

Nemocnice při katastrofě z psychologického pohledu

*Jarmila Drábková, Jiří Koutek
Fakultní nemocnice v Motole, Praha*

Máme zkušenosti a systém ?

Na rozdíl od standardních „somatických postupů“ neodkladné péče, přijatého systému START triage, pravidel pro směřování atd. máme v nemocnicích s psychologickým pohledem jen málo vlastních zkušeností. Jsme nabádáni, abychom přesvědčili pacienty i sebe o zajištění bezpečí, o přechodnosti a zvládnutelnosti akutní situace, která vyžaduje nevýznamně odlišný režim a podstatně přísnější disciplínu.

Psychosociální intervence na místě zásahu i poté jsou známy a realizovány např. v Hasičském záchranném sboru. V současné době se psychosociální podpora obrací i k profesionálním záchranářům ZZS. Kliničtí psychologové mají specializovaná školení pro skupinovou krizovou intervenci – CISM (Critical Incidence Stress Management) a CISD (Critical Incidence Stress Debriefing), učí o riziku rozvoje PTSD (Posttraumatic Stress Disorder). Publikují o zvýšeném počtu sebevražedných aktů zejména osamělých osob a seniorů po opakování záplav na Moravě a po vymístění těchto obyvatel z jejich zaplavených a ohrožených domků – z jejich osobního a zvyklého prostředí do kolektivních zařízení (Vinař).

Historické a zahraniční zkušenosti jako modelová poučení

Zkušenosti s indikací i realizací akutní psychologické a psychosociální intervence jsou zpracovávány podstatně více a častěji v zahraničí. Z psychologicky nahlížených reakcí se lze poučit v krátkých kazuistických větách z historie především, ale nikoli výlučně ze zahraničí.

- Švédská komise hodnotila velmi příznivě spontánní disciplínu pražského obyvatelstva, které bylo evakuováno při záplavách do improvizovaných prostor. Jako hlavní důvod uvedla: bezprostřední pomoc a odborný dohled, dostupnost léků; všichni rozuměli česky, všichni měli informace; neočekávalo se od nich žádné aktivní jednání.
- Při historickém požáru hotelu Olympik byl chaos, spolupráce mezi hasiči a zdravotníky při slaňování postižených z výškové budovy uvázla a měla nepříznivé zdravotní následky pro postižené..
- Při cvičení v metru na Náměstí Republiky (Podzim 2005) pokládali hasiči nehýbající se figuranty/pacienty za mrtvé a věnovali pozornost nejvíce křičícím a panikujícím; byli stresováni a nejistí. Vyskytl se i akutní infarkt myokardu. Vynášení poraněných po zastavených eskalátorech vedlo k chaosu na výstupech a k dalšímu stresu.
- Při náhlých záplavách v New Orleans byla nemocnice odříznuta – a velmi rychle přešla na vojenský styl – disciplínu: ozbrojený doprovod pro léky do lékárny, nouzové osvětlení, centrální rozdělování svítilen a baterií; medikace v prevenci průjmů, nasazení ostrahy na WC. Kontrastem se stalo chaotické jednání davu na stadionu, kde pocít nejistoty a nebezpečí vedl až ke střelbě.
- Při zemětřesném poškození mnoha nemocnic v Kalifornii byla nutná evakuace nejen chodících pacientů, ale i pacientů JIP. Personál dostal jen ty úkoly, které byl zvyklý provádět, v nichž byl zkušený. Byl vydán rozkaz podávat informace s pozitivním ujištěním, že vše je pod kontrolou. Velmi to přispělo k rychlé evakuaci pozemními i vzdušnými prostředky za klidného řízení dopravy pacientů i na velké vzdálenosti.
- Při požáru výškového obchodního domu v Sao Paulu se lidé nechali vést jeho zaměstnancem, který vystupoval zkušeně a velmi dominantně, ale zavedl desítky zmatených nakupujících do slepého dvora s vysokou zdí, kde všichni zemřeli na termické trauma.

- V Praze na Letenské pláni již dávno vykolejila tramvaj číslo 2 ve vysoké rychlosti. Psychologicky bylo poučné, že do prostoru vjel osobní vůz, z něhož vystoupil civilní řidič a několik minut řídil profesionální dopravu. Teprve při zjištění nesrovnalosti, kdy naváděl sanitní vozy opačně, upoutal pozornost. Byl osloven, marně tázán a odveden s diagnózou zkratového stavu a jednaní – nakonec medikován a odsunut – s výslednou amnézií.
- Poučné jsou i dva požáry výškových hotelů o 30 – 32 poschodích v témže městě v USA. Při prvním požáru vyběhlo mnoho hostů na plochou střechu. Zde vznikla panika; nebylo možno vysunout záchrannou techniku z vrtulníku a desítky obětí připomněly „skleněné peklo“. Druhý požár již zohlednil psychoreaktivní stavy a paniku a nalétávající vrtulník nejdříve vyslal aerosolový sprej tranquilizéru a imobilizancia do ovzduší nad shromážděný dav na střeše; bez paniky se podařilo všechny zachránit.
- Zcela nedávné poučení je z airbusu, které pohotový pilot vedl k nouzovému přistání na řece Hudson – a stejně pohotiví vodní záchranáři zachránili všechny cestující i posádku bez jediné oběti. Rozhodovalo jasné jednaní pilota a disciplína cestujících i záchranářů.
- Záchranáři 11. září 2001 se i bez vybavení snažili zachránit co nejvíce ohrožených a vybíhajících obětí z World Trade Center – ale po nepříliš dlouhé době 1 – 2 let začali žádat o odškodnění s odůvodněním, že nebyli dostatečně informováni o rizicích a nebyli vybaveni osobními ochrannými prostředky proti vzniku chronické bronchitidy, astmatu atd..

Psychologický pohled, akutní psychoreaktivní stavy a akutní požadavky lze v nemocnici rozdělit podle rázu „katastrofy“.

Hromadné neštěstí a aktivace traumaplánu

Hromadné neštěstí přisune řadu pacientů, pro něž je nutno uvolnit prostory urgentního příjmu, zobrazovacích metod, operačních sálů, standardní lůžka, ARO a JIP lůžka. Je třeba povolat zdravotnické zálohy. Dostaví se sice do bezpečného terénu, ale očekávají je zvýšené pracovní zatížení, stresující kontakt s poraněnými dětmi, s křičícími dospělými, s pacienty moribundními, s esteticky nepřijatelným vzhledem. Psychologická podpora musí být pro ně k dispozici již při navázení pacientů. Lékaře, kteří se zabývají triage, musí doprovázet zkušený klinický psycholog a zkušený psychiatr. Oba jsou zde nutní konziliárně i pro psychologickou verbální a/nebo medikamentózní podporu.

Personál urgentního příjmu, statim zobrazovacího a laboratorního komplementu, operačních sálů, krevní banky a ústavní lékárny pracuje ve svém stereotypu. Střídání se doporučuje nekompromisně po 2 hodinách. Překrytí má trvat z psychologických důvodů až 20 minut, aby se zabránilo úvodním chybám a vegetativním reakcím.

Největší psychickou zátěž nesou akutní příjem a místa primárního ošetření. Dominantní osobou, která předchází panice, chaosu a zahlcení, má být rozhodný supervizor. Musí zachovat klid i přehled a věnovat se řízení s pevnou disciplínou. Reálné informace sděluje krizovému štábu do velína. Kamerový systém umožňuje krizovému štábu přehled a zlepšuje soustředění na průběh, dává možnost optimálních a konkrétních rozhodnutí, navozuje přesvědčení o zvládnutelnosti a zvládnutí situace..

Pacienti jsou přivázeni z místa HN již s medikací a po ošetření ZZS. První patří mezi nejtíže postižené, často s podporou základních životních funkcí a s analgosedací. Předávající zdravotníci se omezí na zprávu o svém pacientovi, nezdržují se a nediskutují o dojmech z místa HN.

Nicméně značná část pacientů vnikne ve stresu a s velmi různými projevy spontánně a kudykoli do areálu a budovy nemocnice. Hledají své blízké nebo patří k méně závažně postiženým, rozčileným, halasícím a dožadujícím se odborné pomoci. Podle START triage je lze zařadit nejspíše do skupiny, označené zeleně, s odložitelným ošetřením, ale s nutností okamžitého uklidnění. Děti, přivážené rodiči mohou být i v závažnější START kategorii. Řidiče vozů ZZS je třeba k místu přeložení pacientů navádět nikoli povely a křikem, ale signálně barevnými ukazateli, které odpovídají START hodnocení. Spontánně přicházející a přijíždějící je nutno odklonit výraznými poutači a ukazateli do jiného prostoru, kde je záložní triage skupina, která zde plní svůj úkol.

Evakuace a evakuační plány

Evakuační plány se jeví ještě náročnější.

Nejen pacienti, ale i zdravotnický personál se cítí **ohrožení nebezpečným prostředím**: není světlo, vznikl zážeh a na oddělení je centrální rozvod kyslíku; klesl tlak v centrálním rozvodu a zastavily se ventilátory; v temném skladu nelze najít transportní monitory; na stanici jsou pouze dvě baterky; svítí pouze nouzová světla a monitory; infuzní pumpy, hemodialyzační a další mimotělní přístroje a oběhy mají jen krátkou časovou rezervu; přestala téci voda, zásoba balené vody a na WC je minimální; k evakuaci nelze užít 10litrové lahve kyslíku na podvozku; koncentrátoři/vyvíječe kyslíku nejsou na oddělení k dispozici; k převozu na jiné intenzivní lůžko je v nemocnici jen 1 sanitní vůz; ZZS má všechny vozy zaměstnané v terénu.

Personál má za úkol **nezvyklé činnosti**, ve službě je pouze **základní počet pracovníků**.

Lůžka nelze evakuovat schodištěm, ležící pacienty je nutno přemístit na plachty nebo prostěradla. Ve výškovém monobloku se v jeho centru u evakuačních výtahů kumulují pacienti včetně zdravotnického doprovodu. Komunikace s bezpečnostní složkou, popř. s hasiči může být velmi asertivní, všichni mají své – a velmi rozdílné urgentní povinnosti. I zde je nutný supervizor dané úrovně poschodí s příkazovou kompetencí.

Ale i na **standardním oddělení** je třeba pacienty vzbudit, dohlédnout na jejich oblečení, pobízet je, aby vzali jen své identifikační dokumenty atd. Pacienti mají tendenci balit své osobní věci ze zásuvek, skříněk apod., není-li nebezpečí v jejich blízkosti zcela zřejmé. Na **lůžkách ARO a JIP** lze pacienty přirovnat k objektům péče a vyloučit jejich panikaření. Psychické reakce u osob pohyblivých, racionálních, ale vyděšených a bojících se atd. jsou odlišné; lze říci, že jsou psychologicky podstatně náročnější pro obě strany.

Jakou taktiku lze zvolit podle zkušeností a podle znalostí z historických situací ?

Nejvíce je zatížen personál postižených oddělení, méně je stresován personál, který připravuje příjmy pacientů na volná lůžka, na zálohovou stanici. Urgentní příjem se při evakuaci uzavře v dohodě s operačním střediskem ZS. Prvních 20 minut je nejčastěji nepřehledných. Zdravotnický personál **ARO a JIP** má přesunout pacienty na lůžkách s množstvím vstupů a infuzí atd. Nejvhodnější je **pomoc z urgentního příjmu**, protože jeho tým je vychován pro zajištěné převozy a akutní výkony i v improvizovaných podmínkách.

Na stanicích s **převážně ležícími pacienty** (LDN apod.) ale bez nutné podpory základních životních funkcí se cítí personál ohrožen okolním nebezpečím. Zde je významná okamžitá dominantní osobnost – nejlépe psycholog spolu s ošetřujícím lékařem. Určí, jak budou pacienti na svých matracích přesunováni a kam a ubezpečují pacienty i personál a zajišťují konkrétní informace.

Na **standardních odděleních** chodících pacientů je maximum snahy personálu informovat klidně pacienty, shledat pro ně oblečení a identifikační dokumenty. Ve skupině zabráníme vzájemné rozčilené sdělování thrillerových informací – i když by byly pravdivé. Psychiatr s klinickým psychologem rozhodnou, kdo je odclonitelný pouze verbální podporou, metodou **talk-down**. Pro **skupinu agitovanou**, více rozčilenou, ale schopnou p.os medikace, lze volit mezi rychle nastupujícími nehypnotickými benzodiazepiny: Defobin, Grandaxin, Neurol, Diazepam. Pacienti v intenzivní péči jsou nejčastěji v gesci anesteziologa s analgosedací – kontinuální propofol je nejvhodnější směnít za podání midazolamu i.v., podle potřeby v kombinaci s ketaminem, nikoli s dexmedetomidinem.

Senioři, tj. chodící pacienti starší než 60 – 65 let mohou být po podání benzodiazepinů nejen zmatení a neklidní, ale oslabení svalové síly může znamenat zapadání jazyka i nebezpečně mělké dýchání. Pro všechny je vhodnější **medikace atypickými neuroleptiky** nejnovější generace – injekčně i perorálně poměrně rychle nastupujícím olanzapinem (Zyprexa). Méně účinně tlumí neklid tiaprid (Tiapridal) nebo melperon (Buronil); minimálně uklidňuje disulepin (Dithiaden). Rizikový je injekční chlorpromazin (Plegomazin) nebo levopromazin (Tisercin), oba snadno vedou k prohloubenému útlumu; méně tlumí prometazin (Prothazin). Dexmedetomidin (Precedex) se neosvědčil. Haloperidol byl velmi ostře kritizován, protože může snadno vést k prodloužení QT intervalu a k výskytu dysrytmií, zejména u starších osob. Senioři inklinují k méně dramatickým projevům agitovanosti nebo paniky; přesto při pocitu náhlého ohrožení snadno vznikne maligní komorová dysrytmie, jak je známo z požárů např. v obchodních domech.

Děti vyžadují ještě navíc speciální opatření. Z požáru krkonošské chaty víme, že evakuace dětí z 1. patra probíhala rychle, rozespálé děti byly pohotově a přitom bezpečně vyhazovány vedoucími z oken do vysokého sněhu. Nicméně zde nebyl nad nimi zajištěn dohled, takže se v rozespalosti vracely do objektu a vzdor všemu úsilí došlo k obětem.

Zdravotnickému personálu je nutno věnovat rovněž pozornost, chybovost a snaha o únik je zvýšena. Medikace budou možná nutné s debriefingem a defusingem poté, ale personál ve stresové aktivaci mimořádnou událost nejčastěji zvládne. Rozhodující úlohu hraje dominantní osobnost, „která si ví rady“ a převezme „velení“. Přidělí činnosti, které personál běžně vykonává se stručnými a jasnými pokyny a se směřováním do bezpečného prostoru, kde personál čekají další jasné instrukce. Podle zahraničních zkušeností se daleko více uplatní tento osobní přístup místo zapnutí nemocničního centrálního rozhlasu. Ten je vhodný až po zvládnutí akutní situace. Poté navodí přesvědčení, že výbušnina nebyla nalezena, že o všechny je postaráno. Zdůrazní, že všichni dostanou včas své léky, jako je inzulin a antibiotika, základní jídlo, teplou pokrývku atd. Informace doplní, kde bude pro přemístěvané rezervováno dojednané místo, odkud budou kam odesíláni. Podle zkušeností z World Trade Center byly maximálně užity **mobily k SMS** příbuzným atd., Totéž lze očekávat zde, takže není vyloučeno zahlcení sítě a poté příjezd - příchod rodičů, členů rodin, přátel, ba i zcela nezávislých osob. Již od začátku je pro ně třeba připravit vhodný prostor a vyslat k nim informované mluvčí z krizového štábu. Výhodné je občerstvení pro čekající, které uklidňuje, jejich usazení a opakované informace o průběhu, o umístění jejich blízkých a o dalším postupu.

Závěry

Všechny nemocnice mají v současné době klinické psychology, spolupracují s psychiatry. Jen malý počet těchto odborníků je však vyškolen pro akutní psychologickou intervenci při mimořádné události většího rozsahu. Byli poměrně opomíjeni, ale jejich součinnost v akutních fázích při aktivaci traumaplánu nebo při nutnosti evakuace je velmi důležitá –

nejen pro postižené, ale spoluvytváří podmínky pro činnost „somaticky“ zaměřených zdravotníků.