

Univerzita Karlova
3. lékařská fakulta

Dizertační práce

Praha, 2024

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

Univerzita Karlova
3. lékařská fakulta

Dizertační práce

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

*Standardization of early identification of risks of self-harm as a risk reduction
tool in psychiatric inpatients*

Školitel: MUDr. David Marx, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 11. února 2024

Adam Žaludek

Identifikační záznam:

ŽALUDEK, Adam. *Standardizace časné identifikace rizik sebepoškození jako nástroj snížení rizik u pacientů hospitalizovaných na psychiatrických pracovištích. [Standardization of early identification of risks of self-harm as a risk reduction tool in psychiatric inpatients]*. Praha, 2024. 108 stran, 5 příloh. Dizertační práce. Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta, Kabinet veřejného zdravotnictví 3. LF UK. Školitel: MUDr. David Marx, Ph.D.

Klíčová slova: *Standardizace, řízení rizik, sebepoškození, sebevražda*

Key words: *Standardization, risk management, self-harm, suicide*

Obsah

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
1.1 Standardizace v kontextu řízení kvality a rizik ve zdravotnictví.....	9
1.2 Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů z pohledu řízení rizik.....	16
1.2.1 Epidemiologie sebevražedného jednání a sebepoškozování	17
1.2.1.1 Obecná populace	17
1.2.1.2 Prostředí psychiatrických pracovišť	18
1.2.2 Rizikové a protektivní faktory	20
1.2.3 Bezpečné prostředí a jeho řízení	23
1.2.3.1 Obecná východiska pro řízení bezpečného prostředí	23
1.2.3.2 Vybavení pro bezpečné prostředí	24
1.2.3.3 Úrovně dohledu.....	26
1.2.3.4 Hodnocení rizik v prostředí	28
1.2.4 Hodnocení rizika sebepoškození s cílem sebevraždy	31
1.2.4.1 Klinické vyšetření	31
1.2.4.2 Screening sebevražedného jednání	33
1.2.4.3 Škály pro hodnocení rizika sebepoškození	35
1.2.4.4 Přehodnocování rizika	41
1.3 Současný přístup k hodnocení rizika sebepoškození na českých psychiatrických pracovištích.....	42
1.4 Diskuse k teoretické části práce.....	46
2 CÍLE DIZERTAČNÍ PRÁCE.....	47
3 METODIKA	47
4 PUBLIKACE	48
4.1 Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních	48
4.1.1 Úvod k publikaci.....	48

4.1.2	Výsledky	49
4.1.3	Diskuse k publikaci.....	54
4.1.4	Závěr	55
4.2	Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů.....	56
4.2.1	Úvod k publikaci.....	56
4.2.2	Doporučení do praxe.....	58
4.2.3	Diskuse k publikaci.....	60
4.2.4	Závěr	60
4.3	Časná identifikace sebevražedného chování u dětí a spolupráce mezi pediatrem a psychiatrem	61
4.3.1	Úvod k publikaci.....	61
4.3.2	Důsledky pro praxi.....	62
4.3.3	Diskuse k publikaci.....	63
4.3.4	Závěr	64
4.4	Safe Environment Management in Acute Psychiatric Wards in the Czech Republic, Foundation for Recommendations for Preventive Practice	64
4.4.1	Úvod k publikaci.....	64
4.4.2	Výsledky	65
4.4.3	Diskuse k publikaci.....	67
4.4.4	Závěr	68
4.5	Comparison of the Prevalence of Depression Symptoms and History of Suicidality in Students of Medical Schools and Other Study Programmes of Charles University....	68
4.5.1	Úvod k publikaci.....	68
4.5.2	Výsledky	70
4.5.3	Diskuse k publikaci.....	73
4.5.4	Závěr	73
4.6	Souhrnná diskuse k publikacím	74

5 NÁVRH STANDARDIZOVANÉHO PROCESU ČASNÉ IDENTIFIKACE RIZIKA SEBEPOŠKOZENÍ PACIENTŮ PRO PSYCHIATRICKÁ LŮŽKOVÁ PRACOVÍŠTĚ	75
ZÁVĚRY.....	86
SOUHRN	88
SUMMARY	89
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	90
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	92
SEZNAM TABULEK	93
SEZNAM PUBLIKACÍ, PŘEDNÁŠEK A POSTERŮ AUTORA	94
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	97
PŘÍLOHY	108

Úvod

V současné značně turbulentní době se populace potýká s mnoha stresory, které významným způsobem ovlivňují jak fyzické, tak duševní zdraví obyvatelstva. Zdaleka ne všechny psychické obtíže jsou spojeny s rizikem realizace sebepoškození či sebevražedného jednání, avšak pokud k takovým činům dojde, mívají tyto události jak na dotyčnou osobu, tak její blízké i vzdálenější okolí velký dopad.

V České republice probíhá reforma psychiatrické péče, jejímž cílem je umožnit, aby maximum služeb pacientům – klientům¹– bylo poskytováno v jejich přirozeném prostředí. Velká část této péče však nadále probíhá v psychiatrických nemocnicích a lůžkových pracovištích, k čemuž přispívá i vzrůstající prevalence duševních onemocnění v populaci. Tato psychiatrická zařízení jsou často technicky nevyhovující, srovnáme-li je například s obdobnými pracovišti Evropy (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

Riziko realizace sebevraždy bývá jedním z důvodů, proč dochází k hospitalizaci na psychiatrickém pracovišti. Hodnocení tohoto rizika, jeho přehodnocení a následné reakce však dosud v České republice nejsou sjednoceny, což spolu s nedostatečně zabezpečeným prostředím představuje z hlediska managementu kvality a rizik významné téma. To je ještě umocněno současnou právní úpravou trestní odpovědnosti právnických osob, a to podle zákona č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon se psychiatrických lůžkových pracovišť týká (Šustek *et al*, 2016).

Cílem této dizertační práce je popsat současný stav hodnocení rizika sebepoškození hospitalizovaných pacientů a důležitost tohoto procesu z hlediska prevence dokonaných sebevražd. Výstupem je návrh standardizovaného procesu časně identifikace rizik sebepoškození se záměrem sebevraždy hospitalizovaných pacientů, který by byl možný zavést v podmínkách České republiky. Standardizovaný proces může přispět k prevenci dokonaných sebevražd na lůžkových psychiatrických pracovištích.

¹ V práci autor používá dvojí označení – klient a pacient. Označení „Klient“ se v oblasti péče o duševní zdraví používá stále častěji, jelikož zdůrazňuje potřebu participace mezi konzumenty péče a jejími poskytovateli (Herzberg, 1990; Kolář *et al.*, 2022). Je-li v textu použito slovo „klient“, je tím myšleno „pacient lůžkového psychiatrického zařízení“. Pojem „pacient“ je respektován v rámci terminologie řízení kvality a bezpečí.

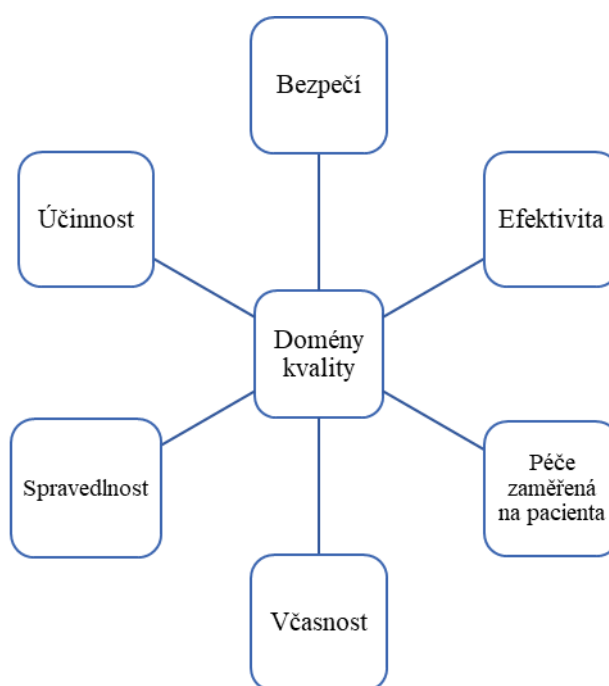
1 Teoretická východiska

1.1 Standardizace v kontextu řízení kvality a rizik ve zdravotnictví

Kvalitu ve zdravotnictví lze dle Avedise Donabediana definovat jako míru pravděpodobnosti, s níž se dostavují žádoucí výsledky (výstupy) (Donabedian, 1980). Kvalita má pak několik domén (Obrázek 1), přičemž bezpečí pacientů a jejich zkušenost jsou považovány za velmi důležité oblasti (Lachman *et al.*, 2022).

Ostatními doménami jsou včasnost, účinnost, efektivita, péče zaměřená na pacienta (zejména individuální plán, kontinuita a dostupnost) a spravedlnost (Atkinson *et al.*, 2010).

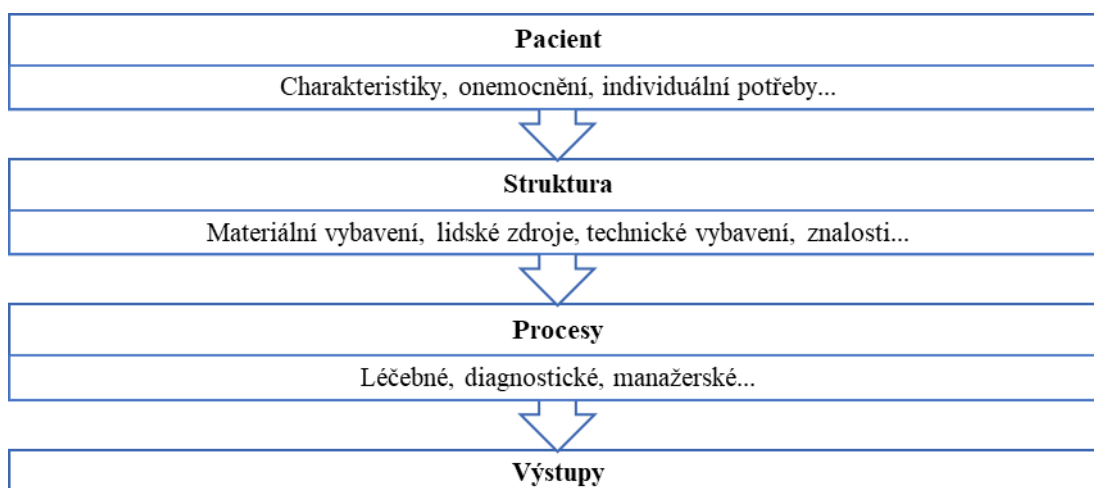
Obrázek 1 Domény kvality ve zdravotnictví



Zdroj: Podle Donabedian, 1980 Lachman *et al.*, 2022

Zdravotní služby a péče se odehrávají v oblastech struktury (například prostředí nemocnice, materiální, technické a personální vybavení), procesů (to, co se v organizaci odehrává) a v návaznosti na individuální jedinečnost každého pacienta se dostavují výstupy. Žádané výstupy nelze očekávat bez řízení procesů a struktury (někdy rovněž vstupů) (Donabedian, 1988), přičemž standardizace přináší předvídatelnost těchto výstupů (Obrázek 2).

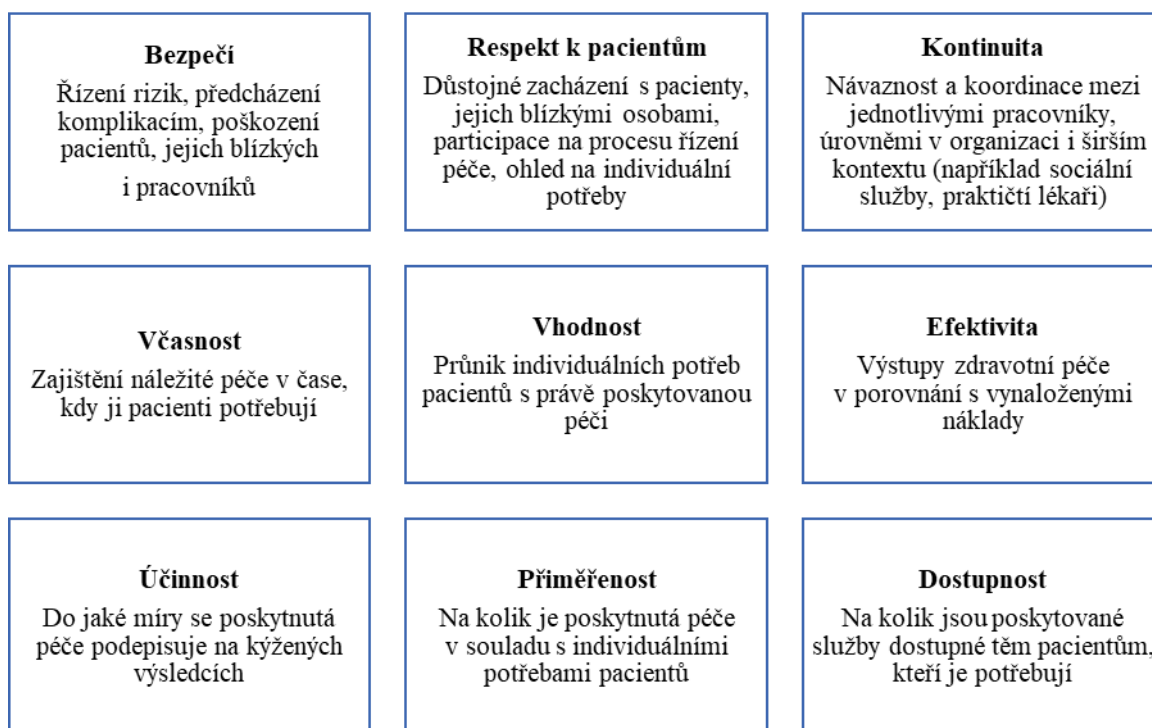
Obrázek 2 Donabedianův model péče ve zdravotnictví



Zdroj: Podle Donabedian, 1988

Avedis Donabedian v návaznosti na svoji definici kvality zdravotních služeb vymezil celkem devět dimenzí (Obrázek 3) a zdůraznil potřebu měřitelnosti, k čemuž je možné využít například indikátorů kvality (*QI – quality indicator*, někdy rovněž *QM – quality measures*), které lze rozdělit na ukazatele struktury, procesu a výstupu (Donabedian, 1980). Dalšími možnostmi bývá měření spokojenosti pacientů a podobně (Lighter *et al*, 2008).

Obrázek 3 Donabedianovy dimenze kvality



Zdroj: Podle Donabedian, 1980

Indikátor kvality má vypovídající schopnost o úrovni naplnění ideálního stavu. Vyjadřuje se jako číslo či procento (Jazieh, 2020), přičemž je důležité, aby ve všech dimenzích dosahovala změřená úroveň kvality dostatečné hodnoty (Donabedian, 1980). K tomu lze využít například metody vyvážených ukazatelů (*BSC – Balanced Scorecard*) (Betto *et al.*, 2022). BSC i měření kvality pomocí indikátorů nachází uplatnění i v psychiatrii (Žaludek, 2016; 2017; 2020).

Standardizace je založena na přesném vymezení procesu a popsání kroků včetně určení struktury (vstupů, zdrojů) a cíle. Může se jednat o globální standardizaci (například národní doporučený postup), nebo lokální, platné a závazné pro dané pracoviště (Lachman *et al.*, 2022). Standardizace snižuje variabilitu výstupů z jednotlivých procesů a umožňuje tak předcházet nepředvídaným a nežádoucím událostem, řídit výskyt a dopad rizik (Lighter *et al.*, 2008).

Standardizované procesy se v organizacích obecně popisují ve vnitřních předpisech a stávají se tak pro zaměstnance závaznými, což podrobně definuje zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce ve znění pozdějších předpisů, zejména podle novelizace, jíž je zákon č. 281/2023 Sb., kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony (Ministerstvo vnitra České republiky, 2024). Vnitřní předpisy tedy poskytují pracovníkům jasné instrukce, jak daný proces v zařízení bude probíhat, a tvoří podklady pro akreditační šetření (Marx *et al.*, 2023; The Joint Commission, 2023).

Řízení rizik má blízký vztah k bezpečí pacientů a zdravotních služeb (Wachter, 2012; Bates, *et al.*, 2023) – čili ke kvalitě jako takové, jelikož se jedná o důležitou doménu či dimenzi. Riziko v tomto kontextu lze definovat jako pravděpodobnost, že se dostaví nežádoucí dopad (výstup) na pacienty, jejich blízké, zdravotníky, zaměstnance či organizaci (Pascarella *et al.*, 2021).

Dopady rizika jsou pak nežádoucími událostmi (v angličtině *adverse events*), což jsou situace, při nichž došlo či mohlo dojít k poškození pacientů, dalo se jim zabránit, a následné zhoršení stavu není vyvoláno zdravotním stavem nemocných (Lachman *et al.*, 2022).

Zvláště závažné události, které jsou spojeny se smrtí, trvalým poškozením nebo závažným zhoršením zdravotního stavu, jsou v zahraniční literatuře označovány jako *sentinel events* (výstražné události) (The Joint Commission, 2005; 2023). Z tohoto pohledu patří sebevraždy na zdravotnických pracovištích do skupiny výstražných událostí, sebepoškození podle závažnosti mezi události nežádoucí či výstražné.

Zdravotnictví lze označit za oblast lidské činnosti, která je s riziky spojena. Často uváděná Harvardská studie (Brennan *et al.*, 1991), která byla publikována již v roce 1991, zmiňuje, že ve zdravotnictví je prevalence nežádoucích událostí 3,7 na 100 hospitalizovaných pacientů, přičemž 16 % těchto událostí vedlo ke smrti pacientů a 28 % bylo způsobeno nedbalostí (Bates *et al.*, 2023). Tato studie však opomíjela pacienty, kteří byli hospitalizováni pro duševní onemocnění (Marcus *et al.*, 2021). Obecně je celosvětová prevalence nežádoucích událostí v nemocničním prostředí kolem 10 %, přičemž minimálně polovina je preventabilních (de Vries *et al.*, 2008).

Recentní výzkum zjistil, že nežádoucí události se vyskytly u 14,5 % hospitalizací na psychiatrických odděleních a lékařské pochybení u 9,0 %, přičemž s délkou hospitalizace, přijetím o víkendu či se vzrůstajícím věkem klientů se zvyšovala pravděpodobnost, že k takovým incidentům dojde (Vermeulen *et al.*, 2018).

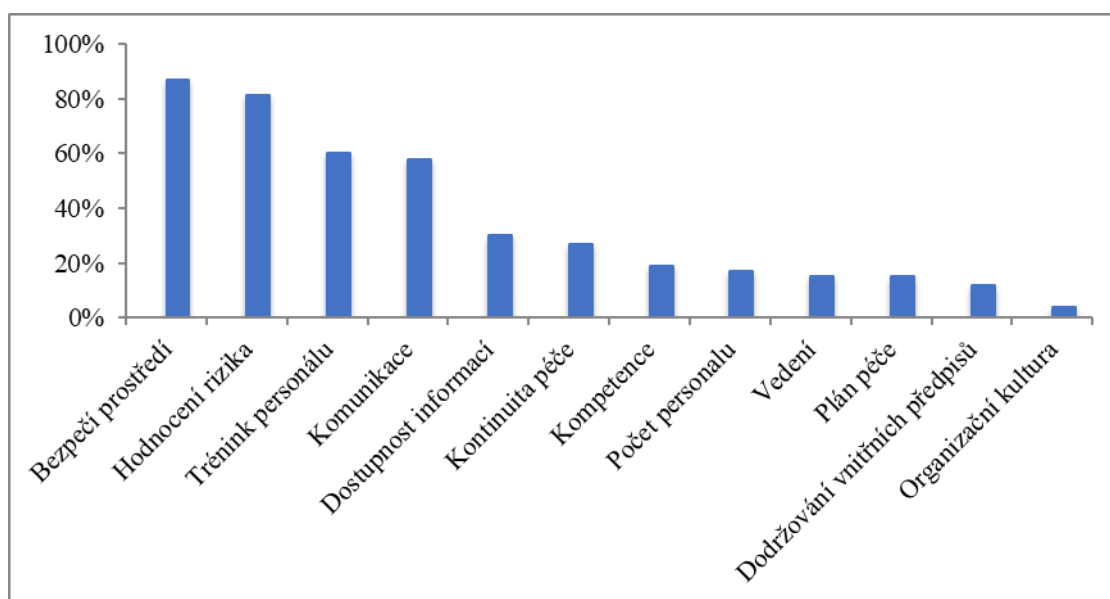
Při rozkrývání důvodů, proč došlo k výstražné či nežádoucí události, se využívá mnoho analytických nástrojů, které umožňují zjistit příčiny, následně na ně reagovat a zacílit nápravná a preventivní opatření (Lighter *et al.*, 2008). Jedním z těchto nástrojů je i kořenová analýza (*root cause analysis, RCA*), kterou pro využití ve zdravotnictví pro rozbor nežádoucích událostí doporučuje rovněž Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2023).

Kořenová analýza je reaktivní nástroj, který umožňuje odhalení primárních příčin nežádoucích a výstražných událostí (Lighter *et al.*, 2008). Jeho cílem není nalezení viníka. Naopak, nesankční přístup je zásadní. Zjištěné kořenové příčiny poskytují strategickou příležitost pro zvýšení kvality a bezpečí. Jejich pojmenování následně umožňuje cílenou implementaci nápravných opatření (Lachman *et al.*, 2022).

Kořenovou analýzu je možné využít i v oblasti psychiatrie pro analýzu sebevražedných pokusů i jiných událostí (Žaludek, 2017; 2020). Zahraniční akreditační manuály pro psychiatrické nemocnice v takových případech dokonce považují za obligatorní, aby po podobné výstražné události kořenová analýza proběhla a s výsledky se prokazatelně dále pracovalo pro zvýšení bezpečí pacientů (The Joint Commission, 2023).

Při analýze kořenových příčin sebevražd v nemocnicích (Obrázek 4) lze identifikovat následující oblasti (The Joint Commission, 2005):

Obrázek 4 Kořenové příčiny záměrného sebepoškození 1996–2003



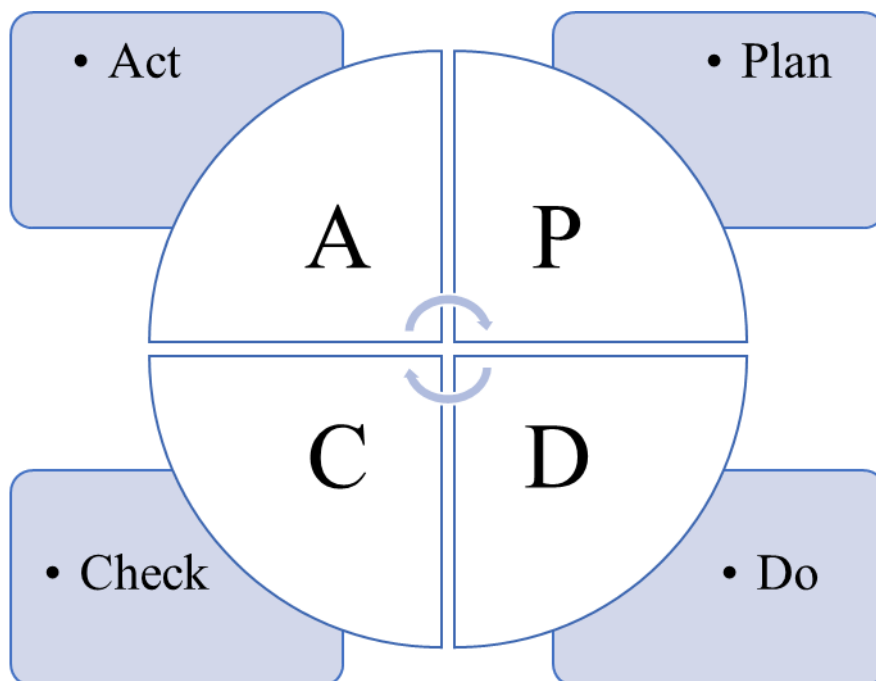
Zdroj: Upraveno podle The Joint Commission, 2005

Součet procentuálního zastoupení uvedených kořenových příčin převyšuje 100 %, jelikož na každé nežádoucí události se podepisuje více faktorů (Lighter *et al.*, 2008). Bezpečí prostředí bylo u 87 % dokonaných pokusů uváděno jako primární kořenová příčina, nedostatečné vyhodnocení rizika v 83 %, trénink personálu v 60 % (56 % nedostatečný dohled nad pacienty), komunikační selhání ve 47 %, dostupnost informací o riziku pacienta ve 30 % (The Joint Commission, 2005).

S ohledem na to, že zdravotnická pracoviště mají limitované zdroje, doporučuje se pro řízení rizik provést prioritizaci oblastí pro zlepšení, například pomocí matice rizik, Paretova pravidla, rizikového čísla a dalších nástrojů (Šupšáková, 2017; Žaludek, 2020). Podrobnosti týkající se metodiky RCA a nástrojů prioritizace převyšují rozsah a účel diplomové práce.

Jedním ze základních modelů, které se používají jak v řízení kvality, tak při řízení rizik, je cyklus PDCA (*plan-do-check-act*, někdy rovněž PDSA *plan-do-study-act*) (Lachman *et al.*, 2022). Cyklus je znázorněn na Obrázku 5.

Obrázek 5 Cyklus PDCA



Zdroj: Podle Lachman *et al.*, 2022

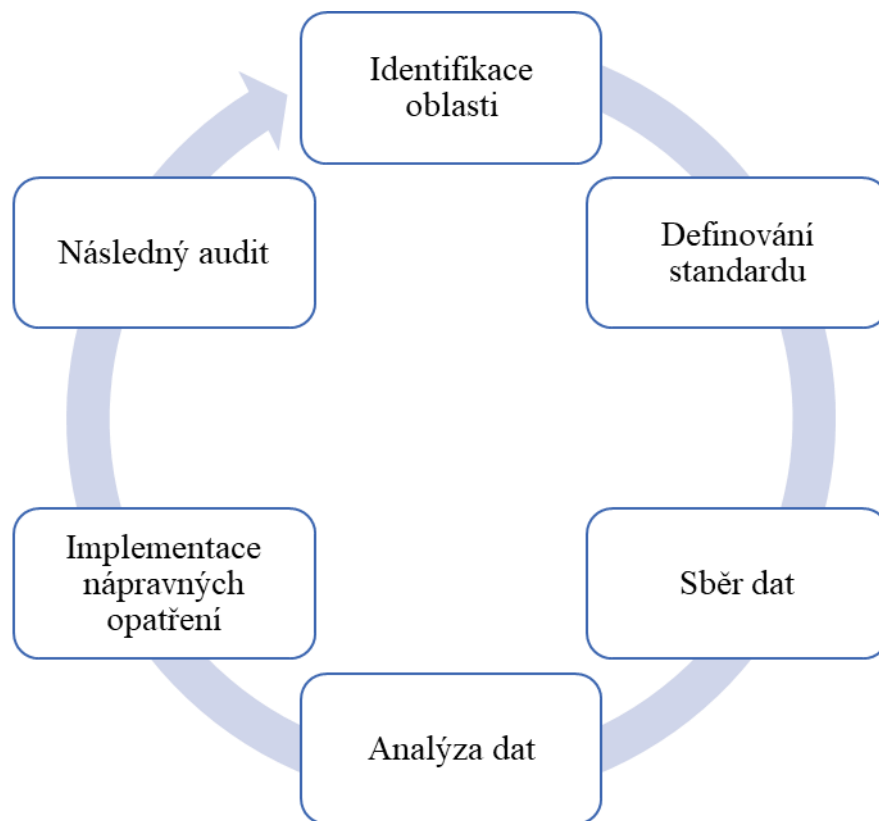
Jeho principem je výběr procesu, který se má zlepšit. Ve fázi plánování (*plan*) se vychází z pečlivé analýzy současného stavu (například pomocí kořenové analýzy) a popíše se, jak bude upravený proces vypadat. Následně je tento proces zaveden do praxe (fáze *do*), přičemž následuje další analýza a měření efektivity nového procesu (*check*), a to zejména pomocí již zmíněných indikátorů. Pokud proces přináší kýžené výsledky, dochází k jeho ukotvení, například formou vnitřního předpisu (*act*). Pokud se výsledky odchylují od záměru, následuje další analýza a upravení procesu (Taylor *et al.*, 2014).

Při implementaci nových či upravených procesů je úvodní analýza zásadní, avšak neméně důležité je již před samotným zavedením nového postupu stanovit jednotlivé dílčí kroky a ukazatele (indikátory), pomocí kterých bude stanoveno, zda je proces naplňován a je efektivní. Na výběr ukazatelů, které pomohou změřit efektivitu upraveného procesu, je nutné myslet již ve fázi plánování (Lachman *et al.*, 2022).

K procesu implementace standardizovaných procesů přispívá rovněž klima organizační kultury, které by mělo být nesankční, a tedy případné odchylky a chyby by se neměly používat jako argument k potrestání či ostrakizaci pracovníků, ale jako zdroj informací a příležitost ke zlepšení (Mannion *et al.*, 2018). K tomu zásadně přispívá úroveň a styl komunikace v organizaci (Wachter, 2012).

Nedílnou součástí zvyšování kvality a řízení rizik je auditní činnost (Lachman *et al.*, 2022). Cílem auditu je zhodnotit míru shody mezi bezpečnou a kvalitní standardizovanou praxí a realitou, což je nezbytné zejména pro odhalení příležitostí pro zlepšení (Limb *et al.*, 2017). Jednotlivé kroky auditu jsou následující (Obrázek 6).

Obrázek 6 Kroky auditu



Zdroj: Podle Limb, *et al.*, 2017

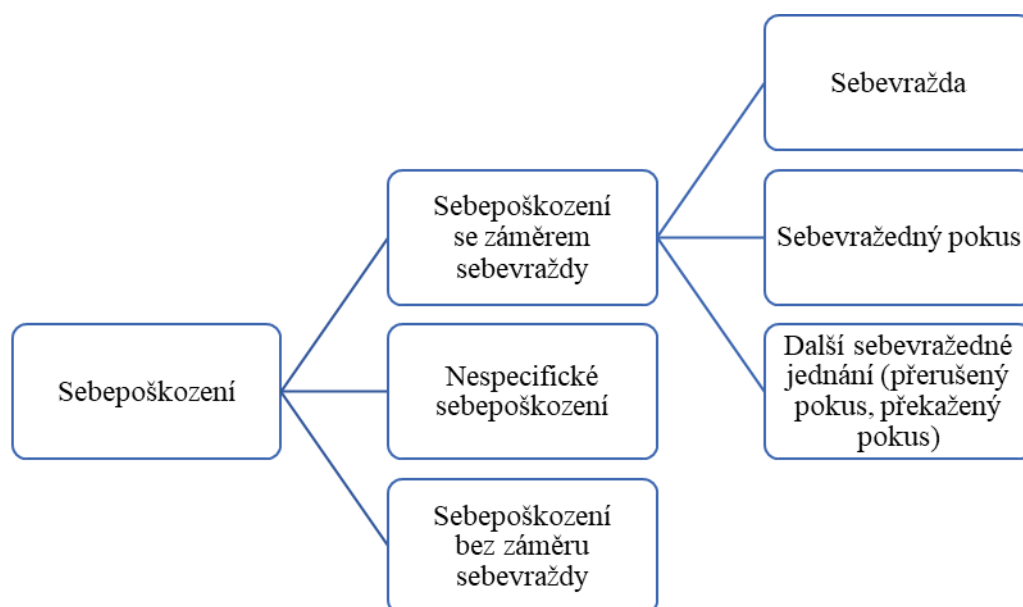
Auditní činnost a metodika PDCA se vzájemně propojují. Bez kontrolní činnosti, měření a práce s daty není možné zjistit, na jaké úrovni kvality a bezpečí se organizace nachází (Lachman *et al.*, 2022). Práce s daty se při zvyšování kvality a bezpečí psychiatrických služeb uplatňuje jak na národní, tak lokální úrovni (Hermann, 2005).

1.2 Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů z pohledu řízení rizik

Sebevražda je definována jako *čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života* (Látalová *et al.*, 2015). Hojně je využíváno latinského slova *suicidium*. Oproti tomu je sebezabití akt, kdy dochází k úmrtí jedince jeho vlastním přičiněním, avšak úmysl zemřít schází (například při manickém syndromu a zvýšené psychomotorické aktivitě, či skok z okna jako reakce na halucinace při psychóze) (Tamtéž).

Problematika sebepoškození je komplikovanější a v posledních letech se optika na ni mění – zahraniční Diagnostický a statistický manuál duševních poruch ve své aktuální 5. revizi (DSM-5) uvádí jako samostatnou jednotku *Nonsuicidal self-injury disorder* (Gratz *et al.*, 2015). Přehledově lze rozdělit chování spojené se sebepoškozením dle následujícího schéma (Obrázek 7).

Obrázek 7 Rozdělení chování spojeného se sebepoškozením



Zdroj: Upraveno podle Sarkhel *et al.*, 2023

Sebepoškození lze obecně definovat jako takové činy, které vedou ke zranění, a které mohou, ale nemusejí být pod volní kontrolou jedinců (například poranění se na popud imperativních halucinací). Záměr přivodit si tak smrt není vždy přítomen (Hart, 2014). V zahraniční literatuře v oblasti akutní psychiatrie bývá pojem *self-harm* spojován s cílem spáchat sebevraždu (Balan *et al.*, 2017), avšak vyskytují se i činy nespecifické (provedené například v rámci deliria) či jako ventil intrapsychické tenze (Sarkhel *et al.*, 2023).

Pro účely této dizertační práce je riziko sebepoškození hospitalizovaných pacientů míněno jako riziko realizace činů, které jsou vždy spojeny s cílem spáchání sebevraždy.

Sebevražedné pokusy a sebepoškození jsou spolu s násilným jednáním hlavními klinickými riziky v psychiatrii (Briner *et al.*, 2013), a proto je vhodné cílit na jejich prevenci. Ačkoliv sebevražedné jednání není vždy předvídatelné, je považováno za preventabilní (Paris, 2021). Standardizace procesů ve zdravotnictví přináší snížení variability nežádoucích výsledků a redukuje výskyt nežádoucích událostí (Wachter, 2012), tedy přispívá i ke snížení počtu dokonáných sebevražedných pokusů (The Joint Commission, 2022).

1.2.1 Epidemiologie sebevražedného jednání a sebepoškození

1.2.1.1 Obecná populace

Sebevražedné jednání je závažným a častým fenoménem celosvětově, jak ukazují data Světové zdravotnické organizace (*World Health Organization; WHO*). Ta uvádí, že přibližně každých 40 vteřin se někde na světě odehraje jeden dokonáný sebevražedný pokus a ročně takto zemře odhadem 703 000 osob (World Health Organization, 2021). Navzdory mýtům o tom, že sebevraždy jsou nejčastější na podzim a v zimě, je v České republice jejich nejvyšší výskyt v době jara a léta, v prosinci je jich nejméně (Český statistický úřad, 2023).

V České republice data týkající se dané problematiky sleduje Český statistický úřad (ČSÚ). Od 70. let 20. století zaznamenává setrvale klesající trend v počtu zemřelých z důvodu sebevraždy (až na krátkodobé výchyly), přičemž nejnižší počet dokonáných sebevražd bylo v roce 2019, a sice 1191 osob, v roce 2021 to bylo 1221 zemřelých. Na čtyři muže, kteří spáchají sebevraždu, připadá jedna žena. Nejčastěji se sebevraždy vyskytují mezi 4. a 5. decenniem (Český statistický úřad, 2023).

Obecně muži volí agresivnější způsoby ukončení života, než je tomu v případě žen (Látalová *et al.*, 2015). Nejčastější mechanismy provedení sebepoškození za účelem sebevraždy v letech 2017–2021 v České republice shrnuje Tabulka 1. Není v ní uveden jeden specifický způsob pro naši oblast, a sice sebevražda pomocí jateční pistole (Štefan, *et al.*, 2012).

Tabulka 1 Mechanismy dokonáných sebevražd v České republice 2017–2021

Způsob	Ženy (%)	Muži (%)
Oběšení	35	57
Skok z výše	23	9
Otrávení	22	6
Lehnutí či skok před pohybující se předmět	8	6
Zastřelení	1	15
Utopení	3	1

Zdroj: Upraveno podle – Český statistický úřad, 2023

1.2.1.2 Prostředí psychiatrických pracovišť

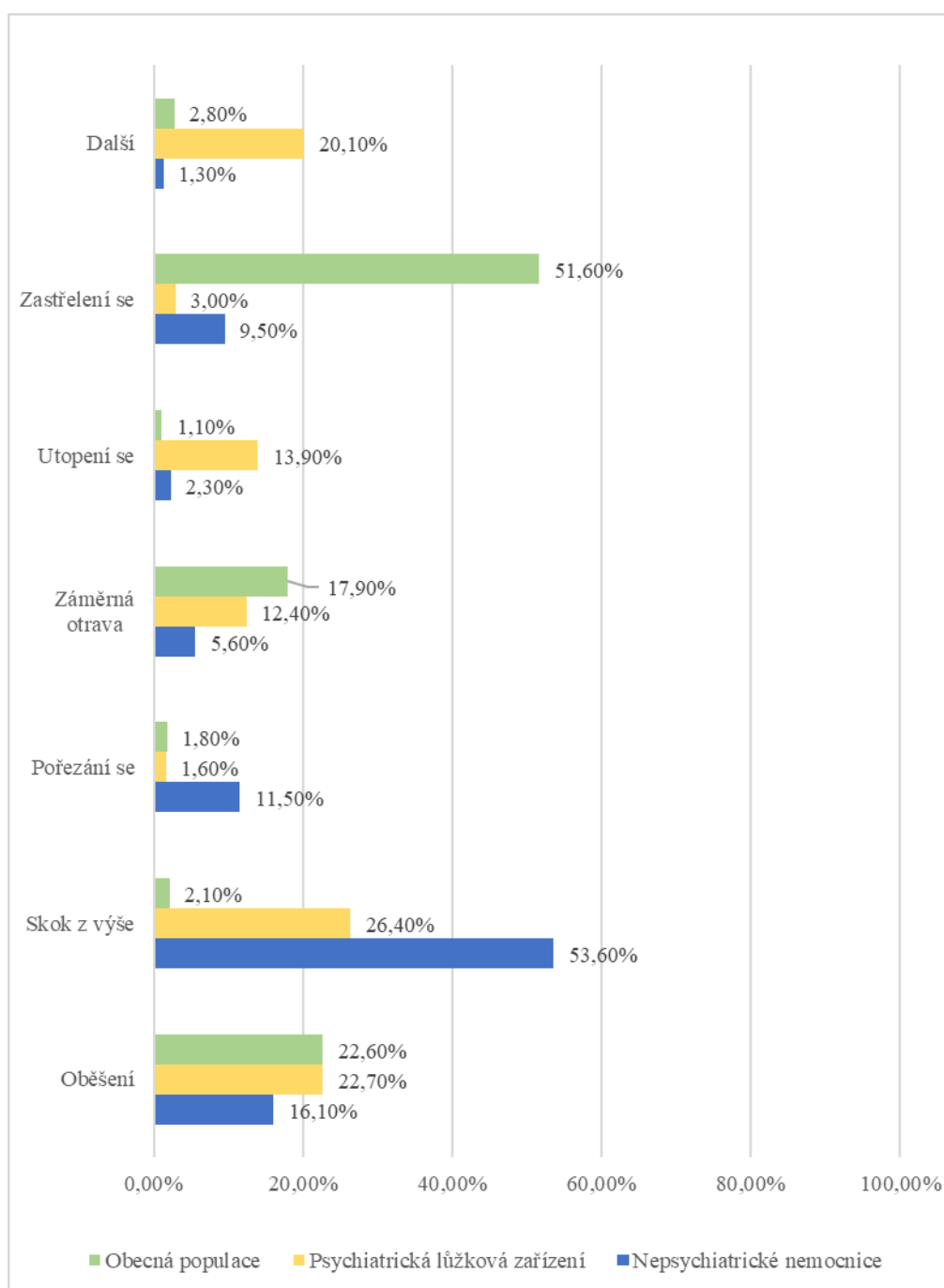
Přibližně 90 % osob, které se pokusily o sebevraždu, trpí současně duševním onemocněním (Látalová *et al.*, 2015). Sebevražedné jednání se vyskytuje i v prostředí psychiatrických nemocnic a na odděleních, které poskytují péči jak osobám po proběhlém pokusu, je-li jejich somatický stav dostatečně stabilní, tak těm osobám, které se o sebevraždu nepokusily, ale jsou v riziku realizace (Simon *et al.*, 2012). Riziko spáchání sebevraždy je v prostředí psychiatrických nemocnic 50krát vyšší, než je tomu v běžné populaci (Chammas *et al.*, 2022).

Roční prevalence dokončených sebevražd klientů psychiatrických lůžkových pracovišť je 650 na 100 000 (Walsh *et al.*, 2015). Situace se v různých státech odlišuje, přičemž podle starší studie se prevalence takových činů pohybuje mezi 100 až 400 na 100 000 hospitalizovaných (Combs *et al.*, 2007). Tento údaj je nižší oproti předchozímu zjištění, což může být způsobeno například všeobecně rostoucí prevalencí duševních onemocnění v populaci (World Health Organization, 2022). Walsh *et al.* (2015) rovněž diskutují, že díky reformě psychiatrických služeb, která zmenšila dostupnost lůžkové psychiatrické péče, se jimi studovaná kohorta mohla týkat klientů, kteří trpí závažnějšími duševními obtížemi, a tedy je jejich riziko realizace sebevraždy vyšší.

V prostředí psychiatrických nemocnic je situace týkající se způsobů realizace sebevražedných pokusů a sebepoškození odlišná od obecné populace, a to i kvůli omezenější dostupnosti například střelných zbraní, ale i z důvodu, že je přítomen doprovod personálu a klienti na sebe mohou dohlížet navzájem (Žaludek, 2020). Mezi nejčastější způsoby sebepoškození za účelem sebevraždy na psychiatrických pracovištích patří oběšení, pořezání, dále udušení (například igelitovým pytlím umístěným přes hlavu) a otravy (Williams *et al.*, 2018).

Mechanismy záměrného sebepoškození s cílem sebevraždy jsou shrnuty na Obrázku 8, kde je *The Joint Commission* (JCI), přední mezinárodní organizace zaměřená na zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví, srovnává s obecnou populací a nepsychiatrickými nemocnicemi (Ballard *et al.*, 2008). Autor textu poznamenává, že se jedná o data ze Spojených států amerických, a tudíž mechanismy sebevražd v obecné populaci neodpovídají datům v České republice, jak bylo uvedeno výše.

Obrázek 8 Srovnání mechanismů sebepoškození mezi obecnou populací a pacienty psychiatrických a nepsychiatrických lůžkových zařízení



Zdroj: Upraveno podle Ballard et al., 2008

Psychiatrické nemocnice v České republice představují z hlediska Donabedianovy strukturální oblasti (tedy zejména bezpečí prostředí) specifické riziko (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020; Žaludek, et al., 2021). Situace je obdobná i v zahraničí, kde však existují, na rozdíl od českého prostředí, manuály a doporučené postupy, jak riziko bezpečí prostředí psychiatrických pracovišť řídit. K tomu blíže Kapitola 1.2.3 a příslušné komentáře k publikacím (Kapitoly 4.1, 4.2 a 4.4).

V psychiatrických zařízeních byly pro oběšení využity opasky, ručníky, tkanice, kabely a další improvizované smyčky, které byly uchyceny na dveřní kliky, panty, madla, okna, vodovodní kohoutky, potrubí a další podobné tyčové konstrukce (Hunt *et al.*, 2012). Dveřní kliky jsou nejčastějším místem umístění smyčky (53,8 %), dále to bylo potrubí, tyče na oblečení ve skříních, sprchové hlavice, topení, háčky na oblečení, postele a další výstupky. Až 90 % sebevražd se stalo v místech, kde byli pacienti v době pokusu sami (koupelna, klobouky, pokoje) (Williams *et al.*, 2018). Pokud k sebevraždě došlo během vycházky, jednalo se nejčastěji o skok pod vlak či z výšky, utopení se (Ruff *et al.*, 2018).

1.2.2 Rizikové a protektivní faktory

Sebevražedné jednání a sebepoškození jsou velmi komplexními fenomény, a jsou tedy podmíněny množstvím rizikových faktorů (Hart, 2014), které nejsou vždy specifické (Látalová *et al.*, 2015). Podle Světové zdravotnické organizace je jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů předchozí sebevražedný pokus a sebevražedné myšlenky (World Health Organization, 2014). Přesto, že až 78 % osob, které nakonec spáchaly sebevraždu, suicidální ideace popíralo (Busch *et al.*, 2003), je nezbytné po nich i předchozím pokusu pátrat vždy (Simon, *et al.*, 2012).

DSM-5 (Gratz *et al.*, 2015), ale i jiní autoři (Simon *et al.*, 2012) upozorňují na to, že sebevražedné myšlenky se mohou vyskytovat u některých osob celoživotně, a ještě nemusejí přímo znamenat, že při jejich výskytu je nutné ihned přistoupit k hospitalizaci. Naopak, otevřená komunikace o těchto fenoménech může klientům přinést úlevu, a je možné nastavit spolupráci i mimo nemocniční zařízení, je-li nastavena kvalitní terapeutická aliance (Látalová, *et al.*, 2015). Velmi důležité je v tomto případě zvážení celého kontextu, významu takových myšlenek a zejména pak standardizované vyhodnocení rizika (The Joint Commission, 2022).

Jedním ze zásadních rizikových faktorů realizace a dokončení sebevraždy je přítomnost duševního onemocnění, avšak zdaleka ne všichni lidé, kteří ukončili život sebevraždou, mají psychickou poruchu (Simon, *et al.*, 2012). Při hodnocení pravděpodobnosti realizace sebevražedného jednání se využívá například standardizovaný index mortality, který udává poměr skutečné mortality k očekávané (Látalová *et al.*, 2015).

Pro duševní onemocnění a další, s psychickým zdravím spojenými faktory, bylo kalkulováno relativní riziko (CAMH, 2015), jehož jednotlivé hodnoty jsou uvedeny v Tabulce 2.

Tabulka 2 Relativní riziko pro úmrtí sebevraždou

Rizikový faktor / Duševní onemocnění	Relativní riziko
Předchozí sebevražedný pokus	38,4
Depresivní porucha	20,4
Zneužívání sedativ	20,3
Porucha příjmu potravy	20,1
Zneužívání více návykových látek	19,2
Bipolární afektivní porucha	15,0
Dysthymie	12,1
Obsedantně-kompulzivní porucha	11,5
Panická porucha	10,0
Schizofrenie	8,5
Porucha osobnosti	7,1
Zneužívání alkoholu	5,6

Zdroj: Upraveno podle CAMH, 2015; Hart, 2014

Varovné známky (někdy rovněž *risk predictors*) se mohou s rizikovými faktory překrývat. Jsou to elementy, které přispívají k vyššímu riziku výskytu myšlenek na sebepoškození za účelem sebevraždy. Oproti tomu rizikové faktory jsou spojeny s vyšší šancí na aktivní realizaci pokusu (Ryan, *et al.*, 2020).

V současnosti se výzkum v oblasti sebevražd zaměřuje rovněž na neurobiologii a genetiku, které spolu s psychologickými a enviromentálními faktory mohou vyústit v realizaci pokusu (Wisłowska-Stanek *et al.*, 2020). Tento výzkum se rychle rozvíjí a podrobnosti přesahují rozsah práce.

Rizikové a varovné faktory sebevražděného jednání jsou v obecné populaci následující (Tabulka 3).

Tabulka 3 Varovné známky a rizikové faktory sebepoškození se záměrem sebevraždy

Varovné známky	Rizikové faktory
Sebevražedné myšlenky nebo plán	Předchozí sebevražedný pokus
Mluvení nebo psaní o sebevraždě	Sebevražedné jednání v rodinné anamnéze, zvláště ukončení života sebevraždou
Zvýšené užívání alkoholu či návykových látek	Duševní porucha, zejména porucha nálady či schizofrenie
Klinická deprese	Impulzivita
Úzkost, zvláště, je-li spojena s poruchou nálady	Agitovanost
Beznaděj	Úzkostná porucha
Agitovanost	Poranění mozku v anamnéze
Izolování se od ostatních	Nedávný závažný stresor či krize (ztráta významného vztahu, úmrtí blízké osoby, finanční ztráta, právní problémy)
Psychotické myšlení	Zneužívání v anamnéze, zejména v dětství
Pocit zoufalství, „zahnání do kouta“	Mužské pohlaví; věk nad 60 let
Hovoření o tom, že se pro druhé cítí jako přítěž	Chronická bolest
Pocit, že chybí důvod k žití	Přístup k letálním nástrojům (například zbraně, jedy, tricyklická antidepresiva)
Impulzivní nebo bezohledné chování	Sebeпоškozování
Hněv nebo zloba	Neheterosexuální orientace
Významné změny nálad	Transgender
Neschopnost spát	---

Zdroj: Upraveno podle Ryan et al., 2020

K těmto rizikovým faktorům a varovným známkám se přidávají i faktory protektivní, kterými jsou: přítomnost dětí v rodině, zodpovědnost vůči rodině a blízkým, těhotenství, víra, náboženství, zejména pokud se k sebevraždě staví negativně, životní spokojenost, neporušené testování reality, dostatečně vyvinuté mechanismy zvládnání zátěže, podpora, pevná terapeutická aliance (Látalová *et al.*, 2015). Dále je to sociální zajištění v seniu, plány a naděje do budoucnosti, časná identifikace rizika a náležitá léčba případné duševní poruchy (Hart, 2014).

Tento výčet není úplný a lze jej ještě doplnit o následující protektivní faktory: bezpečné a klidné prostředí, například v nemocnici, nízké bariéry v čerpání péče o duševní zdraví, podpora v hledání pomoci, přítomnost jiných osob, které jsou závislé na dotyčném jedinci (například starší rodiče), náhled na onemocnění a to, že sebevražedné myšlenky jsou důvodem pro vyhledání pomoci, přítomnost smysluplných denních aktivit (The Joint Commission, 2022).

1.2.3 Bezpečné prostředí a jeho řízení

Jak bylo uvedeno, riziko realizace sebevražedného pokusu se samotnou hospitalizací neklesá, naopak větší množství hospitalizací v anamnéze zvyšuje pravděpodobnost, že k takovému činu dojde (Simon, *et al.*, 2015). Bezpečí prostředí je velmi důležitou oblastí z pohledu řízení kvality a jeho řízení je součástí například národní sady standardů kvality pro lůžková zařízení (Marx *et al.*, 2023).

1.2.3.1 Obecná východiska pro řízení bezpečného prostředí

V souladu se zmíněným PDCA cyklem je při řízení kvality a rizik zásadní výchozí analýza, jejímž cílem je popsat aktuální stav (Lachman *et al.*, 2022). V zahraničí existuje již poměrně robustní množství odborné literatury zaměřené na bezpečné prostředí psychiatrických zařízení (blíže seznam použité literatury, například From, *et al.*, 2012; McMurray, 2022; The Joint Commission, 2023).

Účelem řízení rizik v prostředí je zajistit co nejbezpečnější místo, kde jsou hospitalizováni klienti s rizikem sebepoškození, jelikož hodnocení rizika nemusí být přesné, zejména tehdy, není-li prováděno standardizovaným způsobem. Bezpečné prostředí tak napomáhá snižovat výskyt dokonaných pokusů (CAMH, 2015).

Obecným východiskem při řízení bezpečí prostředí je jednak stratifikace oblastí pracoviště, podle toho, jestli jsou přístupné pro klienty a zda jsou v nich sami nebo s personálem (The Joint Commission, 2022). Blíže o možnostech stratifikace oblastí psychiatrických pracovišť v praktické části práce, Kapitola 4.4 (Žaludek, *et al.*, 2021).

Podle obecného principu řízení rizik je pak cílem pro navržení bezpečnostních opatření oblast s nejvyšší prioritou (Lighter *et al.*, 2008), čili pravděpodobností výskytu dokonaného pokusu o sebevraždu. Jak při řízení kvality, tak při managementu rizik je potřeba vycházet z aktuální situace v zařízení, tedy omezení zdroji (Lachman *et al.*, 2022).

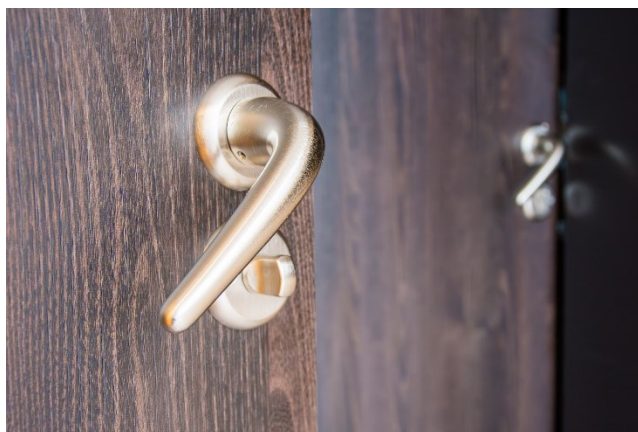
Nemocnice však i při omezení zdroji, jakožto právnické osoby, mají za povinnost řídit rizika, a to zejména ve světle novelizace zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim – Zákon 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů (Šustek *et al.*, 2016).

1.2.3.2 Vybavení pro bezpečné prostředí

Základním požadavkem na bezpečné prostředí psychiatrických pracovišť bývá vytvoření prostředí, kde není možné vytvořit stabilní soustavu smyčky a pevného bodu (v angličtině je užíván termín *ligature resistant*), čímž se zabrání dokončení pokusu o sebevraždu oběšením (The Joint Commission, 2017). Na akutních psychiatrických odděleních to platí zejména pro pokoje klientů, koupelny (ve kterých není možné zajistit z důvodu zachování důstojnosti a soukromí monitoraci kamerovým systémem), chodby a dále ostatní místa přístupná pacientům, kde není trvale přítomen personál (The Joint Commission, 2022).

Prakticky se toho dá docílit použitím klik (Obrázek 9), háčků na oblečení a věšáků, které neudrží velkou hmotnost (Obrázek 10). Existují i bariérová a tlaková zařízení, která upozorní na to, když se zavěsí smyčka na kliku z jedné strany a na druhou je vedena přes horní okraj dveří. Taková opatření jsou však nákladná (McMurray, 2022) a je možné je nahradit náležitým kontaktem personálu s pacienty, který však musí být standardizován, popsán a dodržován (National Institute for Health and Care Excellence, 2015; The Joint Commission, 2023).

Obrázek 9 Ligature resistant klika



Zdroj: Laskavě poskytnuto MUDr. Františkem Vlčkem, Ph.D., ředitelem rozvoje a inovací Akeso holding a.s.

Obrázek 10 Ligature resistant věšák na oblečení



Zdroj: Laskavě poskytnuto MUDr. Františkem Vlčkem, Ph.D., ředitelem rozvoje a inovací Akeso holding a.s.

Existuje množství úprav nábytku a vybavení, které minimalizují riziko uchycení smyčky (The Joint Commission, 2022). Jsou to různé druhy postelí, hlavic sprch, vodovodních kohoutů (Obrázek 11), zámků (Obrázek 12), ochranné schránky topení a další. Žádné opatření není bezchybné (McMurray, 2022), avšak riziko je potřeba řídit i v případě, že je nelze zcela eliminovat (Lachman *et al.*, 2022).

Obrázek 11 Ligature resistant vodovodní kohoutek



Zdroj: Laskavě poskytnuto MUDr. Františkem Vlčkem, Ph.D., ředitelem rozvoje a inovací Akeso holding a.s.

Oběšení není však zdaleka jediný mechanismus dokončení sebevraždy v psychiatrických nemocnicích. Jsou to dále pořezání a otravy (The Joint Commission, 2005). V prvním případě je důležitá kontrola vnesených předmětů, a to i v případě návštěv (The Joint Commission, 2022). Nejde však opomenout ani prostředí jako takové – neuchycené dlaždice a jejich střepy mohou být použity jako ostrý předmět. Zrcadla lze volit například ve formě fólie, skla mají být buď nerozbitná, nebo naopak bezpečně tříštitelná. Řízení rizika otravy je možné zajistit opět kontrolou vnesených věcí, a dále požadavkem na zabezpečení lékáren na odděleních, ale i například volba rostlin a desinfekčních prostředků (McMurray, 2022).

Obrázek 12 Ligature resistant zámek

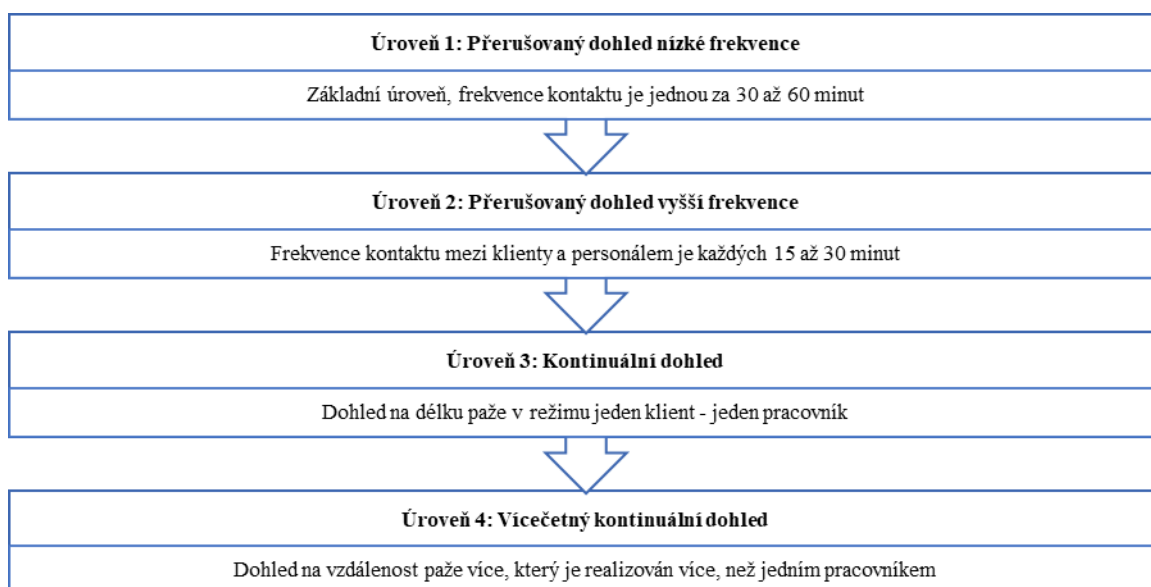


Zdroj: Laskavě poskytnuto MUDr. Františkem Vlčkem, Ph.D., ředitelem rozvoje a inovací Akeso holding a.s.

1.2.3.3 Úrovně dohledu

S bezpečím prostředí úzce souvisí i to, jakým způsobem a jak často je na pracovištích zajišťován kontakt s klienty (The Joint Commission, 2022). Rozdělení úrovní dohledu se liší napříč státy (National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness, 2015). Příkladem je dělení na následující čtyři úrovně na Obrázku 12 (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

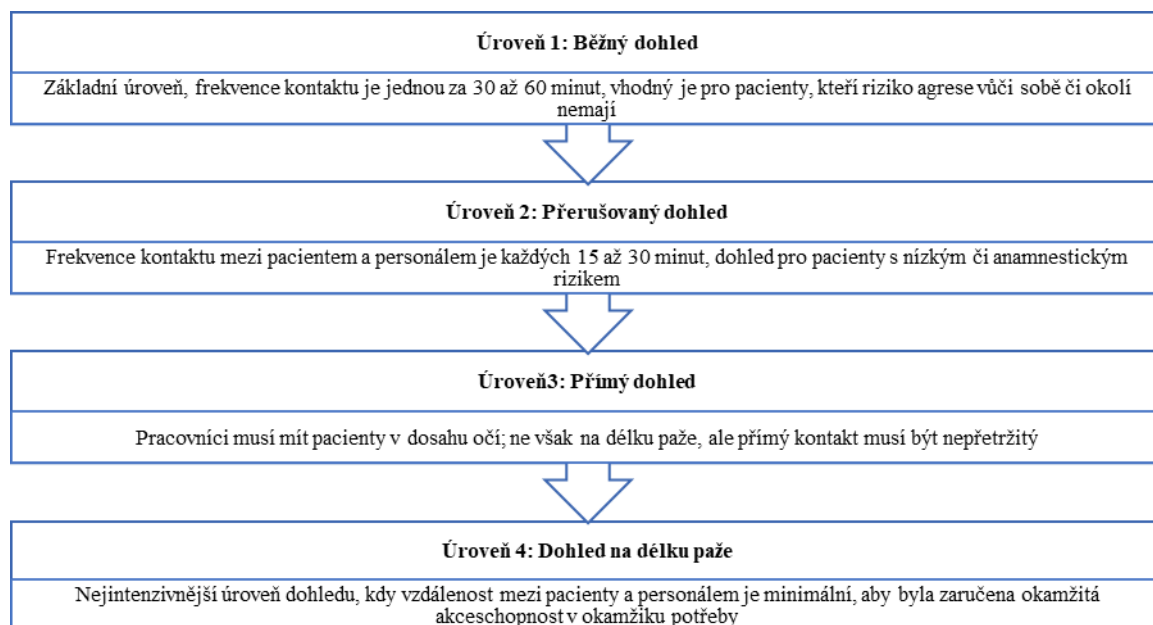
Obrázek 13 Úrovně dohledu dle NICE, 2015



Zdroj: Upraveno podle National Institute for Health and Care Excellence, 2015

Uvedené dělení je možné použít jak pro klienty v riziku sebevraždy, tak při riziku násilného jednání; avšak v rámci různých dokumentů se tatáž organizace v nomenklatuře rozchází (National Institute for Health and Care Excellence, 2005), jak je uvedeno na Obrázku 14.

Obrázek 14 Úrovně dohledu dle NICE, 2005



Zdroj: Upraveno podle National Institute for Health and Care Excellence, 2005

Rozhodnutí o potřebě dohledu nelze činit plošně pro dané pracoviště či oddělení, ale je nutné vždy vycházet z individuálního zhodnocení rizik konkrétních klientů (Simon *et al.*, 2012). Standardizované vyšetření umožní snížit variabilitu výstupů v hodnocení rizika sebevraždy, a zajistí, aby klienti s daným rizikem byli hospitalizováni na oddělení s náležitou úrovní dohledu (zajištěnou buď množstvím kvalifikovaného personálu, nebo technologiemi) a bezpečným prostředím (The Joint Commission, 2022; 2023).

Jelikož klinické hodnocení rizika sebevraždy nemusí vždy vést k odhalení osob, které takový čin mohou realizovat, je velmi důležité cílit na bezpečí prostředí, kde se pacienti nacházejí, což představuje přídatný pojistný faktor (The Joint Commission, 2022). To může být náročné, poněvadž je také potřeba pamatovat na pohodlí, komfort a zejména se vyvarovat nadbytečným restrikcím (World Health Organization, 2012), na což upozorňuje například i koncept *Safewards* (Mullen *et al.*, 2022).

1.2.3.4 Hodnocení rizik v prostředí

Pro hodnocení bezpečí a rizik v prostředí je možné použít metodiku PDCA a auditní činnosti, jak bylo uvedeno dříve. Zásadní je zjištění aktuálního stavu a tento srovnat se standardem bezpečného prostředí. V přístupu hodnocení rizika prostředí lze využít kořenovou analýzu (jako rozbor proběhlého pokusu), avšak výhodnější z pozice prevence je proaktivní přístup (Lachman, *et al.*, 2022).

Proaktivní preventivní přístup řízení rizika dokonaných sebevražd je umožněn například s využitím nástroje FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) (Lighter *et al.* 2008), ale může se jednat i o součást provozních kontrol. Ty však musí provádět osoba, která je obeznámena s rizikovými předměty, oblastmi a podobně. Stejně tak je důležité, aby o této oblasti byl informován i personál, který tak může upozornit na rizika při svých pracovních činnostech. Jedná se o jeden z pilířů TQM (*Total Quality Management*), kdy se každý pracovník podílí na výsledné kvalitě (Lachman *et al.*, 2022).

FMEA je proaktivní strukturovaný nástroj, který má blízko ke kořenové analýze, pouze se zaměřuje do budoucna. Základní otázkou proto není to, jaké primární příčiny vedly k nežádoucí události, ale to, jaké příčiny mohou k události vést a jak je možné na ně reagovat (Lighter *et al.*, 2008). The Joint Commission (2023) ji v kontextu řízení kvality a rizik zdravotních služeb vyžaduje provádět jedenkrát ročně. Je možné ji využít i na poli psychiatrické péče, kde zejména v kontextu řízení rizika sebevraždy se jedná o výhodný a užitečný nástroj (Žaludek, 2017; 2020).

S ohledem na širší problematiku bezpečí prostředí psychiatrických pracovišť se v zahraničí využívají kontrolní seznamy (*checklist*), které usnadňují orientaci v rozsáhlé oblasti rizikového vybavení. Jedním z příkladů je kontrolní seznam *The Joint Commission*, který je součástí jejich volně dostupných nástrojů, může být stažen v textovém souboru a upraven pro potřeby zařízení (The Joint Commission, 2022). Položky tohoto kontrolního listu jsou uvedeny v Tabulce 4.

Uvedený kontrolní list je extenzivní, obsahuje i položky zaměřené na širší kontext bezpečí prostředí, například na protipožární ochranu. Na základě analýzy rizika v daném pracovišti si může zařízení vypracovat svůj vlastní *checklist*, případně využít například stručnější verzi uvedenou v praktické části práce (Žaludek, *et al.*, 2021).

Tabulka 4 Checklist bezpečného prostředí podle The Joint Commission

Otázky	Ano	Ne	Komentář
Obecná úroveň bezpečí			
Jsou ze všech odpadkových košů, které jsou umístěny v prostorách pro pacienty, odstraněny plastové pytle?			
Jsou všechny dveře do všech servisních a zásobovacích místností zamčené, když zaměstnanci nejsou fyzicky přítomni?			
Jsou všechny chemikálie, desinfekce na ruce, pod přímým dohledem personálu, nebo v uzamčené místnosti či prostoru nepřístupném pacientům?			
Mají telefony umístěné na chodbách nebo ve společných prostorách pro pacienty buď zajištěnou, nebo krátkou šňůru?			
Jsou v oblastech přístupných pacientům používány šrouby zajištěné proti uvolnění?			
Stropy, stěny, okna a dveře			
Jsou stropy a stěny v pokojích, v koupelnách a na chodbách pevné a odolné proti přichycení smyčky?			
Je v oblastech se sníženými stropy, s rizikem zajištění dveří a oblastech se zvýšeným rizikem uchycení smyčky vždy přítomen personál?			
Jsou všechny kryty nebo mřížky větracích otvorů navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky a jsou zajištěny tak, aby nebyly přístupné?			
Jsou okenní rámy a parapety navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			
Pokud je okno ovladatelné, je omezeno otevření tak, aby nebylo možné vyskočit?			
Je okenní sklo vyrobeno z nerozbitného materiálu?			
Jsou dveře, dveřní panty, kliky a zámky navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky			
Jsou stropy a stěny v pokojích, v koupelnách a na chodbách, pevné a odolné proti přichycení smyčky?			
Je v oblastech se sníženými stropy, s rizikem zajištění dveří a oblastech se zvýšeným rizikem uchycení smyčky vždy přítomen personál?			
Jsou všechny kryty nebo mřížky větracích otvorů navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky a jsou zajištěny tak, aby nebyly přístupné?			
Jsou okenní rámy a parapety navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			
Pokud je okno ovladatelné, je omezeno otevření tak, aby nebylo možné vyskočit?			
Je okenní sklo vyrobeno z nerozbitného materiálu?			
Jsou dveře, dveřní panty, kliky a zámky navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			
Osvětlovací, elektrická zařízení a obvody			
Je sklo ve svítidlech odolné proti rozbití?			
Jsou svítidla odolná proti neoprávněné manipulaci a navržena tak, aby odolávala přichycení smyčky?			
Jsou všechny kryty elektrických zařízení zajištěny prvky odolnými proti neoprávněné manipulaci?			
Jsou všechny elektrické zásuvky zajištěny proti neoprávněné manipulaci?			
Jsou elektrické výstupy nevodivé?			
Jsou elektrické napájecí kabely na polohovacích postelích zajištěny nebo nahrazeny odnímatelnými kabely?			
Jsou napájecí kabely k televizorům a dalším elektrickým zařízením zabezpečeny?			
Pokoje a koupelny pro pacienty			
Jsou-li z lékařských důvodů používána elektricky ovládaná lůžka, mají kabely se zkrácenou délkou a další prvky odolné proti uchycení smyčky?			
Jsou-li z lékařských důvodů používána elektricky ovládaná lůžka, jsou pravidelně hodnocena v rámci řízení rizik prostředí?			
Jsou skříně navrženy bezpečně, s bezpečnými věšáky a tyčemi a odstraněnými háčky nebo navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			

Jsou-li používány hlásiče pro volání sestry nebo nouzového volání na přívodních kabelech, mají buď zkrácenou délku, nebo sníženou nosnost?			
Jsou zrcadla a nástěnné dekorace vyrobeny z nerozbitného materiálu?			
Jsou zrcadla a nástěnné dekorace navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky, a jsou upevněny způsobem odolným proti neoprávněné manipulaci?			
Jsou-li dávkovače mýdla nebo prostředků pro hygienu rukou přichycené na stěně, jsou odolné proti neoprávněné manipulaci a navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			
Jsou záchytné tyče a tyče na ručníky v koupelnách odstraněny nebo navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			
Jsou toalety (včetně nádrží) odolné proti neoprávněné manipulaci a navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			
Jsou umyvadla (včetně vodovodních baterií a kohoutků) odolná proti neoprávněné manipulaci a navržena tak, aby odolávala přichycení smyčky?			
Jsou sprchy (včetně vodovodních baterií a hlavice) odolné proti neoprávněné manipulaci a navrženy tak, aby odolávaly přichycení smyčky?			
Jsou montážní držáky pro televizory odstraněny (aby se zabránilo použití jako bod pro uchycení smyčky)?			
Jsou korkové nástěnky s připínáčky nahrazeny jinými nástěnkami?			
Vstup			
Jsou sesterské stanice zabezpečeny před neoprávněným vstupem, případně je vždy přítomen personál?			
Mají zaměstnanci přítomni na jednotce klíč neustále u sebe?			
Poplach a reakce			
Znají zaměstnanci umístění tísňového tlačítka nebo alarmu a proces jeho aktivace?			
Je v záznamech pro testování poplachu zdokumentováno testování ve frekvencích stanovených v plánu řízení rizik?			
Znají všichni zaměstnanci – včetně neklinického personálu – proces reakce, který má následovat v případě pokusu či dokonané sebevraždy?			
Jsou zaměstnanci poučeni o umístění a použití resuscitačních pomůcek?			
Požární bezpečnost a nouzová evakuace			
Mají protipožární sprinklery hlavice zajištěné proti uchycení smyčky?			
Jsou hasicí přístroje a hasicí stanice uzamčeny nebo zabezpečeny proti neoprávněnému přístupu?			
Mají zaměstnanci vždy u sebe klíč, kterým mohou rychle odemknout hasicí přístroje a hasicí stanice?			
Když je požádán o popis nebo předvedení opatření, která je třeba provést v případě požáru, může každý dotazovaný zaměstnanec jasně popsat vhodná opatření v souladu s plánem reakce organizace na požár?			
Znají všichni pracovníci postup v případě evakuace při požáru?			
Jističe a uzavírací ventily			
Jsou jističe elektrického obvodu, uzavírací ventily vody a uzavírací ventily medicínálního plynu zajištěné?			
Mají zaměstnanci přístup ke klíči nebo zařízení pro přístup k jističům elektrického obvodu, uzavíracím ventilům vody a uzavíracím ventilům medicínálního plynu v případě nouze?			
Místnosti určené pro bezpečný pobyt pacientů (izolační místnosti)			
Jsou místnosti určené pro bezpečný pobyt pacientů dostatečně přehledné?			
Jsou izolační místnosti bez potenciálních rizik výše uvedených?			
Je nábytek zabezpečený a bez samostatných kusů nebo dílů?			
Jsou izolační místnosti pokoje bez dekorací?			

Zdroj: Podle The Joint Commission, 2022

1.2.4 Hodnocení rizika sebepoškození s cílem sebevraždy

Hodnocení rizika, v angličtině *risk assessment*, je nezbytným krokem při řízení rizik, kterému je věnována Kapitola 2. Klinické posouzení přítomnosti rizika lze rozdělit na vyšetření, které může být v případě potřeby konkrétněji zacíleno, screeningové nástroje pro zachycení jedinců v riziku, a dále stupnice administrované pracovníky (lékaři, psychology, sestrami) či sebehodnotící škály (Simon *et al.*, 2012).

1.2.4.1 Klinické vyšetření

Základním lékařským nástrojem pro hodnocení rizika sebepoškození je psychiatrické vyšetření formou rozhovoru. Ten může mít formu volnou, strukturovanou i polostrukturovanou. Během klinického vyšetření (často označované jako interview), je kromě přímého dotazu na sebevražedné myšlenky a předchozí sebevražedný pokus potřeba rovněž zvážit řadu dalších faktorů (Simon *et al.*, 2015).

Jak bylo již uvedeno, zásadním rizikovým faktorem je přítomnost sebevražedných myšlenek, případně formovaného plánu realizace. Pro komplexní vyhodnocení rizika sebevražedného jednání je tedy zásadní vždy zhodnotit přítomnost sebevražedných myšlenek, tendencí a plánu realizace, včetně dotazu, zda v tomto smyslu osoba již podniká aktivní kroky (shromažďování rizikových léků, rozhodnutí se pro místo realizace a další), a dále vyhodnotit přítomnost jak rizikových, tak protektivních faktorů (Simon *et al.*, 2012; Hart, 2014; The Joint Commission, 2022).

Rizikových faktorů je velké množství, přičemž některé mohou být kulturně odlišné. Využití doplňujícího nástroje k rozhovoru, například škály, tak může pomoci neopomenout některé zásadní informace, a pomoci tak rovněž snížit rozdílnost výstupů vyšetření různými pracovníky (The Joint Commission, 2022; 2023).

Při řízení rizik, které může zahrnovat i například neúmyslné vynechání části vyšetření z různých důvodů (únava, spěch, nedostatek zkušenosti), se doporučuje implementace preventivních bariér (Lighter *et al.*, 2008). Tím může být například upravení informačního systému, v němž je vyplňováno komplexní vyšetření klientů tak, aby bez povinného vyhodnocení určitých položek – v tomto případě rizikových faktorů – nebylo možné činnost dokončit. Podobně lze provázat i návaznou ordinaci náležitě úrovně dohledu a podobně (The Joint Commission, 2023).

Přehled rizikových faktorů, které je doporučováno zvážit při přijetí k hospitalizaci na psychiatrické pracoviště, uvádí Tabulka 5.

Tabulka 5 Rizikové faktory pro vyšetření před hospitalizací

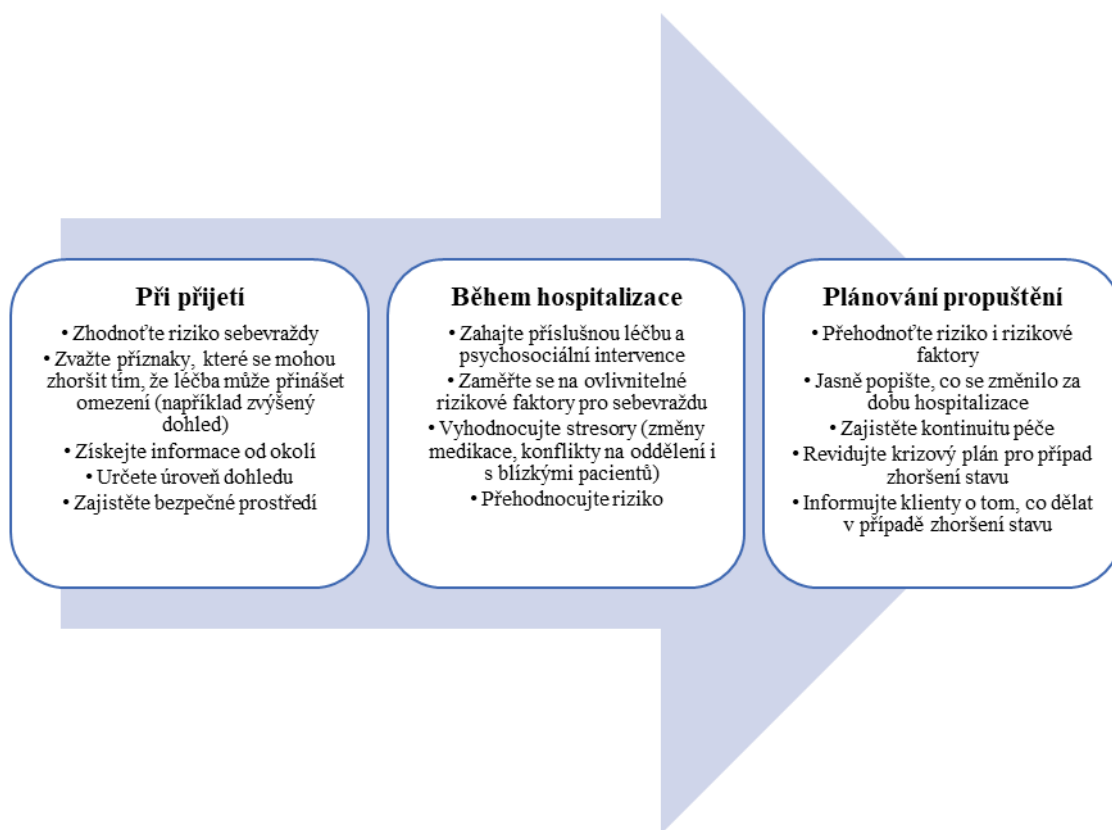
Skupina rizik	Faktory
Aktuální posouzení úmyslu zemřít	Trvání výskytu sebevražedných myšlenek Míra vytvoření plánu a myšlenek na sebevraždu Přání zemřít nebo se o to pokusit Rozhodnutí se pro způsob realizace Jak pacienti vnímají rozhodnutí nyní
Statické faktory	Věk Etnický původ Pohlaví Partnerství
Dynamické faktory	Bydlení Nedávný rozchod Nezaměstnanost Výročí úmrtí či ztráty Relaps užívání návykových látek
Kulturní faktory	Náboženství zakazující sebevraždu Kulturní vnímání sebevraždy Kulturní vnímání duševních poruch Víra v posmrtný život či naopak potrestání
Modifikující faktory	Užívání alkoholu Užívání dalších návykových látek Vynechání užívání medikace Vztahové neshody
Nové stresory	Nespavost Úzkost Neschopnost docházet do školy či zaměstnání Izolace od sociální podpory, přátel

Zdroj: Upraveno podle Simon et al., 2012; The Joint Commission, 2022

U hospitalizovaných klientů jsou jako prediktivní faktory sebevražedného pokusu identifikovány: plánovaný sebevražedný pokus, nedávný sebevražedný pokus, náhlé úmrtí blízké osoby, přítomnost bludů, chronické duševní onemocnění a sebevražda v rodinné anamnéze (Powell *et al.*, 2000).

Komplexní proces hodnocení rizika sebevraždy a následný management péče na Obrázku 15 popisuje Simon *et al.* (2012). V souladu s Donabedianovým konceptem (1980) uvedeným v kapitole 1.1 je v rámci tohoto procesu reflektována strukturální, procesní i výstupová oblast, a zároveň je respektována centrace na klienty (zvažování toho, že léčba může přinést další stresory a podobně), a zároveň dbá i na kontinuitu péče po propuštění.

Obrázek 15 Proces řízení rizika sebevraždy pro hospitalizované klienty



Zdroj: Adaptováno podle Simon et al., 2012

1.2.4.2 Screening sebevražedného jednání

Screening je často využívaným nástrojem v rámci preventivního přístupu (Speechley et al., 2017), který je pro předcházení výskytu dokonaných sebevražedných pokusů zásadní (Simon et al., 2012). Z pohledu řízení kvality a rizik je pojem screening významově posunutý, a neplatí pro něj dodržení kritérií, která byla definována Wilsonem et al. (1968), která jsou pro úplnost uvedena Tabulce 6.

Tabulka 6 Obecná kritéria pro screeningový program

Kritéria screeningu
Vyhledávaná nemoc představuje významný zdravotní a sociální problém
Pro vyhledávanou nemoc existuje obecně uznávaná léčba
Ve vyšetřované populaci jsou zajištěny podmínky pro diagnostiku a léčbu vyhledávané nemoci
Vyhledávaná nemoc má rozpoznatelnou časnou fázi
Pro vyhledávanou nemoc existuje obecně uznávaný screeningový test
Screeningový test je přijatelný pro většinu populace
Vyhledávaná nemoc je jasně definovaná, její patofyziologický průběh je znám
Existuje konsensus o tom, kdo má být léčen
Náklady jsou státem akceptovatelné
Vyhledávání pacientů je kontinuálním procesem

Zdroj: Upraveno podle Wilson et al., 1968

Pro účely řízení rizika sebepoškození se screeningem rozumí systematický, standardizovaný proces, jehož cílem je identifikovat klienty, kteří vykazují riziko sebevražděného jednání ještě před tím, než k pokusu dojde, a to s cílem poskytnout individualizovanou péči, která odpovídá potřebám daných osob (The Joint Commission, 2022). Pojem screening sebevražděného jednání je v zahraniční literatuře používán běžně (Ryan *et al.*, 2020).

Pro úplnost je ještě potřeba uvést pojem pre-screening, kterým se rozumí standardizovaný dotaz na riziko realizace sebevražděného pokusu. Jedná se například o izolovaný dotaz na přítomnost sebevražděných myšlenek. S ohledem na to, že je však zatížen velkou nepřesností, není v kontextu hodnocení rizika sebevražděného jednání doporučován (Hom *et al.*, 2016).

Jedním ze screeningových nástrojů, který je validován nejen pro dospělou populaci (Horowitz *et al.*, 2020), ale například i pro pediatrické pacienty či pacienty po operacích, je *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)*, který je uveden v Tabulce 7.

Tabulka 7 Nástroj ASQ pro screening rizika sebevraždy

OTÁZKY			
1	Během posledních několika týdnů, přáli jste si, abyste byli mrtví?	Ano	Ne
2	Pocíťovali jste během několika posledních týdnů, že by vaší rodině 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?	Ano	Ne
	Pokud ano: Jak? Kdy?		
POKUD KLIENT ODPOVĚDĚL ANO NA NĚKTEROU Z VÝŠE UVEDENÝCH OTÁZEK, POLOŽTE NÁSLEDUJÍCÍ			
5	Máte myšlenky na sebevraždu i nyní?	Ano	Ne
	Pokud ano, prosím, popište je.		

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

Jedná se o nástroj, který obsahuje 4 otázky s možnostmi ANO/NE. 4. otázka má doplňující podotázky. Pokud je na některou z položek odpovězeno kladně, je položena ještě 5. otázka. Nástroj je dostupný v různých jazykových variantách (čeština toho času není dostupná), včetně popsání postupu, jak pokračovat, je-li screening pozitivní. Velkou výhodou je, že je volně šiřitelný, použití je bezplatné a je doplněn o lokální čísla na krizové linky (The Joint Commission, 2022).

Pokud je na otázky 1–4 odpovězeno NE, pak je screening hotov a negativní. Je-li na některou z těchto otázek odpověď ANO, nebo pacienti odmítnou odpovědět, je screening pozitivní a je položena 5. otázka. V případě pozitivní odpovědi na otázku 5 je nutné akutně zajistit a realizovat podrobné psychiatrické vyšetření, pokud je odpověď na otázku 5 NE, je potřeba cílené a podrobnější posouzení rizika sebevraždy (například pomocí jiné, rozsáhlejší stupnice) (The Joint Commission, 2022).

Výhodou screeningového nástroje je jednoduchost, rychlost a minimální náklady, vysoká senzitivita, specifita a negativní prediktivní hodnota (Horowitz *et al.*, 2020). S ohledem na to, že otázky, které jsou v něm kladeny, mohou být začleněny již do příjmového psychiatrického vyšetření, nemusí být proveden zvlášť, avšak je nutné, aby se na uvedené otázky dotazovalo standardně, tedy u všech pacientů, výsledky byly zaznamenány do zdravotnické dokumentace a podrobovány auditní činnosti (například, zda nejsou položky vyplňovány formálně, nedostatečně a podobně) (The Joint Commission, 2022; 2023).

1.2.4.3 Škály pro hodnocení rizika sebepoškození

Škály (stupnice) jsou v kontextu psychiatrických služeb používány široce, pomáhají totiž jednak neopomenout důležité informace při vyšetření, ale rovněž při opakovaném vyhodnocení poskytující důležitá data pro vyhodnocení efektivity péče (Hermann, 2005).

Přesto, že neexistuje jednoznačná shoda na tom, který instrument pro hodnocení rizika sebevraždy použít, nelze rezignovat na preventivní přístup – samotný klinický úsudek je považován za nedostatečný, a jako vhodný postup je doporučováno kombinovat posouzení rizikových a varovných faktorů a diagnostickou expertízu, tzv. standardizované klinické posouzení (Ryan *et al.*, 2020).

Na potřebu vytvoření preventivních postupů pro zvládání rizika sebepoškození s cílem sebevraždy, včetně implementace validovaných a standardizovaných nástrojů pro časnou detekci již v primární sféře, upozorňuje i výchozí analýza pro Národní akční plán prevence sebevražd (Kasal *et al.*, 2019).

Jak bylo uvedeno, samotné klinické vyšetření není dostačující (Ryan *et al.*, 2020), avšak ani izolované využití škály není ospravedlnitelné – standardy NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) přímo upozorňují na to, že by výsledek použití stupnice neměl limitovat to, zda vyšetřované osoby získají přístup ke zdravotní péči (National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Tím však není míněno, že by neměly být využívány vůbec, natož aby hodnocení probíhalo intuitivní formou, jelikož nestandardizovaný postup ještě více zvyšuje riziko například umístění klientů v riziku sebevraždy na nevhodně zabezpečené oddělení (The Joint Commission, 2022).

V případě škál bývá zvažováno několik vlastností, přičemž jako důležité atributy jsou zejména spolehlivost (*reliability*), tedy zda při opakovaném měření poskytne tytéž výsledky, a dále pravdivost (*validity*); zda škála rizika sebepoškození skutečně měří, co je zamýšleno. Pozitivní prediktivní validita popisuje, jak je schopen nástroj pokusy předvídat (Perlman *et al.*, 2011). Přehled různých škál k hodnocení rizika sebepoškození je shrnut v Tabulce 8 spolu s možnostmi využití a vlastnostmi.

Tabulka 8 Přehled škál pro hodnocení rizika sebevraždy

Zkratka	Sebeposuzující	Administrovaná	Počet položek	Prediktivní validita	Reliabilita	Dospělí	Děti a mladiství	Starší dospělí
BSS	×	×	21	×	×	×	×	
BHS		×	20		×	×		×
C-SSRS		×	Dle verze	Dále v textu		×	×	
GSIS	×	×	31		×			×
NGASR		×	15			×		
RFL	×		48		×	×	×	×
SADPERSONS		×	10	Dále v textu		×		
SSI-M		×	18		×	×	×	
SBQ	×		34		×	×	×	
SIS		×	15	×	×	×		
SPS	×		36	×	×	×	×	
Název v originále					Zkratka			
Beck Scale for Suicide Ideation					BSS			
Beck Hopelessness Scale					BHS			
Columbia-Suicide Severity Rating Scale					C-SSRS			
Geriatric Scale for Suicide Intent					GSIS			
Nurses Global Assessment of Suicide Risk					NGASR			
Reasons for Living Inventory					RFL			
Modified Scale for Suicide Ideation					SSI-M			
Suicidal Behaviours Questionnaire					SBQ			
Suicide Intent Scale					SIS			
Suicide Probability Scale					SPS			

Zdroj: Upraveno podle Perlman *et al.*, 2011

Dodnes mezi škálami neexistuje zlatý standard, i když například *Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)* takto byla označována americkou *Food and Drug Administration (FDA)*, avšak takové označení je nepřesné (Giddens *et al.*, 2014). Přesto však má tato škála udávanou senzitivitu 67 % a specifitu 76 % (Mundt *et al.*, 2013), pozdější studie udávala senzitivitu 69 %, specifitu 65-67 % (Madan *et al.*, 2016).

Stupnice C-SSRS (Obrázky 16, 17 a 18) je na pomezí mezi screeningovým a hlubším nástrojem, do současnosti vzniklo mnoho modifikací, které umožňují riziko stratifikovat a doporučit vhodný postup jeho zvládnání. S ohledem na to, že aktuálně není k dispozici český překlad, je C-SSRS ponechána v původním znění.

Obrázek 16 C-SSRS, Kroky 1 a 2

Step 1: Identify Risk Factors	
C-SSRS Suicidal Ideation <u>Severity</u> (If question 2 is "no" you may skip 3, 4 and 5)	Month
1) Wish to be dead Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?	
2) Current suicidal thoughts Have you actually had any thoughts of killing yourself?	
3) Suicidal thoughts w/ Method (w/no specific Plan or Intent or act) Have you been thinking about how you might do this?	
4) Suicidal Intent without Specific Plan Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?	
5) Intent with Plan Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Did you intend to carry out this plan?	
C-SSRS Suicidal Behavior: "Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life?"	Lifetime
Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc. If "YES" Was it within the past 3 months?	Past 3 Months
Activating Events: <input type="checkbox"/> Recent losses or other significant negative event(s) (legal, financial, relationship, etc.) <input type="checkbox"/> Pending incarceration or homelessness <input type="checkbox"/> Current or pending isolation or feeling alone Treatment History: <input type="checkbox"/> Previous psychiatric diagnosis and treatments <input type="checkbox"/> Hopeless or dissatisfied with treatment <input type="checkbox"/> Non-compliant with treatment <input type="checkbox"/> Not receiving treatment <input type="checkbox"/> Insomnia Other: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	Clinical Status: <input type="checkbox"/> Hopelessness <input type="checkbox"/> Major depressive episode <input type="checkbox"/> Mixed affect episode (e.g. Bipolar) <input type="checkbox"/> Command Hallucinations to hurt self <input type="checkbox"/> Chronic physical pain or other acute medical problem (e.g. CNS disorders) <input type="checkbox"/> Highly impulsive behavior <input type="checkbox"/> Substance abuse or dependence <input type="checkbox"/> Agitation or severe anxiety <input type="checkbox"/> Perceived burden on family or others <input type="checkbox"/> Homicidal Ideation <input type="checkbox"/> Aggressive behavior towards others <input type="checkbox"/> Refuses or feels unable to agree to safety plan <input type="checkbox"/> Sexual abuse (lifetime) <input type="checkbox"/> Family history of suicide
<input type="checkbox"/> Access to lethal methods: Ask <u>specifically</u> about presence or absence of a firearm in the home or ease of accessing	
Step 2: Identify Protective Factors (Protective factors may not counteract significant acute suicide risk factors)	
Internal: <input type="checkbox"/> Fear of death or dying due to pain and suffering <input type="checkbox"/> Identifies reasons for living <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	External: <input type="checkbox"/> Belief that suicide is immoral; high spirituality <input type="checkbox"/> Responsibility to family or others; living with family <input type="checkbox"/> Supportive social network of family or friends <input type="checkbox"/> Engaged in work or school

Zdroj: Získáno z volně šiřitelného zdroje *The Columbia Lighthouse Project*, 2023

Obrázek 17 C-SSRS, Krok 3

Step 3: Specific questioning about Thoughts, Plans, and Suicidal Intent – (see Step 1 for Ideation Severity and Behavior – skip if questions 1-5 are all no)	
C-SSRS Suicidal Ideation Intensity (with respect to the most severe ideation 1-5 identified above)	Month
Frequency How many times have you had these thoughts? (1) Less than once a week (2) Once a week (3) 2-5 times in week (4) Daily or almost daily (5) Many times each day	
Duration When you have the thoughts how long do they last? (1) Fleeting - few seconds or minutes (4) 4-8 hours/most of day (2) Less than 1 hour/some of the time (5) More than 8 hours/persistent or continuous (3) 1-4 hours/a lot of time	
Controllability Could/can you stop thinking about killing yourself or wanting to die if you want to? (1) Easily able to control thoughts (4) Can control thoughts with a lot of difficulty (2) Can control thoughts with little difficulty (5) Unable to control thoughts (3) Can control thoughts with some difficulty (0) Does not attempt to control thoughts	
Deterrents Are there things - anyone or anything (e.g., family, religion, pain of death) - that stopped you from wanting to die or acting on thoughts of suicide? (1) Deterrents definitely stopped you from attempting suicide (4) Deterrents most likely did not stop you (2) Deterrents probably stopped you (5) Deterrents definitely did not stop you (3) Uncertain that deterrents stopped you (0) Does not apply	
Reasons for Ideation What sort of reasons did you have for thinking about wanting to die or killing yourself? Was it to end the pain or stop the way you were feeling (in other words you couldn't go on living with this pain or how you were feeling) or was it to get attention, revenge or a reaction from others? Or both? (1) Completely to get attention, revenge or a reaction from others (4) Mostly to end or stop the pain (you couldn't go on living with the pain or how you were feeling) (2) Mostly to get attention, revenge or a reaction from others (5) Completely to end or stop the pain (you couldn't go on living with the pain or how you were feeling) (3) Equally to get attention, revenge or a reaction from others and to end/stop the pain (0) Does not apply	
Total Score	

Zdroj: Získáno z volně šiřitelného zdroje *The Columbia Lighthouse Project, 2023*

Autoři poskytují širokou paletu verzí. Jedná se o modifikace například pro užití v primární péči, jako kartu pro uložení do kapsy lékařů, sester a ostatních pracovníků, existují alternativy pro aktuální a celoživotní riziko (The Joint Commission, 2022).

Uvedená stupnice je do současnosti podrobována výzkumům vztahujícím se ke schopnosti predikce, reliabilitě a validitě, které autoři pravidelně uveřejňují na svých stránkách (The Columbia Lighthouse Project, 2023). V případě implementace do prostředí České republiky by bylo vhodné zajištění překladu a jeho validizaci (Costatini *et al.* 2021), pokud takový krok nepodnikne přímo Columbia Lighthouse Project, která portfolio neustále rozšiřuje.

Obrázek 18 C-SSRS, Kroky 4 a 5

Step 4: Guidelines to Determine Level of Risk and Develop Interventions to LOWER Risk Level "The estimation of suicide risk, at the culmination of the suicide assessment, is the quintessential clinical judgment , since no study has identified one specific risk factor or set of risk factors as specifically predictive of suicide or other suicidal behavior." From The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors, page 24.	
RISK STRATIFICATION	TRIAGE
<p style="text-align: center;">High Suicide Risk</p> <p><input type="checkbox"/> Suicidal ideation with intent or intent with plan in past month (C-SSRS Suicidal Ideation #4 or #5)</p> <p style="text-align: center;">Or</p> <p><input type="checkbox"/> Suicidal behavior within past 3 months (C-SSRS Suicidal Behavior)</p>	<p><input type="checkbox"/> Initiate local psychiatric admission process</p> <p><input type="checkbox"/> Stay with patient until transfer to higher level of care is complete</p> <p><input type="checkbox"/> Follow-up and document outcome of emergency psychiatric evaluation</p>
<p style="text-align: center;">Moderate Suicide Risk</p> <p><input type="checkbox"/> Suicidal ideation with method, WITHOUT plan, intent or behavior in past month (C-SSRS Suicidal Ideation #3)</p> <p style="text-align: center;">Or</p> <p><input type="checkbox"/> Suicidal behavior more than 3 months ago (C-SSRS Suicidal Behavior Lifetime)</p> <p style="text-align: center;">Or</p> <p><input type="checkbox"/> Multiple risk factors and few protective factors</p>	<p><input type="checkbox"/> Use clinical judgement to determine if further evaluation is necessary</p> <p><input type="checkbox"/> Outpatient Referral</p>
<p style="text-align: center;">Low Suicide Risk</p> <p><input type="checkbox"/> Wish to die or Suicidal Ideation WITHOUT method, intent, plan or behavior (C-SSRS Suicidal Ideation #1 or #2)</p> <p style="text-align: center;">Or</p> <p><input type="checkbox"/> Modifiable risk factors and strong protective factors</p> <p style="text-align: center;">Or</p> <p><input type="checkbox"/> No reported history of Suicidal Ideation or Behavior</p>	<p><input type="checkbox"/> Outpatient Referral</p>

Step 5: Documentation
<p>Risk Level :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> High Suicide Risk</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Moderate Suicide Risk</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Low Suicide Risk</p>
<p>Clinical Note:</p> <p><input type="checkbox"/> Your Clinical Observation</p> <p><input type="checkbox"/> Relevant Mental Status Information</p> <p><input type="checkbox"/> Methods of Suicide Risk Evaluation</p> <p><input type="checkbox"/> Brief Evaluation Summary</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Warning Signs <input type="checkbox"/> Risk Indicators <input type="checkbox"/> Protective Factors <input type="checkbox"/> Access to Lethal Means <input type="checkbox"/> Collateral Sources Used and Relevant Information Obtained <input type="checkbox"/> Specific Assessment Data to Support Risk Determination <input type="checkbox"/> Rationale for Actions Taken and Not Taken <p><input type="checkbox"/> Provision of Crisis Line 1-800-273-TALK(8255)</p> <p><input type="checkbox"/> Implementation of Safety Plan (If Applicable)</p>

Zdroj: Získáno z volně šiřitelného zdroje *The Columbia Lighthouse Project, 2023*

V českém prostředí je zmiňována a užívána škála SAD PERSONS (Tabulka 9), jejíž název je akronymem složeným z prvních písmen anglických názvů rizikových faktorů pro realizaci sebevraždy (Látalová, *et al.*, 2015). Tato stupnice umožňuje posoudit vhodnost či nutnost hospitalizace vyšetřovaných osob, avšak v porovnání s podrobným klinickým rozhovorem může riziko sebevraždy spíše podhodnotit. Zhruba 14 % pacientů v riziku nebývá zachyceno a 87 % pacientů bylo vyhodnoceno falešně pozitivně. Škála navíc není zcela dynamická, některé faktory zůstávají neměnné po celý život klientů (Perlman *et al.*, 2011).

Tabulka 9 Srovnání škál SAD PERSONS a SAD PERSONAS

SAD PERSONS			SAD PERSONAS			
	Anglický název	Faktor (1 bod)		Anglický název	Faktor	Body
S	<i>Sex</i>	Mužské pohlaví	S	<i>Sex</i>	Mužské pohlaví	1
A	<i>Age</i>	25-34; 35-44; 65 + let	A	<i>Age</i>	Pod 19 či nad 45 let	1
D	<i>Depression</i>	Deprese	D	<i>Depression or hopelessness</i>	Deprese či pocit beznaděje	2
P	<i>Previous Attempt</i>	Předchozí pokus	P	<i>Previous suicide attempts or psychiatric care</i>	Předchozí sebevražedný pokus či psychiatrická péče	1
E	<i>Ethanol Abuse</i>	Nadužívání alkoholu	E	<i>Excessive alcohol or drug use</i>	Nadužívání alkoholu či drog	1
R	<i>Rational Thinking Loss (Psychosis)</i>	Narušení myšlení (Psychóza)	R	<i>Rational thinking loss</i>	Narušení myšlení	2
S	<i>Social Support Lacking</i>	Chybění sociální opory	S	<i>Separated, divorced or widowed</i>	Odloučení, rozvedení či ztráta partnera	1
O	<i>Organized Suicide Plan</i>	Organizovaný plán sebevraždy	O	<i>Organized or serious attempt</i>	Organizovaný či závažný pokus	2
N	<i>No Spouse</i>	Chybí životní partner	N	<i>No social supports</i>	Chybí sociální opora	1
S	<i>Sickness (Chronic or Severe)</i>	Závažné či chronické onemocnění	A	<i>Availability of lethal means</i>	Dostupnost smrticích prostředků	2
			S	<i>Stated future intent</i>	Prohlášený záměr spáchat sebevraždu do budoucna	2
Vyhodnocení		<ul style="list-style-type: none"> • 3-4 body: Stav vyžaduje podrobnější vyšetření rizika sebevraždy • 5-6 bodů: Doporučena je hospitalizace pro vyšší riziko realizace sebevraždy • Nad 7 bodů: Hospitalizace je nezbytná 				

Zdroj: Upraveno podle Perlman et al., 2011

Snaha více zpřesnit škálu SAD PERSONS pomocí rozdělení vah různých faktorů odráží stupnice SAD PERSONAS, která má senzitivitu 31 %, specifitu 94 % (Hockberger et al., 1988), přičemž využití škál přineslo lepší odhalení pacientů v riziku realizace sebevražedného pokusu oproti kontrole, u nichž bylo využito pouze klinické vyšetření pohovorem (Perlman et al., 2011). Při porovnání s výše uvedenou C-SSRS se jedná o méně přesný nástroj.

Závěrem lze konstatovat, že jako bezpečná praxe se jeví použití screeningového nástroje pro rychlé zjištění jedinců v riziku sebevraždy, které je následně doplněno o podrobné klinické vyšetření, kdy je vždy kladen dotaz na sebevražedné myšlenky a minulý pokus. Toto vyšetření je ještě doplněno standardizovanou škálou (The Joint Commission, 2022; 2023), například zmíněnou C-SSRS či BSI (*Beck Scale for Suicide Ideation*) (Andreotti et al., 2020).

Limitem při využití strukturovaných nástrojů může být to, že není vždy k dispozici český překlad, který by byl testován na validitu a reliabilitu, což však rovněž představuje příležitost pro další výzkum a zvyšování bezpečí. Ať už si organizace zvolí jakýkoliv nástroj pro hodnocení rizika, je nutné, aby byl používán všemi uživateli standardizovaným způsobem, a to včetně dokumentace a předávání informací mezi pracovníky, kdy zejména ztráta informace o riziku sebevraždy při předání mezi směnami je častou kořenovou příčinou dokonáných sebevražd (The Joint Commission, 2005).

1.2.4.4 Přehodnocování rizika

Přehodnocování je nedílnou součástí jak klinické praxe, tak řízení kvality a rizik (Wachter, 2012). Samotné iniciální vyhodnocení rizika sebevraždy není dostatečné, jelikož některé faktory se mohou dynamicky vyvíjet v průběhu hospitalizace (Simon *et al.*, 2012). Zároveň existují určité kritické úseky (Tabulka 10), kdy je riziko realizace sebevražedného pokusu během hospitalizace nejvyšší, a proto je vhodné během nich provést přehodnocení a s výsledkem dále pracovat (CAMH, 2015).

Tabulka 10 Kritické úseky pro přehodnocení rizika sebevraždy

Kritické úseky pro přehodnocení rizika sebevraždy
Změna chování a spektra příznaků
Náhlé zlepšení nálady (paradoxní úleva)
Před překladem na jiné pracoviště
Rozvolnění režimu, snížení dohledu
Před propustkami a po návratu z nich
Kdykoliv vyvstane podezření na riziko sebevraždy (informace od jiných osob a podobně)
Během a po 1. týdnu hospitalizace
Před propuštěním
Na základě týmového rozhodnutí

Zdroj: Upraveno podle CAMH, 2015; Chung *et al.*, 2019

Riziko realizace sebevraždy je 300krát vyšší v prvním týdnu po hospitalizaci a 200krát během prvního měsíce, proto je dalším důležitým úsekem, kdy přehodnotit riziko, před propuštěním do domácího prostředí (Chung *et al.*, 2019). V této oblasti v České republice nalzáme inkonzistence (blíže Kapitola 4).

Jak v případě iniciálního hodnocení, tak pro přehodnocení, je z hlediska řízení rizik potřeba mít zaveden standardizovaný postup, který pracovníkům stanoví, kdy a jakým způsobem bude proces hodnocení probíhat, jak se bude dokumentovat a jak se bude pracovat s výsledky (The Joint Commission, 2023). I zde je možné využít možnosti upravit nemocniční informační systémy, například s využitím výstražných upozornění.

1.3 Současný přístup k hodnocení rizika sebepoškození na českých psychiatrických pracovištích

Situaci v České republice stran hodnocení rizika sebepoškození se záměrem sebevraždy na lůžkových psychiatrických pracovištích lze označit přinejmenším za komplikovanou, a to z několika důvodů, které jsou dále rozvedeny. Zásadním problémem je nestandardizovanost procesů, což může vést k inkonzistencím a intuitivním přístupům.

Podle současné úpravy specializačního vzdělávání je již po absolvování psychiatrického kmene kompetencí lékařů „*vyhodnotit riziko suicidálního jednání a agrese, indikovat a provést opatření k jejich prevenci a zvládnutí,*“ jak stanoví vyhláška 320/2021 Sb., o stanovení činností, které může vykonávat lékař bez odborného dohledu po získání certifikátu o absolvování základního kmene psychiatrického (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2023).

Při analýze doporučených postupů Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně (PS ČLS JEP) lze konstatovat, že se v nich žádný standardizovaný postup, jak hodnotit riziko sebevraždy, nenalézá (Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně, 2023). Pouze se v rámci psychiatrického vyšetření uvádí, že je potřeba hodnocení rizika sebevraždy provést (Raboch *et al.*, 2010), a dále je doplněno, kdy je potřeba toto riziko přehodnotit (například u aktivačního syndromu při léčbě deprese a další) (Raboch *et al.*, 2014). Nejsou zmíněny kritické úseky péče.

Strukturované cílené psychiatrické vyšetření má posoudit oblasti: Identifikovatelné spouštěče nebo stresory, predispozice k suicidálnímu chování, symptomatickou prezentaci, přítomnost beznaděje, fáze sebevražedného uvažování (vyšetření suicidálního vývoje), předchozí sebevražedné chování, kontrola impulzů a míra sebeovládání, ochranné faktory (Raboch *et al.*, 2014). Není uvedeno, jestli se tak má dít na základě klinického úsudku, škály či jakým způsobem.

Aktuální verze doporučených postupů je již vydávána v on-line formátu; pro zhodnocení rizika sebevraždy jsou udána následující vodítka: „*Zeptáme se na přítomnost suicidálních myšlenek a zhodnotíme tendence k jejich realizaci. Hloubka deprese, přítomnost beznaděje? Vyskytl se sebevražedný pokus již dříve? Má pacient promyšlen způsob, jak se usmrtit? Motivace? Jednání naznačující rozhodnutí zemřít – sepsání poslední vůle, rozdělování majetku? Přítomnost traumatizujících skutečností – vážné onemocnění, zejména doprovázené krutými bolestmi, nepříznivá sociální situace? Pokud je důvodem psychiatrického vyšetření sebevražedný pokus, podrobně rozebereme jeho příčiny a postoj pacienta k aktuální situaci – hrozí opakování?*“ (Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně, 2023).

V témže dokumentu v odkaze Kvalita péče je rovněž v oddíle zaměřeném na komplexní posouzení stavu pacienta zmíněno, že pro náležitě a kompletně provedené vyšetření je potřeba posoudit riziko sebevraždy a agrese. Provedení tohoto zhodnocení je tedy indikátorem kvality (Tamtéž).

V obecné rovině se dané problematice věnovalo několik českých odborných publikací, například Postupy v léčbě psychických poruch (Seifertová *et al.*, 2008), Naléhavé stavy v psychiatrii (Papežová, c2014), Diagnostika a terapie duševních poruch (Dušek *et al.*, 2015), případně na řízení kvality a rizik zaměřená monografie autora dizertační práce (Žaludek, 2020) a další.

V uvedených pramenech lze dohledat doporučení pro hodnocení rizika sebevraždy zejména jako podklad pro případnou hospitalizaci. Pouhým umístěním pacientů na psychiatrické pracoviště však riziko neklesá (Sakinofsky, 2014), s prodlužující se délkou hospitalizace riziko navíc narůstá (De Leo *et al.*, 2010). V České republice je navíc nedostatečně bezpečné prostředí psychiatrických pracovišť (Žaludek *et al.*, 2021), což je zmíněno i v jednom ze strategických cílů Národního akčního plánu prevence sebevražd 2020–2030: „*Specifický cíl 1.4: Zajištění bezpečného prostředí v rámci institucí*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

Z pohledu řízení kvality a bezpečí lze sebepoškození za účelem sebevraždy, přerušovaný i dokončený pokus zařadit dle ÚZIS mezi „*Nežádoucí události – chování osob*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2023). Vyhláška 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče stanoví, že „*nežádoucí událostí je událost nebo okolnost, která mohla vyústit nebo vyústila v tělesné poškození pacienta,*

kterému bylo možné se vyhnout. Za nežádoucí událost je také považováno neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé tělesné poškození nebo úmrtí pacienta, nejde-li o obvyklou komplikaci zdravotního stavu“ (Česká republika, 2012). Tento indikátor je naplněn tehdy, jsou-li mimo jiné takové události vyhodnocovány, jsou zjišťovány příčinné faktory a dále jsou implementována preventivní opatření (Tamtéž).

Jelikož dosud chybí standardizovaný postup hodnocení rizika sebevraždy, lze využít buď obecných doporučení bezpečné praxe, případně se opírat o zahraniční příklady. V rámci externího hodnocení kvality a bezpečí v České republice již dlouho působí například Spojená akreditační komise (SAK), která v aktuální verzi Akreditačních standardů pro nemocnice v několika standardech na řízení rizika sebepoškození s cílem sebevraždy poukazuje, byť nepřímo. Standardy pracují s požadavkem na to, aby zařízení provedlo analýzu rizik na svém pracovišti (Marx *et al.*, 2023).

Pro psychiatrická pracoviště, jak bylo uvedeno výše, je riziko sebepoškození s cílem sebevraždy zásadní. Tabulka 11 shrnuje oblasti standardů, které se tohoto tématu dotýkají. Pro doplnění kontextu je uveden i soupis standardů zaměřených na řízení rizika sebevraždy hospitalizovaných pacientů podle *The Joint Commission International* (JCI), která se řízení kvality a bezpečí věnuje celosvětově.

Tabulka 11 Standardy SAK a JCI zaměřené na oblast řízení rizika sebepoškození

Číslo	Znění dle SAK (Marx, Franková, 2023)	Průsečík s řízením rizika sebepoškození s cílem sebevraždy	Vysvětlení
RBC 7	<i>Bezpečné předávání pacientů</i>	Předávání informace o riziku sebevraždy, přehodnocování rizika	Riziko sebevražedného pokusu je spojeno s překlady mezi odděleními, ztráta informace či neproběhnuté hodnocení může být fatální
3.5	<i>Každé předání pacienta mezi směnami, mezi různými typy péče či mezi jednotlivými pracovišti se provádí kompetentním zdravotnickým pracovníkem kompetentnímu zdravotnickému pracovníkovi (zkráceno)</i>	Předávání informace o riziku	Důležitost informačního toku a kontinuita péče
4.1	<i>Nemocnice stanoví minimální obsah a rozsah vstupního vyšetření při přijetí pacientů do péče</i>	Standardizace vstupního hodnocení rizik sebepoškození s cílem sebevraždy	Nedostatečná standardizace vede k variabilitě výstupu z procesů a hrozí neadekvátní reakce
4.2	<i>Vstupní vyšetření pacientů se provádějí v časovém intervalu stanoveném nemocnicí s tím, že vstupní vyšetření lékařem a sestrou (nebo porodní asistentkou) je u hospitalizovaných pacientů</i>	Včasná detekce rizika	Časná detekce přináší možnost včasné reakce na riziko

	<i>provedeno do 24 hodin po přijetí, pokud zdravotní stav pacienta či vnitřní předpis nemocnice nevyžaduje dřívější provedení.</i>		
4.6	<i>U všech hospitalizovaných pacientů se provádí a dokumentuje pravidelné přehodnocení jejich stavu</i>	Přehodnocování rizika a aktualizace reakce na základě výsledku hodnocení	Pravidelné přehodnocování klinického rizika je pro prevenci klíčové
5.4	<i>Nemocnice má zavedený systém včasné detekce zhoršení stavu pacienta</i>	Požadavek na standardizovaný způsob odhalení varovných příznaků	Včasné vyhledávání zhoršení stavu a případného vyskytnutí se rizika sebevraždy
10.3	<i>Zdravotní péče se v nemocnici poskytuje dle doporučených klinických postupů, standardů a protokolů</i>	Standardizovaný přístup k hodnocení rizika reakce na ně snižuje variabilitu výstupů	Obecný princip řízení kvality a bezpečí
10.5	<i>V nemocnici probíhá sběr a analýza dat o kvalitě a bezpečí poskytovaných služeb</i>	Výchozí a následná analýza proběhlých pokusů o sebevraždu, vyhodnocení rizik v prostředí	Požadavek na kontinuální zvyšování kvality a bezpečí
10.6	<i>V nemocnici je zaveden účinný postup sledování nežádoucích událostí</i>	Zjišťování příčin nežádoucích událostí a hledání preventivních opatření	Identifikace primárních příčin
11.3	<i>Nemocnice zajistí bezpečí a bezpečnost prostředí a osob</i>	Zajištění bezpečného prostředí	Redukce příležitostí pro realizaci sebevraždy
12.2	<i>Nemocnice určí vnitřním předpisem frekvenci a obsahovou náplň zápisů v dokumentaci pacientů</i>	Předávání informací standardizovaným způsobem, snižování možnosti ztráty důležité informace o riziku	Předávání informací, standardizace ordinace a další
13.5	<i>Všichni pracovníci nemocnice, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveny aktuální spektrum svých kompetencí v souladu s jejich způsobilostí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny</i>	Zajištění toho, že pracovníci hodnotící riziko mají náležité kompetence jak k jeho stanovení, tak zvládnutí	Informovanost a kompetence personálu
Označení standardů <i>The Joint Commission</i> a stručné znění			
NPSG.15.01.01	EP1: Kontinuální řízení a hodnocení rizik v prostředí pomocí standardizovaného nástroje EP2: Validovaná či <i>evidence-based</i> škála screeningu rizika sebevraždy EP3: Validovaná či <i>evidence-based</i> škála hodnocení rizika sebevraždy EP4: Dokumentace individuálního zhodnocení míry rizika sebevraždy probíhá standardizovaným způsobem EP5: Péče o jedince v riziku sebevraždy probíhá podle standardizovaných postupů kompetentním personálem EP6: Plánování bezpečného propuštění EP7: Všechny uvedené standardizované postupy podléhají kontrole (auditní činnosti)		

Zdroj: Adaptováno podle Marx et al., 2023; The Joint Commission, 2022; 2023, dále vlastní zpracování s přispěním uvedených zdrojů; RBC – Rezortní bezpečnostní cíl, NPSG – National Patient Safety Goal, EP – Elements of Performance

1.4 Diskuse k teoretické části práce

Přesto, že každé pracoviště by při vlastní analýze kořenových příčin dokonaných sebevražd a pokusů objevilo místně specifické důvody, které umožnily takové události, lze konstatovat, že s ohledem na důležitost tématu a dopady rizik na pacienty, jejich blízké i personál je absence standardizovaného postupu hodnocení rizika sebevraždy alarmující.

Není jisté, kolik pracovišť využívá v tomto kontextu proaktivních nástrojů, například FMEA, jelikož pro šetření nežádoucích událostí je doporučen nástroj retroaktivní (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2023). To je při zvážení toho, že v zahraničí existují jak epidemiologická data týkající se nejen počtu, ale i mechanismů sebevražd hospitalizovaných klientů a návazných preventivních přístupů, důvodem pro zkvalitnění praxe v České republice.

Důsledkem toho, že neexistují závazné doporučené postupy pro kontext České republiky, je to, že hodnocení rizika sebevraždy není standardizované, nýbrž intuitivní. Konkrétní způsob vyhodnocení a nástroje nepopisují ani Doporučené postupy Psychiatrické společnosti ČLS JP. Stávající personální zabezpečení péče o duševní zdraví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019) může vést k pocitu, že je to argumentem pro preferenci nestandardizovaného přístupu, zejména, pokud by standardizovaný proces byl časově náročný.

Taková argumentace však není přípustná ani v kontextu důležitosti tématu sebevražd hospitalizovaných pacientů, ale zejména v návaznosti na zákon č. 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů., kterým byl novelizován zákon o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (Šustek *et al.*, 2016).

Pro právnické osoby pak vzniká tlak na zavedení a udržování *criminal compliance*, někdy též *compliance* programů. V rámci nich jsou zaváděny kontrolní a preventivní mechanismy, které mají zabránit dopadu rizika. Pro vyvinění právnické osoby v případě, že například k dokonané sebevraždě dojde, je přítomnost vnitřního předpisu, který upravuje postup pro řízení tohoto rizika, a jeho zavedení do praxe, klíčovým podkladem (Tamtéž).

Kromě samotného hodnocení rizik konkrétních klientů se však preventivní přístup ve světle dané novelizace musí týkat rovněž řízení rizik v prostředí, jelikož poskytování zdravotních služeb se děje v kontextu struktury, a klinické výstupy nejde od prostředí, kde se péče odehrává, oddělit (Donabedian, 1988).

Z toho důvodu nemůže být limitace zdroji přijatelným argumentem pro to, aby nebylo prostředí psychiatrických pracovišť řízeno. Omezení financemi je reálné, avšak vyhodnocovat rizika, stratifikovat je (Žaludek, 2020) a následně plánovat odstranění v konkrétním čase (Marx *et al.*, 2023) je důležitou součástí řízení kvality a bezpečí zdravotních služeb.

2 Cíle dizertační práce

Cílem dizertační práce je navrhnout postup časně identifikace rizik sebepoškození se záměrem sebevraždy pro lůžková psychiatrická pracoviště, který bude možno implementovat v podmínkách České republiky.

Standardizovaný postup bude navržen formou komentovaného metodického pokynu (Kapitola 5), který bude obsahovat kromě doporučení pro strukturální a procesní oblast rovněž návrh auditní (kontrolní) činnosti, jejímž účelem je zjištění míry adherence k navrhovanému procesu. Tento standardizovaný postup respektuje v uvedený Donabedianův koncept zdravotnictví (struktura – procesy – výstupy) a metodiku PDCA.

3 Metodika

Dizertační práce je založena na pěti vědeckých publikacích monotematického zaměření, které se věnují kontextu a důležitosti vytvoření preventivního přístupu zaměřeného na časnou identifikaci klientů psychiatrických pracovišť, u nichž sebepoškození s cílem sebevraždy hrozí.

Publikace jsou předkládány formou komentovaných článků a jsou propojeny s teoretickou částí a mezi sebou pro naplnění cíle dizertační práce. Úplné původní znění textů je součástí příloh práce. Články jsou opatřeny průběžnými diskusemi a dílčími závěry, které jsou podklady pro shrnující diskusi.

Pro formulování standardizovaného postupu v Kapitole 5 je respektována metodika PDCA, tedy popsání výchozí situace, návrh doporučení a vytvoření kontrolního systému, pomocí kterého bude míra adherence monitorována (auditní činnost).

Komentované verze článku jsou propojovány s odkazy na Teoretickou část práce, kterou tak doplňují a přinášejí pohled z České republiky.

- Kapitola 4.1 popisuje kontext důležitosti vytvoření standardizovaného postupu ve světle dat z českých lůžkových pracovišť.
- Kapitola 4.2 je zaměřena na řízení rizik v prostředí a možnostech zajištění bezpečí na lůžkových psychiatrických pracovištích.
- Kapitola 4.3 popisuje možnosti časně identifikace rizika sebevražedného jednání u populace dětí, jakožto u specificky ohrožené skupiny, což je v aktuální situaci nedostatečné dostupnosti odborné péče důležité v rámci spolupráce s pediatry.
- Kapitola 4.4 (impaktovaná publikace) podrobněji navazuje a podrobněji rozvádí publikaci z Kapitoly 4.1, a poskytuje výchozí rámec pro doporučení standardizované praxe řízení rizika sebevraždy pro lůžková psychiatrická zařízení.
- Kapitola 4.5 (impaktovaná publikace) 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.

4 Publikace

Odborné publikace popisují kontext a důležitost standardizovaného přístupu k hodnocení rizika sebepoškození hospitalizovaných pacientů v České republice, a to v návaznosti na současnou zvětšující se populaci osob, které v riziku sebevraždy jsou, například mezi studenty Univerzity Karlovy. Blíže k posloupnosti a propojení článků v Kapitole 3.

4.1 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.

4.1.1 Úvod k publikaci

Cílem publikace bylo na základě přehledu odborné literatury a aktuálních dat z České republiky navrhnout doporučený postup řízení rizika sebevražd klientů na lůžkových psychiatrických pracovištích. Důležitost tématu podtrhovala v té době schválená novelizace zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (Zákon 183/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů) (Šustek *et al.*, 2016).

V publikaci byla prezentována unikátní data z českých akutních lůžkových psychiatrických zařízení získaná dotazníkovým šetřením. Časové období pro sběr dat bylo od roku 2012 do 2016. To tematicky navazovalo na výzkumu publikovaný roku 2010 (Necid, 2010), který hodnotil období let 2005-2009. Výsledky byly prezentovány na XXXVth International Congress on Law and Mental Health, konané v Praze 9.-14. července 2017 (International Academy of Law and Mental Health, 2017).

Na základě rešerše odborných pramenů byly vytvořeny dva formuláře, pomocí kterých byla zjišťována adherence k postupům, které se pro zvládnání rizika sebevraždy na lůžkových psychiatrických pracovištích používají v zahraničí. Jeden dotazník byl vytvořen pro oblast procesní (klinickou) oblast (činnost personálu, hodnocení rizika sebevraždy a postupy jeho zvládnání), druhý pro oblast manažerskou (systémy řízení rizika, řízení kompetencí personálu, školení personálu). Dotazníky spolu s průvodním dopisem byly následně odeslány ředitelům psychiatrických nemocnic v České republice.

4.1.2 Výsledky

Část dat získaných vyhodnocením dotazníků byla podrobněji zpracována a využita v publikaci uvedené v Kapitole 4.4, kde jsou publikovány zevrubné výsledky týkající se epidemiologie sebevražd a poškození na českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích.

Pro kontext komentované verze tohoto článku jsou uvedeny oblasti:

- Strukturální oblast – Bezpečí prostředí
- Procesní oblast – Činnost personálu, proces hodnocení rizika v manažerské oblasti

Celkem v letech 2011-2016 bylo zaznamenáno 11 dokonaných sebevražd, přičemž ve dvou nemocnicích se udály více než dvě dokončené sebevraždy. Pokusů o sebevraždu bylo nahlášeno 48, a to celkem z 10 pracovišť.

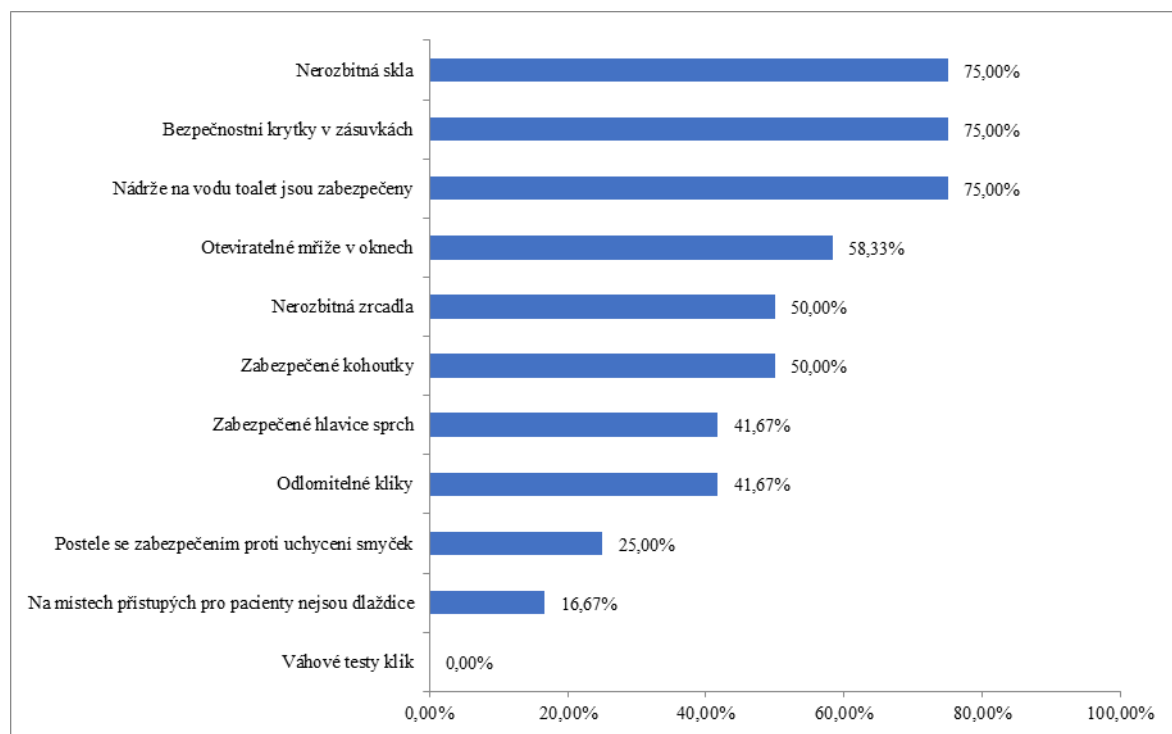
Strukturální oblast – Bezpečí prostředí na akutních psychiatrických pracovištích

Zjišťované rizikové faktory vycházejí z Kapitoly 1.2.3. Nálezy prezentované na Obrázku 19 odpovídají celkovému podfinancování oblasti psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019), čili nedostatečnému vybavení bezpečnostními opatřeními.

Oběšení patří k nejčastějším mechanismům sebepoškození hospitalizovaných pacientů (podrobně Kapitola 1.2.1), a proto bylo alarmující zjištění, že pouze 41,67 % pracovišť má kliky, které se při pokusu o oběšení odlamují, jsou-li zatíženy vahou člověka. Žádné pracoviště přitom neprovedlo váhový test (ověření funkčnosti).

Dále bylo zjištěno, že 25,00 % pracovišť má speciálně upravené postele, které zabraňují uchycení smyčky, 50,00 % má takto zajištěné vodovodní kohouty, 41,67 % hlavice sprch. 75,00 % zařízení má zajištěné rezervoáry na vodu toalet proti uchycení smyčky.

Obrázek 19 Bezpečí prostředí českých akutních psychiatrických pracovišť



Zdroj: Podle Žaludek, 2018.

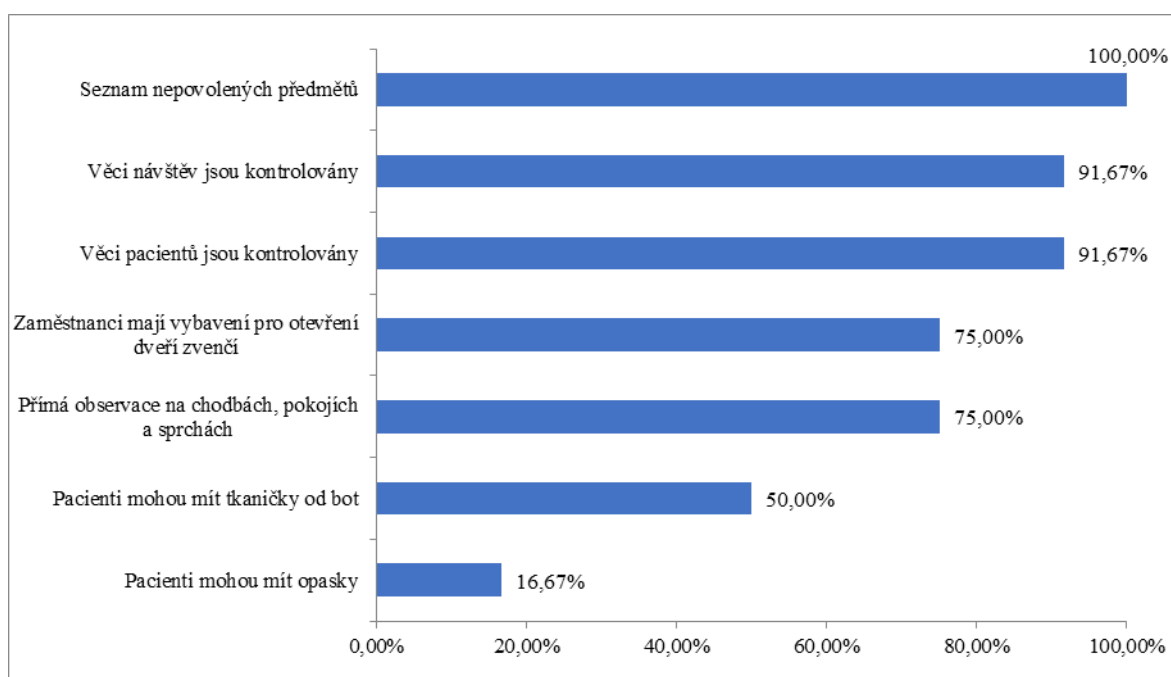
Pro zabezpečení prostředí proti možnosti pořezání se, mělo 75,00 % pracovišť nerozbitná skla, polovina zařízení mělo rovněž nerozbitná zrcadla, avšak v 16,67 % zařízení jsou dlaždice v místech, která jsou přístupná pacientům, což představuje riziko kvůli možnosti vylomení (ať už úmyslně či prostou náhodou) a použití střepů – Kapitola 1.2.3.

K dalším bezpečnostním prvkům patřilo v 75,00 % pracovišť zajištění elektrických zásuvek krytkami, 58,33 % zařízení má mříže v oknech, které se dají v případě potřeby otevřít pro možnost evakuace. Otevíratelnost je důležitá zejména jako součást protipožární ochrany, mříže představují riziko pro uchycení smyčky.

Procesní oblast – Činnosti personálu a hodnocení rizika

Tato část dotazníku byla zaměřena zejména na vstupní filtr rizikových předmětů, dostupnost klientů pro personál při zamčení a možnosti observace (Kapitola 1.2.3), výsledky zobrazuje graf na Obrázku 20. Všechna zúčastněná pracoviště měla seznam předmětů, které není možné vnést na dané oddělení (typicky nože, nůžky a podobně). 91,67 % zařízení kontrolovalo jak věci pacientů samotných, tak i návštěv. Při řízení rizika oběšení bylo v 16,67 % pracovišť umožněno pacientům ponechat si opasky, polovina pracovišť nechala pacientům tkanice od bot; k tomuto bodu blíže diskuse v Kapitole 4.1.3.

Obrázek 20 Filtr rizikových předmětů, observace a přístupnost pokojů



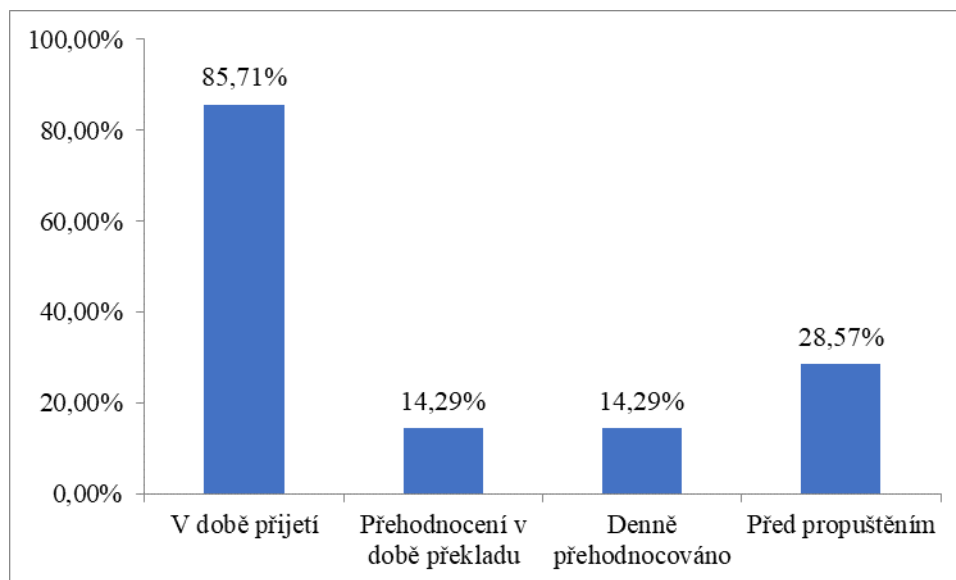
Zdroj: Podle Žaludek, 2018

V 75 % pracovišť měli pracovníci vybavení, jak otevřít dveře pacientů zvenčí (pro případ zamknutí se uvnitř), ve stejném procentu zařízení probíhala přímá kontinuální observace personálem na chodbách, pokojích a sprchách, což je diskutováno v Kapitole 4.1.3, jelikož přímý dohled znamená v určitých situacích zásah 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).

Velmi znepokojivé zjištění bylo v oblasti standardizace procesu hodnocení rizika sebevraždy (Obrázek 21), a to zejména při porovnání s výsledky šetření v manažerské oblasti, které jsou uvedeny dále v textu.

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. S přihlédnutím k tomu, že takové hodnocení je kompetencí lékařů zařazených do oboru psychiatrie (bližze Kapitola 1.4), je takové zjištění překvapivé.

Obrázek 21 Hodnocení a přehodnocování rizika sebevraždy na českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích



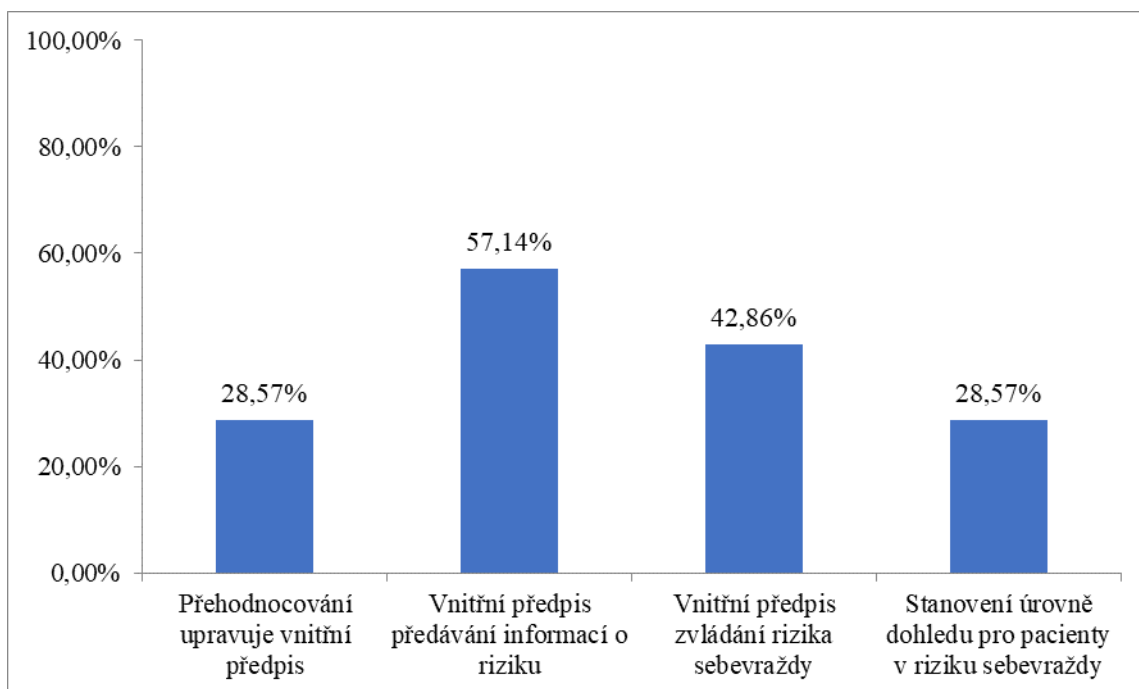
Zdroj: Podle Žaludek, 2018

Alarmujícím zjištěním bylo, že pouze 14,29 % pracovišť standardizovaným způsobem přehodnocuje riziko sebevraždy před překladem na jiné oddělení, 28,57 % před propuštěním. S ohledem na kritické úseky z hlediska realizace sebevražedného pokusu se jedná o rizikovou praxi (Kapitola 1.2.4.4).

Procesní oblast – Úroveň managementu rizik

Z pohledu řízení rizik je popsání a implementace standardizovaných procesů zásadním krokem, jak bylo uvedeno v Kapitole 1.1. V rámci šetření bylo proto zjišťováno, jestli jsou v dotazovaných zařízeních zavedeny vnitřní předpisy, které upravují procesy hodnocení a přehodnocení rizika sebevraždy, předávání informací o riziku, zda je takto upraveno zvládnutí zjištěného rizika a to, zda pro dané riziko existuje určená úroveň dohledu ze strany personálu (Obrázek 22).

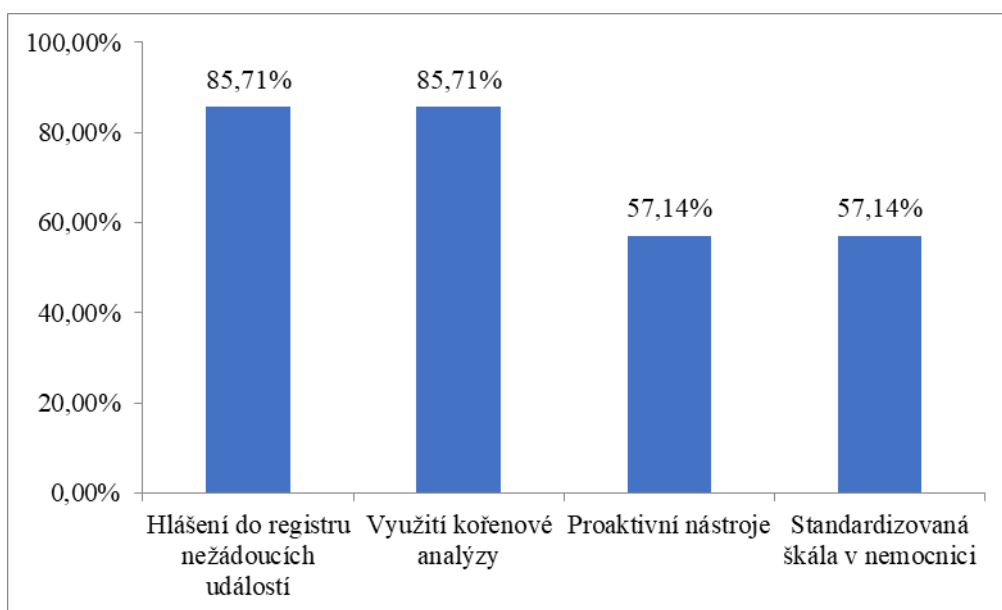
Obrázek 22 Přítomnost vnitřních předpisů



Zdroj: Podle Žaludek, 2018

Jak bylo uvedeno v Teoretické části práce, pro management kvality a rizik je práce s daty a analýza nežádoucích událostí důležitým krokem. V dotazníkovém šetření bylo využití analytických nástrojů a další faktory zjišťovány v rámci procesní oblasti. Graficky jsou výsledky zobrazeny na Obrázku 23.

Obrázek 23 Využití nástrojů řízení rizika sebevraždy na českých lůžkových psychiatrických pracovištích



Zdroj: Upraveno podle Žaludek, 2018

V rámci dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 85,71 % zařízení využívalo po proběhlém sebevražedném pokusu kořenovou analýzu, proaktivní nástroj však uplatňovalo jen v 57,14 % zařízení. Stejně procento má standardem určenou konkrétní škálu hodnocení rizika v nemocnici.

Tou dobou 85,71 % zařízení hlásilo události do registru nežádoucích událostí – s ohledem na to, že se změnila legislativa a od roku 2018 je již pro lůžková zařízení povinné zapojit se do Systému (dříve označovaném jako registr) hlášení nežádoucích událostí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018), je tato kategorie již zbytná.

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.

V oblasti bezpečí prostředí lze doporučit postupné nahrazení rizikových dlaždic například vinylovými povrchy (McMurray, 2022), *ligature resistant* kliky, věšáky na oblečení a podobné vybavení, aby se zabránilo uchycení smyčky. Pokud zařízení nemá speciálně upravené postele v smyslu *ligature resistant*, je potřeba pacienty s vysokým rizikem sebevraždy monitorovat, například kamerovým systémem.

To spolu však s dohledem například v koupelnách může narušovat soukromí – blíže v Kapitole 4.1.3. V koupelnách pacientů je rovněž doporučeno upravit kohoutky, hlavice sprch, rezervoáry a další předměty proti uchycení smyčky. Zrcadla, obecně rovněž ostatní skla mají být nerozbitná (The Joint Commission, 2022).

4.1.3 Diskuse k publikaci

V současné právní úpravě je pro právnické osoby nezbytné řídit rizika (Šustek *et al.*, 2016), což je rovněž potřeba vyvážit s právy pacientů a požadavky na soukromí a komfort (World Health Organization, 2012). Problematickou oblastí proto zůstávají například koupelny pacientů, kde je nutné respektovat jednak důstojnost, ale z povahy řízení rizik rovněž zajisti bezpečí pro klienty.

Vyvstává pak otázka, jak zajistit dostatečné soukromí, prostředí, které neumožňuje nebo redukuje možnost úspěšného sebevražedného pokusu, a zároveň zajistit potřebnou úroveň dohledu, na čemž se shodují odborné prameny (blíže Kapitola 1.2.3).

Kompromisem, který toto umožňuje, je například aplikace *Suicide Prevention Doors* (McMurray, 2022), které mají magnetické uchycení v pantech, a v případě pokusu o sebevraždu oběšením z nich vypadnou. Podobně lze redukovat zásah do soukromí přílišnou monitorací instalací odlomitelných klik a dalšími možnostmi rozvedenými v Kapitole 1.2.3.

Při snaze zajistit soukromí, respektovat důstojnost pacientů a potřebě vyvarovat se plošným restrikcím je pak ještě důležitější nerezignovat na vytvoření standardizovaného postupu detekce rizika sebevraždy a přehodnocování a zvládnání. A to zejména při zvážení toho, že v českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích účastnících se průzkumu se právě v kritických bodech pro realizaci pokusů o sebevraždu (Kapitola 1.2.4.4) dle dat studie přehodnocení nerealizuje.

Pokud chybí národní standardizovaný postup, zařízením však nic nebrání ve vlastní analýze proběhlých událostí – retroaktivní nástroje využívány jsou. Otázkou však nadále zůstává, jak je s daty pracováno a zda jsou prokazatelně využívána pro zlepšení praxe dané organizace. To je cílem práce s daty v rámci řízení kvality a rizik ve zdravotnictví – bez toho, aniž by se data dále využila pro zlepšení, nemá jejich sběr praktický význam (Lighter *et al.*, 2008).

4.1.4 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, lze očekávat rostoucí zájem. Blíže se problematice věnuje Kapitola 4.4.

4.2 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.

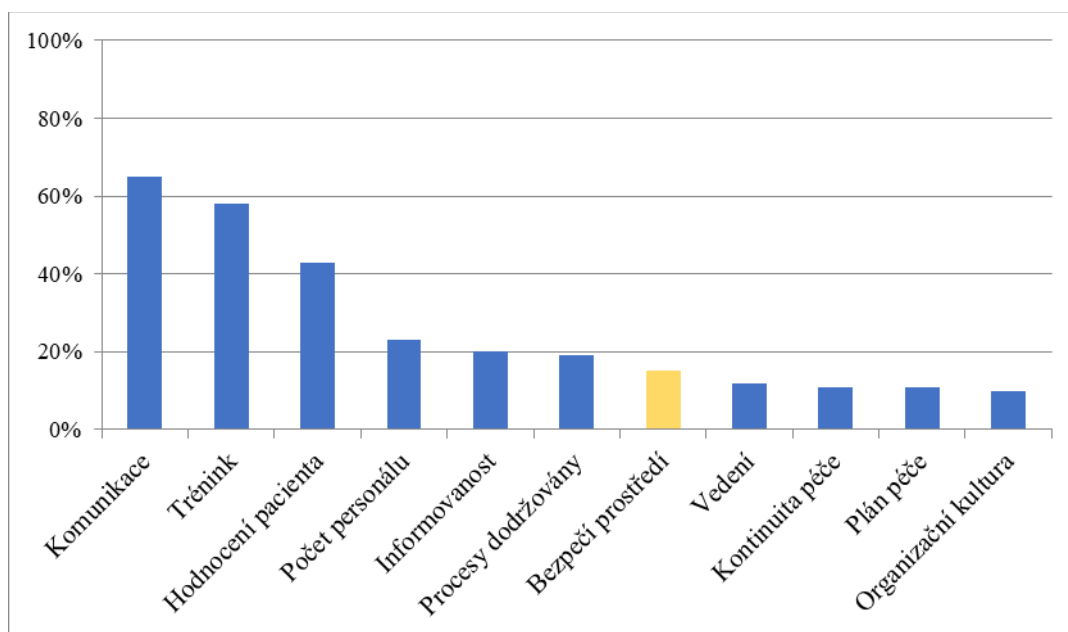
4.2.1 Úvod k publikaci

Cílem publikace bylo upozornit na důležitost řízení rizik v prostředí lůžkových psychiatrických pracovišť v kontextu minimalizace příležitostí k dokonaným sebevražedným pokusům. Článek měl formu prakticky orientovaného sdělení.

Strukturální oblast zdravotnictví zahrnuje, mimo jiné, prostředí, kde se služby a péče odehrávají. Snaha o soustavné, koordinované a systematické zvyšování kvality a bezpečí zdravotních služeb vychází z profesionálních, etických i forenzních důvodů, a má za sebou již mnohaletou historii (Lachman *et al.*, 2022).

Z toho důvodu *The Joint Commission International*, přední mezinárodní organizace zaměřená na soustavné zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví, uskutečnila mezi lety 1993-2003 extenzivní výzkum, jehož cílem bylo zjistit primární kořenové příčiny poškození pacientů v nemocnicích, které jsou shrnuty níže na Obrázku 24 (Wachter, 2012). Odhalení kořenových příčin umožňuje cílenou implementaci nápravných opatření (Lighter, *et al.*, 2008).

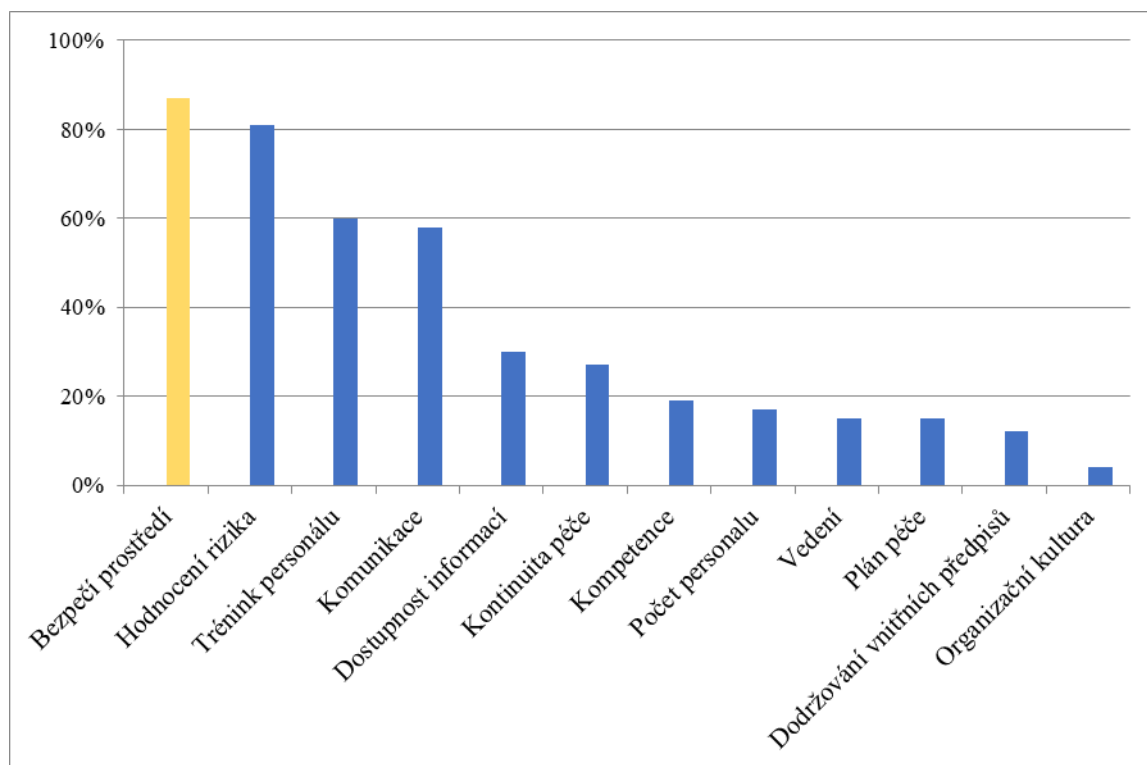
Obrázek 24 Kořenové příčiny medicínských pochybení 1993–2003



Zdroj: Upraveno podle Wachter, 2012

Na uvedeném grafu je bezpečí prostředí na 7. místě. Porovnáme-li tyto výsledky s kořenovými příčinami sebepoškození se záměrem sebevraždy hospitalizovaných pacientů v letech 1996-2003 (Obrázek 25), zjistíme však, že bezpečí prostředí spolu s hodnocením rizika sebevraždy a tréninkem personálu jsou na předních pozicích. Sebevražda pacientů je řazena mezi závažné výstražné události (*sentinel events*), které je potřeba systematicky řídit a snižovat jejich výskyt (The Joint Commission, 2005).

Obrázek 25 Kořenové příčiny sebepoškození hospitalizovaných pacientů 1996–2003



Zdroj: Upraveno podle The Joint Commission, 2005

Navíc právě dokonané sebevraždy pacientů byly dle *The Joint Commission International* citovány na druhém místě ve výskytu mezi výstražnými událostmi (12,00 % všech výstražných událostí). Na prvním byla stranová záměna při chirurgickém zákroku (13,50 %) (Tamtéž). Cílení na bezpečí prostředí jako nejdůležitější kořenovou příčinu sebepoškození pacientů je proto zásadní a neoddělitelnou součástí procesu redukce takových událostí (blíže kapitola 1.2.3).

4.2.2 Doporučení do praxe

Bezpečí prostředí hraje při řízení rizika realizace sebevraždy zásadní roli, jak bylo podrobně rozebráno v Kapitolách 1.2.3 a 4.1. Jelikož ne všechny sebevražedné pokusy lze předvídat (Combs *et al.*, 2007) například proto, že velká část pacientů popírá sebevražedné myšlenky, je pojistka proti úspěšné realizaci v podobě bezpečného prostředí klíčová. Součástí bezpečného prostředí je i úroveň dohledu, na který se však nelze spoléhat vždy, neboť existují dokumentované případy toho, že klienti spáchali sebevraždu i v okamžiku nepřetržitého sledování (Tamtéž).

- **Vstupní filtr rizikových předmětů**

Úvodním krokem pro zabezpečení prostředí je vstupní filtr vnesených předmětů (například ostré předměty, hořlaviny, opasky, britvy na holení). Konkrétní seznam je potřeba vyhotovit na základě analýzy rizik na daném pracovišti (The Joint Commission, 2023). Seznam by měl být standardizován, zaveden do praxe a platí jak pro klienty, tak pro jejich návštěvy.

Přitom je potřeba respektovat důstojnost a individuální potřeby pacientů. Důležitým krokem je tedy neustálé srozumitelné informování o tom, které předměty dovoleny nejsou, a jaký je důvod jejich zákazu (blíže diskuse v Kapitole 4.1.3).

- **Vybavení, pokoje a nábytek**

Rizikovou oblastí jsou pokoje klientů, jelikož v nich mohou zůstat sami a bez dozoru, což je důležité v kontextu spokojenosti a důstojnosti (World Health Organization, 2012), avšak může tak vzniknout příležitost k sebevražednému pokusu, zejména pak u klientů, u nichž je riziko sebevraždy neodhaleno, nebo nebylo náležitě přehodnoceno. Vybavení, které je odolné například proti rozbití, či zabraňuje uchycení smyčky (*ligature resistant*), tak může riziko výskytu dokonaných pokusů zmenšit (The Joint Commission, 2022).

Podlahy mají být vinylové, neboť dlaždice představují riziko při jejich vylovení a použití střepeň pro sebepoškození (Kapitola 4.1). Případné větrací otvory ve stropu mají být uzamknuty a chráněny proti uchycení smyčky. Dveře do pokojů se mají otevírat směrem do chodeb, aby se pacienti nemohli zabarikádovat uvnitř (McMurray, 2022).

Otvory mezi vrchní stranou dveří a rámem mohou být zajištěny pojistkou, aby se znemožnilo provlečení čehokoliv, na čem by se klienti mohli pokusit o oběšení. Další možností je alarm spojený s čidlem reagující na tlak. Kliky mají být odlomitelné, nebo tvarované tak, aby se zabránilo uchycení provazu (*ligature resistant*). Věšáky a podobné vybavení je nutné uzpůsobit tak, aby unesly jen nízkou hmotnost, váhové testy by měly být pravidelně prováděny (The Joint Commission, 2022).

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 (srovnání s výsledky v Kapitole 4.1.2 pro kontext České republiky). Sklo, kdekoliv je použito, má být nerozbitné, nebo opatřené bezpečnostní 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 klienti nemohli odejmout za účelem sebepoškození nebo ohrožení personálu (McMurray, 2022).

Lehčí nábytek by měl být v případě akutních oddělení připevněn k podlaze či stěnám kdykoliv je to jen možné, a to pro snížení rizika, že budou části použité pro sebepoškození či zabarikádování se v pokoji, aby k pokusu dojít mohlo. Z toho důvodu je potřeba mít dveře otevíratelné směrem do chodby, ne do pokoje (The Joint Commission, 2022).

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 (The Joint Commission, 2023; 2022). Pokud je k postelím připojeno ovládací zařízení, je nutné všechny kabely maximálně zkrátit. V případě, že pokoje pacientů obsahují skříně s věšáky, je tyto nutné zajistit proti oběšení – snížit jejich nosnost.

Dlaždice, pokud jsou využity, musí být pravidelně kontrolovány, uvolněné vyměněny, aby nemohly být použity k pořezání se. Speciální úprava je vhodná pro dveře od toalet či sprch, dveře mají mít průzor shora i zespodu, mají být snadno vyjmutelné z pantů. Kohoutky, hlavice sprch, umyvadla a toalety mají být vždy umístěny co nejbližší ke stěně a zabezpečeny proti uchycení smyčky (McMurray, 2022).

4.2.3 Diskuse k publikaci

Uvedený přehledový článek byl zaměřen na představení příkladů bezpečného prostředí, přičemž limitující je, že v kontextu České republiky není na národní úrovni implementován manuál upravující tuto problematiku. Jak bylo uvedeno v kapitole 4.1.2 a dále 4.3, úroveň zavedení nástrojů bezpečné praxe není například u bezpečných postelí zajištěných proti zachycení smyčky velká.

V publikaci, s ohledem na praktické zaměření časopisu, není uveden princip řízení kvality PDCA zmíněný v Teoretické části dizertační práce. Základním krokem při řízení bezpečí prostředí je vstupní analýza rizik na daném pracovišti a stratifikace rizikových oblastí podle závažnosti a naléhavosti. Ruku v ruce s tím je provázán i proces hodnocení rizika a jeho standardizace.

Standardizovaný proces umožní, díky snížené variabilitě výstupů, lépe odhadnout, které oddělení a s jakým vybavením je pro klienta na základě jeho individuálních potřeb nejvhodnější. Analogicky, není-li proces hodnocení rizika sebevraždy zaveden a standardizován, může probíhat intuitivně, a pak je potřeba klást při řízení rizik sebepoškození na bezpečné prostředí větší důraz.

Při řízení rizik je potřeba zvažovat reálné možnosti. Každé pracoviště nemusí ihned vyměnit celé vybavení – v kontextu podfinancování psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019) to není ani možné. Na základě vstupní analýzy a stratifikace rizikových oblastí je možné však vybrat takové, které jsou nejvíce naléhavé. Podrobněji Kapitola 4.3.

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. K naléhavosti tématu navíc přispívá již zmíněná současná úprava zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim (Šustek *et al.*, 2016).

4.2.4 Závěr

Nedostatečně zabezpečené prostředí patří mezi přední kořenové příčiny dokonaných sebevražd hospitalizovaných klientů na psychiatrických pracovištích. Článek se soustředil na doporučení konkrétních možností, jak eliminovat či redukovat potenciálně rizikové prvky v oblastech, kde se pacienti v riziku sebevraždy vyskytují.

4.3 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.

4.3.1 Úvod k publikaci

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, 2020). Dětská populace představuje specifickou skupinu při hodnocení rizika sebevražedného chování, zejména kvůli tomu, že klasický proces vývoje sebevražedného jednání od myšlenek k realizaci pokusu nemusí probíhat tak, jako u dospělých. Doporučuje se název suicidální chování. U dětí se navíc obtížně hodnotí letalita způsobů realizace (Simon *et al.*, 2012; Koutek, 2008). Rizikové faktory pro sebevražedné jednání dětí a mladistvých jsou shrnuty v Tabulce 12.

Tabulka 12 Rizikové faktory sebevražedného chování u dětí a mladistvých

Skupina faktorů	Faktory
Individuální a demografické faktory	Věk nad 14 let Běloši Muži Dítě z nechtěného těhotenství Předchozí sebevražedný pokus Otevřené sebevražedné prohlášení Přístup k vysoce letálním metodám
Faktory rodiny a prostředí	Sebevražedné jednání v rodině Duševní onemocnění či porucha osobnosti v rodině Rozpad či nefunkčnost rodiny Sexuální zneužívání či týrání v rodině Zanedbávání Ztráta v rodině, trestná činnost a výkon trestu v rodině Zneužívání návykových látek v rodině
Faktory spojené s duševním stavem	Deprese Bipolární afektivní porucha Užívání návykových látek Psychózy Poruchy chování (zejména ve spojení s impulzivitou) Pocit beznaděje, ztráta víry v možnosti změny v rodině, vztazích Konflikt se sexuální příslušností a rolí

Zdroj: Podle Simon *et al.*, 2012

Mezi 10.–19. rokem života jsou sebevraždy na druhém místě v příčinách úmrtí (Center for Disease Control and Prevention, 2016), mezi 15–24 lety až 23 % osob ukončí život sebevraždou. 20–45 % mladistvých má sebevražedné úvahy, 14 % se sebepoškozují (Český statistický úřad, 2023). Mladší klienti mohou mít obtíž, v porovnání s dospělými, vyjádřit pocity a potřeby, k čemuž přispívá i to, že v předškolním věku je smrt chápána jako něco, co lze zvrátit (Hart, 2014).

4.3.2 Důsledky pro praxi

Podobně, jako u dospělých, zlatý standard pro hodnocení rizika sebevraždy u dětí a dospívajících neexistuje (Ballard *et al.*, 2008). Důležité proto je, aby byl postup, který si organizace stanoví, standardizovaný, zejména, děje-li se na jiném než psychiatrickém pracovišti. Standardizace procesu hodnocení rizika sebevraždy je důležitá i z důvodu, že mezi dospělými a dětmi existují rozdíly faktorů, které se váží k sebevražednému jednání (Tabulka 13 pro srovnání s Kapitolou 1.2.2).

Tabulka 13 Specifika sebevražedného chování dětí a mladistvých oproti dospělým

Kategorie faktorů	Rozdíl oproti sebevraždám dospělých
Rizikové faktory	Mladiství mají častěji sebevražedné myšlenky Častá impulzivita Častější sebevražedné pokusy Vliv skupiny a médií je u mladistvých vyšší
Diagnózy	Méně psychotických poruch u mladistvých
Symptomy	Sebevražedné myšlenky jsou u mladistvých častější a zároveň jsou častěji popírány Je časté podceňování letality pokusů
Léčba	Jiná registrovaná farmaka proti dospělým Zahmutí rodiny do léčby (terapeutické i medikamentózní) je nezbytné
Právní problematika	Mladší adolescenti mohou mít menší kompetenci při rozhodování o léčbě Důležitá spolupráce s rodiči či institucemi

Zdroj: Podle Simon *et al.*, 2012

S ohledem na to, že po sebevražedném pokusu bývají děti hospitalizovány na pediatrickém pracovišti, je zásadní soustředit se zejména na screening rizika sebevraždy (blíže Kapitola 1.2.4.2) a následně při pozitivním záchytu kontaktovat pedopsychiatry pro podrobnější vyšetření (Kapitoly 1.2.4.1 a 1.2.4.3).

Pro rychlý screening je i u dětské populace možné využít nástroj ASQ *The Ask Suicide Screening Questions*, který byl zmíněn v Teoretické části dizertační práce. Je charakterizován senzitivitou 98 %, specificitou 66 % a negativní prediktivní hodnotou 97 %. Není zpoplatněn a obsahuje pouze čtyři jednoduché otázky s navazujícím dotazem v případě pozitivní odpovědi na předchozí položky (Kapitola 1.2.4.2), a mohou ho využívat i pracovníci, kteří nemají psychiatrické a lékařské vzdělání (Horowitz *et al.*, 2020). Při výskytu jakéhokoliv ANO má následovat vyšetření psychiatrem.

4.3.3 Diskuse k publikaci

Současné nálezy v populaci České republiky ukazují vzrůstající prevalenci duševních poruch jak u dospělých (Winkler *et al.*, 2020), tak u dětí, kdy 40 % vykazuje příznaky středně těžké až těžké deprese (Národní ústav duševního zdraví, 2023) (pro srovnání výsledky naší studie zaměřené na studenty Univerzity Karlovy v Kapitole 4.5). V tomto kontextu je s ohledem na aktuální stav pedopsychiatrické péče rizikový i nedostatek odborníků (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

Časná identifikace rizika sebevraždy v dětské populaci tak nabývá na významu, jelikož může přispět k prevenci dokonaných činů. S přihlédnutím k uvedeným datům prezentovaných Národním ústavem duševního zdraví a tomu, že deprese je významným rizikovým faktorem pro sebevražedné jednání (Látalová *et al.*, 2015), je hodnocení rizika ještě více naléhavé.

Neméně důležité je pak následné navázání terapeutického vztahu jak s pacienty, tak s jejich blízkými. Následné kroky pak závisí na individualizovaném léčebném plánu a potřeb, tedy od doporučení pro ambulantní péči přes hospitalizaci na dětském psychiatrickém oddělení, nastavení vhodné léčby, psychoterapie, sociálních, rodinných, spirituálních a dalších intervencí (Simon *et al.*, 2012). Článek se na řízení bezpečí prostředí v tomto kontextu s ohledem na zaměření časopisu nesoustředil.

4.3.4 Závěr

Znalost rizikových faktorů sebevražedného jednání spolu s časnou detekcí, například pomocí screeningových nástrojů, je důležitou součástí prevence dokonaných sebevražd jak v dospělé populaci, tak u dětí a dospívajících. S ohledem na současný stav pedopsychiatrické péče zůstává mezioborová spolupráce mezi pediatry, praktickými lékaři pro děti a dorost a pedopsychiatry i psychiatry stěžejní pro zvládání těchto událostí. Standardizace postupu pomůže reflektovat specifika sebevražedného chování v pediatrické populaci.

4.4 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.**

4.4.1 Úvod k publikaci

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). I přes probíhající reformu systému péče o duševní zdraví, která si kladla těžiště péče přesunout do ambulancí a Center duševního zdraví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019), jsou lůžková pracoviště, často materiálně a technicky zastaralá (Kasal *et al.*, 2019), rozsáhlou oblastí, kde péče o klienty s duševními obtížemi probíhá.

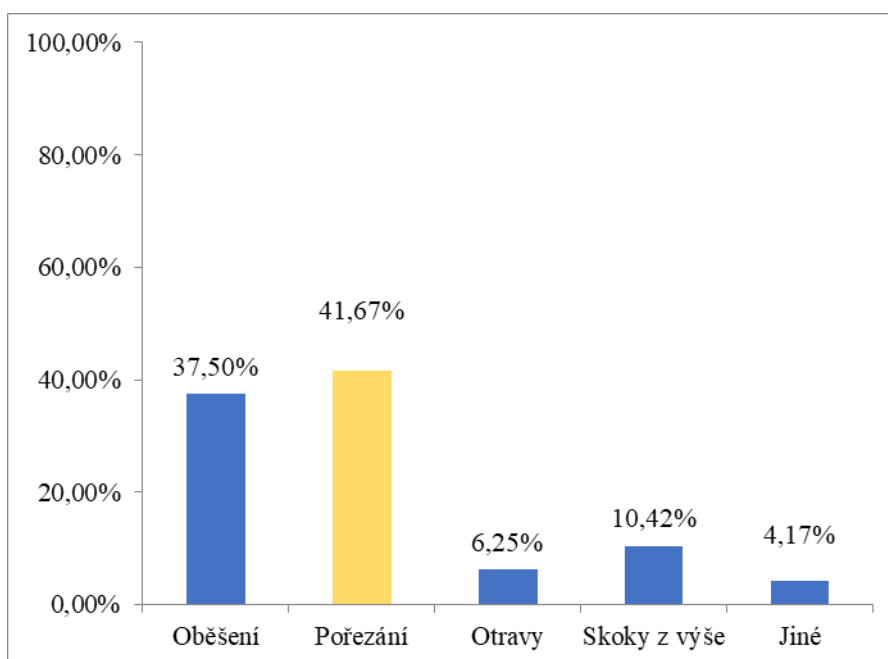
V těchto lůžkových zařízeních jsou léčeny rovněž osoby po sebevražedném pokusu, s rizikem realizace, které je známé již při vstupním pohovoru a je důvodem k hospitalizaci, ale i osoby, u nichž je riziko latentní. Dosud neexistuje standardizovaný postup hodnocení rizika sebevraždy na úrovni České republiky, což reflektuje rovněž Národní akční plán prevence sebevražd (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Cílem tohoto článku bylo upozornit na možnosti řízení rizika sebevraždy a bezpečí prostředí v psychiatrických nemocnicích s využitím dat získaných během dotazníkového šetření (blíže podrobněji Kapitola 4.1).

4.4.2 Výsledky

Návratnost dotazníku byla 70 %, ve 42 % nemocnic proběhl dokonáný sebevražedný pokus, celkem se jednalo o 11 případů. Mechanismy sebevražedných pokusů (dokonaných i nedokonaných) jsou shrnuty na Obrázku 26. Ve 100 % nemocnic byl evidován pokus o sebevraždu, nahlášeno bylo 48 událostí. Z pohledu řízení rizik je zajímavý vyšší výskyt sebevražedných pokusů pořezáním se oproti oběšení.

Obrázek 26 Mechanismy sebevražedných pokusů na českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích



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

V kontextu hodnocení rizik v prostředí je důležité, zejména při limitaci zdroji (finančními, personálními, materiálními a dalšími), přistoupit ke stratifikaci oblastí, a to dle toho, jestli v nich jsou klienti sami, pod dohledem personálu či nepřetržitě monitorováni (blíže Kapitola 1.2.3.1). Pokud není možné (z výše uvedených limitů, nebo kvůli potřebě zajištění soukromí a respektu k důstojnosti pacientů a jejich blízkých) zajistit přítomnost personálu, je důležité minimalizovat rizika v prostředí.

Základním krokem je vytvoření prostředí, kde není možné uchytit smyčky (*ligature resistant*), a to pro řízení rizika sebevraždy oběšením. Neméně důležité je však pamatovat i na další možnosti sebepoškození (například pořezáním, které se v průzkumu ukázalo jako nejčastěji hlášený mechanismus). Možnosti stratifikace prostředí s doporučením, jak danou oblast zabezpečit, jsou shrnuty v Tabulce 14.

Tabulka 14 Úroveň 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 roztržení a použití ostrých fragmentů pro pořezání 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 (snížit nosnost tyčí na oděvy, bezpečné odlomitelné 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 (Poznámka autora – zdroje byly aktualizovány dle aktuálních vydání standardů; původní jsou uvedeny v plné verzi článku v Přílohách dizertační práce).

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 (Tabulka 15), který vychází z doporučení pro bezpečné prostředí psychiatrických nemocnic a který je možné využít pro iniciační krok v hodnocení rizik v prostředí (blíže pro srovnání Kapitola 1.2.3.4)

Tabulka 15 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

4.4.3 Diskuse k publikaci

Při řízení rizika sebevraždy je nutné vyvažovat bezpečí pacientů, a zároveň jejich práva, důstojnost, pohodlí a vyhýbat se plošným restrikcím (World Health Organization, 2012). Ty mohou naopak sebevražedné či násilné jednání provokovat (Simon et al., 2012).

Cílem řízení rizik není zavádět plošné restrikce pro pacienty, ale naopak zajistit standardní úroveň bezpečí v prostředí, a pokud jsou nějak pacienti omezováni (například odebrání opasku v okamžiku, kdy je riziko sebevražedného pokusu enormní a prostředí není bezpeční ve smyslu *ligature resistant*), tak pouze na základě individuálního zhodnocení rizika, které však musí být prováděno standardním způsobem, aby se předešlo variabilitě mezi výsledky.

Bezpečné prostředí nemusí být nekomfortní, naopak, v současnosti existuje již množství úprav nábytku, vybavení i celých organizací, které i při dodržení požadavku na bezpečnost připomínají domácí prostředí (From et al., 2012).

Při kontinuálním hodnocení kvality a bezpečí je prostředí důležitým tématem. V rámci řízení rizik je odhalení oblastí s vyšším rizikem zásadním nálezem. Na základě analýzy pak následuje definování standardu bezpečného prostředí (Kapitola 1.2.3, 4.2), dále se plánuje odstranění a zavádějí se nápravná opatření a zajistí následnou auditní činnost pro měření efektivity v souladu s metodikou PDCA (Limb *et al.*, 2017) (blíže Kapitola 1.1). Potřeba řídit bezpečí prostředí je reflektováno například na národní úrovni akreditačními standardy Spojené akreditační komise (Marx *et al.*, 2023), i na mezinárodní úrovni (The Joint Commission, 2023).

4.4.4 Závěr

Zjištění uvedená v publikaci potvrzují důležitost preventivního přístupu vůči dokonáným 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.

4.5 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.**

4.5.1 Úvod k publikaci

Publikace doplňuje kontext důležitosti hodnocení rizika sebevražedného jednání, a to ve světle výsledků prevalence symptomů středně těžké a těžké deprese a anamnézy sebevražedných pokusů mezi studenty Karlovy Univerzity. V současné době se zvyšuje prevalence duševních onemocnění v populaci celkově, přičemž studenti vysokých škol představují skupinu, která je zatížena různými rizikovými faktory, a to nejen stresem ze studia, ale například i nutností se přestěhovat od rodiny a přátel a nedostatkem financí (Pedrelli *et al.*, 2015). Sebevražedné jednání je jen jednou skupinou dopadů duševních obtíží, ale s ohledem na závažnost tohoto fenoménu je zásadní preventivní přístup.

Součástí takového preventivního přístupu je časná detekce osob v riziku rozvoje duševní poruchy či takových, kteří jí již trpí, a dále snižování stigmatu a bariér v přístupu k péči. Časnou identifikaci osob v riziku sebevraždy z řad vysokoškolských studentů může zajistit například univerzitní konzultační středisko (Gregoire *et al.*, 2018), jelikož pro využití některých screeningových nástrojů (blíže Kapitola 1.2.4.2) není nutné zdravotnické vzdělání, například *ASQ* (The Joint Commission, 2022).

Studenti medicíny jsou považováni za rizikovou skupinu pro vznik či exacerbaci duševní poruchy (Puthran *et al.*, 2016; Rotenstein *et al.*, 2016), přičemž rizikové faktory jsou: nedostatek spánku, dopady náročného studia, snížená fyzická aktivita a menší příležitost k sociálnímu kontaktu.

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 %, sebevražedné myšlenky 11,1 % (Rotenstein *et al.*, 2016; Puthran *et al.*, 2016).

Ve světle zmíněné 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 Beckovu škálu hodnocení deprese II 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 sebevražedného jednání (blíže Kapitola 1.2.2). 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.

4.5.2 Výsledky

Kompletní přehled výsledků je součástí plné verze článku. Pro kontext dizertační práce jsou vybrány výsledky související s jejím zaměřením.

Dotazník elektronicky a anonymně rozeslán na 35 871 adres studentů českého i anglického kurikula Univerzity Karlovy. Navrátilo se 7787 dotazníků (21,70 %), přičemž 2007 z nich byli studenti lékařských fakult (19,20 %). Základní socio-demografické charakteristiky souboru jsou uvedeny v Tabulce 16.

Tabulka 16 Základní sociodemografické charakteristiky souboru

	Studenti všech lékařských fakult n (%)	Studenti ostatních fakult n (%)	Celkem n (%)
Pohlaví			
Muži	576 (28,7)	1898 (32,8)	2474 (31,8)
Ženy	1418 (70,7)	3805 (65,8)	5223 (67,1)
Neudáno	13 (0,6)	77 (1,3)	90 (1,2)
Ročník studia			
1	598 (29,8)	2497 (43,2)	3095 (39,7)
2	385 (19,2)	1557 (26,9)	1942 (24,9)
3	335 (16,7)	971 (16,8)	1306 (16,8)
4	239 (11,9)	416 (7,2)	655 (8,4)
5	241 (12,0)	258 (4,5)	499 (6,4)
6	209 (10,4)	81 (1,4)	290 (3,7)
Jazyk studia			
Čeština	1661 (82,8)	5534 (95,7)	7195 (92,4)
Angličtina	346 (17,2)	246 (4,3)	592 (7,6)

Zdroj: Podle Žaludek et al., 2023

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 % (pro srovnání údaje Národního ústavu duševního zdraví pro dětskou populaci uvedeny v Kapitole 4.3.3).

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 %). Podrobněji výsledky zobrazuje Tabulka 17.

Tabulka 17 Rozložení výskytu forem deprese mezi studenty Univerzity Karlovy

Závažnost deprese (počet bodů BDI-II)	Minimální deprese (0-13) n (%)	Mírná deprese (14-19) n (%)	Středně těžká deprese (20-28) n (%)	Těžká deprese (29-63) n (%)	Celkem n (%)
Studenti všech lékařských fakult Univerzity Karlovy					
Muži	408 (70,8)	84 (14,6)	56 (9,7)	28 (4,9)	576 (100,0)
Ženy	870 (61,4)	249 (17,6)	220 (15,5)	79 (5,6)	1418 (100,0)
Celkem	1278 (64,1)	333 (16,7)	276 (13,8)	107 (5,4)	1994 (100,0)
Studenti ostatních fakult Univerzity Karlovy					
Muži	1221 (64,3)	344 (18,1)	231 (12,2)	102 (5,4)	1898 (100,0)
Ženy	2069 (54,4)	762 (20,0)	640 (16,8)	334 (8,8)	3805 (100,0)
Celkem	3290 (57,7)	1106 (19,4)	871 (15,3)	436 (7,6)	5703 (100,0)
Studenti celkem					
Muži	1629 (65,8)	428 (17,3)	287 (11,6)	130 (5,3)	2474 (100,0)
Ženy	2939 (56,3)	1011 (19,4)	860 (16,5)	413 (7,9)	5223 (100,0)
Celkem	4568 (59,3)	1439 (18,7)	1147 (14,9)	543 (7,1)	7697 (100,0)

Zdroj: Podle Žaludek et al., 2023

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 %.

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, $p < 0,001$) a „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, $p < 0,001$) a „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 oblastí 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, $p < 0,001$) a „bez obtíží se vyrovnávám s neúspěchem u zkoušek a testů“ (OR = 0,50, 95% CI: 0.41–0.61, $p < 0,001$) jsou faktory protektivní. Ostatní analyzované faktory jsou shrnuty v Tabulce 18.

Tabulka 18 Vícerozměrná analýza rizikových a protektivních faktorů pro výskyt MSDR

Faktory	OR	95% CI	p-hodnota
Ženské pohlaví	1.25	1.07 – 1.47	0,005
Introverze	1.27	1.09 – 1.48	0,002
Častější tělesná onemocnění	1.27	1,08 – 1,50	0,005
Diagnostikovaná nebo pravděpodobná duševní porucha	3.72	3.22 – 4.31	<0,001
Předchozí pokus o sebevraždu	2.15	1,71 – 2,71	<0,001
Kouření tabáku	1.25	1,08 – 1,46	0,003
Kouření marihuany	1.31	1,08 – 1,59	0,007
Spokojenost s výběrem školy či oblastí studia	0,36	0,29 – 0,44	<0,001
Bez obtíží se vyrovnávám s neúspěchem u zkoušek a testů	0,50	0,41 – 0,61	<0,001
Dostatek času na zájmy a přátele	0,47	0,40 – 0,54	<0,001
Časté osobní problémy	5.26	4.41 – 6.28	<0,001
Významný dopad pandemie COVID-19 na respondenta	2.58	2,25 – 2,96	<0,001

Zdroj: Podle Žaludek, et al., 2023

4.5.3 Diskuse k publikaci

Výsledky jsou samy o sobě alarmující, zejména však v kontextu tématu rizika sebevražděného jednání, které je s výskytem deprese asociováno (Kapitola 1.2.2). Celkem 22,4 % všech studentů Univerzity Karlovy vykazuje příznaky středně těžké až těžké deprese, tedy v intenzitě, která vyžaduje nezářídka již medicínské řešení. Ve spojení s nedostatkem kvalifikovaných odborníků v oblasti péče o duševní zdraví je tento nález ještě více naléhavým, jelikož v současné době není zaveden standardizovaný pokyn pro záchyt osob v riziku sebevraždy ani v primární péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Tyto výsledky mají upozornit na důležitost péče o duševní zdraví vysokoškolských studentů, a mohou podpořit vznik preventivních postupů, například zajištěním péče na univerzitních zdravotnických centrech, která fungují v zahraničí. V takovém případě by bylo možné implementovat standardizovaný postup detekce rizika sebevraždy přímo v těchto centrech.

Znepokojujícím nálezem je totiž celoživotní prevalence sebevražděných pokusů u studentů lékařských fakult (5,73 %) a všech studentů (6,96 %). Ve srovnání s celosvětovou celoživotní prevalencí sebevražděných pokusů studentů medicíny (2,20 %) (Tsegay *et al.*, 2020) a všech vysokoškolských studentů (3,10 %) (Crispim *et al.*, 2021) je toto číslo překvapivě vysoké.

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.

4.5.4 Závěr

Data studie podporují nutnost časně detekce symptomů duševních poruch v rámci preventivního přístupu, a to včetně screeningu rizika sebevražděného 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 vělenit také praktické semináře a vzdělávací aktivity zaměřené na konkrétní možnosti prevence dopadů stresu a jeho zvládání a předcházení vzniku či prohloubení duševních obtíží, jako je deprese, úzkostné poruchy, užívání návykových látek či sebevražděné 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).

4.6 Souhrnná diskuse k publikacím

Předložené komentáře vydaných publikací podtrhují 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, 2020).

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 (Kapitola 4.5.2), což může vést k vyššímu počtu hospitalizovaných klientů. 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.

System 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.

Do budoucna se tak otevírá například možnost výzkumů pro překlad a validizaci škál zmíněných v Teoretické části, například C-SSRS, a jejich implementaci. 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).

5 Návrh standardizovaného procesu časné identifikace rizika sebepoškození pacientů pro psychiatrická lůžková pracoviště

Doporučení standardizovaného procesu časné identifikace rizika sebepoškození pacientů pro psychiatrická lůžková pracoviště vychází z Teoretické části dizertační práce a publikací uvedených v kapitole 4. Při tvorbě metodického pokynu je respektován cyklus PDCA, se zdůrazněním potřeby fáze *check*, tedy vyhodnocování efektivity kroků i celého procesu pomocí auditní činnosti.

Metodický pokyn je předkládán v obecné formulaci, kterou je možné převést do vnitřních předpisů psychiatrických lůžkových pracovišť. Konkrétní zvolené nástroje, úrovně dohledu a další elementy vycházejí z individuální analýzy rizik dané organizace, přičemž jejich příklady, které se osvědčují zejména v zahraničí, byly zmíněny v Teoretické části práce a Kapitole 4 (úrovně dohledu, kontrolní listy bezpečného prostředí, nástroje hodnocení rizika sebevraždy a další). Kurzívou je odlišeno podrobné vysvětlení obecného znění metodického pokynu. Poznámkou pod čarou jsou pro příklad uvedeny vhodné škály.

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

Článek 1

Tento metodický pokyn upravuje zpracování procesu časné 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.

Organizace vybere standardizovanou škálu pomocí principů EBM², se kterou prokazatelně, tedy při auditní činnosti doložitelně a efektivně seznámí personál. Efektivitu seznámení je v souladu s principy PDCA potřeba měřit, například kontrolou v provozu, dotazováním a podobně.

(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.

Organizace musí stanovit, jak se bude postupovat v případě, že pre-screeningovou škálu nebude možné použít, například u pacientů s těžkým syndromem demence, nekomunikujících, pacientů v katatonním stavu a podobně.

² Pro pre-screening je vhodná například škála ASQ – *Ask Suicide Questions*, blíže v Teoretické část dizertační práce.

Důvody, proč nebyla škála použit, musí být identifikovatelné ve zdravotnické dokumentaci (buď přímo, nebo tak musí vyplynout například z textu příjmového vyšetření), a organizace dále musí určit, jak mají přijímající pracovníci na takovou situaci reagovat (považovat automaticky riziko u pacienta za vyšší, četnější přehodnocování, větší důraz na hodnocení projevů a chování a podobně).

(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).

U některých pacientů, například u takových, kteří jsou hospitalizováni přímo pro riziko realizace sebevraždy, po proběhlém sebevražedném pokusu, depresivních pacientů a dalších, je možné pre-screening vynechat a přistoupit přímo k podrobnějšímu hodnocení a formování individuálního plánu péče. Organizace takové skupiny pacientů identifikuje, aby vynechání pre-screeningu probíhalo standardním způsobem a snížila se tak variabilita procesu hodnocení rizika a výstupů. Rozhodnutí o konkrétních skupinách pacientů musí vycházet z analýzy rizik na daném pracovišti.

(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.

Tento krok navazuje na bod (2). U některých pacientů není možné použít pre-screeningový nástroj z důvodu snížené kontroly impulzů, zdravotních důvodů, poruše komunikace. Organizace pak musí svým pracovníkům poskytnout vodítka, jak mají postupovat. Například u nekomunikujících pacientů může stanovit častější kontakt s personálem, zajistit soustavný dohled.

V žádném případě pak nelze argumentovat jazykovou bariérou. Za zajištění tlumočnických služeb pro vyšetření je organizace zodpovědná (Šustek et al., 2016). Tyto služby je možné zajistit telefonicky, pomocí nástrojů pro videokonference a podobně.

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

Při zjištění rizika sebevražedného jednání je potřeba zajistit adekvátní reakci – podrobnější vyšetření. Organizace musí rozhodnout, jestli bude realizováno ihned po pre-screeningu, nebo až po zahájení hospitalizace na daném konkrétním oddělení. Důležité je, aby reakce obsahovala standardizované položky (například kdy bude realizováno podrobné vyšetření, úroveň dohledu, frekvenci přehodnocení).

K výše uvedenému účelu lze využít úprav nemocničních informačních systémů, které v případě identifikace pacientů v riziku sebepoškození mohou poskytnout strukturovanou ordinaci (automatické nabídnutí úrovně dohledu, požadavek na plánování přehodnocení rizika, určení oddělení s dostatečně bezpečným prostředím pro pacienty v daném riziku a další kroky). Standardizací tohoto kroku a automatizací lze předejít pochybením a variabilitě výstupů.

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

Jak bylo uvedeno v Teoretické části práce, komunikace bývá obecně častou kořenovou příčinou výskytu nežádoucích událostí. Ztráta informace o tom, že pacient má rámci v pre-screeningu pozitivní výsledek, zejména, pokud podrobnější vyšetření bude realizováno až na cílovém oddělení, může mít fatální následky. Organizace proto zavede postup předávání této informace – například na specifickém místě elektronické či listinné zdravotnické dokumentace a podobně.

(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.

Předání informace je potřeba realizovat formou, která je adekvátní potřebám pacientů, například pokud mají potíže s porozuměním mluvené řeči a podobně. Pokud si to pacienti přejí, mohou určit osoby, které budou mít přístup k těmto informacím rovněž (World Health Organization, 2012; Šustek et al., 2016).

Článek 4

Screening a přehodnocení rizika sebepoškození

(1) Organizace zvolí a zavede do praxe EBM škálu pro podrobnější hodnocení (screening)³ 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.

Obdoba (1) Článku 3, organizace zvolí EBM škálu pro podrobnější hodnocení rizika, možné příklady byly uvedeny v Teoretické části práce.

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

Navazující bod na (1), který stanovuje, že s EBM nástrojem je potřeba seznámit personál, který jej bude využívat. Je potřeba respektovat zásadu PDCA cyklu⁴, tedy během auditní činnosti (Článek 8) rovněž vyhodnocovat efektivitu použití zvolené škály, zjišťovat limity, bariéry při jejím používání a podobně.

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

Obdoba bodu z předchozího článku, tedy potřeba standardizované ordinace. Je důležité poznamenat, že se tím nemyslí plošný přístup k pacientům. U takových, kde je riziko chronické, ale ne akutní, je potřeba tento stav jednoznačně popsat a zdůvodnit, proč je zvolen jiný než standardní postup.

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

Analogicky jako v předchozím článku metodického pokynu.

³ Pro podrobnější screeningové vyšetření je vhodná například C-SSRS škála (*Columbia Suicide Severity Rating Scale*) a další škály uvedené v Teoretické části práce.

⁴ PDCA cyklus byl podrobně rozebrán v Teoretické části. V rámci fáze *check* (kontrola) jsou vyhodnocována implementovaná opatření; v tomto případě během auditní činnosti vyhodnotit, zda vybraná škála přináší požadované výsledky či nikoli.

(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.

Tento bod reflektuje opět potřebu přehodnocování, tedy respektuje dynamiku vývoje rizika sebepoškození. Nezbytné je, aby důvody pro přehodnocení byly stanoveny jednoznačně, a všichni pacienti byli srozumitelně informováni o důvodech.

(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.

Analogie předchozího článku (bod 7). Porozumění důvodům, proč dochází k určitým opatřením a preventivním úkonům, zvyšuje pozitivní zkušenost pacientů, což je důležitou stránkou kvality péče (Lachman et al., 2022).

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.

Jelikož vyhodnotit riziko sebepoškození nelze přesně, je potřeba kombinovat dostatečný kontakt s pacienty a bezpečné prostředí, jak bylo rozvedeno v Teoretické části práce a Kapitole 4. Frekvence kontaktu (úroveň dohledu) je pro pacienty v riziku sebepoškození vyšší.

(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 (*náplň tohoto bodu není součástí cíle disertační práce a svou podrobností převyšuje rozsah textu*)

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

Jako v případě reakce na pre-screening a screening rizika sebepoškození, i u tohoto bodu je vhodný standardizovaný postup, například automatická struktura položek příjmového vyšetření a plánu péče pomocí nemocničního informačního systému.

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

Je rozhodnutím organizace, zda bude plán povinnou součástí všech denních záznamů, speciálních záznamů a podobně. Podstatné ovšem je, aby jednak všichni pracovníci, kteří s plánem pracují, k němu měli přístup, a aby se dokumentování individuálního plánu dělo v souladu s předpisy nemocnice, tedy standardizovaným způsobem.

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

Neustálá komunikace o potřebách a pacientů a jejich přáních je důležitou součástí kvality péče, jak bylo uvedeno. Navíc komunikace o sebevražedných myšlenkách a otevřenost tématu působí protektivně (Simon et al., 2012).

Článek 6

Řízení rizik v prostředí organizace

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

Organizace se musí v první řadě rozhodnout, zda bude hodnocení rizik v prostředí samostatným procesem, nebo bude součástí běžných pravidelných provozních prohlídek.

V každém případě je potřeba stanovit zodpovědné osoby (bod 2) a poskytnout takovým pracovníkům náležité školení a nástroje, například kontrolní listy.

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

Pro hodnocení rizika sebepoškození, ale i například násilného jednání, existují již rozsáhlé zdroje. Problematika je komplexní, a proto je účelné identifikovat osoby, které budou mít pro danou oblast kompetence i kvalifikaci.

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

Jsou-li v prostředí zjištěna rizika, například odlomené dlaždice, nevhodné kliky a jiné vybavení, je potřeba dokumentovat jejich výskyt, rozhodnout se o vyhodnocení naléhavosti (prioritizovat) a termínovat implementaci nápravného opatření, například v plánu investic či jiném dokumentu, který si stanoví vedení organizace. Důležité je během auditní činnosti (Článek 8) vyhodnocovat efektivitu

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

Kontrolní list může organizace převzít, vytvořit si vlastní na základě vlastní analýzy rizikových faktorů, případně již vytvořený checklist upravit podle svých potřeb. Možné jsou rovněž i provozní prohlídky, kdy je však větší nárok na pozornost a paměť auditora.

(5) Organizace definuje rozdělení oblastí podle rizikovosti.

Organizace může rozdělit oblasti jednoduše dle přístupnosti pacientům, případně podle schémat uvedených v Teoretické části a Kapitole 4. Rozdělení napomáhá prioritizaci a umožňuje rovněž vytvoření již zmíněné ordinace pro pacienty v riziku – při stratifikaci oddělení a prostředí lze totiž vytvořit hierarchii pracovišť dle úrovně bezpečí prostředí, a pacienty s nejvyšší mírou rizika hospitalizovat podle jejich individuálních potřeb.

(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

Každá oblast potřebuje specifická preventivní opatření, která vycházejí z analýzy daného prostředí. Tam, kde není z důvodu potřeby zajištění soukromí možné, je třeba realizovat přímý dohled personálem, nebo kde nejsou jiní pacienti, kteří mohou na rizikové chování upozornit, je potřeba větší míry implementace bezpečného vybavení.

Článek 7

Personální oblast

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

Tímto bodem se míní potřeba zajištění soustavného školení personálu o dané problematice, včetně reakce na riziko (tedy standardizovaný postup zvládnání, jak bylo uvedeno výše). Pracovníky je potřeba s těmito postupy pravidelně seznamovat, aby se zajistila implementace upraveného procesu v souladu s metodikou PDCA.

(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).

Obdobně jako u bodu (1), tentokrát je cíleno na komunikační tok i směrem k pacientům a jejich blízkým a podpůrným osobám. Otevřená komunikace o tématu riziko realizace snižuje, navzdory určitým mýtům o sebevraždách (Simon et al., 2012).

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

Organizace musí určit, jakým způsobem bude efektivitu vyhodnocovat a jak často, opět v souladu s metodikou PDCA. Může to být například pozorováním procesů v rámci auditní činnosti, dotazování pracovníků, e-learning s následným testováním. Důležité je, aby s výsledky bylo dále pracováno a školení se upravilo, není-li efektivita dostatečná.

Vůbec nejzásadnější je však styl komunikace při auditní činnosti, neboť nesankční prostředí, kdy se zjištěné neshody využívají jako příležitost pro zlepšení a zkvalitnění praxe, je zásadním prvkem, který napomáhá implementaci standardizovaných procesů (Lachmann et al., 2022).

Audit činnost nemá být vnímána jako impulz pro hledání pochybení a následné sankce, ale jako užitečný nástroj, který umožňuje vyhledávat konkrétní rizika v procesu. Tím je umožněno jednak společné učení všech pracovníků, a je rovněž zvyšována úroveň bezpečí jak pacientů, tak personálu.

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.

Kontrola (fáze check PDCA cyklu) je velmi důležitou součástí zvyšování kvality a bezpečí, jelikož bez vyhodnocování efektivity a analýzy dat není možné určit, zda ke zlepšení došlo. Jelikož je auditní činnost rovněž jedním z procesů, i ta by měla podléhat kontrole. Metodicky lze na složení týmu odkázat na Věstník 16/2015 MZČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015), a dále na vyhlášku č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, respektive na novelizaci, již je vyhláška č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče (Ministerstvo vnitra České republiky, 2024).

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

Jedná se o klíčový krok. Je nutné vytvořit kontrolní mechanismus plnění všech uvedených procesů. Může být opět využito kontrolních listů, například při studiu uzavřené zdravotnické dokumentace zjišťovat, zda je úplná, při pozorování procesu pomocí checklistu hodnotit, zda pracovníci mají náležitou erudici a schopnosti.

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

Tento bod navazuje na předchozí. Nemá smysl měřit indikátory, pokud s výsledky není dále pracováno. Celý auditní systém nemá sloužit k tomu, aby se na jeho základě udělovaly pracovníkům sankce, ale aby poskytl informace o tom, kde je proces rizikový a vyžaduje upravení.

(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.

Celý systém řízení kvality a rizik nutně vyžaduje, aby se s výsledky seznámili všichni zainteresovaní, aby změny v procesech, které mohou být někdy náročné, dávaly smysl, což ovlivňuje motivaci personálu (Lachman et al., 2022). Seznámení může být různé, na seminářích, poradách, pomocí oběžníků, avšak i zde je nezbytné sledování efektivity komunikace.

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 dušených 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 Kapitole 4 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 PDCA a řízení rizik, které byly uvedeny v Teoretické části práce. Tento navrhovaný proces si neklade za cíl určit konkrétní nástroje pro hodnocení rizik sebepoškození či bezpečného prostředí, Teoretická část práce však nabízí 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.

Souhrn

Tématem dizertační práce je „Standardizace časně 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, který 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 časně detekce rizik sebepoškození v dětství a adolescenci a prevalenci symptomů deprese a sebevražedných pokusů u studentů Univerzity Karlovy. Poslední dvě publikace širěji 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. Prostředí 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.

Seznam použitých zkratek

ASQ – Ask Suicide Questions Tool

BSC – Balanced Scored Card

BDI-II – Beck Depression Inventory II

BHS – Beck Hopelessness Scale

BSS – Beck Scale for Suicide Ideation

CAMH – Center for Addiction and Mental Health

CI – Confidence Interval

CNS – Central Nervous System

C-SSRS – Columbia-Suicide Severity Rating Scale

č. – Číslo

ČLS – Česká lékařská společnost

ČSÚ – Český statistický úřad

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize

EBM – Evidence Based Medicine

e.g. – Exempli Gratia

etc. – Et Cetera

EP – Element of Performance

FMEA – Failure Modes and Effects Analysis

GSIS – Geriatric Scale for Suicide Intent

IALMH – International Academy of Law and Mental Health

IF – Impakt faktor

JCI – The Joint Commission International

NGASR – Nurses Global Assessment of Suicide Risk

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

MSDR – Moderate and Severe Depression Rate

OR – Odds Ratio

PDCA – Plan-Do-Check-Act cycle

PDSA – Plan-Do-Study-Act cycle

PSČLSJEP – Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně

NPSG – National Patient Safety Goal

QI – Quality Indicator

QM – Quality Measure

RBC – Resortní bezpečnostní cíl

RCA – Root Cause Analysis

RFL – Reasons for Living Inventory

SAK – Spojená akreditační komise

Sb. – Sběrka zákonů České republiky

SBQ – Suicidal Behaviours Questionnaire

SIS – Suicide Intent Scale

SPS – Suicide Probability Scale

SSI-M – Modified Scale for Suicide Ideation

TQM – Total Quality Management

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

WHO – World Health Organization

Seznam obrázků

Obrázek 1 Domény kvality ve zdravotnictví	9
Obrázek 2 Donabedianův model péče ve zdravotnictví	10
Obrázek 3 Donabedianovy dimenze kvality	10
Obrázek 4 Kořenové příčiny záměrného sebepoškození 1996–2003	13
Obrázek 5 Cyklus PDCA	14
Obrázek 6 Kroky auditu.....	15
Obrázek 7 Rozdělení chování spojeného se sebepoškozením	16
Obrázek 8 Srovnání mechanismů sebepoškození mezi obecnou populací a pacienty psychiatrických a nepsychiatrických lůžkových zařízení	19
Obrázek 9 Ligature resistant klika	24
Obrázek 10 Ligature resistant věšák na oblečení.....	25
Obrázek 11 Ligature resistant vodovodní kohoutek	25
Obrázek 12 Ligature resistant zámek.....	26
Obrázek 13 Úrovně dohledu dle NICE, 2015	26
Obrázek 14 Úrovně dohledu dle NICE, 2005	27
Obrázek 15 Proces řízení rizika sebevraždy pro hospitalizované klienty	33
Obrázek 16 C-SSRS, Kroky 1 a 2.....	37
Obrázek 17 C-SSRS, Krok 3	38
Obrázek 18 C-SSRS, Kroky 4 a 5.....	39
Obrázek 19 Bezpečí prostředí českých akutních psychiatrických pracovišť.....	50
Obrázek 20 Filtr rizikových předmětů, observace a přístupnost pokojů	51
Obrázek 21 Hodnocení a přehodnocování rizika sebevraždy na českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích.....	52
Obrázek 22 Přítomnost vnitřních předpisů	53
Obrázek 23 Využití nástrojů řízení rizika sebevraždy na českých lůžkových psychiatrických pracovištích.....	53
Obrázek 24 Kořenové příčiny medicínských pochybení 1993-2003.....	56
Obrázek 25 Kořenové příčiny sebepoškození hospitalizovaných pacientů 1996-2003	57
Obrázek 26 Mechanismy sebevražedných pokusů na českých akutních lůžkových psychiatrických pracovištích.....	65

Seznam tabulek

Tabulka 1 Mechanismy dokonáných sebevražd v České republice 2017–2021	17
Tabulka 2 Relativní riziko pro úmrtí sebevraždou	21
Tabulka 3 Varovné známky a rizikové faktory sebepoškození se záměrem sebevraždy	22
Tabulka 4 Checklist bezpečného prostředí podle The Joint Commission	29
Tabulka 5 Rizikové faktory pro vyšetření před hospitalizací	32
Tabulka 6 Obecná kritéria pro screeningový program	33
Tabulka 7 Nástroj ASQ pro screening rizika sebevraždy	34
Tabulka 8 Přehled škál pro hodnocení rizika sebevraždy	36
Tabulka 9 Srovnání škál SAD PERSONS a SAD PERSONAS	40
Tabulka 10 Kritické úseky pro přehodnocení rizika sebevraždy	41
Tabulka 11 Standardy SAK a JCI zaměřené na oblast řízení rizika sebepoškození	44
Tabulka 12 Rizikové faktory sebevražedného chování u dětí a mladistvých	61
Tabulka 13 Specifika sebevražedného chování dětí a mladistvých oproti dospělým	62
Tabulka 14 Úrovně prostředí psychiatrických lůžkových pracovišť	66
Tabulka 15 Návrh minimálního obsahu kontrolního listu pro bezpečí prostředí psychiatrických pracovišť	67
Tabulka 16 Základní sociodemografické charakteristiky souboru	70
Tabulka 17 Rozložení výskytu forem deprese mezi studenty Univerzity Karlovy	71
Tabulka 18 Vícerozměrná analýza rizikových a protektivních faktorů pro výskyt MS DR	72

Seznam publikací, přednášek a posterů autora

Publikace

Monografie

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

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.

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 Newtork 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.

Seznam použitých zdrojů a literatury

Andreotti, ET. et al. (2020) Instruments to assess suicide risk: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother.* 42(3): 276-281.

Atkinson, S. et al. (2010) Defining quality and quality improvement. *Clin Med (Lond).* 10(6): 537-539.

Balan, Y. et al. (2017) *Big Book of Emergency Department Psychiatry, "A Guide to Patient Centered Operational Improvement"*. New York : Productivity Press. ISBN 978-1-138-19807-4.

Ballard, ED. et al. (2008) Suicide in the Medical Setting. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 34(8): 474-481.

Bates, DW. et al. (2023) The Safety of Inpatient Health Care. *The New England Journal of Medicine.* 2(388): 142-153.

Betto, F. et al. (2022) The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *Int J Environ Res Public Health.* 19(6): 10291.

Brennan, TA. et al. (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 324(6): 370-376.

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.

Busch, KA. et al. (2003) Clinical correlates of inpatient suicide. *Journal of Clinical Psychiatry.* 64: 14–19.

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

Center for Disease Control and Prevention (2016) High School Youth Risk Behaviour Survey Data 1991 - 2015. [Online] 2016. [Citace: 1. 12 2023.] Dostupné z: <https://nccd.cdc.gov/Youthonline>.

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

Costantini, L. et al. (2021) A breakthrough in research on depression screening: from validation to efficacy studies. *Acta Biomed.* 92(3): e2021215.

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.

Česká republika (2012) Hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. *www.mzcr.cz.* [Online] [Citace: 20. 10 2023.] Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/10555/23722/Vyh1%C3%A1%C5%A1ka_%C4%8D._1022012_Sb.,_o_hodnocen%C3%AD_kvality_a_bezpe%C4%8D%C3%AD_l%C5%AF%C5%BEkov%C3%A9_zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De\[1\].pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/10555/23722/Vyh1%C3%A1%C5%A1ka_%C4%8D._1022012_Sb.,_o_hodnocen%C3%AD_kvality_a_bezpe%C4%8D%C3%AD_l%C5%AF%C5%BEkov%C3%A9_zdravotn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De[1].pdf).

Český statistický úřad (2023) Sebevraždy. [Online] [Citace: 30. 9 2023.] Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj.

De Leo, D. et al. (2010) Suicides in psychiatric in-patients: what are we doing wrong? *Epidemiol Psychiatr Sci.* 19: 8–15.

de Vries, EN. et al. (2008) The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 17(3): 216-223.

Donabedian, A. (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring.* Ann Arbor : Heath administration press. ISBN 978-0914904489.

Donabedian, A. (1980) *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment.* Ann Arbor : Health Administration Press. ISBN 978-0914904489.

Donabedian, A. (1988) The quality of care: How can it be assessed? *JAMA.* 260(12): 1743–1748.

Dušek, K. et al. (2015) *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Praha : Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

From, L. et al. (2012) *Architecture as Medicine - The Importance of Architecture for Treatment Outcomes in Psychiatry.* Uppsala : ARQ – the Architecture Research Foundation. ISBN 978-91-978215-4-4.

Giddens, JM. et al. (2014) The Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS): Has the "Gold Standard" Become a Liability? *Innov Clin Neurosci.* 11(9-10): 66-80.

- Gratz, KL. et al. (2015).** Diagnosis and Characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder Using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*. 22(5): 527-539.
- Gregoire, S. et al. (2018)** The use of acceptance and commitment therapy to promote mental health and school engagement in university students: a multisite randomized controlled trial. *Behav Ther*. 49(3): 360-372.
- Hart, Ch. (2014)** *A Pocket Guide to Risk Assessment & Management in Mental Health*. New York : Routledge. ISBN 978-0-415-70258-4.
- Health Service Executive (2018)** [Online]. [Citace: 20. 10 2023.] Dostupné z: <https://www.hse.ie/eng/services/publications/mentalhealth/riskmanagementinmentalhealth.pdf>.
- Hermann, RC. (2005)** *Improving Mental Healthcare: A Guide to Measurement-Based Quality Improvement*. Washington DC : American Psychiatric Publishing, Inc. ISBN 978-1585620883.
- Herzberg, SR. (1990)** Client or patient: Which term is more appropriate for use in occupational therapy. *Am. J. Occup. Ther*. 44(6): 561–563.
- Hockberger, RS. et al. (1988)** Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med*. 6(2): 99-107.
- Hom, MA. et al. (2016)** Limitations of a single-item assessment of suicide attempt history: Implications for standardized suicide risk assessment. *Psychol Assess*. 28(8): 1026-1030.
- Horowitz, LM. et al. (2020)** Validation and Feasibility of the ASQ Among Pediatric Medical and Surgical Inpatients. *Hosp Pediatr*. 10(9): 750-757.
- Horowitz, LM. et al. (2020)** Validation of the Ask Suicide-Screening Questions for Adult Medical Inpatients: A Brief Tool for All Ages. *Psychosomatics*. 61(6): 713-722.
- Hunt, IM. et al. (2012)** Ligature points and ligature types used by psychiatric inpatients who die by hanging. *Crisis*. 33: 87-94.
- Chammas, F. et al. (2022)** Inpatient suicide in psychiatric settings: Evaluation of current prevention measures. *Front Psychiatry*. 13: 997974.

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>.

Jazieh, AR. (2020) Quality Measures: Types, Selection, and Application in Health Care Quality Improvement Projects. *Glob J Qual Saf Healthc*. 3(4): 144–146.

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.

Kolář, J. et al. (2022) Role fyzických osob, kterým je poskytována zdravotní péče – terminologické poznámky. *Česká a slovenská farmacie*. 71: 13-19.

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.

Látalová, K. et al. (2015) *Suicidialita u psychických poruch*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-247-4305-9.

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

Limb, C. et al. (2017) How to conduct a clinical audit and quality improvement project. *Int J Surg Oncol (N Y)*. 2(6): e24.

Madan, A. et al. (2016) Psychometric reevaluation of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale: findings from a prospective, inpatient cohort of severely mentally ill adults. *J Clin Psychiatry*. 77(7): e867–e873.

Mannion, R. et al. (2018) Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ*. 363: k4907.

Marcus, SC. et al. (2021) Defining Patient Safety Events in Inpatient Psychiatry. *J Patient Saf.* 17(8): e1451-e1457.

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.bhfllc.com/_files/ugd/90e0a5_c067af6756a84f12964a5a406b698717.pdf.

Ministerstvo vnitra České republiky (2024) e-Sbírka. *Zákon č. 281/2023 Sb., kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony* [Online] [Citace: 2. 1 2024.] Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2023/281?zalozka=text>.

Ministerstvo vnitra České republiky (2024) e-Sbírka. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. [Online] [Citace: 2. 1 2024.] Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/372/2024-01-01?f=372%2F2011&zalozka=text>.

Ministerstvo vnitra České republiky (2024) e-Sbírka. *Vyhláška č. 262/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče* [Online] [Citace: 4. 1 2024.] Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2016/262?zalozka=dalsiInformace>.

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 (2018) Věstník č. 7/2018. [Online] [Citace: 20. 11 2023.] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15836/36083/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%207-2018.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>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2023) Kompetence lékařů. [Online] [Citace: 20.. 10. 2023.] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kompetence-lekaru-s-odbornou-zpusobilosti/>.

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.

Mullen, A. et al. (2022) Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *Int J Ment Health Nurs*. 31(5): 1090-1108.

Mundt, JC. et al. (2013) Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *J Clin Psychiatry*. 74(9): 887-893.

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_pripavuji_preventivni_opatreni.pdf.

National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness (2015) *In-patient Suicide Under Observation*. Manchester : University of Manchester.

National Institute for Health and Care Excellence (2005) *Violence: the short-term management of Disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments*. Clinical Guideline 25. London : National Institute for Health and Clinical Excellence.

National Institute for Health and Care Excellence (2015) *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. London : National Institute for Health and Clinical Excellence. ISBN: 978-1-4731-1234-6.

National Institute for Health and Care Excellence (2022) *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. London : National Institute for Health and Care Excellence (NICE). ISBN: 978-1-4731-4702-7.

- Necid, P. (2010)** *Prevence sebepoškození u hospitalizovaných pacientů v ČR, diplomová práce, vedoucí: MUDr. David Marx, Ph.D.* Praha : 3. lékařská fakulta, Kabinet veřejného zdravotnicví, Univerzita Karlova v Praze.
- Papežová, H. (2014)** *Naléhavé stavy v psychiatrii.* Praha : Maxdorf. ISBN 978-80-7345-425-8.
- Paris, J. (2021)** Can we predict or prevent suicide?: An update. *Prev Med.* 152(1): 106353.
- Pascarella, G. et al. (2021)** Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. *Risk Manag Healthc Policy.* 8(14): 2897-2911.
- 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.
- Powell, J. et al. (2000)** Suicide in psychiatric hospital in-patients: Risk factors and their predictive power. *he British Journal of Psychiatry.* 176(3): 266-272.
- Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně (2023)** Doporučené postupy. [Online] [Citace: 20.. 10. 2023.] Dostupné z: <https://psychiatrie.cz/deni/doporucene-postupy>.
- Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně (2023)** Doporučené postupy psychiatrické péče Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Psychiatrické vyšetření dospělého pacienta. [Online] [Citace: 1. 11 2023.] Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/obecna-psychiatrie/psychiaticke-vysetreni-dospaleho-pacienta>.
- Puthran, R. et al. (2016)** Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ.* 50(4): 456-468.
- Raboch J. et al. (2010)** *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III.* Brno : Tribun EU. ISBN 978-80-7399-984-1.
- Raboch, J. et al. (2014)** *Doporučené postupy psychiatrické péče IV.* Olomouc : Psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN 978-80-260-5792-5.

- 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.
- Ruff, F. et al. (2018)** Suicides of Psychiatric Inpatients - A Systematic Recording in Switzerland of the Years 2000 to 2010. *Psychiatr Prax*. 45(6): 307–313.
- Ryan, EP. et al. (2020)** Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 18(2): 89-99.
- Sakinofsky, I. (2014)** Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatry*. 59: 131-140.
- Sarkhel, S. et al. (2023)** Clinical Practice Guidelines for Management of Suicidal Behaviour. *Indian J Psychiatry*. 65(2): 124-130.
- Seifertová, D. et al. (2008)** *Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. Praha : Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ. ISBN 978-80-87135-10-5.
- 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.
- Speechley, M. et al. (2017)** Screening in Public Health and Clinical Care: Similarities and Differences in Definitions, Types, and Aims - A Systematic Review. *J Clin Diagn Res*. 11(3): LE01-LE04.
- Štefan, J. et al. (2012)** *Soudní lékařství a jeho moderní trendy*. Praha : Grada. ISBN: 978-80-247-3594-8.
- Šupšáková, P. (2017)** *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.
- Šustek, P. et al. (2016)** *Zdravotnické právo*. Praha : Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7552-321-1.
- Taylor, MJ. et al. (2014)** Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 23: 290-298.
- The Columbia Lighthouse Project (2023)** The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) Supporting Evidence. [Online] [Citace: 11. 11 2023.] Dostupné z:

https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/CSSRS_Supporting-Evidence_Book_2023-05.pdf.

The Joint Commission (2005) *What every health care organization should know about sentinel events*. Oakbrook Terrace : Joint Commission Resources. ISBN 9780866889117.

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

The Joint Commission (2017) Special report: Suicide prevention in health care settings: Recommendations regarding environmental hazards for providers and surveyors. *Jt Comm Perspect.* 37(11): 3-7.

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.

The Joint Commission (2023) Sentinel Event Policy and Procedures. [Online] [Citace: 15. 10 2023.] Dostupné z: <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-policy-and-procedures/>.

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.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (2023) Národní portál Systém hlášení nežádoucích událostí. [Online] [Citace: 20. 9 2023.] Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/obecna-metodika/>.

Vermeulen, JM. et al. (2018) Predictors of Adverse Events and Medical Errors Among Adult Inpatients of Psychiatric Units of Acute Care General Hospitals. *Psychiatr Serv.* 69(10): 1087-1094.

Wachter, RM. (2012) *Understanding patient safety*. New York : McGraw-Hill Medical. ISBN 978-0-07-176578-7.

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

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.

Wilson, JM. et al. (1968) Principles and practise of mass screening for disease. *Bol Of Sanit Panam.* 65(4): 281–393.

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.

Wisłowska-Stanek, A. et al. (2020) Neurobiological Basis of Increased Risk for Suicidal Behaviour. *Cells.* 10(10): 2519.

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 (2014) *Preventing suicide: a global imperative.* Geneva : World Health Organization. ISBN: 978 92 4 156477 9

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

World Health Organization (2022) Mental Disorders. [Online] [Citace: 30. 9. 2023.] Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.

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

Žaludek, A. (2017) Praktické řízení rizik na psychiatrii: přínosy kořenové analýzy a analýzy možných příčin a následků, doporučení do praxe. *Psychiatrie pro praxi.* 18(1e): e3-e9.

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

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.

Přílohy

Příloha 1. Žaludek, A. Sebevražedné jednání hospitalizovaných pacientů na českých psychiatrických lůžkových odděleních. *Psychiatrie pro praxi*. 2018, 19(2): 69-75.

Příloha 2. Žaludek, A. Bezpečí prostředí jako důležitý atribut redukce sebevražedného jednání hospitalizovaných pacientů. *Psychiatrie pro praxi*. 2018, 19(e1): e3-e11.

Příloha 3. 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.

Příloha 4. 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.

Příloha 5. 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.