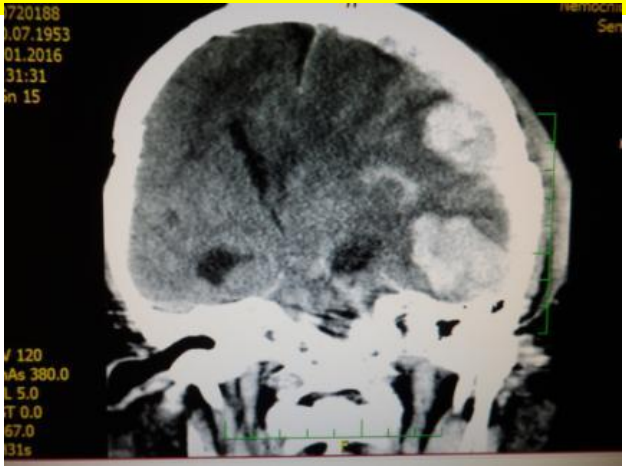
PSYCHIATRICKÝ PACIENT V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

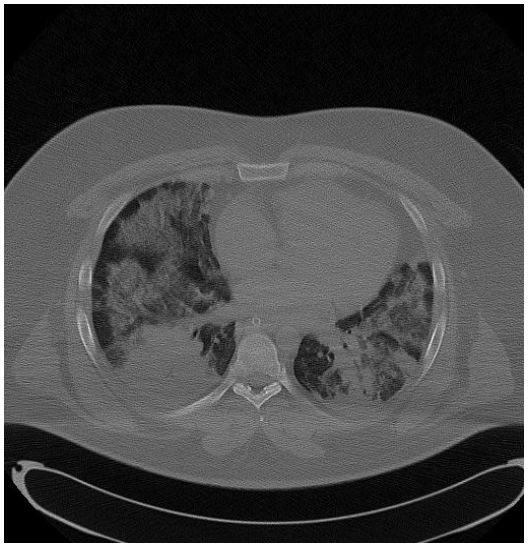
Jana Šeblová, 2023

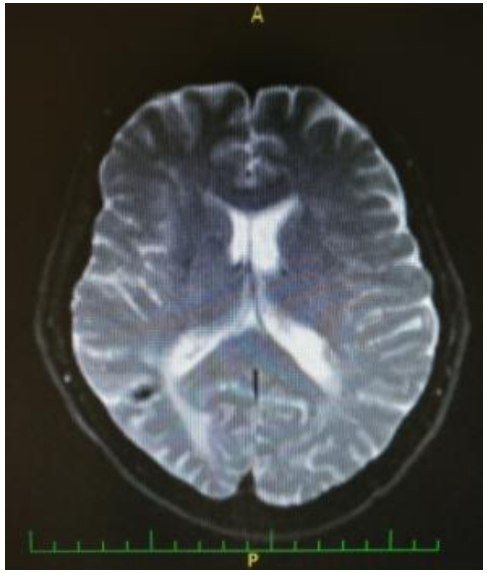
AKUTNĚ VZNIKLÝ NEKLID A PORUCHY CHOVÁNÍ

NUTNO VYLOUČIT ORGANICKOU PŘÍČINU

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







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.

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 in 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.

- menší nemocnice nedisponují personálem s psychiatrickou erudicí – pacientovi není poskytnuta potřebná péče
- riziko pro personál i ostatní pacienty, frustrace personálu
- zajištění bezpečnosti – lidské zdroje! (chybí v jiné péči)
- potřeba výcviku zdravotníků v deeskalaci konfliktů při náhle vzniklé agresivitě
  - stresová reakce, demence, abúzus návykových látek, relaps psychózy

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, tisercin, tiapridal

– Intoxikace drogami– rizika užití neuroleptik (psychostimulační drogy!) – benzodiazepiny, ev. propofol

– Intoxikace alkoholem – nejbezpečnější fyzická restrikce

– Problematika neklidu geriatrických pacientů

NĚKTERÉ MOŽNÉ DIAGNÓZY A NEKLID

MOŽNÁ DIAGNÓZA	INDIKOVANÝ PROSTŘEDEK	KONTRAINDIKOVANÝ PROSTŘEDEK
Akutní psychóza s bludy (F23.9)	Neuroleptika (haloperidol apod.)	
Intoxikace stimulancii (serotoninový syndrom)	Benzodiazepiny, chlorpromazin	Inhibitory MAO, SSRI
Intoxikace halucinogeny	Benzodiazepiny	
Intoxikace anticholinergními látkami (včetně rostlinných zdrojů)	Symptomatické terapie, benzodiazpiny, *(fyzostigmin)*	Některá antipsychotika, některé SSRI , tricyklická antidepresiva
Intoxikace alkohol	Fyzické omezení	Benzodiazepiny, látky tlumící CNS / pronační poloha!
Odvykací stav alkohol / delirium tremens	Benzodiazepiny, tiaprid, ev. antikonvulzuiva	
Hypoglykémie	Glukóza	(inzulin)
Stav zmatenosti po záchvatu křečí	Benzodiazepiny	
Somatická příčina	Dle (předpokládané) příčiny	

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

NEJČASTĚJŠÍ OKRUHY PSYCHICKÝCH PROBLÉMŮ V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

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!

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

NĚKTERÉ POUŽÍVANÉ ŠKÁLY

- **SSI/MSSI**
  - **Scale for Suicide Ideation, 1979 – Aaron T. Beck, Maria Kovacs, Arlene Weismann, 19 položek pomocí semistrukturovaného rozhovoru, škála 0-2, slibná reliabilita a validita**
  - **Modified Scale for Suicide Ideation, Miller et al., 13 položek SSI + 5 nových, škála 0-3, vaidita a reliabilita zvýšena**
- **SIS**
  - **Suicide Intent Scale – hodnocení závažnosti pokusu, 15 otázek, škála 0-2 (logistika, úmysl), vysoká reliabilita a validita**
- **SABCS**
  - **Suicidal Affect Behavior Cognition Scale – 6 položek, sebehodnocení, pro klinické, screeningové i výzkumné účely, dobrá predikce budoucího suicidálního chování**

NĚKTERÉ POUŽÍVANÉ ŠKÁLY

- **SUICIDE BEHAVIORS QUESTIONNAIRE**
  - **Linnehan, 1981, v roce 1988 zkrácen na 4 otázky (vyplnění do 5 min.), Likertova škála; screeningový nástroj, bez podrobných informací**
- **LOI**
  - **Life Orientation Inventory – verze 30 nebo 110 otázek + 4-bodová Likertova škála; silná reliabilita a validita, určí míru rizika. Pokud je paměť a prožívání ovlivněno depresí a stresem, spolehlivost se snižuje.**
- **RFL**
  - **Reasons For Living Inventory – měří pravděpodobnost na teoretickém podkladě, Linnehan 1983, 48 položek, Likertova škála 1-6, vysoce spolehlivá, ale pro výzkum, pro kliniku nepoužívaná**
- **NGASR**
  - **15 položek s různou váhou, stratifikace rizika**

SUICIDUM DÍTĚTE/DOSPÍVAJÍCÍHO

KOMPLEXNÍ PROBLEMATIKA: MEDICÍNSKÁ, KOMUNIKAČNÍ, SOCIÁLNÍ, PRÁVNÍ, ZÁTĚŽ PRO OKOLÍ I PRO POSÁDKY

- **Postup ošetření – podle určení závažnosti – ohrožení či selhávání vitálních funkcí, převažující somatická problematika (úrazy, intoxikace)**
- **Na rozdíl od dospělých pacientů – hospitalizace nutná vždy**
- **Hospitalizace možná i bez souhlasu rodičů**
    - **Případně ve spolupráci s OSPOD (dospívající s rizikovým chováním mívají svého kurátora)**

SUICIDUM DÍTĚTE/DOSPÍVAJÍCÍHO

PRÁVNÍ KONTEXT SUICIDÍ/POKUSŮ DĚTÍ

- **Lékař jedná v nejlepším zájmu pacienta = dítěte – může léčit i bez souhlasu zákonných zástupců, je-li situace urgentní**
- **Případně při podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání**
    - ***Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách – par. 38, odst. 1, písm. b, c, odst. 2 a odst. 4, písm. a, b***
- **Oznamovací povinnost – týrání, zneužívání a zanedbávání svěřené osoby**
    - ***Zákon č. 372/2011 Sb. § 51 odst. 2 písmeno d) – výjimky z povinné mlčenlivosti - trestné činy podléhající oznamovací povinnosti, týraní svěřené osoby § 198 trestního zákoníku***

SUICIDUM DÍTĚTE/DOSPÍVAJÍCÍHO

KONTEXT SUICIDÍ/POKUSŮ

RIZIKOVÉ FAKTORY - dítě

- Poruchy nálady
- Zneužívání návykových látek
- Disharmonický vývoj osobnosti
- Neuspokojivé interpersonální vztahy
- Traumatizující prožitky

PROTEKTIVNÍ FAKTORY - dítě

- Dobrá inteligence
- Sociální zdatnost
- Fyzické zdraví

SUICIDUM DÍTĚTE/DOSPÍVAJÍCÍHO

KONTEXT SUICIDÍ/POKUSŮ

RIZIKOVÉ FAKTORY – rodina

- Rozvod rodičů
- Násilí v rodině
- Psychiatrické onemocnění rodičů (včetně abúzu NL)
- Týrání a sexuální zneužívání dítěte
- Suicidální chování blízké osoby
- Ztráta zaměstnání rodiče
- Časté stěhování

PROTEKTIVNÍ FAKTORY - rodina

- Harmonické rodinné uspořádání
- Podpora dítěte
- Přiměřené výchovné postoje rodičů
- Dostupnost dospělé empaticky reagující blízké osoby

SUICIDUM DÍTĚTE/DOSPÍVAJÍCÍHO

KONTEXT SUICIDÍ/POKUSŮ

RIZIKOVÉ FAKTORY - okolí

- Špatná adaptace ve škole
- Blízkost disociálních part
- Pozitivní postoje vrstevníků k suicidálnímu chování
- Pozitivní prezentace suicidálního chování v masmédiích

PROTEKTIVNÍ FAKTORY - okolí

- Dobrá škola
- Dostupnost kvalitních mimoškolních aktivit
- Fungující instituce zabývající se péčí o děti
- Linky důvěry, krizová centra (sekundární prevence)

SUICIDUM DÍTĚTE/DOSPÍVAJÍCÍHO

VAROVNÉ PŘÍZNAKY (Špatenková 2011)

- Náhlá změna v chování
- Osamělost, stažení se
- Úbytek nebo přírůstek váhy
- Nespavost nebo nadměrná spavost (podezření na abúzus drog)
- Psychomotorická agitovanost nebo zpomalení
- Únava, úbytek energie, pokles soustředění
- Pocity vlastní bezcennosti, nadměrné pocity viny
- Promiskuita (nákaza pohlavní chorobou, nechtěné otěhotnění
- Myšlenky na smrt nebo sebevraždu

KRIZOVÁ INTERVENCE – SYSTÉM PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENČNÍ SLUŽBY

- V případech dokonaných dětských sebevražd intervence časté, nejen pro rodinu, ale často i pro širší sociální okolí a případně i pro zasahující posádky

SUICIDA DĚTÍ - SHRNUTÍ

- **Málo časté výjezdy, avšak se závažnými psychotraumatizujícími dopady pro velký okruh osob**
- **Nízká kontrola impulzů – riziko se zvyšuje od 13 let**
- **Podléhání vlivu okolí včetně sociálních sítí**
- **Suicida u dospívajících na jednom z prvním míst v mortalitě této věkové kategorie**

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….**

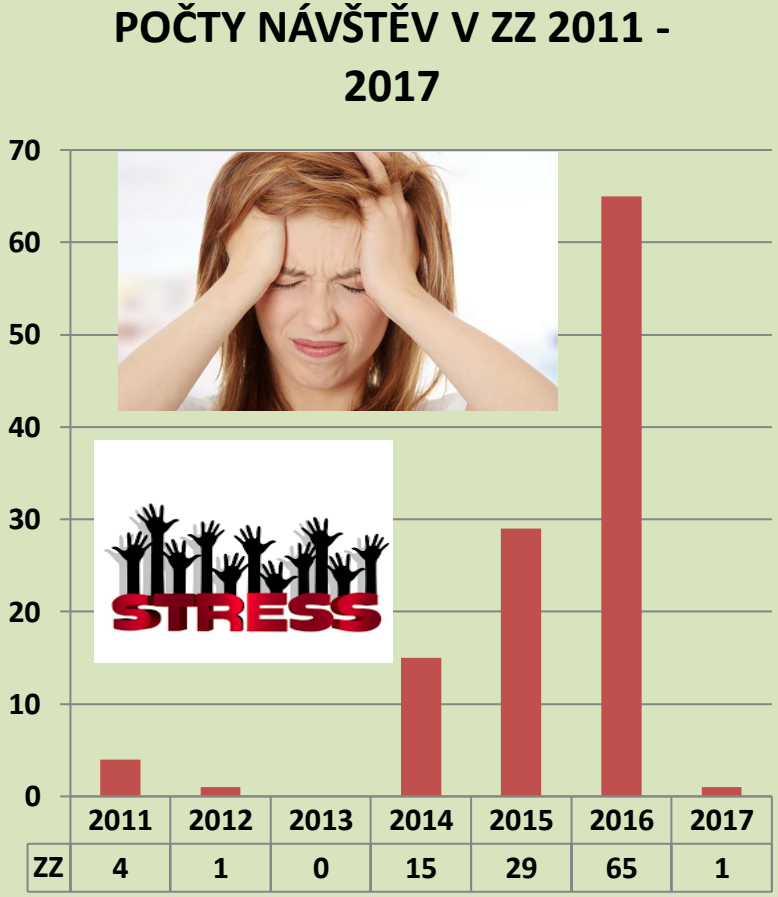
VERSUS:

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



PSYCHOTICKÝ PACIENT

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

PSYCHIATRICKÝ PACIENT V ZZS A 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**