

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Rola lekarza POZ w pomocy ofiarom urazów. Analiza dokumentacji medycznej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

The role of the Basic Health Care doctor in helping injured patients. Analysis of medical records of an Emergency Room

PATRYK RZOŃCA^{A-C, F}, KAMIL BEDNARZA^{A, D-F}

Pracownia Ratownictwa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

Streszczenie **Wstęp.** Systemy Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Państwowe Ratownictwo Medyczne zostały stworzone jako pierwszy etap w kontakcie pacjenta ze służbą zdrowia.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono na podstawie analizy dokumentacji medycznej chorych, którzy zostali skierowani przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do szpitalnego oddziału ratunkowego SPSK nr 1 w Lublinie.

Wyniki. Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 51 lat (± 20), najmłodszy pacjent miał 15 lat, natomiast najstarszy – 93 lata. Większość pacjentów zamieszkiwała miasto Lublin (63,9%). Do najczęstszych przyczyn powstawania obrażeń ciała u pacjentów kierowanych do SOR przez lekarza POZ należały upadki i uderzenia. Prawie trzy czwarte wszystkich pacjentów kierowanych do SOR nie wymagała pomocy na innych oddziałach szpitalnych, po diagnostyce i zaopatrzeniu obrażeń ciała zostali wypisani do domu.

Wnioski. Dane pokazują, że zdecydowana większość pacjentów z urazami (72,6%) trafiających do SOR ze skierowaniem od lekarza POZ po wykonaniu diagnostyki i zaopatrzeniu obrażeń została wypisana do domu.

Słowa kluczowe: POZ, SOR, urazy.

Summary **Background.** The systems of Basic Health Care (BHC) and Medical Rescue were established as the first stage of patient's contact with health care.

Material and methods. The analysis of medical records of the patients referred by BHC to Emergency Rooms in the Autonomous Public Clinical Hospital No. 1 in Lublin.

Results. The average age of the patients was 51 years (± 20), the youngest patient was 15 years old, whereas the oldest one was 93 years old. The majority of the patients were citizens of Lublin (63.9%). The most frequent cause of injuries of the patients referred to Emergency Rooms were falls and shocks. Almost three quarters of all the patients referred to Emergency Rooms did not require admission to other hospital wards and were discharged after diagnosis and treatment of the injuries.

Conclusions. The data indicate that the significant majority of the patients (72.6%) suffering from injuries who were referred to Emergency Rooms from Basic Health Care were discharged after diagnosis and treatment of the injuries.

Key words: BHC, Emergency Room, injuries.

Wstęp

Systemy Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz Państwowe Ratownictwo Medyczne zostały stworzone jako pierwszy etap w kontakcie pacjenta ze służbą zdrowia. Zostały stworzone z myślą o sprawowaniu kompleksowej opieki nad populacją jako instytucja lekarza pierwszego kontaktu i szpitalne oddziały ratunkowe udzielające świadczeń osobom w stanie zagrożenia życia i zdrowia. Granica łącząca te dwa systemy mieści się w słowach „w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego” i jest tak płynna, jak pojemna jest to definicja [1].

Według statystyk WHO, urazy stanowią trzecią co do częstości, po chorobach układu krążenia i nowotworach złośliwych, przyczynę śmierci, a jednocześnie najważniejszą przyczynę zgonów u osób do 44. roku życia. 75 milionów osób, które rocznie doznają urazów, pokazuje powagę problemu pracownikom tych dwóch systemów [2].

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono na podstawie analizy dokumentacji medycznej szpitalnego oddziału ratunkowego SPSK nr 1 w Lublinie z okresu od kwietnia 2009 do maja 2010 r. Analizie poddano informacje zawarte w kartach in-

formacyjnych chorych, którzy do oddziału zostali skierowani przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Analizie poddano 5618 kart informacyjnych, z których wyłoniono 191 przypadków, które poddano analizie statystycznej w oparciu o oprogramowanie STATISTICA 10 (StatSoft, Polska).

Wyniki

Badana grupa była zróżnicowana pod względem wieku, płci i miejsca zamieszkania. Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 51 lat (± 20), najmłodszy pacjent miał 15 lat, natomiast najstarszy – 93 lata. Kobiety stanowiły niewiele ponad połowę wszystkich przypadków (50,8%). Większość pacjentów zamieszkiwała miasto Lublin (63,9%) (tab. 1).

Do najczęstszych przyczyn powstawania obrażeń ciała u pacjentów kierowanych do SOR przez lekarza POZ należały upadki i uderzenia. Upadki bez względu na płeć (kobiety – 37,6%; mężczyźni – 24,8%) i miejsce zamieszkania (miasto Lublin – 51,1%; powiat lubelski – 16,8%; województwo lubelskie – 3,2%) stanowiły główną przyczynę powstawania obrażeń ciała. Średni czas hospitalizacji pacjentów w SOR wynosił 115,1 minut ($\pm 100,6$). Najdłużej hospitalizowani byli pacjenci, którzy doznali obrażeń ciała na skutek upadków (129,2 min $\pm 108,4$) oraz wypadków komunikacyjnych (103,3 min $\pm 38,8$) (tab. 2).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

		n	%	
Płeć	kobieta	97	50,8	
	mężczyzna	94	49,2	
Miejsce zamieszkania	miasto Lublin	122	63,9	
	powiat lubelski	42	22	
	województwo lubelskie	13	6,8	
Wiek	średnia	odchylenie standardowe	mini-mum	maksi-mum
	51	20	15	93

Tabela 2. Czas hospitalizacji a przyczyny obrażeń ciała

Przyczyny	Czas hospitalizacji (min.)		
	średnia	n ważnych	odchylenie standardowe
Upadek	129,2	61	108,4
Uderzenie	95,3	12	85,5
Wypadek komunikacyjny	103,3	6	38,8
Wypadek w pracy	68,4	5	21,8
Uraz termiczny	73,8	4	52
Pozostałe	97,8	9	127,8
Ogółem	115,1	97	100,6
Analiza statystyczna	$H = 8,9126$ $p = 0,112$		

Najczęstsze obrażenia ciała będące następstwem różnego rodzaju przyczyn dotyczyły głównie kończyn górnych i kończyn dolnych. Obrażenia te zarówno w grupie kobiet i mężczyzn, jak również wśród pacjentów zamieszkujących miasto Lublin, powiat lubelski i województwo lubelskie stanowiły najczęstsze obrażenia ciała.

Średni czas hospitalizacji pacjentów z różnymi obrażeniami ciała wynosił 100,3 min ($\pm 99,4$). Najdłużej w szpi-

talnym oddziale ratunkowym przebywali pacjenci z urazami głowy i szyi (119,3 min $\pm 58,7$) oraz urazami kończyn górnych (119,6 min ± 136) ($p < 0,05$). Prawie trzy czwarte wszystkich pacjentów kierowanych do SOR nie wymagała pomocy na innych oddziałach szpitalnych, po diagnostyce i zaopatrzeniu obrażeń ciała zostali wypisani do domu. Ponad jedna czwarta pacjentów wymagała zaopatrzenia obrażeń ciała na oddziale chirurgii urazowej (tab. 3).

Wnioski

Dane pokazują, że zdecydowana większość pacjentów (72,6%) z urazami trafiających do SOR ze skierowaniem od lekarza POZ po wykonaniu diagnostyki i zaopatrzeniu obrażeń została wypisana do domu. Pokrywa się to z danymi prezentowanymi w raporcie Najwyższej Izby Kontroli mówiącymi, że od 30% do 80% pacjentów SOR (również nieurazowych) nie kwalifikowało się do udzielania im świadczeń na tych oddziałach. Osobom nie znajdującym się w stanie zagrożenia świadczenia powinny być udzielane przez lekarza rodzinnego, poradnie specjalistyczne lub ambulatoria nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej [3]. Sytuacja ta wynika z trudności w dostępie do poradni lekarza specjalisty oraz faktu, iż utrzymanie zaplecza laboratoryjnego przez niewielkie praktyki POZ jest niemożliwe, a podpisanie przez praktykę lekarza rodzinnego umowy z laboratoriami oddalonymi od praktyki stwarza problemy z wydłużeniem procesu diagnostycznego. Odesłanie pacjenta do szpitala stanowi najprostszą drogę do lekarza specjalisty oraz pełnego zaplecza diagnostycznego obejmującego RTG, ultrasonografię i laboratorium, jest jednak sprzeczne z ustawami o państwowym ratownictwie medycznym i o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [1, 4]. Pojawienie się kompaktowych analizatorów parametrów krytycznych oraz ultrasonografów umożliwia skrócenie procesu diagnostycznego przez wykonywanie pewnych badań bezpośrednio przez personel POZ [5]. Skrócenie procesu diagnostycznego, stosunkowo niewielka cena, a także uzupełnienie badań o ultrasonografię przyniesie wpłynę pozytywnie na jakość świadczeń POZ.

Tabela 3. Dalsze postępowanie z pacjentami badanej grupy

Dalsze postępowanie		Miejsce zamieszkania				Płeć		
		miasto Lublin	powiat lubelski	województwo	razem	kobieta	mężczyzna	razem
Wypis do domu	n	90	29	8	127	75	61	136
	%	51,4	16,6	4,6	72,6	39,7	32,3	72
Oddział chirurgii urazowej	n	22	12	4	38	17	26	43
	%	12,6	6,9	2,3	21,7	9	13,8	22,8
Inne	n	9	0	1	10	5	5	10
	%	5,1	0,0	0,6	5,7	2,7	2,7	5,3
Analiza statystyczna		$\chi^2 = 5,6164$ $p = 0,230$				$\chi^2 = 3,1949$ $p = 0,202$		

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2006 nr 191 poz. 1410).
2. Lipiński J, Lasek J. *Epidemiologia urazów, śmiertelności i kalectwa pourazowego, profilaktyka*. W: Brongel L, Lasek J, Słowiński K, red. *Podstawy współczesnej chirurgii urazowej*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne; 2008.
3. Najwyższa Izba Kontroli. Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Informacja o wynikach kontroli. Nr ewidencyjny: P/11/094. 2012.11.06. www.nik.gov.pl.
4. Bujnowska-Fedak MM, Sapilak BJ, Steciwko A. Epidemiologia schorzeń i struktura zachorowań w praktyce lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13: 135–139.
5. Kosiak W. Ultrasonograf stetoskopem lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12: 389–393.

Adres do korespondencji:

Mgr Patryk Rzońca, Pracownia Ratownictwa Medycznego UM
ul. Chodźki 6, 20-093 Lublin
Tel.: 513 098-080, E-mail: patryk.rzonca@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.02.2013 r.
Po recenzji: 25.03.2013 r.
Zaakceptowano do druku: 10.04.2013 r.