

Spezielle Notfälle

Drogenpatienten im Akutspital

Elisabeth Simons

Leiterin Abteilung Internistische Notfälle

Stadtspital Triemli Zürich

Stadtspital Triemli Zürich



- Grundversorgung für Stadt und Spitalregion Zürich und überregionale Versorgung für spezialisierte Medizin
- 535 Betten
- ca 20 000 stationäre Patienten/Jahr
- 27 254 Eintritte Notfallstation (2009)
 - 19 559 ambulant
 - 7 695 stationär

Drogenabhängige Patienten im somatischen Akutspital

- ambulanter Bereich: Notfallstation
- Kurzstationäre Behandlung
- Langdauernde Hospitalisationen

Ambulante Notfallkonsultationen

Gründe

- Intoxikationen und die Folgen
- Bagatellverletzungen
- Ambulante Abklärungen und Therapien
(zB Thrombose; Abszesseröffnung)
- Wunsch nach Substanz-Abgabe

Notfallstation

Intoxikationen häufigster Einweisungsgrund:

- meist akzidentell
- selten suizidal
- häufig Mischintoxikationen
(erschwerte Diagnose u Therapie; komplizierte Verläufe)

- häufig unbeobachtet; Hergang unklar
(Gefahr der fälschlich angenommenen Intoxikation)

Vermutete Intoxikation – ein Fall

40 j bekannter Polytoxikomane

JL: Einweisung bei erneuter Intoxikation; liege zu Hause herum, kaum weckbar, habe sicher wieder Methadon der Freundin genommen

Befunde: stuporöser Patient, Miose, S02 70%,

Vermutete Intoxikation – ein Fall

Röntgen: ausgedehnte bilaterale Pneumonie

Diagnose und Verlauf:

Pneumokokkensepsis mit respiratorischer Insuffizienz; Intubation während 1 Woche

Intoxikationen direkte Folgen

- Vigilanzminderung bis zum Koma
- Agitation/Aggression
- Ateminsuffizienz bis zur Intubation
- Kreislaufstörungen (Rhythmus, Blutdruck)
- Organschäden

Intoxikationen indirekte Folgen

- Verletzungen durch Stürze
- Liegetrauma mit Muskelschaden
- Nervenkompressionen
- Aspiration, Pneumonie
- Unterkühlung
- Dehydrierung

Intoxikationen - indirekte Folgen

Risiko indirekte Folgen zu verkennen:

- Amnesie für Ereignis, Anamnese unklar
 - Sedation und „Analgesie“ durch Substanzen
 - Mangelnde Kooperation des Patienten
- ⇒
- Mangelnde Motivation des Personals

Intoxikationen – häufige Probleme

- Erschwerte Durchführung medizinischer Massnahmen
- Antagonisierung und die Folgen
- Personal und Mitpatienten

Erschwerte Durchführung medizinisch indizierter Massnahmen

- Überwachung länger nötig, als vom Patient akzeptiert
- Patient verweigert Untersuchungen/Abklärungen
- i.-v. Therapie nötig, aber schwierige Venenverhältnisse

Antagonisierung von Opiaten und Benzodiazepinen

Möglich und manchmal nötig – aber

- führt zu Entzugssymptomen
- kurze Halbwertszeiten (kürzer als HWZ der eingenommenen Substanzen)
- Gefahr von Krampfanfällen, Lungenödem

Mitpatienten/Personal

Agitierte, teils aggressive Patienten
(drogeninduzierte psychotische Zustände)

⇒ Lärmbelästigung Schwerkranker
Bedrohung des Personals
Polizei-Einsatz

Konkrete Probleme

Einschätzung der akuten Selbstgefährdung und der Urteilsfähigkeit:

- Schwierig, wenn Patient und sein „Normalzustand“ unbekannt sind
- die Dauer medizinischer Probleme unbekannt ist (chronisch vs akut?)

Schwierige konkrete Frage:

- Kann der Patient entlassen werden (gegen ärztlichen Rat) oder muss er im Spital verbleiben (gegen seinen Willen) ?
- Braucht es FFE, Zwangsmassnahmen, Polizei?

Ein Fallbeispiel

38-jähriger männlicher Patient

- Polytoxikomanie
 - Alkohol- und Benzodiazepinüberkonsum
 - Methadonsubstitution
 - IVDA mit Kokain und Heroin regelmässig
- Leberzirrhose Child C (aethyltoxisch, HCV)

Aktuelle Notfall - Hospitalisationen

- 28. 1. - 5. 2.10 Aspirationspneumonie mit respiratorischer Insuffizienz (IPS) – Übertritt in Psychiatrie
- 8. - 9. 2. 10 Somnolenz bei Mischintoxikation
- 9.-10. 2. 10 Somnolenz bei Mischintoxikation

Erneute Zuweisung mit Sanität 13. 2.

- JL: Patient wird somnolent auf der Langstrasse aufgefunden
- Befunde: GCS 9, Kreislauf stabil, respiratorische Globalinsuffizienz in der aBGA
- Wegen Ateminsuffizienz: Gabe von 2 x 0,04 mg Naloxon

13. 2. Verlauf

- 20 min. nach 2. Naloxongabe ist Patient wach, agitiert, schreit, zieht sich Infusion, demoliert Monitor, schlägt und spuckt
- Fixation und danach i. v. - Sedation gelingt erst mit Polizeieinsatz
- Verlegung mit FFE in Psychiatrie am nächsten Tag

Noch ein Fallbeispiel

43 jährige weibliche Patientin

- Polytoxikomanie

- Opiatabhängigkeit seit 1987, St. n. IVDA
 - Methadonsubstitution; Beikonsum?
- Benzodiazepinabhängigkeit
- Alkoholüberkonsum

Aktuelle Notfallhospitalisation

Entlassung aus Haft am 9. 9. 10

- 10. 9. 10 : Zuweisung mit Sanität, da somnolent auf Langstrasse aufgefunden (BZD, Opiate, Alkohol)

Überwachung problemlos – erhöhte Entzündungszeichen ohne Fokus

Entlassung am nächsten Morgen

Aktuelle Notfallhospitalisation

- 14. 9. 10 : Zuweisung mit Sanität, da somnolent auf Langstrasse aufgefunden (BZD, Opiate, Alkohol)
- Entzündungszeichen stark angestiegen,
- Klinisch und radiologisch V. a. Pneumonie
- Entlassung nach Organisation der Nachbetreuung (Antibiotikagabe am Ort der Methadonabgabe etc) am 15. 9. 10 um 12 Uhr

Aktuelle Notfallhospitalisation

- 15. 9. 10 – 16.00: Zuweisung mit Sanität, da somnolent auf Langstrasse aufgefunden (BZD, Opiate, Alkohol)
- Und jetzt: erneute ambulante Behandlung?
Psychiatrische Klinik mit FFE ?
stationärer Aufenthalt Somatik?

Verlauf

- Stationärer Aufenthalt STZ bis 17. 9. 10
- Organisation einer Übernachtungsmöglichkeit für 5 Tage in einem einfachen Hotel, da obdachlos seit Haftentlassung
- Kontaktaufnahme mit Beiständin bzgl. weiterer Wohnsituation

Mögliche Fragen der Notfallstation an die Institutionen der Drogenhilfe

- Informationen über bisherige Substitution: Substanz und Dosis
- Informationen über eventuell nötige Substitution bei Beikonsum
- Informationen über soziale Situation
- Informationen über medizinische Situation

Konkrete Probleme bei der Zusammenarbeit

- Notfälle meist zur „Unzeit“
⇒ Informationen nur erschwert erhältlich
- Patienten nicht auskunftsfähig oder -willig
⇒ möglicher Informant nicht bekannt
- Informationssuchende (Spitalärzte) wenig vertraut mit Institutionen
⇒ Informant wird nicht gefunden

Vorschläge

- Zusammenstellung der relevanten Stellen und Kontaktmöglichkeiten zu Händen der Notfallstation
- „Patientenkarte“ zum mitnehmen
Angaben über Abgabestelle/ Kontaktperson
⇒ meist leider nicht mitgenommen

Kurzstationäre Betreuung

- Infekte von Haut/Weichteilen/Atemwegen
- Kleinere Verletzungen (Brüche, Wunden)
- elektive Operationen

Kurzstationäre Betreuung

Wenig problematisch:

- Rücksprache mit betreuenden Drogeninstitutionen meist möglich
- „Disziplin“- Probleme weniger gravierend

Langdauernde Hospitalisationen

- **Schwerwiegende Infekte:**

Endocarditis, Spondylodiszitis, Arthritis, infizierte Thrombosen

- **Komplexe Verletzungen**

⇒ Mehrwöchige stationäre Therapien

⇒ Meist intravenöse Medikation

Konkrete Probleme langdauernder Hospitalisationen

- Schwierige Schmerz-/Substitutionstherapie
- Rauchen im Zimmer
- Umgehung von Isolationsmassnahmen (MRSA)

Konkrete Probleme langdauernder Hospitalisationen

- i. v. Bei-Konsum durch liegenden venösen Zugang
- Entfernung aus dem Spital mit venösem Zugang
- Konflikte mit Mit-Patienten

Zusammenarbeit im stationären Bereich

Bei Einweisung detaillierte Informationen

- Substitutionstherapie
- Serologien (HIV, Hepatitis)
- soziales Umfeld
- zu erwartende Probleme
- Einschätzung der Therapie-Notwendigkeit: was ist zu tun, wenn Pat. nicht kommt oder wegläuft oder uneinsichtig ist?

Zusammenarbeit im stationären Bereich

- Unterstützung durch Kontaktpersonen:
 - Tipps zum Umgang
 - Motivation zur Hospitalisation
 - „Vermittlung“ zwischen Somatik und Patient
- Fachliche Unterstützung bei Substitutionstherapie
 - Substanz
 - Dosis

Zusammenarbeit Drogenhilfe - Somatik im stationären Bereich

Planung von Nachbetreuung

- Ort / Institution
- persönliche Ansprechpartner

Drogenkonsumenten im Akutspital

Spezielle Notfälle

=

spezielle Herausforderung

Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!
