

U N I W E R S Y T E T S W P S

Instytut Prawa

Michał Przybycień

Ochrona prawna fizjoterapeutów przed
niestosownymi zachowaniami seksualnymi pacjentów

Legal protection of physiotherapists against
inappropriate patients sexual behaviors

Rozprawa doktorska
przygotowana pod kierunkiem
dr hab. Teresy Gardockiej, prof. Uniwersytetu SWPS

Warszawa 2025

Spis treści

WSTĘP	4
ROZDZIAŁ I - ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTÓW	11
1.1 CHAKTERYSTYKA ZAWODU FIZJOTERAPEUTY	11
1.2 MIEJSCE I RODZAJ ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ	20
1.3 SPECYFIKA RELACJI POMIĘDZY FIZJOTERAPEUTĄ I PACJENTEM.....	28
ROZDZIAŁ II - PRZECIWDZIAŁANIE NIESTOSOWNYM ZACHOWANIOM SEKSUALNYM PACJENTÓW	36
2.1 ZJAWISKO NIESTOSOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH PACJENTÓW (IPSB)	36
2.2 CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA IPSB I ŚWIADOMOŚĆ FIZJOTERAPEUTÓW	49
2.3 OBOWIĄZEK ZAPEWNIENIA BEZPIECZNEGO ŚRODOWISKA PRACY	58
ROZDZIAŁ III - ODPOWIEDZIALNOŚĆ PACJENTA ZA NIESTOSOWNE ZACHOWANIE SEKSUALNE	68
3.1 ODPOWIEDZIALNOŚĆ REGULAMINOWA.....	68
3.2. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA WYKROCZENIA I KARNA.....	77
3.3 ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA	87
ROZDZIAŁ IV – PRZECIWDZIAŁANIE I REAGOWANIE NA INCYDENTY IPSB – POSTULATY DE LEGE FERENDA	96
4.1. PREZENTACJA ZASTOSOWANYCH METOD BADAWCZYCH.....	96
4.2. WYNIKI BADANIA	104
4.3 POSTULATY DE LEGE FERENDA	141
ZAKOŃCZENIE	160
BIBLIOGRAFIA	170
SPIS TABEL	178

WYKAZ SKRÓTÓW

IPSB	Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów
u.z.f.	ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty
u.d.l.	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności lecniczej
k.c.	ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny
u.p.r.	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
KIF	Krajowa Izba Fizjoterapeutów
BHP	Bezpieczeństwo i higiena pracy

WSTĘP

Fizjoterapia to dziedzina medycyny zajmująca się diagnozowaniem, leczeniem i rehabilitacją pacjentów, którzy mają problemy z funkcjonowaniem układu ruchu i innych układów organizmu. Specjaliści w tej dziedzinie, fizjoterapeuci, wykorzystują różnorodne techniki i metody terapeutyczne, takie jak ćwiczenia fizyczne, masaż, terapia manualna, elektroterapia i wiele innych, aby pomóc pacjentom odzyskać pełną sprawność fizyczną i zmniejszyć ból. Charakteryzuje się ona: interdyscyplinarnością - fizjoterapia ściśle współpracuje z innymi dziedzinami medycyny, takimi jak ortopedia, neurologia, kardiologia czy geriatryka; indywidualizacją - terapia fizjoterapeutyczna jest dostosowywana do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta; profilaktyką - fizjoterapeuci nie tylko leczą pacjentów, ale także pracują nad profilaktyką, pomagając zapobiegać urazom i schorzeniom układu ruchu poprzez edukację pacjentów i propagowanie zdrowego stylu życia.

Fizjoterapia początkowo koncentrowała się głównie na technikach masażu i ćwiczeniach terapeutycznych. Jednak w ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci dziedzina ta znacznie się rozwijała. Nowe technologie, badania naukowe i postępy w medycynie przyczyniły się do powstania nowych metod terapeutycznych, takich jak terapia manualna, elektroterapia czy wykorzystanie zaawansowanych urządzeń do rehabilitacji. Fizjoterapia nadal się rozwija, a jej znaczenie w opiece zdrowotnej jest coraz większe. Kierunki rozwoju fizjoterapii obejmują wykorzystywanie nowoczesnych technologii, takich jak telerehabilitacja czy wirtualna rzeczywistość, które przyczyniają się do poprawy skuteczności terapii i monitorowania postępów pacjentów. Dodatkowo wzrost liczby osób starszych wymaga specjalistycznej opieki fizjoterapeutycznej, zwłaszcza w zakresie opieki geriatrycznej.

Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów (ang. *Inappropriate Patient Sexual Behaviors* – „IPSB”) są to takie zachowania seksualne pacjentów, które są nieodpowiednie lub nieakceptowalne w kontekście ich leczenia lub pobytu w placówce medycznej. Katalog zachowań nie jest uściślony, natomiast mogą one mieć różny charakter i obejmować:

- agresję werbalną i pozawerbalną wobec fizjoterapeuty (mówienie o czymś niestosownym, pokazywanie gestów, masturbacja podczas terapii),

- naruszanie sfer prywatnych fizjoterapeuty (używanie jego rzeczy, odwiedzanie w domu),
- agresję fizyczną wobec fizjoterapeuty (dotykanie, pocałunki, klepnięcia),
- inne: wręczanie prezentów, proponowanie randek, śledzenie, obserwowanie czy sugerowanie aktywności seksualnych.

W niniejszej rozprawie badany jest temat występowania i rodzajów IPSB oraz rozwiązywania problemów z nimi związanych w praktyce fizjoterapeutycznej. Wyniki przeprowadzonego w ramach niniejszej rozprawy badania mogą być wykorzystywane do opracowywania programów szkoleniowych oraz do ustanowienia standardów etycznych i wytycznych postępowania w zakresie zarządzania IPSB. Odpowiednie zarządzanie tym zjawiskiem w fizjoterapii jest istotne nie tylko dla zapewnienia bezpieczeństwa innych pacjentów i personelu medycznego, ale także dla utrzymania jakości opieki i skuteczności terapii. Konieczne jest podejście do tego problemu z profesjonalizmem, empatią i szacunkiem, aby osiągnąć pozytywne wyniki terapeutyczne i promować etyczne zachowanie zarówno wśród pacjentów, jak i wśród pracowników medycznych.

Genezę pracy stanowią doświadczenia jej autora jako osoby wykonującej również zawód fizjoterapeuty. Przeprowadzone przez autora obserwacje bezpośrednie, a także informacje nabyte w ramach sprawowania funkcji kontrolera fizjoterapeutów w Krajowej Izbie Fizjoterapeutów wskazują, że zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów jest istotne, a fizjoterapeuci oczekują narzędzi radzenia sobie z tymi problemami. Autor dąży również do podniesienia standardów opieki zdrowotnej poprzez interdyscyplinarne podejście łączące medycynę i prawo. To otwiera możliwość wymiany wiedzy i doświadczeń oraz prowadzenia interdyscyplinarnych badań. Dla autora niniejszej rozprawy, jest ona nie tylko środkiem do rozwoju naukowego, ale także narzędziem do wkładu w rozwijanie wiedzy medycznej, poprawy standardów opieki zdrowotnej oraz promowania współpracy między dziedzinami. Jego działania mają na celu zapewnienie pacjentom jak najlepszej opieki i bezpieczeństwa w czasie terapii fizjoterapeutycznej.

Celem rozprawy doktorskiej jest analiza i przedstawienie potrzeby stworzenia systemu ochrony prawnej dla fizjoterapeutów w Polsce w obliczu problematyki Niestosownych Seksualnych Zachowań Pacjentów. Dla ułatwienia realizacji postawionego celu autor pracy postawił następującą tezę: istnieje potrzeba

ustalenia systemu przeciwdziałania i ochrony przed Niestosownymi Zachowaniami Seksualnymi Pacjentów w praktyce fizjoterapeutów w Polsce.

Ponadto autor rozprawy postanowił założyć trzy hipotezy:

- hipoteza nr 1: Zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów dotyczy fizjoterapeutów w Polsce;
- hipoteza nr 2: Nie istnieją aktualnie narzędzia przeciwdziałania zjawisku Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w praktyce fizjoterapeutów w Polsce;
- hipoteza nr 3: Nie istnieją aktualnie narzędzia ochrony prawnej fizjoterapeutów w Polsce, którzy doświadczają Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów.

Celem pracy jest ukazanie potrzeby stworzenia systemu ochrony prawnej dla fizjoterapeutów w Polsce w obliczu problematyki Niestosownych Seksualnych Zachowań Pacjentów. Brak narzędzi przeciwdziałania zjawisku IPSB i ochrony prawnej fizjoterapeutów może powodować negatywne konsekwencje zarówno dla fizjoterapeutów, jak i pacjentów. Praca ma na celu wyeksponowanie tych kwestii i zachęcenie do działań zmierzających do ich rozwiązania, co przyczyni się do zwiększenia poziomu bezpieczeństwa i jakości opieki zdrowotnej w Polsce. Tezą niniejszej pracy jest istnienie potrzeby skutecznego przeciwdziałania i zapewnienia ochrony przed Niestosownymi Zachowaniami Seksualnymi Pacjentów w praktyce fizjoterapeutycznej w Polsce. Stanowi ona kluczowy punkt badań, wyznaczając kierunek analizy i motywując do głębszego zrozumienia problemu oraz poszukiwania skutecznych rozwiązań.

Struktura badawcza rozprawy oferuje wartość zarówno teoretyczną, jak i praktyczną. Umożliwia zrozumienie i adresowanie problemu Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w polskiej praktyce fizjoterapeutycznej, co przyczynia się do wzbogacenia wiedzy o zjawisku i rozwijania efektywnych rozwiązań oraz procedur prewencyjnych i prawnych dla ochrony fizjoterapeutów i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów. Ograniczenie zakresu rozważań dotyczących Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów do zawodu fizjoterapeuty oraz przeprowadzenie badania ankietowego w tej grupie zawodowej ochrony zdrowia ma swoje uzasadnienie z kilku istotnych powodów. Należy zauważyć, że fizjoterapeuci to grupa zawodowa

pracowników medycznych, którzy bezpośrednio współpracują z pacjentami w celu poprawy ich stanu zdrowia. Ze względu na tę bezpośrednią interakcję z pacjentami, fizjoterapeuci są szczególnie narażeni na występowanie niestosownych zachowań ze strony pacjentów. Dodatkowo, przeprowadzenie badania ankietowego wśród fizjoterapeutów dostarcza bezpośrednich informacji od osób, które doświadczyły IPSB w swojej praktyce medycznej. Daje to możliwość zbierania konkretnych danych na temat rodzaju zachowań, częstotliwości występowania oraz bezpośrednich i pośrednich skutków takich zachowań. Należy również zauważyć, że z uwagi na specyfikę bezpośredniego kontaktu fizycznego z pacjentami w pracy fizjoterapeuty, skala i zakres zjawiska w innych zawodach medycznych mogą być zróżnicowane.

Podkreślenie znaczenia rozważania problemu IPSB w kontekście prawa karnego, cywilnego i regulacji organizacyjnych podmiotów leczniczych jest kluczowe. Rozumienie aspektów prawnych pomaga określić odpowiedzialność pacjentów w zakresie ich zachowań oraz chronić prawa personelu, zarówno w kontekście karnym, jak i cywilnym. W niektórych przypadkach, zachowania stanowiące IPSB mogą być naruszeniem prawa karnego, na przykład w sytuacjach przemocy fizycznej czy molestowania seksualnego. Regulacje organizacyjne mają z kolei kluczowe znaczenie dla zapobiegania i zarządzania przypadkami IPSB. Skoncentrowanie się na fizjoterapeutach oraz uwzględnienie aspektów prawnych i regulacyjnych pozwala na bardziej kompleksowe i praktyczne rozważanie problemu IPSB. To podejście pozwala na opracowanie skuteczniejszych strategii przeciwdziałania i ochrony prawnej przed IPSB, zarówno na poziomie zawodu fizjoterapeuty, jak i w późniejszym etapie na poziomie całego systemu opieki zdrowotnej. Należy również zauważyć, że skupienie się na fizjoterapeutach ma swoje dodatkowe uzasadnienie, ponieważ w odróżnieniu od innych zawodów medycznych w Polsce, nie posiadają oni ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych.

W literaturze naukowej na temat Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w fizjoterapii można odnaleźć wiele cennych informacji. Wpływ tych zachowań na pracowników medycznych oraz jakość opieki zdrowotnej stanowi centralny temat tych badań. W wyniku analizy literatury naukowej przedstawionej w części głównej niniejszej rozprawy można wyciągnąć pewne kluczowe wnioski. Po pierwsze, istnienie problemu IPSB jest potwierdzone przez badania naukowe i obserwacje. Niestosowne zachowania pacjentów stanowią realne wyzwanie w praktyce fizjoterapeutycznej na świecie. Pracownicy medyczni, w tym fizjoterapeuci,

często doświadczają sytuacji, które mogą wpływać negatywnie na ich stan psychiczny i emocjonalny. IPSB może prowadzić do stresu, frustracji i obniżenia satysfakcji zawodowej. Niezwykle ważnym aspektem jest również wpływ IPSB na jakość opieki zdrowotnej. Pracownicy medyczni, zajmując się niestosownymi zachowaniami pacjentów, mogą być mniej skoncentrowani na zapewnieniu skutecznej terapii, co może zagrażać bezpieczeństwu i efektywności leczenia.

W literaturze często podkreśla się brak odpowiednich narzędzi i szkoleń, które pomogłyby fizjoterapeutom radzić sobie z IPSB. Istnieje potrzeba edukacji w zakresie komunikacji, zarządzania konfliktami i skutecznego radzenia sobie z niestosownymi zachowaniami pacjentów. Wskazuje się również na istotną rolę instytucji medycznych w rozwiązywaniu problemu IPSB. Opracowywanie protokołów postępowania oraz wsparcie dla pracowników medycznych wydają się niezbędne. Zauważa się także, że w miarę jak świadomość problemu IPSB rośnie, pacjenci mogą częściej zdawać sobie sprawę z konsekwencji swoich działań. Jednak nadal istnieją wyzwania związane z edukacją pacjentów i zwiększeniem ich świadomości na ten temat. Edukacja, szkolenia, wsparcie instytucji medycznych i dalsze badania są kluczowe dla rozwoju skutecznych strategii przeciwdziałania oraz ochrony fizjoterapeutów i pacjentów.

Przeprowadzone przez autora niniejszej rozprawy badanie, którym objął grupę 464 fizjoterapeutów, dotyczące Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów wśród fizjoterapeutów w Polsce, przyniosło wiele istotnych wniosków. Stanowiło ono ważne narzędzie do zrozumienia i oceny tego problemu w kontekście praktyki fizjoterapeutycznej w Polsce oraz możliwości ustalenia koniecznych regulacji prawnych tego obszaru. Badanie umożliwiło ustalenie rzeczywistego rozmiaru problemu. Dzięki zgromadzonym danym można będzie lepiej zrozumieć, jak często występują niestosowne zachowania pacjentów i jakie są ich formy. Wyniki badania pomogły również zidentyfikować czynniki ryzyka związane z występowaniem IPSB w praktyce fizjoterapeutów. Pozwoliło to na lepsze zrozumienie, dlaczego niektórzy fizjoterapeuci mogą być bardziej narażeni na ten problem niż inni. Badanie pozwoliło również na zrozumienie, jakie emocjonalne i zawodowe konsekwencje mogą wynikać z niestosownych zachowań pacjentów. To ważne, aby zrozumieć wpływ tego problemu na pracowników medycznych. Warto zaznaczyć, że wyniki badania wskazały na potrzebę działań w celu zarządzania problemem IPSB w praktyce fizjoterapeutów w Polsce. To może prowadzić do opracowania skuteczniejszych strategii zarządzania, dostarczenia odpowiednich szkoleń oraz wsparcia psychologicznego dla pracowników medycznych.

Praca została przygotowana w czterech rozdziałach części głównej. Rozdział I przedstawia regulacje prawne dotyczące zawodu fizjoterapeuty w Polsce. Autor szczegółowo analizuje ustawę z 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, koncentrując się na zasadach wykonywania zawodu, procesie uzyskiwania uprawnień, kształceniu oraz odpowiedzialności zawodowej. W tym rozdziale autor szczególnie podkreśla specyfikę pracy fizjoterapeutów, w tym w zakresie stosowania dotyku jako narzędzia diagnostycznego i terapeutycznego, zwracając uwagę na jego złożony i wielowymiarowy charakter oraz wymagania stawiane przed terapeutami pod kątem umiejętności technicznych oraz zrozumienia psychologicznego i społecznego kontekstu dotyku.

W drugim rozdziale autor dokładnie bada zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w różnych dziedzinach medycyny, w tym w fizjoterapii. Omawiana jest definicja i skala występowania tego zjawiska, czynniki ryzyka, świadomość fizjoterapeutów na ten temat, a także potencjalne przyczyny czynów wynikające z problemów medycznych, takich jak uszkodzenia mózgu, choroby neurodegeneracyjne czy wpływ niektórych leków. Autor zwraca uwagę na sytuacje, w których pacjenci z zaburzeniami poznawczymi mogą nie zdawać sobie sprawy z niewłaściwości swojego zachowania. Rozdział ten również podkreśla rolę obowiązków zapewnienia bezpieczeństwa i higieny pracy w miejscu pracy.

W rozdziale trzecim skupiono się na odpowiedzialności prawnej pacjentów za niestosowne zachowania seksualne. Autor analizuje prawne aspekty, w tym odpowiedzialność regulaminową, karną i cywilną, z naciskiem na trudności związane z pociągnięciem do odpowiedzialności sprawców czynów charakteryzowanych jako Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów. Omówiono wyzwania w zakresie skutecznego wykorzystania środków ochrony prawnej, zwłaszcza w kontekście zawiłości proceduralnych i kosztów postępowań sądowych. Szczególna uwaga poświęcona jest brakowi regulacji prawnych w zakresie świadczeń ambulatoryjnych oraz specyfice świadczeń fizjoterapeutycznych, co według autora wymaga rozszerzenia obowiązujących przepisów.

W rozdziale czwartym niniejszej pracy, autor przedstawił metody badawcze, jakie zostały zastosowane w procesie analizy i badania problematyki IPSB bezpośrednio w praktyce fizjoterapeutycznej oraz wyniki badania ankietowego. Omówiono zarówno ogólny obraz problemu, jak i konkretne przypadki i sytuacje, które zostały

zidentyfikowane w trakcie badania. Wyniki te obejmują statystyki, przykłady incydentów oraz opinie i doświadczenia fizjoterapeutów. Przedstawiono również propozycje regulacji mających na celu przeciwdziałanie oraz środki reagowania na Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów.

ROZDZIAŁ I - ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UDZIELANE PRZEZ FIZJOTERAPEUTÓW

1.1 CHAKTERYSTYKA ZAWODU FIZJOTERAPEUTY

W tym rozdziale pracy doktorskiej szczegółowo omówione zostaną przepisy prawne, które kształtują zawód fizjoterapeuty. Warto podkreślić, że regulacje te nie ograniczają się do pojedynczego aktu prawnego, ale obejmują szeroki zakres różnorodnych przepisów, w tym również tych specjalistycznych. W Polsce zawód fizjoterapeuty regulowany jest ustawą, co oznacza, że osoba, chcąc pracować w tej dziedzinie medycyny, musi spełniać określone kryteria w niej wskazane, w szczególności związane z określonym wykształceniem. Fizjoterapeuci mogą odnaleźć zatrudnienie w różnorodnych miejscach, zarówno w szpitalach, przychodniach, prywatnych gabinetach rehabilitacyjnych, czy jednostkach oświatowych. W Polsce nie istnieje programowa specjalizacja dziedzinowa, co oznacza, że fizjoterapeuci mogą zwyczajowo specjalizować się w różnych dziedzinach, takich jak ortopedia, neurologia, kardiologia czy pediatria, co pozwala im dostosować terapie do konkretnych potrzeb pacjentów. Warto zaznaczyć, że rola fizjoterapeuty w opiece zdrowotnej stale rośnie, a ich wkład w proces rehabilitacji i poprawę jakości życia pacjentów jest nieoceniony. Wśród kluczowych aktów prawnych, mających bezpośredni wpływ na praktykę zawodową fizjoterapeuty można wyszczególnić poniższe:

- 1) Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1213);
- 2) Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799);
- 3) Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581);
- 4) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2017 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez fizjoterapeutów (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1647);

- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie zakresu znajomości języka polskiego niezbędnej do wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz egzaminu ze znajomości języka polskiego (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1618);
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 2017 r. w sprawie praktyki zawodowej realizowanej w ramach kształcenia fizjoterapeutów (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1401);
- 7) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty” (Dz. U. z 2022 r. poz. 1372);
- 8) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1319);
- 9) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2017 r. w sprawie orzekania o niezdolności do wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz trybu postępowania w sprawach zawieszania albo ograniczenia prawa wykonywania zawodu (Dz. U. z 2017 r. poz. 1429);
- 10) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu i trybu prowadzenia rejestru ukaranych fizjoterapeutów oraz sposobu i trybu wykonania prawomocnych orzeczeń sądów dyscyplinarnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1312);
- 11) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2017 r. w sprawie wysokości i sposobu uiszczania opłaty za stwierdzenie prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty (Dz. U. z 2017 r. poz. 749).

Pomimo szeregu występujących regulacji w zakresie zawodu fizjoterapeuty, w odniesieniu do celu niniejszej pracy, autor skupi się na analizie i opisanu norm wynikających z ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1213)

W ustawie o zawodzie fizjoterapeuty¹ ustawodawca zawarł regulacje związane z wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty, procedurą uzyskiwania uprawnień do wykonywania tego zawodu, kształceniem zawodowym i podyplomowym

¹ ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1213)

fizjoterapeutów oraz odpowiedzialnością zawodową. Ponadto, na początku akt definiuje strukturę i zadania samorządu zawodowego fizjoterapeutów, który reprezentuje tę grupę zawodową, monitoruje należyte wykonywanie zawodu w interesie publicznym i wskazuje, iż działa on niezależnie. Krajowa Izba Fizjoterapeutów (KIF) jest jednostką organizacyjną samorządu fizjoterapeutów i posiada osobowość prawną. Nadzór nad działalnością samorządu sprawuje minister zdrowia. Jednym z ważnych aspektów początkowej części ustawy jest obowiązkowa przynależność fizjoterapeutów do samorządu zawodowego. W rozdziale pierwszym ustawodawca wyraźnie wskazuje, iż omawiana profesja jest samodzielnym zawodem medycznym. Przepisy regulują również kluczowe aspekty wykonywania zawodu fizjoterapeuty, które określają zasady i standardy praktyki zawodowej w tej dziedzinie. Rozdział drugi stanowi fundamentalną podstawę praktyki fizjoterapeuty i ma na celu zagwarantowanie wysokiej jakości opieki nad pacjentami. W u.z.f. opisane zostały ogólne zasady, którymi powinien kierować się fizjoterapeuta podczas wykonywania swojego zawodu. Wskazuje się konieczność przestrzegania etyki zawodowej, poszanowania praw pacjentów oraz dbałość o ich bezpieczeństwo. Fizjoterapeuci są również zobowiązani do wykorzystywania najnowszej wiedzy medycznej w swojej praktyce. W przepisach rozdziału drugiego omawiane są konkretne obszary praktyki fizjoterapeuty. W ramach wykonywania swojego zawodu, fizjoterapeuci realizują diagnostykę funkcjonalną pacjentów, kwalifikują pacjentów do odpowiednich terapii, w tym fizykoterapii i kinezyterapii, oraz wykonują masaże. Mają także uprawnienie do przepisywania wyrobów medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz do dobierania tych wyrobów do potrzeb pacjentów. Dodatkowo, prowadzą działalność fizjoprofilaktyczną, której celem jest promowanie zdrowego stylu życia i utrzymanie sprawności pacjentów w celu zapobiegania niepełnosprawności. W omawianym rozdziale drugim określono także uprawnienia fizjoterapeutów do wydawania opinii i orzeczeń dotyczących stanu funkcjonalnego pacjentów. Ponadto, rozdział ten wyznacza zakres działań wykraczających poza bezpośrednią opiekę nad pacjentem. Fizjoterapeuci mogą nauczać zawodu fizjoterapeuty, prowadzić prace naukowo-badawcze w dziedzinie fizjoterapii, kierować pracą innych fizjoterapeutów, zatrudniać się na stanowiskach administracyjnych w podmiotach związanych z opieką zdrowotną oraz wykonywać inne czynności zawodowe, które nie są świadczeniem zdrowotnym w rozumieniu przepisów dotyczących działalności leczniczej. Ustawodawca wskazał ponadto obowiązki fizjoterapeuty w zakresie informowania pacjentów o ich prawach oraz udzielania odpowiednich informacji zgodnie z przepisami ustawy z dnia

6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zwraca się uwagę na ważność zachowania poufności informacji związanych z pacjentem, które fizjoterapeuta zdobywa w trakcie wykonywania swoich czynności zawodowych. Ponadto, podkreśla się istotność prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej.

Kolejną ważną kwestią uregulowaną przez omawianą ustawę jest sprawa dotycząca uzyskiwania prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Przepisy zawierają kluczowe zasady dotyczące kwalifikacji i wymagań koniecznych do uprawiania tego zawodu. Ustawodawca wskazuje, że aby legalnie praktykować zawód fizjoterapeuty, dana osoba musi spełnić określone warunki. Te warunki obejmują, między innymi, pełną zdolność do czynności prawnych oraz odpowiedni stan zdrowia, który potwierdza się za pomocą orzeczenia lekarskiego lub innego dokumentu potwierdzającego brak przeciwwskazań do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Istotnym wymogiem jest również znajomość języka polskiego w stopniu umożliwiającym efektywne wykonywanie zawodu. Dodatkowo, kandydat na fizjoterapeutę musi dostarczyć do KIF odpowiedni dyplom potwierdzający jego kwalifikacje. Dyplom ten może być uzyskany w Polsce lub w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA). Warunkiem jest równoważność dyplomu z dyplomem uzyskiwanym w Polsce. Określony został minimalny zakres wiedzy w obszarze języka polskiego, który jest wymagany od kandydatów. Uregulowano również sposób przeprowadzenia egzaminu z języka polskiego, który jest organizowany przez Krajową Radę Fizjoterapeutów.

Fizjoterapeuta ma obowiązek odbycia praktyki zawodowej, której zrealizowanie jest wymagane dla uzyskania uprawnień fizjoterapeuty. Przepisy określają warunki rozpoczęcia praktyki, czas jej trwania oraz sposób jej skrócenia na uzasadniony wniosek kandydata. Praktyka zawodowa jest istotnym elementem przygotowania przyszłego fizjoterapeuty do wykonywania zawodu. Praktyka zawodowa musi być odbywana w podmiotach leczniczych. Poczyniono regulacje związane z organizacją, dokumentowaniem oraz zaliczaniem praktyki. Warto w tym miejscu wspomnieć o tym, że minister właściwy do spraw zdrowia jest upoważniony do określenia ramowego programu praktyki zawodowej oraz sposobu jej odbywania, skracania i dokumentowania.

Autor pragnie zaznaczyć, że omówione regulacje mają na celu zapewnić, że fizjoterapeuci posiadają odpowiednie kwalifikacje, aby efektywnie i bezpiecznie wykonywać swoje obowiązki w dziedzinie fizjoterapii, co wpływa na bezpieczeństwo

i skuteczność leczenia pacjentów. Wprowadzają one również warunki umożliwiające osobom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej lub EFTA uzyskanie uprawnień fizjoterapeuty w Polsce. Powyższe stanowi ważny element regulacji związanych z zawodem fizjoterapeuty i wpływa na jakość opieki zdrowotnej w Polsce.

Ustawodawca w omawianej ustawie uregulował także kwestie związane z Krajowym Rejestrem Fizjoterapeutów. Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów jest prowadzony przez Krajową Radę Fizjoterapeutów w systemie teleinformatycznym. W rejestrze gromadzone są dane fizjoterapeutów, którzy posiadają prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Istnieje także zapis mówiący, że dane fizjoterapeutów, których prawo wykonywania zawodu wygasło, są usuwane z rejestru po upływie 15 lat od dnia wygaśnięcia tego prawa. Warto zaznaczyć, że właścicielem i administratorem Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów jest Krajowa Rada Fizjoterapeutów. Rejestr ten zawiera szereg danych na temat fizjoterapeutów, takich jak ich dane osobowe, kwalifikacje, miejsce zatrudnienia, informacje o ewentualnych ograniczeniach w wykonywaniu zawodu oraz wiele innych informacji związanych z ich praktyką zawodową. Należy pamiętać, że Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów jest jawny tylko w zakresie pewnych danych i informacji dotyczących fizjoterapeutów. Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów jest istotnym narzędziem w regulacji zawodu fizjoterapeuty, a procedury i zasady związane z tym rejestrem, a także z wydawaniem zaświadczeń przez Krajową Radę Fizjoterapeutów, mają na celu zapewnienie wysokich standardów wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Ważnym, usankcjonowanym aspektem jest również kwestia kształcenia podyplomowego fizjoterapeutów. W Polsce, kształcenie podyplomowe fizjoterapeutów jest szczegółowo uregulowane, a uzyskanie tytułu specjalisty wymaga spełnienia wielu warunków. Fizjoterapeuci uzyskują tytuł specjalisty w zakresie fizjoterapii po odbyciu szkolenia specjalizacyjnego i zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Fizjoterapeutów (PESFZ). Zgodnie z przepisami, opłatę za szkolenie specjalizacyjne oraz egzamin PESFZ ponoszą sami fizjoterapeuci, którzy podjęli się specjalizacji. Wysokość opłaty za szkolenie specjalizacyjne jest ustalana przez kierownika jednostki szkolącej, ale nie może być wyższa niż koszty związane z przeprowadzeniem tego szkolenia. Opłaty te stanowią przychód jednostki szkolącej. Minister zdrowia może również dofinansować koszty związane ze szkoleniem specjalizacyjnym z budżetu państwa.

Autor przejdzie teraz do zasad organizacji samorządu fizjoterapeutów przedstawionych w analizowanej ustawie. Samorząd ten skupia zawodowych fizjoterapeutów, którzy są zarejestrowani w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów.

Głównymi zadaniami samorządu jest sprawowanie nadzoru nad wykonywaniem zawodu fizjoterapeuty, reprezentowanie interesów fizjoterapeutów oraz dbanie o podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez fizjoterapeutów. Samorząd działa poprzez różne organy, w tym Krajowy Zjazd Fizjoterapeutów, Krajową Radę Fizjoterapeutów, Komisję Rewizyjną, Wyższy Sąd Dyscyplinarny, Sąd Dyscyplinarny i Rzecznika. W Organach tych mogą zasiadać tylko fizjoterapeuci zarejestrowani w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów. Członkowie samorządu mają określone prawa i obowiązki. Mogą wybierać swoich przedstawicieli do organów samorządu, korzystać z pomocy w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony prawnej. Muszą jednak przestrzegać zasad etyki zawodowej, sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe, opłacać składki członkowskie oraz aktualizować swoje dane w rejestrze. Samorząd fizjoterapeutów jest kluczowym elementem regulującym zawód fizjoterapeuty, reprezentującym interesy zawodowców i dbającym o ich etykę i kwalifikacje zawodowe. Organizacja ta działa na zasadach demokratycznych, a jej członkowie pełnią swoje funkcje społeczne bez wynagrodzenia lub na zasadach ustalonych przez organy samorządu.

Na szczególną uwagę zasługują regulacje dotyczące odpowiedzialności zawodowej członków samorządu fizjoterapeutów. Odpowiedzialność ta wynika z naruszenia etyki zawodowej lub przepisów regulujących praktykę fizjoterapeuty, co tworzy instytucję "przewinienia zawodowego". Te zasady obowiązują również obywateli innych krajów Unii Europejskiej, którzy tymczasowo i okazjonalnie wykonują zawód fizjoterapeuty w Polsce. Wyraźnie zostało wskazane, że Sąd Dyscyplinarny lub Wyższy Sąd Dyscyplinarny zajmują się przypadkami związanymi z odpowiedzialnością zawodową.

Postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej jest niezależne od innych postępowań, które mogą dotyczyć tych samych czynów. Postępowanie to może być zawieszone, o ile to konieczne, do czasu zakończenia innych postępowań. W ramach postępowania przewidziane są czynności sprawdzające, postępowanie wyjaśniające, postępowanie przed sądem dyscyplinarnym i postępowanie wykonawcze. Ich celem jest zbadanie okoliczności, ustalenie ewentualnego przewinienia zawodowego, pociągnięcie do odpowiedzialności oraz promowanie poszanowania prawa i zasad współżycia społecznego. Stronami w postępowaniu są osoba pokrzywdzona, osoba obwiniona oraz

Rzecznik (należy wspomnieć, że nie ma tu mowy o Rzeczniku Praw Fizjoterapeutów²³, jest to inna instytucja zalegalizowana uchwałą KRF) lub jego zastępca w przypadku postępowania przed sądem dyscyplinarnym. Pokrzywdzonym jest osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna, której dobro prawne zostało naruszone przez przewinienie zawodowe. Ta osoba może mieć dwóch pełnomocników. Osoba obwiniona to fizjoterapeuta, przeciwko któremu podniesiono zarzuty. Rzecznik ma obowiązek wydać postanowienie o wszczęciu postępowania lub odmowie jego wszczęcia po otrzymaniu informacji sugerujących możliwość przewinienia zawodowego. Postanowienie to jest doręczane stronom. Jeśli to konieczne, można zażądać uzupełnienia informacji lub przeprowadzenia dodatkowych badań. Odmowa wszczęcia postępowania może być poddana zażaleniu. Termin przedawnienia to 3 lata od popełnienia czynu, a karalność przewinienia zawodowego ustaje po 5 latach, chyba że czyn stanowi jednocześnie przestępstwo, wtedy przewinienie zawodowe nie ulega przedawnieniu, dopóki przestępstwo jest karalne. W przypadku braku podstaw do postawienia zarzutów, Rzecznik może wydać postanowienie o umorzeniu postępowania, z uwzględnieniem okoliczności, które do tego doprowadziły. Rzecznik jest zobowiązany do wydania postanowienia o wszczęciu lub odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, gdy pojawią się informacje wskazujące na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego. W razie potrzeby można zażądać uzupełnienia informacji lub dokonania sprawdzenia faktów przed wydaniem postanowienia w terminie miesiąca od otrzymania informacji. Pokrzywdzonym oraz stronom przysługuje prawo do wniesienia zażalenia na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania lub umorzeniu postępowania. Rzecznik dąży do szczegółowego wyjaśnienia sprawy, przesłuchując świadków, biegłych i inne osoby, oraz gromadząc dowody. W razie potrzeby może przesłuchać samego fizjoterapeutę. Jeśli materiały dowodowe wskazują na popełnienie przewinienia zawodowego, Rzecznik wydaje postanowienie o przedstawieniu zarzutów fizjoterapeucie. Po zakończeniu postępowania wyjaśniającego, Rzecznik składa wniosek o ukaranie do Sądu Dyscyplinarnego, który jest pierwszą instancją. Postępowanie wyjaśniające powinno być zakończone w ciągu 6 miesięcy, ale może być przedłużone o kolejne 6 miesięcy w uzasadnionych przypadkach. Jeśli nie jest zakończone w ciągu

² Uchwała nr 16/II KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 7 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Rzecznika Praw Fizjoterapeutów

³ Uchwała nr 706/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie Rzecznika Praw Fizjoterapeutów

12 miesięcy, akta są przekazywane Wyższemu Sądowi Dyscyplinarnemu. Sąd Dyscyplinarny może wydać postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu, jeśli istnieje duże prawdopodobieństwo przewinienia, które zagraża pacjentom lub grozi kolejnym przewinieniem. Sąd Dyscyplinarny ma prawo orzekać różne kary, takie jak upomnienie, naganę, karę pieniężną, zakaz pełnienia funkcji, ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu, zawieszenie prawa wykonywania zawodu lub pozbawienie prawa wykonywania zawodu. Postępowanie przed sądem dyscyplinarnym jest zazwyczaj jawne, chyba że istnieją uzasadnione powody, aby wyłączyć jawność. Sąd dyscyplinarny orzeka o karach, jakie można nałożyć, a także o zawieszeniu prawa do wykonywania zawodu. Jeśli fizjoterapeuta zostaje ukarany ograniczeniem zakresu czynności, to precyzyjnie określa się, co dokładnie jest mu zabronione wykonywać. Zawieszenie prawa wykonywania zawodu jest na czas określony i może pociągnąć za sobą skreślenie z Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. Po 10 latach od uprawomocnienia się orzeczenia istnieje możliwość ubiegania się ponownie o przywrócenie prawa do wykonywania zawodu. Orzeczenia sądów dyscyplinarnych są ogłaszane publicznie, chyba że zachodzą uzasadnione powody, by utrzymać je w tajemnicy. W tych orzeczeniach zawiera się informacje o nałożonych karach, kosztach postępowania i wszystkich związanych z nimi aspektach. Strony postępowania mają prawo odwoływać się od orzeczeń do instancji wyższych (Wyższego Sądu Dyscyplinarnego), zapewniając tym samym kontrolę nad procesem sądowym. Procedury wznowienia postępowania są uregulowane i pozwalają na skorygowanie błędów lub uwzględnienie nowych dowodów. Przy wydawaniu orzeczeń uwzględnia się kwestie związane z odszkodowaniami i zadośćuczynieniami w przypadku uniewinnienia po wznowieniu postępowania. Rejestr medyków, którzy zostali ukarani, jest publiczny i dostępny dla zainteresowanych stron. Wpisy o karach podlegają zatarciu, zgodnie z postanowieniami ustawy, po pewnym czasie i spełnieniu odpowiednich warunków. Warto też dodać, że ewentualne błędy w orzeczeniach sądów dyscyplinarnych mogą być korygowane.

W u.z.f. zawarto również przepisy karne. Osoba, która bez odpowiednich uprawnień udziela świadczeń z zakresu fizjoterapii, może być ukarana grzywną. Jeśli robi to w celu osiągnięcia korzyści finansowej, karą może być grzywna lub kara ograniczenia wolności. Ponadto, korzystanie z tytułu zawodowego fizjoterapeuty bez wymaganych uprawnień podlega karze grzywny. Postępowanie w przypadkach naruszenia wspomnianych przepisów, regulowane jest przepisami ustawy o wykroczeniach.

Powyżej autor niniejszej rozprawy przedstawił najważniejsze zasady wynikające z przepisów regulujących zawód fizjoterapeuty w Polsce. Szczegółowe omówienie tych zasad wydaje się kluczowe w kontekście analizowania, w ramach niniejszej pracy, systemu ochrony prawnej fizjoterapeutów w Polsce. Równie istotnym jest kwestia prawnych możliwości prowadzenia działalności leczniczej w Polsce.

W kontekście realizacji celu rozprawy, autor pragnie zwrócić również szczególną uwagę na wydane *Zasady etyki zawodowej fizjoterapeuty*⁴ (dalej również jako „kodeks”). Kodeks etyki zawodowej zasadniczo nie stanowi prawa, jednak jest aktem honorowym, który należy brać pod uwagę przy orzekaniu, szczególnie w sprawach przewinienia zawodowego. Jest to istotny dokument regulujący postępowanie zawodowe fizjoterapeutów, a także ustanawiający standardy i wartości, jakie powinni oni zachować w swojej praktyce zawodowej. Głównym celem *Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty* jest zapewnienie odpowiedniej opieki pacjentom oraz zachowanie integralności, zaufania i szacunku w relacji między fizjoterapeutami a ich pacjentami. Stanowią one ramy, które pomagają fizjoterapeutom podejmować etyczne decyzje w codziennej praktyce zawodowej oraz w relacjach z pacjentami, rodzinami, współpracownikami i społeczeństwem jako całością. Jednym z kluczowych aspektów zawartych w tym kodeksie jest respektowanie godności pacjentów, poszanowanie ich praw do autonomii oraz troska o zachowanie tajemnicy zawodowej. Fizjoterapeuci są również zobowiązani do rozwijania swoich kompetencji zawodowych, a także do promowania zdrowego stylu życia w społeczeństwie. Ma on szeroki zakres, obejmujący również relacje z rodzinami pacjentów, współpracę z innymi pracownikami służby zdrowia, zaangażowanie w edukację społeczeństwa oraz promocję zdrowia. Wspiera on również etyczne zachowanie w kontekście telerehabilitacji i komunikacji społecznej, zapewniając zasady uczciwej konkurencji i rzetelności w przekazywaniu informacji na temat usług fizjoterapeutycznych. Akt regulujący etykę zawodową fizjoterapeuty ma również na celu kształtowanie i utrzymywanie prestiżu zawodu fizjoterapeuty, a także wspieranie ciągłego kształcenia i rozwoju zawodowego. Dodatkowo, ustala wytyczne dotyczące prowadzenia badań naukowych i edukacyjnych, zachowując przy tym etyczne standardy.

Kodeks rozpoczyna się od podkreślenia fundamentalnych wartości, które powinny kierować praktyką zawodową fizjoterapeuty. Są to m.in. troska, profesjonalizm, odpowiedzialność, sprawiedliwość, integralność zawodowa oraz szacunek dla godności

⁴ Uchwała nr 25/II KZF/2022 II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z dnia 28 maja 2022 r. w sprawie Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty

i autonomii pacjenta (klienta). Kodeks nakłada na fizjoterapeutów obowiązek szacunku wobec godności, autonomii i praw każdego pacjenta (klienta). Zasada ta zakazuje dyskryminacji ze względu na różnorodne cechy, takie jak płeć, wiek, pochodzenie etniczne, religia, orientacja seksualna, stan funkcjonalny czy status majątkowy. Fizjoterapeuci mają obowiązek wyjaśniania i udzielania informacji nie tylko pacjentowi (klientowi), ale także osobom upoważnionym, takim jak rodzina czy opiekunowie. Dokument zachęca fizjoterapeutów do traktowania współpracowników z szacunkiem oraz do efektywnej komunikacji w zespole medycznym. Ponadto, podkreśla obowiązek zgłaszania wszelkich naruszeń standardów wykonywania zawodu, które mogą zagrażać zdrowiu lub życiu pacjentów. Akt zobowiązuje fizjoterapeutów do promowania zdrowego stylu życia, świadomości zdrowotnej i działań na rzecz włączenia społecznego osób z trudnościami w funkcjonowaniu. Kodeks wskazuje potrzebę budowania prestiżu zawodu poprzez profesjonalne i naukowe podejście do praktyki fizjoterapeutycznej. Fizjoterapeuci mają obowiązek stałego rozwijania swoich kompetencji zawodowych, a także uczestniczenia w różnych formach kształcenia ustawicznego.

Reasumując, kodeks ten ma na celu zapewnienie profesjonalizmu, odpowiedzialności i jakości w praktyce fizjoterapeutycznej, a także promowanie dobrostanu pacjentów oraz zabezpieczenie ich praw i interesów. Działa jako przewodnik etyczny dla fizjoterapeutów, pomagając im podejmować właściwe decyzje w codziennej pracy i dbać o dobre imię zawodu fizjoterapeuty. Obowiązek stałego rozwijania swoich kompetencji zawodowych może mieć szczególne znaczenie w kontekście propozycji autora niniejszej rozprawy, co do narzędzi zwiększania bezpieczeństwa prawnego fizjoterapeutów i sposobów radzenia sobie z Niestosownymi Zachowaniami Seksualnymi Pacjentów.

1.2 MIEJSCE I RODZAJ ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ FIZJOTERAPEUTĘ

Podstawowym aktem prawnym regulującym zasady prowadzenia działalności leczniczej w Polsce jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ustawodawca silnie powiązał wykonywanie zawodu fizjoterapeuty z ustawą o działalności leczniczej, ponieważ w związku z przyjęciem ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, zawód fizjoterapeuty, chociażby w zakresie liczebności, stał się jednym

z głównych zawodów medycznych w Polsce. Wskazana powyżej ustawa określa⁵, że fizjoterapeuci mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na określonych zasadach, po spełnieniu określonych warunków i wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wymagania te obejmują posiadanie prawa wykonywania zawodu, nieposiadanie ograniczeń lub zakazów w wykonywaniu zawodu, posiadanie odpowiednich pomieszczeń i wyposażenia medycznego oraz posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Ustawa ta stanowi podstawę prawną dla prowadzenia praktyki zawodowej fizjoterapeutów w Polsce, określając warunki, procedury rejestracji, odpowiedzialność, a także warunki lokalowe i techniczne związane z prowadzeniem działalności leczniczej przez fizjoterapeutów. Wszystkie te przepisy mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i właściwej jakości świadczonych usług medycznych.

Fizjoterapeuci mogą wybierać różne formy prowadzenia działalności leczniczej z katalogu określonego w u.d.l., w ramach:

- 1) jednoosobowej działalności gospodarczej jako:
 - a) indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna,
 - b) indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w miejscu wezwania lub
 - c) indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.
- 2) spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka fizjoterapeutyczna.

W celu uzyskania wpisu do rejestru, fizjoterapeuta musi złożyć odpowiedni wniosek do organu prowadzącego rejestr. Wniosek musi zawierać określone dane, takie jak: dane osobowe, numer dokumentu potwierdzającego prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty, formę działalności leczniczej i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych. Rejestr jest prowadzony w formie elektronicznej i jest jawny, co oznacza, że można uzyskać dostęp do danych w nim zawartych. Organem prowadzącym rejestr jest wojewoda (w przypadku podmiotów leczniczych) lub Krajowa Rada Fizjoterapeutów (w przypadku praktyk zawodowych fizjoterapeutów), w zależności od rodzaju działalności leczniczej. Przepisy u.d.l. określają ponadto zasady odpowiedzialności w zakresie szkód wyrządzonych w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych przez

⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991)

fizjoterapeutę. Nakładają one odpowiedzialność zarówno na fizjoterapeutę, jak i podmiot leczniczy, z którym współpracuje fizjoterapeuta. W przypadku grupowej praktyki fizjoterapeutycznej, odpowiedzialność spoczywa na wspólnikach lub partnerach spółki.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wprowadza szereg wymogów dotyczących organizacji i funkcjonowania podmiotów leczniczych. Jednym z kluczowych elementów tej ustawy jest wymóg posiadania przez podmioty lecznicze regulaminu organizacyjnego. Regulamin ten jest niezbędny do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania placówek medycznych, określając strukturę organizacyjną, zakres odpowiedzialności poszczególnych działów oraz procedury działania w różnych sytuacjach. Dzięki temu regulaminowi, zarówno pracownicy, jak i pacjenci mają jasność co do sposobu działania placówki, co przekłada się na wyższą jakość świadczonych usług zdrowotnych oraz bezpieczeństwo pacjentów. Wprowadzenie takiego regulaminu jest zatem istotnym krokiem w kierunku profesjonalizacji i standaryzacji opieki zdrowotnej.

Autor niniejszej rozprawy doktorskiej pragnie podkreślić, że analizowany w niniejszej pracy system ochrony prawnej fizjoterapeutów w Polsce dotyczy praktyk zawodowych realizowanych na gruncie u.d.l. Szczególnie istotne wydaje się w tym miejscu wskazanie, że przepisy u.d.l. zawierają dyspozycję dla podmiotów leczniczych dotyczącą obowiązku posiadania regulaminów organizacyjnego, bowiem jak autor niniejszej pracy wykaże w dalszej jej części, regulamin organizacyjny stanowić może jedno z narzędzi przeciwdziałania zjawisku IPSB, a tym samym wpisywać się w system ochrony prawnej fizjoterapeutów.

Równie istotne na tym etapie rozprawy wydaje się wskazanie czynności zawodowych fizjoterapeuty, aby przybliżyć i uwydatnić znaczenie tej profesji w kontekście specyficznych relacji między pacjentami a fizjoterapeutami, co zostanie dokładniej omówione w podrozdziale 1.3. W art. 4 ust. 7 u.z.f. ustawodawca dał dyspozycję ministrowi właściwemu do spraw zdrowia określenia w drodze rozporządzenia szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty w ramach poszczególnych zadań zawodowych i odpowiadających im poziomom wykształcenia, niezbędnym do ich wykonywania, kierując się koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Prawodawca poprzez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty precyzuje, że czynności zawodowe w ramach poszczególnych zadań zawodowych mogą być wykonywane jedynie przez fizjoterapeutów, którzy posiadają odpowiednie wykształcenie i umiejętności. Szczegółowy wykaz czynności stanowi załącznik do rozporządzenia⁶, co pozwala na klarowne zrozumienie zakresu obowiązków zawodowych fizjoterapeuty. W zależności od poziomu wykształcenia, wskazanego w u.z.f., fizjoterapeuci mogą pracować na trzech różnych poziomach:

- a) poziom podstawowy - obejmuje osoby, które ukończyły publiczną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskały tytuł zawodowy "technik fizjoterapii". Ponadto, osoby, które zdobyły dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu licencjata, zgodnie z ustawą, również kwalifikują się na tym poziomie;
- b) poziom rozszerzony - ten poziom wykształcenia obejmuje osoby, które uzyskały dyplom potwierdzający zdobycie tytułu magistra zgodnie z przepisami ustawy o zawodzie fizjoterapeuty;
- c) poziom specjalistyczny - fizjoterapeuci z tytułem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii lub tytułem specjalisty rehabilitacji ruchowej II stopnia mogą wykonywać najbardziej zaawansowane czynności zawodowe.

Rozporządzenie ma na celu uregulowanie zakresu działań zawodowych fizjoterapeutów i zapewnienie, że osoby wykonujące te czynności mają odpowiednie kwalifikacje i wykształcenie. Dzięki temu pacjenci mogą być pewni, że otrzymują profesjonalną opiekę fizjoterapeutyczną, dostosowaną do swoich potrzeb i wymagań.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1319)

Tabela 1 – Szczegółowy wykaz czynności zawodowych fizjoterapeuty w ramach poszczególnych zadań zawodowych i odpowiadający im poziom wykształcenia, niezbędny do ich wykonania.

Zadania zawodowe fizjoterapeuty	Czynności zawodowe fizjoterapeuty	Poziom wykształcenia
1. Diagnostyka funkcjonalna pacjenta	1.1. Ocena lokomocji	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
	1.2. Ocena samoobsługi	
	1.3. Ocena sprawności manualnej	
	1.4. Ocena funkcjonalna kręgosłupa i miednicy	
	1.5. Ocena równowagi i stabilności ciała	
	1.6. Ocena czynnościowa w zakresie wspomagania funkcjonalnego i lokomocji przy pomocy wyrobów medycznych	
	1.7. Ocena siły mięśniowej	
	1.8. Ocena napięcia mięśniowego z użyciem technik manualnych i obserwacji	
	1.9. Ocena napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej	
	1.10. Ocena elastyczności mięśni	
	1.11. Badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem technik manualnych oraz goniometrów	
	1.12. Pomiary obwodów części ciała oraz pomiary długości kończyn	
	1.13. Przeprowadzanie klinicznych testów czynnościowych narządu ruchu oraz sprawności motorycznej niezbędnych do monitorowania procesu fizjoterapii	
	1.14. Ocena rozwoju motorycznego, pomiary poszczególnych cech motorycznych	
	1.15. Ocena natężenia bólu	
	1.16. Pomiary antropometryczne inne	poziom rozszerzony i specjalistyczny
	1.17. Ocena napięcia mięśniowego z użyciem aparatury diagnostycznej	
	1.18. Ocena stanu neuromotorycznego w zakresie fazowości działania mięśni i wykonania badania EMG	poziom specjalistyczny

	1.19. Badanie zakresów ruchów czynnych i biernych kręgosłupa oraz stawów obwodowych z użyciem aparatury diagnostycznej	poziom rozszerzony i specjalistyczny
	1.20. Przeprowadzanie testów zgodnie z procedurą ICD 9 93.09.04	
	1.21. Elektrodiagnostyka - diagnostyka przewodnictwa i pobudliwości mięśni z zastosowaniem elektrod powierzchniowych	
2. Kwalifikowanie do fizykoterapii	Kwalifikowanie do fizykoterapii	poziom rozszerzony i specjalistyczny
3. Kwalifikowanie do kinezyterapii	Kwalifikowanie do kinezyterapii	poziom rozszerzony i specjalistyczny
4. Kwalifikowanie do masażu	Kwalifikowanie do masażu	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
5. Planowanie fizykoterapii	Planowanie fizykoterapii	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
6. Planowanie kinezyterapii	Planowanie kinezyterapii	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
7. Planowanie masażu	Planowanie masażu	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
8. Prowadzenie zabiegów z zakresu fizykoterapii	8.1. Zabiegi z zakresu elektroterapii	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
	8.2. Zabiegi z zakresu światłolecznictwa	
	8.3. Zabiegi z zakresu hydroterapii	
	8.4. Zabiegi wykorzystujące drgania mechaniczne	
	8.5. Zabiegi z zakresu ciepłolecznictwa	
	8.6. Zabiegi z zakresu zimnolecznictwa	
	8.7. Zabiegi z zakresu balneologii	
	8.8. Zabiegi wykorzystujące pole elektromagnetyczne	
	8.9. Zabiegi inhalacji	

	8.10. Nadzór nad wykonywaniem procedur z zakresu fizykoterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii	poziom specjalistyczny
9. Prowadzenie zabiegów z zakresu kinezyterapii	9.1. Prowadzenie kinezyterapii indywidualnej i grupowej	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
	9.2. Prowadzenie kinezyterapii w oparciu o metody specjalne	
	9.3. Nadzór nad wykonywaniem procedur z zakresu kinezyterapii ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii	poziom specjalistyczny
10. Prowadzenie zabiegów z zakresu masażu	10.1. Masaż z zastosowaniem technik ręcznych	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
	10.2. Masaż z zastosowaniem urządzeń mechanicznych	
	10.3. Wykonywanie procedur z zakresu opracowania tkanek miękkich i powięzi ujętych w programie specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii	poziom specjalistyczny
11. Zlecanie wyrobów medycznych	Zlecanie zaopatrzenia w wyroby medyczne produkowane seryjnie niezbędne w procesie usprawniania, zgodnie z zakresem określonym w przepisach, o których mowa w art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy	poziom rozszerzony i specjalistyczny
12. Dobieranie do potrzeb pacjenta wyrobów medycznych	Dobór wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
13. Nauczanie pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi	13.1. Ćwiczenia używania protez i ortez niezbędnych w procesie usprawniania	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
	13.2. Nauka korzystania z innych wyrobów medycznych niezbędnych w procesie usprawniania	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny
14. Prowadzenie działalności fizjoprofilaktycznej	Prowadzenie profilaktyki poprzez kontrolowanie czynników ryzyka powstawania chorób	poziom rozszerzony i specjalistyczny
15. Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób	15.1. Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do stanu funkcjonalnego osób poddawanych fizjoterapii	poziom rozszerzony i specjalistyczny

poddawanych fizjoterapii oraz przebiegu procesu fizjoterapii	15.2. Wydawanie opinii i orzeczeń odnośnie do przebiegu procesu fizjoterapii	poziom rozszerzony i specjalistyczny
16. Nauczanie pacjentów mechanizmów kompensacyjnych i adaptacji do zmienionego potencjału funkcji ciała i aktywności	Nauczanie mechanizmów kompensacyjno-adaptacyjnych oraz zasad ergonomii funkcjonowania ciała człowieka	poziom podstawowy, rozszerzony i specjalistyczny

źródło: opracowanie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1319)

Analizując specyfikę pracy fizjoterapeuty na podstawie przedstawionych powyżej czynności zawodowych, zauważamy, że zawód ten charakteryzuje się bliskim kontaktem fizycznym z pacjentem i często wymaga dotyku w celu przeprowadzenia oceny czy terapii. Takie czynności zawodowe, jak masaż, ocena funkcjonalna, czy nauczanie pacjentów posługiwania się wyrobami medycznymi, są sytuacjami, w których granice osobiste mogą być narażone na przekroczenie. W bliskich interakcjach może naturalnie zwiększać się ryzyko wystąpienia niestosownych zachowań seksualnych ze strony pacjentów. Fizjoterapeuci wydają się więc szczególnie narażeni na IPSB ze względu na naturę swojej pracy, która wymaga bliskiego kontaktu fizycznego oraz tworzenia relacji opartej na zaufaniu, co niekiedy może być mylnie interpretowane przez pacjentów.

Podsumowując omówiony podrozdział należy podkreślić, że ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowi fundamentalną podstawę prawną dla funkcjonowania fizjoterapeutów w Polsce, definiując ramy ich zawodowej praktyki oraz wymagania dotyczące regulaminu organizacyjnego w podmiotach leczniczych. Z kolei szczegółowy wykaz czynności zawodowych fizjoterapeutów, określony przez rozporządzenie Ministra Zdrowia, podkreśla specyfikę ich pracy oraz ich rolę w kontekście relacji z pacjentami, co będzie dokładniej analizowane w dalszej części rozprawy.

1.3 SPECYFIKA RELACJI POMIĘDZY FIZJOTERAPEUTĄ I PACJENTEM

Dotyk jest kluczowym elementem w życiu ludzkim, pełniącym ważną rolę w percepcji świata, interakcjach społecznych i wyrażaniu emocji. Jest on nie tylko podstawą dla wielu rodzajów międzyludzkich interakcji, ale także wyraża czułość i manifestuje wsparcie. Jego znaczenie jest podkreślane przez fakt, że pod wpływem dotyku w organizmie wydzielana jest oksytocyna, hormon związany z poczuciem szczęścia, relaksu, uspokojenia i tworzeniem bliskich więzi.⁷ Dotyk ma różne konotacje w zależności od kontekstu kulturowego, co może prowadzić do nieporozumień. Na przykład, badania wykazały, że częstotliwość dotyków między dwiema rozmawiającymi osobami w kawiarni różni się znacznie w różnych kulturach – od wielu dotyków w Puerto Rico do żadnego w Londynie. Edward T. Hall, badacz w dziedzinie komunikacji międzyludzkiej, opisał pojęcie dystansu osobistego, dzieląc przestrzeń wokół osoby na cztery strefy: publiczną, społeczną, osobniczą i intymną. Każda z tych stref odpowiada różnemu stopniowi zażyłości, a ich rozmiary oraz to, jak szybko ludzie przechodzą między nimi, zależą od indywidualnych i kulturowych preferencji.⁸ Kontakt fizyczny odgrywa kluczową rolę w rozwoju i dobrostanie człowieka od najwcześniejszych etapów życia aż do starości. Dotyk, który jest jednym z pierwszych zmysłów rozwijających się u ludzi, pozostaje niezmiennie ważny przez całe życie. Jest on niezbędny dla dzieci w ich początkowym poznawaniu świata i ma długotrwały wpływ na ich rozwój – brak odpowiedniej stymulacji dotykowej w niemowlęctwie może opóźniać naukę chodzenia i mówienia. Osoby, które unikają dotyku, często wykazują wyższy poziom lęku i napięcia. Deficyty w dotyku mogą wpływać na kształtowanie się osobowości i prowadzić do różnych zaburzeń. Mimo, że z wiekiem zmniejsza się częstotliwość dotykowych interakcji społecznych, podstawowa potrzeba bliskości pozostaje niezmienna i jest jednym z najbardziej podstawowych ludzkich pragnień.⁹ Język dotyku jest złożony i dostarcza bogatych informacji o osobach, które go inicjują, jak i o tych, które go unikają. Z dotykiem ściśle powiązane są pojęcia dystansu i granic. Dystans jest

⁷ J.A. Bartz, J. Zaki, N. Bolger, K.N. Ochsner, *Social effects of oxytocin in humans: context and person matter*, Trends in cognitive sciences, 2011, 15(7), s. 301–309

⁸ E. T. Hall, *The hidden dimension*, Garden City, N.Y., Doubleday, 1966, s 113-129

⁹ P. A. Andersen, *Nonverbal Communication: Forms and Functions* (2nd ed.). Waveland Press, Incorporated, 2008, s. 48-52

miarą przestrzeni między osobami, regulowaną przez normy kulturowe i społeczne, a także przez relacje międzyludzkie, sytuacje i emocje. Zmiany w nawykach dotykowych występują w zależności od wieku, płci, sytuacji i kultury. Zmniejszanie się dystansu między osobami nieuchronnie prowadzi do zetknięcia się z ich osobistymi granicami. W literaturze wyróżnia się granice zewnętrzne, które są fizjologiczne i reprezentowane przez skórę, oraz granice wewnętrzne, które pozwalają na utrzymanie dystansu od wpływów zewnętrznych na życie wewnętrzne jednostki. Każdy człowiek indywidualnie określa swoje granice, a ich konfrontacja z granicami innych dostarcza informacji zwrotnej o akceptowalności lub nieakceptowalności pewnych zachowań.¹⁰

W kontekście pracy fizjoterapeuty, dotyk nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ terapeuci często wchodzi w strefę intymną pacjenta, zarezerwowaną dla najbliższych osób. Fizjoterapeuci, nazywani czasem "zawodowymi dotykaczami", podobnie jak lekarze czy pielęgniarki, muszą często używać dotyku w swojej pracy, co jest dla nich z czasem rutyną i nie wywołuje emocji. Jednakże dla pacjentów, którzy nie są przyzwyczajeni do takiej bliskości, może to być trudne doświadczenie. Dotyk jest również głównym narzędziem diagnostycznym w fizjoterapii, ponieważ wiele procedur terapeutycznych wymaga bezpośredniego kontaktu z problematycznymi strukturami ciała. Współczesne podejście do dotyku w fizjoterapii często dzieli się na "dłoń odbiorczą", służącą do diagnozy i "dłoń interwencyjną", która przeprowadza leczenie. Niektórzy autorzy sugerują jednak, że należy również uwzględnić "dłoń psychospołeczną", która przez mowę niewerbalną może komunikować nastawienie terapeuty, odbierać emocje pacjenta lub wykonywać gesty wsparcia. Mimo że istnieje wiele badań poświęconych dotykowi jako zjawiskom psychospołecznym lub biologicznym, brakuje kompleksowych opracowań dotyczących roli dotyku w pracy fizjoterapeuty.¹¹

W relacjach międzyludzkich istnieje wiele sposobów na przekraczanie granic. Sytuacja terapeutyczna jest unikalną formą relacji, w której przekraczanie granic jest często akceptowane jako część umowy między terapeutą a pacjentem. Wstępne spotkanie fizjoterapeuty z pacjentem często wiąże się z naruszeniem wielu barier, na przykład

¹⁰ P.A. Andersen, *The Basis of Cultural Differences in Nonverbal Communication*, w L. A. Samovar, R. E. Porter, E. R. McDaniel, *Intercultural Communication: A Reader*, Wadsworth, Cengage Learning, **2012**, s. **293-313**

¹¹ E. Dadura, A. Wójcik, J. Gajewski, *Dotyk w praktyce zawodowej –postrzeganie dotyku przez fizjoterapeutów [Touch in professional practice – view of physiotherapists]*, *Postępy rehabilitacji* (2), 2013, s. 13–19

poprzez osobiste pytania czy kontakt fizyczny. Ważne jest jednak, aby pamiętać, że dotyk dotyczy obu stron interakcji. Podczas terapii nie tylko pacjent jest dotykany, ale również fizjoterapeuta doświadcza kontaktu, który jest rozumiany szeroko – obejmuje wymiary fizyczne, psychiczne i społeczne. Przekraczanie granic w terapii może objawiać się na różne sposoby, w tym poprzez nieuzasadnione naruszanie przestrzeni osobistej, nadmierne obciążanie innych własnymi problemami, stawianie nierozsądnych wymagań czy nieprzestrzeganie ustaleń.¹²

Zawód fizjoterapeuty często wiąże się z bliskimi relacjami interpersonalnymi z pacjentami, które mogą obejmować dotyk terapeutyczny. Fizjoterapeuci muszą również często przebywać w bliskiej odległości od pacjentów, co jest niezbędne dla ich bezpieczeństwa. Wiele zabiegów fizjoterapeutycznych może wymagać od pacjentów częściowego rozebrania się, co również może zwiększać ryzyko wystąpienia nieodpowiednich zachowań seksualnych ze strony pacjentów. Dodatkowo, pewne cechy pracowników służby zdrowia mogą sprzyjać występowaniu nieodpowiednich zachowań seksualnych. Badanie przeprowadzone przez J. Boissonnault i wsp. wykazało, że brak doświadczenia klinicznego jest czynnikiem, który może przewidywać wystąpienie takich zachowań. To sugeruje, że studenci fizjoterapii mogą być bardziej narażeni na nieodpowiednie zachowania seksualne ze strony pacjentów, być może dlatego, że pacjenci mogą postrzegać ich jako mniej doświadczonych i mających mniejszą kontrolę nad sytuacją w porównaniu z bardziej doświadczonymi fizjoterapeutami.¹³

W artykule J. Krzesickiej centralne miejsce zajmuje proces edukacji w dziedzinie fizjoterapii, postrzegany jako dynamiczna wymiana między pacjentem a terapeutą, gdzie kluczową rolę odgrywa materialność tej interakcji. Praktyka fizjoterapeutyczna, będąca głównym tematem rozważań, jest analizowana z wielowymiarowej perspektywy, zwracając uwagę na znaczenie ciała i dotyku w kontakcie z pacjentem. Podkreśla się, że ciało jest zarówno przedmiotem, jak i podmiotem w tej wymianie, co jest zgodne z wynikami badań M. A. Kelly i współpracowników z 2018 roku.¹⁴

¹² E. Dadura, A. Wójcik, *Dotyk w relacji fizjoterapeuta-pacjent a granice kontaktu fizycznego [Touch in the physiotherapist patient relationship – limits of physical contact]*, *Postępy Rehabilitacji* (4), 2014, s. 5–11

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, 97(11), s. 1084–1093

¹⁴ M.A. Kelly, L. Nixon, C. McClurg, A. Scherpbier, N. King, T. Dornan, *Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions*, *Qualitative Health Research*, 28(2), 2018, s. 200–212

Artykuł J. Krzesickiej koncentruje się na konkretnym, praktycznym aspekcie edukacji fizjoterapeutycznej, który jest częścią procesu profesjonalizacji i specjalizacji w tej dziedzinie. Zwraca się uwagę na liminalny etap kształtowania się tożsamości zawodowej fizjoterapeuty, który jest opisywany jako okres pełen wyzwań, gdzie uczący się muszą przyswoić i odtworzyć praktyki swoich mentorów. Ten etap, opisany przez G. Owen¹⁵ w 2014 roku, jest przedstawiony jako kluczowy moment w procesie edukacji, który zasługuje na szczegółową analizę. W artykule tym omówiono, jak studenci fizjoterapii zaczynają swoją edukacyjną ścieżkę z różnorodnym zestawem wiedzy i doświadczeń, które wpływają na ich początkowe umiejętności w tej dziedzinie. Niektórzy już mieli styczność z medycyną, inni dopiero zaczynają swoją przygodę. Wczesne etapy nauki często obejmują naukę pracy z ciałem, co dla wielu jest nowym doświadczeniem. W tym czasie studenci uczą się komfortu z własnym ciałem i ciałami innych, co jest niezbędne do efektywnej pracy jako terapeuta. W początkowych miesiącach studiów, studenci często ćwiczą w parach, co może być wyzwaniem, szczególnie gdy wymaga to nawiązania bliskiego kontaktu fizycznego z innymi, co może wywoływać poczucie zakłopotania, szczególnie wśród kobiet. Początkowo studenci często dobierają się w pary z osobami tej samej płci, a umiejętność pracy z osobami przeciwnej płci rozwija się stopniowo. Istotne jest, aby studenci zrozumieli i zaakceptowali własne ciało oraz ciała swoich kolegów i koleżanek, aby móc skutecznie pracować z pacjentami, którzy mogą odczuwać dyskomfort związany z fizycznością terapii. Jak zauważyła jedna z osób uczestniczących w badaniu, trudno sobie wyobrazić, by ktoś, kto nie czuje się komfortowo z dotykiem lub własnym ciałem, mógł efektywnie pracować z ciałami innych. Przez praktykę w parach, studenci doświadczają bycia zarówno osobą dotykającą, jak i dotykana, co pozwala im lepiej zrozumieć perspektywę pacjenta. Ta wczesna wiedza może jednak z czasem zanikać pod wpływem dalszych doświadczeń jako terapeuta. Studenci uczą się oddzielać intymność od emocji, traktując ciało jako obiekt nauki i narzędzie pracy, co jest niezbędne w ich przyszłej praktyce zawodowej. Pierwsze doświadczenia w edukacji fizjoterapeutycznej odbywają się w kontrolowanych warunkach, gdzie studenci pracują na zdrowych ciałach swoich kolegów. To różni się znacznie od pracy z pacjentami, którzy mają konkretne dolegliwości, i jest to ważny krok w rozwoju umiejętności praktycznych. Praca z ciałem chorego dostarcza unikalnych doświadczeń, które są kluczowe dla zrozumienia

¹⁵ G. Owen, *Becoming a Practice Profession. A Genealogy of Physiotherapy's Moving/Touching Practices.*, University of Cardiff, 2014, s. 54

i rozwijania umiejętności niezbędnych w fizjoterapii. W praktyce studenci spotykają się z różnorodnością ciał pacjentów, co może być dla nich nowym i czasem trudnym doświadczeniem. Muszą się przyzwyczaić do pracy z ciałami w różnym stanie, od młodych i zdrowych po starsze, zaniedbane, spocone, owłosione, czy z widocznymi ranami. Z czasem jednak uczą się patrzeć na ciało pacjenta jako na obiekt pracy, a nie jako na coś obrzydliwego czy nieznosnego. Dla studentów fizjoterapii ciało pacjenta staje się materiałem do pracy, narzędziem, które muszą nauczyć się używać i poprawiać. Z czasem uczą się patrzeć na ciało w sposób zdeseksualizowany i zmedykalizowany, traktując je jako fascynujący obiekt badawczy, a nie jako coś intymnego czy seksualnego. To postrzeganie ciała jako narzędzia pracy jest ważne, ponieważ pozwala im zachować profesjonalizm i skupić się na celach terapeutycznych. W miarę zdobywania doświadczenia, studenci uczą się, że ciało pacjenta nie jest jedynie obiektem ich pracy, ale także częścią człowieka, któremu starają się pomóc. Muszą znaleźć równowagę między traktowaniem ciała jako materiału do pracy a uznaniem, że jest to część żywego, czującego człowieka. Zdolność do postrzegania pacjenta w sposób profesjonalny, bez wpływu innych interpretacji, jest umiejętnością, która rozwija się wraz z praktyką. W końcu, studenci muszą również pamiętać o własnym ciele podczas terapii, aby uniknąć kontuzji czy przeciążeń wynikających z nieodpowiedniej postawy czy technik pracy. Fizyczne zmęczenie przypomina im, że w procesie terapeutycznym uczestniczą dwa ciała – zarówno pacjenta, jak i terapeuty.

Podkreśla się, że umiejętność dotykania pacjentów nie jest czymś, co nabywa się automatycznie po ukończeniu studiów, ale jest to zdolność, której zarówno fizjoterapeuci, jak i pacjenci muszą się nauczyć. Dotyk jest rozumiany jako szerokie pojęcie, które jest niezbędne dla ludzkiego funkcjonowania, porównywalne z podstawowymi potrzebami fizjologicznymi. Dotyk ma również charakter komunikacyjny, pozwalając na wymianę informacji między terapeutą a pacjentem, co może być wyzwaniem, gdyż wymaga przekładania doświadczeń niewerbalnych na werbalne.

Fizjoterapeuci w trakcie swojej edukacji uczą się, jak dotykać pacjentów w sposób pewny i profesjonalny, co jest ważne dla budowania zaufania. Studenci fizjoterapii z czasem uczą się różnicować między różnymi rodzajami dotyku, od opiekuńczego po terapeutyczny. Dotyk terapeutyczny staje się narzędziem pracy, które wymaga pewności i precyzji, a także zdolności do odczytywania informacji z ciała pacjenta, takich jak napięcie mięśniowe czy reakcje na bodźce.

Podkreśla się, że dotyk może być narzędziem diagnostycznym, ale jego skuteczność zależy od wrażliwości i doświadczenia terapeuty. Niektórzy fizjoterapeuci mają naturalną zdolność do wyczuwania subtelnych stanów pacjenta, podczas gdy inni muszą tę umiejętność rozwijać. W końcu, dotyk w fizjoterapii jest przedstawiony jako specjalistyczna umiejętność, która wymaga nie tylko wiedzy teoretycznej, ale także praktycznego doświadczenia i zdolności do dostosowania się do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta.

Badanie procesu nauki w fizjoterapii przez J. Krzesicką z perspektywy ciała i dotyku było wyzwaniem, szczególnie w kontekście uchwycenia aspektów trudnych do wyrażenia słowami. Jednak jest to cenne z punktu widzenia socjologii ciała, ponieważ pokazuje, jak studenci doświadczają i redefiniują te kategorie w trakcie nauki, a także jak proces ten pozwala na głębsze zrozumienie ciała, co ułatwia analizy socjologiczne. Jest to ważne, zwłaszcza w obliczu zmian w praktykach medycznych, które zmierzają w kierunku większej współpracy między specjalistami z różnych dziedzin. Wymaga to bardziej interdyscyplinarnego podejścia do takich kwestii jak dotyk. Ponadto, w zawodzie fizjoterapeuty brakuje jasnych norm dotyczących zachowania w sytuacjach terapeutycznych i stosowania dotyku jako metody diagnostycznej i terapeutycznej, co jest kształtowane przez kulturę i indywidualną wrażliwość terapeuty. Dlatego dalsze badania w tych obszarach wydają się być potrzebne i obiecujące.¹⁶

W ramach jednego z przeprowadzonych badań naukowych przez E. Dadurę i wsp.¹⁷ skupiono się na analizie podejścia fizjoterapeutów do wykorzystania dotyku w praktyce zawodowej. Grupa badawcza składała się z 80 profesjonalistów – 39 kobiet i 41 mężczyzn – pracujących w czterech różnych placówkach medycznych na terenie Mazowsza. Średnia wieku uczestników wynosiła nieco ponad 30 lat, a średni staż pracy to około 6,5 roku. Większość respondentów posiadała wykształcenie wyższe, z czego większość to absolwenci akademii wychowania fizycznego oraz uniwersytetów medycznych, specjalizujący się w obszarach ortopedii, geriatricznej i neurologii. Badanie przeprowadzono przy użyciu autorskiego kwestionariusza ankiety, który zawierał 28 pytań. Pytania te były podzielone na trzy główne kategorie: postawy fizjoterapeutów wobec dotyku, psychologiczne aspekty dotyku oraz warunki zapewniające komfort dotykania. Celem badania było zrozumienie, jak fizjoterapeuci postrzegają dotyk jako

¹⁶ J. Krzesicka, *Ciało i dotyk w nauce praktyk fizjoterapeutycznych z perspektywy socjologii ucieleśnienia*, Avant, wol. X, nr 3/2019

¹⁷ E. Dadura, A. Wójcik, J. Gajewski, *Dotyk w praktyce ...* op. cit., s. 13–19

element swojej pracy, jakie emocje towarzyszą im podczas kontaktu z pacjentem oraz jakie znaczenie przypisują aspektom psychologicznym i społecznym dotyku. Z wyników badania wynika, że fizjoterapeuci postrzegają dotyk głównie jako narzędzie techniczne, które służy do zbierania informacji o stanie pacjenta oraz do przeprowadzania terapii. Wymiar psychospołeczny dotyku często pozostaje zaniedbany, mimo że terapeuci są świadomi jego wpływu na ciało i psychikę pacjenta. Dotyk w terapii jest aktem dwukierunkowym, co oznacza, że zarówno fizjoterapeuta, jak i pacjent są jego uczestnikami i obie strony mogą na nim bazować. Większość badanych fizjoterapeutów stwierdziła, że nie doświadcza silnych emocji podczas dotykania pacjenta, co może wskazywać na profesjonalne podejście do wykonywanych czynności lub na mechanizmy obronne pozwalające zachować dystans emocjonalny. Jednocześnie, respondenci podkreślali, że w swojej codziennej praktyce klinicznej stosują zalecenia dotyczące poszanowania praw pacjenta do autonomii, intymności i informacji. Podkreślali również znaczenie zachowania odpowiedniej higieny oraz zapewnienia komfortu i bezpieczeństwa pacjentowi podczas terapii. Autorzy artykułu wskazują, że temat dotyku w kontekście fizjoterapii jest złożony i wielowymiarowy, a polskojęzyczna literatura fachowa nie oferuje wystarczającej ilości materiałów, które kompleksowo by go omawiały, szczególnie w aspekcie psychospołecznym. Badanie to stanowi wstęp do głębszej eksploracji tematu, który wymaga dalszych, bardziej szczegółowych analiz.

Przytoczone przez autora rozprawy badanie rzuca światło na to, jak ważne jest, aby fizjoterapeuci nie tylko wykorzystywali dotyk jako narzędzie pracy, ale także byli świadomi jego głębszych, psychospołecznych aspektów. Wskazuje ono na potrzebę dalszego badania i edukacji w zakresie dotyku, aby terapeuci mogli w pełni wykorzystać jego potencjał w procesie leczenia i rehabilitacji. Wyniki te mogą być punktem wyjścia do tworzenia bardziej kompleksowych programów szkoleniowych dla fizjoterapeutów, które będą uwzględniały zarówno techniczne, jak i emocjonalne aspekty dotyku, co może przyczynić się do poprawy jakości opieki nad pacjentami.

* * *

Zawód fizjoterapeuty w Polsce jest regulowany przez szereg aktów prawnych, które systematyzują i definiują ramy wykonywania tego zawodu. Kluczowym dokumentem jest ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty, która określa zasady wykonywania zawodu, proces uzyskiwania uprawnień, kształcenie

zawodowe i podyplomowe, a także odpowiedzialność zawodową fizjoterapeutów. Zawód ten obejmuje szeroki zakres czynności, w tym diagnostykę funkcjonalną, kwalifikację do terapii, wykonywanie masażu, przepisywanie wyrobów medycznych, działalność fizjoprofilaktyczną, a także wydawanie opinii i orzeczeń. Autor wskazał regulacje określające szczegółowy wykaz czynności zawodowych fizjoterapeuty w kontekście ich znaczenia dla zrozumienia specyfiki pracy i potencjalnie zwiększonego narażenia na niestosowne zachowania seksualne. Fizjoterapeuci są zobowiązani do przestrzegania etyki zawodowej, poszanowania praw pacjentów i wykorzystywania aktualnej wiedzy medycznej. W powyższym rozdziale autor wskazał, że działalność fizjoterapeutów w Polsce regulowana jest ponadto przez ustawę o działalności leczniczej. Autor scharakteryzował ponadto specyfikę pracy fizjoterapeutów w zakresie szczególnej formy dotyku pacjentów. Fizjoterapeuci często wchodzą w strefę intymną pacjenta, co może być wyzwaniem dla osób nieprzyzwyczajonych do takiej bliskości. Dotyk służy jako narzędzie diagnostyczne i terapeutyczne. Jest on złożonym i wielowymiarowym zagadnieniem, które wymaga od terapeutów nie tylko umiejętności technicznych, ale także zrozumienia psychologicznego i społecznego kontekstu. W kolejnym rozdziale, autor niniejszej rozprawy skupi się na przeciwdziałaniu Niestosownym Zachowaniom Seksualnym Pacjentów, dokona próby zdefiniowania Niestosowego Zachowania Seksualnego Pacjenta oraz zwróci uwagę na prawne obowiązki zapobiegania takim zachowaniom.

ROZDZIAŁ II - PRZECIWDZIAŁANIE NIESTOSOWNYM ZACHOWANIOM SEKSUALNYM PACJENTÓW

2.1 ZJAWISKO NIESTOSOWNYCH ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH PACJENTÓW (IPSB)

Niewłaściwe Zachowania Seksualne Pacjentów to złożony i delikatny problem, z którym pracownicy ochrony zdrowia często spotykają się w różnych środowiskach klinicznych. Zjawisko IPSB wymaga zrozumienia niuansów opieki nad pacjentem, prawnych i etycznych rozważań oraz psychologicznych i somatycznych podstaw takich zachowań. W tym rozdziale zbadano definicję IPSB, skalę jego występowania w placówkach opieki zdrowotnej oraz wyzwania, jakie stawia przed pracownikami ochrony zdrowia.

Złożone interakcje z pacjentami są nieodłącznym elementem pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Zgodnie z definicją podaną przez C. Johnsona i jego zespół, do której blisko również autorowi rozprawy, 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.”¹⁸

¹⁸ 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*, 20(7), 2006, s. 687-693

IPSB może przybierać różne formy, od subtelnych po bardzo bezpośrednie. Przykładowo, może to być pacjent, który nieustannie wpatruje się w pracownika ochrony zdrowia w sposób, który ten ostatni 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 na przykład pacjenci, którzy składają bezpośrednie propozycje seksualne, eksponują swoje narządy płciowe w nieodpowiednich sytuacjach lub próbują dotykać personelu medycznego w sposób, który jest niepożądany i nieadekwatny.¹⁹

IPSB mogą prowadzić do poważnych konsekwencji w środowisku pracy. Pracownicy służby zdrowia, którzy doświadczają takich zachowań, mogą czuć się zastraszani lub narażeni na wrogie środowisko pracy. W skrajnych przypadkach, gdy zachowanie pacjenta przeradza się w napaść na tle seksualnym lub groźby, może to spełniać kryteria prawne molestowania seksualnego. Takie sytuacje nie tylko wpływają na dobrostan psychiczny i emocjonalny pracowników, ale mogą również zakłócać efektywność pracy zespołu medycznego i jakość opieki nad pacjentami.²⁰

Zarządzanie IPSB wymaga od personelu medycznego nie tylko świadomości problemu, ale także umiejętności radzenia sobie z takimi sytuacjami. 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 IPSB. Powinny one obejmować szkolenia dotyczące rozpoznawania i reagowania na IPSB, 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 obawami.²¹

Autor rozprawy pragnie podkreślić, iż ma świadomość występowania zjawiska wykorzystywania seksualnego pacjentów także przez personel medyczny. Chociażby

¹⁹ Z. Cambier, *Preparing new clinicians to identify, understand, and address inappropriate sexual behavior in the clinical environment*, Journal of Physical Therapy Education 27, 2013, s. 7–14

²⁰ R.A. De Mayo, *Patient sexual behaviors and sexual harassment: a national survey of physical therapists*, Physical Therapy 77(7), 1997, s. 739–744

²¹ C. Johnson, C. Knight, N. Alderman, *Challenges ... op. cit.*, s. 687–693

w ramach omówienia kwestii kwalifikacji prawnej nadużyć seksualnych dokonywanej przez sądy lekarskie, P. Tomaszewska przedstawia w swoim artykule trzy sprawy dotyczące tej kategorii przewinień zawodowych, za które lekarze zostali pozbawieni prawa wykonywania zawodu. W każdej z tych spraw toczyło się postępowanie karne, a materiał dowodowy zgromadzony w postępowaniu karnym wykorzystany został do celów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. To podkreśla, jak poważnie są traktowane przypadki nadużyć seksualnych w środowisku medycznym i jak ważne jest, aby system prawny skutecznie reagował na takie wykroczenia.²²

W poniższej części rozprawy, autor zaprezentuje wyniki badań dotyczących skali zjawiska Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w ochronie zdrowia, w tym w szczególności praktyce fizjoterapeutów, podkreślając ich znaczenie i wpływ na środowisko pracy specjalistów.

2.1.1 Zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w różnych zawodach medycznych

Pracownicy ochrony zdrowia często stają przed wyzwaniem radzenia sobie z Niestosownymi Zachowaniami Seksualnymi Pacjentów. IPSB obejmuje szerokie spektrum zachowań, począwszy od gestykulacji, przez wręczanie romantycznych prezentów, składanie sugestywnych uwag, aż po propozycje seksualne, ekshibicjonizm, niepotrzebne dotykanie, a w skrajnych przypadkach – napaści seksualne i gwałt. Warto podkreślić, że IPSB, szczególnie w swoich ekstremalnych formach, może tworzyć wrogie lub zastraszające środowisko pracy, co kwalifikuje się jako molestowanie seksualne. Definicja IPSB i jej związek z molestowaniem seksualnym nie jest jednoznaczny w istniejącej literaturze. Terminy te są często używane zamiennie, co może prowadzić do nieporozumień. Molestowanie seksualne przez pacjentów stanowi znaczący problem dla profesjonalistów ochrony zdrowia, przy czym jak wskazują autorzy artykułu „Inappropriate Patient Sexual Behavior in Nursing Education. Archives of Women Health and Care”²³ pielęgniarki zgłaszają takie przypadki częściej niż inne grupy zawodowe. Jest to szczególnie istotne, biorąc pod uwagę dominację kobiet w zawodzie pielęgniarskim

²² P. Tomaszewska, *Nadużycia seksualne i ich kwalifikacja w praktyce sądów lekarskich*, Medyczna Wokanda, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie, nr 9, Poznań, 2017, s. 179-189

²³ H. Wyss, A. Vermeesch, *Inappropriate Patient Sexual Behavior in Nursing Education*, Archives of Women Health and Care, 2(1), 2019

oraz trwające międzynarodowe kampanie zwiększające świadomość na temat napaści seksualnych i molestowania. Komisja Wspólna wydała Alert Zdarzeń Sentinel dotyczący przemocy fizycznej i werbalnej wobec pracowników ochrony zdrowia, w tym molestowania seksualnego. Alert ten wzywa do egzekwowania polityk miejsca pracy chroniących pielęgniarki i innych pracowników ochrony zdrowia przed tego typu zachowaniami.

Oczywiście również w przypadku relacji pacjentów z lekarzami, seksualne zachowania pacjentów mogą mieć destrukcyjny wpływ na jakość opieki zdrowotnej oraz na dobre samopoczucie psychiczne pacjentów. W celu zbadania, jak często studenci medycyny są narażeni na tego typu zachowania ze strony pacjentów, latem 1992 roku przeprowadzono badanie ankietowe wśród 253 studentów trzeciego i czwartego roku oraz absolwentów Wright State University School of Medicine z roku 1992.²⁴ Badanie wykorzystało 16-punktowy kwestionariusz samooceny, który zbierał informacje o wieku, płci respondentów oraz ich doświadczeniach związanych z seksualnymi zachowaniami pacjentów, kontekście klinicznym, w którym miały one miejsce, oraz wpływie tych zachowań na edukację i przyszłą praktykę medyczną respondentów. Z 253 ankietowanych osób odpowiedziało 155 (61%), w tym 73 kobiety i 82 mężczyzn. Z tej grupy 71% kobiet i 29% mężczyzn zgłosiło przynajmniej jedno doświadczenie niewłaściwego zachowania seksualnego ze strony pacjenta. Często zdarzało się, że studenci byli narażeni na takie zachowania więcej niż jeden raz. Wnioski z badania są znaczące. Jak wskazali autorzy artykułu, ponieważ takie zachowania mogą prowadzić do dystansowania się lekarzy od pacjentów i stwarzać ryzyko wykorzystania seksualnego, istotne jest, aby szkolenie w szkole medycznej obejmowało przygotowanie studentów do skutecznego zarządzania tymi złożonymi sytuacjami.

Nieodpowiednie zachowania seksualne ze strony klientów lub pacjentów wśród profesjonalistów medycznych zostały rozpoznane jako poważny problem w różnych dziedzinach ochrony zdrowia. Celem badania opisanego w artykule „Inappropriate sexual behaviour experienced by speech-language therapists”²⁵ było zbadanie doświadczeń logopedów z Nowej Zelandii w zakresie nieodpowiednich zachowań seksualnych ze strony ich kolegów, klientów, a także opiekunów tych klientów. Kwestionariusz ankiety

²⁴ H. M. Schulte, J. Kay, *Medical students' perceptions of patient-initiated sexual behavior*, Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 1994, 69(10), s. 842–846

²⁵ T. H. Williams, J. de Seriere, L. Boddington, *Inappropriate sexual behaviour experienced by speech-language therapists*, International Journal of Language & Communication Disorders, 1999, 34(1), s. 99–111

rozesłano do wszystkich członków Nowozelandzkiego Stowarzyszenia Logopedów oraz do studentów trzeciego i czwartego roku logopedii w 1994 roku. Odpowiedzi otrzymano od 70% ankietowanych. Aż 81% respondentów przyznało, że doświadczyło pewnego rodzaju niestosownych zachowań seksualnych. Mniej studentów niż wykwalifikowanych terapeutów rozpoznawało IPSB jako molestowanie seksualne. Incydenty te wpływały na efektywność pracy, na przykład poprzez zwiększoną absencję oraz wywoływały reakcje psychologiczne, takie jak stres. Większość respondentów była zadowolona z własnych metod radzenia sobie z IPSB, ale uznawała za konieczne przeprowadzenie szkoleń dotyczących radzenia sobie z takimi zachowaniami zarówno dla wykwalifikowanych terapeutów, jak i studentów. Negatywne skutki NZS w tej grupie zawodowej są podobne do tych obserwowanych w innych profesjach, przy czym skala zjawiska wśród logopedów jest mniejsza niż wśród innych zawodów medycznych.

Równie ciekawe wyniki badania przedstawiono w artykule „Inappropriate Patient Sexual Behavior in the Dental Practice Setting: Experiences of dental hygienists”²⁶, które było skoncentrowane na rosnącym w Stanach Zjednoczonych problemie przemocy w miejscu pracy oraz Niestosownych Zachowaniach Seksualnych Pacjentów w stomatologii. Dotychczasowe badania wykazały, że pracownicy służby zdrowia są aż 16 razy bardziej narażeni na ryzyko doświadczenia IPSB niż pracownicy innych sektorów, jednak brakowało badań skupionych na tej dziedzinie medycyny. Celem przeprowadzonego badania było zrozumienie doświadczeń IPSB wśród higienistek stomatologicznych. Badanie to oparto na metodologii przekrojowej ankiety, przeprowadzonej wśród starannie wyselekcjonowanej grupy 471 higienistek stomatologicznych, które zostały zrekrutowane za pośrednictwem mediów społecznościowych. Ankieta, która otrzymała wcześniejszą akceptację, składała się z pytań demograficznych, pytań dotyczących Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów oraz jednego pytania otwartego, mającego na celu zgłębienie doświadczeń związanych z IPSB. Z zebranych danych wynika, że wskaźnik odpowiedzi na ankietę wyniósł 49%, co przekłada się na 232 odpowiedzi. Aż 85,8% higienistek stomatologicznych zgłosiło doświadczenie IPSB w swojej karierze zawodowej, a 63,5% respondentek doświadczyło tego typu zachowań w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Uczestniczki, które doświadczyły wszystkich trzech kategorii nasilenia IPSB, miały średnio najmniej lat praktyki klinicznej, z medianą wynoszącą 5 lat. W porównaniu, te,

²⁶ 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, 95(4), s. 14–22

które zgłosiły doświadczenie z dwoma kategoriami, miały medianę 7 lat, a te z jedną kategorią – 10 lat. Różnica ta była statystycznie istotna ($p=0,01$). Analiza odpowiedzi na pytanie otwarte pozwoliła zidentyfikować typy pacjentów najczęściej dopuszczających się IPSB, najczęściej występujące formy tego typu zachowań oraz strategie zarządzania IPSB stosowane przez higienistki. Wnioski płynące z badania są jasne: wysoka częstotliwość występowania IPSB wśród higienistek stomatologicznych wskazuje na konieczność zwiększenia edukacji wśród pracowników służby zdrowia, wprowadzenia skuteczniejszych polityk w miejscach pracy oraz zapewnienia odpowiedniego wsparcia w zarządzaniu IPSB.

2.1.2 Zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w praktyce fizjoterapeutów

W badaniu przeprowadzonym przez E. Dadurę i wsp.²⁷ fizjoterapeuci anonimowo wypełnili kwestionariusz zawierający 28 pytań (otwarte, półotwarte i zamknięte). Celem badania pilotażowego było zbadanie granic fizjoterapeutów w kontakcie fizycznym podczas leczenia oraz określenie obszarów, które należy zbadać w przyszłości. Wyniki badań wskazują, że większość fizjoterapeutów (56%) nie doświadczyła naruszania granic kontaktu fizycznego ze strony pacjentów. Jednak 37% respondentów spotkało się z takimi próbami, najczęściej dotyczącymi dotyku o podtekście seksualnym, prób pocałunku i agresji. Większość fizjoterapeutów (65%) uważa, że normy zakazujące intymnych kontaktów między terapeutami a pacjentami są odpowiednie, ale niektórzy (26%) dopuszczają wyjątki w zależności od okoliczności. Większość respondentów (86%) wskazała, że płeć pacjenta nie ma znaczenia, a 14% preferuje pracę z kobietami. W artykule podkreślono, że tylko nieznaczna większość fizjoterapeutów podczas wykonywania czynności zawodowych nie doświadcza naruszania dopuszczalnych granic kontaktu fizycznego ze strony pacjentów. Respondenci w większości akceptują zasadność istnienia granic etycznych dotyczących kontaktów intymnych z pacjentami, choć dopuszczają pewne odstępstwa. Płeć leczonego pacjenta i związana z nią sfera seksualna zdaje się nie stanowić dla fizjoterapeutów znaczącej bariery w trakcie pracy manualnej. Również te wyniki mogą być traktowane jako badania wstępne, które

²⁷ E. Dadura, A. Wójcik, *Dotyk w relacji ... op. cit.*, s. 5-11

stanowią podstawę do dalszych, bardziej szczegółowych analiz w ramach interdyscyplinarnego zespołu badawczego.

Przegląd literatury zagranicznej ukazuje znacznie większą skalę problemu Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w stosunku do fizjoterapeutów. Badanie J. Boissonnault oceniło rozpowszechnienie nieodpowiednich zachowań seksualnych pacjentów (IPSB) wśród amerykańskich profesjonalistów fizjoterapii, w tym asystentów i studentów fizjoterapii.²⁸ Jest to również największe badanie tego typu. Ankietę na temat IPSB wypełniło 892 fizjoterapeutów. Wyniki wykazały częstość występowania incydentów w ciągu kariery na poziomie 84% oraz 12-miesięczną częstość występowania na poziomie 47%.

Tabela 2 - Częstość występowania Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (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

²⁸ J. S. Boissonnault, Z. Cambier, S. J. Hetzel, M. M. Plack, *Prevalence ... op. cit.*, s. 1084–1093

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 ... op. cit.*, s. 1084–1093

W roku 1993, McComas i jego zespół przeprowadzili badanie dotyczące Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w środowisku opieki zdrowotnej.²⁹ Badanie to, mające formę ankiety, zostało zrealizowane wśród kanadyjskich fizjoterapeutów oraz studentów fizjoterapii. W późniejszym okresie, na przełomie lat 90., przeprowadzono dwa dodatkowe badania, które objęły fizjoterapeutów pracujących w Stanach Zjednoczonych i Australii. Wyniki tych badań były zgodne i wskazywały, że między 80 a 85 procent ankietowanych doświadczyło IPSB. W Tabeli 2 przedstawiono szczegółowy opis różnych form IPSB, które fizjoterapeuci oraz studenci fizjoterapii napotykali w trakcie swojej praktyki zawodowej.

²⁹ Z. Cambier, *Preparing ... op. cit.*, s. 7–14

Tabela 3 – Procent respondentów wśród fizjoterapeutów i studentów, którzy doświadczyli różnych typów IPSB w trzech badaniach ankietowych

Rodzaj IPSB	Canada 1993 ³⁰	US 1997 ³¹	Australia 1998 ³²
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 ... op. cit.*, s. 7–14.

W kolejnym badaniu Z. Cambier i wsp., stwierdzili, że z 1027 respondentów, 396 zetknęło się z IPSB w ciągu ostatniego roku. Z osób, które doświadczyły IPSB, 391 osób dostarczyło informacji na temat częstości i skutków stosowanych strategii reagowania. Do powszechnych nieformalnych reakcji należały takie działania jak rozpraszanie uwagi pacjenta, ignorowanie zachowań IPSB oraz modyfikacja leczenia w celu uniknięcia kontaktu fizycznego lub sytuacji, w których terapeuta pozostaje sam na sam z pacjentem. Formalne reakcje często polegały na zgłaszaniu zachowania wewnątrz placówki oraz dokumentowaniu incydentów. Skuteczne strategie obejmowały rozpraszanie, unikanie, bezpośrednią konfrontację, przekazywanie opieki innemu specjalście oraz korzystanie z obecności opiekuna. Zauważono, że doświadczeni klinicyści częściej stosowali bezpośrednią konfrontację, podczas gdy klinicyści na początku kariery częściej podejmowali nieudane próby ignorowania problemu lub reagowania żartem. Wnioski z badania wskazują na konieczność wprowadzenia jasnych zasad w miejscach pracy oraz szkolenia dla kierownictwa i nadzoru, które wspierałyby klinicystów w rozwiązywaniu problemów związanych z IPSB. Ponadto, wyniki sugerują, że profesjonalna edukacja

³⁰ 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, 73(11), s. 762-769

³¹ R. A. de Mayo, *Patient sexual behaviors and sexual harassment: a national survey of physical therapists*, *Physical Therapy*, 1997, 77(7), s. 739-744

³² P. Weerakoon, V. O'Sullivan, *Inappropriate patient sexual behaviour in physiotherapy practice*, *Physiotherapy*, 1998, 84(10), s. 491-499

i szkolenie dla wszystkich specjalistów fizjoterapii w zakresie asertywnej komunikacji i strategii przekierowania uwagi w przypadku IPSB są w pełni uzasadnione.³³

Interesujące są wyniki badania opisanego w „Report Inappropriate sexual behaviours of patients towards practising physiotherapists: a study using qualitative methods”³⁴, w którym dokonano szczegółowych wywiadów z grupą dziewięciu fizjoterapeutów, którzy wcześniej brali udział w obszerniejszym badaniu ankietowym dotyczącym niewłaściwych zachowań seksualnych ze strony pacjentów. Wyniki ilościowe z tej ankiety zostały przedstawione oddzielnie. Podczas wywiadów uczestnicy zostali poproszeni o opisanie najbardziej dotkliwego lub ostatniego zdarzenia związanego z IPSB, którego doświadczyli. Rozmowy koncentrowały się na różnych aspektach tych doświadczeń, w tym na relacji z pacjentem przed incydem, konsekwencjach zdarzenia, strategiach reakcji na incydent oraz zmianach wprowadzonych w praktyce zawodowej po zdarzeniu. Z relacji uczestników wywiadów wynika, że wszyscy doświadczyli IPSB ze strony pacjentów, jednak ogólna częstość występowania takich zachowań była relatywnie niska. Rodzaje i powaga tych zachowań były różne, a ich ocena zależała od indywidualnego postrzegania przez uczestników. Tylko czterech z dziewięciu fizjoterapeutów zakwalifikowało doświadczone zdarzenia jako "molestowanie seksualne". Wielu z nich zauważyło negatywny wpływ tych doświadczeń na ich wydajność zawodową. Zamiast konfrontować się bezpośrednio z pacjentem lub zgłaszać incydent, fizjoterapeuci częściej stosowali środki fizyczne, aby zapobiec powtórzeniu się niepożądanych zachowań. Wnioski z badania były analizowane w kontekście teorii granic oraz zjawisk przeniesienia i przeciwprzeniesienia w relacji terapeutycznej. Uczestnicy badania podkreślali, że doświadczenie IPSB miało wpływ nie tylko na ich bezpośrednią pracę z pacjentami, ale również na ich ogólne samopoczucie i podejście do zawodu. Wiele z opisanych strategii radzenia sobie z IPSB było spontanicznych i nieopartych na formalnych protokołach lub szkoleniach. To wskazuje na lukę w edukacji i przygotowaniu zawodowym fizjoterapeutów do radzenia sobie z takimi sytuacjami. Badanie to podkreśla konieczność zapewnienia efektywnego szkolenia w zakresie umiejętności komunikacyjnych dla studentów fizjoterapii, zarówno na poziomie

³³ 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, 98(9), s. 804-814

³⁴ V. O'Sullivan, P. Weerakoon, *Inappropriate sexual behaviours of patients towards practising physiotherapists: a study using qualitative methods*, *Physiotherapy Research International*, 1999, 4(1), s. 28-42

licencjackim, jak i magisterskim. Takie szkolenie powinno obejmować nie tylko techniki radzenia sobie z IPSB, ale także rozwijanie umiejętności ustanawiania i utrzymywania granic w relacji terapeutycznej. Ponadto, wyniki badania sugerują potrzebę większego wsparcia dla pracowników służby zdrowia w zakresie zgłaszania i radzenia sobie z IPSB, co może obejmować zarówno wsparcie psychologiczne, jak i praktyczne wskazówki dotyczące postępowania w takich sytuacjach. Ostatecznie, badanie to rzuca światło na złożoność i wyzwania związane z IPSB w środowisku fizjoterapeutycznym, podkreślając potrzebę dalszych badań i rozwoju strategii zarządzania tymi trudnymi sytuacjami.

Niezwykle istotny wydaje się również problem związany z definiowaniem i mierzeniem IPSB, szczególnie zauważając brak standaryzowanych metod pomiaru ISB w środowisku stacjonarnym, na co zwrócili uwagę autorzy artykułu „Challenges associated with the definition and assessment of inappropriate sexual behaviour amongst individuals with an acquired neurological impairment”.³⁵ Jak wskazują autorzy, problemy z precyzyjnym definiowaniem terminologii i brak odpowiednich narzędzi oceny stwarzają dodatkowe wyzwania w zrozumieniu i zarządzaniu IPSB w placówkach opiekuńczych i rehabilitacyjnych. W rezultacie, subiektywne podejście personelu i kultura instytucji mogą mieć znaczący wpływ na sposób radzenia sobie z IPSB w tych grupach pacjentów.

Uwzględniając przedstawione powyżej wyniki badań, autor proponuje przyjęcie na potrzeby niniejszej rozprawy poniższej definicji pojęcia Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w stosunku do fizjoterapeutów: „Niestosowne zachowania seksualne pacjentów (IPSB) to wszelkie świadome działania, gesty, słowa lub zachowania pacjenta w stosunku do terapeuty w podmiocie leczniczym lub przy wykorzystaniu technik udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość, mające charakter seksualny lub romantyczny.” Opisane w tej części rozprawy badanie przeprowadzone w Kanadzie stanowiące inspirację dla badania przeprowadzonego w Polsce przez autora niniejszej rozprawy, grupowało IPSB na trzy kategorie: łagodne, umiarkowane i ciężkie IPSB. Z uwagi na prawniczy charakter niniejszej rozprawy, ale przede wszystkim jej aspiracje aplikacyjne, autor postanowił zgrupować Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów według IV grup czynów w kontekście prawnym oraz możliwej odpowiedzialności prawnej tj.:

³⁵ 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, 20(7), s. 687-693

- Zachowanie niestosowne,
- Naruszenie dobra osobistego,
- Nieobyczajne zachowanie (czyny zabronione przez kodeks wykroczeń),
- Czyn zabroniony (czyny zabronione przez kodeks karny).

Tabela 4 - Klasyfikacja IPSB w kontekście kwalifikacji czynu i odpowiedzialności pacjenta

Kod	IPSB	Klasyfikacja kanadyjska*	Klasyfikacja autora	Odpowiedzialność prawna
IPSB1	Patrzenie na fizjoterapeutę lub jego części ciała w sposób, który sprawia, że czuje się niekomfortowo	Łagodne	Zachowanie niestosowne	Regulaminowa podmiotu leczniczego
IPSB2	Wygłoszenie na temat fizjoterapeuty pochlebnej lub sugestywnej uwagi o charakterze seksualnym			
IPSB3	Zaproszenie fizjoterapeuty na randkę			
IPSB4	Wręczenie prezentu o charakterze romantycznym lub seksualnym			
IPSB5	Wygłoszenie uwagi lub żartu o charakterze jawnie seksualnym, zadawanie pytań lub komentowanie życia seksualnego fizjoterapeuty albo dzielenie się fantazjami seksualnymi na jego temat	Umiarkowane	Naruszenie dobra osobistego	Regulaminowa p.l. Cywilna
IPSB6	Zaproponowanie aktywności seksualnej			

IPSB7	Wykonywanie gestów o charakterze seksualnym		Zachowanie nieobyczajne	Regulaminowa p.l. Cywilna Wykroczeń
IPSB8	Celowe odsłanianie swoich genitaliów lub piersi, niezwiązane ze świadczeniem	Ciężkie		
IPSB9	Masturbowanie się podczas sesji fizjoterapeutycznej			
IPSB10	Celowe dotknięcie lub złapanie fizjoterapeuty w miejscu intymnym (uda, genitalia, piersi) lub w sposób wyraźnie seksualny		Czyn zabroniony	Regulaminowa p.l. Cywilna Karna
IPSB11	Wielokrotne śledzenie fizjoterapeuty, obserwowanie lub nękanie w miejscu pracy lub poza nim			
IPSB12	Groźenie fizjoterapeucie zmuszeniem lub próba zmuszenia do podjęcia aktywności seksualnej			
IPSB13	Zmuszenie lub nakłonienie do poddania się aktywności seksualnej			

źródło: opracowanie własne

Warto zwrócić uwagę, że klasyfikacja kanadyjska ma pewne pokrycie w ciężkości czynu i jego kwalifikacji z rodzajem odpowiedzialności prawnej w Polsce. Czynы ciężkie w klasyfikacji kanadyjskiej zostały jednak podzielone na czyny zabronione przez kodeks wykroczeń (zachowania nieobyczajne) i kodeks karny (różne czyny zabronione). Jedynie wykonywanie gestów o charakterze seksualnym uznane w klasyfikacji kanadyjskiej jako

czyn umiarkowany, zostało zakwalifikowane już jako zachowanie nieobydajne podlegające pod kodeks wykroczeń.

W powyższej części niniejszej rozprawy, jej autor szczegółowo analizuje zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w ochronie zdrowia. Przedstawiona została definicja IPSB, skala występowania tych incydentów w różnych dziedzinach medycyny, takich jak fizjoterapia czy stomatologia oraz proponowany przez autora katalog zachowań w ujęciu odpowiedzialności prawnej. W III rozdziale niniejszej rozprawy dokona analizy możliwości pociągnięcia sprawców IPSB do określonych rodzajów odpowiedzialności wskazanych w tabeli powyżej. Przedtem jednak, istotne wydaje się przedstawienie czynników ryzyka wystąpienia IPSB oraz świadomości fizjoterapeutów co do tego ryzyka i strategii radzenia sobie z incydem oraz obowiązku prawnego zapewniania bezpiecznych warunków pracy, do których niewątpliwie, zdaniem autora, powinno należeć również przeciwdziałanie Niestosownym Zachowaniom Seksualnym Pacjentów.

2.2 CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA IPSB I ŚWIADOMOŚĆ FIZJOTERAPEUTÓW

Niezwykle interesujące i wnoszące wiele do realizacji celu niniejszej rozprawy są badania przedstawione w artykule „Preparing New Clinicians to Identify, Understand, and Address Inappropriate Patient Sexual Behavior in the Clinical Environment”³⁶. IPSB może być związane z różnymi podstawowymi problemami medycznymi, takimi jak urazy lub choroby mózgu, które wpływają na ocenę i zachowanie. W fizjoterapii obserwuje się to w przypadkach udaru mózgu, urazowego uszkodzenia mózgu, choroby Alzheimera i demencji. Niektóre leki, w tym leki przeciwoholinergiczne, benzodiazepiny i leki wykorzystywane w leczeniu choroby Parkinsona, również mogą prowadzić do IPSB. Zaburzenia psychiczne, takie jak majaczenie, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenie schizoafektywne, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne i nadużywanie substancji psychoaktywnych, mogą również powodować hiperseksualność lub rozhamowanie seksualne. W przypadkach, gdy pacjent nie ma wcześniejszej diagnozy

³⁶ Z. Cambier, *Preparing ... op. cit.*, s. 7–14

poznawczej lub psychologicznej, pojawienie się IPSB może być ważnym sygnałem ostrzegawczym o zmianach w stanie zdrowia. Zmiany w zachowaniu mogą sygnalizować niedawną aktywność napadową, ciężką infekcję ogólnoustrojową lub zaburzenie metaboliczne, a także infekcję lub chorobę układu moczowo-płciowego. Wiele osób z zaburzeniami poznawczymi nie zdaje sobie sprawy z niewłaściwości swojego zachowania i może mieć trudności z rozróżnieniem, co jest społecznie akceptowalne. Takie osoby mogą nie rozumieć wpływu swoich działań na innych lub nie wykazywać empatii. Niektórzy pacjenci mogą mieć problemy z kontrolowaniem swojego zachowania i wykazywać ogólne rozhamowanie. Inni mogą działać impulsywnie, nie myśląc o konsekwencjach. Utrata pamięci może również wpływać na zdolność przypominania sobie społecznych norm i odpowiedniego zachowania. Pacjenci z zaburzeniami w rozwiązywaniu problemów i osądem mogą wykorzystywać IPSB jako agresywną reakcję na stres związany z urazem i hospitalizacją. Stan poznawczy pacjenta nie jest usprawiedliwieniem dla ignorowania niewłaściwego zachowania. Jeśli IPSB będzie kontynuowane, może to ograniczyć zdolność pacjenta do reintegracji ze społeczeństwem i negatywnie wpłynąć na osiągnięcie celów rehabilitacyjnych. Dlatego ważne jest, aby zajmować się IPSB i pomagać pacjentom w rozwijaniu dobrych umiejętności społecznych, co jest istotną częścią procesu rehabilitacji. Lekarze pracujący głównie z pacjentami z zaburzeniami funkcji poznawczych często doświadczają IPSB, chociaż tylko niewielka liczba indywidualnych pacjentów może wykazywać takie zachowania. Badania wskazują, że IPSB występuje u niewielkiego procenta pacjentów z chorobą Alzheimera, demencją i nabytymi uszkodzeniami mózgu. Pomimo że problem dotyczy stosunkowo niewielu pacjentów, może on stanowić wyzwanie dla większości personelu.

Brak świadomości tego, co uznawane jest za odpowiednie zachowanie, może istotnie wpływać na częstość występowania IPSB. Z takim problemem mogą borykać się pacjenci doświadczający skutków ubocznych leków lub cierpiący na choroby psychiczne czy zaburzenia poznawcze, takie jak schizofrenia czy demencja.³⁷

Osoby z deficytami poznawczymi są często przedmiotem badań dotyczących trudnych zachowań seksualnych. Wśród osób z niepełnosprawnością intelektualną odnotowuje się występowanie nieodpowiednich zachowań seksualnych w przedziale od 15 do 33%, ale te zachowania częściej są społecznie nieakceptowalne niż agresywne.³⁸

³⁷ Z. Cambier, *Preparing ... op. cit.*, s. 7–14

³⁸ R. P. Thom, A. J. Grudzinskas Jr, F. M. Saleh, *Sexual Behavior Among Persons With Cognitive Impairments*, *Current psychiatry reports*, 2017, 19(5), s. 25

Seksualność jest integralną częścią ludzkiego doświadczenia, głęboko zakorzenioną w kontekście społecznym, która wpływa na samoocenę i interakcje międzyludzkie. Chociaż potrzeby seksualne osób w podeszłym wieku są podobne do tych u osób młodszych, mogą one różnić się pod względem częstości, siły i sposobu wyrażania. Aktywność seksualna ludzi zmienia się w różnych etapach życia i często maleje z wiekiem, ale wielu seniorów nadal pozostaje seksualnie aktywnych. U osób cierpiących na demencję może dojść do zmian w libido, zarówno w postaci jego wzrostu, jak i obniżenia, co często wiąże się z mniejszą aktywnością seksualną, szczególnie przy zaawansowanych zaburzeniach poznawczych. Seksualność wśród pacjentów z demencją może być również manifestowana poprzez niewłaściwe zachowania seksualne, które wynikają z utraty kontroli nad zachowaniami, będąc jednym z symptomów tej choroby.³⁹

Niewłaściwe zachowania seksualne są często spotykane u osób cierpiących na demencję. W ocenie tych zachowań istotne są różnorodne czynniki, w tym kulturowe, religijne i społeczne postrzeganie seksualności w starszym wieku, a także aspekty medyczne i prawne. Aby zapewnić każdemu pacjentowi odpowiednią opiekę, ważne jest uwzględnienie tych elementów. Efektywne mogą okazać się kreatywne podejścia niefarmakologiczne, dostosowane indywidualnie do potrzeb pacjenta. W przypadkach, gdy objawy nie ustępują po interwencjach niefarmakologicznych, zaleca się stosowanie różnych metod leczenia farmakologicznego, w tym leków przeciwdepresyjnych, antyandrogennych, przeciwpsychotycznych i przeciwdrgawkowych. Należy jednak zauważyć, że dowody naukowe na skuteczność leczenia farmakologicznego są ograniczone, a potencjalne skutki uboczne wymagają starannego rozważenia. Nie jest również jasne, które leki powinny być stosowane jako pierwszy wybór, a które jako terapia uzupełniająca.⁴⁰

Jak przedstawiono w artykule „Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour?”⁴¹, który stanowił przegląd istniejącej literatury na temat charakterystyki, wpływu oraz metod zarządzania IPSB u osób z postępującymi zaburzeniami

³⁹ M. S. Tsatali, M.N. Tsolaki, T. P. Christodoulou, V. T. Papaliagkas, *The Complex Nature of Inappropriate Sexual Behaviors in Patients with Dementia: Can We Put it into a Frame?*, *Sexuality and Disability*, 2011, vol. 29, s. 143-156

⁴⁰ P. Joller, N. Gupta, D. P. Seitz, C. Frank, M. Gibson, S.S. Gill, *Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia*, *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 2013, 59 (3), s. 255-260

⁴¹ B. Stubbs, *Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour?*, *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 2011, 18(7), s. 602-607

poznawczym, osoby dotknięte postępującymi zaburzeniami poznawczymi, takimi jak demencja czy choroba Alzheimera, mogą wykazywać różne trudne do zarządzania zachowania. Wśród nich znajduje się niepokój i agresja, które u osób mieszkających w domach mogą dotyczyć do 33% pacjentów, a w instytucjach opieki – nawet do 80%. Jednakże, wśród tych zachowań wyróżniają się również niewłaściwe zachowania seksualne. IPSB obejmują wszelkie wypowiedzi lub działania o charakterze seksualnym, które są nieadekwatne w danym kontekście społecznym. Przykłady IPSB to ekshibicjonizm na oddziałach szpitalnych, niechciane dotykane personelu medycznego czy publiczna masturbacja. Badania szacują, że problem ten dotyka od 2% do 17% osób z postępującymi zaburzeniami poznawczymi.

Niewłaściwe zachowania seksualne pacjentów nie są ograniczone wyłącznie do osób z zaburzeniami funkcji poznawczych. W badaniu J. McComasa i współpracowników odnotowano więcej incydentów IPSB w placówkach ortopedycznych niż w innych. Istnieje wiele przyczyn, dla których pacjenci bez zaburzeń poznawczych mogą wykazywać niewłaściwe zachowania seksualne.⁴²

Wyniki badań przeprowadzonych przez J. Boissonnault⁴³ wskazują, że większość incydentów IPSB nie miała miejsca podczas pracy nad intymnymi częściami ciała wśród ogólnej grupy respondentów. Jednakże takowe zdarzały się znacznie częściej wśród specjalistów fizjoterapii zajmujących się zdrowiem miednicy, gdzie odnotowano ich 13,8% w porównaniu z 3,8% wśród ogółu respondentów, co stanowiło w badaniu statystycznie istotną zależność.

W kontekście geriatry niewłaściwe zachowania seksualne stanowią istotny problem, którego etiologia nie została jeszcze w pełni wyjaśniona, a dowody dotyczące efektywności metod leczenia są ograniczone. Celem przeprowadzonego badania przez A. Bardell⁴⁴ była analiza fenomenologii IPSB wśród osób starszych, identyfikacja możliwych czynników sprzyjających występowaniu tego zjawiska oraz ocena skuteczności interwencji mających na celu jego redukcję. W ramach badań zastosowano metodę retrospektywną, analizując dane dziesięciu pacjentów hospitalizowanych na oddziale psychiatrii geriatrycznej z powodu IPSB (grupa badana) oraz dziesięciu

⁴² S.W. Philo, M.F. Richie, M. J. Kaas, *Inappropriate sexual behavior*, Journal of gerontological nursing, 1996, 22(11), s.17-22

⁴³ J. S. Boissonnault, Z. Cambier, S. J. Hetzel, *Inappropriate Patient Sexual Behavior When Working in Sensitive Areas of the Body: Results From a National Physical Therapy Survey*, Journal of Women's Health Physical Therapy, 2019, 43(1), s. 36-43

⁴⁴ A. Bardell, T. Lau, J. P. Fedoroff, *Inappropriate sexual behavior in a geriatric population*, International Psychogeriatrics, 2011, 23(7), s. 1182-1188

pacjentów dopasowanych pod kątem wieku i płci, którzy stanowili grupę kontrolną. Przeprowadzono szczegółowy przegląd dokumentacji medycznej w celu wyłonienia zmiennych mogących wpływać na IPSB. W grupie badanej dokonano również oceny efektywności, działań niepożądanych i przypadków odstawienia leków z powodu działań niepożądanych, które były stosowane w celu zmniejszenia IPSB. Wyniki badania ujawniły istotną korelację między historią udaru prawego płata czołowego a występowaniem IPSB. Równie istotne okazały się wyniki testów poznawczych oraz diagnoza demencji w grupie badanej. Citalopram, choć dobrze tolerowany przez pacjentów, przynosił tylko minimalne zmniejszenie IPSB. Atypowe leki przeciwpsychotyczne, takie jak olanzapina i risperidon, okazały się skuteczne w niektórych przypadkach, ale wiązały się również z występowaniem działań niepożądanych. Octan medroksyprogesteronu był dobrze tolerowany i skuteczny we wszystkich przypadkach jego zastosowania ($n = 5$). Na podstawie przeprowadzonego badania można wnioskować, że IPSB w populacji geriatrycznej może być związane z przebytem udarem prawego płata czołowego oraz z zaawansowaniem procesu demencyjnego. W badaniu omówiono również przypadki zastosowania interwencji farmakologicznych, co może stanowić punkt wyjścia do dalszych, bardziej szczegółowych badań nad skutecznymi metodami leczenia IPSB wśród osób starszych.

W publikacjach naukowych brak jest szczegółowych danych określających profil sprawców i ofiar przestępstw seksualnych w środowiskach psychiatrycznych. H. Betherly i wsp. wskazują, że pacjenci angażujący się w otwarte zachowania seksualne na oddziałach psychiatrycznych często charakteryzują się młodszym wiekiem, byciem nieżonatym lub niezamężną oraz posiadaniem pewnych patologicznych cech osobowości. Ponadto opisują, że pacjenci z diagnozowanymi zaburzeniami odżywiania, zaburzeniami osobowości oraz zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi wykazywali większą skłonność do uczestnictwa w tego typu zachowaniach.⁴⁵

T. Hartl i wsp. opracowali koncepcję dwóch wymiarów motywacji pacjentów do IPSB, świadomego i nieświadomego oraz zbliżającego i oddalającego. Świadome zachowania mogą obejmować flirt czy propozycje, podczas gdy nieświadome mogą wynikać z błędnego rozumienia bliskości fizycznej w kontekście opieki medycznej.

⁴⁵ H. Betterly, M. Musselman, R. Sorrentino, *Sexual assault in the inpatient psychiatric setting, General hospital psychiatry*, 2023, 82, s. 7–13

Zachowania zbliżające mają na celu zwiększenie intymności, a oddalające - zniszczenie relacji.⁴⁶

Występowaniu nieodpowiednich zachowań seksualnych wśród pacjentów może sprzyjać również otoczenie, w którym się znaleźli. Badania wykazały, że pacjenci, którzy zachowywali się niewłaściwie, często byli samotni czy izolowani. Dodatkowo, podczas pobytu w szpitalu, pacjenci, co do zasady, nie nawiązują stosunków seksualnych z innymi. Te czynniki, w połączeniu z bliską relacją interpersonalną, którą pacjent może mieć z fizjoterapeutą, mogą potencjalnie prowadzić do występowania nieodpowiednich zachowań seksualnych.⁴⁷

S. Amanulla i wsp. podsumowali informacje dotyczące czynników ryzyka. Czynniki sytuacyjne zostały podzielone na cztery główne tematy. Pierwszym z nich były skutki uboczne leków wpływających na zachowanie. Drugi zakres dotyczył diagnozy pacjenta, czyli tła choroby, procesu chorobowego i zaburzeń zachowania. V. O'Sullivan i wsp.⁴⁸ donosili, że tło niektórych chorób, takich jak urazy głowy, które mogą prowadzić do długotrwałych zaburzeń psychospołecznych, może predysponować te grupy pacjentów do dopuszczenia się IPSB. Jednak w żadnym z uwzględnionych badań nie określono konkretnych chorób, schorzeń czy zaburzeń behawioralnych, które byłyby częstsze u pacjentów wykazujących IPSB. Trzeci zakres dotyczył demografii pacjenta rozumianej jako wiek, płeć, pochodzenie etniczne, poziom samotności oraz walka pacjenta z własną seksualnością. Stwierdzono, że starsi mężczyźni, mężczyźni należący do określonych kultur, które nie przyzwyczyły ich do otrzymywania poleceń od kobiet oraz pacjenci zmagający się z własną seksualnością, izolacją i/lub samotnością byli bardziej skłonni do wykazywania IPSB. Ostatni temat dotyczył samego terapeuty/studenta. Wskazali tu osobnicze cechy charakteru i naturę ich interpersonalnych relacji w praktyce fizjoterapeutycznej. Cechy terapeuty, takie jak młody wiek, płeć żeńska, niskie doświadczenie kliniczne, wysoka atrakcyjność fizyczna, prowokacyjny strój lub nadmierna przyjazność zostały uznane za najczęstsze cechy zwiększające ryzyko doświadczenia incydentu IPSB.⁴⁹

⁴⁶ T. L. Hartl, R. A. Zeiss, C. M. Marino, A. M. Zeiss, L. G. Regev, C. Leontis, *Clients' sexually inappropriate behaviors directed toward clinicians: conceptualization and management*, Professional Psychology: Research and Practice, 2007, 38(6), s. 674–681

⁴⁷ P. Weerakoon, V. O'Sullivan, *Inappropriate ... op. cit.*, s. 491–499

⁴⁸ V. O'Sullivan, P. Weerakoon, *Inappropriate ... op. cit.*, s. 28–42

⁴⁹ S. Amanulla, I. Saju, S. Solé, C. Campoy, L. Martínez, M. C. Pérez-Yus, M. Sitjà-Rabert, M. Serrat, C. Bravo, C., K. Lo, *Inappropriate Patient Sexual Behavior in Physiotherapy: A Systematic Review*, Sustainability **2021**, 13(24)

Analizę czynników ryzyka IPSB zawiera także przytoczona już praca J. Boissonnaulta, przeprowadzona na grupie 892 fizjoterapeutów. Statystyczne modelowanie zależności między zebranymi danymi a częstością występowania jakichkolwiek nieodpowiednich zachowań seksualnych pacjentów (IPSB) w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykazało, że mniejsza liczba lat doświadczenia zawodowego, praca z osobami z chorobami przewlekłymi, płeć żeńska terapeutów oraz płeć męska pacjentów stanowią czynniki zwiększające ryzyko. W badaniu tym po raz pierwszy przeprowadzono wieloczynnikową analizę osobistych, zawodowych i środowiskowych czynników ryzyka IPSB wśród fizjoterapeutów. Okazało się, że brak doświadczenia klinicznego jest najbardziej przewidywalnym czynnikiem ryzyka, co podkreśla potrzebę edukacji w zakresie IPSB w programach akademickich dla fizjoterapeutów oraz wsparcia dla studentów i nowych absolwentów. Co interesujące, szkolenie wprowadzające w zakresie IPSB nie okazało się czynnikiem ochronnym, a nawet wiązało się z wyższymi zgłoszonymi wskaźnikami, co może odzwierciedlać większą świadomość IPSB. Drugim, najbardziej przewidywalnym, czynnikiem ryzyka była praca z pacjentami z zaburzeniami poznawczymi, która jest również znaczącym czynnikiem ryzyka dla poważnych przypadków IPSB. Wiek klinicysty nie był znaczącym czynnikiem ryzyka dla wszystkich IPSB, jednak młodszy klinicyści częściej napotykali łagodne formy IPSB. Nie włączono czynnika ryzyka w postaci pracy z dorosłymi albo dziećmi ze względu na brak jednoznacznych danych. Pomimo, że każdy znaczący czynnik ryzyka dostarcza określonych możliwości do przemyśleń, fakt, że prawie połowa wszystkich klinicystów fizjoterapii może doświadczyć IPSB w ciągu roku wskazuje, że cała profesja powinna być przygotowana na to zjawisko. Modele regresji mogły wyjaśnić tylko do 15% całkowitej zmienności ryzyka IPSB, co sugeruje istnienie innych, niezbadanych czynników związanych z zawodem fizjoterapeuty. Chociaż szkolenie nie chroniło przed występowaniem niestosowanych zachowań to jednak może uchronić pracowników przed negatywnymi skutkami czynów pacjentów. Badanie sugeruje potrzebę dalszych badań nad skutecznymi szkoleniami, wsparciem w miejscu pracy i polityką w celu zapobiegania IPSB.

Typowe reakcje na IPSB, zarówno bierne jak i agresywne, często pochodzą z braku empatii wobec pacjenta i trudności w oddzieleniu jego zachowania od osoby, co zauważyła R. Zook w artykule „Teaching staff to handle a patient's sexually inappropriate behavior”. Kiedy pracownicy ochrony zdrowia etykietują pacjenta na podstawie jego złego zachowania, mogą go odrzucić, co utrudnia, a czasem

uniemożliwia, pełnienie roli opiekuna. Jak wskazuje autorka, zrozumienie przyczyn zachowania pacjenta może pomóc w wywołaniu empatii i utrzymaniu terapeutycznej relacji.⁵⁰

Większość osób, które doświadczyły molestowania seksualnego, nie zgłasza tych incydentów ani nie omawia ich z innymi, w tym z kolegami, rodziną czy przełożonymi. Istnieje wiele przyczyn tego milczenia. Jedną z nich są bariery emocjonalne, takie jak poczucie wstydu czy zawstydzenia. Inne to bariery poznawcze, które obejmują przekonanie, że zdarzenie nie jest na tyle istotne, aby o nim mówić, lub że nie zasługuje na podjęcie działań. Takie przekonania mogą wynikać z braku świadomości na temat powagi IPSB i jego konsekwencji. Badanie przeprowadzone przez A. Ang i wsp. ujawniło, że aż 79% studentów fizjoterapii uważa, że ich instytucje edukacyjne nie są odpowiednio przygotowane na takie zdarzenia. To odkrycie podkreśla potrzebę lepszego przygotowania studentów do radzenia sobie z IPSB.⁵¹

Jak wskazują autorzy artykułu „Inappropriate Patient Sexual Behavior in Physiotherapy: A Systematic Review.”⁵² wysokie wskaźniki występowania Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów oraz czynniki sytuacyjne z nimi związane wskazują na potrzebę zwiększenia świadomości wśród fizjoterapeutów i studentów fizjoterapii oraz edukowania ich, jak minimalizować i reagować na incydenty IPSB. Autorzy wskazali na treść potencjalnej interwencji edukacyjnej dotyczącej IPSB, ze szczególnym uwzględnieniem priorytetowych strategii interwencyjnych

Kwestie raportowania incydentów oraz ochrony prawnej w zakresie zjawiska IPSB autor niniejszej pracy przedstawi w III jej rozdziale, jednak z uwagi na powyższe, istotne według autora niniejszej rozprawy doniesienia, prowadzą do konieczności zbadania elementu edukacji profesjonalistów medycznych w zakresie rozpoznawania oraz dopuszczalnych prawnie, etycznie oraz właściwych z punktu widzenia terapeutycznego reakcji na incydenty IPSB.

Interaktywny program nauczania, w tym metody takie jak „*role-playing*” odgrywa kluczową rolę w edukacji przyszłych profesjonalistów medycznych, ponieważ angażuje studentów w proces rozpoznawania i zarządzania własnymi emocjami, a także umożliwia

⁵⁰ R. Zook. *Teaching staff to handle a patient's sexually inappropriate behavior*, Journal for nurses in staff development: official journal of the National Nursing Staff Development Organization, 2000 16(4), s. 181–183

⁵¹ A. Ang, I. Cooper, S. Jenkins, *Sexual professional boundaries: Physiotherapy students' experiences and opinions*. New Zealand Journal of Physiotherapy, 2010, 38, s. 106–113

⁵² S. Amanulla, I. Saju, S. Solé, C. Campoy, L. Martínez, M. C. Pérez-Yus, M. Sitjà-Rabert, M. Serrat, C. Bravo, C., K. Lo, *Inappropriate ... op, cit.*

praktyczne ćwiczenia odpowiedzi na Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów (IPSB). Ta technika umożliwia studentom eksperymentowanie z różnymi stylami komunikacji w kontrolowanym i bezpiecznym środowisku. Pozwala to na uczenie się na własnych błędach oraz błędach innych, bez realnego ryzyka dla pacjentów. Przykładem skuteczności odgrywania ról jest praca R. Zook, która opisała, jak pielęgniarki uczą się radzić sobie z IPSB poprzez symulację sytuacji z pacjentami. W jej badaniach pielęgniarki, które początkowo reagowały śmiechem na nieodpowiednie zachowania, uczyły się przekształcać swoje reakcje w asertywne odpowiedzi. Ćwiczyły one również, jak radzić sobie z typowymi obronnymi zachowaniami pacjentów, takimi jak próby zbagatelizowania sytuacji poprzez komentarze typu "Nie potrafisz przyjąć żartu?". Po takich ćwiczeniach pielęgniarki zgłaszały wzrost pewności siebie w interakcjach z trudnymi pacjentami. R. Zook określiła odgrywanie ról jako "sedno nauki", podkreślając jego znaczenie w edukacji.

Systematyczny przegląd metod szkoleniowych wykazał, że praktyka z rówieśnikami lub symulowanymi pacjentami znacznie poprawia umiejętności komunikacyjne pracowników służby zdrowia i jest zazwyczaj bardziej efektywna niż tradycyjne metody dydaktyczne. Taka praktyka pozwala na rozwijanie umiejętności w bezpiecznym środowisku, co jest niezwykle ważne w kontekście przygotowania do rzeczywistych wyzwań zawodowych.⁵³

Edukacja psychologiczna personelu medycznego jest kluczowa w kontekście interakcji z pacjentami, ich rodzinami oraz w zakresie komunikacji i przestrzegania praw pacjenta. Obecnie, w edukacji medycznej brakuje wystarczającej ilości godzin poświęconych na naukę psychologii, a także praktycznych ćwiczeń, co może prowadzić do trudności w nawiązywaniu kontaktu z pacjentami. Psycholodzy, jak zauważa A. Sobol⁵⁴, podkreślają potrzebę ciągłej refleksji personelu medycznego nad własnymi interakcjami z pacjentami, budowania systemu samokontroli i unikania asymetrycznych relacji zależnościowych z pacjentami.

W fizjoterapii, gdzie kontakt fizyczny jest nieunikniony, może dojść do nieporozumień i nieodpowiednich skojarzeń ze strony pacjentów, szczególnie gdy terapia obejmuje obszary ciała uznawane za intymne. Jak wskazuje M. Lew-Starowicz odpowiedzialność za utrzymanie profesjonalnych granic spoczywa na terapeutach.

⁵³ R. Zook. *Teaching ... op. cit.*, s. 181–183

⁵⁴ A. Sobol, *Godność w chorobie przewlekłej – perspektywa psychologiczna*. W: Raport Biała księga, Warszawa: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 2019, s. 56-59

Terapeuci powinni być świadomi, że pacjenci mogą nie być w pełni świadomi specyficznych zasad i granic profesjonalnej relacji terapeutycznej. W związku z tym, ważne jest, aby terapeuci byli asertywni i jasno komunikowali, że ich relacja z pacjentem jest wyłącznie terapeutyczna i lecznicza. Zwraca on uwagę na konieczność zachowania czujności przez terapeutów, szczególnie w sytuacjach, gdy pacjent zaczyna wykazywać oznaki przekraczania granic.⁵⁵

W powyższym podrozdziale rozprawy dotyczącym czynników ryzyka wystąpienia Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów i świadomości fizjoterapeutów na ten temat, autor dokładnie analizuje różne aspekty tego problemu. Wskazuje na to, że IPSB może wynikać z różnorodnych problemów medycznych, w tym uszkodzeń mózgu, chorób neurodegeneracyjnych, a także wpływu niektórych leków i zaburzeń psychicznych. Zwraca uwagę na fakt, że wielu pacjentów z zaburzeniami poznawczymi może nie zdawać sobie sprawy z niewłaściwości swojego zachowania, co może prowadzić do trudności w rozróżnieniu akceptowalnych zachowań społecznych. Podkreślono również, że istnieje wiele sytuacyjnych czynników ryzyka IPSB, w tym samotność pacjenta czy jego kulturowe tło. Oprócz tego omówiono także, jak wybrane cechy osobiste terapeuty mogą wpływać na ryzyko wystąpienia IPSB. Autor zaznacza, że szkolenia z zakresu IPSB są kluczowe dla zwiększenia świadomości i umiejętności radzenia sobie z takimi sytuacjami zarówno wśród studentów fizjoterapii, jak i praktykujących terapeutów. W kolejnej części pracy, autor zamierza skupić się na tym, jak pracodawcy mogą zapewnić bezpieczne środowisko pracy i skutecznie przeciwdziałać IPSB.

2.3 OBOWIĄZEK ZAPEWNIENIA BEZPIECZNEGO ŚRODOWISKA PRACY

W tej części rozprawy omówiona zostanie odpowiedzialność kierowników podmiotów leczniczych wobec przeciwdziałania Niestosownym Zachowaniom Seksualnym Pacjentów. Autor skupi uwagę na roli Konstytucji RP oraz innych kluczowych aktów prawnych, w tym Kodeksu pracy i przepisów regulujących

⁵⁵ A. Gierczak – Cywińska, *O koniecznym i niechcianym dotyku*, „Głos fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów, 2022, 1/2022(19), s. 16-18

działalność Państwowej Inspekcji Pracy. Omówienie to pozwoli zrozumieć podstawy prawne dotyczące zapewnienia bezpiecznych warunków pracy. Dalej, przeanalizowane zostaną przepisy dotyczące bezpieczeństwa pracy i BHP. Szczegółowo omówiona zostanie rola Państwowej Inspekcji Pracy, znaczenie szkoleń BHP oraz zastosowanie międzynarodowych standardów w systemach zarządzania BHP.

Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 roku⁵⁶, choć nie jest wiążącym dokumentem prawnym, ustanawia ogólne prawa do godnych i sprawiedliwych warunków pracy. Jest to podstawa dla wielu innych konwencji i praw człowieka, które mają wpływ na prawa pracownicze i standardy BHP. Polska jako członek ONZ, popiera te zasady i odzwierciedla je w swoim krajowym prawodawstwie.

Polska, będąc członkiem Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO) zobowiązuje się do przestrzegania międzynarodowych standardów BHP i wdrażania ich w krajowym ustawodawstwie. W tym kontekście, istotną rolę odgrywają konwencje ILO, które stanowią podstawę dla polskiego systemu prawnego w zakresie bezpieczeństwa pracy. Konwencja dotycząca bezpieczeństwa i zdrowia pracowników z 1981 roku⁵⁷ jest jednym z najważniejszych międzynarodowych instrumentów prawnych w dziedzinie BHP. Zobowiązuje ona państwa członkowskie do opracowywania, wdrażania i regularnego przeglądu krajowej polityki BHP. Konwencja ta wymaga również od pracodawców zapewnienia pracownikom odpowiednich informacji i szkoleń z zakresu BHP oraz przeprowadzania regularnych inspekcji w miejscach pracy. Polska ratyfikowała Konwencję nr 155 w 1993 roku, co oznacza zobowiązanie do przestrzegania jej postanowień i wdrożenia odpowiednich przepisów krajowych. Ratyfikacja tej konwencji przez Polskę znajduje odzwierciedlenie w przepisach Kodeksu pracy oraz w specjalistycznych ustawach i rozporządzeniach dotyczących BHP. Konwencja ILO nr 187⁵⁸ w sprawie promowania ram promujących bezpieczeństwo i zdrowie w pracy z 2006 roku ma na celu wzmocnienie narodowych systemów BHP poprzez promowanie ciągłego doskonalenia warunków pracy. Nakłada ona na państwa członkowskie obowiązek współpracy z pracodawcami i pracownikami w celu promowania kultury prewencji w zakresie BHP. Do stycznia 2022 roku Polska nie ratyfikowała Konwencji nr 187, co oznacza, że nie jest ona bezpośrednio wiążąca dla polskiego systemu prawnego.

⁵⁶ Powszechna Deklaracja Praw Człowieka podpisana w Paryżu 10 grudnia 1948 roku

⁵⁷ Konwencja Nr 155 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy z dnia 3 czerwca 1981 r., Genewa

⁵⁸ Konwencja Nr 187 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca struktur promujących bezpieczeństwo i higienę pracy z dnia 15 czerwca 2006 r., Genewa

Konwencja ILO nr 81⁵⁹ o inspekcji pracy w przemyśle i handlu z 1947 roku dotyczy organizacji systemu inspekcji pracy i jest jednym z najstarszych instrumentów mających na celu zapewnienie przestrzegania prawa pracy, w tym przepisów BHP. Polska ratyfikowała tę konwencję w 1954 roku, co oznacza zobowiązanie do utrzymania systemu inspekcji pracy, który ma uprawnienia do monitorowania warunków pracy i egzekwowania przestrzegania przepisów BHP. Wprowadzenie systemu inspekcji pracy w Polsce jest zgodne z wymogami tej konwencji i odzwierciedla międzynarodowe standardy w zakresie nadzoru nad warunkami pracy.

Również Unia Europejska (UE) odgrywa istotną rolę w ustanawianiu standardów BHP, które mają na celu ochronę pracowników w państwach członkowskich. Przez lata, wprowadzono wiele dyrektyw, które nie tylko ustanawiają minimalne wymagania dla miejsc pracy, ale także określają obowiązki pracodawców w zakresie oceny ryzyka zawodowego i zapewnienia odpowiednich szkoleń BHP. Dyrektywa ramowa 89/391/EWG⁶⁰ jest podstawowym aktem prawnym w dziedzinie BHP w UE. Zobowiązuje ona pracodawców do regularnego przeprowadzania ocen ryzyka zawodowego, co ma na celu identyfikację potencjalnych zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz wdrażanie odpowiednich środków prewencyjnych. Ponadto, dyrektywa ta nakłada na pracodawców obowiązek zapewnienia pracownikom szkoleń BHP, które powinny być dostosowane do specyfiki pracy i regularnie aktualizowane, szczególnie w przypadku wprowadzenia nowych technologii lub zmian w organizacji pracy. Dyrektywa 89/654/EWG⁶¹ dotycząca miejsc pracy określa minimalne wymagania dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy w miejscach pracy. Wymaga ona od pracodawców, aby zapewnili, że miejsca pracy są bezpieczne i nie stwarzają ryzyka dla zdrowia pracowników. W ramach tej dyrektywy pracodawcy muszą przeprowadzić ocenę ryzyka związanego z wyposażeniem, układem i warunkami pracy, a także zapewnić pracownikom informacje i szkolenia dotyczące środków bezpieczeństwa i higieny pracy.

⁵⁹konwencja Nr 81 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca inspekcji pracy w przemyśle i handlu z dnia 11 lipca 1947 r., Genewa

⁶⁰Dyrektywa Rady z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy (89/391/EWG) (Dz.U.UE L z dnia 29 czerwca 1989 r.) **Numer CELEX:** 31989L0391

⁶¹Dyrektywa Rady z dnia 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) (89/654/EWG) (Dz.U.UE L z dnia 30 grudnia 1989 r.) Numer CELEX:31989L0654

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, będąca najwyższym aktem prawnym w Polsce, stanowi fundament dla wszystkich innych przepisów i regulacji prawnych, w tym tych dotyczących bezpieczeństwa środowiska pracy. Zawiera ona postanowienia, które bezpośrednio odnoszą się do praw pracowniczych, w tym prawa do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy.⁶² Artykuł 66 Konstytucji RP, który jest kluczowy w kontekście bezpieczeństwa pracy, stanowi, że każdy ma prawo do bezpiecznych i zdrowych warunków pracy. Ustęp 1 tego artykułu mówi 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".⁶³ Jest to wyraźne zobowiązanie państwa do aktywnego działania w celu ochrony zdrowia i życia pracowników.⁶⁴ Konstytucja jako naczelny dokument prawny, nie wchodzi w techniczne szczegóły dotyczące sposobów zapewnienia bezpieczeństwa pracy, które są regulowane przez bardziej szczegółowe ustawy, takie jak Kodeks pracy czy ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy. Jednakże, poprzez swoje ogólne postanowienia, wyznacza kierunek dla ustawodawcy i organów wykonawczych w kształtowaniu polityki państwa w tej dziedzinie. Konstytucja RP podkreśla również rolę publicznych władz w zapewnieniu warunków pracy. Zgodnie z tym, organy państwowe mają nie tylko reagować na naruszenia, ale również prowadzić aktywną politykę w zakresie promowania zatrudnienia i bezpieczeństwa pracy. To zobowiązanie konstytucyjne jest podstawą dla działań prewencyjnych, które mają na celu nie tylko ochronę pracowników, ale również promowanie zdrowia i dobrostanu w miejscu pracy.⁶⁵ Ponadto, Konstytucja w artykule 20 uznaje społeczną gospodarkę rynkową za podstawę polskiego systemu ekonomicznego⁶⁶, co implikuje równowagę między wymogami efektywności ekonomicznej a ochroną praw pracowniczych, w tym prawa do bezpiecznej pracy. To z kolei przekłada się na konieczność tworzenia takich przepisów i regulacji, które będą wspierać przedsiębiorczość, ale jednocześnie nie będą zaniedbywać aspektów socjalnych i pracowniczych.

⁶² A. Różańska-Prawdzik, *Elementy systemów równoważnego czasu pracy* [w:] Systemy równoważnego czasu pracy w Kodeksie Pracy, Wolters Kluwer, Warszawa, 2017, s. 192

⁶³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 Nr 78, poz. 483)

⁶⁴ K. Stefański, *Prawne aspekty uelastyczniania czasu pracy* [w:] Elastyczny czas pracy, Wolters Kluwer, Warszawa, 2016, s. 39-46

⁶⁵ G. Jędrejek, *Uwagi ogólne o prawnej ochronie ofiar mobbingu* [w:] Mobbing. Środki ochrony prawnej, Wolters Kluwer, Warszawa, 2011, s. 28-33

⁶⁶ Konstytucja RP (...) op. cit.

W świetle Konstytucji, prawa do bezpiecznej pracy nie można rozpatrywać wyłącznie jako obowiązku pracodawcy, ale jako fundamentalnego prawa człowieka i obywatela, które państwo ma obowiązek chronić i promować. To podejście jest zgodne z międzynarodowymi standardami, takimi jak te określone przez Międzynarodową Organizację Pracy (ILO), które Polska jako członek ratyfikuje i wdraża w swoim prawodawstwie.

Konstytucyjne zobowiązanie do zapewnienia bezpiecznych warunków pracy jest również odzwierciedlone w działalności organów takich jak Państwowa Inspekcja Pracy, której zadaniem jest nadzorowanie przestrzegania przepisów pracy, w tym przepisów BHP. Działalność ta jest nie tylko formą kontroli, ale również wsparciem dla pracodawców i pracowników w zakresie edukacji i promowania bezpiecznych praktyk pracy. Bezpieczeństwo i higiena pracy stanowią fundamentalne aspekty regulacji prawnych w Polsce mających na celu ochronę zdrowia i życia pracowników. Zgodnie z art. 15 Kodeksu pracy⁶⁷, pracodawca jest zobowiązany zapewnić pracownikom bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Z kolei zgodnie z przepisem art. 207 § 2 pkt 2 Kodeksu pracy pracodawca jest zobligowany chronić zdrowie i życie pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki.

Jednym z istotniejszych aktów wykonawczych do kodeksu pracy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy jest rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. Określa ono ogólnie obowiązujące przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach pracy.⁶⁸ Nadzór nad przestrzeganiem przepisów BHP sprawuje Państwowa Inspekcja Pracy, której działalność reguluje ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy.⁶⁹ Państwowa Inspekcja Pracy ma prawo przeprowadzać kontrole w miejscach pracy, nakładać kary za stwierdzone nieprawidłowości oraz inicjować działania prewencyjne mające na celu eliminację zagrożeń.

Jednym z kluczowych elementów systemu zapewniania bezpieczeństwa pracy są szkolenia z zakresu BHP, które są obowiązkowe dla wszystkich pracowników. Szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP) są nieodzownym elementem polskiego

⁶⁷ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2024 poz. 878)

⁶⁸ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650)

⁶⁹ Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1712)

systemu prawnego, regulowanym przez Kodeks pracy. Zgodnie z art. 237³, pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikom odpowiednie szkolenia wstępne oraz okresowe, które mają na celu nie tylko edukację, ale również zapewnienie bezpieczeństwa na stanowisku pracy.⁷⁰ Szczegółowe zasady ich prowadzenia określa rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy w sprawie szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.⁷¹ Szkolenia wstępne składają się z instruktażu ogólnego, który obejmuje ogólne zasady BHP obowiązujące w danym zakładzie pracy, oraz instruktażu stanowiskowego, który jest dostosowany do specyfiki pracy na konkretnym stanowisku. Podczas instruktażu stanowiskowego, pracownik zostaje poinformowany o potencjalnych zagrożeniach związanych z wykonywanymi zadaniami oraz o sposobach ich minimalizacji lub eliminacji. Jest to kluczowe dla zrozumienia przez pracownika, jakie czynniki w jego bezpośrednim otoczeniu pracy mogą stanowić ryzyko i jak ma się zachować, aby zapewnić sobie i innym bezpieczeństwo.⁷² Szkolenia okresowe są również ważne, gdyż pozwalają na aktualizację wiedzy i umiejętności pracowników w zakresie BHP. Przepisy wymagają, aby były one przeprowadzane w regularnych odstępach czasu, które są zależne od rodzaju pracy i poziomu ryzyka zawodowego. Są one niezbędne, ponieważ warunki pracy mogą ulec zmianie, mogą zostać wprowadzone nowe technologie lub zmienić się przepisy prawne. Dlatego też, aktualizacja wiedzy na temat zagrożeń jest niezbędna do utrzymania bezpiecznego środowiska pracy.⁷³ Pracodawca ma obowiązek nie tylko przeprowadzić szkolenia, ale również zadbać o to, aby informacje przekazywane pracownikom były zawsze aktualne i odzwierciedlały rzeczywiste zagrożenia na stanowisku pracy. Oznacza to, że każda zmiana w procesach pracy, wprowadzenie nowych substancji chemicznych, maszyn czy narzędzi powinna być odpowiednio odnotowana i uwzględniona w programie szkoleniowym.⁷⁴ Szkolenia BHP muszą być prowadzone przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje w tym zakresie. Pracodawca jest zobowiązany do dokumentowania przeprowadzonych szkoleń w specjalnym rejestrze, co stanowi dowód na spełnienie przez niego obowiązków

⁷⁰ Wyrok WSA w Rzeszowie z dnia 19 lipca 2022 r. o sygn. akt II SA/Rz 365/22

⁷¹ Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 w sprawie szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. z 2024 poz. 1327)

⁷² E. Maniewska, *Wpływ naruszenia obowiązku informacyjnego przez pracodawcę na prawa i obowiązki pracownika* [w:] *Obowiązki informacyjne pracodawcy wobec pracownika w umownym stosunku pracy*, Wolters Kluwer, Warszawa, 2013, s. 160-168

⁷³ A. Woźny, M. Dobosz, P. Saja, *Budowanie strategii zarządzania bhp w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wydawnicza Stowarzyszenia Menedżerów Jakości i Produkcji, 2018, 1(8), s. 75-83

⁷⁴ Wyrok WSA w Gdańsku z dnia 11 kwietnia 2019 r. o sygn. akt III SA/Gd 32/19

wynikających z przepisów prawa pracy.⁷⁵ Szkolenia BHP są nie tylko wymogiem prawnym, ale przede wszystkim praktycznym narzędziem zapewniającym bezpieczeństwo pracowników. Pracodawcy, poprzez regularne szkolenia i aktualizację informacji o zagrożeniach, mają za zadanie stworzyć środowisko pracy, w którym każdy pracownik jest świadomy ryzyka i potrafi podjąć odpowiednie działania w celu jego uniknięcia. Jest to inwestycja w ludzki kapitał, która przekłada się na zwiększenie efektywności pracy i redukcję kosztów związanych z wypadkami przy pracy oraz chorobami zawodowymi.

Kolejnym kluczowym elementem, równie istotnym z punktu widzenia celu niniejszej pracy, jest obowiązek dokonywania oceny ryzyka zawodowego, która ma na celu identyfikację, analizę i kontrolę zagrożeń w miejscu pracy. Proces ten jest nie tylko wymogiem prawnym przewidzianym w art. 226 kodeksu pracy, ale również niezbędnym narzędziem do ochrony zdrowia i życia pracowników. Pierwszym krokiem w ocenie ryzyka zawodowego jest identyfikacja zagrożeń, co oznacza rozpoznanie wszystkich potencjalnych źródeł niebezpieczeństw, które mogą prowadzić do wypadków lub chorób zawodowych. Następnie przeprowadza się analizę i ocenę ryzyka, czyli określa się prawdopodobieństwo wystąpienia szkody i jej potencjalne konsekwencje dla zdrowia pracowników. To wymaga nie tylko wiedzy specjalistycznej, ale również doświadczenia i zrozumienia specyfiki danego miejsca pracy. Po ocenie ryzyka następuje etap określenia środków zapobiegawczych. Na tej podstawie wybiera się i planuje działania mające na celu eliminację lub kontrolę zidentyfikowanych zagrożeń. To może obejmować wprowadzenie nowych procedur, zakup odpowiedniego sprzętu ochronnego, zmianę organizacji pracy czy przeprowadzenie dodatkowych szkoleń dla pracowników. Wdrożenie środków zapobiegawczych jest kolejnym krokiem, który musi być przeprowadzony skutecznie i efektywnie. Wymaga to zaangażowania zarówno pracodawców, jak i pracowników, a także często inwestycji finansowych.

Bezpieczeństwo i higiena pracy w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na szeregu przepisów prawnych, które mają na celu ochronę zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów. Podstawowym dokumentem w tym zakresie jest Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej, które szczegółowo reguluje warunki

⁷⁵ T. Janicka – Panek, *Zasady organizowania i prowadzenia szkoleń bhp*, Atest, nr 5, Skierniewice, 2012, s. 4-6

pracy w placówkach medycznych.⁷⁶ Obejmuje ono aspekty takie jak profilaktyka zakażeń, ochrona przed promieniowaniem, ergonomia stanowisk pracy, co jest kluczowe ze względu na codzienne zagrożenia, na jakie narażeni są pracownicy ochrony zdrowia.

Znaczącym aspektem prawodawstwa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy jest u.d.l., która ustala standardy dotyczące infrastruktury, wyposażenia i kwalifikacji personelu medycznego. Zapewnia ona, że podmioty lecznicze są wyposażone w odpowiednie warunki pracy i dysponują wykwalifikowanym personelem, co stanowi fundament dla zapewnienia wysokiej jakości opieki zdrowotnej.⁷⁷

Jednym z możliwych narzędzi wzmacniających bezpieczną i higieniczną pracę fizjoterapeutów i potencjalnie przeciwdziałającym incydentom IBSP wydaje się posiadanie odpowiednich zapisów regulaminu organizacyjnego wymaganego omówioną już w I rozdziale niniejszej pracy u.d.l. Regulamin, który przedstawia prawa i obowiązki pacjenta podmiotu leczniczego, zdaniem autora niniejszej rozprawy, zawierać powinien dodatkowe zapisy dotyczące zachowań pacjentów, które są nieakceptowalne oraz konsekwencji, jakie mogą wynikać z ich manifestowania. Wskazanie, że agresywne lub niestosowne zachowania mogą skutkować odmową świadczenia usług, jest kluczowe. Regulamin powinien być dostępny i zrozumiały dla pacjentów, a jego treść powinna być omawiana na początku każdej terapii, aby zapewnić, że pacjenci są świadomi obowiązujących zasad i potencjalnych konsekwencji ich naruszenia.

Zarządzanie trudnymi zachowaniami pacjentów wymaga od fizjoterapeutów nie tylko umiejętności medycznych, ale również kompetencji komunikacyjnych i zarządczych. Kluczowe wydaje się więc posiadanie jasnych procedur i regulaminów, które pomogą w ochronie zarówno pacjentów, jak i personelu. Wszystkie te działania powinny być podejmowane z zachowaniem najwyższych standardów etycznych i z poszanowaniem praw pacjentów. W swojej codziennej praktyce zawodowej, fizjoterapeuci, podobnie jak inni specjaliści w dziedzinie medycyny, mogą napotykać na różnorodne trudności, w tym na agresję słowną, fizyczną, czy naruszenie ich dóbr osobistych. Mimo że zawód fizjoterapeuty niesie ze sobą pewne ryzyka związane z bezpośrednim kontaktem z pacjentami, obecne przepisy prawne nie zapewniają fizjoterapeutom szczególnej ochrony prawnej, charakterystycznej dla niektórych innych zawodów medycznych. Zgodnie z ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie

⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz.U. z 2003 Nr 169 poz. 1650)

⁷⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 799)

fizjoterapeuty, osoby wykonujące ten zawód nie są objęte dodatkowymi środkami ochrony prawnej, które są dostępne dla niektórych innych profesjonalistów medycznych. Oznacza to, że w przypadku wystąpienia agresji czy naruszenia dóbr osobistych, fizjoterapeuci korzystają z ochrony prawnej na takich samych zasadach, jak każdy inny obywatel Rzeczypospolitej Polskiej. Ochrona ta jest zapewniona przez kodeks karny, który stanowi ogólną podstawę prawną w przypadkach naruszeń praw osobistych, w tym agresji słownej czy fizycznej. Brak specjalnych przepisów ochronnych dla fizjoterapeutów, może być postrzegany jako luka w systemie prawnym, która nie uwzględnia specyfiki pracy w tej profesji, często wymagającej bliskiego kontaktu z pacjentami i narażającej na ryzyko niepożądanych zachowań. W związku z tym, istnieje potrzeba zwrócenia uwagi na kwestię bezpieczeństwa i ochrony prawnej osób wykonujących zawód fizjoterapeuty, co mogłoby przyczynić się do lepszej ochrony ich praw i bezpieczeństwa w miejscu pracy.

W powyższym podrozdziale rozprawy autor przedstawił rolę konstytucji, przepisów prawa pracy, a także międzynarodowych konwencji i standardów w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Podkreślone szczególnie zostało znaczenie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz oceny ryzyka zawodowego. Ta analiza prawna jest logiczną kontynuacją dowodzenia, które przeprowadził autor niniejszej pracy we wcześniejszej jej części, w zakresie istoty zjawiska IPSB w pracy profesjonalistów medycznych, w szczególności fizjoterapeutów oraz znaczenia zwiększania świadomości w celu skutecznego przeciwdziałania oraz zarządzania tymi incydentami. Zaznaczono tam, że IPSB może prowadzić do stworzenia wrogiego środowiska pracy i negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne pracowników. Wskazano na potrzebę rozwijania polityk i procedur instytucjonalnych, które wspierają pracowników w radzeniu sobie z IPSB, w tym poprzez szkolenia i wsparcie psychologiczne. Zestawiając całość rozważań związanych ze skalą zjawiska IPSB i zagrożeń z niego płynących można już na tym etapie sugerować, że kierujący podmiotami leczniczymi w ramach swoich obowiązków związanych z zapewnieniem bezpiecznych warunków pracy, powinni uwzględniać ryzyko wystąpienia IPSB jako istotnego czynnika ryzyka zawodowego. Powinno to obejmować nie tylko edukację pracowników, ale także opracowanie skutecznych procedur postępowania w przypadku wystąpienia IPSB, co może obejmować zarówno środki prewencyjne, jak i reakcje po wystąpieniu takich zdarzeń.

W II rozdziale rozprawy doktorskiej, jej autor dokładnie analizuje zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów w ochronie zdrowia, uwzględniając różne dziedziny medycyny, takie jak fizjoterapia, stomatologia i geriatrya. Omawia on definicję IPSB oraz skalę występowania tych incydentów. Definicja IPSB obejmuje szeroki zakres zachowań, od subtelnych gestów po agresywne działania, takie jak napaści seksualne. Szczegółowo przedstawione są czynniki ryzyka wystąpienia IPSB oraz świadomość fizjoterapeutów na ten temat. Podkreślono również, w szczególności w zakresie rozważań kolejnego rozdziału dotyczących odpowiedzialności prawnej i regulaminowej pacjentów, że IPSB może wynikać z różnorodnych problemów medycznych, w tym uszkodzeń mózgu, chorób neurodegeneracyjnych, wpływu niektórych leków, a także zaburzeń psychicznych. Zwrócono uwagę na fakt, że pacjenci z zaburzeniami poznawczymi mogą nie zdawać sobie sprawy z niewłaściwości swojego zachowania, co może prowadzić do trudności w rozróżnieniu akceptowalnych zachowań społecznych. Podkreślono również istnienie wielu sytuacyjnych czynników ryzyka IPSB, w tym samotność pacjenta czy jego kulturowe tło. Omówiono również, jak wybrane cechy osobiste terapeuty mogą wpływać na ryzyko wystąpienia IPSB. Autor zaznacza, że szkolenia z zakresu IPSB są kluczowe dla zwiększenia świadomości i umiejętności radzenia sobie z takimi sytuacjami zarówno wśród studentów fizjoterapii, jak i praktykujących terapeutów. W literaturze naukowej często podkreśla się znaczenie praktycznych ćwiczeń, takich jak *role-playing*, czyli odgrywanie ról. Ta metoda pozwala na eksperymentowanie z różnymi stylami komunikacji w kontrolowanym, bezpiecznym środowisku, gdzie uczestnicy mogą uczyć się na własnych błędach oraz błędach innych, bez realnego ryzyka dla pacjentów. Kluczową częścią rozdziału jest podkreślenie prawa pracowników do bezpiecznego miejsca pracy, zgodnie z obowiązującym prawem. Autor zwrócił szczególną uwagę na rolę obowiązkowych szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy jako ważnych elementów zapewnienia bezpieczeństwa w miejscu pracy oraz znaczenia oceny ryzyka zawodowego i następnych działań. W kontekście tych rozważań, które skupiły się na opisie zjawiska i obowiązkach pracodawców w zakresie przeciwdziałania zjawisku IPSB i jego negatywnym następstwom, autor niniejszej pracy postanowił poświęcić kolejny rozdział omówieniu dostępnych personelowi medycznemu narzędzi reagowania na incydenty IPSB oraz odpowiedzialności pacjentów dopuszczających się tych zachowań.

ROZDZIAŁ III - ODPOWIEDZIALNOŚĆ PACJENTA ZA NIESTOSOWNE ZACHOWANIE SEKSUALNE

W poprzednim rozdziale niniejszej pracy, jej autor udowodnił, że fizjoterapeuci w swojej pracy mogą napotkać na różne postawy pacjentów, od agresywnych, wyrażających frustrację lub próbujących wymusić określone działania, po tych, którzy nieprawidłowo interpretują relację z fizjoterapeutą. Opisane badania wskazują, że zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów jest istotnym problemem mającym negatywne skutki zarówno dla fizjoterapeutów, jak i jakości udzielanych przez nich świadczeń. Poza opisanymi sposobami przeciwdziałania temu patologicznemu zjawisku, istotne wydaje się więc określenie aktualnej ochrony prawnej fizjoterapeutów. Rozdział ten poświęcony będzie więc wskazaniu dostępnych środków prawnych możliwych do wykorzystania przez fizjoterapeutów dotkniętych IPSB.

3.1 ODPOWIEDZIALNOŚĆ REGULAMINOWA

W poradniku dla fizjoterapeutów „Głos fizjoterapeuty”, D. Biadun – Dyrektor ds. prawnych i procedur Biura KIF, autorka opracowania „Jak reagować na nieobyczajne zachowania pacjentów” radzi fizjoterapeutom, aby w takich sytuacjach, zanim podejmie się kroki prawne, spróbować najpierw rozwiązać problem polubownie. Fizjoterapeuta nie powinien natychmiast przerywać zabiegu i wypraszać pacjenta z gabinetu, chyba że jest to absolutnie konieczne. W pierwszej kolejności, fizjoterapeuta powinien poinformować pacjenta o jego niestosownym zachowaniu i możliwych konsekwencjach. Jeśli pacjent nadal zachowuje się niestosownie, fizjoterapeuta może przerwać zabieg i poinformować

pacjenta, że nie jest możliwe jego kontynuowanie. Takie zdarzenie należy odnotować w dokumentacji medycznej. W przypadku szczególnie problematycznych zachowań, warto rozważyć wysłanie pisemnego powiadomienia do pacjenta, informującego o naruszeniu norm zachowania i dobrego imienia fizjoterapeuty (jeżeli jest to możliwe ze wskazaniem odpowiedniego zapisu w regulaminie). Jeśli sytuacja się powtórzy, fizjoterapeuta może odmówić dalszych usług. W większych placówkach, gdzie istnieje koordynator fizjoterapeutów, należy poinformować przełożonego o sytuacji. Może on wyznaczyć innego fizjoterapeutę do obsługi danego pacjenta i poinformować pacjenta o tym. Jeśli takiej osoby nie ma, należy postępować zgodnie z wcześniej opisaną procedurą, informując pisemnie o możliwości odmowy świadczeń, jeśli niestosowne zachowanie będzie się powtarzać.⁷⁸

Autor niniejszej rozprawy postanowił wyjątkowo przytoczyć tutaj artykuł niemający doniosłości naukowej w celu wskazania znaczącego aspektu dotyczącego regulaminu organizacyjnego. Autorka opracowania określiła bowiem, że „W przypadku szczególnie problematycznych zachowań, warto rozważyć wysłanie pisemnego powiadomienia do pacjenta, informującego o naruszeniu norm zachowania i dobrego imienia fizjoterapeuty (jeżeli jest to możliwe ze wskazaniem odpowiedniego zapisu w regulaminie)”. Do omawianego opracowania dołączona jest wypowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na pytanie dotyczące odmowy udzielenia pacjentowi świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę. Rzecznik Praw Pacjenta przytoczył przepis art. 10 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który określa, że „W przypadku, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny mają prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia pacjenta i wskazania przez tego lekarza możliwości uzyskania świadczenia zdrowotnego u innego lekarza lub podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych”.⁷⁹ W art. 38 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty ustawodawca określił, że „1. Lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. 2. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub

⁷⁸ D. Biadun, *Jak reagować na nieobyczajne zachowania pacjentów*, „Głos fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów, 2022, 1/2022(19), s. 19-20

⁷⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 581)

jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym. 3. Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego. 4. W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.” W omawiany artykule, Rzecznik Praw Pacjenta wskazuje, że przepisy te należy zastosować w stosunku do fizjoterapeutów na zasadzie analogii. Co jednak najistotniejsze, Rzecznik Praw Pacjenta wskazuje, że „Należy wspomnieć, że w tej sytuacji istotna jest też treść regulaminu organizacyjnego placówki. Każdy jej kierownik powinien w nim wskazać jasne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutę, w tym również okoliczności odmowy dalszego udzielania świadczeń”.⁸⁰

W kontekście powyższego, przechodząc już do analizy przepisów prawa oraz wypowiedzi doktryny, należy wskazać, że regulamin organizacyjny stanowi kluczowy dokument wewnętrzny dla instytucji świadczących usługi zdrowotne. Jego rola polega na określeniu zasad i procedur działania takich podmiotów. Zgodnie z zasadą hierarchii prawa, regulamin ten musi być zgodny z obowiązującymi przepisami prawnymi, co oznacza, że nie może on naruszać ani ustaw, ani przepisów zawartych w statucie danej instytucji medycznej. W praktyce oznacza to, że regulamin musi być skonstruowany w taki sposób, aby harmonizował z ogólnymi zasadami prawa, jednocześnie dostosowując się do specyfiki działalności leczniczej.

Ustawodawca, formułując art. 24 u.d.l. określający wymaganą treść regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸¹, użył sformułowania „określa się w szczególności”, co wskazuje na pewną elastyczność w zakresie treści regulaminu. Oznacza to, że choć istnieją pewne obowiązkowe elementy, które muszą być zawarte w regulaminie, to lista ta nie jest zamknięta. Pozwala to na pewną swobodę w kształtowaniu treści regulaminu, z zastrzeżeniem, że nie może on zawierać postanowień sprzecznych z przepisami ustawowymi, w szczególności z wyłączeniami określonymi w dalszych ustępach rozprawy. Warto zauważyć, że regulamin powinien określać organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym także w sytuacjach, gdy za świadczenia te pobierane są opłaty.

⁸⁰ D. Biadun, *Jak ... op. cit.*, s. 19-20

⁸¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 799)

W doktrynie prawniczej pojawiają się głosy krytyczne dotyczące braku transparentności regulaminu, wynikające z faktu, że nie określa on w sposób bezpośredni praw i obowiązków pacjenta. Jednakże, jak argumentują niektórzy prawnicy, takie powtarzanie przepisów prawa w regulaminie wewnętrznym byłoby nie tylko zbędne, ale i sprzeczne z zasadami tworzenia prawa wewnętrznego. W związku z tym, stanowisko to odrzuca potrzebę bezpośredniego odniesienia do praw pacjenta w regulaminie, podkreślając, że regulamin nie powinien dublować ani rozszerzać przepisów ustawowych. Ustawodawca, określając wymogi dotyczące regulaminu organizacyjnego, słusznie użył pojęć „firma albo nazwa”, co odnosi się do różnych form prawnych podmiotów leczniczych. W zależności od statusu prawnego danego podmiotu, stosowane określenie musi być adekwatne i nie wprowadzać w błąd co do rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych. Jest to szczególnie istotne w kontekście ochrony pacjentów i zapewnienia im jasnych i przejrzystych informacji o podmiocie, od którego otrzymują usługi zdrowotne.⁸²

W aktualnej u.d.l. nie znajdujemy bezpośrednich odniesień do praw i obowiązków pacjentów. W kwestii praw pacjentów, sytuacja jest stosunkowo prosta, ponieważ są one obecnie wyczerpująco uregulowane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Mimo że regulamin organizacyjny nie może bezpośrednio naruszać praw pacjenta, istnieje możliwość wprowadzenia pewnych ograniczeń przez zarządzenia kierownika podmiotu leczniczego. Przykładowo, mogą to być ograniczenia dotyczące zakazu wnoszenia, sprzedaży, posiadania i spożywania alkoholu na terenie placówki, czy też wyznaczenie miejsc dozwolonych do palenia tytoniu. Ponadto, kierownik może wprowadzić obowiązek utrzymania porządku i czystości w pomieszczeniach oraz przestrzegania ustalonych regulaminów i zarządzeń porządkowych.⁸³

Art. 24 ust. 2 wskazuje na „sposób zwyczajowo przyjęty” jako metodę informowania o regulaminie. Może to obejmować różne formy, takie jak tablica ogłoszeń, umieszczanie informacji w korytarzach jednostek leczniczych, czy też publikowanie regulaminu na stronie internetowej podmiotu. Takie metody mają na celu zapewnienie, że informacje o regulaminie są łatwo dostępne dla pacjentów i personelu. W art. 24 ust.

⁸² J. Ciechorski [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX/el. 2023, art. 24

⁸³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581)

3 i 4 ustawy o działalności leczniczej określone zostały wyjątki od obowiązkowych elementów treści regulaminu organizacyjnego. Dotyczą one specyficznych uwarunkowań formalnoorganizacyjnych, które mogą wymagać odmiennego podejścia w różnych typach placówek medycznych. Jest to ważne dla zapewnienia, że regulamin jest dostosowany do konkretnych potrzeb i warunków działania każdej jednostki.

Jak wskazuje U. Walasek-Walczak w komentarzu do art. 24 u.d.l.⁸⁴ w porównaniu z poprzednim stanem prawnym, szczególnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, regulacje dotyczące regulaminu organizacyjnego zostały bardziej szczegółowo opracowane. Jednakże, niektóre kwestie, które były wcześniej wymagane, teraz mogą być pominięte. Według autorki, obecny stan prawny nie zapewnia, wystarczającej przejrzystości regulaminu, który powinien służyć nie tylko jako dokument normatywny, ale przede wszystkim jako źródło informacji. Na przykład, obecnie nie ma wymogu, aby regulamin organizacyjny zawierał informacje o prawach i obowiązkach pacjenta. Chociaż te kwestie są częściowo uregulowane w ustawie o prawach pacjenta, regulamin powinien pełnić rolę pierwszego źródła informacji dla pacjentów w placówce medycznej. Zmiany te mają znaczący wpływ na sposób, w jaki podmioty lecznicze opracowują swoje regulaminy. Z jednej strony, dają one większą elastyczność w dostosowywaniu regulaminu do specyficznych potrzeb i warunków danego podmiotu, a z drugiej strony, mogą prowadzić do pewnego stopnia niejednorodności w zakresie informacji dostępnych dla pacjentów w różnych placówkach. To z kolei może wprowadzać pacjentów w błąd lub powodować niepewność co do ich praw i obowiązków.

Warto zauważyć, że regulamin organizacyjny ma kluczowe znaczenie dla funkcjonowania podmiotów leczniczych. Jest to dokument, który określa nie tylko zasady działania podmiotu, ale także informuje pacjentów o tym, jakie są ich prawa i obowiązki związane z organizacją procesu udzielania świadczeń. Dlatego też, ważne jest, aby regulamin był jasny, zrozumiały i dostępny dla wszystkich pacjentów.

Podstawowym powodem wypisania pacjenta ze szpitala jest osiągnięcie przez niego takiego stanu zdrowia po przeprowadzonej terapii, który nie wymaga już dalszego leczenia w warunkach stacjonarnych. Oznacza to, że pacjent nie musi już pozostawać w szpitalu na całodobowej opiece, choć może nadal potrzebować dalszej opieki

⁸⁴ U. Walasek-Walczak [w:] Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, red. F. Grzegorzczak, Warszawa 2013, art. 24

ambulatoryjnej, na przykład w poradniach specjalistycznych lub oddziałach dziennych. Ta decyzja nie jest równoznaczna z całkowitym wyleczeniem, ale wskazuje na brak konieczności dalszej hospitalizacji. Przesłanki wypisania pacjenta ze szpitala zostały wskazane przez ustawodawcę w art. 29 u.d.l., który w ust. 1 wskazuje, że „Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje: 1) gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym; 2) na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego; 3) gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.”. W kolejnych ustępach tego artykułu doprecyzowuje zasady wypisania pacjenta na żądanie jego przedstawiciela ustawowego, zasadach informowania o skutkach wypisania na żądanie oraz ewentualnym powiadomieniu osób bliskich w przypadku wypisywanego pacjenta, wobec którego jest uprawdopodobnione, że znajduje się w stanie wyłączającym świadome albo swobodne powzięcie decyzji i wyrażenie woli.

J. Ciechorski za U. Walasek-Walczak wskazuje, że w literaturze prawniczej uznaje się, iż przesłanka wypisania pacjenta ma charakter obiektywny. Oznacza to, że decyzja ta opiera się na rzeczywistym stanie zdrowia pacjenta, a nie na subiektywnych ocenach czy preferencjach.⁸⁵ Autor komentarza do art. 29 u.d.l.⁸⁷ wskazuje, że kluczowe jest tutaj stwierdzenie lekarza o stanie zdrowia pacjenta, co oznacza, że to lekarz ma decydujące słowo w kwestii zakończenia hospitalizacji. Pacjent zazwyczaj nie posiada wystarczającej wiedzy medycznej, aby samodzielnie podejmować decyzje o zakończeniu leczenia stacjonarnego. W praktyce, decyzja o wypisaniu pacjenta jest zatem podejmowana przez lekarza prowadzącego, który ocenia stan zdrowia pacjenta i decyduje, czy dalsze leczenie w szpitalu jest jeszcze potrzebne. Ta decyzja jest oparta na obiektywnych kryteriach medycznych i stanowi część procesu leczenia. W przypadku

⁸⁵ J. Ciechorski [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX/el. 2023, art. 29

⁸⁶ U. Walasek-Walczak [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. F. Grzegorzczak, LEX 2013, art. 29, nt 1)

⁸⁷ J. Ciechorski [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX/el. 2023, art. 29

wątpliwości co do decyzji lekarza, pacjent ma prawo do drugiej opinii medycznej, ale ostateczna decyzja o wypisie należy do lekarza prowadzącego. **J. Ciechorski omawia również ostatnią przyczynę, która może uzasadniać wypisanie pacjenta z placówki oferującej całodobowe, stacjonarne świadczenia zdrowotne, a która jest niezwykle istotna w kontekście realizacji celu niniejszej rozprawy. Jest nią zachowanie pacjenta, które rażąco narusza porządek lub proces leczenia.** Jest to kryterium subiektywne i nie do końca precyzyjne. Ważne jest, aby rozróżnić, że wypisanie nie może nastąpić z powodu zachowań, które jedynie utrudniają udzielanie świadczeń zdrowotnych lub proces leczenia, lecz musi być to zachowanie rażące. Ponadto, należy inaczej oceniać zachowanie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do osób zdrowych psychicznie. Pacjent, który zachowuje się nieodpowiednio, powinien zostać uprzedzony o możliwych konsekwencjach swojego postępowania. Informacje o jego zachowaniu oraz ewentualnych konsekwencjach powinny być zapisane w dokumentacji medycznej, na przykład w raporcie pielęgniarskim. Kluczowym warunkiem, który musi zostać spełniony przed podjęciem decyzji o wypisaniu pacjenta z powodu jego zachowania, jest pewność, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych nie spowoduje bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Jeśli istnieje takie zagrożenie, pacjenta nie można wypisać z placówki, niezależnie od jego zachowania. Ustawodawca w omawianym przez autora komentarza przepisie słusznie przyznaje priorytet ochronie życia i zdrowia, które są wartościami nadrzędnymi. W związku z tym, decyzja o wypisaniu pacjenta z powodu jego zachowania musi być podejmowana z dużą ostrożnością, zawsze z uwzględnieniem bezpieczeństwa i dobra pacjenta oraz innych osób.

Sytuacje, w których odmowa udzielenia świadczeń zdrowotnych pacjentowi, które są przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), może być uzasadniona przez niewłaściwe zachowanie pacjenta wobec personelu medycznego opisuje również T. Zimna. Autorka wskazuje, że w takich przypadkach, świadczeniodawca nie jest odpowiedzialny za odmowę świadczeń, ponieważ to pacjent ponosi odpowiedzialność za stworzenie takich okoliczności. Konflikty z pacjentem, brak zaufania, kwestionowanie kompetencji zawodowych personelu medycznego, a przede wszystkim agresywne zachowania, takie jak obraźliwe słowa czy akty przemocy, są uznawane za uzasadnione powody do odmowy udzielenia świadczenia. Odmowa kontynuowania świadczeń zdrowotnych objętych umową z NFZ oraz „dyscyplinarne” wypisanie pacjenta ze szpitala może być uzasadnione, jeśli pacjent w rażący sposób

narusza porządek lub proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Warunkiem jest, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń nie stwarza bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Naruszenia porządku lub procesu udzielania świadczeń muszą być ciągłe i mogą przybierać różne formy. W praktyce, decyzja o odmowie świadczeń zdrowotnych lub wypisaniu pacjenta ze szpitala z powodów dyscyplinarnych nie jest podejmowana lekkomyślnie. Musi być poprzedzona dokładną oceną sytuacji, w tym zachowania pacjenta i potencjalnego wpływu na proces leczenia oraz bezpieczeństwo innych pacjentów i personelu. W takich przypadkach, personel medyczny i administracyjny szpitala musi dokładnie rozważyć wszystkie aspekty sytuacji, w tym prawa pacjenta do opieki zdrowotnej oraz obowiązek zapewnienia bezpiecznego i efektywnego środowiska leczenia dla wszystkich pacjentów. Warto zauważyć, że każdy przypadek odmowy świadczeń zdrowotnych lub wypisania pacjenta ze względów dyscyplinarnych jest indywidualny i wymaga indywidualnej oceny. Decyzje te powinny być podejmowane z uwzględnieniem wszystkich okoliczności, w tym historii medycznej pacjenta, jego aktualnego stanu zdrowia oraz szczegółów zachowania, które doprowadziło do rozważenia takich działań. Podstawą do odmowy świadczeń zdrowotnych lub wypisania pacjenta może być także obawa o bezpieczeństwo personelu i innych pacjentów. W sytuacjach, gdy pacjent wykazuje agresję lub zachowania zagrażające innym, personel medyczny ma obowiązek podjąć odpowiednie kroki w celu ochrony wszystkich osób przebywających w placówce. Decyzje te powinny być zawsze poparte solidnym uzasadnieniem i dokładną dokumentacją, aby zapewnić, że są zgodne z obowiązującymi przepisami prawnymi oraz standardami etycznymi i zawodowymi.⁸⁸

Autor rozprawy analizował próbkowo regulaminy organizacyjne podmiotów leczniczych w Polsce pod kątem uwzględnienia w nich informacji o obowiązkach pacjentów. W każdym z tych przypadków, obowiązki pacjenta koncentrują się na współpracy z personelem medycznym, przestrzeganiu regulaminów szpitala oraz na dostarczaniu dokładnych i prawdziwych informacji o swoim stanie zdrowia. Dla przykładu, w regulaminie praw i obowiązków pacjenta Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, pacjent ma obowiązek odnosić się życzliwie i kulturalnie do innych pacjentów i personelu szpitala. Jest to wymóg, który bezpośrednio

⁸⁸ T. Zimna, *Nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń* [w:] Kara umowna w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, Wolters Kluwer, Warszawa, 2015, s. 118-125

odnosi się do szacunku w stosunku do personelu medycznego oraz unikania niewłaściwych zachowań. Ponadto, regulamin ten zawiera klauzulę dotyczącą wypisu pacjenta przed zakończeniem procesu diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku rażącego naruszenia regulaminu danego oddziału. Decyzję o takim wypisie podejmuje Dyrektor na wniosek właściwego Ordynatora.⁸⁹ W regulaminie praw i obowiązków pacjenta Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, istnieje zapis mówiący o tym, że pacjent powinien zachowywać się w sposób niezakłócający funkcjonowania szpitala oraz nie naruszający praw innych pacjentów i personelu. W tym przypadku, chociaż nie jest to bezpośrednio określone, wskazanie na prawa personelu może służyć jako uzasadnienie dla wypisu związanego z niestosownym zachowaniem pacjenta godzącym w prawa osoby udzielającej świadczeń.⁹⁰ Również według regulaminu Ginekologiczno – Położniczego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świąickiego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, pacjent ma obowiązek przestrzegania zasad i norm społecznych oraz szanowania spokoju i prywatności innych pacjentów i personelu szpitala. Ponownie, choć nie ma bezpośredniego odniesienia do "niestosownych zachowań", zapis ten sugeruje, że takie zachowania są niedopuszczalne.⁹¹

W ramach przeglądu regulaminów organizacyjnych podmiotów leczniczych dostępnych na stronach internetowych tych podmiotów, autor nie odnalazł takich które zawierałyby katalog zachowań pacjentów, które mogą spowodować ich wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej. Często zawierają one ogólne zasady dotyczące zachowania pacjentów, ale nie precyzują konkretnych zachowań. W praktyce, decyzja o wypisaniu pacjenta z powodu jego zachowania jest zazwyczaj podejmowana na podstawie oceny sytuacji przez personel medyczny, biorąc pod uwagę bezpieczeństwo i dobrostan innych pacjentów oraz personelu.

Wydaje się jednak oczywiste, że do katalogu zachowań pacjentów, które mogą spowodować ich wypisanie w trybie art. 28 ust. 1 pkt 3 u.d.l. należą wykroczenia i czyny zabronione przez kodeks karny. Należy jednak zważyć, że w niektórych przypadkach niestosowne zachowania seksualne pacjentów mogą być wynikiem stanu zdrowia, na przykład zaburzeń psychicznych lub wpływu leków, co autor szeroko opisał w II rozdziale niniejszej rozprawy.

⁸⁹ <https://szpital-zakopane.pl/o-szpitalu/regulaminy-i-dokumenty/prawa-i-obowiazki-pacjenta/>

⁹⁰ <https://www.su.krakow.pl/strefa-pacjenta/prawa-pacjenta>

⁹¹ <https://www.gpsk.ump.edu.pl/pl/regulamin-pobytu-8>

W podmiotach leczniczych regulamin organizacyjny powinien zawierać zasady dotyczące zachowania pacjentów. Te zasady mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa, prywatności i godności wszystkich osób przebywających w placówce. Niestosowne zachowania seksualne pacjentów mogą być traktowane jako naruszenie tych zasad i mogą prowadzić do różnych konsekwencji, w szczególności odmowy dalszego udzielania świadczeń przez fizjoterapeutę i zmianę terapeuty oraz wypisania ze szpitala, a także odpowiedzialności za wykroczenia, karnej i cywilnej, co autor omówił w dalszej części niniejszego rozdziału. W tym miejscu należy jednak wskazać, że w praktyce szpitalnej, wypisanie pacjenta z oddziału z powodu IPSB, szczególnie które nie kwalifikowało się jako czyn zabroniony przez ustawę kodeks karny, jest bardzo mało prawdopodobne, co też wykazały przeprowadzone przez autora niniejszej pracy badania naukowe opisane w IV rozdziale. Wynika to głównie z faktu, że lekarz musiałby przejąć odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta podejmując decyzję, że wypisanie go ze szpitala nie będzie bezpośrednio wpływało na pogorszenie się jego stanu zdrowia. Bez instytucjonalnego, ustawowego wsparcia osoby broniącej praw fizjoterapeutów w szpitalu, szanse na rozpatrzenie wniosku fizjoterapeuty o wypisanie pacjenta ze szpitala, są zdaniem autora nikłe. Co równie ważne, ustawa o działalności leczniczej przewiduje ten środek wyłącznie dla pacjentów hospitalizowanych. Już wskazują przeprowadzone przez autora badania, problem IPSB jest równie widoczny w praktyce ambulatoryjnej. Jako postulat *de lege ferenda* już w tym miejscu, co jednak szerzej zostanie opisane w dalszej części rozprawy, należy wskazać, że ustawa o działalności leczniczej powinna zawierać rozwiązania umożliwiające zakończenie procesu rehabilitacyjnego w praktyce ambulatoryjnej oraz skierowanie pacjenta do innego podmiotu leczniczego.

3.2. ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA WYKROCZENIA I KARNA

Istotnym w kontekście przedmiotu niniejszej rozprawy jest omówienie wykroczenia „nieobyczajnego wybryku” określonego w art. 140 kodeksu wykroczeń.⁹² W doktrynie podkreśla się, że chronionym dobrem jest obyczajność publiczna. Wykroczenie to jest uznawane za formalne, co oznacza, że do jego popełnienia nie jest wymagane wywołanie realnej zmiany w świecie zewnętrznym – wystarczy samo

⁹² Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2119)

zachowanie, które jest penalizowane, czyli publiczne dopuszczenie się nieobyczajnego wybryku. Wykroczenie to może przyjąć różne formy działania i jest uznawane za wykroczenie o charakterze powszechnym, co oznacza, że może je popełnić każdy, kto jest zdolny do ponoszenia odpowiedzialności prawnej w ramach prawa wykroczeń. W przytoczonej analizie A. Wróbel omawia interpretację terminu "publiczne dopuszczenie się wykroczenia", szczególnie w kontekście nieobyczajnego wybryku określonego w art. 140 kodeksu wykroczeń. Słowo "dopuszczać się" w języku polskim zazwyczaj oznacza wykonywanie czynności, często o negatywnym zabarwieniu, takich jak popełnianie czegoś złego. Z kolei termin "publiczny" odnosi się do czegoś, co jest ogólnie dostępne, jawne, odbywa się w miejscu dostępnym dla wszystkich lub jest związane z działalnością urzędową czy instytucjonalną.⁹³

Sąd Najwyższy w postanowieniu z 2018 roku⁹⁴ definiuje działanie "publiczne" jako takie, które odbywa się w miejscu lub w okolicznościach, gdzie zachowanie sprawcy jest lub może być widoczne dla nieokreślonej liczby osób. Ważne jest, że sprawca zdaje sobie sprawę z tej możliwości i akceptuje ją. Ta interpretacja jest już ugruntowana zarówno w doktrynie, jak i w orzecnictwie. Interesujące jest, że wybryk nie musi mieć miejsca w przestrzeni publicznej, aby zostać uznany za publiczny. Wystarczy, że może być zauważony przez innych. Odwrotnie, wybryk dokonany w miejscu publicznym, ale niewidoczny dla innych, nie powinien być traktowany jako wykroczenie zgodnie z art. 140 k.w. W doktrynie podkreśla się, że nie każde działanie w miejscu publicznym jest automatycznie działaniem publicznym. Ważne jest, aby rozróżnić te dwa pojęcia w kontekście prawnym

Kwestia nieobyczajnego wybryku dotyczy zachowań, które są sprzeczne z powszechnie akceptowanymi normami społecznymi i moralnymi. Słowo "nieobyczajny" odnosi się do czegoś, co jest niemoralne, nieprzyzwoite, a "wybryk" to działanie, które odbiega od standardowych zachowań lub norm. Nieobyczajność jest przeciwieństwem obyczajności, czyli zasad moralnych rządzących społecznymi interakcjami, szczególnie w kontekście seksualnym.

Sąd Najwyższy w postanowieniu również z 2018 roku definiuje wybryk jako zachowanie, które jest zaskakujące i negatywnie odbierane przez społeczeństwo w danych okolicznościach. Nie każde działanie, które jest nietypowe lub niezgodne z normami, może być uznane za wybryk. Aby zostać uznane za nieobyczajny wybryk,

⁹³ A. Wróbel, Nieobyczajny wybryk (art. 140 k.w.) *Acta Iuridica Resoviensia*, nr 2 (33), 2021, s. 216–226

⁹⁴ Postanowienie SN z dnia 17 kwietnia 2018 r. o sygn. akt IV KK 296/17

działanie musi być rażąco sprzeczne z akceptowanymi normami i wywoływać negatywne reakcje, takie jak oburzenie czy odraza.⁹⁵

Dalej A. Wróbel wskazuje, że nieobyczajny wybryk nie musi być zawsze związany z zachowaniami seksualnymi. Może to być również zachowanie ordynarne, prostackie lub obrzydliwe, które wywołuje powszechne potępienie. Przykłady takich wybryków to publiczne załatwianie potrzeb fizjologicznych, obnażanie się, czy wykonanie obelżywego gestu w miejscu publicznym. Warto zauważyć, że nieobyczajny wybryk może mieć miejsce nawet w kontekście pewnych form sztuki, które opierają się na niemoralnych lub oburzających zachowaniach. Jednakże, nawet w ramach artystycznego wyrazu, nie można akceptować zachowań, które rażąco naruszają moralność i porządek publiczny, takich jak ekshibicjonizm czy publiczne prezentowanie nagości czy czynności seksualnych. Kontratyp sztuki powinien być stosowany z umiarem, ponieważ wolność artystyczna nie zawsze usprawiedliwia zachowania sprzeczne z obyczajnością.⁹⁶

Analiza art. 140 kodeksu wykroczeń wskazuje, że w wielu sytuacjach, czynność kwalifikowana jako IPSB nie będzie mogła zostać zakwalifikowana jako opisywane wykroczenie. Wynika to zdaniem autora z interpretacji dostępnej w przytoczonym już postanowieniu Sądu Najwyższego z 2018 roku⁹⁷, w którym Sąd Najwyższy definiuje działanie "publiczne" jako takie, które odbywa się w miejscu lub w okolicznościach, gdzie zachowanie sprawcy jest lub może być widoczne dla nieokreślonej liczby osób. Odwrotnie, wybryk dokonany w miejscu publicznym, ale niewidoczny dla innych, nie powinien być traktowany jako wykroczenie zgodnie z art. 140 k.w. Należy wskazać, że bardzo często gabinety fizjoterapeutyczne jak i generalnie co raz częściej gabinety lekarskie i pielęgniarские są tak skonstruowane, aby podczas udzielania świadczeń, nie można było wejść do tego gabinetu bez zaproszenia personelu. Taka techniczna blokada, może uniemożliwić zakwalifikowanie czynu jako wykroczenia z art. 140, bowiem zachowanie pacjenta w tej sytuacji nie było ani nie mogłoby być widoczne dla nieokreślonej liczby osób. Również istotne może mieć tutaj znaczenie, że sprawca IPSB nie działa z zamiarem publicznego działania nieobyczajnego, bowiem jego działanie jest typowo ukierunkowane wobec jednej osoby. Argumentem obrony przed

⁹⁵ Wyrok SN z dnia 30 stycznia 2018 r. o sygn. akt IV KK 475/17

⁹⁶ A. Wróbel, Nieobyczajny wybryk (art. 140 k.w.) *Acta Iuridica Resoviensia*, nr 2 (33), 2021, s. 216–226

⁹⁷ Postanowienie SN z dnia 17 kwietnia 2018 r. o sygn. akt IV KK 296/17

zakwalifikowaniem tej czynności jako wykroczenia sankcjonowanego art. 140 kodeksu wykroczeń, mogłoby być uznanie, że sprawca IPSB nie popełniłby tego czynu wiedząc, że czyn mógłby być zauważony przez inne osoby, a jego zamiarem było jedynie nawiązanie bliższej relacji lub „schlebianie” fizjoterapeucie. W tym miejscu należałoby również rozważyć skonstruowanie postulatu *de lege ferenda* nowelizacji kodeksu wykroczeń poprzez dodanie nowego wykroczenia polegającego na niestosownym zachowaniu seksualnym pacjentów. Podmiotem tego czynu byłoby wyłącznie pacjenci w rozumieniu przepisów u.p.r.

Niestosowne Zachowanie Seksualne Pacjenta może w zależności od treści i formy zachowania wyczerpać znamiona czyn zabronionego przez kodeks karny. W tym kontekście, autor niniejszej rozprawy postanowił omówić przestępstwa znieważenia (art. 216 k.k.), zniesławienia (art. 212 § 1 k.k.), uporczywego nękania (art. 190a §1 k.k.), naruszenia nietykalności cielesnej (art. 217 § 1 k.k.) oraz zgwałcenia (art. 197 k.k.).

Artykuł 216 kodeksu karnego reguluje kwestie odpowiedzialności prawnej za znieważenie, które jest uznawane za atak na godność osobistą jednostki. Znieważenie, zgodnie z powszechnym rozumieniem, jest działaniem, które narusza godność człowieka, będącą jednym z podstawowych dóbr osobistych. Jest to ważne, ponieważ godność jest chroniona zarówno przez przepisy karnoprawne, jak i konstytucyjne. W kodeksie karnym z 1969 roku⁹⁸ znieważenie było zagrożone karą pozbawienia wolności do roku, karą ograniczenia wolności lub grzywną, a ściganie odbywało się z oskarżenia prywatnego. W nowym kodeksie karnym, art. 216 k.k. został rozbudowany, wprowadzając nowe typy przestępstw i zaostrzając kary. W typie podstawowym (art. 216 § 1 k.k.) przewidziano karę grzywny lub ograniczenia wolności za znieważenie innej osoby, natomiast w typie kwalifikowanym (art. 216 § 2 k.k.), dotyczącym znieważenia za pomocą środków masowego komunikowania, zagrożenie karą zostało zwiększone do pozbawienia wolności do roku. Ściganie zniewagi odbywa się z oskarżenia prywatnego. Artykuł 216 § 3 k.k. przewiduje instytucje prowokacji i retorsji. Ustawodawca wskazał bowiem, że „Jeżeli zniewagę wywołało wyzywające zachowanie się pokrzywdzonego albo jeżeli pokrzywdzony odpowiedział naruszeniem nietykalności cielesnej lub zniewagą wzajemną, sąd może odstąpić od wymierzenia kary.” Artykuł 216 § 1 k.k. definiuje trzy

⁹⁸ Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz.U. 1969 nr 13 poz. 94)

rodzaje zniewagi: bezpośrednią (w obecności znieważanego), zaoczną publiczną (pod nieobecność znieważanego, ale publicznie) oraz zaoczną niepubliczną (pod nieobecność znieważanego, ale z zamiarem dotarcia do niego). Jak wskazuje M. Mozgawa⁹⁹, w kwestii zamiaru, przeważa pogląd, że zniewaga może być popełniona zarówno z zamiarem bezpośrednim, jak i ewentualnym. Zniewaga jest uznawana za przestępstwo formalne, co oznacza, że do jego dokonania nie jest konieczny żaden konkretny skutek, jak poczucie dotknięcia przez adresata znieważającej wypowiedzi. Przestępstwo zniewagi jest kategorią przestępstwa przeciwko czci i godności osobistej, które jest regulowane w różnych systemach prawnych na całym świecie. Zniewaga jako czyn zabroniony, polega na obraźliwym zachowaniu wobec innej osoby, które może przybierać różne formy, od słownych wypowiedzi po działania symboliczne. Zniewaga jest przestępstwem, które dotyka sfery moralnej i emocjonalnej osoby pokrzywdzonej. Może być ona wyrażona w formie słów, gestów, obrazów, a nawet zachowań, które mają na celu poniżenie, obrażenie lub wyśmianie innej osoby. W zależności od jurysdykcji, przestępstwo to może być traktowane jako wykroczenie lub przestępstwo kryminalne. Przestępstwo zniewagi może być popełnione zarówno w obecności pokrzywdzonego, jak i poza nią. W przypadku znieważenia w obecności pokrzywdzonego, istotne jest, aby pokrzywdzony mógł zrozumieć znaczenie zachowania sprawcy. Natomiast w przypadku znieważenia poza obecnością pokrzywdzonego, ważne jest, aby zachowanie to dotarło do pokrzywdzonego lub do osób trzecich. W takiej sytuacji zniewaga może przybrać formę publiczną, np. poprzez publikację obraźliwych treści w Internecie czy mediach.¹⁰⁰ Znieważenie, aby zostało uznane za przestępstwo, musi być popełnione umyślnie i może obejmować różne zachowania, które godzą w godność ofiary, traktując ją jako obiekt seksualny. Mogą to być nieprzyzwoite propozycje, gesty, epitety, a także zachowania, które naruszają nietykalność cielesną.

Kolejny czyn zabroniony, który sam w sobie nie jest Niestosownym Zachowaniem Seksualnym Pacjenta, ale może być z nim bezpośrednio związany to zniesławienie opisane w art. 212 kodeksu karnego¹⁰¹, który w §1 wskazuje, że „Kto pomawia inną osobę, grupę osób, instytucję, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną niemającą osobowości prawnej o takie postępowanie lub właściwości, które mogą

⁹⁹ M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, Kodeks karny. Komentarz, wyd. VII, Warszawa, 2015, art. 216

¹⁰⁰ J. Sobczak, *Przestępstwo zniewagi*, Themis Polska Nova, nr 1(1), Wydawnictwo Adam Marszałek, 2011, s. 260–287

¹⁰¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17)

poniżyć ją w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania potrzebnego dla danego stanowiska, zawodu lub rodzaju działalności, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.” Taka sytuacja może mieć miejsce, gdy dla przykładu Pacjent dopuścił się niestosownego zachowania seksualnego w trakcie udzielania świadczenia przez fizjoterapeutę poprzez gorszące wypowiedzi do niego kierowane, a następnie opowiadanie pacjentom z oddziału, że fizjoterapeuta na skutek tego osiągnął podniecenie. Taka sytuacja może mieć miejsce w szczególności w odwecie za zwrócenie uwagi przez fizjoterapeutę, że takie zachowanie jest niestosowne.

Jak wskazuje M. Mozgawa¹⁰², ochrona w ramach tego artykułu dotyczy części zewnętrznej osoby, czyli szacunku i poważania, jakim dana osoba cieszy się w społeczeństwie, w przeciwieństwie do znieważenia, które dotyczy części wewnętrznej, czyli godności osobistej. Pomówienie musi dotyczyć określonego postępowania lub właściwości, które mogą obniżyć daną osobę w opinii publicznej lub narazić na utratę zaufania, przy czym nie jest istotne, czy pomówienie faktycznie spowodowało te skutki. Może ono nastąpić poprzez podanie informacji, nawet w formie podejrzenia lub powtarzania pogłoski, niezależnie od tego, czy pomawiający sam był źródłem tych informacji. Zniesławienie, rozumiane zarówno w swojej podstawowej jak i bardziej zaostrej, kwalifikowanej formie, jest uznawane za przestępstwo formalne, które może być popełnione świadomie, z zamiarem bezpośrednim lub pośrednim. Oznacza to, że osoba dopuszczająca się zniesławienia musi mieć świadomość swoich działań i zamierzać osiągnąć określony efekt, czy to bezpośrednio, czy też akceptując możliwość jego wystąpienia. Ponadto, pomówienie musi stwarzać realne niebezpieczeństwo pogorszenia opinii publicznej o pomówionej osobie. Jeśli pomówienie wpływa wyłącznie na sferę osobistą i nie szkodzi publicznej reputacji, nie podlega karze na mocy tego artykułu. Ściganie przestępstwa zniesławienia, zarówno w formie podstawowej, jak i kwalifikowanej, odbywa się z oskarżenia prywatnego. W kontekście relacji medyk-pacjent, pomówienie może być szczególnie szkodliwe, ponieważ dotyczy zawodu opartego na zaufaniu i profesjonalizmie. Dlatego ważne jest, aby zarówno medycy, jak i pacjenci byli świadomi swoich praw i możliwości ochrony swojej reputacji w przypadku pomówienia.¹⁰³ Polskie prawo karne traktuje bardzo poważnie kwestie znieważenia

¹⁰² M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, Kodeks karny. Komentarz, wyd. VII, Warszawa, 2015, art. 212

¹⁰³ M. Filar, *Odpowiedzialność karna za pomówienie* [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa, 2004, s. 299-315

i zniesławienia, uznając je za przestępstwa przeciwko godności osobistej. Odpowiedzialność za te czyny jest regulowana przez kodeks karny, który przewiduje różne rodzaje kar, w zależności od okoliczności i sposobu popełnienia przestępstwa. Ważne jest, że zarówno zniesławienie, jak i znieważenie, naruszając dobra osobiste, nie wykluczają możliwości wystąpienia z roszczeniem na podstawie przepisów prawa cywilnego, nawet jeśli działanie nie spełnia cech przestępstwa. Oznacza to, że osoba pokrzywdzona może dochodzić swoich praw również w ramach prawa cywilnego, niezależnie od tego, czy doszło do skazania sprawcy za przestępstwo zniesławienia lub znieważenia.

Przy okazji omawiania czynów zabronionych związanych z Niestosownymi Zachowaniami Seksualnymi Pacjentów, warto wskazać, że z uwagi na specyfikę świadczeń udzielanych przez fizjoterapeutów, które często są rozciągnięte w czasie, w przypadku np. pobytu na oddziałach rehabilitacyjnych czy terapii ambulatoryjnej oraz również, z uwagi na dostępność profesjonalistów medycznych w Intranecie, za pośrednictwem portali do ich oceny czy umawiania wizyt ambulatoryjnych, warte omówienia wydaje się przestępstwo uporczywego nękania, określone w polskim prawie w art. 190a k.k. Jest to forma przestępstwa polegającego na uporczywym nękanii innej osoby, które może przybierać różne formy, od nieustannego niepokojenia, dokuczania, aż po prześladowanie i dręczenie. Przestępstwo to często ma podłoże emocjonalne, takie jak zazdrość, nieodwzajemnione uczucia, zdrada czy złość i charakteryzuje się powtarzalnością określonych zachowań sprawcy wobec ofiary. Uporczywe nękanie obejmuje szeroki zakres zachowań, od uporczywych kontaktów osobistych, przez komunikację za pomocą środków teleinformatycznych, po groźby, szantaże, czy fizyczne napaści. Aby uznać działanie za uporczywe nękanie, musi ono spełniać określone kryteria: być działaniem powtarzającym się i trwającym przez pewien czas oraz być uporczywe. Oznacza to, że zachowanie musi być nieustanne, uciążliwe, długotrwałe i powtarzające się, a także negatywnie zabarwione z uwagi na złą wolę sprawcy. Ważnym aspektem jest również szczególne nastawienie psychiczne sprawcy, które jest nieustępliwe i przesyczone chęcią postawienia na swoim, a także trwanie takiego stanu przez dłuższy czas.¹⁰⁴

¹⁰⁴ H. Szewczyk, Stalking (art. 190a k.k.) [w:] Równość płci w zatrudnieniu, Wolters Kluwer, Warszawa, 2017, s. 549-552

Oczywistym czynem zabronionym omawianym przy okazji Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów wydaje się być czyn stypizowany w art. 217 k.k., który określa, że „Kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.”. W § 3 zostało określone, że ściganie odbywa się z oskarżenia prywatnego.

Artykuł 217 k.k. dotyczy ochrony nietykalności cielesnej, co jest uznawane za przestępstwo polegające na nieuprawnionym fizycznym oddziaływaniu na ciało innej osoby. Nietykalność cielesna jest rozumiana jako prawo do swobody zarządzania własnym ciałem i unikania niechcianych kontaktów fizycznych. Naruszenie nietykalności cielesnej może przyjmować różne formy, począwszy od bezpośredniego kontaktu fizycznego, takiego jak uderzenie, szczypanie czy kopnięcie, aż po działania pośrednie, na przykład wywołanie strachu, które prowadzi do fizycznego urazu. W praktyce istnieje wiele różnych zachowań, które mogą być uznane za naruszenie nietykalności cielesnej. Na przykład, popychanie jest często dyskutowane w kontekście tego przestępstwa. Sąd Najwyższy w Polsce zwraca uwagę na różnice między takimi działaniami jak popychanie i odpychanie, podkreślając różny stopień aktywności i złej woli sprawcy. Przestępstwo naruszenia nietykalności cielesnej jest umyślne i polega na wywołaniu u pokrzywdzonego poczucia naruszenia jego nietykalności. Ważne jest, że nie jest konieczne wywołanie bólu, ale działanie musi mieć charakter fizyczny.¹⁰⁵

Przestępstwo naruszenia nietykalności cielesnej, określone w artykule 217 Kodeksu Karnego, ma na celu ochronę bardzo ważnego dobra, jakim jest nietykalność cielesna. To dobro ma szczególne znaczenie w polskim systemie prawnym, co podkreśla również Konstytucja RP. Artykuł 41 ust. 1 Konstytucji gwarantuje każdej osobie nietykalność osobistą oraz wolność osobistą.¹⁰⁶

W literaturze prawniczej podkreśla się, że chronionym dobrem jest prawo do integralności osobistej. Oznacza to, że każdy ma prawo do wolności od niechcianych interwencji fizycznych w swoje ciało oraz do swobody zarządzania własnym ciałem. Dodatkowo, naruszenie nietykalności cielesnej jest postrzegane jako naruszenie godności człowieka, ponieważ polega na nieuprawnionym wkraczaniu w sferę cielesności osoby, która na to nie wyraziła zgody. Sąd Najwyższy w wyroku z 23 maja 2019 roku podkreślił,

¹⁰⁵ M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, Kodeks karny. Komentarz, wyd. VII, Warszawa, 2015, art. 217

¹⁰⁶ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483)

że nietykalność cielesna jest jednym z dóbr osobistych, rozumianych jako wolność od fizycznych oddziaływań na ciało oraz od niepożądanych doznań.¹⁰⁷

Zawód fizjoterapeuty jest uznawany za zawód medyczny zaufania publicznego, co zostało zapisane w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty. Mimo tego, fizjoterapeuci nie są traktowani jako funkcjonariusze publiczni, co oznacza, że nie korzystają z takiej samej specjalnej ochrony prawnej, jaką mają inne zawody medyczne zaufania publicznego, takie jak lekarze, pielęgniarki czy ratownicy medyczni. Brak przypisania fizjoterapeutom statusu funkcjonariusza publicznego oznacza, że nie są oni objęci dodatkowymi środkami ochrony prawnej, które są dostępne dla innych zawodów medycznych. W przeciwieństwie do zawodu fizjoterapeuty, przestępstwa przeciwko tym osobom mogą być traktowane jako przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu, co wiąże się z surowszymi karami. Przykłady takich przestępstw obejmują znieważenie funkcjonariusza publicznego, wywieranie wpływu na czynności służbowe, czy naruszenie nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego. Warto podkreślić, że podobne przestępstwa wobec osób prywatnych są traktowane przez polskie prawo znacznie łagodniej. W przypadku przestępstw przeciwko pracownikom ochrony zdrowia, ściganie odbywa się z oskarżenia publicznego. Oznacza to, że organy ścigania, takie jak policja i prokuratura, mają obowiązek aktywnie działać w celu wykrycia i pociągnięcia do odpowiedzialności sprawców, bez konieczności składania przez pokrzywdzonego wniosku o ściganie.¹⁰⁸

Omówienie ostatniego czynu zabronionego w ramach odpowiedzialności karnej pacjentów za niestosowne zachowanie seksualne, to jest przestępstwa zgwałcenia, może wydawać się nierozsądne z uwagi na to, że ciężko określić je za „niestosowne”. Przedstawienie tego przestępstwa w analizie prawnej zjawiska Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów ma jednak znaczenie w kontekście konieczności uzyskania pełnego obrazu możliwych problemów w relacjach pacjentów z fizjoterapeutami z uwagi na specyfikę udzielanych przez nich świadczeń. Szczególnie istotne jest, aby czyny te, nie wymykały się z potencjalnych systemów raportowania o Niestosownych Zachowaniach Seksualnych Pacjentów.

¹⁰⁷ Wyrok SN z dnia 23 maja 2019 r. o sygn. akt III PK 72/18

¹⁰⁸ M. Mikos, M. Curyło, M. Rynkiewicz-Andryśkiewicz, T. Pęcherz, E. Kucharska, J. W. Raczkowski, *Legal protection of the physiotherapist as a profession of public trust, Ochrona prawna fizjoterapeuty jako zawodu zaufania publicznego*, Fizjoterapia Polska, Polish Journal of Physiotherapy, 2021, 3/2021, s. 194-196

Artykuł 197 k.k. dotyczy ochrony wolności seksualnej i obyczajności, zakazując wymuszonego seksu i innych przymusowych czynności seksualnych. Zgwałcenie jest uznawane za przestępstwo tylko wtedy, gdy nie ma zgody osoby pokrzywdzonej na działania sprawcy. Zgoda na stosunek seksualny lub inną czynność seksualną wyklucza popełnienie przestępstwa zgwałcenia, choć w praktyce może być trudno ustalić, czy opór był rzeczywisty czy pozorny. Zgwałcenie definiuje się jako zmuszenie kogoś do obcowania płciowego poprzez użycie przemocy, groźby bezprawnej lub podstępu co wynika z § 1 tego artykułu. W § 2 z kolei ustawodawca wskazał, że „Jeżeli sprawca, w sposób określony w § 1, doprowadza inną osobę do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”. „Inna czynność seksualna” to działanie związane z życiem płciowym, które nie jest stosunkiem, ale wymaga kontaktu cielesnego o charakterze seksualnym. Nie każda ingerencja w narządy płciowe z użyciem przemocy, groźby lub podstępu jest zgwałceniem. Musi to być działanie o charakterze seksualnym. Zgwałcenie jest przestępstwem materialnym, co oznacza, że musi dojść do aktu seksualnego lub innej czynności seksualnej. Zgwałcenie może być popełnione przez każdego, niezależnie od płci, orientacji seksualnej czy relacji z ofiarą, w tym w małżeństwie. Zgwałcenie, zdefiniowane w art. 197 Kodeksu Karnego, jest przestępstwem umyślnym, które wymaga bezpośredniego zamiaru sprawcy. Nie chodzi tu o samą motywację seksualną sprawcy, ale o naruszenie wolności seksualnej ofiary. Zgwałcenie może być popełnione nie tylko przez przymus fizyczny, ale także przez groźby lub podstęp. Zgwałcenie jest ścigane z urzędu, co oznacza, że do wszczęcia postępowania nie jest wymagane zawiadomienie ofiary.¹⁰⁹

Sprawca IPSB może być pociągnięty do odpowiedzialności karnej w sytuacji, gdy IPSB wyczerpie znamiona opisanych powyżej czynów zabronionych. Należy mieć jednak na uwadze, że w istotnej części IPSB nie dochodzi w stosunku do fizjoterapeuty, do penalizowanego przez art. 217 § 1 k.k. naruszenia nietykalności cielesnej. W części przypadków czyny te mogą zostać zakwalifikowane jako uporczywe nękanie sankcjonowane w art. 190a §1 k.k. Jak pokazują wyniki przeprowadzonego przez badania autora, pomimo, że znacząca ilość czynów mogłaby być zakwalifikowana jako czyn penalizowany przed kodeks karny lub kodeks wykroczeń, wyłącznie dwóch

¹⁰⁹ M. Mozgawa [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, Kodeks karny. Komentarz, wyd. VII, Warszawa, 2015, art. 197

fizjoterapeutów, którzy doświadczyli IPSB wykorzystało środki prawne do pociągnięcia do odpowiedzialności pacjenta, który dopuścił się IPSB. Informacja ta zostanie zestawiona z innymi pozyskanymi w toku badania naukowego w IV rozdziale niniejszej pracy, należy jednak wskazać, że pociągnięcie sprawcy IPSB do odpowiedzialności karnej, już z samego katalogu czynów zabronionych może wydawać się trudne do osiągnięcia. Zważając na wnioski wyciągnięte we wcześniejszej części tego rozdziału dotyczące praktycznie nieosiągalnych środków umożliwiających „dyscyplinarne” wypisanie pacjenta ze szpitala oraz brak takowych w przypadku form ambulatoryjnych udzielania świadczeń zdrowotnych przez fizjoterapeutów, w zestawieniu z dostępnymi, aczkolwiek możliwymi do wykorzystania w stosunkowo niewielkiej części zachowań typu IPSB środkami wynikającymi z czynów sankcjonowanych przez kodeks karny lub kodeks wykroczeń, wydaje się, że pociągnięcie do odpowiedzialności sprawcy IPSB jest w praktyce istotnie utrudnione. Teza ta zostanie szczegółowo przeanalizowana w zestawieniu z dostępnymi wynikami badań przeprowadzonymi przez autora niniejszej rozprawy, jednak przedtem autor postanowił dokonać analizy możliwości pociągnięcia pacjenta do odpowiedzialności cywilnej.

3.3 ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

W polskim systemie prawnym nie istnieje jednoznaczna, legalna definicja dóbr osobistych. W art. 23 k.c. ustawodawca przedstawił otwarty katalog dóbr, które są chronione prawnie, obejmując takie wartości jak zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia, nazwisko lub pseudonim, wizerunek, tajemnica korespondencji, nietykalność mieszkania, a także twórczość naukową, artystyczną, wynalazczą i racjonalizatorską. Brak precyzyjnej definicji dobra osobistego wynika z trudności w uogólnieniu tego pojęcia, które jest interpretowane indywidualnie w zależności od konkretnego przypadku, dając pewną swobodę decyzyjną. Jak wskazuje A. Puchała, w historii polskiego prawa różni autorzy próbowali zdefiniować dobra osobiste. F. Zoll uważał, że są to prawa podmiotowe związane z wolnością i nietykalnością osobistą, zarówno fizyczną, jak i psychiczną. S. Grzybowski przedstawił koncepcję subiektywistyczną, według której istnienie dobra osobistego zależy od osobistego odczucia podmiotu. Jednakże ta koncepcja nie znalazła szerokiego poparcia, ponieważ naruszenie dobra osobistego

powinno być oceniane na podstawie obiektywnych kryteriów.¹¹⁰ Sąd Najwyższy uznał, że ochronie podlegają również dobra związane ze sferą życia intymnego, prywatnego i rodzinnego. Mimo że art. 23 k.c. wymienia podstawowe chronione dobra osobiste, nie uwzględnia on życia, które jest chronione przez Konstytucję RP.¹¹¹ Ochrona życia ludzkiego ma głównie charakter karnoprawny, ale w prawie cywilnym może przyjąć formę roszczenia prewencyjnego, czyli żądania zaprzestania działań zagrażających życiu. Sąd Najwyższy zdefiniował dobro osobiste jako zespół czynników zapewniających rozwój osobowości, ochronę egzystencji i prawo do korzystania z dóbr społeczno-ekonomicznych.¹¹²

Dobra osobiste charakteryzują się bezwzględnością (skutecznością *erga omnes*) i niemajątkowością, co oznacza, że nie można ich przeliczyć na wartość pieniężną, choć mogą mieć wpływ na sferę majątkową, na przykład poprzez komercjalizację wizerunku czy nazwiska. Dobra osobiste powstają z chwilą narodzin i wygasają ze śmiercią, choć niektóre z nich mogą przetrwać po śmierci, jak na przykład twórczość czy kult pamięci. Nie można ich przenieść na inną osobę, ponieważ są ściśle związane z danym podmiotem.¹¹³

W Polsce, ochrona dóbr osobistych jest złożona i wielowymiarowa, obejmująca różne dziedziny prawa. Choć prawo karne oferuje podstawową ochronę, to jednak jest ona ograniczona w zakresie i zakresie chronionych dóbr. Z drugiej strony, prawo cywilne oferuje bardziej kompleksowe podejście, umożliwiając ochronę szerszego zakresu dóbr osobistych, w tym tych trudnych do jednoznacznej definicji.¹¹⁴

Naruszenie dóbr osobistych w obecnych czasach jest zjawiskiem coraz bardziej rozpowszechnionym, co jest w dużej mierze efektem szybkiego postępu technologicznego. Rozwój technologii umożliwił szerszemu gronu osób dostęp do nowoczesnych narzędzi, co z kolei przyczynia się do łatwiejszego rozpowszechniania fałszywych informacji i naruszania prywatności innych osób, szczególnie za pośrednictwem mediów społecznościowych, Internetu, telewizji i prasy. W obliczu tych

¹¹⁰ A. Puchała, *Pojęcie dóbr osobistych*, [w:] Dobra osobiste, I. Lewandowska-Malec, C.H. Beck, Warszawa, 2017, s. 25-40

¹¹¹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 1984 r., sygn. akt I CR 400/83, OSNC 184/11/195

¹¹² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1977 r., sygn. akt II CR 187/77

¹¹³ J. Szczechowicz, *Prawne aspekty ochrony dóbr osobistych*, Media – Kultura – Komunikacja Społeczna, Tom 8, 2012, s. 164-177

¹¹⁴ K. Sowirka, Przestępstwo „kradzieży tożsamości” w polskim prawie karnym, *Ius Novum*, Tom 7 nr 1 (2013), 2013, s. 64-80

wyzwań, prawo musi dostosowywać się, aby zapewnić skuteczną ochronę przed takimi naruszeniami.¹¹⁵

W polskim prawie cywilnym, ochrona dóbr osobistych jest zagwarantowana przez art. 24 §1 kodeksu cywilnego. Ochrona ta aktywuje się, gdy istnieje zagrożenie naruszenia tych dóbr przez działanie innych, które jest niezgodne z prawem lub zasadami współżycia społecznego. Oznacza to, że nie tylko faktyczne naruszenie, ale już samo zagrożenie naruszenia upoważnia do podjęcia działań prawnych.¹¹⁶ Zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego¹¹⁷, działanie uznaje się za bezprawne, gdy jest sprzeczne z prawem lub zasadami współżycia społecznego. Ważne jest, aby obawa przed naruszeniem była przedstawiona w sposób obiektywny i realny. Oznacza to, że ocena, czy doszło do naruszenia dobra osobistego, nie może opierać się wyłącznie na subiektywnym przekonaniu poszkodowanego. W ocenie bezprawności działania należy uwzględnić obiektywne kryteria, takie jak odczucia szerszego grona osób i obowiązujące normy społeczne.

Jak wskazuje T. Sokołowski w komentarzu do art. 24 k.c.¹¹⁸, w doktrynie prawniczej istnieje debata na temat tego, jak definiować dobra osobiste i jak oceniać ich naruszenie. Według autora komentarza istnieją dwie główne koncepcje dotyczące dóbr osobistych. Pierwsza z nich traktuje dobra osobiste jako osobiste prawa podmiotowe, które nie mają fizycznego przedmiotu, ale są chronione normami prawnymi. Druga koncepcja skupia się na behawioralnym aspekcie dóbr osobistych, traktując je jako wartości związane z wewnętrznym życiem człowieka, takie jak uczucia czy stan psychiczny. W praktyce sądowej i doktrynie prawniczej istnieje tendencja do przyjmowania obiektywnego podejścia do oceny naruszenia dóbr osobistych. Oznacza to, że naruszenie ocenia się na podstawie obiektywnych kryteriów, takich jak społeczne i moralne normy, a nie tylko na podstawie subiektywnych odczuć osoby pokrzywdzonej. Jednakże w niektórych przypadkach, szczególnie gdy chodzi o dobra osobiste ściśle związane z psychiką jednostki, stosuje się również subiektywne kryteria. W doktrynie prawniczej istnieje również trzeci pogląd, który kwestionuje istnienie osobistych praw podmiotowych jako takich, argumentując, że dobra osobiste są zbyt ściśle związane

¹¹⁵ T. Targosz, *Naruszenia dóbr osobistych w Internecie - rewolucja orzecznictwa*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace z Prawa Własności Intelektualnej, 2018, nr 2, s. 94-120

¹¹⁶ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1061)

¹¹⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 października 1982 r., sygn. akt I CR 239/82

¹¹⁸ T. Sokołowski [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna, wyd. II, red. A. Kidyba, Warszawa 2012, art. 24

z osobą, aby mogły stanowić oddzielny przedmiot praw podmiotowych. W kontekście art. 23 i 24 k.c., istotne jest rozróżnienie między samym naruszeniem dobra osobistego a bezprawnym naruszeniem. Naruszenie dobra osobistego może mieć miejsce, gdy przekroczone zostają granice ochrony przewidziane przez prawo. Jednakże dla powstania roszczenia o ochronę dobra osobistego konieczna jest bezprawność tego naruszenia.

W prawie polskim istnieje domniemanie bezprawności naruszenia dóbr osobistych, co oznacza, że osoba naruszająca musi udowodnić, że jej działanie było zgodne z prawem. Pozwany może obronić się, udowadniając, że jego działanie nie było bezprawne, na przykład poprzez wykazanie, że działał w obronie uzasadnionego interesu. W takim przypadku nie można mówić o odpowiedzialności za naruszenie dóbr osobistych. Warto zauważyć, że naruszenie dóbr osobistych może wynikać nie tylko z aktywnego działania, ale również z zaniechania. Przykładem może być nieusunięcie obraźliwych informacji z publicznej tablicy ogłoszeń. Odpowiedzialność za naruszenie dobra osobistego może ponieść zarówno osoba fizyczna, jak i prawna, niezależnie od ich zdolności do czynności prawnych. Poszkodowany w przypadku naruszenia dóbr osobistych ma prawo domagać się nie tylko zaniechania naruszającego działania, ale również podjęcia działań mających na celu naprawienie wyrządzonej szkody. Może to obejmować na przykład złożenie sprostowania lub przeprosin w odpowiedniej formie i treści. Sąd może ocenić, czy żądana treść oświadczenia jest odpowiednia do usunięcia skutków naruszenia. Istnieje również możliwość skorzystania z powództwa o ustalenie na podstawie art. 189 kodeksu postępowania cywilnego. Jest to środek subsydiarny, stosowany, gdy inne środki ochrony są niewystarczające lub niedostępne. Aby skorzystać z tego środka, powód musi wykazać posiadanie interesu prawnego.¹¹⁹

Ochrona dóbr osobistych obejmuje zarówno aspekty niemajątkowe, jak i majątkowe. Osoba poszkodowana może domagać się zadośćuczynienia pieniężnego lub przekazania określonej sumy na cel społeczny, jeśli jej dobra osobiste zostały naruszone. Dodatkowo, jeśli w wyniku naruszenia dobra osobistego powstała szkoda majątkowa, poszkodowany ma prawo żądać jej naprawienia na ogólnych zasadach prawa cywilnego. Zadośćuczynienie pieniężne, przewidziane w art. 445 k.c., jest możliwe w określonych przypadkach, takich jak uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia, pozbawienie wolności czy skłonienie do czynu nielegalnego. Sąd, decydując o wysokości zadośćuczynienia, bierze pod uwagę wszystkie okoliczności sprawy, w tym rozmiar

¹¹⁹ Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2009 r., sygn. akt III CZP 79/09

doznanej szkody. Zadośćuczynienie ma na celu kompensację za szkody emocjonalne i fizyczne, ale nie powinno prowadzić do nieuzasadnionego wzbogacenia poszkodowanego. Sąd Najwyższy podkreśla, że zadośćuczynienie nie jest karą, lecz sposobem na naprawienie wyrządzonej krzywdy, obejmującej zarówno cierpienie fizyczne, jak i psychiczne.¹²⁰ Warto zauważyć, że problematyka związana z artykułem 445 k.c. i ochroną dóbr osobistych w prawie cywilnym jest skomplikowana i wielowymiarowa. Dyskusje na ten temat obejmują nie tylko kwestie interpretacji i stosowania konkretnych przepisów, ale także szersze zagadnienia dotyczące zasad i celów ochrony prawnej dóbr osobistych. W literaturze prawniczej pojawiają się różne opinie i propozycje zmian, które mają na celu usprawnienie i ulepszenie systemu ochrony dóbr osobistych, zarówno w kontekście odpowiedzialności deliktowej, jak i kontraktowej. Przepisy art. 445 k.c. są istotnym elementem systemu prawnego, który reguluje kwestie zadośćuczynienia za krzywdy niemajątkowe, takie jak uszkodzenie ciała czy naruszenie wolności. Jest to obszar prawa, który wciąż ewoluuje i jest przedmiotem intensywnych debat prawnych, co podkreśla jego znaczenie i wpływ na ochronę praw jednostki.¹²¹

Bezpośrednio do zadośćuczynienia za naruszenie dóbr osobistych odnosi się natomiast art. 448 k.c., który w § 1 wskazuje, że: „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę albo zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia; oraz w § 2, iż: W przypadkach określonych w art. 445 § 1 i 2 oraz art. 446² ten, czyje dobro osobiste zostało naruszone, może obok zadośćuczynienia pieniężnego żądać zasądzenia odpowiedniej sumy na wskazany przez niego cel społeczny.”¹²² Przepis ten daje poszkodowanemu prawo do żądania odpowiedniej sumy pieniężnej za doznaną krzywdę lub przekazania tej sumy na cel społeczny. Aby roszczenie było skuteczne, naruszenie musi być bezprawne, a ciężar dowodu spoczywa na powodzie. W orzecnictwie przyjmuje się, że oprócz bezprawności naruszenia, konieczna jest wina sprawcy, niezależnie od tego, czy była ona umyślna czy nieumyślna. Roszczenie to może być dochodzone przez każdą osobę fizyczną, która

¹²⁰ Wyrok SN z dnia 3 lutego 2000 r. o sygn. akt I CKN 969/98

¹²¹ A. Olejniczak [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania - część ogólna, wyd. II, red. A. Kidyba, Warszawa 2014, art. 445

¹²² Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1061)

została bezpośrednio pokrzywdzona.¹²³ W kontekście zadośćuczynienia, Sąd Apelacyjny w Warszawie podkreślił, że jego wysokość nie powinna zależeć ani od dochodów poszkodowanego, ani od dochodów sprawcy. Zadośćuczynienie ma charakter kompensacyjny, a nie represyjny i jego celem jest rekompensata za doznaną krzywdę, a nie karanie sprawcy. Uzależnienie zadośćuczynienia od sytuacji majątkowej poszkodowanego mogłoby prowadzić do nierównego traktowania osób w zależności od ich statusu finansowego.¹²⁴

W niektórych przypadkach, poszkodowani mogą preferować przekazanie zasądzonej kwoty na cel społeczny, zamiast otrzymywania zadośćuczynienia bezpośrednio dla siebie. Takie rozwiązanie jest możliwe i zależy wyłącznie od woli poszkodowanego, bez wpływu na ocenę sądu. Po uprawomocnieniu się wyroku, wybrana instytucja społeczna nabywa prawo do żądania spełnienia świadczenia od sprawcy naruszenia. W sytuacji, gdy naruszenie dobra osobistego powoduje równocześnie szkodę majątkową, poszkodowany ma prawo do żądania naprawienia tej szkody. Przykłady takich sytuacji obejmują utratę pracy, zakończenie działalności gospodarczej, czy spadek obrotów z powodu naruszenia zdrowia lub wizerunku. Kodeks cywilny przewiduje w takich przypadkach roszczenie o naprawienie szkody majątkowej na podstawie art. 24 § 2, zgodnie z ogólnymi zasadami odpowiedzialności cywilnej (art. 415 i następne, oraz art. 361-363). Odszkodowanie zostanie przyznane, jeśli zostaną spełnione niezbędne przesłanki, takie jak zawinione działanie lub zaniechanie, wystąpienie szkody oraz związek przyczynowy między nimi. W przypadku trudności w wykazaniu wysokości szkody, sąd może samodzielnie, na podstawie oceny okoliczności, zasądzić odpowiednią sumę.¹²⁵

Ochrona dóbr osobistych osób wykonujących zawód medycznych i placówek medycznych w Polsce jest złożonym zagadnieniem, które obejmuje zarówno ochronę przed rozpowszechnianiem fałszywych i obraźliwych treści, jak i granice dozwolonej krytyki. W przypadku naruszenia dóbr osobistych, na mocy art. 24 k.c. fizjoterapeuta może domagać się zaprzestania takich działań, naprawienia wyrządzonych szkód (na przykład poprzez wydanie przez pacjenta odpowiedniego oświadczenia lub przeprosin), a także może żądać odszkodowania finansowego lub wpłaty określonej kwoty na cel

¹²³ Wyrok ER Gdańsk-Południe w Gdańsku z dnia 29 czerwca 2017 r. o sygn. akt I C 177/17

¹²⁴ Wyrok SA w Warszawie z dnia 11 lipca 2018 r. o sygn. akt V ACa 565/17

¹²⁵ W. Batory, *Dobra osobiste i ich ochrona na gruncie Kodeksu cywilnego*, Roczniki Nauk Prawnych, Tom XXIX, numer 1 – 2019, s. 7-20

społeczny. W zawodach medycznych, w tym w fizjoterapii, gdzie zaufanie społeczne jest kluczowe, ochrona reputacji i autorytetu zawodowego przed bezprawnym naruszeniem jest istotna dla niezakłóconego wykonywania zawodu. Naruszenie czci, w tym reputacji, może mieć miejsce zarówno poprzez pomówienie dotyczące życia osobistego i rodzinnego, jak i przez zarzuty niewłaściwego postępowania zawodowego, co może zaszkodzić reputacji danej osoby i zagrażać utracie zaufania niezbędnego do wykonywania zawodu. Częstą formą naruszenia dóbr osobistych w zawodach medycznych jest bezpodstawne podważanie kompetencji i umiejętności zawodowych, na przykład poprzez publiczne wyrażanie nieuzasadnionej krytyki w Internecie. W sytuacji, gdy sąd potwierdzi bezprawne naruszenie dóbr osobistych, osoba wykonująca zawód medyczny może oczekiwać na zadośćuczynienie za doznaną krzywdę oraz na wydanie oświadczenia, które może obejmować przeprosiny lub wyrazy ubolewania, co jest uznawane za działanie mające na celu usunięcie skutków naruszenia dobra osobistego.¹²⁶

Aby dochodzić roszczeń z tytułu naruszenia dóbr osobistych, konieczne jest spełnienie kilku warunków. Po pierwsze, trzeba skonkretyzować, które dobro osobiste zostało naruszone. Po drugie, należy wskazać osobę fizyczną lub prawną jako dysponenta tego dobra. Po trzecie, trzeba wykazać, że doszło do zagrożenia lub naruszenia tego dobra. Wreszcie, istotna jest kwestia bezprawności wkroczenia w sferę ochrony danej osoby fizycznej lub prawnej. W kontekście świadczenia opieki zdrowotnej, granice dozwolonej krytyki są przesunięte, ponieważ medycy jako osoby wykonujące zawód zaufania publicznego muszą liczyć się z możliwością jawnej krytyki. Jednakże, wolność słowa i swoboda wypowiedzi nie mogą przekraczać granic ochrony dóbr osobistych. Sąd przy ocenie, czy doszło do naruszenia dóbr osobistych, musi zważyć obiektywne postrzeganie danego zachowania i jego wpływ na społeczność, a nie tylko subiektywne odczucia personelu medycznego czy placówki. W orzecnictwie sądowym podkreśla się, że adekwatność oceny do opisywanego prawdziwego zdarzenia może uchylić bezprawność wypowiedzi, nawet jeśli zawiera ona sformułowania naruszające godność osobistą czy dobre imię lekarza lub placówki. Z drugiej strony, rozpowszechnianie

¹²⁶ M. Mikos, M. Curyło, M. Rynkiewicz-Andryśkiewicz, T. Pęcherz, E. Kucharska, J. W. Raczkowski, *Legal protection of the physiotherapist as a profession of public trust, Ochrona prawna fizjoterapeuty jako zawodu zaufania publicznego*, Fizjoterapia Polska, Polish Journal of Physiotherapy, 2021, 3/2021, s. 194-196

falszywych informacji lub prawdziwych, ale przedstawionych w zmanipulowanym kontekście, jest uznawane za bezprawne.¹²⁷

Chronionym dobrem osobistym jest zdecydowanie sfera życia prywatnego jednostki, obejmująca życie rodzinne, seksualne, stan zdrowia, przeszłość czy sytuację majątkową. Naruszenie prywatności może mieć miejsce nawet poprzez działania godzące w spokój psychiczny, takie jak podsłuchiwanie, śledzenie, filmowanie czy nagrywanie.¹²⁸ W nawiązaniu do opisanych w poprzednim podrozdziale czynów zabronionych przez kodeks karny, warto zaznaczyć, że w przypadku, gdy osoba dopuszczająca się stalkingu narusza dobra osobiste, takie jak wolność, honor, nazwisko, wizerunek, prywatność korespondencji czy nietykalność domostwa, osoba poszkodowana ma prawo szukać ochrony prawnej również na drodze sądowej.

Wejście fizjoterapeuty na drogę sądową może być zarezerwowane prawdopodobnie dla cięższych gatunkowo Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów. Wystosowanie pozwu cywilnego przeciwko pacjentowi może wydawać się również działaniem uciążliwym dla fizjoterapeuty ze względu na przewlekłość postępowań sądowych oraz ich koszty. Wydaje się więc, że na gruncie prawa cywilnego, działaniem, które mogłoby zostać wykorzystane jako działanie przeciwdziałające kolejnym naruszeniom dóbr, byłoby pisemne wezwanie pacjenta o zaprzestaniu naruszania dóbr fizjoterapeuty przez kierownika podmiotu leczniczego lub osobę przez niego wyznaczoną, na przykład ordynatora oddziału, koordynatora zespołu fizjoterapeutów, dyrektora medycznego. System prawny przeciwdziałania i reagowania na incydenty IPSB zostanie zaproponowany w kolejnym rozdziale niniejszej rozprawy.

* * *

W powyższym rozdziale rozprawy doktorskiej dotyczącej odpowiedzialności prawne pacjentów za niestosowne zachowanie seksualne w kontekście fizjoterapii, autor przeprowadził dogłębną analizę prawnych aspektów tego problemu, włączając w to zarówno odpowiedzialność regulaminową na gruncie ustawy o działalności leczniczej jak i odpowiedzialną karną i cywilną. Autor zwraca uwagę na istotne prawne aspekty odmowy świadczeń zdrowotnych, uwypuklając złożoność i delikatność sytuacji, w której

¹²⁷ J. Ożegalska – Trybalska, Naruszenie dóbr osobistych lekarza oraz placówki medycznej, *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego*, Nowotwory, 2021, 6(3), s. 229-232

¹²⁸ A. Jacek, E. Piechura, K. Ożóg, S. Porada, *Ochrona dóbr osobowych w prawie medycznym*, *Personal rights protection in medical legislation*, Jacek A, Hygeia Public Health 2012, 47(3), s. 313-316

podmiot leczniczy udzielający tych świadczeń w formie całodobowej lub stacjonarnej musi zdecydować o kontynuacji lub przerwaniu świadczeń. Szczególnie znamieny jest tutaj jednak brak regulacji prawnych wobec świadczeń udzielanych w formie ambulatoryjnej. Specyfika świadczeń fizjoterapeutycznych polega bowiem najczęściej na złożonej terapii wymagającej cyklu zabiegów, kinezyterapii lub innych form terapeutycznych. Regulacje w tym zakresie zdaniem autora zdecydowanie powinny zostać rozszerzone na świadczenia udzielane w formie ambulatoryjnej. Przechodząc do sfery odpowiedzialności karnej, rozdział skupia się na wyjaśnieniu, w jaki sposób przepisy kodeksu wykroczeń i kodeksu karnego mogą mieć zastosowanie do przypadków IPSB. Znaczną uwagę poświęcono analizie wykroczeń, takich jak "nieobyczajny wybryk" oraz przestępstw, w tym znieważenia, zniesławienia, uporczywego nękania, naruszenia nietykalności cielesnej oraz zgwałcenia. Autor podkreśla, że pomimo dostępności tych mechanizmów prawnych, rzeczywiste pociągnięcie do odpowiedzialności sprawców IPSB jest często trudne z uwagi na problematykę zakwalifikowania części IPSB do czynów sankcjonowanych przez obie ustawy. W kontekście odpowiedzialności cywilnej natomiast należy zważyć, że choć prawo cywilne oferuje pewne środki ochrony, ich skuteczne wykorzystanie może być utrudnione przez zawiłości proceduralne i koszty postępowań sądowych.

W rozdziale tym autor rozprawy udawania, że praktyczne wykorzystanie środków prawnych w przypadku IPSB pozostaje wyzwaniem. Daje to do zrozumienia, że istnieje potrzeba dalszych badań i rozwoju przepisów prawnych, które będą lepiej dostosowane do specyfiki środowiska medycznego, szczególnie w kontekście relacji fizjoterapeuta-pacjent.

ROZDZIAŁ IV – PRZECIWDZIAŁANIE I REAGOWANIE NA INCYDENTY IPSB – POSTULATY *DE LEGE FERENDA*

Rozdział ten stanowiący kontynuację i rozszerzenie poprzednich, łączy teoretyczne podstawy z bezpośrednimi spostrzeżeniami praktyków. Na podstawie zebranych danych oraz w powiązaniu z dowodzeniem dotyczącym problematyki IPSB w praktyce fizjoterapeutów oraz dostępnych w systemie prawa środków prawnych przeciwdziałania i reagowania na te czyny, autor przedstawi postulaty *de lege ferenda* w zakresie przeciwdziałania i reagowania na incydenty IPSB. Przedtem jednak, opisane zostaną wyniki badania przeprowadzonego przez autora niniejszej rozprawy.

4.1. PREZENTACJA ZASTOSOWANYCH METOD BADAWCZYCH

Badanie zostało przeprowadzone w 2021 roku za pomocą elektronicznej ankiety. Początkowo, próbując zyskać aprobatę Krajowej Izby Fizjoterapeutów do dystrybucji ankiety wśród jej członków, autor napotkał na przeszkody ze strony ówczesnych władz. W związku z tym, zwrócił się bezpośrednio do różnych grup i społeczności zrzeszających fizjoterapeutów z prośbą o udział w badaniu za pośrednictwem formularza zaprojektowanego w programie Microsoft Forms. Ankietowani obejmowali fizjoterapeutów o różnych specjalizacjach oraz studentów fizjoterapii, a pytania dotyczyły ich całego doświadczenia zawodowego.

Pierwotnie, autor planował objąć badaniem około 200 fizjoterapeutów. Biorąc jednak pod uwagę, że Krajowa Izba Fizjoterapeutów zrzesza około 75 000 członków, nie ustalono górnej granicy liczby respondentów. Ostatecznie udało się zebrać odpowiedzi od 464 osób. Wszystkie uwzględnione w badaniu osoby miały aktywny status prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty lub były studentami, co potwierdziły przy przystępowaniu do badania. Celem autora było uwzględnienie jak najszerszej reprezentacji, aby uzyskać pełny obraz zjawiska IPSB w fizjoterapii. Ankietywanie odbywało się od 25 kwietnia do 5 maja 2021 roku.

Do zebrania danych autor wykorzystał autorską ankietę, składającą się z 38 pytań różnego typu: otwartych, półotwartych i zamkniętych. Kolejno zbierano informacje o demografii respondentów, charakterze ich pacjentów, szkoleniach dotyczących IPSB, a także konkretnych sytuacjach i zdarzeniach związanych z IPSB, w tym reakcjach i miejscach, gdzie miały miejsce te incydenty. Na zakończenie respondenci mieli możliwość wyrażenia własnych opinii na temat IPSB w pytaniu otwartym. Narzędzie ankiety powstało w oparciu o dostępną literaturę i kanadyjskie badania¹²⁹, jednak zostało znacząco dostosowane do polskich warunków, by w pełni odzwierciedlać specyfikę pracy fizjoterapeutów w Polsce

Zebrane dane zostały zakodowane jako dane jakościowe, a ich analiza statystyczna przeprowadzona przy użyciu testu chi-kwadrat i korelacji Pearsona, z punktem istotności ustalonym na poziomie $p \leq 0,05$. Analizy wykonano w programie Statistica firmy Dell, zaś wykresy opracowano w Microsoft Excel. Wykorzystany kwestionariusz ankiety został przedstawiony poniżej:

1. Jaki jest Twój poziom wykształcenia w fizjoterapii? (Wybierz tylko jeden)
 - 1) Student
 - 2) Technik
 - 3) Licencjat
 - 4) Magister
 - 5) Doktor
 - 6) Doktor habilitowany
 - 7) Profesor

¹²⁹ źródło: J. S. Boissonnault, Z. Cambier, S. J. Hetzel, M. M. Plack, *Prevalence ... op. cit.*, s. 1084–1093

2. Wskaż, ile lat zapewniałeś/eś bezpośrednią opiekę nad pacjentem:
- 1) 0-2 lat
 - 2) 3-5 lat
 - 3) 6-10 lat
 - 4) 11-20 lat
 - 5) Ponad 20 lat
3. W którym rodzaju placówki lub instytucji dotychczas głównie wykonywałeś/eś swoje obowiązki?
- 1) Szpital
 - 2) Przychodnia
 - 3) Własna działalność
 - 4) Opieka domowa
 - 5) System szkolny (przedszkole / szkoła podstawowa / średnia / uczelnia)
 - 6) Centrum zdrowia (odnowa biologiczna / SPA / Siłownia etc.)
 - 7) Centrum badawcze (w tym instytuty, kliniki etc.)
 - 8) Inne (proszę określić) _____
4. Proszę podać swoją płeć:
- 1) Mężczyzna
 - 2) Kobieta
 - 3) Inne
5. Proszę podać swój wiek
- 1) Poniżej 25 lat
 - 2) 26-30
 - 3) 31-35
 - 4) 36-40
 - 5) 41-50
 - 6) 51-60
 - 7) 61 lub więcej lat

6. Twoi pacjenci to:

- 1) Głównie kobiety
- 2) Głównie mężczyźni
- 3) Równe liczby

Niestosowne zachowania seksualne pacjenta (IPSB) to jakikolwiek „werbalny lub fizyczny akt o wyraźnym lub domniemanym charakterze seksualnym, który jest niedopuszczalny w kontekście społecznym, w którym jest przeprowadzany”, gdy jest popełniony przez pacjenta i skierowany do fizjoterapeuty, innego personelu lub pacjentów w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych.

7. Czy przeszedłeś szkolenie w zakresie „Nieprawidłowych zachowań seksualnych pacjentów”?

- 1) Tak
- 2) Nie

Jeśli odpowiedź „nie”, przejdź do pytania 10

8. Proszę wskazać, gdzie odbyło się szkolenie. Zaznacz wszystko, co jest właściwe.

- 1) Szkolenie w miejscu pracy
- 2) Podstawowa edukacja zawodowa
- 3) Moduł on-line
- 4) inne, opisz: _____

9. Szkolenie odbyło się:

- 1) Z Twojej inicjatywy
- 2) Z inicjatywy pracodawcy
- 3) Jako przedmiot obowiązkowy w procesie kształcenia
- 4) Jako przedmiot nieobowiązkowy w procesie kształcenia

10. Jak często leczyłeś w prywatnych kabinach, gabinetach zabiegowych czy pokojach (w porównaniu z siłownią lub terenami otwartymi)?

- 1) Nigdy
- 2) Rzadko
- 3) Często
- 4) Większość czasu

11. Czy w swojej pracy wykorzystujesz badania w bliskiej odległości od narządów / miejsc intymnych?

- 1) Tak
- 2) Nie

12. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY pacjent patrzył na Ciebie lub na Twoje części ciała w sposób, który sprawiał, że czułeś się nieswojo?

- 1) Tak
- 2) Nie

13. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY, pacjent wypowiedział pochlebną lub sugestywną uwagę dotyczącą twojego ciała lub wyglądu, która sprawiła, że poczułeś się nieswojo?

- 1) Tak
- 2) Nie

14. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY, pacjent poprosił Cię o randkę?

- 1) Tak
- 2) Nie

15. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY, pacjent wręczył Ci prezent romantyczny lub seksualny?

- 1) Tak
- 2) Nie

16. Czy W CZASIE PRZEBIEGU TWOJEJ KARIERY, pacjent wypowiedział jawnie seksualną uwagę lub żart, zadał Ci pytania lub skomentował Twoje życie seksualne lub podzielił się seksualną fantazją na Twój temat?

- 1) Tak
- 2) Nie

17. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY, pacjent zaproponował ci aktywność seksualną?

- 1) Tak
- 2) Nie

18. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY, pacjent wykonywał seksualnie sugestywne gesty?

- 1) Tak
- 2) Nie

19. Czy W CZASIE TWOJEJ KARIERY, pacjent celowo odsłonił przed Tobą swoje narządy intymne?

- 1) Tak
- 2) Nie

20. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY, pacjent masturbował się podczas sesji?

- 1) Tak
- 2) Nie

21. Czy W CZASIE TWOJEJ KARIERY, pacjent celowo dotknął Cię lub złapał Cię w prywatne miejsce (uda, genitalia, piersi, pośladki) i / lub w sposób wyrażnie seksualny?

- 1) Tak
- 2) Nie

22. Czy W CZASIE TWOJEJ KARIERY, pacjent śledził Cię, obserwował lub nękał Cię w miejscu pracy lub poza nim?

- 1) Tak
- 2) Nie

23. Czy W CZASIE TWOJEJ KARIERY, pacjent groził, że cię zmusi lub usiłował zmusić cię do poddania się czynności seksualnej?

- 1) Tak
- 2) Nie

24. Czy W CIĄGU TWOJEJ KARIERY, pacjent zmusił Cię do poddania się czynności seksualnej?

- 1) Tak
- 2) Nie

JEŚLI NA WSZYSTKIE PYTANIA 12-24 odpowiedziałeś „nie” – nie wypełniaj dalej ankiety. Dziękuję za poświęcony czas.

25. Jaka była płeć pacjentów zaangażowanych w IPSB W CIĄGU TWOJEJ KARIERY?

- 1) Większość mężczyzn
- 2) Prawie równe części męskie i żeńskie
- 3) Większość kobiet

26. Czy w czasie IPSB, którego doświadczyłaś/eś pracowałaś/eś wokół krocza lub w innych wrażliwych obszarach?

- 1) Tak, w przypadku większości wydarzeń
- 2) Tak, w przypadku niektórych wydarzeń
- 3) Nie

Wiem, że takie sytuacje mogą być niezręczne, stresujące lub przerażające, i że obecnie profesjonaliści reagują na wiele sposobów. Chciałbym wiedzieć, jak zareagowałeś na IPSB, które się wydarzyło. Odpowiedz szczerze, nawet jeśli żałujesz, że nie zareagowałeś inaczej. Proszę zaznaczyć „tak” jeśli dana sytuacja zdarzyła się chociaż jeden raz.

27. Czy w przypadku IPSB, które występowały odwróciłaś/eś uwagę lub skierowałeś pacjenta na inną aktywność?

- 1) Tak
- 2) Nie

28. Czy w przypadku IPSB, zignorowałaś/eś to zachowanie lub udawałaś, że się nie wydarzyło?

- 1) Tak
- 2) Nie

29. Czy w związku z występowaniem IPSB, musiałaś/eś leczyć w bardziej publicznej przestrzeni lub wybrałaś inną metodę leczenia z mniejszym kontaktem fizycznym?

- 1) Tak
- 2) Nie

30. Czy w sytuacji wystąpienia IPSB śmiałaś/eś się lub żartowałaś/eś z tego zachowania?

- 1) Tak
- 2) Nie

31. Czy w przypadku IPSB, które miało miejsce wyraziłaś/eś obrzydzenie, skrytykowałaś pacjenta, podnosiłaś głos czy słownie groziłaś pacjentowi?

- 1) Tak
- 2) Nie

32. Czy w przypadku IPSB, które wystąpiły, udokumentowałaś/eś zachowanie pacjenta w dokumentacji medycznej?

- 1) Tak
- 2) Nie

33. Czy w przypadku IPSB, które miało miejsce przekazałaś opiekę do innego fizjoterapeuty?

- 1) Tak
- 2) Nie

34. Czy po wystąpieniu IPSB zakończyłaś/eś opiekę nad pacjentem?
- 1) Tak
 - 2) Nie
35. Czy zgłosiłaś/eś zachowanie pacjenta w placówce w przypadku IPSB, które miało miejsce?
- 1) Tak
 - 2) Nie
36. Czy w przypadku IPSB, które miało miejsce wkroczyłaś/eś na drogę sądową?
- 1) Tak
 - 2) Nie
37. Czy skontaktowałaś się z organami ścigania w przypadku IPSB, które miało miejsce?
- 1) Tak
 - 2) Nie
38. Jeśli jest coś, co chciałbyś/chciałabyś dodać na temat swoich doświadczeń z niestosownymi zachowaniami seksualnymi pacjentów, zrób to tutaj.

4.2. WYNIKI BADANIA

W niniejszym podrozdziale zostanie przeprowadzona analiza wyników badań dotyczących Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów wobec fizjoterapeutów w Polsce, obejmujące między innymi częstość występowania IPSB, charakterystykę tego typu zachowań, a także sposoby reagowania i strategie radzenia sobie stosowane przez fizjoterapeutów. Szczególną uwagę autor rozprawy poświęci różnicom w doświadczeniach między poszczególnymi grupami zawodowymi oraz analizie potencjalnych czynników ryzyka i ochronnych.

Charakterystyka grupy

W badaniu wzięło udział łącznie 464 osoby. Spośród nich, 33 osoby, czyli 7,1% wszystkich ankietowanych, to studenci, co wskazuje na grupę osób, które są w trakcie zdobywania wykształcenia w tej dziedzinie. Następnie, 17 respondentów, co stanowi 3,7% uczestników badania, to technicy, czyli osoby z wykształceniem zawodowym w fizjoterapii. Osoby z wykształceniem na poziomie licencjata stanowią znaczącą grupę - 62 osoby, co przekłada się na 13,4% wszystkich uczestników. Najwięcej, bo aż 345 osób, co odpowiada 74,4% ankietowanych, posiada tytuł magistra. Najmniejszą grupę stanowią osoby z tytułem doktora - zaledwie 7 respondentów, co stanowi 1,5% ogółu uczestników badania. Znacząca większość, czyli 381 osób, co stanowi 82,1% wszystkich respondentów, to kobiety. Mężczyzn w badaniu było 83, co odpowiada 17,9% uczestników. Największą grupę wiekową stanowią osoby w przedziale 26-30 lat, których jest 174, co stanowi 37,5% wszystkich respondentów. Kolejną dużą grupę tworzą osoby w wieku 31-35 lat, licząc 120 osób, co odpowiada 25,9% uczestników badania. Osoby poniżej 25 lat stanowią 16,6% badanych, co przekłada się na 77 osób. Mniejszą grupę stanowią fizjoterapeuci w wieku 36-40 lat, których jest 62, co stanowi 13,4% respondentów. Osoby w przedziale wiekowym 41-50 lat to 23 osoby, co odpowiada 5,0% uczestników, a grupa wiekowa 51-60 lat jest najmniej liczna, z 8 osobami, co stanowi 1,7% badanych.

Doświadczenie zawodowe i środowisko pracy

Na pytanie dotyczące doświadczenia zawodowego odpowiedziały łącznie 464 osoby. Z tej grupy, najwięcej respondentów, czyli 153 osoby (33,0%), wskazało, że zapewniało bezpośrednią opiekę nad pacjentem przez okres od 3 do 5 lat. Osoby, które pracowały w tej roli od 0 do 2 lat, stanowiły drugą największą grupę, licząc 126 osób, co odpowiada 27,2% wszystkich uczestników badania. Grupa z doświadczeniem od 6 do 10 lat liczyła 99 osób, co stanowi 21,3% respondentów. Osoby z dłuższym stażem pracy, od 11 do 20 lat, stanowiły 15,5% badanych, co przekłada się na 72 osoby. Najmniejszą grupę, liczącą 14 osób (3,0% uczestników), stanowili respondenci, którzy zapewniali bezpośrednią opiekę nad pacjentami przez ponad 20 lat. Najwięcej respondentów, 181 osób, co stanowi 39,0% uczestników, wskazało, że pracowali głównie w przychodniach. Kolejną dużą grupę stanowią osoby prowadzące własną działalność – było ich 100, co odpowiada 21,6% badanych. Szpitale były głównym miejscem pracy dla 79 osób, co stanowi 17,0% respondentów. Mniejsze grupy stanowią fizjoterapeuci pracujący

w centrach zdrowia (30 osób, 6,5%), opiece domowej (37 osób, 8,0%) oraz sanatoriach (10 osób, 2,2%). Bardzo niewielka liczba respondentów, zaledwie 4 osoby (0,9%), wskazała system szkolny jako główne miejsce pracy. Pozostałe 23 osoby (5,0%) zaznaczyły opcję "inne". Większość respondentów, czyli 376 osób (81,0%), wskazała, że opiekują się równą liczbą kobiet i mężczyzn. Znacznie mniejsza grupa, 76 osób (16,4%), zaznaczyła, że ich pacjenci to głównie kobiety. Tylko 12 respondentów (2,6%) stwierdziło, że ich głównymi pacjentami są mężczyźni. 205 osób, co stanowi 44,2% wszystkich respondentów wskazało, że większość czasu pracowali w prywatnych przestrzeniach. 168 osób, czyli 36,2% badanych, odpowiedziało, że często korzysta z gabinetów zabiegowych czy pokoiów. Z kolei 68 respondentów (14,7%) wskazało, że rzadko leczy w takich warunkach, i udziela świadczeń zdrowotnych w bardziej otwartych przestrzeniach. Tylko 23 osoby (5,0%) odpowiedziały, że nigdy nie korzystają z prywatnych gabinetów w swojej praktyce. Z badanej grupy, zdecydowana większość, czyli 454 osoby, co stanowi 97,8% wszystkich respondentów, odpowiedziała, że nie przeszła nigdy szkolenia dotyczącego nieestosownych zachowań seksualnych pacjentów. **Tylko 10 osób, co odpowiada 2,2% uczestników badania, potwierdziło, że uczestniczyło w takim szkoleniu, z czego wyłącznie trzy osoby przeszły szkolenie w miejscu pracy.** Jednocześnie większość, czyli 276 respondentów (59,5%), potwierdziła, że w swojej pracy wykorzystuje badania w bliskiej odległości od narządów lub miejsc intymnych w praktyce fizjoterapeutycznej. 188 osób (40,5%) odpowiedziało, że nie wykonuje badań w bliskiej odległości od narządów intymnych pacjentów.

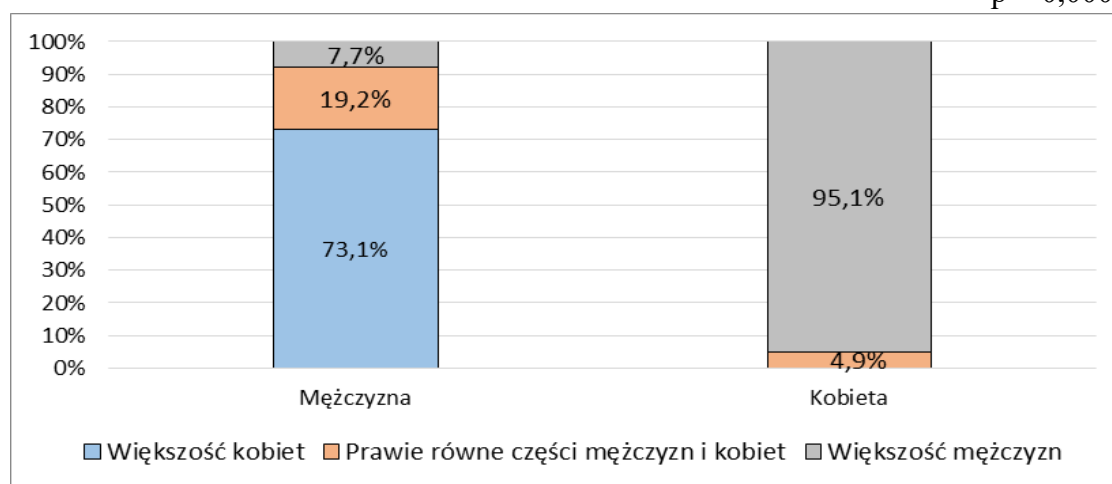
Rozpoznanie środowiska zachowań charakteryzowanych jako IPSB

297 respondentów, co stanowi 82,5% ogółu, wskazało, że większość pacjentów zaangażowanych w IPSB była płci męskiej. 25 respondentów, czyli 6,9%, stwierdziło, że doświadczyło niemal równego udziału zachowań ze strony pacjentów obu płci. Natomiast 38 respondentów, co odpowiada 10,6%, wskazało, że większość pacjentów zaangażowanych w IPSB była płci żeńskiej. 9 respondentów, co stanowi 2,5% ogółu, odpowiedziało, że w przypadku większości wydarzeń związanych z IPSB pracowali wokół krocza lub innych wrażliwych obszarów. 91 respondentów, czyli 25,2%, stwierdziło, że pracowali wokół krocza lub innych wrażliwych obszarów w przypadku niektórych IPSB. Rozszerzona analiza tych danych o płeć fizjoterapeuty ujawnia wyraźną zależność między płcią pracownika a płcią pacjentów, którzy byli sprawcami tych

incydentów. W przypadku fizjoterapeutów, większość (73,1%) zgłoszonych incydentów IPSB była spowodowana przez pacjentki. Tylko niewielki odsetek (19,2%) mężczyzn doświadczył podobnych zachowań od prawie równych części mężczyzn i kobiet, a jeszcze mniejsza grupa (7,7%) wskazała, że większość incydentów była spowodowana przez mężczyzn-pacjentów. Z kolei wśród fizjoterapeutek zdecydowana większość (95,1%) zgłosiła, że większość incydentów IPSB była spowodowana przez mężczyzn-pacjentów. Co istotne, żadna z kobiet nie zgłosiła, że większość incydentów była spowodowana przez kobiety-pacjentki, a jedynie 4,9% stwierdziło, że doświadczyły podobnych zachowań od prawie równych części mężczyzn i kobiet.

Tabela 5 - Płeć fizjoterapeuty a płeć pacjenta zaangażowanego w IPSB

$p = 0,00001$



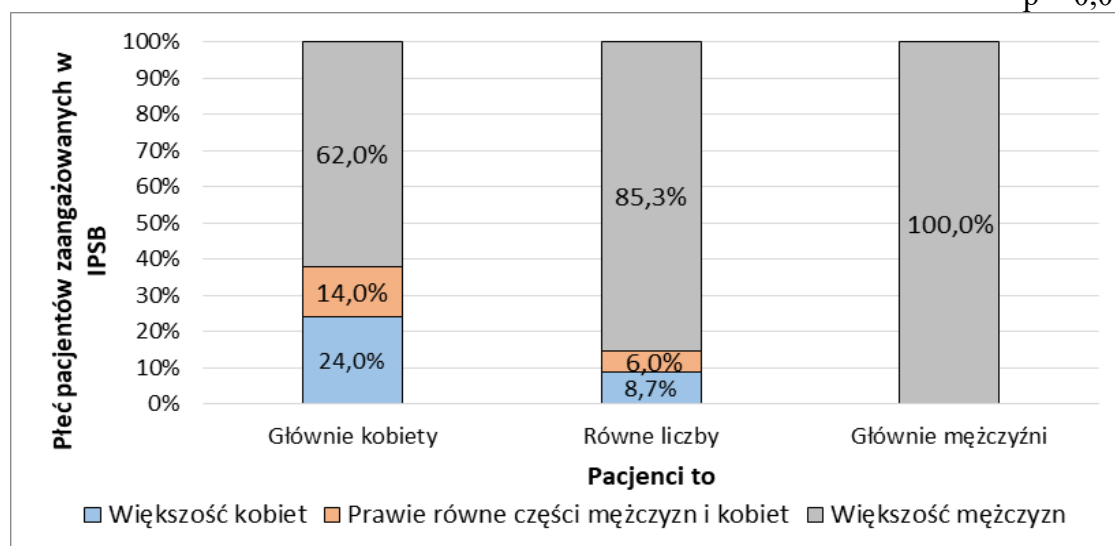
źródło: opracowanie własne

Jeszcze bardziej pogłębiona analiza dotycząca płci fizjoterapeutów i płci pacjentów dotyczy grupy pacjentów, z którymi najczęściej pracują fizjoterapeuci. Dane te są podzielone na trzy kategorie fizjoterapeutów: tych, którzy głównie prowadzą terapie kobiet, tych, którzy prowadzą terapię równej liczby mężczyzn i kobiet wśród pacjentów, oraz tych, którzy głównie prowadzą terapie głównie mężczyzn. Następnie autor przeanalizował, jak często fizjoterapeuci z każdej z tych grup doświadczali IPSB ze strony pacjentów różnych płci. Z danych wynika, że mężczyźni jako pacjenci są znacznie częściej zaangażowani w incydenty IPSB. W grupie fizjoterapeutów prowadzących terapię głównie u kobiet, 62,0% zgłosiło, że większość incydentów IPSB pochodziła od mężczyzn. Jeszcze bardziej wyraźne jest to w grupie z równą liczbą mężczyzn i kobiet jako pacjentów, gdzie 85,3% incydentów IPSB było związanych z mężczyznami.

W grupie fizjoterapeutów prowadzących terapię głównie mężczyzn, wszystkie zgłoszone incydenty IPSB (100%) były przypisywane mężczyznom. Interesujące jest również to, że pracownicy opiekujący się głównie kobietami zgłaszali mniejszą częstość incydentów IPSB (24,0% dla głównie kobiet, 14,0% dla równych liczby mężczyzn i kobiet) w porównaniu do tych, którzy opiekowali się głównie mężczyznami, gdzie 100% pracowników doświadczyło IPSB ze strony mężczyzn. Dane wskazują na wyraźną tendencję, że mężczyźni jako pacjenci są częściej zaangażowani w incydenty o charakterze seksualnym w środowisku ochrony zdrowia, niezależnie od płciowej proporcji pacjentów. To może sugerować, że mężczyźni jako grupa pacjentów stanowią większe ryzyko w kontekście zachowań o charakterze seksualnym.

Tabela 6 - Dominująca płeć pacjentów fizjoterapeuty a doświadczenie IPSB

$p = 0,001$



źródło: opracowanie własne

Analiza danych dotyczących incydentów IPSB w kontekście pracy wokół krocza lub innych wrażliwych obszarów ujawnia znaczące różnice w doświadczeniach fizjoterapeutów i fizjoterapeutek. Statystyczna istotność tych różnic, z wartością p równą 0,015, wskazuje na wyraźną zależność między płcią pracownika a częstością pracy w wrażliwych obszarach podczas doświadczania IPSB. Z danych wynika, że większość fizjoterapeutów (59,6%) nie pracowała wokół krocza lub innych wrażliwych obszarów podczas incydentów IPSB, podczas gdy 40,4% fizjoterapeutów stwierdziło, że pracowali w takich obszarach w przypadku niektórych wydarzeń. Żaden z mężczyzn nie zgłosił, że pracował w takich obszarach w przypadku większości wydarzeń. W kontraście, wśród

fizjoterapeutek 74,4% zgłosiło, że nie pracowały w wrażliwych obszarach podczas doświadczania IPSB. Jednak 22,7% kobiet stwierdziło, że pracowały w takich obszarach w przypadku niektórych wydarzeń, a 2,9% w przypadku większości wydarzeń. Te wyniki sugerują, że fizjoterapeutki są częściej zaangażowane w pracę w wrażliwych obszarach podczas doświadczania IPSB w porównaniu z fizjoterapeutami.

4.2.1 Doświadczenie Niestosownego Zachowania Seksualnego Pacjenta

4.2.1.1 Zachowania nieestosowne

347 respondentów, co stanowi 74,8%, potwierdziła, że pacjent patrzył na fizjoterapeutę lub na jego części ciała w sposób, który sprawiał, że czuł się nieswojo. 371 osób, co stanowi 80% wszystkich respondentów, odpowiedziało, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent wyraził pochlebną lub sugestywną uwagę na temat ich ciała lub wyglądu, co sprawiło, że czuli się nieswojo. Ponad połowa (50,9%) respondentów doświadczyła w ciągu swojej kariery sytuacji, w której pacjent poprosił fizjoterapeutę o randkę. 77 z respondentów, co stanowi 16,6% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent wręczył im prezent o charakterze romantycznym lub seksualnym.

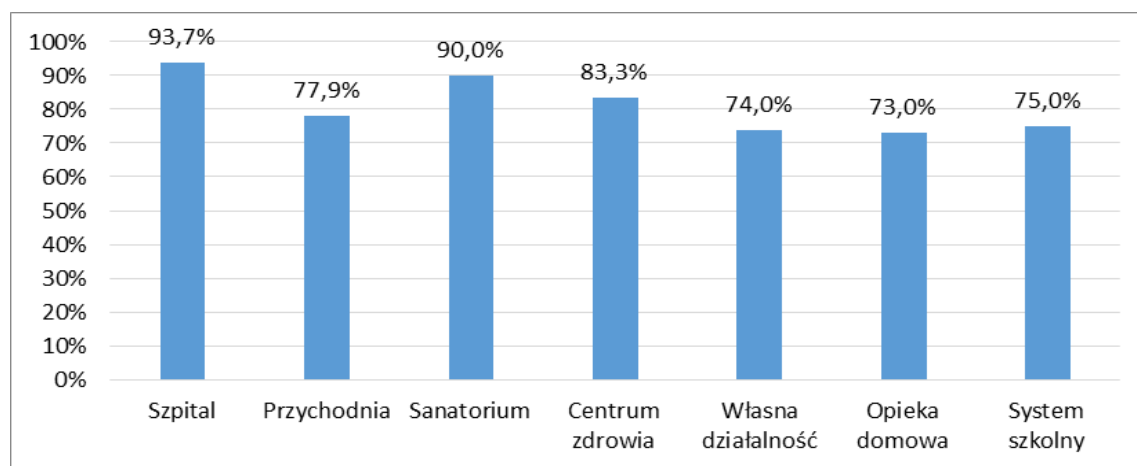
W patrzeniu na fizjoterapeutę lub jego części ciała w sposób, który sprawiał, że fizjoterapeuta czuł się nieswojo (IPSB-1) autor zgłębił znaczenie płci fizjoterapeuty. Bardzo niska p-wartość, mniejsza niż 0,00001, wskazuje na wyjątkowo silną statystyczną istotność zależności między tymi dwoma zmiennymi. Z przeprowadzonej analizy danych wynika, że znacznie wyższy odsetek fizjoterapeutek (81,6%) doświadczyła sytuacji, w której pacjenci patrzyli na nie lub na ich części ciała w sposób, który sprawiał, że czuły się nieswojo, w porównaniu do fizjoterapeutów, gdzie odsetek ten wynosił 43,4%. Ta różnica jest znacząca i rzuca światło na różnice w doświadczeniach zawodowych między płciami w środowisku opieki zdrowotnej. Wysoki odsetek kobiet doświadczających tego typu zachowań może odzwierciedlać szersze problemy związane z seksualizacją i obiektywizacją kobiet w społeczeństwie, które przenikają również do środowiska zawodowego. Niski, choć nadal znaczący odsetek mężczyzn doświadczających podobnych sytuacji wskazuje, że problem ten dotyczy również mężczyzn, choć w mniejszym stopniu. Jeśli chodzi zaś o płeć samych pacjentów,

z danych wynika ($p = 0,016$), że fizjoterapeuci, którzy głównie pracują z mężczyznami, doświadczają tego typu niekomfortowych sytuacji częściej (83,3%) w porównaniu z tymi, którzy pracują głównie z kobietami (61,8%). W przypadku pracowników, którzy opiekują się równą liczbą kobiet i mężczyzn, odsetek ten wynosi 77,1%. Te wyniki mogą sugerować, że pacjenci płci męskiej są bardziej skłonni do zachowań, które fizjoterapeuci odbierają jako niekomfortowe lub niestosowne.

W kontekście doświadczenia otrzymania pochlebnych lub sugestywnych uwag dotyczących ich ciała lub wyglądu, które sprawiły, że poczuli się nieswojo (IPSB-2) autor postanowił sprawdzić zależność z miejscem udzielania świadczeń, płcią fizjoterapeuty i płcią pacjentów. Analiza danych ukazuje, że najwyższy odsetek pracowników, którzy doświadczali tego typu uwag, znajduje się w szpitalach, gdzie aż 93,7% respondentów zgłosiło takie doświadczenia. Podobnie wysoki odsetek obserwujemy w sanatoriach (90,0%). Jest to znacząco wyższy odsetek w porównaniu z innymi rodzajami placówek. Wyniki badania wskazują na istotną zależność między rodzajem placówki opieki zdrowotnej a ryzykiem otrzymania nieodpowiednich uwag dotyczących ciała lub wyglądu. Szczególnie wysokie ryzyko występujące w szpitalach może być związane z intensywnością pracy i charakterem interakcji z pacjentami w tym środowisku. Może to być również związane z charakterem choroby z jaką mierzy się pacjent. Generalnie uzyskane wysokie wyniki, w tym zestawieniu wskazują na problem w każdej z form, gdzie fizjoterapeuci udzielają świadczeń zdrowotnych.

Tabela 7 - Miejsce udzielania świadczeń a pochlebne lub sugestywne uwagi dotyczące ciała lub wyglądu, które sprawiły, że fizjoterapeuta czuł się nieswojo

$p=0,029$



źródło: opracowanie własne

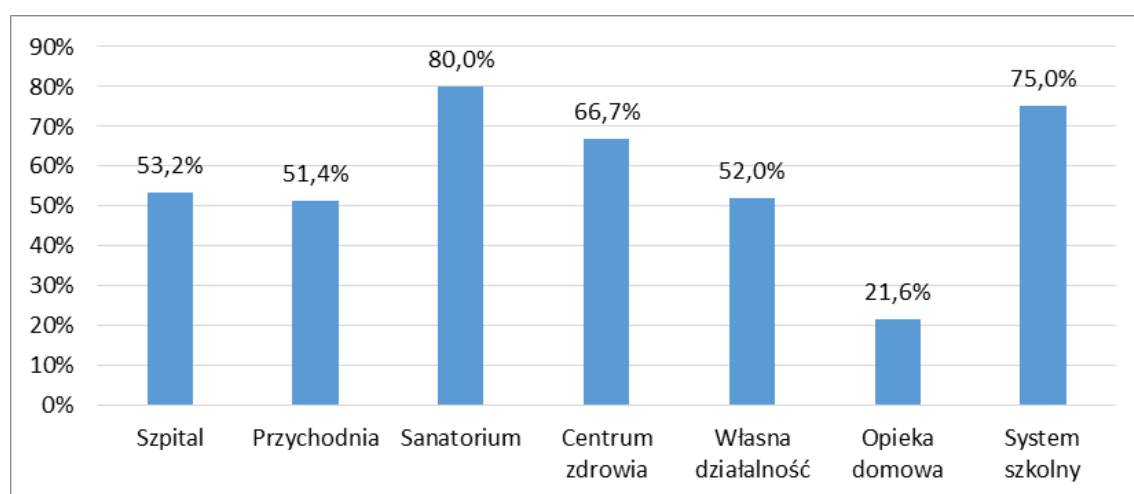
Z zebranych danych wynika również, że kobiety częściej niż ich koledzy napotykały na niepożądane uwagi dotyczące ich wyglądu lub ciała ze strony pacjentów. Odsetek ten wynosi 85,0% wśród kobiet, w porównaniu do 56,6% wśród mężczyzn. Duża liczba kobiet doświadczających takich uwag może odzwierciedlać szersze kwestie kulturowe związane z postrzeganiem i traktowaniem kobiet. Mimo że mniej mężczyzn doświadcza podobnych sytuacji, ich liczba jest nadal znacząca, co wskazuje, że problem ten dotyczy również mężczyzn, choć w mniejszym stopniu. Jeśli zaś chodzi o płeć samych pacjentów, to wyniki wskazują ($p=0,007$), że fizjoterapeuci, którzy głównie pracują z mężczyznami, częściej doświadczają tego typu niekomfortowych sytuacji (91,7%) w porównaniu z tymi, którzy pracują głównie z kobietami (67,1%). W przypadku pracowników, którzy opiekują się równą liczbą kobiet i mężczyzn, odsetek ten wynosi 82,2%. Te wyniki mogą sugerować, że pacjenci płci męskiej są bardziej skłonni do wyrażania pochlebnych lub sugestywnych komentarzy dotyczących ciała lub wyglądu pracowników opieki zdrowotnej, co może być postrzegane jako niekomfortowe lub niestosowne.

Kolejna analiza dotyczy związku doświadczenia otrzymania propozycji randki (IPSB-3) a miejscem udzielania świadczeń i płcią pacjentów. Z analizy danych wynika, że najwyższy odsetek pracowników, którzy doświadczyli zaproszenia na randkę przez pacjenta, znajduje się w sanatoriach, gdzie aż 80,0% respondentów zgłosiło takie doświadczenia. Jest to znacząco wyższy odsetek w porównaniu z innymi rodzajami placówek. Może to sugerować, że specyfika sanatoriów, które często wiążą się z dłuższymi pobytami pacjentów i bardziej relaksującym środowiskiem, sprzyja tworzeniu się osobistych relacji, które mogą prowadzić do tego typu propozycji. W centrach zdrowia odsetek ten wynosi 66,7%, co jest również stosunkowo wysokie. Może to być związane z bardziej osobistym charakterem opieki w tych placówkach, gdzie relacje między pracownikami a pacjentami mogą być bliższe. Nastawienie do pacjenta w centrach zdrowia jest bardziej bezpośrednie i motywujące, co może być mylnie interpretowane przez pacjentów. W szpitalach, przychodniach i w przypadku własnej działalności odsetki te są zbliżone i wynoszą odpowiednio 53,2%, 51,4% i 52,0%. Wskazuje to na umiarkowane ryzyko wystąpienia takich sytuacji w tych środowiskach, które mogą być związane z różnymi czynnikami, takimi jak charakter interakcji z pacjentami czy polityka instytucji. Najniższy odsetek, 21,6%, obserwujemy w opiece domowej. Może to wynikać z bardziej profesjonalnego i kontrolowanego środowiska

pracy, gdzie granice między pracownikiem a pacjentem są bardziej wyraźne. Podczas opieki domowej pacjenci mogą być w cięższych stanach. W systemie szkolnym, mimo niewielkiej liczby respondentów, odsetek ten wynosi 75,0%, co może być związane z charakterem pacjentów oraz mniejszą liczbą interakcji z pacjentami, ale jednocześnie z większą swobodą w relacjach. Wyniki badania wskazują na istotną zależność między rodzajem placówki opieki zdrowotnej a ryzykiem otrzymania propozycji randki od pacjenta. W kontekście płci fizjoterapeuty, taki scenariusz dotyczy 54,3% kobiet, w porównaniu do 34,9% mężczyzn. Duży odsetek kobiet, które napotkały na propozycje randkowe od pacjentów, może odzwierciedlać głębsze wzorce kulturowe i społeczne w interakcjach międzypłciowych, które znajdują odzwierciedlenie również w miejscu pracy.

Tabela 8 - Miejsce pracy a doświadczenie zaproszenia na randkę

$p = 0,003$



źródło: opracowanie własne

Autor zbadał również związek między doświadczeniem otrzymania prezentu o charakterze romantycznym lub seksualnym od pacjenta (IPSB-4) a płcią fizjoterapeutów, oraz pracą w bliskiej odległości od miejsc intymnych. Zaskakującym jest, biorąc pod uwagę wcześniejsze wyniki, że to mężczyźni częściej niż kobiety doświadczają sytuacji, w których otrzymują od pacjentów prezenty o charakterze romantycznym lub seksualnym. Odsetek ten wynosi 24,1% wśród mężczyzn, w porównaniu do 15,0% wśród kobiet. Ta różnica może być dodatkowo zaskakująca, biorąc pod uwagę powszechne przekonanie, że to kobiety częściej są obiektem tego typu

uwag. Badanie uwidocznilo również uwidoczniono istotną zależność ($p=0,004$) między rodzajem wykonywanych badań a otrzymywaniem prezentów o charakterze romantycznym lub seksualnym od pacjentów. Szczególnie narażeni na tego typu zachowania są pracownicy wykonujący badania w bliskiej odległości od narządów lub miejsc intymnych pacjentów. Wyższy odsetek takich doświadczeń wśród pracowników wykonujących badania w bliskiej odległości od miejsc intymnych (20,7% vs. 10,6%) może odzwierciedlać zwiększoną podatność na nieestosowne zachowania ze strony pacjentów, którzy mogą błędnie interpretować profesjonalną opiekę jako osobistą uwagę.

4.2.1.2 Naruszenie dobra osobistego

298 respondentów, co stanowi 64,2% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent wypowiedział jawnie seksualną uwagę lub żart, zadał pytanie lub skomentował życie seksualne fizjoterapeuty lub podzielił się seksualną fantazją na jego temat. 100 respondentów, co stanowi 21,6% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent zaproponował im aktywność seksualną.

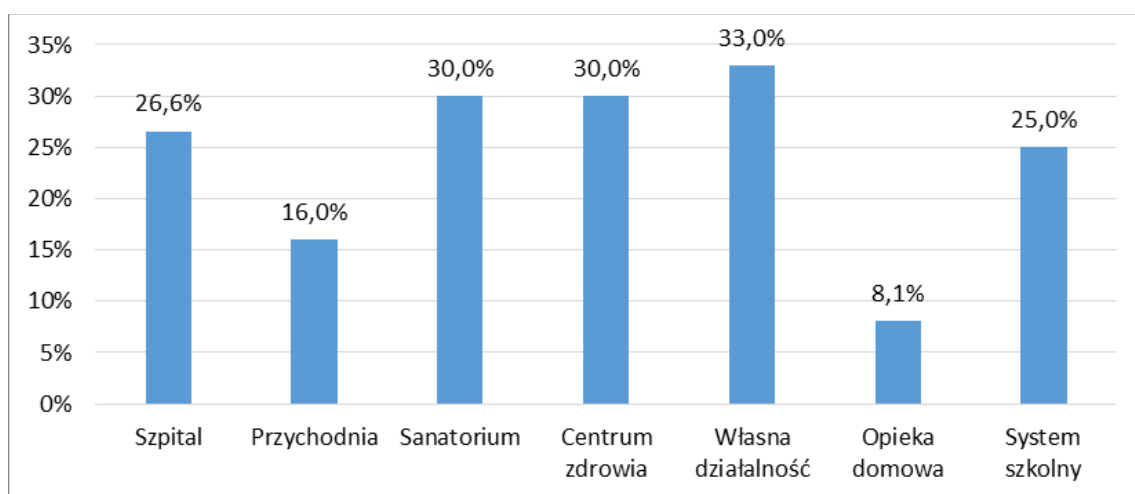
Pierwsza analiza tej grupy czynów dotyczyła relacji między doświadczeniami związanymi z otrzymywaniem jawnych seksualnych komentarzy, żartów, pytań o życie seksualne lub fantazji seksualnych skierowanych na nich przez pacjentów (IPSB-5) a płcią fizjoterapeutów. Kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają nieodpowiednich zachowań seksualnych ze strony pacjentów. Odsetek ten wynosi 66,7% wśród kobiet, w porównaniu do 53,0% wśród mężczyzn. Analiza pokazuje więc istotną zależność ($p=0,019$) między płcią fizjoterapeutów a ryzykiem doświadczenia jawnych seksualnych komentarzy, żartów, pytań o życie seksualne, czy dzielenia się seksualnymi fantazjami przez pacjentów. Jak w poprzedniej grupie IPSB, dane pokazują ($p=0,031$), że fizjoterapeuci mający do czynienia głównie z mężczyznami częściej spotykają się z tego typu doświadczeniami (75,0%) w porównaniu z tymi, którzy pracują głównie z kobietami (51,3%). W przypadku pracowników opiekujących się równą liczbą kobiet i mężczyzn, odsetek ten wynosi 66,5%.

Interesujący jest również związek między doświadczeniem otrzymania propozycji aktywności seksualnej od pacjenta (IPSB-6) a miejscem udzielania świadczeń i płcią pacjentów. Najwyższy odsetek pracowników, którzy doświadczyli propozycji aktywności seksualnej od pacjenta, znajduje się wśród osób prowadzących własną działalność, gdzie 33,0% respondentów zgłosiło takie doświadczenia. Może to

sugerować, że w prywatnych praktykach, gdzie relacje z pacjentami są często bardziej osobiste i mniej formalne, istnieje większe ryzyko wystąpienia tego typu propozycji. Wydaje się, że ma tu również znaczenie przebywania w prywatnym miejscu, bez ryzyka tego, że ktoś postronny usłyszy propozycję. W gabinetach prywatnych często też panuje bardzo miły klimat, odmienny od tego szpitalnego. W sanatoriach i centrach zdrowia odsetek ten wynosi 30,0%, co jest również stosunkowo wysokie. Może to być związane z charakterem tych placówek, gdzie pacjenci często przebywają przez dłuższy czas i mogą nawiązywać bliższe relacje z personelem, dzięki czemu znajdować się w sytuacjach umożliwiających zadanie pytania. W szpitalach odsetek ten wynosi 26,6%, co wskazuje na umiarkowane ryzyko wystąpienia takich sytuacji w tym środowisku. Może to być związane z intensywnością pracy, częstymi oraz stosunkowo szybkimi interakcjami z różnymi pacjentami. W przychodniach odsetek ten jest niższy i wynosi 16,0%. Może to wynikać z bardziej formalnego charakteru interakcji z pacjentami w tych placówkach. Najniższy odsetek, 8,1%, obserwujemy w opiece domowej. Może to być związane z ciężkim stanem pacjentów czy ograniczaniem niestosownych zachowań w swoim domu. W systemie szkolnym, mimo niewielkiej liczby respondentów, odsetek ten wynosi 25,0%, co może być związane z wiekiem pacjentów, którym udzielane są świadczenia zdrowotne. Wyniki badania wskazują na istotną zależność między rodzajem placówki opieki zdrowotnej a ryzykiem otrzymania propozycji aktywności seksualnej od pacjenta. Szczególnie wysokie ryzyko występuje w prywatnych praktykach, sanatoriach i centrach zdrowia.

Tabela 9 - Miejsce udzielania świadczeń a propozycja aktywności seksualnej

$p = 0,009$



źródło: opracowanie własne

Autor sprawdził również związek między płcią pacjentów, z którymi pracują fizjoterapeuci, a doświadczeniem propozycji aktywności seksualnej ze strony pacjentów ($p=0,027$). Dane wskazują, że fizjoterapeuci, którzy głównie pracują z mężczyznami, doświadczają propozycji aktywności seksualnej ze strony pacjentów znacznie częściej (50,0%) w porównaniu z tymi, którzy pracują głównie z kobietami (15,8%). W przypadku pracowników, którzy opiekują się równą liczbą kobiet i mężczyzn, odsetek ten wynosi 21,8%.

4.2.1.3 Nieobyczajne zachowanie

Z odpowiedzi respondentów wynika również, iż 178 z nich, co stanowi **38,4% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent wykonywał wobec nich seksualnie sugestywne gesty.** Z odpowiedzi ankietowanych wynika, iż 147 respondentów, co stanowi **31,7% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent celowo odsłonił przed nimi swoje narządy intymne.** Aż 22 respondentów, co stanowi **4,7% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent masturbował się podczas sesji.** Dane te wskazują, że przypadki masturbacji pacjentów podczas sesji są rzadkie w środowisku ochrony zdrowia, ale się zdarzają. Chociaż stanowi to niewielki procent, jest to sytuacja, która wymaga odpowiedniego reagowania.

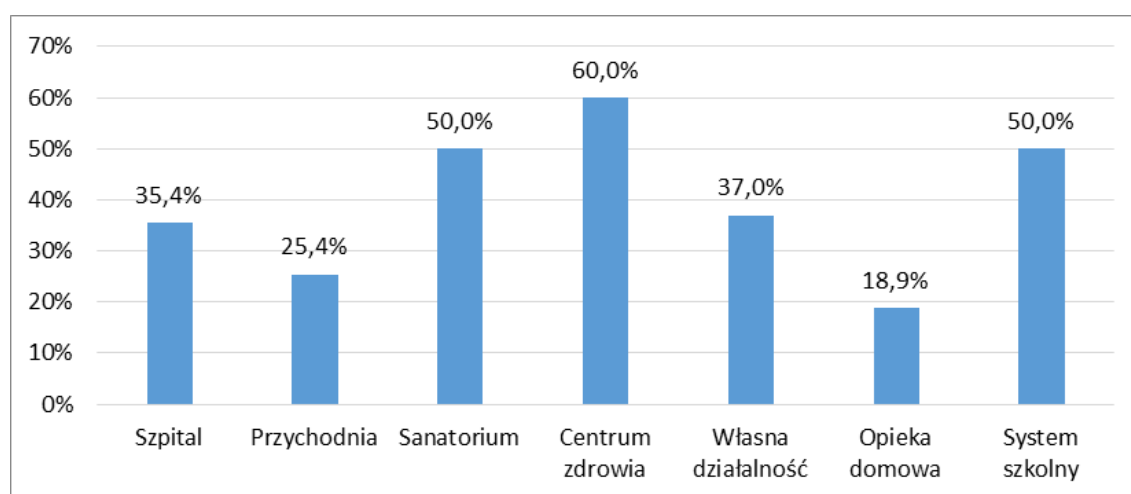
Pierwsza analiza tej grupy zachowań dotyczyła wykonywania gestów o charakterze seksualnym (IPSB-7). Z zebranych danych wynika ($p=0,011$), że fizjoterapeuci, którzy w większości pracują z mężczyznami, częściej doświadczają seksualnie sugestywnych gestów ze strony pacjentów (66,7%) w porównaniu z tymi, którzy przeważnie pracują z kobietami (26,3%). W przypadku pracowników opiekujących się równą liczbą kobiet i mężczyzn, odsetek ten wynosi 39,9%.

Druga analiza tej grupy zachowań dotyczyła celowego odsłaniania swoich genitaliów lub piersi, niezwiązanego ze świadczeniem zdrowotnym (IPSB-8). Z badania wynika związek między rodzajem placówki lub instytucji, w której pracownicy medyczni wykonywali swoje obowiązki, a sytuacją, w której pacjent celowo odsłonił przed nimi swoje narządy intymne w trakcie ich kariery. Najwyższą częstość tej sytuacji mieli

pracownicy pracujący w centrach zdrowia (60,0%), sanatoriach (50%), systemie szkolnym (50%) a najmniejszą w przychodniach (25,4%) oraz opiece domowej (18,9%). Autor sprawdził również związek ($p=0,045$) między płcią fizjoterapeutów a tym zachowaniem. Ważnym spostrzeżeniem jest to, że fizjoterapeuci mężczyźni mieli wyższą częstość występowania sytuacji, w której pacjent celowo odsłonił przed nimi swoje narządy intymne (41,0%), w porównaniu do pracownic medycznych kobiet (29,7%).

Tabela 10 - Miejsce pracy a doświadczenie celowego osłaniania swoich genitaliów lub piersi przez pacjenta, niezwiązanych ze świadczeniem zdrowotnym

$p = 0,002$



źródło: opracowanie własne

4.2.1.4 Czyny zabronione

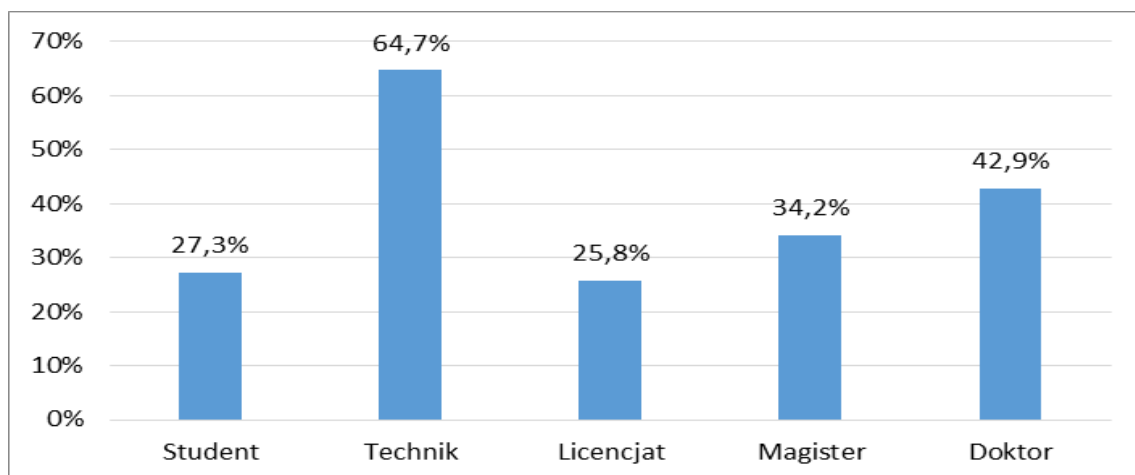
Dane otrzymane od 157 respondentów, co stanowi 33,8% ogółu, potwierdziły, że doświadczyli oni sytuacji, w której pacjent celowo dotknął lub złapał fizjoterapeutę w prywatne miejsce (uda, genitalia, piersi, pośladki) lub w sposób wyrażnie seksualny. Uzyskane dane wskazują również na istotny problem nękania i śledzenia pracowników ochrony zdrowia przez pacjentów. Aż 16,2% (75 osób) doświadczyło sytuacji, w której pacjent śledził, obserwował lub nękał go w miejscu pracy lub poza nim. 11 respondentów, co stanowi 2,4% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w których pacjent groził im, że zmusi lub usiłował zmusić ich do poddania się czynności seksualnej. 3 respondentów co stanowi 0,6% ogółu, potwierdziło, że doświadczyło sytuacji, w której pacjent zmusił ich do poddania się

czynności seksualnej. Są to sprawy bardzo poważne, które powinny wymuszać konieczność istnienia skutecznych mechanizmów ochrony pracowników oraz procedur postępowania w przypadku takich zdarzeń.

Pierwsza analiza tej grupy czynów dotyczyła celowego dotknięcia lub złapania fizjoterapeuty w miejscu intymnym (uda, genitalia, piersi) lub w sposób wyrażnie seksualny (IPSB-10). Analiza danych dotyczących zależności między poziomem wykształcenia w fizjoterapii a doświadczeniem celowego dotykania fizjoterapeuty w intymne miejsca (uda, genitalia, piersi, pośladki) lub w sposób wyrażnie seksualny, wykazała, że technicy fizjoterapii są grupą najbardziej narażoną na te zachowania seksualne ze strony pacjentów, z odsetkiem wynoszącym 64,7%. Jest to znacznie wyższy wskaźnik w porównaniu z innymi grupami. Studenci fizjoterapii oraz osoby z tytułem licencjata doświadczają tego typu zachowań w podobnym stopniu (odpowiednio 27,3% i 25,8%), podczas gdy wśród osób z tytułem magistra odsetek ten wynosi 34,2%. Osoby posiadające tytuł doktora doświadczają nieodpowiednich zachowań w 42,9% przypadków. Można przypuszczać, że wyższy odsetek wśród techników może wynikać percepcji mniejszego autorytetu w oczach pacjentów. Wyniki ilustrują również związek między rodzajem placówki lub instytucji, w której pracownicy medyczni głównie wykonywali swoje obowiązki, a sytuacjami, w których pacjent celowo dotknął lub złapał pracowników medycznych w prywatne miejsca (uda, genitalia, piersi, pośladki) w sposób wyrażnie seksualny w trakcie ich kariery. Wyniki uwypuklają, że pracownicy medyczni, którzy pracowali głównie w placówkach takich jak szpitale, przychodnie, sanatoria i centra zdrowia, mieli większe ryzyko wystąpienia sytuacji, w której pacjent celowo dotknął ich lub złapał w prywatne miejsca w sposób wyrażnie seksualny. Pracownicy medyczni prowadzący własną działalność oraz ci pracujący w opiece domowej mieli niższe ryzyko wystąpienia tego rodzaju sytuacji (odpowiednio 22,0% i 24,3%). System szkolny miał niską częstość występowania takich sytuacji (25,0%), ale wynik ten opiera się na niewielkiej liczbie respondentów.

Tabela 11 – Wykształcenie fizjoterapeuty a doświadczenie celowego dotykania fizjoterapeuty w intymne miejsca (uda, genitalia, piersi, pośladki) lub w sposób wyrażnie seksualny

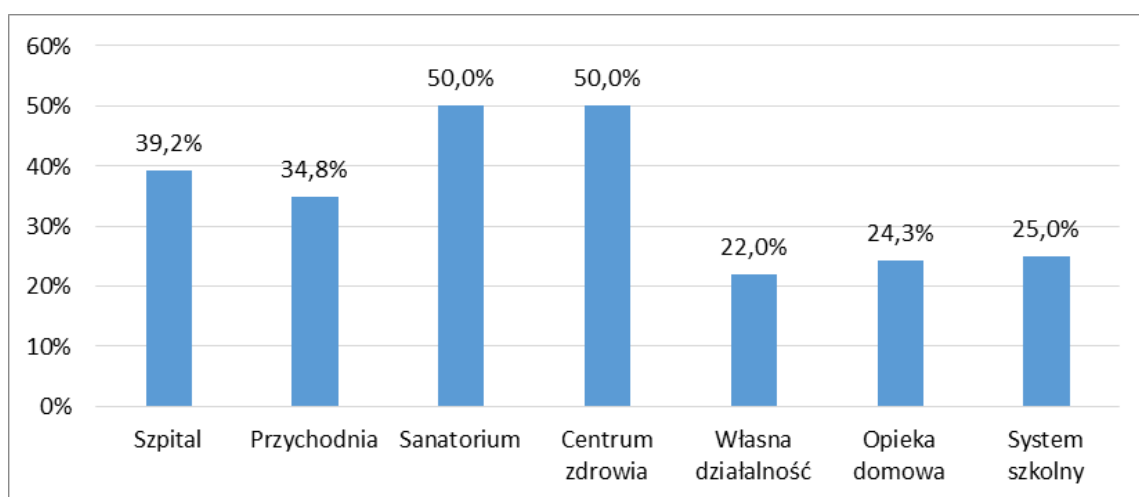
$p = 0,042$



źródło: opracowanie własne

Tabela 12 - Miejsce pracy a doświadczenie celowego dotykania fizjoterapeuty w intymne miejsca (uda, genitalia, piersi, pośladki) lub w sposób wyrażnie seksualny

$p = 0,033$



źródło: opracowanie własne

Druga analiza tej grupy czynów dotyczyła wielokrotnego śledzenia fizjoterapeuty, obserwowania lub nękania w miejscu pracy lub poza nim (IPSB-11). Analiza ujawnia znaczącą różnicę ($p=0,035$) między doświadczeniami mężczyzn i kobiet w tym zakresie. Zauważalnie, 8,4% mężczyzn zgłosiło takie doświadczenia, w porównaniu do 17,9% kobiet, co wskazuje na znacznie wyższe ryzyko czynu dla kobiet.

4.2.2 Reakcja na Niestosowne Zachowanie Seksualne Pacjenta

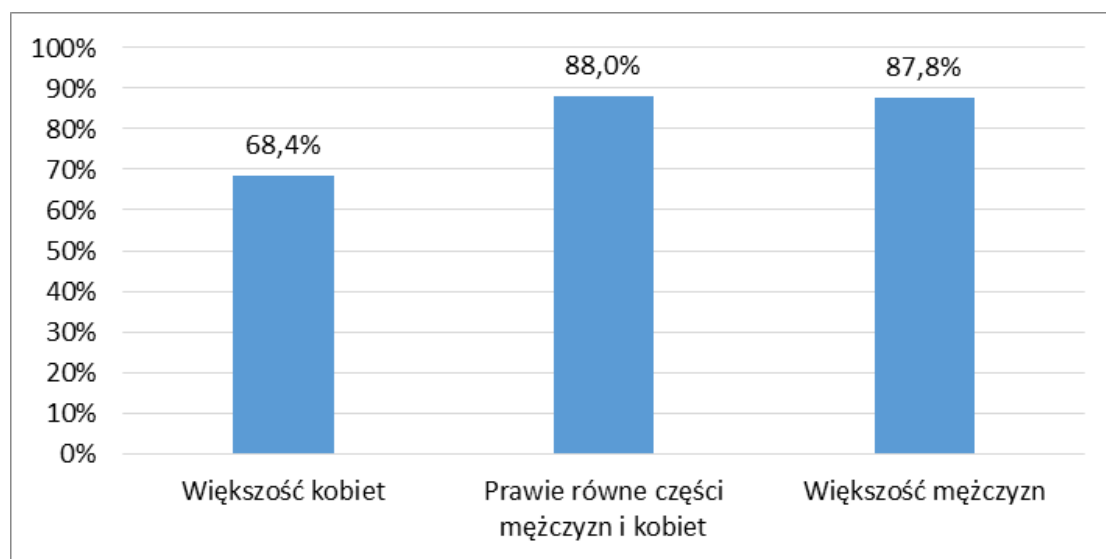
W ramach niniejszego podrozdziału poświęconego reakcjom fizjoterapeutów na Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów (IPSB), autor przedstawia analizę odpowiedzi, jakie środowisko fizjoterapeutyczne wybiera w obliczu tego rodzaju wyzwań.

Odwrócenie uwagi i ignorowanie

308 respondentów, co stanowi 85,8% ogółu, odpowiedziało, że w sytuacji niestosownego zachowania seksualnego odwrócili oni uwagę pacjenta lub skierowali na inną aktywność. Trzy czwarte (271 respondentów, co stanowi 75,5%) ogółu fizjoterapeutów wybiera ignorowanie nieodpowiednich zachowań seksualnych pacjentów lub udawanie, że się one nie wydarzyły, jako sposób radzenia sobie z takimi sytuacjami. Z danych wynika ponadto, fizjoterapeutki częściej stosują techniki odwracania uwagi pacjenta lub kierowania pacjenta na inną aktywność w przypadku IPSB, z odsetkiem wynoszącym 87,7% versus 74,5% fizjoterapeutów ($p=0,013$). Analiza danych dotyczących płci pacjentów zaangażowanych w IPSB w kontekście pracy fizjoterapeuty oraz reakcji fizjoterapeutów na te sytuacje wykazuje pewne interesujące zależności. Wyniki wskazują, że w większości przypadków pacjentami zaangażowanymi w IPSB byli mężczyźni. Warto zwrócić uwagę, że pomimo różnic w płci pacjentów, odpowiedzi fizjoterapeutów na te sytuacje nie wydają się być znacząco zróżnicowane ze względu na płeć pacjenta. Odsetek fizjoterapeutów, którzy odwrócili uwagę pacjenta lub skierowali go na inną aktywność w przypadku wystąpienia IPSB, był zbliżony zarówno w przypadku większości kobiet, prawie równych części mężczyzn i kobiet, jak i większości mężczyzn.

Tabela 13 - Płeć pacjentów a reakcja fizjoterapeuty polegająca na odwróceniu uwagi pacjenta lub skierowania go na inną aktywność w sytuacji incydentu IPSB

$p = 0,033$



źródło: opracowanie własne

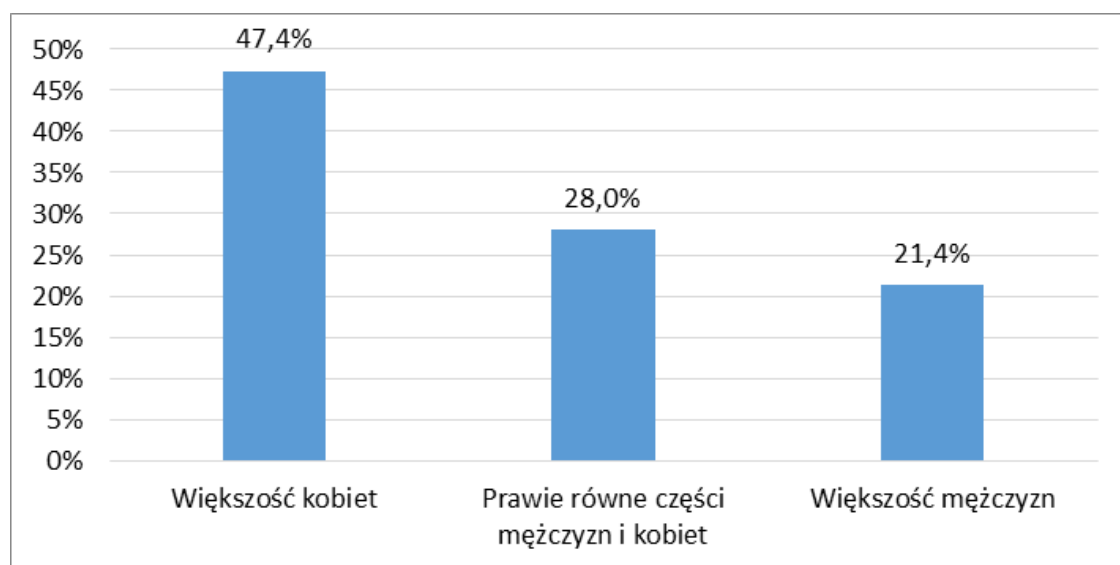
Żartowanie z sytuacji

24,5% respondentów przyznaje, że reaguje na IPSB w poprzez śmiech i żarty, co może być kwestią radzenia sobie z dyskomfortem poprzez humor. Takie zachowanie może być ryzykowne, ponieważ może być źle zrozumiane przez pacjenta lub innych obserwatorów, potencjalnie prowadząc do dalszych nieporozumień lub nieodpowiednich zachowań. Z analizy wynika ($p=0,001$), że mężczyźni fizjoterapeuci częściej reagowali śmiechem lub żartami na IPSB, z odsetkiem wynoszącym 43,1%. Ta tendencja może wskazywać na to, że mężczyźni mogą być bardziej skłonni do używania humoru jako mechanizmu radzenia sobie z dyskomfortem lub napięciem związanym z takimi sytuacjami. Może to być również sposób na minimalizowanie powagi sytuacji lub obrona przed niezręcznością i stresującymi emocjami. Wśród fizjoterapeutek, tylko 21,4% zgłosiło reakcję śmiechem lub żartami na IPSB. To może sugerować, że kobiety traktują takie zachowania bardziej poważnie lub mają inne strategie radzenia sobie z niewłaściwym zachowaniem pacjentów. Wyniki badania pokazują również, że ta reakcja na IPSB jest częstsza u osób przeprowadzających badania blisko miejsc intymnych (30,1%) w porównaniu z osobami, które nie przeprowadzają badań w bliskiej odległości od tych miejsc (15,7) ($p=0,002$). Interesującym aspektem jest związek między płcią leczonych pacjentów a reakcją fizjoterapeuty. Okazuje się, że fizjoterapeuci reagowali na IPSB różnie w zależności od

płci pacjenta. Największy odsetek (47,4%) odpowiedzi wskazuje, że fizjoterapeuci reagują śmiechem lub żartem z zachowania pacjenta w sytuacji, gdy ich pacjentami są kobiety. Przeciwnie, w sytuacji, gdy pacjentami są mężczyźni, w taki sposób na IPSB reaguje jedynie 21,4% fizjoterapeutów.

Tabela 14 - Płeć pacjentów a reakcja fizjoterapeuty polegająca na śmiechu lub żartowaniu w sytuacji incydentu IPSB

$p = 0,002$



źródło: opracowanie własne

Wyrażenie obrzydzenia i krytyka pacjenta

99 respondentów, co stanowi 27,6% ogółu, odpowiedziało z kolei, że wyrazili obrzydzenie, skrytykowali pacjenta, podnieśli głos lub słownie grozili pacjentowi. Należy zauważyć, że większość fizjoterapeutów (72,4%) nie reaguje w sposób konfrontacyjny na niestosowne zachowania seksualne pacjentów, takie jak wyrażanie obrzydzenia, krytykowanie pacjenta, podnoszenie głosu czy grożenie. Z drugiej strony, mniejsza, lecz nadal duża grupa respondentów (27,6%) przyznaje, że reaguje w sposób bardziej bezpośredni i konfrontacyjny, co może być wynikiem silnych emocji wywołanych przez IPSB lub próbą wyraźnego ustanowienia granic w relacji z pacjentem. Takie zachowania mogą jednak prowadzić do sytuacji, w której to fizjoterapeuta stanie się sprawcą czynu zabronionego. Z analizy wynika ($p=0,002$), że fizjoterapeutki znacznie częściej niż mężczyźni reagowały silnie na IPSB. Aż 30,5% kobiet zgłosiło, że w odpowiedzi na IPSB wyraziły obrzydzenie, skrytykowały pacjenta, podniosły głos, czy groziły słownie. Może

to jednak stwarzać ryzyko w zakresie naruszenia praw pacjenta. W kontraście, wśród fizjoterapeutów, tylko 9,8% zgłosiło podobne reakcje na IPSB. Jest to znacznie mniejszy odsetek w porównaniu do kobiet, co może sugerować różnice w sposobach radzenia sobie z nieodpowiednim zachowaniem pacjentów.

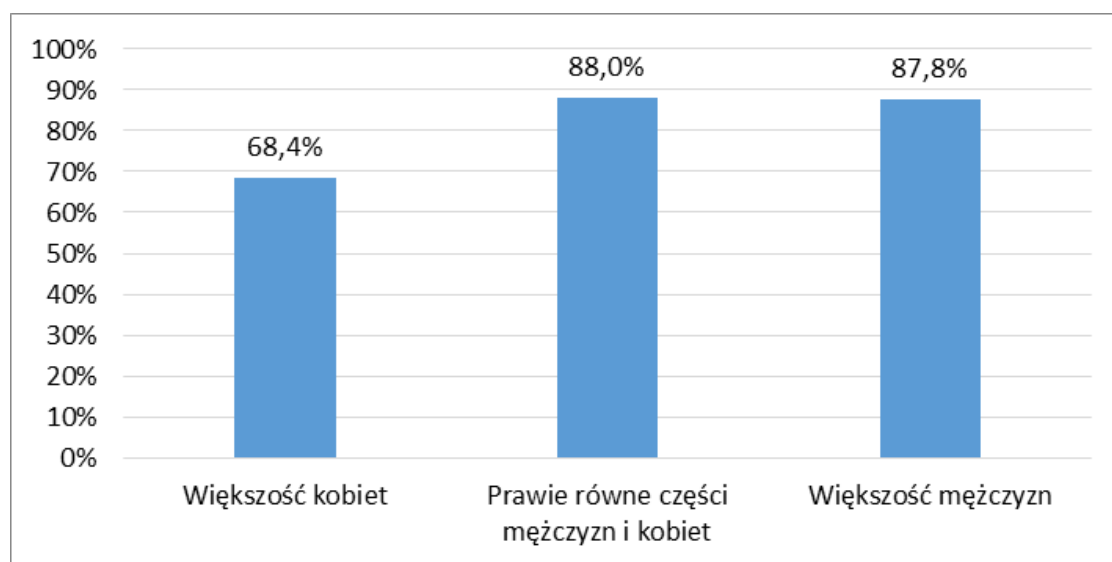
Zmiana metody leczenia lub miejsca świadczenia usługi

Znacząca część fizjoterapeutów (niemal połowa – 45,3%) zmienia swoje metody leczenia lub miejsce świadczenia usług w odpowiedzi na niestosowne zachowania seksualne pacjentów. Znaczące różnice widoczne są tu jednak w kontekście płci fizjoterapeuty ($p=0,006$). Fizjoterapeutki częściej podejmowały decyzje o zmianie metody leczenia w odpowiedzi na IPSB. Aż 48,2% kobiet zgłosiło, że z powodu IPSB musiały leczyć w bardziej publicznej przestrzeni lub wybrały inną metodę leczenia z mniejszym kontaktem fizycznym. To wskazuje na to, że kobiety mogą być bardziej skłonne do dostosowywania swoich metod leczenia w odpowiedzi na niestosowne zachowania, być może ze względu na większą świadomość ryzyka lub doświadczenie w radzeniu sobie z takimi sytuacjami. W kontraście, wśród mężczyzn fizjoterapeutów, tylko 27,5% zgłosiło dokonanie podobnych zmian w metodach leczenia w odpowiedzi na IPSB. Jest to znacznie mniejszy odsetek w porównaniu do kobiet, co może sugerować różnice w percepcji zagrożenia lub w strategiach radzenia sobie z nieodpowiednim zachowaniem ze strony pacjentów. Interesującą kwestią jest związek między płcią pacjenta a decyzją fizjoterapeuty dotyczącą metody leczenia. Wyniki wydają się sugerować, że fizjoterapeuci byli bardziej skłonni do wyboru bardziej publicznej przestrzeni lub innego rodzaju leczenia z mniejszym kontaktem fizycznym w przypadku, gdy pacjentem była kobieta. Ponad 48% odpowiedzi wskazuje na tę tendencję. W przypadku większości mężczyzn i prawie równego podziału mężczyzn i kobiet, odsetki te były niższe. Wnioskiem z tej analizy może być to, że fizjoterapeuci częściej podejmują decyzje dotyczące leczenia z mniejszym kontaktem fizycznym lub w bardziej publicznej przestrzeni w przypadku pacjentek, co może wynikać z próby zminimalizowania ryzyka wystąpienia IPSB. W przypadku pacjentów mężczyzn wybór metody leczenia może być bardziej zróżnicowany. Analiza danych dotyczących wpływu szkolenia w zakresie "Niestosownych zachowań seksualnych pacjentów" (IPSB) na podejście fizjoterapeutów do metod terapii, pomimo tego, że wyłącznie 7 fizjoterapeutów, którzy odpowiedzieli na to pytanie przeszło takie szkolenie, ujawnia istotną zależność ($p=0,015$). Z analizy wynika, że osoby, które przeszły szkolenie w zakresie IPSB, znacznie częściej zmieniały

swoje metody leczenia w odpowiedzi na niestosowne zachowania. Aż 87,5% osób przeszkolonych zgłosiło, że musiało leczyć w bardziej publicznej przestrzeni lub wybrało inną metodę leczenia z mniejszym kontaktem fizycznym. To wskazuje na to, że szkolenie może zwiększać świadomość ryzyka związanego z IPSB i skłaniać pracowników do podejmowania działań mających na celu zmniejszenie tego ryzyka. W kontraście, wśród osób, które nie przeszły szkolenia w zakresie IPSB, tylko 44,3% zgłosiło dokonanie zmian w metodach leczenia.

Tabela 15 - Płeć leczonych pacjentów a zmiana metody leczenia lub miejsca udzielania świadczeń w przypadku incydentu IPSB

$p = 0,018$



źródło: opracowanie własne

Przekazanie pacjenta innemu fizjoterapeucie

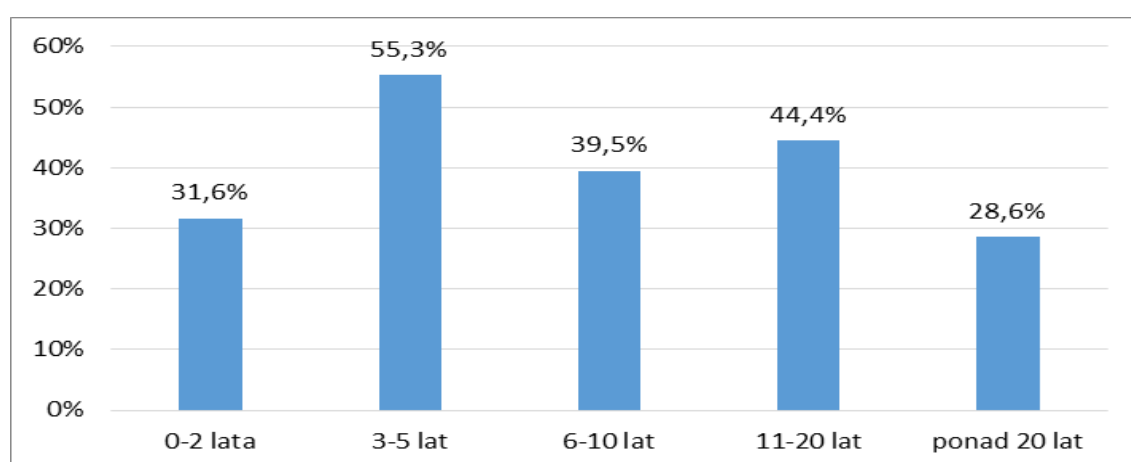
Niemal połowa fizjoterapeutów (43,3%) decyduje się na przekazanie opieki nad pacjentem innemu fizjoterapeucie w przypadku wystąpienia IPSB. To może wskazywać na to, że pracownicy ci czują się niekomfortowo lub niebezpiecznie w obecności pacjenta wykazującego niestosowne zachowania seksualne, lub też uznają, że zmiana terapeuty może być korzystniejsza dla procesu leczenia. Z drugiej strony, większość respondentów (56,7%) nie przekazuje opieki nad pacjentem innemu fizjoterapeucie, co może sugerować, że starają się oni radzić sobie z sytuacją w inny sposób, lub też nie mają możliwości przekazania opieki innemu specjalście przez co ryzykują zagwarantowanie prawidłowego przebiegu leczenia oraz narażają się na dalsze czyny ze strony pacjenta.

Analiza danych dotyczących wpływu doświadczenia zawodowego fizjoterapeutów na ich decyzje o przekazaniu opieki nad pacjentem do innego specjalisty w przypadku wystąpienia IPSB ujawnia ciekawą zależność. Z analizy wynika, że fizjoterapeuci z 3-5 latami doświadczenia zawodowego najczęściej decydowali się na przekazanie opieki nad pacjentem. W tej grupie, aż 55,3% respondentów zgłosiło, że w przypadku wystąpienia IPSB przekazali opiekę nad pacjentem do innego fizjoterapeuty. Może to sugerować, że osoby z umiarkowanym doświadczeniem zawodowym są bardziej skłonne do poszukiwania wsparcia lub zmiany strategii opieki w obliczu trudnych sytuacji. W grupach z krótszym (0-2 lata) i dłuższym (ponad 20 lat) stażem pracy, odsetek osób przekazujących opiekę był niższy, wynosząc odpowiednio 31,6% i 28,6%. To może wskazywać na to, że osoby z mniejszym doświadczeniem mogą czuć się mniej pewnie w radzeniu sobie z IPSB, podczas gdy osoby z długim stażem mogą mieć rozwinięte własne strategie radzenia sobie z takimi sytuacjami. Natomiast w grupach z 6-10 latami i 11-20 latami doświadczenia, odsetki osób przekazujących opiekę wynosiły odpowiednio 39,5% i 44,4%. To wskazuje na umiarkowaną skłonność do zmiany strategii opieki w obliczu IPSB wśród osób z dłuższym doświadczeniem zawodowym, ale nie tak długim jak w grupie z ponad 20-letnim stażem. Wyniki wskazują na to, że doświadczenie zawodowe ma znaczący wpływ na decyzje fizjoterapeutów dotyczące przekazywania opieki nad pacjentem w przypadku wystąpienia IPSB. Osoby z umiarkowanym doświadczeniem (3-5 lat) wydają się być najbardziej skłonne do przekazania opieki, co może wynikać z poszukiwania wsparcia i alternatywnych strategii radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Interesująca jest również zależność pomiędzy tym rodzajem reakcji na IPSB a miejscem pracy. Z analizy wynika, że w szpitalach, centrach zdrowia i sanatoriach odsetek fizjoterapeutów, którzy przekazali opiekę nad pacjentem, był najwyższy, wynosząc odpowiednio 62,0%, 64,0% i 55,6%. Może to świadczyć o większej dostępności zasobów w tych środowiskach, co ułatwia przekazywanie opieki. W przeciwieństwie do tego, w przychodniach i w przypadku prowadzenia własnej działalności, odsetek ten był znacznie niższy, wynosząc odpowiednio 40,7% i 34,3%. To może sugerować, że w mniejszych placówkach lub w sytuacji samodzielnego prowadzenia praktyki fizjoterapeuci mogą czuć się bardziej zobowiązani do kontynuowania opieki nad pacjentem lub mogą mieć ograniczone możliwości przekazania opieki innemu specjalście. Z analizy wynika ponadto ($p=0,031$), że kobiety częściej niż mężczyźni decydują się na przekazanie opieki nad pacjentem innemu fizjoterapeucie po wystąpieniu IPSB. Odsetek kobiet, które podjęły taką decyzję, wyniósł

45,6%, co jest wyższym wskaźnikiem w porównaniu z odsetkiem mężczyzn, który wyniósł 29,4%. Interesującym aspektem jest związek między płcią leczonych pacjentów a decyzją fizjoterapeuty dotyczącą przekazania opieki do innego fizjoterapeuty. Wyniki sugerują, że fizjoterapeuci byli bardziej skłonni do przekazania opieki do innego fizjoterapeuty w przypadku, gdy pacjentem był mężczyzna. Ponad 46% odpowiedzi wskazuje na tę tendencję.

Tabela 16 - Doświadczenie fizjoterapeuty a przekazanie pacjenta innemu fizjoterapeucie w przypadku incydentu IPSB

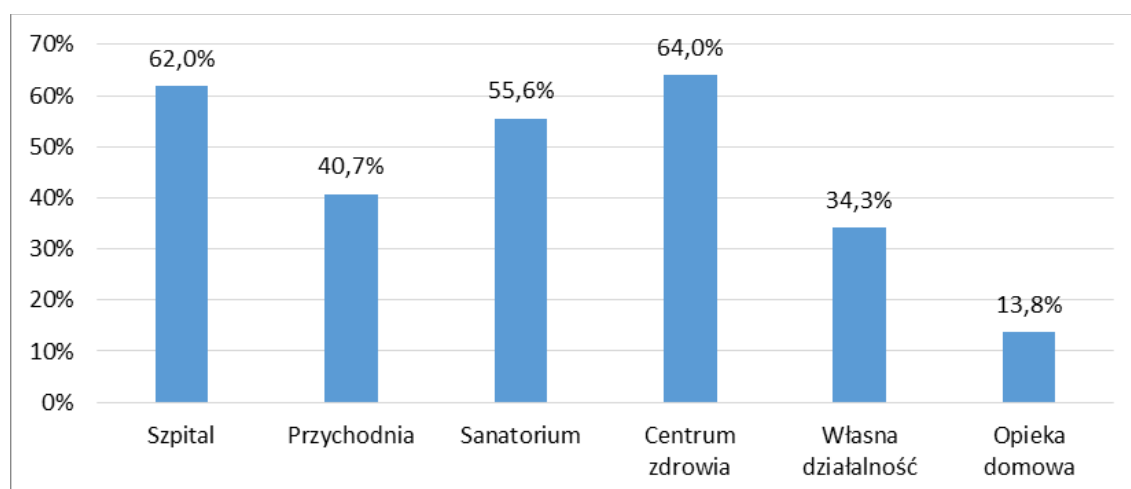
$p = 0,008$



źródło: opracowanie własne

Tabela 17 - Miejsce udzielania świadczeń a przekazanie pacjenta innemu fizjoterapeucie w przypadku incydentu IPSB

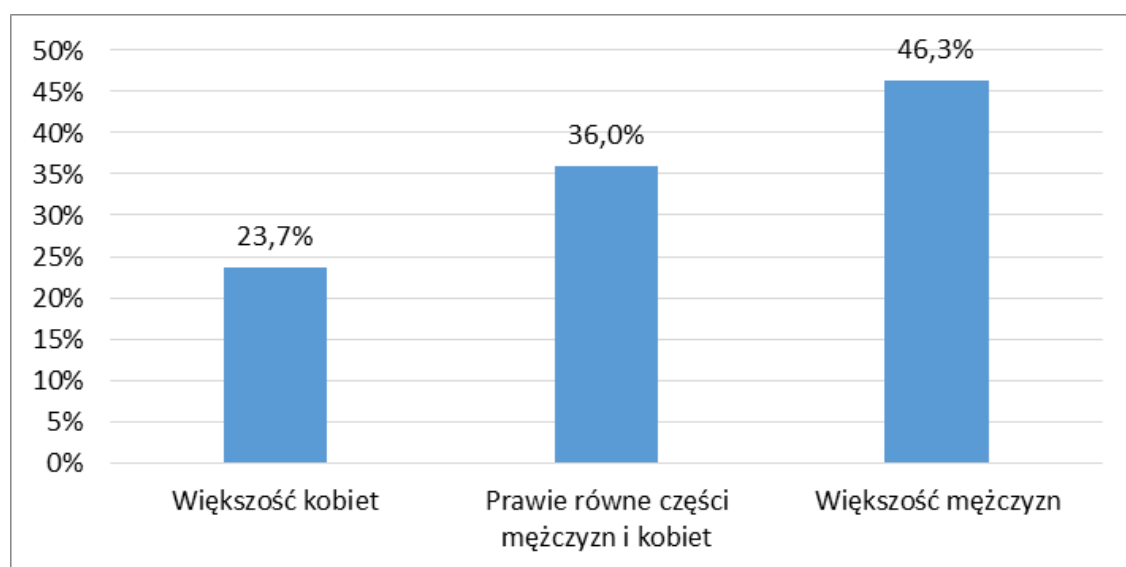
$p = 0,00009$



źródło: opracowanie własne

Tabela 18 - Płeć pacjenta a decyzja o przekazaniu terapii innemu fizjoterapeucie w przypadku incydentu IPSB

$p = 0,023$



źródło: opracowanie własne

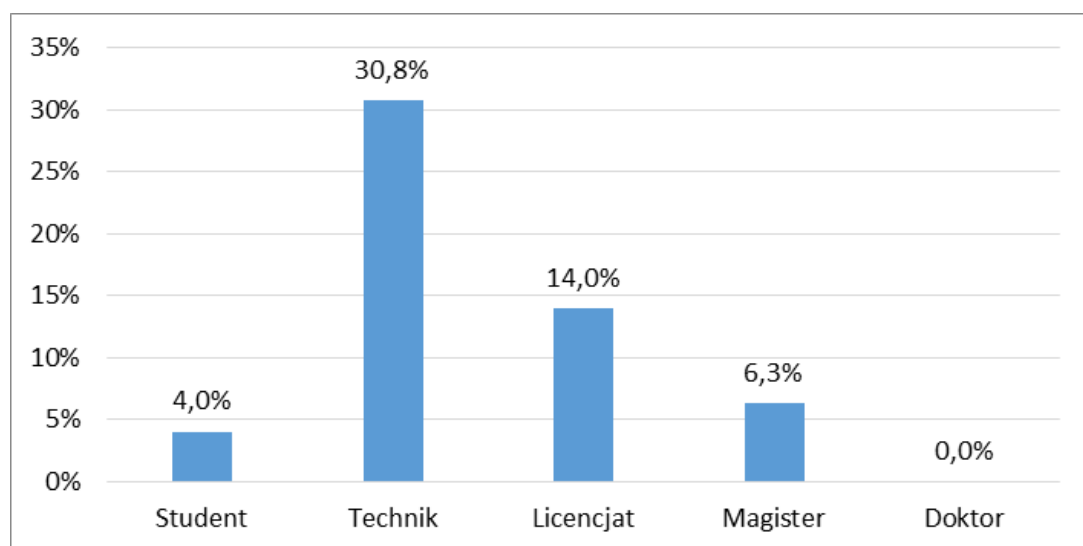
Udokumentowanie incydentu

Tylko 28 respondentów, co stanowi 7,8% ogółu, odpowiedziało, że zrobili odpowiednie zapisy w dokumentacji medycznej. Może to wskazywać na kilka rzeczy. Po pierwsze, pracownicy mogą nie czuć się komfortowo z dokumentowaniem takich incydentów. Po drugie, może to również sugerować brak jasnych wytycznych lub procedur dotyczących dokumentowania IPSB w środowisku medycznym. Analiza danych dotyczących dokumentowania incydentu IPSB w dokumentacji medycznej ujawnia zależność między poziomem wykształcenia a częstością dokumentowania takich incydentów. Dane są podzielone na pięć kategorii poziomu wykształcenia: studenci, technicy, osoby z licencjatem, magistrem oraz doktorzy. Zauważalny jest znaczący kontrast w podejściu do dokumentowania IPSB między różnymi poziomami wykształcenia. Wśród studentów fizjoterapii, tylko 4,0% zgłosiło dokumentowanie zachowania pacjenta w przypadku IPSB. Może to wynikać z braku doświadczenia, niepewności co do procedur lub ograniczonej autonomii w podejmowaniu decyzji. Z drugiej strony, w grupie techników, aż 30,8% zgłosiło dokumentowanie takich incydentów, co może wskazywać na większą świadomość procedur lub bezpośrednią pracę z pacjentami. Interesujące jest, że w miarę wzrostu poziomu wykształcenia akademickiego, odsetek dokumentowania IPSB maleje. W grupie osób z licencjatem,

odsetek ten wynosi 14,0%, a wśród magistrów spada do 6,3%. W grupie doktorów nie odnotowano żadnych przypadków dokumentowania IPSB. To może sugerować, że wyższy poziom wykształcenia akademickiego wiąże się z mniejszą skłonnością do dokumentowania takich zdarzeń, być może z powodu innych priorytetów zawodowych, mniejszego bezpośredniego kontaktu z pacjentami, lub przekonania o innych sposobach radzenia sobie z IPSB. Wyniki te mogą sugerować potrzebę zwiększenia świadomości i szkolenia na wszystkich poziomach edukacji fizjoterapeutycznej, aby zapewnić, że wszyscy pracownicy ochrony zdrowia są odpowiednio przygotowani do dokumentowania i radzenia sobie z IPSB, co jest kluczowe dla zapewnienia bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego.

Tabela 19 - Wykształcenie fizjoterapeuty a dokumentowanie incydentu IPSB w dokumentacji medycznej

$p = 0,008$



źródło: opracowanie własne

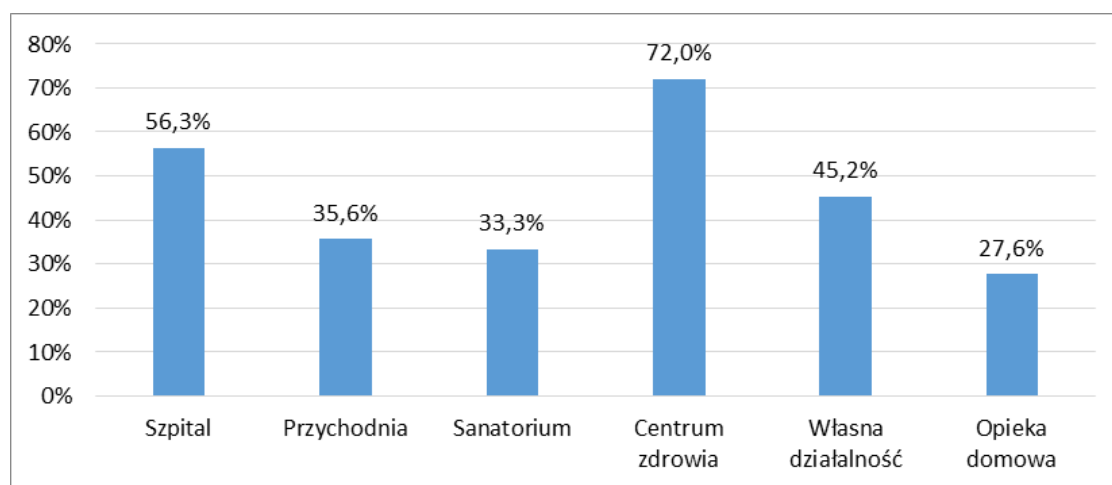
Zakończenie terapii

44.1% fizjoterapeutów decyduje się na zakończenie terapii po wystąpieniu IPSB. To może wskazywać na to, że dla wielu medyków, niestosowne zachowania seksualne pacjentów są poważnym problemem, który wpływa na ich zdolność do świadczenia opieki. Zakończenie terapii może być postrzegane jako ostateczność, ale również jako środek ochronny dla pracownika, który może czuć się zagrożony lub nieswojo w obecności pacjenta. Może to też prowadzić do strat finansowych w budżecie

specjalisty. Z drugiej strony, większość respondentów (55,9%) nie zakończyła opieki nad pacjentem, co może sugerować, że starają się oni radzić sobie z sytuacją w inny sposób, lub też uznają, że kontynuacja opieki jest możliwa mimo wystąpienia IPSB. Może to również odzwierciedlać różne poziomy tolerancji na niestosowne zachowania lub różne strategie radzenia sobie z nimi. Analiza danych dotyczących płci fizjoterapeutów i ich decyzji o zakończeniu opieki nad pacjentem po wystąpieniu nieprawidłowych zachowań seksualnych pacjentów (IPSB) pokazuje istotne różnice w podejściu w zależności od płci ($p=0,047$). Z analizy wynika, że kobiety były bardziej skłonne niż mężczyźni do zakończenia opieki nad pacjentem po wystąpieniu IPSB. Odsetek kobiet, które podjęły taką decyzję, wyniósł 46,3%, podczas gdy w przypadku mężczyzn odsetek ten wyniósł 31,4%. To sugeruje, że kobiety były bardziej gotowe podjąć kroki w celu zakończenia opieki w przypadku nieprawidłowych zachowań seksualnych pacjentów. Interesującym aspektem jest związek między płcią pacjenta a decyzją fizjoterapeuty dotyczącą zakończenia opieki nad pacjentem po wystąpieniu IPSB. Wyniki sugerują, że fizjoterapeuci byli bardziej skłonni zakończyć opiekę nad pacjentem w przypadku, gdy pacjentami byli mężczyźni. Ponad 46% odpowiedzi wskazuje na tę tendencję. W przypadku prawie równego podziału mężczyzn i kobiet oraz większości kobiet, odsetki te były niższe. Wnioskiem z tej analizy może być to, że fizjoterapeuci różnie podejmują decyzje dotyczące zakończenia opieki nad pacjentem po wystąpieniu IPSB w zależności od płci pacjenta. Istotna z powodu projektowanych postulatów *de lege ferenda* jest zależność pomiędzy tym sposobem reakcji na IPSB a miejscem udzielania świadczeń. Najbardziej zauważalnym wynikiem jest fakt, że w centrach zdrowia odsetek fizjoterapeutów, którzy zakończyli opiekę nad pacjentem po wystąpieniu IPSB, wyniósł aż 72,0%. Jest to najwyższy odsetek spośród wszystkich typów placówek, co może sugerować, że w tych środowiskach istnieją bardziej rygorystyczne procedury i polityki w zakresie radzenia sobie z IPSB. W szpitalach odsetek zakończenia opieki wyniósł 56,3%, co wskazuje na stosunkowo wysoki poziom reakcji na tego rodzaju incydenty. W przypadku prowadzenia własnej działalności, fizjoterapeuci byli nieco mniej skłonni do zakończenia opieki, przy odsetku wynoszącym 45,2%. W opiece domowej odsetek zakończenia opieki był najniższy i wyniósł 27,6%, a w sanatoriach wyniósł 33,3%.

Tabela 20 - Miejsce udzielania świadczeń a zakończenie terapii z powodu IPSB

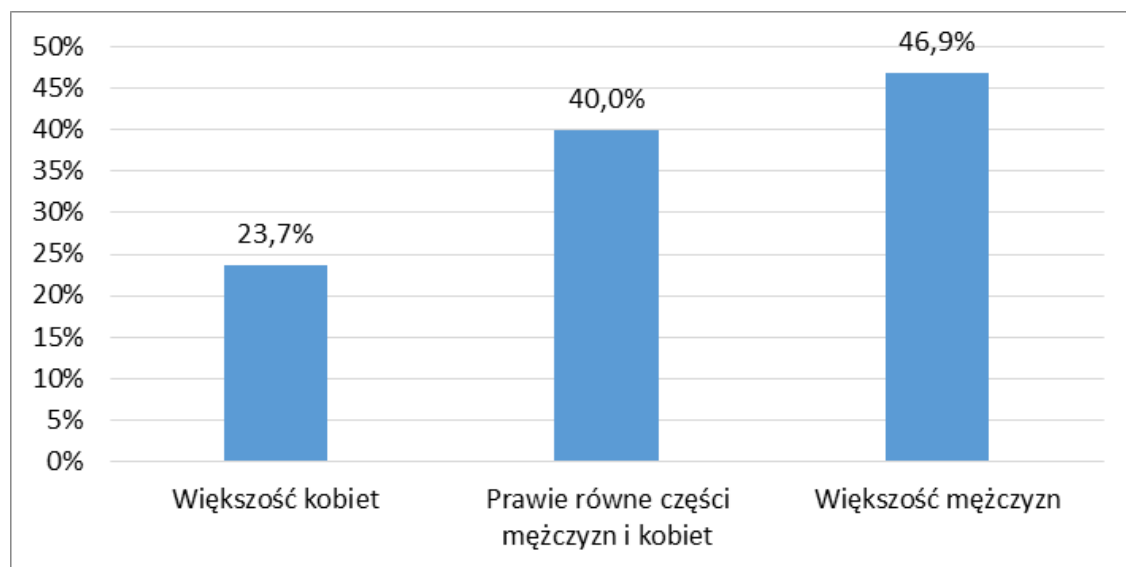
$p = 0,003$



źródło: opracowanie własne

Tabela 21 - Płeć pacjenta a zakończenie terapii z powodu IPSB

$p = 0,023$



źródło: opracowanie własne

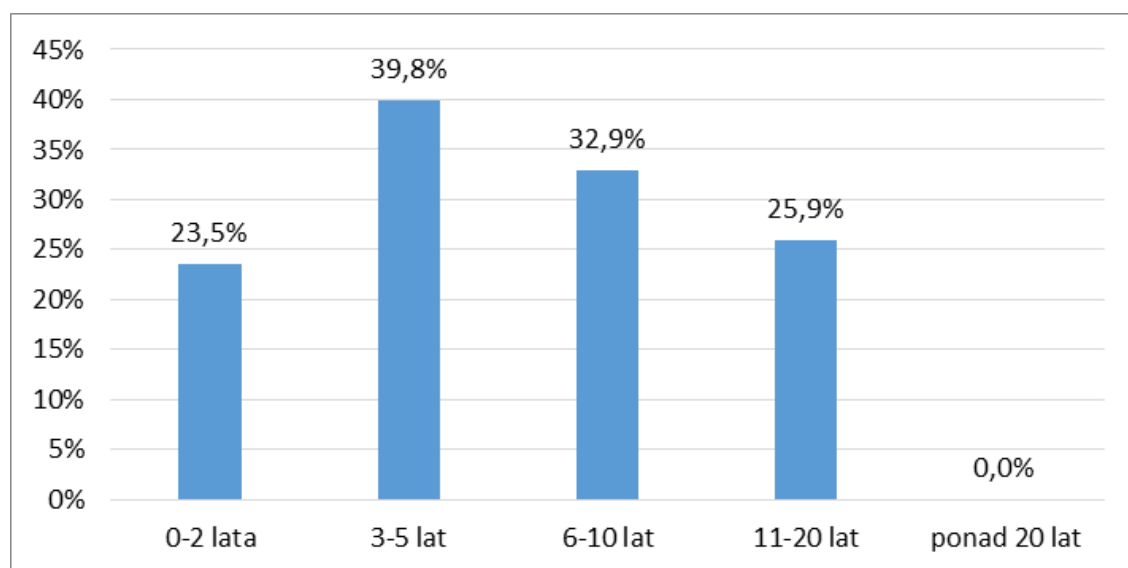
Zaraportowanie w placówce

Aż 69% fizjoterapeutów nie zgłasza nieodpowiednich zachowań seksualnych pacjentów w swojej placówce. Pracownicy mogą nie czuć się komfortowo ze zgłaszaniem takich incydentów, być może z obawy przed pokazaniem się jako osoba niekompetentna. Brak takich zgłoszeń może wskazywać na brak instrukcji i świadomości w tym zakresie. Brak zgłoszenia sytuacji do przełożonych generuje ryzyko braku zauważenia problemu

i pozostania z problemem bez możliwości jego rozwiązania. Istnieje jednak zależność pomiędzy doświadczeniem fizjoterapeuty a taką reakcją na IPSB. Dane pokazują bowiem, że zauważalny jest wyższy odsetek zgłoszeń wśród fizjoterapeutów z 3-5 latami doświadczenia zawodowego, gdzie 39,8% respondentów zgłosiło, że zgłosiło zachowanie pacjenta w placówce w przypadku IPSB. Może to świadczyć o większej świadomości i gotowości do działania wśród osób z umiarkowanym doświadczeniem zawodowym, które być może lepiej rozumieją procedury zgłaszania i czują się bardziej kompetentne w radzeniu sobie z takimi sytuacjami. W grupach z krótszym (0-2 lata) i dłuższym (11-20 lat) stażem pracy, odsetek zgłoszeń był niższy, wynosząc odpowiednio 23,5% i 25,9%. To może sugerować, że osoby z mniejszym doświadczeniem mogą czuć się mniej pewnie lub nie być wystarczająco świadome procedur zgłaszania. Z kolei osoby z długim stażem pracy mogą być bardziej znużone lub zrezygnowane z procedur zgłaszania, być może z powodu zmęczenia rutyną lub poczucia, że zgłoszenia nie przynoszą oczekiwanych zmian. Zaskakujące jest to, że w grupie z ponad 20-letnim stażem pracy nie odnotowano żadnych zgłoszeń IPSB. Może to wskazywać na to, że osoby z długim doświadczeniem zawodowym mogą mieć rozwinięte własne strategie radzenia sobie z takimi sytuacjami lub mogą być mniej skłonne do zgłaszania ze względu na różne czynniki, takie jak zmęczenie procedurami lub poczucie bezsilności. Analiza danych dotyczących płci fizjoterapeutów i ich zgłaszania zachowań pacjentów w placówce po wystąpieniu IPSB ukazuje istotne różnice ($p=0,004$). Z analizy wynika, że kobiety wykazywały się większą skłonnością do zgłaszania nieprawidłowych zachowań pacjentów w placówce. Odsetek kobiet, które podjęły tę decyzję, wyniósł 33,9%, co wskazuje na ich gotowość do podjęcia działań w przypadku incydentów IPSB. W przypadku mężczyzn odsetek zgłaszania zachowań pacjentów po wystąpieniu IPSB był znacznie niższy i wyniósł 13,7%. Wyniki sugerują ponadto, że fizjoterapeuci byli bardziej skłonni zgłosić zachowanie pacjenta w placówce, gdy pacjentami uczestniczącymi w incydencie IPSB są mężczyźni. Ponad 34% odpowiedzi wskazuje na tę tendencję. W przypadku prawie równego podziału mężczyzn i kobiet oraz większości kobiet, odsetki te były niższe.

Tabela 22 - Doświadczenie fizjoterapeuty a raportowanie incydentu IPSB w placówce

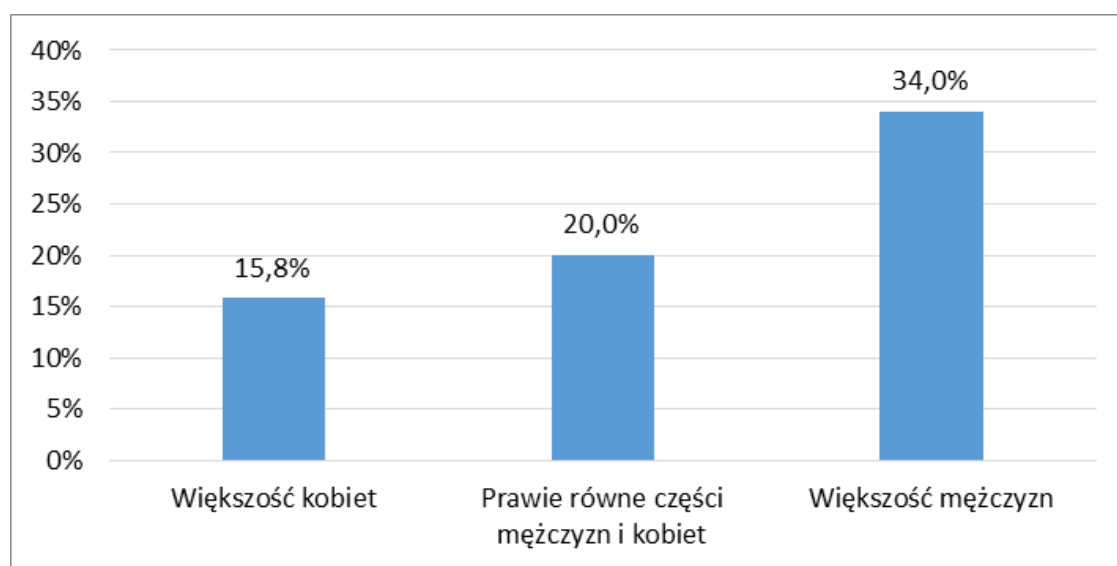
$p = 0,026$



źródło: opracowanie własne

Tabela 23 - Płeć pacjenta a raportowanie incydentu IPSB w placówce

$p = 0,034$



źródło: opracowanie własne

Wkroczenie na drogę sądową

Tylko 2 respondentów, co stanowi 0,6% ogółu, odpowiedziało, że wkroczyli na drogę sądową. Może to wskazywać na to, że fizjoterapeuci mogą nie czuć się komfortowo z podejmowaniem działań prawnych przeciwko pacjentom, być może z powodu braku wsparcia ze strony placówki, oraz że specjaliści mogą nie być świadomi swoich praw lub

dostępnych opcji prawnych w przypadku wystąpienia IPSB. Może to również sugerować nie wchodzenie na drogę sądową w związku z brakiem dowodów na niestosowne zachowanie pacjentów.

Powiadomienie organów ścigania

Również tylko dwóch fizjoterapeutów skontaktowało się z organami ścigania. Te dane pokazują niską zgłaszalność w porównaniu do ilości popełnionych czynów, które zostały przedstawione wcześniej.

Respondenci zostali poproszeni również o dodatkowe komentarze. Autor postanowił udostępnić je ze względu na ich wartość (piśm. oryginalne).

1. Pracuję z pacjentami neurologicznymi i czasami odhamowanie jest objawem choroby (uraz głowy, uszkodzenie płata czołowego). Czasami jednak nie, np. u pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. To dodatkowo komplikuje sytuację;
2. **Zdarzyło mi się że zgłosiłam incydent pracodawcy i poprosiłam o zmianę terapeuty dla tego pacjenta, pracodawca oznajmił że pacjenta nie chce innego terapeuty i musiałam kontynuować z tym pacjentem terapię....;**
3. Pacjentka kłamała o bólu okolicy piersi, po to by doszło do badania palpacyjnego okolicy piersi;
4. **Nie znam żadnych możliwości ochrony przed takimi zachowaniami a pacjenta chroni prawo w tym zakresie z każdej strony;**
5. Uważam że pacjent/ka który molestuje personel w miejscu pracy powinien być wypisany z ośrodka, uważam że personel boi się lub/i wstydzi się poinformować pracodawcę o zaistniałej sytuacji. **Ja nie miałam wątpliwości mimo że nie otrzymałam wsparcia od pracodawcy. Dopiero po stanowczym odmówieniu dalszej współpracy z pacjentem z laską pacjenta przejął inny fizjoterapeuta. Nikt nie ostrzegł reszty personelu przed niestosownym zachowaniem pacjenta, ja sama to zrobiłam (sprawę wyciszano) po czym okazało się że personel medyczny "niższego szczebla" również doświadczył tego samego;**

6. **Nie wiem co zrobić w sytuacji, gdy pacjent zachował się niestosownie. Pacjent zostawał oddany pod opiekę innemu terapeutce, kierownik był poinformowany. Myślę, że terapeuci powinni być przeszkoleni w tym temacie;**
7. Bardzo je lubię i czasem zachowuje się również niestosownie/nieprofesjonalnie. Jestem mężczyzną nie obawiam się o nic lubię niestosowne zachowania. Dużo by pisać, ale generalnie jeżeli sytuacja by mnie nie bawiła po prostu bym ją przerwał ale jak już wspomniałem jestem mężczyzną a to chyba dużo zmienia:) pozdrawiam;
8. Pracowałam na neurologii, więc w większości te zachowania nie były kontrolowane przez pacjentów, też byli tym zażenowani. Problematiczni byli ci, którzy mogli się kontrolować i nie chcieli;
9. Pytanie o randkę jest ciężkie, bo może mieć wydźwięk negatywny natomiast ja jestem aktualnie zaręczona ze swoim byłym pacjentem – tzn. poszliśmy na randkę już po zakończeniu jego terapii. Miałam natomiast kilkakrotnie prośby o kawę na które zawsze odpowiadałam tak samo że nie umawiam się z pacjentami. W placówce, gdzie pracowałam na NFZ takie niefajne komentarze dotyczyły głównie starszych panów, niejednokrotnie czułam się nieswojo;
10. **Kierownictwo placówki za każdym razem kazało mi traktować te zachowania jako komplementy, żartowali z tych sytuacji, grozili konsekwencjami, jeżeli nie przyjmę tego pacjenta kolejnym razem;**
11. Większość incydentów miała miejsce w opiece szpitalnej na NFZ. W prywatnej placówce (przychodnia) takie zachowania są marginalne. Większość zachowań wychodziła od starszych mężczyzn- zawsze w stosunku do damskiego personelu (zarówno pielęgniarzkiego, fizjoterapeutycznego jak i lekarskiego), którzy ewidentnie w swoim zachowaniu nie widzieli nic niestosownego. Byli wręcz przekonani, że to świadczy o atrakcyjności osoby nękaną i w pewien sposób był to "komplement" skierowany do tej osoby. Seksistowskie żarty też są na porządku dziennym do personelu żeńskiego niezależnie od stanowiska;
12. Obydwaj pacjenci byli po udarach i mieli problemy z logicznym myśleniem;
13. Telefon od pacjenta, proponujący badanie postawy ciała bez bielizny, bo on tak by chciał;

14. Na początku mojej pracy jeden z pacjentów zostawił mi czasopismo pornograficzne. Zdarzają się czasami dowcipy o podtekstach seksualnych. Kilka lat temu jeden z pacjentów objawiający cechy demencji starczej zapytał moją młodą pracownicę "czy w tym upale cipkę też ma mokrą". Inna moja pracownica była molestowana w czasie wizyt domowych przez syna pacjentki;
15. Nie wiem, jak odnieść się do niektórych pytań w stosunku do starszych, neurologicznych, szczególnie poudarowych pacjentów z afazją. Przy nich zdarza mi się obracać niektóre sytuacje w żart, (o ile znacząco nie naruszają moich granic i nie czuję się zagrożona to sprawdzam czy to świadome czy wynik choroby. Jeśli jestem pewna, że ktoś jest w pełni władz umysłowych to stanowczo reaguję, ale nie zawsze tak było. W mojej pierwszej pracy, gdy miałam 21 lat i byłam fizjo/masażystką przy siłowni w hotelu, często zdarzały się przypadki, albo komentowania wyglądu, albo zaproszeń do wyjścia na miasto. Kilka razy zdarzyło mi się opuścić pokój zabiegowy, gdy ktoś robił się zbyt nachalny. Nigdy nikt nie próbował mnie dotykać, ale słownie to było okropne i poniżające. Najgorszy tekst jaki usłyszałam to sms po wizycie " jak będzie ci kapka to Ci chętnie odesse" W czasie tej wizyty wyszło, że mam małe dziecko i karmię je piersią.;
16. Głównie są to uwagi od starszych Panów;
17. Zgłosiłam kierownikowi i dyrektorowi, jednak nic z tym nie zrobiono, ponieważ pacjent był synem właściciela placówki;
18. To były tylko 2 razy i zareagowałam na tyle stanowczo, że odechciało im się dalszych "podbojów";
19. Najczęściej dotyczyło to mężczyzn, starszych mężczyzn, którzy mają żony...;
20. Najczęstsza odp po zgłoszeniu nieestosownego zachowania pacjenta to "przesadzasz, powinnaś się cieszyć że jesteś atrakcyjna dla kogoś"....;
21. Zazwyczaj to były formy żartu lub propozycji seksualnych, które nie były bardzo uciążliwe lub istotnie wpłynęły na terapię czy współpracę;
22. Bardzo trafnie poruszony temat. W moim otoczeniu jest wiele koleżanek fizjo dostających na fb wiadomości od pacjentów, którzy ich znalazły przez imię i nazwisko. Co jakiś czas dostają dziwnej treści emotki, gify i memy. Mnie zdarzyło

się, iż pacjent pod pretekstem pomocy w powrocie do domu, gdzie czekała na niego żona zablokował drzwi od samochodu i zawiózł na kawę. Po drodze opowiadając o swoich przeżyciach erotycznych w młodości. Moje niezadowolenie oraz frustracja spotkała się z jego zdziwieniem że chciał być miły i tak odwdzińczyć się za terapię. Dodam, że zamknął samochód od środka, bo twierdził że powietrze z klimy ucieka. Po opowiedzeniu tego moim współpracownikom reakcje były różne. Jedni z uśmiechem mówili że pacjent jest neurologiczny i ma zaburzenia poznawcze inni współczuli. Podsumowując zero reakcji. A pacjent naciska, aby fizjo była kobieta;

23. W takich sytuacjach byłam już na takim poziomie świadomości, że ani mnie to nie onieśmielało ani nie denerwowało, umiałam stanowczo odpowiedzieć, że nie ma żadnych powodów do masowania genitaliów w trakcie masażu całego ciała może pacjent nalegał kilkakrotnie stanowczo uzyskał odpowiedź, że nie ma to żadnego uzasadnienia oraz że nie wykonuje tego typu masażu w tych okolicach. Pozostałe żarty o podtekście seksualnym czy dotyczącym mojego ciała traktuję z dystansem i raczej humorem więc pacjenci też mają wyznaczone granice. I wiedzą, że nie ma co brnąć dalej w tym kierunku. Raczej nasuwa mi się myśl co w przypadku pacjenta agresywnego, kiedy byłoby się z nim sam na sam na wizycie domowej, mogłoby być to już niebezpieczne. Dodam, że odmawiam wizyty domowe, gdy już umawianie na nie z mężczyzną wydaje mi się podejrzane.
24. Nie ma mowy o tym na uczelni, po lub w trakcie pracy u pracodawcy itp.;
25. Sytuacja z uzdrowiska: pacjent zażartował sobie, że powinnam wejść wraz z nim do wanny poczułam się zniesmaczona udałam, że nie słyszę i instruowałam go jak ma się zachować w trakcie kąpieli niestety po opuszczeniu przez niego wanny zastałam pełno porozlewanej wody dookoła do dziś nie rozumiem takiego zachowania;
26. najgorsi są mężczyźni w kałesonach z charakterystycznym rozcięciem, którzy nie mają pod nimi bielizny;
27. **Byłam za mało pewna siebie, nikt nie nauczył mnie jak reagować w tej sytuacji;**
28. Z racji, że mam naturalnie duże pośladki, czasami bywają one komentowane przez pacjentów. Ze musiałam nad nimi dużo pracować, trenować, że są takie seksowne.

Niestety niejednokrotnie dochodziło do poklepywania mnie po nich, w formie żartu... Mimo to było to niesmaczne, czasem jak miałam gorszy dzień to umiałam zwrócić o to uwagę pacjentowi, ale ogólnie raczej tego nie robiłam...;

29. Pracowałam i w Polsce, i w Anglii i jest bardzo duża różnica pomiędzy Polskimi pacjentami i zagranicznymi, zagranicą dosłownie każdy 3 mężczyzna pokazuje genitalia lub chce coś więcej i nie krępuje się o tym mówić;
30. Miałam jeden okropny przypadek - klient przyszedł do placówki w której byłam zatrudniona na masaż, domagał się masażu erotycznego, stanowczo odmówiłam, próbował mnie nakłonić na masaż pośladków. Wyrzuciłam go z gabinetu. Więcej się nie pojawił. Wcześniej na samym początku pracy, pacjent przy rejestracji na zabiegi, przechylił się przez biurko i pogłaskał moje ramię, które wysunęło się spod mundurka, nie wiedziałam co zrobić, zamurowało mnie. Teraz od dwóch lat prowadzę prywatną praktykę i nie zdarzyły się podobne sytuacje. Mam jednak umowę na NFZ z jedną firmą na wizyty domowe u ciężko chorych pacjentów. Jeden starszy pan, patrzy na mnie w okropny sposób, usiłuje dotknąć, gdziekolwiek. Stresują mnie te wizyty. Muszę być oschła i pilnować dystansu między nami, żeby czuć się w miarę dobrze. Nie umiem sobie radzić z natarczywymi osobami, jednak "mało szkodliwymi", gdy poczułam się w dużym niebezpieczeństwie (pierwszy opisany przypadek) stanowczo zareagowałam.;
31. Zachowania występowały od opiekuna pacjentki;
32. Niektórzy mężczyźni nie wiedzą po co przychodzi się do fizjoterapeuty, niestosowne oddzwonki to standard;
33. Pacjent okazał się oszustem podczas przesłuchań na komisariacie policji, ponieważ korzystając z masażu podawał się za nauczyciela fizjo. Z zeznań wynikało, że jest informatykiem. Chcąc się dowiedzieć czegokolwiek o danym oszusta przeszukałam profile społecznościowe tejże osoby i na każdym profilu miał podany inny wiek;
34. Chciałabym, żeby było jasne że dużo zależy od charakteru fizjoterapeuty, jeśli pacjent stosuje niewłaściwe zachowanie względem mnie to od razu go o tym informuje bardzo kulturalnie że powinien się wstydzić po czym mam spokój;

35. Sytuacja dotyczyła pacjenta w wieku ponad 80 lat. Pacjent złapał mnie za udo, potrafił też żartować w sposób, który nie był dla mnie odpowiedni;
36. **W mojej pracy jest przeważnie problem ze zmianą pacjenta /z oddaniem pacjenta innemu terapeutce, ze strony koordynator rehabilitacji domowej;**
37. Hmm młodzi fizjoterapeuci chyba nie bardzo wiedzą wiedzą jak mają postąpić czy mieć jakieś dowody;
38. Znam też przypadek, kiedy to terapeuta miał problem z trzymaniem rąk przy sobie wobec pacjentki. Temat absolutnie godny uwagi, dzięki ;) Gdybym kiedykolwiek miała chociaż krótką pogawędkę jak być przygotowanym na pewno zaoszczędziło by mi to sporo stresu w pracy. Zaczęłam chodzić na samoobronę i to był strzał w 10 ;) Teraz żaden najbardziej napalony pacjent nie robi na mnie wrażenia.;
39. Starsi mężczyźni często takie sytuacje obracali w żart;
40. Wy tłumaczyłam pacjentowi, że jego życzenie nie ma celu leczniczego i tego nie wykonam;
41. Takiego zachowania dopuszczają się mężczyźni 60-80 lat, myślę że niedokońca są już w pełni sił intelektualnych, myślą że są zabawni w ten sposób. Młody mężczyzna tak do 48 rż raczej nigdy się tak nie zachowuje;
42. Fizjoterapeuci powinni mieć szkolenie w ramach studiów o niestosownych zachowaniach pacjenta i jak sobie z nimi radzić. Nie każdy ma odwagę skrytykować otwarcie pacjenta. Ja do tej pory tego nie potrafię, a chciałabym umieć zrobić to w sposób dosadny, ale kulturalny. Panowie po 50 roku życia często zachowują się skandalicznie względem młodych fizjoterapeutek. Jedyne co można zrobić to przekazać takiego pacjenta komuś innemu, a to nie powinno być wyjście z sytuacji;
43. Głównie dotyczy to mężczyzn 50-65 lat. Często jestem w pracy rozdrażniona, ponieważ wiem, że dzisiaj przyjdzie pacjent, którego zachowanie w stosunku do mnie jest niestosowne. Słyszę komentarze co do mojego dzisiejszego ubrania, że wczoraj wyglądałam ładniej/gorzej. Zwracam uwagę, czasami pomaga. Pacjenci się nigdy nie skończą, przyjdą kolejni i kolejni. Takie zachowanie sprawia, że patrzę z obrzydzeniem na większość mężczyzn w tym wieku.

Powyższa część niniejszej rozprawy doktorskiej poświęcona jest analizie doświadczenia Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) w fizjoterapii. Autor rozprawy poddaje szczegółowej analizie różne formy IPSB w kontekście miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, płci fizjoterapeutów i płci pacjentów. Badania wykazały, że największa częstość nieestosownych uwag dotyczących ciała lub wyglądu występuje w szpitalach (93,7%) i sanatoriach (90,0%). Z kolei propozycje randek były najczęściej zgłaszane w sanatoriach (80,0%). Analiza wykazała również, że fizjoterapeuci prowadzący własną działalność częściej doświadczali propozycji aktywności seksualnej (33,0%), a celowe odsłanianie narządów płciowych przez pacjentów najczęściej zdarzało się w centrach zdrowia (60,0%). Ponadto, wyniki wskazują na większe ryzyko celowego dotykania fizjoterapeutów w sposób seksualny w szpitalach, przychodniach, sanatoriach i centrach zdrowia. W każdym z omawianych przypadków wyniki badania pokazują istotne statystycznie zależności między rodzajem placówki a ryzykiem doświadczenia IPSB, podkreślając tym samym rozmiar problemu.

Na podstawie analizy danych dotyczących miejsca udzielania świadczeń a rodzajów IPSB, autor rozprawy wskazuje, że:

1. Zachowania nieestosowne: są najczęściej spotykane w szpitalach, gdzie pracownicy doświadczają pochlebnych lub sugestywnych uwag dotyczących ciała lub wyglądu. Sanatoria również wykazują wysoki odsetek takich zachowań, szczególnie w kontekście propozycji randek, co może być związane z dłuższym kontaktem i bardziej relaksującym środowiskiem.
2. Naruszenie dóbr osobistych: najwięcej przypadków propozycji aktywności seksualnej odnotowano wśród osób prowadzących własną działalność, gdzie relacje z pacjentami są często bardziej osobiste i mniej formalne. Wysoki odsetek tego typu zachowań występuje również w sanatoriach i centrach zdrowia, sugerując, że długie pobyty pacjentów i mniej formalna atmosfera mogą sprzyjać naruszeniom dóbr osobistych.
3. Nieobyczajne zachowanie: centra zdrowia są miejscem, gdzie pracownicy medyczni najczęściej doświadczają celowego odsłaniania narządów intymnych przez pacjentów. Sanatoria również odnotowują wysoki odsetek takich zachowań, co może wynikać z mniej formalnej atmosfery i dłuższego kontaktu z pacjentami.

4. Czyny karalne: największe ryzyko wystąpienia celowego dotykania w miejscach intymnych lub w sposób wyraźnie seksualny odnotowuje się w szpitalach, przychodniach, sanatoriach i centrach zdrowia. To sugeruje, że intensywna praca i częste interakcje z pacjentami w tych miejscach mogą sprzyjać występowaniu poważniejszych form niestosownego zachowania seksualnego.

Przeprowadzone badanie wyraźnie pokazuje, że Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów (IPSB) są zjawiskiem, w którym dominują mężczyźni jako sprawcy, niezależnie od płci fizjoterapeuty. Tak wyraźna dysproporcja sugeruje, że płciowe aspekty zachowań pacjentów są znaczące w kontekście IPSB i wymagają uwagi w dalszych badaniach oraz edukacji zawodowej. Chociaż dane te nie umożliwiają bezpośredniego projektowania rozwiązań legislacyjnych służących ochronie fizjoterapeutów z perspektywy płci, to ich analiza jest istotna, ponieważ może pomóc w lepszym zrozumieniu dynamiki IPSB. Zrozumienie wzorców zachowań w zależności od płci pozwala na dostosowanie procedur i szkoleń, które mogą podnieść świadomość i umiejętności fizjoterapeutów w zakresie radzenia sobie z IPSB, co przyczynia się do lepszej ochrony zarówno pracowników, jak i pacjentów.

Autor zauważył, że większość fizjoterapeutów stosuje techniki odwracania uwagi lub ignorowania w obliczu Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB), z niewielkimi różnicami w zależności od płci pacjenta. Mimo że większość pacjentów angażujących się w IPSB to mężczyźni, reakcje fizjoterapeutów nie różnią się znacząco w zależności od płci sprawcy. Autor również zauważył, że żartowanie z sytuacji jako reakcja na IPSB jest stosowane różnie w zależności od płci pacjenta, częściej występując, gdy pacjentem jest kobieta. Autor proponuje, aby zachowania takie jak odwrócenie uwagi, żartowanie czy krytyka pacjenta były szczegółowo omawiane podczas szkoleń w miejscu pracy organizowanych przez pracodawcę, z uwagi na konieczność zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Z tego samego powodu, zachowania, takie jak zmiana metody leczenia, przekazanie pacjenta innemu fizjoterapeucie, a przede wszystkim działania związane z koniecznością dokumentowania, kończenia terapii czy zawiadamiania organów ścigania powinny być przedmiotem wewnętrznych procedur organizacyjnych podmiotu leczniczego. Rozpoznanie płciowych aspektów tych interakcji ma istotne znaczenie dla zrozumienia mechanizmów IPSB i może przyczynić się do tworzenia bardziej ukierunkowanych programów edukacyjnych i profilaktycznych, które wspierają fizjoterapeutów

w zapobieganiu i reagowaniu na niestosowne zachowania. Wyniki badania przedstawiają różnorodne strategie i ich związek z płcią pacjentów oraz fizjoterapeutów, co wskazuje na potrzebę dalszych badań i edukacji w zakresie IPSB, by fizjoterapeuci byli lepiej przygotowani do radzenia sobie z tym zjawiskiem w praktyce zawodowej.

Analizując przedstawione wyniki badania, można stwierdzić, że zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) w środowisku fizjoterapii w Polsce jest istotne i zdecydowanie wymaga uwagi. Znaczące są zwłaszcza wyniki dotyczące niestosownych uwag o charakterze seksualnym, propozycji randek, czy bardziej bezpośrednich zachowań, takich jak celowe odsłanianie narządów płciowych lub niewłaściwe dotknięcia. Dane te, podkreślające częstotliwość oraz różnorodność form IPSB, wskazują na konieczność prowadzenia dalszych badań i implementacji skutecznych mechanizmów ochrony prawnej, edukacji oraz wsparcia dla osób pracujących w fizjoterapii. To, że problem został rozpoznany i poddany analizie, jest pierwszym krokiem do rozwijania strategii mających na celu zmniejszenie ryzyka i negatywnych konsekwencji IPSB dla fizjoterapeutów w Polsce.

Co istotne z punktu widzenia poszczególnych kategorii IPSB, nie istnieje możliwość zaprojektowania specyficznych wyłączeń wobec miejsca udzielania świadczeń rozwiązań ochrony prawnej fizjoterapeutów w zakresie przeciwdziałania i reagowania na te incydenty. Analiza rodzajów odpowiedzialności przedstawiona w III rozdziale oraz skala zjawiska oraz przede wszystkim aktualne sposoby reagowania na incydenty IPSB pozwalają na zaprezentowanie konkretnych postulatów *de lege ferenda* w kolejnym podrozdziale niniejszej rozprawy.

4.3 POSTULATY *DE LEGE FERENDA*

Postulaty *de lege ferenda* (łac. „o tym, co powinno być ustawą”) to propozycje zmian prawnych, które mają na celu wprowadzenie nowych regulacji lub modyfikację obecnie obowiązujących przepisów prawa. Są to rekomendacje dotyczące tego, jak prawo powinno zostać zmienione lub ukształtowane w przyszłości, aby lepiej odpowiadać na obecne potrzeby społeczne, rozwiązywać nowe problemy lub eliminować braki i niejasności istniejącego porządku prawnego. W kontekście nauk prawnych, postulaty *de lege ferenda* często są efektem badań naukowych i empirycznych, które wskazują na potrzebę reformy prawnej.

Zawód fizjoterapeuty w Polsce cechuje się specyficznymi relacjami interpersonalnymi z pacjentem, często przekraczającymi konwencjonalne granice intymności, co wiąże się z naturą wykonywanych czynności. Dotyk stanowi zasadniczy element praktyki, a umiejętność jego wykorzystania wykracza poza samą technikę manualną, obejmując również zrozumienie i respektowanie granic osobistych pacjenta. Omówione badania i analizy prawne podkreślają, że fizjoterapeuci są profesjonalistami zdolnymi do oceny i interwencji w obrębie różnych systemów ciała, co wymaga od nich szczegółowego i częstego kontaktu fizycznego z pacjentami. W toku badań teoretycznych, autor wykazał ponadto, że zjawisko Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) w różnych zawodach medycznych, ale w szczególności w fizjoterapii na świecie jest poważne. Badania przedstawione w części teoretycznej rozprawy wykazały, że IPSB jest szczególnie rozpowszechnione wśród fizjoterapeutów, z częstotliwością incydentów sięgającą 84% w ciągu całej kariery zawodowej. Takie zachowania często nie są jednorazowe i mogą mieć długotrwały wpływ na zdrowie i dobrostan pracowników. Autor zdefiniował IPSB jako szeroki wachlarz zachowań pacjentów o charakterze seksualnym, które są nieakceptowalne w danym kontekście społecznym, począwszy od gestów po napaści seksualne. Ekspozycja na IPSB może prowadzić do wrogiego środowiska pracy i negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne i emocjonalne pracowników. W celu aplikacyjnym oraz przedstawionych poniżej postulatów określony został katalog zachowań, które mogą być charakteryzowanych jako IPSB na podstawie badań kanadyjskich wraz z określeniem możliwej odpowiedzialności za określone zachowanie.

Tabela 24 - Klasyfikacja IPSB w kontekście kwalifikacji czynu i odpowiedzialności pacjenta

Kod	IPSB	Klasyfikacja autora	Odpowiedzialność prawna
IPSB1	Patrzenie na fizjoterapeutę lub jego części ciała w sposób, który sprawia, że czuje się niekomfortowo	Zachowanie nieestosowne	Regulaminowa podmiotu leczniczego
IPSB2	Wygłoszenie na temat fizjoterapeuty pochlebnej lub sugestywnej uwagi o charakterze seksualnym		
IPSB3	Zaproszenie fizjoterapeuty na randkę		
IPSB4	Wręczenie prezentu o charakterze romantycznym lub seksualnym		
IPSB5	Wygłoszenie uwagi lub żartu o charakterze jawnie seksualnym, zadawanie pytań lub komentowanie życia seksualnego fizjoterapeuty albo dzielenie się fantazjami seksualnymi na jego temat	Naruszenie dobra osobistego	Regulaminowa p.l. Cywilna
IPSB6	Zaproponowanie aktywności seksualnej		
IPSB7	Wykonywanie gestów o charakterze seksualnym	Zachowanie nieobyczajne	Regulaminowa p.l. Cywilna Wykroczeń
IPSB8	Celowe odsłanianie swoich genitaliów lub piersi, niezwiązane ze świadczeniem		
IPSB9	Masturbowanie się podczas sesji fizjoterapeutycznej		
IPSB10	Celowe dotknięcie lub złapanie fizjoterapeuty w miejscu intymnym (uda, genitalia, piersi) lub w sposób wyraźnie seksualny	Czyn zabroniony	Regulaminowa p.l. Cywilna Karna
IPSB11	Wielokrotne śledzenie fizjoterapeuty, obserwowanie lub nękanie w miejscu pracy lub poza nim		
IPSB12	Groźenie fizjoterapeucie zmuszeniem lub próba zmuszenia do podjęcia aktywności seksualnej		
IPSB13	Zmuszenie lub nakłonienie do poddania się aktywności seksualnej		

źródło: opracowanie własne

Wskazując odpowiedzialność pacjenta za określone zachowanie nie sposób jednak nie mówić o okolicznościach mogących ją wyłączyć. Szczególnie istotny jest tutaj stan zdrowia pacjenta, w szczególności uszkodzenia mózgu, choroby neurodegeneracyjne, efekty uboczne leków, a także zaburzenia psychiczne. Pacjenci z zaburzeniami poznawczymi mogą nie być świadomi niewłaściwości swoich zachowań, co może prowadzić do trudności w ich rozpoznawaniu i odpowiednim reagowaniu.

Uwzględniając konieczność przestrzegania przez pracodawców obowiązków związanych z zapewnieniem bezpiecznych warunków pracy, w tym konieczności przeciwdziałania IPSB należy zwrócić uwagę na IPSB jako czynnik ryzyka poddawany systematycznej ocenie. Kierownictwo instytucji medycznych powinno rozwijać polityki i procedury wspierające pracowników w radzeniu sobie z IPSB, w tym poprzez szkolenia i wsparcie psychologiczne, a także opracowanie skutecznych procedur postępowania w przypadku wystąpienia takich zdarzeń.

Choć istnieją pewne mechanizmy prawne pozwalające na pociągnięcie pacjenta do odpowiedzialności, w praktyce wykorzystanie tych narzędzi jest trudne. Środki te nie są dostatecznie skuteczne, szczególnie w kontekście świadczeń ambulatoryjnych, gdzie regulacje są szczególnie niewystarczające. Złożoność procesu odmowy świadczeń zdrowotnych i brak odpowiednich przepisów regulujących takie sytuacje poza kontekstem hospitalizacji jest również czynnikiem powodującym ograniczone korzystanie z tych możliwości. Chociaż kodeks wykroczeń i kodeks karny zawierają artykuły mogące być zastosowane do IPSB, takie jak nieobyczajny wybryk, znieważenie, zniesławienie, uporczywe nękanie, naruszenie nietykalności cielesnej czy zgwałcenie, to jednak aplikacja tych przepisów w praktyce bywa problematyczna. Tylko nieliczni fizjoterapeuci, którzy doświadczyli IPSB, decydują się na podjęcie kroków prawnych przeciwko pacjentom. Również możliwości dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia może być obciążona przewlekłością i kosztami postępowania. Wnioski z badania przeprowadzonego przez autora w Polsce sugerują potrzebę wdrażania odpowiednich rozwiązań prawnych, które przedstawione zostały poniżej.

Wprowadzenie odpowiednich przepisów dotyczących niestosownych zachowań seksualnych pacjentów w Polsce nabiera znaczenia z różnych względów. Przede wszystkim, może to zagwarantować środowisko pracy, które jest bezpieczne i komfortowe dla całego personelu medycznego. Zachowania seksualne, które są

niestosowne, nie tylko wywołują dyskomfort i stres, ale mogą również prowadzić do głębokiej traumy zarówno wśród osób bezpośrednio dotkniętych, jak i świadków. Poprzez wprowadzenie jasnych wytycznych i regulacji, można skutecznie zapobiegać takim zachowaniom, ucząc jednocześnie pacjentów i personel medyczny na temat właściwych standardów postępowania oraz konsekwencji ich naruszeń. Taki krok może znacząco podnieść świadomość i zrozumienie granic osobistych oraz profesjonalnych. Ponadto, takie regulacje mogą znacząco ułatwić personelowi medycznemu interweniowanie i adekwatne reagowanie, gdy do takich zachowań dojdzie. Szybkie i efektywne działania mogą minimalizować negatywne skutki dla wszystkich zaangażowanych stron. Na koniec, wdrożenie tych przepisów może pozytywnie wpłynąć na wizerunek placówek medycznych w Polsce, podkreślając ich zaangażowanie w tworzenie bezpiecznego, etycznego środowiska pracy. To z kolei może przyczynić się do wzrostu zaufania społecznego do systemu opieki zdrowotnej.

4.3.1 Ogólne przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650) stanowi kluczowy akt prawny regulujący kwestie związane z zapewnieniem pracownikom bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Celem tego rozporządzenia jest ochrona zdrowia i życia pracowników poprzez minimalizację ryzyka zawodowego oraz poprawę ogólnych warunków pracy. Dokument ten zawiera przepisy dotyczące m.in. organizacji pracy, wyposażenia stanowisk pracy, szkoleń BHP, a także oceny i profilaktyki ryzyka zawodowego. Zmiana rozporządzenia jest motywowana koniecznością dostosowania przepisów do aktualnych wyzwań i zagrożeń, które pojawiają się w dynamicznie zmieniającym się środowisku pracy. Jednym z aspektów, który do tej pory nie był wystarczająco uwzględniony, jest problem Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IBSP) w ochronie zdrowia. IBSP to zjawisko, które może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia psychicznego i fizycznego personelu medycznego oraz negatywnie wpływać na jakość świadczonych przez nich usług. W odpowiedzi na rosnącą świadomość dotyczącą występowania

Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) w różnych zawodach medycznych, konieczne jest uzupełnienie i poszerzenie zakresu obowiązujących regulacji, tak aby zapewniały one ochronę nie tylko fizjoterapeutom, ale wszystkim osobom wykonującym zawód medyczny. W związku z tym, istnieje pilna potrzeba wprowadzenia regulacji, które będą chronić pracowników przed tym rodzajem zagrożeń, poprzez zdefiniowanie konkretnych środków profilaktycznych, procedur identyfikacji i reagowania na IPSB, oraz zapewnienie odpowiedniego wsparcia dla osób dotkniętych tym problemem. Na tej podstawie autor niniejszej rozprawy proponuje wprowadzenie do rozporządzenia nowego paragrafu, który będzie dotyczył oceny ryzyka zawodowego z uwzględnieniem IPSB, oraz rozbudowy istniejących przepisów o środki profilaktyczne skierowane na zapobieganie i reagowanie na takie zachowania. Przykładowy kształt przepisów bez oceny legislacyjnej przedstawiono poniżej. Dodane przepisy zostały podkreślone.

PROJEKT PRZEPISÓW:

Dział I Postanowienia ogólne

§ 2. [Definicje legalne]

Ilekoć w rozporządzeniu jest mowa o:

22) niestosownych zachowaniach seksualnych pacjentów (IPSB) – rozumie się przez to wszelkie świadome działania, gesty, słowa lub zachowania pacjenta w stosunku do osób wykonujących zawód medyczny w podmiocie leczniczym lub przy wykorzystaniu technik udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość, mające charakter seksualny lub romantyczny.

Dział IV Procesy pracy

Rozdział 1 Przepisy ogólne

§ 39 [Ryzyko zawodowe, stosowanie środków profilaktycznych]

2. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1, powinien być realizowany na podstawie ogólnych zasad dotyczących zapobiegania wypadkom i chorobom związanym z pracą, w szczególności przez:

8) instruowanie pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem specyfiki pracy osób wykonujących zawód medyczny oraz zagrożeń związanych z niestosownymi zachowaniami seksualnymi pacjentów (IPSB)

§ 39a. [Ocena ryzyka zawodowego oraz środków profilaktycznych]

1. Pracodawca ocenia ryzyko zawodowe występujące przy wykonywanych pracach, w szczególności przy doborze wyposażenia stanowisk i miejsc pracy, stosowanych substancji i mieszanin chemicznych, materiałów zawierających czynniki biologiczne, rakotwórcze lub mutagenne oraz przy zmianie organizacji pracy. Podczas oceny ryzyka zawodowego uwzględnia się wszystkie czynniki środowiska pracy występujące przy wykonywanych pracach oraz sposoby wykonywania prac, w tym również potencjalne ryzyko wystąpienia IPSB i jego wpływ na bezpieczeństwo oraz zdrowie psychiczne osób wykonujących zawód medyczny.

§ 39d. [Środki profilaktyczne dotyczące Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB)]

1. Pracodawca jest zobowiązany do wprowadzenia i przestrzegania procedur mających na celu identyfikację, zapobieganie oraz reagowanie na przypadki IPSB, z uwzględnieniem specyfiki pracy osób wykonujących zawód medyczny.
2. W ramach procedur, o których mowa w ust. 1, pracodawca zapewnia regularne szkolenia dla pracowników z zakresu rozpoznawania, zapobiegania i radzenia sobie z IPSB.
3. Pracodawca monitoruje skuteczność stosowanych środków profilaktycznych i dokonuje ich regularnej aktualizacji, uwzględniając zmieniające się warunki pracy oraz wyniki przeprowadzanych ocen ryzyka zawodowego dotyczących IPSB.

Wprowadzenie powyższych zmian ma na celu zwiększenie świadomości problemu IBSP w ochronie zdrowia oraz wzmocnienie ochrony pracowników przed tego typu zagrożeniami. Jest to istotne zarówno dla bezpieczeństwa fizyczno-psychicznego pracowników, jak i ogólnej kultury bezpieczeństwa pracy w placówkach medycznych i terapeutycznych.

4.3.2 Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty

Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty reguluje prawa, obowiązki i organizację zawodu fizjoterapeuty. Celem projektowanych przez autora niniejszej rozprawy przepisów jest zwiększenie ochrony i uprawnień fizjoterapeutów, co przekłada się na jakość opieki nad pacjentami oraz bezpieczeństwo zawodowe fizjoterapeutów. W kontekście ustawy o zawodzie fizjoterapeuty, skupienie na aspekcie Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) obejmuje trzy główne komponenty:

1. System zgłoszeń incydentów IPSB: Jest to dedykowany mechanizm umożliwiający fizjoterapeutom zgłaszanie przypadków nieestosownych zachowań seksualnych ze strony pacjentów. Celem jest nie tylko zarejestrowanie incydentu, ale także zapewnienie wsparcia poszkodowanemu fizjoterapeucie na jego życzenie, analiza zdarzenia w celu zrozumienia jego przyczyn i okoliczności, oraz opracowanie strategii mających na celu zapobieganie podobnym zdarzeniom w przyszłości. System ten może również służyć jako baza danych do badań i edukacji w celu lepszego zrozumienia i zarządzania IPSB.
2. Ochrona prawna przysługująca funkcjonariuszom publicznym:
 - 1) Zwiększona ochrona prawna: Status funkcjonariusza publicznego zapewnia pracownikom ochrony zdrowia dodatkową ochronę prawną. W przypadku fizjoterapeutów, którzy często pracują w bezpośrednim, fizycznym kontakcie z pacjentami, ryzyko wystąpienia IPSB jest, jak udowodniono wcześniej, znaczące. Rozszerzenie ochrony prawnej należyj funkcjonariuszom

publicznym na fizjoterapeutów może skuteczniej odstraszać potencjalnych sprawców i zapewnić solidniejsze podstawy do ścigania przypadków IPSB.

- 2) Podkreślenie powagi zawodu: Uznanie fizjoterapeutów za funkcjonariuszy publicznych podkreśla wagę i odpowiedzialność zawodu.
 - 3) Zgodność z innymi profesjami medycznymi: Przepisy o funkcjonariuszach publicznych już obowiązują w przypadku innych zawodów medycznych, takich jak lekarze oraz pielęgniarki i położne. Rozszerzenie tej ochrony na fizjoterapeutów zapewnia spójność przepisów dotyczących zawodów medycznych i uznaje, że wszyscy pracownicy ochrony zdrowia zasługują na porównywalną ochronę.
 - 4) Odpowiedź na realne zagrożenie: IPSB to realne i poważne zagrożenie w sektorze opieki zdrowotnej. Zapewnienie fizjoterapeutom statusu funkcjonariuszy publicznych jest odpowiedzią na te zagrożenia i stanowi potwierdzenie, że system prawny traktuje tę kwestię poważnie, dając pracownikom narzędzia do ochrony ich własnego bezpieczeństwa oraz godności.
 - 5) Wzmocnienie zaufania i bezpieczeństwa: Dla pacjentów i fizjoterapeutów ważne jest, aby środowisko terapeutyczne było postrzegane jako bezpieczne i chronione. Status funkcjonariusza publicznego może wzmacniać zaufanie do zawodu fizjoterapeuty, podkreślając, że państwo i prawo wspierają i chronią osoby wykonujące te ważne funkcje.
3. Szkolenia organizowane przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF): Organizacja szkoleń przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów (KIF) może być uzasadniona z kilku ważnych powodów, szczególnie w kontekście małych podmiotów leczniczych, które mogą napotykać trudności w samodzielnym organizowaniu takich szkoleń:
- 1) Jakość i spójność: szkolenia prowadzone przez KIF mogą zapewnić jednolity standard edukacji na temat IPSB dla wszystkich fizjoterapeutów w kraju. To gwarantuje, że niezależnie od miejsca pracy, wszyscy fizjoterapeuci otrzymają ten sam zestaw informacji i zaleceń, co jest kluczowe dla zapewnienia spójności w podejściu do tej problematyki.

- 2) Dostępność: dla małych podmiotów leczniczych organizacja szkoleń może być logistycznie i finansowo obciążająca. KIF, mając zasoby i infrastrukturę, może zorganizować szkolenia w sposób bardziej efektywny i kosztowo optymalny, co czyni je bardziej dostępnymi dla wszystkich, niezależnie od wielkości placówki.
- 3) Specjalistyczna wiedza: KIF, jako organ reprezentujący fizjoterapeutów, ma dostęp do najnowszych badań, najlepszych praktyk i ekspertów w dziedzinie IPSB. Szkolenia organizowane przez KIF mogą więc korzystać z tej wiedzy, zapewniając uczestnikom najaktualniejsze informacje i techniki.
- 4) Wsparcie prawne i etyczne: Szkolenia mogą również obejmować ważne aspekty prawne związane z IPSB. Zrozumienie tych aspektów jest kluczowe dla fizjoterapeutów, aby wiedzieli, jak postępować w przypadku wystąpienia incydentu, jakie mają prawa i obowiązki oraz jakie są ramy prawne ich działania. KIF może zapewnić dostęp do specjalistycznej wiedzy prawnej, która może być trudna do uzyskania indywidualnie przez małe podmioty.
- 5) Zwiększenie świadomości i kultury bezpieczeństwa: Regularne szkolenia organizowane przez KIF mogą przyczynić się do budowania kultury bezpieczeństwa i wzajemnego szacunku w miejscu pracy. Zwiększają one świadomość problemu IPSB wśród fizjoterapeutów oraz promują odpowiednie postawy i zachowania, które mogą zapobiegać występowaniu takich incydentów.
- 6) Realizacja obowiązku prawnego przewidzianego zmianą rozporządzenia w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy

Wprowadzenie takich szkoleń przez KIF może więc znacząco przyczynić się do stworzenia bezpieczniejszego środowiska pracy dla fizjoterapeutów oraz do podniesienia standardów etycznych i zawodowych w całym sektorze. To również odciąża małe podmioty lecznicze od konieczności samodzielnego organizowania takich szkoleń, co może być dla nich trudne i kosztowne.

Rozwój i wdrażanie tych komponentów może przyczynić się do stworzenia bezpieczniejszego środowiska pracy dla fizjoterapeutów oraz do podniesienia

standardów etycznych i zawodowych w całym sektorze. Przykładowy kształt przepisów bez oceny legislacyjnej przedstawiono poniżej.

PROJEKT PRZEPISÓW:

Art. 9a. [Ochrona fizjoterapeuty]

Fizjoterapeucie podczas kontaktu z pacjentem, przysługuje ochrona prawna należąca funkcjonariuszom publicznym w celu zapobiegania i reagowania na niestosowne zachowania seksualne pacjentów.

Art. 9b. [Zapobieganie i monitorowanie IPSB]

1. Przez niestosowne zachowania seksualne pacjentów (IPSB) rozumie się wszelkie świadome działania, gesty, słowa lub zachowania pacjenta w stosunku do fizjoterapeuty w podmiocie leczniczym lub przy wykorzystaniu technik udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość, mające charakter seksualny lub romantyczny.
2. Krajowa Izba Fizjoterapeutów (KIF) wprowadza system monitorowania incydentów niestosownych zachowań seksualnych pacjentów.
3. System, o którym mowa w ust. 2 ma na celu gromadzenie, analizowanie i raportowanie przypadków IPSB, w celu zapobiegania przyszłym incydentom oraz wsparcia fizjoterapeutów dotkniętych problemem.
4. Przepisy szczegółowe dotyczące funkcjonowania systemu monitorowania incydentów IPSB zostaną określone w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia.
5. Krajowa Izba Fizjoterapeutów (KIF) co roku organizuje szkolenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość z zakresu przeciwdziałania i reagowania na niestosowne zachowania seksualne pacjentów (IPSB) dostępne dla wszystkich fizjoterapeutów posiadających prawo wykonywania zawodu.

4.3.3 Ustawa o działalności leczniczej

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowi kluczową podstawę regulacyjną dla działalności leczniczej w Polsce. Jej celem jest zapewnienie wysokiej jakości usług medycznych oraz bezpieczeństwa zarówno pacjentów, jak i osób wykonujących zawód medyczny. W odpowiedzi na potrzebę zwiększenia ochrony przed niestosownymi zachowaniami seksualnymi pacjentów (IPSB), proponowane są dwie kluczowe zmiany w ustawie.

Pierwszy komponent dotyczy wprowadzenia obowiązku umieszczenia w regulaminie organizacyjnym podmiotów leczniczych informacji o IPSB, w tym definicji, przykładów zachowań, oraz konsekwencji regulaminowych i prawnych dla pacjentów. Celem jest zwiększenie świadomości na temat IPSB wśród pacjentów i personelu, co może przyczynić się do zmniejszenia liczby takich incydentów i stworzenia bezpieczniejszego środowiska pracy.

Drugi komponent zmian dotyczy procedur wypisywania pacjentów ze szpitala oraz możliwości zaprzestania udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Proponowane przepisy mają umożliwić personelowi medycznemu wypisanie pacjenta lub zaprzestanie udzielania świadczeń w przypadku rażącego naruszenia porządku lub przebiegu procesu udzielania świadczeń, w tym poprzez manifestowanie IPSB, pod warunkiem, że nie zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia. Te zmiany mają na celu umocnienie pozycji personelu medycznego w obliczu trudnych sytuacji oraz zapewnienie im bezpieczeństwa i ochrony w środowisku pracy.

Oba komponenty zmian są skierowane do wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od specjalizacji oraz mają na celu podniesienie standardów etycznych i zawodowych w całym sektorze ochrony zdrowia. Przykładowy kształt przepisów bez oceny legislacyjnej przedstawiono poniżej. Dodane przepisy zostały podkreślone.

PROJEKT PRZEPISÓW:

Art. 2. [Słowniczek]

1. Użyte w ustawie określenia oznaczają: (...)

14a) niestosowne zachowania seksualne pacjentów (IPSB) – rozumie się przez to wszelkie świadome działania, gesty, słowa lub zachowania pacjenta w stosunku do osób wykonujących zawód medyczny w podmiocie leczniczym lub przy wykorzystaniu technik udzielania świadczeń zdrowotnych na odległość, mające charakter seksualny lub romantyczny.

Art. 24. [Wymagana treść regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą]

1. W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności: (...)

13a) informacje dotyczące niestosownych zachowań seksualnych pacjentów (IPSB), które powinny zawierać:

a) jasną i zrozumiałą definicję IPSB, w tym przykłady zachowań, które są uznawane za niestosowne,

b) wyjaśnienie konsekwencji regulaminowych i prawnych dla pacjentów, którzy dopuszczają się IPSB,

c) informacje o prawach i obowiązkach pacjentów w kontekście zachowania odpowiednich standardów etycznych i zachowań wobec personelu medycznego.

2. Aktualne informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 9, 11, 12 oraz 13a, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń oraz na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i udostępnienie w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.

2a. W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających wyłącznie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności aktualne informacje, o których mowa w ust.

1 pkt 4, 9, 11, 12 oraz 13a, podaje się do wiadomości pacjentów przez ich umieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą i w Biuletynie Informacji Publicznej, w przypadku podmiotu obowiązującego do jego prowadzenia.

Art. 29. [Wypisanie ze szpitala]

1. Wypisanie pacjenta ze szpitala albo innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia zdrowotne, jeżeli przepisy odrębne nie stanowią inaczej, następuje:
 1. gdy stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w tym zakładzie leczniczym;
 2. na żądanie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 3. gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym poprzez manifestowanie niestosownych zachowań seksualnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.

Art. 29a. [Zaprzestanie udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych] (nowy)

1. Osoba wykonująca zawód medyczny w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne ma prawo do zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi, który w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń, w tym poprzez manifestowanie niestosownych zachowań seksualnych, pod warunkiem, że nie zachodzi obawa, że zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta albo życia lub zdrowia innych osób.
2. Decyzję o zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych podejmuje osoba wykonująca zawód medyczny, informując niezwłocznie o tym fakcie pacjenta oraz dokumentując tę decyzję w dokumentacji medycznej pacjenta.

3. W przypadkach, gdy zachodzi obawa o bezpośrednie niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta, osoba wykonująca zawód medyczny podejmuje wszelkie niezbędne działania w celu zapewnienia dalszej opieki medycznej pacjentowi.

4.3.4 Ustawa o działalności leczniczej – rozporządzenie wykonawcze

Przepisy zawarte w art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej uprawniają ministra odpowiedzialnego za zdrowie do ustalania, poprzez rozporządzenie, standardów organizacyjnych dla opieki zdrowotnej w specyficznych obszarach medycyny lub dla konkretnych podmiotów świadczących usługi medyczne. Takie działanie jest motywowane dążeniem do zapewnienia należytej jakości świadczeń zdrowotnych, a poniższe akty prawne już wcześniej wprowadziły część obecnie obowiązujących standardów organizacyjnych:

- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U. z dnia 2023 r. poz. 271),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 1194),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 332),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 834),
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. z 2017 r. poz. 2435).

Projektowane przepisy mają na celu wprowadzenie jasnych procedur wewnętrznych, które pomogą podmiotom leczniczym i fizjoterapeutom radzić sobie z Niestosownymi Zachowaniami Seksualnymi Pacjentów (IPSB). Badanie przeprowadzone przez autora wskazuje na szeroki zakres różnorodnych, często intuicyjnych reakcji - od ignorowania i żartowania po konfrontację i zmianę metody leczenia. Takie spontaniczne reakcje, choć zrozumiałe, mogą nie zawsze być skuteczne lub odpowiednie, a w niektórych przypadkach mogą nawet pogorszyć sytuację lub narazić pracownika na zarzuty naruszenia praw pacjenta. Rozporządzenie ma na celu standaryzację reakcji na IPSB poprzez wymaganie od podmiotów leczniczych wprowadzenia jasnych procedur, które będą wskazywać pracownikom, jak postępować w takich sytuacjach. Procedury te powinny obejmować nie tylko odpowiednie reakcje na różne rodzaje zachowań, ale również wytyczne dotyczące dokumentowania incydentów, zgłaszania ich wewnętrznie oraz w niektórych przypadkach, informowania odpowiednich organów zewnętrznych. Przykładowy kształt przepisów bez oceny legislacyjnej przedstawiono poniżej.

PROJEKT PRZEPISÓW:

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia

w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii w sytuacji manifestowania nieestosownych zachowań seksualnych przez pacjenta

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii w sytuacji manifestowania nieestosownych zachowań seksualnych przez pacjenta.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) Niestosowne zachowanie seksualne pacjenta (IPSB) - wszelkie świadome działania, gesty, słowa lub zachowania pacjenta w stosunku do fizjoterapeuty mające charakter seksualny lub romantyczny.
- 2) Fizjoterapeuta - osoba wykonująca zawód fizjoterapeuty w rozumieniu ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty.

§ 3. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do stosowania następującego katalogu nieestosownych zachowań seksualnych pacjentów (IPSB):

- 1) IPSB1 - Patrzenie na fizjoterapeutę lub jego części ciała w sposób, który sprawia, że czuje się niekomfortowo
- 2) IPSB2 - Wygłaszanie na temat fizjoterapeuty pochlebnej lub sugestywnej uwagi o charakterze seksualnym
- 3) IPSB3 - Zaproszenie fizjoterapeuty na randkę
- 4) IPSB4 - Wręczenie prezentu o charakterze romantycznym lub seksualnym
- 5) IPSB5 - Wygłoszenie uwagi lub żartu o charakterze jawnie seksualnym, zadawanie pytań lub komentowanie życia seksualnego fizjoterapeuty albo dzielenie się fantazjami seksualnymi na jego temat
- 6) IPSB6 - Zaproponowanie aktywności seksualnej
- 7) IPSB7 - Wykonywanie gestów o charakterze seksualnym
- 8) IPSB8 - Celowe odsłanianie swoich genitaliów lub piersi, niezwiązane ze świadczeniem
- 9) IPSB9 - Masturbowanie się podczas sesji fizjoterapeutycznej
- 10) IPSB10 - Celowe dotknięcie lub złapanie fizjoterapeuty w miejscu intymnym (uda, genitalia, piersi) lub w sposób wyraźnie seksualny
- 11) IPSB11 - Wielokrotne śledzenie fizjoterapeuty, obserwowanie lub nękanie w miejscu pracy lub poza nim
- 12) IPSB12 - Groźenie fizjoterapeucie zmuszeniem lub próba zmuszenia do podjęcia aktywności seksualnej

13) IPSB13: Zmuszenie lub nakłonienie do poddania się aktywności seksualnej

§ 4. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do opracowania i wdrażania wewnętrznych procedur zapewniających efektywne zgłaszanie, dokumentowanie i reagowanie na przypadki IPSB.

§ 5. Procedury, o których mowa w § 4 te powinny zawierać:

- 1) wytyczne dla personelu, jak postępować w przypadku wystąpienia IPSB,
- 2) instrukcje dotyczące dokumentowania incydentów oraz ich zgłaszania odpowiednim organom,
- 3) informacje o dostępnych środkach wsparcia dla personelu dotkniętego IPSB.

§ 6. W sytuacji, gdy pacjent jest sprawcą IPSB naruszających dobra osobiste fizjoterapeuty, podmiot wykonujący działalność leczniczą jest zobowiązany do wystawienia pisemnego pouczenia pacjentowi o zachowaniach, które są uznawane za nieestosowne, oraz o konsekwencjach takich zachowań.

§ 7. Kopia pisemnego pouczenia, o którym mowa w § 6 powinna być przechowywana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz być dostępna dla odpowiednich organów w przypadku dochodzenia.

§ 8. Podmioty lecznicze są zobowiązane do informowania pacjentów o polityce IPSB, i możliwych konsekwencjach nieestosownych zachowań, zgodnie z art. 24 ustawy o działalności leczniczej.

§ 9. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do regularnego monitorowania skuteczności wdrożonych procedur oraz ich przeglądu i aktualizacji w świetle nowych doświadczeń i zmieniających się standardów.

§ 10. Podmioty wykonujące działalność leczniczą dostosują swoją działalność do wymagań określonych niniejszym rozporządzeniem w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

§ 11. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Wprowadzenie regulacji odnoszących się do niestosownych zachowań seksualnych pacjentów, może stwarzać szereg wyzwań. Jednym z najważniejszych zagadnień jest dokładne zdefiniowanie zakresu zachowań, które należy uznać za niestosowne. Ryzyko związane z nadmiernie ogólnikowymi lub nadmiernie restrykcyjnymi definicjami może prowadzić do problemów interpretacyjnych oraz trudności w praktycznym stosowaniu przepisów prawa. Istotnym wyzwaniem jest również osiągnięcie równowagi między ochroną praw pacjentów, w tym ich prawa do prywatności i godności, a zapewnieniem adekwatnej ochrony dla personelu medycznego. Wdrożenie nowych regulacji wymaga skutecznego egzekwowania w praktyce, co może implikować konieczność zorganizowania dodatkowych szkoleń dla personelu, modyfikacji procedur operacyjnych w placówkach medycznych oraz implementacji skutecznych mechanizmów kontroli i zgłaszania. Ponadto, istnieje ryzyko, że wprowadzenie takich regulacji, pomimo wyraźnego wskazania w definicji umyślności czynu może skutkować stygmatyzacją pewnych grup pacjentów, zwłaszcza tych z zaburzeniami psychicznymi lub zachowaniami, które mogą być nieprawidłowo interpretowane jako niestosowne. Inicjowanie zmian prawnych dotyczących tak delikatnych kwestii może prowokować silne reakcje społeczne i medialne. W związku z tym, kluczowe jest, aby proces legislacyjny był przejrzysty i inkluzywny, a także uwzględniał perspektywy różnorodnych grup społecznych i zawodowych. Wprowadzenie nowych regulacji prawnych może generować dodatkowe koszty dla systemu opieki zdrowotnej, takie jak koszty związane ze szkoleniem personelu, aktualizacjami infrastruktury czy systemami monitorowania. Istnieje również ryzyko nadużyć lub fałszywych oskarżeń, które mogą wynikać z wdrażania nowych przepisów, co może mieć poważne konsekwencje dla personelu medycznego oraz pacjentów. W związku z tym, kluczowe jest dokładne przemyślenie i przygotowanie wszelkich zmian legislacyjnych, aby uniknąć negatywnych skutków i zapewnić ich efektywność w praktyce. Mimo licznych wyzwań związanych z wprowadzeniem zmian legislacyjnych, jest to działanie niezbędne, biorąc pod uwagę konieczność ochrony prawnej fizjoterapeutów przed niestosownymi zachowaniami seksualnymi pacjentów (IPSB), co jest problemem wyraźnie zarysowanym w polskim kontekście, a co autor niniejszej rozprawy już udowodnił.

W powyższym rozdziale autor rozprawy przeprowadził szczegółową analizę i przedstawił wyniki badań dotyczących Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) wobec fizjoterapeutów w Polsce. Badanie, przeprowadzone za pomocą elektronicznej ankiety, miało na celu zrozumienie częstości występowania IPSB, charakterystyki tych zachowań, a także sposobów reagowania i strategii radzenia sobie stosowanych przez fizjoterapeutów. Autor skupił się na klasyfikacji poszczególnych zachowań w kontekście możliwej odpowiedzialności pacjenta. W badaniu wzięło udział łącznie 464 osoby, w tym studenci, technicy, licencjaci, magistry, doktorzy, a także osoby z wyższymi tytułami naukowymi. Autor szczegółowo opisał demografię uczestników, ich doświadczenie zawodowe oraz środowisko pracy. Zwrócił uwagę na fakt, że większość respondentów nie przeszła szkolenia dotyczącego nieestosownych zachowań seksualnych pacjentów. Analiza danych jakościowych wykazała, że większość pacjentów zaangażowanych w IPSB była płci męskiej. Autor przedstawił również szczegółowe informacje na temat charakterystyki zachowań IPSB, częstości ich występowania oraz sposobów reagowania na nie przez fizjoterapeutów. Na podstawie zebranych danych oraz w powiązaniu z dowodzeniem dotyczącym problematyki IPSB w praktyce fizjoterapeutów oraz dostępnych w systemie prawa środków prawnych przeciwdziałania i reagowania na te czyny, autor przedstawił postulaty *de lege ferenda* w zakresie przeciwdziałania i reagowania na incydenty IPSB. W ten sposób, rozdział IV nie tylko dokumentuje i analizuje problem IPSB, ale także stawia pytania dotyczące etyki zawodowej, odpowiedzialności prawnej i osobistego dobrostanu profesjonalistów medycznych.

ZAKOŃCZENIE

Fizjoterapia jest gałęzią medycyny skoncentrowaną na diagnozie, leczeniu i rehabilitacji osób z problemami funkcjonalnymi układu ruchowego oraz innych systemów ciała. Pracujący w tej dziedzinie fizjoterapeuci stosują szeroki wachlarz metod terapeutycznych, w tym ćwiczenia ruchowe, masaż, terapię manualną czy elektroterapię, aby wspierać pacjentów w powrocie do zdrowia i minimalizować dolegliwości bólowe. Początkowo fizjoterapia skupiała się głównie na masażu i ćwiczeniach terapeutycznych, ale w ostatnich dekadach przekształciła się dzięki postępowi technologicznemu, nowym odkryciom naukowym i rozwojowi medycyny. Wprowadzenie innowacyjnych terapii oraz zaawansowanych urządzeń rehabilitacyjnych znacząco wzbogaciło jej możliwości. Fizjoterapia nadal ewoluje, zwiększając swoje znaczenie w opiece zdrowotnej. Trendy rozwojowe w fizjoterapii obejmują stosowanie nowych technologii, takich jak telemedycyna czy wirtualna rzeczywistość, które usprawniają terapię i monitoring pacjenta.

Fizjoterapia w Polsce jest dyscypliną regulowaną przez liczne przepisy prawne, które określają i porządkują sposób jej wykonywania. Fundamentalne znaczenie ma tutaj ustawa z 25 września 2015 roku dotycząca zawodu fizjoterapeuty, która precyzuje normy działania w tej dziedzinie, procedury uzyskiwania kwalifikacji, edukację na poziomie podstawowym i zaawansowanym oraz kwestie odpowiedzialności zawodowej. Zakres obowiązków fizjoterapeuty jest obszerny, włączając ocenę funkcjonalną, kierowanie na terapię, wykonanie masażu, preskrypcję sprzętu medycznego, działania profilaktyczne oraz wystawianie ocen. Profesjonaliści ci muszą przestrzegać etyki zawodowej, szanować prawa pacjentów i korzystać z najnowszych osiągnięć medycznych. Znacząca jest tutaj unikatowość pracy fizjoterapeutów, szczególnie w kontekście bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Dotyk, będący kluczowym narzędziem w ich pracy, jest skomplikowaną i wieloaspektową kwestią, która wymaga od nich nie tylko wiedzy technicznej, ale również zrozumienia psychologicznych i społecznych aspektów interakcji z pacjentem. Ta unikatowość była jednym z powodów analizy prawnych możliwości przeciwdziałania i reagowania na incydenty nieestosownych zachowań seksualnych pacjentów w Polsce, które opisywane były w literaturze naukowej.

Niestosowne Zachowania Seksualne Pacjentów (IPSB) stanowią złożone i wielowymiarowe zagadnienie w obszarze ochrony zdrowia, obejmujące różne specjalności, przy czym jak udowodniono, w największym stopniu dotyczące właśnie fizjoterapii. Definicja IPSB rozciąga się od subtelnych gestów po bezpośrednie ataki, jak napaści seksualne. Rozległa skala i częstotliwość tych incydentów podkreślają ich powagę. Czynniki ryzyka dla IPSB są zróżnicowane, obejmując zarówno problemy medyczne, takie jak uszkodzenia mózgu czy wpływ leków, jak i aspekty psychologiczne oraz społeczno-kulturowe, w tym samotność pacjenta czy jego tło kulturowe. Szczególna uwaga skierowana jest na pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, którzy mogą nie być świadomi niewłaściwości swojego zachowania, co zaciera granice akceptowalnych norm społecznych. Zwrócenie uwagi autora na te czynniki było istotne z punktu widzenia świadomości czynu, co też zostało uwzględnione w zaproponowanej definicji legalnej Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów. Sytuacyjne i osobiste czynniki ryzyka, w tym cechy osobiste terapeuty, również przyczyniają się do zwiększonego narażenia na IPSB. Szkolenia z zakresu IPSB, w tym metody takie jak role-playing, stanowią kluczowy element zwiększania świadomości i umiejętności radzenia sobie z tym zjawiskiem zarówno wśród studentów, jak i praktykujących terapeutów.

Prawo do bezpiecznego miejsca pracy oraz znaczenie obowiązkowych szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy są kluczowe dla zapewnienia ochrony zarówno pracowników, jak i pacjentów. Pomimo tego, że zjawisko niestosownych zachowań seksualnych pacjentów jest bardzo poważne i wpływa bezpośrednio na bezpieczeństwo pracowników, wydaje się, że opisywane przepisy prawa związane z obszarem bezpieczeństwa i higieny pracy nie uwzględniają tego zagadnienia, co też zostało potwierdzone badaniami autora.

Mimo dostępności pewnych środków prawnych umożliwiających pociągnięcie do odpowiedzialności pacjentów dopuszczających się niestosownych zachowań, ich praktyczne wykorzystanie często napotyka na przeszkody. Szczególnie w obszarze świadczeń ambulatoryjnych, obowiązujące regulacje okazują się niewystarczające. Skomplikowany proces odmowy świadczeń zdrowotnych i brak precyzyjnych przepisów dotyczących takich sytuacji poza kontekstem hospitalizacji często ograniczają wykorzystanie dostępnych mechanizmów prawnych. Chociaż kodeks wykroczeń i kodeks karny oferują artykuły potencjalnie stosowane w przypadkach IPSB, takie jak nieobyczajne wybryki czy naruszenie nietykalności cielesnej, ich aplikacja

w rzeczywistości jest niejednokrotnie skomplikowana. Rzadkością jest, by fizjoterapeuci, którzy doświadczyli takich zachowań, decydowali się na podjęcie kroków prawnych wobec pacjentów. Dodatkowo, proces dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia może być obciążony długotrwałością i wysokimi kosztami postępowania. Obserwacje i analizy wskazują na konieczność opracowania i wdrożenia skutecznych rozwiązań prawnych, dostosowanych do specyfiki i potrzeb środowiska medycznego, które skuteczniej adresowałyby problematykę IPSB i oferowały realną ochronę zarówno dla pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów.

Niniejsza rozprawa doktorska stanowi wszechstronną analizę i rozwiązanie problemu Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) w środowisku fizjoterapeutycznym w Polsce, pod kątem prawnym oraz z perspektywy praktyki fizjoterapeutycznej. Skupia się ona na dokładnym zbadaniu różnych aspektów IPSB, w tym definicji, skali, przyczyn, konsekwencji dla fizjoterapeutów i pacjentów, oraz analizie obecnych narzędzi prawnych i procedur stosowanych w praktyce.

Badanie przeprowadzone wśród fizjoterapeutów rzuca nowe światło na problem Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB), podkreślając jego częstość i złożoność. Otrzymane dane układają się w obraz, który wyraźnie wskazuje na częste występowanie nieestosownych zachowań, które znacząco różnią się w zależności od płci fizjoterapeuty, rodzaju placówki oraz kontekstu interakcji z pacjentem. Zachowania takie jak nieodpowiednie patrzenie, pochlebne uwagi czy propozycje randek są powszechne, zwłaszcza wśród fizjoterapeutek. Szczególnie alarmujące jest to, że blisko trzy czwarte respondentów potwierdziło doświadczenie takich zachowań. Badanie wskazuje również na różnice w doświadczeniach związanych z miejscem pracy, z najwyższymi odsetkami niepożądanych zachowań w szpitalach i sanatoriach. Wynika to prawdopodobnie z intensywności pracy oraz charakteru interakcji z pacjentami w tych środowiskach. **Nieobyczajne zachowania oraz czyny zabronione, mimo że mniej powszechne, stanowią poważne zagrożenie dla dobra i bezpieczeństwa fizjoterapeutów. Szczególnie niepokojące jest doświadczenie celowego dotykania w intymne miejsca, które dotyczy ponad jednej trzeciej respondentów, z wyraźnym wskazaniem na większą narażoność techników fizjoterapii.** Wyniki te podkreślają potrzebę dalszych badań, które pozwolą na pełniejsze zrozumienie tego zjawiska. Jednocześnie wskazują na pilną potrzebę wprowadzenia skutecznych strategii ochrony i wsparcia dla

pracowników ochrony zdrowia, uwzględniających specyfikę różnych środowisk pracy i charakter interakcji z pacjentami.

Autor jest świadomy jednak ograniczeń w przeprowadzonych badaniach. Badanie opiera się bowiem na ankiecie w tym samoopisach fizjoterapeutów dotyczących ich doświadczeń z IPSB. Ograniczenie to wiąże się z subiektywnością i potencjalnymi błędami w pamięci respondentów. Ponadto, brak bezpośrednich obserwacji zachowań pacjentów oraz brak danych z innych źródeł, takich jak dokumentacja medyczna czy zapisy z kamer monitoringu, mogą wpływać na pełność i wiarygodność wyników. Choć badanie dostarcza istotnych informacji i wniosków dotyczących IPSB w kontekście praktyki fizjoterapeutycznej, istotne jest uwzględnienie wymienionych ograniczeń przy interpretacji wyników. Zrozumienie tych ograniczeń jest również kluczowe dla kształtowania przyszłych badań i polityk skierowanych na przeciwdziałanie i reagowanie na niestosowne zachowania seksualne w środowisku medycznym.

Celem niniejszej rozprawy doktorskiej była dogłębna analiza i wskazanie konieczności stworzenia systemu ochrony prawnej dla fizjoterapeutów w Polsce, mając na uwadze problem Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB). Autor pracy sformułował tezę głoszącą, że istnieje zasadnicza potrzeba ustalenia systemu przeciwdziałania i ochrony prawnej przed IPSB w praktyce fizjoterapeutycznej w Polsce. Aby weryfikować tę tezę, rozprawa koncentrowała się na trzech kluczowych hipotezach. Pierwsza hipoteza zakładała, że zjawisko IPSB jest aktualnym i znaczącym problemem dotyczącym fizjoterapeutów w Polsce. Wyniki badań ankietowych i analizy literatury przedmiotu dostarczyły solidnych dowodów potwierdzających tę hipotezę, ukazując szerokie spektrum niestosownych zachowań, z jakimi borykają się specjaliści w tej dziedzinie. Druga hipoteza zakładająca brak istnienia skutecznych narzędzi przeciwdziałania IPSB w praktyce fizjoterapeutycznej w Polsce, również została potwierdzona. Analiza obowiązujących regulacji prawnych i procedur w placówkach medycznych wykazała luki, które nie zapewniają adekwatnej ochrony ani wsparcia dla fizjoterapeutów. Trzecia hipoteza dotyczyła braku narzędzi ochrony prawnej dla fizjoterapeutów doświadczających IPSB. Zgromadzone dane i analizy prawne ukazały, że obecny system prawny nie oferuje wystarczającej i specjalistycznej ochrony, co potwierdza postulat zwiększenia prawnej ochrony tych specjalistów.

W świetle przeprowadzonych badań można wskazać kilka obszarów wymagających dalszej eksploracji lub które nie zostały uwzględnione w pracy, ale mogą być istotne dla rozwoju nauki, takich jak:

- 1) Porównawcza analiza prawna: przeprowadzenie porównawczych badań prawnych dotyczących IPSB w różnych jurysdykcjach. Analiza ta mogłaby obejmować porównanie ustawodawstwa, wytycznych etycznych, procedur postępowania oraz sankcji stosowanych w różnych krajach. Celem byłoby zidentyfikowanie najlepszych praktyk i modeli prawnych, które skutecznie chronią pracowników ochrony zdrowia oraz pacjentów.
- 2) Analiza orzecznictwa i wpływu precedensów: badanie orzecznictwa sądowego dotyczącego przypadków IPSB, analiza trendów, interpretacji i zastosowania prawa, a także ocena, jak te decyzje wpływają na praktykę medyczną i ochronę prawną pracowników.
- 3) Rola edukacji prawnej w zapobieganiu IPSB: badanie wpływu edukacji prawnej pracowników ochrony zdrowia na ich zdolność do rozpoznawania i reagowania na IPSB. Rozważenie, czy i jak szkolenia z zakresu prawa medycznego, etyki i praw pacjentów mogą zmniejszać występowanie IPSB i poprawiać reakcję na takie przypadki.
- 4) Studia intersekcjonalne: badania skupiające się na intersekcjonalności i IPSB, badające, jak różne aspekty tożsamości (takie jak płeć, wiek, pochodzenie etniczne, orientacja seksualna) pracowników medycznych wpływają na ich doświadczenia związane z IPSB i jak to jest traktowane w prawie.
- 5) Technologie i innowacje: badania określające jak nowoczesne technologie, takie jak sztuczna inteligencja, symulacje wirtualnej rzeczywistości czy aplikacje mobilne, mogą być wykorzystane do edukacji, monitorowania i zapobiegania IPSB.

W kontekście praktycznych implikacji wyników badań, mogą one znaleźć zastosowanie m.in. w:

- 1) legislacji - analiza i rekomendacje przedstawione w pracy mają istotne implikacje dla procesu legislacyjnego. Wskazują one na konkretną potrzebę zmian

w prawodawstwie, w tym wprowadzenia nowych regulacji lub modyfikacji istniejących przepisów, aby lepiej chronić fizjoterapeutów przed IPSB oraz oferować skuteczne mechanizmy reagowania i wsparcia. Praktycy prawa, ustawodawcy i organy regulacyjne mogą wykorzystać te wnioski jako podstawę do inicjowania i kształtowania polityk prawnych skierowanych na adresowanie tego problemu;

- 2) praktyce prawniczej - wyniki badań mogą być wykorzystywane przez prawników specjalizujących się w prawie medycznym do lepszego zrozumienia i interpretacji przypadków związanych z fizjoterapią. Można je również wykorzystać do szkoleń dla prawników, aby podnieść ich świadomość na temat IPSB;
- 3) edukacji i szkoleniach w dziedzinie prawa - odkrycia i rekomendacje zawarte w pracy mogą być wykorzystane do tworzenia programów edukacyjnych i szkoleniowych dla prawników, studentów prawa, a także fizjoterapeutów. Zwiększenie świadomości na temat IPSB, jego implikacji prawnych oraz dostępnych narzędzi ochrony i wsparcia jest kluczowe dla zapewnienia adekwatnej ochrony i reagowania na te zjawiska. Edukacja w tej dziedzinie może również przyczynić się do wzrostu kompetencji zawodowych i etycznych praktyków prawa.

Rozprawa wnosi istotny wkład w teorię i praktykę prawną, oferując nowe perspektywy na problem IPSB oraz proponując konkretne kierunki działań i zmian. Implikacje te mają znaczenie nie tylko dla prawników, ustawodawców i akademików, ale również dla szerokiego spektrum profesjonalistów pracujących w obszarze ochrony zdrowia.

Autor rozprawy, po dokładnej analizie problemu Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB) oraz istniejącego stanu prawnego, przedstawił postulaty *de lege ferenda*, czyli propozycje zmian prawnych mających na celu skuteczniejsze przeciwdziałanie i reagowanie na IPSB w środowisku fizjoterapeutycznym. Postulaty wpierv generalne wskazują na konieczność:

- 1) wprowadzenia do polskiego prawodawstwa pojęcia oraz jasnej i szczegółowej definicji IPSB, która uwzględniałaby różnorodne formy tego zjawiska. Definicja powinna być dostatecznie szeroka, aby objąć wszystkie potencjalne zachowania, jednocześnie zapewniając jasność i precyzję niezbędną do celów prawnych.

Klasyfikacja powinna także uwzględniać różne poziomy ciężkości IPSB i odpowiadające im konsekwencje prawne,

- 2) zaostrenie odpowiedzialności prawnej w przyznania określonej ochrony prawnej dla fizjoterapeutów,
- 3) wprowadzenie obowiązkowych programów edukacyjnych i szkoleniowych dotyczących IPSB dla fizjoterapeutów i studentów fizjoterapii. Programy te powinny obejmować informacje na temat IPSB, jego konsekwencji, sposobów radzenia sobie z takimi sytuacjami oraz dostępnych środków prawnych i wsparcia,
- 4) opracowanie i implementacja standardowych procedur i protokołów postępowania w przypadku zgłoszenia IPSB w placówkach medycznych. Procedury te powinny być jasne, skuteczne i dostosowane do specyfiki pracy fizjoterapeutów. Powinny również zawierać kroki postępowania, od momentu zgłoszenia, przez ocenę sytuacji, po podjęcie odpowiednich działań prawnych i wsparcie dla ofiar,
- 5) wprowadzenie obowiązku informowania pacjentów o pojęciu IPSB oraz ochronie prawnej przysługującej fizjoterapeutów z tego tytułu,
- 6) ustanowienie systemów monitorowania i raportowania przypadków IPSB. Systemy te powinny umożliwiać zbieranie danych na temat częstotliwości i charakteru IPSB, co może przyczynić się do lepszego zrozumienia zjawiska i opracowania skuteczniejszych strategii prewencyjnych i interwencyjnych.

Te postulaty *de lege ferenda* mają na celu nie tylko zwiększenie ochrony prawnej fizjoterapeutów i poprawę ich bezpieczeństwa w miejscu pracy, ale również podniesienie świadomości społecznej na temat problemu IPSB oraz promowanie kultury szacunku i godności w środowisku medycznym. Wprowadzenie proponowanych zmian może znacząco przyczynić się do zmiany obecnego stanu prawnego i praktycznego w zakresie radzenia sobie z problemem niestosownych zachowań seksualnych w kontekście fizjoterapii. Autor rozprawy przedstawił szczegółowe postulaty *de lege ferenda*, które mają na celu zwiększenie ochrony prawnej i bezpieczeństwa fizjoterapeutów oraz innych pracowników medycznych w obliczu Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB). Proponowane zmiany skoncentrowane są na rozszerzeniu i doprecyzowaniu istniejących przepisów oraz wprowadzeniu nowych regulacji:

- 1) ogólne przepisy bezpieczeństwa i higieny pracy - propozycja rozszerzenia rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 26 września 1997 r. o ogólnych przepisach bezpieczeństwa i higieny pracy. Postulat obejmuje wprowadzenie

definicji IPSB oraz obowiązku uwzględniania IPSB w ocenie ryzyka zawodowego osób wykonujących zawód medyczny, a tym samym wprowadzenia narzędzi prewencyjnych w postaci chociażby obowiązkowych szkoleń,

- 2) ustawa o zawodzie fizjoterapeuty - proponowane są zmiany w ustawie o zawodzie fizjoterapeuty, które zwiększą ochronę fizjoterapeutów poprzez uznawanie ich za funkcjonariuszy publicznych w kontekście IPSB. Ma to na celu zapewnienie fizjoterapeutom większej ochrony prawnej i podkreślenie znaczenia ich pracy. Dodatkowo, sugeruje się obowiązek organizacji regularnych szkoleń przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów, co ma na celu zwiększenie świadomości i kompetencji zawodowych w zakresie IPSB,
- 3) ustawa o działalności leczniczej - przedstawiono zmiany w ustawie o działalności leczniczej, które umożliwiają wprowadzenie procedur wypisywania pacjentów ze szpitala oraz zaprzestania udzielania ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w przypadku rażącego naruszenia porządku lub przebiegu procesu udzielania świadczeń przez pacjenta, w tym przez manifestowanie IPSB. Sugerowane są również mechanizmy ochrony pracowników, takie jak pisemne pouczenie pacjenta oraz dokumentowanie incydentów IPSB w dokumentacji medycznej Pacjenta,
- 4) rozporządzenie wykonawcze do ustawy o działalności leczniczej - proponowane jest wprowadzenie nowego rozporządzenia wykonawczego, które określi zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie fizjoterapii w sytuacji IPSB. Zmiany obejmują między innymi wprowadzenie katalogu IPSB, obowiązku opracowania wewnętrznych procedur zapewniających efektywne zgłaszanie, dokumentowanie i reagowanie na przypadki IPSB, jak również informowanie pacjentów o polityce IPSB i możliwych konsekwencjach niestosownych zachowań.

Podsumowując, postulaty *de lege ferenda* mają na celu stworzenie spójnego i kompleksowego systemu prawnych zabezpieczeń, który skutecznie przeciwdziała IPSB, chroniąc przy tym prawa i dobrostan pracowników medycznych. Poprzez precyzyjne definicje, rozszerzenie odpowiedzialności prawnej, obowiązek szkoleń oraz wprowadzenie procedur postępowania, proponowane zmiany prawne mają na celu stworzenie bezpieczniejszego środowiska pracy oraz promowanie kultury szacunku i profesjonalizmu w sektorze opieki zdrowotnej.

Implementacja przepisów dotyczących niestosownych zachowań seksualnych pacjentów niesie ze sobą szereg wyzwań. Kluczowe jest precyzyjne określenie, jakie działania kwalifikują się jako niestosowne. Ryzyko zbyt ogólnej lub zbyt szczegółowej definicji może prowadzić do niejasności interpretacyjnych i problemów z praktycznym zastosowaniem prawa. Istotne jest również znalezienie równowagi między zapewnieniem ochrony personelowi medycznemu a respektowaniem praw pacjentów, w tym prawa do prywatności i godności. Realizacja takich regulacji wymaga efektywnego egzekwowania, co może oznaczać potrzebę przeprowadzenia dodatkowych szkoleń dla pracowników, zmian w procedurach operacyjnych placówek medycznych oraz wprowadzenia efektywnych systemów kontroli i zgłaszania. Ponadto, należy uwzględnić ryzyko stygmatyzacji niektórych grup pacjentów, zwłaszcza tych z zaburzeniami psychicznymi, których zachowania mogą być błędnie zinterpretowane jako niestosowne. Dlatego niezwykle ważne jest, aby proces tworzenia prawa był transparentny, uwzględniał głosy różnych grup społecznych i zawodowych, oraz był prowadzony w sposób inkluzywny. Nowe przepisy mogą również generować dodatkowe koszty dla systemu opieki zdrowotnej, związane na przykład ze szkoleniem personelu, aktualizacją infrastruktury czy systemami monitorowania. Istotnym zagrożeniem są również możliwe nadużycia lub fałszywe oskarżenia, które mogą wynikać z wprowadzania nowych regulacji, co może negatywnie wpłynąć na personel medyczny oraz pacjentów. Dlatego niezmiennie ważne jest staranne rozważenie wszelkich zmian prawnych, aby zminimalizować negatywne skutki i zapewnić ich skuteczność. Mimo tych wyzwań, wdrażanie zmian legislacyjnych jest nieodzownym krokiem, mając na uwadze potrzebę ochrony fizjoterapeutów przed niestosownymi zachowaniami seksualnymi pacjentów, co zostało wykazane w niniejszej pracy. Autor rozprawy wyraźnie udowodnił istnienie tego problemu w kontekście polskim i wskazał na pilną potrzebę podjęcia odpowiednich działań prawnych.

Autor rozprawy dzięki przeprowadzonym badaniom zdobył cenne doświadczenie, które znacząco przyczyniło się do jego rozwoju naukowego i zawodowego. Praca nad tak złożonym i ważnym tematem, jakim jest problematyka Niestosownych Zachowań Seksualnych Pacjentów (IPSB), pozwoliła na pogłębienie wiedzy w zakresie prawnych możliwości ochrony fizjoterapeutów przed tym zjawiskiem. Autor miał okazję nie tylko zgłębić istniejące regulacje prawne i literaturę przedmiotu, ale także bezpośrednio włączyć się w proces badawczy, co pozwoliło na praktyczne zastosowanie i przetestowanie teorii w realnych warunkach. Przeprowadzenie ankiet, analiza danych

oraz formułowanie wniosków pozwoliły autorowi na rozwijanie umiejętności krytycznego myślenia, analizy statystycznej i syntetycznego formułowania wniosków. Praca nad rozprawą doktorską stanowiła również doskonałą okazję do nauczania się, jak efektywnie komunikować skomplikowane kwestie prawne i etyczne, zarówno specjalistom w danej dziedzinie, jak i szerszemu gronu odbiorców. Opracowanie postulatów *de lege ferenda* i sugestii dla przyszłych badań pozwoliło autorowi na wykazanie się kreatywnością i innowacyjnym podejściem do problemu. Autor rozprawy miał również możliwość wkładu w rozwój nauk prawnych, proponując realne rozwiązania, które mogą przyczynić się do poprawy ochrony prawnej pracowników medycznych oraz pacjentów. Doświadczenie zdobyte podczas pracy nad rozprawą doktorską nie tylko przyczyniło się do rozwoju akademickiego autora, ale także przygotowało go do dalszej kariery naukowej lub praktycznej, gdzie może kontynuować pracę nad udoskonalaniem prawa i praktyki w ochronie zdrowia. Praca ta jest świadectwem zaangażowania autora w rozwiązywanie realnych problemów społecznych i jego gotowości do podejmowania wyzwań związanych z zapewnieniem bezpiecznego i etycznego środowiska pracy.

BIBLIOGRAFIA

I. Literatura krajowa

1. Batory W., *Dobra osobiste i ich ochrona na gruncie Kodeksu cywilnego*, Roczniki Nauk Prawnych, Tom XXIX, numer 1, 2019
2. Biadun D., *Jak reagować na nieobyczajne zachowania pacjentów*, „Głos fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów, 1/2022(19), 2022
3. Ciechorski J., [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz do wybranych przepisów*, LEX/el. 2023
4. Dadura E., Wójcik A., *Dotyk w relacji fizjoterapeuta-pacjent a granice kontaktu fizycznego [Touch in the physiotherapist patient relationship – limits of physical contact]*, Postępy Rehabilitacji (4), 2014
5. Dadura E., Wójcik A., Gajewski J., *Dotyk w praktyce zawodowej –postrzeganie dotyku przez fizjoterapeutów [Touch in professional practice – view of physiotherapists]*, Postępy rehabilitacji (2), 2013
6. Filar M., *Odpowiedzialność karna za pomówienie* [w:] M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Prawnicze Lexis Nexis, Warszawa, 2004
7. Gierczak – Cywińska A., *O koniecznym i niechcianym dotyku*, „Głos fizjoterapeuty” Biuletyn Krajowej Izby Fizjoterapeutów, 2022, 1/2022(19)
8. Jacek A., Piechura E., Ożóg K., Porada S., *Ochrona dóbr osobowych w prawie medycznym*, Personal rights protection in medical legislation, Jacek A, Hygeia Public Health, 47(3), 2012
9. Janicka – Panek T., *Zasady organizowania i prowadzenia szkoleń bhp*, Atest, nr 5, Skierniewice, 2012
10. Jędrejek G., *Uwagi ogólne o prawnej ochronie ofiar mobbingu* [w:] Mobbing. Środki ochrony prawnej, Wolters Kluwer, Warszawa, 2011
11. Krzesicka J., *Ciało i dotyk w nauce praktyk fizjoterapeutycznych z perspektywy socjologii ucieleśnienia*, Avant, wol. X, nr 3/2019, 2019

12. Maniewska E., *Wpływ naruszenia obowiązku informacyjnego przez pracodawcę na prawa i obowiązki pracownika* [w:] Obowiązki informacyjne pracodawcy wobec pracownika w umownym stosunku pracy, Wolters Kluwer, Warszawa, 2013
13. Mikos M., Curyło M., Rynkiewicz-Andryśkiewicz M., Pęcherz T., Kucharska E., Raczkowski J.W., *Legal protection of the physiotherapist as a profession of public trust, Ochrona prawna fizjoterapeuty jako zawodu zaufania publicznego*, Fizjoterapia Polska, Polish Journal of Physiotherapy, 3/2021, 2021
14. Mozgawa M., [w:] M. Budyn-Kulik, P. Kozłowska-Kalisz, M. Kulik, M. Mozgawa, Kodeks karny. Komentarz, wyd. VII, Warszawa, 2015
15. Olejniczak A., [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania - część ogólna, wyd. II, red. A. Kidyba, Warszawa, 2014
16. Ożegalska – Trybalska J., Naruszenie dóbr osobistych lekarza oraz placówki medycznej, Biuletyn Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, Nowotwory, 6(3), 2021
17. Puchała A., *Pojęcie dóbr osobistych*, [w:] Dobra osobiste, I. Lewandowska-Malec, C.H. Beck, Warszawa, 2017
18. Różańska-Prawdzik A., *Elementy systemów równoważnego czasu pracy* [w:] Systemy równoważnego czasu pracy w Kodeksie Pracy, Wolters Kluwer, Warszawa, 2017
19. Sobczak J., *Przestępstwo zniewagi*, Themis Polska Nova, nr 1(1), Wydawnictwo Adam Marszałek, 2011
20. Sobol A., *Godność w chorobie przewlekłej – perspektywa psychologiczna*. W: Raport Biała księga, Warszawa: Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 2019
21. Sokołowski T., [w:] Kodeks cywilny. Komentarz. Tom I. Część ogólna, wyd. II, red. A. Kidyba, Warszawa, 2012
22. Sowirka K., Przestępstwo „kradzieży tożsamości” w polskim prawie karnym, Ius Novum, Tom 7 nr 1 (2013), 2013
23. Stefański K., Prawne aspekty uelastyczniania czasu pracy [w:] Elastyczny czas pracy, Wolters Kluwer, Warszawa, 2016
24. Szczechowicz J., *Prawne aspekty ochrony dóbr osobistych*, Media – Kultura – Komunikacja Społeczna, Tom 8, 2012

25. Szewczyk H., *Stalking (art. 190a k.k.)* [w:] *Równość płci w zatrudnieniu*, Wolters Kluwer, Warszawa, 2017
26. Targosz T., *Naruszenia dóbr osobistych w Internecie - rewolucja orzecznictwa*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prace z Prawa Własności Intelektualnej, nr 2, 2018
27. Tomaszewska P., *Nadużycia seksualne i ich kwalifikacja w praktyce sądów lekarskich*, Medyczna Wokanda, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie, nr 9, Poznań, 2017
28. Walasek-Walczak U., [w:] *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, red. F. Grzegorzczak, Warszawa, 2013
29. Woźny A., Dobosz M., Saja P., *Budowanie strategii zarządzania bhp w przedsiębiorstwie*, Oficyna Wydawnicza Stowarzyszenia Menedżerów Jakości i Produkcji, 1(8), 2018
30. Wróbel A., *Nieobyčajny wybryk (art. 140 k.w.)*, *Acta Iuridica Resoviensia*, nr 2 (33), 2021
31. Zimna T., *Nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń* [w:] *Kara umowna w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa, 2015

II. Literatura obcojęzyczna

1. Amanulla S., Saju I., Solé S., Campoy C., Martínez L., Pérez-Yus M.C., Sitjà-Rabert M., Serrat M., Bravo C., Lo K., *Inappropriate Patient Sexual Behavior in Physiotherapy: A Systematic Review*, *Sustainability*, 13(24), 2021
2. Andersen P.A., *Nonverbal Communication: Forms and Functions* (2nd ed.). Waveland Press, Incorporated, 2008
3. Andersen P.A., *The Basis of Cultural Differences in Nonverbal Communication*, w L. A. Samovar, R. E. Porter, E. R. Mcdaniel, *Intercultural Communication: A Readerr*, Wadsworth, Cengage Learning, 2012
4. Ang A., Cooper I., Jenkins S., *Sexual professional boundaries: Physiotherapy students' experiences and opinions*, *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 38, 2010

5. Bardell A., Lau T., Fedoroff J.P., *Inappropriate sexual behavior in a geriatric population*, International Psychogeriatrics, 23(7), 2011
6. Bartz J.A., Zaki J., Bolger N., Ochsner K.N., *Social effects of oxytocin in humans: context and person matter*, Trends in cognitive sciences, 15(7), 2011
7. Betterly H., Musselman M., Sorrentino R., *Sexual assault in the inpatient psychiatric setting*, General hospital psychiatry, 82, 2023
8. Boissonnault J.S., Cambier Z., Hetzel S.J., *Inappropriate Patient Sexual Behavior When Working in Sensitive Areas of the Body: Results From a National Physical Therapy Survey*, Journal of Women's Health Physical Therapy, 43(1), 2019
9. 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, 97(11), 2017
10. 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, 98(9), 2018
11. Cambier Z., *Preparing new clinicians to identify, understand, and address inappropriate sexual behavior in the clinical environment*, Journal of Physical Therapy Education, 27, 2013
12. De Mayo R.A., *Patient sexual behaviors and sexual harassment: a national survey of physical therapists*, Physical Therapy 77(7), 1997
13. Hall E.T., *The hidden dimension*, Garden City, N.Y., Doubleday, 1966
14. Hartl T.L., Zeiss R.A., Marino C.M., Zeiss A.M., Regev L.G., Leontis C., *Clients' sexually inappropriate behaviors directed toward clinicians: conceptualization and management*, Professional Psychology: Research and Practice, 38(6), 2007
15. 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, 20(7), 2006
16. Joller P., Gupta N., Seitz D.P., Frank C., Gibson M., Gill S.S., *Approach to inappropriate sexual behaviour in people with dementia*, Canadian family physician Medecin de famille canadien, 59 (3), 2013
17. Kelly M.A., Nixon L., McClurg C., Scherpbier A., King N., Dornan T., *Experience of Touch in Health Care: A Meta-Ethnography Across the Health Care Professions*, Qualitative Health Research, 28(2), 2018

18. McComas J., Hebert C., Giacomini C., Kaplan D., Dulberg C., *Experiences of student and practicing physical therapists with inappropriate patient sexual behavior*, Physical Therapy, 73(11), 1993
19. O'Sullivan V., Weerakoon P., *Inappropriate sexual behaviours of patients towards practising physiotherapists: a study using qualitative methods*, Physiotherapy Research International, 4(1), 1999
20. Owen G., *Becoming a Practice Profession. A Genealogy of Physiotherapy's Moving/Touching Practices.*, University of Cardiff, 2014
21. 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, 95(4), 2021
22. Philo S.W., Richie M.F., Kaas M.J., *Inappropriate sexual behavior*, Journal of gerontological nursing, 22(11), 1996
23. Schulte H.M., Kay J., *Medical students' perceptions of patient-initiated sexual behavior*, Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges, 69(10), 1994
24. Stubbs B., *Displays of inappropriate sexual behaviour by patients with progressive cognitive impairment: the forgotten form of challenging behaviour?*, Journal of psychiatric and mental health nursing, 18(7), 2011
25. Thom R.P., Grudzinski Jr A.J., Saleh F.M., *Sexual Behavior Among Persons With Cognitive Impairments*, Current psychiatry reports, 19(5), 2017
26. Tsatali M.S., Tsolaki M.N., Christodoulou T.P., Papaliagkas V.T., *The Complex Nature of Inappropriate Sexual Behaviors in Patients with Dementia: Can We Put it into a Frame?*, Sexuality and Disability, vol. 29, 2011
27. Weerakoon P., O'Sullivan V., *Inappropriate patient sexual behaviour in physiotherapy practice*, Physiotherapy, 84(10), 1998
28. Williams T.H., de Seriere J., Boddington L., *Inappropriate sexual behaviour experienced by speech-language therapists*, International Journal of Language & Communication Disorders, 34(1), 1999
29. Wyss H., Vermeesch A., *Inappropriate Patient Sexual Behavior in Nursing Education*, Archives of Women Health and Care, 2(1), 2019
30. Zook R., *Teaching staff to handle a patient's sexually inappropriate behavior*, Journal for nurses in staff development: official journal of the National Nursing Staff Development Organization, 16(4), 2000

III. Akty normatywne, orzecznictwo

1. Dyrektywa Rady z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy (89/391/EWG) (Dz. U. UE L z dnia 29 czerwca 1989 r.) **Numer CELEX:** 31989L0391
2. Dyrektywa Rady z dnia 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) (89/654/EWG) (Dz. U. UE L z dnia 30 grudnia 1989 r.) Numer CELEX:31989L0654
3. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483).
4. Konwencja Nr 155 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca bezpieczeństwa, zdrowia pracowników i środowiska pracy z dnia 3 czerwca 1981 r., Genewa
5. Konwencja Nr 187 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca struktur promujących bezpieczeństwo i higienę pracy z dnia 15 czerwca 2006 r., Genewa
6. Konwencja Nr 81 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca inspekcji pracy w przemyśle i handlu z dnia 11 lipca 1947 r., Genewa
7. Postanowienie SN z dnia 17 kwietnia 2018 r. o sygn. akt IV KK 296/17
8. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka podpisana w Paryżu 10 grudnia 1948 roku.
9. Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 27 lipca 2004 w sprawie szkoleń w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1327)
10. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650)
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowego wykazu czynności zawodowych fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1319)

12. Uchwała nr 16/II KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 7 czerwca 2022 r. w sprawie powołania Rzecznika Praw Fizjoterapeutów
13. Uchwała nr 25/II KZF/2022 II Krajowego Zjazdu Fizjoterapeutów z dnia 28 maja 2022 r. w sprawie Zasad etyki zawodowej fizjoterapeuty
14. Uchwała nr 706/I KRF Krajowej Rady Fizjoterapeutów z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie Rzecznika Praw Fizjoterapeutów
15. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1712)
16. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799)
17. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r. Kodeks karny (Dz.U. 1969 nr 13 poz. 94)
18. Ustawa z dnia 20 maja 1971 r. Kodeks wykroczeń (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2119)
19. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1061)
20. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1213)
21. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2025 poz. 277)
22. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 17)
23. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581)
24. Wyrok SR Gdańsk-Południe w Gdańsku z dnia 29 czerwca 2017 r. o sygn. akt I C 177/17
25. Wyrok SA w Warszawie z dnia 11 lipca 2018 r. o sygn. akt V ACa 565/17.
26. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 czerwca 1977 r., sygn. akt II CR 187/77
27. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 18 stycznia 1984 r., sygn. akt I CR 400/83, OSNC 184/11/195
28. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 października 1982 r., sygn. akt I CR 239/82.
29. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 października 2009 r., sygn. akt III CZP 79/09.
30. Wyrok SN z dnia 23 maja 2019 r. o sygn. akt III PK 72/18
31. Wyrok SN z dnia 3 lutego 2000 r. o sygn. akt I CKN 969/98.
32. Wyrok SN z dnia 30 stycznia 2018 r. o sygn. akt IV KK 475/17
33. Wyrok WSA w Gdańsku z dnia 11 kwietnia 2019 r. o sygn. akt III SA/Gd 32/19
34. Wyrok WSA w Rzeszowie z dnia 19 lipca 2022 r. o sygn. akt II SA/Rz 365/22

IV. Źródła Internetowe

1. <https://academic.oup.com/ptj/article/97/11/1084/4085780?login=true> [dostęp: 11.07.2024]
2. <https://szpital-zakopane.pl/o-szpitalu/regulaminy-i-dokumenty/prawa-i-obowiazki-pacjenta/> [dostęp: 11.07.2024]
3. <https://www.gpsk.ump.edu.pl/pl/regulamin-pobytu-8> [dostęp: 11.07.2024]
4. <https://www.su.krakow.pl/strefa-pacjenta/prawa-pacjenta> [dostęp: 11.07.2024]

SPIS TABEL

1. Tabela 1 – Szczegółowy wykaz czynności zawodowych fizjoterapeuty w ramach poszczególnych zadań zawodowych i odpowiadający im poziom wykształcenia, niezbędny do ich wykonania
2. Tabela 2 - Częstość występowania Niestosownych Zachowań seksualnych Pacjentów (IPSB)
3. Tabela 3 – Procent respondentów wśród fizjoterapeutów i studentów, którzy doświadczyli różnych typów IPSB w trzech badaniach ankietowych
4. Tabela 4 - Klasyfikacja IPSB w kontekście kwalifikacji czynu i odpowiedzialności pacjenta
5. Tabela 5 - Płeć fizjoterapeuty a płeć pacjenta zaangażowanego w IPSB
6. Tabela 6 - Dominująca płeć pacjentów fizjoterapeuty a doświadczenie IPSB
7. Tabela 7 - Miejsce udzielania świadczeń a pochlebne lub sugestywne uwagi dotyczące ciała lub wyglądu, które sprawiły, że fizjoterapeuta czuł się nieswojo
8. Tabela 8 - Miejsce pracy a doświadczenie zaproszenia na randkę
9. Tabela 9 - Miejsce udzielania świadczeń a propozycja aktywności seksualnej
10. Tabela 10 - Miejsce pracy a doświadczenie celowego osłaniania swoich genitaliów lub piersi przez pacjenta, niezwiązanych ze świadczeniem zdrowotnym
11. Tabela 11 – Wykształcenie fizjoterapeuty a doświadczenie celowego dotykania fizjoterapeuty w intymne miejsca (uda, genitalia, piersi, pośladki) lub w sposób wyraźnie seksualny
12. Tabela 12 - Miejsce pracy a doświadczenie celowego dotykania fizjoterapeuty w intymne miejsca (uda, genitalia, piersi, pośladki) lub w sposób wyraźnie seksualny
13. Tabela 13 - Płeć pacjentów a reakcja fizjoterapeuty polegająca na odwróceniu uwagi pacjenta lub skierowania go na inną aktywność w sytuacji incydentu IPSB
14. Tabela 14 - Płeć pacjentów a reakcja fizjoterapeuty polegająca na śmiechu lub żartowaniu w sytuacji incydentu IPSB
15. Tabela 15 - Płeć leczonych pacjentów a zmiana metody leczenia lub miejsca udzielania świadczeń w przypadku incydentu IPSB

16. Tabela 16 - Doświadczenie fizjoterapeuty a przekazanie pacjenta innemu fizjoterapeucie w przypadku incydentu IPSB
17. Tabela 17 - Miejsce udzielania świadczeń a przekazanie pacjenta innemu fizjoterapeucie w przypadku incydentu IPSB
18. Tabela 18 - Płeć pacjenta a decyzja o przekazaniu terapii innemu fizjoterapeucie w przypadku incydentu IPSB
19. Tabela 19 - Wykształcenie fizjoterapeuty a dokumentowanie incydentu IPSB w dokumentacji medycznej
20. Tabela 20 - Miejsce udzielania świadczeń a zakończenie terapii z powodu IPSB
21. Tabela 21 - Płeć pacjenta a zakończenie terapii z powodu IPSB
22. Tabela 22 - Doświadczenie fizjoterapeuty a raportowanie incydentu IPSB w placówce
23. Tabela 23 - Płeć pacjenta a raportowanie incydentu IPSB w placówce
24. Tabela 24 - Klasyfikacja IPSB w kontekście kwalifikacji czynu i odpowiedzialności pacjenta