



Michał Starosolski^{1,2}, Krzysztof Słupianek²

¹ Katedra i Zakład Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce

Agresja pacjentów wobec personelu medycznego: strategie deeskalacji i zapobiegania

Praca recenzowana

Wstęp

Agresja wobec personelu medycznego jest problemem o wymiarze globalnym, stanowiącym poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa, zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników ochrony zdrowia. Szczególnie narażeni na akty przemocy są pracownicy zespołów ratownictwa medycznego, izb przyjęć oraz szpitalnych oddzia-

łów ratunkowych, w których pacjenci i ich bliscy często znajdują się w stanie silnego stresu, frustracji, lęku lub pod wpływem substancji psychoaktywnych. Problem ten dotyczy również pracowników medycyny rodzinnej, opieki długoterminowej i psychiatrycznej, co potwierdzają liczne badania empiryczne i raporty międzynarodowe.

Skala i charakterystyka agresji wobec personelu medycznego

Badania prowadzone w wielu krajach pokazują, że przemoc wobec pracowników systemu ratownictwa medycznego ma charakter złożony i procesualny. Autorzy badań wyróżniają etapy narastania napięcia prowadzącego do incydentu przemocy, a także wskazują na czynniki systemowe, które sprzyjają eskalacji konfliktów. W badaniach przeprowadzonych w USA w 2018 roku wykazano, że ponad 60% ratowników medycznych doświadczyło przemocy fizycznej, a ponad 80% z nich było ofiarami przemocy werbalnej.

W badaniu przeprowadzonym w Australii (w 2007 r.) i dotyczącym tego samego zagadnienia 87% respondentów zadeklarowało, że przynajmniej raz doświadczyło agresji podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Natomiast dzięki badaniu przeprowadzonemu w Kanadzie (w 2014 r.) zidentyfikowano różne formy przemocy, w tym groźby, wyzwiska, popychanie, a nawet napaści z użyciem niebezpiecznych narzędzi.

Z danych WHO (2002) wynika, że odsetek przypadków przemocy wobec personelu medycznego jest niedoszacowany, a brak systematycznego raportowania tych zdarzeń prowadzi do zaniżonej percepcji ryzyka. Organizacja ta wskazuje, że przemoc w miejscu pracy to nie tylko kwestia jednostkowych zachowań, ale również problem strukturalny wymagający całościowego podejścia.

Czynniki prowokujące agresję

Agresja pacjentów wobec personelu medycznego może być wynikiem szeregu czynników, w tym:

- **stanu zdrowia pacjenta:** alkohol, narkotyki, stany psychiatryczne, urazy głowy, demencja;
- **czynników psychospołecznych:** frustracja, lęk, stres, poczucie bezsilności;
- **problemów komunikacyjnych:** niezrozumiałe komunikaty i brak empatii ze strony personelu, nieskuteczna informacja;

► Title

Patient aggression against healthcare personnel: de-escalation and prevention strategies

► Streszczenie

Artykuł omawia narastający problem agresji wobec personelu medycznego, przedstawia skalę zjawiska, jego uwarunkowania oraz praktyczne techniki przeciwdziałania. Na podstawie danych międzynarodowych i krajowych autorzy analizują czynniki prowokujące przemoc w ochronie zdrowia, typologię agresji oraz skuteczne strategie deeskalacyjne. Praca prezentuje porównanie skali przemocy i technik prewencji w wybranych krajach europejskich, takich jak: Wielka Brytania, Francja, Niemcy i Hiszpania. W artykule sformułowano konkretne rekomendacje mające na celu poprawę bezpieczeństwa personelu medycznego, podkreślono konieczność podejścia systemowego oraz wymiany dobrych praktyk między systemami ochrony zdrowia w skali europejskiej.

► Słowa kluczowe

przemoc w miejscu pracy, personel medyczny, ratownictwo medyczne, rozwiązywanie konfliktów, zdrowie zawodowe

► Summary

This article addresses the increasing issue of violence against healthcare personnel, outlining its scope, causes, and practical prevention methods. Using both international and national data, the author examines the factors that trigger violence in healthcare environments, the types of aggression, and effective de-escalation strategies. The paper also compares the extent of violence and preventive efforts across selected European countries such as the United Kingdom, France, Germany, and Spain. The article concludes with specific recommendations to improve the safety of healthcare workers, emphasising the importance of systemic approach and the sharing of best practices at the European level.

► Keywords

workplace violence, healthcare personnel, emergency medical services, conflict resolution, occupational health

- **warunków organizacyjnych:** długi czas oczekiwania na otrzymanie pomocy, brak prywatności, niedostateczna liczba personelu.

Badania przeprowadzone w Iranie (2016) wskazują, że częstym czynnikiem prowokującym agresję był brak informacji udzielanych przez personel medyczny lub opóźnienie w udzielaniu pomocy.

Typologia przemocy

Zgodnie z klasyfikacją Flannery'ego i Walkera (2008) przemoc w opiece zdrowotnej może mieć cztery główne formy:

- **werbalną** (najczęstsza): wyzwiska, groźby, poniżanie; ►



- ▶ • **fizyczną:** popychanie, uderzenia, kopniaki;
- **psychologiczną:** zastraszanie, manipulacja, groźba pozwem lub mediami;
- **seksualną:** niechciane komentarze, dotyk, propozycje.

Zauważono, że ratownicy medyczni często są narażeni na wszystkie cztery formy przemocy jednocześnie, co znacznie obniża ich komfort pracy i negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne.

Techniki deeskalacji agresji

Deeskalacja agresji polega na redukcji napięcia i przeciwdziałaniu eskalacji przemocy poprzez odpowiednie techniki komunikacyjne i behawioralne. WHO (2002), Wilder i Sorensen (2001) oraz Duxbury i Whittington (2005) wskazują na następujące skuteczne strategie deeskalacyjne w sytuacji konfliktowej:

- **zachowanie spokojnego tonu głosu:** opanowanie i brak emocjonalnej reakcji prowokują uspokojenie drugiej strony;
- **postawa otwarta i niekonfrontacyjna:** unikanie gestów dominujących, takich jak stanie nad pacjentem;
- **słuchanie aktywne:** zadawanie pytań, parafrazowanie, pokazywanie zrozumienia;
- **udzielanie wyboru pacjentowi:** np. „Czy chce pan, bym podał lek teraz, czy za chwilę?” – pozwala to pacjentowi odzyskać poczucie kontroli;

- **unikanie prowokującego słownictwa:** unikanie komend typu „Proszę się natychmiast uspokoić!”;
- **zachowanie dystansu fizycznego:** przestrzeń osobista pacjenta musi być respektowana.

Techniki te wymagają systematycznych szkoleń, symulacji i wsparcia instytucjonalnego.

Szkolenia i przygotowanie personelu

Regularne szkolenia w zakresie zarządzania agresją znacząco zmniejszają ryzyko incydentów przemocy. Najlepiej oceniane są szkolenia interaktywne z udziałem symulacji oraz analizą przypadków. Uczestnicy szkoleń cenią sobie elementy empowermentu personelu medycznego poprzez dostarczanie kompetencji i wsparcia psychologicznego, co przekłada się na wzrost poczucia kontroli i zmniejszenie ryzyka reakcji agresywnej ze strony pacjenta.

Strategie organizacyjne zapobiegania przemocy

Zapobieganie przemocy powinno opierać się na podejściu systemowym. Najskuteczniejsze interwencje obejmują:

- **politykę antyprzemocową:** jasne protokoły reagowania na przemoc;
- **system flagowania zagrożeń (ang. *hazard flagging*):** umożliwia to szybką identyfikację pacjentów i miejsc potencjalnie niebezpiecznych;
- **zabezpieczenia techniczne:** monitoring, przyciski alarmowe, bariery fizyczne;
- **wsparcie „powydarzeniowe”:** zespoły wsparcia psychologicznego (np. ASAP – ang. *Assaulted Staff Action Program*);
- **współpracę z policją i ze strażą miejską.** Należy zaznaczyć, że tylko połączenie interwencji organizacyjnych z przygotowaniem indywidualnym pracowników daje realną skuteczność prewencyjną.

Wydarzenia w Polsce

W ostatnich miesiącach w Polsce doszło do szeregu tragicznych incydentów agresji

wobec personelu medycznego (i nie tylko), które wywołały ogólnokrajowe poruszenie i przyspieszyły działania legislacyjne oraz organizacyjne w systemie ochrony zdrowia.

Siedlce

– zabójstwo ratownika medycznego

25 stycznia 2025 r., około godz. 18:30, doszło do brutalnego ataku na ratowników medycznych w mieszkaniu przy jednej z ulic w Siedlcach. 57-letni mężczyzna, będący pod wpływem alkoholu, wezwał karetkę. Gdy ratownicy medyczni ocenili, że pacjent wymaga hospitalizacji, ten zaatakował nożem jednego z nich, w konsekwencji doprowadzając do jego śmierci. Drugi ratownik został ranny. Wydarzenie to wstrząsnęło opinią publiczną, doprowadzając do interwencji Ministerstwa Zdrowia oraz protestów środowiska medycznego.

Kraków – zabójstwo lekarza

29 kwietnia 2025 r. w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie 35-letni pacjent zaatakował nożem 40-letniego lekarza ortopedę, który zmarł mimo natychmiastowej operacji. Napastnik został obezwładniony przez personel i zatrzymany przez policję. Sprawa odbiła się szerokim echem w społeczeństwie, a środowiska lekarskie zaapelowały o natychmiastowe zmiany legislacyjne.

Warszawa – morderstwo na kampusie

7 maja 2025 r. na Kampusie Uniwersytetu Warszawskiego mężczyzna zaatakował sierką portierkę i interweniującego strażnika. Portierka zginęła, strażnik został ciężko ranny. Sprawca został aresztowany. Wiele uczelni w Polsce natychmiast zwiększyło środki bezpieczeństwa.

Reakcje instytucji i zmiany prawne

W odpowiedzi na te wydarzenia w wyniku prac zespołu roboczego ds. bezpieczeństwa personelu medycznego powstał dokument przewidujący zmiany m.in. w zakresie:

- możliwości tworzenia 3-osobowych zespołów ratownictwa medycznego typu P;

Agresja wobec personelu medycznego jest problemem o wymiarze globalnym, stanowiącym poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa, zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników ochrony zdrowia.

Szczególnie narażeni na akty przemocy są pracownicy zespołów ratownictwa medycznego, izby przyjęć oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych.

- obowiązku cyklicznych szkoleń z zakresu radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych – obejmujących elementy samoobrony i technik deeskalacyjnych;
- systemowego wsparcia psychologicznego dla członków ZRM-ów.

Prowadzone są działania na terenie całego kraju, które mają zwiększyć bezpieczeństwo członków zespołów ratownictwa medycznego, tj.:

- szkolenia dla członków ZRM-u prowadzone przez policję;
- działania informacyjne prowadzone przez Ministerstwo Zdrowia mające przybliżyć społeczeństwu rolę personelu medycznego i podkreślić znaczenie szacunku wobec zawodów medycznych;
- szybsze reagowanie na zagrożenia w ZRM-ie po użyciu przycisku „Pomoc” w systemie SWD PRM (System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego).

Ministerstwo Sprawiedliwości przygotowuje nowelizację *Kodeksu karnego*, w ramach której ma zostać zwiększone bezpieczeństwo personelu medycznego. Projekt zakłada objęcie szczególną ochroną nie tyl- ▶



► ko funkcjonariuszy publicznych, ale także tych, którzy podejmują działania na rzecz ratowania życia i zdrowia – w tym ratowników medycznych, strażaków oraz obywatele reagujących w sytuacjach zagrożenia. W zespole roboczym analizowane są również rozwiązania techniczne, które mogłyby dodatkowo zwiększyć bezpieczeństwo zespołów medycznych, takie jak wyposażenie wybranych zespołów w kamizelki ochronne czy możliwość stosowania kamer nasobnych w szczególnie wymagających sytuacjach interwencyjnych.

Skala przemocy wobec personelu medycznego w Unii Europejskiej

Dla porównania skali problemu w Polsce warto przyrzeć się sytuacji w innych krajach UE.

Wielka Brytania

W roku 2024/2025 w Wielkiej Brytanii odnotowano rekordowe 22 536 incydentów agresji i przemocy wobec ratowników medycznych – to średnio 433 ataki tygodniowo, co stanowi wzrost o 15% w porównaniu z poprzednim rokiem.

Francja

Dane z Obserwatorium Bezpieczeństwa w Ochronie Zdrowia (ONVS) wskazują,

że w 2023 r. zgłoszono ponad 5000 przypadków przemocy fizycznej wobec personelu medycznego. Raport „Equal Times” z 2024 r. wskazuje na wzrost o 27% (w stosunku do poprzedniego roku) liczby zgłoszeń dotyczących przemocy fizycznej i werbalnej.

Niemcy

Federalny Instytut Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracy (BAuA) w Niemczech wskazuje, że ponad 63% personelu ochrony zdrowia doświadczyło przemocy werbalnej, a 33% – fizycznej. Szczególnie narażone na ataki są osoby pracujące w psychiatrii oraz ratownictwie medycznym.

Hiszpania

Według hiszpańskiego ministerstwa zdrowia w 2023 r. zgłoszono ponad 8000 przypadków przemocy wobec pracowników medycznych, z czego około 35% dotyczyło lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Hiszpania wdraża specjalne protokoły ochrony personelu (*Plan de Agresiones*).

Porównanie technik prewencji między państwami Unii Europejskiej

Różne państwa członkowskie Unii Europejskiej podejmują odmienne działania w zakresie prewencji przemocy wobec pracowników medycznych. W poniższym zestawieniu

przedstawiono wybrane techniki i strategie stosowane w krajach UE.

Wielka Brytania

- Program *Zero Tolerance to Violence* w ramach NHS, który obejmuje szkolenia z zakresu deeskalacji i obrony biernej dla personelu medycznego.
- Obowiązkowe raportowanie wszystkich incydentów agresji przez pracowników NHS.
- Monitoring bezpieczeństwa i specjalne procedury ochrony personelu ratunkowego.

Francja

- Plan krajowy ONVS zawiera obowiązek rejestrowania aktów przemocy i tworzenia wewnętrznych zespołów ds. bezpieczeństwa.
- Powołano regionalnych pełnomocników ds. agresji w placówkach publicznych.
- Zwiększono finansowanie szkoleń w zakresie przeciwdziałania agresji.

Niemcy

- Powszechne prowadzenie szkoleń z zakresu deeskalacji agresji werbalnej i fizycznej w szpitalach psychiatrycznych i szpitalnych oddziałach ratunkowych.
- Współpraca z policją w zakresie wspólnych patroli i interwencji w przypadku zagrożenia.
- Stworzenie tzw. „pokoi deeskalacyjnych” w wielu klinikach.

Hiszpania

- *Plan de Agresiones* – krajowy protokół walki z agresją wobec pracowników ochrony zdrowia.
- Każde zgłoszenie przypadku agresji jest automatycznie kierowane do systemu karnego.
- Zintensyfikowano kampanie edukacyjne kierowane do pacjentów nt. konsekwencji prawnych agresji.

Państwa Unii Europejskiej w różnicowany sposób podchodzą do zapobiegania przemocy wobec personelu medyczne-

W ostatnich miesiącach w Polsce doszło do szeregu tragicznych incydentów agresji wobec personelu medycznego (i nie tylko), które wywołały ogólnokrajowe poruszenie i przyspieszyły działania legislacyjne oraz organizacyjne w systemie ochrony zdrowia.

go. Wspólne elementy skutecznych strategii to:

- obowiązkowe raportowanie agresji,
- szkolenia z komunikacji i obrony biernej,
- wsparcie psychologiczne i prawne dla ofiar agresji,
- integracja systemów bezpieczeństwa z działaniami policji,
- kampanie społeczne podnoszące świadomość problemu.

Co dalej?

Polska, wdrażając działania w celu zbudowania kompleksowego, skutecznego systemu prewencji poprawiającego bezpieczeństwo personelu medycznego, może czerpać z doświadczeń państw europejskich. Zjawisko przemocy wobec personelu medycznego ma charakter paneuropejski. Wspólne mianowniki to niedostateczna liczba szkoleń deeskalacyjnych, brak szybkiego dostępu do pomocy prawnej, a także niska wykrywalność sprawców w przypadkach werbalnych i psychicznych form agresji. Skuteczne przeciwdziałanie przemocy wobec personelu medycznego musi obejmować:

- wdrożenie kompleksowego szkolenia z komunikacji i technik deeskalacyjnych, ➤

Zjawisko przemocy wobec personelu medycznego ma charakter paneuropejski.

Wspólne mianowniki to niedostateczna liczba szkoleń deeskalacyjnych, brak szybkiego dostępu do pomocy prawnej, a także niska wykrywalność sprawców w przypadkach werbalnych i psychicznych form agresji.

- ▶ wprowadzenie jednolitych protokołów raportowania przemocy,
- zastosowanie systemu flagowania pacjentów wysokiego ryzyka,
- zapewnienie wsparcia psychologicznego personelowi medycznemu,
- rozwijanie współpracy z policją,
- wprowadzenie sankcji karnych dla sprawców przemocy.

Skuteczne przeciwdziałanie agresji wobec personelu medycznego wymaga spójnej strategii instytucjonalnej, szkoleniowej i legislacyjnej. Ochrona zdrowia psychicznego pracowników szeroko rozumianego sektora ochrony zdrowia to warunek konieczny do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i skutecznego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. □

Piśmiennictwo

1. Pourshaikhian M., Khorasani-Zavareh D., Gorji H.A. et al.: *Workplace violence process against emergency medical services staffs: a grounded theory*. „Glob J Health Sci”, 2016, 8 (4), 213.
2. Beech B., Leather P.: *Workplace violence in the health care sector: a review of staff training*

- and integration of training evaluation models*. „Aggress Violent Behav”, 2006, 11 (1), 27-43.
3. World Health Organization: *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Geneva: International Labour Office”, 2002.
 4. Corbett S.W., Grange J.T., Thomas T.L.: *Exposure of prehospital care providers to violence*. „Prehosp Emerg Care”, 1998, 2 (2), 127-31.
 5. Boyle M., Koritsas S., Coles J. et al.: *A pilot study of workplace violence towards paramedics*. „Emerg Med J”, 2007, 24 (11), 760-3.
 6. Bigham B.L., Jensen J.L., Tavares W. et al.: *Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services workplace: a mixed-methods cross-sectional survey*. „Prehosp Emerg Care”, 2014, 18 (4), 489-94.
 7. Pozzi C.: *Exposure of prehospital providers to violence and abuse*. „J Emerg Nurs”, 1998, 24 (4), 320-3.
 8. Soheili A., Feizi A., Rahmani A. et al.: *The extent, nature and contributing factors of violence against Iranian emergency medical technicians*. „Nurs Midwifery Stud”, 2016, 5 (1), 1-5.
 9. Flannery R.B. Jr, Walker A.P.: *Characteristics of four types of patient assaults: fifteen-year analysis of the Assaulted Staff Action Program (ASAP) with EMS implications*. „Int J Emerg Ment Health”, 2008, 10 (3), 177-84.
 10. Van Erp K.J.P.M., Gevers J.M.P., Rispens S. et al.: *Empowering public service workers to face bystander conflict: enhancing resources through a training intervention*. „J Occup Organ Psychol”, 2018, 91 (1), 84-109.
 11. Drew P., Tippett V., Devenish S.: *Paramedic occupational violence mitigation: a comprehensive systematic review of emergency service worker prevention strategies and experiences for use in prehospital care*. „Occup Environ Med”, 2021, 78 (12), 841-8.
 12. Taylor J.A., Barnes B., Davis A.L. et al.: *Expecting the unexpected: a mixed methods study of violence to EMS responders in an urban fire department*. „Am J Ind Med”, 2016, 59 (2), 150-63.
 13. Maguire B.J., Browne M., O'Neill J.B. et al.: *International survey of violence against EMS personnel: physical violence report*. „Prehosp Disaster Med”, 2018, 33 (5), 526-31.
 14. Mausz J., Piquette D., Bradford R. et al.: *Hazard flagging as a risk mitigation strategy for violence against emergency medical services*. „Healthcare”, 2024, 12 (1), 1-8.