

NASILJE BOLNIKOV IN NJIHOVIH SVOJCEV V ZDRAVSTVENIH USTANOVAH

VIOLENT BEHAVIOUR OF PATIENTS AND THEIR RELATIVES IN HEALTH CARE INSTITUTIONS

Blanka Kores Plesničar¹, Jasna Kordič Lasič¹

Prispelo: 21. 1. 2004 – Sprejeto: 16. 6. 2004

Pregledni znanstveni članek
UDK 614.253.5:616.89-056.24

Izvleček

Verbalno in fizično nasilje bolnikov in tudi njihovih svojcev, usmerjeno v zdravstveno osebje, povsod po svetu narašča. Razlogi za to so različni; pogosto so odvisni od specifičnosti določene populacije, medtem ko so posledice nasilja povsod enake. Tudi v Sloveniji bi bilo potrebno tem problemom posvetiti več pozornosti in na osnovi zbranih podatkov o nasilnih dogodkih nad zdravstvenim osebjem pripraviti priporočila za prepoznavanje, obvladovanje in preprečevanje agresivnih dogodkov v zdravstvenih ustanovah.

Ključne besede: fizično nasilje, verbalno nasilje, agresija, zdravstveno osebje, zdravstvene ustanove

Review article
UDC 614.253.5:616.89-056.24

Abstract

Verbal and physical violence of patients and their relatives against health staff has been increasing all over the world. The reasons for violent behaviour vary, often according to the specific features of the population, yet the consequences of verbal and physical violence are everywhere the same. Slovenia too, will have to focus more attention on this issue, and, using the collected data, establish specific guidelines for recognition, control and prevention of aggressive events in health care institutions will.

Key words: physical violence, verbal violence, aggression, health care staff, health care institutions

Uvod

Med zdravstvenimi delavci lahko verbalno in fizično nasilje ter agresija bolnikov sproži različne odzive, najpogosteje čustvene. Posameznik se lahko boji za svojo lastno varnost in tudi za varnost svoje družine. Pojavi se strah pred etičnimi in pravnimi posledicami nasilja. Nasilne dogodke pogosto spremljajo mediji. To lahko zdravstvene delavce vodi v izogibanje situacijam, v katere so vključene nasilne osebe, kar pa je praktično in strokovno nemogoče. Kako se torej lotiti problema

nasilja bolnikov in tudi njihovih svojcev v zdravstvenem sistemu in v zdravstvenih ustanovah?

Kaj je nasilje na delovnem mestu?

Nasilje na delovnem mestu in s tem tudi v zdravstvenih ustanovah predstavlja vsak dogodek, v katerem so zaposleni ozmerjani, ogroženi ali fizično napadeni v situacijah, povezanih s svojim delom, vključno z neposrednim in posrednim ogrožanjem njihove varnosti, dobrobiti in zdravja (Evropska komisija) (1,2). Ameriški

¹Oddelek za psihiatrijo SB Maribor, Pivola 10, 2311 Hoče
Kontaktni naslov: e-pošta: blanka.kores@guest.arnes.si

Nacionalni inštitut za varnost pri delu in zdravju (National Institute for Occupational Safety and Health - NIOSH) podaja širši koncept nasilja na delovnem mestu in ga razdeli v različne kategorije, ki so odvisne od razmerja med zaposlenim in osebo, ki izvaja nasilno dejanje: nasilje, ki ga izvajajo neznane osebe, nasilje, ki ga izvajajo bolniki ali stranke, nasilje med sodelavci in nasilje v medosebnih odnosih (3).

Pogostnost nasilja v zdravstvenih ustanovah

Nasilje v zdravstvenih in drugih podobnih ustanovah bi lahko ocenili že kot endemično (4). Carmel in Hunter sta ugotovila, da se na zdravstveno osebje izvrši 16 napadov (vključno s poškodbami) na 100 zaposlenih letno v primerjavi z 8,3 poškodb vseh tipov na 100 zaposlenih v vseh industrijskih vejah in 14,2 poškodb na 100 zaposlenih v gradbeni industriji letno (4,5).

Poročilo angleške Nacionalne zdravstvene službe (National Health Service - NHS), ki je z več kot enim milijonom zaposlenih največji evropski delodajalec, navaja, da so v letih od 2000 do 2001 poročali o 84000 agresivnih in nasilnih dejanjih, usmerjenih v zdravstveno osebje, kar je bilo za 30% več kot v letih 1998 in 1999 ter 13% manj kot v letih 2001 in 2002 (95501) (2). V letih 2001 in 2002 je bilo povprečno 14 incidentov na 1000 zaposlenih na mesec v vseh zdravstvenih ustanovah, v psihiatričnih ustanovah pa povprečno 33 incidentov na 1000 zaposlenih na mesec (2). Razlogi za porast števila nasilnih dogodkov v vseh zdravstvenih ustanovah so verjetno v boljšem zavedanju zdravstvenega osebja o pomembnosti poročanja o nasilnih dogodkih in v uporabi širše opredelitve nasilja (po smernicah Evropske komisije), ki vključuje tudi verbalno nasilje (1,2). Po zbranih angleških podatkih so od vseh poklicev medicinske sestre na drugem mestu tveganosti, da postanejo žrtve agresivnih ali nasilnih dogodkov, takoj za vamostniki (2). Glede na angleške podatke iz leta 2000 obstaja približno 5-odstotno tveganje za medicinske sestre, da jih bodo nasilno napadli na delovnem mestu vsako leto, v primerjavi z 1,2-odstotnim tveganjem za druge delavce in 1,4-odstotnim tveganjem za zdravnike (1). V raziskavi Britanskega združenja zdravnikov (British Medical Association) je bila v preteklih 12 mesecih ena tretjina od 3000 vprašanih zdravnikov v splošni praksi in v bolnišnicah žrtev nasilnih dejanj (6). Najpogosteje so bili žrtve zdravniki urgentnih oddelkov (90%), psihiatričnih oddelkov (70%) in v splošni praksi (45%). Izmed tistih, ki so poročali o nasilnih dogodkih, jih je

22% bilo žrtev fizičnega nasilja (6% z resnimi poškodbami), sicer pa so bili najpogostejši dogodki zmerjanje, kričanje, verbalne grožnje, grožnje v pisnih in po elektronski pošti. Zdravniki splošne prakse so o nasilnih in agresivnih dogodkih tudi najpogosteje poročali. V 50% so bili storilci nasilnih in agresivnih dejanj bolniki, v 34% člani bolnikove družine ali sorodniki in v 14% bolnikovi prijatelji.

Avstralska študija navaja, da je 50 medicinskih sester, zaposlenih v urgentnih ambulantah, od 71, ki so bile vključene v raziskavo, poročalo o 110 epizodah nasilja v petmesečnem obdobju, kar pomeni približno 5 nasilnih incidentov tedensko (7). Nasilni dogodki so najpogosteje vključevali preklinjanje in zmerjanje (61%), potiskanje (10%) ter udarce oziroma brce (po 3%).

Na Oddelku za psihiatrijo Splošne bolnišnice Maribor sta bila v letu 2003 izmed vseh fizično nasilnih dogodkov, ki so jih izvedli bolniki, 2 dogodka usmerjena v zdravstveno osebje, leto poprej pa je bilo takih dogodkov 7. V obdobju od I. 1996 do I. 2003 je bilo 26 v osebje usmerjenih fizično nasilnih dejanj; v 71% so bili storilci nasilnih dejanj moški, ki so se na oddelku zdravili zaradi različnih duševnih motenj, ob tem pa tudi zlorabljali alkohol in druge psihoaktivne snovi. Podatki o psihični in verbalni agresiji niso zbirali. V I. 2004 smo pričeli zbirati tudi te podatke.

Najpogostejši dejavniki tveganja za nasilje

Dejavnike tveganja za nasilje lahko ocenjujemo v povezavi z okoljem in organizacijo dela, glede na posameznika oziroma bolnika in glede na odnos med žrtvijo in povzročiteljem nasilja.

Verjetnost nasilnih dogodkov je povezana z demografskimi in bolezenskimi značilnostmi povzročitelja nasilja (8). Dejavniki, ki prispevajo k večji agresivnosti ali oslavljeni kontroli, so različni. Lahko so biološki, razvojni, kulturološki ali psihosocialni (8). Agresivnost in nasilnost sta združeni s širokim razponom v klinični sliki, kot so agitacija v shizofreniji, napadi eksplozivnega vedenja, kronična agresivna dejanja antisocialno osebnostno motenihi ipd. (8).

Podatki kažejo, da je zloraba psihoaktivnih substanc že sama po sebi glavni in najpomembnejši dejavnik tveganja za nasilno, agresivno in moteno vedenje. To pa velja tudi za posameznike, ki imajo hkrati še katero drugo pomembno psihiatrično motnjo, predvsem shizofrenijo (9,10). Zloraba in raba psihoaktivnih substanc pri bolnikih s shizofrenijo je vse večji problem, saj bolniki zlorabljajo predvsem alkohol (življenjska prevalenca je 12,3% do 50%) in kanabis (življenjska

prevalenca je 12,5% do 35,8%) (11). Za osebe z dvojnimi diagnozami, predvsem s shizofrenijo in odvisnostjo od alkohola, je v primerjavi s tistimi, ki imajo samo shizofrenijo, dvakrat bolj verjetno, da izvršijo nasilna dejanja (12,13,14). Podatki iz longitudinalnih prospektivnih študij so še bolj zaskrbljujoči. V 26-letni študiji kohortne skupine z več kot 10000 osebami so ugotavljali, da so moški, ki so zlorabljali alkohol in imeli diagnozo shizofrenije, 25,2-krat pogosteje izvršili nasilna dejanja kot moški z drugimi psihičnimi težavami brez zlorabe psihoaktivnih substanc (15). Drugi pomembni dejavniki tveganja so moški spol, resna psihopatologija, psihotični motnji pridružena osebnostna motnja, zgodnji nastop psihoze, zaposlitveni status in odsotnost ali slab uvid v bolezen ter nesodelovanje v zdravljenju (9,16,17,18).

Študije splošne populacije so pokazale, da so osebe s psihiatričnimi motnjami najpogosteje nasilne do njim znanih oseb, kot so npr. partnerji in družinski člani (19,20). Steadman s sodelavci je ugotovil, da je 27,5% odpuščenih psihiatričnih bolnikov izvršilo najmanj eno nasilno dejanje v prvem letu po odpustu iz bolnišnice, med 10% in 40% bolnikov pa je izvršilo takšno dejanje pred sprejemom v bolnišnico (21). Iz javnega življenja je znanih veliko primerov, ko so znane ali populame osebe napadli ali ubili ljudje s psihotičnimi motnjami (9). Čeprav so bili ti primeri deležni velike pozornosti, so resna dejanja nasilja, ki jih storijo osebe z duševnimi motnjami, statistično redki dogodki (19).

Nasilne so lahko tudi osebe, ki si želijo maščevanja, osebe z drugimi osebnostnimi motnjami (narcistično, paranoidno, mejno), osebe s slabo kontrolo impulzov, tisti iz revnega okolja, razbitih družin in z zmanjšano socialno kontrolo, ogroženi in obupani (8). Agitirano vedenje lahko sprožijo tudi metabolične motnje (hipoglikemija, hiper- in hipotiroidizem, motnje elektrolitov), akutna pljučna in nevrološka bolezn, predvsem pa epilepsija (nasilnost lahko nastopi kot postiktalni in redko kot interiktalni pojav), poškodbe glave, tumorji, demenca, jetrna in ledvična bolezn ter neželeni učinki nekaterih zdravil (antiholinergični učinki, steroidi) (8).

Psihiatrični ali somatski bolniki niso edini povzročitelji nasilnih dejanj. Pogosto so to tudi njihovi svojci, nezadovoljni z bolnikovim stanjem ali zdravljenjem (6). Okoli 55% medicinskih sester poroča o verbalnem in fizičnem nasilju svojcev (22).

Tudi organizacija zdravstvene službe je pomemben dejavnik, ki prispeva k nasilju v zdravstvenih organizacijah (2), kamor sodi pomanjkanje predvsem izobraženega osebja, dolgo čakanje v prenapolnjenih čakalnicah, premajhni in neudobni bolnišnični prostori

ter izolirano delo ponoči (18). Incidenca nasilja je najpogostejša v času velike aktivnosti in interakcij z bolniki, kot je čas obrokov, obiskov, v času prevoza, v primerih, ko so postavljene določene omejitve ali pri hospitalizacijah proti volji bolnikov (23).

Nasilju v zdravstvenih organizacijah so najbolj izpostavljene medicinske sestre in tehniki, predvsem v psihiatriji in urgentnih ambulantah (24,25). Najbolj izpostavljeni novo zaposleni in tisti, ki ponoči delajo sami oziroma nimajo možnosti poklicati pomoč. Bolj izpostavljeni so tudi tisti zdravstveni delavci, ki so do bolnikov provokativni, grobi, nesramni, nastopaški in pogosto naveličani ter pretrujeni (23).

Preprečevanje agresije in nasilja v zdravstvenih ustanovah

Vsesplošne preventive nasilja, ki bi bila povsod učinkovita, ni. V Angliji so vlada in parlament ter NHS (v sodelovanju s socialnimi ustanovami, tožilstvom, policijo in mediji) leta 1999 pričeli kampanjo pod naslovom »Zero Tolerance Zone Campaign« (Kampanja območja nične tolerance) s sporočilom, da zaposleni v zdravstvenem sistemu ne bodo več prenašali agresije, nasilja in grozečega vedenja (2,26). To bi naj omogočilo minimalizacijo in nadzor tveganja za nasilje ter vzpostavljanje varnejšega okolja za zdravstveno osebje (1). Do sedaj je bila ta kampanja le delno uspešna. Glavnih ciljev, to je pomembnega zmanjšanja nasilnih dogodkov (do l. 2001 za 30%), pa še ni dosegla. Število dogodkov, ki so vključevali resne telesne poškodbe (več kot tri dni bolniškega dopusta), je sicer pričelo upadati, povečalo pa se je število poročil o nasilnih dogodkih (2). Predvsem je ta kampanja opozorila zdravstveno osebje na možnost nasilja v njihovem delovnem okolju ter jih o tem pričela izobraževati.

Programi preprečevanja nasilja v zdravstvenih ustanovah naj bi po priporočilih NHS in NIOSH vključevali (2,3,26) naslednje ukrepe:

- *Ocena delovnega okolja*. Poskrbeti je treba za varnostni nadzor prostorov v zdravstvenih ustanovah z visokim tveganjem, oceniti najbolj nevarne točke, zagotoviti in uporabljati alarmne sisteme (npr. žepne tipke za alarm), preprečevati vnos orožja ali nevarnih predmetov. V angleških raziskavah so ugotovili, da lahko že zmanjšanje čakalnega časa in izboljšanje okolja čakalnic pomembno pozitivno vplivata na zmanjšanje nasilja in agresivnosti (2).

- *Organizacijski ukrepi*, ki lahko zmanjšajo preobremenjenost osebja, s tem pa izboljšajo njihovo pozornost in nadzor potencialno nevarnih situacij.

Potrebno je pozorno spremljati zdravstvene delavce, ki delajo na oddelkih sami in zmanjšati možnosti napadov nanje. V primeru grozeče nevarnosti je nujen dobro organiziran sistem obveščanja drugih in zagotavljanje takojšnje pomoči.

- *Usposabljanje in izobraževanje zdravstvenega osebja*, kar mora potekati v smislu prepoznavanja in obvladovanja nasilja, načinov reševanja konfliktov ter vzdrževanja in usmerjanja pozornosti v možno ali pretečo nevarnost. Opazovati je potrebno znamenja, ki so lahko povezana s prihajajočim nasilnim izbruhom: verbalno izraženo jezo in frustracije, grozeče telesne gibe in znake (stiskanje pesti, plapolanje nosnic, pospešeno dihanje, nenadni gibi), znaki opitosti ali intoksikacije s psihoaktivnimi substancami ter ugotavljanje prisotnosti orožja ali nevarnih predmetov (8). Potrebno se je naučiti vedenja s kombinacijo verbalnih in neverbalnih tehnik, ki pomaga razpršiti jezo: ohraniti in zadržati je potrebno umirjen, vendar skrben pristop k agresivni ali potencialno agresivni osebi, izogibati se je potrebno ukazovanju ali lastnemu izražanju groženj in vedenju, ki se lahko razlaga kot agresivno (hitri gibi, glasen govor, dotikanje), potrebno je prepoznavati bolnikove občutke (2,3,8). Zdravstveno osebje se mora naučiti tudi reševanja iz nevarnih situacij, kadar ni mogoče, da bi potencialno ogrožujočo ali nasilno situacijo preprečili (2).

Zdravstveni delavci morajo vedeti, kako lahko njihove besede ali vedenje bodisi preprečujejo bodisi spodbujajo agresijo in soočenje z nasilnimi oz. potencialno nasilnimi osebami, še preden postanejo žrtve (2,8). Takojšnji odgovor posameznika na trenutno nasilno dejanje je odvisen od njegovih osebnostnih lastnosti, fizičnega okolja in socialnih pričakovanj ter psihičnih obrambnih mehanizmov (27). Potek odgovorov je lahko kakršen koli v razponu od zelo pasivnega do zelo aktivnega (27). V tem kontinuumu to pomeni sprejemanje nasilja, izogibanje potencialno nasilnim dogodkom, verbalna obramba, pogajanje in fizična obramba (27). V kanadskem poročilu so ugotavljali, da medicinske sestre najpogosteje uporabljajo verbalno obrambo, ki se pogosto pokaže kot uspešno preprečevanje nadaljnje agresivnosti, v psihiatričnih ambulantah in bolnišnicah pa je bilo učinkovito reševanje konfliktov in pogajanja (28). Polovica medicinskih sester, ki so sodelovale v ontarijski študiji, pa je podpirala trening samoobrambe kot strategijo za zmanjševanje nasilja na delovnem mestu (29).

- *Pomoč žrtvam nasilnih dejanj na delovnem mestu*. Posledice že izvršenega fizičnega in verbalnega nasilja nad zdravstvenim osebjem lahko vključujejo jezo, občutke krivde, depresijo, strah, poškodbe, povišano

raven stresa, telesne težave (migrene, bruhanje), izgubo samozavesti in prepričanja v strokovne izkušnje, paralizirajoče občutke samoobtoževanja in občutke nemoči (27). Pri osebu se lahko pojavi izogibajoče vedenje, ki negativno vpliva na delovne rezultate in zmanjšuje kakovost dela ter slabša medosebne odnose. Nastopi lahko zaničanje, ko so travmatski dogodki potlačeni, kar onemogoča rešitev problema, razvije se slabo prilagojeno vedenje, kjer se zdravstveno osebje o nasilnih dogodkih neformalno pogovarja med seboj, s svojci ali prijatelji, pogostejši je absentizem, izguba zadovoljstva pri delu, večji obrat zaposlenih ter splošno povečanje anksioznosti med osebjem, bolniki in svojci (2,27,28). Nastopijo lahko potravmatske stresne motnje ter depresivne motnje in to ne samo pri žrtvah, temveč tudi pri tistih zaposlenih, ki niso bili neposredne priče agresivnega oz. travmatičnega dogodka.

Razgovor med člani delovnega tima je lahko učinkovit, saj v določenih primerih prispeva k preprečevanju nasilja v prihodnosti, medtem ko razprava s člani družine ali prijatelji k temu ne prispeva (28). Pomembne pozitivne učinke ima tudi podpora nadrejenih (2). Strokovno svetovanje ima izrazite pozitivne učinke na žrtve agresivnih dejanj (8,27). Razvite so posebne terapevtske tehnike (debriefing), ki se ukvarjajo s posledicami nasilja, obstajajo tudi kombinirane čustvene in psihoedukacijske tehnike za spodbujanje emocionalne stabilnosti. Emocionalna skrb mora zajemati razbremenitev, podporo in skrb, spodbujati mora ventilacijo občutkov, ohranjati spoštovanje in ponos, okrečiti žrtev, zagotavljati anticipacijsko vodenje in ustrezno spremljanje (2). V Angliji se v okviru NHS podatki o pomoči žrtvam nasilnih in agresivnih dejanj razlikujejo; svetovanja in pomoči je bilo v povprečju deležnih le 11% žrtev (15);

- *Poročanje o nasilnih dogodkih*. Vedno je o nasilnih dogodkih, vključno z verbalnim nasiljem, potrebno poročati svojim nadrejenim, v določenih primerih tudi policiji (2,6,26).

Zaključek

Kontrolirajo svoje impulze, so psihotične ali opite in lahko hitro postanejo nasilne oz. agresivne. Mnogi zdravstveni delavci vidijo nasilje kot del svojega vsakodnevnega dela in ga dopuščajo bolj kot druge osebe, vendar pa je nasilje tisto dogajanje, ki nikoli in v nobeni družbi ne more biti sprejemljivo in dopustno. Zaradi tega je preventiva verbalnega in fizičnega nasilja v zdravstvenih ustanovah izredno pomembna. V Sloveniji o tej vrsti nasilja nimamo zadovoljivih

podatkov, nimamo sprejete standardne opredelitve nasilja in agresije na delovnem mestu, prav tako pa tudi nimamo priporočil za preprečevanje nasilja v zdravstvenih organizacijah. Potrebovali bi skupen program poročanja o nasilnih dogodkih oz. osnovne podatke o številu nasilnih in agresivnih dejanj, usmerjenih v zdravstveno osebje, ter enotne preventivne ukrepe, da bi se lahko tega problema (če obstaja) ob javni podpori tudi učinkovito lotili.

Literatura

1. www.nhs.uk/zerotolerance
2. A safer place to work. Protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression. London: National Audit Office, 2003.
3. Homicide in U.S. Workplaces: a strategy for prevention and research. National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Morgantown, MV: NIOSH Division of Safety Research, 1992.
4. Carmel H, Hunter M. Staff injuries from inpatients violence. *Hosp Comm Psychiatr* 1989; 40: 41-6.
5. Occupational injuries and illnesses in the United States by industry. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics. *Bulletin* 1989; 2379.
6. Violence at work: the experience of UK doctors. Health Policy and Economic Research Unit. London: British Medical Association, 2003.
7. Crilly JC, Chamboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Acc Emerg Nurs* 2004; 12: 76-83.
8. Tardiff K. Assessment and management of violent patients (2nd ed). Washington, London: American Psychiatric Press, 1996.
9. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 345-50.
10. Scott H, Johnson S, Menezes P, et al. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 345-50.
11. Mueser KT, Yarnold P, Levinson DF, et al. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic in clinical correlates. *Schizophr Bull* 1990; 16: 31-56.
12. Lindquist P, Allebeck P. Schizophrenia and assaultive behavior: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 82: 191-5.
13. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behaviour. *Schizophr Bull* 1996; 22: 83-9.
14. Rice ME, Harris T. Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism. *Int J Law Psychiatr* 1995; 18: 333-42.
15. Räsänen P, Tiihonen J, Isohanni M, et al. Schizophrenia, alcohol abuse, and violent behavior: a 26-year following study of an unselected birth cohort. *Schizophr Bull* 1998; 24: 437-41.
16. Moran P, Walsh E, Tyrer P, et al. Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 129-34.
17. Taylor PJ. When symptoms of psychosis drive serious violence. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidem* 1998; 33: Suppl 1; 47-54.
18. Fineberg N, James D, Shah A. Agency nurses and violence in a psychiatric ward. *Lancet* 1988; 1: 474.
19. Monahan J. Mental disorder and violent behaviour: perception and evidence. *Am Psychol* 1992; 47: 511-21.
20. Danielson KK, Moffitt TE, Caspi A, et al. Comorbidity between abuse of and adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 131-3.
21. Steadman H, Mulvey EP, Monahan J et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1-9.
22. May DD, Grubs LM. The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs* 2002; 28: 11-7.
23. Omerov M, Edman G, Wistedt B. Incidents of violence in psychiatric inpatient care. *Nord J Psychiatry* 2002; 56: 207-13.
24. Archer-Gift C. Violence towards the caregiver. A growing crisis for professional nursing. *Mich Nurse* 2003; 76: 11-2.
25. Ash D, Galletly C, Haynes J, Braben P. Violence, self-harm, victimisation and homelessness in patients admitted to an acute inpatient unit in South Australia. *Int J Soc Psychiatry* 2003; 49: 112-8.
26. MacDonald R. Violence against NHS staff. *BMJ* 2001; 322: 1-3.
27. Guidelines on coping with violence in the workplace. International Council of Nurses (ICN)/WHO. Geneva, Switzerland, 1999.
28. Manitoba Association of Registered Nurses. Nurse Abuse Report. Winnipeg, Canada, 1989.
29. Nurse Assault Project Team Executive Summary. Registered Nurses Association of Ontario, 1991.