krajów, na przykład z Filipin, Tunezji czy Indonezji. Pozyskani specjaliści wykształcenie pielęgniarskie zdobywali w krajach swojego pochodzenia – czasem już wówczas mając na celu późniejszą pracę za granicą. W procesach pozyskiwania interesy ekonomiczne szpitali często liczą się

bardziej niż perspektywy osobiste i zawodowe zwerbowanych pracowników. Ze względu na różnice względem systemu kształcenia w Niemczech personel pielęgniarski z zagranicy często ma zbyt wysokie kwalifikacje w stosunku do zadań, jakie się mu tutaj powierza. Jednocześnie i tak już przeciążonemu personelowi w szpitalach często brakuje czasu na wdrożenie – jedynie w części przypadków pracodawca udostępnia logiczny system i odpowiednie zasoby. Werbowanie pracowników częściowo powoduje w kraju pochodzenia tzw. brain drain czy care drain, a więc odpływ specjalistów (medycznych). W niektórych krajach dobre wykształcenie pielęgniarskie, zdobyte w celu podjęcia zatrudnienia za granicą, stoi w sprzeczności ze źle wyposażonym systemem opieki zdrowotnej dla rodzimych mieszkańców, którym nie przynosi ono korzyści.

Specjaliści i ich rodziny często płacą za wykształcenie wysokie sumy, niekiedy w przypadku zagranicznych programów pozyskiwania pracowników dochodzą do tego jeszcze opłaty na rzecz agencji pośrednictwa. Ponieważ proces uznawania zagranicznych dyplomów w Niemczech często trwa określony czas, specjaliści w dziedzinie pielęgniarstwa w takiej sytuacji przez pierwsze miesiące zatrudniani są jedynie w charakterze pomocy – i otrzymują niższe wynagrodzenie. Migranci część wynagrodzenia bardzo często wysyłają swoim rodzinom w kraju pochodzenia – ciążą na nich zatem wysokie oczekiwania co do sukcesu w Niemczech. Pozyskany personel pielęgniarski zwykle znajduje się ponadto w niepewnej sytuacji społecznej: bez kontaktów społecznych, wśród wysoce obciążonych i zestresowanych nawałem pracy kolegów, zmagający się z barierami językowymi. Intensywne kursy języka niemieckiego na poziomie B2 są wprawdzie częścią programu kształcenia, jednak trwają one z reguły zbyt krótko i nie obejmują pojęć specjalistycznych, których rzeczywiście używa się na oddziale. Pielęgniarki i pielęgniarze nie mają alternatywy dla podjętej pracy, ponieważ ich prawo pobytu jest powiązane z zatrudnieniem i tym samym wyklucza możliwość zmiany pracy w Niemczech. Ponadto w ojczyźnie czekałoby ich z reguły rozczarowanie rodziny oraz zamknięty rynek pracy. W związku z tym wielu cudzoziemców wśród personelu pielęgniarskiego znajduje się początkowo w sytuacji bez wyjścia, która nie dopuszcza innej możliwości jak zaakceptowanie

złych warunków pracy. Dla szpitali, jako pracodawcy, takie rozwiązanie jest korzystne. Podobnie jak międzynarodowe agencje pośrednictwa pracy odnoszą one korzyści z werbowania pracowników.

Fakt, że o integracji rozmawia się wyłącznie, przedstawiając historie sukcesu lub definiując problemy, przesłania spojrzenie na – rzekomo pozbawione alternatywy – uwarunkowania polityczne i ekonomiczne. W kontekście coraz bardziej wrogich migracji nastrojów politycznych i społecznych w temacie werbowania specjalistów wyraźnie wybrzmiewa, komu wolno przybywać do Niemiec: „dobrymi” migrantami są wyłącznie ci, którzy przynoszą pożytek ekonomiczny. Indywidualne doświadczenia i potrzeby nie mają niemal znaczenia, pojedyncze osoby postrzegane są nie tyle jako podmioty podejmujące działanie, co jako jednolita grupa. Stanowi to jedną z podstaw dyskryminacji i dlatego sprzyja rasistowskiemu sposobowi myślenia o migrantach.

Wymysł dotyczący pracy „niewymagającej kwalifikacji”

Pracownicy z doświadczeniem migracyjnym stanowią dużą grupę w obszarach szpitala rzekomo „niezwiązanych bezpośrednio z pacjentem”, które często przejęły przedsiębiorstwa zależne. Transformacje neoliberalne, oprócz gorszych wynagrodzeń, spowodowały symboliczną dewaluację np. prac polegających na sprzątaniu. W społeczeństwie, ale także wśród kierownictwa szpitala, często uchodzą one za „proste” i „niewymagające kwalifikacji” prace, które rzekomo może wykonywać każdy. Osobami, często muszącymi je wykonywać, są migranci, którzy często nie mogą znaleźć czegoś innego i w związku z niepewnym tytułem pobytowym, brakiem szans na podnoszenie kwalifikacji lub przeciągającymi się procesami uznawania dokumentów, a niekiedy także ze względu na brak znajomości języka, pozostają skazani na ten rodzaj pracy zarobkowej. Zależność uniemożliwia obronę przed złymi warunkami pracy. Także w tym przypadku system wykorzystuje delikatną sytuację swoich pracowników. Wyraźnie widać również, że podczas debat dotyczących chcianej i niechcianej migracji w kontekście pracy zarobkowej wynagrodzenie, warunki pracy i szacunek nie mają żadnego znaczenia. Ważne, by migranci pracowali – nieistotne, na jak

bardzo niepewnych warunkach. Pojęcie „integracji” stosowane w polityce określa często tylko integrację na rynku pracy, nie zaś kompleksowe zaangażowanie społeczne.

Tymczasem ta rzekomo „prosta” praca odgrywa kluczową rolę dla zapewniania działania systemu opieki zdrowotnej i codziennego funkcjonowania szpitali. Ponadto często okazuje się, że – wbrew sposobowi jej przedstawiania – jest ona wymagająca zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Dotyczy to na przykład sprzątania, ponieważ czyszczenie, odkurzanie i mycie przez wiele godzin to czynność wymagająca wysiłku fizycznego. Szpitale mają ponadto wysokie wymagania w zakresie higieny – w poszczególnych obszarach należy stosować inne rodzaje ścierek, środków czyszczących i technik sprzątania. Do tego dochodzi presja czasowa, każdy ruch musi być bowiem idealny. Ponadto potwierdzono, że migrantom zatrudnionym w przedsiębiorstwach zależnych częściej przydzielane są zadania szczególnie nieprzyjemne, monotonne i/lub wymagające wysiłku fizycznego.

Te rzekomo „proste prace” nie są jednak doceniane przez kierownictwo szpitala i społeczeństwo. Osoby zatrudnione w tych obszarach nie cieszą się uznaniem ze względu na wykonywaną pracę, wręcz przeciwnie: z powodu złych warunków pracy ich zawód uważany jest za efekt osobistej porażki lub przynajmniej za rozwiązanie przejściowe, zanim znajdą „właściwe” zatrudnienie. Narracja ta zmienia się jednak, gdy dotyczy migrantów i uchodźców. Wówczas „prosta” praca przedstawiana jest jako sposób na start umożliwiający przejście do kolejnego zatrudnienia w obszarze rzekomo wymagającym wyższych kwalifikacji; z dumą mówi się, że umożliwia to integrację społeczną w Niemczech. Tymczasem w przedsiębiorstwach zależnych szpitali de facto prawie wcale nie ma możliwości awansu na inne stanowiska.

Przeciwko czemu kierowana jest frustracja?

Neoliberalny podział pracy w szpitalach doprowadził, ogólnie rzecz biorąc, do sporej frustracji. Z jednej strony pracownicy, którzy wykonują pracę obecnie uchodzącą za niewymagającą kwalifikacji, ucierpieli z powodu utraty statusu i obniżek płac. Jednocześnie pojęcie (braku) kwalifikacji przesłania fakt, że praca ta owszem wymaga sporych umiejętności

i jest niezwykle ważna. Dewaluacja ta jest jednak celowa, pozwala bowiem usprawiedliwić złą zapłatę.

Z drugiej strony znacznemu pogorszeniu uległy warunki pracy w sektorze opieki, jednak w wyniku dużego obciążenia, którego skutki często odczuwalne są także poza pracą, zaangażowanie na rzecz zmiany tych warunków jest utrudnione – czy wręcz uniemożliwiane ze strony specjalistów z zagranicy ze względu na ich wysoką zależność od zatrudnienia. Ponadto konflikty w codziennej pracy są z góry założone: ponieważ nie da się wykonać wszystkich zadań, pracownicy muszą pomijać niektóre obszary – niewykonane prace czekają wówczas na innych kolegów.

Faktycznymi przyczynami obciążenia są uwarunkowania strukturalne, takie jak ekonomizacja systemu opieki zdrowotnej, a w konsekwencji niedostępnianie odpowiednich zasobów przez kierownictwo szpitala, tymczasem wynikające stąd konflikty w codziennej pracy są często postrzegane jako spory wynikające z relacji międzyludzkich. Jeżeli uczestniczą w nich pracownicy z doświadczeniem migracyjnym, często wyolbrzymia i uogólnia się zdarzenia marginalne bądź też następuje etniczna interpretacja konfliktów, które uzasadnia się pochodzeniem pracowników.

Tym samym i tak już niepewne warunki pracy w szpitalach stają się dla migrantów jeszcze trudniejsze: zostają oni zepchnięci do obszarów,

w których nauka języka lub integracja z załogą są prawie niemożliwe, a praca zarobkowa raczej przeszkadza zaangażowaniu społecznemu, niż je wspiera. W dodatku ostatecznie powstaje wrażenie, jakoby osoby z doświadczeniem migracyjnym same były winne swego braku integracji na rynku pracy i w społeczeństwie – co z kolei utrwala rasistowskie sposoby myślenia. W tych okolicznościach następuje nieustanne powielanie procesów wykluczenia społecznego. Przykładowo członkowie załogi są rozgrywani przeciwko sobie i ustawiani w relacji wzajemnej rywalizacji. Ta izolacja wzmacnia rasistowskie uprzedzenia i utrudnia wspólną walkę przeciwko prawdziwym przyczynom problemów w celu osiągnięcia lepszych warunków pracy. Solidarne domaganie się dobrej pracy dla wszystkich może podważyć podstawy sprzyjające tworzeniu selektywnych grup i prawicowym wzorcom interpretacji.

Czy chcesz dowiedzieć się więcej na temat, w jaki sposób debaty w zakładach i społeczeństwie zostają zdominowane przez prawicowe interpretacje?

Wszystkie inne tematy cyklu wydarzeń i tekstów znajdziesz na naszej stronie internetowej:

www.dgb-bwt.de/wissen-fuer-alle

Wszystkie teksty dostępne są w **następujących językach**: angielskim, arabskim, dari, francuskim, hiszpańskim, niemieckim, polskim, rosyjskim, wietnamskim.

In Trägerschaft
des:



Im Rahmen des
Bundesprogramms:



Gefördert durch
das:



Administriert durch
das:

