

Treball Final de Grau

La violència als professionals sanitaris en l'àmbit hospitalari

Revisió bibliogràfica

Núria Paradell Blanc

Tutora: Dra. Carme Bertran Noguer

Curs acadèmic: 2016/17

Agraïments

La realització d'aquest treball no hauria estat possible sense la col·laboració i participació directa i indirecta de varies persones. És per això que vull començar aquest document agraïnt el seu suport incondicional en tot el procés.

En primer lloc a la Dra. Carme Bertran Noguer, tutora d'aquest Treball de Fi de Grau, per la seva dedicació, suport i disponibilitat per aconseguir dur-lo a terme.

Al Col·legi Oficial d'Infermers/eres de Girona i al Consejo General de Enfermería, per la predisposició a ajudar-me i atendre les meves peticions facilitant-me la informació que necessitava.

A les meves amigues i companyes de classe, per compartir durant aquests 4 anys de carrera moments de temors i angoixes, però també per celebrar els èxits.

Finalment, no puc deixar de mostrar el meu infinit agraïment als meus pares, per tota la paciència, ànims i confiança que han mostrat.

A tots ells, moltes gràcies.

Índex

Resum.....	4
Abstract.....	5
1. Justificació.....	6
2. Marc teòric.....	7
2.1. La violència en l'entorn de treball.....	7
2.1.1. Epidemiologia	7
2.1.2. Tipus	9
2.1.3 Causes, conseqüències i prevenció.....	10
2.2. Marc legal de la violència laboral	13
2.3. La promoció de la salut i l'entorn de treball saludable.....	17
2.3.1. Definició de la promoció de la salut	17
2.3.2. Entorns saludables	17
2.4. Els professionals sanitaris i la violència en l'àmbit assistencial	18
2.4.1. Definicions i naturalesa.....	18
2.4.2. Epidemiologia	20
2.4.3. El pacient conflictiu	24
2.4.4. Situacions d'assetjament	25
2.4.5. Efectes.....	26
2.4.6. Factors de risc	27
2.4.7. Polítiques preventives.....	30
3. Objectius	31
3.1. Objectiu principal.....	31
3.2. Objectius secundaris.....	31
4. Material i mètodes	32
4.1. Estratègia de cerca	32
4.2. Criteris de selecció.....	33

5. Resultats	35
6. Discussió	44
7. Limitacions	47
8. Conclusions.....	48
9. Bibliografia.....	50
10. Annexos	57
10.1. Annex 1 Glossari.....	57

Resum

Antecedents: La violència laboral incideix en la seguretat de les persones i en la seva salut. Per això, els professionals sanitaris tenen un risc important de patir violència laboral.

Objectius: Identificar la violència que pateixen els professionals sanitaris de l'àmbit hospitalari, descriure l'acció o motiu, el perfil de l'autor i les conseqüències de les agressions. També s'investiga la incidència segons el país o regió, la categoria professional, els anys d'experiència treballats i els casos informats.

Material i mètodes: La metodologia del treball utilitzada és una revisió sistemàtica. La recerca d'articles s'ha realitzat en les bases de dades PubMed Medline, CINAHL i Cochrane Library. S'han obtingut 27 articles després d'aplicar els criteris d'inclusió, articles publicats entre el gener de 2012 i gener de 2017, en anglès i castellà, que utilitzen una metodologia qualitativa i quantitativa, amb participants adults que treballin en entorn sanitari i exclusivament hospitalari i que incloguin mesures de violència en el treball. Els criteris d'exclusió són casos els individuals, els articles de caràcter divulgatiu, les opinions d'experts publicades en editorials, les cartes a l'editor i els dissenys de projectes d'investigació.

Resultats: La major incidència de violència segons país o regió es troba en els Estats Units (Regió Atlàntica), Palestina, Taiwan, el Nord de Xina, el Regne Unit (Gal·les) i Sud Àfrica (Vhembe). Els professionals que porten 10 anys d'experiència i amb la categoria professional de metges/esses i les infermers/eres són els professionals que pateixen més agressions. L'autor de l'agressió sol ser el pacient i les conseqüències més freqüents són psicològiques i emocionals negatives. El registre informat d'incidents de violència és molt baix i els motius són creença que forma part del lloc de treball i pensament de no utilitat al realitzar l'informe.

Conclusions: Aquesta revisió sistemàtica recomana més recerca, particularment estudis longitudinals per tal d'identificar els motius i els efectes directes i indirectes de la violència laboral en els treballadors de la salut. També s'han d'explorar els termes de rehabilitació dels treballadors per minimitzar les conseqüències psicològiques patides pels professionals.

Paraules clau: Agressió, violència laboral, hospitals, professionals sanitaris.

Abstract

Background: Violence affects the job security of people and their health. Therefore, health professionals have a significant risk of suffering violence at work.

Objectives: Identify the violence suffered by healthcare professionals in hospitals. Describe the action or reason, the profile of the author and the consequences of an aggression. It also investigates the incidence depending on country or region, professional category, years of experience and reported cases.

Methods: The work methodology used is a systematic review. The article research was conducted in databases such as Medline PubMed, CINAHL, and Cochrane Library. 27 articles were accepted after applying the inclusion criteria, published between January 2012 and January 2017, in English and Spanish, using qualitative and quantitative methodologies with adult participants working in a hospital and including only measures of workplace violence. Exclusion criteria are individual cases, informative articles, expert opinions published in editorials, letters to the editor and research projects.

Results: The highest rates of violence by country or region were found in the United States (Atlantic Region), Palestine, Taiwan, North China, the United Kingdom (Wales) and South Africa (Vhembe). Professionals who have 10 years of experience and the occupational category of doctors and nurses have higher incidence of experiencing more violent episodes. The author of the aggression is usually the patient and as result, psychological and emotional negative consequences are the most common. The reported incidents of violence are very low and the belief is that it is part of the job and that is useless to write a report.

Conclusions: This systematic review recommends more research, particularly longitudinal studies, to identify the reasons and the direct and indirect effects of violence in the workplace to health workers. Workers' rehabilitation to minimize the psychological consequences suffered by professionals should be explored.

Keywords: aggression, workplace violence, hospitals, health workers

1. Justificació

En molts entorns de treball i de manera regular es produeixen diàlegs, discussions i desacords. Normalment, el diàleg sol prevaler sobre la confrontació, i la majoria de la gent aconsegueix organitzar les activitats de manera eficient i productiva dins el lloc de treball. Hi ha casos, però, que el diàleg no es desenvolupa d'una manera positiva, les relacions entre els treballadors, els gestors, els clients o usuaris es deterioren, i com a conseqüència, els resultats afecten negativament sobre la producció o el servei que es dona. No obstant això, molts altres esdeveniments de violència en el treball es produeixen en un àmbit privat, en situacions on només es troben dues persones i com a resultat, poden provocar dany emocional en comptes de físic a la víctima, i a més produeixen un gran cost per la comunitat (1).

La violència en el treball, ja sigui físicament o psicològicament afecta totes les categories de treballadors en gairebé tots els sectors i especialment al sector de la salut que està en major risc a causa del servei que du a terme i al propi ambient de treball caracteritzat, entre altres factors, per les pressions assistencials i les reformes constants, la inestabilitat social, el burnout dels professionals i les pròpies condicions de treball. L'augment de la violència a nivell de la societat s'està estenent pels serveis d'atenció sanitària i pot influir en el deteriorament de la qualitat de l'atenció prestada i la decisió dels treballadors d'abandonar les professions sanitàries. Això pot implicar una reducció dels serveis de salut disponibles per a la població general i un augment dels costos en salut, tal com es posa de manifest en altres països desenvolupats, en els quals la igualtat d'accés a l'atenció primària de salut es veu amenaçada si els treballadors de salut (un recurs escàs) abandona la seva professió o emigra (2).

Personalment, durant el temps que he treballat com a auxiliar d'infermeria i durant les pràctiques que he realitzat aquests quatre anys, he pogut observar nombrosos casos d'agressions ja siguin físiques o verbals. A més, bona part del personal sanitari amb el qual he treballat han referit que alguna vegada han patit violència en el seu àmbit laboral. Per tot això, considero que és un problema rellevant, que cal conèixer i en el qual s'haurien de promoure

mesures d'intervenció per tal de reduir la incidència i assegurar un lloc de treball saludable i més segur en el marc dels hospitals i serveis sanitaris promotors de la salut tal i com recomana l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Aquesta va ser la inquietud que em va fer plantejar la pregunta de recerca, i que va esperonar la motivació de dur a terme una cerca bibliogràfica centrada en el tema de la violència que pateixen els professionals de la salut en l'entorn laboral i especialment en l'àmbit de l'atenció especialitzada.

2. Marc teòric

2.1. La violència en l'entorn de treball

Segons l'Organització Mundial de la Salut, la violència és "l'ús intencional de la força física, amenaces contra un mateix, una altra persona, un grup o una comunitat que té com a conseqüència o és molt probable que tingui com a conseqüència un traumatisme, danys psicològics, problemes de desenvolupament o la mort"(3). Des del 2012 fins el 2020, aquesta organització porta a terme una campanya mundial de prevenció de la violència que té per objectiu posar en pràctica les recomanacions de *l'Informe mundial sobre la violència i la salut*, fomentant la presa de consciència sobre el problema de la violència, ressaltant la funció decisiva que pot exercir la salut pública per abordar les seves causes i conseqüències, i fomentant la prevenció (4).

2.1.1. Epidemiologia

La violència produeix 1,4 milions de morts a l'any i això correspon a més de 3800 morts al dia. Els suïcidis i homicidis representen més del 80% de les morts relacionades amb la violència. D'aquests, el 58% dels són per suïcidi, el 36% per lesions ocasionades intencionadament per tercers, i un 6% com a conseqüència directa de guerres o altres formes de violència col·lectiva. La major part de morts degudes a la violència (90%) es produeixen en països d'ingressos baixos i mitjans que tenen majors nivells de desigualtat econòmica i dins de cada país, les taxes més elevades corresponen als que viuen a les comunitats més pobres.

Segons un estudi realitzat per la Unió Europea, la incidència d'accidents és més alta en homes i està relacionada amb les activitats econòmiques que realitzen a la feina. A més, el nombre d'accidents a l'àmbit laboral varia molt depenent de les activitats. La construcció, transport i emmagatzematge, manufactura i agricultura, sectors forestals i de pesca junts van arribar a una mica més de dos terços (62,7%) d'accidents mortals i menys de la meitat (44,9%) de tots els accidents no mortals a la feina l'any 2014. Més d'una cinquena part (20,9%) dels accidents mortals a la feina durant el 2014 van tenir lloc en el sector de la construcció, mentre el transport i emmagatzematge van trobar-se en segon lloc (16,6%), seguit de manufactures (15,4%), agricultura, forestal i pesca (14,3%). A part del transport i l'emmagatzematge, la majoria d'activitats de serveis van registrar una proporció relativament baixa del nombre total d'accidents mortals. Tot i això, els accidents no mortals van ser relativament comuns en el comerç al port major i al port menor (12,8% del total en el 2014), activitats sanitàries i socials (11,5%), d'administració i suport (7,4%) i serveis d'allotjament i alimentació (4,9%) (9).

Pel que fa a la violència laboral espanyola, hi ha hagut una lleugera disminució de les lesions laborals mortals i no mortals des de l'any 2000 fins al 2014. El 2015, però, ha augmentat la seva incidència. L'any 2000 es van produir un total de 931796 lesions laborals no mortals i 1136 lesions mortals. La millora de la prevenció de riscos laborals i la seva consciència han provocat una disminució de la seva incidència situant-se en el 2015 en 456496 lesions i 289 morts (Taula 1).

Taula 1: Nombre de lesions mortals i no mortals als treballadors a Espanya dels anys 2000- 2015

Any	Nombre de lesions laborals mortals			Nombre de lesions laborals no mortals		
	Dones	Homes	Total	Dones	Homes	Total
2000	34	1102	1136	164554	767242	931796
2001	27	1003	1030	175082	770488	945570
2002	20	785	805	172936	762262	935198
2003	30	692	722	177213	695397	872610
2004	24	671	695	177690	691893	869583
2005	15	647	662	180022	708965	888987
2006	22	660	682	187993	721682	909675
2007	22	550	572	201291	721660	922951
2008	17	513	530	193912	608866	802778
2009	19	371	390	163521	452475	615996
2010	10	332	342	155756	412324	568080
2011	9	326	335	143949	367102	511051
2012	11	260	271	119684	287389	407073
2013	9	223	232	125937	276781	402718
2014	13	233	246	132964	290142	423106
2015	16	273	289	140147	316349	456496

Font: International Labour Organization. Occupational Injuries [Internet]. 2016 [citat 26 gener 2017]. Recuperat de: <http://www.ilo.org>

Una lesió, malaltia o mort produïda degut a un accident en el lloc de treball defineix el que es considera una lesió laboral.

Un accident laboral és un fet que ocorre de manera inesperada i no planejada, inclou els actes de violència, que augmenten degut o relacionat amb el treball i que resulta en un o més treballadors amb lesions, malaltia o mort. La conseqüent incapacitat per treballar és la impossibilitat de la víctima, a causa d'un accident de treball, per realitzar les tasques habituals de la feina en l'ocupació o lloc ocupat en el moment de patir l'accident. La incapacitat pot ser permanent o temporal, segons si posteriorment són capaços de tornar a treballar o no (11).

2.1.2. Tipus

La violència es pot classificar segons l'acció intencional i segons el tipus d'agressor.

Pel que fa a la primera, comentar que la violència física consisteix en l'ús de la força física contra una altra persona o grup, que produeix danys físics, sexuals

o psicològics. S'inclouen en ella les pallisses, els cops de peu, les bufetades, les punyalades, les empentes, les mossegades i els pessics. La violència psicològica es refereix a l'ús deliberat del poder o amenaces de recorre a la força física contra una altra persona o grup, que poden danyar el desenvolupament físic, mental, espiritual, moral o social. Comprèn l'abús verbal, la intimidació, l'atropellament, l'assetjament i les amenaces (5).

La violència física i psicològica estan relacionades. Qualsevol acte de violència o comportament que afecta el benestar físic també afecta el benestar psicològic i viceversa.

El vocabulari que s'utilitza per definir cada tipus de violència és divers. La violència física comprèn els termes agressió i/o incident agressiu; assassinat; víctimes mortals; agressió física o sexual; atac; comportament abusiu; incidents que causen lesions greus. Per descriure la violència psicològica s'utilitzen termes com amenaça (verbal i no verbal); amenaça d'agressió, amenaça de naturalesa sexual; comportament amenaçador; assetjament; abús verbal, atac verbal; abús no verbal; bullying; intimidació (Annex 1).

Pel que fa al tipus d'agressor, hi ha una tipologia establerta. En el tipus 1, aquest no té cap relació legítima amb el lloc de treball i l'objectiu principal és cometre un robatori o un altre acte criminal (violència "externa"). En el tipus 2, l'agressor és el destinatari o l'objecte d'un servei proporcionat pel lloc de treball afectat o la víctima, com és el cas d'un client o pacient. Això pot incloure també els familiars o amics dels clients.

Pel que fa al tipus 3, l'agressor té una implicació relacionada amb l'ocupació en l'àmbit laboral. Generalment, es tracta d'un altre empleat, un company de feina, un supervisor, un cap, un estudiant (violència "interna") (6).

La violència física i la psicològica moltes vegades se superposen en la pràctica; fet que dificulta classificar les diferents formes de violència (5).

2.1.3 Causes, conseqüències i prevenció

No hi ha un factor que expliqui per si sol per què una persona es comporta de manera violenta i una altra no ho fa, ni per què una comunitat es veu esquinçada per la violència mentre una altra comunitat veïna viu en pau.

La violència és un fenomen summament complex on influeixen factors biològics, socials, culturals, econòmics i polítics. És freqüent que els diferents tipus de violència comparteixin diversos factors de risc. L'Informe mundial sobre la violència i la salut de l'OMS recorre a un «model ecològic» per intentar comprendre la naturalesa polifacètica de la violència. El model permet analitzar els factors que influeixen en el comportament (o que augmenten el risc de cometre o patir actes violents) classificant-los en quatre nivells (figura 1).

En el primer nivell, s'identifiquen els factors biològics i de la història personal que influeixen en el comportament dels individus i augmenten les seves probabilitats de convertir-se en víctimes o perpetradors d'actes violents. Entre els factors que poden mesurar-se o rastrejar es troben les característiques demogràfiques (edat, educació, ingressos), els trastorns psíquics o de personalitat, les toxicomanies i els antecedents de comportaments agressius o d'haver patit maltractaments. En el segon nivell s'aborden les relacions més properes, com les mantingudes amb la família, els amics, les parelles i els companys, i s'investiga com augmenten aquestes el risc de patir o perpetrar actes violents. En el tercer nivell s'exploren els contextos comunitaris en els quals es desenvolupen les relacions socials, com les escoles, els llocs de treball i el veïnat, i s'intenten identificar les característiques d'aquests àmbits que augmenten el risc d'actes violents. A aquest nivell, el risc pot estar influït per factors com la mobilitat de residència, la densitat de població, uns nivells alts d'atur o l'existència de tràfic de drogues a la zona. El quart nivell s'interessa pels factors de caràcter general relatius a l'estructura de la societat que contribueixen a crear un clima en què s'encoratja o s'inhibeix la violència, com la possibilitat d'aconseguir armes i les normes socials i culturals. Entre aquestes s'inclouen les que concedeixen prioritat als drets dels pares sobre el benestar dels fills, consideren el suïcidi una opció personal, reafirmen la dominació masculina sobre les dones i els nens, recolzen l'ús excessiu de la força policial contra els ciutadans o donen suport els conflictes polítics. En aquest nivell, hi ha altres factors més generals com les polítiques sanitàries, econòmiques, educatives i socials que contribueixen a mantenir les desigualtats econòmiques o socials entre els grups de la societat.

En el model, el solapament dels anells il·lustra com els factors de cada nivell reforcen o modifiquen els d'un altre.

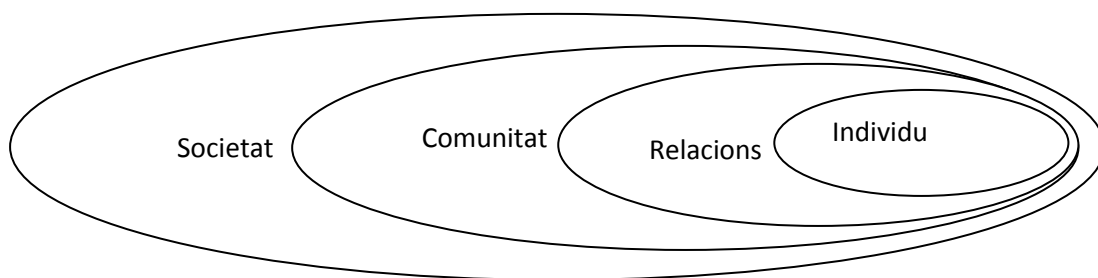


Figura 1: Model ecològic per entendre la violència.

Font: : *Informe mundial sobre la violència y la salud: resumen. Washington DC: OMS; 2002.*

En tots els països s'infligeixen diàriament maltractaments físics, sexuals i psicològics que, a més de disminuir la salut i el benestar de molts milions de persones, costen cada any als Estats grans sumes de diners en atenció sanitària, costos judicials, absentisme i pèrdua de productivitat. A més, els efectes de la violència sobre la salut poden prolongar-se més enllà del maltractament inicial i ocasionar discapacitats permanents com lesions medul·lars o cerebrals, o mutilacions. A part de les lesions físiques directes, les víctimes de la violència corren major risc de patir problemes psíquics i comportamentals de molt diversa índole, com depressió, abús de l'alcohol, ansietat i comportament suïcida, a més de problemes reproductius com embarassos no desitjats, malalties de transmissió sexual i disfuncions sexuals. No obstant això, és important assenyalar que poques vegades hi ha una relació causal senzilla entre un acte violent i la seva repercussió, sobretot en el maltractament psíquic. En casos extrems, pot donar-se tota una gamma de reaccions i efectes, ja que els individus responen a l'adversitat de manera molt personal. L'edat i el temperament, així com el fet de disposar o no de suport emocional, influeixen en les conseqüències dels fets violents. Les persones que reaccionen activament a la violència tendeixen a resistir millor que les que romanen passives.

Basant-se en la perspectiva aportada pel model ecològic, és possible orientar els programes i les polítiques de prevenció de la violència cap als individus, les relacions, les comunitats i les societats en el seu conjunt, i aplicar-los en

col·laboració amb diferents sectors de la societat en escoles, llocs de treball, altres centres, i sistemes de justícia penal. A nivell individual, la prevenció de la violència es centra fonamentalment en dos objectius. En primer lloc, fomentar les actituds i els comportaments saludables en els nens i els joves, per protegir-los durant el desenvolupament; en segon lloc, modificar les actituds i els comportaments en els individus que ja s'han fet violents o corren el risc d'atemptar contra si mateixos.

Les estratègies relacionals busquen influir en els tipus de relacions que les víctimes i els perpetradors d'actes violents mantenen amb les persones amb les que interactuen més habitualment. Sobretot es centren en els problemes intrafamiliars i les influències negatives dels companys.

Les activitats de prevenció de la violència basades en la comunitat tenen com a objectius principals conscienciar la població i suscitar el debat públic al voltant d'aquestes qüestions, fomentar les actuacions comunitàries, fer front a les causes socials i materials de la violència en l'àmbit local i establir mesures per assegurar l'assistència i el suport a les víctimes (4).

2.2. Marc legal de la violència laboral

Per poder abordar tot el que fa referència a la violència laboral, la seva prevenció i l'actuació davant una actitud agressiva, evitant en la mesura del possible les conseqüències que provoca al personal sanitari, és necessari conèixer la legislació que existeix.

Referent a les lleis que regulen les agressions al personal sanitari no hi ha una llei específica que ho legisli.

A Europa es troba:

- Directiva 89/391/CEE fa referència a l'aplicació de mesures per promoure la millora de la seguretat i de la salut dels treballadors en el treball (7).
- Directiva 2000/43/CE del Consell Europeu, de 29 de juny de 2000, relativa a l'aplicació del principi d'igualtat de tracte de les persones, independentment del seu origen racial o ètnic (8).

- Directiva 2000/78/CE del Consell Europeu, de 27 de novembre de 2000, relativa a l'establiment d'un marc general per a la igualtat de tracte en el treball i l'ocupació (9).
- Directiva 2002/73/CE del Parlament Europeu i del Consell, del 23 de setembre de 2002, que modifica la Directiva 76/207/CEE del Consell relativa a l'aplicació del principi d'igualtat entre homes i dones pel que fa a l'accés al treball, a la formació i a la promoció professionals, i a les condicions de treball (10).
- Recull de recomanacions pràctiques de la Organització Internacional del treball (OIT) sobre la violència en el lloc de treball en el sector dels serveis i mesures per combatre-la (6) .
- Acord Marc Europeu sobre assetjament i violència en els llocs de treball, subscrit des del 2007, amb l'objectiu d'incrementar en relació a l'assetjament i la violència en el lloc de treball, la sensibilització i l'entesa entre empresaris. A més, també vol proporcionar un marc per tal d'identificar, prevenir i afrontar als problemes d'assetjament i violència en el treball.

A nivell de l'Estat Espanyol:

El Reial Decret Legislatiu 1/1995, de 24 de març, és derogat per Real Decret Legislatiu 2/2015, del 23 d'octubre en el qual s'aprova el text refós de la Llei de l'Estatut dels Treballadors:

- En la relació de treball, els treballadors tenen dret:
 - c. A no ser discriminats directa o indirectament per a l'ocupació, o una vegada ocupats per raons de sexe, estat civil, per l'edat dins els límits marcats per aquesta llei, origen racial o ètnic, condició social, religió o conviccions, idees polítiques, orientació sexual, afiliació o no a un sindicat, així com per raó de llengua, dins de l'Estat espanyol.
 - d. A la seva integritat física i a una adequada política de seguretat i higiene.
 - e. Al respecte de la seva intimitat i a la consideració a la seva dignitat, inclosa la protecció davant ofenses verbals i físiques de naturalesa sexual i

davant l'assetjament per raons d'origen racial o ètnic, religió o conviccions, discapacitat, edat o orientació sexual (11).

- Art.14 Capítol III. Llei 31/1995, de 8 de novembre, de Prevenció de Riscos Laborals:

Els treballadors tenen dret a una protecció eficaç en matèria de seguretat i salut en el treball (12).

- Llei Orgànica 3/2007, per a la Igualtat Efectiva entre Dones i Homes:

Art. 7. Assetjament sexual i assetjament per raó de sexe.

Art. 9. Intimitat enfront represàlies.

Art. 10. Conseqüències jurídiques de les conductes discriminatòries.

Art. 46. Concepte i contingut dels plans d'igualtat de les empreses. Els plans d'igualtat podran contemplar entre altres aspectes les següents matèries: accés a la feina, classificació professional, promoció i formació, retribucions, ordenació del temps de treball per afavorir, en termes d'igualtat entre dones i homes la conciliació laboral, personal i familiar i la prevenció de l'assetjament sexual i per raó de sexe (13).

- Llei orgànica 1/2015 per la qual es modifica el Codi Penal aprovat per la llei orgànica 10/1995. Aquesta llei aporta una nova definició d'atemptat que inclou tots els suposats esdeveniments, agressions, usos de violència o amenaces greus de violència sobre el professional, reflectint de manera explícita que es consideraran actes d'atemptat els que es produeixin contra funcionaris de sanitat quan es trobin executant les funcions dels seus llocs de treball en l'àmbit de l'assistència pública (14).

En el marc de Catalunya:

- Resolució del Departament d'Empresa i Ocupació del DOGC - EMO/1742/2015:

Art.77 Conveni col·lectiu de treball dels hospitals de la XHUP, centres d'Atenció Primària, centres sociosanitaris i centres de salut mental concertats amb el Servei Català de la Salut:

- Sense perjudici de les mesures preventives que s'adoptin per evitar situacions de violència en el lloc de treball contra els/les professionals provocades per els/les pacients o usuaris dels serveis, o pels seus familiars o persones vinculades, els treballadors/res víctimes d'episodis de violència en el lloc de treball tenen dret a rebre suport jurídic i, si s'escau, psicològic, a càrrec de l'empresa.

- Les empreses han d'elaborar un protocol d'actuacions davant els episodis de violència o d'existència de risc que es poden produir i han de difondre el protocol a tots els seus professionals. Aquest protocol ha de contemplar els canals de comunicació dels episodis violents i el sistema de registre de les incidències (15).

- La única llei aprovada pel DOGC referent al personal sanitari és: Llei 15/1990 d'Ordenació Sanitària (sense menció explícita d'haver de respectar el personal sanitari) (16).

- També, la Carta de drets i deures dels ciutadans en relació a la salut i l'atenció sanitària indica:

Els ciutadans han de respectar i col·laborar en el compliment de les normes i instruccions establertes pels serveis i les institucions sanitàries. L'exercici dels hàbits, costums i estils de vida de les persones ha de ser compatible i ha de respectar les normes i instruccions establertes pels serveis i centres sanitaris, necessàries per al seu correcte funcionament i organització. Així mateix, cal mantenir un tracte respectuós i digne amb el personal dels centres i les institucions sanitàries, els altres pacients i els familiars o acompanyants (17).

Els comitès de seguretat i salut laboral, o comissions multidisciplinàries creades específicament a cada centre per a la prevenció de la violència en el lloc de treball, han d'identificar els riscos o les amenaces potencials dels entorns de treball i dels/les pacients/usuaris, encarregar-se de la seva avaluació i proposar a la gerència la cartera de mesures per reduir els riscos d'agressió.

Les responsabilitats legals i els drets de les persones involucrades en els incidents de violència en el treball poden ser alhora complexes i diverses.

L'estatutari i les disposicions reglamentàries que s'apliquen es poden trobar amb preguntes difícils de dret penal i dret civil, la legislació sobre seguretat i salut en el treball, la rehabilitació dels treballadors i els estatuts de compensació, i les lleis ambientals i laborals (1).

2.3. La promoció de la salut i l'entorn de treball saludable

2.3.1. Definició de la promoció de la salut

A la primera conferència internacional sobre la promoció de la salut, celebrada a Ottawa el 1986, es va emetre una carta amb l'objectiu d'aconseguir Salut per a tots l'any 2000.

La promoció de la salut és el procés de capacitar a les persones perquè augmentin el control sobre la seva salut i perquè la millorin. Per arribar a un estat adequat de benestar físic, mental i social, una persona o grup han de ser capaços d'identificar i portar a terme unes aspiracions, satisfer unes necessitats i canviar l'entorn o adaptar-se a aquest. Per tant, la salut es contempla com un recurs per a la vida quotidiana, no com a un objectiu de la vida. La salut és també, un concepte positiu que emfatitza recursos socials i personals, juntament amb capacitats físiques. Per tant, la promoció de la salut no és simplement responsabilitat del sector sanitari sinó que va més enllà dels estils de vida saludables per arribar al benestar.

En aquesta carta van quedar establertes 5 funcions bàsiques necessàries per produir salut. Desenvolupar aptituds personals per la salut: proporcionar informació i eines necessàries per millorar els coneixements, habilitats i competències per la vida. Desenvolupar entorns saludables. Reforçar l'acció comunitària: impulsar la participació de la comunitat a establir prioritats, prendre decisions i elaborar i executar accions per arribar a un millor nivell de salut. Reorientar els serveis de salut: impulsar que els serveis del sector salut executin accions de promoció i també prevenció. Impulsar polítiques saludables (18).

2.3.2. Entorns saludables

Un entorn de treball saludable és aquell en el qual els treballadors i empresaris col·laboren en un procés de millora contínua per promoure i protegir la salut, seguretat i benestar dels treballadors i la sostenibilitat de l'ambient de treball.

Un ambient sa és la base de la salut en la població, per això, és fonamental que els països adoptin mesures perquè els ambients en què es viu i es treballa siguin sans. Les conseqüències de treballar en un entorn no saludable poden provocar malalties i/o morts prematures. Per tant, és fonamental invertir en estratègies que redueixin els riscos ambientals a les ciutats, habitatges i llocs de treball (19).

La promoció de la salut impulsa que les persones es protegeixin entre elles i cuidin el seu ambient. Per aconseguir-ho, estimula la creació de condicions de treball i de vida gratificants, higièniques, segures i estimulants. A més, procura que la protecció i la conservació dels recursos naturals sigui prioritat per a tots. És essencial realitzar una avaluació sistemàtica de l'impacte sobre la salut que té un medi ambient que canvia de manera molt ràpida, i que ha d'anar acompanyada d'actuacions que assegurin beneficis per a la salut pública (18). Com que és fonamental aconseguir un entorn saludable, a Catalunya, la Xarxa Catalana d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut (HPH-Catalunya) promou el coneixement de les persones sobre la seva salut, millora la comunicació entre els professionals de la salut i els pacients, vetlla per un entorn laboral més saludable i també, per implantar un sistema de treball que promogui la salut en les organitzacions sanitàries. Per això, per tal de tenir salut laboral, és fonamental aconseguir un entorn i un lloc de treball saludable.

2.4. Els professionals sanitaris i la violència en l'àmbit assistencial

2.4.1. Definicions i naturalesa

En els darrers anys, la globalització, que és un procés i un resultat, ha influït en el treball. Aquest fenomen és continu i en constant evolució, per tant, els seus efectes no poden ser tractats com un sol procés no diferenciat en el temps. S'han de tenir en compte els canvis en el patró internacional d'integració i els seus efectes en cada país. En el món del treball, hi ha un canvi en la demanda de capacitats i ofertes de treball com a resultat de les noves pràctiques comercials, nova estructura organitzativa, l'aplicació de noves tecnologies, i el disseny, la producció i el lliurament de nous productes i serveis.

El treball i el treballador s'individualitzen, cosa que dificulta la identitat col·lectiva que es trobava anys enrere. Actualment, el treball s'organitza cada cop més segons diferents criteris com les capacitats, les condicions laborals, els interessos i els projectes (20). Tot això, es troba incrementat per els canvis al món sanitari, amb la implementació de nous mecanismes de mercat i noves fórmules d'organització dels centres, transformacions sociològiques que justifiquen el canvi de model i el canvi del perfil del professional sanitari que ha passat d'un col·lectiu homogeni a un de diversificat.

La Organització Mundial de la Salut (OMS), la International Labour Organization (ILO) i el Consell Internacional d'Infermeres (ICN) han considerat la violència laboral una àrea prioritària de preocupació i intervenció política (2).

La literatura internacional descriu una manca de coherència en la comprensió de la violència en el treball no només entre països, sinó també a nivell nacional i local, així com a través de les diverses indústries. A més, els termes violència i lloc de treball no tenen una definició acordada (6).

La definició de violència laboral de la OMS consisteix en "incidents en els quals el personal pateix abusos, amenaces o atacs en circumstàncies relacionades amb la seva feina i que posen en perill, implícita o explícitament, la seva seguretat, el seu benestar o la seva salut" (5).

Però segons la guia de pràctica clínica de cada país la definició de violència laboral canvia:

Al Regne Unit hi ha dues guies:

- Salut i seguretat executiva (HSE): Qualsevol incident en el qual una persona que treballa en el sector sanitari és abusat verbalment, amenaçat o agredit per un pacient o membre del públic en circumstàncies relacionades amb la seva ocupació.
- Royal College of Nursing i National Health service (NHS): Incidents en els quals s'abusa del personal, s'amenaça o ataca en circumstàncies relacionades amb el seu treball, que impliquen un desafiament explícit o implícit a la seva seguretat, el benestar o la salut.

A Suècia existeix la Swedish National Board of Occupational Safety and Health (SWE Rec) que no aporta una definició explícita de violència igual com la Occupational Safety and Health Administration (OSHA) dels EUA.

A Austràlia:

- New South Wales (NSW): La violència inclou amenaces verbals i emocionals, i l'atac físic a la persona o propietat d'un individu per un altre individu o grup.
- Victoria (Vic): Assalt físic, comportament amenaçador o abús verbal i assetjament racial i sexual produït en un entorn de treball
- South Australia (SA) : La violència en el treball es defineix com qualsevol incident en el qual s'abusa d'un empleat o empresari, amenaçat o atacat en una situació relacionada amb el seu treball.
- Australia Capital Territory (ACT): Violència en el treball és qualsevol acció o incident que causi dany físic o psicològic a una altra persona (6).

A nivell espanyol, existeix una guia de bones pràctiques per la prevenció i maneig de problemes de salut mental en treballadors de l'àmbit sanitari que no aporta cap definició específica de violència. A Catalunya, en canvi, la guia per a la prevenció de la violència en l'àmbit sanitari especifica que el concepte violència inclou tant l'agressió verbal com la física (21).

2.4.2. Epidemiologia

Les situacions de violència en el treball comporten un risc laboral emergent que afecta especialment el sector sanitari. Segons la International Labour Organization (ILO), el 25% del total de les agressions als centres de treball tenen lloc al sector sanitari i més de la meitat dels treballadors d'aquest sector han estat objecte de violència física o verbal per part dels pacients i/o familiars.

Les agressions poden estar provocades per persones externes al lloc de treball (pacients, clients o altres membres del públic) o poden ser internes al lloc de treball (supervisors i altres treballadors). Les que predominen més són les realitzades per agents externs.

La incidència d'agressions a personal sanitari es troba per sota de les persones que treballen en serveis de protecció i seguretat.

La violència laboral en l'àmbit sanitari s'ha convertit en un fenomen del qual darrerament s'ha fet molta recerca. Les dades recollides depenen del que voluntàriament han referit els professionals i cal destacar que hi ha un problema significatiu amb els incidents que no són registrats. Això és degut a la manca de claredat sobre el que és un incident i la cultura organitzacional o suport inadequat al personal que deixen constància dels incidents violents en el lloc de treball. Una possible via de treball és que es vegin les agressions com a part de la feina, fet que contribueix a no registrar-les.

Una característica important sobre les agressions en el lloc de treball en la recerca sanitària és que des de l'any 2000 la majoria dels estudis s'han centrat en els infermers/eres, metges/esses o en general al personal sanitari. (22)

A l'Estat espanyol, l'any 2007, l'Observatorio Permanente de riesgos psicosociales de la UGT va realitzar un estudi amb una mostra de 623 treballadors d'atenció primària. El 60% del personal sanitari enquestat havia estat objecte de comportaments violents i/o agressions, un 32% dels professionals sanitaris que havien sofert comportaments violents no havien rebut cap suport per part de companys ni dels superiors, en el 68% dels casos no existia al centre de salut cap sistema d'alerta en cas d'agressions, en el 71% no es comptava amb un protocol contra la violència, el 60% dels professionals considerava que l'existència d'un protocol no és una mesura suficient si no existeixen altres mesures de reforç i en el 77% dels casos no hi havia personal encarregat i entrenat per controlar possibles conflictes (21).

Un estudi realitzat a 600 infermers i infermeres de l'estat espanyol pel Consejo General de Enfermería de Espanya l'any 2008, va indicar que un 33% dels infermers espanyols havia sofert una agressió física o verbal en els últims 12 mesos. D'aquest 33%, un 3,7% havien estat agredits físicament, el que suposa un total de 2.928 infermers o infermeres. Els responsables de les agressions havien estat en primer lloc els familiars i els acompanyants (49,8%), els propis pacients (47,3%) i un 2,9% sense identificar.

Les causes de les agressions són majoritàriament (41%) degut a la frustració de no haver vist satisfetes les seves expectatives d'atenció al personal sanitari referent al temps i a les proves diagnòstiques. El 27% a causa del desacord en valoracions o diagnòstics, i el 12% per la no acceptació per part del personal sanitari de demandes específiques dels pacients.

Les agressions s'han detectat en tots els serveis assistencials, en els serveis d'urgències hospitalàries (51% dels incidents), en els centres d'atenció primària (33,5%), en les plantes d'hospitalització (15%) i en altres ubicacions (0,5%) (23).

Referent a les diferents comunitats autònomes la seva incidència i els motius de violència en l'àmbit laboral canvien.

A Castella - la Manxa, segons un estudi transversal i multi cèntric realitzat per Martínez-Jarreta et al. a metges i metgesses, personal d'infermeria, administració, directius, zeladors i altres treballadors del Sistema Nacional de Salut (n=1845). El 64% va referir haver sofert violència psicològica i un 11% agressions físiques. Els serveis on es van produir més casos d'amenaques van ser 70,5% urgències, un 52,6% a les àrees mèdiques i un 51,6% a psiquiatria. Els motius de la violència van ser en un 57,8% el temps d'espera, en un 14,9% la concessió de la baixa i en un 10,3% la prescripció de medicaments (24).

Pel que fa a Galícia, Lameiro et al. van realitzar un estudi descriptiu dels episodis violents registrats a la Unitat de Prevenció i Riscos Laborals a l'Hospital Meixoeiro (Complex Hospitalari Universitari de Vigo) (n= 153). La majoria d'agressions van ser físiques (80%). Els serveis més afectats van ser psiquiatria (52%) i hospitalització (29%). Els diferents motius d'agressions van ser el 37% la contenció dels pacients amb malalties mentals i el 32% l'agitació de pacients amb trastorns psíquics (25).

A Castella i Lleó, un anàlisi descriptiu de les agressions a professionals sanitaris registrades a l'Observatori d'Agresions d'aquesta comunitat i dut a terme per Martínez-León et al., va mostrar que la major part d'accions violentes es van produir a les àrees de psiquiatria i en segon lloc, d'urgències. Els motius

van ser en el 30% per un trastorn psíquic, el 28% per disconformitat assistencial i en un 17% pel fet de sentir-se maltractat pel personal (26).

A la comunitat de Múrcia es va realitzar un estudi descriptiu transversal al personal d'infermeria hospitalària del Servei Murcià de Salut (n=1489) efectuat per Galián Muñoz et al. La major part de les agressions van ser verbals (71%) en comparació amb el 19,9% de violència física (27).

Referent a Andalusia, un estudi descriptiu transversal portat a terme per Mayorca Yancán et al. als serveis amb major risc d'agressions de l'agència pública empresarial sanitària Hospital de Ponent (Almeria) (n=250). Es van produir 102 agressions, de les quals 69 no van ser declarades (67 verbals i 2 físiques) (28).

Pel que fa a Madrid, Bernaldo de Quirós et al. van realitzar un estudi transversal a metges i metgesses, infermers i infermeres i tècnics del servei d'urgències mèdiques de Madrid (n=441). Els afectats van ser un 81,2% dels participants. La tipologia d'agressió van ser majoritàriament insults i injúries (76,2%) i amenaces (75,3%) (29).

A Catalunya, Cervantes Ortega et al. van portar a terme un anàlisi descriptiu sobre els incidents registrats mitjançant el dispositiu de Notificació d'incidentes Violents (NIV) als centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) de Catalunya. En la primera fase, van participar 38 centres, i 60 en la segona. En la primera fase els serveis més afectats van ser les urgències hospitalàries i ambulatories. Els seus motius van ser, en un 33% la informació rebuda; en un 24% l'assistència prestada i en un 16% l'alta mèdica indesitjada. En la segona fase, la meitat dels incidents es van produir en l'atenció hospitalària. Els motius van ser en un 29,4% la informació rebuda, en un 25,2% la dinàmica assistencial i en un 17,4% el temps d'espera (30,31).

A més, segons un estudi realitzat per l'Institut Català de la Salut de l'any 2008, les agressions físiques o verbals a personal de l'ICS van créixer un 37% durant el 2007. També hi va haver un total de 852 fets violents, d'aquests 648 van ser

agressions verbals (130 a hospitals i 518 a centres d'atenció primària) i 71 van ser agressions físiques (41 a hospitals i 30 a ambulatoris). De les 133 agressions restants no se n'especificava la naturalesa.

Pel que fa a les dades del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya de l'any 2008, de 1015 incidents violents notificats entre el 30 de gener de 2006 i el 30 de gener de 2008, el tipus d'agressió més freqüent és verbal en el 80% dels casos (814). En el 36,65% dels casos es va produir agressió física, ja sigui de forma aïllada o associada a l'agressió verbal (372 casos). El lloc més freqüent de l'agressió és el servei d'urgències (27,58% dels casos) seguit de les plantes d'hospitalització (22,16%) i les consultes ambulatories (18,9%) (21).

2.4.3. El pacient conflictiu

La paraula «conflicte» té el seu origen etimològic en el llatí «conflictus», i significava «xoc, frec o combat». En aquest mateix sentit, la Reial Acadèmia de la Llengua recull una primera accepció de conflicte com «combat o baralla» (32). Encara que també assenyala un altre significat de conflicte com «problema o matèria de discussió». Un malalt en si mateix és un «conflicte» per als professionals sanitaris, perquè és un problema o una qüestió clínica que aquests han d'afrontar. Però en parlar de «pacient conflictiu» es fa referència a un tipus especial de pacient, aquell que suscita en els sanitaris un problema (un conflicte) diferent del problema merament biomèdic. El pacient conflictiu trasllada al metge o metgessa un problema extra, no clínic, derivat de la seva actitud i/o comportament, que és el que crea les dificultats. Aquestes situacions es qualifiquen com a «conflictes personals», perquè es generen per una actitud personal del pacient cap al professional que l'atén.

Torres et al. en el llibre “Apoyo psicológico en situaciones de emergencia”, classifiquen diversos tipus de pacients conflictius. El pacient demandant que sol·licita mesures diagnòstiques i terapèutiques no indicades (inclòs l'ingrés o l'alta) o amb major celeritat, el que rebutja procediments ja que es nega a la realització de procediments indicats (inclòs l'ingrés o l'alta). L'agressiu no psiquiàtric, que reacciona amb violència verbal i/o física de manera desproporcionada, el pacient litigador, que mostra la seva disconformitat amb la forma d'actuació de l'equip mèdic i amenaça amb demandar.

L'hiperfreqüentador, que acut a urgències repetidament sense patologies que ho justifiquin perquè pensa que pateix patologia urgent. El pacient que no té cap patologia urgent, que va a urgències buscant resoldre un problema que no és urgent i el tipus mixt, que consisteix en una barreja de les tipologies abans esmentades.

La conducta agressiva s'intensifica en tres fases: l'ansietat, agressió verbal i agressió física. Cada etapa determina un nivell d'intervenció per part dels professionals sanitaris. Per tant, és important conèixer la corba de la hostilitat perquè aporta pautes sobre com actuar en cada fase quan la reacció del pacient és en forma d'agressivitat i hostilitat.

En la fase racional, el nivell emocional és l'adequat per poder discutir qualsevol problema; en la fase de sortida, el pacient mostra les seves emocions davant un incident imprevist, abandona el seu raonament racional i es mostra poc receptiu per la qual cosa només s'ha d'escoltar; en la d'alentiment, si no hi ha provocacions posteriors, la reacció va perdent energia i en la d'afrontament, la persona que ha estat escoltant pot fer alguna aportació que reactivi la situació o la porti cap a una fase de calma (33).

2.4.4. Situacions d'assetjament

La relació entre els treballadors i els usuaris en el sector de la salut té un component emocional important (dolor, mort, patiment, incertesa...) cosa que pot generar situacions de risc en provocar una percepció de falta d'informació o de mala qualitat assistencial. Durant les darreres dècades, s'ha transformat el tradicional vincle entre metge/metgessa i pacient. Aquest últim s'ha convertit en un usuari que desitja una atenció ràpida i personalitzada, que espera la restitució de la seva salut; que desautoritza el criteri mèdic quan no el comparteix... Es pot dir que el pacient tradicional que existia fins ara s'ha convertit en un usuari impacient, molt conscient dels seus drets però no sempre dels seus deures.

Aquesta situació sovint provoca frustració de les expectatives que entren en conflicte amb la realitat dels centres de salut: massificació i saturació de les consultes, llistes d'espera, plantilles insuficients, temps d'espera a les

consultes, burocratització dels serveis, falta d'informació als pacients i a les famílies, pelegrinatges continus dels pacients d'un centre o servei a un altre, falta d'explicació de determinades decisions, etc.

Segons la Guia per la prevenció de la violència en l'àmbit sanitari, les principals situacions on es produeix la violència o assetjament són la llista d'espera, la falta de mitjans personals al centre de salut, el treball en solitari, la falta d'informació sobre els drets dels treballadors sanitaris i les demandes que no poden ser abordades per el professional (21).

2.4.5. Efectes

La violència en el treball és una causa de dolor físic i psicològic per a les víctimes i testimonis, amb un augment del risc de disminuir el seu benestar. El sofriment i la humiliació resultants de la violència normalment porta a una falta de motivació, pèrdua de confiança i reducció de l'autoestima. Si la situació persisteix, les conseqüències poden resultar en una malaltia psicològica, trastorns psicològics, tabac, alcohol i abús de drogues o treball inefectiu.

L'impacte de la violència en un treballador està reflectida en majors costos per la comunitat on viu. La violència laboral pot resultar en atur, problemes físics i psicològics que poden influenciar de manera negativa la carrera i la situació social del/de la treballador/a. Els costos de la violència inclouen sanitat, rehabilitació a llarg termini per la reintegració de les víctimes, atur, compensació econòmica, desorganització familiar i social i un augment de la violència.

A més, segons el document que aporta les directrius marc per afrontar la violència laboral en el sector de la salut, redactat per la Organització Mundial de la Salut, el Consell Internacional d'Infermeres i la Oficina de Treball Internacional, la qualitat dels servies sanitaris es pot veure amenaçada.

Els costos de la institució es classifiquen segons si són directes, com els accidents, malalties, invalidesa, mort, absentisme, així com el cost de les obligacions legals, la pèrdua de treball i molt més costosos de mesures de seguretat. Els costos indirectes engloben la reducció de la moral i el

compromís, ruptura de les relacions, reducció de l'eficiència, del rendiment i de la productivitat. Els intangibles com la imatge de la organització, creativitat, qualitat, anticipació, clima de treball i obertura de ment per a la innovació.

La violència i l'estrès sovint interactuen, i magnifiquen la negativa càrrega econòmica derivada de cadascun d'ells. Qualsevol acte de violència, genera estrès i aquest, que condueix a la frustració i a la ira, pot ser un antecedent de la violència a la feina. En els casos més importants pot produir "burn out", el suïcidi i l'homicidi. L'estrès negatiu ha estat identificat per diverses ocupacions com una font de violència (2).

2.4.6. Factors de risc

Existeixen dos models de classificació dels factors de risc, el model de The Chappell i di Martino adaptat a l'àmbit sanitari i un altre segons l'origen dels factors específics de l'àmbit hospitalari.

El model de The Chappell - di Martino (figura 2) està basat en una anàlisi interactiva de tots els elements que generen estrès, relacionant factors personals, laborals i ambientals. El model es centra en la relació entre els factors personals i ambientals del treball, destacant que la combinació d'ambdós genera o estén la violència. És un model que emfatitza la dificultat d'eliminar la violència un cop està instaurada i l'absoluta necessitat de combatre la violència amb accions preventives (34).

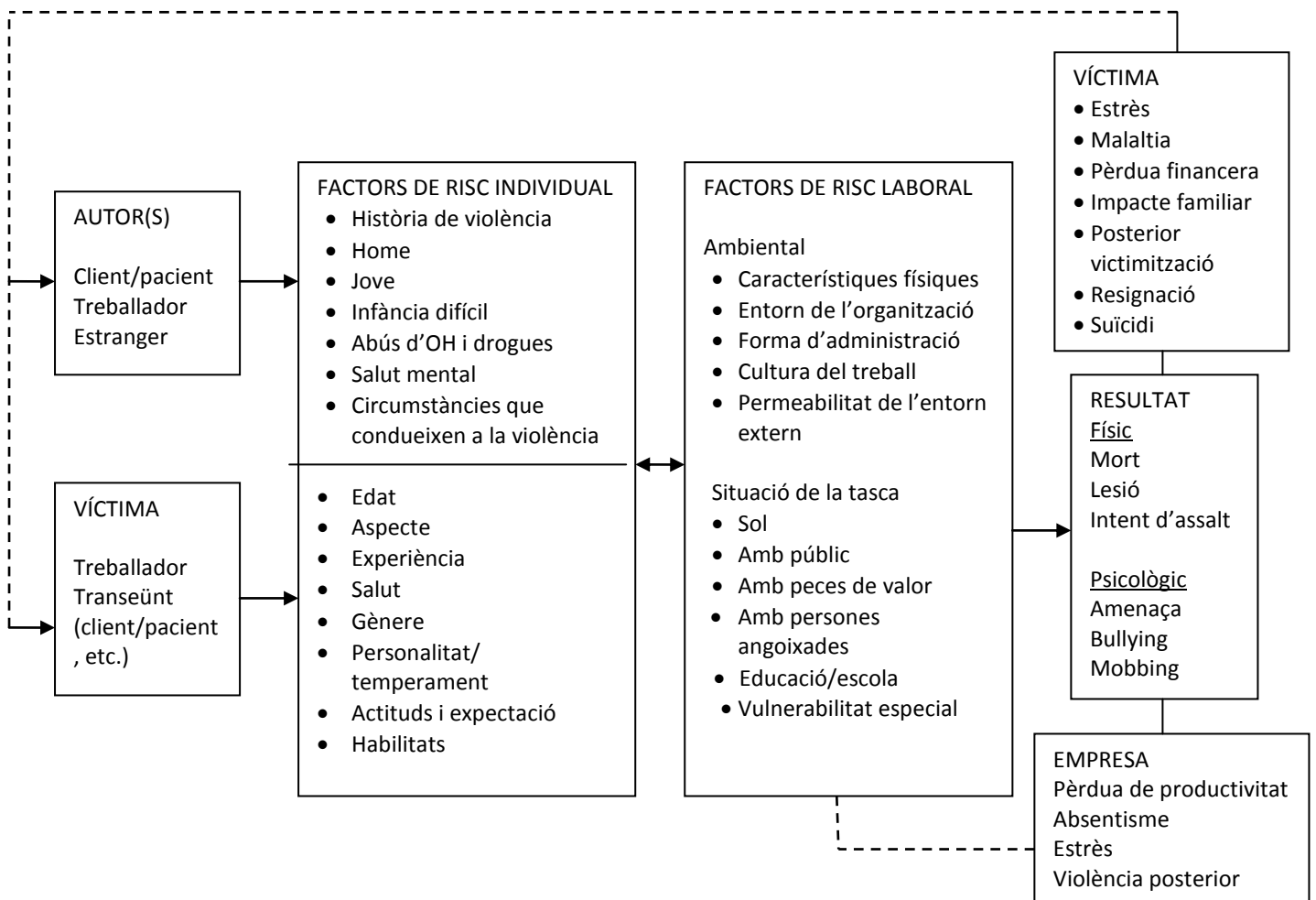


Figura 2. El model Chapell – di Martino

Font: Martino V. *Workplace violence in the health sector: Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO, ICN, WHO, PSI; 2003.

La presència de la violència a la societat implica la seva presència en les organitzacions sanitàries i els professionals de la salut que treballen sols o en relatiu aïllament, corren un risc especial d'atacs físics i sexuals i a més, estan subjectes a un major risc de violència.

Treballar en contacte amb el públic pot crear un major risc de violència igual com treballar amb objectes de valor que poden implicar maneig o obtenció de diners com per exemple fàrmacs, que siguin o semblin ser, de fàcil accés, pot implicar un augment del risc de crim i delinqüència.

Un nombre creixent de treballadors estan involucrats en l'ocupació eventual i precària, exposats al risc de males condicions de treball, la reducció i la pèrdua de l'ocupació, així com la violència.

Treballar amb persones en perill, és a dir, amb malalties, dolor, vellesa, trastorns psiquiàtrics, consumidors d'alcohol i abús de substàncies, pot afectar el comportament i fer que siguin verbalment o físicament violentes. La violència és tan comuna entre els treballadors que estan en contacte amb persones en perill que sovint es considera una part inevitable de la feina.

Un altre model de classificació dels factors de risc en l'àmbit hospitalari, és segons l'origen. Aquest esquema de classificació divideix els factors de risc en tres grans grups. Els factors individuals, com per exemple els/les treballadors/es, les malalties mentals, l'alcohol o el consum de drogues en pacients, poden augmentar el risc de violència als treballadors de la salut. Els factors organitzacionals, com la manca de personal pot augmentar el risc de violència a causa dels temps d'espera més llargs i el fet d'estar sol un treballador amb els pacients. Factors d'estrès del lloc de treball, com el baix suport del supervisor, la sobrecàrrega de treball, les males relacions de grup de treball, lloc de treball o canvis imminents, com ara reducció o reestructuració, també poden augmentar el risc d'agressió en el lloc de treball. També els factors ambientals on la il·luminació deficient, la manca de seguretat, i l'accessibilitat dels objectes que es poden utilitzar com a armes, poden augmentar el risc de violència.

Els centres d'atenció a la salut estan inclosos a les comunitats, cosa que pot influir en el tipus o nivell de la violència soferta en el treball. Els alts nivells de crim violent, el consum de drogues o l'activitat de grups dins d'una comunitat, els baixos nivells de recursos d'aquesta, i la desconfiança o falta de comunicació entre els residents, pot contribuir a la violència en l'àmbit de l'atenció.

Finalment, factors més amplis de la societat, com el canvi de normes socials al voltant de l'acceptació de l'agressió o reducció pot tenir un impacte en el risc de violència en el treball. Els treballadors de la salut també presten atenció en entorns perillosos, com els refugiats de guerra o en les regions devastades per

la guerra, que per la seva naturalesa exposen als treballadors a majors riscos físics i mentals (35).

2.4.7. Polítiques preventives

Els diferents serveis de salut de les comunitats autònomes han començat a elaborar guies i protocols per fer front a les agressions al personal sanitari. Aquestes guies engloben aspectes preventius del fenomen i també aconsellen al personal com actuar davant d'aquestes situacions per evitar-les o, si no és possible, poder minimitzar-ne l'impacte. A més aporten informació sobre com declarar-les, com actuar legalment, qui ho ha de fer i com s'ha de deixar constància que s'ha produït l'agressió.

Un aspecte important que tenen en compte els diferents plans de prevenció de les agressions, és la part preventiva, que intenta modificar les situacions conflictives. Un element sobre el qual s'incideix, és la informació que es dóna al ciutadà. Ha de ser clara, comprensible, propera i s'ha de basar en la confiança mútua. És precís que els usuaris utilitzin els seus drets però també els seus deures. S'ha de disminuir la burocràcia a un mínim per tal de no confondre i poder ofendre als pacients. Les habilitats de comunicació haurien de formar part del currículum formatiu dels professionals sanitaris i de la formació continuada d'aquests, així com del personal administratiu i de suport que té contacte amb els pacients.

A Catalunya, el Departament de Treball de la Generalitat, juntament amb la Unió General de Treballadors, van redactar el 2009 una guia per a la prevenció de la violència en l'àmbit sanitari. El seu objectiu és sensibilitzar sobre aquesta problemàtica, apuntar la necessitat de gestionar els actes violents des de la vessant de prevenció de riscos laborals, i recollir possibles mesures preventives d'intervenció que s'han de tenir en compte en els casos de violència laboral en un entorn sanitari (21).

3. Objectius

3.1. Objectiu principal

Identificar la violència que pateixen els professionals sanitaris de l'àmbit hospitalari.

3.2. Objectius secundaris

- Descriure l'acció o motiu, perfil de l'autor i les conseqüències de les agressions al personal sanitari.
- Identificar quins professionals sanitaris reben més violència en l'entorn de treball.
- Conèixer en quin país o regió té més presència la violència als professionals sanitaris de l'àmbit hospitalari.
- Esbrinar si els anys treballats afecten a la incidència de la violència per part dels professionals de l'àmbit hospitalari.
- Conèixer la incidència de casos informats.

4. Material i mètodes

Per tal de dur a terme la revisió sistemàtica, es va realitzar una cerca bibliogràfica sobre la violència en el treball en el sector sanitari. Aquest tipus de treball consisteix en recopilar informació publicada en bases de dades i donar a conèixer l'evidència científica que existeix en el moment sobre el tema.

4.1. Estratègia de cerca

Es van desenvolupar estratègies de cerca per identificar els estudis referents a la violència en el treball. La recerca es va realitzar entre els mesos de febrer a abril de 2017. Les bases de dades emprades van ser: PubMed, CINAHL i Cochrane Library (fig.3.). Totes les bases de dades són especialitzades en ciències de la salut i psicologia. Es van identificar tres conceptes principals que es van utilitzar en els diferents motors de cerca: workplace violence, healthcare, hospitals.

En la base de dades PubMed Medline es va realitzar la cerca d'articles mitjançant l'operador booleà "AND", és a dir incloent els termes Mesh "workplace violence", "healthcare", "hospitals" , i es va limitar la cerca amb els filtres "last 5 years" i "Humans", que va reduir el resultat a 156. Després d'haver revisat els títols dels estudis es van descartar 94 articles. Seguidament es van reduir els resultats a 33, un cop exclosos els duplicats. Al revisar els resums es van acceptar 20 articles i finalment, un cop revisats els estudis van quedar 15 estudis restants per la revisió.

La base de dades CINAHL va obtenir 7 articles mitjançant l'operador booleà "AND" i els termes Mesh "workplace violence", "hospitals" i "healthcare". Es va limitar la cerca amb el filtre "last 5 years". Després de revisar els títols se'n van excloure 6 i 1 estudi va ser acceptat per realitzar la revisió.

Mitjançant la cerca a la base de dades electrònica Cochrane, es van cercar els termes "healthcare", "workplace violence" i "hospitals" i es va aplicar el filtre "last 5 years". Es van obtenir 189 articles, dels quals 117 van ser exclosos

després de revisar els títols. Llavors es van reduir els resultats a 24 i després de revisar els resums, van quedar 18 articles. Un cop revisats els estudis, es van acceptar 11 articles per la revisió.

4.2. Criteris de selecció

Criteris d'inclusió

Estudis publicats entre el gener de 2012 i el gener de 2017.

Publicacions en anglès i castellà.

Estudis que utilitzen una metodologia qualitativa i quantitativa.

Estudis amb participants adults d'edat com a mínim 18 anys i que treballassin en un entorn sanitari.

Estudis de mesures de violència en el treball, violència dirigida als empleats per part dels clients, pacients, estudiants o qualsevol altre per als quals una organització proporciona serveis.

Estudis exclusivament d'àmbit hospitalari.

Criteris d'exclusió

Es van excloure d'aquesta revisió els estudis de casos individuals, de caràcter divulgatiu, les opinions d'experts publicades en editorials, cartes a l'editor i els dissenys de projectes d'investigació.

A continuació es mostra el procés metodològic de detecció dels articles a partir de les bases de dades (fig.3).

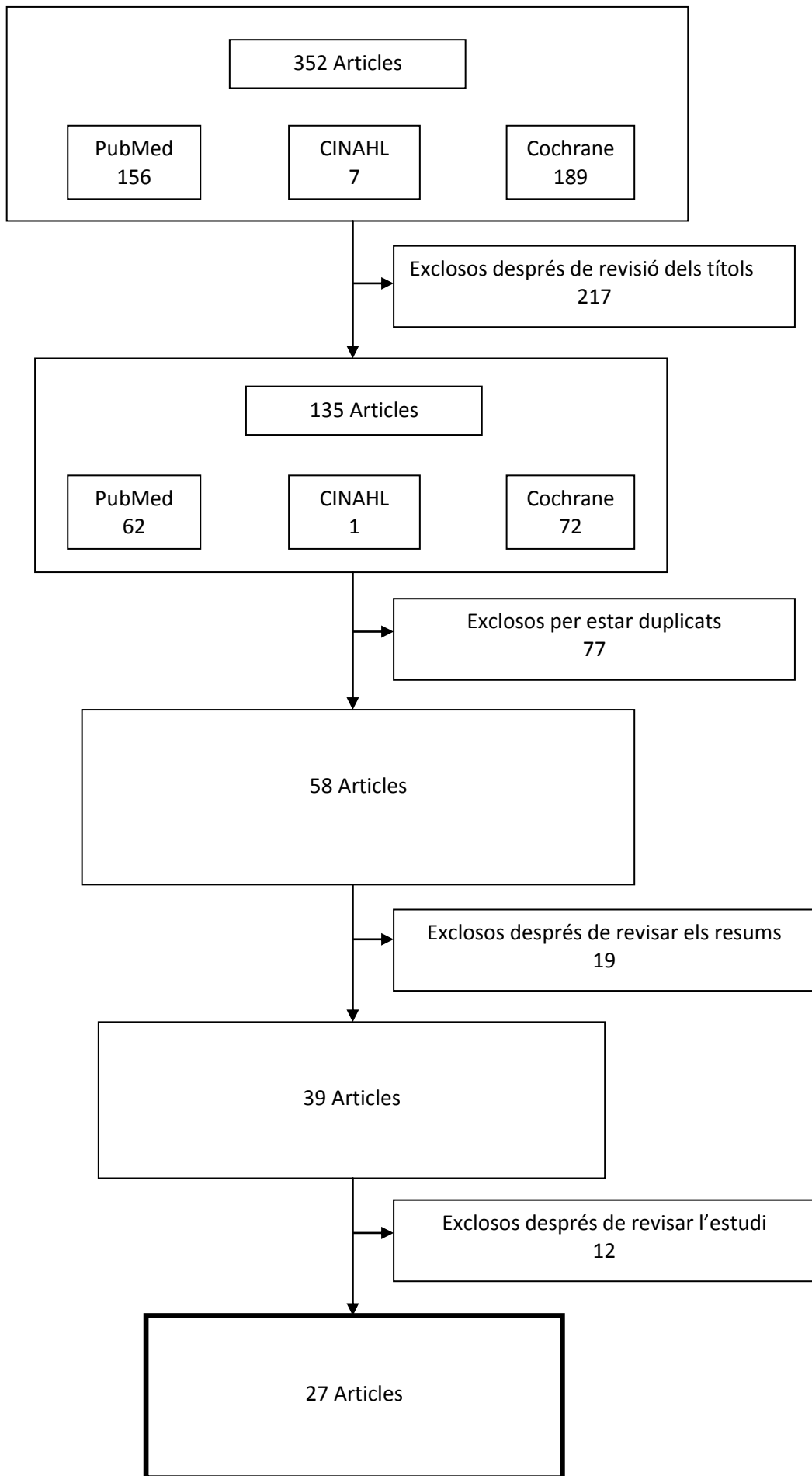


Figura 3. Resultats de l'estratègia de cerca

5. Resultats

L'aplicació dels criteris d'inclusió/exclusió al total d'articles identificat va concloure amb la consideració de 27 articles. Per tal d'ordenar i sintetitzar la presentació dels resultats de la recerca bibliogràfica, es mostren segons els objectius plantejats. La informació que s'aporta dels estudis inclosos contempla la font de l'article (autor, revista, any de publicació, país), les característiques de l'estudi (disseny, objectiu, criteris d'inclusió/exclusió, la tècnica de mostreig, les taxes de respostes i límits), la població estudiada (sexe, tipus de treball, anys treballats) i la violència en el treball (tipus, definició, exposició, autors).

Referent a la **incidència d'agressions als professionals de la salut segons país o regió** s'observa com els Estats Units (Regió Atlàntica), Palestina, Taiwan, el Nord de Xina, el Regne Unit (Gal·les) i Vhembe a Sud Àfrica, són els països amb la major incidència (33,37,51,52,42,44). Entre aquests països, la incidència varia entre 76% i 83.3%. Els resultats dels estudis que diferencien entre violència física i violència verbal/psicològica, indiquen que en la majoria dels casos, les proporcions de violència verbal són majors. L'estudi realitzat a Xina i concretament als hospitals generals (54), la incidència de violència verbal és la més alta (76%). Cal destacar que en cas de l'estudi de l'Oest Mitjà dels EUA (48) que de les agressions informades analitzades, el 90% van ser casos de violència física.

Taula 2 – Incidència d'agressions a professionals de la salut segons país o regió

Autor	País	Mida mostra	Professionals de la salut agredits (%)
Magnavita N et al (36)	Itàlia	359	6,2% VF; 13,9%VV
Ferri P et al (37)	Itàlia	419	45%
Ünsal Atan S et al (38)	Turquia	720	60,8% 16,6%VF; 59,4%VV
Boafo IM et al (39)	Ghana	592	12,2%; 52,7%VV
Speroni KG et al (40)	USA - Regió Atlàntica	762	76%
Hahn S et al (41)	Suïssa	2495	16,9% VF; 45,9%VV

Fujita S et al (42)	Japó	8771	36.4% 15.9% VF; 29.8% VV; 9.9% VS
Zhao S et al (43)	Xina	860	3.5% VF; 29.9% VV; 8.8% ambdues
Kitaneh M et al (44)	Palestina	240	80,4% 16.7% VF; 59.6% VV
Alkorashy HAE (45)	Aràbia saudita	370	20,7%
Xing K et al (46)	Xina	840	12,6% VF
Al-Omari H (47)	Jordània	468	52.8% VF 67.8% VV
Wu S et al (48)	Xina	2,464	Aprox 50% VV 43% Amenaça d'agressió 24% 20% VF
Lepping P et al (49)	UK – Gal·les	157	83% 68% VF 55% VV
Abualrub RF et al (50)	Jordània	521	14,4% VF
Mahani T et al (51)	Vhembe – Sud Àfrica	255	85%
Muñoz IG et al (27)	Espanya	1.489	Setmanal o diàriament: 1,2% VF; 22,8% VV Anualment: 19,9% VF; 71% VV
Fallahi-Khoshknab M et al (52)	Iran	5874	23.5% VF
Arnetz JE et al (53)	Oest Mitjà –USA	214	90% VF del total d'incidents
Pompeii LA et al (54)	Estat de Texas i Carolina del Nord – USA	5385	50.4%
Wada K et al (55)	Tòquio - Japó	413	Agressions pacient - personal: 45,8% VV 6,6% VF 9,3% VS Agressions personal - personal 23,6% VV 2,2% VF 5,4% VS
Chen KP et al (56)	Taiwan	791	81,5% 1,7% VF 49,3% VV 30,6% 2 tipus
Sun P et al (57)	Nord de Xina	1899	83,3% 14,4% VF 68,9% VV
Jiao M et al (58)	Xina	588	7,8% VF 71,9% VV 35,5% amenaces 12,8% VS 24% Yi Nao*
Liu H et al (59)	Xina	1129	Hospitals mèdic Xinesos VF 8,6% VV 68% Hospitals especialitzats VF 35,4% VV 75,8% Hospitals generals VF 14,1% VV 76%

VV: violència verbal

VF: violència física

VS: assetjament sexual

* Yi Nao: es refereix als incidents violents dirigits contra el personal sanitari i les instal·lacions per a benefici financer. És un fenomen estès que ha anat augmentant els darrers anys a la Xina. (60)

La incidència d'agressions als professionals de la salut segons categoria professional varia segons l'estudi (taula 3), però el personal sanitari que té més incidència són els infermers/eres i els metges/esses. En l'estudi de Pompeii LA et al (54), és l'únic on el personal de seguretat (63,8%) té una incidència més alta que les infermeres (53,8%). En la classificació que separa les infermeres segons especialitat (32), les que pateixen un percentatge més gran d'agressions són les infermeres/llevadores (53%).

Taula 3: Incidència d'agressions a professionals sanitaris segons categoria professional

Autor	Categoria professional	Incidència %
Magnavita N et al (36)	Metges/esses Infermers/eres Altres (tècnics i altres categories)	VF 19%; VV 34,2% VF 6%; VV 15,2% VF 1,9% ; VV 4,2%
Ferri P et al (37)	Infermers/eres Metges/esses Auxiliars d'infermeria Supervisores d'infermeria	67% 12% 18% 3%
Boafo IM et al (39)	Infermers/eres i llevadores Infermers/eres especialistes Infermers/eres i llevadores "officer" Infermers/eres i llevadores sènior "officer" Cap d'infermeria	53% 22,7% 12,4% 7,2% 4,8%
Speroni KG et al (40)	Infermers/eres Estudiants d'infermeria	42,5% 34,1%
Hahn S et al (41)	Infermers/eres i llevadores Metges/esses Terapeuta ocupacional/nutricionista Tècnic de radiologia Auxiliar d'infermeria Altres	13,5% 7,7% 12,2% 6,6% 11,5% 5,5%
Fujita S et al (42)	Infermers/eres Metges/esses Auxiliars d'infermeria Terapeuta Administratiu Tècnic Nutricionista Farmacèutic	50,1% 33,3% 32,6% 30,7% 26% 17,7% 9,4% 9,3%

	Altres	13,2%
Zhao S et al (43)	Infermers/eres Metges/esses	1,3%VF; 27,2%VV; 7,6% 2 tipus 5,8%VF; 32,8%VV; 10,2% 2 tipus
Kitaneh M et al (44)	Metges/esses Infermers/eres	23.2% VF; 62.2%VV 19.6%VF; 58.2%VV
Xing K et al (46)	Infermers/eres Metges/esses	37.7% 62.3%
Wu S et al (48)	Infermers/eres Metges/esses	22.2%VF; 46.3%VV; 6.4%VS 18.9%VF; 47.4% VV; 6.8%VS
Lepping P et al (49)	Infermers/eres Metges/esses Auxiliars d'infermeria Altres	66% VV; 42% amenaces; 53% VF 4%VV; 4% amenaces; 2%VF 37%VV; 32% amenaces; 34%VF 26%VV; 6% amenaces; 14%VF
Abualrub RF et al (50)	Infermers/eres Metges/esses	18.4% 13,1%
Muñoz IG et al (27)	Infermers/eres Auxiliars d'infermeria	Mitjana 3.43 VF; 12.93 VV; 16.35 2 tipus 3.47 VF; 11.67 VV; 15.14 2 tipus
Fallahi-Khoshknab M et al (52)	Infermers/eres Auxiliars d'infermeria Llevadores Paramèdics i metges/esses	78% VF 16%VF 3% VF 1.5% VF
Arnetz JE et al (53)	Infermers/eres Personal de seguretat Auxiliars d'infermeria	39.8% 15.9% 14.4%
Pompeii LA et al (54)	Personal de seguretat Infermers/eres Auxiliars d'infermeria/tècnics/zeladors Treballadors socials Alts comandaments	63.8% 53.8% 45.8% 44.6% 42.1%
Sun P et al(57)	1. Metges/esses 2. Infermers/eres 3. Tècnics 4. Administratives	16%VF; 72,4%VV 12.5%VF; 71.1%VV 12.7%VF; 52.2%VV 11.3%VF; 46.1%VV
Liu H et al (59)	<u>Hospital mèdic Xinès</u> 1. Metges/esses 2. Infermers/eres 3. Tècnics 4. Altres <u>Hospital especialitzat</u> 1. Metges/esses 2. Infermers/eres 3. Tècnics 4. Altres <u>Hospital general</u> 1. Metges/esses 2. Infermers/eres 3. Tècnics 4. Altres	<u>Hospital mèdic Xinès</u> 10,4%VF; 72,7%VV 8,2%VF; 69,4%VV 0%VF; 62,5%VV 0%VF; 31,8%VV <u>Hospital especialitzat</u> 62,2%VF; 93,3%VV 8,1%VF; 59,5%VV 21,4%VF; 64,3%VV 33,3%VF; 66,7%VV <u>Hospital general</u> 16,4%VF; 76,7%VV 11,6%VF; 77,2%VV 8%VF; 72%VV 8,6%VF; 60%VV

Pel que fa a la **incidència de sofrir violència relacionada amb els anys treballats**, catorze estudis van aportar evidència. A la taula 4 s'observen diferents valors d'anys d'experiència que difereixen molt d'un estudi a un altre. Més de la meitat dels estudis escollits mostren que amb 10 anys d'experiència, la incidència és més gran a patir violència laboral (32,33,35-37,41,46,52,54). Tot i això, alguns resultats aporten resultats contraris a aquests.

Taula 4 - Incidència de sofrir violència relacionada amb anys treballats

Autor	Anys d'experiència professional amb més incidència	Anys d'experiència professional amb menys incidència
Ferri P et al (37)	12.88 ± 7.79	
Boafo IM et al (39)	7.38 ± 9.53	
Speroni KG et al (40)	≥ de 10 anys (66%)	
Hahn S et al (41)		Entre 5-10 anys
Fujita S et al (42)	6-10 anys (39.3%) 11-15 anys (40.4%) 16-20 anys (38.6%) 21 or més (39%)	<5 anys (33,8%)
Zhao S et al (43)	≤10 anys (VV 39.8% i VF 6.8%)	
Kitaneh M et al (44)	≤10 anys (VF 27.1% ; VV 74.2%)	≥10 anys (9%VF ; 32.99%VV)
Wu S et al (48)	6-10 anys (VF 22.1%; VV 48.3%) 10-20 anys (VF 19.6%; VV 48.4%) ≥ 20 anys (VF 21.4%; VV 44,8%)	<1 any (VF 12.7%; VV 34.7%)
Muñoz IG et al (27)	6-10 anys	>20 anys
Arnetz JE et al (53)	7'4 anys	
Pompeii LA et al (54)		< d'1 any d'experiència
Sun P et al(57)	6-15 anys (36.6%)	≤5 anys (33.9%) ≥16 anys (29.5%)
Jiao M et al (58)	≤ de 5 anys (VF13.2%; VV 89,5%)	≥ de 21 anys (VF 3.3%; 47,2%VV)
Liu H et al (59)	<u>Hospital medicina</u> 6-20 anys (VF19.8%) ≤5 anys (VV 77.9%) <u>Hospital especialitzat</u> 6-20 anys (VF71.4%; VV 88.6%) <u>Hospital general</u> 6-20 anys (VF 9.5%; VV 80.2%) ≤5 anys (VF 9.5%)	

Vint-i-dos estudis van aportar evidència científica del **motiu i perfil característic de les agressions a professionals sanitaris**. En la major part dels estudis el perfil de l'autor de la violència era el pacient (29,31,32,38,40, 42, 48, 49, 51, 53). En dos d'aquests casos (32,40), la violència física era realitzada pels pacients, en canvi, la violència verbal pels acompanyants o familiars. Dos estudis (30,39,33) van mostrar que els principals autors eren

homes, encara que el darrer, només es complia en la violència física no la verbal, que predominaven dones. El moment de l'agressió i el motiu o acció que va realitzar variaven significativament d'un estudi a l'altre.

Taula 5- Perfil de l'autor, moment i motiu de les agressions a professionals sanitaris

Autor	Perfil de l'autor	Moment agressió	Motiu /acció
Magnavita N et al (36)	Majoritàriament Pacients Companys o superiors (12,7%)	Donant el tractament, discutint o responent peticions dels pacients	Sobtat
Ferri P et al (37)	60% Homes; 40% dones Edat: 52.55 anys 51% Pacients 31% familiars 9% companys 9% més d'una categoria	A l'habitació del pacient 53% Durant l'estada a l'hospital 53% En el moment de l'entrevista del pacient 32% Durant tractaments mèdics i/o atenció d'infermeria 26% Mentre el professional treballava amb altres membres 65%	44% conscient i orientat 17% malaltia psiquiàtrica 16% afectat cognitivament 11% influït per abús de substàncies o drogues
Ünsal Atan S et al (38)	VV: Pacients 47.4% Acompanyants 39.5% Personal 10.7% VF: Pacients 14.3% Acompanyants 5%		VV: Crits 72.7% Amenaces verbals 47.8% VF: Cops de peu 52.4% Colpejar 38.1%
Boafo IM et al (39)	VF: pacients 22,6% VV: acompanyants 45,5% VS: Metges percebuts com a superiors		
Speroni KG et al (40)	Homes (62,4%) 26-35 anys (2,4%) Pacients (90,3%) Raça blanca (68,9%)		Delirium o desorientació (41%) Intoxicació d'OH (30,1%) Abús de drogues (28,6%)
Hahn S et al (41)	Homes (58,7%) 50-74 anys Pacients	Tasques mèdiques, diagnòstiques o terapèutiques. Consell pacients (70,8%) Suport acompanyants (28,5%)	Trastorns mentals o de conducta (11,7%) Problemes CV (10,2%)
Kitaneh M et al (44)	VF: Homes (76%) Menors de 36 anys (88%) Acompanyants/familiars (48%) VV: Dones (63,6%) 36-60 anys (44,1%) Acompanyants (42%)	VF: Control d'infermeria (22%) Habitació pacient (14%) Passadís (14%) VV: Contacte directe (86%) Per via telefònica (8,4%)	Sense trastorns (58%) Conducta alterada per malaltia o medicació (38%) Sense trastorns
Alkorashy HAE (45)	Pacients (18,5%) Acompanyants (17,7%)	Durant els àpats i les hores de visita (53,6%)	Malentesos (54,4%) Treball amb persones amb alteracions de conducta (42,5%)

Xing K et al (46)	Homes (88.7%) 20-40 anys (73.6%) Familiars(62.3%)	Contacte directe amb el pacient	Trastorn de conducta (54.7%) Després de prendre medicació (26.4%)
Al-Omari H (47)	VF:Pacients (84,5%) VV: Familiars(50.8) Pacients (34.8%)	Dins de l'hospital (VF 53.6% ; VV 90.8%)	Causes no investigades (35,4%)
Wu S et al (48)	Familiars (54%) Pacients (41%)		Malentesos Insatisfacció amb el tractament Espera excessiva Alt cost del tractament
Lepping P et al (49)	1r:Pacients 2n: Acompanyants		
Abualrub RF et al (50)	Familiars (infermers/eres 53.8%; metges/esses 73.9)		Augment del nivell d'ansietat i tensió del pacient i la família (30.13%)
Mahani T et al (51)	Dones (71%) Companys de feina (64%)		Consum d'alcohol (74.3%) Trastorn mental (66.3%)
Muñoz IG et al (27)			Enuig per demora assistencial (21,8%) Mirades de menyspreu i mala cara (9.5%)
Fallahi-Khoshkna b M et al (52)	Familiars (56%)		Falta de coneixement de la tasca del treballador (49.2%) Falta d'estructures de seguretat (44,5%)
Arnetz JE et al (53)	Pacients		Trastorn cognitiu i demanda d'alta (40%)
Pompeii LA et al (54)	Pacients (76.1%)		Trastorns mentals o de conducta (63,7%) Retirada de medicació, dolor, abús d'alcohol o drogues (37.8%)
Wada K et al (55)			Personalitat, demografia, factors de conducta i entorn social Violència pacient-professional pot provocar violència professional - professional
Chen KP et al (56)	Pacients (61.4%) Familiars (60.8%) Companys (48%)		
Jiao M et al (58)	Pacients		Càrrecs econòmics (68.2%) Tractaments insatisfactoris (66,8%) Errors de comunicació (59%)
Liu H et al (59)			<u>Hospitals mèdics xinesos:</u> No complien els requisits pel tractament (69.6%) <u>Hospitals especialitzats:</u> problemes cognitius (57.1%) <u>Hospital general:</u> sobrecàrrega de treball dels professionals (73.8%)

Setze dels articles revisats aporten informació referent a les **conseqüències de la violència laboral als diferents professionals**. La majoria de personal presenta ira, angoixa, depressió, ansietat, estrès.

Taula 6 - Conseqüències de la violència als professionals

Autor	Conseqüències	Percentatge d'afectats
Magnavita N et al (36)	Ira, angoixa, desil·lusió i impotència. Augment ansietat i depressió	30.1% símptomes d'ansietat 21.7% signes de depressió
Ferri P et al (37)	Por ira, irritació, ansietat, depressió, humiliació, culpa, sentiments d'impotència i decepció	
Ünsal Atan S et al (38)	Físics: dolor i palpitations Psicològics: inferioritat, estrès, depressió o decepció	42.9% impactes físics i/o psicològics
Boafo IM et al (39)	Dificultats per pensar-hi o records inquietants, pensaments o imatges de l'abús.	(33.8%VS; 12.2%VV) records inquietants, pensaments o imatges (46.4%VS; 14.4%VV) Evitar parlar de l'abús o tenir sentiments (66.2%VS; 21.5%VV) alerta o en guàrdia
Speroni KG et al (40)	63.3% consideren deixar l'hospital 8.8% consideren deixar la professió 6.3% canvi de feina (3,3% altra unitat, 3% altre hospital)	
Zhao S et al (43)	Ansietat	Molt alt: VF 27% Nul: VV 29.8% Alt: 2 tipus 20.6%
Kitaneh M et al (44)	Física: ira, depressió, por o estrès, fatiga, frustració Verbal: ira, fatiga, depressió i frustració	VF: 46% no van rebre tractament VV: 62.9% no tractament, 30% auto tractament, 4,9% tractament psiquiàtric
Xing K et al (46)		VF: 56.6% lesió física 62.3% dies lliures degut a l'agressió
Al-Omari H (47)		VF: 33.2% poc molestos per records pertorbadors 32.7% poc molestos per evitar pensar o parlar sobre l'agressió 42.5% moderadament molestos per estar alerta o hipervigilants VV: 37.6% poc molestos per records pertorbadors 36.9% poc molestos per evitar pensar o parlar sobre l'agressió 46.7% moderadament molestos per estar alerta o hipervigilants
Abualrub RF et al (50)		VF: 33.3% ferits
Mahani T et al (51)	Inseguretat, ansietat i temor. Por a ser reconegudes pels pacients en el temps lliure o a que sabés el seu domicili. Sobreprotecció a la família i persones estimades Llarg termini: estrès, demanar canvi d'unitat.	

Arnetz JE et al (53)		34% lesions que van requerir dies de baixa
Pompeii LA et al (54)		4.6% lesions 2% baixa 2.2% atenció mèdica 38.2% temor sobre la seva seguretat personal 58.1% temor sobre amenaces físiques 30.1% abús verbal
Sun P et al(57)		2 tipus violència: 39.1% ansietat extrema VF: 23.6% ansietat molt alta VV: 75.5% ansietat molt alta
Jiao M et al (58)	Síndrome d'estrès posttraumàtic (major puntuació en VF que VV)	VF: 11.9% ansietat molt alta VV: 81.5% ansietat alta
Liu H et al (59)		<u>Hopital medicina</u> VF: 16.7% ansietat molt alta VV: 75,3% ansietat moderada <u>Hospital especialitzat</u> VF: 48,1% ansietat molt alta VV: 92.9% ansietat alta <u>Hospital general</u> VF: 22.3% ansietat molt alta VV: 81.4% ansietat alta

Tretze estudis van aportar evidència sobre la **incidència d'informes dels casos d'agressions**. En la majoria dels casos el nombre d'incidents informats de manera escrita és molt baix. Els percentatges varien entre 1.9% i 19.2%. Els diferents motius que donen és el sentiment de vergonya, el pensament que no es durà a terme cap actuació, sentiment que no tenia cap importància o que forma part dels riscos de la seva feina. Alguns dels professionals van deixar constància de l'agressió a la història del pacient, però no van omplir específicament cap informe.

Taula 7: Incidència de casos d'agressions a personal sanitari informats

Autor	Casos informats		Motiu
	Sí	No	
Ferri P et al (37)		84%	Por a represàlies dels agressors i familiars Sentiments de vergonya Considerar agressió laboral com a part de la feina S'informen els atacs amb discapacitat física o lesions
Ünsal Atan S et al (38)	13.6%		
Boafo IM et al (39)	VS 4.1%	VV 46.3%	Por a la persecució Pensament que no hi haurà cap actuació. Creença que forma part de la feina
Speroni KG et al (40)		17.1%	Lesió física no substancial (49.5%) Inconveniència (26.1%) Creença que forma part de la feina (19,6%)

Hahn S et al (41)	1.1%		36.6% van informar a la història clínica del pacient
Zhao S et al (43)	65% metges 72.4% inf.		
Kitaneh M et al (44)	19.2%	56.3%	Perquè no es prendria cap acció (32.5%) No era important (20,8%) Por de conseqüències negatives (20%)
Xing K et al (46)	9.4%		No seria útil (69.8%) Por de conseqüències negatives (58.5%) Sentir-se avergonyits (41.5%)
Al-Omari H (47)	VF: 9.2% VV: 6.5%		<u>VF</u> 47.7% insatisfets amb la manera com es va dur a terme el problema No seria útil (41.4%) No era important (33.1%) <u>VV</u> No seria útil (52.5%)
Abualrub RF et al (50)	Inf. 1.9%		<u>Metges:</u> Por de conseqüències negatives (43.5%) No útil (39.1%) <u>Inf.</u> Por de conseqüències negatives (23,1%) No útil (23,1%)
Avander K et al (61)			Por d'afectar-les fora de l'àmbit laboral Temor de declarar davant del jutjat
Fallahi-Khoshknab M et al (52)		60.5%	No útil (52%) No important (19.1%) Insatisfacció de la gestió de l'incident (63%)
Pompeii LA et al (54)	7.1%		26.4% informat a la història clínica

6. Discussió

En els darrers anys la violència ha estat un tema recurrent de preocupació per nombrosos investigadors i organitzacions com la OMS. Malgrat això, la recerca que engloba solament les agressions a personal sanitari en l'àmbit hospitalari encara és poca.

Pel que fa a la incidència de violència als professionals, en comparar els resultats, és molt alta als Estats Units, Palestina, Regne Unit (regió de Gal·les), Sud Àfrica, Taiwan i Nord de Xina (40,44,49,51,56,57). Tot i així, aquestes dades no es poden extrapolar en la present revisió, ja que indiquen valors segons uns hospitals concrets que poden diferir, dins la mateixa zona, amb altres.

Cal destacar l'estudi d'Arnetz et al. (53), en el qual a la regió de l'Oest Mitjà dels EUA, el 90% dels casos es va produir violència física, a diferència de la majoria d'estudis, que indiquen que la major incidència de violència és de tipus

verbal. A la revisió sistemàtica de Spector et al. (62) es van trobar resultats similars en els quals els països o regions on la violència física és gairebé dues vegades més freqüent són els països de parla anglesa (Austràlia, Canadà, Regne Unit, Nova Zelanda i els EUA) i la regió de l'Orient Mitjà. En canvi, la violència no física es va produir, amb una proporció de més del 50% dels casos en totes les regions, tot i que on la taxa va ser menor va ser a Àsia.

Tot i així, l'alt percentatge de casos de violència física podria ser degut a que la majoria d'actes violents no es van registrar o per contra, pot indicar que hi ha una alta incidència de violència física en aquesta regió.

Segons els resultats d'aquesta revisió, els professionals que pateixen més agressions en la gran majoria dels estudis són els infermers/infermeres. En altres, però, els professionals en els quals predomina més la violència són els metges/metgesses (36,44,57,59). La revisió bibliogràfica de Phillips (63) va trobar resultats similars en els quals els infermers/infermeres i auxiliars d'infermeria tenen les taxes d'assalt més altes ja que es correlacionen amb temps de contacte en el pacient.

Al recercar la major incidència relacionada amb els anys d'experiència, la majoria d'estudis indiquen que és major en els professionals que porten aproximadament 10 anys d'experiència professional, encara que el rang d'anys d'experiència pot variar significativament d'un estudi a un altre. Jiao et al. (58) mostra discrepàncies en els anys d'experiència, indicant major incidència en els empleats que porten 5 anys o menys com a treballadors de la salut.

Segons la revisió de Phillips (63), la característica més comuna entre els autors de la violència en el treball és l'alteració de l'estat mental associada a la demència, deliri, intoxicació per substàncies, o malaltia mental descompensada. Aquesta característica també es correspon en la majoria dels estudis revisats (40,41,51,53,54). En altres, la persona es troba conscient i orientada i no presenta cap alteració mental (37,44). En la present revisió sistemàtica, el perfil de l'autor és majoritàriament homes i els diversos motius que propicien l'agressió són els malentesos, la insatisfacció amb el tractament, l'espera excessiva i l'alt cost del tractament. El moment de l'agressió difereix

d'un estudi a l'altre. Magnavita et al. (36) indica que es produeix donant el tractament, discutint o responnent peticions dels pacients. Aquestes situacions, en les quals majoritàriament sol ser un infermer/infermera o metge/metgessa que dóna la informació, coincideixen amb els professionals que tenen un incidència més elevada d'agressions. Cal afegir que Wada et al. (55) indica que el treballador que ha viscut un episodi de violència pacient-professional és més probable que hagi sofert violència professional-professional.

Pel que fa a les conseqüències, la violència laboral s'ha trobat que està més associada a conseqüències psicològiques (ansietat, depressió, síndrome d'estrès posttraumàtic) i conseqüències emocionals negatives (ira, por, tristesa). En l'estudi d'Speroni et al. (40), una gran proporció de professionals consideren deixar l'hospital després de l'agressió.

Segons el tipus de violència patida, el tipus d'afectació i el percentatge varia. Tres estudis (57-59), indiquen alts índexs d'ansietat (75.5%, 81.5% i 75.3%-92.9%-81.4% respectivament) després de patir violència verbal. La violència verbal no és tant fàcil d'identificar i no deixa ferides físiques sobre la persona, però sí que afecta psicològicament a la víctima. Per això, provoca situacions d'ansietat o por i minva l'autoestima. En els casos de violència física els percentatges es troben més repartits en els diversos nivells d'ansietat segurament degut a diferents graus d'agressió. Tot i així, en els casos que tenen ansietat, la major part té un nivell molt alt. Això és degut al fet que amb la violència física, la persona envaeix l'espai interpersonal de seguretat, en el qual la persona es sent protegida i per tant, l'afectació és major.

La revisió de Phillips (63) indica que és fonamental obtenir estadístiques de referències precises per tal de determinar la veritable magnitud del problema de la violència en els professionals sanitaris. Una de les raons per les quals hi ha manca de dades és degut a que una gran quantitat dels episodis no s'informen, o només es deixa constància a la història clínica. De la mateixa manera que en els resultats del present estudi (37,39,40), la manca de registre és degut en part a una cultura que és resistent a la creença que els treballadors estan en risc de violència iniciada pel pacient i pel pensament que les agressions formen part del treball. Altres motius de manca d'informes és degut al pensament que

el fet de registrar-ho no serà útil (46,47,50,52). Aquests pensaments fan que no es notifiqui, que no quedi constància d'aquests actes i que no es prenguin mesures per tal de reduir-ne la incidència.

Els treballadors, en algunes ocasions, veuen de manera incerta el que constitueix la violència, ja que moltes vegades creuen que la persona que realitza l'agressió no és responsable dels seus actes. Els diagnòstics dels autors són comunament psicosis, trastorns d'abús de substàncies o demència. A vegades els professionals no omplen un informe degut a que creuen que els pacients no tenen el control complet de les seves facultats. Els infermers i infermeres també citen por a represàlies per part dels supervisors, la complexitat del sistema legal i la desaprovació dels administradors com a barreres pel registre de la violència laboral. Fins que aquests obstacles no siguin eliminats per les diferents institucions de salut, per la legislació o per la demanda pública, serà difícil observar un canvi important en la presentació d'informes.

És fonamental realitzar estudis prospectius per tal de desenvolupar coneixement en aquesta àrea i donar-la a conèixer a la població.

De fet, els estudis revisats depenen molt de dades retrospectives i de percepció subjectiva. És només a través d'estudis longitudinals de cohorts de mostres basades en la població que es pot començar a entendre els motius i les conseqüències de la violència laboral en els treballadors de la salut.

7. Limitacions

Aquest estudi té algunes limitacions. Els dissenys transversals es van utilitzar en la majoria d'estudis, per tant, s'ha de tenir precaució pel que fa a les conclusions que poden extreure relacions causals. Una altra limitació important és que molts estudis van utilitzar mesures d'autoavaluació d'un període passat (majoritàriament 12 mesos), el que podria portar a un biaix de memòria, i que el mateix incident reconegut com a violència laboral per una persona no sigui

reconeguda com al mateix per una altra persona, ja que la sensibilitat és diferent. Per tant, és important destacar que molts estudis valoren variables subjectives. Una altra limitació és el fet d'haver agafat una mostra de treballadors aleatòria, cosa que impedeix generalitzar els resultats per tot el territori. Tot i que molts estudis revisats tracten d'ambdós tipus de violència (física i psicològica), no sempre és així.

Finalment, la violència laboral segueix essent un objecte d'estudi i els coneixements aportats poden ser qüestionats en futures revisions.

8. Conclusions

L'acció o motiu més usual en les agressions als professionals sanitaris és el delirium, la desorientació o els trastorns cognitius, encara que en alguns estudis, l'autor no pateix cap trastorn. Pel que fa al perfil de l'autor, comentar que solen ser pacients i de sexe masculí. Les conseqüències més habituals de les agressions al personal sanitari són psicològiques i emocionals negatives. Per tant, els símptomes més habituals són ansietat, depressió, síndrome d'estrès posttraumàtic, ira por i tristesa.

Els professionals sanitaris que reben més violència en l'entorn de treball són sobretot els metges/esses i infermers/eres, ja que són dues categories que tenen molt contacte amb el pacient. Referent als diferents països o regions on hi ha més presència de la violència són els Estats Units (Regió Atlàntica), Palestina, Taiwan, el Nord de Xina, el Regne Unit (Gal·les) i Sud Àfrica (Vhembe).

La major part dels estudis mostren que els treballadors que porten aproximadament 10 anys treballats pateixen més episodis de violència.

Pel que fa als casos informats, la incidència és molt baixa, degut a sentiments de vergonya i el pensament de que no es durà a terme cap actuació o que forma part de la feina.

Encara que hi continuen havent buits pel que fa a les conseqüències a llarg termini de les agressions, aquesta revisió demostra clarament que hi ha un augment de l'evidència que suggereix una alta incidència, la manca d'informes

efectuats i que els resultats de la violència laboral no són només profunds però també múltiples. També mostra que hi ha variacions amb la manera en la qual els empleats reaccionen a la violència, en els motius i el perfil dels autors. Implicacions en els termes de rehabilitació dels treballadors s'han d'explorar per tal de minimitzar les conseqüències, sobretot psicològiques, patides pels professionals. El personal sanitari, igual que tots els altres treballadors, tenen dret a estar segurs a la feina. Per tal d'evitar-ho els legisladors poden considerar la promulgació de càstigs més severes per a la violència contra els treballadors de la salut com una classe especial de delictes. Els empresaris poden garantir entorns de treball segurs per als seus empleats mitjançant l'adopció de procediments simples, facilitant la notificació d'incidents, i donant suport a la implementació de solucions basades en l'evidència.

A més, es necessita conscienciar i educar a la població sobre aquest fenomen. Per això, cal establir noves línies de recerca per tal de detectar els efectes a llarg termini de la violència en el lloc de treball. A més, s'ha de formar els treballadors de la salut com a aplicar els protocols de violència laboral en l'àmbit sanitari, per tal d'actuar davant situacions de violència i registrar les diferents agressions en l'àmbit assistencial. En estudis posteriors, caldria recercar el coneixement que té la població sobre la violència laboral als professionals sanitaris i implementar programes de conscienciació a la comunitat.

9. Bibliografia

1. Chapell D, Di Martino V. Violence at work [Internet]. 3^a. Emergency Medicine Journal. Geneva: International Labour Office; 2006. Recuperat de: <http://emj.bmj.com/cgi/doi/10.1136/emj.10.2.79>
2. Framework guidelines for adressing workplace violence in the health sector: The training manual. WHO, ILO, ICN. Geneva: International Labour Office; 2005.
3. OMS: Violencia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citat 6 març 2017]. Recuperat de: <http://www.who.int/topics/violence/es/>
4. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: OMS; 2002.
5. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra: OIT; 2002.
6. Wiskow C. Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: OMS; 2003.
7. Directiva 89/391/CEE, del 12 de juny, per millorar la seguretat i la salut dels treballadors en el treball. Comunidad Económica Europea, núm. 183, (19/06/1989).
8. Directiva 2000/43/CE, del 29 de juny, relativa a l'aplicació del principi d'igualtat de tractament de les persones independentment del seu origen racial o ètnic. Consell Europeu, núm. 180, (19/07/2000).
9. Directiva 2000/78/CE, del 27 de novembre, relativa a l'establiment d'un marc general per la igualtat de tractament en el treball i l'ocupació. Consell de la Unió Europea, núm. 303, (02/12/2000).
10. Directiva 2002/73/CE, del 23 de setembre, relativa a l'aplicació del principi d'igualtat de tracte entre homes i dones al treball, formació, promoció professional i condicions de treball. Consell i Parlament de la Unió Europea, núm. 269, (05/10/2002).
11. Real decreto legislativo 2/2015, del 23 d'octubre, on s'aprova el text refós de la Llei de l'Estatut dels Treballadors. BOE , núm. 255, (24/10/2015).
12. Llei 31/1995, del 8 de novembre, de prevenció de Riscos Laborals. BOE , núm. 269, (10/11/1995).

13. Llei Orgànica 3/2007, del 22 de març, per la igualtat efectiva de dones i homes. BOE , núm. 71, (23/03/2007).
14. Llei Orgànica 1/2015, del 30 de març, per la que es modifica la Llei Orgànica 10/1995 del Codi Penal. BOE , núm. 77, (31/03/2015).
15. Resolució EMO/1742/2015, del 24 de juliol, per la qual es disposa la inscripció i la publicació del I Conveni col·lectiu de treball concertats amb el Servei Català de la Salut. DOGC, núm. 6923, (29/07/2015).
16. Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC, núm. 1324, (30/07/1990).
17. CatSalut: Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2015 [citad 8 març 2017]. Recuperat de:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/drets_i_deures/destacats/carta-drets-deures.pdf
18. Las 5 funciones de Promoción de la Salud [Internet]. Mèxic: Dirección General de Promoción de la Salud; 2012 [citad 23 gener 2017]. Recuperat de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/5_funciones.html
19. Prüss-Üstün A, Corvalán C. Ambientes saludables y prevención de enfermedades [Internet]. Ginebra: OMS; 2006 [citad 11 abril 2017]. Recuperat de:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43452/1/9243594206_spa.pdf
20. Flaquer L, Giner S, Laudo X, Majó J, Puig i Bastard P, Ramírez i Sarrió D et al. Una Societat en crisi? : reptes d'un món globalitzat [Internet]. Vic: Eumo; 2008 [citad 10 febrer 2017]. Recuperat de:
https://books.google.no/books?id=rmqcYT-W6ngC&printsec=frontcover&hl=ca&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
21. Guia per a la prevenció de la violència en l'àmbit sanitari [Internet]. Barcelona: Unió General de Treballadors i Gencat; 2008 [citad 11 febrer 2017]. Recuperat de: <http://www.ugt-cat.net/subdominis/hospbadalona/images/stories/guia.pdf%5Cnhttp://medmedcont.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
22. Hills D, Ross H, Pich J, Hill A, Dalsbø T, Riahi S, et al. Education and training for preventing and minimising workplace aggression directed

- toward healthcare workers. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; (9).
23. Organización Colegial de Enfermería. Estudio sobre agresiones a la profesión enfermera. 2009 [citad 25 abril 2017]; 5(3):8.
 24. Martínez-Jarreta B, Gascón S, Ángel Santed M, Goicoechea J. Análisis médico-legal de las agresiones a profesionales sanitarios: Aproximación a una realidad silenciosa y a sus consecuencias para la salud. Med Clin [Internet]. març 2007 [citad 26 abril 2017];128(8):307-10. Recuperat de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775307725708>
 25. Lameiro C, Besteiro A, Cuevas A, Pérez Rodríguez A, Gómez C, del Campo Pérez VM. Violencia laboral en instituciones sanitarias: Análisis de un perfil cambiante. Enfermería del Trab. 2013;3:66-74.
 26. Martínez-León M, Queipo Burón D, Iruña Muñiz M, Martínez-león C. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León (España). 2012;38(1):5-10.
 27. Muñoz IG, Llor B, Antonio J, Hernández R. Violencia de los usuarios hacia el personal de enfermería en los hospitales públicos de la región de Murcia. Rev Esp Salud Pública. 2012;86:279-91.
 28. Mayorca Yancán I, Lucena García S, Cortés Martínez M, Lucerna Méndez M. Violencia contra trabajadores sanitarios en un hospital de Andalucía, ¿Por qué hay agresiones no registradas? Med Secur Trab. 2013;59:235-58.
 29. Bernaldo-de-quirós M, Cerdeira J, Gómez M, Piccini A, Crespo M, Labrador F. Agresiones a los profesionales de las urgencias extrahospitalarias de la Comunidad de Madrid. Diferencias entre los servicios de urgencias y los de emergencias. Emergencias. 2014;26:171-8.
 30. Cervantes Ortega G, Cantera Espinosa LM, Blanch i Ribas JM. Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo: Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. Arch Prev Riesgos Labor. 2008;11(1):14-9.
 31. Blanch JM, Cervantes G, Blanch JM, Hermoso D. Violencia ocupacional contra profesionales sanitarios en Cataluña notificada por Internet (2007-

- 2009). Arch Prevención Riesgos Laborales. 2010;13(3):135-40.
32. Diccionario de la Lengua Española. Conflicto [Internet]. 23 ed. Madrid: Real Academia Española; 2017 [citat 11 abril 2017]. Recuperat de: <http://dle.rae.es/?id=AGHyxGk>
 33. Torres EC, Pérez F. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia [Internet]. Madrid: Arán Ediciones; 2009. Recuperat de: https://books.google.no/books?id=2RYdca_w8dYC
 34. Martino V. Workplace violence in the health sector: Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: ILO, ICN, WHO, PSI; 2003.
 35. Cooper CL, Swanson N. Workplace violence in the health sector State of the Art. ICN; 2002
 36. Magnavita N. The Exploding Spark : Workplace Violence in an Infectious Disease Hospital: A Longitudinal Study. Biomed Res Int. 2013;2013.
 37. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital : a cross-sectional study. 2016;9:263-75.
 38. Ünsal Atan Ş, Baysan Arabaci L, Sirin A, Isler A, Donmez S, Unsal Guler M, et al. Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2013;20(10):882-9.
 39. Bofo IM, Hancock P, Gringart E. Sources, incidence and effects of non-physical workplace violence against nurses in Ghana. Nurs Open. 2015;3(2): 99-109.
 40. Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. J Emerg Nurs. Emergency Nurses Association; 2014;40(3):218-28.
 41. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. J Adv Nurs. 2012;68(12):2685-99.
 42. Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. J Hosp Med. 2012;7(2):79-84.

43. Zhao S, Qu L, Liu H, Gao L, Jiao M, Liu J, et al. Coping with Workplace Violence against General Practitioners and Nurses in Heilongjiang Province, China: Social Supports and Prevention Strategies. *PLoS One*. 2016;11(6):1-14.
44. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res [Internet]*. *BMC Health Services Research*; 2012;12(1):1-9. Recuperat de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3541970&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
45. Alkorashy HA, Al Moalad FB. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *Int Nurs Rev*. 2016;63(2):226-32.
46. Xing K, Jiao M, Ma H, Qiao H, Hao Y, Li Y, et al. Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: A cross-sectional survey. *PLoS One*. 2015;10(11):1-14.
47. Al-Omari H. Physical and verbal workplace violence against nurses in Jordan. *Int Nurs Rev*. 2015;62(1):111-8.
48. Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W, Wang X. Workplace Violence and Influencing Factors Among Medical Professionals in China. 2012;1008:1000-8.
49. Lepping P, Lanka SV, Turner J, Stanaway SE, Krishna M. Percentage prevalence of patient and visitor violence against staff in high-risk UK medical wards. *Clin Med J R Coll Physicians London*. 2013;13(6):543-6.
50. Abualrub RF, Al Khawaldeh AT. Workplace physical violence among hospital nurses and physicians in underserved areas in Jordan. *J Clin Nurs*. 2014;23(13-14):1937-47.
51. Mahani T, Akinsola H, Mabunda J. Workplace Violence against Nurses: Vhembe District Hospitals, South Africa. *An Int J*. 2017;31(1):28-38.
52. Fallahi-Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z. Physical violence against health care workers: A nationwide study from Iran. *Irianian J Nurs Midwifery Res [Internet]*. 2016;21(3):232-238. Recuperat de: <http://drj.mui.ac.ir/index.php/drj/article/view/1384>
53. Arnetz JE, Hamblin L, Essenmacher L, Upfal MJ, Ager J, Luborsky M, et al. Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative

- analysis of documented incident reports. *J Adv Nurs*. 2015;71(2):338-48.
54. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med*. 2015;58(11):1194-204.
 55. Wada K, Suehiro Y. Violence chain surrounding patient-to-staff violence in Japanese hospitals. *Arch Environ Occup Health*. 2014;69(2): 121-4.
 56. Chen KP, Ku YC, Yang HF. Violence in the nursing workplace - A descriptive correlational study in a public hospital. *J Clin Nurs*. 2013;22(5-6):798-805.
 57. Sun P, Zhang X, Sun Y, Ma H, Jiao M, Xing K, et al. Workplace Violence against Health Care Workers in North Chinese Hospitals: A Cross-Sectional Survey. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017;14(1):96. Recuperat de: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/1/96>
 58. Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, et al. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2015; 5(3). Recuperat de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4386227&tool=pmcentrez&rendertype=abstract%5Cnhttp://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2014-006719>
 59. Liu H, Zhao S, Jiao M, Wang J, Peters DH, Qiao H, et al. Extent, nature, and risk factors of workplace violence in public tertiary hospitals in China: A cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(6):6801-17.
 60. Zhang L, Stone TE, Zhang J. Understanding the rise of Yiniao in China: A commentary on the little known phenomenon of healthcare violence. *Nurs Health Sci* [Internet]. 30 setembre 2016 [citat 1 abril 2017]; Recuperat de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27688004>
 61. Avander K, Heikki A, Bjerså K, Engström M. Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short- and Long-Term Consequences in a Swedish Setting. *J Trauma Nurs* [Internet]. 2016; 23(2):51-7. Recuperat de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26953531>

62. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):72-84.
63. Phillips J. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med* [Internet]. 2016;374(17):1661-9. Recuperat de: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1501998>

10. Annexos

10.1. Annex 1 Glossari

1. Agressió / atac: Comportament intencionat que danya físicament a una altra persona. S'inclouen, els cops, les puntades de peu, les bufetades, les punyalades, els trets, l'assalt sexual, i la violació, entre d'altres.
2. Abús: Comportament que humilia, degrada o indica d'alguna altra manera una falta de respecte a la dignitat i valor d'una persona.
3. Intimidació (bullying/mobbing): Comportament ofensiu i repetit en el temps, amb intents venjatius, cruels o amb insults d'humiliar o desestabilitzar a un empleat o grup d'empleats.
4. Assetjament: Conducta no corresposta ni desitjada que es basa en l'edat, discapacitat, condició de seropositiu, circumstàncies familiars, sexe, orientació sexual, gènere, raça, color, idioma, religió, creences o opinions polítiques, sindicals o altres, origen nacional o social, associació amb una minoria, propietat, naixement o altra condició, i que afecta la dignitat dels homes i dones en el treball.
5. Assetjament sexual: Conducta no corresposta ni desitjada, de caràcter sexual, que resulta ofensiva per l'altra persona i és la causa que aquesta persona se senti amenaçada, humiliada, o avergonyida.
6. Assetjament racial : Tota conducta amenaçadora, no corresposta ni desitjada, que es basa en la raça, color, idioma, origen nacional, religió, associació amb una minoria, naixement o altra condició, i que afecta a la dignitat de les dones i dels homes en el treball.
7. Amenaça: Promesa de recurs a la força física o al poder (és a dir, la força psicològica), que produeix por al dany físic, sexual, psicològic o altres conseqüències negatives en les persones o grups als quals es dirigeix (5).