

ZOUFALSTVÍ MATKY TEREZY

aneb nepřítelem vlastního personálu snadno a rychle



JANA ŠEBLOVÁ

ZZS Středočeského kraje, p.o.

Urgentní příjem ON Kladno, a.s.

Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí, FN Motol



EVERYDAY „HOT ZONE“



The Hot Zone

BEZDOMOVEC V SYSTÉMU URGENTNÍ PÉČE

- *„Jsou přivázeni, protože pili nebo spali tam, kde by podle názoru někoho jiného pít nebo spát neměli, odcházejí na reverz navzdory našim doporučením, rozhodují se způsobem, který dává smysl jen jim samotným.“*
 - *Editorial Anals of Emergency Medicine 2015, No 1*
- **25 % respondentů do roka zemřelo**
- **Doporučení modifikované paliativní péče:**
 - **chvilku nechat vyspat pod střešou**
 - **dát trochu jídla (je-li)**
 - **čisté šaty (jsou-li)**
 - **vynechat řeči o trvalé abstinenci, neboť to není tak úplně realistický terapeutický cíl**

The Role of the Emergency Department in the Care of Homeless and Disadvantaged Populations

David M. Morris, MD, MPH^{a,*},
James A. Gordon, MD, MPA^b

^aDepartment of Emergency Medicine, MetroWest Medical Center,
Framingham Union Hospital, Framingham, MA 01702, USA

^bDepartment of Emergency Medicine, Massachusetts General Hospital,
Harvard Medical School, Boston, MA 02114, USA

Emergency departments (EDs) provide the only universal health care accessible to the general public in the United States, with well over 100 million patient visits per year [1,2]. Operating at the critical interface between the hospital and its community, EDs are designed to meet the demands of a diverse population, including the homeless and disadvantaged.

STATISTICAL BRIEF #229

October 2017

Characteristics of Homeless Individuals Using Emergency Department Services in 2014

Ruirui Sun, Ph.D., Zeynal Karaca, Ph.D., and Herbert S. Wong, Ph.D.

Introduction

Homeless people are more likely than members of the general public to use emergency department (ED) services. Compared with the general population, homeless individuals are 3 times more likely to use an ED at least once in a year.¹ Nearly three out of four inpatient stays by homeless individuals began in the ED, compared with half of stays for nonhomeless patients.² Various factors may contribute to this outcome. Prior research has shown that homeless individuals experience acute physical disorders at 3 to 6 times the rates experienced by nonhomeless individuals.³ It has also been shown that homeless individuals have high rates of mental illness^{2,4,5,6} and high rates of hospitalization.⁷ Because of barriers to access to care—such as lack of insurance and

Highlights

- More than three-fourths of all ED visits by homeless individuals were to teaching hospitals.
- In teaching hospitals, Medicaid was the most common payer for ED visits by homeless individuals (47.1 percent of treat-and-release ED visits and 72.1 percent of ED visits resulting in hospital admission).
- In nonteaching hospitals, more than 40 percent of ED visits by homeless individuals were uninsured.
- Among treat-and-release ED visits, alcohol-related disorders, screening and history of mental disorders and substance abuse, and mood disorders were the three most common conditions by homeless individuals with a

Brněň

Access to Primary Care Services Among the Homeless: A Synthesis of the Literature Using the Equity of Access to Medical Care Framework

Brandi M. White¹ and Susan D. Newman¹

Emergency Care for Homeless Patients: A Window Into the Health Needs of Vulnerable Populations

Editorial Article

Homeless: A high risk group for the public health

Fotoula P. Babatsikou
Assistant Professor

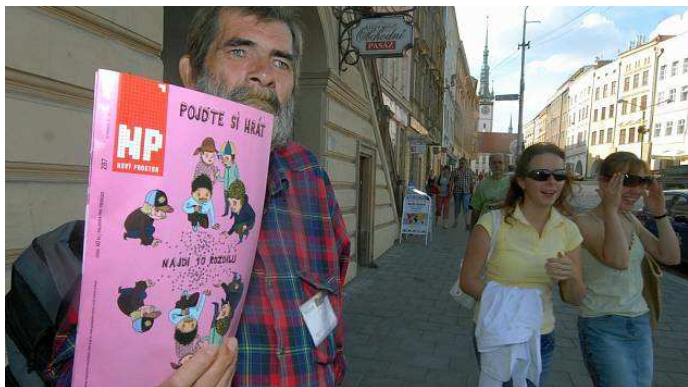
Homelessness is
public health

f any
ory of

Bezdomovectví ve středním věku

BEZDOMOVSTVÍ V ČR: ZDRAVOTNÍ STAV BEZDOMOVČŮ A JEHO DETERMINANTY

2019



BEZDOMOVCI

**DUŠEVNĚ
NEMOCNÍ
NEBO S
MENTÁLNÍM
HANDICAPEM**

**ZÁVISLOST NA
ALKOHOLU
NEBO
DROGÁCH**



Brněnské dny UM, Mikulov 24. - 26. 4. 2019

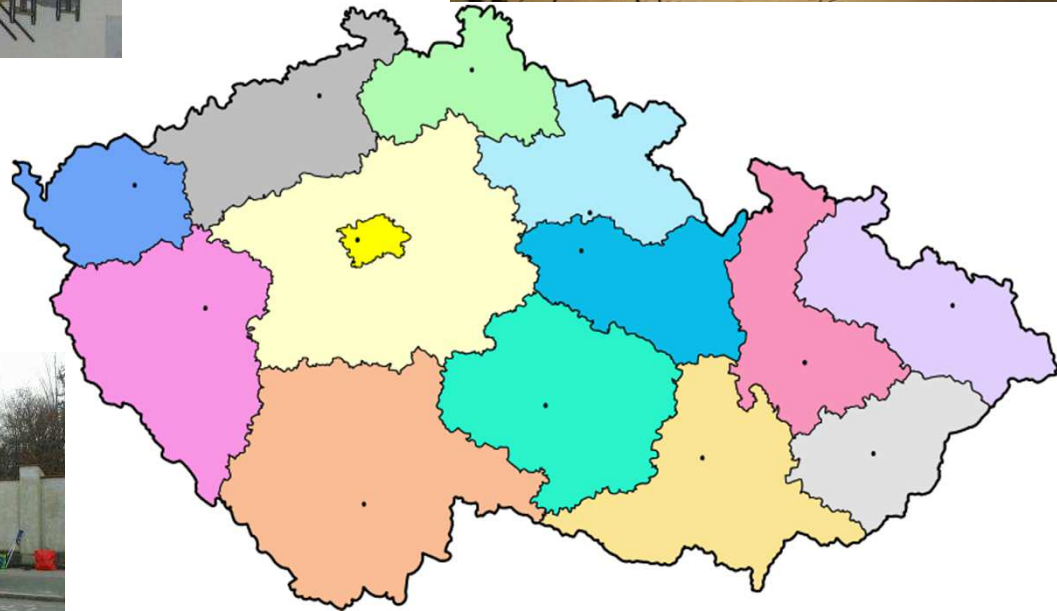


BEZDOMOVCI A DATA

SKUPINA LIDÍ BEZ DOMOVA NEHOMOGENNÍ

- Odhad dle OSN: celosvětově 10 miliónů osob bez stálého bydlení nebo v nouzových přístřešcích, stanech, autech (skryté bezdomovectví)
- ČR – dle výzkumu MPSV z roku 2016: na ulici 68 500 osob, ohroženo 120 000 osob
- 76,4 % muži
- Zhruba polovina pracuje
- 40 % nepije nebo jen občas (v rozsahu jako většinová populace)
- 25 % pije alkohol denně, závislost na alkoholu/drogách

Moravskoslezský kraj: 13 800, Praha: 9 500
Karlovarský a Pardubický: oba 2100
Královéhradecký: 1600



Brněnské dny UM, Mikulov 24. - 26. 4. 2019

BARIÉRY V PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI

NA STRANĚ PACIENTŮ

- Absence dokladů, potvrzení o pojištění, cizinci
- Nízký stupeň hygieny
- Nedodržování léčebného režimu
- Předchozí negativní zkušenost se zdravotnickým zařízením
- Nedostatek komunikačních schopností a sociálních kompetencí

NA STRANĚ ZDRAVOTNÍKŮ

- Nízká informovanost o problematice, předsudky, strach a pocit marnosti
- Předchozí negativní zkušenost s tímto typem pacientů
- Absence standardních postupů pro zdravotní péči o lidi bez domova
- Nedostatek spolupráce se sociálními službami

SPECIFIKA ZDRAVOTNÍ PÉČE O BEZDOMOVCE

- Absence primární péče → zdravotní problémy chronické a dekompenzované
- Problematická populace, ale na druhou stranu zranitelná (ženy více než muži, nejvíce děti na ulici)
- Péče poskytovaná v paralelních systémech – „STREET MEDICINE“
 - Vládní
 - Neziskový sektor



SPECIFIKA ZDRAVOTNÍ PÉČE O BEZDOMOVCE

- Zdravotní stav horší než srovnatelná většinová populace
- Mortalita vztažená k věku až 4 x vyšší
- nižší střední délka života – medián (USA) kolem 40 let, evropské epidemiologické studie uvádějí rozpětí mezi 41 – 47 lety
- **Využívání UP v akutních stavech – vyšší četnost kontaktů oproti běžné populaci (21 % 6 a víc/rok)**
- jednorázová péče neřeší chronický problém
- **Potřeba provázanosti a prostupnosti do sociálních služeb!!!**



DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA JEDNOHO JEDINÉHO PACIENTA

- mezi 28. 3. 2012 – 13. 10. 2015 (3, 5 roku) 108 x ošetřen v nemocnici
- 2 x pobyt na ARO
 - Závažné kraniotrauma s IC krvácením a kontuzemi
 - Aspirace, vstupně stav s podezřením na hemoragický šok při krvácení do GIT
- několikrát neurologie
 - Kumulace epi paroxysmů ev. status epilepticus
- několikrát interna
 - Většinou minerálový rozvrat, hypotermie nebo sepse
- Zbytek ebrieta/sociální problematika
- **Po 3-týdenním pobytu na interně druhý den sražen vlakem, polytrauma, exitus letalis (40 let)**

CHARAKTERISTICKÉ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY

- **Infekční onemocnění**
 - Četné neléčené infekce včetně respiračních
 - Infekce kůže a měkkých tkání, parazitární onemocnění
 - Septické stavy
 - TBC, (HIV)
- **Interní onemocnění – většinou neléčená**
 - Kardiální, hypertenze, diabetes mellitus, hepatopatie
- **Psychická onemocnění (USA – 20-25 %, SRN – až 75 %)**
 - Deprese, schizofrenie, poruchy osobnosti
- **Malignity**

CHARAKTERISTICKÉ ZDRAVOTNÍ PROBLÉMY

- **Úrazy**
 - Včetně napadení, vražd
- **Na rozhraní zdravotní a sociální problematiky**
 - Podvýživa
 - Otázka doplatků za léky
 - Podchlazení (vypnutý přívod energie)
 - Špatná dentice – absence stomatologické péče
- **Problematika spojená s abúzem návykových látek**
 - Závislost na psychoaktivních látkách (nejlevnější varianty), předávkování (náhodné nebo úmyslné)
- **Environmentální vlivy**
 - Podchlazení, omrzliny, úpal, úžeh

TÝDEN V MRAZECH

(největší naděje na návrat do společnosti do 1 roka...)

- 52letý muž týden v mrazech kolem 10-15 pod nulou, – důvod nejasný
- Hypotermie, hypotenze dehydratace
- DKK dolů od bérců ledové, lehce oteklé, lividní zbarvení všech prstů, nekrózy tkáně kopírují obuv
- Renální insuficience, anémie, leukocytóza, elevace myoglobinu (2726 ug/l), CK (196,3 ukat/l)
- T: vasodilatační infuze, rehydratace, amputace obou DKK v bércích, ATB terapie, plán: protézy, vozík, RHB ústavní - Kladruby



TÝDEN V MRAZECH

- Psychiatrické a psychologické konzilium:
- anamnéza od rodiny: od léta psychická dekompenzace
- pracoval jako OSVČ, práce ho bavila, ale přišel o ni, neplatil si sociální a zdravotní pojištění
- svobodný, vlastní rodinu nemá, žil u matky, vnímal to jako selhání – „že je na krku matce“
- odešel a asi chtěl umrznout
- Závěr: i když suicidální tendence neguje, nelze je vyloučit, nasazeny antidepresiva, dispenzarizace
- introvertní, uzavřený, dominují pocity viny, ale odhodlaný „začít znovu“, byt' s handicapem, najít si práci

PROBLEMATIKA PÉČE – „TIMING“



Příjezd

- 2 – 3 promile
- Další (odkladný) problém - ZIMA

Spánek na
expektaci

- Rozvoj abstinčních příznaků
- Jejich léčba + zjišťování ochoty spolupráce

**KONEC
PRACOVNÍ
DOBY**

Nedosažitelnost
sociálního
řešení...většino
u „zítra ráno“

MUŽ 57 LET

HYPOTERMIE, OMRZLINY, VLOUPÁNÍ DO AUTA

- 3 x během 24 hodin v té samé nemocnici
- Negativní reverz, ATB nedobral, **v posledních dnech dechová zkouška negativní**
- přivezen ZZS s doprovodem PČR (vloupání do auta)
- A: DC volné
- B: dýchání s hrubými bronchitickými vrzoty a spastickými fenomény ojediněle, sat. 96 %
- C: hraniční tenze kolem 100 TK syst., AS prav., ozvy 2, puls hmatný
- D: zmatený, bez lateralizace, chůze neschopen (omrzliny)
- E: hypotermie pod 34 st., hematoma nad L okem, laterální pokousání jazyka, na DKK bilaterálně akrální omrzliny, vlevo otevřené defekty, vpravo nekrotická suchá spodina

MUŽ 57 LET – pokr.

HYPOTERMIE, OMRZLINY, VLOUPÁNÍ DO AUTA

- iontová dysbalance (Na⁺ 131, CL⁻ 91), CRP 135,5 mg/l, hypalbuminémie, trombocytopenie (40 x 10⁹)
- CT – atrofie mozku a mozečku
- **Dg: hypotermie těžšího stupně**
- **omrzliny s defekty na periférii, flegmóna**
- **iontová dysbalance**
- **trombocytopenie**
- T: aktivní ohřívání, ošetření dekubitů, antipsychotika (Haloperidol v infuzi) pro rozvoj abstinenčního syndromu, hospitalizace
- ATB (Augmentin), bronchodilatační terapie, mukolytika, antipyretika, tiapridal + haloperidol...
- po 7 dnech překlad do LDN s psychiatrickou péčí

ALKOHOLICKÁ POLYNEUROPATIE?

(zavádějící „FIRST LOOK“....)

- Výzva ZZS: nemůže se dnes postavit na nohy
- **Dechová zkouška při příjmu: 0,1 promile**
- **Internistka: „Předat neurologovi, alkoholická neuropatie, propustit...“**
- **Na UP: febrilní (39 st. C), celková slabost, výrazná minerálová dysbalance při chronickém abúzu alkoholu (Na⁺ 119, K⁺ 3,3, CL⁻ 76, hypochloremická alkalóza, GMT 2,09, střední elevace CRP 68 mg/l)**
- **RTG S + P: mnohočetné alevolární infiltráty v obou plicích s převahou v horních lalocích – atypická pneumonie**
- **Bronchoskopie, laváž, potvrzena TBC, nasazena antituberuklotika, souběžně také antipsychotika, pacient nespolupracuje, progrese stavu....exitus**

AKUTNÍ PSYCHICKÁ KRIZE

- **Výzva ZZS: volání z třetí ruky, otrava v parku před kostelem**
- muž 60 let, přiznává požití asi 60 tablet perorálního antidiabetika a několika tablet antidepressiv
- ošetřen toho dne na LSPP, se závěrem: reaktivní deprese, přes PL se objedná na psychiatrii
- OA: DM II typu, hypertenze, zemřela mu družka a sestra během 2 měsíců, přišel o práci, neměl na nájem (zařizoval pohřby, na to padly úspory), den předtím přišel o ubytování, šel na LSPP (neděle) s výše uvedeným závěrem



ZÁSADY LÉČBY BEZDOMOVců

- **KOMPLEXNÍ PROBLEMATIKA BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ**
- Urgentní medicína často supluje primární péči (otázka dokladů, pojištění....)
- Terapie **TEĎ HNED** (recepty a objednávání přes PL nefungují)
- Široká diferenciální diagnostika! – pečlivé vyhodnocení vedoucího symptomu
- Léčba medicínská, avšak se zohledněním sociálního kontextu
- **Vždy počítat s abstinčním syndromem!** – standardní hladina alkoholu kolem 3 promile, 1 promile a méně = riziko abstinčního syndromu, až 3 pobyty během 24 hodin....

ZÁSADY LÉČBY BEZDOMOVců

- Časté kontakty snižují rozlišovací schopnost zdravotníků (90 % ebrieta versus 10 % život/zdraví ohrožující stavy)
- **Zanedbané choroby a polymorbidita** („U bezdomovců vidíme choroby tak, jak probíhaly před 200 lety...“)
- Modifikace symptomů:
 - Alkoholová a jiná závislost
 - Přizpůsobení se životu na ulici, podvýživa, časté infekce
 - Neschopnost vyhledat zdravotní péči
 - Nedůvěra v instituce
- Nízký věk dožití – často kolem 40 let
- **Rezignovat na běžné terapeutické cíle a na pozitivní zpětnou vazbu od pacientů a na happy-endy**

DISKUZE?



Brněnské dny UM, Mikulov 24. - 26. 4. 2019