

Советское
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

7

1 9 6 2
МЕДГИЗ
МОСКВА

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

ОБ ОЦЕНКЕ ОПЕРАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Основными и главными оперативными показателями в работе станции скорой помощи являются своевременное прибытие к пострадавшему и оказание надлежащей, квалифицированной медицинской помощи, на что уходит большая часть времени, затрачиваемого на выполнение вызова. Процесс выполнения вызова (после передачи его Центральной станцией скорой помощи на районную станцию — подстанцию) мы расчленим на следующие моменты: 1) передача вызова дежурному персоналу районной станции; 2) выход к машине и выезд; 3) поездка к месту происшествия; 4) оказание помощи на месте; 5) посадка в машину; 6) поездка до стационара; 7) доставка больного от машины до приемного отделения; 8) передача больного; 9) извещение Центральной станции о выполнении наряда.

В статье М. М. Сергеевой¹ часть этих моментов (2, 5, 7 и 9), имеющих важное значение при определении времени, расходуемого на выполнение наряда, совершенно выпала.

¹ М. М. Сергеева. Советское здравоохранение, 1960, № 9.

Точное изучение времени, затрачиваемого на выполнение той или иной работы, возможно лишь при помощи хронометража. Это положение еще в большей степени относится к работе станции скорой помощи, где минута подчас решает все. Проведение хронометража дает возможность не только выявить и устранить недочеты в механизме выполнения вызова, улучшить процесс работы, но и обосновать средние нормы выездов на одного врача, количество дежурных санитарных машин, а отсюда и штаты.

М. М. Сергеева указывает в статье, что ее целью было проанализировать оперативные показатели работы некоторых станций скорой помощи с использованием методики сбора и обработки исходных данных. Однако никакой методики М. М. Сергеева не дает. Хронометраж она отвергает и только потому, что проведение его «связано с организационными трудностями».

Что же предлагает М. М. Сергеева? «Для вычисления времени выполнения заказов, — пишет автор, — применялась статистическая форма учета времени, затраченного на обслуживание вызовов станцией скорой помощи или каждой подстанцией в крупном городе — Ленинграде), в отдельности в течение месяца в пределах 15 минут — $1\frac{1}{2}$ часов с интервалом фиксирования промежуточных данных через 5 минут». Остается неясным, какая статистическая форма учета времени применялась, какие промежуточные данные фиксировались через 5 минут?

М. М. Сергеева утверждает, что время приема вызова на центральной станции и передача его на периферийную подстанцию, расположенную поблизости от места вызова скорой помощи, не превышает 2—3 минут. На чем зиждется такой вывод, неизвестно, так как никаких данных в обоснование его автор не приводит. Кроме того, местоположение подстанции, т. е. расстояние ее от места жительства больного, не имеет абсолютно никакого значения, так как наряд передается Центральной станцией на районную (периферийную) подстанцию по телефону. Хронометраж, систематически проводившийся в Ленинградской станции скорой помощи, показал за последние 4 года (анализ 500 случаев), что в среднем на прием вызова Центральной станцией и передачу его районной подстанции расходуется 59 секунд, округленно минута, но не 2—3 минуты.

Основной принцип в работе станции скорой помощи — максимальная быстрота приезда к пострадавшему и оказание квалифицированной помощи. С момента прибытия к пострадавшему или больному всякая спешка кончается, врач уделяет столько времени, сколько необходимо. Однако М. М. Сергеева считает недопустимым «длительное пребывание у больного», так же как, по ее мнению, «недопустимо увеличение комплекса врачебных манипуляций», что «может привести к значительному увеличению среднего оборота машины скорой помощи». Таким образом, оборот машины противопоставляется интересам больного. А что же делать врачу скорой помощи, например, у больного с приступом сердечной астмы, сопровождающимся отеком легких, состоянием, при котором транспортировка в стационар противопоказана? Несомненно, что врач пренебрежет в этом случае «оборотом машины» и сделает все возможное для того, чтобы вывести больного из этого состояния, если бы даже на это потребовалось $1\frac{1}{2}$ —2 часа.

Отмечая, что среднее время выполнения наряда (по терминологии автора заказа) подстанциями скорой помощи Ленинграда колеблется от 40,88 до 55,5 минуты, а в других городах — от 32,8 до 47,5 минуты, М. М. Сергеева делает неожиданный и неизвестно на чем основанный вывод, что полученные результаты указывают на совпадение среднего времени выполнения вызова по месяцам в пределах минуты в городах с одной станцией скорой помощи, причем одной из основных причин совпадения М. М. Сергеева считает «наличие достаточно однородного статистического комплекса случайных факторов». Прежде всего вряд ли можно делать выводы из «комплекса случайных факторов» или объяснить ими какие-либо явления, во-вторых, цифры, которые приводятся в статье, говорят о колебаниях в 15 минут, но не в одну минуту.

Нельзя согласиться и с доводами М. М. Сергеевой против организации периферийных подстанций с малым радиусом обслуживания. По мнению автора, «подобные подстанции не удовлетворяют принципам немедленной высылки оперативной машины по указанию центра ввиду большой степени вероятности поступления заказа в такой момент, когда машина скорой помощи находится на одном из участков маршрута по обслуживанию предшествующего вызова». Не подлежит никакому сомнению, что помощь, оказываемая врачом скорой помощи, только тогда будет полноценной, когда она оказывается своевременно, т. е. когда врач прибывает к пострадавшему с минимальной затратой времени, а это возможно лишь при наличии районных подстанций с малым радиусом. Это обстоятельство нашло блестящее подтверждение в практике работы Ленинградской станции скорой помощи, имеющей, помимо центральной станции, 11 районных подстанций с радиусом работы в 3—3,5 км. Общепризнанным является основной принцип, которому следует при организации станции скорой помощи в крупных городах: строгая централизованность вызовов при рассредоточенных оперативных средствах. Если статья на точку зрения М. М. Сергеевой, окраинные районы вовсе не должны иметь своих подстанций, так как их будут обслуживать крупные подстанции других районов. Однако при таком положении свое-

временность прибытия врача — один из важнейших элементов в работе скорой помощи — будет исключена.

В подтверждение «низкой эффективности подстанций малой мощности» М. М. Сергеева ссылается на исследования их работы (какие исследования, она не говорит), «указывающие на необходимость использования для подстанции с одной оперативной машиной резерва санитарного транспорта не менее 40% для обеспечения бесперебойной работы ее». Почему 40%? Какие есть для этого основания? Далее автор добавляет: «Потребность в резерве этого транспорта подстанций с двумя оперативными машинами составит 16%. Подстанция же, имеющая 3 оперативные машины, будет иметь вероятность вызовов с задержкой только 5% (?)». Смысл этой фразы трудно понять, но, видимо, под вероятностью вызовов с задержкой только в 5% автор предполагал задержку выполнения вызовов в 5% случаев. Откуда взяты эти цифры, неизвестно. М. М. Сергеева, очевидно, считает вполне допустимой и законной задержку выполнения нарядов в 5% случаев, подчеркивая эту цифру словом «только». Кроме того, здесь смешаны понятия о резерве машин и времени задержки.

Вывод автора о том, что «укрупнение подстанций скорой помощи дает возможность радикально решить проблему ритмичности работы скорой помощи крупных городов за счет выполнения дополнительных вызовов крупными подстанциями», ничем не подкреплен и не обоснован.

Таким образом, назвав статью «Методика контроля оперативных показателей работы скорой помощи», М. М. Сергеева никакой методики не привела.

Хронометраж Ленинградской станции скорой помощи за 4 года (1956—1960) показал, что на выполнение вызова тратится в среднем 37 минут 19 секунд, из которых 7 минут 11 секунд уходит на поездку до места происшествия и 20 минут — на оказание помощи. Столь сравнительно быстрое прибытие к больному обеспечивается разветвленной сетью районных подстанций скорой помощи в Ленинграде.

Заслуженный врач РСФСР кандидат медицинских наук М. А. Мессел...
