

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

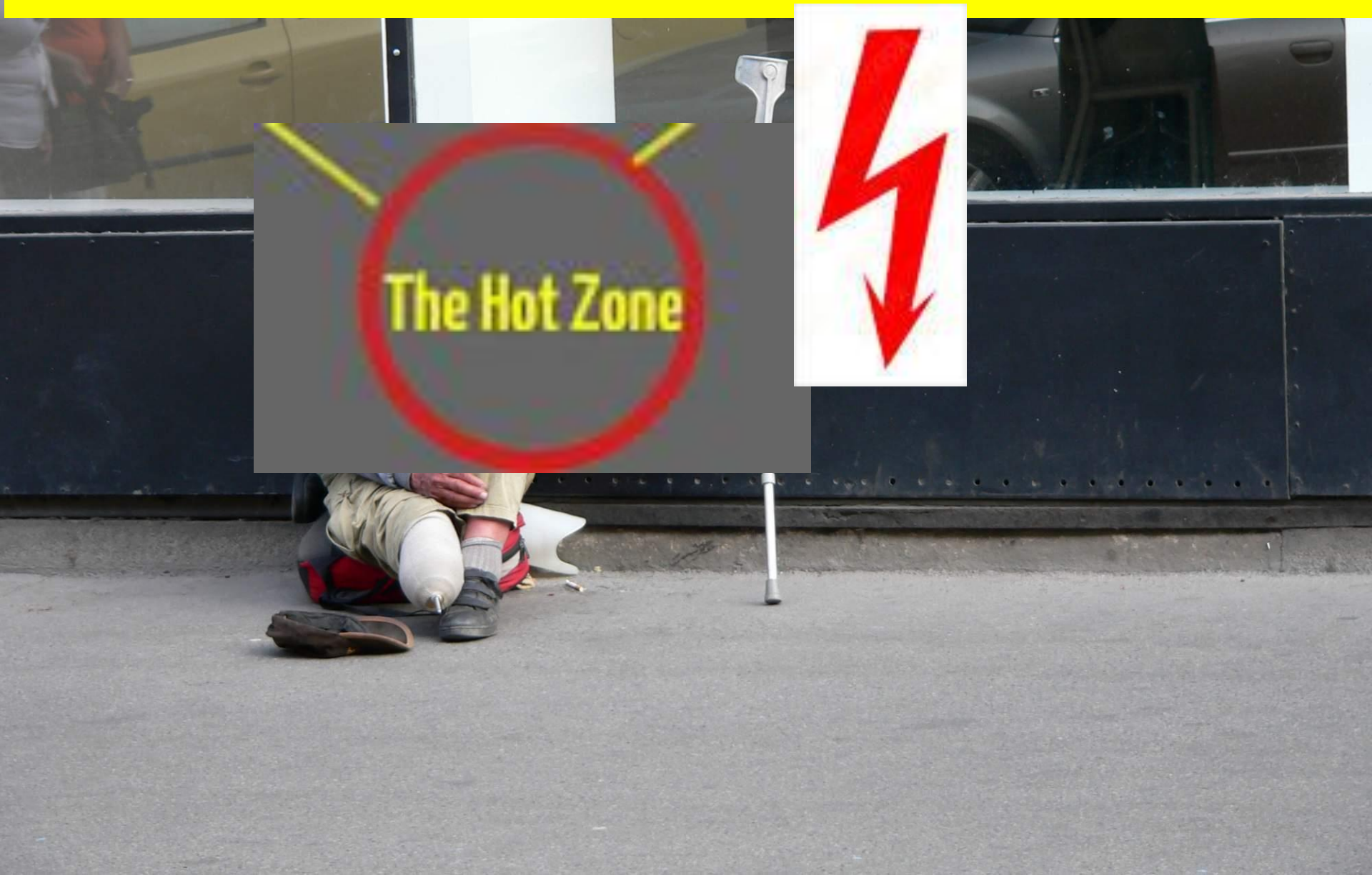
Ilustrační fotografie z otevřených zdrojů, z archivu autorky a z cyklu fotografií prof. Jindřicha Štreita „Kde domov můj“, 2016, nakladatelství Wo-men.



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

EVERYDAY „HOT ZONE“



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...většinou
„zítra ráno“

PŘÍBĚH V DIAGNÓZÁCH CHIRURGA

Diagnózy:

T335 Povrchní omrzlina zápěstí a ruky
X3199 Vystavení nadměr.přírodnému chladu_ NS místo_ NS činnosti
I489 Fibrilace a flutter síní, NS
E871 Hyponatremie
D696 Trombocytopenie při chronickém abuzu alkoholu
T510 Chronický abuzus alkoholu
I7080 St.p. aorto-bifemorálním bypassu 01/2022

J449 Chronická obstrukční plicní nemoc NS
Z590 Bezdomovectví
L891 Dekubitální vřed II.stupně
U071 COVID-19, virus laboratorně prokázán
Z290 Izolace

Doporučení:

Dieta: bez omezení
Režim: Volný.
Medikace: žádná nová
Chronická medikace:
neužívá, dle UNIS Berodual, Verospiron, Betaloc - internista ani chron medikaci neindikuje - viz min chorobopis.

PŘÍBĚH V DIAGNÓZÁCH INTERNISTY

Závěr:

- E871** Mírná hyponatremie a hypochloremie
Z590 Bezdomovectví L309 v.s. pyodermia reg. infraabdominalis c/ myiasis
I7080 Aorto-bifemorální bypass 1/22 v Ml. Boleslavi pro ICHDK
L309 v.s. pyodermia reg. infraabdominalis c/ myiasis
R55 Krátká porucha vědomí s pádem po napadení neznámou osobou 5/17 - St.p krátkodobé poruše vědomí v.s stresová reakce po napadení psem 5/17
D696 Trombocytopenie dle dok. - susp. podíl jaterní léze při chronickém abusu alkoholu, dle USG 5/22 hepatomegalie
T510 Chronický abusus alkoholu
J450 CHOPN II.stupně u kuřáka na terapii v péči plicní ambulance - dle spirometrie obstrukční ventilační porucha, snížení VC - St.p. akutní exacerbaci při prochlazení 11/2017 (neisserie meningitidis ve sputu) - Stp. recidivujících pneumoniích 8/2011 a 9/2008 - St. p. pneumonii vlevo s pomalu regredujícím výpotkem, podle CT 16.8.2011 nevelký fluidothorax, dystelektatické změny a fibrozněretraktivní změny pleury vlevo, adheze vlevo - St. p. legionelové pneumonii středního plicního laloku vpravo IX.2008, organizovaný fibrozní exsudát bazálně vpravo, st. p. VTS, debridementu a biopsii pleury vpravo 6.2.2009
S2230 St. p. fract. cost. VII. a VIII. vpravo lat. - St. p. opakovaných operacích pravého lokte a levého kolene po úrazech atd.
K30 Parenchymatosní jaterní léze v anam,v.s. při abuzu ethylu
F329 stp. TS 4/2017 - řezné rány na levém předloktí - stp. pobytu v PL HB v rámci odvykací léčby ethylismu 10/2017-11/2017
I489 v.s. Fibrilace síní s klidnou komorovou odpovědí dle dok. - bez thyreopatie, iontogram v normě

Doporučení:

Laboratorně mírná hyponatremie , hypochloremie , možné doplnit infuzí FR .
Vzhledem k nálezu na HK - viz výše - předávám pacienta na chirurgii

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

Homelessness is
public health

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



f any
ory of

Bezdomovectví ve středním věku

Příčiny, souvislosti a perspektivy

Prof. Miroslav Barták
Univerzita J. E. Purkyně
Ústí nad Labem



BEZDOMOVSTVÍ V ČR: ZDRAVOTNÍ STAV BEZDOMOVČŮ A JEHO DETERMINANTY

Miroslav Barták



**OSOBY BEZ
PŘÍSTŘEŠÍ**



**DUŠEVNĚ
NEMOCNÍ
NEBO S
MENTÁLNÍM
HANDICAPEM**

**ZÁVISLOST NA
ALKOHOLU
NEBO
DROGÁCH**



OSOBY BEZ PŘÍSTŘEŠÍ A DATA

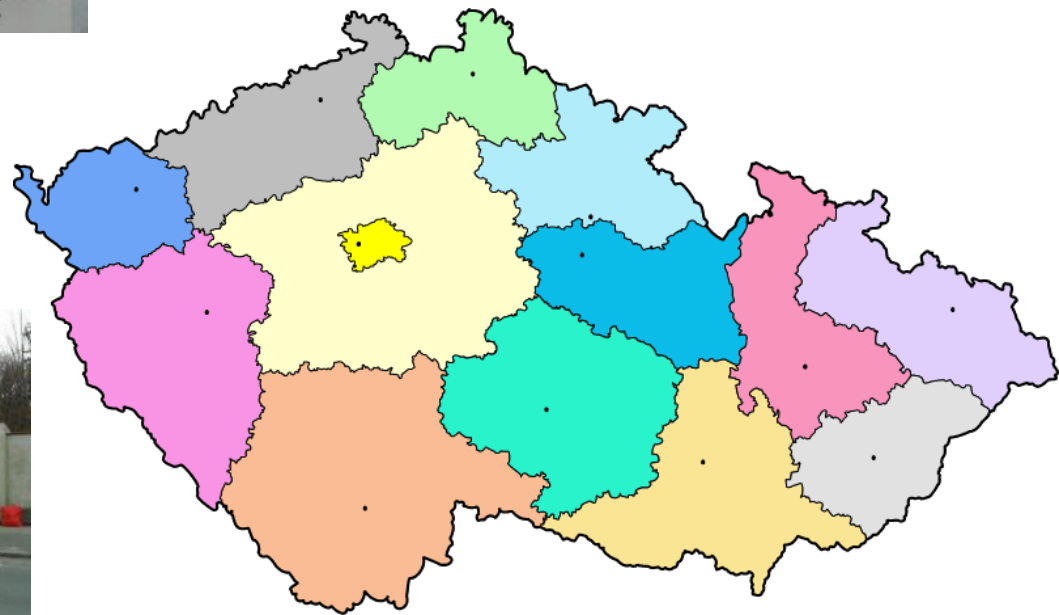
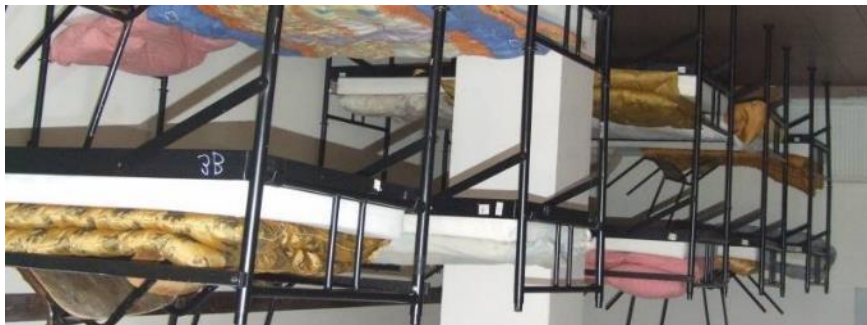
SKUPINA LIDÍ BEZ DOMOVA NEHOMOGENNÍ

- Odhad dle OSN: celosvětově 100 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



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!!!**



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**

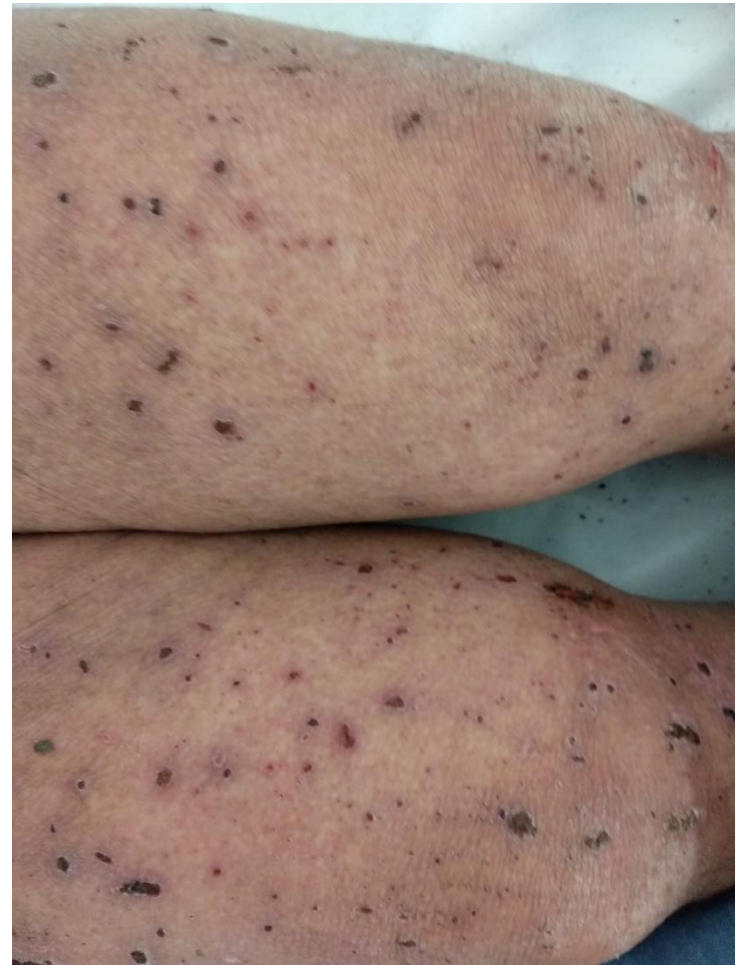
- Závislost na psychoaktivních látkách (nejlevnější varianty), předávkování (náhodné nebo úmyslné)

- **Environmentální vlivy**

- Podchlazení, omrzliny, úpal, úžeh

KOŽNÍ A JINÉ INFEKCE

SVRAB, ŠTĚNICE.....



INHALAČNÍ TRAUMA

– anamnéza a další průběh

- Anamnéza doplněna ze zdravotnické dokumentace
 - 6 let nazpět: ještě bydlel, pravděpodobně příležitostné práce (zlomenina žeber po pádu)
 - 4 roky: práce na chatě, přespává na louce – ošetřen pro poštípání štěnicemi
 - 3 roky: po pádu do kanálu fr. obou patních kostí, druhý den přes ČČK, předán do LDN s psychiatrickým dohledem
 - 2 roky: po napadení, kontuze hrudníku
- Přeložen z UP na popáleninové centrum
 - Rozvoj ARDS
 - Extubován až 19. den hospitalizace
 - Následně i rozvoj deliria
 - Dále – nevíme.....

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



AZLARM ČESKO SVĚT KULTURA SPOLEČNOST MULTIMEDIA ZPRÁVY E-SHOP f t i q

KORONAVIRUS LIDÉ BEZ DOMOVA

Z ulice do hotelu. „Věřil jsem, že umřu. Ne že budu ještě někdy spát v posteli.“

Lidé z ulice se stahují do hotelů, hostelů i letního kempu u Vltavy. Jak se jim žije v ubytování, které by pro ně za běžných okolností zůstalo nedostupné?

APOLENA RYCHLÍKOVÁ 15.04.20

[Sdílejte](#) [f](#) [t](#) [i](#)

„Já už jsem nevěřil, že budu někdy spát v posteli, umývat se ve sprše a dostávat teplý jítlo,“ 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. Nezávidím 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.



Pražští bezdomovci zůstanou bydlet v hostelech o rok déle. Do ubytovacích zařízení lidí 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

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 , komunikace zaměřená na aktuální problém a na pacienta
- **Kumulace znevýhodnění – zvýšení rizika**
- **Snažit se minimalizovat předsudky, vidět osobní příběh každého jednotlivce**

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**