

Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních

MUDr. Adam Žaludek, MBA

3. lékařská fakulta UK – Kabinet veřejného zdravotnictví, Psychiatrická nemocnice Bohnice

Sebevraždy hospitalizovaných pacientů na psychiatrických odděleních jsou závažnými nežádoucími událostmi, které významným způsobem zasahují do chodu celého zdravotnického zařízení. Článek přináší přehled výstupů ze studií, které se tímto fenoménem zabývaly, s cílem navrhnout preventivní doporučení do praxe, a to i s ohledem na novelizaci zákona o trestní odpovědnosti právnických osob, která bude mít velký dopad na přístup k zabezpečování prostředí nemocnic. Výstupy z autorova průzkumu byly prezentovány na mezinárodní konferenci XXXVth International Academy on Law and Mental Health, která se konala ve dnech 9.–14. července 2017 v Praze.

Klíčová slova: sebevražda hospitalizovaných pacientů, řízení rizik, řízení kvality, bezpečí prostředí.

Psychiatric inpatient suicide in the Czech Republic

Inpatient suicide in psychiatric wards is a severe sentinel event. It influences the whole hospital. The article focuses on recommendation of suicide prevention programme according to the current state in acute psychiatric wards in the Czech Republic, mentioning law circumstances. Data from the research were presented at the international conference XXXVth International Academy on Law and Mental Health which took place on July 9–14, 2017 in Prague.

Key words: inpatient suicide, quality management, risk management safety environment.

Úvod

Sebevraždou se rozumí úmyslné ukončení života jedince jeho vlastním zapříčiněním (1). V běžné populaci je prevalence sebevražd 11–16/100.000 za rok (2), přičemž ve světě se každých 40 vteřin vyskytne sebevražedný pokus (3). Podle zahraničních dat se počty sebevražd u všech hospitalizovaných – tedy nejen psychiatrických – pacientů uvádí v rozmezí 40–350/100 000 pacientů (4).

V České republice pozorujeme podle posledních dat Českého statistického úřadu klesající trend počtu sebevražd v běžné populaci. V letech 2006–2010 se udál aktuálně nejnižší počet těchto událostí, a sice 7 120. Další data přinese až vyhodnocení aktuálního sběru (5).

Sebevraždy nesou velký emocionální náboj, a jsou tak rušivým a významným společenským fenoménem, že Světová zdravotnická organizace vyhlásila 10. září za Světový den prevence sebevražd (6).

Nejčastější metody

U hospitalizovaných pacientů jsou nejčastějšími metodami sebepoškození oběšení, následované předávkováním, skoky z výšek, utopením, pořežáním. Toto je důležité mít na paměti v oblasti zabezpečování prostředí nemocničních zařízení. V běžné populaci se ještě přidávají střety s dopravními prostředky (7).

V případě oběšení pacienti nepotřebují vynaložit velké úsilí, aby se jim pokus podařil, stačí

si upevnit smyčku kolem krku a předklonit se. Pro oběšení je potřeba asi třetina hmotnosti člověka a není nutné, aby tělo postrádalo kontakt s podložkou (8).

Teoretická východiska prevence sebevražedného jednání u hospitalizovaných pacientů

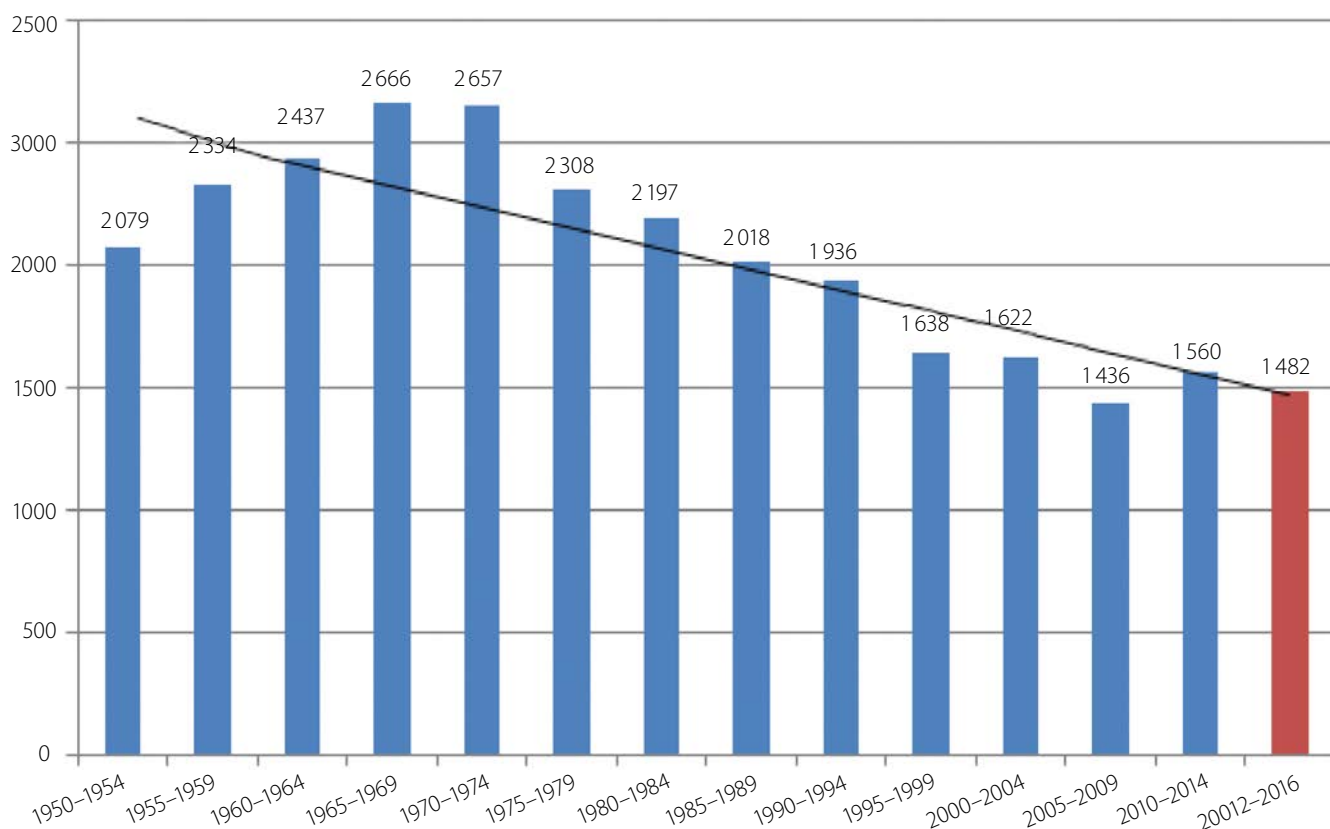
Sebevraždy hospitalizovaných pacientů jsou závažné nežádoucí události, které s sebou nesou silný emocionální náboj. Dopady těchto činů zasahují nejen pacienta a jeho blízké, ale rovněž na přímé poskytovatele péče (u nichž se mohou rozvinout až sekundární poruchy typu reakce na stres, klinické deprese a další) (9).



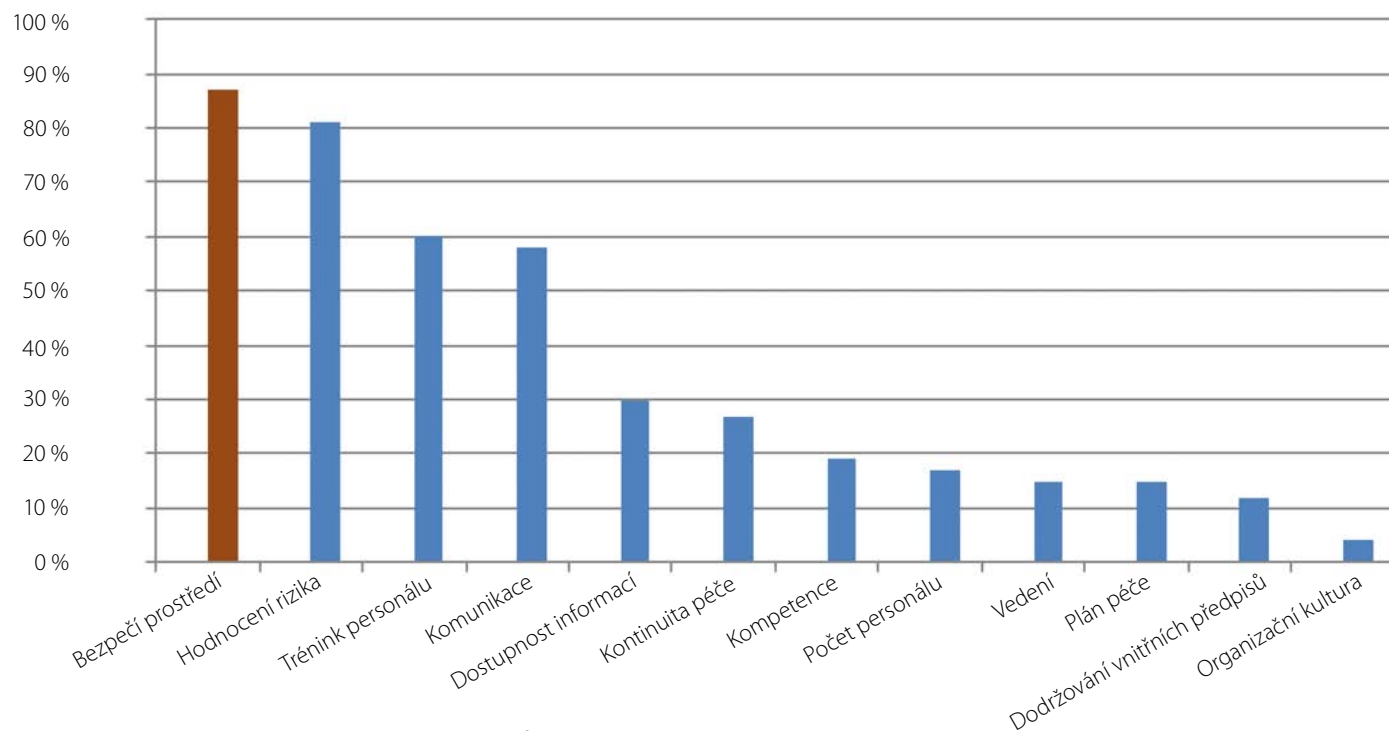
KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Adam Žaludek, MBA, adam.zaludek@lf3.cuni.cz, adam.zaludek@bohnice.cz
3. lékařská fakulta UK – Kabinet veřejného zdravotnictví, Psychiatrická nemocnice Bohnice.
Ruská 87, 100 00 Praha 10

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2018; 19(2): 69–75
Článek přijat redakcí: 1. 11. 2017
Článek přijat k publikaci: 15. 5. 2018

Graf. 1 Počty sebevražd České republiky v letech 1950 – 2016



Graf. 2 Kořenové příčiny dokonaných sebevražd hospitalizovaných pacientů

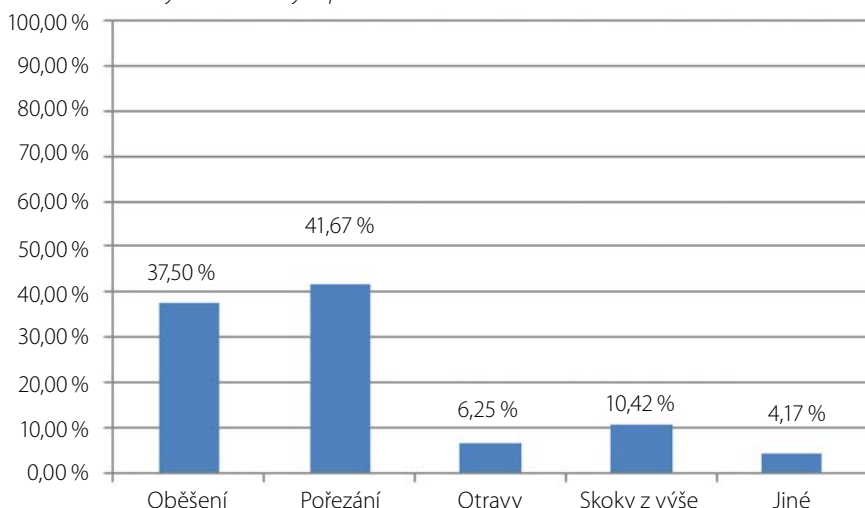


Zdroj: Joint Commission International. Reducing risk of suicide; 2005

Nejedná se, naštěstí, o příliš časté události, a to s přihlédnutím k prevalenci. Ta činí 100–400 případů na 100 000 hospitalizovaných pacientů na psychiatrii, tedy 0,1–0,4 %.

Z celkového počtu pacientů jich 23,5 % spáchá sebevraždu v prvním týdnu, 17 % – 71 % pacientů (medián 39,5 %) ji spáchá během prvního měsíce (10). Toto je velmi důležité

mít na paměti s ohledem na přehodnocování rizika sebevražedného jednání.

Graf. 3. Mechanismy sebevražedných pokusů v letech 2011–2016

Prevence sebevražedného jednání a jeho vztah k bezpečí prostředí

Jak bylo uvedeno v úvodu, v případech realizace sebevraždy na odděleních byly nejčastějšími metodami oběšení, udušení (například igelitovým sáčkem z odpadkových košů), dále pořezání a předávkování léky (11).

Bezpečí prostředí je považováno za jednu z předních kořenových příčin, které umožnily dokonání sebevražedného pokusu na lůžkových odděleních. Konkrétními slabými místy nejčastěji bývají: nedostatečné zabezpečení vybavení (potencionální místa pro uchycení smyčky), materiály, které mohou pomoci k sebepoškození (rozbíratelná zrcadla, okna, dlaždice) (12).

Úroveň dohledu nad pacienty bývá považována za protektivní, avšak existují i případy, kdy si tito byli schopni ublížit či spáchat sebevraždu i v režimu kontinuálního dohledu (13).

Činnost personálu a trénink v detekci rizika sebevraždy

Neméně důležitými prvky v oblasti detekce sebevražedného jednání jsou přímé činnosti personálu, které spočívají zejména v detekci rizikových předmětů s ohledem na nejčastější metody, které při pokusech pacienti volí. Je to tedy zaměření se na tkaničky, opasky a další předměty, které mohou být použity jako smyčka, dále léky, ale například i neprodyšné pytlíky a tašky, jimiž se pacienti mohou pokusit udusit (14).

V systému řízení rizika sebevraždy je klíčová zejména metoda stanovování rizika a proces jeho přehodnocování a komunikování. Všeobecně je doporučováno využít klinické vyšetření psychiatrem a jím administrovaný dotazník, a vý-

sledek porovnat se screeningem provedeným psychiatrickou sestrou (15).

Hodnocení rizika sebevražedného jednání není však jednoduchý proces. Například všeobecně uznávaný rizikový faktor – přítomnost sebevražedných myšlenek – může být negativní až u 78 % pacientů, kteří se nakonec o sebevraždu pokusí (16).

Právní rámec prevence sebevražedného jednání

Dodnes neexistuje zlatý standard v oblasti hodnotících škál (17), na druhou stranu v případě soudních sporů, které mohou nastat, není aktuálně limitním faktorem to, že nebylo riziko zcela eliminováno. Z podstaty svého onemocnění pacienti na psychiatrických pracovištích často vykazují právě chování, které je pro ně samotné nebezpečné. Soudy chtějí jasný, standardizovaný proces stanovování rizika, jeho přehodnocování, fungující systém udržování bezpečného prostředí. Dále je pak nutné stanovení postupu péče pro pacienty, kteří jsou ve vyšším stupni rizika sebevraždy (18).

Dopady novely zákona 418/2011 sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, čili zákon 183/2016 sb.

Zákon o trestní odpovědnosti právnických osob v předchozí podobě vyjmenovával pozitivní výčet trestných činů, jichž se mohou právnické osoby dopustit. Podle současné novely byl seznam přeměněn na výčet negativní. Proto se nyní nemocnice může dopustit trestného činu ublížení na zdraví z nedbalosti, zanedbání péče, ba dokonce omezení osobní svobody. Na

základě této novely se dá předpokládat zvýšený zájem o zabezpečování prostředí nemocnic (19).

Studie sebevražedného jednání pacientů na psychiatrických odděleních z roku 2011

V roce 2011 proběhla v České republice studie, která se zaměřovala na sebevražedné jednání pacientů na psychiatrických pracovištích. Celkem bylo mezi lety 2005 a 2009 zaznamenáno 33 dokončených sebevražd, které se staly na 15 pracovištích (59 %). Oproti současnému sběru se tato studie týkala všech, tedy ne jen akutních pracovišť (20).

Hlavními problémy byly: nedostatečné zabezpečené prostředí, nestandardizovaný proces hodnocení rizika sebevraždy a nedostatečný sběr dat. V každém z oslovených zařízení se uskutečnil sebevražedný pokus (21).

Současná data z akutních oddělení z roku 2017

V roce 2017 byl proveden průzkum akutních psychiatrických oddělení v České republice, přičemž návratnost dotazníků pokrývala 377 akutních lůžek na v 17 psychiatrických nemocnicích. Sběr dat pro následnou péči, gerontopsychiatrii a pedopsychiatrii je plánován v dalších letech. Byly administrovány dva typy dotazníků, které se zabývaly klinickou částí (činnost personálu, vybavení) – tedy zejména strukturální a procesní doménou Donabedianových sfér kvality (22). Manažerský sběr se zaměřoval na to, jakým způsobem jsou koordinovány vnitřní předpisy a nástroje řízení rizik, které se k tématu váží.

Veškeré následující grafy vycházejí z dat tohoto průzkumu.

Klinický dotazník

V oblasti klinického sběru jsme se soustředili na činnost personálu a postupy prevence sebevražedného jednání, které personál provádí, dále na oblast bezpečného prostředí.

Celkem se navrátilo a bylo přijato ke zpracování 12 dotazníků z akutních oddělení.

Manažerský dotazník

Manažerský dotazník se týkal zejména systémů řízení rizik a přístupu nemocnice ke školení personálu v oblasti detekce rizika sebepoškození. Celkem se vrátilo 7 dotazníků tohoto typu, které bylo možno dále zpracovat.

Výstupy

Bylo zaznamenáno celkem 11 dokončených sebevražd v letech 2011–2016, ve 2 nemocnicích se staly více než 2 sebevraždy. Celkem bylo nahlášeno 48 pokusů o sebevraždu, stalo se tak na 10 pracovištích. Procentuální zastoupení mechanismů sebevražedných pokusů je zobrazeno na grafu 3. Za povšimnutí stojí vyšší výskyt sebevražedných pokusů pořežáním. Může to být způsobeno vyšším zaměřením se na mechanismus oběšení, a tedy nižší příležitost k realizaci právě tímto mechanismem.

Bezpečí prostředí na akutních psychiatrických odděleních

Z obou studií vyplývá, že největším problémem je technické zabezpečení nemocničních zařízení psychiatrické péče, což je v souladu s celkovým podfinancováním oboru, na které bylo již mnohokrát poukazováno, například v dokumentech probíhající Reformy psychiatrické péče (23).

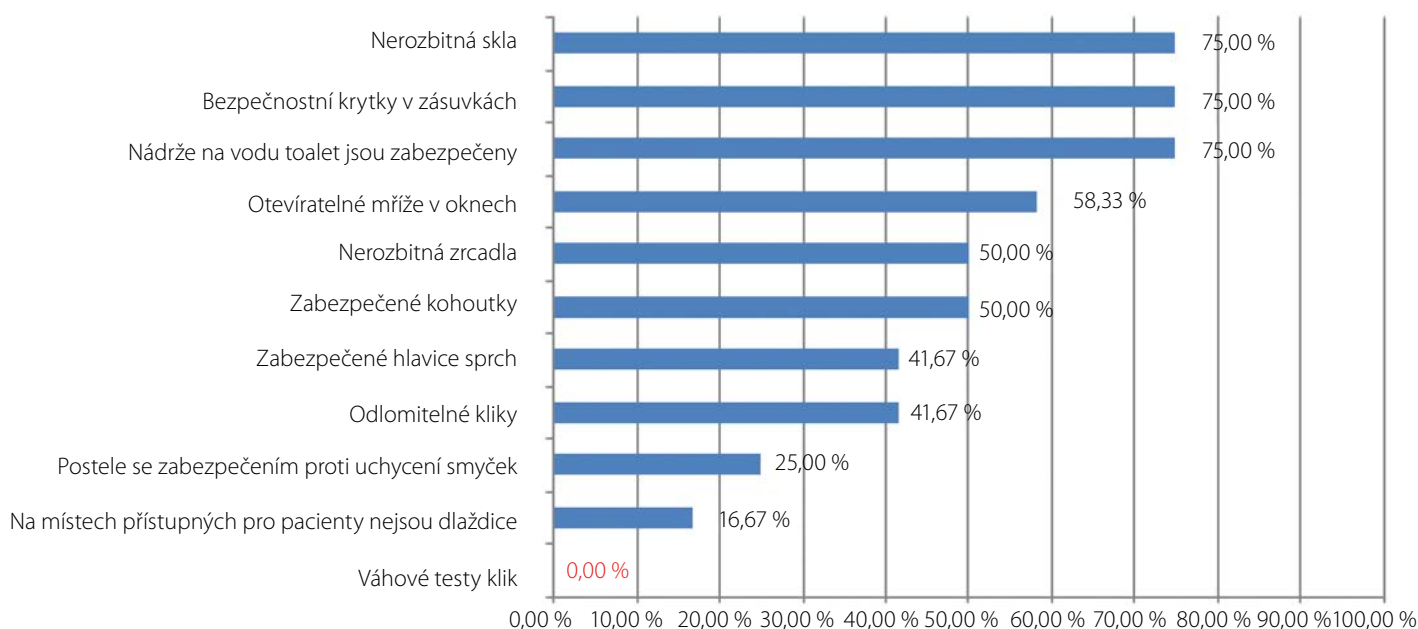
Jak bylo však stanoveno v teoretické části článku, obecně nejčastější metodou sebevraždy je oběšení, a je proto potřeba poukázat zejména na nedostatek postelí, které jsou zabezpečeny proti uchycení smyčky a odlamovatelných klik (zařízení, která takové kliky mají, neprovádí váhové testy).

Neméně důležitým zjištěním je nedostatek rozvodů vody, kohoutků a nádob na vodu, které jsou chráněny proti uchycení smyčky. Všeobecně nelze doporučit využití dlaždic – a to zejména z důvodu možnosti jejich vyloupnutí a použití jako nástroje pro pořežání (vhodnější jsou jiné povrchy, například linoleum).

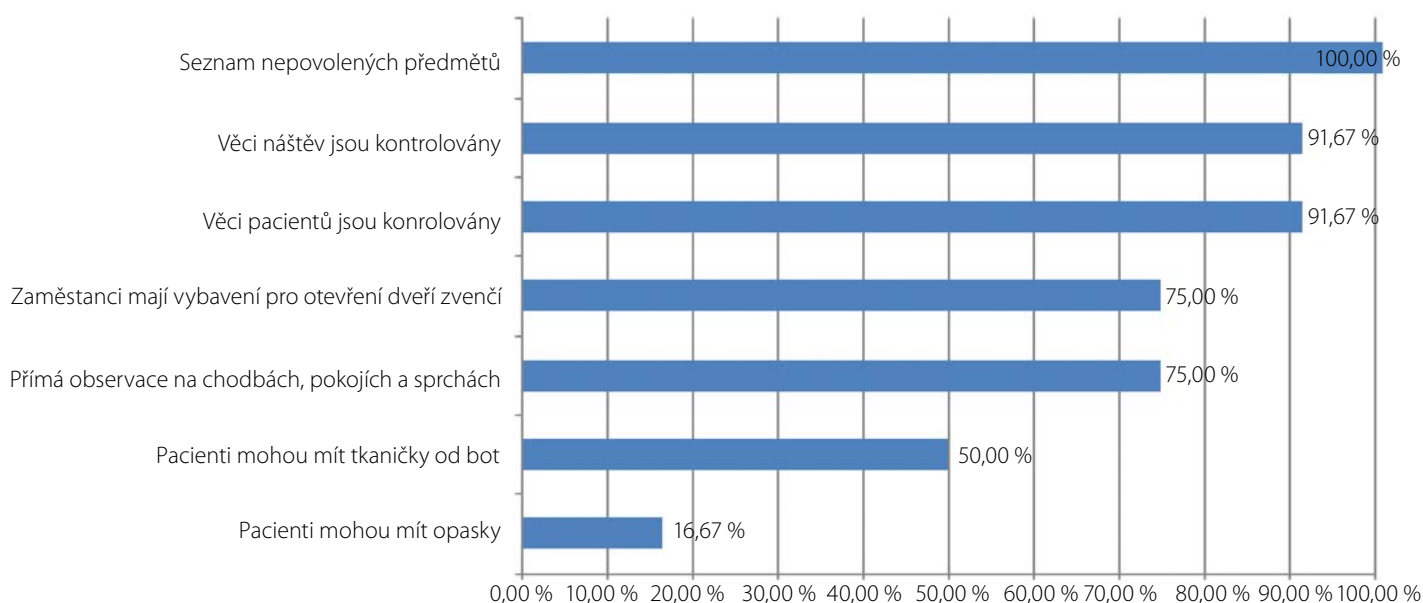
Činnost personálu a detekce rizika

Na všech pracovištích, která se zúčastnila studie, existuje seznam nepovolených věcí a ve většině případů jsou podle tohoto seznamu kontrolováni jak pacienti, tak jejich návštěvy. S ohledem na nejčastější mechanismus sebevražedného pokusu u pacientů – oběšení – lze

Graf. 4. Vybavení akutních psychiatrických oddělení



Graf. 5. Činnost personálu a detekce nepovolených předmětů



jen doporučit odebrání jak opasků, tak tkaniček od bot, což se neděje na všech pracovištích.

Podle průzkumu v 71,43 % pracovišť vykonávají detekci rizika zdravotní sestry, kdežto lékaři v 57,14 %. 85,71 % pracovišť využívá nějakou ze standardizovaných škál pro detekci rizika sebevražedného chování.

Velkým problémem je pravidelné přehodnocování již zjištěného rizika. Jak bylo upozorněno v předchozím textu, existují klíčové úseky se zvýšením rizika dokončení suicidia, tedy před překladem na jiné oddělení a před propuštěním či propustkou. Pouze 14,29 % pracovišť má standardizováno přehodnocení před překladem na jiné oddělení a 28,57 % pacienty přehodnocuje před propuštěním – tedy právě v těchto rizikových úsecích.

Porovnání oblastí činnosti personálu a bezpečí prostředí

Na následujících tzv. paprskových (pavučinových) grafech lze porovnat celkovou úroveň v obou těchto sférách. Při zhodnocení tvaru křivky lze poznamenat, že celkově jsou procesy personálu (detekce rizikových předmětů a observace) na vyšších úrovních než celková bezpečnost prostředí.

Nástroje managementu rizik

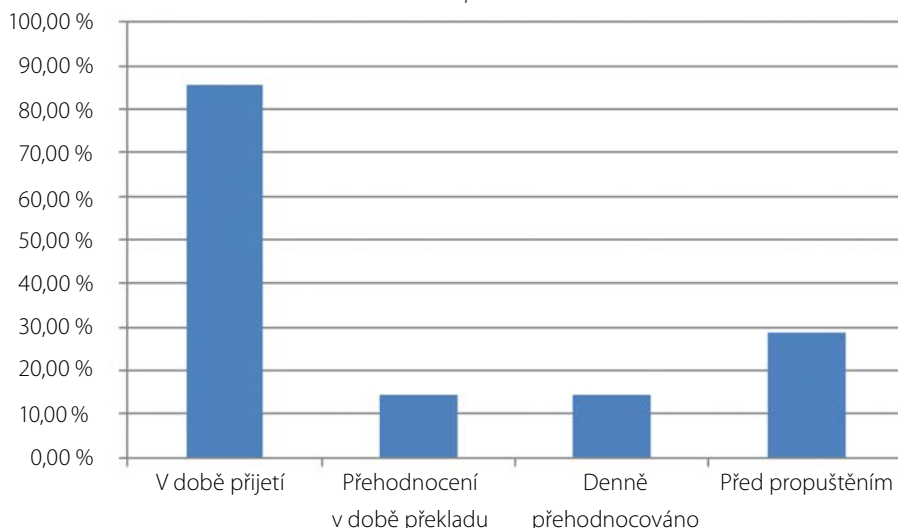
Na grafech 9, 10 a 11 můžeme porovnat compliance zdravotnických zařízení k doporučením systémů řízení kvality a rizik, které se k procesu zvládání rizika sebevraždy váží.

Graf 9 se týká nakládání s informacemi o riziku sebevraždy, procesy re-evaluace, komunikace rizika, jaká péče náleží pacientům s vyšší mírou rizika sebevraždy, zda je jim přiřazen specifický stupeň dohledu.

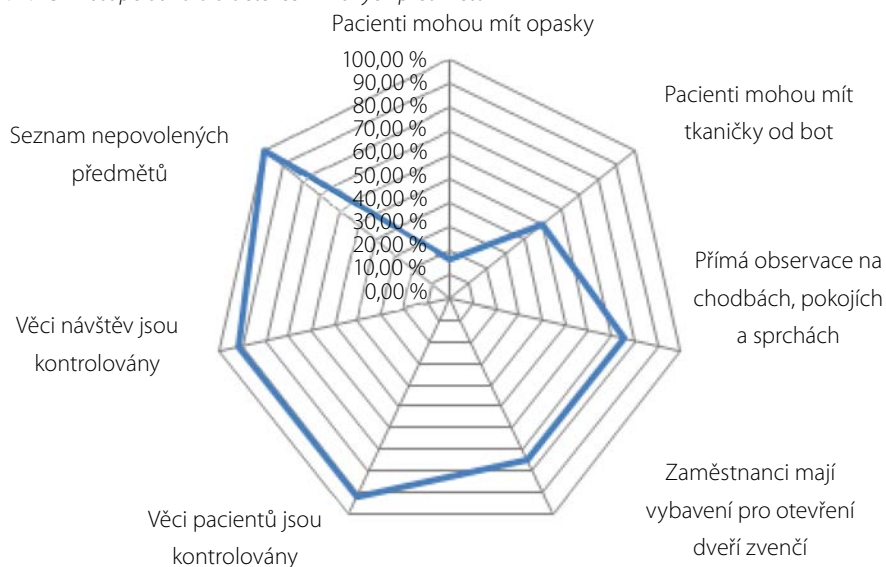
Oproti tomu graf 10 se týká využívání nástrojů managementu rizik, zejména retroaktivní analýzy kořenových příčin, proaktivní analýzy možných příčin a následků, a zda je v nemocnici využito hlášení do registru nežádoucích událostí. Z železného pravidla managementu „co neměříme, to neřídíme“ vyplývá i nutnost implementace standardizované škály detekce sebevražedného jednání.

Při porovnání obou grafů vidíme, že v zúčastněných pracovištích je vyšší afinita k využití nástrojů řízení rizik, než ke standardizované aplikaci přímo prováděných kroků, které se týkají péče o pacienta.

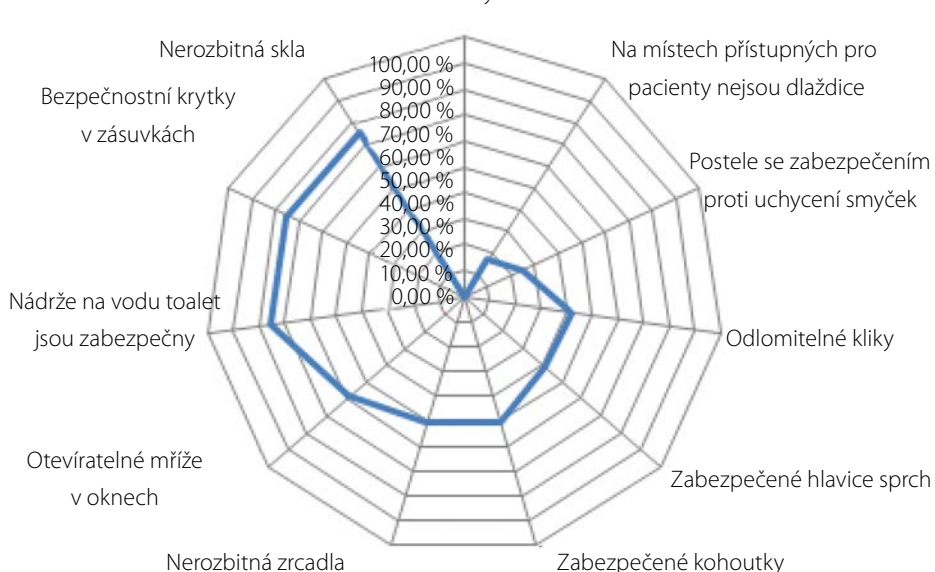
Graf. 6. Hodnocení rizika s ohledem na dobu hospitalizace



Graf. 7. Činnost personálu a detekce rizikových předmětů



Graf. 8. Vybavení akutních psychiatrických oddělení a bezpečí prostředí



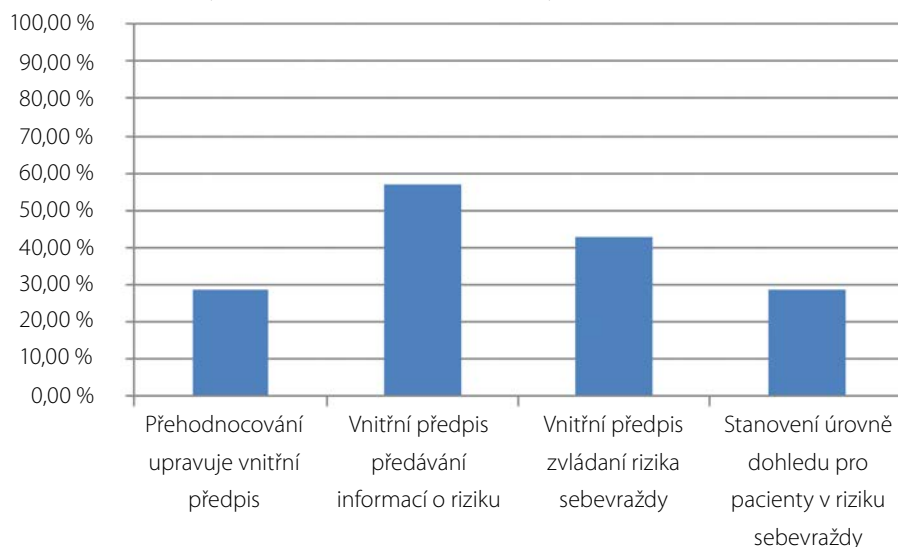
Doporučení pro praxi

Z výše uvedených výstupů vyplývá, že doporučení, která mají platnost v zahraničí, jsou využitelná i u nás. Spolu se vstupním vyhodnocením rizika a se zabezpečením dohledu nad pacienty je důležité provádět důsledný vstupní filtr věcí pacientů i jejich návštěv, v neposlední řadě je nezbytné standardizovat proces přehodnocování rizika sebevraždy, a to zejména v kritických úsecích péče (před propuštěním, překladem) (24).

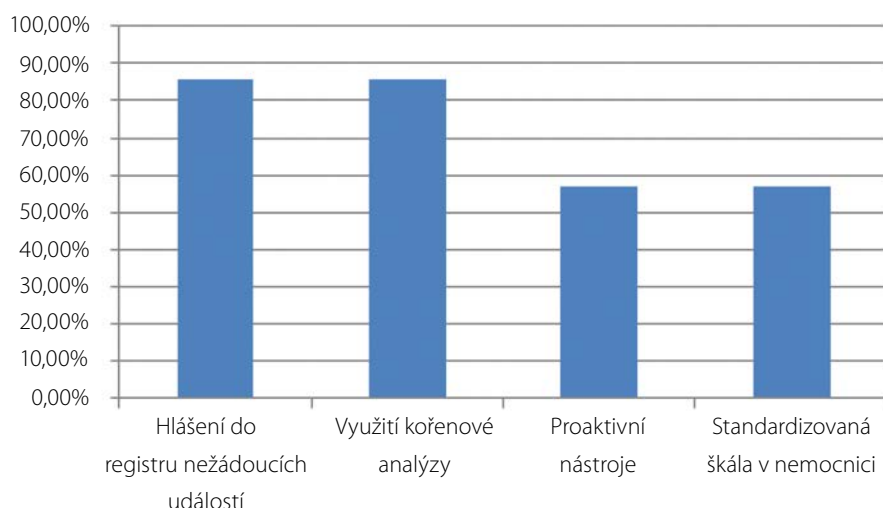
V pokojích pacientů lze doporučit například vinylové podlahy (redukce dlaždic, jimiž si pacienti mohou ublížit). Důležité je zabezpečit okna proti otevření a zároveň zajistit, aby personál měl potřebné vybavení v případě evakuace pro jejich otevření. Dveře lze zajistit proti uchycení smyčky odlamovatelnými klikami, u nichž je potřeba zkoušet nosnost, horní strana dveří naopak má být zajištěna lištou proti provlečení smyčky na opačnou stranu, nebo napojení alarmu s váhovým čidlem. Stejně jsou doporučeny odlamovatelné věšáky a veškeré předměty, na něž je možno uchytit smyčku (25).

Problematickou oblastí jsou postele pacientů. Pacienti, kteří vyžadují postranice na postelích, mají být monitorováni kamerovým systémem, nebo být pod přímým dohledem personálu, pokud jsou ve vyšším riziku sebe-

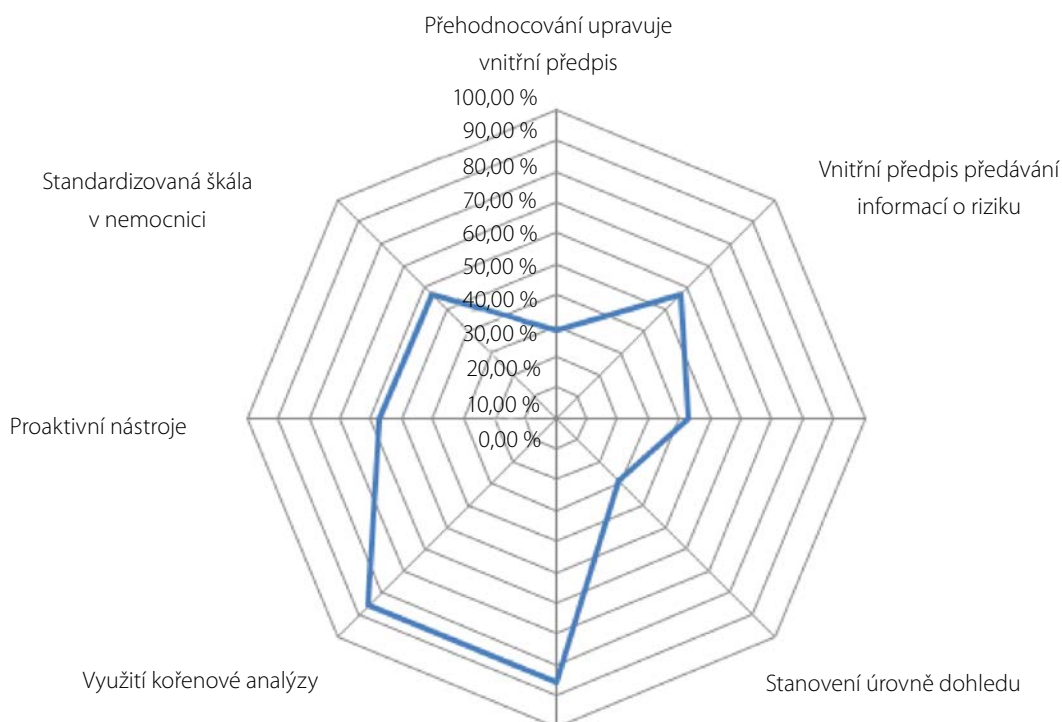
Graf. 9. Vnitřní předpisy vztahující se k řízení rizika sebevraždy



Graf. 10. Využití nástrojů managementu rizik



Graf. 11. Srovnání využívání nástrojů řízení rizik a směrnic týkajících se sebevražedného jednání



vraždy. Ostatní postele mají být zabezpečeny proti uchycení smyčky (bez sloupků, jednotná čela), a zároveň poskytovat možnost uchycení ochranných pásů v případě potřeby (26).

V koupelnách je opět vhodné eliminovat dlaždice, a přichytit sprchové hlavice, kohouty, rezervoáry na vodu a jiné předměty, kde je možno uchytyt smyčku, buď přímo ke stěně, nebo je zajistit kryty (27).

Zajímavou možností, jak zajistit monitoraci pacientů na WC a v koupelnách, a zároveň jim zajistit soukromí, jsou tzv. soft suicide prevention doors, instruktážní video je možno shlédnout

na <https://www.youtube.com/watch?v=4N-gPIOQZZSw> (28).

Neméně důležité je využití a standardizace postupu retroaktivních a proaktivních nástrojů řízení rizik, jakožto ověřený mechanismus řízení kvality a rizik ve zdravotnictví (29).

Závěr

S ohledem na to, že se průzkumu nezúčastnila všechna akutní psychiatrická oddělení, nelze posuzovat celkový stav v České republice. S ohledem na zmíněné dokumenty týkající se Reformy psychiatrické péče lze však očekávat

obdobný stav. Navrhovaná doporučení jsou obecně platná a jsou v souladu s doporučeními zahraniční praxe. Otázkou zůstává možnost jejich implementace s přihlédnutím k finančním možnostem psychiatrických nemocnic a léčeben, a s celkovou afinitou k systémům řízení kvality a rizik ve zdravotnictví.

Na základě uvedené úpravy legislativy, která se bude týkat trestní odpovědnosti právnických osob, lze však doufat ve zvýšení v zájmu o toto téma. Nezabezpečení prostředí může být považováno za jeden z důvodů ublížení na zdraví z nedbalosti.

LITERATURA

1. Látalová K, Kamarádová D, Praško J. Suicidialita u psychických poruch. Grada, 2015; 9.
2. Joint commission international. Reducing risk of suicide. Oakbrook Terrace 2005; 1–5.
3. Látalová K, Kamarádová D, Praško J. Suicidialita u psychických poruch. Grada, 2015; 9.
4. Joint commission international. Reducing risk of suicide. Oakbrook Terrace 2005; 1–5.
5. Český statistický úřad. Sebevraždy v České republice - 2006 až 2010. Dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ci/sebevrazdy-v-ceske-republice-2006-az-2010-1zzdn9e60e>
6. Official World Suicide Prevention Day 2017 Website, 2017. Dostupný z: <https://iasp.info/wspdp2017/>
7. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. Primary psychiatry, 2007; 14(12): 67–74.
8. Maris RW, Berman AL, Silverman MM. Comprehensive textbook of suicidology. The Guilford press, 2000; 302–305.
9. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. Primary psychiatry, 2007; 14(12): 67–74.
10. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. Primary psychiatry, 2007; 14(12): 67–74.
11. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. The Canadian journal of psychiatry 2014; 59(3): 131–140.
12. Joint commission. A follow-up report on preventiv suicide: focus on medical/surgical units and the emergency department. Sentinel event alert, 2010; 17(46): 1–4.
13. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. The Canadian journal of psychiatry 2014; 59(3): 131–140.
14. Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 108(2): 106–109.
15. Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 108(2): 106–109.
16. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. Primary psychiatry, 2007; 14(12): 67–74.
17. Ghasemi P, Shaghagh A, Allahverdipour H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article. Health promotion perspectives 2015, vol. 5, no. 3. s. 156–168.
18. Joint commission. Detecting and treating suicide ideation in all settings. Sentinel event alert, 2016; 56: 1–7.
19. Zákon 418/2011 Sb. O trestní odpovědnosti právnických osob a jeho novelizace
20. Necid P. Prevence sebeпоškození u hospitalizovaných pacientů v ČR. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 3. lékařská fakulta. Kabinet veřejného zdravotnictví 3. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, 2010. 53 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. David Marx, Ph.D.
21. Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 108(2): 106–109.
22. Donabedian A. The quality of medical care. Science 1987; 856–864.
23. Reforma psychiatrie 2016. Dostupný z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf
24. Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 108(2): 106–109.
25. Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems 2015; 15–50.
26. Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems 2015; 15–50.
27. Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems 2015; 15–50.
28. Suicide proofing – suicide prevention doors, 2017. Dostupný z: www.suicideproofing.com
29. Žaludek A. Praktické řízení rizik na psychiatrii: přínosy kořenové analýzy a analýzy možných příčin a následků, doporučení do praxe. Psychiatrie pro praxi 2017; 18(1e): e3–e9.