

О ПОКАЗАТЕЛЯХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ГОРОДСКОЙ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Канд. мед. наук. М. А. Мессель

*Ленинградская городская станция скорой медицинской помощи (главврач —
Н. А. Станкузевич)*

Вопрос о показателях работы городской станции скорой медицинской помощи до сих пор нельзя считать полностью решенным. Если при разветвливании стационаров и учреждений поликлинического типа пользуются более или менее определенными, выработанными в практике работы этих учреждений показателями, устанавливающими пропускную их способность, мощность, соотношение между численностью населения и количеством коек или амбулаторных посещений, то для станций скорой медицинской помощи разработка показателей деятельности еще лишь намечается (Э. С. Антипенко, П. И. Рамазанов).

Мы считаем основными следующие показатели: 1) удельный вес выездов после 3 минут с момента поступления вызова; 2) время прибытия к пострадавшим и больным; 3) затраты времени на оказание помощи; 4) сроки доставки в стационар после оказания помощи; 5) время, затрачиваемое на выполнение наряда (от момента приема вызова до сообщения на Центральную станцию о выполнении его); 6) нагрузка на врача за сутки, т. е. отношение числа выездов к больным к числу часов работы, приведенных к 24-часовому дежурству; 7) госпитализация больных; 8) доля больных, прошедших через приемные отделения; 9) качество диагностики; 10) обращаемость по времени суток; 11) число выездов скорой помощи на 1000 чел. населения; 12) число выездов санитарного транспорта на 1000 чел. населения.

На протяжении многих лет удельный вес выездов после 3 минут с момента поступления вызова на Ленинградскую станцию скорой помощи составляет всего лишь 0,4% к общему числу выездов.

Среди показателей работы городской станции скорой помощи одним из важнейших являются сроки прибытия к месту происшествия. Это время, служащее показателем средней длительности ожидания врача скорой помощи от момента вызова до прибытия его к больному или пострадавшему, наиболее правильно отражает специфику работы скорой помощи. Многолетнее изучение работы Ленинградской станции скорой помощи путем хронометража показало¹, что в среднем машина скорой помощи прибывает к месту происшествия через 8 мин. 9 сек., из них 58 сек., т. е. 11,8% времени, тратится на передачу вызова персоналу станции, выход к машине и выезд и 7 мин. 11 сек. — на езд. Столь сравнительно быстрое прибытие санитарной машины возможно лишь тогда, когда служба скорой помощи при строгой централизованности своей работы имеет рассредоточенные по районам оперативные базы (подстанции), связанные с Центральной станцией сетью прямых проводов. С увеличением количества районных станций (подстанций) радиус их действия уменьшается, что в свою очередь дает уменьшение времени, затрачиваемого на езд к месту вызова. Расстояние от районной подстанции до места происшествия в среднем равно 4—6 км. Время на оказание помощи больному или пострадавшему на месте составляет в среднем 19 мин. 33 сек.; по сравнению с 1959 г. оно увеличилось на 46%, так как за эти годы значительно возрос объем медицинской помощи, оказываемой врачами скорой помощи (применение закиси азота, новокаиновой блокады при переломах трубчатых костей, внутрикостное введение лекарственных препаратов и т. д.). Мы не ограничиваем время, расходуемое врачом на оказание помощи.

Основной принцип в работе станций скорой помощи — максимальная быстрота прибытия к пострадавшему и оказание квалифицированной помощи. С момента приезда к пострадавшему или больному всякая спешка кончается, и врач уделяет больному столько времени, сколько необходимо.

Перевозка пострадавшего или больного от места происшествия до стационара отнимает 6 мин. 57 сек., или 14,8% времени, расходуемого на выполнение всего наряда.

Такой краткий срок доставки пострадавшего в лечебное учреждение объясняется достаточно разветвленной сетью стационаров в Ленинграде (что косвенно подтверждается и весьма небольшим расстоянием от места происшествия до больницы — в среднем 4—6 км), а также тем, что пострадавший госпитализируется в порядке скорой помощи в ближайший стационар², обязанный принимать таких больных независимо от наличия свободных мест.

¹ По данным одной из районных подстанций.

² За исключением тех случаев, когда больной или пострадавший нуждается в лечении в специализированном отделении.

Важный показатель — время, расходуемое на выполнение наряда (оборот машины). За последние годы на все операции с момента приема вызова (наряда) и до извещения Центральной станции о его выполнении тратится 46 мин. 45 сек. Само собой разумеется, что с увеличением времени на оказание помощи этот показатель будет возрастать (в 1969 г. — 52 мин. 10 сек.).

Многолетний опыт работы Ленинградской скорой помощи показывает, что врач в течение суточного дежурства может сделать 12—16 выездов. Этот коэффициент нагрузки подтверждается также исследованиями Э. С. Антипенко, выполненными на Московской и Подольской станциях скорой помощи и приводимыми в упомянутой выше работе. При этом следует учитывать, что величина нормы нагрузки зависит главным образом от следующих факторов: 1) характера и тяжести заболевания; 2) квалификации врача — степени его теоретической подготовки и практического опыта; 3) технической оснащенности (специальные приборы, аппараты, инструментарий); 4) квалификации помощников (фельдшеров, медицинских сестер).

Как известно, врачи скорой помощи госпитализируют после оказания помощи лишь тех больных, которые, по мнению врача, нуждаются в кожном лечении. Такие больные по нашим данным составляют 36,4% общего числа больных, к которым выезжали врачи скорой помощи. Однако этот показатель только в том случае может дать представление о правильности госпитализации, если его сопоставить с другим весьма существенным показателем — с числом доставленных (госпитализированных) врачами скорой помощи больных из квартир и отпущенных в первые часы из приемного отделения. Если заболевших внезапно на улице врач скорой помощи не имеет возможности осмотреть и исследовать надлежащим образом и поэтому вынужден доставлять в приемные отделения для наблюдения (где вопрос об их госпитализации решает дежурный врач), то больных из квартир он должен госпитализировать лишь по прямым показаниям, т. е. если они нуждаются в срочной помощи и кожном лечении. Между тем практика работы показывает, что процент больных, отпущенных из приемных отделений в первые часы, достигает значительной цифры — 15. Причины этого кроются чаще всего в поверхностном обследовании, недостаточной квалификации врача, «перестраховке» и т. д.

Качество диагностики является одним из важнейших показателей работы станции скорой помощи. При оценке этого показателя необходимо учитывать своеобразные условия, в которых протекает работа врача скорой помощи, обстановку и трудности, с какими ему приходится встречаться.

По данным Ленинградской скорой помощи, процент расхождения диагнозов скорой помощи с данными стационаров составляет 9,0.

Наибольший процент ошибочных диагнозов дают острые заболевания органов брюшной полости — 18,6. Среди больных, поступивших в стационар с диагнозом острого аппендицита, у 26,8% этот диагноз был поставлен ошибочно, у 4,7% аппендицит не был распознан.

Немаловажное значение в работе станции скорой помощи имеет обращаемость в течение суток, в соответствии с чем строится график дежурств санитарных машин.

В Ленинграде наибольшее число вызовов падает на время с 12 до 21 часа, наименьшее — с 1 до 6 часов.

По данным Э. С. Антипенко, на станцию скорой помощи Москвы с 0 до 8 часов поступало всего 12% вызовов, на станцию скорой помощи в Подольске с 0 до 8 часов поступало 16% вызовов, с 8 до 16 часов — 32%, с 16 до 24 часов — 52%.

Общее количество выездов по скорой помощи и санитарному транспорту за истекший год составило 147 на 1000 чел. населения в год.

Говоря об этих показателях (число вызовов и число фактических выездов в год на 1000 чел. населения), Л. И. Рамазанов считает, что для оценки качественной стороны их «наибольшее распространение получил показатель «диагностические ошибки» — процент ошибочных диагнозов по отдельным группам заболеваний». Вряд ли такое утверждение можно считать правильным. Показатель вызовов и фактических выездов на 1000 чел. населения зависит прежде всего от деятельности поликлиник, пунктов неотложной помощи (в тех случаях, когда пункты находятся при поликлиниках). Чем лучше работают поликлиники и безотказно принимают поступающие к ним вызовы, тем меньше отказов на станции скорой помощи из-за несоответствия этих вызовов задачам скорой помощи, и наоборот. Так, на Ленинградской станции скорой помощи число таких отказов составляет 15,2%.

С нашей точки зрения показатель «диагностических ошибок» дает представление о квалификации врача, уровне его знаний, степени клинического мышления, умении разобраться в сложной картине заболевания.

Вполне вероятно, что приведенные выше показатели ориентировочны и приближительны и будут меняться в зависимости от особых условий жизни города (сильно развитое движение, строительство и т. д.); они могут служить только схемой.

При установлении показателей потребности в скорой помощи необходимо учитывать географические особенности различных районов страны, обуславливающие неодинаковую потребность в этом виде медицинской помощи и разные возможности ее оказания, а также влияние физических и метеорологических факторов на организм.