

Documenting patient's violent behavior by medical staff of hospital emergency departments

Dokumentowanie agresji przez personel medyczny szpitalnych oddziałów ratunkowych

Anna Burak¹ , Justyna Antoniewicz², Elżbieta Malinowska³,
Katarzyna Cierzniaowska⁴ 

¹Department of Emergency Medicine, Faculty of Health Sciences, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University, University Hospital no.2 in Bydgoszcz, Poland/
Katedra Medycyny Ratunkowej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Polska

²Department of Patient Service and Quality Management, Jan Bizieli University Hospital no.2 in Bydgoszcz, Poland/
Dział Obsługi Pacjenta i Zarządzania Jakością, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy, Polska

³Clinical Department of Emergency Medicine, Jan Bizieli University Hospital no.2 in Bydgoszcz, Poland/
Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy, Polska

⁴Department of Perioperative Nursing, Faculty of Health Sciences, Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University, University Hospital no.2 in Bydgoszcz, Poland/
Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Szpital Uniwersytecki nr 2 w Bydgoszczy, Polska

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna Burak
Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela
ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz
tel./fax.: 52 36 55 207
e-mail: annaburak72@gmail.com

STRESZCZENIE

DOKUMENTOWANIE AGRESJI PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY SZPITALNYCH ODDZIAŁÓW RATUNKOWYCH

Wstęp. Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) to miejsca o najwyższym wskaźniku agresji wobec personelu. W Polsce, w przypadku agresywnych zachowań pracownicy mają prawo skorzystać z ochrony prawnej przysługującej funkcjonariuszom publicznym. Aby móc z niej skorzystać personel powinien udokumentować przebieg doświadczanej agresji.

Cel. Celem pracy było zbadanie, czy personel SOR dokumentuje przypadki agresji doświadczanej w miejscu pracy oraz uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czym kierują się pracownicy, opisując bądź nie incydenty agresji.

Metody. Badanie przeprowadzono wśród personelu medycznego 6 SOR w Polsce. W badaniu wzięło udział łącznie 282 pracowników medycznych. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Dane opracowano przy użyciu programów Statistica PL i Microsoft Excel.

Wyniki. Wśród badanych 43,3% zawsze dokumentuje przypadki agresji a 5,3% nie robi tego nigdy. Personel dokumentuje przypadki agresji głównie dla własnego bezpieczeństwa - 44,8%. Wśród respondentów, którzy nie dokumentują aktów agresji, 40% nie widzi w tym sensu.

Wnioski. Przypadki agresji odnotowuje w dokumentacji medycznej niemal co drugi pracownik medyczny. Na dokumentowanie przypadków agresji mają wpływ: troska o własne bezpieczeństwo, obowiązujące w jednostce procedury, obawa przed dalszymi konsekwencjami.

Słowa kluczowe: agresja, przemoc w miejscu pracy, dokumentowanie agresji, szpitalny oddział ratunkowy

ABSTRACT

DOCUMENTING PATIENT'S VIOLENT BEHAVIOR BY MEDICAL STAFF OF HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS

Introduction. Hospital emergency departments (ED) are places of the highest aggression rates towards staff. In Poland, in the case of violent behavior personnel can exercise the right to legal protection reserved to public officials. To be able to exercise it, personnel should document the course of violent behavior they were subject to.

Aim. The aim of the study was to examine whether the staff of ED document violent behavior they are subject to in the workplace and to answer the question: what factors are they taking into account while reporting or not violent behavior incidents.

Methods. The study was conducted among medical personnel of six hospital ED in Poland. A total of 282 health care professionals took part in the study. The diagnostic survey method was applied. The data was compiled using Statistica PL and Microsoft Excel software.

Results. 43.3% of respondents always document cases of violent behavior and 5.3% never do it. The personnel document aggression mainly for the purpose of their own safety - 44.8%. 40% of respondents who do not document acts of aggression consider it pointless.

Conclusions. Cases of aggression are registered in medical records by nearly every second person of medical professional. The reasons for documenting cases of aggression include: concern for own safety, procedures in force in the unit, fear of further consequences.

Key words: aggression, workplace violence, documenting violent behavior, hospital emergency department

INTRODUCTION

A hospital emergency department (ED) is a unit of the National Medical Rescue Service (NMRS) system, whose task is to provide care to patients experiencing sudden health threats. Immediate emergency aid and specialized treatment must be provided to the person in such condition.

In practice, the necessity to provide health services to every person reporting "sickness" results in the overloading of the emergency departments with a large number of patients with very diverse degrees of hazard to their health and life, including those under the influence of alcohol and other psychoactive substances. This extends the waiting time for provision of medical services. Prolonged waiting times in the emergency department, the bureaucratization of the system, as well as some specificity of the emergency department's operations are among the factors that affect patient dissatisfaction [1]. It manifests itself in the growing problem of violent behavior of patients, their families, or people accompanying patients towards medical staff. Due to the escalation of the phenomenon, it became the subject of studies both by Polish and foreign researchers. Hospital emergency departments, in particular, are considered to be the places of the highest aggression rates towards medical staff [2-4]. It is estimated that more than 90% of employees of hospital emergency departments have been subject to violent behavior at work [2].

While aggression is commonly regarded as a socially harmful phenomenon, aggression towards medical workers should not take place at all. Healthcare workers experience both physical aggression, characterized by the use of force in the form of hitting, kicking, jerking, pushing, and verbal aggression such as shouting, calling names, insults, swearing, mocking, slander, arguing with a raised tone, and intimidation. Violence is also equated with aggression. Its essence is aggressive behavior aimed at hurting another person, mental degradation, physical pain, and even death [5].

The growing scale of patients' violent behavior and the publicizing of the problem of aggression towards medical staff in the media have contributed to changes in the Polish legislation. When performing their official duties, the medical staff is now covered by legal protection reserved to public officials on the principles set out in the Act of the 6th of June 1997, as amended – Penal Code (P.C.) [5]. The provisions containing the medical staff safeguard clause is included in three acts: Art. 44 of the Act on the professions of a physician and a dentist [6], Art. 11 of the Act on the profession of a nurse and a midwife [7], and Art. 5 of the Act on the National Medical Rescue Service [8].

However, it should be clearly emphasized that none of the medical staff members has the status of a public official. On the basis of the aforementioned provisions, medical professionals can only benefit from the protection reserved for public officials whose legal protection results in specific provisions of the Penal Code [5]. In practice, it means that the defamation (article 212), assault and battery, (article 222), insult (article 226) or an active assault of a public official (article 223) may result in specific legal sanctions, i.e. an aggressor may be subject to a fine,

restriction of liberty and even imprisonment [5]. Moreover, a medical professional may claim his or her rights in the event of other violations of law by the aggressor as set out in the Penal Code, including insults (art. 216), unlawful menace (art. 190), as well as causing light, medium, or severe health damage (art. 157 and 156).

The way of claiming his or her rights before the court is important from a medical professional's point of view, because a private indictment should be filed in most cases of breach of the law by aggressive persons (Art. 212, 226, 216, 190, 157) [5]. This not only means preparing the indictment himself/ herself, but also appearing in court on one's own, without the participation of the prosecutor, to prove that the accused patient has committed a criminal act. This requires the knowledge of the provisions of the Code of Criminal Procedure and can be difficult for the victim.

In accordance with the Art. 487 of the Code of Criminal Procedure (CCP) [9], one of the indispensable elements of a private indictment is to specify the evidence on which the indictment is based, including witnesses and documentation.

In the perspective of pursuing claims, in order to properly exercise the right to legal protection granted by the legislator, it is absolutely necessary to document the course of the violent behavior experienced while providing health services. It is necessary to describe the event in detail in the nursing/medical report or the memo, as well as to specify witnesses to the event for the needs of possible evidentiary stage in further preparatory and procedural proceedings. The victim should also inform his or her superiors of the incident and undergo a forensic examination in case of injury. These activities should be carried out immediately after the incident [10].

AIM

The aim of the study is to examine whether the medical staff of hospital emergency departments document violent behavior they are subject to in the workplace and to answer the question: which factors are they taking into account while reporting or not violent behavior incidents?

MATERIAL AND METHODS

The study was conducted from February to April 2019 among the medical staff of 6 Polish hospital emergency departments: 5 in Kujawsko – Pomorskie (the Kuyavian-Pomeranian) Voivodeship and 1 in Pomorskie (the Pomeranian) Voivodeship.

A diagnostic survey method was applied in the study. The author's own questionnaire consisting of 5 questions was used, in which the participants were asked to answer the question whether they have been subjected to violent behavior during the performance of their professional duties and whether they documented in the medical records the aggressive acts experienced. The participants were also asked to provide a reason why they documented or not the violent behavior experienced in the workplace. For this purpose, he or she could tick the multiple choice

answers provided in the questionnaire or give his or her own answer. The respondents filled in the questionnaires themselves, without the interviewer's assistance. The participation in the study was voluntary and anonymous, and the consent to participate was confirmed by returning the completed questionnaires to the ballot boxes located at the hospital wards.

The number of 282 health care professionals took part in the study: 150 nurses, 123 first aiders, and 9 physicians. The most numerous age groups of respondents were those up to 30 years and from 41 to 60 years of age (30.9% each). As many as 67.8% of respondents had higher education. More than one third of the personnel had over 20 years of professional experience (Tab. 1).

The Mann-Whitney U test, a nonparametric test for assessing differences between two populations (groups) as regards to a single feature, was used for statistical analysis, and the Kruskal-Wallis nonparametric test by ranks was used to compare multiple independent samples (groups). The significance level of $p < 0.05$ was considered as a statistically significant relationship between variables. The data was processed using Statistica PL and Microsoft Excel computer programs. The study was carried out on the basis of the consent no. KB 847/2018 of the Bioethics Committee at the Nicolas Copernicus University in Toruń, Collegium Medicum in Bydgoszcz.

■ Tab. 1. Socio-demographic data of the study group

Socio-demographic data	N=282	%
Gender		
female	197	69.9
male	85	30.1
Age		
up to 30 years	87	30.9
31-40 years	56	19.9
41-50 years	87	30.9
>50 years	52	18.4
Education		
secondary	91	32.3
higher – bachelor's degree	93	33.0
higher – master's degree	98	34.8
Professional experience		
<1 year	25	8.9
1-5 years	58	20.6
5-15 years	70	24.8
15-20 years	29	10.3
>20 years	100	35.5
Profession		
physician	9	3.2
nurse	150	53.2
first aider	123	43.6

RESULTS

The vast majority of respondents in the study group have been subject to violent behavior in their workplace: 96.8% of them experienced aggression from their patient, 90.1% from a patient's family, and 87.9% from persons accompanying a patient during their stay in the hospital emergency department. More males were subjected to violent behavior in each of the cases mentioned. Most respondents indicated that they had experienced violent behavior of a patient, patient's family, as well as persons accompanying a patient (84.4%). Two respondents have not experienced any aggression in the workplace (0.7%).

Medical staff aged 31-40 and 41-50 were subjected to patient's aggression significantly more often ($p=0.007$) than personnel in other age groups. More violent behavior was also experienced by medical staff with a master's degree ($n=97$; 99.0%), staff with professional experience of 1-5 years ($n=57$; 98.3%), as well as physicians ($n=9$; 100.0%).

No statistically significant differences were found in any of the analyzed variables in the case of aggression on the part of a patient's family or persons accompanying a patient. Most aggression on the part of a patient's family and accompanying people was experienced by: personnel aged up to 30 ($n=81$; 93.1%) and 31-40 years of age ($n=50$; 89.3%), with higher education – bachelor's degree ($n=96$; 92.5% and $n=84$; 90.3%), with professional experience of 1-5 years ($n=56$; 96.6%) and 5-15 years ($n=63$; 90.0%) as well as paramedics ($n=112$; 91.1%) and nurses ($n=134$; 89.3%) respectively (Tab. 2).

When it comes to 43.3% of respondents, they declared that they always documented in their medical record cases of aggression experienced in the workplace, 50.7% sometimes do so, and 5.3% never document aggression.

There was a statistically significant difference between men and women concerning the documentation of violent behavior. Women significantly more often document cases of aggression every time (47.4%) compared to men (34.5%). In turn, men (58.3%) document significantly more often than women (48%) some cases of aggression they experience.

Age, education, seniority or profession has no effect on aggression recording. In the group of respondents who declared that they document each case of aggression, the most numerous group were nurses, persons aged >50, staff with bachelor's degree and professional experience from 5 to 15 years.

The majority of respondents who sometimes document aggression included physicians, persons aged 31-40, employees with a master's degree and those who have been working in the profession for 15-20 years.

In the group of respondents who declared that they never document the aggression, the highest proportion included first aiders, persons aged up to 30, staff with bachelor's degree and professional experience below 1 year (Tab. 3).

Documenting patient's violent behavior by medical staff of hospital emergency departments

■ Tab. 2. Acts of aggression towards medical staff on the part of a patient, a patient's family and accompanying persons, taking into account the demographic data of the subjects

Type of violent behavior	Aggression of a patient		p	Aggression of a patient's family		p	Aggression of persons accompanying a patient		p
	Answer	Yes [%]		No [%]	Yes [%]		No [%]	Yes [%]	
Gender									
female	96.4	3.6	0.601	88.8	11.2	0.291	87.3	12.7	0.620
male	97.6	2.4		92.9	7.1		89.4	10.6	
Age									
up to 30 years	95.4	4.6	0.007	93.1	6.9	0.097	88.5	11.5	0.970
31-40 years	100	0		91.1	8.9		89.3	10.7	
41-50 years	100	0		92.0	8.0		87.4	12.6	
>50 years	90.4	9.6		80.8	19.2		86.5	13.5	
Education									
secondary	95.6	4.4	0.319	90.1	9.9	0.553	85.7	14.3	0.630
Bachelor's degree	95.7	4.3		92.5	7.5		90.3	9.7	
Master's degree	99.0	1.0		87.8	12.2		87.8	12.2	
Professional experience									
<1 year	96.0	4.0	0.952	84	16.0	0.185	80	20.0	0.599
1-5 years	98.3	1.7		96.6	3.4		89.7	10.3	
5-15 years	97.1	2.9		92.9	7.1		90	10.0	
15-20 years	96.6	3.4		89.7	10.3		82.8	17.2	
>20 years	96.0	4.0		86	14.0		89	11.0	
Profession									
physician	100	0	0.314	77.8	22.2	0.438	77.8	22.2	0.535
nurse	95.3	4.7		90	10.0		89.3	10.7	
first aider	98.4	1.6		91.1	8.9		87.0	13.0	

■ Tab. 3. Documenting patient's violent behavior by medical staff

Odpowiedź	Dokumentowanie aktów agresji						p
	Zawsze		Czasami		Nigdy		
	N	%	N	%	N	%	
Gender							
female	93	47.4	94	48	9	4.6	0.041
male	29	34.5	49	58.3	6	7.1	
Age							
up to 30 years	35	40.7	44	51.2	7	8.1	0.607
31-40 years	21	37.5	34	60.7	1	1.8	
41-50 years	41	47.1	42	48.3	4	4.6	
>50 years	25	49	23	45.1	3	5.9	
Education							
secondary	38	42.2	48	53.3	4	4.4	0.925
higher – bachelor's degree	43	46.7	42	45.7	7	7.6	
higher – master's degree	41	41.8	53	54.1	4	4.1	
Professional experience							
<1 year	11	44	10	40	4	16	0.560
1-5 years	20	35.1	33	57.9	4	7	
5-15 years	33	47.1	35	50	2	2.9	
15-20 years	12	41.4	17	58.6	0	0	
>20 years	46	46.5	48	48.5	5	5.1	
Profession							
physician	2	22.2	6	66.7	1	11.1	0.198
nurse	70	47	73	49	6	4	
first aider	50	41	64	52.5	8	6.6	

■ Tab. 4. Answers to the questions of the questionnaire

Question of the questionnaire		
1. Why do you record aggression?		
	N	%
applicable risk management procedure	66	28.4
for own safety	104	44.8
to show how stressful the work in the hospital emergency departments is	59	25.4
other	3	1.3
Total	232	100.0
2. Why do you record aggression only sometimes?		
	N	%
only cases where the police were asked to intervene	66	18.9
only cases of physical aggression	69	19.7
only such cases when I am threatened by the aggressor	61	17.4
only cases of aggression which, in my opinion, may have further consequences	94	26.9
only those cases when I feel threatened	54	15.4
other	6	1.7
Total	350	100.0
3. What are the reasons why you do not record aggression incidents?		
	N	%
I do not have time for it	7	35.0
I consider it pointless	8	40.0
there are too many aggression cases to record them all	2	10.0
other	3	15.0
Total	20	100.0

*You can choose more than one answer

Respondents who replied that they always documented cases of aggression (n=122) provided several reasons why documenting aggression is important to them. As many as 232 answers were received in total. Almost half of the respondents indicated that they documented violent behavior for their own safety. For 28.4% of the respondents, the reason for documenting the aggression was the applicable risk management procedure, which requires documenting aggression towards medical personnel. Respondents who answered that they sometimes documented aggression (n=140) gave a total of 350 answers. Most of them (26.9%) indicated that they only document cases of aggression which, in their opinion, may have further consequences. A quarter of the respondents indicated that they only documented cases of physical aggression, as well as cases where the police were asked to intervene. Among the respondents who answered that they did not document cases of aggression (n=15), most indicated that they considered it pointless.

DISCUSSION

There is violent behavior from patients and persons accompanying them towards medical staff of the Emergency Departments worldwide [1-2, 11-12]. There is a growing trend in the aggression towards staff [13-14]. This concerns verbal and physical aggression [15].

In this study, almost all employees have experienced aggression while on duty, both from a patient, his or her family and persons accompanying them. As many as 84% of the staff have been subjected to aggression. The results of this study are alarming. They clearly indicate that the extent of the phenomenon of aggression towards medical personnel is extremely high.

Despite such a high scale of the phenomenon, less than half of the staff (43%) declared that they always report violent behavior in medical records, while half do it only sometimes. There were also employees (5%) who never report experienced aggression. In the study by Kaeser et al. [13], nursing documentation from 4 years was analyzed. The number of 83 cases of workplace violence were reported during that period. As stated by the authors, it is likely that most incidents were not reported, while only serious cases of aggression were reported. This may be backed up by the fact that police were called to intervene in as much as 60% of the analyzed cases. Also in the studies by Richardson et al. [16] the staff reported mainly cases of physical aggression and situations of intentional misbehavior. Other studies confirm that not all incidents are reported [2, 17]. It is estimated that employees report between 50% and 75% of incidents of aggression experienced by them [18]. The results of this study show a similar outcome. A quarter of employees report cases of aggression that they predict would result in further consequences, and only 1 out of 5 persons reports cases concerning physical aggression and situations in which the police were called to intervene. Situations in which an aggressor uses threats against an employee were also reported. It is the concern for their own safety that is the most impor-

tant criterion for employees who declared that they always report the aggression they experience in this study.

The survey has shown that the persons who do not report aggression, most often do not see any sense in reporting such incidents, and also claim that they do not have time for this. This belief among the staff is confirmed by other studies [19-20]. Other reasons why medical staff do not document aggression does not only include a sense of helplessness and powerlessness in the face of violent behavior [1], but also the lack of the employer's reaction [21], reluctance to report [14, 22-23], as well as fear of the consequences of reporting aggression or fear of the aggressor's retaliation [18]. Moreover, in most cases, the staff do not report verbal aggression for they treat it as an inherent element of their profession which is specific for work in EDs [14,22]. Employees rationalize violence, which results in the tolerance of aggressive behavior. In the study by Bińkowska [1], none of the surveyed nurses tried to take appropriate legal measures against aggressors. Moreover, as much as one third of the respondents did not even react to violent behavior on the part of a patient and persons accompanying him/her. In another study, personnel intervention was limited to talking to an aggressive patient (46.2%) [24]. In addition, many employees do not report violent behavior when it is caused by a patient's condition that impairs responsibility for his or her actions, e.g. dementia, acute mental confusion, delirium, or other mental disorders, except persons under the influence of alcohol or other psychoactive substances. The staff consider violent behavior of patients in the situations mentioned above as justified by their condition, and thus reporting aggression is deemed unethical [16]. In the study by Kaeser et al. [13], aggressive patients with mental disorders accounted for 34.9% of patients. However, the majority of aggressors are patients under the influence of alcohol and other psychoactive substances. In the study by Kaeser [13] they represented 50.6% of aggressive patients. While in the study conducted in two EDs in Australia, patients under the influence of alcohol constituted 27% of aggressors, and persons under the influence of narcotics 25% [25]. Other researchers also reported a higher degree of aggression in patients under the influence of alcohol and other psychoactive substances [24].

According to the data of the Supreme Chamber of Nurses and Midwives [26], 94% of nurses and midwives in Poland report that they have experienced verbal, mental, and physical aggression in the workplace. Most frequently an aggressor was a patient (85%) or a member of a patient's family (75%). In our own study, 97% of respondents were subjected to aggression on the part of a patient, 90% on the part of their family, and 88% on the part of persons accompanying a patient.

Regrettably, nursing staff judge the effectiveness of legal regulations intended to protect them against violent behavior of patients negatively [1]. Perhaps one of the reasons is that in most cases, legal enforcement is complicated due to the necessity to file a private indictment. This may be the cause of passiveness, the feeling of senselessness, and lack of response to aggression experienced

among medical personnel. Therefore, it seems necessary to ensure the training of health care staff in order to increase awareness of the articles of the Criminal Code and the Code of Criminal Procedure in regards to the effective enforcement of their rights, which is undoubtedly based on properly maintained medical records and recording of violent behavior in a patient's medical records and in the nursing/medical report. In addition, staff training on desired reaction to violent behavior could help employees recognize risk factors and situations that could lead to aggression and violence, thus improving safety and working conditions. It is also important to take measures underlying effective communication between medical staff and a patient. As demonstrated by a British experience, a patient's access to information has been recognized as one of key factors in reducing the number of violent behavior incidents in the ED. The research project carried out in Great Britain was aimed at reducing the cases of violence and aggression in the hospital emergency departments based on the strategy of effective communication with the patient. The project implementation resulted in a 50% decrease in verbal aggression. The number of cases in which patients shouted or raised their voice in front of ED staff fell by 25%, and the number of incidents in which vulgar language was used decreased by 23% [27].

However, medical personnel should undoubtedly be encouraged to report and document all incidents where accepted behavior standards were violated. Failure to reliably report violent behavior in the workplace not only hinders the proper diagnosis of the problem, but also contributes to the tolerance of unacceptable behavior and the increase of indifference towards aggression.

The judicature of the Supreme Court, to date, shows that the facts recorded in medical records constitute as excellent evidence as grounds for legal protection of medical personnel. In its judgment of the 21st of May 2010 (reference number II CSK 643/09)¹ the Supreme Court stated that: „Medical records, prepared in compliance with legal regulations, are regarded as evidence for the needs of determining the course and results of treatment, although not all of their components meet the requirements

set out by the provisions of the Code of Civil Procedure”. While in its judgment of the 26th of July 2013 (reference number III UK 119/12)² the Supreme Court confirmed that: „Medical records can undoubtedly be treated as a source of information. It is obvious that submission of new evidence in the form of medical records containing the case history (...) resulted in a change in the assessment of the health certificate as evidence, but it was this new evidence (records/documentation) that was the basis for re-establishing the law.”

Limitations

The conducted study has some limitations. In the study, aggression was presented in a general dimension, the division of aggression into verbal and physical form was not taken into account, the study did not focus on the strictest sense of the word aggression, but on the act of documenting it by medical personnel. Despite its limitations, the study is substantive material on the current problem of aggression experienced by healthcare professionals.

CONCLUSIONS

Cases of aggression in hospital emergency departments are documented in medical records by nearly every other member of medical staff. The reasons for documenting cases of aggression by medical personnel of hospital emergency departments include: concern for personal security, procedures in force in the unit, and fear of further consequences. Almost half of the staff consider documenting acts of aggression to be pointless.

It should be stressed that medical personnel need to record violent behavior incidents in order to take evidence for possible future legal proceedings, if any, related to the protection provided to public officials. Moreover, it would be recommended to provide training to medical staff in scope of violent behavior management, as well as aspects applicable in effective law enforcement in the event of its violation by a patient, his or her family and/or persons accompanying him/her.

¹ Court Judgment Analysis System (System Analizy Orzeczeń Sądowych) <https://www.saos.org.pl/judgments/92283> [access 12.01.2020]

² Judgment of the Supreme Court of the 26th of July, 2013 <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/iii-uk-119-12-wyrok-sadu-najwyzszego-521649387> [access 12.01.2020]

Dokumentowanie agresji przez personel medyczny szpitalnych oddziałów ratunkowych

WSTĘP

Szpitalny oddział ratunkowy (SOR) to jednostka systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), której zadaniem jest udzielanie pomocy pacjentowi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Osoba w takim stanie wymaga podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i specjalistycznego leczenia.

W praktyce konieczność udzielania świadczeń zdrowotnych każdej zgłaszającej się osobie powoduje, że oddziały ratunkowe przeciążone są dużą liczbą pacjentów w bardzo zróżnicowanym stanie zagrożenia zdrowia i życia, w tym również osób będących pod wpływem alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Powoduje to wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń medycznych. Długi czas pobytu pacjenta w oddziale ratunkowym, biurokratyza systemu, a także pewna specyfika pracy oddziału ratunkowego, to jedne z czynników, które wpływają na niezadowolenie pacjentów [1]. Znajduje ono odzwierciedlenie w narastającym problemie agresji pacjentów, ich rodzin i osób im towarzyszących w stosunku do personelu medycznego. Eskalacja zjawiska spowodowała, że stało się ono tematem badań zarówno polskich, jak i zagranicznych. Szczególnie SOR zostały uznane za oddziały o najwyższym wskaźniku agresji [2,3,4]. Szacuje się, że ponad 90% pracowników szpitalnych oddziałów ratunkowych doświadczyło w swojej pracy aktów agresji [2].

O ile powszechnie agresja uznawana jest za zjawisko społecznie szkodliwe, to agresja w stosunku do pracowników medycznych nie powinna mieć miejsca. Pracownicy ochrony zdrowia spotykają się zarówno z agresją fizyczną, dla której charakterystyczne jest użycie siły w formie np. bicia, kopania, szarpania, popychania, jak i agresją werbalną, słowną – wyrażaną słowami. Przejawem agresji werbalnej są krzyki, przezywanie, obrzucanie wyzwiskami, przeklinanie, przedrzeźnianie, oszczerstwo, wyklócanie się podniesionym głosem, zastraszanie. Z agresją utożsamiana jest też przemoc. Jej istotą są zachowania agresywne mające na celu zranienie drugiej osoby, upodlenie psychiczne, fizyczne zadanie bólu, a nawet śmierć [5].

Rosnąca skala zachowań agresywnych wśród pacjentów, nagłaśnianie w mediach problemu agresji wobec personelu przyczyniły się do zmian w polskim ustawodawstwie. Personel medyczny podczas pełnienia obowiązków służbowych został objęty ochroną prawną przynależną funkcjonariuszom publicznym na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. z późn. zm.- Kodeks karny (k.k.) [6]. Przepisy zawierające klauzulę ochronną personelu medycznego umieszczono w trzech ustawach: w art. 44 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty [7], art. 11 Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej [8], oraz art. 5 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym [9].

Należy jednak wyraźnie podkreślić, że żadna z osób personelu medycznego nie ma statusu funkcjonariusza publicznego. Na podstawie powyższych zapisów pracownicy

medyczni korzystają jedynie z ochrony, jaka przysługuje funkcjonariuszowi publicznemu, którego ochrona prawna wiąże się z konkretnymi przepisami kodeksu karnego. W praktyce oznacza to, że konsekwencją zniesławienia funkcjonariusza publicznego (art. 212 k.k.), naruszenia jego nietykalności cielesnej (art. 222 k.k.), zniewagi (art. 226 k.k.) czy czynnej napaści (art. 223 k.k.) mogą być określone sankcje prawne, przy czym agresorowi może grozić kara grzywny, ograniczenia, a nawet pozbawienia wolności [6]. Poza tym pracownik może rościć swoich praw w przypadku innych naruszeń prawa przez agresora określonych w k.k., w tym znieważenia (art. 216 k.k.), kierowania gróźb (art. 190 k.k.), a także spowodowania lekkiego, średniego czy ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 157 i 156 k.k.).

Z punktu widzenia pracownika istotny jest sposób dochodzenia swoich praw przed sądem, ponieważ w większości przypadków naruszenia prawa przez agresywne osoby należy wystąpić z prywatnym aktem oskarżenia (art. k.k. 212, 226, 216, 190, 157). Oznacza to nie tylko samodzielne sporządzenie aktu oskarżenia, ale również samodzielne, bez udziału prokuratora, występowanie przed sądem w celu udowodnienia, że oskarżony dopuścił się czynu zabronionego. Zadanie to wymaga znajomości przepisów kodeksu postępowania karnego i może sprawiać trudność osobie pokrzywdzonej.

Zgodnie z art. 487 kodeksu postępowania karnego (k.p.k.) [10] jednym z niezbędnych elementów prywatnego aktu oskarżenia jest wskazanie dowodów, na których opiera się oskarżenie, w tym m.in. świadków oraz dokumentów.

W perspektywie dochodzenia roszczeń, aby w prawidłowy sposób korzystać z ochrony prawnej przyznanej przez ustawodawcę, należy bezwzględnie udokumentować przebieg agresji doświadczanej podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Dokładne opisanie zdarzenia w raporcie pielęgniarskim/lecarskim czy sporządzenie notatki służbowej, a także podanie świadków zdarzenia jest niezbędne dla ewentualnego postępowania dowodowego w dalszych czynnościach przygotowawczych i procesowych. Należy również poinformować przełożonych o zaistniałym incydencie, a przy obrażeniach ciała wykonać obdukcję lekarską. Czynności te powinny być dokonane niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia [11].

CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie, czy personel medyczny szpitalnych oddziałów ratunkowych dokumentuje przypadki agresji doświadczane w miejscu pracy oraz uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czym kierują się pracownicy, opisując bądź nie incydenty agresji.

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono od lutego do kwietnia 2019 r. wśród personelu medycznego zatrudnionego w 6 polskich

szpitalnych oddziałach ratunkowych: 5 na terenie województwa kujawsko-pomorskiego oraz 1 w województwie pomorskim.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 5 pytań, w których poproszono respondentów o udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy spotkali się z agresją podczas wykonywania obowiązków służbowych oraz czy dokumentują doświadczane akty agresji w dokumentacji medycznej. Respondentów poproszono również o podanie powodu, dla którego dokumentują bądź nie akty agresji w miejscu pracy. W tym celu badani mogli zaznaczyć odpowiedzi zamknięte podane w kwestionariuszu lub udzielić odpowiedzi otwartej. Respondenci wypełniali arkusze samodzielnie, bez pośrednictwa ankietera. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a zgodę na uczestnictwo potwierdzał zwrot wypełnionych kwestionariuszy do urn zostawionych na oddziałach.

W badaniu wzięło udział 282 pracowników medycznych: 150 pielęgniarek, 123 ratowników medycznych oraz 9 lekarzy. Najliczniejsza grupa badanych była w przedziale wiekowym do 30 lat oraz 41-50 lat (po 30,9%). Wykształcenie wyższe miało 67,8% respondentów. Ponad jedna trzecia pracowników miała ponad 20-letni staż pracy w zawodzie (Tab. 1).

Do analiz statystycznych wykorzystano Test U Manna-Whitneya, nieparametryczny test do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami) oraz nieparametryczny Test rang Kruskala-Wallisa stosowany do porównania wielu prób niezależnych (grup). Za istotną statystycznie zależność między zmiennymi uznano poziom istotności $p < 0,05$. Do opracowania danych użyto programów Statistica PL i Microsoft Excel. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy (KB 847/2018).

■ Tab. 1. Dane społeczno-demograficzne grupy badanej

Dane społeczno-demograficzne	N=282	%
Płeć		
kobiety	197	69,9
mężczyźni	85	30,1
Wiek		
do 30 lat	87	30,9
31-40 lat	56	19,9
41-50 lat	87	30,9
>50 lat	52	18,4
Wykształcenie		
średnie	91	32,3
wyższe – licencjat	93	33,0
wyższe – magisterskie	98	34,8
Staż pracy		
<1 roku	25	8,9
1-5 lat	58	20,6
5-15 lat	70	24,8
15-20 lat	29	10,3
>20 lat	100	35,5
Zawód		
lekarz	9	3,2
pielęgniarka	150	53,2
ratownik medyczny	123	43,6

WYNIKI

W badanej grupie zdecydowana większość respondentów doświadczyła agresji w miejscu pracy: 96,8% doświadczyła agresji ze strony pacjenta, 90,1% rodziny pacjenta, a 87,9% ze strony osób towarzyszących pacjentowi w trakcie pobytu w SOR. W każdym z tych przypadków większe doświadczenie aktów agresji dotyczyło mężczyzn. Większość ankietowanych wskazała, że doświadczyła agresji zarówno ze strony pacjenta, rodziny pacjenta, jak i osób towarzyszących pacjentowi (84,4%). Dwie osoby nie doświadczyły aktów agresji w miejscu pracy (0,7%).

W przypadku agresji ze strony pacjentów osoby w wieku 31-40 lat i 41-50 lat doświadczały jej istotnie częściej ($p=0,007$) niż osoby w pozostałych przedziałach wiekowych. W większym stopniu agresji doświadczały również osoby z wykształceniem wyższym magisterskim ($n=97$; 99,0%), personel ze stażem pracy 1-5 lat ($n=57$; 98,3%), a także lekarze ($n=9$; 100,0%).

W przypadku agresji ze strony rodziny pacjenta, a także osób towarzyszących pacjentowi nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w żadnej z analizowanych zmiennych. W największym stopniu agresję ze strony rodziny oraz ze strony osób towarzyszących doświadczały odpowiednio: osoby w wieku do 30 lat ($n=81$; 93,1%) oraz 31-40 lat ($n=50$; 89,3%), z wykształceniem wyższym licencjackim ($n=96$; 92,5% i $n=84$; 90,3%), ze stażem pracy 1-5 lat ($n=56$; 96,6%) i 5-15 lat ($n=63$; 90,0%) oraz ratownicy ($n=112$; 91,1%) i pielęgniarki ($n=134$; 89,3%) (Tab. 2).

Wśród badanych 43,3% zadeklarowało, że zawsze odnotowuje w dokumentacji medycznej przypadki agresji doznawane w miejscu pracy, czasami robi to 50,7%, a 5,3% nigdy nie dokumentuje aktów agresji.

Odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami dotyczącą dokumentowania agresji. Kobiety istotnie częściej zawsze dokumentują przypadki agresji (47,4%) w porównaniu do mężczyzn (34,5%). Z kolei mężczyźni (58,3%) istotnie częściej niż kobiety (48%) czasami dokumentują doświadczaną agresję.

Na dokumentowanie agresji nie ma wpływu wiek, wykształcenie, staż pracy ani zawód. W grupie badanych, którzy zadeklarowali, że zawsze dokumentują doświadczaną agresję, najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki, osoby w wieku >50 lat, personel z wykształceniem wyższym licencjackim oraz ze stażem pracy od 5-15 lat.

Wśród badanych, którzy czasami dokumentują agresję, najwięcej respondentów było wśród lekarzy, osób w wieku 31-40 lat, pracowników z wykształceniem wyższym magisterskim oraz pracujących w zawodzie 15-20 lat.

W grupie badanych, którzy zadeklarowali, że nigdy nie dokumentują agresji, największy odsetek stanowili ratownicy medyczni, osoby w wieku do 30 lat, pracownicy z wykształceniem wyższym licencjackim oraz ze stażem pracy poniżej 1 roku (Tab. 3).

Respondenci, którzy odpowiedzieli, że zawsze dokumentują przypadki agresji ($n=122$), wskazali kilka powodów, dla których dokumentowanie agresji jest dla nich ważne. Łącznie uzyskano 232 odpowiedzi. Niemal połowa badanych wskazała, że dokumentuje akty agresji dla własnego bezpieczeństwa. Dla 28,4% respondentów powodem

Dokumentowanie agresji przez personel medyczny szpitalnych oddziałów ratunkowych

■ Tab. 2. Doświadczenie aktów agresji przez personel medyczny ze strony pacjenta, rodziny pacjenta oraz osób mu towarzyszących z uwzględnieniem danych demograficznych osób badanych

Rodzaj agresji	Agresja ze strony pacjenta		p	Agresja ze strony rodziny pacjenta		p	Agresja ze strony osób towarzyszących pacjentowi		p
	Tak %	Nie %		Tak %	Nie %		Tak %	Nie %	
Płeć									
kobieta	96,4	3,6	0,601	88,8	11,2	0,291	87,3	12,7	0,620
mężczyzna	97,6	2,4		92,9	7,1		89,4	10,6	
Wiek									
do 30 lat	95,4	4,6	0,007	93,1	6,9	0,097	88,5	11,5	0,970
31-40 lat	100	0		91,1	8,9		89,3	10,7	
41-50 lat	100	0		92,0	8,0		87,4	12,6	
>50 lat	90,4	9,6		80,8	19,2		86,5	13,5	
Wykształcenie									
średnie	95,6	4,4	0,319	90,1	9,9	0,553	85,7	14,3	0,630
licencjat	95,7	4,3		92,5	7,5		90,3	9,7	
mgr	99,0	1,0		87,8	12,2		87,8	12,2	
Staż pracy									
<1 roku	96,0	4,0	0,952	84	16,0	0,185	80	20,0	0,599
1-5 lat	98,3	1,7		96,6	3,4		89,7	10,3	
5-15 lat	97,1	2,9		92,9	7,1		90	10,0	
15-20 lat	96,6	3,4		89,7	10,3		82,8	17,2	
>20 lat	96,0	4,0		86	14,0		89	11,0	
Zawód									
lekarz	100	0	0,314	77,8	22,2	0,438	77,8	22,2	0,535
pielęgniarka	95,3	4,7		90	10,0		89,3	10,7	
ratownik	98,4	1,6		91,1	8,9		87,0	13,0	

■ Tab. 3. Dokumentowanie aktów agresji przez personel medyczny

Dokumentowanie aktów agresji							
Odpowiedź	Zawsze		Czasami		Nigdy		p
	N	%	N	%	N	%	
Płeć							
kobieta	93	47,4	94	48	9	4,6	0,041
mężczyzna	29	34,5	49	58,3	6	7,1	
Wiek							
do 30 lat	35	40,7	44	51,2	7	8,1	0,607
31-40 lat	21	37,5	34	60,7	1	1,8	
41-50 lat	41	47,1	42	48,3	4	4,6	
>50 lat	25	49	23	45,1	3	5,9	
Wykształcenie							
średnie	38	42,2	48	53,3	4	4,4	0,925
wyższe – licencjat	43	46,7	42	45,7	7	7,6	
wyższe – mgr	41	41,8	53	54,1	4	4,1	
Staż pracy							
<1 roku	11	44	10	40	4	16	0,560
1-5 lat	20	35,1	33	57,9	4	7	
5-15 lat	33	47,1	35	50	2	2,9	
15-20 lat	12	41,4	17	58,6	0	0	
>20 lat	46	46,5	48	48,5	5	5,1	
Zawód							
lekarz	2	22,2	6	66,7	1	11,1	0,198
pielęgniarka	70	47	73	49	6	4	
ratownik	50	41	64	52,5	8	6,6	

■ Tab. 4. Odpowiedzi na pytania ankiety

Pytanie ankiety		
1. Co powoduje, że dokumentujesz przypadki agresji?	N	%
obowiązująca procedura zarządzania ryzykiem	66	28,4
dla własnego bezpieczeństwa	104	44,8
aby pokazać jak stresująca jest praca w SOR	59	25,4
inne	3	1,3
Razem	232	100,0
2. Co powoduje, że czasami dokumentujesz przypadki agresji?	N	%
tylko takie przypadki, do których na interwencję poproszona jest policja	66	18,9
tylko przypadki agresji fizycznej	69	19,7
tylko takie przypadki, kiedy agresor mi grozi	61	17,4
tylko takie przypadki, które w mojej ocenie mogą mieć dalsze konsekwencje	94	26,9
tylko takie przypadki, przy których odczuwam zagrożenie	54	15,4
inne	6	1,7
Razem	350	100,0
3. Co powoduje, że nie dokumentujesz przypadków agresji?	N	%
nie mam na to czasu	7	35,0
nie widzę w tym sensu	8	40,0
jest ich zbyt wiele, aby je wszystkie opisywać	2	10,0
inne	3	15,0
Razem	20	100,0

*Możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi

dokumentowania była obowiązująca procedura zarządzania ryzykiem, z której wynika m.in. dokumentowanie aktów agresji w stosunku do personelu medycznego. Respondenci, którzy odpowiedzieli, że czasami dokumentują akty agresji (n=140), łącznie udzielili 350 odpowiedzi. Najwięcej z nich (26,9%) wskazało, że dokumentuje tylko takie przypadki agresji, które w ich ocenie mogą mieć dalsze konsekwencje. Jedna czwarta badanych wskazała, że dokumentuje tylko przypadki agresji fizycznej, a także tylko takie przypadki, do których na interwencję poproszona jest policja. Wśród respondentów, którzy odpowiedzieli, że nie dokumentują aktów agresji (n=15), najwięcej osób wskazało, że nie widzi w tym sensu (40,0%) (Tab. 4).

DYSKUSJA

Na całym świecie odnotowuje się zachowania agresywne ze strony pacjentów i osób im towarzyszących w stosunku do pracowników medycznych SOR [1,2,12,13]. Widoczna jest tendencja wzrostowa doświadczania agresji przez personel [14,15]. Dotyczy to zarówno agresji werbalnej jak i fizycznej [16].

W niniejszym badaniu niemal wszyscy pracownicy doświadczali agresji podczas pełnienia obowiązków służbowych, zarówno ze strony pacjenta, jego rodziny, jak i osób mu towarzyszących. Aż 84% zetknęło się z agresją każdej ze stron. Wyniki badania są niepokojące. Jednoznacznie wskazują, że skala zjawiska agresji wobec personelu medycznego jest niezwykle wysoka.

Mimo tak wysokiej skali zjawiska, mniej niż połowa personelu (43%) stwierdziła, że zawsze odnotowuje zachowania agresywne w dokumentacji medycznej, z kolei połowa robi to czasami. Byli również pracownicy (5%), którzy nigdy nie raportują doświadczanych aktów agresji. W badaniu Kaeser i wsp. [14] przeanalizowano dokumentację pielęgniarską z 4 lat. W tym okresie zgłoszono 83 przypadki przemocy w miejscu pracy. Jak podkreślają autorzy, istnieje prawdopodobieństwo, że większość zdarzeń nie została zgłoszona, natomiast zgłaszane były tylko poważne akty agresji. Może na to wskazywać fakt, że aż w 60% analizowanych przypadków na interwencje została wezwana policja. Również w badaniach Richardson i wsp. [17] zgłaszane były głównie przypadki agresji fizycznej oraz sytuacje, w których agresor celowo zachowywał się w sposób niewłaściwy. Inne badania potwierdzają, że nie wszystkie incydenty są zgłaszane [2,18]. Szacuje się, że zgłaszanych jest od 50% do 75% doświadczanych przez pracowników aktów agresji [19]. Znajduje to odzwierciedlenie w wynikach niniejszego badania, gdzie jedna czwarta pracowników dokumentuje tylko takie przypadki agresji, po których można się spodziewać dalszych konsekwencji, a co piąta osoba tylko przypadki agresji fizycznej oraz takiej, do których wezwano na interwencję policję. Raportowane są również sytuacje, w których agresor stosuje groźby wobec pracownika. To właśnie dbałość o własne bezpieczeństwo jest najważniejszym kryterium dla osób, które w niniejszym badaniu zadeklarowały, że zawsze dokumentują doświadczane akty agresji.

Badania pokazały, że osoby, które nie raportują aktów agresji, najczęściej nie widzą sensu w opisywaniu takich

zdarzeń, a także twierdzą, że nie mają na to czasu. Takie przekonanie wśród pracowników potwierdzają inne badania [20,21]. Wskazuje się również na inne przyczyny braku dokumentowania aktów agresji przez personel medyczny. Wymienia się wśród nich poczucie bezradności i niemocy wobec zachowań agresywnych [1], ale też brak reakcji ze strony pracodawcy [22], niechęć do raportowania [15,23,24] oraz obawę przed konsekwencjami wynikającymi z samego raportowania agresji czy strach przed odwetem ze strony agresora [19]. Ponadto pracownicy w większości przypadków nie zgłaszają agresji werbalnej, traktując ją jako nieodłączny element zawodu związany ze specyfiką pracy w SOR [15,23]. Pracownicy racjonalizują przemoc, co prowadzi do akceptacji zachowań agresywnych. W badaniu Bińkowskiej [1] żadna z badanych pielęgniarek nie próbowała wyciągać konsekwencji prawnych wobec agresorów, co więcej, aż jedna trzecia badanych w żaden sposób nawet nie reagowała na zachowania agresywne ze strony pacjenta i osób mu towarzyszących. W innym badaniu interwencja personelu ograniczała się do rozmowy z agresywnym pacjentem (46,2%) [24]. Ponadto wielu pracowników nie zgłasza aktów agresji, jeśli są one spowodowane stanem pacjenta upośledzającym odpowiedzialność za jego działania, np. demencją, stanami splątania, majaczenia czy innymi zaburzeniami psychicznymi, z wyjątkiem osób będących pod wpływem alkoholu czy innych środków psychoaktywnych. Pracownicy uważają zachowanie agresywne pacjentów w powyższych sytuacjach za usprawiedliwione stanem chorobowym, a zgłaszanie aktów agresji za nieetyczne [17]. W badaniu Kaeser i wsp. [14] agresywni pacjenci z zaburzeniami psychicznymi stanowili 34,9% pacjentów. W znacznej mierze agresorami są jednak pacjenci pod wpływem alkoholu i innych środków psychoaktywnych. U Kaeser'a [14] stanowili oni 50,6% agresywnych pacjentów. Z kolei w badaniu przeprowadzonym w dwóch SOR w Australii pacjenci pod wpływem alkoholu stanowili 27% agresorów, a osoby pod wpływem narkotyków 25% [26]. Inni badacze również potwierdzają wyższy stopień agresji u pacjentów pod wpływem alkoholu i innych środków psychoaktywnych [25].

W Polsce według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych [27] 94% pielęgniarek i położnych spotkało się w miejscu pracy z agresją werbalną, psychiczną i fizyczną. Najczęściej agresorem był pacjent (85%), a także rodzina pacjenta (75%). W badaniu własnym 97% respondentów doświadczyło agresji ze strony pacjenta, 90% ze strony jego rodziny, a 88% ze strony osób towarzyszących pacjentowi.

Niestety personel pielęgniarski nisko ocenia skuteczność regulacji prawnych mających chronić ich przed agresywnymi zachowaniami pacjentów [1]. Być może jednym z powodów jest to, że w większości przypadków egzekwowanie prawa związane jest z trudnością wynikającą ze złożenia prywatnego aktu oskarżenia. Stąd być może bierność pracowników, poczucie braku sensu i brak reakcji na doświadczaną agresję. W tej sytuacji konieczne wydają się szkolenia personelu ochrony zdrowia zwiększające świadomość w zakresie znajomości artykułów kodeksu karnego i kodeksu postępowania karnego w aspekcie

skutecznego dochodzenia prawa, u podstaw czego leży bez wątpienia należycie prowadzona dokumentacja medyczna i odnotowywanie aktów agresji w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w raporcie pielęgniarskim/lekarskim. Ponadto szkolenia personelu w zakresie pożądanych reakcji w przypadku doświadczania zachowań agresywnych mogłyby pomóc pracownikom w rozpoznawaniu czynników zagrożenia i sytuacji, które mogą przerodzić się w agresję i przemoc, a przez to wpłynąć na poprawę bezpieczeństwa i warunków pracy. Nie bez znaczenia jest również podejmowanie działań leżących u podstaw skutecznej komunikacji między personelem medycznym a pacjentem. Jak pokazały doświadczenia brytyjskie, to dostęp pacjenta do informacji uznany został za jeden z kluczowych czynników zmniejszających liczbę agresywnych incydentów w SOR. Przeprowadzony w Wielkiej Brytanii projekt miał na celu zminimalizowanie przypadków przemocy i agresji w SOR w oparciu o strategię skutecznej komunikacji z pacjentem. Efektem wdrożenia projektu był spadek werbalnych zachowań agresywnych o 50%. O 25% spadła liczba przypadków, w których pacjenci krzyczeli lub używali podniesionego tonu wobec zespołu SOR, a o 23% zmniejszyła się liczba incydentów, w których użyto wulgaryzmów [28].

Bez wątpienia jednak należy zachęcać personel medyczny do zgłaszania i dokumentowania wszystkich incydentów naruszających przyjęte standardy zachowania. Brak rzetelnego raportowania zachowań agresywnych w miejscu pracy nie tylko utrudnia właściwe rozpoznanie problemu, ale przyczynia się do osławiania z nieakceptowalnymi społecznie zachowaniami i wzrostu obojętności na agresję.

Dotychczasowe wyroki Sądu Najwyższego pokazują, iż odnotowane fakty w dokumentacji medycznej stanowią doskonałe środki dowodowe dające podstawę do ochrony prawnej personelowi medycznemu. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 21 maja 2010 r. (sygn. akt II CSK 643/09)¹ stwierdzono, że: „Dokumentacja medyczna, sporządzona w sposób zgodny z przepisami prawa, stanowi środek dowodowy służący ustalaniu przebiegu i wyników leczenia, mimo że nie wszystkie jej składniki odpowiadają wymaganiom stawianym dokumentom przez przepisy kodeksu postępowania cywilnego.” Z kolei w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 26 lipca 2013 r. (sygn. akt III UK 119/12)² potwierdzono, że: „Dokumentacja medyczna ma niewątpliwie charakter źródła informacji. Oczywiście jest, że przedłożenie nowego dowodu w postaci dokumentacji medycznej zawierającej historię choroby (...) spowodowało zmianę oceny zaświadczenia o stanie zdrowia, jako dowodu, ale to właśnie ten nowy dowód (dokumentacja) był podstawą ponownego ustalenia prawa”.

Ograniczenia

Przeprowadzone badanie ma pewne ograniczenia. W badaniu agresja została ujęta w wymiarze ogólnym, nie uwzględniono podziału agresji na formę słowną i fizyczną, skupiając się nie na agresji w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz na akcie jej dokumentowania przez personel

medyczny. Mimo ograniczeń badanie stanowi merytoryczny materiał dotyczący aktualnego problemu agresji doświadczanej przez pracowników ochrony zdrowia.


WNIOSKI

Przypadki agresji w szpitalnych oddziałach ratunkowych odnotowuje w dokumentacji medycznej niemal co druga osoba personelu medycznego. Na dokumentowanie przypadków agresji przez personel medyczny szpitalnych oddziałów ratunkowych mają wpływ: troska o własne poczucie bezpieczeństwa, obowiązujące w jednostce procedury, obawa przed dalszymi konsekwencjami. Niemal połowa personelu nie widzi sensu w dokumentowaniu aktów agresji.

Należy podkreślić konieczność dokumentowania przez personel medyczny doznawanych przypadków agresji dla ewentualnego postępowania dowodowego w czynnościach procesowych związanych z ochroną przewidzianą dla funkcjonariuszy publicznych. Ponadto wskazane byłyby szkolenia dla pracowników medycznych w zakresie zarządzania agresją, a także aspektów mających zastosowanie w skutecznym dochodzeniu prawa w przypadku jego naruszenia przez pacjenta, jego rodzinę i osoby mu towarzyszące.

ORCID

Anna Burak  <https://orcid.org/0000-0002-9541-7268>

Katarzyna Cierznakowska  <https://orcid.org/000-0002-4657-8321>

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

1. Bińkowska A, Komorowska Z, Wojciechowska M. Problem agresji wobec pielęgniarzek – analiza zjawiska. [w:] Kober L, Zrubcová D, Bratová A, red. Ošetrovatelstvo bez hraníc IV. Tatranská Kotlina. 2014; 29-41.
2. ACEM Policy on violence in Emergency Departments. Document no. P32, 2017 <https://acem.org.au/getmedia/a3358b1b-f126-4e49-8a8b-0a718275c148/P32-Policy-on-Violence-in-EDs-Mar-11-v02.aspx> [dostęp 28.02.2020]
3. Frydrysiak K, Ejdukiewicz J, Grześkowiak M. Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Anestezjologia i Ratownictwo. 2016; 10: 46-52.
4. Płaszewska-Żywko L, Podstawa M, Milan H, et al. Occurrence of patients' aggressive behaviours towards nurses and paramedics. Nursing Problems. 2019; 27(3-4): 144-148. doi: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2019.92535>.
5. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/ [dostęp 5.11.2020]
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny Dz. U. 2019 r. poz. 1950, 2128. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001950/U/D20191950Lj.pdf> [access 22.02.2020]
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry Dz. U. 2019 r. poz. 537, 577, 730, 1590, z 2020 r. poz. 278. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf> [access 12.02.2020]
8. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Dz. U. 2019 r. poz. 576, 577, 1490, 1590. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000576/U/D20190576Lj.pdf> [access 12.02.2020]
9. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. Dz.U. 2019 poz. 993, 1590.
10. Kodeks postępowania karnego z dnia 6 czerwca 1997 r. Dz. U. z 2020 r. poz. 30. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU2020000030/O/D20200030.pdf> [dostęp 20.02.2020].
11. Augustynowicz A, Czerw A, Wrześniewska-Wal I, Fronczak A. Ochrona prawna pielęgniarki/położnej w razie agresywnych zachowań pacjentów w podmiotach leczniczych. J. Educ. Health Sport. 2015; 5(3): 259-268. doi.org/10.5281/zenodo.16425.

¹ System Analizy Orzeczeń Sądowych <https://www.saos.org.pl/judgments/92283> [access 12.01.2020]

² Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26.07.2013 <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/iii-uk-119-12-wyrok-sadu-najwyzszego-521649387> [access 12.01.2020]

12. Tadros A, Kiefer C. Violence in the emergency department: A global problem. *Psychiatric Clin. N. Am.* 2017; 40: 575-584. doi: 10.1016/j.psc.2017.05.016. Epub 2017 Jul 4. <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190000993/U/D20190993Lj.pdf> [dostęp 5.01.2020]
13. Abdellah RF, Salama KM. Prevalence and risk factors of workplace violence against health care workers in emergency department in Ismailia, Egypt. *Pan. Afr. Med. J.* 2017; 26: 21. doi: 10.11604/pamj.2017.26.21.10837.
14. Kaeser D, Guerra R, Keidar O, et al. Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2018; 15: 1423. doi: 10.3390/ijerph15071423.
15. Stene J, Larson E, Levy M, Dohhlman M. Workplace violence in the Emergency Department: Giving Staff the tools and support to report. *Perm. J.* 2015; 19: e113-e117. doi: 10.7812/TPP/14-187.
16. Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, et al. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *Int. Emerg. Nurs.* 2018; 39: 20-25. doi: 10.1016/j.ienj.2017.07.007.
17. Richardson SK, Grainger PC, Ardagh MW, Morrison R. Violence and aggression in the emergency department is under-reported and under-appreciated. *N. Z. Med. J.* 2019; 8; 131(1476): 50-58.
18. Lickiewicz J, Marzęcka A, Makara-Studzińska M. Analiza porównawcza zachowań agresywnych na SOR i oddziale chirurgii – doniesienie wstępne. *Anestezjologia i Ratownictwo.* 2018; 12: 266-273.
19. Emergency Nurses Association. Emergency Department Violence Surveillance Study; Institute for Emergency Nursing Research; Des Plaines, IL, USA, 2011 https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/workplace-violence/2011-emergency-department-violence-surveillance-report.pdf?sfvrsn=5ad81911_6 [dostęp 15.02.2020]
20. Morphet J, Griffiths D, Plummer V, et al. At the cross roads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust. Health Rev.* 2014; 38: 194-201. doi: 10.1071/AH13189.
21. Knowles E, Mason SM, Moriarty F. I'm going to learn how to run quick: exploring violence directed towards staff in the Emergency Department. *Emerg. Med. J.* 2012; 30(11): 926-931. doi:10.1136/emered-2012-201329
22. Martinez AJ. Managing Workplace violence with evidence-based interventions. A literature review. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 2016; 54(9): 31-36. doi: 10.3928/02793695-20160817-05.
23. Hogarth KM, Beattie J, Morphet J. Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department. *Australas. Emerg. Nurs. J.* 2016; 19: 75-81. doi: 10.1016/j.aenj.2015.03.006.
24. Copeland D, Henry M. Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *J. Trauma. Nurs.* 2017; 24: 66-77. doi: 10.1097/JTN.0000000000000269.
25. Szkup M, Rączka M, Schneider-Matyka D, i wsp. Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych. Assessment of the risk of aggression among patients reporting to medical facilities. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie.* 2018; 16(2): 119-124. doi 10.4467/20842627OZ.18.014.9084.
26. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid. Emerg. Nurs.* 2004; 12: 67-73. doi: 10.1016/j.aeen.2003.11.003.
27. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Stop agresji wobec pielęgniarek i położnych. www.nipip.pl/stop-agresji-wobec-pielęgniarek-i-polożnych [dostęp 21.02.2020]
28. Ridge M, Gaw K, Hopper R. Emergency Care: Reducing violence and aggression in A&D: Through a better experience. *World Health Design.* http://pearsonlloyd.com/wp-content/uploads/2013/08/World-Health-Design_April-2014.pdf [dostęp 13.01.2020].

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
03.09.2020

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
20.12.2020

Translation/Tłumaczenie: Translatech Jacek Marzec