

Michał Przybycień

Uniwersytet SWPS

ORCID: 0009-0008-1558-3620

**OBOWIĄZEK ZAPEWNIENIA BEZPIECZNYCH
I HIGIENICZNYCH WARUNKÓW UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTÓW
W KONTEKŚCIE NIESTOSOWNYCH
ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH PACJENTÓW**

Wprowadzenie

Złożone interakcje z pacjentami są nieodłącznym elementem pracy w sektorze opieki zdrowotnej. W relacjach terapeutycznych przekraczanie granic jest często uznawane za część umowy między terapeutą a pacjentem. Pierwsze spotkanie fizjoterapeuty z pacjentem może obejmować naruszenie barier np. przez osobiste pytania czy kontakt fizyczny. Ważne jest zrozumienie, że dotyk dotyczy obu stron i ma wymiary fizyczne, psychiczne i społeczne. Przekraczanie granic w terapii może manifestować się różnie – od naruszania przestrzeni osobistej po stawianie nierozsądnych wymagań¹.

Zgodnie z definicją podaną przez C. Johnsona i jego zespół, do której blisko również autorowi artykułu, niestosowne zachowania seksualne pacjentów (dalej: IPSB) to „wszelkie działania słowne lub cielesne o jawnym lub domniemanym charakterze seksualnym, które są nieakceptowalne w danym kontekście społecznym. Takie zachowania obejmują szeroki wachlarz działań, począwszy od intensywnego wpatrywania się, przez gesty, wręczanie romantycznych prezentów, składanie sugestywnych uwag, propozycje seksualne, ekshibicjonizm, nieuzasadnione dotykanie lub narzucanie fizycznej bliskości, aż po napaści seksualne, groźby i gwałt”². IPSB może przybierać różne formy – od subtelnych po bardzo

¹ E. Dadura, A. Wójcik, *Dotyk w relacji fizjoterapeuta–pacjent a granice kontaktu fizycznego*, „Postępy Rehabilitacji” 2014, t. IV, s. 5–11.

² C. Johnson, C. Knight, N. Alderman, *Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment*, „Brain Injury” 2006, vol. XX, no. 7, s. 687–693.

bezpośrednie. Przykładowo może to być pacjent, który nieustannie wpatruje się w pracownika ochrony zdrowia w sposób, który ten odbiera jako seksualny. Może to być również pacjent, który wykonuje nieodpowiednie gesty lub próbuje wręczyć osobiste prezenty, które mają podtekst romantyczny. Bardziej jawne i agresywne formy IPSB to np. pacjenci, którzy składają bezpośrednie propozycje seksualne, eksponują swoje narządy płciowe w nieodpowiednich sytuacjach lub próbują dotykać personelu medycznego w sposób, który jest niepożądany i nieadekwatny³.

IPSB mogą prowadzić do poważnych konsekwencji w środowisku pracy. Fizjoterapeuci, którzy doświadczają takich zachowań, mogą czuć się zastraszeni lub narażeni na wrogie środowisko pracy. Takie sytuacje nie tylko wpływają na dobrostan psychiczny i emocjonalny pracowników, ale mogą również zakłócać efektywność pracy zespołu medycznego i jakość opieki nad pacjentami⁴. Niezbędne jest zachowanie trudnej równowagi między zapewnieniem profesjonalnej opieki pacjentowi a ochroną własnych granic i dobrostanu. Pracownicy ochrony zdrowia muszą być wyposażeni w narzędzia i procedury, które pomogą im identyfikować i reagować na IPSB, a także wiedzieć, kiedy i jak zgłaszać te incydenty. Instytucje opieki zdrowotnej powinny rozwijać polityki i procedury, które wspierają pracowników w radzeniu sobie z tymi trudnymi sytuacjami. Powinny one obejmować szkolenia dotyczące rozpoznawania i reagowania, procedury zgłaszania incydentów, a także wsparcie psychologiczne dla pracowników, którzy doświadczyli niewłaściwych zachowań. Ponadto ważne jest, aby kultura organizacyjna placówki medycznej promowała otwartość i akceptację, umożliwiając pracownikom swobodne dzielenie się swoimi doświadczeniami i obawami⁵.

Rozpoznanie zjawiska IPSB

W badaniu przeprowadzonym przez E. Dadurę i współpracowników fizjoterapeuci anonimowo wypełnili kwestionariusz składający się z 28 pytań, zarówno otwartych, półotwartych, jak i zamkniętych. W badaniu wzięło udział 80 terapeutów (39 kobiet i 41 mężczyzn) z czterech placówek medycznych w województwie mazowieckim, którzy posiadali przynajmniej dyplom licencjata lub technika i byli czynni zawodowo. Grupa badanych była stosunkowo jednorodna pod względem wieku i doświadczenia zawodowego. Głównym celem tego pilotażowego badania było zbadanie granic fizycznego kontaktu między terapeutami

³ Z. Cambier, *Preparing new clinicians to identify, understand, and address inappropriate sexual behavior in the clinical environment*, „Journal of Physical Therapy Education” 2013, vol. XXVII, s. 7–14.

⁴ R.A. deMayo, *Patient sexual behaviors and sexual harassment: a national survey of physical therapists*, „Physical Therapy” 1997, vol. LXXVII, no. 7, s. 739–744.

⁵ C. Johnson, C. Knight, N. Alderman, *Challenges associated...*, s. 687–693.

a pacjentami podczas terapii oraz wskazanie obszarów, które wymagają dalszych badań. Wyniki pokazały, że większość respondentów (56%) nie zetknęła się z sytuacjami naruszenia granic kontaktu fizycznego ze strony pacjentów. Jednak 37% uczestników badania zgłosiło próby takiego naruszenia, głównie w postaci dotyku o charakterze seksualnym, prób pocałunku czy aktów agresji. Zdecydowana większość fizjoterapeutów (65%) uznaje, że zasady zakazujące intymnych relacji między terapeutami a pacjentami są właściwe, choć część badanych (26%) dopuszcza wyjątki w zależności od kontekstu. Co więcej, 86% ankietowanych stwierdziło, że płeć pacjenta nie wpływa na ich pracę, podczas gdy 14% wyraziło preferencję pracy z pacjentkami. Artykuł podkreśla, że przedstawione wyniki należy traktować jako badania wstępne, które mogą posłużyć za podstawę do bardziej szczegółowych analiz prowadzonych przez interdyscyplinarny zespół badawczy⁶.

Badanie przeprowadzone w 2021 r. przez autora artykułu w ramach rozprawy doktorskiej miało na celu analizę problemu niestosownych zachowań seksualnych pacjentów wobec fizjoterapeutów. Wzięły w nim udział 464 osoby, z czego znaczną większość stanowiły kobiety (82,1%, czyli 381 osób), natomiast mężczyźni – 17,9% (83 osoby). Najliczniejszą grupą wiekową tworzyły osoby w wieku 26–30 lat (37,5%), a kolejna pod względem liczebności grupa to fizjoterapeuci w wieku 31–35 lat (25,9%). Większość respondentów miała tytuł magistra (74,4%, czyli 345 osób). Wyniki badania dotyczącego niestosownych zachowań seksualnych pacjentów wskazują na poważny problem w relacjach pacjent–fizjoterapeuta. Aż 74,8% respondentów zgłosiło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjenci patrzyli na nich lub ich części ciała w sposób wywołujący dyskomfort. Jedynie 25,2% ankietowanych nie spotkało się z tego typu zachowaniem. Wynik ten wskazuje na występowanie problemu w Polsce oraz konieczność podejmowania działań mających na celu ochronę fizjoterapeutów przed IPSB, co może być również istotnym elementem w badaniach nad etyką zawodową. Jednym z kolejnych pytań zadanych w badaniu było: „Czy zgłosiłaś/eś zachowanie pacjenta w placówce w przypadku wystąpienia IPSB?”. Z odpowiedzi wynika, że jedynie 31% respondentów zgłaszało takie incydenty, podczas gdy 69% tego nie robiło. Taka rozbieżność może sugerować brak wiedzy fizjoterapeutów na temat tego, jak reagować na IPSB, bądź niedostateczne wsparcie systemowe. Konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań, aby określić przyczyny niskiego wskaźnika zgłaszania i wdrożenie odpowiednich środków ochronnych.

Już w 1993 r. J. McComas i jego zespół przeprowadzili badanie dotyczące IPSB wśród kanadyjskich fizjoterapeutów oraz studentów fizjoterapii. W 1997 oraz 1998 r. przeprowadzono kolejne dwa badania, które dotyczyły fizjoterapeutów pracujących w Stanach Zjednoczonych i Australii. Wyniki były spójne, pokazując, że od 80% do 85% respondentów miało do czynienia z IPSB. W tabeli 1 zaprezentowano

⁶ E. Dadura, A. Wojcik, *Dotyk w relacji...*, s. 5–11.

szczegółowe rodzaje IPSB, które napotymano w praktyce zawodowej fizjoterapeutów i studentów⁷.

Tabela 1. Procent respondentów wśród fizjoterapeutów i studentów, którzy doświadczyli różnych typów IPSB w trzech badaniach ankietowych

Rodzaj IPSB	Canada 1993 ⁸	USA 1997 ⁹	Australia 1998 ¹⁰
Pacjent poprosił fizjoterapeutę o randkę	58%	41%	75%
Pacjent wygłosił seksualną uwagę w stosunku do fizjoterapeuty	74%	45%	77%
Pacjent celowo pokazywał fizjoterapeucie genitalia/piersi	28%	24%	22%
Pacjent dotknął fizjoterapeutę w niewłaściwy sposób	18%	8%	15%
Pacjent napadł na fizjoterapeutę na tle seksualnym	12%	0,6%	17%
Pacjent zgwałcił fizjoterapeutę	0,01%	Nie pytano	0

Źródło: opracowanie na podstawie: Z. Cambier, *Preparing new clinicians to identify, understand, and address inappropriate sexual behavior in the clinical environment*, „Journal of Physical Therapy Education” 2013, vol. XXVII, s. 7–14.

W badaniu opisanym w raporcie *Inappropriate sexual behaviours of patients towards practising physiotherapists: a study using qualitative methods* z 1999 r. przeprowadzono szczegółowe wywiady z dziewięciorgiem fizjoterapeutów, którzy wcześniej uczestniczyli w obszerniejszym badaniu ankietowym dotyczącym niewłaściwych zachowań seksualnych pacjentów. W trakcie wywiadów uczestnicy relacjonowali swoje najbardziej znaczące lub ostatnie doświadczenia z IPSB, opisując różne aspekty tych zdarzeń, w tym relacje z pacjentami przed incydem, skutki zdarzeń, strategie reakcji oraz zmiany wprowadzone w praktyce zawodowej

⁷ Z. Cambier, *Preparing new clinicians...*, s. 7–14.

⁸ J. McComas, C. Hebert, C. Giacomini, D. Kaplan, C. Dulberg, *Experiences of student and practicing physical therapists with inappropriate patient sexual behavior*, „Physical Therapy” 1993, vol. LXXIII, no. 11, s. 762–769.

⁹ R.A. deMayo, *Patient sexual behaviors...*, s. 739–744.

¹⁰ P. Weerakoon, V. O’Sullivan, *Inappropriate patient sexual behaviour in physiotherapy practice*, „Physiotherapy” 1998, vol. LXXXIV, no. 10, s. 491–499.

po incydentach. Czterech z dziewięciorga fizjoterapeutów sklasyfikowało doświadczone incydenty jako molestowanie seksualne, zauważając negatywny ich wpływ na swoją wydajność zawodową. W odpowiedzi na incydenty fizjoterapeuci częściej wybierali środki prewencyjne niż konfrontację bezpośrednią lub zgłaszanie zdarzeń. Badanie to analizowano w kontekście teorii granic i zjawisk przeniesienia oraz przeciwprzeniesienia w relacji terapeutycznej. Uczestnicy badania podkreślali, że doświadczenia z IPSB wpływały nie tylko na ich praktykę zawodową z pacjentami, ale również na ich ogólne samopoczucie i stosunek do zawodu. Opisane strategie radzenia sobie z IPSB często były spontaniczne i nieoparte na formalnych protokołach czy szkoleniach. Wyniki badania sugerują potrzebę większego wsparcia pracowników ochrony zdrowia w zakresie zgłaszania i radzenia sobie z IPSB, co może obejmować wsparcie psychologiczne oraz praktyczne wskazówki dotyczące postępowania w takich sytuacjach¹¹.

W kolejnym badaniu opublikowanym w tym samym roku w artykule *Inappropriate sexual behaviour experienced by speech-language therapists* zbadano doświadczenia logopedów z Nowej Zelandii odnoszące się do niestosownych zachowań seksualnych ze strony ich kolegów, klientów i opiekunów klientów. Ankietę rozpowszechniono wśród członków Nowozelandzkiego Stowarzyszenia Logopedów i studentów logopedii w 1994 r. Odpowiedzi udzieliło 70% ankietowanych. 81% z nich przyznało, że doświadczyło niestosownych zachowań seksualnych. Zauważono różnice między studentami a wykwalifikowanymi terapeutami w rozpoznawaniu IPSB. Negatywne skutki tych incydentów obejmowały m.in. wpływ na efektywność pracy oraz reakcje psychologiczne, jak stres. Większość respondentów była zadowolona ze swoich metod radzenia sobie z IPSB, ale podkreślono potrzebę szkoleń w tym zakresie dla obu grup. Negatywne skutki IPSB w tej grupie zawodowej okazały się podobne do tych obserwowanych w innych profesjach¹². Szczególnej uwagi wymaga największe badanie tego zjawiska przeprowadzone przez J. Boissonnault i opublikowane w 2017 r., oceniające rozpowszechnienie nieodpowiednich zachowań seksualnych pacjentów wśród amerykańskich profesjonalistów fizjoterapii, w tym studentów fizjoterapii. W badaniu wzięły udział 892 osoby. Wyniki wykazały częstość występowania incydentów w ciągu kariery na poziomie 84% oraz 12-miesięczną częstość występowania na poziomie 47%¹³.

¹¹ V. O'Sullivan, P. Weerakoon, *Inappropriate sexual behaviours of patients towards practicing physiotherapists: a study using qualitative methods*, „Physiotherapy Research International” 1999, vol. I, no. 4, s. 28–42.

¹² T.H. Williams, J. de Seriere, L. Boddington, *Inappropriate sexual behaviour experienced by speech-language therapists*, „International Journal of Language & Communication Disorders” 1999, vol. XXXIV, no. 1, s. 99–111.

¹³ J.S. Boissonnault, Z. Cambier, S.J. Hetzel, M.M. Plack, *Prevalence and Risk of Inappropriate Sexual Behavior of Patients Toward Physical Therapist Clinicians and Students in the United States*, „Physical Therapy” 2017, vol. XCVII, no. 11, s. 1084–1093.

Tabela 2. Częstość i rodzaj występowania IPSB

Zachowanie	Ostatnie 12 miesięcy		W karierze zawodowej	
	Liczba	%	Liczba	%
Łagodne IPSB				
Pacjent patrzył na Ciebie lub Twoje części ciała w sposób, który sprawiał, że czułeś się niekomfortowo	218	25,7	494	55,4
Pacjent wygłosił na Twój temat pochlebną lub sugestywną uwagę o charakterze seksualnym	293	34,5	614	68,8
Pacjent zaprosił Cię na randkę	51	6,0	309	34,6
Pacjent dał Ci prezent o charakterze romantycznym lub seksualnym	5	0,6	50	5,6
Dowolny łagodny IPSB	340	38,1	687	77,0
Umiarkowane IPSB				
Pacjent wygłosił uwagę lub żart o charakterze jawnie seksualnym, zadał Ci pytania lub skomentował Twoje życie seksualne albo podzielił się fantazjami seksualnymi na Twój temat	176	20,7	463	52,0
Pacjent zaproponował Ci aktywność seksualną	21	2,5	100	11,2
Pacjent wykonywała gesty o charakterze seksualnym	74	8,7	274	30,7
Każdy umiarkowany IPSB	200	22,4	517	58,0
Ciężkie IPSB				
Pacjent celowo odsłonił przed Tobą swoje genitalia lub piersi	42	4,9	167	18,7
Pacjent masturbował się podczas sesji fizjoterapeutycznej	12	1,4	59	6,6
Pacjent celowo dotknął lub złapał Cię w miejscu intymnym (uda, genitalia, piersi) i/lub w sposób wyraźnie seksualny	37	4,4	181	20,3
Pacjent wielokrotnie śledził Cię, obserwował lub nękał Cię w miejscu pracy lub poza nim	13	1,5	69	7,7
Pacjent groził, że Cię zmusi, lub próbował zmusić Cię do podjęcia aktywności seksualnej	0	0	8	0,9
Pacjent zmusił Cię lub nakłonił do poddania się aktywności seksualnej	0	0	3	0,3
Każdy poważny IPSB	87	9,8	332	37,2
Dowolny IPSB	396	46,6	751	84,2

Źródło: J.S. Boissonnault, Z. Cambier, S.J. Hetzel, M.M. Plack, *Prevalence and Risk of Inappropriate Sexual Behavior of Patients Toward Physical Therapist Clinicians and Students in the United States*, „Physical Therapy” 2017, vol. XCVII, no. 11, s. 1084–1093.

W kolejnym badaniu Z. Cambier i współpracowników opublikowanym w 2018 r. autorzy stwierdzili, że z 1027 respondentów 396 zetknęło się z IPSB w ciągu ostatniego roku. Wśród osób, które spotkały się z IPSB, 391 dostarczyło danych o częstotliwości i efektywności stosowanych strategii reakcji. Powszechne nieformalne reakcje obejmowały odwracanie uwagi pacjenta, ignorowanie nieestosownego zachowania oraz dostosowanie leczenia do unikania bezpośredniego kontaktu czy sytuacji, gdzie terapeuta jest sam z pacjentem. Oficjalne reakcje zazwyczaj polegały na raportowaniu i dokumentowaniu incydentów w instytucji. Efektywne metody obejmowały odwracanie uwagi, unikanie, bezpośrednią konfrontację, przekazanie opieki innemu specjalistcie oraz korzystanie z obecności opiekuna. Zauważono, że doświadczeni klinicyści częściej wybierali konfrontację, w przeciwieństwie do początkujących, którzy częściej ignorowali problem lub reagowali żartem. Badanie podkreśliło potrzebę jasnych zasad w miejscu pracy, szkolenia dla kierownictwa i nadzoru oraz profesjonalnej edukacji w zakresie asertywnej komunikacji i technik przekierowania uwagi w przypadku IPSB¹⁴.

Pomimo iż niniejszy artykuł skupia się na kwestii bezpieczeństwa i higieny pracy fizjoterapeutów, to jednak należy zaznaczyć, że omawiana kwestia rozpoznana jest także wśród innych profesji medycznych. Badacze analizują tę problematykę już od zeszłego wieku. Badanie ankietowe przeprowadzone w 1992 r. na Wright State University School of Medicine na grupie 253 studentów III i IV roku oraz absolwentów z tego samego roku miało na celu zidentyfikowanie częstości występowania nieodpowiednich zachowań seksualnych pacjentów wobec studentów medycyny. Używając 16-punktowego kwestionariusza samooceny, gromadzono dane o płci, wieku respondentów, a także ich doświadczeniach dotyczących seksualnych zachowań pacjentów, kontekście klinicznym tych zdarzeń oraz ich wpływie na edukację medyczną i przyszłą praktykę. Spośród 253 respondentów odpowiedzi udzieliło 155 osób (61%), w tym 73 kobiety i 82 mężczyzn, z których 71% kobiet i 29% mężczyzn doświadczyło co najmniej jednego incydentu niewłaściwego zachowania seksualnego. Studenci doświadczali takich zachowań wielokrotnie. Autorzy badania zwrócili uwagę na istotne konsekwencje, takie jak ryzyko dystansowania się lekarzy od pacjentów czy w ogóle możliwość doprowadzenia do wykorzystania seksualnego¹⁵.

Należy zwrócić również uwagę na znaczący problem molestowania seksualnego pracowników medycznych. Jak wskazują autorzy artykułu *Inappropriate Patient Sexual Behavior in Nursing Education. Archives of Women Health and Care*,

¹⁴ Z. Cambier, J.S. Boissonnault, S.J. Hetzel, M.M. Plack, *Physical Therapist, Physical Therapist Assistant, and Student Response to Inappropriate Patient Sexual Behavior: Results of a National Survey*, „Physical Therapy” 2018, vol. XCVIII, no. 9, s. 804–814.

¹⁵ H.M. Schulte, J. Kay, *Medical students' perceptions of patient-initiated sexual behavior*, „Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges” 1994, vol. LXIX, no. 10, s. 842–846.

pielęgniarki także zgłaszają przypadki IPSB. Problem ten nabiera wagi w kontekście dominacji kobiet w zawodzie pielęgniarskim i globalnych kampanii podnoszących świadomość o napaściach seksualnych. Komisja Wspólna wydała Alert Zdarzeń Sentinel, który dotyczy przemocy fizycznej i werbalnej wobec personelu medycznego, włączając w to molestowanie seksualne. Alert ten nawołuje do wdrażania polityk ochronnych w miejscach pracy dla pielęgniarek i innych pracowników służby zdrowia¹⁶. Badanie z 2021 r., którego wyniki przedstawiono w artykule *Inappropriate Patient Sexual Behavior in the Dental Practice Setting: Experiences of dental hygienists*, było z kolei skoncentrowane na rosnącym w Stanach Zjednoczonych problemie przemocy w miejscu pracy oraz IPSB w stomatologii. Wykazało ono, że pracownicy ochrony zdrowia są aż 16 razy bardziej narażeni na ryzyko doświadczenia IPSB niż pracownicy innych sektorów. W badaniu wykorzystano metodologię przekrojowej ankiety, kierując ją do 471 higienistek stomatologicznych. Wyniki pokazały, że 85,8% higienistek doświadczyło IPSB, z czego 63,5% w ostatnim roku. Analiza odpowiedzi umożliwiła identyfikację najczęstszych typów pacjentów i zachowań, jak również strategii radzenia sobie z IPSB. Wyniki te podkreślają potrzebę lepszego przeszkolenia pracowników ochrony zdrowia, wdrażania skuteczniejszych polityk w miejscach pracy i zapewnienia wsparcia w zarządzaniu IPSB¹⁷.

IPSB to skomplikowana i wielowymiarowa problematyka w dziedzinie ochrony zdrowia. Spektrum IPSB obejmuje działania od drobnych gestów po bezpośrednie ataki, w tym napaści seksualne. Znacząca skala i częstotliwość tych incydentów uwypuklają ich poważny charakter i wymagają konkretnych działań. może w zależności od treści i formy zachowania wyczerpać znamiona wykroczeń, czynów zabronionych przez kodeks karny czy naruszać dobra osobiste personelu medycznego. Jak pokazują przedstawione powyżej badania, problem ten jest znaczący. Niezależnie od możliwości pociągnięcia pacjenta świadomie podejmującego takie działania do odpowiedzialności prawnej należy zwrócić uwagę na obowiązki prawne pracodawców związane z zapewnieniem pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w ramach obowiązujących już norm prawnych.

Rozpoznanie IPSB jako zagrożenia bezpieczeństwa pracownika na stanowisku pracy

Bezpieczeństwo i higiena pracy w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na szeregu przepisów prawnych, które mają na celu ochronę zarówno personelu

¹⁶ H. Wyss, A. Vermeesch, *Inappropriate Patient Sexual Behavior in Nursing Education*, „Archives of Women Health and Care” 2019, vol. II, no. 1, s. 32–33.

¹⁷ P. Patel, D.L. Smallidge, L.D. Boyd, J. Vineyard, *Inappropriate Patient Sexual Behavior in the Dental Practice Setting: Experiences of dental hygienists*, „Journal of Dental Hygiene” 2021, vol. XCV, no. 4, s. 14–22.

medycznego, jak i pacjentów. Obejmują one takie aspekty, jak m.in. profilaktyka zakażeń, ochrona przed promieniowaniem czy ergonomia stanowisk pracy, co jest kluczowe ze względu na codzienne zagrożenia, na jakie narażeni są pracownicy ochrony zdrowia. W polskim systemie prawa nie rozpoznano bezpośrednio zjawiska IPSB jako wymagającego odrębnych unormowań, w tym w zakresie przeciwdziałania i minimalizacji jego skutków na stanowiskach pracy. Wydaje się jednak, że biorąc pod uwagę przedstawione powyżej dowody naukowe, należy rozpocząć dyskusję nad rozpoznawaniem tego zjawiska jako zagrażającemu bezpieczeństwu na stanowisku pracy personelu medycznego i adekwatnymi działaniami z wykorzystaniem obecnie obowiązujących przepisów. Jako członek Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO) Polska przyjęła na siebie obowiązek stosowania międzynarodowych standardów BHP, implementując je w swoim prawodawstwie krajowym. Kluczową rolę w tym procesie odgrywają konwencje ILO, które są fundamentem polskiego systemu prawnego dotyczącego bezpieczeństwa pracy. Konwencja z 1981 r. dotycząca bezpieczeństwa i zdrowia pracowników jest jednym z głównych międzynarodowych dokumentów prawnych w tej dziedzinie. Nakłada ona na państwa członkowskie obowiązek tworzenia, realizowania i regularnego aktualizowania polityki BHP. Polska, ratyfikując Konwencję nr 155 w 1993 r., zobowiązała się do stosowania jej zasad i wprowadzenia odpowiednich przepisów krajowych. Ratyfikacja ta znajduje odzwierciedlenie w Kodeksie pracy oraz innych ustawach i rozporządzeniach dotyczących BHP¹⁸.

W Unii Europejskiej istotną rolę odgrywa ustanawianie standardów BHP mających na celu ochronę pracowników. Liczne dyrektywy Unii, w tym dyrektywa ramowa 89/391/EWG¹⁹, ustanawiają minimalne wymagania dla miejsc pracy oraz określają obowiązki pracodawców w zakresie oceny ryzyka zawodowego i organizacji szkoleń BHP. Dyrektywa ta wymaga od pracodawców regularnej oceny ryzyka oraz wdrażania środków prewencyjnych. Kolejna dyrektywa, 89/654/EWG²⁰, dotyczy minimalnych standardów bezpieczeństwa i higieny pracy, zobowiązując pracodawców do zapewnienia bezpiecznych warunków pracy oraz przeprowadzenia oceny ryzyka związanego z wyposażeniem, układem i warunkami pracy, a także do informowania i szkolenia pracowników w zakresie BHP.

Konstytucja RP, będąca nadrzędnym dokumentem prawnym w Polsce, jest podstawą dla wszystkich innych ustaw i regulacji, w tym również tych dotyczących bezpieczeństwa w miejscu pracy. W tekście Konstytucji RP znajdują się

¹⁸ Konwencja nr 155 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy z dnia 3 czerwca 1981 r., Genewa.

¹⁹ Dyrektywa Rady 89/391/EWG z 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy (Dz.Urz. UE L z 29.06.1989), nr CELEX: 31989L0391.

²⁰ Dyrektywa Rady 89/654/EWG z 30 listopada 1989 r. dotycząca minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy (pierwsza szczegółowa dyrektywa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG) (Dz.Urz. UE L z 30.12.1989), nr CELEX: 31989L0654.

zapisy bezpośrednio odnoszące się do praw pracowniczych, w tym do prawa do pracy w warunkach bezpiecznych i higienicznych²¹. Artykuł 66 Konstytucji RP, który jest kluczowy w kontekście bezpieczeństwa pracy, stanowi, że każdy ma prawo do bezpiecznych i zdrowych warunków pracy. Przepisy ust. 1 tego artykułu mówią wprost: „Każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Publiczne władze są zobowiązane do prowadzenia polityki sprzyjającej zatrudnieniu oraz do zapewnienia warunków dla realizacji tego prawa”²². Wyraźnie zobowiązują one państwo do aktywnego działania w celu ochrony zdrowia i życia pracowników²³. Konstytucja RP wytycza ramy dla ustawodawcy w kreowaniu polityki państwa w obszarze bezpieczeństwa pracy. Podkreśla też rolę władz publicznych w gwarantowaniu odpowiednich warunków pracy, zobowiązując organy państwowe do aktywnej polityki promującej zatrudnienie i bezpieczeństwo pracy, co obejmuje działania prewencyjne na rzecz ochrony pracowników oraz promowania ich zdrowia i dobrego samopoczucia w miejscu pracy²⁴.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy²⁵ jest podstawowym aktem wykonawczym ustalającym warunki dla bezpiecznych i higienicznych miejsc pracy. Jego głównym celem jest ochrona zdrowia i życia pracowników przez zmniejszenie ryzyka zawodowego i polepszenie warunków pracy. Dokument ten określa wymogi dotyczące organizacji pracy, wyposażenia stanowisk, szkolenia w zakresie BHP oraz metod oceny i minimalizacji ryzyka zawodowego. Szkolenia BHP są zaś nieodzownym elementem polskiego systemu prawnego, regulowanym przez Kodeks pracy. Zgodnie z art. 237³ Kodeksu pracy pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikom odpowiednie szkolenia wstępne oraz okresowe, które mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa na stanowisku pracy²⁶. Szczegółowe zasady ich prowadzenia określa rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy²⁷. Szkolenia BHP obejmują instruktaż ogólny, dotyczący podstawowych zasad BHP w miejscu pracy, oraz instruktaż stanowiskowy, dostosowany do specyfiki danego stanowiska pracy. W trakcie instruktażu stanowiskowego pracownicy są informowani o ryzyku związanym z ich zadaniami oraz metodach jego redukcji lub eliminacji. Ma to kluczowe

²¹ A. Różańska-Prawdzik, *Systemy równoważnego czasu pracy w Kodeksie Pracy*, Warszawa 2017, s. 192.

²² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483 ze zm.).

²³ K. Stefański, *Elastyczny czas pracy*, Warszawa 2016, s. 39–46.

²⁴ G. Jędrejek, *Mobbing. Środki ochrony prawnej*, Warszawa 2011, s. 28–33.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. 2003, nr 169, poz. 1650 ze zm.).

²⁶ Wyrok WSA w Rzeszowie z dnia 19 lipca 2022 r., sygn. II SA/Rz 365/22, LEX nr 3432607.

²⁷ Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. 2004, nr 180, poz. 1860 ze zm.).

znaczenie dla świadomości pracownika o zagrożeniach w pracy i sposobach zapewnienia bezpieczeństwa sobie i innym²⁸. Ważna wydaje się też ocena ryzyka zawodowego wymagana przez przepisy art. 226. Kodeksu pracy. Zgodnie z tymi przepisami pracodawca ocenia i dokumentuje ryzyko zawodowe związane z wykonywaną pracą oraz stosuje niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające ryzyko, a także informuje pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą, oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami²⁹. Wydaje się, że normy prawne dotyczące zarówno szkoleń okresowych, stanowiskowych, jak i oceny ryzyka zawodowego oraz idących za nią środków profilaktycznych zmniejszających ryzyko zawodowe powinny zobowiązywać pracodawców do rozpoznawania w organizacji zjawiska IPSB oraz odpowiedniego nim zarządzania w celu ochrony pracowników przed tymi zagrożeniami.

W związku z powyższym konieczne jest wdrożenie stosownych regulacji prawnych w postaci sprecyzowania w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy definicji oraz sposobu postępowania dotyczącego oceny ryzyka zawodowego z uwzględnieniem IPSB. Wprowadzenie tych zmian ma na celu podniesienie świadomości na temat problemu IPSB w sektorze ochrony zdrowia oraz wzmocnienie ochrony pracowników przed tego rodzaju zagrożeniami. Jest to kluczowe zarówno dla ich bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, jak i dla poprawy ogólnej kultury bezpieczeństwa pracy w placówkach medycznych oraz terapeutycznych.

Dyskusja i podsumowanie

Wyniki przedstawionych badań prowadzonych na przestrzeni lat wskazują na alarmującą częstość występowania IPSB w pracy fizjoterapeutów. IPSB obejmuje szeroki zakres zachowań – od subtelnych, takich jak nieodpowiednie komentarze, po agresywne, włączając napaści seksualne. Ta różnorodność wymusza indywidualne podejście do każdego przypadku i elastyczności w reagowaniu. Wymaga to od pracowników ochrony zdrowia nie tylko wiedzy i umiejętności, ale także wsparcia emocjonalnego i prawnego. Doświadczenie IPSB może prowadzić do negatywnych konsekwencji psychicznych i emocjonalnych dla fizjoterapeutów, w tym stresu i wypalenia zawodowego. To nie tylko wpływa na indywidualny dobrostan pracowników, ale może również obniżać jakość opieki nad pacjentami i efektywność pracy zespołu medycznego. Na przestrzeni lat, począwszy od

²⁸ E. Maniewska, *Obowiązki informacyjne pracodawcy wobec pracownika w umownym stosunku pracy*, Warszawa 2013, s. 160–168.

²⁹ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. 2023, poz. 1465).

opisanych powyżej badań publikowanych w latach 90. ubiegłego wieku, zjawisko to jest cały czas obecne w praktyce osób wykonujących zawód medycznych. Reakcje pracowników na IPSB często są spontaniczne, wskazując na potrzebę formalnych protokołów reagowania i wsparcia. Badania sugerują zwiększenie wsparcia dla pracowników, w tym w postaci szkoleń i procedur zgłaszania, aby mogli oni lepiej radzić sobie z zachowaniami zagrażającym bezpieczeństwu w miejscu pracy.

Artykuł podkreśla wagę problemu IPSB, wskazując na niezbędność wdrożenia skutecznych rozwiązań prawnych zapewniających bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Pracodawcy, wykorzystując obecne regulacje prawne, powinni aktywnie działać na rzecz ochrony pracowników. Aby skutecznie przeciwdziałać IPSB, pracodawcy powinni włączyć do programów szkoleniowych w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy specjalne moduły na ten temat, zwiększając świadomość i przygotowanie fizjoterapeutów oraz innych pracowników ochrony zdrowia. Szkolenia te powinny obejmować rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych, efektywne strategie reagowania i procedury zgłaszania takich incydentów. Dodatkowo konieczne jest stworzenie jasnych procedur wewnętrznych oraz polityk instytucjonalnych wspierających pracowników w radzeniu sobie z IPSB, w tym zapewnienie wsparcia psychologicznego dla osób dotkniętych problemem. Pracodawcy powinni również regularnie przeprowadzać ocenę ryzyka zawodowego w kontekście potencjalnych zagrożeń związanych z IPSB, implementując środki zapobiegawcze i promując kulturę otwartości i wsparcia w miejscu pracy. Zaanгаżowanie na wszystkich poziomach organizacji jest kluczowe dla budowania środowiska pracy wolnego od IPSB, co powinno przyczynić się do poprawy dobrostanu pracowników oraz jakości opieki nad pacjentami.

IPSB stanowią wyzwanie, które wymaga kompleksowego podejścia. Przegląd badań i analiza obowiązujących przepisów prawnych podkreślają konieczność integracji wiedzy na temat IPSB w szkoleniach BHP oraz procedurach oceny ryzyka zawodowego. Wnioski wskazują na potrzebę rozwoju skutecznych strategii reagowania i wsparcia dla pracowników oraz wdrożenia zmian w krajowych przepisach prawa. Ekstrapolacja wyników badań dotyczących IPSB wobec fizjoterapeutów z Kanady, USA czy Australii na polskie realia może być trudna ze względu na różnice społeczno-kulturowe oraz prawne. W każdym z tych krajów istnieją różne normy dotyczące seksualności i interakcji w relacjach pacjent–terapeuta, co wpływa na sposób raportowania takich incydentów. Różnice w regulacjach prawnych dotyczących molestowania również mogą zniekształcać wyniki. Aby lepiej zrozumieć problem w Polsce, konieczne są badania dostosowane do lokalnych warunków. Autor artykułu wskazuje konieczność prowadzenia dalszych badań naukowych, rozwój polityk ochronnych oraz promowanie kultury pracy opartej na szacunku i bezpieczeństwie, aby lepiej chronić fizjoterapeutów i innych pracowników ochrony zdrowia przed IPSB.

Bibliografia

- Boissonnault J.S., Cambier Z., Hetzel S.J., Plack M.M., *Prevalence and Risk of Inappropriate Sexual Behavior of Patients Toward Physical Therapist Clinicians and Students in the United States*, „Physical Therapy” 2017, vol. XCVII, no. 11.
- Cambier Z., *Preparing new clinicians to identify, understand, and address inappropriate sexual behavior in the clinical environment*, „Journal of Physical Therapy Education” 2013, vol. XXVII.
- Cambier Z., Boissonnault J.S., Hetzel S.J., Plack M.M., *Physical Therapist, Physical Therapist Assistant, and Student Response to Inappropriate Patient Sexual Behavior: Results of a National Survey*, „Physical Therapy” 2018, vol. XCVIII, no. 9.
- Dadura E., Wójcik A., *Dotyk w relacji fizjoterapeuta–pacjent a granice kontaktu fizycznego*, „Postępy Rehabilitacji” 2014, nr 4.
- Jędrejek G., *Mobbing. Środki ochrony prawnej*, Warszawa 2011.
- Johnson C., Knight C., Alderman N., *Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment*, „Brain Injury” 2006, vol. XX, no. 7.
- Maniewska E., *Obowiązki informacyjne pracodawcy wobec pracownika w umownym stosunku pracy*, Warszawa 2013.
- DeMayo R.A., *Patient sexual behaviors and sexual harassment: a national survey of physical therapists*, „Physical Therapy” 1997, vol. LXXVII, no. 7.
- McComas J., Hebert C., Giacomini C., Kaplan D., Dulberg C., *Experiences of student and practicing physical therapists with inappropriate patient sexual behavior*, „Physical Therapy” 1993, vol. LXXIII, no. 11.
- O’Sullivan V., Weerakoon P., *Inappropriate sexual behaviours of patients towards practicing physiotherapists: a study using qualitative methods*, „Physiotherapy Research International” 1999, vol. I, no. 4.
- Patel P., Smallidge D.L., Boyd L.D., Vineyard J., *Inappropriate Patient Sexual Behavior in the Dental Practice Setting: Experiences of dental hygienists*, „Journal of Dental Hygiene” 2021, vol. XCV, no. 4.
- Różańska-Prawdzik A., *Systemy równoważnego czasu pracy w Kodeksie Pracy*, Warszawa 2017.
- Schulte H.M., Kay J., *Medical students’ perceptions of patient-initiated sexual behavior*, „Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges” 1994, vol. LXIX, no. 10.
- Stefański K., *Elastyczny czas pracy*, Warszawa 2016.
- Weerakoon P., O’Sullivan V., *Inappropriate patient sexual behaviour in physiotherapy practice*, „Physiotherapy” 1998, vol. LXXXIV, no. 10.
- Williams T.H., de Seriere J., Boddington L., *Inappropriate sexual behaviour experienced by speech-language therapists*, „International Journal of Language & Communication Disorders” 1999, vol. XXXIV, no. 1.
- Wyss H., Vermeesch A., *Inappropriate Patient Sexual Behavior in Nursing Education*, „Archives of Women Health and Care” 2019, vol. II, no. 1.

Streszczenie

W ostatnich latach wzrosła rola fizjoterapeutów w opiece zdrowotnej, co uwypukliło problem nieestosownych zachowań seksualnych pacjentów wobec nich. Artykuł analizuje, jak obecne przepisy prawne mogą pomóc pracodawcom w zapobieganiu takim zachowaniom i poprawie bezpieczeństwa

fizjoterapeutów. Ze względu na małą liczbę badań w zakresie problemu IPSB w stosunku do fizjoterapeutów oraz dla uwidocznienia problemu przedstawiono wyniki badań, które wskazują na powszechność tego problemu nie tylko w fizjoterapii, ale także w różnych specjalnościach medycznych. Wskazano na konieczność wdrożenia formalnych protokołów, szkoleń i wsparcia psychologicznego dla pracowników ochrony zdrowia. Artykuł podkreśla potrzebę integracji wiedzy o IPSB w szkoleniach bezpieczeństwa i higieny pracy oraz procedurach oceny ryzyka zawodowego, apelując o dalsze badania i rozwój polityk ochronnych, aby lepiej chronić pracowników zdrowia przed nieodosownymi zachowaniami pacjentów. W opracowaniu zaproponowano zmiany dotyczące przepisów prawa w zakresie nieodosownych zachowań seksualnych pacjentów.

Słowa kluczowe: prawo medyczne, fizjoterapia, bezpieczeństwo i higiena pracy, nieodosowne zachowania seksualne pacjentów, ocena ryzyka zawodowego

THE OBLIGATION TO ENSURE SAFE AND HYGIENIC CONDITIONS FOR HEALTH SERVICES IN THE CONTEXT OF PATIENTS' INAPPROPRIATE SEXUAL BEHAVIOR

Summary

In recent years, the role of physiotherapists in healthcare has grown, which has highlighted the issue of inappropriate sexual behavior by patients toward them. The article analyzes how current legal regulations can assist employers in preventing such behavior and improving the safety of physiotherapists. Due to the limited number of studies on the issue of inappropriate sexual behavior by patients toward physiotherapists and in order to bring attention to the problem, the article presents research findings that indicate the prevalence of this issue, not only in physiotherapy but also across various medical specialties. It highlights the need for the implementation of formal protocols, training, and psychological support for healthcare workers. The article emphasizes the importance of integrating knowledge about inappropriate patient sexual behavior (IPSB) into occupational health and safety training and risk assessment procedures, calling for further research and the development of protective policies to better safeguard healthcare workers against inappropriate patient behavior. The article proposes changes to the legal regulations regarding inappropriate sexual behavior of patients.

Keywords: medical law, physiotherapy, occupational health and safety, inappropriate patient sexual behavior, occupational risk assessment