

**Univerzita Karlova
3. lékařská fakulta
Praha**

Autoreferát dizertační práce

**Standardizace časně identifikace rizik sebepoškození
jako nástroj snížení rizik u pacientů hospitalizovaných
na psychiatrických pracovištích**

MUDr. Mgr. Ing. Adam Žaludek, MBA, LL.M.

Praha, 2024

Doktorské studijní programy v biomedicíně

Univerzita Karlova a Akademie věd České republiky

Obor: Preventivní medicína a epidemiologie

Předseda oborové rady: doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D.

Školící pracoviště: Kabinet veřejného zdravotnictví 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Autor: MUDr. Mgr. Ing. Adam Žaludek, MBA, LL.M.

Školitel: MUDr. David Marx, Ph.D.

Oponenti:

Autoreferát byl rozeslán dne:

Obhajoba se koná dne:

S disertací je možno se seznámit na děkanátu 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy

Obsah

Souhrn	4
Summary	5
Úvod.....	6
Cíle	8
Metodika.....	8
Publikace	9
Publikace 1: Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních	9
Publikace 2: Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů	11
Publikace 3: Časná identifikace sebevražedného chování u dětí a spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem	12
Publikace 4: Safe Environment Management in Acute Psychiatric Wards in the Czech Republic, Foundation for Recommendations for Preventive Practice	13
Publikace 5: Comparison of the Prevalence of Depression Symptoms and History of Suicidality in Students of Medical Schools and Other Study Programmes of Charles University.....	16
Závěry.....	24
Seznam obrázků a tabulek	26
Seznam použité literatury	27
Publikační přehled doktoranda	30

Souhrn

Tématem dizertační práce je „Standardizace časné identifikace rizik sebepoškození jako nástroj snížení rizik u pacientů hospitalizovaných na psychiatrických pracovištích“. Pro účely práce se „rizikem sebepoškození“ rozumí riziko sebepoškození s cílem sebevraždy.

Cílem práce je navržení standardizovaného postupu identifikace a řízení rizika sebepoškození hospitalizovaných pacientů na psychiatrických lůžkových pracovištích. Tento proces je předložen formou metodického pokynu.

Práce je v teoretických východiscích zaměřena na proces standardizace v kontextu řízení rizik a kvality ve zdravotnictví, epidemiologii sebevražd v obecné populaci a u hospitalizovaných pacientů na psychiatrických pracovištích, příčiny dokonaných sebevražd během hospitalizace, možnosti hodnocení rizika, faktory bezpečného prostředí a aktuální přístup k hodnocení rizik v kontextu České republiky.

Teoretická východiska jsou doplněna komentovanými verzemi pěti vědeckých publikací autora, které jsou propojeny s teoretickou částí pro celkové uchopení problematiky. Práce jsou zaměřeny na současný stav hodnocení rizika sebepoškození a nástrojů řízení rizik v České republice, praktické možnosti zabezpečení prostředí a vyhodnocování úrovně rizik v něm, možnosti časné detekce rizik sebepoškození v dětství a adolescenci a prevalenci symptomů deprese a sebevražedných pokusů u studentů Univerzity Karlovy. Poslední dvě publikace šířejí vymezují kontext a doplňují důležitost vytvoření preventivních přístupů.

Výstupy této dizertační práce potvrzují, že v České republice neexistuje standardizovaný postup hodnocení a řízení rizika sebepoškození hospitalizovaných pacientů na psychiatrických lůžkových pracovištích. Prostor psychiatrických pracovišť, kde se péče odehrává, představuje samostatné riziko, které není standardizovaným způsobem řízeno, přestože existují příklady dobré praxe v zahraničí. Totéž platí pro využití nástrojů identifikace osob v riziku sebevraždy i metodik analýzy rizik obecně. V souladu se zvyšující se prevalencí duševních obtíží v populaci, například i u subpopulace studentů Univerzity Karlovy, nebo u dětí a mladistvých, bude potřeba na standardizované bezpečné preventivní nástroje myslet i do budoucna.

Standardizace procesů snižuje variabilitu a nepředvídatelnost výstupů, a její uplatnění v oblasti řízení rizik sebepoškození se jeví s ohledem na závažnost problematiky jako vhodný preventivní nástroj.

Summary

The theme of the dissertation thesis is "*Standardization of early identification of risks of self-harm as a risk reduction tool in psychiatric inpatients*". For the purposes of the thesis, the „risk of self-harm“ means the risk of self-harm with the aim of suicide.

The aim of the dissertation thesis is to propose a standardized process for identifying and managing the risk of self-harm in hospitalized patients at psychiatric inpatient facilities, which is presented in the form of a methodological instruction.

The work is in the theoretical part focused on the process of standardization in the context of risk and quality management in healthcare, the epidemiology of suicides in the general population and in hospitalized patients in psychiatric institutions, the root causes of completed suicides during hospitalization, the possibilities of risk assessment, factors of a safe environment and the current approach to risk assessment in context of the Czech Republic.

The theoretical part is supplemented by author's five scientific publications, which are focused on the current state of self-harm risk assessment and risk management tools in the Czech Republic, practical options for securing the environment and evaluating the level of risks in it, possibilities for early detection of self-harm risks in childhood and adolescence, and the prevalence of depression symptoms and suicide attempts among Charles University students. The last two publications define the context more broadly and complement the importance of creating preventive approaches.

The results of this dissertation confirm that in the Czech Republic there is no standardized process of the suicide risk assessment and managing the risk of self-harm in psychiatric inpatients. The psychiatric environment where care is provided presents a risk that is not managed in a standardized way, although there are examples of safe practice worldwide. With the increasing prevalence of mental problems in the global population, for example also in the subpopulation of Charles University students, or in children and adolescents, there will be a need to think about standardized safe preventive tools in the future as well.

Standardization of processes reduces the variability and unpredictability of outputs, and its application in the field of self-harm risk management appears to be a suitable preventive tool in view of the seriousness of the problem.

Úvod

Tématem dizertační práce je „Standardizace časné identifikace rizik sebepoškození jako nástroj snížení rizik u pacientů hospitalizovaných na psychiatrických pracovištích“. V současné turbulentní době, kdy se zvyšuje prevalence duševních onemocnění v populaci celosvětově (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019; Winkler *et al.*, 2020), se jedná o aktuální a naléhavou problematiku, a to zejména v kontextu prevence.

Sebevražedné jednání patří mezi závažné nežádoucí události, které sice nejsou vždy předvídatelné, ale jsou považovány za preventabilní (The Joint Commission, 2022, Kasal *et al.*, 2019). Jedná se navíc o jedno z hlavních klinických rizik celé psychiatrické péče (Briner *et al.*, 2013).

Sebevražedné jednání je závažným, multifaktoriálním a celospolečenským fenoménem. Každých 40 vteřin se na světě odehraje jeden dokonaný sebevražedný pokus, což ročně znamená 703 000 úmrtí (World Health Organization, 2021).

V České republice stojí sebevraždy více životů, než je tomu v případě smrtelných dopravních nehod. Trend vývoje počtu dokonaných sebevražd je setrvale klesající, což nic nemění na naléhavosti tématu. V roce 2021 takto zemřelo 1221 lidí (Český statistický úřad, 2023). Potřebu preventivního přístupu k sebevražďám dokumentuje situační analýza pro národní akční plán prevence sebevražd (Kasal *et al.*, 2019).

Sebevraždy hospitalizovaných pacientů na psychiatrických lůžkových pracovištích představují ne příliš častý, ale velmi závažný fenomén, který dopadá nesmírně těžce jak na dotyčné jedince, kteří se o sebevraždu pokusí, tak i na jejich blízké a zpravidla negativně ovlivňuje i zdravotníky (Simon *et al.*, 2012).

Celosvětová prevalence dokonaných sebevražedných pokusů na psychiatrických pracovištích je 650 na 100 000 (Walsh *et al.*, 2015). Do současné doby nebyla stanovena žádná škála 100% spolehlivá škála predikce budoucího sebevražedného pokusu (Ryan *et al.*, 2020; Perlman *et al.*, 2011). S přihlédnutím k tomu, že rizikových faktorů je velké množství a nejsou vždy specifické, tak spolu s časnou identifikací rizika sebepoškození v kontextu hospitalizace hraje důležitou roli také bezpečné prostředí (The Joint Commission, 2022).

Navzdory tomu, i přes probíhající reformu psychiatrické péče, jsou lůžková psychiatrická zařízení důležitým pilířem v systému péče o duševní zdraví. Často jsou však materiálně, technicky a stavebně nevyhovující (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019; Žaludek, 2020; Žaludek *et al.*, 2021).

Pro komplexní preventivní přístup je rovněž důležitou součástí prevence k sebevražďám hospitalizovaných pacientů na psychiatrických pracovištích dostatečný kontakt s personálem (Simon *et al.*, 2012) a funkční předávání informace o riziku sebevraždy (The Joint Commission, 2022).

V České republice není standardizovaný způsob hodnocení rizika sebevraždného jednání na lůžkových psychiatrických pracovištích zaveden (Žaludek, 2018; Žaludek *et al.*, 2021). To může vést k tomu, že stanovení rizika a jeho další řízení probíhá intuitivně, s variabilními výstupy.

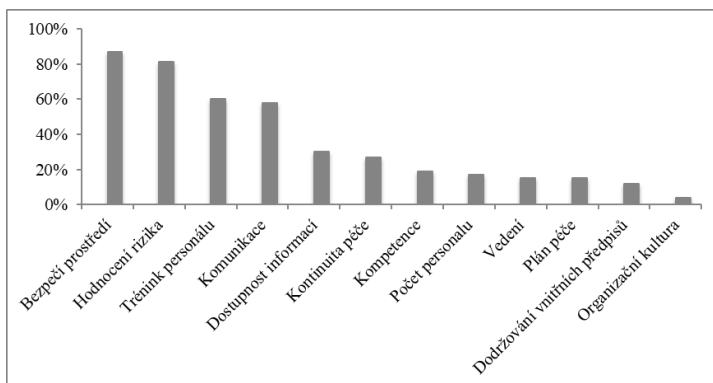
Taková praxe je však riziková, a to jak v kontextu klinickém, tak s ohledem na současnou právní úpravu trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, která stanovuje povinnost řídit rizika (Šustek *et al.*, 2016). Tento zákon se psychiatrických lůžkových pracovišť týká

Standardizace prokazatelně snižuje variabilitu výstupů procesů, a je jedním z principů kontinuálního zvyšování kvality ve zdravotnictví (Lighter *et al.*, 2008). Vychází z analýzy výchozí situace a naplánování procesu bezpečné praxe. Současně se stanoví měřitelné parametry účinnosti tohoto procesu. Dále je proces implementován a je v rámci auditní činnosti kontrolován a následně standardizován (Lachman *et al.*, 2022). Tato metodika je známa rovněž jako PDCA cyklus *plan-do-check-act* (Tamtéž).

Pro odhalování neshod v procesech je využíváno mnoho analytických nástrojů, které umožňují zjistit primární příčiny, následně na ně reagovat a zacílit nápravná a preventivní opatření (Lighter *et al.*, 2008).

Jedním z analytických nástrojů je kořenová analýza, což je strukturovaný proces odhalování primárních příčin nežádoucích událostí (Lighter *et al.*, 2008). Kořenové příčiny dokončených sebevražd hospitalizovaných pacientů jsou zobrazeny na Obrázku 1. Na předních pozicích je umístěno bezpečí prostředí, hodnocení rizika, trénink personálu a komunikace (The Joint Commission, 2005).

Obrázek 1 Kořenové příčiny záměrného sebepoškození pacientů 1996-2003



Zdroj: Upraveno podle The Joint Commission, 2005

Mezi nejčastější způsoby sebepoškození za účelem sebevraždy na psychiatrických pracovištích patří oběšení, pořezání, dále udušení (například igelitovým pytlkem umístěným přes hlavu) a otravy (Williams *et al.*, 2018).

Cíle

Cílem této dizertační práce je navrhnout standardizovaný postup časné identifikace rizik sebepoškození hospitalizovaných pacientů na lůžkových psychiatrických pracovištích, a to s využitím výše uvedeného principu kontinuálního zvyšování kvality PDCA a teoretických východisek v plném textu dizertační práce.

Proces se zaměřuje na časnou identifikaci formou pre-screeningu, vlastní screening a přehodnocení rizika, činnost personálu, řízení bezpečí prostředí a auditní činnost (fáze kontroly). Jedná se o přední kořenové příčiny dokonaných sebevražd, jak bylo uvedeno na Obrázku 1.

Metodika

Metodicky je dizertační práce založena na pěti vědeckých publikacích zaměřených na téma sebevraždného jednání a jeho prevence. Publikace jsou předkládány ve formě komentářů a propojují Teoretickou část dizertační práce v jejím plném textu a doplňují jej o kontext České republiky.

Zaměření článků je následující:

- Publikace 1 popisuje kontext důležitosti vytvoření standardizovaného postupu ve světle dat z českých lůžkových psychiatrických pracovišť. Jedná se o rovinu výchozí analýzy PDCA cyklu.
- Publikace 2 je zaměřena na řízení rizik v prostředí a možnostech zajištění bezpečí na lůžkových psychiatrických pracovištích.
- Publikace 3 popisuje možnosti časné identifikace rizika sebevraždného jednání u populace dětí, jakožto u specificky ohrožené skupiny, což je v aktuální situaci nedostatečné dostupnosti odborné péče důležité v rámci spolupráce s pediatry.
- Publikace 4 (impaktovaná) podrobněji rozvádí Publikaci 1, a poskytuje výchozí rámec pro doporučení standardizované praxe řízení rizika sebevraždy pro lůžková psychiatrická zařízení.
- Publikace 5 (impaktovaná) ještě více zdůrazňuje potřebu preventivních přístupů a zajištění bezpečné péče o pacienty v riziku sebevraždy v kontextu aktuálních a alarmujících dat týkajících se studentů Univerzity Karlovy.

Publikace

Publikace 1: Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních

Citace: Žaludek, A. Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních. *Psychiatrie pro praxi*. 2018, 19(2): 69–75.

Úvod

Cílem publikace bylo na základě aktuálních dat z akutních lůžkových psychiatrických pracovišť a odborné literatury navrhnout doporučený postup zvládnutí rizika sebevraždy. Výsledky byly prezentovány na mezinárodním *XXXVth International Congress on Law and Mental Health*, který se konal v Praze 9.-14. července 2017 (International Academy of Law and Mental Health, 2017).

Data byla získána dotazníkovým šetřením. Dotazníky byly zkonstruovány na základě studia odborných pramenů, které se týkaly prevence dokonání sebevraždy na lůžkových psychiatrických pracovištích. Byly zaměřeny na atributy bezpečného prostředí, a dále oblast na oblast činnosti personálu a managementu nemocnic (hodnocení rizika, analytické nástroje nástroje).

Výsledky

- Bezpečí prostředí

Pro orientaci v situaci v České republice byla využita základní popisná statistika. Sebevraždy oběšením jsou v prostředí psychiatrických nemocnic nejčastějšími mechanismy. V oblasti bezpečí prostředí bylo alarmujícím zjištěním, že pouze 41,67 % pracovišť má kliky s omezenou nosností, přičemž žádné z pracovišť, které je má k dispozici, neověřilo jejich funkčnost. 25,00 % pracovišť mělo postele upravené proti uchycení smyčky, 50,00 % má bezpečné vodovodní kohoutky, 41,67 % hlavice sprch, 75,00 % pracovišť má bezpečné rezervoáry na vodu toalet.

Dalším mechanismem sebeпоškození s cílem sebevraždy je pořezání se. 75,00 % pracovišť má z toho důvodu nerozbitná skla, avšak 50,00 % má takto zajištěná zrcadla. Pouze 16,67 % pracovišť má odstraněné dlaždice. Ty představují riziko kvůli možnosti vylomení a pořezání se střepey.

Ve všech zařízeních byl zaveden seznam nepovolených předmětů (typicky nože a podobně), 91,67 % pracovišť prověřovalo vnesené věci jak samotných pacientů, tak jejich návštěv. V 75,00 % pracovišť dochází k přímému dohledu ze strany personálu, což může působit protektivně, avšak jako plošné opatření se jedná o zásah do soukromí, v určitých situacích i do práv klientů, zejména práva na důstojné zacházení a soukromí (World Health Organization, 2012; Šustek *et al.*, 2016). Přitom pozitivní zkušenost klientů s péčí je důležitým indikátorem kvality (Lachman *et al.*, 2022; Marx *et al.*, 2023).

- Procesy

Znepokojivé nálezy byly zjištěny v oblasti standardizace procesu identifikace rizika sebevraždy. V 85,71 % zařízení je používána k hodnocení rizika sebevraždy škála (bez bližší specifikace, která je používána), přičemž detekce rizika je v 71,43 % zařízení činnost sester, v 51,14 % je to úkol lékaře.

Alarmujícím zjištěním bylo, že pouze 14,29 % pracovišť standardizovaným způsobem přehodnocuje riziko sebevraždy před překladem na jiné oddělení, 28,57 % před propuštěním. Jedná se při tom o riziková období z hlediska možnosti realizace pokusu o sebevraždu (CAMH, 2015; Chung *et al.*, 2019)

28,57 % pracovišť má přehodnocování rizika sebevraždy upraveno vnitřním předpisem. 57,14 % pracovišť má vnitřní předpis upravující předávání informací o riziku, 42,86 % má vnitřní předpis popisující postup pro zvládnání rizika sebevraždy a pouze 28,57 % pracovišť má standardizováno, jaký dohled bude ordinován při zjištění rizika sebevraždy. 57,14 % má standardem určenou konkrétní škálu hodnocení rizika v nemocnici.

Doporučení pro praxi

Studie potvrdila, že v dané době neexistoval a nebyl využíván standardizovaný proces řízení rizika sebevražedného jednání napříč nemocnicemi. S přihlédnutím k uvedeným nálezům a doporučením ze zahraničí lze pro česká psychiatrická pracoviště navrhnout standardizovat postup hodnocení a přehodnocování rizika sebevraždy, a dále řídit bezpečí prostředí. Stejně podstatné je sjednocení využití nástrojů řízení rizik, a to jak retroaktivních, tak proaktivních. Doporučením v oblasti bezpečného prostředí se podrobněji věnuje Publikace 2.

Závěr

Navrhovaná doporučení pro řízení rizika sebevražedného jednání mají platnost a tradici v zahraničí, a mohou najít uplatnění i v České republice. S ohledem na podfinancování oboru je otázkou možnost implementace zejména v oblasti strukturální, tedy upravení prostředí, kde se pacienti vyskytují. Avšak s přihlédnutím k novelizaci zákona trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, kdy absence programu řízení rizik může být považována za důvod ublížení na zdraví z nedbalosti (Šustek *et al.*, 2016), lze očekávat rostoucí zájem.

Publikace 2: Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů

Citace: Žaludek, A. Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů. *Psychiatrie pro praxi*. 2018, 19(e1): e3-e11.

Úvod

Cílem publikace bylo upozornit na důležitost řízení bezpečného prostředí, jelikož se jedná o přední kořenovou příčinu dokonaných sebevražd během hospitalizace, které jsou na Obrázku 1 (The Joint Commission, 2005). S ohledem na to, že v zahraničí existuje mnoho zdrojů, jak konkrétně prostředí ve smyslu prevence sebevražedného jednání řídit (například McMurray, 2022), měl článek podobu prakticky orientované publikace s konkrétními možnostmi zajištění bezpečí pro hospitalizované pacienty. S ohledem na doporučený rozsah autoreferátu následuje vybraný výčet nejdůležitějších doporučení (v návaznosti na Publikace 1 a 3).

Doporučení pro praxi

Přesto, že hlavním rizikovým faktorem pro sebevražedné jednání je přítomnost sebevražedných myšlenek (Simon *et al.*, 2012), velká část pacientů takové myšlenky kategoricky popírá (Combs *et al.*, 2007). Proto je bezpečné prostředí pojistkou, která může zabránit dokonanému pokusu, pokud riziko stanoveno chybně, případně není odhaleno.

Pro účelné řízení rizik v prostředí psychiatrických lůžkových pracovišť je zásadní úvodní vstupní filtr nepovolených předmětů (typicky nožů, nůžek, břitev, hořlavin), který by měl být vyhotoven podle úvodní analýzy daného pracoviště, standardizován a zaveden do praxe (The Joint Commission, 2023).

Z pohledu vybavení pracovišť je důležité udržovat prostředí *ligature resistant* (český ekvivalent neexistuje), čili prostředí, které je zabezpečeno proti sebevražednému jednání oběšením (The Joint Commission, 2022). To zahrnuje zejména využití bezpečnostních klik, postelí, vyhnutí se mřížím v oknech, potrubím, háčkům na oblečení, nezabezpečeným hlavicím sprch, rezervoárům na vodu a dalšímu podobnému vybavení.

Nejsou doporučeny dlaždice, které mohou být při vylovení použity pro pořezení, totéž platí pro zrcadla (vhodná jsou například fóliová nalepovací) a další skleněné předměty (McMurray, 2022).

V souladu s národními (Marx *et al.*, 2023) i mezinárodními (The Joint Commission, 2023) standardy kvality je řízení bezpečí prostředí zásadním požadavkem zvyšování kvality péče.

Publikace 3: Časná identifikace sebevražedného chování u dětí a spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem

Citace: Žaludek, A, David, J, Marx, D. Časná identifikace sebevražedného chování u dětí a spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem. *Pediatric pro praxi*. 2020, 21(4):320–322.

Úvod

Dětská populace představuje specifickou ohroženou skupinu z hlediska hodnocení rizika sebevražedného jednání (Koutek, 2008). Publikace reagovala na svízelnou situaci týkající se oboru dětské a dorostové psychiatrie, zejména na rostoucí potřebu péče a nedostatečné personální zajištění (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

S ohledem na to, že po sebevražedném pokusu bývají děti hospitalizovány na pediatrickém pracovišti, je zásadní soustředit se zejména na screening rizika sebevraždy pro rychlou orientaci, a následně podrobné vyšetření pedopsychiatrem.

Doporučení do praxe

Pro takové úvodní rychlé hodnocení je možné využít u dětské populace možné využití nástroj ASQ *The Ask Suicide Screening Questions* (Tabulka 1). Je charakterizován senzitivitou 98 %, specificitou 66 % a negativní prediktivní hodnotou 97 %. Není zpoplatněn a mohou ho využívat i pracovníci, kteří nemají psychiatrické a lékařské vzdělání (Horowitz *et al.*, 2020). Při výskytu jakékoliv pozitivní odpovědi má následovat vyšetření psychiatrem (Tamtéž).

Tabulka 1 Nástroj ASQ

OTÁZKY			
1	Během posledních několika týdnů, přáli jste si, abyste byli mrtví?	Ano	Ne
2	Pocířovali jste během několika posledních týdnů, že by vaši rodiče nebo vám bylo lépe, kdybyste byli mrtví?	Ano	Ne
3	Měli jste v posledních několika týdnech myšlenky na sebevraždu?	Ano	Ne
4	Pokusili jste se někdy zabít? Pokud ano: Jak? Kdy?	Ano	Ne
POKUD KLIENT ODPOVĚĎEL ANO NA NĚKTEROU Z VÝŠE UVEDENÝCH OTÁZEK, POLOŽTE NÁSLEDUJÍCÍ			
5	Máte myšlenky na sebevraždu i nyní? Pokud ano, prosím, popište je.	Ano	Ne

Zdroj: Upraveno podle Horowitz *et al.*, 2020; The Joint Comission, 2022

S ohledem na nedostatek pracovníků v oblasti duševního zdraví dětí a recentními nálezy Národního ústavu duševního zdraví, které uvádějí, že až 40 % dětí vykazuje příznaky středně těžké až těžké deprese (Národní ústav duševního zdraví, 2023), je časná identifikace rizika sebevraždy klíčová pro prevenci dokonaných pokusů.

Publikace 4: Safe Environment Management in Acute Psychiatric Wards in the Czech Republic, Foundation for Recommendations for Preventive Practice

Citace: Žaludek, A, David, J, Kajzar, J, Marx, D. Safe Environment Management in Acute Psychiatric Wards in the Czech Republic, Foundation for Recommendations for Preventive Practice. Cent Eur J Public Health. 2021; 29 (3): 217–222. IF= 1.154/2021.

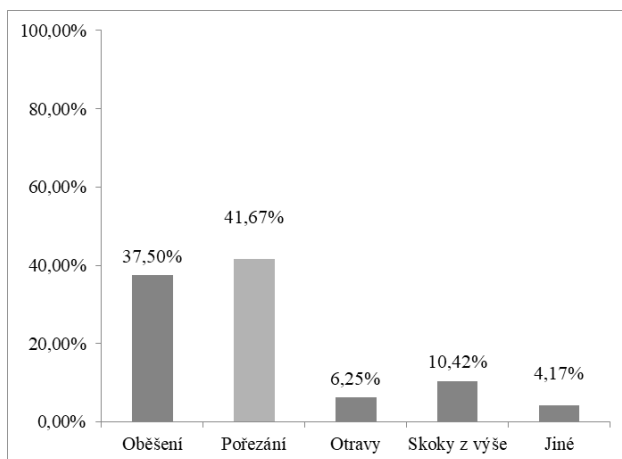
Úvod

Systém péče o duševní zdraví v České republice měl v roce 2018 celkem 1317 akutních lůžek v psychiatrických, všeobecných a univerzitních nemocnicích, a dále 8684 lůžek ve specializovaných psychiatrických nemocnicích (Pěč, 2019). Lůžková péče je tedy rozsáhlou oblastí, kde péče o pacienty s duševními obtížemi, a případně rovněž v riziku sebevraždy, probíhá. Článek navazuje na Publikaci 1 a dále ji rozšiřuje, a to s cílem doporučit možnosti řízení rizika sebepoškození standardizovanou stratifikací oblastí pracovišť a kontrolním listem rizikových oblastí.

Výsledky

Návratnost dotazníků (bližší Publikace 1) byla 70 %, přičemž ve 42 % nemocnice byl zaznamenán dokonáný sebevražedný pokus. Celkem bylo nahlášeno 11 dokonáných sebevražd, nedokonáný pokus proběhl ve 100 % nemocnic, nahlášeno bylo 48 událostí. Mechanismy sebevražedných pokusů byly pořezání (41,67 %), oběšení (37,50 %), skoky z výšky (10,42 %), otravy (6,25 %) a jiné (4,17 %), graficky znázorněno na Obrázku 2.

Obrázek 2 Mechanismy sebevražedných pokusů na českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích



Zdroj: Podle Žaludek, 2018; Žaludek et al., 2021

S ohledem na limitaci zdroji (finančními, personálními, časovými), je účelné pro řízení rizika sebevražedného jednání přistoupit k stratifikaci oblastí na jednotlivé úrovně podle přístupnosti pacientům například podle Tabulky 2 (McMurray, 2022; The Joint Commission, 2022).

Tabulka 2 Úrovně prostředí psychiatrických lůžkových pracovišť

Úroveň	Doporučení
Úroveň 1 Oblasti trvale nepřístupné pacientům	Tyto prostory musí být vždy bezpečně uzamčeny, případně trvale pod dohledem personálu. K zabezpečení těchto prostor lze využít různé zámkové systémy, ideálně elektronické, které umožňují vstup pouze po identifikaci průkazem personálu, který je oprávněn do těchto prostor vstupovat. Jakmile je zaručena nepřístupnost těchto oblastí pro pacienty, nejsou nutné žádné speciální bezpečnostní úpravy.
Úroveň 2 Prostory, kde jsou pacienti pod stálým dohledem personálu	Jedná se o společenské místnosti, chodby na akutních odděleních, případně přilehlé zahrady. Vybavení těchto prostor musí být zajištěno a upraveno, například proti roztržštění a použití ostrých fragmentů pro požezání se.
Úroveň 3 Oblasti, kde mohou být pacienti ponecháni bez dozoru personálu	Zahrnuje prostory otevřených i uzavřených oddělení, společenské místnosti a další prostory, kde pacienti tráví volný čas v soukromí či s ostatními pacienty a blízkými osobami. Personál se zde vyskytuje nepravidelně, a proto je nutné více cílit na bezpečí prostředí a vybavení. Ve všech těchto oblastech musí být aplikován přístup <i>ligature resistant</i> , okna je potřeba zajistit proti jejich úplnému otevření (riziko skoku z výše). Doporučuje se také nepoužívat plastové sáčky do odpadkových košů. Vzhledem k tomu, že pacienti zde tráví čas společně, lze předpokládat určitou úroveň vzájemného dohledu mezi nimi navzájem, avšak na ten není možno se spolehnout, jelikož odpovědnost za řízení rizik leží na poskytovatelích péče.
Úroveň 4 Dohled personálu je v těchto prostorách minimální	Jedná se o otevřená oddělení, pokoje bez kamerového systému, koupelny a další podobné prostory (hovorný pro rozhovor s advokáty, důvěrníky). Požadavek na zabezpečení těchto oblastí je nanejvýš důležitý, protože pokus o sebevraždu nemusí být personálem odhalen dostatečně včas. Zásadní je přístup <i>ligature resistant</i> , se zvláštní pozorností na vodovodní kohoutky a nádrže toalet, které lze použít pro uchycení smyčky. Je možné je zapustit do zdi a ovládat senzory. Mýdla a jiné čisticí prostředky musí být netoxické, aby nedošlo k otravě. Vhodné je limitovat využití plastových pytlů na odpadky, zabezpečit nábytek proti uchycení smyčky (snižit nosnost tyčí na oděvy, bezpečně odломitelné kliky, topení, postele, stropy).
Úroveň 5 Izolační místnosti	Izolační místnosti představují zvláštní kategorii, protože vyžadují stálý, nepřetržitý dohled. Musí splňovat několik požadavků: musí být bezpečné a pohodlné pro pacienty, ale také odolné proti poškození v situacích, kdy jsou pacienti rozrušení a nemají své jednání pod kontrolou, a nesmí poskytovat příležitost k pokusu o sebevraždu. Lůžko vyžaduje zvláštní pozornost, protože musí umožňovat připevnění ochranných pásů v případě potřeby, a zároveň nesmí poskytnout možnost připevnění smyčky. Neustálý dohled však snižuje riziko, že by pokus o sebevraždu zůstal bez povšimnutí, ale je potřeba, aby místnost neměla slepá, nepřehledná místa, pokud je dohled uskutečňován pomocí kamerového systému. Pokud je využíván průhled, je nutné, aby byl z bezpečnostního skla. Stěny musí být hladké bez jakýchkoliv výstupů a musí být dodrženy obecné zásady, jako jsou kónicky tvarované kliky dveří, vyvarování se háčků na oblečení a umístění radiátorů, které neumožňují připevnění smyčky. Vytápění má být buď podlahové, kryté či stropní.

Zdroj: Upraveno podle McMurray, 2022; The Joint Commission, 2022

Není nezbytné ihned, zejména při současném financování, vyměnit veškeré vybavení daného zařízení. V kombinaci se stratifikací prostředí je pak v oblastech s nejvyšší prioritou možné využít například kontrolní list, jehož minimální obsah je uveden v Tabulce 3.

Tabulka 3 Návrh minimálního obsahu kontrolního listu pro bezpečí prostředí psychiatrických pracovišť

Parametr (Ano / Ne)	Pokoje pacientů	Oblasti přístupné pacientům
Nerozbitná okna		
Nerozbitná zrcadla		
Odstraněny dlaždice na podlaze a stěnách (případně pravidelná kontrola proti uvolnění)		
Bezpečné kliky		
Tyče na oblečení ve skříních, háčky na oblečení a další výstupky odolné proti uchycení smyčky		
Nábytek odolný proti uchycení smyčky (postele, židle a další)		
Hmotnostní testování zařízení odolného proti uchycení smyčky		
Bezpečné vodovodní kohoutky a rozvody		
Bezpečné sprchové hlavice		
Bezpečné elektrické zásuvky		
Na základě individuálního posouzení rizika jsou eliminovány rizikové předměty (opasky, tkanice, sluchátka)		

Zdroj: Podle Žaludek et al., 2021

Závěr

Zjištění uvedená v publikaci potvrzují důležitost preventivního přístupu vůči dokonaným sebevraždám na lůžkových psychiatrických pracovištích. Riziko sebevražedného chování není možné zcela eliminovat, ale je možné jej efektivně řídit. Jelikož dosud schází standardizovaný postup pro hodnocení sebevražedného rizika na národní úrovni, je možné se inspirovat zahraniční praxí a zajistit bezpečné prostředí, které šanci na realizaci dokonání sebevražedného pokusu snižuje.

Publikace 5: Comparison of the Prevalence of Depression Symptoms and History of Suicidality in Students of Medical Schools and Other Study Programmes of Charles University

Citace: Žaludek, A, Fialová, A, Pokorná, K, Hudáč, P, David, J, Marx, D. Comparison of the Prevalence of Depression Symptoms and History of Suicidality in Students of Medical Schools and Other Study Programmes of Charles University. *Cent Eur J Public Health*. 2023, 31(3): 217–222. **IF=1,2/2022**.

Úvod

Publikace doplňuje kontext důležitosti hodnocení rizika sebevražděného jednání, a to ve světle výsledků prevalence symptomů středně těžké a těžké deprese a anamnézy sebevražděných pokusů mezi studenty Karlovy Univerzity.

Studenti vysokých škol představují skupinu, která je zatížena různými rizikovými faktory pro propuknutí či zhoršení duševního onemocnění, a to nejen stresem ze studia, ale například i nutností se přestěhovat od rodiny a přátel a nedostatkem financí (Pedrelli *et al.*, 2015).

Zvlášť ohroženou populací jsou studenti medicíny, přičemž rizikové faktory jsou: nedostatek spánku, dopady náročného studia, snížená fyzická aktivita a menší příležitost k sociálnímu kontaktu (Puthran *et al.*, 2016; Rotenstein *et al.*, 2016). Celosvětová prevalence depresivní poruchy mezi studenty lékařských fakult je 28,00 %, přičemž pouze 15,70 % studentů vyhledá odbornou pomoc. Úzkostné poruchy mají prevalenci 33,80 %, sebevražděné myšlenky 11,1 % (Tamtéž).

Výsledky

Ve světle vzrůstající prevalence duševních chorob celosvětově a kontextu náročného studia na lékařských fakultách byla v roce 2020 uskutečněna naše studie. Pomocí studijního informačního systému byl elektronicky distribuován dotazník s průvodním dopisem. Účast byla dobrovolná a výstupy anonymizovány. Dotazník obsahoval standardizovanou škálu hodnocení přítomnosti a závažnosti deprese a 39 doplňujících otázek, které byly zaměřeny na tíži studia, rizikové faktory a další. Jejich kompletní výčet je součástí elektronické přílohy publikované verze článku.

Pro účely článku byl zvolen ukazatel výskyt středně těžké a těžké deprese, jelikož obě tyto jednotky již často vyžadují lékařský zásah, například farmakoterapii, a deprese jako taková je spojena s rizikem sebevražděného jednání (Simon *et al.*, 2012). Limitem studie může být nízká návratnost dotazníků (21,7 %), a s ohledem na to, že zasahovala do období pandemie COVID-19 by bylo do budoucna výhodné ji zopakovat.

Testování vztahu mezi touto skupinou (MSDR – Moderate and Severe Depression Rate) a proměnnými proběhlo s využitím jednorozměrné analýzy. Navazovala analýza dat v kontingenční tabulce s chí-kvadrát testem nebo Fisherovým exaktním testem.

Spojité proměnné byly testovány s použitím Wilcoxonova testu, jelikož nebyl naplněn předpoklad normálního rozložení mezi proměnnými. Pro vícerozměrnou analýzu účinků více proměnných na výskyt středně těžké a těžké deprese byla použita logistická regrese, přičemž ukazatelem asociace kategoriálních proměnných byl zvolen poměr šancí (OR – *Odds Ratio*). Statistické testy byly spočítány na 5% hladině významnosti a výsledky jsou prezentovány s intervalem spolehlivosti 95 % (CI - Confidence Interval). Byl použit statistický program SPSS pro Windows, verze 24.

Kompletní přehled výsledků je součástí plné verze článku. Výskyt středně těžké a těžké deprese (MSDR) byl zaznamenán u 19,6 % studentů lékařských fakult, u ostatních fakult to bylo 23,4 %. Úhrnně pro celou Univerzitu Karlovu to bylo 22,4 %

Nejvyšší výskyt středně těžké a těžké deprese byl ve 4. ročníku a 6. ročníku studia. Statisticky významný ($p < 0,001$) byl rozdíl v MSDR v proporcí mužů (16,9 %) a žen (24,4 %).

Zásadním zjištěním bylo, že 542 všech studentů má v jejich historii sebevražedný pokus, 115 z nich jsou studenty lékařských fakult. Celoživotní prevalence sebevražedných pokusů je u studentů medicíny podle dat studie 5,73 % a u ostatních studentů 6,96 %. Ve srovnání s celosvětovou celoživotní prevalencí sebevražedných pokusů studentů medicíny (2,20 %) (Tsegay *et al.*, 2020) a všech vysokoškolských studentů (3,10 %) (Crispim *et al.*, 2021) je toto číslo překvapivě vysoké.

Dále byly vyhodnoceny specifické otázky dotazníku, které mají vztah k výskytu MSDR, a to jednorozměrnou analýzou faktorů asociovaných s vyšším rizikem výskytu středně těžké a těžké deprese. Všechny proměnné byly analyzovány s kontrolními proměnnými pohlaví a rok studia.

Ukazatelem byl poměr šancí (OR), přičemž faktory spojené s vyšším výskytem středně těžké a těžké deprese byly:

- „časté osobní problémy“ (OR = 14.46, 95% CI: 13.36–16.92, $p < 0,001$)
- „diagnostikovaná či pravděpodobná duševní porucha“ (OR = 8.71, 95% CI: 7.69–9.87, $p < 0,001$)
- „předchozí sebevražedný pokus“ (OR = 5.11, 95% CI: 4.25–6.14, $p < 0,001$)
- „významný dopad pandemie COVID-19 na respondenta“ (OR = 4.13, 95% CI: 3.68–4.62, $p < 0,001$).

Identifikované protektivní faktory jsou:

- „bez obtíží se vyrovnávám s neúspěchem u zkoušek a testů“ (OR = 0.22, 95% CI: 0.19–0.27, $p < 0,001$)
- „spokojenost s výběrem školy či oblastí studia“ (OR = 0.26, 95% CI: 0.22–0.30, $p < 0,001$)
- „dostatek času na zájmy a přátele“ (OR = 0.33, 95% CI: 0.29–0.37, $p < 0,001$).

Pro vícerozměrnou analýzu bylo z dotazníku vybráno 12 nezávislých prediktorů MSDR.

Nejdůležitějšími rizikovými faktory jsou:

- „časté osobní problémy“ (OR = 5,25, 95% CI = 4.41–6.28, $p < 0,001$),
- „diagnostikovaná či pravděpodobná duševní porucha“ (OR = 3,72, 95% CI: 3.22–4.31, $p < 0,001$).

Protektivní faktory jsou:

- „spokojenost s výběrem školy či oblasti studia“ (OR = 0,36, 95% CI = 0.29–0.44, $p < 0,001$)
- „dostatek času na zájmy a přátele“ (OR = 0.47, 95% CI = 0.40–0.54, $p < 0,001$)
- „bez obtíží se vyrovnávám s neúspěchem u zkoušek a testů“ (OR = 0,50, 95% CI: 0.41–0.61, $p < 0,001$)

Závěr

Data studie podporují nutnost časné detekce symptomů duševních poruch v rámci preventivního přístupu, a to včetně screeningu rizika sebevražedného jednání. Studenti lékařských fakult jsou lidé, kteří se připravují na náročné povolání, a samotné studium může být již zatěžující. Bylo by proto rovněž vhodné do studijních plánů včlenit také praktické semináře a vzdělávací aktivity zaměřené na konkrétní možnosti prevence dopadů stresu a jeho zvládnání a předcházení vzniku či prohloubení duševních obtíží, jako je deprese, úzkostné poruchy, užívání návykových látek či sebevražedné jednání.

Praktickým výstupem ze studie bylo i podpoření vzniku Kontaktního centra pro duševní zdraví studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, které dosud funguje (aktuální k datu odevzdání dizertační práce).

Souhrnná diskuse k publikacím

Předložené komentáře vydaných publikací potvrzují potřebu vytvoření standardizovaného postupu pro hodnocení rizika sebevraždy pro psychiatrická lůžková pracoviště, a dále nutnost provázání s řízením bezpečného prostředí, jeho kontinuální analýzou a práci se zjištěními v souladu s metodikou PDCA.

S ohledem na další prezentovaná fakta týkající se duševního zdraví vysokoškolských studentů i rostoucí prevalenci duševních obtíží v populaci (Winkler *et al.*, 2020) však bude potřeba v rámci preventivních přístupů do budoucna implementovat rovněž postupy pro ambulantní sektor, centra duševního zdraví i primární péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

V současné době není na národní úrovni vytvořen a zaveden standardizovaný postup pro časný záchyt jedinců v riziku sebevraždy. Prevalence duševních obtíží v populaci je vzrůstající, alarmující je zjištěná celoživotní prevalence sebevražedných pokusů mezi studenty Univerzity Karlovy (Publikace 5), což může vést k vyššímu počtu hospitalizovaných pacientů. S ohledem na současnou právní úpravu je nezbytné přistupovat k systematickému, dokumentovanému řízení rizik (Šustek *et al.*, 2016). Samotnou hospitalizací totiž riziko nemizí, naopak někdy může zůstat latentní, a proto je důležité cílit rovněž na bezpečné prostředí, které může odvrátit dokonání sebevražedného.

Systém péče o duševní zdraví prochází reformou, avšak nedostatek pracovníků přetrvává (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). To však není argumentem pro ponechání hodnocení rizika sebevraždy na intuitivní úrovni, neboť organizace je povinna řídit rizika v každém případě (Šustek *et al.*, 2016). Standardizace postupů hodnocení rizika sníží variabilitu ve výstupech čili napomůže vyhodnotit riziko na individuální úrovni, čímž lze redukovat nežádoucí plošné restriktce. Z pohledu řízení kvality a rizik je důležité začít co nejdříve, neboť doba od vytvoření standardu a jeho zavedení může být dlouhá, transformace evidence-based praxe do klinických postupů může trvat v některých případech až 17 let (Morris *et al.*, 2011).

Návrh standardizovaného procesu časně identifikace rizika sebepoškození pacientů pro psychiatrická lůžková pracoviště

Doporučení standardizovaného procesu časně identifikace rizika sebepoškození pacientů pro psychiatrická lůžková pracoviště vychází z Teoretické části plného textu dizertační práce a uvedených komentářů publikací.

Při tvorbě metodického pokynu byl respektován cyklus PDCA, se zdůrazněním potřeby fáze *check*, tedy vyhodnocování efektivity kroků i celého procesu pomocí auditní činnosti. Součástí autoreferátu je metodický pokyn uveřejněn v obecně podobě, v plném textu dizertační práce je doplněn podrobným komentářem.

Metodický pokyn, kterým se stanoví proces časně identifikace rizika sebepoškození pro lůžková psychiatrická pracoviště

Článek 1

Tento metodický pokyn upravuje zpracování procesu časně identifikace a řízení rizika sebepoškození hospitalizovaných pacientů, včetně auditní činnosti, poskytovateli lůžkové psychiatrické péče. Tento proces se týká všech skupin pacientů, začíná vstupním vyšetřením a končí propuštěním pacientů z organizace.

Článek 2

Vymezení pojmů

(1) Pro účely tohoto metodického pokynu se rozumí

a) Riziko sebepoškození – riziko sebepoškození se záměrem spáchání sebevraždy

b) Organizace – lůžkové psychiatrické pracoviště

c) Pracovníci – veškerý personál organizace, který se podílí na péči o konkrétního pacienta v riziku sebepoškození

d) Pre-screening rizika sebepoškození – proces, kterým se stanoví potřeba podrobnějšího posouzení rizika sebepoškození

e) Screening rizika sebepoškození – proces, kterým je podrobněji vyhodnoceno riziko sebepoškození

f) Evidence-Based medicine (EBM) škála – škála pro posouzení rizika sebepoškození podle principů medicíny založené na důkazech

g) Všechny skupiny pacientů – takové skupiny pacientů, u nichž lze předpokládat přítomnost v dané organizaci. Zatrnuty jsou i specifické skupiny, například pacienti nehovořící českým jazykem, děti, starší pacienti, nekomunikující, se smyslovou vadou či jinou komunikační bariérou a další

Článek 3

Pre -screening

(1) Organizace zvolí škálu pro pre-screening rizika sebepoškození, s kterou prokazatelně seznámí pracovníky zodpovědné za hodnocení rizika sebepoškození.

(2) Zvolená škála je v organizaci používána u všech skupin pacientů přijímaných k hospitalizaci, pokud to umožňuje jejich zdravotní stav. V případě, že to zdravotní stav neumožňuje, jsou důvody dokumentovány ve zdravotnické dokumentaci, včetně stanovení následného postupu.

(3) Organizace stanoví, které populace pacientů nebude vyšetřovat pre-screeningovou škálou, ale přímo podrobnější škálou hodnocení rizika sebevraždy. Vymezení takové populace pacientů vychází z analýzy rizik daného pracoviště minimálně podle metodiky věstníku MZČR 16/2015 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015).

(4) Organizace zavede postup hodnocení rizika sebepoškození u pacientů, u nichž není možné pre-screeningovou škálu použít, a prokazatelně s tímto postupem seznámí personál, který je za hodnocení rizika sebepoškození zodpovědný.

(5) Organizace stanoví postup, který bude následovat po vyhodnocení pre-screeningu v případě pozitivního i negativního výsledku, včetně stanovení intervalů pro přehodnocení.

(6) Organizace stanoví způsob dokumentace a předávání informací o výsledku pre-screeningu rizika sebepoškození mezi všemi pracovníky.

(7) Organizace stanoví způsob informování všech skupin pacientů o výsledku hodnocení pre-screeningu rizika sebepoškození, a to způsobem a jazykem, kterému pacienti rozumí, včetně předání informací osobám, které k tomu pacienti určí.

Článek 4

Screening a přehodnocení rizika sebepoškození

(1) Organizace zvolí a zavede do praxe EBM škálu pro podrobnější hodnocení (screening) rizika sebepoškození pro všechny skupiny pacientů, kteří byli pre-screeningovým nástrojem vyhodnoceni jako pozitivní, nebyli pro zjevné riziko pre-screeningem hodnoceni či provedení pre-screeningu nebylo možné.

(2) Organizace se zvolenou škálou screeningu rizika prokazatelně seznámí personál zodpovědný za hodnocení rizika sebepoškození.

(3) Organizace stanoví způsob reakce na výsledek screeningu rizika sebepoškození.

(4) Organizace stanoví způsob dokumentace a předávání informací o výsledku screeningu rizika sebepoškození všem zainteresovaným pracovníkům.

(5) Organizace stanoví, kdy, v jakém rozsahu a jakým způsobem je riziko sebepoškození přehodnoceno, a to včetně způsobu dokumentace, předávání informací mezi pracovníky a informování pacientů o důvodech tohoto přehodnocení. Riziko je přehodnoceno minimálně před propustkami, před překladem na oddělení s nižší úrovní dohledu, před propuštěním a dále kdykoliv organizace stanoví.

(6) Organizace stanoví způsob informování všech skupin pacientů o výsledku screeningu rizika sebepoškození a následných opatřeních, a to způsobem a jazykem, kterému pacienti rozumí, včetně předání informací osobám, které k tomu pacienti určí.

Článek 5

Plán péče

(1) Organizace definuje úroveň dohledu, včetně jejich náplně a frekvence kontaktu personálu s pacienty, které jsou v organizaci využívány, a dále stanoví, která úroveň

platí pro skupiny pacientů s ohledem na jejich individuální vyhodnocení rizika sebepoškození.

(2) Organizace stanoví minimální rozsah plánu péče o všechny pacienty s rizikem sebepoškození, jehož součástí je:

a) Vyhodnocení rizikových a protektivních faktorů pro sebepoškození s cílem sebevraždy

b) Zjištění individuálních potřeb pacientů

c) Stanovení náležité úrovně dohledu podle definovaných kritérií

d) Frekvence přehodnocení rizika sebepoškození

e) Léčba duševní poruchy a přidružených faktorů, například somatického onemocnění

f) Zajištění hospitalizace v bezpečném prostředí podle míry rizika sebepoškození

g) Způsob podpory protektivních faktorů

h) Způsob redukce ovlivnitelných rizikových faktorů

i) Na základě individuálního posouzení rizika případné odebrání rizikových předmětů

(3) Organizace stanoví způsob a formu dokumentace individuálního plánu pacientů.

(4) Plán péče se pravidelně vyhodnocuje a přehodnocuje v úzké spolupráci s pacienty a podle potřeby upravuje.

Článek 6

Řízení rizik v prostředí organizace

(1) Organizace zavede do praxe způsob analýzy rizik prostředí s ohledem na řízení rizik sebepoškození hospitalizovaných pacientů.

(2) Organizace stanoví, které osoby jsou za analýzu rizik v prostředí zodpovědné.

(3) Organizace stanoví harmonogram hodnocení a přehodnocování bezpečí prostředí, včetně způsobu dokumentace výsledků a způsob analýzy dat a zavádění nápravných opatření.

(4) Organizace stanoví, jakým způsobem bude analýza rizik v prostředí probíhat.

(5) Organizace definuje rozdělení oblastí podle rizikivosti.

(6) Organizace stanoví způsob řízení rizik sebepoškození v prostředí podle definovaných oblastí, minimálně však v rozsahu:

a) Izolační místnosti a při aplikaci omezovacích prostředků podle §39 zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (Ministerstvo vnitra České republiky, 2024).

b) Pokoje pacientů

c) Toalety a koupelny

d) Chodby oddělení, kde není zajištěn dohled personálem

e) Všechny další prostory, kde není zajištěn dohled personálem, a to včetně venkovních prostor organizace

Článek 7

Personální oblast

(1) Organizace stanoví způsob, rozsah a frekvenci školení zaměřeného na proces identifikace rizik sebepoškození pacientů a reakci na zjištěné riziko.

(2) Organizace stanoví způsob, rozsah a frekvenci školení zaměřeného na téma sebepoškození pacientů, včetně způsobu komunikace s pacienty v riziku, s jejich blízkými a všemi osobami, které pacienti určí (opatrovníci, důvěrníci a další).

(3) Organizace stanoví způsob vyhodnocování efektivity uvedených školení a způsob reakce na případné neshody.

Článek 8

Auditní činnost

(1) Organizace stanoví složení týmu zodpovědného za kontrolu procesů

a) identifikace rizik sebepoškození

b) řízení rizik v prostředí

c) činnosti personálu

d) auditní činnost

včetně určení vedoucího týmu. Pro malá pracoviště je možné provádění v jedné zodpovědné osobě.

(2) Vedoucí týmu ve spolupráci s ostatními členy definuje měřitelné parametry (indikátory) plnění uvedených procesů.

(3) Organizace stanoví harmonogram vnitřních auditů procesů, způsob sběru dat, analýzu výsledků a způsob dokumentace.

(4) Organizace s výsledky vhodnou formou seznamuje personál, pacienty i jejich blízké. Organizace stanoví způsob vyhodnocení efektivity zvoleného způsobu komunikace výsledků a v případě potřeby reaguje změnou přístupu.

Závěry

Sebevražedné jednání je závažná událost s nesmírně závažnými dopady jak na jednotlivce, tak na blízké osoby. Pokud se odehrává v kontextu hospitalizace, tak obvykle velmi silně negativně zasahuje i personál. Uvážíme-li, že od hospitalizace na psychiatrickém pracovišti se očekává úleva od symptomů a utrpení, lze usuzovat na to, že dokonáný sebevražedný pokus může přispět k nedůvěře vůči oboru a jeho další stigmatizaci oboru. To spolu se vzrůstající prevalencí duševních onemocnění v populaci i současnou právní situací v České republice podporuje potřebu vytvoření standardizovaného postupu časně detekce osob v riziku sebevraždy jak v populaci, tak v lůžkových psychiatrických zařízeních.

Na potřebu prevence sebevražedného jednání upozorňuje i Národní akční plán prevence sebevražd i strategické dokumenty Reformy psychiatrické péče. Ani to však do současnosti nevedlo k vytvoření jednotné metodiky na národní úrovni, která by daný proces upravovala.

V rámci výstupů této dizertační práce bylo prokázáno, že v České republice není zaveden standardizovaný proces časně detekce rizik sebepoškození pacientů hospitalizovaných na psychiatrických lůžkových pracovištích. Dále bylo upozorněno i na nedostatečně zabezpečené prostředí. Není-li identifikace osob v riziku dostatečně přesná, a to přesto, že patří mezi kompetence psychiatrů, je potřeba cílit na bezpečí prostředí o to důrazněji.

Zásadním předpokladem pro zvyšování kvality a bezpečí je jednak standardizace, která předejde variabilitě ve výsledcích, a zároveň neustálá kontrolní činnost, jež umožňuje zjišťovat efektivitu zavedených opatření. Data prezentovaná v publikacích jednoznačně podporují potřebu řízení rizik sebepoškození hospitalizovaných pacientů na psychiatrických pracovištích systematickým, standardizovaným způsobem.

Přítom standardizovaný postup brání z principu plošným restrikcím – umožňuje u každého klienta provést individuální posouzení rizik a potřeb péče, a preventivní opatření ordinovat na míru. Předkládaná dizertační práce metodiku takového postupu v komentovaném znění předkládá, a to v souladu s mezinárodními nálezy a obecnými principy řízení kvality a bezpečí ve zdravotnictví.

Jednou z nejčastějších kořenových příčin sebevraždy hospitalizovaných klientů je nedostatečně bezpečné prostředí, v rámci doktorského studia byla publikována doporučení bezpečné praxe i možnosti hodnocení ve formě kontrolního listu. Dále je mezi kořenovými příčinami citováno hodnocení rizika, předávání informací a činnosti personálu, přičemž všechny tyto oblasti byly reflektovány v metodickém pokynu. V rámci metodiky PDCA při kontinuálním zvyšování kvality nelze opomenout práci s daty a vyhodnocování efektivity implementovaných opatření, a z toho důvodu byla zavedena i auditní činnost a školení personálu.

Uvedený metodický pokyn je v případě implementace potřeba upravit ve smyslu konkrétní analýzy daného pracoviště podle metodiky. Tento navrhovaný proces si neklade za cíl určit konkrétní nástroje pro hodnocení rizik sebepoškození či bezpečného prostředí, v plném textu dizertační práce jsou však uvedeny různé konkrétní možnosti, které je možné využít či se jimi nechat inspirovat.

Výsledky dizertační práce upozorňují rovněž na alarmující situaci v oblasti duševního zdraví dětí, kde byl předložen praktický screeningový nástroj ASQ, který je možné využít pro rychlou identifikaci osob v riziku sebevraždy, a není nutné, aby jej využíval pedopsychiatr. To je v současném systému, kdy specialisté v této oblasti schází, zásadní.

Alarmujícím zjištěním byla data týkající se výskytu příznaků středně těžké a těžké deprese a anamnézy sebevražedných pokusů studentů Univerzity Karlovy. Při porovnání se zahraničními nálezy jsou studenti této univerzity ohroženější skupinou.

Seznam obrázků a tabulek

Obrázek 1 Kořenové příčiny záměrného sebepoškození pacientů 1996-2003	7
Obrázek 2 Mechanismy sebevražedných pokusů na českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích	13
Tabulka 1 Nástroj ASQ	12
Tabulka 2 Úroveň prostředí psychiatrických lůžkových pracovišť.....	14
Tabulka 3 Návrh minimálního obsahu kontrolního listu pro bezpečí prostředí psychiatrických pracovišť.....	15

Seznam použité literatury

Briner, M. et al. (2013) Clinical risk management in mental health: a qualitative study of main risks and related organizational management practices. *BMC Health Serv Res.* 13: 44.

CAMH (2015) *Suicide Prevention and Assessment Handbook*. Toronto : CAMH Publications. ISBN 978-1-77052-859-8.

Combs, H. et al. (2007) Psychiatric inpatient suicide: a literature review. *Prim Psychiatry.* 14: 67–74.

Crispim, MO. et al. (2021) Prevalence of suicidal behavior in young university students: a systematic review with meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 29: e3495.

Český statistický úřad (2023) Sebevraždy. [Online] [Citace: 30. 9 2023.] Dostupné z:

Horowitz, LM. et al. (2020) Validation and Feasibility of the ASQ Among Pediatric Medical and Surgical Inpatients. *Hosp Pediatr.* 10(9): 750-757.

Chung, DT. et al. (2019) Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open.* 9(3): e023883.

International Academy of Law and Mental Health (2017) Program book - XXXVth International Congress on Law and Mental Health. [Online] [Citace: 20. 11 2023.] Dostupné z: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/c394b424-d915-4ee7-9aba-21b85ee2779c/downloads/Prague%20AB.pdf?ver=1701047802932>.

Kasal, A. et al. (2019) Situation Analysis of Suicide Prevention in the Czech Republic: A background document for the National Plan for Suicide Prevention 2020-2030. doi: 10.13140/RG.2.2.33479.65441.

Koutek, J. (2008) Suicidalita u adolescentů - rizikové faktory a prevence. *Pediatric pro praxi.* 5: 302-304.

Lachman, P. et al. (2022) *Oxford Professional Practice: Handbook of Patient Safety*. Oxford : Oxford Academic. ISBN978-0-19-284687-7.

Lighter, DE. et al. (2008) *Quality Management in Health Care: Principles and Methods: Principles and Methods*. Burlington : Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-0763732189.

Marx, D. et al. (2023) *Akreditační standardy pro nemocnice*. Opava : H&B Tisk. ISBN 978-80-905886-1-5.

McMurray, K. (2022) *Behavioral Health Design Guide*. [Online] [Citace: 23. 9 2023.] Dostupné z: https://www.bhfcllc.com/_files/ugd/90e0a5_c067af6756a84f12964a5a406b698717.pdf.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2015) Věstník 16/2015. [Online] [Citace: 30. 12. 2023.] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/7644/24682/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ_16_2015.pdf

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2019) Reforma psychiatrie. [Online] [Citace: 20. 10. 2023.] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-07/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-prevence-sebevra%C5%BEd-2020-2030.pdf>

Morris, ZS. et al. (2011) The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 104(2): 510–520.

Národní ústav duševního zdraví (2023) Národní monitoring duševního zdraví dětí. [Online] [Citace: 1. 12. 2023.] Dostupné z: https://www.nudz.cz/fileadmin/user_upload/Tiskove_zpravy/TZ-Narodni_monitoring_dusevniho_zdravi_deti-40_vykazuje_znamky_stredni_az_tezke_deprese_30_uzkosti._Odbornici_pri_pravuji_preventivni_opatreni.pdf

Pěč, O. (2019) Mental health reforms in the Czech Republic. *BJPsych Int*. 16(1): 4-6.

Pedrelli, P. et al. (2015) College students: mental health problems and treatment considerations. *Acad Psychiatry*. 39(5): 503-511.

Perlman, CM. et al. (2011) *Suicide Risk Assessment Inventory*. Toronto : Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute. ISBN 978-0-88621-335-0.

Puthran, R. et al. (2016) Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ*. 50(4): 456-468.

Rotenstein, LS. et al. (2016) Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 316(21): 2214-2236.

Ryan, EP. et al. (2020) *Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities*. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 18(2): 89-99.

Simon, RI. et al. (2012) *Textbook of Suicide Assessment and Management*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing a Division of American Psychiatric Association. ISBN 978-1-58562-414-0.

Šustek, P. et al. (2016) *Zdravotnické právo*. Praha : Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-321-1.

The Joint Commission (2005) Reducing the Risk of Suicide. Oakbrook Terrace : Joint Commission Resources. ISBN 0-86688-918-3.

The Joint Commission (2022) Preventing Patient Suicide. Oak Brook Terrace : Joint Commission Resources Oak Brook. ISBN 978-1-63585-268-4.

The Joint Commission (2023) Comprehensive Accreditation Manual for Behavioral Health Care and Human Services. Oakbrook Terrace : Joint Commission Resources.

ISBN 978-1635852813.

Tsegay, L. et al. (2020) The global prevalence of suicidal attempt among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Q.* 91(4): 1089-1101.

Walsh, G. et al. (2015) Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand.* 131: 174–84.

Winkler, P. et al. (2020) Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences.* 29: e173.

Williams, SC. et al. (2018) Incidence and method of suicide in hospitals in the United States. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 44: 643–650.

World Health Organization (2012) QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva : World Health Organization. ISBN 978 92 4 154841 0.

World Health Organization (2021) Suicide. [Online] [Citace: 30. 9 2023.] Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

Žaludek, A. (2018) Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů. *Psychiatrie pro praxi.* 19(e1): e3-e11.

Žaludek, A. (2020) Management kvality a rizik psychiatrické péče. Praha : Grada. ISBN 978-80-271-2275-2.

Žaludek, A. et al. (2021) Safe environment management in acute psychiatric wards in the Czech Republic, foundation for recommendations for preventive practice. *Central European Journal of Public Health.* 29(3): 217-222.

Žaludek, A. et al. (2023) Comparison of the Prevalence of Depression Symptoms and History of Suicidality in Students of Medical Schools and Other Study Programmes of Charles University. *Cent Eur J Public Health.* 31(3): 217–222.

Publikační přehled doktoranda

Původní články s impakt faktorem (IF)

Žaludek, A, David, J, Kajzar, J, Marx, D. Safe Environment Management in Acute Psychiatric Wards in the Czech Republic, Foundation for Recommendations for Preventive Practice. *Cent Eur J Public Health*. 2021; 29 (3): 217–222. **IF= 1.154/2021.**

Žaludek, A, Fialová, A, Pokorná, K, Hudáč, P, David, J, Marx, D. Comparison of the Prevalence of Depression Symptoms and History of Suicidality in Students of Medical Schools and Other Study Programmes of Charles University. *Cent Eur J Public Health*. 2023, 31(3): 217–222. **IF=1,2/2022.**

Původní články bez impakt faktoru

Žaludek, A. Indikátory kvality péče a jejich uplatnění v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 2016, 17(3e): e3-e10.

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.

Žaludek, A, Marx, D. Řízení kvality v psychiatrických zařízeních a jeho přínos pro naplňování strategie zdravotnické organizace. *Psychiatrie pro praxi*. 2017, 18(3e): e9-e14.

Žaludek, A. Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních. *Psychiatrie pro praxi*. 2018, 19(2): 69-75.

Žaludek, A. Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů. *Psychiatrie pro praxi*. 2018, 19(e1): e3-e11.

Žaludek, A, David, J, Marx, D. Časná identifikace sebevražedného chování u dětí a spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem. *Pediatric pro praxi*. 2020, 21(4):320-322.

Žaludek, A. Vybrané poznámky k psychofarmakoterapii dětského a dorostového věku. *Česko-slovenská pediatrie*. 2022, 77(1): 9-11.

Monografie

Žaludek, A. Management kvality a rizik psychiatrické péče. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2275-2.

Přednášky a konference

Žaludek, A. Inpatient suicide in the Czech Republic: The Current State. XXXVth International Congress on Law and Mental Health. Praha 9.-14. července 2017.

Žaludek, A. Inpatient suicide in the Czech Republic: Current state and preventive approach. 6th Young Psychiatrists Network Meeting. Praha 28-30. září 2017.

Žaludek, A. Dopady pandemie Covid-19 do psychosociální sféry. XII. výroční odborná konference Spojené akreditační komise ve spolupráci s Českou asociací sester a Českou společností biomedicínského inženýrství a lékařské informatiky. „Kvalita a bezpečí zdravotní péče: Týmová práce – prevence rizik ve zdravotnictví“. Praha 13. 9. 2021.

Postery

Rodriguez, A, Valli, C, Martinez-Nicolas, I, Nunes, AB, Edmond, Y, Žaludek, A. Developing and piloting a self-evaluation process strategy of patient safety practices in perioperative care: SAFEST project. Euroanaesthesia 2023, The European Anaesthesiology Congress 3.-5. července 2023. Abstract in: *EJA European journal of Anaesthesiology*. 40(e61), 432.

Martinez-Nicolas, I, Rodriguez, A, Silva, J, Bartakke, A, Žaludek, A. European Perioperative Patient Safety Standard Practices: Preliminary Results of a Systematic Review of Clinical Practices Guidelines from the SAFEST project. Euroanaesthesia 2023, The European Anaesthesiology Congress 3.-5. července 2023. Abstract in: *EJA European journal of Anaesthesiology*. 40(e61), 432.

Martinez-Nicolas, I, Rodriguez, Otero, YS, Bartakke, A, Nunes, AB, Leite, A, Žaludek, A, Valli, C, Teixeira, JP, Romero, E. Perioperative Patient Safety Practices in Europe: preliminary Results from a Delphi within the SAFEST Project. ISQua's 39th International Conference, Seoul, 27-30. srpna 2023.

Sunol, R, Valli, C, Rodriguez, A, Baneras, J, del Mar Fernandez, M, Casaca, P, Arnal, D, Carlsbeek, H, Polluste, K, Žaludek, A. Guided Self-Evaluation of Safety Standards for Perioperative Care in 10 Hospitals Across Europe: SAFEST Project. ISQua's 39th International Conference, Seoul, 27-30. srpna 2023.

Další vzdělávací činnost

Výuka studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, předmět Veřejné zdravotnictví (řízení kvality a rizik ve zdravotnictví, zdravotnické systémy, indikátory zdravotnických systémů).

Dřívější spolupráce při výuce na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy (Předměty Veřejné zdravotnictví a Vybrané kapitoly z klinických oborů lékařských věd), Právnické fakulty Univerzity Karlovy (v rámci LL.M. kurzu předmět Etika v psychiatrii).

Člen odborné konzultační skupiny Národního akčního plánu prevence sebevražd.