



Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů

MUDr. Adam Žaludek, MBA

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

Časná detekce rizika sebevraždy a následná hospitalizace pacientů v bezpečném prostředí jsou významné faktory redukce rizika sebevražedného jednání. Při prošetřování kořenových příčin dokonaných sebevražd na lůžkových psychiatrických odděleních je nedostatečně zabezpečené prostředí citováno na předních místech. Cílem článku je upozornit na důležitost problematiky a poukázat na některé možné způsoby, jak zajistit bezpečné prostředí v českých psychiatrických zařízeních, se zaměřením na akutní psychiatrická oddělení.

Klíčová slova: bezpečí prostředí, sebevraždy hospitalizovaných pacientů.

Safety environment as an important attribute in reducing the risk of suicide in inpatients

One of the most important root causes of finished inpatient suicide is the lack of safety environment. The aim of the article is to highlight the importance of the topic and to point out some possible ways how to build a safe environment in acute psychiatric wards in the Czech Republic.

Key words: patient safety, inpatient suicide.

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(1e): e3–e11
Článek přijat redakcí: 1. 6. 2018
Článek přijat k publikaci: 7. 3. 2018

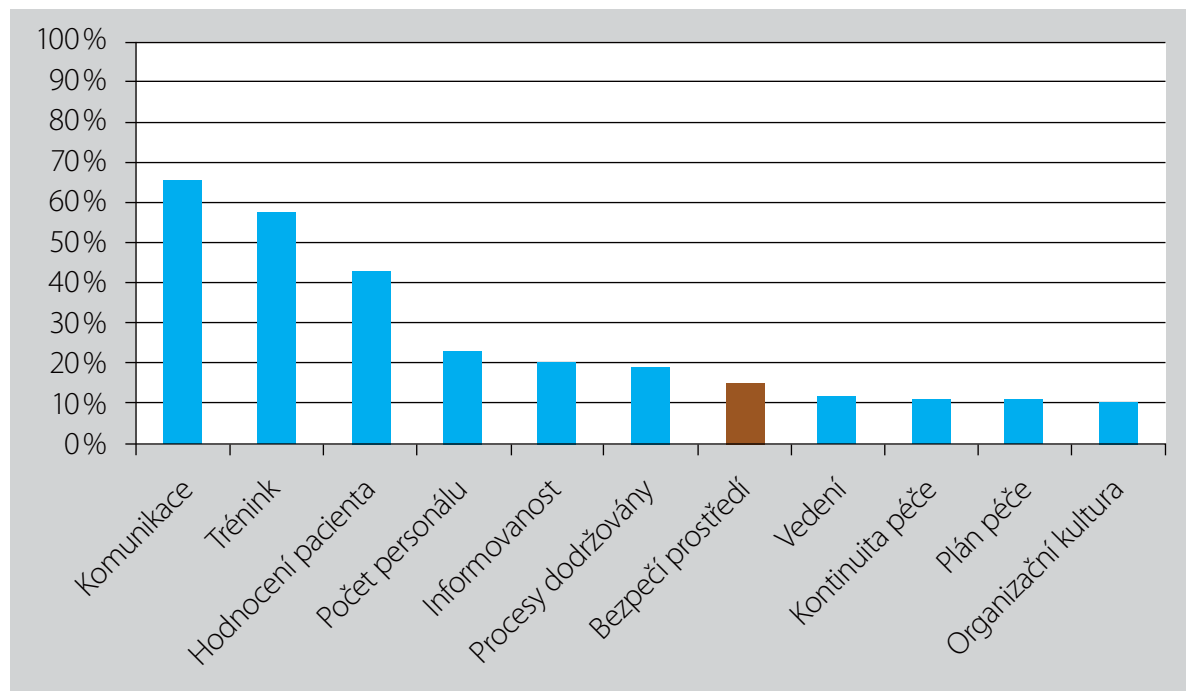


Bezpečí hospitalizovaných pacientů

Úsilí o zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb má své profesionální, etické i forenzní opodstatnění. Když roku 1999 vyšla publikace *To err is human. Building a safer health system*, ovlivnila zásadním způsobem přístup k zajišťování bezpečí ve zdravotnictví. V té době v USA mezi 44 000 a 98 000 pacienty ročně zemřelo vlivem medicínských pochybení (1).

Jednou z nejvlivnějších (zdaleka však ne jedinou) organizací, která se zabývá hodnocením jakosti a bezpečí zdravotních služeb, je *Joint Commission International* (JCI). Data JCI nelze nekriticky aplikovat na české podmínky, nicméně tvoří užitečné východisko ve chvíli, kdy nemáme dostatek zdrojů vlastních (blíže dále v textu). JCI v letech 1993–2003 uskutečnila rozsáhlý výzkum příčin poškození pacientů v nemocnicích, které jsou shrnuty v ná-

Obr. 1. Kořenové příčiny poškození pacientů ve všech nemocnicích 1993–2003. Adaptováno z: Wachter RM *Understanding patient safety*; 2008



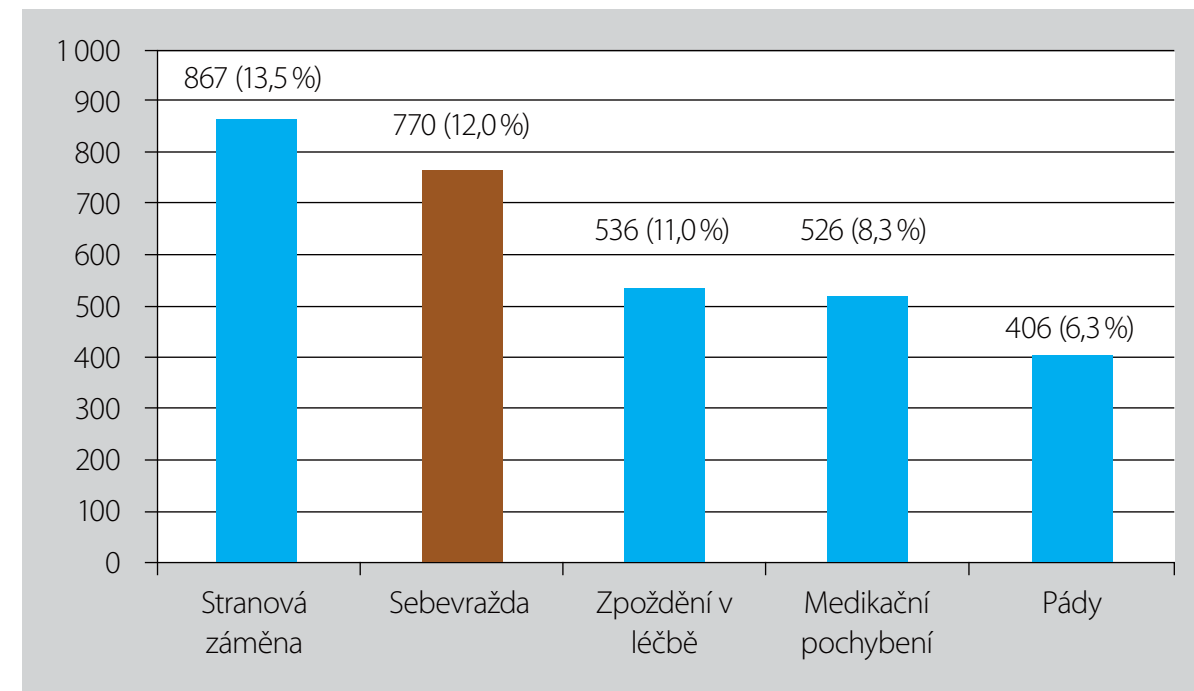
sledujícím grafu. V souhrnu všech typů zdravotních služeb bylo bezpečí prostředí na 7. pozici. Jeho umístění v oblasti psychiatrické péče bude zmíněno dále (2).

Sebevraždy hospitalizovaných pacientů jako závažná událost

Sebevraždy pacientů patří mezi výstražné – sentinelové – události. Jedná se o jedny z nejčastěji hlášených událostí podle *Joint Commission International*. Sebevraždy pacientů tvoří 12 % všech sentinelových událostí, před nimi jsou stranové záměny při chirurgických výkonech (13,5 %) (3).

S prevalencí mezi 0,1–0,4 % (zahraniční data) nepatří sebevraždy pacientů na psychiatrických pracovištích mezi časté příčiny úmrtí. Závažným způsobem však ovlivňují pacienta, rodinu, zdravotníky a celé zařízení.

Obr. 2. Rozložení sentinelových událostí podle JCI (2009), Adaptováno z: AHRQ. *Never events. Patient safety primer*, 2016

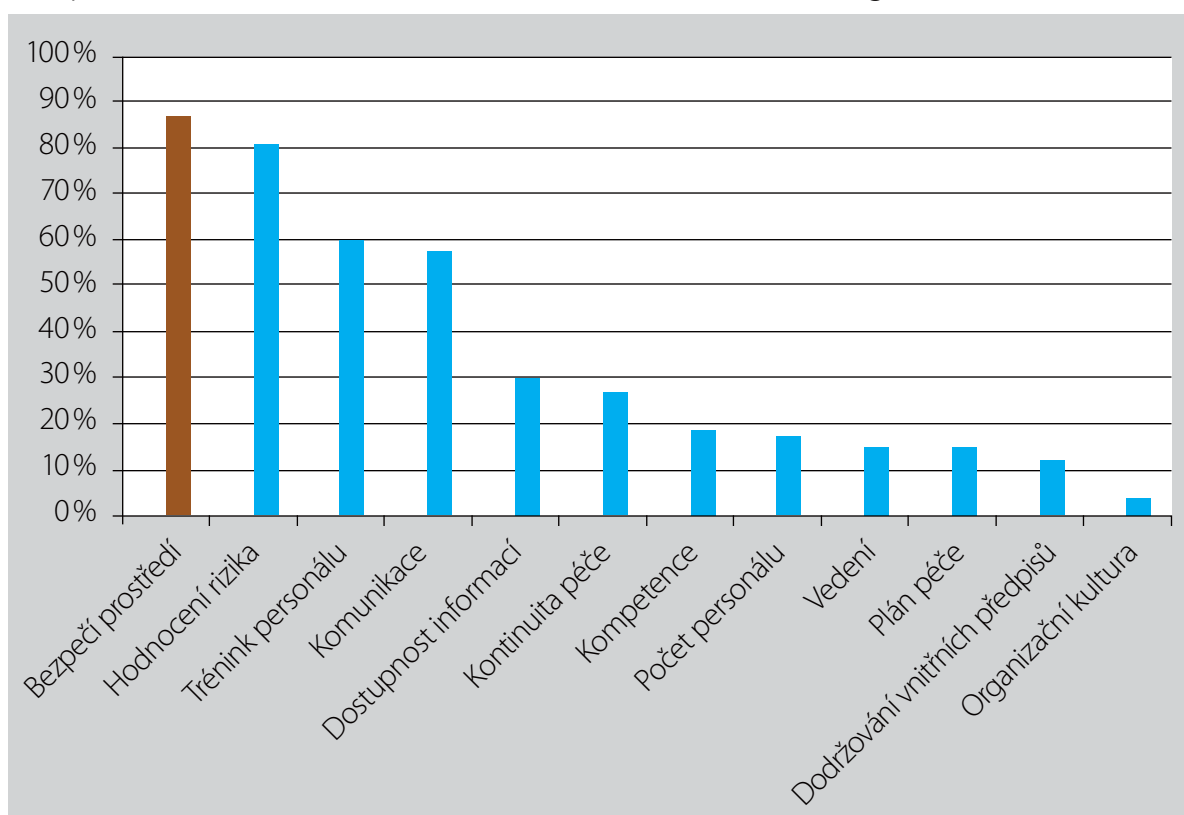


Vztaženo k době hospitalizace, 23,5 % pacientů spáchá sebevraždu v prvním týdnu, 17–71 % pacientů (medián 39,5 %) ji spáchá během prvního měsíce (4).

Kořenové příčiny

Při prošetřování kořenových příčin dokonaných sebevražd a sebevražedných pokusů v roce 2016 bylo zjištěno, že prostředí je třetím nejvýznamnějším faktorem. Bylo nalezeno nedostatečné zabezpečení vybavení (potencionální místa pro uchycení smyčky), materiály, které mohou pomoci k sebepoškození (rozbitelná zrcadla, okna, dlaždice) (5).

Obr. 3. Kořenové příčiny sebevražd hospitalizovaných pacientů 1996–2003, Adaptováno z: Joint commission international. Reducing risk of suicide; 2005



V předchozích studiích z roku 2005 bylo nezabezpečené prostředí faktorem nejvýznamnější (6) – viz dále v obrázku 3. V předcházejícím textu bylo již uvedeno, že v celkovém pohledu na zdravotnictví je u těchto událostí bezpečí prostředí zmiňováno na 7. místě.

Bezpečné prostředí a psychiatrická péče

Zájem o zabezpečení prostředí psychiatrické péče je zcela opodstatněný, vždyť jen v Evropě podle současných výzkumů 38,2 % obyvatel ročně alespoň jednou prodělá jednu z forem psychických poruch. Přes 460 miliard euro je dle odhadů ročně vynakládáno na tuto péči (7).

V zahraničí se jedná o důležité téma. Při zajišťování bezpečného prostředí existuje řada doporučení, z nichž některá budou dále uvedena. V České republice, kde je aktuálně na psychiatrickou péči vynakládáno asi 2,91 % veškerých výdajů na zdravotnictví a mnoho psychiatrických nemocnic je ve špatném technickém stavu (8), nelze o všeobecném zabezpečení prostředí proti sebevražednému jednání pacientů hovořit.

V současné době se autor textu soustřeďuje na sběr aktuálních dat týkajících se výskytu sebevražedného jednání v psychiatrických nemocnicích v České republice.

Hodnocení rizika sebevražedného jednání

Jelikož samotné hodnocení rizika sebevraždy je nespolehlivé, jsou snahy o zabezpečení prostředí ještě naléhavější. S přihlédnutím k tomu, že všeobecně citovaným rizikovým faktorem, který je při hodnocení rizika sebevraždy sledován, jsou sebevražedné myšlenky (9), je alarmující, že až 78 % pacientů před sebevražednými pokusy tyto myšlenky popíralo a 40,9 % je nepřipustilo vůbec v průběhu hospitalizace (10).



Neexistuje žádný zlatý standard, jak riziko sebevraždy hodnotit. Všeobecným doporučením je zaměřit se na dimenze úvah o sebevraždě a využití standardizovaných dotazníků (například rozšířená SAD PERSONS škála) (11).

Doporučení do praxe

Doporučení do praxe jsou aplikovatelná zejména pro akutní oddělení, vycházejí zejména ze studií, které byly zaměřeny na zkoumání metod, jimiž pacienti ukončili svůj život, a okolností, které k tomu daly příležitost. Způsoby sebevraždy závisejí na tom, co mohli pacienti aktuálně využít. Na odděleních to bylo nejčastěji oběšení, asfyxie, pořezání, mimo oddělení skok z výšky či pod dopravní prostředek, utopení či předávkování. V několika případech pacienti ve speciálním stupni dohledu použili sílu nebo uprchli a vzali si život (12).

V České republice proběhl průzkum výskytu sebevražedného jednání v letech 2005–2009. Zúčastnilo se ho tehdy 24 psychiatrických zařízení, přičemž z výsledků vyplynulo, že v uvedeném období došlo v 15 z těchto zařízení k sebevraždě (59%). Celkem se jednalo o 33 nahlášených sebevražd. Dalším zjištěním bylo, že na 10 psychiatrických pracovištích se staly 2 a více takové události. Všechna zařízení rovněž zaznamenala sebepoškození. Nejčastějším mechanismem sebepoškození bylo pořezání, popálení, následovaly otravy a skoky z výšky (13). Další sběr dat autor textu realizoval v roce 2017 a výstupy budou publikovány v budoucnosti.

Při zabezpečování prostředí je tedy důležité zaměřit se zejména na observaci pacientů, zajištění proti vpašování rizikových předmětů a minimalizovat rizika spojené s prostory, které jsou pacientům přístupné a jejich vybavením (14).

S ohledem na nejčastější etiologii sebevraždy (oběšení, pořezání, skoky z výšky), se snahy managementu rizik zaměřují dále na tyto oblasti. Jedná

se zejména o nedostatečné zabezpečení vybavení (potencionální místa pro uchycení smyčky), materiály, které mohou pomoci k sebepoškození (rozbitelná zrcadla, okna) (15).

K dalšímu textu jsou přiloženy konkrétní možnosti zabezpečení prostředí, veškerá obrazová dokumentace byla převzata z publikace *Design guide for the built environment of behavioral health facilities*. Doporučení se týkají i redukce rizika sebepoškození

Úroveň dohledu

Je důležité si uvědomit, že zvýšená úroveň dohledu a pozorování pacienta není jednoznačným protektivním faktorem. Podle výzkumů jsou pacienti schopni spáchat sebevraždu i v okamžiku nepřetržitého sledování (16).

I přesto je však observace pacienta považována za důležitý protektivní prvek. Na druhou stranu je nutné, aby nemocnice jasně a jednoznačně definovala, jaké poskytuje úrovně dohledu a kteří pacienti do té které úrovně náleží (17).

Vstupní filtr

Dalším klíčovým prvkem je vstupní filtr pro pacienty. Nelze zabezpečit odebrání všech předmětů, které jsou považovány za nebezpečné. Zároveň je nutné respektovat důstojnost pacienta, poučit je o důvodech restrikcí a odebrání rizikových předmětů, mezi něž patří například ostré předměty, hořlavé látky, opasky, tkanice, pomůcky na holení a další (18).

Pokoje pacientů

Pokoje pacientů představují rizikové prostředí. S ohledem na uvedené mechanismy sebepoškození je nutné upravit předměty, s nimiž

přichází do kontaktu. Podlahy mají být vinylové. Případné větrací otvory ve stropu mají být uzamknuty. Dveře do pokojů se mají otevírat směrem do chodeb, aby se pacienti nemohli zabarikádovat uvnitř. Otvory mezi vrchní stranou dveří a rámem mají být zajištěny pojistkou, aby se znemožnilo provlečení čehokoliv, na čem by se pacienti mohli pokusit o oběšení. Další možností je alarm spojený s čidlem reagující na tlak. Kliky mají být odlamovatelné, nebo tvarované tak, aby se zabránilo uchycení provazu. Věšáky a podobné předměty je nutné uzpůsobit tak, aby unesly jen určitou hmotnost. Váhové testy by měly být prováděny pravidelně (19).

Skleněné předměty

Je doporučeno, aby okna byla zajištěna pojistkou proti kompletnímu otevření, zároveň je vhodné pro případ evakuace zajistit jejich možné otevření klíčem, který má přístupný personál. Sklo má být nerozbitné, nebo polepené pojistnou folií proti roztržení. Totéž platí pro průhledy do izolačních pokojů. Pro zrcadla jsou vhodné polykarbonátové materiály či leštěné kovy – zde je potřeba soustředit se na jejich uchycení, aby je pacienti nemohli odejmout za účelem sebepoškození nebo ohrožení personálu (20).

Nábytek a ostatní vybavení

Lehčí nábytek by měl být připevněn k podlaze či stěnám, kdykoliv je to jen možné. Velkou pozornost je potřeba věnovat zejména postelím pacientů. Je potřeba je upravit tak, aby se znemožnilo uchycení smyčky, a zároveň bylo možné v případě potřeby zabezpečit omezení pacienta ochrannými pásy. Pokud je k postelím připojeno ovládací zařízení, je nutné všechny kabely maximálně zkrátit. V případě, že pokoje pacientů

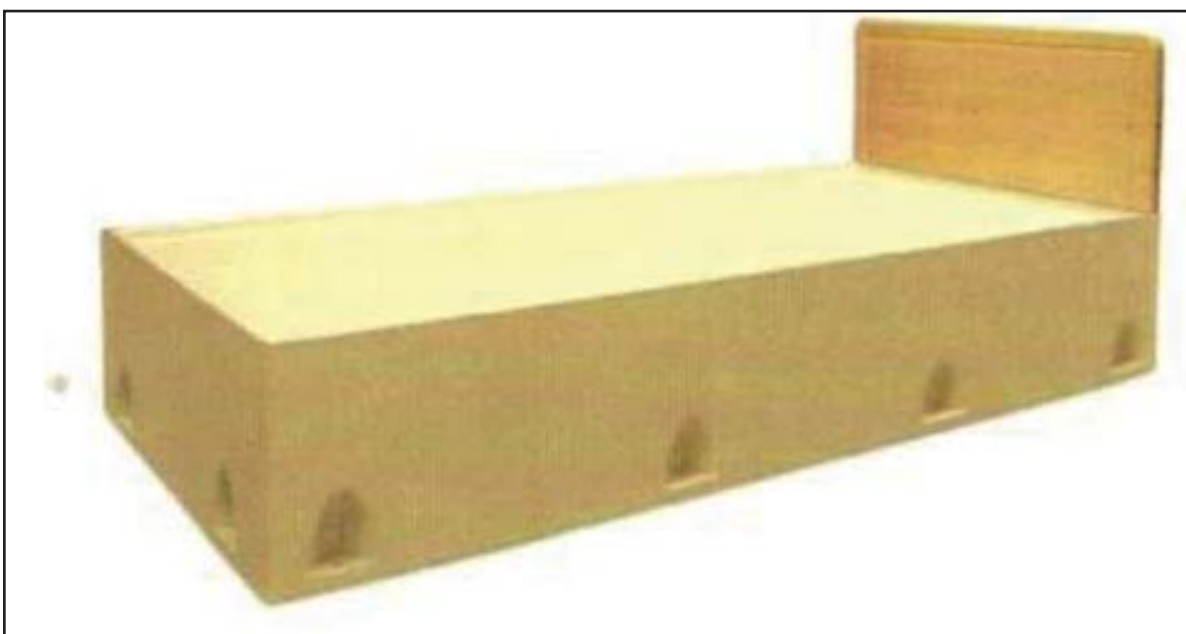
Obr. 4. Příklad tvaru kliky odolné proti uchycení smyčky, adaptováno z: Sine DI, Hunt JM, *Design guide for the built environment of behavioral health facilities*. National association of psychiatric health systems; 2015



Obr. 5. Příklad postele se zabezpečením proti uchycení smyčky, adaptováno z: Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems; 2015



Obr. 6. Příklad postele se zabezpečením proti uchycení smyčky, adaptováno z: Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems; 2015



Obr. 7. Příklad postele se zabezpečením proti uchycení smyčky, adaptováno z: Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems; 2015



obsahují skříně s věšáky, je tyto nutné zajistit proti oběšení – snížit jejich nosnost (21).

Koupelny a sociální zařízení

Dlaždice musí být pravidelně kontrolovány, uvolněné vyměněny, aby nemohly být použity k pořezání se. Speciální úprava je vhodná pro dveře od toalet či sprch, ty mají mít průzor shora i zespodu, mají být snadno

Obr. 8. Dveře sprchového koutu se zabezpečením proti uchycení smyčky, adaptováno z: Sine DI, Hunt JM, *Design guide for the built environment of behavioral health facilities*. National association of psychiatric health systems; 2015



vyjmutelné z pantů. Kohoutky, hlavice sprch, umyvadla a toalety mají být vždy umístěny co nejbližší ke stěně a zabezpečeny proti uchycení smyčky (22).

Obr. 9. Hlavice sprchy zabezpečená proti uchycení smyčky, adaptováno z: Sine DI, Hunt JM, *Design guide for the built environment of behavioral health facilities*. National association of psychiatric health systems; 2015



Obr. 10. Kohoutek na vodu se zabezpečením proti uchycení smyčky, adaptováno z: Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems; 2015



Závěr

Bezpečí prostředí, respektive jeho absence, je jednou z předních kořenových příčin sebevraždy pacientů. Je tomu tak v psychiatrických i ostatních zdravotnických zařízeních. S ohledem na to, že dodnes není možno detekovat přesně riziko sebevražedného jednání, je úkolem zdravotnického zařízení zaměřit se zejména na redukci potencionálních možností, jak by k sebevraždě dojít mohlo.

Článek se soustředil na nejvíce problematické oblasti, které byly při analytických postupech systémů řízení rizik detekovány. Nabídnuty byly možné zdroje inspirace, jak je bezpečí prostředí možno budovat i v České republice. Aktuální úskalí, která souvisí s celým konceptem reformy psychiatrické péče, je nedostatečné financování a technický stav budov. Přitom redukce sebevražedného jednání patří k jednomu ze základních indikátorů kvality v psychiatrii (23).

Je důležité poznamenat, že je neustále nutno vyvažovat zabezpečení prostředí a techniky užívané v redukci sebevražedného a sebepoškozujícího jednání, a zároveň dbát na důstojnost pacienta. Vytvoření restriktivního prostředí může bez správné komunikace o jeho účelu poškodit terapeutický vztah.

LITERATURA

1. Carroll R. Risk management handbook for health care organizations. A Wiley print 2009; 2–3.
2. Wachter RM. Understanding patient safety. The McGraw-Hill Companies 2008; 105.
3. AHRQ. Never events. Patient safety primer, 2016. Dostupný z: <https://psnet.ahrq.gov/primer/primer/3/neverevents>
4. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. Primary psychiatry, 2007; 14(12): 67–74.
5. 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.
6. Joint Commission International. Reducing risk of suicide. Oakbrook Terrace 2005; 2–5.
7. Reforma psychiatrie 2016. Dostupný z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf
8. Reforma psychiatrie 2016. Dostupný z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

[uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

9. 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.
10. Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. Primary psychiatry, 2007; 14(12): 67–74.
11. Ghasemi P, Shaghagh A, Allahverdipour H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article. Health promotion perspectives 2015; 5(3): 156–168.
12. Sakinofsky I. Preventing suicide among inpatients. The Canadian journal of psychiatry 2014; 59(3): 131–140.
13. Necid P. Prevence sebepoškození 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.



- 14.** Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 108(2): 106–109.
- 15.** Joint commission. A follow-up report on preventiv suicide: focus on medici/surgical units and the emergency department. Sentinel event alert, 2010; 17(46): 1–4.
- 16.** Combs H, Romm S. Psychiatric inpatient suicide: a literature review. Primary psychiatry, 2007; 14(12): 67–74.
- 17.** Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 108(2): 106–109.
- 18.** Petr T. Řízení rizik na psychiatrických odděleních. Česká a slovenská psychiatrie 2011; 108(2): 106–109.
- 19.** Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems 2015; 15–50.
- 20.** Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems 2015; 15–50.
- 21.** Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems 2015; 15–50.
- 22.** Sine DI, Hunt JM, Design guide for the built environment of behavioral health facilities. National association of psychiatric health systems 2015; 15–50.
- 23.** Žaludek A. Indikátory kvality péče a jejich uplatnění v psychiatrii. Psychiatrie pro praxi 2016; 17(3e): e3–e10.