

OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ V SYSTÉMU URGENTNÍ PÉČE

aneb každý má svůj příběh



JANA ŠEBLOVÁ

Urgentní příjem ON Kladno, a.s.

Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí, FN Motol

KONFLIKT ZÁJMŮ

KONFLIKT ZÁJMŮ: ŽÁDNÝ

Ilustrační fotografie z otevřených zdrojů a z cyklu fotografií prof. Jindřicha Štreita „Kde domov můj“, 2016, nakladatelství Wo-men.



OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ 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 Annals of Emergency Medicine 2015, 65 (2):*
- **25 % respondentů do roka zemřelo**
- **Doporučení modifikované paliativní péče:**
 - chvílku nechat vyspat pod střešou
 - dát trochu jídla (je-li)
 - čisté šaty (jsou-li) – problematika hygieny a skladování
 - vynechat řeči o trvalé abstinenci, neboť to není tak úplně realistický terapeutický cíl

PŘÍBĚH PRVNÍ: 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



PŘÍBĚH DRUHÝ: VŠICHNI PODOBNÉ ZNÁME

- 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)

The Role of the Emergency Department in the Care of Homeless and Disadvantaged Population:

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 10 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

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

HEALTH SCIENCE JOURNAL ©

VOLUME 4, ISSUE 2 (2010)

Editorial Article

Homeless: A high risk group for the public health

Fotoula P. Babatsikou
Assistant Professor



Homelessness is
public health

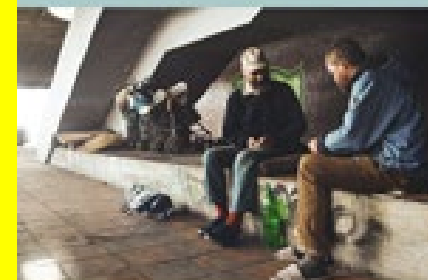
of any
community

BEZDOMOVSTVÍ V ČR: ZDRAVOTNÍ STAV BEZDOMOVČŮ A JEHO DETERMINANTY

Miroslav Barták

Bezdomovectví ve středním věku Příčiny, souvislosti a perspektivy

Miroslav Barták
Jitka Němcová
Ladislav Čermák





**OSOBY BEZ
PŘÍSTŘEŠÍ**



**DUŠEVNĚ
NEMOCNÍ
NEBO S
MENTÁLNÍM
HANDICAPEM**

**ZÁVISLOST NA
ALKOHOLU
NEBO
DROGÁCH**



OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ A DATA

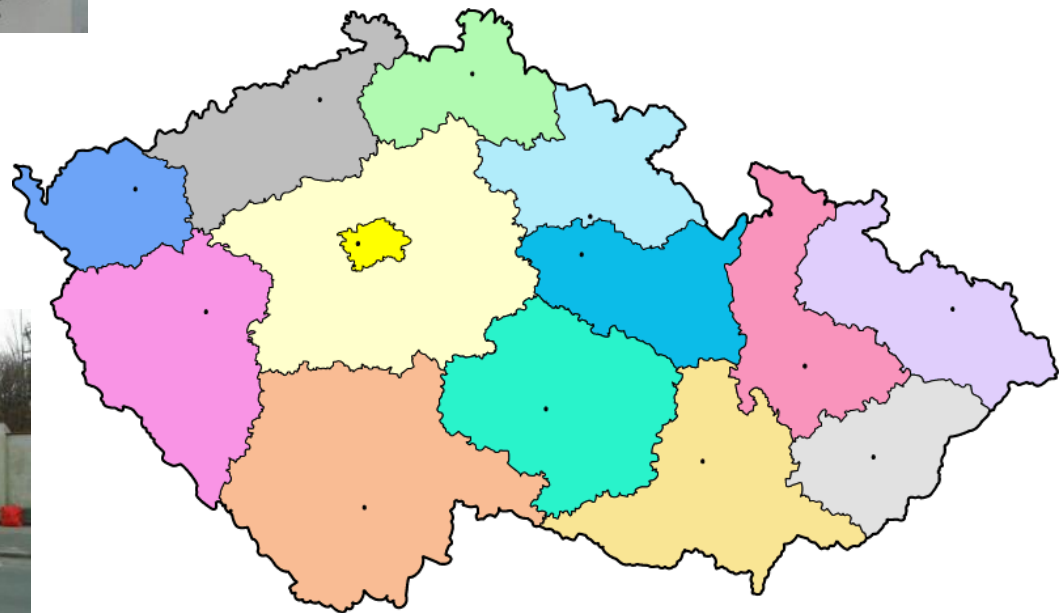
SKUPINA LIDÍ BEZ DOMOVA NEHOMOGENNÍ

- 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
- duben 2019 – 24 000, z toho 2600 pod 18 let, 70 % muži
- 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



PŘÍBĚH TŘETÍ: VLASTNĚ BYDLÍ

- OA: 2017: kardiomyopatie indukovaná tachyFiS, stp. kardiogenním a septickým šoku, těžká systolická dysfunkce, následně KCH revize – ablace LAA pro trombus a CryoMAZE, hypertenze, stp. Operaci páteře 2019
- FA: Godasal, Tritace, Furon, Veropsiron, Betalok Zok, KCl, statiny
- Abúzus: 10 cigaret denně, alkohol 0, drogy 0
- SA: bydlí na opuštěném statku, topí si přímotopem, teplota v místnosti 10 st C. (leden)
- NO: stenokardie, hypotermie, občasný kašel
- 59 let, klinický nález v normě, EKG: sinus bez ischemických změn, troponin negativní, RTG bez infiltrace, městnání
- TK 193/124....188/130....150/100

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!!!**



PROBLEMATIKA PÉČE – „TIMING“



Příjezd

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

Spánek na
expektaci

- Rozvoj abstinenčních příznaků
- Jejich léčba + zjišťování ochoty spolupráce

**KONEC
PRACOVNÍ
DOBY**

Nedosažitelnost
sociálního
řešení...většinou
„zítra ráno“

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

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

HODNOCENÍ ZMATENOSTI U DELIRIA

www.icudelirium.org

Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) Flowsheet

1. Acute Change or Fluctuating Course of Mental Status:

- Is there an acute change from mental status baseline? OR
- Has the patient's mental status fluctuated during the past 24 hours?

NO →

CAM-ICU negative
NO DELIRIUM

↓ YES

2. Inattention:

- "Squeeze my hand when I say the letter 'A'."
Read the following sequence of letters:
SAVEAHAART or CASABLANCA or ABADBADAAY
ERRORS: No squeeze with 'A' & Squeeze on letter other than 'A'
- If unable to complete Letters → Pictures

0 - 2
Errors →

CAM-ICU negative
NO DELIRIUM

↓ > 2 Errors

3. Altered Level of Consciousness Current RASS level

RASS other
than zero →

CAM-ICU positive
DELIRIUM Present

↓ RASS = zero

4. Disorganized Thinking:

1. Will a stone float on water?
2. Are there fish in the sea?
3. Does one pound weigh more than two?
4. Can you use a hammer to pound a nail?

Command: "Hold up this many fingers" (Hold up 2 fingers)
"Now do the same thing with the other hand" (Do not demonstrate)
OR "Add one more finger" (If patient unable to move both arms)

> 1 Error →

0 - 1
Error →

CAM-ICU negative
NO DELIRIUM

LÉČBA DELIRIA

1. Vyloučit jiné příčiny zmatenosti a neklidu

- hypoglykémie, úrazy hlavy, IC krvácení, jaterní encefalopatie, intoxikace jinými látkami, aCMP, infekce/sepse apod. – to by se mělo zajistit v rámci dif. dg. na UP

2. Delirium při:

- Odvykacím stavu
- Kontinuální (intoxikační) delirium
- Somatické – při jiné příčině (viz výše) u alkoholika

ANTIPSYCHOTIKA – v léčbě deliria u alkoholiků se jim vyhnout

- Riziko vzniku maligního neuroleptického syndromu (nejvyšší u haloperidolu, ale i po tiapridu)
- Riziko prodloužení QT intervalu – maligní dysrytmie
- Snižují křečový práh

LÉČBA DELIRIA

KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP

a. Sedace:

- i. lékem volby benzodiazepiny – Diazepam až 60 mg/den, zahájit 12-20 mg p.o. nebo i.v. ve FR 100 ml, po dosažení účinku snižovat o 10 mg/den
- ii. Heminevrin (clomethiazol) – 2-3 cps. po 6 hodinách, nebo 2 cps. po 2 hodinách nebo 3 cps. po 4 hodinách, maximální dávka 8-16 cps.
Kontraindikace u astma bronchiale, COPN, pneumonie.

b. Rehydratace (ztráty 3-6 l/24 hod.)

c. Úprava iontové dysbalance – dle iontogramu, vždy MgSO_4 3 g/24 hod.

d. Thiamin – 300 mg/24 hod

e. Korekce hypoglykémie

f. Antipyretika při teplotě

OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ A PANDEMIE



Koronavirus a bezdomovectví

Současná epidemie novým koronavirem ukázala, že bydlení a zdraví jsou úzce propojeny. Bydlení je sociální determinantou zdraví, ale ve zdravotních politikách je málokdy zvažováno. V době, kdy je doporučeno zůstat doma v karanténě nebo se izolovat, je zřejmé, že se jedná o důležitý zdravotní moment v našem životě a není možné si užívat svého práva na zdraví bez bezpečného domova.

Život bez domova, nedostatečný spánek nebo pobyt v dočasném ubytování je zdraví velmi škodlivé. Bezdomovci mají často mnoho zdravotních problémů, včetně tzv. tri-morbidity (kombinace fyzického a duševního zdraví a problémů se závislostí). Bezdomovci také čelí řadě překážek v přístupu ke zdravotní péči a informacím o veřejném zdraví. Vzhledem k ohroženému imunitnímu systému, špatné výživě a hygieně a dlouhodobému pobytu v přeplněných útočištích jsou ohroženi nakažlivými chorobami a v současné pandemii COVID-19 jsou zvláště zranitelnou skupinou. Navíc řada opatření zaměřených na běžnou populaci - izolace, zvýšená hygiena, pobyt doma, přísné sociální distancování - není realitou pro lidi trpící bezdomovectvím. Tato "mezera" v současných opatřeních je třeba vyřešit; také tyto zranitelné osoby naší společnosti je nutné zahrnout do opatření reagujících na pandemii. Omezit přenos z této vysoce rizikové populace znamená, že ochrana lidí bez domova je důležitým prvkem při řešení současné epidemie COVID-19. Klíčové priority by nyní měly zahrnovat aktivní vyhledávání případů prostřednictvím testování, poskytování přístupu k nouzovému bydlení, které je vhodné pro izolační účely, učinit stávající azylová místa bezpečnými místy pro pobyt bezdomovců; a léčebné programy. Podpora bezdomovců by neměla zahrnovat pouze ty, kteří trpí bezdomovectvím, ale měla by se také zabývat ochranou těch zranitelných obyvatel, kterým hrozí vyšší riziko bezdomovectví z důvodu ekonomického dopadu epidemie COVID-19.

1. [Zdroje na podporu lidí bez domova - časté otázky a odpovědi](#)
2. [Pokyny_pro_poskytovatele_sluzeb_pro_bezdomovce,_kteří_plánují_a_reagují_na_onemocnění_COVID-19](#)
3. [Možné způsoby opatření proti šíření COVID-19 mezi bezdomovci](#)

Zdroj:

- [CDC](#)

OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ A PANDEMIE



OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ A PANDEMIE



„Já už jsem nevěřil, že budu někdy spát v posteli, umývat se ve sprše a dostávat teplý jídlo,“ říká mi tichým hlasem pan Milan ve vestibulu hotelu Check Inn v pražských Vrsovicích. Skoro sedmdesátiletý muž, který před třemi lety přišel při autonehodě o manželku i dceru, je na ulici třetí rok. „Zhroutil se mi svět. Všechno skončilo. Nevládl jsem chodit do práce, přišel o byt, skončil jako bezdomovec.“ Tichý

Praha prodloužila bezdomovcům ubytování v hostelech

4. června 2021, 11:19, PRAHA, Jaroslav Šetlík

Hlavní město prodloužilo smlouvu 4 hostelům, které po dobu pandemie Covid - 19 poskytly ubytování lidem bez domova. Ti zde budou mít zázemí další rok. Vedení hlavního města zároveň pracuje na tom, aby pořídilo ubytovací zařízení pro lidi bez domova.



Stáhnout video

Pražští bezdomovci zůstanou bydlet v hostelech o rok déle. Do ubytovacích zařízení lidi bez domova ubytoval pražský Magistrát v začátcích pandemie Covid - 19, aby zabránil šíření této nemoci i mezi lidmi, kteří tráví svůj život na ulici.

"My jsme zabezpečili kromě ubytování a stravy také sociální práci a pomoc lidem se získáním dávek v hmotné nouzi, zdravotní péči a další," řekla Milena

RESEARCH LETTER

Prevalence of SARS-CoV-2 Infection in Residents of a Large Homeless Shelter in Boston

In the United States, 567 715 people were homeless on a single night in January 2019.¹ The congregate nature and hygienic challenges of shelter life create the potential for rapid transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in this vulnerable population.

On March 13, 2020, the Boston Health Care for the Homeless Program (BHCHP), in partnership with city and state public health agencies and community partners, rolled out a coronavirus disease 2019 (COVID-19) response strategy that included respiratory symptom screening at shelter front doors,

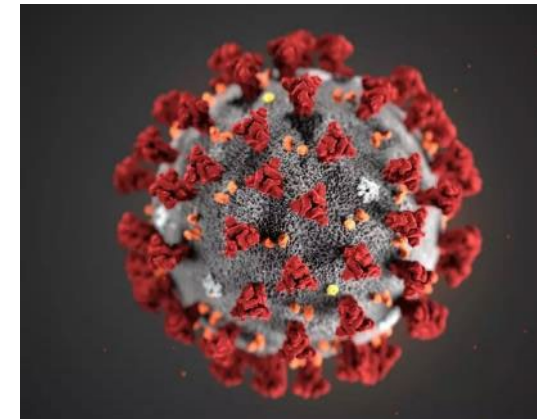
expedited referrals for SARS-CoV-2 testing and isolation for those with respiratory symptoms, dedicated treatment settings for individuals with positive test results, and contact tracing of confirmed COVID-19 cases.

Between March 28, 2020, and April 1, 2020, BHCHP identified an increasing number of COVID-19 cases from a single large homeless shelter in Boston, prompting SARS-CoV-2 testing of all remaining shelter residents. We describe the results of this investigation.

Methods | Participants were adults aged at least 18 years residing in a large homeless shelter in Boston on April 2, 2020, and April 3, 2020. Residents diagnosed with COVID-19 prior to April 2, 2020 (n = 16), or concurrently diagnosed with

Table. Characteristics of Participants in a Study of the Prevalence of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection in a Homeless Shelter in Boston

Characteristic	No. (%)		
	All participants (N = 408)	Positive SARS-CoV-2 PCR test result (n = 147)	Negative SARS-CoV-2 PCR test result (n = 261)
Demographic			
Age, mean (SD), y	51.6 (12.8)	53.1 (12.8)	50.8 (12.7)
Age group, y			
18-34	44 (10.8)	11 (7.5)	33 (12.6)
35-49	119 (29.2)	40 (27.2)	79 (30.3)
≥50	245 (60.1)	96 (65.3)	149 (57.1)



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

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**

DOTAZY? (NÁMITKY? VLASTNÍ ZKUŠENOSTI?)



seblova.jana@gmail.com