**Dlaczego powinniśmy rejestrować zachowania samobójcze?**

Do zachowań samobójczych zalicza się samobójstwa dokonane oraz próby samobójcze (czyli usiłowanie samobójstwa). W Polsce z powodu samobójstw obecnie ginie więcej ludzi niż w wypadkach drogowych (5276 samobójstw w 2017 za KGP w tym ponad 80% mężczyzn). Około co 5. zgon nastolatków spowodowany jest samobójstwem (w populacji dorosłych 1.2%). Według danych Komendy Głównej Policji (KGP) w 2017 roku co 47 minut dochodziło do zachowania (zamachu) samobójczego. W grupie wiekowej 13-18 lat odnotowano 115 samobójstw i 587 prób samobójczych.

Średnio co 3. nastolatek po próbie samobójczej ponawia próby samobójcze w ciągu roku, co powoduje, że jest w grupie najwyższego ryzyka popełnienia samobójstwa. Wiedza na temat występowania prób samobójczych i ich uwarunkowań daje możliwość podjęcia szybkich i skutecznych interwencji, zanim dojdzie do tragedii.

Około 60 – 90% osób z zachowaniami samobójczymi (w zależności od grupy wiekowej) przejawia różne zaburzenia psychiczne. O związku zachowań samobójczych z zaburzeniami psychicznymi może świadczyć sytuacja kryzysowa w lecznictwie psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży. Obecnie oddziały psychiatryczne mają obłożenie około 150%, ponieważ nastąpił wzrost nagłych przyjęć nastolatków z tendencjami samobójczymi i po samouszkodzeniach. Dlatego dla dzieci z innymi zaburzeniami brakuje miejsc, oczekują one na przyjęcie w kolejce po wiele tygodni.

W Polsce do chwili obecnej nie ma systemu rejestracji prób samobójczych. W zakresie służby zdrowia do 2018 roku nie było obowiązku sprawozdawania zamierzonych samouszkodzeń z intencją śmierci. Osoby po próbach samobójczych pozostające w opiece medycznej, w tym psychiatrycznej, nie są sprawozdawane do rejestru KGP, czyli bardzo duża liczba osób zagrożonych samobójstwem nie jest wykazywana w statystykach. Począwszy od 2018 roku wprowadzono obowiązek rejestrowania prób samobójczych w kartach leczenia szpitalnego, w tym psychiatrycznego.

Zachowania prowadzące do samobójczej śmierci trzeba rejestrować tak samo jak ciężkie choroby, czy wypadki komunikacyjne. Dopiero mając dostęp do danych statystycznych można określić, czy działania zapobiegające samobójstwom są skuteczne. Warunkiem wiarygodnej oceny efektywności wdrażanych strategii profilaktycznych jest sposób i rzetelność pozyskiwania danych oraz właściwa ich interpretacja. Dostępne w Polsce oficjalne statystyki samobójstw pochodzą z dwóch baz: z Krajowego Systemu Informacji Policyjnej (KSIP10) oraz z Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) – na podstawie Kart Zgonów.

Rozbieżności między tymi bazami danych w ostatnich 15 latach mieszczą się w przedziale od blisko 40% (37.2% w 2011) do niecałych 2% (1.8% w 2013). Przy czym od 2014 roku KGP wykazuje większą liczbę samobójstw niż GUS.

Należy zaznaczyć, że dane GUS dotyczą tylko samobójstw i są podawane z rocznym opóźnieniem w stosunku do danych KGP. Próby samobójcze w ogóle nie są uwzględnione w sprawozdawczości GUS. Natomiast próby samobójcze wykazywane przez KGP (czyli zamachy samobójcze niezakończone zgonem) obejmują niewielki wycinek tych zachowań. Szacuje się, że liczba prób samobójczych w populacji osób dorosłych jest 10-krotnie wyższa niż samobójstw dokonanych, podczas gdy w populacji nastolatków – 100- a nawet 200-krotnie. U nastolatków próby samobójcze często są formą ”wołania o pomoc”.

Nad poprawą sprawozdawczości samobójstw dokonanych i prób samobójczych w Polsce pracuje od września 2016 roku Grupa ds. rejestracji zachowań samobójczych przy Zespole Roboczym ds. prewencji depresji i samobójstw przy Radzie ds. Zdrowia Publicznego. W pracach grupy biorą udział m.in. przedstawicie KGP, GUS oraz Komendy Wojewódzkiej Policji w Łodzi, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Polskiego Towarzystwa Suicydologicznego. Efektem prac jest wprowadzenie przez KGP od 1 stycznia 2017 roku modyfikacji KSIP10, pozwalającej na porównywanie niektórych danych z bazą GUS. Na przeszkodzie zestawienia osobowego obu baz jest brak numeru PESEL w KSIP 10.

**Docelowo należy dążyć do centralnego rejestrowania zachowań samobójczych** poprzez:

1/ generowanie w KSIP10 danych ofiar samobójstw z nr PESEL, co daje możliwość eliminacji ich dublowania z danymi GUS,

2/ odrębne opracowywanie sprawozdawczości prób samobójczych przez system ochrony zdrowia, z uwzględnieniem potencjalnie samobójczych samookaleczeń,

3/ utworzenie **Krajowego Rejestru Prób Samobójczych i Samobójstw***,* który pozwoli na opracowanie właściwych działań profilaktycznych, ich wdrożenie, a następnie poddanie ich ewaluacji.

*Prof. dr hab. med. Agnieszka Gmitrowicz, kierownik I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, przewodnicząca Zespołu roboczego ds. prewencji samobójstw i depresji przy Radzie ds. zdrowia publicznego Ministerstwa Zdrowia*