

ANALIZA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH REALIZOWANYCH NA SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM

Analysis of medical services provided in the Emergency Department



Małgorzata E. Starczewska¹, Piotr Brosz²

¹Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

²Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 1: 31–37

Praca wptynęła: 30.09.2019; przyjęto do druku: 3.12.2019

Adres do korespondencji:

Małgorzata E. Starczewska, Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, e-mail: mlary@pum.edu.pl

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była analiza świadczeń medycznych udzielanych pacjentom zgłaszającym się na szpitalny oddział ratunkowy.

Materiał i metody: W badaniu o charakterze retrospektywnym posłużono się metodą analizy dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 30 czerwca 2016 r. na Szpitalny Oddział Ratunkowy im. Stanisława Staszica w Pile. Analizy dokonano na podstawie historii choroby pacjentów rejestrowanych do systemu elektronicznego Eskulap.

Wyniki: Badania udowodniły, że płeć badanych pacjentów nie wpływała na tryb przyjmowania na SOR ($p > 0,05$). Analiza materiału badawczego wykazała istnienie istotnej statystycznie zależności między trybem przyjęcia a porą roku ($p < 0,001$), porą dnia ($p < 0,001$), trybem wypisu ($p < 0,001$) i wykonanymi badaniami laboratoryjnymi ($p < 0,001$).

Wnioski: Pacjenci najczęściej zgłaszali się na SOR w ciągu dnia, w okresie wiosennym, w trybie przyjęcia nagłego – inne przypadki. Największą liczbę rozpoznań końcowych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 stanowiły urazy głowy, obrażenia narządu ruchu, ciało obce w zewnętrznej części oka, nieurazowe bóle brzucha, nadciśnienie tętnicze oraz incydenty naczyń mózgowych. Pacjenci zgłaszający się samodzielnie na SOR najczęściej podawali dolegliwości będące składowymi kodu S, natomiast u pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego najczęściej rozpoznawano zaburzenia zawarte w kodach I oraz R. Wśród mężczyzn najczęstszym rozpoznaniem według klasyfikacji chorób ICD-10 były problemy zdrowotne z kodu S i T, a u kobiet z kodu R.

Słowa kluczowe: pacjent, szpitalny oddział ratunkowy, świadczenia medyczne.

Summary

Aim of the study: To analyse medical services provided to patients reporting to the Hospital Emergency Department (ER).

Material and methods: This retrospective study used the method of analysing medical records of patients admitted in the period from 1 January 2016 to 30 June 2016 at the Stanisław Staszic's Hospital Emergency Department in Pila. The analysis was based on the medical history of patients registered in the Eskulap electronic system.

Results: Studies have shown that the gender of the patients did not affect the mode of admission to ER ($p > 0.05$). Analysis of the research material showed the existence of a statistically significant relationship between the admission mode and the time of year ($p < 0.001$), time of day ($p < 0.001$), discharge mode ($p < 0.001$), and laboratory tests ($p < 0.001$).

Conclusions: Patients usually reported to the ER during the day, in the springtime, in emergency mode: other cases. The largest number of final diagnoses according to the International Classification of Diseases and Health Problems ICD-10 were head injuries, musculoskeletal injuries, foreign body in the outer part of the eye, non-traumatic abdominal pain, hypertension, and cerebrovascular incidents. Patients who reported themselves to the ER most often reported complaints that were components of the S code, while patients imported by an Emergency Medical Team (EMT) were most often diagnosed with disorders contained in codes I and R. Among men, the most common diagnosis according to the ICD-10 were health problems from the S and T codes, and in women from code R.

Key words: patient, Hospital Emergency Department, medical services.

Wstęp

Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) udzielają świadczeń zdrowotnych, do których należą wstępna diagnostyka i czynności konieczne do ustabilizowania funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia oraz w razie potrzeby szybkiego przygotowania chorego do niezbędnego leczenia specjalistycznego w szpitalu [1].

Wykonywanie czynności diagnostyczno-terapeutycznych wymaga zatrudnienia na SOR odpowiednio licznej wykwalifikowanej kadry medycznej, co ma szczególnie znaczenie w warunkach oddziałów ratunkowych cechujących się dynamicznym przepływem pacjentów oraz niestabilnością i zróżnicowaniem stanu klinicznego przyjmowanych osób. Oprócz pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) na SOR zgłaszają się chorzy ze skierowaniem lekarskim, a także osoby bez skierowania, które mogłyby być zaopatrywane i którym mogłaby zostać udzielona pomoc w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) [1, 2].

Celem pracy była analiza świadczeń medycznych udzielanych pacjentom zgłaszającym się na SOR.

Materiał i metody

W badaniu o charakterze retrospektywnym postużono się metodą analizy dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 30 czerwca 2016 r. na Szpitalny Oddział Ratunkowy im. Stanisława Staszica w Pile. Analizy dokonano na podstawie historii choroby pacjentów rejestrowanych do

systemu elektronicznego Eskulap. Badanie przeprowadzono po uzyskaniu zgody dyrekcji szpitala.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą pakietu STATISTICA 13. Dla zebranego materiału wyliczono statystyki opisowe, dla zmiennych jakościowych wyliczono wartości procentowe, a powiązanie zmiennych jakościowych oceniono za pomocą testu χ^2 Pearsona.

Przy weryfikacji wszystkich analiz użyto współczynnika istotności na poziomie $\alpha = 0,05$, co pozwoliło uznać istotne statystycznie zmienne przy $p < 0,05$.

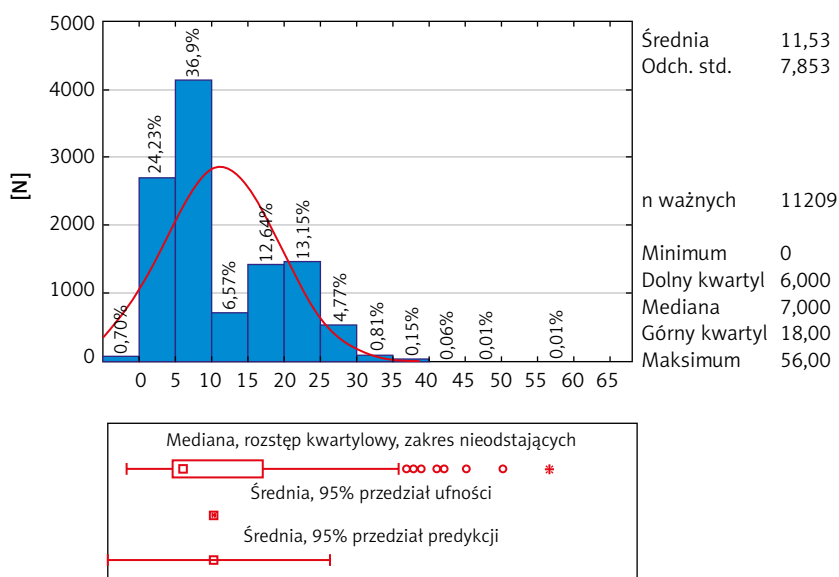
Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją Helsińską.

Wyniki

W analizowanym okresie na SOR zgłosiło się 11 209 pacjentów, z czego kobiety stanowiły 44,3%, a mężczyźni 55,7%. Za zimę uznano okres od 1 stycznia do 22 marca, natomiast za wiosnę od 22 marca do końca czerwca. W okresie wiosennym zarejestrowano 5 893 pacjentów (52,6%), a w okresie zimowym 5 316 chorych (47,4%). Częstość przyjęć na SOR ze względu na porę dnia kształtowała się następująco: w ciągu dnia zarejestrowano 7 941 pacjentów (70,8%), a w porze nocnej 3 268 osób (29,2%).

Najczęstszym trybem przyjęcia na SOR było przyjęcie w trybie nagłym, tzw. inne przypadki (bez skierowania lub ze skierowaniem lekarskim) – 8 707 pacjentów (77,7%). Przyjęcie w trybie nagłym, tzw. dostarczenie pacjenta przez ZRM, obejmowało 2 502 pacjentów (22,3%). Spośród 11 209 pacjentów badania laboratoryjne wykonano u 4 327 (38,6%).

Zalecenie dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym dotyczyło 5 810 (51,8%) pacjentów. Na oddziały szpitala przyjęto 2 662 chorych (23,8%). Zakończenie procesu



Ryc. 1. Graficzne przedstawienie liczby wykonanych procedur medycznych

diagnostycznego i terapeutycznego objęto 2 216 osób (19,8%). Samodzielnie SOR opuściło 125 pacjentów (1,1%), na własne żądanie wypisało się 191 (1,7%), a 192 (1,7%) skierowano do dalszego leczenia w innym szpitalu lub podmiocie leczniczym innym niż szpital. W 13 przypadkach nastąpił zgon pacjentów (0,1%).

Średnia liczba procedur, jakie przeprowadzono u chorych, wynosiła 11,53. Najczęściej wykonywano od 6 do 10 procedur i dotyczyło to grupy stanowiącej 36,9% ogółu badanych. Od 1 do 5 procedur wykonano u 24,23% pacjentów. Najmniejsze procentowo grupy stanowili pacjenci, u których nie wykonano żadnych procedur lub przeprowadzono ponad 30 (ryc. 1).

Analiza dokumentacji medycznej wykazała, że najczęściej przeprowadzanymi procedurami były: porada lekarska/konsultacja/asysta, opieka pielęgniarki lub położnej, pomiar temperatury ciała oraz ocena stanu pacjenta. Wykazano również, że blisko 4% osób przyjętych na SOR nie udzielono porady lekarskiej, 5% nie zapewniono opieki pielęgniarki lub położnej, tylko u 44,2% przyjętych osób dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego, a 11,2% nie poddano ocenie „w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych”. Ze względu na dużą liczbę procedur w analizie uwzględniono tylko te świadczenia, które zostały wykonane u co najmniej 10% pacjentów (tab. 1).

W tabeli 2 zestawiono najczęściej występujące schorzenia wraz z numerami Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Uzyskane wyniki wskazują na znaczne rozproszenie danych (w badanej grupie występowało 1 293 różnych kodów ICD-10). Spośród najczęściej występujących problemów zdrowotnych wyodrębniono 25 kodów, których częstość występowania mieściła się w przedziale od 0,98% do 4,85% (tab. 2).

Analiza materiału badawczego wykazała istnienie istotnej statystycznie zależności między trybem przyjęcia a porą roku ($p < 0,001$), porą dnia ($p < 0,001$), wykonanymi badaniami laboratoryjnymi ($p < 0,001$) (tab. 3) oraz trybem wypisu ($p < 0,001$) (tab. 4). Badania wykazały, że płeć pacjentów nie wpływała na tryb przyjmowania na SOR ($p > 0,05$) (tab. 3).

Analiza zależności wpływu sposobu przyjęcia na SOR na tryb wypisu pacjenta z oddziału wykazała istnienie istotnej statystycznie zależności ($p < 0,001$). Skierowanie do dalszego leczenia w POZ zalecano częściej osobom przyjętym na oddział w trybie „inne przypadki”, zaś na oddział szpitalny celem leczenia specjalistycznego częściej byli przyjmowani pacjenci przywiezieni przez ZRM (tab. 4.).

Analiza porównawcza częstości występowania objawów i chorób według kodów ICD-10 pod względem płci wskazuje na występowanie istotnych statystycznie różnic jedynie dla 3 kodów ($p < 0,001$). Dolegliwości w ramach kodu R (objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowane) częściej występowały u kobiet, a z kodów S i T (urazy,

Tabela 1. Procedury medyczne najczęściej wykonywane u pacjentów

Wykonane procedury	n (%)
Porada lekarska, konsultacja, asysta	10788 (96,2)
Opieka pielęgniarki lub położnej	10671 (95,2)
Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka)	10315 (92,0)
Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych	9951 (88,8)
Pulsoksymetria	5290 (47,2)
Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego	4959 (44,2)
Czas protrombinowy (PT)	4749 (42,4)
Porada lekarska, inne	4426 (39,5)
Morfologia krwi 8-parametrowa	4246 (37,9)
Potas (K)	4201 (37,5)
Sód (Na)	4201 (37,5)
Kreatynina	4075 (36,4)
Glukoza z krwi żyłnej	3859 (34,4)
Białko C-reaktywne (CRP)	3555 (31,7)
Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprzewodzeniami (z opisem)	3201 (28,6)
Troponina T	3006 (26,8)
Kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB)	2419 (21,6)
Mocznik	2263 (20,2)
Farmakoterapia dożylna	2244 (20,0)
Czas częściowej trombolizacji po aktywacji (APTT)	2240 (20,0)
Założenie opatrunku na ranę – inne	1908 (17,0)
Aminotransferaza alaninowa (ALT)	1877 (16,8)
Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	1871 (16,7)
RTG klatki piersiowej	1638 (14,6)
Cewnikowanie żył – inne	1279 (11,4)
Bilirubina całkowita	1140 (10,2)

zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych) częściej dotyczyły mężczyzn (tab. 5).

Analiza materiału badawczego wykonana dla trybu przyjęcia pod względem schorzeń kodu ICD-10 wskazuje na występowanie istotnych statystycznie różnic. Wykazano, że w przypadku kodu I (choroby układu krążenia) i R (objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych gdzie indziej niesklasyfikowane) pacjenci znacznie częściej byli przywiezieni przez ZRM ($p < 0,001$). Z kolei w przypadku dolegliwości i schorzeń zawartych w kodzie S (urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych) pacjenci istotnie częściej docierali na SOR samodzielnie ($p < 0,001$) (tab. 5).

Analiza porównawcza częstości występowania dolegliwości objętych kodami ICD-10 w stosunku do pory

Tabela 2. Rodzaje chorób występujących u badanych według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10

Nazwa choroby	Kod ICD-10	n (%)
Powierzchny uraz głowy	S00	544 (4,85)
Ciało obce zewnętrznej części oka	T15	503 (4,49)
Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy	S93	384 (3,43)
Powierzchny uraz stawu skokowego i stopy	S90	371 (3,31)
Ból w okolicy brzucha i miednicy	R10	351 (3,13)
Otwarta rana nadgarstka i ręki	S61	338 (3,02)
Powierzchny uraz nadgarstka i ręki	S60	326 (2,91)
Otwarta rana głowy	S01	320 (2,85)
Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	Z03	243 (2,17)
Złamanie przedramienia	S52	242 (2,16)
Samoistne (pierwotne) nadciśnienie	I10	214 (1,91)
Powierzchny uraz podudzia	S80	194 (1,73)
Migotanie i trzepotanie przedsionków	I48	185 (1,65)
Ból w gardle i klatce piersiowej	R07	182 (1,62)
Omdlenie i zapaść	R55	170(1,52)
Inne objawy i oznaki ogólne	R68	167 (1,49)
Niewydolność serca	I50	164 (1,46)
Złamanie na poziomie nadgarstka i ręki	S62	145 (1,29)
Ból głowy	R51	143 (1,28)
Zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł kolana	S83	139 (1,24)
Padaczka	G40	126 (1,12)
Udar, nie określony jako krwotoczny lub zawałowy	I64	123 (1,10)
Powierzchny uraz przedramienia	S50	123 (1,10)
Złamanie barku i ramienia	S42	116 (1,03)
Złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym	S82	110 (0,98)

roku ukazała wystąpienie istotnych statystycznie różnic jedynie dla kodu S (urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych). Wykazano, że wiosną zdecydowanie częściej dochodzi do zdarzeń związanych z tym kodem niż zimą ($p < 0,001$). W przypadku analizy częstości odnotowanych schorzeń według ICD-10 w zależności od pory dnia nie wykazano istotnych statystycznie różnic ($p > 0,05$) (tab. 6).

Dyskusja

Duża liczba pacjentów przyjmowanych na SOR w stanie niezagrożającym życiu i zdrowiu jest zjawiskiem dość powszechnym na zarówno w Polsce, jak i na

świecie. W badaniach Szwamel i Kurpas [2] 80% stanowili pacjenci wypisani z SOR, a tylko nieznaczna część wymagała dalszej hospitalizacji. W badaniach Starczewskiej i wsp. analizujących urazy zaopatrywane na SOR wykazano, że blisko 92% pacjentów po zaopatrzeniu urazu zostało wypisanych do domu, a tylko ok. 8% wymagało hospitalizacji [3]. Podobnie przedstawiają się wyniki badań własnych – na dalsze leczenie w warunkach ambulatoryjnych skierowano 51,8% pacjentów, a proces diagnostyczno-terapeutyczny zakończono u 19,8% osób, co daje łączny wynik 71,6% wypisanych pacjentów. Po wykonaniu wielu badań laboratoryjnych i obrazowych oraz konsultacjach specjalistycznych pacjenci byli wypisywani do domu najczęściej z adnotacją dla lekarza rodzinnego. Raport Najwyższej Izby Kontroli opublikowany w 2012 r. ujawnił podobne zależności w Szpitalu Bielańskim w Warszawie oraz w Szpitalu Wojewódzkim w Zielonej Górze. W latach 2009–2011 w Szpitalu Bielańskim udzielono świadczeń w trybie ambulatoryjnym i kształtowało się to adekwatnie na poziomie 84,2%, 78,7% i 79,7%, a w szpitalu w Zielonej Górze w tym samym okresie na poziomie 80% [4]. Z kolei Tsai i wsp. [5] wykazali w swoich badaniach, że ponad połowa, tj. 52%, przyjęć na SOR miała charakter niewymagający hospitalizacji. Natomiast w badaniach przeprowadzonych w Norwegii przez Bjørnsen i wsp. w 2012 r. potwierdzono, że aż 89% pacjentów SOR było przyjmowanych na oddział szpitalny, a 11% wypisywano po wstępnym zaopatrzeniu. Wynik badania autorzy tłumaczyli m.in. tym, że podstawowa opieka zdrowotna w tym kraju odgrywa istotną rolę i stoi na wysokim poziomie [6].

Niepokój budzi fakt, że w badaniach własnych część chorych nie miała udzielonej porady lekarskiej, zapewnionej opieki pielęgniarki lub położnej, dokonanego pomiaru ciśnienia tętniczego, a 11,2% nie zostało ocenionych „w celu ustalenia postępowania i decyzji o podjęciu lub odstąpieniu od medycznych czynności ratunkowych”, co niewątpliwie stawia w złym świetle jakość świadczonych usług na SOR. Może to jednak wynikać z faktu, że część pacjentów SOR nie wymagała przeprowadzenia tych procedur, np. w przypadku drobnych urazów kończyn górnych i dolnych, samodzielnego opuszczenia SOR przez pacjenta oraz wypisania się na własne żądanie. W cytowanych w pracy doniesieniach nie znaleziono informacji umożliwiających porównanie wyników badań.

Jakość udzielanych świadczeń medycznych na SOR w kontekście diagnostyczno-terapeutycznym ma tendencję wzrostową, co wywołuje zjawisko stałej eskalacji przyjmowania i przepętiania tychże oddziałów. Badanie własne wykazało, że liczba pacjentów zgłaszających się na SOR przez pół roku wynosiła 11 209, natomiast badania Guły i wsp. [7] udowodniły, że wskaźnik obciążenia SOR w Polsce wynosi ok. 16 tys. pacjentów rocznie. Może to świadczyć o dużym prawdopodobień-

Tabela 3. Analiza zależności między trybem przyjęcia do szpitala a zmiennymi

Zmienne		Tryb przyjęcia		Wynik testu	p
		Przekazanie przez ZRM	Inne przypadki (bez i ze skierowaniem)		
		n (%)	n (%)		
Płeć	Kobieta	1140 (45,6)	3823 (43,9)	2	> 0,05
	Mężczyzna	1362 (54,4)	4883 (56,1)		
Pora roku	Zima	1275 (51,0)	4041 (46,4)	16	< 0,001
	Wiosna	1227 (49,0)	4665 (53,6)		
Pora dnia	Dzień	1544 (61,7)	6396 (73,5)	130	< 0,001
	Noc	958 (38,3)	2310 (26,5)		
Badania laboratoryjne	Tak	1902 (76,0)	2425 (27,9)	1902	< 0,001
	Nie	600 (24,0)	1902 (76,0)		

Test χ^2 Pearsona, p – poziom istotności statystycznej

Tabela 4. Analiza zależności między trybem wypisu ze szpitala a trybem przyjęcia

Tryb przyjęcia	n (%)	Tryb wypisu						Wynik testu	p
		Samowolne opuszczenie podmiotu leczniczego	Wypis na własne żądanie	Zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego	Skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym	Przyjęcie na oddział	Skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu		
Przekazanie przez ZRM	n (%)	19 (0,8)	60 (2,4)	437 (17,6)	837 (33,7)	1056 (42,5)	78 (3,1)	735	< 0,001
Inne przypadki (bez i z skierowaniem)	n (%)	102 (1,2)	131 (1,5)	1779(20,5)	4972 (57,2)	1606 (18,5)	110 (1,3)		
Wartość p dla analiz struktury		> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,001	< 0,001	> 0,05	–	

Test χ^2 Pearsona, p – poziom istotności statystycznej

Tabela 5. Analiza zależności między typu kodu ICD-10 a płcią i trybem przyjęcia do szpitala

Kod ICD	Płeć		p	Tryb przyjęcia		p
	Mężczyźni	Kobiety		Przekazanie przez ZRM	Inne przypadki (bez i ze skierowaniem)	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
A	14 (0,22)	10 (0,2)	> 0,05	6 (0,24)	18 (0,21)	> 0,05
B	9 (0,14)	4 (0,08)	> 0,05	4 (0,16)	9 (0,1)	> 0,05
C	55 (0,88)	47 (0,95)	> 0,05	31 (1,24)	71 (0,82)	> 0,05
D	50 (0,8)	65 (1,31)	> 0,05	26 (1,04)	89 (1,02)	> 0,05
E	55 (0,88)	47 (0,95)	> 0,05	45 (1,8)	57 (0,66)	> 0,05
F	65 (1,04)	45 (0,91)	> 0,05	78 (3,12)	32 (0,37)	> 0,05
G	213 (3,41)	242 (4,88)	> 0,05	137 (5,48)	318 (3,66)	> 0,05
H	147 (2,35)	110 (2,22)	> 0,05	5 (0,2)	252 (2,9)	> 0,05
I	670 (10,73)	639 (12,89)	> 0,05	572 (22,86)	736 (8,46)	< 0,001
J	186 (2,98)	174 (3,51)	> 0,05	142 (5,68)	218 (2,51)	> 0,05
K	183 (2,93)	198 (4,0)	> 0,05	95 (3,8)	286 (3,29)	> 0,05
L	53 (0,85)	55 (1,11)	> 0,05	10 (0,4)	98 (1,13)	> 0,05
M	83 (1,33)	76 (1,53)	> 0,05	14 (0,56)	145 (1,67)	> 0,05
N	204 (3,27)	127 (2,56)	> 0,05	60 (2,4)	271 (3,12)	> 0,05
R	662 (10,6)	829 (16,73)	< 0,001	481 (19,22)	1010 (11,61)	< 0,001
S	2690 (43,08)	1842 (37,17)	< 0,001	581 (23,22)	3951 (45,43)	< 0,001
T	718 (11,5)	282 (5,69)	< 0,001	143 (5,72)	857 (9,85)	> 0,05
Z	187 (2,99)	164 (3,31)	> 0,05	72 (2,88)	927 (3,21)	> 0,05

Test χ^2 Pearsona, p – poziom istotności statystycznej

Tabela 6. Analiza zależności między typem kodu ICD-10 a porą roku i porą dnia

Kod ICD	Pora roku		p	Pora dnia		p
	Zima	Wiosna		Dzień	Noc	
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
A	11 (0,21)	13 (0,22)	> 0,05	19 (0,24)	5 (0,15)	> 0,05
B	6 (0,11)	7 (0,12)	> 0,05	11 (0,14)	2 (0,06)	> 0,05
C	55 (1,04)	47 (0,8)	> 0,05	69 (0,87)	33 (1,01)	> 0,05
D	60 (1,13)	55 (0,93)	> 0,05	94 (1,18)	21 (0,64)	> 0,05
E	56 (1,05)	46 (0,78)	> 0,05	73 (0,92)	29 (0,89)	> 0,05
F	54 (1,02)	56 (0,95)	> 0,05	64 (0,81)	46 (1,41)	> 0,05
G	237 (4,46)	218 (3,7)	> 0,05	344 (4,34)	111 (3,4)	> 0,05
H	128 (2,41)	129 (2,19)	> 0,05	205 (2,58)	52 (1,59)	> 0,05
I	673 (12,67)	636 (10,8)	> 0,05	947 (11,94)	362 (11,08)	> 0,05
J	202 (3,80)	158 (2,68)	> 0,05	254 (3,2)	106 (3,25)	> 0,05
K	201 (3,78)	180 (3,06)	> 0,05	282 (3,5)	99 (3,03)	> 0,05
L	55 (1,04)	53 (0,9)	> 0,05	81 (1,02)	27 (0,83)	> 0,05
M	71 (1,34)	88 (1,49)	> 0,05	127 (1,6)	32 (0,98)	> 0,05
N	141 (2,65)	190 (3,23)	> 0,05	262 (3,3)	69 (2,11)	> 0,05
R	773 (14,55)	718 (12,2)	> 0,05	1074 (13,54)	417 (12,77)	> 0,05
S	1923 (36,19)	2609 (44,32)	< 0,001	3152 (39,73)	1380 (42,25)	> 0,05
T	467 (8,79)	533 (9,05)	> 0,05	639 (8,05)	361 (11,05)	> 0,05
Z	200 (3,76)	151 (2,56)	> 0,05	237 (2,99)	114 (3,49)	> 0,05

Test χ^2 Pearsona, p – poziom istotności statystycznej

stwie przekroczenia 16 tysięcy przyjmowanych pacjentów w ciągu roku na SOR w Pile. Badania Szwamel i wsp. [2] dały podobne wyniki: liczba przyjmowanych pacjentów na SOR w Kędzierzynie-Koźlu wynosiła 16,5–17,4 tys. rocznie.

W badaniu własnym wykazano, że objawy z kodu S według ICD-10 stanowiły jedną z najczęstszych przyczyn samodzielnego zgłaszania się pacjentów na SOR, stanowiąc 45,43% wszystkich zgłoszeń, z czego przewagę stanowiły takie schorzenia jak: S00 – powierzchowne urazy głowy (4,85%), T15 – ciało obce oka (4,49%) oraz obrażenia narządu ruchu, tj. S93 – zwichnięcie, skręcenie i naderwanie stawów i więzadeł stawu skokowego i poziomu stopy (3,43%), S90 – powierzchowny uraz stawu skokowego i stopy (3,31%). Badania Janczewskiej i wsp. [8] przeprowadzone w latach 2011–2012 na SOR Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku są zbliżone z wynikami badań własnych częstości przyjmowania osób z urazami układu kostno-stawowego. W szpitalu dziecięcym odnotowano 26,3% przypadków, natomiast w miejscu przeprowadzania badań własnych 25,6% pacjentów. Podobnie przedstawiają się wyniki analiz Szwamel i wsp. [9], w których uraz stawu skokowego i stopy stanowił 27,33% i był drugą zaraz po urazach nadgarstka (28,67%) przyczyną zgłaszanych dolegliwości na SOR. Baker i wsp. [10] dowiedli, że koszty udzielanych świadczeń medycznych u osób z małą urazowo-

ścią w gabinetach lekarza rodzinnego są od dwóch do trzech razy tańsze niż na SOR. Według badania z 2012 r. przeprowadzonego przez GUS na terenie całego kraju na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowy i Izbach Przyjęć udzielono ambulatoryjnej pomocy medycznej ponad 4,2 mln ludziom, z czego największa ilość świadczeń dotyczyła chirurgii urazowo-ortopedycznej [2]. Z tego wnioskuje, że należałoby zwiększyć kompetencje i usługi medyczne w zakresie tzw. małej chirurgii w ramach Ni-ŚOZ, odciążając tym samym SOR [10].

Z badań własnych wynika, że u pacjentów z kodem S według ICD-10 urazy częściej są zaopatrywane w trakcie dyżuru nocnego (42,25%) niż dziennego (39,73%). Natomiast badania Szwamel i wsp. [2] wykazały, że częściej na SOR zgłaszają się pacjenci w godzinach otwarcia poradni AOS i POZ. Autorzy [11] badania przeprowadzonego na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Lublinie również odnotowali przewagę udzielania świadczeń ambulatoryjnych w czasie, kiedy czynne są gabinety lekarza rodzinnego.

Analizując częstość występowania kodu S według klasyfikacji chorób ICD-10 w badaniu własnym, wiosną odnotowano przewagę rozpoznań w tej kategorii. Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych w Białymstoku przez Janczewską i wsp. [8] oraz innych autorów [3, 12]. Pytlak w swoich badaniach podkreśla znaczenie czynników zewnętrznych na urazowość pacjentów, np. pogody, która miała istotny wpływ na występowanie obrażeń w wypadkach komunikacyjnych,

szczególnie w przypadku motocyklistów doznających urazów w dni słoneczne [13]. Wzrost liczby pacjentów urazowych w okresie wiosenno-letnim może sugerować konieczność zwiększenia liczby personelu na SOR.

Narastająca liczba osób korzystających ze świadczeń medycznych SOR może wiązać się z brakiem świadomości społeczeństwa, do jakich celów taki oddział został utworzony. Dodatkowo często roszczeniowa postawa pacjentów sprawia, że trudno jest znaleźć złoty środek i sposób na ograniczenie napływu pacjentów na SOR. Na pewno należałoby upowszechniać wiedzę na temat roli SOR w systemie ochrony zdrowia oraz informować o możliwości korzystania z pomocy w placówkach POZ w godzinach wieczornych i nocnych oraz w czasie świątecznym.

Wnioski

Pacjenci najczęściej zgłaszali się na SOR w ciągu dnia, w okresie wiosennym, w trybie przyjęcia nagłego – inne przypadki. W okresie zimowym byli zdecydowanie częściej przywożeni przez ZRM podczas dyżuru nocnego. Płeć pacjentów nie wpływała na tryb przyjmowania na SOR. Chorzy przywiezieni przez ZRM w większości przypadków byli przyjmowani na oddziały szpitalne, zaś pacjenci przyjęci w trybie nagłym – inne przypadki – byli najczęściej kierowani do dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Porada lekarska, opieka pielęgniarska, pomiar temperatury ciała oraz wstępna ocena stanu pacjenta były najczęściej wykonywanymi procedurami medycznymi.

Największą liczbę rozpoznań końcowych według ICD-10 stanowiły urazy głowy, obrażenia narządu ruchu, ciało obce w zewnętrznej części oka, nieurazowe bóle brzucha, nadciśnienie tętnicze oraz incydenty naczyń mózgowych.

Pacjenci zgłaszający się samodzielnie na SOR najczęściej podawali dolegliwości będące składowymi kodu S, natomiast u pacjentów przywożonych przez ZRM najczęściej rozpoznawane były zaburzenia zawarte w kodach I oraz R. Wśród mężczyzn najczęstszym rozpoznaniem według klasyfikacji chorób ICD-10 były problemy zdrowotne z kodu S i T, a u kobiet z kodu R.

W okresie wiosennym najczęstszym rozpoznaniem według ICD-10 były choroby i problemy zdrowotne z kodu S, a zimą z kodu R, natomiast w nocy wyraźnie nasilały się dolegliwości w ramach kodu S i T.

Piśmiennictwo

1. Jakubaszko J. Szpitalny Oddział Ratunkowy – organizacja i zadania. *Ogólnopol Prz Med* 2013; 4: 40-45.
2. Szwamel K, Kurpas D. Analiza struktury świadczeń medycznych szpitalnego oddziału ratunkowego ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń udzielanych pacjentom z niewielkimi urazami. *Fam Med Primary Care Rev* 2015; 17: 124-130.
3. Starczewska ME, Kordalska M, Augustyniuk K. i wsp. Analiza urazów zaopatrywanych na szpitalnym oddziale ratunkowym. *Pielęgni Chir Angiol* 2018; 4: 159-165.
4. Najwyższa Izba Kontroli. Funkcjonowanie Systemu Ratownictwa Medycznego. Informacje o wynikach kontroli [online]. https://www.nik.gov.pl/kontrola/P/11/094/LZG/pobierz_file:///C:/Users/WNOZPU~1/AppData/Local/Temp/kzd~p_11_094_201110201339351319110775-01-1.pdf (dostęp: 29.04.2018).
5. Tsai JC, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc* 2010; 109: 533-542.
6. Bjørnsen LP, Uleberg O, Dale J. Patients visits to the emergency department at Norwegian University hospital: variations in patient gender, age, timing visits, and patient acuity. *Emerg Med J* 2013; 30: 462-466.
7. Guła P, Kutaj-Wąsikowska H, Kalinowski M. A model of emergency department throughput in Poland. *J Orthop Trauma* 2012; 4: 31-37.
8. Janczewska E, Truszeński Z, Olański W. Urazy jako najczęstsza przyczyna zgłaszania się małoletnich pacjentów do szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR). *Pediatr Pol* 2015; 90: 196-203.
9. Szwamel K, Kurpas D. Analiza zgłaszalności pacjentów z niewielkimi urazami do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *Fam Med Primary Care Rev* 2016; 18: 155-162.
10. Baker LC, Baker LS. Excess cost of emergency department visits for nonurgent care. *Health Aff* 1994; 13: 162-171.
11. Rudnicka-Drozdźak E, Wieczorski M, Rybojad B. Analiza struktury świadczeń zdrowotnych Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie. *Zdr Publ* 2009; 119: 243-246.
12. Bloch-Bogusławska E, Paradowska A, Grapatyn G. Niezachowanie należytej staranności w opiece a gwałtowne zgony dzieci. *Arch Med Sąd Krym* 2008; 58:160-166.
13. Pytlak M. Czynniki wpływające na urazowość narządu ruchu na podstawie danych zebranych od pacjentów zaopatrywanych ambulatoryjnie na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 i hospitalizowanych w Klinice Ortopedii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie – badanie prospektywne. *Pomeranian J Life Sci* 2018; 64: 92-98.