




Pokušaj samoubojstva i samoubojstvo kao pokazatelj kvalitete i sigurnosti bolničkog sustava skrbi za psihičko zdravlje

Suicide attempts and suicides as determinants of quality and safety within hospital system of mental health care services

Marko Ćurković^{1,2} , Porin Makarić¹, Arian Bljakčori¹, Senka Repovečki^{1,4,5}, Jasna Mesarić³, Petrona Brečić^{1,2}

¹ Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

² Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Zagreb

³ Libertas međunarodno sveučilište, Zagreb

⁴ Zdravstveno veleučilište Zagreb

⁵ Sveučilište Sjever, Varaždin

Deskriptori

SAMOUBOJSTVO – statistički podatci;
POKUŠAJ SAMOUBOJSTVA;
PREVENCIJA SAMOUBOJSTVA; SIGURNOST PACIJENTA;
PSIHIJATRIJSKE BOLNICE; ČIMBENICI RIZIKA;
MJERE SIGURNOSTI; KVALITETA ZDRAVSTVENE SKRBI;
HRVATSKA – epidemiologija

Descriptors

SUICIDE – statistics and numerical data;
SUICIDE, ATTEMPTED; SUICIDE PREVENTION;
PATIENT SAFETY; HOSPITAL, PSYCHIATRIC;
RISK FACTORS; SECURITY MEASUREMENTS;
QUALITY OF HEALTH CARE; CROATIA – epidemiology

SAŽETAK. Bolnički dio sustava skrbi za psihičko zdravlje izložen je svim izazovima sigurnosti kao i drugi dijelovi bolničkoga zdravstvenog sustava, no mimo njih izložen je i dodatnim, jedinstvenim izazovima sigurnosti, od kojih je jedan svakako povezan s pružanjem skrbi za suicidalne bolesnike. Kao krajnja pojavnost kontinuuma suicidalnosti – samoubojstvo, posebice u bolničkom sustavu skrbi, može predstavljati valjani pokazatelj sigurnosti pružene skrbi. To prepoznaje i pravni okvir u Republici Hrvatskoj koji pokušaj samoubojstva i samoubojstvo razvrstava u neočekivani neželjeni događaj. Međutim, nastojanje sprječavanja (prevencije) samoubojstava i pokušaja samoubojstava bremenito je mnogobrojnim izazovima, a koje u ovom preglednom radu prikazujemo kroz nekoliko međusobno isprepletenih (pod)cjelina: procjenu i predviđanje suicidalnosti (to jest, opasnost od samoubojstva), prijam na bolničko liječenje, liječenje i nadzor tijekom bolničkog liječenja, otpust s bolničkog liječenja te daljnje praćenje po otpustu. Unatoč svim izazovima, sprječavanje samoubojstava je središnji izazov sigurnosti bolesnika u bolničkom sustavu skrbi za psihičko zdravlje.

SUMMARY. The hospital part of the mental health care system is exposed to all safety challenges as other parts of the hospital health care system in general, but besides them it is also exposed to additional, rather unique safety challenges, of which one is certainly related to the provision of care for suicidal patients. As the extreme manifestation of the continuum of suicidality – suicide, especially within the hospital part of health care system, can represent a valid indicator of the health care safety. The same is recognized by the legal framework in the Republic of Croatia, which classifies attempted suicide and suicide as an unexpected adverse event. However, efforts to prevent suicide and suicide attempts are fraught with numerous challenges, which we in this review article present through several interwoven (sub)units: assessment and prediction of suicidality (that is, the risk of suicide), admission to hospital, treatment and observation (oversight) during hospital treatment, discharge from hospital and further follow-up arrangements. Despite all the challenges, suicide prevention is a central challenge to patient safety in the hospital system of mental health care.

Bolnički dio sustava skrbi za psihičko zdravlje izložen je svim izazovima sigurnosti kao i svi drugi dijelovi bolničkoga zdravstvenog sustava općenito (poput, primjerice, pogrešaka u procjeni stanja bolesnika i u primjeni postupaka liječenja).¹ Ipak, uz navedene, bolnički dio sustava skrbi za psihičko zdravlje izložen je i dodatnim, jedinstvenim izazovima sigurnosti, a koji su odraz bilo prirode određenih psihičkih stanja ili poremećaja (poput primjerice opasnosti za sebe i/ili druge) bilo primjene nužnih postupaka za odgovor na iste (poput primjerice, primjene mjera prisile).²

Ipak, čini se kako su dosadašnja istraživanja u ovome području u većoj mjeri bila usmjerena na odrednice kvalitete skrbi, a u značajno manjoj mjeri na odrednice sigurnosti bolesnika.^{1,3} Osim toga, pa i unatoč već

prethodno izrečenom, čini se kako postoji dubok jaz između istraživanja (a time i razine dokaza) koja se bave sigurnošću bolesnika u zdravstvu općenito i onih koja se bave sigurnošću bolesnika u skrbi za psihičko zdravlje, u smislu da je potonja u značajno manjoj mjeri bila predmet istraživanja.^{1,3,4}

Nedavno objavljeni sustavni pregled literature izdvojio je sedam područja sigurnosti bolesnika u skrbi za psihičko zdravlje kojima su se bavila dosadašnja

Adresa za dopisivanje:

Doc. dr. sc. Marko Ćurković, dr. med., <https://orcid.org/0000-0002-4855-2133>,
Klinika za psihijatriju Vrapče, Bolnička cesta 32, 10000 Zagreb,
e-pošta: markocurak@gmail.com

Primljeno 13. listopada 2023., prihvaćeno 22. studenoga 2023.

istraživanja: upravljanje opasnostima; zdravstveni djelatnici; nadzor bolesnika; uključenost bolesnika; upotreba novih tehnologija; prijam i otpust te zaštita (*security*).⁵

Temeljem svega navedenog ne djeluje pretjerano zaključiti kako postoji izrazita potreba za istraživanjima sigurnosti bolesnika upravo u području skrbi za psihičko zdravlje.

Samoubojstvo, pokušaj samoubojstva i suicidalnost općenito i kao pokazatelj sigurnosti skrbi

Samoubojstvo je složen pojam koji je primjenjiv na sve smrti koje nastaju kao posljedica dobrovoljnog i namjernog čina oduzimanja vlastitog života.⁶ Na godišnjoj razini više od 700.000 osoba počinu samoubojstvo, što samoubojstvo uvrštava u deseti najčešći uzrok smrti u svijetu, zbog čega predstavlja i značajan javnozdravstveni izazov (iako ga takvim čine i neki dodatni podatci – primjerice da je četvrti uzrok smrti u dobi od 15 do 29 godine te sasvim bjelodana činjenica da jedno samoubojstvo izaziva čitav niz dodatnih zdravstvenih i drugih izazova).^{7,8}

Pokušaji samoubojstva i (ostvarena) samoubojstva razmjerno su „snažna“ mjera ishoda (sigurnosti i kvalitete) skrbi^{3,9} iz jednostavnog razloga jer se radi o razmjerno objektivnoj mjeri, što samoubojstvo kao mjeru ishoda razlikuje od mnogih drugih koje koristimo u procjeni skrbi za psihičko zdravlje, a koje su u svojoj naravi bremenite subjektivnošću (nerijetko, ako je primjenjivo, i onoga koji procjenjuje i onoga kojega se nastoji procijeniti). Uostalom, psihička oboljenja danas i dalje određuju skupine simptoma, a ne neki pomak nekih sasvim objektivnih pokazatelja (kao primjerice vrijednosti krvnog tlaka ili vrijednosti glukoze u krvi).

Međutim, suicidalnost je iznimno složena u svojoj pojavnosti. Ona u svojem kontinuumu seže od suicidalnih zamisli i/ili promišljanja (ideacija) do izvršenog samoubojstva.^{7,9} Ono što je vrlo važno za ovu raspravu jest da suicidalnost uključuje i samoozljeđujuća ponašanja koja u svojoj podlozi mogu imati bitno različite namjere (primjerice, od stvarne namjere okončanja života do namjere opuštanja napetosti ili prizivanja pomoći). Drugim riječima, sasvim isto djelo, primjerice, zarezivanje krvnih žila, može imati sasvim različito značenje (ovdje vrijedi kratko istaknuti kako namjere nerijetko osobama koje trebaju procjenjivati razinu suicidalnosti i ne moraju biti poznate).

S druge strane, čimbenici koji predodređuju (ili predisponiraju) suicidalnost, potiču je (ili precipitiraju) i podržavaju, više ili manje neposredno, iznimno su raznovrsni i mnogobrojni te su u vrlo složenom međusobnom odnosu.¹⁰ Osim toga, neki su od njih promjenjivi, neki

naprosto nisu, međutim, a što je vrlo važno napomenuti, većinom nisu biološki u užem smislu značenja te riječi.¹⁰

Sve navedeno uvelike određuje naše pristupe procjeni, sprječavanju i/ili liječenju suicidalnosti, a koji trebaju biti u mogućnosti obuhvatiti i utjecati na cijeli taj niz višestruko isprepletenih, više ili manje odlučujućih i udaljenih čimbenika suicidalnosti.^{10,11}

Dosadašnja istraživanja u ovome području ukazuju kako je liječenje u okvirima bolničkog sustava skrbi za psihičko zdravlje povezano s povećanom vjerojatnošću samoubojstava (kada uspoređujemo s općom populacijom, no, iako u znatno manjoj mjeri, i kada uspoređujemo s populacijom koja se liječi u okvirima izvanbolničkog sustava skrbi za psihičko zdravlje).^{12–16} No, udio samoubojstava u okvirima bolničkog sustava liječenja naspram svih samoubojstava u nekoj populaciji iznosi između 1 i 2% (prethodno se često govorilo o iznosu od oko 5%, što se ipak pokazalo vrlo pretjeranim).^{12,16} Drugim riječima, ogromna većina samoubojstava nije povezana s bolničkim liječenjem (ovdje treba naglasiti kako se i do gotovo trećine samoubojstava događa tijekom bolničkih liječenja koja nisu „psihijatrijska“).^{10,16}

Opasnost od samoubojstva u ovome smislu nije ravnomjerno raspodijeljena – ona je posebice izražena neposredno nakon prijma na bolničko liječenje te neposredno nakon otpusta iz bolnice (a povišena opasnost u odnosu na opću populaciju ostaje veća i sljedećih mjeseci, čak i godina).^{12,17–19}

U vodeće čimbenike rizika od samoubojstva kod osoba liječenih u bolničkom sustavu skrbi za psihičko zdravlje (dakle mimo postojanja psihičkog oboljenja) ubrajaju se: povijest prethodnog pokušaja samoubojstva, prisutnost usprednih tjelesnih smetnji i oboljenja (poput kronične boli ili općenito loše zdravstvene prognoze), nepovoljni društveni uvjeti, osjećaj beznađa, gubitak sposobnosti doživljavanja zadovoljstva (anhedonija), prisutnost izrazite psihičke boli te zlouporaba sredstava ovisnosti.^{13,15,20}

Način počinjenja samoubojstva uvelike ovisi, kako u ovome okruženju tako i inače, o dostupnim sredstvima. Najčešće se u bolničkom okruženju radi o vješanju, no može biti i na drugi način, poput primjerice zarezivanjem, gušenjem, skakanjem ili predoziranjem.^{12,21}

Izazovi sprječavanja (prevencije) samoubojstva u bolničkom sustavu skrbi za psihičko zdravlje

Iz dosadašnje literature može se izdvojiti čitav niz mjera koje se koriste u svrhu sprječavanja samoubojstva općenito te zasebno u bolničkom sustavu skrbi.^{21–24} U okvirima ovoga rada njima ćemo pristupiti kroz sagledavanje nekoliko, dakako međusobno ispreplete-

nih, (pod)cjelina: procjenu i predviđanje suicidalnosti (to jest, opasnosti od samoubojstva), prijam na bolničko liječenje, liječenje i nadzor tijekom bolničkog liječenja, otpust s bolničkog liječenja te daljnje praćenje po otpustu.

Procjena i predviđanje

Sasvim se razumnim prvim korakom sprječavanja samoubojstava čini procjena suicidalnosti. Za tu je svrhu tijekom vremena razvijen čitav niz različitih sredstava, no pokazuje se kako je predviđanje suicidalnosti na razini pojedine osobe iznimno zahtjevno.^{25,26} Zaključak većine istraživanja dosadašnjih pristupa i modela procjene pokušaja samoubojstava i samoubojstava jest da je njihova stvarna korist u smislu predviđanja smrtnosti ograničena.^{11,15,26,27} Osnovni izazov ovdje su oni koji su izdvojeni, a nisu trebali biti (lažno pozitivni), no i oni koji nisu izdvojeni, a trebali su biti (lažno negativni). Slično kao i kod procjene suicidalnosti (a to je dijelom i odraz njezina ograničenja), nedavni radovi ukazuju kako i kategorizacija bolesnika spram suicidalnog rizika u bolničkom sustavu skrbi ima vrlo ograničenu vrijednost (u smislu predviđanja budućih neželjenih događaja), uz isti osnovni izazov lažno (ne)izdvojenih.^{16,28} Uobičajene kategorije u tome smislu su one visoke, srednje i niske opasnosti (iako postoje i mnogo složenije, poput onih koje uključuju kategorije: prijeteća, trenutna, vrlo visoka, visoka, umjerena, niska i vrlo niska).¹⁶

Ipak, noviji pristupi naglašavaju kako svrha sustavnih procjena rizika suicidalnosti nije isključivo predviđeti samoubojstva, a što može djelovati paradoksalno, nego i omogućiti bolje razumijevanje odlučujućih čimbenika suicidalnosti u osobe te donošenje boljih odluka glede odabira odgovarajuće skrbi.^{29,30} Slijedom navedenog, procjena suicidalnosti treba se temeljiti na terapijskom odnosu, međusobnoj suradnji i osvijestjenosti o njezinim bitnim čimbenicima (uključivši i one uže medicinske, psihološke i društvene). Konačno, bez obzira na sva ograničenja, probir i procjena ostaju naprosto nužan prvi korak, no, a što je vrlo važno naglasiti, njih je naprosto nemoguće svesti na (mehaničku) primjenu nekih sasvim standardiziranih modela (nego moraju uključivati cjelokupno sagledavanje te osobe i njezinog okruženja, uz već manji ili veći naglasak na pojedine odlučujuće čimbenike).

Prijam

Odluka o prijemu bolesnika na bolničko liječenje između ostalog je određena i procjenom opasnosti koju ta osoba predstavlja za sebe i druge. Zakonski okvir većine razvijenih zemalja dozvoljava i prisilno, to jest, postupanje mimo ili protiv volje osobe.³¹ Ovdje se obično govori o dva nužna uvjeta: postojanju (teže) psihičke smetnje ili poremećaja koji je do te mjere oz-

biljan da zahtijeva liječenje i izravnoj opasnosti za život, zdravlje i sigurnost sebe ili drugih osoba. Opasnost za sebe, općenito govoreći, može biti posljedica djelovanja (kako obično i jest kod suicidalnosti, kada osoba čini nešto što ne bi trebala, primjerice, uzima veću količinu lijekova u namjeri da si oduzme život) ili izostanka djelovanja (kada osoba ne radi ono što bi trebala, primjerice ne jede i ne pije). U iznimnim slučajevima izrazite opasnosti mogu se primjenjivati i mjere prisile, to jest izdvajanje i/ili sputavanje. Sve su navedene mjere, a što je vrlo važno naglasiti, krajnje mjere, to jest, one koje primjenjujemo tek nakon što sve druge nisu polučile željene ishode (a primjenjuje ih se uvijek razmjerno opasnosti, od strane osoblja koje ih može provesti na ispravan način i tako dalje).

Ne mora se raditi samo o ovim krajnjim mjerama; s obzirom na razinu opasnosti osoba može biti zaprimljena na zatvoreni ili otvoreni odjel (a što onda određuje i čitav niz drugih stvari, primjerice, ograničenja posjedovanja osobnih stvari, slobodu kretanja i slično), može se primjenjivati različita razina nadzora i slično.^{21,32}

Dosadašnja istraživanja vezana uz utjecaj otvorenosti ili zatvorenosti samih prostora u kojima se pruža skrb nisu uspjeli pružiti konačne spoznaje niti preporuke.^{3,16} Vrijedi ovdje istaknuti kako određena istraživanja ukazuju kako je liječenje u okvirima otvorenih jedinica povezano s manjom vjerojatnošću pokušaja samoubojstava (što je uostalom i samorazumljivo, jer je to posljedica ipak nesumjerljivosti ovih populacija, a prije svega s obzirom na „težinu“ psihičkih smetnji i poremećaja).^{13,14} Slično je i kada se promatraju iskustva suicidalnih bolesnika. Nekima liječenje u okvirima zatvorenih odjela pruža osjećaj nužno potrebnog utočišta i sigurnosti, a nekima drugima osjećaj zarobljenosti.³³

Osim navedenog, kao jedna od mjera koja se ovdje (to jest, općenito tijekom ulaska u sustav skrbi) ponekad koristi jest i potpisivanje takozvanoga terapijskog ugovora (ili antisuicidalnih ugovora), no njihov učinak i dalje nije sasvim poznat.²¹

Liječenje i nadzor

Bolničko liječenje suicidalnih osoba ima nekoliko temeljnih svrha: izdvajanje osobe iz okruženja (koje je i dovelo do suicidalnosti), trenutno smanjenje uznemirenosti bolesnika, pružanje sustavne, cjelovite biopsihosocijalne procjene bolesnika te postavljanje dijagnoze (ili ponovna procjena već postavljene dijagnoze), pružanje podržavajuće i suosjećajne skrbi, pružanje sigurnog i zaštićenog okruženja, mogućnost nadziranja stanja bolesnika i daljnjeg prilagođavanja skrbi, pružanje (a često se radi o započinjanju) potrebnih postupaka liječenja te planiranja daljnje skrbi.^{19,22}

Dakako, u raspravi o liječenju ključno je naglasiti kako se ono treba temeljiti na postojećim, razmjerno dobro određenim postupnicima i smjernicama, vezanim uz liječenje možebitnih psihičkih smetnji i poremećaja u podlozi suicidalnosti (imajući na umu kako je prisutnost psihičkih oboljenja jedan od vodećih rizičnih čimbenika suicidalnosti).¹⁰ Ispravnim liječenjem u tome smislu, bilo ono temeljeno na lijekovima (psihofarmakoterapiji) ili razgovoru (psihoterapiji), znatno se utječe na sprječavanje samoubojstava. S obzirom na složenost (a prije svega raznovrsnost) uzročnih čimbenika suicidalnosti, sustav skrbi mora biti u stanju obuhvatiti što je više moguće njih, a posebice one koji su podložni promjeni. To svakako zahtijeva jedan vrlo cjelovit pristup, koji ne uključuje samo zdravstveni sustav.

Liječenje suicidalnosti općenito je bremenito jednim temeljnim proturječjem – onim između potrebe nadzora i pružanja skrbi (iako se ne radi ili se barem ne bi trebalo raditi o potpuno suprotstavljenim postupcima).

Kada govorimo o nadzoru, mimo već raspravljene otvorenosti ili zatvorenosti jedinice, on može uključivati nekoliko razina: opću, naizmjeničnu, unutar izravnog pogleda, unutar dosega.^{21,23} Ovdje je važno i tko nadzire pa se tako, osim naravno na vještine i sposobnosti onih koji nadziru, poseban naglasak stavlja i na njihov broj, to jest omjer spram bolesnika.

Općenito govoreći, fizičko okruženje u kojemu se suicidalna osoba liječi trebalo bi imati umirujući učinak te biti u tome smislu sigurno (primjerice u vidu nedostupnosti smrtonosnih sredstava, a ovdje svojevrsna nevolja jest što sredstva u tome smislu mogu biti zaista raznovrsna; zatim u vidu mogućnosti primjerenog nadzora i slično).^{23,27} Ovdje svakako treba izdvojiti jednu posebice vrijednu listu provjere u ovome smislu – *The Mental Health Environment of Care Checklist* (MHEOCC).³⁴ Ta je lista provjere razvijena upravo s namjerom procjene jedinica bolničkog sustava skrbi za psihičko zdravlje u smislu smanjenja vjerojatnosti pokušaja samoubojstava i samoubojstava.

Otpust i daljnje praćenje

Posebice je važno na ispravan način pristupiti otpustu s bolničkog liječenja suicidalnih osoba, a s obzirom na jasno utvrđenu povećanu razinu opasnosti od počinjenja samoubojstva neposredno nakon otpusta s bolničkih liječenja.^{17,18} To može proizlaziti iz nekoliko čimbenika: nedovoljno dugog bolničkog liječenja (primjerice, u razvijenim zemljama bolničko liječenje ovakvih bolesnika traje u pravilu između tri i deset dana), to jest, otpust s liječenja koje nije uspjelo ispuniti sve svoje svrhe; povratak u ono isto okruženje čije su nepovoljne odrednice dovele do suicidalnosti; napuštanje zaštićenih bolničkih uvjeta i općenito sustava skrbi

te visoka razina nesuradljivosti u pridržavanju predloženih stručnih preporuka.^{18,19} Primjerice, istraživanja iskustva suicidalnih bolesnika ukazuju kako njihova pojačana ranjivost u smislu suicidalnosti po otpustu proizlazi iz osjećaja izgubljenosti, neizvjesnosti, osamljenosti te anksioznosti povezane s napuštanjem „mjesto sigurnosti“.^{18,33}

Nekoliko mjera (ili pojmova) važno je za raspravu o primjerenom, sigurnom otpustu suicidalnih bolesnika s bolničkog liječenja.

Kao jedna od mjera u smislu sigurnosti otpusta koristi se izostanak suicidalnosti u razdoblju od 24 ili 48 sati.^{16,22} Međutim, izazov je u tome što postoji čitav niz razloga zašto bolesnici ne iskazuju suicidalnost ili pak izriekom niječu istu (ako su upitani) tijekom liječenja (a to može biti uostalom odraz i njezinog stvarnog tijeka). I ovdje je važnije tko, kada i na koji način traži ili pita nego što se traži ili pita. U tome smislu, od pukog izostanka suicidalnosti kao spremnost za otpust važniji je izostanak svih onih čimbenika (uključujući i osobi izvanjskih) koji mogu potaknuti suicidalnost te postojanje razumnog i prihvatljivog plana kako razriješiti te probleme ako se pojave. Ovdje se koristi pojam sigurnosnog planiranja (engl. *safety planning*), a koji se temelji se na suradnom pristupu skrbi koja je usmjerena ka osnaženju prilagodbenih sposobnosti, to jest oporavku.^{22,23}

Konačni, važno je i planirati daljnju skrb. U tome smislu, trenutne preporuke govore o potrebi vrlo ranog zakazivanja kontrolnih pregleda (ne dulje od 48 ili 72 sata nakon otpusta).^{16,19} Pritom je važno učiniti sve da bolesnik na taj pregled zaista i dođe, to jest djelovati na moguće prepreke dolasku. Ovdje se naglašava važnost upoznavanja bolesnika s osobama koje će ih kasnije pratiti i liječiti, obično u okvirima odvojenih izvanbolničkih sustava, no i uklanjanje nekih sasvim očitih prepreka – poput onih administrativnih (u smislu postojanja zdravstvenog osiguranja, naručivanja i slično), vremensko-prostornih i tako dalje.^{16,32}

Pokušaj samoubojstva i samoubojstvo kao pokazatelji sigurnosti bolničkog sustava skrbi u Republici Hrvatskoj

Prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (Narodne novine 79/2011) samoubojstvo ili pokušaj samoubojstva „u zdravstvenoj ustanovi i trgovačkom društvu ili unutar 72 sata od otpusta“ razvrstano je u neočekivane neželjene događaje. To znači kako su zdravstvene ustanove po nastanku istih dužne provesti postupak procjene mogućih uzroka te o nastanku istoga odmah izvijestiti ministarstvo nadležno za zdravstvo. Osim toga, ustanove su obvezne svaka tri mjeseca dostaviti izvješća o praćenju neočekivanih neželjenih događaja – prvotno Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdrav-

TABLICA 1. POJAVNOST SAMOUBOJSTVA I POKUŠAJA SAMOUBOJSTVA U BOLNIČKOM SUSTAVU SKRBI ZA PSIHIČKO ZDRAVLJE U REPUBLICI HRVATSKOJ I KLINICI ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE

TABLE 1. INCIDENCE OF SUICIDE AND SUICIDE ATTEMPTS IN THE HOSPITAL MENTAL HEALTH CARE SYSTEM IN THE REPUBLIC OF CROATIA AND UNIVERSITY PSYCHIATRIC HOSPITAL VRAPČE

Godina / Year	Samoubojstvo i pokušaji samoubojstva u zdravstvenim ustanovama u Republici Hrvatskoj / Suicide and suicide attempts in healthcare institutions in the Republic of Croatia	Klinika za psihijatriju Vrapče / University Psychiatric Hospital Vrapče	Klinika za psihijatriju Vrapče – samoubojstvo / University Psychiatric Hospital Vrapče – suicide	Klinika za psihijatriju Vrapče – pokušaji samoubojstva / University Psychiatric Hospital Vrapče – suicide attempts
2012.	19	4	4	n/a*
2013.	12	2	2	n/a*
2014.	43	15	0	15
2015.	23	16	2	14
2016.	36	17	1	16
2017.	42	17	1	16
2018.	n/a*	10	1	9
2019.	n/a*	15	2	13
2020.	n/a*	5	0	5
2021.	n/a*	2	0	2
2022.	n/a*	2	1	1

n/a* = nije primjenjivo / not applicable

Sastavljeno prema izvorima / Sources: 1. Mesarić J, Hadžić Kostrenčić K. Izvješće o neočekivanim neželjenim događajima za 2017. godinu. Zagreb: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; 2018. (<http://www.aaz.hr>); 2. Mesarić J, Miljanović M, Hadžić Kostrenčić K. Izvješće o neočekivanim neželjenim događajima za 2016. godinu. Zagreb: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; 2017. (<http://www.aaz.hr>); 3. Mesarić J, Mandelsamen Perica M, Hadžić Kostrenčić K. Izvješće o neočekivanim neželjenim događajima za 2015. godinu. Zagreb: Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi; 2016. (<http://www.aaz.hr>); te 4. unutarnjoj evidenciji Klinike za psihijatriju Vrapče.

stvu i socijalnoj skrbi, a potom i njezinom pravnom sljedniku Ministarstvu zdravstva.

U tablici 1 prikazujemo kretanje ovog pokazatelja sigurnosti skrbi na razini Republike Hrvatske u razdoblju od 2012. do 2017. godine, a prema dostupnim Izvješćima Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (podatci nakon tog razdoblja nisu dostupni). U istoj tablici prikazujemo kretanje ovog pokazatelja i na razini Klinike za psihijatriju Vrapče, zasigurno središnje institucije bolničkog sustava skrbi za psihičko zdravlje u Republici Hrvatskoj, no u razdoblju od 2012. do 2022. godine.

U kratkoj raspravi o prikazanim podacima možemo istaknuti nekoliko činjenica važnih za ovu raspravu. Prva jest kako se na razini Republike Hrvatske ovaj pokazatelj nije sustavno unosio. Naime, dostupni podatci uključuju „samo“ samoubojstvo, a ne i pokušaje samoubojstva. Osim toga, u svim izvješćima o ovom pokazatelju sigurnosti skrbi nisu dostupni podatci iz svih institucija bolničkog sustava skrbi za psihičko zdravlje. Sve navedeno čini bilo kakvu usporedbu gotovo nemogućom.

S druge strane, ako kratko promotrimo podatke iz Klinike za psihijatriju Vrapče, možemo primijetiti izrazit, značajan pad zbirno promatranog pokazatelja (samoubojstva i pokušaji samoubojstva) od 2020. godine naovamo. S druge strane, ako promotrimo samo pokazatelj samoubojstava možemo vidjeti kako se radi o svega nekoliko slučajeva godišnje (a samo usporedbe radi, u Klinici se na godišnjoj razini obavi između 7.000 i 9.000 „jedinica“ bolničkih liječenja) te općenito prisutnom smanjenju pojavnosti samoubojstva. Smanjenje pojavnosti pokazatelja „pokušaj samoubojstva“ može se bilježiti od 2017. godine, a ono je izrazitije od 2020. godine.

Međutim, iako je utemeljen u empirijskim dokazima, održivost ovakvog pokazatelja sigurnosti dvojben je iz nekoliko razloga.

Prvi izazov u tome smislu čini svojevršno produljenje „predmetnog“ vremenskog razdoblja na 72 sata od otpusta, to jest od trenutka kada osoba više nije pod izravnim nadzorom institucije skrbi (a samim time institucija i ne mora nužno znati što se u okvirima tog razdoblja događa).

Drugi izazov jest svojevrsno spajanje pokazatelja pokušaja samoubojstva i izvršenih samoubojstava. Naime, mogli bismo reći kako u podjednakoj mjeri u kojoj pokazatelj izvršenog samoubojstva ne ostavlja mnogo mjesta neizvjesnosti (o tome što se zaista dogodilo), pokazatelj pokušaja samoubojstva ostavlja. Jer, kao što smo već prethodno napomenuli, pokušaji samoubojstva pokrivaju prilično širok niz djela ili nedjela (a samo se kao primjer može navesti samoozljeđivanje), često s ne sasvim jasnim stvarnim namjerama. Štoviše, može se očekivati kako će upravo napretkom na području sprječavanja samoubojstava i pokušaja samoubojstva biti potrebno, pa i u okruženju praćenja pokazatelja skrbi, jasnije razabrati o kojoj se točno pojavnosti na kontinuumu suicidalnosti u danom slučaju zaista radi (a kako bi se nakon njihovog sustavnog mjerenja i na njih moglo povoljno utjecati).¹⁰

Osim toga, pojedini pokazatelj, bez obzira koliko je zaista valjan, vrijedi u onoj mjeri u kojoj je stvarno primjenjiv, to jest u onoj mjeri u kojoj se može sustavno i pouzdano bilježiti. Dapače, pouzdanost je nužan, iako ne dovoljan uvjet valjanosti.

Zaključak

Sprječavanje samoubojstava je središnji izazov sigurnosti bolesnika u bolničkom sustavu skrbi za psihičko zdravlje, ali je slijedom upravo prikazanog vrlo složen i neizvjestan zadatak. Unatoč činjenici kako ovo područje još uvijek očekuje temeljitija istraživanja te unatoč činjenici što postojeća istraživanja nerijetko daju proturječne preporuke, nekoliko se preporuka može s određenom razinom sigurnosti izdvojiti (a u ovome radu smo ih prikazali kroz postupke procjene, prijma, liječenja i nadzora te otpusta i praćenja).

Iako se kao temeljni izazovi skrbi za suicidalne bolesnike naglašavaju proturječnosti nadzora i pružanja skrbi, ili ako želite (objektivne) procjene i (subjektivnog) liječenja (a koje treba uključivati suosjećanje i razumijevanje), čini se kako tome nije tako.^{35,36} Naime, svi ovi postupci, osim što su usmjereni istom cilju, bolji su ako su u stanju uključiti i bitne odrednice onih drugih. Konačno, suicidalnost i suicidalne bolesnike određuje silna etiološka raznolikost te upravo stoga svaki bolesnik zahtjeva drugačiji pristup – skrb koja u podjednakoj mjeri u obzir uzima i razinu opasnosti, no i potrebe. Takav pristup zahtijeva silnu prilagodljivost (za razliku od puke standardizacije) svih uključenih u sustav skrbi.^{35,36}

Pema iskustvima i suicidalnih bolesnika i zdravstvenih djelatnika koji skrbe za takve osobe, sigurnost u ovome području uključuje znatno više od izostanka suicidalnosti ili potrebe za fizičkom zaštitom. Ona uključuje zajedničko otkrivanje, prilagodljivu zaštitu te poosobljeni nadzor, a što je sve ovisno o međusobnom povjerenju svih uključenih.³⁷

INFORMACIJE O SUKOBU INTERESA

Autori nisu deklarirali sukob interesa relevantan za ovaj rad.

INFORMACIJA O FINANCIRANJU

Za ovaj članak nisu primljena financijska sredstva.

DOPRINOS AUTORA

KONCEPCIJA ILI NACRT RADA: MĆ, PM, AB, SR, JM, PB
PRIKUPLJANJE, ANALIZA I INTERPRETACIJA PODATAKA: MĆ, PM, AB, SR, JM, PB

PISANJE PRVE VERZIJE RADA: MĆ, PM, AB, SR, JM, PB

KRITIČKA REVIZIJA: MĆ, PM, AB, SR, JM, PB

LITERATURA

1. Thibaut B, Dewa LH, Ramtale SC, D'Lima D, Adam S, Ashrafian H i sur. Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(12):e030230.
2. D'Lima D, Crawford MJ, Darzi A, Archer S. Patient safety and quality of care in mental health: a world of its own? *Brit J Psych Bull*. 2017;41:241–3.
3. Marcus SC, Hermann RC, Cullen SW. Defining Patient Safety Events in Inpatient Psychiatry. *J Patient Saf*. 2021;17:1452–7.
4. Shields MC, Stewart MT, Delaney KR. Patient safety in inpatient psychiatry: a remaining frontier for health policy. *Health Aff*. 2018;37:1853–61.
5. Svensson J. Patient Safety Strategies in Psychiatry and How They Construct the Notion of Preventable Harm: A Scoping Review. *J Patient Saf*. 2022;18(3):245–52.
6. Geddes JR, Andreasen NC, Goodwin GM, ur. *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2020.
7. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387:1227–39.
8. Berman AL, Carter G. Technological advances and the future of suicide prevention: ethical, legal, and empirical challenges. *Suicide Life Threat Behav*. 2020;50:643–51.
9. Littlewood DL, Quinlivan L, Graney J, Appleby L, Turnbull P, Webb RT i sur. Learning from clinicians' views of good quality practice in mental healthcare services in the context of suicide prevention: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2019;19:346.
10. Wasserman D, Wasserman C. *Oxford Textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford: Oxford University Press; 2021.
11. Kessler RC, Bossarte RM, Luedtke A, Zaslavsky AM, Zubizarreta JR. Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Mol Psychiatry*. 2020;25:168–79.
12. Large MM, Kapur N. Psychiatric hospitalisation and the risk of suicide. *Br J Psychiatry*. 2018;212:269–73.
13. Large M, Smith G, Sharma S, Nielssen O, Singh SP. Systematic review and meta-analysis of the clinical factors associated with the suicide of psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124:18–29.
14. Layman DM, Kammer J, Leckman-Westin E, Hogan M, Goldstein Grumet J, Labouliere CD i sur. The Relationship Between Suicidal Behaviors and Zero Suicide Organizational Best Practices in Outpatient Mental Health Clinics. *Psychiatr Serv*. 2021;72:1118–25.

15. *Madsen T, Erlangsen A, Nordentoft M.* Risk estimates and risk factors related to psychiatric inpatient suicide – an overview. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14:253.
16. *Berman AL, Silverman MM.* Hospital-Based Suicides: Challenging Existing Myths. *Psychiatr Q.* 2022;93:1–13.
17. *Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M.* Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open.* 2019;9:e023883.
18. *Forte A, Buscajoni A, Fiorillo A, Pompili M, Baldessarini RJ.* Suicidal risk following hospital discharge: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 2019;27:209–16.
19. *Stallman HM.* Suicide following hospitalisation: systemic treatment failure needs to be the focus rather than risk factors. *Lancet Psychiatry.* 2020;7:303.
20. *Vilibić M, Bagarić D, Kolarić B, Radić K, Ćurković M, Živković M.* Suicide as the first manifestation of first-episode psychosis in 21-year-old man: a case report. *Psychiatr Danub.* 2015;27:285–7.
21. *Chammas F, Januel D, Bouaziz N.* Inpatient suicide in psychiatric settings: Evaluation of current prevention measures. *Front Psychiatry.* 2022;13:997974.
22. *Sakinofsky I.* Preventing suicide among inpatients. *Can J Psychiatr.* 2014;59:131–40.
23. *Nawaz RF, Reen G, Bloodworth N, Maughan D, Vincent C.* Interventions to reduce self-harm on in-patient wards: systematic review. *Brit J Psych Open.* 2021;;e80.
24. *Mokkenstorm J, Franx G, Gilissen R i sur.* Suicide prevention guideline implementation in specialist mental healthcare institutions in the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:910.
25. *Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ.* Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Brit J Psychiatry.* 2017;210:387–95.
26. *Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, Bush NE, Beech EH, Workman DE i sur.* Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatr.* 2019;76:642–51.
27. *Scott R.* Risk management and the suicidal patient. *Psychiatr Psychol Law.* 2016;23:336–60.
28. *Large MM, Ryan CJ, Carter G, Kapur N.* Can we usefully stratify patients according to suicide risk? *BMJ.* 2017;359:j4627.
29. *Jobes DA.* The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide Life Threat Behav.* 2012;42:640–53.
30. *Pisani AR, Murrie DC, Silverman MM.* Reformulating suicide risk formulation: from prediction to prevention. *Acad Psychiatry.* 2016;40:623–9.
31. *Robertson M, Walter G.* Involuntary Psychiatric Treatment. U: Robertson M, Walter G, ur. *Ethics and mental health: the patient, profession, and the community.* Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2014, str. 81–98.
32. *Cuomo A, Koukouna D, Macchiaroni L, Fragolini A.* Patient Safety and Risk Management in Mental Health. U: Donaldson L, Ricciardi W, Sheridan S, Tartaglia R, ur. *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management.* Cham: Springer; 2021, str. 287–298.
33. *Berg SH, Rørtveit K, Walby FA, Aase K.* Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open.* 2020;10:e040088.
34. *Watts BV, Shiner B, Young-Xu Y, Mills PD.* Sustained Effectiveness of the Mental Health Environment of Care Checklist to Decrease Inpatient Suicide. *Psychiatr Serv.* 2017;68:405–7.
35. *Ćurković M, Borovečki A.* The Bridge Between Bioethics and Medical Practice: Medical Professionalism. Cham: Springer; 2022.
36. *Berg SH.* From Safety-I to Safety-II: Toward new perspectives on patient safety in suicide prevention. *Suicidologi* 2021;26:34–45.
37. *Berg SH, Rørtveit K, Walby FA, Aase K.* Shared understanding of resilient practices in the context of inpatient suicide prevention: a narrative synthesis. *BMC Health Serv Res.* 2022;22:967.