

**Studiu pilot privind expunerea
la agresiune a medicilor in
exercitarea profesiei**

**Fundatia Colegiului Medicilor din
Bucuresti, martie 2015**

STUDIU PILOT PRIVIND EXPUNEREA LA AGRESIUNE A MEDICILOR DIN BUCUREȘTI (I)

Abstract

Expunerea la agresiune verbală și fizică a personalului medical reprezintă o problemă actuală, reală și complexă, cu impact negativ atât asupra personalului, pacienților cât și pentru serviciul medical. Aceste agresiuni, variază de la verbale la fizice. În mod curent, numai cele de severitate mare (de exemplu, rapoarte de reținere sau de incidente fizice având o anumită gravitate) sunt menționate în arhiva serviciilor de asistență medicală, și chiar aceste evenimente sunt adesea incomplet înregistrate în evidențe. Din păcate aceste incidente reprezintă însă doar o mică parte din totalul agresiunilor fizice și verbale cu care se confruntă personalul. Ratele accidentelor de muncă și a îmbolnăvirilor în rândul lucrătorilor din sănătate cauzate de acte de violență, nu sunt înregistrate ca atare nici în evidențele oficiale ale MS sau INS. Ca urmare, nu avem o bună cunoaștere privind frecvența, severitatea, date demografice sau factorii care contribuie la aceste incidente, și nici cu privire la costurile sociale pe care aceste incidente le generează și care contribuie la creșterea costurilor pentru serviciile medicale. Nivelul înalt de sub-raportare a incidentelor de violență și agresiune din sectorul sănătății s-a perpetuat și deoarece multe persoane acceptă agresiunea din partea pacienților sau însoțitorilor ca parte din slujbă.

Studiul pilot de cercetare privind expunerea la agresiune în exercitarea profesiei, se bazează pe răspunsuri furnizate prin intermediul unui chestionar de opinie constând în 23 de întrebări, auto-completat ca urmare a experiențelor și percepțiilor personale, de către 541 medici din 22 de spitale și Serviciul de Ambulanță al Municipiului București. Adicional au fost colectate și 40 de chestionare completate de paramedici din București și județul Ilfov. Scopul cercetării și al colectării datelor privind instrumentele și procedurile de monitorizare a siguranței și a modului de intervenție, poate contribui la îmbunătățirea în viitor a calității serviciilor și a standardelor de securitate în muncă pentru lucrătorii din sănătate.

Studiul a urmărit să identifice experiențele medicilor bucureșteni privind frecvența și gravitatea acestor agresiuni, mecanismele și motivația comitenților, consecințe și impact asupra personalului medical și a sistemului de sănătate. Cercetarea evidențiază și factorii care contribuie la producerea acestor agresiuni, dar și sugestii ale medicilor cu privire la procedurile dezirabile fiind de asemenea solicitate și prezentate, opinii privind modalitățile de prevenire a fenomenului și îmbunătățire a mecanismelor de raportare și gestionare, precum și recomandări pentru managementul acestor situații de criză.

Deși **85% dintre participanți au declarat că s-au confruntat cu agresiuni verbale** (460 medici) și **10.2 % (55 medici) cu agresiuni fizice**, iar **77** de medici, adică **14.2%** din toți cei intervievați consideră că nu au avut asemenea incidente, majoritatea medicilor care au fost victime ale violenței la locul de muncă nu au depus un raport oficial al evenimentului pentru a semnaliza violența fizică sau abuzul verbal. Alături de lipsa unui sistem de monitorizare care se datorează întârzierii adoptării unor mecanisme de raportare și de a lua măsuri din partea managementului unităților medicale, există adesea și o reticență a victimelor pentru a raporta un incident în anumite situații. Chiar din declarațiile victimelor, reiese că doar o parte din incidentele de agresiune fizică produse la locul de muncă, sunt raportate la poliție: 26 de medici au raportat incidentul la Poliție, din cei 55 care au consemnat că au fost agresați fizic (în total declarând 176 agresiuni) adică **47.3 %** din cazurile de agresare fizică.

Creșterea numărului de incidente dar și severitatea impactului, fac ca unii profesioniști de îngrijire a sănătății, să sufere de **simptome date de stres și epuizare**, și în anumite cazuri de tulburări datorate unui stres post-traumatic. Reglementările Uniunii Europene prevăd în mod cert ca stresul

să fie abordat în același mod sistematic și logic ca și alte probleme de sănătate și securitate, prin aplicarea modelului de gestionare a riscurilor, cu un accent deosebit pe măsurile preventive.

Din aceste motive, este necesară o monitorizare exactă a expunerii agresiune a lucrătorilor în fiecare stat membru, pentru a înțelege mai bine prevalența, efectele asupra sănătății, dar și costurile suplimentare în serviciile de îngrijire a sănătății. Acolo unde nu au existat asemenea preocupări dar avem indicii asupra existenței fenomenului, se impune o revizuire a procedurilor de monitorizare și măsurare a agresiunilor ca un prim pas. În cazul oricărui incident violent, este importantă de asemenea existența unor proceduri care să fie urmate, incluzând acordarea de sprijin psihologic victimei.

Cercetarea se constituie ca un **prim pas în direcția standardizării incidentelor de violență și a impactului acestora**, și de a încuraja cercetarea empirică în domeniul agresiunii și violenței în profesii de îngrijire a sănătății și în alte unități administrativ teritoriale, precum și la nivel de țară. Acești indicatori de referință pot institui o bază adecvată pentru politici și proceduri de intervenție, contribuind la asigurarea sănătății și securității personalului la standarde dezirabile conform reglementărilor Uniunii Europene și implicit îmbunătățirea calității serviciilor acordate pacienților.

Angajații din sănătate nu trebuie să accepte incidentele de comportament violent sau agresiv ca o parte normală a muncii. Ei au dreptul să se aștepte un loc de muncă sigur și securizat. Angajatorii și angajații trebuie să lucreze împreună pentru a elabora și implementa sisteme de prevenire sau reducere a comportamentului agresiv.

Studiul include sugestii și recomandări ale personalului medical pentru îmbunătăți relația dintre furnizorii de servicii de sănătate și beneficiarii acestora.

Cuvinte cheie: violență la locul de muncă, profesiile de îngrijire a sănătății, agresiune la locul de muncă, asaltul, traume psihologice, stres post-traumatic, management

CADRUL GENERAL

Deși violența manifestă tendințe de creștere în mai multe locuri de muncă, ea a devenit o problemă semnificativă în ultimele decenii în serviciile de sănătate, profesioniștii din acest domeniu fiind adesea obiect al violențelor de comportament din partea pacienților și a însoțitorilor acestora. Încă din 2002, Organizația Internațională a Muncii, Consiliul Internațional al Infirmierelor și Organizația Mondială a Sănătății (OMS)¹, semnalau faptul că la nivel global, violența la locul de muncă în acest sector ar putea constitui aproape un sfert din totalul violenței la locul de muncă și ar afecta mai mult de jumătate din personalul medical. În 2001-02 în Serviciul de sănătate din Marea Britanie, (National Health Service -NHS) au fost raportate 95.501 de cazuri de violență și agresiune, asistentele medicale fiind cel mai adesea victime (Oficiul National de Audit, 2003). Sectorul sănătate și asistență socială are cea mai mare expunere la violență în UE-27² raportat la locul de muncă (15,2%), hărțuirea și intimidarea în acest sector având valori mai mari decât media.

Consecințele incidentelor violente, care cuprind rănirea, tulburări post-traumatice pe bază de stres, absența din motive medicale și proasta realizare a sarcinilor, pot fi afecta atât personalul cât și serviciile furnizate. Nu doar angajații sunt supuși la un risc potențial din partea agresorilor sau au de suferit din cauza acestor incidente cât și ceilalți pacienți și vizitatori. Ca urmare, disponibilitatea serviciilor se reduce, iar costurile cresc. O cauză a manifestărilor agresive, poate fi amplificarea comportamentelor violente care din stradă pătrund și în spitale, dar și stresul provocat de restructurarea sistemelor de sănătate precum și subdimensionarea personalului activ.

În ce privește Statele Unite ale Americii, statisticile federale³ privind violența la locul de muncă, arată că ratele de expunere la agresiune fizică asupra personalului medical reprezintă cca. 10% din cele produse la locul de muncă în general. Interpretând rezultate a peste 30 de studii și cercetări consecutive dintre anii 1996-2010, Iennaco, J., et al, (2013)⁴ arată că dintre lucrătorii în sănătate, mai mult de jumătate au raportat o formă de expunere la agresiune în decursul anului, iar expunerea la agresiune verbală este de cca. zece ori mai mare decât cea la agresiune fizică. Acest lucru este deosebit de îngrijorător având în vedere prejudiciile fizice, dar studiile sugerează că amenințările cu violența pot provoca efecte psihologice mai mari asupra lucrătorilor decât agresiunea fizică citându-i pe (Gerberich et al., 2004; Whittington, Shuttleworth, & Hill, 1996) și pot avea un impact negativ asupra mediului de lucru creând frică, afectând moralul și productivitatea, generând absenteism dar și costuri financiare suplimentare.

¹ International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International: **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector**. Geneva, International Labour Office, 2002 ISBN 92-2-113446-6
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf

² European Agency for Safety and Health at Work: **Current and emerging occupational safety and health issues in the healthcare sector, including home and community care**. , European Risk Observatory Report, Oct 13, 2014
<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care>

și

https://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118#chapter_04_6-violence_and_bullying

³ Harrell, E. (2011). Workplace violence 1993-2009: **National crime victimization survey and the census of fatal occupation injuries**. Washington: D.C.: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
<http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf>

⁴ Iennaco, J., Dixon, J., Whittemore, R., Bowers, L., (January 31, 2013) "Measurement and Monitoring of Health Care Worker Aggression Exposure" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18, No. 1, Manuscript 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No01Man03
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No1-Jan-2013/Measurement-and-Monitoring-Worker-Aggression-Exposure.html>

Angajatorii din UE au obligația de a aborda stresul la locul de muncă⁵, din perspectiva [Directivei-cadru 89/391/CEE](#), (transpusă în Legea nr.319/2006) care se referă la sănătatea și securitatea lucrătorilor. Această directivă și legislația subsecventă la nivelul statelor membre încadrează în mod clar **stresul la locul de muncă** în sfera juridică a sănătății și securității la locul de muncă. „**Acordul cadru privind stresul la locul de muncă**” și „**Acordul cadru privind hărțuirea și violența la locul de muncă**” oferă, de asemenea, îndrumări pentru angajatorii din UE în abordarea stresului la locul de muncă. Statele membre au sarcina de a elabora propriile orientări practice și instrumente de prevenire a stresului, violenței și a altor riscuri psihosociale. În cadrul dialogului social intersectorial la nivel european privind gestionarea riscurilor la locul de muncă, au fost stabilite o serie de linii directoare pentru a combate agresiunile⁶. Atât EPSU (Federația Europeană a Sindicatelor din Serviciile Publice), cât și HOSPEEM (Asociația Angajatorilor din Sectorul Spitalicesc și al Sănătății), sunt părți semnatare din 16 iulie 2010 ale acordului asumat ca **Dialogul social la nivel European: linii directoare intersectoriale, pentru combaterea violenței și hărțuirii din partea terților la locul de muncă**. Problema violenței din partea terților necesită o abordare distinctă, fiind diferită de problema violenței și hărțuirii (între colegi) la locul de muncă, și suficient de semnificativă în ceea ce privește impactul acesteia asupra sănătății și siguranței lucrătorilor dar și impactul său economic. Elementele cheie privind bunele practici sunt: parteneriatul între angajatori și angajați; definiții clare; prevenire prin evaluarea riscurilor și conștientizare, instruire clară pentru raportare și follow-up; o evaluare adecvată.

În concordanță cu reglementările la nivel comunitar și național, atât angajatorul cât și angajatul au obligații în domeniul sănătății și securității în muncă. Deși datoria asigurării unui mediu sănătos și sigur în toate aspectele care țin de îndeplinirea sarcinilor la locul de muncă revine angajatorului, și angajatului îi revin responsabilități de a avea grijă atât de propria sănătate și securitate dar pe cât posibil și a celorlalte persoane afectate de activitățile specifice locului de muncă, în concordanță cu instructajul și instrucțiunile primite de la angajator. Angajații au de asemenea obligația consultării lucrătorilor sau a reprezentanților acestora cu privire la securitatea și sănătatea în muncă. Acest comportament reflectă cel mai bine preocuparea comună în practică și are cea mai mare rată de succes. Partenerii sociali din domeniul asistenței medicale, sunt tot mai preocupați de impactul violenței părților terțe asupra angajaților, deoarece aceasta subminează nu doar sănătatea și demnitatea unui individ, dar are de asemenea, un impact economic foarte real din perspectiva absenței de la locul de muncă, a moralului personalului și a cifrei de afaceri. În al treilea rând violența poate crea, de asemenea, un mediu nesigur și chiar temeri pentru utilizatorii serviciilor publice și prin urmare are un impact negativ la nivel social.

- **Definirea agresiunii la locul de muncă în sănătate**

Cercetarea și mai ales managementul problemelor generate de violență sunt îngreunate în lipsă unor definiții clare a ceea ce constituie agresiune și violență la locul de muncă în domeniul sănătății. Definiții clare și tipologiile, permit identificarea, semnalarea și raportarea riscului de securitate profesională legat de expunerea la violență. Pentru a înțelege și cuantifica opiniile lucrătorilor privind siguranța la locul de muncă este important să se înțeleagă propriile percepții ale acestora față de sensul atribuit agresiunii.

Personalul medical trebuie să interacționeze strâns cu pacienți aflați de multe ori în condiții dificile, și uneori cu familiile acestora. Pacienții pot reacționa agresiv din cauza stării lor de sănătate sau a medicamentelor administrate. Pot avea de asemenea, un istoric de comportament violent, sau se pot simți frustrați și furioși, ca urmare a situației lor. **Violența la locul de muncă din sănătate**

⁵ https://osha.europa.eu/ro/topics/stress/advice_for_employers

⁶ [Multi-sectoral guidelines to tackle third-party violence and harrasment related to work](#)
16. Jul, 2010 | by [Hospeem](#) | in [Social Dialogue](#) .Textul este disponibil și în lb. rom., aici:
http://hospeem.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/08/guidelines_Romanian.pdf

include fiecare episod de amenințare, abuz verbal sau atac care are loc în circumstanțe legate de ocupația persoanei și implică pacienții, rudele lor, și membri ai publicului.

În context general, **Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în muncă (EU-OSHA)** definește violența ca fiind "**orice incident în care personalul care lucrează în sectorul asistenței medicale este abuzat verbal, amenințat sau atacat de către o persoană care beneficiază de servicii, membru al publicului sau al personalului, care apare în cursul activității sale**". Violența acoperă comportamentul nepolitic, lipsa de respect pentru ceilalți, agresiunea fizică sau verbală și asaltul. Există diverse motive pentru care violența apare la locul de muncă în sănătate. Poate decurge din circumstanțele personale dificile ale pacienților care suferă de boli grave sau cronice, demență sau handicap. Aceste motive, fac ca violența să fie raportată mai frecvent de cei care lucrează în terapie intensivă, geriatrie, asistență medicală de urgență și îngrijire psihiatrică. Dintre efectele posibile ale violenței Agenția menționează: rate mai ridicate de îmbolnăvire în rândul lucrătorilor, creșterea costurilor, atmosferă de lucru jalnică și o performanță mai scăzută de muncă. Personalul medical trebuie de asemenea să facă față agresiunilor ca intimidare. **Intimidarea** reprezintă "un comportament ofensiv, abuziv, rău voitor sau insultător, sau un abuz de putere realizat de un individ sau grup împotriva altora, care face ca destinatarul să se simtă supărat, amenințat, umilit sau vulnerabil, care subminează încrederea în sine și poate determina victima să sufere un stres.

Potrivit **Dialogului social la nivel European: linii directoare intersectoriale, pentru combaterea violenței și hărțuirii din partea terților la locul de muncă**, violența poate lua diferite forme. Poate fi: a) sub forma violenței fizice, psihice, verbale și/sau sexuale; b) un singur act sau un comportament sistematic al unui individ sau grup de indivizi; c) provocate de comportamentul sau modul de acțiune al ...pacienților, utilizatorilor serviciilor, ...membrilor publicului sau ai furnizorilor de servicii; d) să se manifeste într-o gamă de la lipsa de respect până la amenințări mai serioase și agresiune fizică; e) provocate de tulburări mentale motivaționale ca antipatie, prejudecăți de natură sexuală, rasială, etnică, religioasă, orientare sexuală sau handicap; f) de natură infracțională, la adresa lucrătorului și/sau a reputației acestuia(acesteia), sau la adresa proprietății angajatorului sau angajatului, pot fi organizate sau accidentale și pot necesita implicarea autorităților de ordine publică; g) pot afecta profund personalitatea, demnitatea și integritatea victimelor; h) pot să se manifeste la locul de muncă, în spațiul public sau în mediu privat, în legătură cu aspecte de muncă; i) pot să se manifeste inclusiv prin intermediul unei game largi de tehnologii informatice și de comunicare ca amenințare/hărțuire efectuată cibernetic.

În sensul acestui studiu, agresiunea este definită în sens larg ca fiind:

"orice comportament verbal, nonverbal sau fizic care pune în pericol, sau generează un pericol pentru sine, alții, sau asupra unor bunuri necesare desfășurării actului medical".

În această definiție se includ un continuum de comportamente plecând de la cele cauzând evenimente minore cu un nivel scăzut de expunere (de ex., strigăte și amenințări) până la evenimente fizice (de ex., aruncarea unor lucruri, loviră, mușcături, ș.a.).

Potrivit recomandărilor Agenției Europene pentru Sănătate și Securitate în Muncă, organizațiile nu trebuie să aștepte producerea unui atac fizic pentru a lua măsuri. Intervențiile eficiente trebuie să se adapteze împrejurărilor specifice ale unei organizații și să se bazeze pe evaluări detaliate ale riscurilor și pe principiul prevenirii acestora. Luând ca model de ex. formula de raportare a incidentelor de agresiune din Serviciul de Ambulanță din Viena⁷ acesta s-a dovedit

⁷ **Auer A:** Aggression and violence against staff of ambulance services, Crit Care. 2010. doi: [10.1186/cc8512](https://doi.org/10.1186/cc8512)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2934152/?report=reader>

practic atât pentru înregistrarea evenimentelor de agresiune, precum și pentru evaluarea necesarului de educație și prevenire.

- **Efectele expunerii la agresiune**

În comparație cu alte profesii, la locurile de muncă de asistență medicală din România s-au efectuat prea puține cercetări empirice cu privire la cazurile de violență, dar și a sechelelor psihologice care rezultă. A fi victima unui atac violent comis de un pacient poate duce la efecte imediate dar și pe termen lung. Deși cele mai multe atacuri sunt de natură fizică minoră (de exemplu vânătăi), se pot produce consecințe psihologice grave, inclusiv de stress post-traumatic. În plus față de simptomele asociate cu trauma imediată, victimele pot prezenta simptome legate de incidente anterioare de agresiune sau violență, și de lipsa unui sprijin adecvat în timpul fazei acute în cazul victimizării anterioare. Unele repercusiuni psihologice ale expunerii la agresiune ale lucrătorilor pot afecta locul de muncă în sine, cu rezultate cum ar fi scăderea satisfacției și a performanței la locul de muncă, absenteism și temeri legate de revenirea la locul de muncă⁸.

Tipul de expunere poate avea impact și asupra rezultatului muncii. Gerberich și colab. (2004)⁹ au constatat că lucrătorii expuși la violență non-fizică au avut rate mai mari de transfer de la locul de muncă, renunțări, și restrângere a activității decât cei expuși la violență fizică. Nachreiner, și colab. (2007)¹⁰ au descoperit că cei agresati au avut un nivel de stres mai mare, moralul mai scăzut, și percep mai puțin respect și sprijin pentru personal. În general, personalul medical expus la agresiune s-a simțit mai în ne-siguranță la locul de muncă, comparativ cu membri ai personalului neexpuși. Numărul de expuneri la violențe este invers corelat cu sentimentele de siguranță și satisfacție la locul de muncă ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾. De asemenea, s-a remarcat schimbarea atitudinilor față de pacienți, de retragere psihologică, și epuizare.

Prejudiciile fizice produc un impact imediat și evident asupra capacității de muncă, dar nici violența verbală nu trebuie neglijată. Violența și amenințările cu violență sunt factori de stres major pentru personalul medical. Studiile sugerează că **amenințările cu violența** pot provoca efecte psihologice mai mari asupra lucrătorilor decât agresiunea fizică (Gerberich et al, 2004) și pot avea un impact negativ asupra mediului de lucru creând frică, afectând moralul și productivitatea, generând absenteism dar și costuri financiare suplimentare¹⁴. Reacții emoționale comune pentru personalul

⁸ Iennaco, J., Dixon, J., Whittemore, R., Bowers, L., (January 31, 2013) "Measurement and Monitoring of Health Care Worker Aggression Exposure" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18, No. 1, Manuscript 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No01Man03, citând [Hesketh et al., 2003](#); [Merecz, Drabek & Moscicka, 2009](#); [Schat & Frone, 2011](#)

⁹ Gerberich, S.G., Church T.R., McGovern P.M., Hasen, H., Nachreiner, N., Geissner, M.,...Watt, G. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occupational & Environmental Medicine*, 61, 495-503.

¹⁰ Nachreiner, N.M., Gerberich, S.G., Ryan, A.D., & McGovern, P.M. (2007). Minnesota nurse's study: Perceptions of violence and the work environment. *Industrial Health*, 45,672-678.

¹¹ ED Management. (2007). Survey: Most ED staff victimized by violence never report incident. *ED Management*, 19(10), 109-111.

¹² Gates, D.M., Ross, C.S., & McQueen, L. (2006). Violence against emergency department workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31(3), 331-337.

Kansagra, S.M., Rao, S.R., Sullivan, A.F., Gordon, J.A., Magid, D.J., Kaushal, R... Blumenthal, D. (2008). A survey of workplace violence across 65 US emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 15(12), 1268-1274.

¹³ Kansagra, S.M., Rao, S.R., Sullivan, A.F., Gordon, J.A., Magid, D.J., Kaushal, R... Blumenthal, D. (2008). A survey of workplace violence across 65 US emergency departments. *Academic Emergency Medicine*, 15(12), 1268-1274.

¹⁴ European Agency for Safety and Health at Work: **Current and emerging occupational safety and health (OSH) issues in the healthcare sector, including home and community care.** , Oct 13, 2014

medical expus la amenintări de agresiune sunt: furie, frustrare, iritabilitate, tristete, durere, resentimente, și neputință (Gerberich et al, 2004). Needham și colab. (2005), Richter & Berger (2006), au identificat simptome precum anxietate, depresie, și tulburare de stres post-traumatic (PTSD)¹⁵. Whittington și colab. (1996), au constatat ca asistentele medicale care au fost amenințate au avut scoruri semnificativ mai mari pe măsurătorile de stres psihologic rezultate din chestionarele Generale de Sanatate (GHQ). În mod similar, Gerberich și colab. (2004) au constatat rate mai mari ale unor simptome psihologice la cei expusi la agresiune non-fizică.

- **Factori de risc pentru agresiune**

Incidente apar în primul rând pentru că munca în sănătate presupune contactul cu o gamă largă de oameni aflați în situații care pot fi dificile. Oamenii care necesită și primesc îngrijire precum și rudele acestora, pot fi neliniștiți și îngrijorați, iar unii pot fi predispuși spre violență.

Printre factorii care cresc riscul unui comportament agresiv în facilitățile de îngrijire a sănătății identificați de ex. de către Administrația pentru siguranța și sănătatea în muncă (Occupational Safety and Health Administration) se regăsesc inclusiv **libera circulație a publicului în spațiile de îngrijire a sănătății; așteptarea prelungită pentru a beneficia de servicii; prezența unor pacienți și membri ai familiei aflați în condiții de stres; niveluri scăzute de personal; lucrul cu pacienții în condiții de izolare; lipsa de pregătire pentru a face față agresiunii la locul de muncă; dar și calitatea serviciilor furnizate (OSHA, 2004)**¹⁶.

Alți factori de bază pentru expunerea la agresiune, variază în funcție **de grupa de pacienți și tipul serviciilor medicale furnizate**. O cercetare recentă în rândul profesioniștilor din serviciile de sănătate mintală din Olanda¹⁷ care lucrează în psihiatrie clinică, arată că 67% dintre respondenți au fost victime a cel puțin un incident violent fizic în ultimii cinci ani. În total cei 1.534 respondenți au raportat că au întâmpinat 2648 incidente violente fizice. În unele cazuri, consecințele au fost foarte grave, nu doar pentru victimă, dar și pentru angajator. Grupuri de profesioniști precum cei din domeniul sănătății mintale par să aibă un risc crescut de expunere.

Incidente de agresiune verbală și punere în pericol din partea familiei și a însoțitorilor au fost relatate cu frecvență ridicată de asemenea în obstetrică și pediatrie. Rezultatele arată că violența cu care se confruntă este o problemă substanțială și severă care ar trebui luată în considerare. Și în unitățile cu primiri de urgență, lucrătorii reclamă cu precădere o expunere mare la agresiune verbală și fizică, fapt reflectat și de massmedia. Unitățile de urgență gestionează crize care pot implica viață sau moarte, iar așteptarea îngrijirii poate genera frustrări – de ex. viziunea unui alt pacient în stare mai critică ce a primit îngrijire primul, dar și un nivel ridicat de anxietate atât pacienților, cât și membrilor de familie sau prietenilor care îi însoțesc.

În ce privește semnalările presei din România factorii care joacă un rol în riscul de agresiune din unitățile de îngrijire a sănătății, indică în primul rând **nivelul insuficient de personal și lungimea timpului de așteptare, dar și nemulțumirea față de consult este frecvent menționată**. Condițiile materiale precare din unele spitale, mai precis lipsa unor echipamente, materiale de intervenție dar și a condițiilor de cazare pot predispuce de asemenea la agresiuni asupra medicilor. O circumstanță

<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care>

¹⁵ Iennaco, J., Dixon, J., Whittemore, R., Bowers, L., (January 31, 2013) "Measurement and Monitoring of Health Care Worker Aggression Exposure" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18, No. 1, Manuscript 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No01Man03, citând

¹⁶ Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers, OSHA 3148-01R 2004 <https://www.osha.gov/Publications/osh3148.pdf>

¹⁷ Mirjam E. van Leeuwen^{a*} & Joke M. Harte^{bc} : **Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences**, 23 Feb 2015, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789949.2015.1012533#.VPVsYHysWeE>

semnalată în cazuri de agresiune asupra personalului medical este de asemenea consumul de alcool și substanțe de către pacienții care apelează la serviciile de urgență sau însoțitorii acestora.

CONTEXT ROMANIA

În țara noastră pentru a măsura impactul actelor de agresiune la adresa lucrătorilor din sănătate, o provocare rezidă în primul rând din lipsa unor informații oficiale disponibile opiniei publice datorită absenței unui sistem de monitorizare dar adesea și reticenței victimelor de a raporta un incident în anumite situații. Nici cazurile de agresiune, nici consecințele acestora asupra personalului medical, nu au fost înregistrate sistematic. Fenomenul este însă prezent în societate, și chiar la o căutare sumară, am identificat în presa on-line din ultimii patru ani, peste 60 de relatări ale unor incidente soldate cu acte de **agresiune fizică** la adresa medicilor. Un medic din Timiș a fost chiar ucis în urma cu patru ani de o rudă a pacientei sale, iar pentru mulți dintre pacienți a-și înjura sau amenința medicul pare ceva firesc. Din păcate unitățile medicale dar nici alte instituții de management al sănătății nu dețin baze de date, și nu există mecanisme unitare de raportare sau proceduri scrise pentru a manageria acest tip de incidente, care astfel rămân subraportate. De cele mai multe ori, numărul de cazuri violente înregistrat oficial era mai mic decât cel real. Absența sancțiunilor pentru autori nu face decât să sporească nemulțumirea angajaților din spitale.

Sistemele de raportare standardizate pentru incidentele cauzate de agresiuni sunt o excepție și la nivel de unități medicale. Unii administratori au fost lenți în a aloca resurse pentru a atenua impactul și a preveni agresiunile viitoare. Nivelul înalt de sub-raportare a incidentelor de violență și agresiune din sectorul sănătății s-a perpetuat și deoarece multe persoane acceptă agresiunea din partea pacienților sau însoțitorilor ca parte din slujbă. Subiectul a început să primească o oarecare atenție în țara noastră abia în ultimii cinci ani și doar cu privire la cazurile grave de asalt /violență fizică. Agresiunea împotriva personalului din serviciile medicale este adusă în atenția opiniei publice doar atunci când au loc incidente severe soldate cu rănire și incapacitate de muncă sau se produc pierderi materiale legate de dotările unităților medicale. Studii privind incidente de agresivitate la locul de muncă în practica medicală sunt însă limitate atât sub aspectul cercetării cât și a disponibilității datelor pentru public. Singura referință tematică găsită, fiind lucrarea din 2011 coordonată de Prof. I.Rotilă, Viorel: **Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar**¹⁸. Potrivit autorilor, agresiunile au un impact în ce privește securitatea și sănătatea personalului medical și conduc la degradarea calității serviciilor de îngrijire medicală iar personalul - și așa insuficient în România - își abandonează profesia. Potrivit unui Studiu realizat de către Federația Europeană a Serviciilor Publice, aproximativ **3% dintre medici și 5-10% dintre asistenții medicali** din România emigrează în fiecare an¹⁹, iar expunerea la agresiune reprezintă un factor important pentru migrația medicilor, alături de condițiile economice și profesionale uneori precare.

În România nu a fost estimat în ce măsură și cât din costurile totale ale problemelor de sănătate și accidente ale personalului medical sunt cauzate de violență și stres asociat cu expunerea repetată la agresiuni în timpul programului de muncă. Rapoartele oficiale existente, includ ca

¹⁸ I.Rotilă, Viorel (coord.) **Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar**: studiu desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” – Galați: Sodalitas, 2011 Bibliogr. ISBN 978-606-92935-0-8

<http://www.ziuaconstanta.ro/images/stories/2011/08/02/Rezumatul.pdf>

¹⁹ Studiu realizat de către Federația Europeană a Serviciilor Publice ca parte a unui proiect European extins, transmis de MediHelp International. Iunie 2013

<http://www.medipedia.ro/Articole/tabid/70/articleType/ArticleView/articleId/28247/Studiu-Aproximativ-3-dintre-doctori-510.aspx>

frecvență statistică date privind timpul de lucru pierdut din cauza incapacității de muncă, fără a detalia însă dacă aceasta se datorează unui prejudiciu provocat sau sunt cauzate de o boală inerentă. Un risc important îl reprezintă nu doar maltratarea unui angajat cât și **abuzul verbal** care generează un stres ce poate fi mai mare decât cel cauzat de o agresiune fizică minoră. Odată cu creșterea numărului de incidente de agresiuni asupra personalului, apare și un stres legat de iminența pericolului de atac și ca urmare, consecințe pe termen lung. Studiile din alte state⁽²⁰⁾⁽²¹⁾, arată că agresiunea este o problemă cu atât mai gravă în serviciile medicale de urgență și trebuie instituite măsuri de precauție adecvate. În final toți acești factori contribuie la creșterea costurilor pentru serviciile medicale.

PRINCIPALELE MĂSURĂTORI ȘI REZULTATE

- **Obiectivele cercetării**

Un prim obiectiv a fost acela de a caracteriza actele de violență verbală și fizică pe baza opiniilor și experiențelor comunității medicilor din spitale bucureștene, și de a evalua frecvența, amploarea și cauzele acestora.

Corelativ cu nivelul de expunere la violență al personalului medical din serviciile spitalicești cu unități de primire urgențe au fost chestionate existența și adecvarea unor mecanisme de raportare actuale a violențelor dacă este cazul precum și modul de raportare al acestor incidente, procedurile actuale utilizate pentru a răspunde la violență față de cadrele medicale dacă este cazul. Au mai fost chestionate opiniile privind tendințe în timp privind violența față de cadrele medicale. De asemenea s-a urmărit evidențierea unor factori agravanți care au favorizat aceste incidente motivația invocată de agresori în justificarea actelor, dar și opinii ale respondenților cu privire la îmbunătățirea managementului unor asemenea incidente pe viitor.

Au mai fost avute în vedere: modalitățile de prevenire și limitare a violenței în spitale precum și de îmbunătățire a relației dintre furnizorul și beneficiarul de servicii medicale în general.

- **Observații preliminare interpretării**

Pentru o bună înțelegere a rezultatelor acestui sondaj am considerat necesar să facem câteva precizări: sondajul efectuat nu măsoară nivelul real al violenței, ci determină modul în care medicii din Capitală percep acest fenomen. Studiul examinează experiențele și sondează opiniile medicilor care au acceptat să participe la cercetare, cu privire la comportamentul agresiv atât verbal cât și fizic din partea pacienților și/sau însoțitorilor acestora în timpul activității medicale pe care o desfășoară. De asemenea faptul că respondenții s-au raportat la experiențe retrospective, nu permite o evaluare a modului în care trecerea timpului a anulat sau diminuat impactul asupra acestora. O altă limitare o constituie faptul că cercetarea a avut inițial ca subiecți exclusiv medicii și nu s-a adresat și asistenților medicali, categorie care este la rândul său expusă agresiunilor din partea pacienților și însoțitorilor acestora. Pe parcursul efectuării cercetării, a fost extinsă aria acesteia și la un grup de paramedici din serviciul ISU București Ilfov, ceea ce permite o primă comparație între cele două populații studiate.

²⁰ Danny Hills, Catherine Joyce, A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice, *Aggression and Violent Behavior*, 2013, **18**, 5, 554.

²¹ Lanctôt Nathalie, Guay Stéphane: [The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences](#) *Aggression and Violent Behavior*, 2014

Din cele 40 de unități spitalicești cărora le-au fost transmise chestionarele, 22 au dat curs solicitării de a sprijini cercetarea. Extrapolarea concluziilor studiului la nivelul întregului sistem de spitale publice din București se poate face sub rezerva că atât frecvența agresiunilor cât și stresul cauzat de aceasta ar putea fi mai mari în fapt.

- **Metodologia utilizată**

Studiul se bazează pe un sondaj de opinie realizat prin intermediul unui chestionar autoadministrat și difuzat cu sprijinul conducerii unităților spitalicești.

Arealul cercetării: Studiul pilot a vizat personal medical angajat permanent, medici care lucrează în unități din municipiul București.

Chestionarul a fost construit pe baza documentării și a unor interviuri cu o serie de medici, și apoi pretestat în cadrul unui grup de lucru.

Difuzarea chestionarelor și colectarea acestora a avut loc în perioada: 11 octombrie 2014 - 17 decembrie 2014. Chestionarul împreună cu o scrisoare care explicita scopul cercetării și instrucțiuni sumare pentru modul de administrare, a fost transmis conducerii a patruzeci de spitale publice, prin intermediul cărora au fost difuzate în rândul personalului din categoria specificată. 850 de chestionare au fost difuzate la 40 de spitale publice din București. Chestionarul auto-administrat a fost completat de 541 medici care au participat la studiu, reprezentând 39 de specialități medicale. Au participat efectiv: 21 de spitale și serviciul de Ambulanță al Municipiului București. Chestionarele completate, au fost returnate Fundației în plic închis, pentru centralizare și prelucrare. Separat au fost colectate un număr de 40 de chestionare de la ISU București – Ilfov. Prelucrarea și interpretarea datelor colectate s-a desfășurat în intervalul noiembrie 2014, februarie 2015.

Chestionarul este format din trei secțiuni: prima parte include datele demografice de bază (vârstă, sex, specialitate medicală etc.), urmată de o secțiune de 21 de itemi privind aria cercetării, măsurată pe o scală de apreciere cu 3 până la 9 trepte (...), iar în ultima parte o secțiune de întrebări deschise referitoare la gestionarea agresiunilor și respectiv la îmbunătățirea relației cu pacienții.

Chestionarul a cuprins un număr de 23 de întrebări dintre care 21 cu răspunsuri închise (unele având opțiuni multiple și o parte din acestea cu posibilitatea adăugării unor comentarii proprii) și două cu răspuns deschis. Astfel, scala de evaluare a adunat atât informații cantitative, care au stat la baza analizelor statistice, cât și informații calitative, care s-au constituit în propuneri specifice destinate managementului pentru îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

Rezultatele obținute au fost grupate sub forma unor Scoruri (indici generali) privind expunerea la agresiuni și evoluția agresiunii în timp, precum și în subscale care măsoară incidența pe tip de agresiuni, față de motivațiile comitenților agresiunii, față de relaționarea și comunicarea medicilor cu managementul unității precum și existența și adecvarea unor mijloace de raportare și/sau intervenție.

- **Date demografice ale participanților la cercetare**

Vârsta înregistrată ca anul nasterii și cuprins între: 1943 - 1989

Sex: Masculin 225 /41.59% persoane , Feminin 316/ 58.41%

Specialitatea: 39 specialități medicale diferite

Unități participante la studiu 22 (21 Spitale, Serviciul de ambulanță București)

SUMAR REZULTATELE PRINCIPALE

86.0 % din persoanele chestionate au fost expuse în cel puțin o circumstanță la agresiune verbală, iar 10,2% s-au confruntat cu incidente de agresiunea fizică, în timp ce 56.7% dintre cei intervievați consideră că tendința incidentelor de agresiune în timp este de creștere, multiplicare. În ce privește persoana agresorului, în 77.8 % (421) din cazuri, medical a fost agresat de unul mai mulți însoțitori, 45.7 % (247) de pacienți, iar 34.8 % (188) dintre medicii au suportat episoade de agresiune atât din partea pacienților cât și a însoțitorilor.

Doar **51% (235)** dintre cei 460 de medici care s-au confruntat cu o formă de agresiune **au raportat vreodată în mod oficial un incident managementului de spital**. 26 de medici din cei 55 care au consemnat că au fost agresati fizic (în total declarând 176 agresiuni) **au raportat incidentul la Poliție**, adică **47.3 %** din cazuri.

58.9 % (271) dintre cei 460 care au fost agresati respectiv **50 % dintre respondenți declară că agresiunile verbale, fizice sau de altă natura produse în timpul exercitării profesiei le-au afectat sănătatea, calitatea vieții sau activitatea**.

15.7 % (85) apreciază că violența a avut un impact negativ asupra familiei și asupra calității vieții lor. **72.4 % (392) dintre participanții la studiu efectuează timp suplimentar de lucru, între una și 32 ore săptămânal, cu o medie de 7.95 ore săptămânal**.

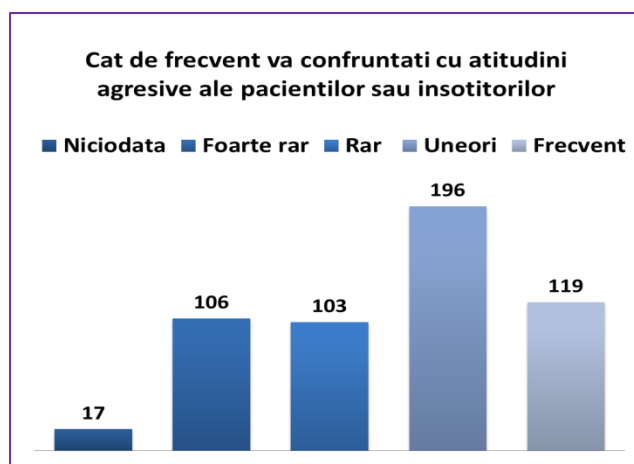
Ancheta sociologică a confirmat că personalul medical, în speță cel din unitățile de urgență, se plasează într-o zonă cu risc mai mare de violență la locul de muncă decât populația în general. Unitățile de urgență gestionează crize care pot implica viață sau moarte, iar așteptarea îngrijirii poate genera frustrări – de ex. vizionarea unui alt pacient în stare mai critică ce a primit îngrijire primul, dar și un nivel ridicat de anxietate atât pacienților, cât și membrii de familie sau prietenilor care îi însoțesc.

Doar 14.5 % (79) dintre cei chestionati au primit o instruire formală în managementul relației cu persoane violente, deși 86.1 % cred că acest lucru ar fi o idee bună.

Răspunsuri primite la întrebările din chestionar și relevanța acestora

1. Cât de frecvent vă confrunțați cu atitudini agresive ale pacienților sau însoțitorilor acestora? (întrebare cu 5 variante de răspuns prestabilite):

21.9% au declarat că se confruntă frecvent (119 medici), 36.2% - Uneori (196 medici), 19.0% - Rar (103 medici), 19.6%- Foarte rar (106 medici) și doar 3.1% - Niciodata (17 medici).

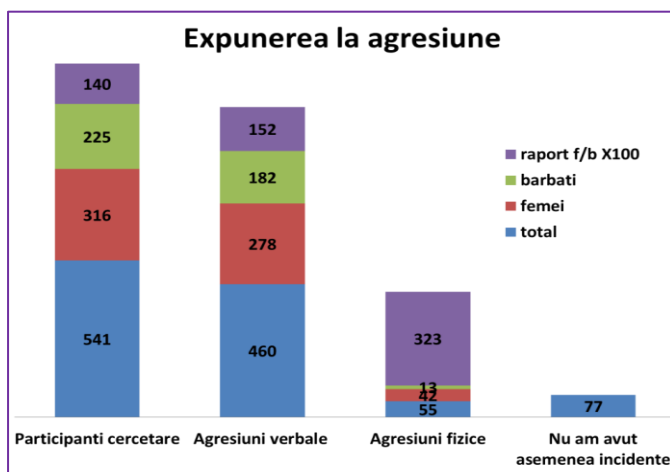


2. Chemați să explicitați tipul de agresiune cu care s-au confruntat în timpul programului de lucru pe parcursul ultimilor patru ani, dintre participanții la studiu:

85% au declarat că s-au confruntat cu agresiuni verbale (460 medici) și 10.2% (55 medici) cu agresiuni fizice. Din grupul de medici care au suportat agresiuni fizice, **23.6% (13) sunt bărbați și 76.4% femei (42).** Nu am avut asemenea incidente, au declarat **77** de medici, adică **14.2%** din toți cei intervievați.

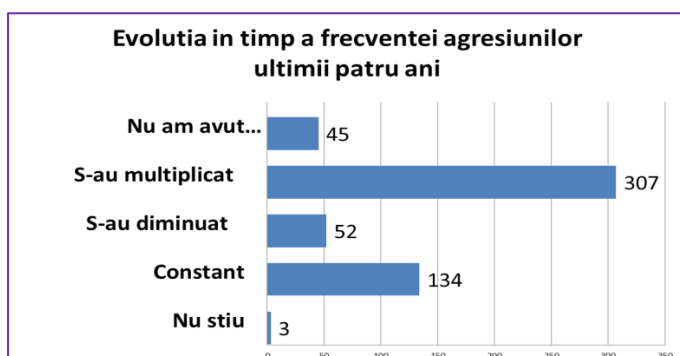
- 19 medicina de urgență
- 16 psihiatrie
- 5 chirurgie plastică
- 2 int/cardio cardiologie
- 2 medicina internă
- 2 ATI...

Din cei 55 medici agresați fizic, doar **42** au estimat și numărul agresiunilor, rezultând un total de **176** agresiuni fizice, cu o medie de cca. 4 agresiuni. În această medie, nu am inclus observația în cazul unui medic specialist în psihiatrie, care preciza că agresiuni fizice se produc aproape zilnic la salonul de supraveghere. Deoarece studiul are un caracter retrospectiv și făcând apel la memoria participanților, în timp ce unii dintre medici recunosc că au fost agresați fizic, nu pot preciza cu exactitate și numărul incidentelor de această natură.



3. Chemați să apreciați evoluția în timp a frecvenței agresiunilor de tip verbal și/sau fizic în ultimii patru ani, medicii intervievați au răspuns:

Nu am avut niciodată incidente de aceasta natura	45	8.3	%
Constant	134	24.8	%
S-au diminuat	52	9.6	%
S-au multiplicat	307	56.7	%
Nu știu	3		



4. La întrebarea dacă **au cunoștiință de cazuri ale unor colegi de serviciu sau de breasla care s-au confruntat cu agresiuni fizice**, s-au primit următoarele răspunsuri:

53.9% -(292) au răspuns afirmativ cu privire la medici din aceeași unitate care s-au confruntat cu agresiuni fizice, și **23.3% – (126) au precizat că au cunoștiință de cazuri ale unor colegi care au suferit agresiuni fizice în altă unitate medicală.**

25.5% (138) au răspuns că nu cunosc medici care să fi avut asemenea incidente.

5. La solicitarea de a încadra tipul agresiunii cu care s-au confruntat (întrebare cu 6 variante de răspuns multiplu prestabilit și posibilitatea de a descrie forma de agresare dacă aceasta nu se regăsește între cele existente în chestionar) participanții au răspuns:

62.1 % (336) - agresiuni verbale sub formă de injurii

67 % (362) - au răspuns că s-au confruntat cu agresiuni verbale sub formă de amenințări,

6.8 % (37) – au suferit lovituri, răniri

25 % (135) - intrare cu forta in cabinet

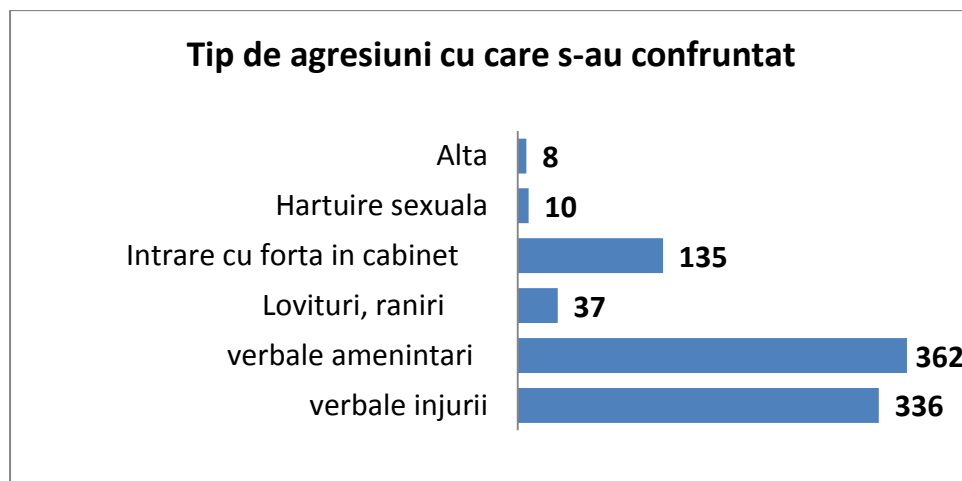
1.9 % (10) - hărțuire sexuală

1.5 % (8) Alta

Tip agresiune	Nr. medici	%
verbale injurii	336	62.1
verbale amenintari	362	67
Lovituri, raniri	37	6.8
Intrare cu forta in cabinet	135	25
Hartuire sexuala	10	1.9
Alta	8	1.5

Cu privire și la **altă forma de agresare**, caz in care au fost rugați să expliciteze, **8** medici au raportat si alte tipuri de agresiuni decat cele semnalate în chestionar, pe care le-au descris ca:

- spray paralizant aplicat în ochi
- stropire cu lichide (apă, suc)
- personalul a suferit tăieturi pe față din partea agresorului
- pacientul a rupt foaia de observație
- reclamații administrative (la direcțiune) nefondate, în scopul hărțuirii medicului
- campanie de denigrare pe internet



6. În ce privește tipul de unitate medicală în care s-au produs incidentele, a reieșit că dintre cei intervievați, au avut incidente:

71.5% (387) într-o unitate publică

2.4% (13) într-o unitate privată

33.6 % (182) într-o unitate de primiri urgențe

6.3% (34) într-un serviciu de ambulanță, iar 16 medici (2.9 %) au indicat incidentul ca fiind produs într-o altă locație (care a fost explicitată de ex. ca fiind la domiciliul pacientului) în cazul unui medic de familie.

7. În ce privește intervalul zilei în care au loc prevalent agresiunile, (întrebare închisă cu răspuns multiplu):

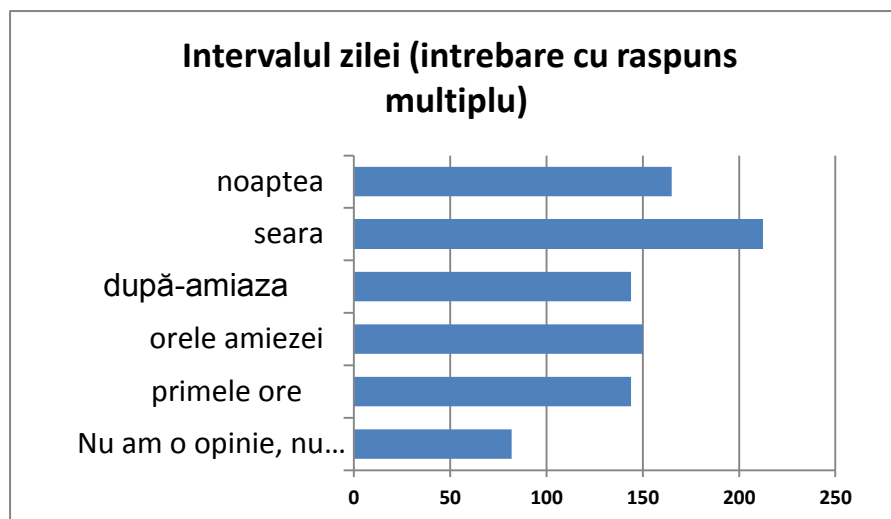
15.1 % (82) nu au o opinie, sau consideră că nu are relevanță intervalul orar, în timp ce

39.2% (212) au apreciat ca incidentele au loc mai ales seara,

30.5% (165) noaptea,

27.7% (150) orele amiezei,

26,6% (144) la primele ore ale zilei, și 26.6% (144) consideră ca interval cu risc sporit după-amiaza.



8. Cu privire la intervalul săptămânii în care se produc cu predilecție asemenea incidente:

(întrebare închisă cu 5 variante de răspuns multiplu):

66.2 % au apreciat că se produc în zile de lucru obișnuite, la sfârșit de săptămână consideră 34 %, în zile de sărbători legale 17 %, iar 15.2 % (82) nu au nici o opinie în acest sens, considerând că intervalul săptămânii nu are relevanță, se pot produce oricând.

9. În ce privește existența unui serviciu de intervenție în cazul unor incidente care generează agresiuni în unitatea în care își desfășoară activitatea:

75.4 % (408) au răspuns pozitiv, **19.6 % (106)** consideră că în unitatea în care lucrează nu există, **3.1% (17)** că unitatea nu avea un serviciu la data producerii incidentului, iar **2.2 % (12)** au răspuns că nu știu.

Obs.: 6 dintre respondenți au dorit să adăuge că sistemul existent este inefficient pentru intervenții limitându-se la servicii de paza. In cazul în care sunt solicitați refuză să intervină, declinându-și competența, iar cei aflați în dificultate trebuie să apeleze la poliție și jandarmerie.

10. Cine sunt agresorii? Cu privire la persoana agresorului în raport cu medicul (întrebare cu răspuns multiplu):

77.8 % (421) dintre medici au suportat agresiuni din partea unuia sau a mai multor **însoțitori ai pacienților**, în timp ce **pacienții** au fost indicați ca agresori direcți pentru **45.7 % (247)** din respondenți.

4.8 % (26) dintre medicii chestionați, au menționat agresorii ca fiind alte persoane decât pacientul sau însoțitorii acestuia.

34.8 % (188) dintre medicii participanți la cercetare au suportat episoade de agresiune atât din partea pacienților cât și a însoțitorilor.

11. Chestionați cu privire la motivul declarat al agresorului care a cauzat incidentul/ sau incidentele (7 variante de răspunsuri multiple, și o întrebare deschisă în cazul existenței altei motivații decât cele prevăzute în chestionar), au apreciat că:

Timpul de așteptare este cel mai adesea cauza nemulțumirii pacienților sau însoțitorilor acestora cred 52.9 % (286) dintre medici

28,5% consideră că incidentul s-a produs **fără un motiv aparent**

18.7 % Nemulțumire față de diagnostic

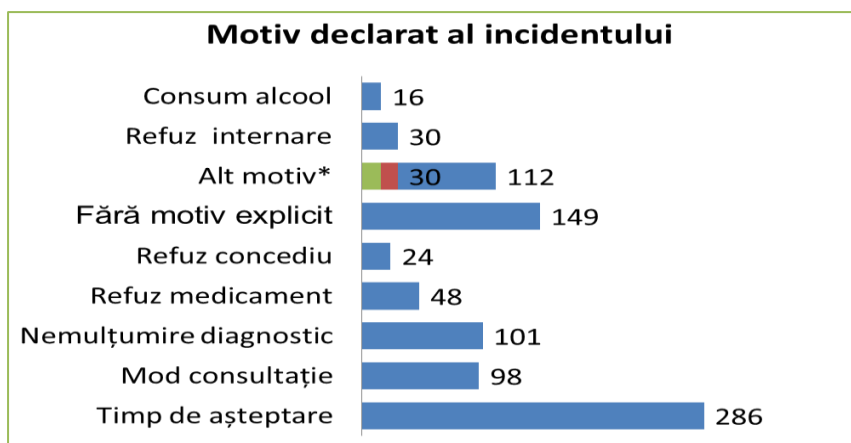
18.1 % Nemulțumire față de modul consultație

8.9 % Refuzul prescrie un anume medicament

4.4 % Refuzul acordării concediului medical

În ce privește **alte motive** decât cele deja enunțate în enunțul formulat în chestionar, ele ocupă o proporție de 20.7 % și au fost în continuare explicitate ca fiind generate cel mai adesea de:

- **Refuzul sau imposibilitatea internării, a fost consemnat** de 30 de medici, ca urmare a faptului că: nu era o urgență medicală, fie din lipsa de locuri, sau din lipsa unor documente necesare efectuării internării, sau ca refuz de a continua spitalizarea peste durata limită admisă de CAS.
- **Pacienți consumatori de droguri sau alcool aflat în stare de agitație și revendicativi, stare de ebrietate, etilism acut (16)**
- Neînțelegeri și nemulțumiri legate de evoluție, diagnostic, tratament, mod de îngrijire, mod de intervenție (10)
- Necunoasterea și/sau ne-respectarea ROI, fie nu doresc să aștepte programare, fie pacientul s-a prezentat direct pe secție (8)
- Simptome psihiatrice, pacienți decompensați, necesitând tratament (6)
- Nerespectarea protocolului care reglementează primirea pacientului la venirea în spital prin serviciul UPU, nu doresc să urmeze circuitele funcționale (5)
- Investigații și consulturi solicitate de pacienți sau însoțitori care nu aveau indicație în urgență (4)
- Prejudecata - imaginea negativă a medicilor creată în societate de mass-media (4)
- Solicitarea unor consultații în afara programului de lucru (3)
- Interdicția însoțitorului de a intra în sala de operație (3)
- Condițiile de cazare din spital, condițiile din camera de gardă (3)
- Tratament medical neadecvat (2)
- Refuzul însoțitorului de a ieși din salon sau cabinet în sala de așteptare (2)
- Lipsa personalului (2)



13. Autoaprecierea privind comunicarea cu pacienții (întrebare închisă cu 4 variante de răspuns la alegere) este percepută ca fiind:

Bună	66.5 % (360)
Excelentă	27 % (146)
Satisfăcătoare	5.7 % (31)
Lasă de dorit uneori	0.7 % (4)

14. Unitatea are proceduri pentru prevenirea și/sau rezolvarea conflictelor?

Da	51.2 % (277)
Nu	41.6 % (225)
Nu știu sau nu au răspuns	7.2 % (39)

15. Incidentul a fost raportat conducerii ?

Nu a fost raportat declară 48 % (221) dintre cei care s-au confruntat cu agresiuni.

Circa jumătate din agresiuni au fost raportate conducerii, de 51% (235) dintre cei 460 de medici care s-au confruntat cu o formă de agresiune, respectiv 43.4 % din numărul total al celor intervievați. Incidentul a fost raportat altei instituții (în acest caz respondenții au fost rugați să expliciteze, întrebare deschisă): 26 de medici au raportat incidentul la Poliție.

Doar 26 medici din cei 55 care au consemnat că au fost agresați fizic (în total declarând 176 agresiuni) s-au adresat poliției pentru a raporta un incident de agresiune fizică adică 47.3 % din cazuri.

16. Chestionați cu privire la existența unor mecanisme raportare și evidență a incidentelor însoțite de violență în unitatea în care își desfășoară activitatea au răspuns:

Nu	50.5 % (273)
Da	21.8 % (118)

În caz de răspuns afirmativ, au fost rugați să aleagă una din variantele:

Formular tipizat: apare ca răspuns de **12 ori** adică **10.1 %** din cei 118, respectiv **2.2 % din total 541.**

Registrul a fost semnalat în total de 125 de ori, adică de 23.1 % dintre respondenți.

*respectiv 84 dintre cele 118 persoane care considera că unitatea are mecanisme de raportare, dar și de alte 34 persoane (6.2%) care au indicat existența unui registru fără a-l menționa însă ca fiind un mijloc de înregistrare al agresiunilor la care sunt expuși.

Alta (caz în care au fost rugați să expliciteze): 6.2 % (34)

Nu știu/nu cunosc: 16.6 % (90)

Răspunsurile la întrebarea deschisă privind un alt mijloc de raportare, au fost:

- Raport de garda/ raport de tura / condica de dispozitii si rapoarte (16)

- foaia de observatie (5)
 - referat, notificare in scris adresata conducerii, raport individual (7)
 - sesizare scrisa (3)
 - telefon la Poliție (3)
 - caiet de agresiuni, caiet de raportare a pacientilor agitați care necesită compensare (spital boli psihice) (3)
 - înregistrare video, monitorizare (trimise la 112)
- Comentariu: alte 15,3% dintre persoanele intervievate, au indicat/bifat existența unui registru fără a-l menționa însă și ca fiind un mijloc de înregistrare al agresiunilor la care sunt expuse (nu au completat răspunsul Da la întrebarea 16). Iar dintre cei care au indicat existența registrului au adăugat ca și comentariu referindu-se la acesta: *doar se consemnează, dar nu se ia nici o măsură.*

17. În ce privește pregătirea formală sau informală, privind managementul situațiilor conflictuale și al relației cu persoane violente:

14.5 % (79) declară că dețin o astfel de pregătire, în timp ce **84.4 %** (457) nu au beneficiat de nici o formă de pregătire. Nu au răspuns: 1.1 % (6).

18. În ce privește necesitatea unei pregătiri pentru managementul situațiilor conflictuale și al relației cu persoane violente:

86.1 % (466) apreciază că este necesară la modul generic, dar dintre aceștia doar 11.1% (60) consideră că au **personal nevoie de instruire și doresc să participe**.
10.7% (58) au răspuns nu la această întrebare, iar 3.2% nu au dorit să răspundă.

19. În ce privește impactul:

58.9 % (271) dintre cei 460 care au fost agresați respectiv 50 % dintre respondenți declară că agresiunile verbale, fizice sau de altă natură produse în timpul exercitării profesiei le-au afectat sănătatea, calitatea vieții sau activitatea,

în timp ce 46.6% (251) consideră că nu au fost afectați **în vreun fel**.

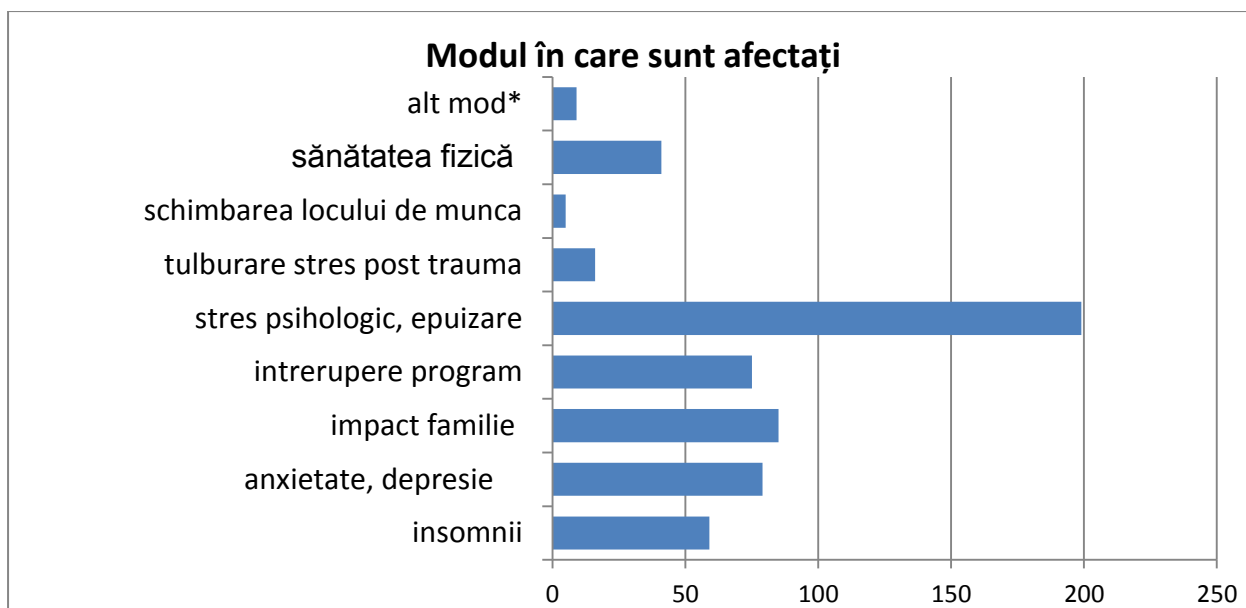
Dintre cei 46.6 % care nu se consideră afectați, 59 nu au avut nici un fel de incidente iar 192 au înregistrat incidente de agresiuni verbale.

19a. În ceea ce îi privește pe cei care se consideră afectați, au fost chestionați cu privire la modul în care au fost afectați, printr-o întrebare cu 9 variante de răspuns multiplu.

Din răspunsurile primite a reieșit că cei afectați reclamă preponderent :

• stres psihologic , epuizare	36.8 % (199)
• impact negativ asupra familiei și calității vieții	15.7 % (85)
• anxietate depresie	14.6 % (79)
• întreruperea programului de lucru	13.9 % (75)
• insomnii	10.9 % (59)
• sănătatea fizică	7.6 % (41)
• tulburare datorată unui stres post-traumatic	2.9 % (16)
• schimbarea locului de muncă	0.9 % (5)
• alt mod*	1.6 % (9)

*Întrebarea 19a. În cazul în care apreciază că au fost afectați în alt mod, au fost solicitați dacă se poate să expliciteze. Din răspunsuri a reieșit că: au fost afectate calitatea următoarelor consultații, relația cu pacienții în general, scăderea calității actului medical, și au întrerupt/bulversat programul și timpul alocat altor pacienți.



20. Studiul a avut în vedere și modul de participare la activități în cadrul serviciului de urgență.

Un număr de **362** dintre cei 541 medici participanți la studiu lucrează și în servicii de urgență (minim 1 oră pe săptămână), iar dintre aceștia, 139 au programul complet și lucrează apermanent în serviciul de urgență cu o medie de 53.5 ore pe săptămână. Dintre aceștia, un număr de 29 au indicat chiar un program de lucru între 60-78 ore săptămânal. 68 sunt specialiști în medicină de urgență. 56 dintre respondenți lucrează între 60-82 ore pe săptămână în serviciul de urgență, iar alți 179 dintre participanții la studiu nu prestează servicii de urgență.

21. Obisnuiți sa lucrați timp suplimentar față de programul normal de lucru? Daca da, va rugam sa estimați numărul de ore pe săptămână:

72.4 % (392) dintre participanții la studiu efectuează timp suplimentar de lucru, între una și 32 ore săptămânal, cu o medie de 7.95 ore săptămânal.

Nu au program de lucru suplimentar 149 din cei 541, adica 27.5 %.

RĂSPUNSURI LA INTREBĂRI CU RĂSPUNS DESCHIS:

22. Cine credeți ca ar trebui sa se ocupe de rezolvarea situatiilor de acest gen?

- Ordonare după numărul de apariții al răspunsurilor similare -

- a. Serviciu de paza si protectie angajat și **eficient/efectiv funcțional (111)**
 - i. Firmele de paza ar trebui sa se implice in rezolvarea acestor conflicte. In momentul de fata in unele spitale, in majoritatea situatiilor reprezentantii firmei de paza doar constata incidentul, iar medicul este cel chemat sa aplaneze conflictul (ex. exista serviciu de interventie, dar nu raspunde la solicitare sau nu a intervenit declarând că nu intră în atribuțiile lor)
- b. **Politia, jandarmeria (87)**
- c. **Conducerea managerială a unității**, coordonatorul *cabinete individuale (inclusiv prin afisarea la vedere a masurilor care se pot lua in asemenea situatii) **(83)**
- d. **Un serviciu specializat / Echipa / Personal specializat, abilitat de conducere, din cadrul unității sanitare** (fișa postului: asistent social, sociolog, psiholog, cu specializare in mediere si rezolvarea conflictelor, negociator, care sa aiba acces la informatiile oficiale, centralizate referitoare la pacienti) **(57)**

- e. **Ministerul Sănătății** să aloce finanțare corespunzătoare/creeze mai multe posturi pt. medici(iar împreună cu Parlamentul să elaboreze și clarifice legislația, să asigure o protecție legislativă personalului medical, să existe un PROTOCOL pentru astfel de situații) (37)
- f. **Personalul medical, echipajul aflat la fața locului** (32)
- g. **Massmedia** (12)
- h. **Ministerul Educației**, prin programe de educație sanitară și de informare privind drepturile și obligațiile pacientului (11)
- i. **Colegiul Medicilor** printr-o reprezentare corectă și susținere publică a medicilor (9)
 - i. varianta: departament/serviciu în cadrul Colegiului Medicilor care să monitorizeze situațiile și să găsească soluții, iar apoi să le aplice
- j. **Șeful de secție, medicul coordonator** (6)
- k. **Serviciul juridic** (6)
- l. **Consiliul medical** format din medici și șefii de secție (O comisie, comisie de etică) (5)

...

23. Aveți sugestii privind îmbunătățirea relației medic-pacient?

- Asociere de răspunsuri similare ca și conținut și ordonare a relevanței după numărul de apariții -

- a. **Programe de informare și educație sanitară pentru populație. Educarea populației cu privire la modul în care funcționează sistemul de sănătate. Programe educaționale privind explicarea pachetului de servicii de care beneficiază asiguratul și sunt decontate de CAS** (dar și existența unor pachete cu condiții contractuale clare în ceea ce privește asigurările de sănătate). Programe de informare/ educare a pacienților (și aparținătorilor) asupra drepturilor și obligațiilor ce le revin și asupra comportamentului dezirabil în momentul adresării la un serviciu medical, inclusiv cu privire la procedura de internare în UPU, iar din momentul internării cu privire la regulamentul de ordine internă. Informarea populației cu privire la motivele prezentării în serviciul de urgență cu delimitarea clară a situațiilor când pacienții trebuie să se adreseze medicului de familie sau ambulator. Informare privind durata investigațiilor în UPU: pacienții sunt consultați în ordinea urgenței, nu în funcție de ora de prezentare. Informare / Educație privind tratarea bolilor cronice în ambulator, la medicul de familie, etc. și nu atât de frecvent în serviciul de urgență. Informare despre activitățile din UPU prin material scris și video: ore de consultații, activități, timp de așteptare, durata investigațiilor, documente necesare pentru consult, s.a. (86)

- b. **Incetarea campaniei de denigrarea acestei categorii profesionale / Diminuarea campaniei de denigrare a medicilor în general, demontarea stereotipurilor.**

O cauza a relației deficitare dintre medici și pacienți o reprezintă Campania de denigrare constantă a profesiei medicale în ansamblu, **publicitatea negativă, prezentarea unor informații false**, și a unor cazuri de malpraxis ca fiind reprezentative pentru întreaga categorie profesională, **inducerea unei percepții defavorabile la adresa medicilor în general.**

Educarea **mass-media** pe teme medicale. (39)

- c. **Îmbunătățirea comunicării informațiilor medicale în relația medicului cu pacientul și familia / cursuri de comunicare și managementul conflictelor pentru medici**

Cu calm, răbdare, înțelegere, empatie, explicații pe înțeles, **managementul stresului**, utilizarea unor suporturi grafice, diagrame, afișarea la vedere a documentelor necesare în cazul prezentării la medic/ UPU (37)

- d. **Îmbunătățirea condițiilor socio-profesionale de exercitare a atribuțiilor medicilor.**

Angajarea unui număr mai mare de medici (și personal mediu) corelat cu: Reducerea nr. de consultații pacienți pe zi / medic și normarea cât mai exactă a activității medicilor (36)

(v. model englez), scurtarea timpului de așteptare al pacienților, și salarizarea decentă a medicilor

(Comentariu: "e prea scurt timpul, si prea mic spatiul...")

e. Campanie organizata de COLEGIUL MEDICILOR pentru schimbarea imaginii si a perceptiei publice privind "activitatea medicilor" in societate: (28)

- reactii din partea Colegiului in mass-media in cazul unor evenimente care sunt relatate partinitor fata de pacient/ apartinator, prezentand si punctul de vedere al personalului medical;
- implicarea Colegiului pentru a combate popularizarea unor situatii medicale pana cand acestea nu s-au dovedit culpe medicale.
- **Prezentarea cazurilor de agresiune asupra medicilor care nu sunt relatate si nici condamnate**, favorizand astfel opinia ca pacientii/apartinatorii pot face orice unui medic
- Reconsiderarea prestigiului profesiei de medic, revalorizarea rolului medicilor in societate si a profesiei de medic

f. Cresterea numarului si eficientei angajatilor in categoria personal mediu, alocarea unui numar mai mare de personal de suport, Cresterea numerica a asistentilor medicali (18)

g. Imbunătățirea calității serviciilor medicale acordate în spitale, inclusiv cele hoteliere (17), dotarea corespunzătoare a spațiilor de așteptare și a cabinetelor de consultații, cu aparatura medicală, medicamente și materiale necesare, care să reducă stresul în condiții deosebite de muncă, scurtarea timpului de programare și așteptare în vederea consultului, asigurarea unui circuit clar/facil pacientului

h. Rolul medicilor de familie în evaluarea, controlul stării de sănătate, dar și în Educația sanitară a pacienților (11)

i. Colaborare și comunicare interdisciplinară, Lucrul în echipă valorizat, Consiliere reală între management-angajat, Îmbunătățirea relației medic-medic (11)

(ex. pacienți cardiaci, unii decompensați, trimisi cu (101 cardiace sau BPOC către serviciile de gardă de pneumologie). Colaborarea specialist – medic de familie în cazul pacienților cronici. Colaborarea dintre personalul de ambulanță – camera de gardă spital – și dintre medicile de urgență și medicii de familie

j. Salarizarea decentă a medicilor (peste 8.000 lei) (10)

k. Alocarea unui timp mai mare fiecărui pacient (9)

l. Respectarea și aplicarea cu mai multă fermitate a Regulamentelor de organizare și funcționare ale spitalelor, a programărilor care sunt făcute pentru fiecare secție, și a programului de vizite. (9)

Regulile să fie respectate atât de medici cât și de pacienți

m. Cresterea capacității unității - alocarea unui număr suplimentar de paturi și a unor resurse logistice suplimentare. (8)

Cresterea capacității de intervenție a serviciului de urgență medicale – ambulator + spital

n. Clarificări legislative, proceduri clare, protecția personalului inclusiv prin reprezentarea în instanță de un avocat din partea angajatorului, și aplicarea efectivă a legii în cazul pacienților agresivi (7)

o. Servicii sociale de îndrumare și consiliere (inclusiv psihologică) pentru pacienți (inclusiv pentru programări și îndrumare) Birouri de informații pentru pacienți, protocoale de conduită (6)

p. Sanționarea celor care agresează personalul medical și mediatizarea sancțiunilor legale și pecuniare pe care le asumă un pacient agresiv (5)

q. Reducerea activităților care nu sunt legate strict de actul medical, a "scriptologiei" în detrimentul actului medical (scrierea de buletine ecografice, codificarea procedurilor și a diagnosticului la internare/ externare, obținerea și controlul actelor de asigurare, etc.) (5)

- r. Conferirea prin lege a unor parghii juridice sefului clinicii/ unitatii, de actiune privind actul medical **(4)**
- s. Limitarea accesului apartinatorilor/vizitatorilor in anumite spatii **(4)**
- t. Acordarea respectului cuvenit profesiei **(4)**
- u. Crearea mai multor camera de garda (camera de consultatii si de primire urgente) **(3)**
- v. **Precum si:**
 - Destigmatizarea unor afectiuni (ex. cele psihice)
 - **Cursuri/servicii de consiliere pentru personalul sanitar**
 - **Sisteme de supraveghere video in CPU**
 - Mai buna organizare a sistemului, planificarea rationala a programului de consultatii
 - Profilaxie, monitorizarea activitatii medicilor de familie
 - Privatizarea completa a sistemului de sanatate
 - Mai putin trafic de influenta
 - Incurajare feedback pacienti – **chestionare de feed-back**
 - *Pacientul este cele mai important obiectiv in timpul consultatiei, daca se pleaca de la aceasta premise, nu s-ar mai produce situatii conflictuale*
 - pedepsirea abaterilor de la deontologia profesionala

ALTE RECOMANDĂRI FĂCUTE DE PARTICIPANȚII LA STUDIU

(prin comentarii libere pe marginea chestionarului și grupate pe categorii)

A. Destinate conducerii spitalelor:

1. **Proceduri mai clare.** Intocmire si implementare unui PROTOCOL clar pt astfel de situatii (propriu spitalului, sau sistemului) pe care sa il cunoasca si aplice toti medicii
2. **COD al Relatiei Medic- Pacient,/GHIDURI DE PRACTICA MEDICALA/Protocoale de conduita:**
 - Motive internare – externare
 - Atributiile medicului (in functie de specialitate)
 - Atributiile, drepturile si obligatiile pacientului
3. Prevenire prin organizarea pazei si protectiei la nivelul sectiilor si camerelor de garda
4. Telefoane portabile cu buton (rosu) de apel urgenta care sa actioneze direct la echipa de interventie, camere video pt supraveghere permanenta
5. Imbunătățirea calității serviciilor triajului
6. Procedură clară privind comunicarea informațiilor legate de starea pacientului: interval orar, cine și cui se adreseaza. Nu agresarea cu intrebari a medicilor la orice oră și în orice activitate s-ar afla acestia.
7. Protocoale de interventie ale serviciilor de pază și protecție privind natura situatiilor si modul de intervenție față de pacienții sau insoțitorii agresivi

B. Destinate organizării sistemului

1. Să existe posibilitatea ca institutia (spitalul) să acționeze în instanță pacienții agresivi/ aparținătorii acestora pentru agresiunile asupra personalului medical
2. Legea malpraxisului
3. Cursuri de psihologie în Facultate, pregătire psiho- comportamentală pt medici, noțiuni de sociologie privind modelele socio-culturale ale unor categorii ale populației
4. Pacientii care nu reprezinta urgenta medicala sa poata fi trimisi la medicul de familie sau sa plateasca consultatia
5. In caz de abuz al adresarii in serviciul de urgenta, pacientul sa fie informat ca trebuie sa plateasca pentru consultatia solicitata abuziv

6. Posibilitatea de internare a pacientului de catre medicul UPU (pentru anumite categorii de afectiuni)
7. Eficientizarea scrisorilor medicale, triaj eficient si corect
8. Afisarea la vedere a masurilor care se pot lua in asemenea situatii
9. Filtru prin medicii de familie: consulturi periodice acordate de medicii de familie, screening pentru a se prezenta la UPU doar in situatii de urgenta/ ar reduce nr. de prezentări și timpul necesar comunicării cu pacientul

C. Recomandări destinate activității Pacienților:

1. Elaborarea unui GHID/ REGULAMENT de comportament în spital al pacientului și aparținătorilor
 - Existenta unor reguli stricte si respectarea lor
 - Atributiile, drepturile si obligatiile pacientului
 - Info despre Pachetul de servicii pentru care este asigurat
2. Afisarea la vedere a măsurilor care se pot lua in asemenea situatii
3. Limitarea accesului aparținătorilor pe anumite spații.

CONCLUZII

În țara noastră, sistemele de raportare standardizate pentru aceste incidente sunt o excepție. Unii administratori au fost lenți în a aloca resurse pentru a atenua impactul și a preveni incidentele viitoare. Majoritatea medicilor care au fost victime ale violenței la locul de muncă nu au depus nici un raport oficial al evenimentului pentru a semnaliza violența fizică sau abuzul verbal.

Subraportarea în sistem, în absența politicilor de monitorizare și gestionare a comportamentelor agresive (în special a unor politici de toleranță zero), este asociată unor cote mai mici de violență fizică și abuz verbal.

De asemenea potrivit chiar declarațiilor victimelor, doar o parte din incidentele de agresiune fizică produse la locul de muncă, se raportează poliției. Există un nivel înalt de sub-raportare a incidentelor de violență și agresiune din sectorul sănătății și deoarece multe persoane o acceptă ca parte din slujbă.

Angajații din sănătate nu trebuie să accepte incidentele de comportament violent sau agresiv ca o parte normală a muncii.

De asemenea, este importantă existența unor proceduri care să fie urmate în cazul oricărui incident violent, inclusiv **acordarea de sprijin psihologic victimei.**

Provocări de măsurare (în viitor) pentru studii de cercetare în acest domeniu

Pentru ca sistemul medical să-și dezvolte politici, proceduri și programe de instruire, sunt necesare analize pe un număr suficient de date, colectate sistematic și de înregistrări complexe ale incidentelor, produse în furnizarea serviciilor medicale. În primul rând, trebuie să avem o mai bună înțelegere a problemei. În prezent sunt puține informații disponibile publicului pentru a putea cuantifica agresiunea cu privire la locul de muncă, din spitale. Doar incidentele grave, soldate cu victime (rănire sau crimă) precum și cele generând incapacitate de muncă sunt înregistrate. La nivel national lipsesc rapoartele de monitorizare a violenței la locul de muncă în unitățile medicale.

Cercetarea prezentă, examinează violența și agresiunile exercitate de către pacienți și însoțitori ai acestora asupra medicilor din serviciile de sănătate spitalicești din București. Nu se pot trage însă concluzii pentru întreg sistemul de sănătate românesc, decât dacă se extinde aria de cercetare. "Scala de evaluare a violenței la adresa medicilor" poate fi aplicată în alte orașe, precum și în spitale

private, fapt care va conduce la realizarea unui eșantion reprezentativ național, care să permită comparații între spitale, orașe și regiuni (și chiar între diferitele secții ale unui spital).

Este necesară în continuare, o monitorizare exactă și pe cât posibil în timp real a expunerii.

Pentru a măsura în mod corect actele de expunere și, prin urmare, potențialul de agresiune, rata de producere, sau frecvența actelor agresive, acestea ar trebui monitorizate și colectate pe măsura producerii și în timp real. Un model de lucru în acest sens este lucrarea lui Grange & Corbett²² din 2002, care au analizat prospectiv timp de o lună toate solicitările medicale consecutive pentru serviciile medicale de urgență dintr-o zonă metropolitană din sudul Californiei. Personalul participant a furnizat informații despre orice episod de violență (verbală sau fizică) chiar în timpul intervenției, precum și asupra variabilelor resimțite ca fiind asociate cu aceste comportamente.

Perspective și provocări pentru Management

Angajatorii și angajații trebuie să lucreze împreună pentru a elabora și implementa sisteme de prevenire sau reducere a comportamentului agresiv. Lipsa de interes față de securitatea în muncă a angajaților, manifestată prin inactivitate, echivalează cu o aprobare a violenței împotriva propriului personal. Spitalele ar trebui să fie pregătite și pentru a aplană situațiile care ar putea deveni violente la locul de muncă. Metodele bazate pe prevenirea violenței de la început sunt mai sigure decât măsurile izolate, luate la nivel individual odată cu producerea incidentului. Măsurile eficiente pot include dotarea corespunzătoare cu sisteme de iluminat și echipamente de supraveghere, realizarea de schimbări în organizarea muncii și proiectarea postului, pentru a evita ca angajații să lucreze singuri, instruirea în gestionarea situațiilor dificile cu pacienții și recunoașterea semnalelor de avertizare.

Este rolul și datoria administratorilor în primul rând, să facă tot ce se poate pentru a le oferi angajaților un mediu de lucru sigur, să elaboreze și să pună în aplicare politici și proceduri pentru o gestionare a incidentelor violente. Acestea pot include montarea de echipamente de supraveghere, acordare de asistență în aplicarea legii, servicii de pază și supraveghere, utilizarea unor restricții fizice în situații justificate, raportarea incidentelor la poliție, etc.

La rândul lor, angajații din sănătate nu trebuie să accepte incidentele de comportament violent sau agresiv ca o parte normală a muncii. Ei au dreptul să se aștepte un loc de muncă sigur și securizat.

Atacul și / sau violența sunt infracțiuni și ca urmare ar trebui să fie urmărite penal. Abuzul de alcool sau substanțe nu este o justificare. În aplicarea legii nu trebuie tolerată scuza "era doar beat". Managementul trebuie să sprijine angajații săi și să le fie alături "pe tot parcursul procesului", inclusiv prin apărarea intereselor în instanță dacă aceștia au suferit un prejudiciu în timpul și ca urmare a exercitării profesiei la locul de muncă. Măsurile disciplinare față de angajați ar trebui luate în considerare numai în anumite împrejurări dacă se consideră că aceștia au jucat un rol activ, și intenționat în escaladarea conflictului.

Dar în primul rând decidenții de la nivelul superior al managementului din sănătate, trebuie să asigure suport managementului și personalului din sănătate pentru o **politică de toleranță zero față de violență**. Dat fiind riscul semnificativ pentru sănătatea fizică și psihică, este important ca agresivitatea și expunerea la agresiune să fie în primul rând evidențiate și măsurate. Reglementările sunt cele care pot să încurajeze persoanele agresate să depună plângeri împotriva agresorului care comite un asalt sau agresează personalul medical. Anumiți factori situaționali (de ex. numărul redus de personal în serviciu, insuficiența unor mijloace materiale, dar și situația de stres datorat afecțiunii prin care trec anumiți pacienți) pot fi utilizați pentru a previziona riscul personalului medical de a se

²² Grange, J.T. & Corbett, S.W. 'Violence against emergency medical services personnel', Prehospital Emergency Care, Vol. 6, 2002, pp. 186-190

confrunța cu violență. După cum reiese și din opiniile exprimate de participanții la această cercetare, sunt necesare programe de formare pentru managementul situațiilor potențial violente destinate personalului. Acestea pot include evidențierea acelor scenarii care pot dimensiuna posibile conflicte, metode de detensionare a conflictului, tactici de apărare defensive, planificarea rutelor de evacuare, dar și construirea abilităților de comunicare. Pregătirea unor echipe de intervenție sau a unui personal specializat în aplanarea conflictelor și negociere a fost sugerată chiar de medicii participanți la studiu. Traininguri, protocoale, precum și echipament de protecție pentru a face față situațiilor de violență ar trebui încurajate în primul rând pentru personalul care lucrează în serviciile de urgență. În ce privește personalul care a suferit atacuri și se află sub influența stresului post traumatic, ar trebui să fie disponibile Servicii de asistență și suport profesional care să asigure o reintegrare eficientă a acestor persoane în activitatea profesională.

O politică de "toleranță zero" față de agresiune și violență la locul de munca este singurul remediu.

10 martie, 2015
Fundatia Colegiului Medicilor din Municipiul București

BIBLIOGRAFIE

Auer A. BioMed Central Ltd.: **Aggression and violence against staff of ambulance services**, *Crit Care*. 2010; 14(Suppl 1): P280. doi: [10.1186/cc8512](https://doi.org/10.1186/cc8512)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2934152/?report=reader>

Carmi-Iluz et al: **Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study**, *BMC Health Services Research*, 2005
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/54/>

Danny Hills, Catherine Joyce, **A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace aggression in clinical medical practice**, *Aggression and Violent Behavior*, 2013, **18**, 5, 554

Elston, M. A., Gabe, J., Denney, D., Lee, R. and O'Beirne, M. (2002), **Violence against doctors: a medical(ised) problem?** The case of National Health Service general practitioners. *Sociology of Health & Illness*, 24: 575–598. doi: 10.1111/1467-9566.00309
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00309/full>

Emergency Nurses Association Institute for Emergency Nursing Research: **Emergency Department Violence Surveillance Study**, November 2011. www.ena.org/IENR
<http://www.ena.org/practice-research/research/Documents/ENAEDVSRReportNovember2011.pdf>

European Agency for Safety and Health at Work: **Current and emerging occupational safety and health (OSH) issues in the healthcare sector, including home and community care.**, Oct 13, 2014
<https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-and-health-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care>

European Agency for Safety and Health at Work: **Psychosocial risks and stress at work**
<https://osha.europa.eu/en/topics/stress>

Fundatia Pentru Dezvoltarea Societatii Civile (2000), **Sondaj de opinie la nivelul municipiului Bucuresti, privind fenomenul coruptiei**, pg 9/22, 2000
<http://www.fdsc.ro/documente/27.pdf>

F D Richard Hobbs, Ursula M Keane, **Aggression against Doctors: A Review**, *Journal of the Royal Society of Medicine*, Volume 89 February 1996. DOI: 10.1177/014107689608900203
<http://jrs.sagepub.com/content/89/2/69>

Grange, J.T. & Corbett, S.W. '**Violence against emergency medical services personnel**', *Prehospital Emergency Care*, Vol. 6, 2002, pp. 186-190

Harrell, E. (2011). **Workplace violence 1993-2009: National crime victimization survey and the census of fatal occupation injuries**. Washington: D.C.: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics. <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/wv09.pdf>

Iennaco, J., Dixon, J., Whittemore, R., Bowers, L., (January 31, 2013) "**Measurement and Monitoring of Health Care Worker Aggression Exposure**" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 18, No. 1, Manuscript 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol18No01Man03
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-18-2013/No1-Jan-2013/Measurement-and-Monitoring-Worker-Aggression-Exposure.html>

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization and Public Services International: **Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector**. Geneva, International Labour Office, 2002 ISBN 92-2-113446-6
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/normativeinstrument/wcms_160908.pdf

J. G. Mackin: **Violence against trainee paediatricians**, *Arch Dis Child* 2001;84:106–108; Downloaded from adc.bmj.com on September 8, 2014
<http://adc.bmj.com/content/84/2/106.full.pdf>

Kevin Pho: **Violence is symptom of health care dysfunction**, *USA TODAY*
http://usatoday30.usatoday.com/news/opinion/forum/2011-02-02-column02_ST1_N.htm

Lanctôt Nathalie, Guay Stéphane: [The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences](#)
Aggression and Violent Behavior, 2014

LEGE nr. 212 din 13 noiembrie 2012 pentru completarea Legii nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, publicata in: [MONITORUL OFICIAL nr. 772 din 15 noiembrie 2012](#).

Mayhew C, Chappell D. **Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets**. *Int J Law Psychiatry* 2007; 30: 327–39.

Mechem, C.C., Dickinson, E.T., Shofer, F.S., & Jaslow D., 'Injuries from assaults on paramedics and fire-fighters in an urban emergency medical services system', *Prehospital Emergency Care*, Vol. 6, 2002, pp. 396-401.

Mirjam E. van Leeuwen^{a*} & Joke M. Harte^{bc} : **Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences**, 23 Feb 2015, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14789949.2015.1012533#.VPVsYHysWeE>

Mitchell, J., 'Stress: The history and future of critical incident stress debriefings', *Journal of Emergency Medical Services*, Vol. 7, No 52, 1988, pp. 49-52.

EU-OSHA – European Agency for Safety and Health at Work: **Emergency Services: A Literature Review on Occupational Safety and Health Risks, 2011 ISBN 978-92-9191-668-9 doi 10.2802/54768**

https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/emergency_services_occupational_safety_and_health_risks

Pașca Maria Dorina: **Comunicarea În Relația Medic – Pacient**. Târgu-Mureș: University Press, 2012. Bibliogr. ISBN 978-973-169-177-0
<http://www.bjmures.ro/bd/P/001/12/P00112.pdf>

Parker J. Magin, Jenny May, Patrick McElduff, Susan M. Goode, Jon Adams, Georgina L. Cotter, **Occupational violence in general practice: a whole-of-practice problem. Results of a cross-sectional study**, *Australian Health Review*, 2011, **35**, 1, 75
<http://www.publish.csiro.au/?paper=AH10874>

Petrica Alina, Grecu Mihai: **Ghid de abordare a pacientului agresiv si violent in urgenta, 2013**. UPU – SMURD, Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Timisoara
<http://ati2013.medical-congresses.ro/Files/Ghiduri-Protocoale/2008/Ghid%20de%20abordare%20a%20pacientului%20agresiv%20si%20violent%20in%20urgenta.pdf>

Rippon Thomas J. **Aggression and violence in health care professions**, *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31(2), 452±460,
http://www.psychiatry.unimelb.edu.au/centres-units/mnc/admin/ehs_docs/Aggression_and_Violence_in_Health_Care_Professions.pdf

I. Rotilă, Viorel (coord.) **Calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar**: studiu desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea” – Galați: Sodalitas, 2011 Bibliogr. ISBN 978-606-92935-0-8
<http://www.ziuaconstanta.ro/images/stories/2011/08/02/Rezumatul.pdf>

Schablon A, Zeh A, Wendeler D, et al. **Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study**. *BMJ Open* 2012;2:e001420 doi:10.1136/bmjopen-2012-001420
<http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001420.full?rss=1>

Stathopoulou HG., MSc., Tzanio RN, General Hospital of Piraeus, Greece: **VIOLENCE AND AGGRESSION TOWARDS HEALTH CARE PROFESSIONALS**. HEALTH SCIENCE JOURNAL 2014
http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev03.pdf

Studiu realizat de către Federația Europeană a Serviciilor Publice ca parte a unui proiect european extins, transmis de MediHelp International. iunie 2013
<http://www.medipedia.ro/Articole/tabid/70/articleType/ArticleView/articleId/28247/Studiu-Aproximativ-3-dintre-doctori-510.aspx>

Studiu-pilot privind satisfacția pacienților în spitalele din subordinea Administrației Spitalelor și Serviciilor de Sănătate din Municipiul București (ASSMB), realizat în 2011,
http://www.info-sanatate.ro/docs/Studiu_Pilot_Satisfactia_Pacientilor_2011_Info-Sanatate_ASSMB.pdf

EPSU (Federația Europeană a Sindicatelor din Serviciile Publice), UNI Europa, ETUCE, HOSPEEM (Asociația Angajatorilor din Sectorul Spitalicesc și al Sănătății), **Dialogul social la nivel european linii directoare intersectoriale, pentru combaterea violenței și hărțurii din partea terților la locul de muncă**, 16 iulie 2010

[Multi-sectoral guidelines to tackle third-party violence and harassment related to work](#)

16. Jul, 2010 | by [Hospeem](#) | in [Social Dialogue](#)

Disponibil și în lb. rom., aici:

http://hospeem.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/08/guidelines_Romanian.pdf

<https://www.healthy-workplaces.eu/ro/>

Report on the use of the multi-sectoral guidelines to tackle work-related third-party violence was endorsed (final version of 21 November 2013) (see EPSU and HOSPEEM websites) [EN]. <http://hospeem.org/tag/third-party-violence-and-harassment-at-work/>
It covers the 5 sectors that in 2010 signed the guidelines and contains recommendations, i.a.

<http://hospeem.org/our-newsletter/adoption-of-implementation-report-of-multi-sectoral-guidelines-to-tackle-work-related-third-party-violence/>

[Adoption of the implementation report of the multi-sectoral guidelines to tackle work-related third-party violence](#)

18. Dec, 2013 | by [Hospeem](#) | in [Activities](#), [News](#), [Social Dialogue](#)

At the the Sectoral Social Dialogue Committee for the Hospital Sector Plenary Meeting of 11 December 2013, HOSPEEM and EPSU members adopted the report on the use and implementation of [the Multi-sectoral guidelines to tackle third-party violence and harassment related to work](#) including recommendations.

<http://hospeem.org/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Report-Follow-Up-Multisectoral-Guidelines-TPV-ALL-SECTORS-FINAL-22-11-13.pdf>