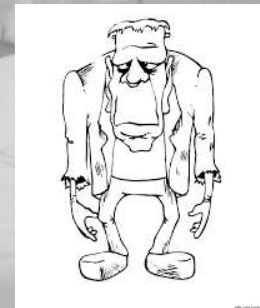
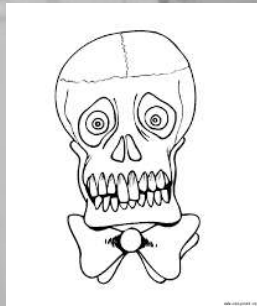


PSYCHIATRICKÝ PACIENT NA URGENTNÍM PŘÍJMU NA ROZDÍL OD RESUSCITACE KAŽDODENNÍ REALITA



Jana Šeblová^{1,2}, Taťána Suchánková-Kočí³,

¹ Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p.o.

² Oblastní nemocnice Kladno – Urgentní příjem

³ Oblastní nemocnice Kladno – Psychiatrická ambulance

URGENTNÍ MEDICÍNA A PSYCHIATRIE?

Medscape 10. 7. 2017

Mental Health Problems Put Stress on Emergency Rooms

A lack of sufficient beds for mental health patients is putting a strain on hospitals in Vermont and New Hampshire.

July 10, 2017, at 4:43 p.m.

By NORA DOYLE-BURR, Valley News

RANDOLPH, Vt. (AP) — It's no secret that both New Hampshire and Vermont lack a sufficient number of beds for people suffering mental health crises, forcing emergency rooms at local hospitals to serve as holding stations while patients wait for a bed to open up in an appropriate facility.

URGENTNÍ MEDICÍNA A PSYCHIATRIE?

Medscape 10. 7. 2017

It's also well known that people experiencing mental health crises do not receive the care they need while they're waiting, because local hospitals generally don't have staff members trained in mental health care.

A person in mental health crisis who has been involuntarily admitted to a hospital and forced to wait for transfer to appropriate treatment can create any number of problems, including endangering staff, creating financial burdens for the hospital, undermining morale of hospital employees and diverting resources from other patients' care.

Such patients often demand a high degree of attention and security while they are waiting — sometimes weeks — for involuntary inpatient beds elsewhere.

At Gifford, just two nurses typically work in the emergency department at one time. If a mental health patient requires one-on-one care, the nursing staff is reduced by 50 percent, said Dr. Scott Rodi, director of Gifford's emergency department.

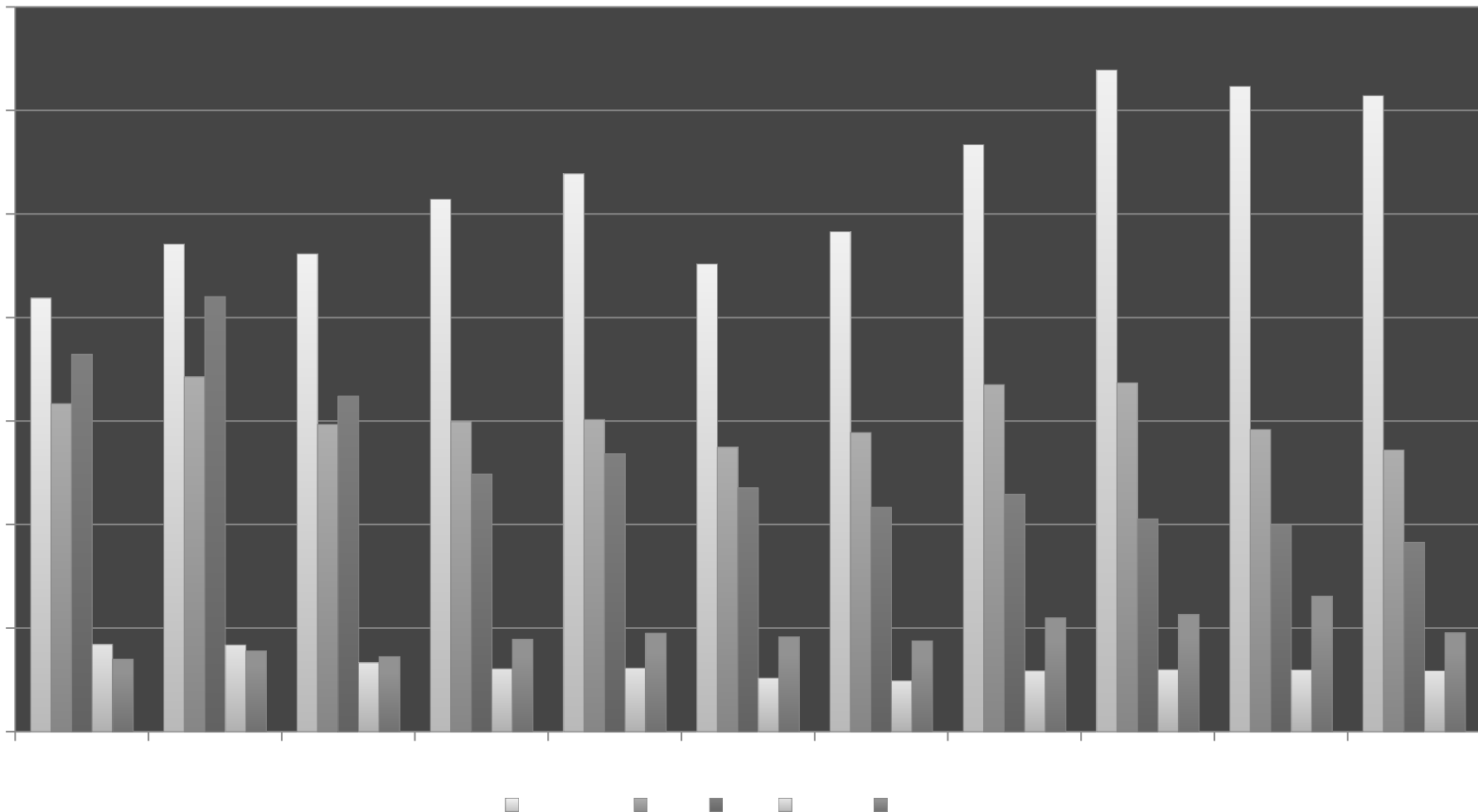
Other staffing costs for hospitals include training to prepare staff to de-escalate situations when patients become violent — this may involve a mental health patient in distress, a person with dementia or someone struggling with substance abuse. Valley Regional and Gifford recently have begun offering Crisis Prevention Institute training to all staff members.

PSYCHIATRICKÝ PACIENT NA URGENTNÍM PŘÍJMU



ZZS STŘEDOČESKÉHO KRAJE

ZE STATISTIKY PŘÍČIN VÝJEZDŮ



NEJČASTĚJŠÍ OKRUHY PSYCHICKÝCH PROBLÉMŮ NA URGENTNÍM PŘÍJMU

Problematika abúzu návykových látek

Pacient se suicidální proklamací

Akutní stresová reakce a pacient v krizi

Panické ataky a somatoformní poruchy

Delirium, akutně vzniklý neklid a diferenciální
diagnostika delirantních stavů a kvalitativních
poruch chování

Psychotický pacient

ABÚZUS ETANOLU A ZÁVISLOST

VYŠETŘENÍ PACIENTA PŘED ULOŽENÍM NA EXPEKTACI!

EMERGENCY
MN ÚSTÍ NAD LABEM

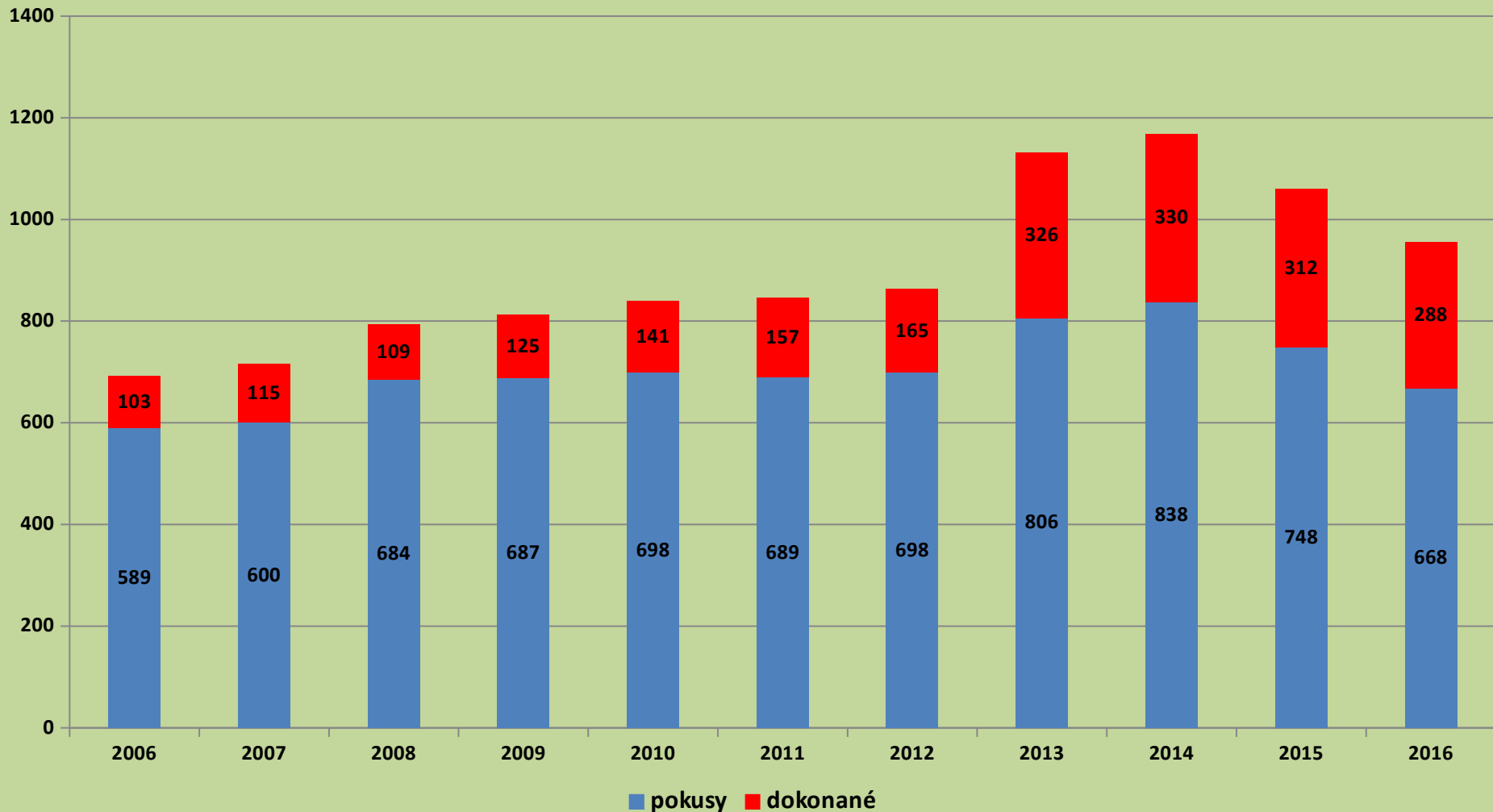
JAK SE STAVÍ ÚSTECKÝ SEN?



MNOHO SPLNĚNÝCH
PŘÁNÍ A SNŮ V ROCE **2018**

SUICIDÁLNÍ PACIENT ZE STATISTIKY PŘÍČIN VÝJEZDŮ ZZS

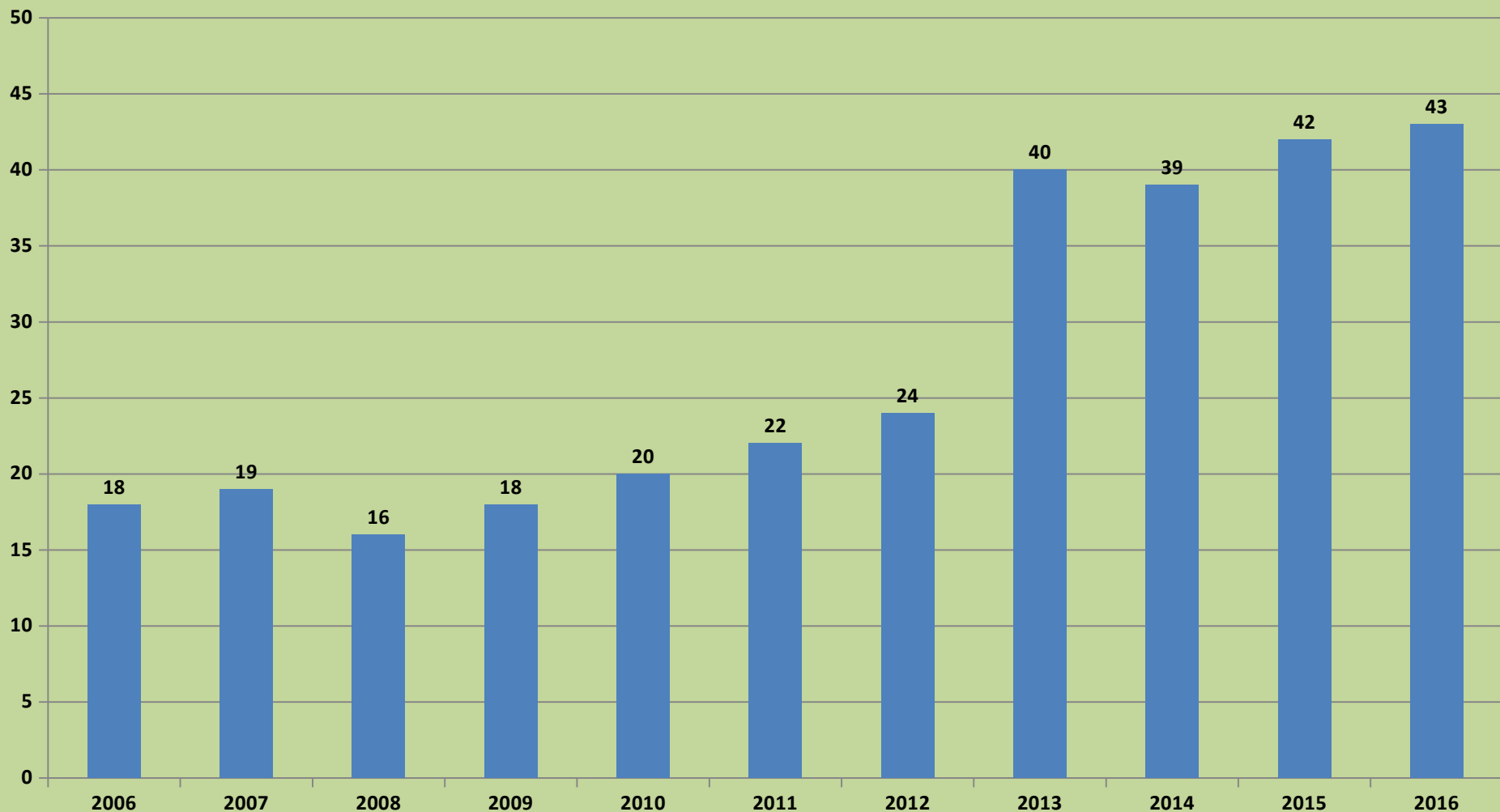
SUICIDA A POKUSY ZZS SČK 2006 - 2016



SUICIDÁLNÍ PACIENT

ZE STATISTIKY PŘÍČIN VÝJEZDŮ ZZS

PROCENTO DOKONANÝCH SUICIDIÍ 2006 - 2016



PACIENT SE SUICIDÁLNÍ PROKLAMACÍ

SPS – SAD PERSONS Scale

- **S** – sex (male 1, female 0)
- **A** – age (< 20 or > 44)
- **D** - depression
- **P** – previous attempt
psychiatric history
- **E** – ethanol abuse /excessive
drug use
- **R** – rational thinking loss
- **S** - social support lacking
- **O** – organized plan
- **N** – no spouse
- **S** - sickness – chronic, severe

HODNOCENÍ:

- 0 – 2 body: možno propustit
- 3 – 4 body: ambulantní péče
- 5 – 6 bodů: zvážit hospitalizaci
- 7 – 10 bodů: hospitalizace
indikovaná, případně i
nedobrovolně

AKUTNÍ STRESOVÁ REAKCE A PACIENT V KRIZI

- Znalost zásad krizové intervence a deeskalace konfliktů
- Znalost sítě podpůrných (ambulantních) služeb
- Krizová centra, linky důvěry, intervenční centra pro osoby ohrožené domácím násilím....

VERSUS:

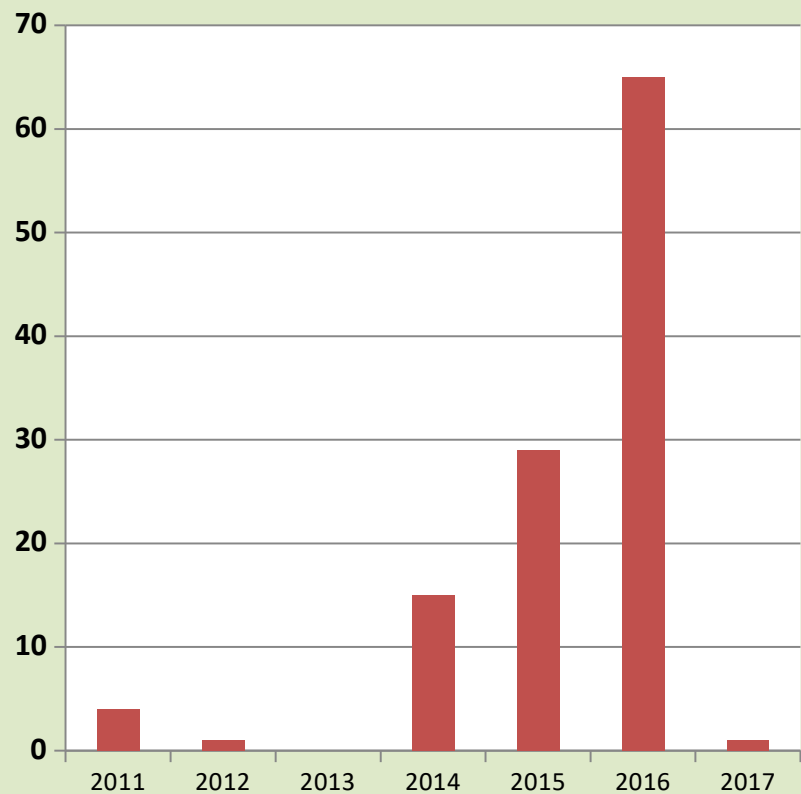
**ČAS A PROSTŘEDÍ
URGENTNÍHO PŘÍJMU!!!**



PANICKÉ ATAKY A SOMATOFORMNÍ PORUCHY

- Polymorfní obtíže –
 - GIT, KV systém, respirační, urogenitální, dysfagie, abnormální pocity na kůži...
- Při neznalosti pacienta nutnost vyloučit somatický původ
 - ➔ **MOŽNÁ IATROGENIZACE – ALE JE TO NUTNÉ...**
- Nefarmakologické postupy, vysvětlení (opakované) obtíží
- Předání do odborné péče
- Úlevová medikace - **JEDNORÁZOVĚ**

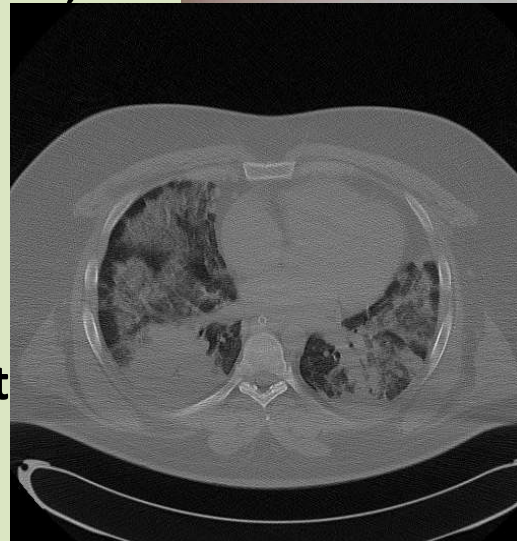
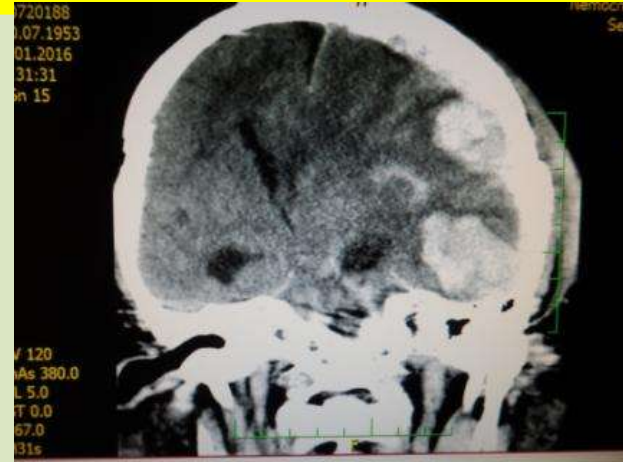
POČTY NÁVŠTĚV V ZZ 2011 - 2017



AKUTNĚ VZNIKLÝ NEKLID A PORUCHY CHOVÁNÍ

NUTNO VYLOUČIT ORGANICKOU PŘÍČINU

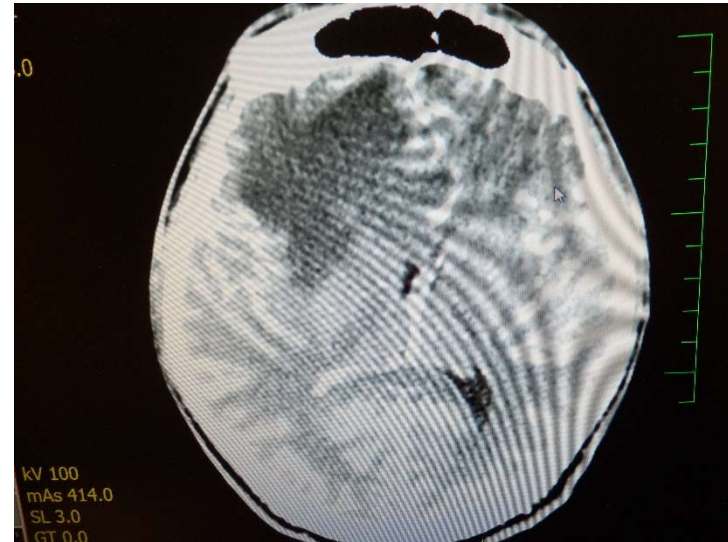
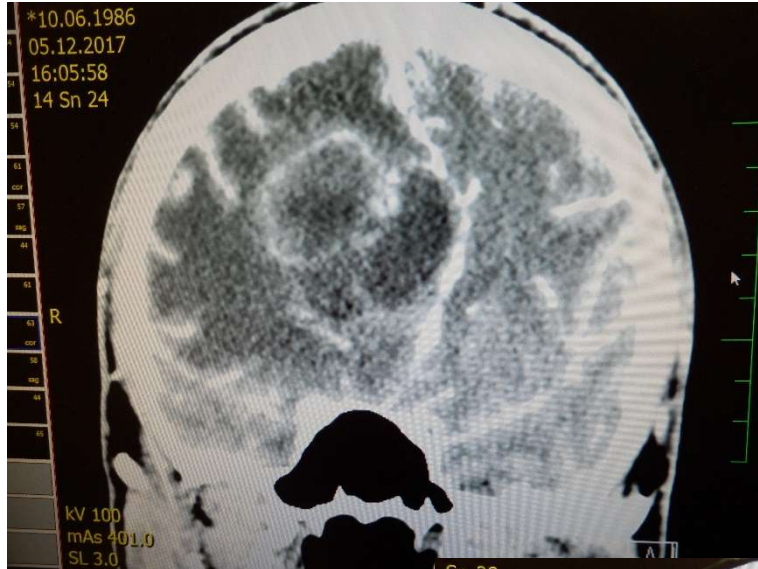
- **poranění (subdurální hematom)**
- delirantní stavy
- **intoxikace a předávkování třeba i předepsanými léky** (anticholinergika, antiparkinsonika...)
- infekční onemocnění (meningitida, encefalitida, mozkový absces)
- **seps**
- **metabolické poruchy (hypoglykémie)**
- cerebrální hypoxie jakékoliv etiologie
- mozkové tumory včetně metast
- neurologická onemocnění (temporální epilepsie)



PŘÍBĚH JEDNÉ DEPRESE

- Avizo opačným směrem: z psychiatrické nemocnice na urgentní příjem – pacient přivezen rodinou, v anamnéze abúzus drog, nyní asi ¾ roku v léčbě, nyní ambulantně, pracuje, před několika měsíci se rozešel s přítelkyní
- Asi 2 měsíce depresivní, nyní již apatický, omezený kontakt s okolím
- V den příjmu subfebrilie
- Druhý den známky dehydratace, ale teplota do 38° C, pro zkolabovaný žilní systém odeslán sanitou DZS k zajištění žilní vstupu a případné infuzní léčbě, možno prý odeslat zpět do PN

PŘÍBĚH JEDNÉ DEPRESE



PSYCHOTICKÝ PACIENT

- Základní orientace v psychotických symptomech
- Schopnost odebrat anamnézu
- Schopnost nepodléhat předsudkům
- Schopnost domluvit se s přijímajícím psychiatrem

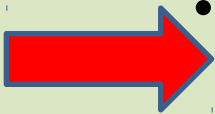


ROZHODOVÁNÍ O LÉČBĚ PROTI VŮLI PACIENTA

- **Nadhodnocení rizika – omezení práv pacienta**
- **Podhodnocení rizika – ohrožení bezpečnosti pacienta a selhání lékaře**
- **Identifikace spouštěčů a/nebo stresorů**
 - Ztráta zaměstnání, úmrtí blízké osoby, ztráta společenského statutu, chronické onemocnění/bolest
- **Klinická symptomatologie**
- **Přítomnost pocitu beznaděje**
- **Povaha suicidálních myšlenek a plánů**
- **Předchozí psychiatrické hospitalizace nebo pokusy o suicidium**
- **Impulsivita, sebekontrola, protektivní faktory**

DIAGNOSTIKA A TERAPIE

- Hrozí riziko agrese?



- Bezpečnost personálu, ostatních pacientů a neklidného pacienta samotného

- Zvládnutí akutního neklidu



Medikace



Fyzické omezení

- Problematika geriatrických neklidných pacientů

- Aktivně pátrat po somatické příčině (uroinfekce, dehydratace, hypoperfuze, obstipace, nutrice, chronická neadekvátní medikace, proběhlý pád s úrazem...)

ZVLÁDNUTÍ AKUTNÍ AGRESE NA UP

- **Fyzické omezení**
 - Zapsat do dokumentace včetně okolností
 - Čas – nezbytně nutná doba
- **Přítomnost policie, bezpečnostní služby, zdravotnický personál**
- **Možnost prostorového oddělení agresivního pacienta**
- **Nouzové tlačítko pro případ krize**
- **Benzodiazepiny**
 - midazolam, diazepam, clonazepam
- **Neuroleptika**
 - haloperidol, tiserцин, tiapridal
 - **Intoxikace drogami – rizika užití neuroleptik (psychostimulační drogy!) – benzodiazepiny, ev. propofol**
 - **Intoxikace alkoholem – nejbezpečnější fyzická restrikce**
 - **Problematika neklidu geriatrických pacientů**

PSYCHIATRICKÝ PACIENT NA URGENTNÍM PŘÍJMU

- **KAŽDODENNÍ REALITA**
- **Vzdělávací programy pro lékaře, sestry a záchranáře**
 - **Ano, ale.....nemáme hlubší specializované vzdělání a hlavně ani podmínky!**
- **„over-triage“**
 - **Zejména v PNP bezpečnější – specialista může rozhodnutí ZZS posléze korigovat**
- **Pomocná kritéria**
 - **....zůstávají pomocná (stejně jako výsledky paraklinických vyšetření) – rozhodující je klinický stav pacienta**

ZATÍMCO OŠETŘUJEME PSYCHIATRICKÉ PACIENTYčekáme (netrpělivě) na reformu psychiatrické péče....



seblova.jana@gmail.com