

Setembre
2004



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA

Quaderns de la bona praxi

*Guia per prevenir i gestionar
la violència en el lloc de treball
contra els metges*

Edita:

COL·LEGI
OFICIAL
 DE METGES
DE BARCELONA

17

Redacció

■ *Experts redactors d'aquest quadern*

Miquel Bruguera. President del COMB

Magda Martínez. Gerent Àrea de Praxi COMB

Francesc José Maria Sànchez. Secretari General Consorci Hospitalari Catalunya

Lluís Borràs. Psiquiatre forense

Ma. Rosa Artigot. Metge de Centre Penitenciari

Jordi Medallo. Subdirector Institut de Medicina Legal de Catalunya

Josep Benet. Àrea de Praxi COMB

Eva Montaner. Àrea de Praxi COMB

Mercè Viger. Àrea de Praxi COMB

■ *Equip consultor*

Antoni Arteman. Gerent del PAIMM

Joan Manuel Salmeron. Cap d'Urgències Hospital Clínic

Carles Fontcuberta. Director-Gerent de la Fundació UCH

Francesc José Maria Sànchez. Secretari General Consorci Hospitalari Catalunya

Lola Vega. Directora DAP Example

Rosa Pérez. Metge forense

Simon Schwartz. Dtor. Of. Suport Gestió, Recerca, Ciència i Biotecnologia

Àngels Izquierdo. Sindicat de Metges Estatutaris

Carles Hernández. Director de Recursos Humans Hosp. Josep Trueta

Agustín Castrillo. Director Atenció Continuada DAP St. Martí

José Ramon Oncins. Metges de Catalunya

Josep Arimany. Director de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya

■ *Edita*

COL·LEGI OFICIAL DE METGES DE BARCELONA.

Centre d'Estudis Col·legials i Servei de Responsabilitat Professional.

Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona

Coordinació: Alex Ramos Torre

Secretaria: Lydia Camats Garcia

Quaderns de la Bona Praxi és una publicació periòdica del COMB, constituïda com una eina de formació continuada que ajudi a assolir un comportament professional d'acord amb l'esperada protecció dels ciutadans en les àrees temàtiques tractades. Contribueix, per tant, a la formació i al desenvolupament professional continu dels metges.

1. Introducció	4
2. La dimensió de la violència en el lloc de treball	5
3. Reconeixement del problema	
3.1. Definició de la violència en el lloc de treball	
3.2. Tipus de violència	
3.3. Impacte de la violència	
3.4. Conseqüències en la salut dels metges	
	6
4. Guia d'actuació	
4.1. Detecció de les situacions potencialment agressives	
4.2. Maneig dels incidents violents	
	8
5. Actuació Post Incident Violent	
5.1. Atenció mèdica i documentació de lesions i de l'incident	
5.2. Accions legals	
	14
6. Bibliografia	18

Hom es fa metge per tenir cura dels altres i per tant és molt frustrant rebre amenaces quan s'està fent una feina que preten ajudar els ciutadans que ho necessiten. No es pot considerar que la violència és una part de la feina.

Els metges han d'exigir que el lloc de treball sigui segur tant pel seu dret a protegir-se front les agressions, com perquè afecta la dignitat del professional i amenaça l'eficiència i la pròpia seguretat dels ciutadans que poden ser perjudicats per una atenció mèdica alterada per l'impacte emocional que causa un entorn violent.

També cal exigir la reparació íntegra del dany causat a l'empara de la legislació civil, penal i/o administrativa que correspongui a cada cas.

Aquest document constitueix una iniciativa del Col·legi de Metges de Barcelona guiada per la convicció que cal posar a l'abast dels metges una guia d'actuació en la que trobin informació per manejar les situacions de violència en el lloc de treball.

La implicació personal dels metges és imprescindible en la prevenció de les situacions de violència i les seves conseqüències, adoptant les mesures d'autoprotecció adequades i de rebuig als violents. També, és fonamental la implicació dels Centres en la provisió d'instruments necessaris per desenvolupar activitats preventives i de suport als professionals que adaptin a les necessitats concretes de cada Centre en atenció al seu llinar i característiques de violència que es pot predir.

L'esforç personal dels metges i organitzatiu del Centre haurà de ser integrat i coordinat amb les administracions sanitàries, col·legis i associacions professionals i patronals dels centres, serveis i establiments sanitaris que tinguin en compte i proveeixin estratègies i instruments orientats a impedir que es produeixin actes violents i, a evitar la sensació i el

desemparament de les víctimes de la violència en el lloc de treball.

En aquesta línia la previsió de l'art 5 de la LOPS, que permet la negativa del professional a continuar atenent o haver d'atendre a qui l'ha agredit i la dels Col·legis de Metges catalans de contractar una pòlissa de defensa jurídica de caràcter col·lectiu en cas d'agressió, són instruments adreçats a l'emparament del professional que complementen el sistema de reparació que l'ordenament jurídic té establert pels supòsits de danys causats mitjançant agressió i que s'analiza en aquest treball.

En aquest Quadern s'ha intentat evitar culpabilitzar els pacients i/o els ciutadans de la violència contra els metges en el seu lloc de treball, considerant que ambdós - metges i pacients - sovint són víctimes dels defectes de les organitzacions, d'un entorn asocial i d'una manca de respecte interpersonal en la relació terapèutica. Aquest fet però, no òbvia que el document incorpori i assenyali les persones i/o les Institucions, empreses i centres que en cas de producció de danys a un metge puguin ser responsables, conjuntament amb l'agressor.

S'aborda la informació i el desenvolupament de les habilitats dels metges per detectar els factors de risc de violència en la seva feina. També, per determinar les tècniques de gestió i protecció més adequades davant d'un incident violent així com per evitar que aquests actes de violència contra un metge es produeixin i a l'hora combatre els seus efectes.

Un altre bloc de continguts es centra en el tractament post incident, amb l'adopció de les mesures de seguretat laboral, judicial, administratives, sanitàries, de Centre i personals que corresponguin contra l'agressor i persones responsables. Totes elles emmarcades en el principi rector de proporcionalitat en la resposta que calgui donar a l'agressor i contra les agressions.

La dimensió de la violència en el lloc de treball

2

■ *Organització Mundial de la Salut (OMS)*

Estudis recents confirmen que la violència en el lloc de treball del sector sanitari és un fenomen universal tot i que, en funció de les singularitats idiosincràtiques o legislatives de cada país, difereix tant en el seu abast i dimensió com en les diverses formes que té de manifestar-se. La violència en el lloc de treball, segons confirma l'informe de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) afecta per igual als països més desenvolupats que als més pobres. Aquest informe denuncia que gairebé un 25% de tots els incidents de violència es produeixen en el sector sanitari i que més d'un 50% dels professionals de la Sanitat ha patit algun tipus d'experiència violenta algun cop. A més a més - es destaca - les seves conseqüències tenen un impacte més significatiu en els països més rics i suposen una seriosa amenaça tant per a la qualitat i desenvolupament de l'atenció sanitària com per a la productivitat i rendibilitat dels actuals sistemes de salut.

■ *Estats Units*

Els Estats Units d'Amèrica van ser el primers en afrontar el fenomen de la violència en el lloc de treball envers els metges amb tota la gravetat afegida que comporta una societat on la tinença d'armes és legal i on alguns incidents violents han resultat amb professionals sanitaris ferits de bala o assassinats amb arma de foc. Segons les últimes dades presentades per l'OMS, el personal sanitari dels EUA afronta 16 vegades més risc de patir violència en el seu lloc de treball que qualsevol altre personal amb prestacions socials. En la mateixa línia, més de la meitat de les demandes per agressió en el lloc de treball corresponen al sector sanitari.

En aquest dramàtic panorama, el National Occupational Health and Safety Administration (OSHA) acumula una llarga trajectòria en la recerca i implementació de polítiques i estratègies per prevenir i reduir la violència en el lloc de treball. Concretament, és la responsable de l'edició d'una de les primeres guies específiques per abordar la violència en el sector sanitari, immediatament seguida per la no menys paradigmàtica Guia OSHA de Califòrnia.

■ *Gran Bretanya*

A mitjans dels noranta i amb no menys contundència, Gran Bretanya ha vist com la violència contra el perso-

nal del National Health Service (NHS) esdevenia una realitat cada cop més alarmant, especialment, en coincidir l'aparició d'aquest fenomen amb la crisi i reforma del seu sistema nacional de salut. Així, amb l'objectiu de posar fi a la violència que pateixen els treballadors del NHS, el govern britànic va endegar la campanya "Tolerància Zero a la Violència dins del NHS". Segons enquestes oficials de 1998, gairebé un 40% del personal del NHS declarava haver patit algun incident violent a la feina tot i que actualment, quan la campanya encara no ha complert ni una dècada de rodatge, es discuteix si l'increment del nombre d'incidentes violents [un 13% més entre el 2001 i el 2002] respon a un augment real de les agressions o si, realment, és l'efecte repercutit d'una política que ha impulsat una cultura favorable a la notificació dels incidents violents contra els empleats del NHS, tot i que es reconeix la tendència inversa pel que fa a la gravetat dels incidents que es notifiquen.

■ *Canadà, Austràlia i Nova Zelanda*

Hi ha d'altres experiències també essencials a l'hora d'analitzar els sistemes de prevenció i gestió de riscos de violència laboral. Per exemple, Canadà que, des del primer moment que va afrontar el problema de la violència laboral contra els seus metges, s'ha emmirallat amb l'experiència del seu veí per adoptar les mesures més adequades tenint en compte la pròpia realitat. Igualment, Nova Zelanda o Austràlia. No es pot obviar el cas dels metges australians, que tot i comptar amb diferents programes de prevenció estatals i regionals des de l'any 1996, encara el 2001, més d'un 62% declaraven haver patit algun incident de violència en el seu lloc de treball.

■ *Europa*

Al marge de l'experiència britànica, a Europa, destaca l'experiència de Suècia, pionera en legislar en aquesta matèria concreta ja l'any 1993. També tenim les experiències d'altres països comunitaris com Bèlgica, Holanda o Itàlia però s'ha d'esmenar de forma especial França pel nombre i gravetat dels incidents de violència contra els professionals sanitaris. L'Ordre de Metges i una comissió interministerial –Sanitat, Interior i Justícia– van assolir un acord definitiu per protegir de forma eficaç els metges francesos contra la violència que patien durant la prestació d'un acte mèdic.

■ *Espanya i Catalunya*

A principis de l'any 2003, el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) va posar en marxa un programa de prevenció de la violència en el lloc de treball que preveia la creació de l'Observatori de la Seguretat dels Metges, l'elaboració d'aquest manual i la contractació d'una pòlissa de defensa jurídica per als metges agredits en el curs del seu exercici professional així com un programa de suport a les víctimes i el compromís institucional en difondre una nova cultura de la dignitat i seguretat dels metges en la prestació d'un acte mèdic.

Dins d'aquest marc d'actuació institucional, s'ha dut a terme la primera investigació per conèixer la situació real de la violència en el lloc de treball vers els metges catalans. Segons aquesta enquesta, gairebé un terç dels metges ha experimentat algun incident violent en algun moment de la seva carrera professional mentre que

una quarta part declara haver estat testimoni d'algun acte d'agressió vers un company. Aquest estudi confirma que les característiques i tendències catalanes de la violència en el lloc de treball envers els metges majoritàriament coincideixen amb la de la resta de països que han estudiat aquest fenomen. Així, és possible afirmar que les agressions verbals (44%) són més freqüents que les físiques (28%) i les amenaces (26%). També, destaca que l'autor de les agressions en gairebé un 50% de les ocasions és el pacient, seguides d'un 30% que ho és el familiar o de la resta de casos en què les agressions provenen de malalts psiquiàtrics o toxicòmans. Segons aquesta enquesta, una de les causes més freqüent dels incidents violents patits pels metges catalans respon a la frustració que es genera en els pacients en no veure satisfetes les seves expectatives. L'enquesta també revela que els serveis d'urgència són l'indret on més agressions es produeixen (45%), seguit dels Centres d'Atenció Primària (28,6%) i de les sales d'hospitalització (13,7%).

Reconeixement del problema

3

3.1

Definició de violència en el lloc de treball

La forma de definir la violència al lloc de treball és important per avaluar la dimensió del problema i identificar les àrees sobre les quals s'ha d'actuar o emprendre unes iniciatives concretes. La definició genèrica de violència en el lloc de treball, segons l'Organització Mundial de la Salut, es refereix a "tots aquells incidents en els quals la persona és objecte de maltractaments, amenaces o atacs en circumstàncies relacionades amb la seva feina, incloent el trajecte entre el domicili particular i la feina, amb la implicació que s'amenaci explícitament o implícita la seva seguretat, benestar o salut".

Aquest Quadern aborda la particular violència exercida contra els metges en el seu lloc de treball, en el si dels establiments, centres i serveis sanitaris en els quals els professionals presten els seus serveis incloent l'activitat mèdica al carrer o a domicili, dels pacients o usuaris i dels seus familiars o acompanyants o, en altres indrets, com a conseqüència de la seva activitat professional. Aquest manual també tracta de la violència externa que prové de tercers aliens als àmbits de les relacions

de treball i assistencial. No així de l'assetjament psicològic o moral (mobbing) i altres manifestacions de violència produïdes en l'àmbit de la relació de treball en les que autor i víctima són companys de treball o persones vinculades per una relació jeràrquica o de dependència. Aquest tipus de violència interna s'ha exclòs d'aquesta guia per tenir un origen i unes característiques molt diferents que cal tractar específicament.

L'estandardització de la definició de violència en el lloc de treball és fonamental perquè de la comprensió que els metges en tinguin d'aquest concepte dependrà la percepció dels riscos de la pròpia feina i, per tant, s'esdevé un primer esglaió en la prevenció i gestió dels incidents violents.

■ *Incident violent en el lloc de treball*

Qualsevol actitud que comporti abús verbal o físic, amenaces o d'altres comportaments d'intimidació, atacs físics intencionats, amenaces verbals o amb una arma ofensiva, coacció o atac sexual comès per un pacient, el seu familiar o acompanyant contra un metge relacionat amb el compliment de la seva professió causant d'un dany físic o psicològic en la persona o malmetent la propietat.

■ *Lloc de treball*

Qualsevol instal·lació d'atenció mèdica amb independència de la seva dimensió i ubicació tant si és urbana com rural i fixa o mòbil, ja que la prestació de servei a fora d'aquestes instal·lacions, com els ambulatoris, vehicles, carrer i domicilis –incloent els desplaçaments- es consideraran lloc de treball dels metges en estar prestant un acte mèdic.

■ *Autor*

La persona que comet els actes de violència o que incorre en qualsevol dels comportaments que provoquen un incident violent envers un metge en relació a la seva feina.

■ *Víctima*

El metge que és objecte d'un incident violent en relació a la seva feina d'acord amb la definició de violència en el lloc de treball.

■ *Amenaça / Intimidació*

Declaració seriosa o intent d'infringir un dany immediat o en el futur mitjançant qualsevol paraula, insults racials, gestos o exhibició d'objectes o armes que el metge percebi com un perill clar i real de la seva seguretat i que pot causar temor, preocupació o incapacitat per executar les funcions laborals.

■ *Coacció*

Constrènyer la voluntat d'algú a dir o a fer alguna cosa sigui justa o no.

■ *Injúria*

Acció o expressió que lesiona la dignitat d'una altra persona, amb detriment de la seva fama o atemptant contra la seva pròpia estimació.

■ *Vexació*

Ofensa, humiliació, acció de contrariar vivament o mortificar.

■ *Atac / Agressió*

Qualsevol acte agressiu ja sigui colpejar, donar cops de peu o de cap, empènyer, mossegar, esgarrapar, atac sexual o qualsevol altre atac físic o verbal dirigit al metge per un pacient, familiar o acompanyant individual que es produeix durant o com a resultat de la prestació d'un deure i el qual resulta en mort, lesió física, perjudici psicològic o dany de la propietat. Inclou l'agressió sexual i trucades telefòniques obscenes o amenaçadores i anònims.

■ *Incivisme*

Manca de respecte vers els altres que es manifesta per uns comportaments relativament lleus.

3.2

Tipus de violència

Verbal

Paraules vexatòries, crits, gestos, frases de menyspreu, insults, amenaces, coaccions i injúries.

Física

Empentes, escopinades, puntades de peu, cops de puny o de cap, bufetades, esgarrapades, mossegades, violacions, punyalades i trets. També, inclou la intimidació amb amenaces físiques.

Psicològica

Els dos tipus d'agressions anteriors porten implícita l'agressió psicològica associada que genera al metge i que es denomina: síndrome d'estrès posttraumàtica, caracteritzada en una entitat psicopatològica que afecta la víctima d'ansietat, depressió i insomni.

Dany a la propietat

Robatori, malmetre mobiliari i/o instal·lacions del centre i pertinences del propi metge.

Aquests tipus de violència poden tenir un caràcter: lleu, greu o molt greu i d'això en depèn la qualificació penal o civil que caldrà donar a l'agressió.

3.3

Impacte de la violència en el lloc de treball

Els incidents violents envers un metge, al marge de les conseqüències negatives en la salut física i psíquica de la víctima d'una agressió o en l'estat emocional de la resta de companys de l'establiment sanitari - hagin estat testimoni o no de l'incident- tenen un impacte determinant en termes de costos econòmics, materials i humans o de prestigi per a la pròpia organització sanitària en què té lloc l'agressió.

Les empreses afectades per aquest fenomen pateixen un important increment de l'absentisme. Per altra banda, un entorn laboral insegur deteriora la qualitat de l'atenció sanitària i, per altra, les comprensives actituds de fugida i/o complaença als requeriments de l'agressor condicionen unes conductes inadequades.

En aquest aspecte, l'organització sanitària que té el deure d'assegurar l'eficàcia i l'eficiència del sistema, haurà de solucionar aquests dèficits proporcionant un entorn laboral segur que empari adequadament el seu personal amb la finalitat d'impedir aquests potencials efectes indesitjables.

La tipologia d'afectació és la següent:

a

Danys físics

Escala de gravetat de les lesions atribuïdes a una agressió

- Absència de lesió traumàtica visible.
- Contusions úniques (hematoma, erosió, excoriació).
- Contusions múltiples (hematomes, erosions, excoriacions).
- Ferides lleus o superficials que precisen aproximació (steril-streeps o sutura cutània).
- Ferides greus que precisen sutura quirúrgica o intervenció quirúrgica).
- Ferides molt greus que comporten risc vital.
- Ferides mortals (que comporten la mort de la víctima).
- Danys psíquics

b

Danys psíquics

La gravetat de les repercussions psicològiques depèn de les circumstàncies de l'agressió, de l'estat personal i

de l'entorn de la víctima en el moment de l'agressió.

Ansietat

Que té com a símptoma primordial la por a seguir desenvolupant la pròpia professió i, en ocasions, veritable pànic al lloc de treball, amb palpitations, sufocacions, dispnea i diverses somatitzacions com ara gastràlgies, migranyes i contractures musculars.

Depressió

Caracteritzada per una baixa autoestima, la qual cosa pot portar a sentir-se incapaç de continuar desenvolupant la professió, donat que manca la suficient energia i il·lusió per enfrontar-se a les situacions quotidianes, mostrant tristesa, apatia i manca d'interès pel propi entorn.

Estrès post traumàtic

Episodis d'insomni i malsons nocturns en els quals es reviu l'agressió que s'ha patit amb interrupcions freqüents del son que impedeixen la necessària reparació del cansament.

L'estrès post traumàtic sol curar-se o remetre abans d'un any després de l'incident, però un 30% dels casos tendeixen a patir un estrès post traumàtic crònic. En alguns casos, pot derivar en situacions d'invalidesa per l'exercici de la professió.

Guia d'actuació

4

4.1

Detecció de les situacions potencialment agressives

Les relacions entre metges i pacients o els seus acompanyants poden adquirir en alguns casos un clima d'agressivitat en correlació i acumulació de mals entesos, ressentiments, pors, etc. que s'haurien de poder detectar i desactivar abans de desembocar en una agressió. També caldria detectar les persones amb algun trastorn psiquiàtric, o d'addicció, o de relació asocial que requereixi d'un tractament i vigilància reforçats i, els factors de riscos associats a les característiques concretes del propi lloc de treball, a determinades situacions relacionades amb l'acte mèdic en si mateix així com a la provisió del propi servei mèdic.

4.1.1. Del lloc de treball

Certes característiques del lloc de treball en el que es

presta un acte mèdic són susceptibles d'accentuar una sensació d'estrès en l'usuari i d'actuar com a factors desencadenants d'un comportament violent envers un metge.

Elements com la distribució de l'espai i l'emplaçament d'un lloc de treball, la il·luminació, l'ambient i les condicions laborals, els recursos materials i humans disponibles o l'horari en el que es presta un acte mèdic o la deficient atenció a una queixa inicial, són factors essencials de riscos de violència en el lloc de treball on es proveeix assistència mèdica.

a

Són factors del lloc de treball que poden generar agressivitat en caràcter general:

1

L'incompliment dels plans de prevenció dels riscos de violència en el lloc de treball i/o del desenvolupament de les mesures i activitats preventives recomanades.

- 2 Deficiències en el disseny del centre: accessos, aparcaments, sales d'espera amb seients incòmodes, temperatura ambiental no apropiada, sorolls i mala il·luminació.
- 3 Manca d'informació institucional, personal adequat degudament entrenat que satisfaci les preguntes i preocupacions previsibles de l'usuari en atenció al motiu de la seva visita al centre o consulta.
- 4 Deficiència en el tracte que el personal del centre facilita als pacients i a d'altres visitants del centre.
- 5 Conflictes entre el personal del centre que generen tensions i una hostilitat en l'ambient susceptible de repercutir en el comportament del pacient.
- 6 Condicions de massificació i insuficiència de recursos humans i materials.
- 7 Sobrecarrega de la feina del metge i altres professionals, burocratització excessiva i inestabilitat en la plantilla
- 8 Canvis de metge sense sol·licitud i informació prèvia al ciutadà.
- 9 descoordinació entre el personal i serveis del centre i/o en l'assignació de les funcions concretes a un lloc de treball, i que genera informacions contradictòries al ciutadà.
- 10 Deficiències, en els perfils professionals. Formació inadequada.
- 11 Interrupció de les consultes – amb la visita ja iniciada – amb interferència de persones alienes, trucades telefòniques, etc., susceptibles d'ésser interpretades com desatenció i relegació al malalt.
- 12 No atendre les demandes del pacient sense raonar els motius: d'organització, mitjans o recursos que impedeixen satisfer les expectatives dels malalts o acompanyants.
- 13 Demora en l'assistència, proves, intervencions, etc. sense un pla informatiu que expliqui el per què de la demora.
- 14 Defectes en la informació i l'atenció a situacions de risc vital o d'emergència, especialment sentides pels familiars o acompanyants en els serveis d'urgències i UVI.
- 15 Imprevisió i suport institucional adequat a situacions de mort o dol.

4.1.2. *Dels metges (i dels professionals sanitaris)*

Característiques del metge susceptible de generar l'agressivitat del pacient

- 1 Manca d'habilitats de comunicació amb els pacients així com desconeixement de la gestió de la comunicació emocional
- 2 Interferència dels problemes personals en la feina
- 3 Treballar en uns serveis d'assistència més propensos a crear estrès laboral o patir unes difícils condicions laborals capaces d'originar insatisfacció professional.
- 4 Dificultats personal per adaptar-se a l'ambient laboral i/o per mantenir bones relacions amb els companys. Patir situacions de burning i mobbing horitzontal o jeràrquic.
- 5 Actituds d'intolerància, prepotència, insensibilitat envers els malalts o els seus familiars i acompanyants.
- 6 Desconeixement de l'organització i/o del centre en el que es treballa.
- 7 Deficiències o desconeixement dels circuits de previsió d'atenció sanitària complementària
- 8 descoordinació amb la resta de metges que puguin estar en relació amb el pacient
- 9 Negatives no raonades a peticions de prestació sanitària: proves, fàrmacs, certificats, etc.
- 10 Dificultat per evidenciar que 's'escolta' el malalt.

4.1.3. *Dels ciutadans (pacients, familiars o acompanyants)*

a *Tipologia del ciutadà "agressiu"*

• *Fustrat*

Ciutadà amb frustracions diverses ja sigui per la mateixa malaltia, problemes personals, laborals, familiars, econòmics, socials, etc.

• *Poc receptiu*

Ciutadà poc receptiu a les explicacions que fonamenten la necessitat de donar o prolongar una baixa laboral; o de remissió a un especialista o a un centre determinats; o de sol·licitud d'un anàlisi o prova de diagnòstic, etc.

- **Simulador**

Ciudadà que simula símptomes i signes amb la finalitat d'aconseguir alguna cosa en benefici propi: cobrar una pensió, una pòlissa d'assegurances, aconseguir una baixa laboral, certificats, informes mèdics, etc.

b

Trastorn psiquiàtric, segons la tipologia següent:

- **Paranoic**

Persones amb uns trets característics accentuats propis de rigidesa, egocentrisme, desconfiança, suspicàcia, projecció de la pròpia culpabilitat vers els altres. Fredor en el tracte i tendència a les relacions agressives en sentir-se amenaçats davant el mínim estímul. Aquestes persones, davant situacions conflictives, poden actuar violentament envers el metge i amb qualsevol persona.

- **Antisocial**

Individus que no admeten - i que tot sovint infringeixen - les normes de conducta social establertes. El seu egocentrisme els duu a utilitzar el sistema sanitari en benefici propi i a practicar unes conductes asocials: hàbit d'anar al metge sense tenir visita programada, falsificació de receptes, mentir per manipular la història clínica, etc. Són capaços d'involucrar el metge i d'agredir-lo si es satisfà les seves peticions ja que són intolerants la frustració. Acostumen a reaccionar agressivament davant qualsevol contrarietat i sense cap mena de penediment per la conducta de menyspreu demostrada ja que els manquen sentiments ètics i de remordiment.

- **Somatomorfo**

Malalts que presenten nombroses queixes psicossomàtiques tot i que les exploracions complementàries són generalment negatives. Així, molts dolors corporals, símptomes respiratoris, digestius o d'altres anomalies no són més que una somatització encara que per diagnosticar aquesta somatització cal descartar qualsevol de les malalties que expliquen. Aquests tipus de trastorns suposen una de les causes més freqüents de les visites mèdiques, és a dir, som davant d'un pacient hiperfreqüentador. Si -és possible, convé evitar que aquest pacient vagin d'un especialista a un altre sense que el seu metge de capçalera coordini prèviament una estratègia terapèutica.

- **Psicòtic**

El malalt mental psicòtic no acostuma a ser molt perillós encara que la seva estranya conducta molt sovint crida l'atenció. És estrany que agredeixi els metges ja que presenta una desconexió de l'entorn que l'allunya de les relacions humanes, incloses les conflictives.

- **Oligofrènia o retard mental**

La comunicació amb aquest pacient presenta dificultats

ja que el llenguatge del malalt amb retard mental és molt reduït i reiteratiu. En ocasions, l'oligofrènic pot reaccionar molt primitivament i violenta, tenint reaccions explosives davant d'una frustració com, per exemple, si té molta gent davant seu per entrar a la consulta del metge.

- **Deteriorament senil**

Les persones grans amb arteriosclerosi cerebral i aquelles que estan iniciant un quadre de demència solen presentar una progressiva pèrdua de la capacitat de raciocini i de judici, passant fàcilment de l'agressivitat a l'eufòria. No és gens estranya que ocasionalment es descompensin i reaccionin violentament davant la mínima frustració.

- **Toxicomania**

Els alcohòlics crònics, els heroïnòmans i els consumidors de cocaïna són persones potencialment agressives. Sovint entren en agressivitat ràpidament quan no se'ls dispensa els psicofàrmacs que sol·liciten.

4.2

Maneig dels incidents violents

El judici encertat de "previsibilitat" i d'anticipació és essencial per evitar o reconduir una situació violenta.

Indicadors de risc de conducta violenta per part d'un malalt o els seus acompanyants

- *Parlar fent servir paraules grolleres*
- *Contracció labial que permet veure les dents o contracció intensa dels masseters.*
- *Senyalar amb el dit, tancar les mans formant punys, prémer objectes.*
- *Tensió muscular i actitud generalitzada en flexió i canvis de postura freqüents i ràpids sense finalitat concreta o detenció sobtada de tot moviment.*
- *Adopció de postura cefàlica baixa i avançada, coll en flexió, barbata cap al pit o adopció de postura de lluita, tipus boxejador o d'arts marcials.*
- *Mirada directa i fixa o establir contacte ocular prolongat. Quan l'atac és imminent la majoria de persones fixaran la mirada en el punt que agrediran.*
- *Conducta destructiva dels objectes.*
- *Discurs paranoic o coaccionador.*
- *Demandes poc raonables o sense sentit*

Els responsables dels centres i els professionals, tot i les dificultats de modificar les conductes de risc han de procedir al seu maneig i desactivació en la línia que a continuació es recomana.

4.2.1. Maneig del ciutadà agressiu (pacient, familiar o acompanyant)

Quan un pacient o ciutadà es mostra tens o irritable durant la visita mèdica, és recomanable que el sanitari sàpiga transmetre els següents senyals verbals i no verbals:

1. Mantenir l'equilibri emocional i no respondre les provocacions

- Controlar els sentiments negatius que determinades situacions conflictives amb el pacient o els seus acompanyants puguin haver provocat.
- Evitar caure en el terreny de la provocació i mantenir el control ja que, en el cas contrari, pot produir-se una situació d'extrema agressivitat amb insults i crits molt llunyana al rol terapèutic.

2. Conversar amb correcció, en un to afable i professional

- Evitar mostrar un to bruscat i/o tallant perquè això podria incrementar la tensió i accelerar la conflictivitat.
- Explicar amb molta cura i de forma convincent i raonada els motius pels quals no és possible complir les expectatives del pacient o de l'acompanyant.
- Adreçar-se al pacient amb fermesa evitant una actitud de prepotència.

■ **En el cas que la tensió del pacient augmenti de forma incontrolable malgrat la conducta per frenar-la, caldrà reorientar la conversa :**

- a** Fer un contra balanç emocional
Conduir el pacient cap a l'estat d'ànim tranquil que manté el metge. Això és pot aconseguir amb unes habilitats de comunicació adequades per gestionar les emocions i, molt especialment, quan s'és una persona afectuosa i empàtica.
- b** Alliberar la tensió emocional del pacient
Deixar parlar al pacient tot el que vulgui perquè expliqui els seus sentiments, inquietuds, frustracions i aspiracions per tal que alliberi la seva tensió interna.
- c** Avisar un company que s'integri a l'entrevista amb la finalitat que ajudi a solucionar el motiu de la tensió
Evitar fer qualsevol gest que el pacient pugui interpretar com menyspreu.

d Reconeixement de les possibles deficiències pròpies i de l'organització
Sovint, el reconeixement de les pròpies mancances rebaixa la tensió del pacient i es pot restablir la correcta interrelació en el desenvolupament de la visita.

e Manifestar els propis sentiments al pacient
En aquelles situacions que el metge no pugui controlar les pròpies emocions, especialment després d'haver rebut insults greus o vexatoris, és convenient mostrar al pacient els propis sentiments de tristesa i malestar per l'incident, amb independència que es pugui optar per denunciar-lo tot i que no és prudent parlar d'aquest aspecte.

Aquesta actitud podria fer reflexionar el pacient per adonar-se de les possibles conseqüències de la seva conducta.

■ **Així mateix, durant l'entrevista amb un pacient o familiar potencialment violent és aconsellable evitar transmetre els següents senyals verbals i no verbals:**

Verbals

- Evitar l'ús d'estils comunicatius que generin hostilitat com: apatia, fredor, condescendència, menyspreu, impaciència.
- Evitar verbalitzar amenaces, coaccions o insults.
- Evitar minimitzar la situació, les queixes o les crítiques.
- Evitar d'entrada la crítica i el rebuig de les demandes del pacient.
- Evitar transmetre informació que no s'ajusti a la realitat i proposar pactes que no es puguin complir.

No verbals

- Evitar l'adopció d'un llenguatge corporal desafiant o que es pugui interpretar com hostil o amenaçador: situar-se dempeus en oposició frontal, col·locar les mans als malucs, creuar els braços, assenyalar amb el dit, etc.
- Evitar el contacte físic i la proximitat excessiva (mantenir-se a una distància aproximadament igual a la llargada del braç). Així ens situem inicialment fora de l'abast de l'altre i no s'envaeix el seu espai personal.
- Evitar el contacte ocular prolongat.
- Evitar els moviments ràpids i evitar posar-se d'esquena

■ **I si malgrat tot l'anterior ha estat impossible reconduir la situació i evitar l'escalada de violència i persisteix la situació potencialment perillosa, es recomana:**

1. Donar per acabada la visita

- Ubicar mentalment una via de fugida.
- Vigilar la interposició de taules i d'altres elements mobiliaris que puguin bloquejar la via de fugida.
- Localitzar si hi ha botons d'alarma.
- Preparar la sortida de la sala i sortir

2. Preparar la sortida de la sala pel cas que l'agressor ho vulgui impedir

- Si l'agressor no està armat, caldrà protegir-se emparant-se amb els elements mobiliaris per situar-se fora de l'abast de l'atac. Si no és possible, el metge en perill té el dret legítim de defensar-se per repel·lir una agressió aplicant els medis d'autodefensa al seu abast, sempre amb la "mínima força necessària" per repel·lir o neutralitzar l'atac i "proporcional al dany que es pretén evitar".
- Caldria evitar que aquesta actuació de "legítima defensa" es confongui amb els supòsits de baralla mútuament acceptada. Per tant, s'hauria de considerar preferible la fugida de la situació potencialment perillosa com a solució més segura i amb inferior risc de dany i evitar, si és possible, la confrontació física directa.
- Si l'agressor té un arma blanca o un arma de foc, es recomanable no activar l'impuls d'usar l'arma i per tant caldrà seguir les indicacions de l'agressor fins que es pugui avaluar racionalment la possibilitat de defensa efectiva.

3. Reclamar la intervenció dels cossos de seguretat, si n'hi ha, o d'altres i denunciar al jutjat de guàrdia o a la comissaria de Mossos d'Esquadra o de Policia més propera l'agressió.

Amb pacients o ciutadans afectats de trastorn mental o similars, caldrà tenir especial cura a detectar "la perillositat" imminent del subjecte i el seu nivell de contenció. Si la perillositat és elevada, caldrà evitar l'atenció per part d'un únic professional i sol·licitar la presència d'un altre professional sanitari durant l'acte mèdic.

4.2.2. Maneig del risc de violència en el lloc de treball

En cas d'agressió a un dels seus treballadors, l'empresari o el director d'un centre és responsable per l'incompliment del deure de protegir adequadament al personal que hi treballa i, en determinats supòsits, per la falta de previsió davant l'existència de possibles situacions de risc dels professionals.

En aquest sentit, la legislació de prevenció de riscos laborals, el codi civil i, fins i tot, el codi penal, regulen les conductes preventives i de vigilància exigibles que, evidentment, han de tenir la seva concreció en cada centre segons el seu llinar de seguretat.

El procés d'identificació, avaluació i implementació de les mesures de reducció de riscos, caldrà adaptar-lo al següent esquema:

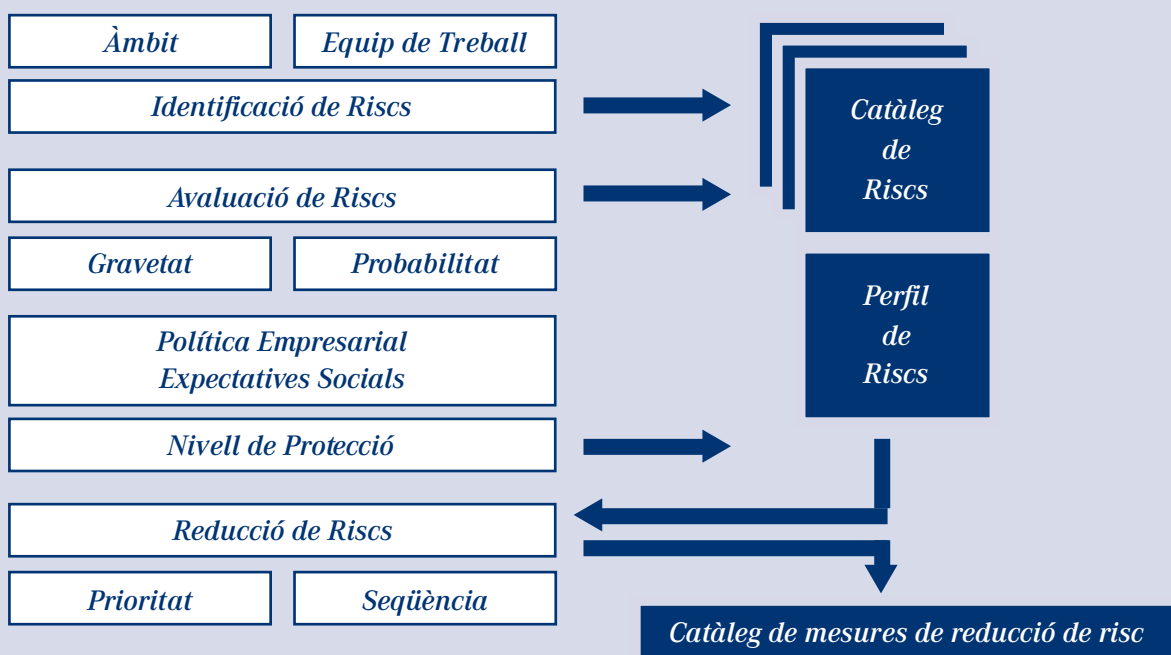


Figura 1

Aquest procés d'anàlisi l'hauria de fer un Equip de treball del que formessin part representants de gerència, direcció mèdica, infermeria, treball social i responsables dels serveis de Prevenció de Riscos Laborals, Seguretat, Jurídic i Manteniment. A aquest equip de treball, caldria donar-li permanència en el temps i constituir-lo com a una **Comissió de Prevenció de la Violència en el Lloc de Treball (COPREVI)**.

A la direcció de la Comissió hi hauria d'haver un moderador que liderés les actuacions dels components i el desenvolupament de l'anàlisi.

L'objectiu inicial de cada COPREVI hauria de ser la Identificació de Riscos o amenaces potencials del lloc de treball, dels ciutadans usuaris del centre i dels propis professionals i dels circuits del centre. També, s'hauria d'encarregar de l'avaluació d'aquests resultats i de la corresponent definició del **Catàleg de Mesures** per reduir els riscos d'agressió.

Concretament, són funcions de la COPREVI les següents:

1 **La investigació i l'anàlisi de les dades disponibles sobre els incidents violents**

Ha de considerar-se periòdicament com una activitat preventiva essencial per reduir i eliminar el nombre d'agressions envers un metge en el seu lloc de treball. Totes les organitzacions sanitàries haurien d'ésser capaces de demostrar que estan posant en pràctica els programes i mesures més adequats per reduir o eliminar la violència contra el seu personal.

2 **L'avaluació i comprovació periòdica el funcio-nament i resultats dels:**

- Sistemes de control i vigilància dels programes i mesures de seguretat implementades.
- Sistemes d'informació i formació en matèria de seguretat laboral per als professionals.
- Sistemes d'assessorament i suport disponibles per al metge víctima d'una agressió.
- Sistemes de participació dels metges [o els seus representants] en la preparació dels criteris per avaluar, prevenir i gestionar els riscos de violència en el propi lloc de treball.
- Sistemes de divulgació interna (Comissió de Seguretat) dels incidents violents.
- Sistemes d'avaluació de determinats cicles de la gestió dels riscos i de l'abordatge de la violència en el lloc de treball i publicació

3 **Tractament de les conseqüències urgents o immediates de l'agressió en el professional. Emparar-lo. Què necessita?**

- Informar, assessorar i donar suport al metge

agredit per gestionar la situació immediata i en el futur, sobre els ajuts als quals pot accedir i en relació a les diferents accions que és factible emprendre en relació a l'incident violent i/o a l'autor de l'agressió.

- Donar informació i suport a la família de la víctima de l'agressió, si fos el cas.
- Iniciar oportunament una investigació interna i fer el seguiment del cas mentre calgui.
- Assessorar i representar jurídicament el metge agredit.
- Disposar d'uns protocols d'actuació vers els pacients o acompanyants agressius.
- Avaluar i controlar els riscos de violència en el què es proveeix l'acte mèdic.

4 **Establiment dels procediments de queixa i resolució de conflictes**

Davant qualsevol tipus d'amenaça o d'agressió a un metge, el centre sanitari hauria de disposar de procediments de queixa envers els pacients com a mesura de prevenció que contribueixi a la resolució del conflicte abans no es deteriori irreversiblement la relació i pugui derivar en una situació de violència envers el metge:

- Investigar els fets denunciats - documentant profusament l'incident - per determinar si correspon adoptar alguna actuació concreta o si s'ha d'arxivar el cas, comunicant la decisió al metge i al pacient.
- Si es resol emprendre una acció determinada, adoptar les mesures de seguretat que s'escaiguin ja siguin de caràcter terapèutic, preventiu o legal.
Gestió i educació sanitària dels pacients i acompanyants que han amenaçat o agredit un metge per evitar que la primera es consumi i que si l'incident violent arriba a produir-se evitar que es repeteixi.

5 **Adopció de mesures de prevenció envers l'agressor reincident**

Si com a resultat de la investigació interna és altament previsible la reincidència i reiteració en cometre actes violents, caldrà estudiar i implementar la posada en marxa del mecanisme legal que impedeixi l'acostament del violent al centre o sector i sense perjudici que s'hagi de completar amb activitat d'educació sanitària i de respecte a la col·lectivitat o de tractar terapèuticament a l'agressor, si així procedeix.

Per l'exercici de les funcions esmentades, es recomana iniciar l'anàlisi identificant els següents aspectes:

- Els perills més eminents i greus.
- Els defectes en el funcionament.

- Les influències ambientals negatives.
- Els dèficits del personal i de l'organització.

Identificat el risc, cal avaluar la probabilitat d'ocurrència i donada la dificultat de comptar amb xifres absolutes, en alguns àmbits, caldrà fer ús d'estimacions subjectives, que seran consensuades durant el procés de treball per la COPREVI.

Pel que fa a la **Gravetat dels Danys** i a títol orientatiu es suggereix la següent classificació:

- Personals
- Materials directes i indirectes.
- Pèrdua de confiança dels professionals i dels ciutadans no violents.

La gravetat d'aquests danys es pot classificar en :

- Catastròfica (mort, lesions greus, danys directes i indirectes elevats)
- Crítica (lesió greu o menys greu, pèrdua notable d'imatge amb els professionals).
- Marginal (agressió menor, poca repercussió en el personal del centre)

- Insignificant (danys materials mínims, pèrdua d'imatge mínima amb els professionals)

Mentre que per **Probabilitat d'Ocurrència**, es recomana la següent gradació:

- Freqüent
- Moderada
- Ocasional
- Remota

Finalment, a partir del resultat de combinar els tipus de danys previsibles, la seva gravetat i la probabilitat d'ocurrència, caldrà Definir l'Ordre de Prioritats per abordar els riscos de violència en el lloc de treball i a continuació indicar les Mesures de Prevenció i Protecció a Adoptar contra el Risc Definit, establint una organització de seguretat que asseguri que s'acompleix i es mantenen les mesures de protecció definides.

Aquest seguiment hauria de delegar-se en la COPREVI amb la funció de proposar a l'empresa l'adopció i la implementació de les mesures que correspongui i de fer l'avaluació de riscos i del catàleg mesures a que s'ha fet referència.

Actuacions post incident violent

5

Les actuacions que tot seguit s'indiquen tenen per objectiu emparar el metge agredit i ordenar adequadament la intervenció de les parts implicades en compensar i protegir els interessos del metge agredit i per prevenir futurs incidents violents.

5.1 Atenció mèdica i documentació de lesions i de l'incident

El metge que hagi estat víctima d'una agressió – i tota persona involucrada en l'incident - ha de tenir la possibilitat de disposar de tractament mèdic, ràpidament o urgent, immediatament després de produir-se l'incident.

5.1.1 Documentació de lesions i de l'incident

Ajuda a acreditar davant l'autoritat judicial el tipus i

grau de les lesions, el mecanisme causal, el tractament rebut, etc. Per tant, caldrà:

- 1 La identificació de l'agressor i dels testimonis.
- 2 Descriure l'episodi violent, indicant dia i hora i incloent, en el seu cas, antecedents d'anteriors situacions tenses o d'altres agressions ...
- 3 Anotar detalladament les lesions i incloent-hi: el tipus, nombre, mida i localització. Resultat de les exploracions complementàries. Especificar el tractament dut a terme. Confeccionar a l'efecte un full - mapa anatòmic – on es marqui les lesions presents que faciliti la descripció donada (annex).
- 4 I pel cas d'haver-se comunicat l'agressió al jutjat de guàrdia, còpia d'aquest comunicat.
- 5 L'informe del metge forense pel cas d'haver intervingut a requeriment del jutjat.

Les accions legals tenen per objectiu satisfer l'agredit pels danys soferts i tenen un caràcter compensatori a la víctima. En termes generals, la «satisfacció de l'agredit» ve donada:

- a** Pel penediment, contrició i presentació de disculpes de l'agressor a la víctima.
- b** Per la interposició - en cas del metge agredit - d'accions penals i/o civils contra l'agressor i altres responsables, si n'hi ha, sol·licitant des de penes de privació de llibertat, allunyament fins a indemnització econòmica pels danys i perjudicis infringits.
- c** Per l'acabament (suspensió) de la relació assistencial amb el pacient i/o la seva família.
- d** Per la sol·licitud de responsabilitat al centre sanitari i/o a l'Administració, en cas de manca o defecte en la previsió i la protecció adequada del personal al seu servei.

Qualsevol de les accions descrites són acumulables entre sí i l'elecció d'una no exclou accionar qualsevol de les restants.

5.2.1. *Assessorament i defensa jurídica*

L'assessorament pel degut emparament al metge agredit és complex i caldrà que sigui el propi afectat qui decideixi d'entre les possibles accions legals a adoptar, quina es la que es decideix.

Un advocat és el professional més qualificat per orientar les accions legals i jurídiques a adoptar.

Això no obstant, la complexitat del sector sanitari i les especials característiques de la relació metge / pacient, familiars i l'existència d'associacions, sindicats i col·legis professionals, orientats a la defensa dels professionals i al respecte degut als ciutadans i pacients, usuaris d'aquests serveis, fan recomanable la recerca de consell i assessorament en aquestes Institucions i organismes. I això sense obviar l'assessorament i recolzament del centre sanitari.

Als efectes d'aquest Quadern i essent que des de l'inici de l'any 2004, els Col·legis de Metges Catalans han subscrit una pòlissa de defensa jurídica dels metges objecte d'una agressió que compren la totalitat dels

col·legiats amb exercici professional públic o privat, els metges col·legiats haurien d'adreçar-se al seu Col·legi respectiu per sol·licitar i obtenir l'assessorament jurídic oportú i impulsar les accions judicials que procedeixin.

5.2.2. *Informació, assessorament i suport previ a l'inici d'accions*

Suposa:

- Recopilar la informació i documentació que faciliti o disposi el metge agredit.
- Analitzar la informació i la documentació rebuda i si cal, completar-la.
- Concertar l'entrevista amb l'assessor jurídic legal del Col·legi corresponent.
- Informar en l'entrevista entre assessor col·legial i metge agredit de les possibles accions a emprendre, atenent el material de que es disposa i, el desenllaç que de cada una cal esperar.
- Iniciar l'acció jurídica (judicial, laboral) d'elecció de l'afectat.

Tipologia i accions a emprendre:

- Investigació: identificar l'agressor, el responsable, la família, el domicili, etc.
- Penals: denúncia o querella per injúries, calumnies o coaccions.
- Denúncia o querella per lesions.

D'acord amb el nostre Codi Penal, tenen la consideració de faltes aquelles infraccions que la llei castiga amb penes lleus. Són accions constitutives de falta contra les persones: lesionar lleument, colpejar, maltractar d'obra sense causar lesió, amenaçar lleument amb armes o instruments perillosos, i amenaçar, coaccionar, injuriar o vexar injustament de forma lleu. També són faltes aquelles lesions que curen només amb una primera assistència i no precisen tractament mèdic i/o quirúrgic.

Excepte les lesions i els maltractaments d'obra, la resta d'infraccions, quan per la seva gravetat no són constitutives de delictes, només es poden perseguir mitjançant denúncia de la persona agreujada, és a dir, del professional víctima de l'actuació violenta.

El resultat final de les accions penals contra l'agressor, en cas que el jutge consideri que la conducta és penalment rellevant, és doble, per una part, la imposició d'una condemna que pot ser pecuniària, de privació de llibertat, d'allunyament i, per altra, el rescabament econòmic de la víctima mitjançant la corresponent indemnització.

- Civils: Les accions civils persegueixen el rescabament econòmic de la víctima mitjançant la corresponent indemnització de danys i perjudicis.

- **Laborals:** Tramitació baixa laboral per incapacitat temporal derivada d'accident de treball, si s'escau.
 - Implicació de l'empresa en la resolució judicial o extrajudicial del cas.
 - Adopció de mesures d'organització, si la gravetat de l'agressió ho aconsella, per evitar el contacte professional entre l'agressor i la víctima, que es deriva de l'atenció sanitària del centre.
- **Extrajudicials:**
 - Exercici pel metge agredit del dret de renúncia a continuar prestant assistència mèdica a l'agressor- si ha estat agressor el pacient – o a mantenir qualsevol tipus de contacte amb l'acompanyant del pacient , si ha estat aquest. (Veure apartat 5.2.3.1. d'aquest Quadern) .
 - Gestionar les compensacions adequades al metge agredit en el sí dels instruments transaccionals que resultin procedents i acceptats per l'agressor i l'agredit i que donen per acabat el conflicte.
 - Altres: impulsar la incapacitació, impulsar l'atenció especialitzada a l'agressor, etc.

5.2.3. Accions específiques

5.2.3.1. Decisió de suspendre temporalment o definitiva la relació metge/pacient (agressor)

L'article 17 del Codi de Deontologia estableix que, llevat dels casos d'urgència, el metge pot negar-se a prestar assistència i, també, negar-se a continuar prestant-la si està convençut que no existeix la indispensable relació de confiança entre ell i el seu pacient.

L'intent d'agressió o l'agressió al metge que està prestant assistència per part de la persona que la rep constitueix una circumstància que legitima la decisió del metge de suspendre temporalment o definitiva la relació actual i futura. Com a mínim, fins que no s'hagin produït les excuses i s'adopti l'actitud adient de respecte degut.

La única limitació a aquesta facultat del metge de suspendre la relació vindria donada pel cas de ser - aquest metge - l'únic metge disponible per atendre una circumstància d'urgència assistencial de la persona en qüestió.

Per tant, qualsevol sol·licitud d'assistència programable o simplement " espontània" pot ser refusada legítimament pel professional.

Aquesta previsió col·legial - deontològica - té el seu homònim en l'article 5 de la Ley de Ordenación de la Profesiones Sanitarias (LOPS), Ley 44/2003 de 21 de novembre.

És evident que l'agressió, en qualsevol de les seves for-

mes, exercida per un familiar o pel propi pacient contra el metge atempta directament a les degudes condicions per fer actes mèdics eficients i a la relació de confiança i és humanament inacceptable.

Per tant es procedent que col·legis professionals, centres i altres organitzacions professionals recolzin la decisió del metge sense posar-hi impediment al respecte. L'únic requisit - pel que fa al professional - ha de ser posar a disposició del metge o al Servei continuador de l'assistència (altre equip del mateix o d'un altre centre) els antecedents clínics oportuns - si n'hi han -.

Pel que fa a l'agressor, seria convenient que per la Direcció del Centre o pels Serveis competents de la mútua d'assistència mèdica - o pel Col·legi Professional - si ha estat en un despatx professional- comunicar-li la decisió del professional i el recolzament que en fa la Institució, advertint-li la decisió d'actuar en recolzament del mateix així la conveniència d'evitar qualsevol incident similar en el futur, atès que s'arribarà fins el límit que la legislació permeti .

També i pel cas d'haver-se ja actuat :

- Facilitar a l'usuari els detalls dels mecanismes per obtenir una revisió sobre a qui s'ha traspassat el seu seguiment mèdic.

L'entrevista mantinguda amb l'agressor , caldria documentar-la pel cas de ser convenient de futur la seva aportació a qui pugués correspondre.

5.2.3.2. Notificació de l'Incident Violents al Col·legi Professional per activar la pòlissa de finançament de les despeses judicials per reclamar agressor)

Cal notificar al Col·legi de Metges l'incident violent per activar la pòlissa d'assegurança per finançar les despeses jurídiques i judicials per reclamar contra l'agressor i altres responsables , si s'escau. Es coordina per l'Àrea de Praxi del COMB. La cobertura i garanties específiques de la pòlissa s'han publicat en el Butlletí del Servei d'Informació Col·legial Núm. 109 de Novembre 2003 a Gener 2004.

5.2.3.3. Notificació i sol·licitud d'actuacions a empresa i COPREVI

Els centres sanitaris, a través de la COPREVI, hauran d'elaborar un protocol d'actuacions davant els episodis de violència o d'existència de risc que es puguin produir i donar-ne difusió a tots els professionals.

Aquest protocol ha de contemplar els canals pels quals s'han de tramitar les comunicacions d'episodis violents

ocorreguts o d'existència de risc, el sistema de registre del les incidències i les vies de comunicació a tercers salvaguardant quan calgui el dret a la intimitat dels afectats –víctima i agressor- així com aquelles actuacions susceptibles de ser empreses en funció de la gravetat de l'agressió i de la voluntat expressada pel metge afectat.

Una de les actuacions possibles és l'exercici pel metge afectat del dret a renunciar –temporalment o definitivament- a continuar prestant atenció al pacient agressor. Per la transcendència jurídica i deontològica d'una decisió d'aquesta naturalesa cal que la mateixa sigui adoptada per un procediment establert, en el que ha de contemplar-se la intervenció del Comitè d'Ètica Assistencial si funciona en el centre. En tot cas, de l'exercici d'aquest dret s'haurà de deixar constància per escrit a la història clínica del pacient, a qui haurà de ser-li comunicada formalment la decisió adoptada, i no podrà suposar deixar-lo en situació de desatenció mèdica.”

5.2.3.4. Notificació de l'Incident Violent (NIV) a l'Observatori del Col·legi Professional

Centralitzar el coneixement dels Incidents Violents

(garantint en el Registre l'anonimat de l'agressor/s –agredit/s) que es produeixen al sector sanitari contra els metges. Constitueix un pilar bàsic per decidir accions d'intervenció general a adoptar ja sia per l'Administració Sanitària , els centres i patronals, les corporacions professionals, sindicats, etc. .

En aquesta línia i per adequar la correcta i desitjable actuació dels col·legis de metges catalans en la protecció dels seus col·legiats, definint els instruments que sigui convenient a l'efecte, s'ha constituït un Observatori, alimentat per les Notificacions d'incidents violents (NIV) metges en el que es trobin implicats directa o indirectament.

La creació d'aquest Observatori i del sistema de notificació a través de la Declaració d'Incident Violent (DIV) [veure Annex] no és incompatible amb les tasques de la COPREVI, atenent que l'àmbit d'actuació i els tipus d'intervencions a adoptar son ben diferents. En el cas de la COPREVI, de caràcter local, específic del Centre i, en el segon, del Col·legi Professional o CCMC, de l'abast més ampli del “sector sanitari” i de la professió mèdica.

- **American Medical Association (1995)**, Violence in the medical workplace: prevention strategies, Chicago, IL, AMA.
- **California Division of Occupational Safety and Health (CAL/OSHA), (1998)**: Guidelines for security and safety of health care and community service workers, Division of Occupational Safety and Health, Department of Industrial Relations, San Francisco.
- **California Division of Occupational Safety and Health (CAL/OSHA), (1995)**: Guidelines for workplace security, Division of Occupational Safety and Health, Department of Industrial Relations, San Francisco.
- **California Division of Occupational Safety and Health (CAL/OSHA), (1995)**: Injury and illness prevention model program for workplace security, Division of Occupational Safety and Health, Department of Industrial Relations, San Francisco.
- **Chappell D and Di Martino V (2000)**, Violence at work, International Labour Office, Geneva.
- **Christopher M.B. Fernandes, MD; France Bouthillette, RN, DNS; Janet M. Raboud, PhD; Linda Bullock, RN, OHN; Catherine F. Moore, RN, MSA; James M. Christenson, MD; Eric Grafstein, MD; Sandra Rae, MSc; Leisa Ouellet, RN; Clay Gillrie, RN; Michele Way, RN, CMAJ 1999;161(10):1245-8**, Violence in the emergency department: a survey of health care workers.
- **Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control & Prevention, National Institute for Occupational Safety & Health (2002)**, Violence : Occupational Hazards in Hospitals, DHHS (NIOSH) Publication No. 2002-101
- **Di Martino, V. (2002)**. Workplace Violence in the Health Sector - Country Case Studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian Study: Síntesis Report. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper.
- **Division of Workplace Health and Safety, Qld. 1994**. VIOLENCE AT WORK - A Workplace Health and Safety Guide. Workplace Health and Safety Council, Brisbane.
- **Hassen, W. 1993**. ABUSE IN THE WORKPLACE: A Program Development Guide for Health Care Facilities. The Alberta Health Care Industry Staff Abuse Task Force, Canada.
- **Health Department of Western Australia. 1994**. Guidance Notes on the Management of Aggression in Health Service Units. Occupational Health Unit, Perth.
- **Health & Safety Commission (UK). 1990** Violence to staff in the education sector. HMSO, London.
- **ILO/ICN/WHO/PSI (2002)**. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector
- **Mayhew C and Chappell D (2001)**, Prevention of Occupational Violence in the Health Workplace, Working Paper Series no. 140, UNSW, Sydney.
- **NSW Department of Health (2003)**, Zero Tolerance, Response to violence in the NSW Health Workplace, Police and Framework Guidelines
- **National Health and Medical Research Council (2002)**, When it's right in front of you: assisting health care workers to manage the effects of violence in rural and remote Australia, August 2002.
- **National Health Service (NHS) (1997)**, We don't have to take this, resource pack, NHS Zero Tolerance Zone, National Health Service, United Kingdom.
- **National Occupational Health and Safety Commission (NOHSC) (1999)**, Program one report: occupational violence, paper discussed at the 51st Meeting of the Australian National
- **New Zealand Dept of Labour. 1995**. A Guide for Employers and Employees on Dealing with Violence at Work. Occupational Safety and Health Service, Dept of Labour, Wellington.
- **New Zealand Dept of Labour. 1995**. Guidelines for the Safety of Staff from Threats of Armed Robbery Occupational Safety and Health Service, Dept of Labour, Wellington.
- **OSHA [1996]**. Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers. Washington, DC: U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, OSHA 3148-1996.
- **Partnership Information Network for the service by service, NHS Scotland (2003)**, PIN Guideline - Managing Health at Work
- **United States Department of Labor (1998)**, Guidelines for preventing workplace violence for health care and social service workers, Occupational Safety and Health Administration, Washington, DC.
- **Whitehorn D and Nowlan M (1997)**, Towards an aggression-free health care environment, The Canadian Nurse, 93(3): 24-6.
- **Wiskow, C.** Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector - Comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA. Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector, forthcoming working paper.
- **WorkCover Authority of NSW (2001)**, NSW health and safety code of practice, WorkCover NSW, Sydney.
- **WorkCover Authority of NSW (2001)**, Risk management at work, WorkCover NSW, Sydney.

Números publicats



Quaderns de la Bona Praxi



CONSELL DE COL·LEGIS
DE METGES DE CATALUNYA



Passeig de la Bonanova, 47. 08017 Barcelona.