HITNO UPUĆIVANJE U ORTOPEDSKU AMBULANTU – ŠTO MOŽEMO UNAPRIJEDITI?

PRIORITY REFERRALS TO THE ORTHOPAEDIC OUTPATIENT CLINIC – WHAT CAN WE IMPROVE?

MATEJ DROBNIČ, VINKO PAVLOVČIČ*

Deskriptori: Hitna stanja; Ortopedija; Bolničke ambulante

Sažetak. Cilj rada bio je analizirati djelovanje hitne ortopedske ambulante i ocijeniti opravdanost upućivanja bolesnika u nju te analizirati postupke ortopeda. Tijekom dvaju tjedana pregledali smo u 2005. godini u hitnoj ambulanti u prosjeku 21,9 bolesnika. Najčešće lokalizacije tegoba u bolesnika bile su: lumbalna kralježnica (39%), koljeno (20%), kuk (12%) i rameni obruč (11%). U 57% bolesnika hitno upućivanje nije bilo opravdano. Najčešće provedena dijagnostička pretraga u hitnoj ambulanti bilo je rendgensko snimanje (33%), a najčešće su propisani peroralni analgetici (67%) i fizikalna terapija (73%). Analiza je pokazala da u hitnu ambulantu dolazi previše neprimjereno upućenih bolesnika, koji bi mogli pričekati na redoviti pregled u ortopedskoj ambulanti ili bi njihovu dijagnostičku obradu i liječenje mogao voditi liječnik opće medicine. U sklopu ortopedske obrade bolesnika prečesto se izvode dijagnostičke pretrage koje bi mogao provesti i liječnik u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Descriptors: Emergencies; Orthopedics; Outpatient clinics, hospital

Summary. The aim was to analyse priority referrals from the general practitioner to the specialist in the orthopaedic outpatient clinic. The analysis was conducted during two weeks in 2005. Besides general data and procedures conducted by the orthopaedic surgeons, the adequacy of the priority referral was acquired. 21.9 outpatients were daily examined and they suffered mostly from low-back pain (39%), followed by knee (20%), hip (12%), and shoulder (11%) problems. The priority referral was inadequate in 57% of cases. The X-ray imaging was conducted in 33% of cases, while an intake of oral analgesics was advised in 67% and physical therapy in 73% of the visits. The number of inadequate priority outpatients at the orthopaedic clinic was very high. They could either wait for a scheduled appointment or could be further treated by the general practitioner, as most of the conducted procedures are available at the primary health-care level.

Liječ Vjesn 2005;127:178–181

Klinika za ortopediju Kliničkog centra u Ljubljani trenutačno je jedina tercijarna ortopedska ustanova u Sloveniji, no unatoč tomu glavninu bolničke i ambulantne obrade bolesnika u toj klinici čine postupci i usluge koji pripadaju u djelokrug sekundarnih medicinskih centara. Naime, u Klinici za ortopediju bavimo se ortopedskom problematikom koja je posve uobičajena za središnju slovensku regiju s oko 500.000 stanovnika. Svakodnevno djeluju tri ortopedske ambulante za odrasle osobe i jedna za djecu. U tim ambulantama smo u 2004. godini ukupno pregledali 26 991 bolesnika. U posljednjem desetljeću, zbog ograničenih mogućnosti zdravstvenog sistema, nastale su liste čekanja za pregled u redovitim ortopedskim ambulantama. U listama dolazi do određenih promjena, ali u prosjeku se dužina čekanja na prvi pregled kreće između četiri i osam mjeseci.[1] Zbog toga je, u slučajevima kada za to postoji medicinska indikacija, bilo potrebno omogućiti bolesnicima prioritetnu obradu kod specijalista ortopeda. Kako je takvih bolesnika bilo previše da bismo ih dodatno pregledali u redovitim ambulantama, 1997. godine smo osnovali hitnu ortopedsku ambulantu. Ona radi svaki dan od 8 do 19 sati, osim petkom kada radi od 8 do 15,30. Ostale hitne preglede u vremenu izvan navedenih termina obavi dežurni liječnik na bolničkom odjelu. U hitnu ambulantu dolaze bolesnici kod kojih je liječnik koji ih je uputio ocijenio da trebaju hitni pregled ortopeda. Ti bolesnici moraju imati odgovarajuću uputnicu na kojoj je oznaka »HITNO«. Glavninu bolesnika u hitnu ambulantu upute liječnici opće medicine i pedijatri, bitno manje ih upute drugi specijalisti; npr. traumatolozi ili internisti iz hitne službe. U ortopedskoj ambulanti često prosuđujemo je li bio bolesnik opravdano upućen u hitnu ambulantu. Godine 2001. proveli smo analizu djelovanja hitne ortopedske ambulante u toku jednog mjeseca.[2] Utvrdili smo da je više od polovice pregledanih bolesnika bilo neopravdano upućeno na pregled. Najčešće su bili neopravdano upućivani bolesnici s bolima u lumbalnom dijelu leđa. Unatoč neprestanim upozorenjima i preporukama o tome što pripada u skupinu »hitnih ortopedskih stanja«, i nakon četiri godine u ambulantu još uvijek dolaze bolesnici kod kojih ne postoje opravdani razlozi za hitni pregled ortopeda. Kako nam se činilo da udio takvih bolesnika u cjelokupnome broju pregledanih čak postaje sve veći, odlučili smo ponovno analizirati djelovanje hitne ortopedske ambulante u 2005. godini.

Metode

Pratili smo djelovanje hitne ortopedske ambulante tijekom dvaju tjedana: jednog u svibnju i jednog u lipnju 2005. godine. Broj radnih dana u oba tjedna bio je jednak, u tim tjednima nije bilo praznika. Analizirali smo samo slučajeve u kojima je bolesnika u ambulantu uputio liječnik opće medicine ili pedijatar i na čijoj je uputnici bila oznaka »hitno« ili »urgentno«. Ostale slučajeve, u kojima je bolesnik u hitnu ortopedsku ambulantu upućen iz druge specijalističke ambulante Kliničkog centra u Ljubljani, nismo uključili u analizu. Analizirali smo

* **Klinika za ortopediju, Klinički centar Ljubljana, Slovenija** (mr. sc. Matej Drobnič, dr. med.; prof. dr. sc. Vinko Pavlovčič, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Mr. dr. sc. M. Drobnič, Ortopedska klinika, Klinički center Ljubljana, Zaloška 9, Ljubljana, Slovenija

Primljeno 30. lipnja 2005., prihvaćeno 4. kolovoza 2005.

Tablica 1. *Kriteriji za razdiobu bolesnika u pojedine kategorije glede primjerenosti upućivanja u hitnu ortopedsku ambulantu*
Table 1. *Classification scheme for the priority outpatients at the orthopaedic clinic*

5) pregled u ortopedskoj ambulanti bio je nužno potreban; bolesnik primljen u Ortopedsku kliniku
(npr. teška križobolja, lumboishialgija s neurološkim ispadima, luksacija endoproteze, septična upala zgloba, patološki prijelom, epifizioliza kuka u djeteta...)
referral was appropriate; the patient was admitted for the hospital treatment
(e. g. severe inhibiting pain due to lumbago or sciatica, sciatica with neurological deficit, luxation of hip endoprosthesis, joint infection, pathologic fracture of vertebrae, slipped capital epiphysis...)

4) pregled u ortopedskoj ambulanti bio je nužno potreban; bolesnik je obrađen ambulantno
(npr. punkcija zgloba, lokalna infiltracija, sumnja na malignu bolest, dijete s bolima u kuku, lumboishialgije koje ne odgovaraju na terapiju koju je propisao liječnik opće medicine, teške boli koje su se pojavile naglo ili oticanje zgloba...)
priority referral was appropriate; the patient was treated on the outpatient basis
(e. g. joint aspiration, intra-articular injection, musculoskeletal malignancy, acute hip pain in children, prolonged sciatica without remission, acute joint swelling or pain...)

3) bolesnik bi mogao pričekati na redoviti pregled u ortopedskoj ambulanti
(npr. bol u zglobovima i kralježnici koja traje duže vrijeme, kronična artroza...)
the patient should have to wait for a scheduled appointment
(e. g. prolonged pain condition in the musculoskeletal system, chronic osteoarthritis...)

2) ortopedsku problematiku mogao bi obraditi i liječiti liječnik opće medicine
(npr. lumbalgija, kratkotrajna lumboishialgija bez neuroloških simptoma, kronična odnosno već obrađivana bol u skeletu, politopna simptomatologija...)
the patient should receive further treatment by the general practitioner
(e. g. simple lumbago, short sciatica without neurological deficit, chronic condition of the musculoskeletal system that had already been clarified…)

1) pogrešno upućivanje k ortopedu
(potreban je pregled drugog specijalista, npr. internista, traumatologa, neurologa...)
totally wrong referral
(e. g. patient should have been referred to trauma, internal medicine, neurologist...)

sljedeće parametre: uputnu dijagnozu, dužinu trajanja tegoba, dijagnozu koju je pregledom postavio ortoped, dijagnostičke i terapijske postupke ortopeda u hitnoj ambulanti i njegove upute glede nastavka liječenja. Kod svakog smo bolesnika ljestvicom vrijednosti od 1 do 5, koju smo upotrijebili i 2001.godine,[2] ocijenili stupanj primjerenosti upućivanja na hitni pregled k ortopedu (tablica 1). Slučajeve koje smo ocijenili s 4 ili 5 označili smo kao primjerene, a preostale, s ocjenom od 1 do 3, kao neprimjerene. Tegobe bolesnika koji su bili upućeni u hitnu ambulantu razdijelili smo u devet skupina. Osam od njih predstavljalo je tegobe u određenoj regiji tijela, a u devetu skupinu uvrstili smo sve ostale bolesnike (generalizirani simptomi, tegobe u regijama tijela koje nisu obuhvaćene u prvih osam skupina).

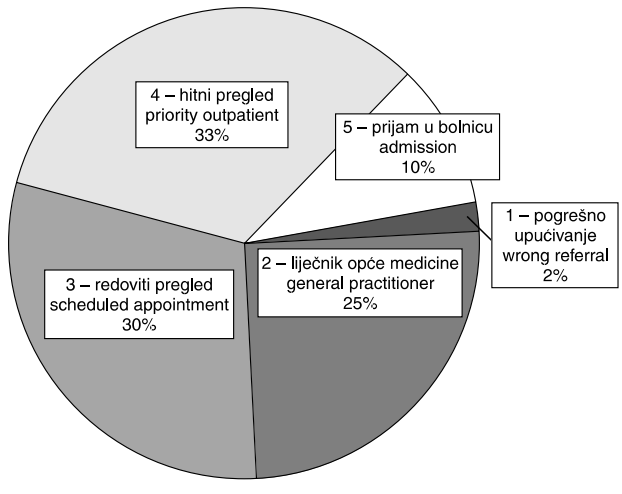
Rezultati

Tijekom dvaju tjedana pregledali smo u ortopedskoj ambulanti 219 bolesnika s uputnicom liječnika opće medicine za hitni pregled (dnevno u prosjeku 21,9 bolesnika, od toga 1,7 djece). Gotovo 40% svih bolesnika uputili su na pregled zbog tegoba u lumbalnom dijelu leđa. Ukupno je kod 80% bolesnika razlog upućivanju u hitnu ortopedsku ambulantu bila tegoba u jednom od sljedećih dijelova tijela: lumbalnom dijelu leđa, koljenu, kuku ili ramenu (tablica 2). Tek svakog desetog bolesnika primili smo u bolnicu. Kod više od polovice bolesnika ocijenili smo da hitno upućivanje na ortopedski pregled nije bilo opravdano (slika 1). U skupini bolesnika kod kojih su tegobe trajale do 2 tjedna uputnica za ortopedski pregled bila je opravdano označena kao hitna u 60% slučajeva. Kod ostalih bolesnika je udio onih kod kojih je hitno upućivanje na pregled bilo opravdano padao obrnuto proporcionalno s dužinom trajanja tegoba – među bolesnicima s anamnezom dužom od 3 mjeseca tek je svaki deseti bio opravdano upućen na hitni pregled ortopedu (slika 2).

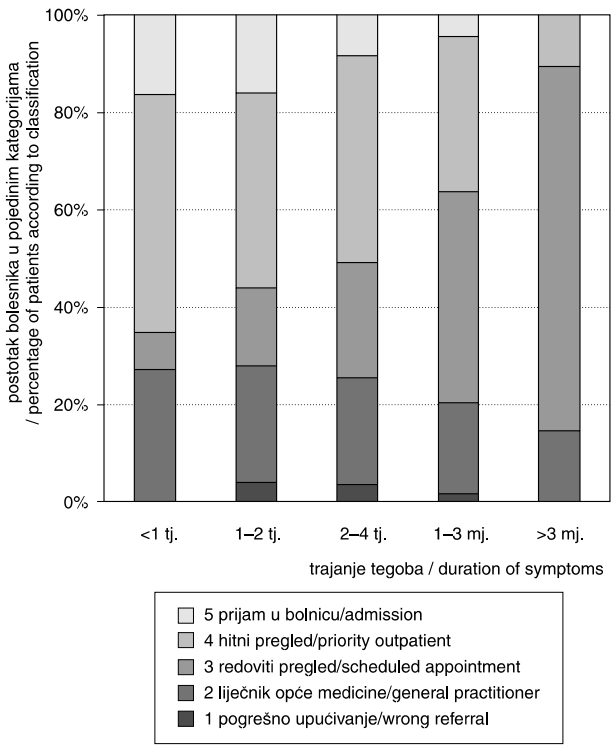
Uputne dijagnoze i dijagnoze koje je postavio ortoped bile su potpuno podudarne u 59% slučajeva, u 31% slučajeva bile su djelomično podudarne (npr. lumboishialgija umjesto lumbalgija, artroza umjesto boli ili oticanje koljena...), dok je u

Tablica 2. *Udio bolesnika s tegobama u određenim regijama tijela u cjelokupnom broju bolesnika pregledanih u hitnoj ortopedskoj ambulanti*
Table 2. *Priority refferals according to the diseased body regions*

Regija tijela Body region	Udio bolesnika Ratio of patients (n=219)
C/Th regija cervical and upper thoracic region	6%
L/S regija/low back	39%
rameni obruč/shoulder girdle	11%
lakat/elbow	5%
zapešće i dlan/wrist and hand	1%
zdjelica i kuk/pelvis and hip	12%
koljeno/knee	20%
gležanj i stopalo/ankle and foot	5%
ostalo/other pathology	1%



Slika 1. *Razdioba bolesnika prema ocjeni stupnja primjerenosti upućivanja na hitni pregled k ortopedu (ocjenom 4 i 5 označeni su slučajevi primjerenog, a ocjenom od 1 do 3 slučajevi neprimjerenog upućivanja u hitnu ambulantu). Ocjenjivanje je provedeno u skladu s kriterijima opisanim na tablici 1.*
Figure 1. *Adequately (category 4 and 5) and inadequately (category 1 to 3) referred outpatients to the orthopaedic clinic. The classification was conducted according to the Table 1.*



Slika 2. *Razdioba slučajeva prema primjerenosti upućivanja u hitnu ortopedsku ambulantu i dužini trajanja tegoba. Gornje kategorije (4 i 5) predstavljaju primjerene, a ostale tri (1 do 3) neprimjerene slučajeve upućivanja u hitnu ambulantu*

Figure 2. *Priority outpatients referred to the orthopaedic clinic depending on the duration of their symptoms. Upper two categories of each column (4 and 5) present adequate, while other three categories (1 to 3) present inadequate referrals*

10% slučajeva uputna dijagnoza bila pogrešna. U ambulanti smo, osim kliničkog pregleda, kod trećine bolesnika obavili rendgensko snimanje, a kod 2% bolesnika još i ultrazvučni pregled (pretežno kod djece). Četvrtina bolesnika primila je lokalnu infiltraciju ili im je punktiran zglob. Kod dvije trećine bolesnika ortoped je za nastavak liječenja propisao odgovarajući peroralni analgetik ili antireumatik, a u 7% slučajeva propisao je parenteralnu primjenu iste skupine lijekova. Uputa o odgovarajućoj fizikalnoj terapiji dana je u 73% bolesnika, a ostali terapijski postupci i mjere (upotreba štaka, ortoze i sl.)

Tablica 3. *Dijagnostički i terapijski postupci ortopeda u hitnoj ambulanti*
Table 3. *Diagnostic and therapeutic actions of the orthopaedic surgeons*

Postupci i upute ortopeda Diagnostics and treatment of the orthopaedic surgeon	Udio bolesnika Ratio of patients (n=219)
rendgensko snimanje/X-ray imaging	33%
UZ skeleta/skeletal ultrasound	2%
blokada/punkcija joint aspiration or intra-articular drugs	24%
peroralni analgetik ili antireumatik oral analgesics or anti-rheumatics	67%
parenteralni analgetik ili antireumatik parentheral analgesics or anti-rheumatics	7%
fizikalna terapija/physical therapy	73%
ostalo (štake, ortoze…)/others (crutches, brace…)	7%
upućivanje na druge pretrage (NMR, CT, EMG, laboratorij, drugi specijalisti...) additional diagnostics (MRI, CT scan, EMG, blood tests, other specialists…)	13%

bili su propisani u 7% bolesnika. 13% bolesnika upućeno je na dodatne dijagnostičke pretrage (nuklearnu magnetsku rezonanciju – NMR, elektromiografiju – EMG, kompjutoriziranu tomografiju – CT, laboratorij...) ili drugim specijalistima. Provedeni postupci prikazani su na tablici 3.

Rasprava i zaključci

Cilj provedene analize bio je dobiti bolji uvid u rad hitne ortopedske ambulante i usporediti rezultate te analize provedene u prvoj polovici 2005. godine s rezultatima slične analize provedene 2001. godine. Jasno je da na temelju rezultata analize djelovanja ambulante u tako kratkom razdoblju nije moguće doći do konačnih zaključaka, ali analiza je upozorila na glavni problem djelovanja te ambulante; više nego polovici bolesnika u toj ambulanti nije mjesto. To je naravno gledište ortopeda, koje se svakako razlikuje od gledišta liječnika u ambulanti opće medicine. Što dakle možemo učiniti da bi udio bolesnika koji su opravdano upućeni na pregled u hitnu ortopedsku ambulantu bio viši?

Analiza anamneza bolesnika pokazala je da su na hitni pregled bitno češće opravdano upućeni bolesnici kod kojih tegobe ne traju duže od mjesec dana. Podudarnost među uputnim dijagnozama i dijagnozama ortopeda bila je dobra, što upućuje na zadovoljavajuću kvalitetu pregleda i ocjene zdravstvenog stanja bolesnika koju je obavio liječnik opće medicine, ali istodobno upućuje na neprimjerene kriterije izbora bolesnika koje treba hitno uputiti na pregled specijalistu ortopedu. Bolesnici koji su neopravdano upućeni k ortopedu u većini bi slučajeva mogli pričekati redoviti pregled u ortopedskoj ambulanti ili bi se za njih i nadalje mogao dobro brinuti njihov liječnik opće medicine, osobito u slučajevima kada se radi o bolesnicima kod kojih tegobe traju duže od mjesec dana. Naime, glavna dijagnostička pretraga provedena u hitnoj ambulanti bilo je rendgensko snimanje, koje je potpuno dostupno i liječniku opće medicine. Također izabran način nastavka liječenja bolesnika kod kojeg se u većini slučajeva radilo o primjeni peroralnih analgetika ili antireumatika te fizikalnoj terapiji, potpuno je dostupan liječniku opće medicine.

Usporedba rezultata analize rada u hitnoj ambulanti iz 2005. godine s rezultatima slične analize iz 2001. godine pokazala je diskretan porast broja pregledanih bolesnika. Taj porast možemo objasniti time da hitna ortopedska ambulanta već dvije godine djeluje popodne i stoga je, u usporedbi s prijašnjim godinama kada je djelovala samo do 15 sati, dostupnija bolesnicima, ali i time da su se i bolesnici i liječnici opće prakse navikli na mogućnost hitnog prijma, pri čemu su liječnici opće prakse proširili indikacije na temelju kojih upućuju bolesnika u hitnu ambulantu. Na djelovanje hitne ambulante svakako utječu duge liste čekanja u redovitim ambulantama, koje su trenutno nešto duže nego što su to bile 2001. godine.[1] Udio pregledanih bolesnika u cijeloj skupini prema lokalizaciji tegoba bitno se razlikuje od onog u 2001. godini premda pretpostavljamo da su te razlike tek posljedica nereprezentativnog uzorka bolesnika zbog relativno kratkog razdoblja obuhvaćenog analizom. Isti rezultati vrijede i za podskupinu bolesnika kod kojih je upućivanje u hitnu ambulantu ocijenjeno kao zaista potrebno.[2] Moguće je dakle zaključiti da sada u ambulantu dolazi nešto više bolesnika, pri čemu je udio pravilno upućenih ostao nepromijenjen.

Najčešće indikacije zbog kojih su bolesnici upućeni u hitnu ambulantu jesu: bol u vratu, križima, koljenu, kuku, zdjelici i ramenom obruču. Bitno je manje pregleda zbog tegoba u drugim regijama tijela – dijelom zbog toga što se radi o lokalizacijama koje su općenito rjeđe zahvaćene patološkim promjenama (kao što je to npr. lakat), a dijelom stoga što se dijagnostikom i terapijom promjena u određenim lokalizacijama (kao

što su npr. zapešće ili dlan) bave drugi specijalisti (npr. plastični kirurzi).

Dugoročno rješenje problema hitne ortopedske ambulante povezano je s uređenjem bolje dostupnosti ortopeda, što je povezano s reorganizacijom zdravstvene djelatnosti ili čak s preoblikovanjem zdravstvenog sistema. Gledano sa stručnog stajališta, za unapređenje rada hitne ortopedske ambulante najvažnije je neprestano i sustavno obrazovanje liječnika opće medicine koji bi tako znali bolje ocijeniti koje su pravilne indikacije za upućivanje bolesnika u hitnu ambulantu. Pritom najviše pozornosti treba posvetiti problematici križobolje i boli u kuku i koljenu, koje su najčešći uzroci nepotrebnog upućivanja na hitni pregled ortopedu. Međutim pritom treba voditi računa o mogućim ozbiljnim, iako rijetkim, neurološkim oštećenjima koja predstavljaju hitnu indikaciju za operativno liječenje kao što je npr. sindrom kaude ekvine. Glede boli u kuku i koljenu treba naglasiti da se najčešće radi o naglom pogoršanju simptoma osteoartritisa tih zglobova – dakle radi se o dugotrajnim simptomima čije pojačanje nije indikacija za hitno upućivanje ortopedu, osim u slučaju pojave većeg izljeva.

Na temelju rezultata analize možemo zaključiti da je još uvijek prevelik broj bolesnika neopravdano upućenih u hitnu ortopedsku ambulantu. Uz unapređenje zdravstvenog sistema, najvažniji preduvjet poboljšanja trenutačnog stanja je sustavno obrazovanje liječnika opće medicine.

LITERATURA

1. Klinični center Ljubljana. Podatki iz arhiva Ortopedske ambulante. 2004.
2. *Drobnič M*. Analiza nujnih napotitev v ortopedsko ambulanto. U: Pavlovčič V, ur. Nujna stanja v ortopediji. 19. ortopedski dnevi; 16–17 nov 2001; Ljubljana. Ljubljana: Ortopedska klinika, 2001;75–83.

HITNA STANJA U ORTOPEDSKOJ PROBLEMATICI ŠAKE, PODLAKTICE I LAKTA

EMERGENCIES IN ORTHOPAEDIC SURGERY OF HAND, FOREARM AND ELBOW

RANKO BILIĆ, ROBERT KOLUNDŽIĆ*

Deskriptori: Hitna stanja; Podlaktica – kirurgija; Lakat – kirurgija; Šaka – kirurgija

Sažetak. Funkcionalna sposobnost šake određuje stvaralačku i socijalnu sposobnost čovjeka. Tako svaka poremetnja funkcije gornjeg uda uzrokuje velike nepovoljne praktične i ekonomske posljedice za bolesnog čovjeka, pa tako i za zajednicu. Primarna svrha liječenja oboljeloga gornjeg uda jest obnova funkcije. U tome smislu veliko značenje ima dijagnostika i prepoznavanje patologije gornjeg uda koja zahtijeva hitno i relativno hitno liječenje, jer se kasnim, sekundarnim i rekonstruktivnim zahvatima postižu znatno slabiji rezultati. Prepoznavanje patologije gornjeg uda koja zahtijeva hitnost, ispravnom dijagnostikom i pravodobnim liječenjem, omogućuje nam obnovu funkcije gornjeg uda te prevenciju trajnih posljedica.

Descriptors: Emergencies; Forearm – surgery; Elbow – surgery; Hand – surgery

Summary. Functional ability of a hand determines person's creative and social abilities. Thus any functional inability of upper limb causes huge unfavourable, practical and economic, consequences for both an affected person and the whole community. The goal of treating affected upper limbs is to restore their function. Subsequently, identification of urgent and relatively urgent pathology of an upper limb and early diagnostics and treatment are of great importance because belated, secondary and reconstructive surgical procedures achieve significantly poorer results. Identifying pathology of an upper limb requiring urgency, leading us towards early diagnostics and timely treatments, functional restoration of upper limbs and enable prevention of permanent consequences.

Liječ Vjesn 2005;127:181–185

Primarna uloga cijeloga gornjeg uda, tj. ramena, nadlaktice, lakta, podlaktice i ručnog zgloba, jest postavljanje šake u odgovarajući položaj za obavljanje funkcije. Funkcionalna sposobnost šake je da određuje stvaralačku i socijalnu sposobnost čovjeka.[1,2] Svako smanjenje funkcije gornjeg uda uzrokuje velike nepovoljne praktične i ekonomske posljedice za bolesnog čovjeka, pa tako i za zajednicu. Primarna svrha liječenja oboljeloga gornjeg uda jest obnova funkcije.[3]

U tome smislu veliko značenje ima dijagnostika i prepoznavanje patologije gornjeg uda koja zahtijeva hitno liječenje, jer se kasnim, sekundarnim i rekonstruktivnim zahvatima postižu znatno slabiji rezultati.

Prepoznavanje patologije gornjeg uda ispravnom dijagnostikom i pravodobnim liječenjem, omogućuje obnovu funkcije gornjeg uda te prevenciju trajnih posljedica.

Cilj ovog rada je prikazati karakterističnu ortopedsku problematiku gornjeg uda koja se u svakodnevnoj praksi često propusti tretirati kao hitno stanje, što često rezultira smanjenjem ili gubitkom funkcije gornjeg uda.

* **Klinika za ortopediju Medicinskog fakulteta i KBC Zagreb** (prof. dr. sc. Ranko Bilić, dr. med.; mr. sc. Robert Kolundžić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Mr. sc. R. Kolundžić, Klinika za ortopediju KBC Zagreb, Šalata 7, 10000 Zagreb

Primljeno 30. lipnja 2005., prihvaćeno 4. kolovoza 2005.