

משרד הבריאות

פעולות ביקורת

נבדקה היערכות המשרד לטיפול בנפגעי טראומה קשה בבתי החולים. נבדקו הקמת מרכזים לטיפול בנפגעי טראומה ברחבי הארץ, הפעלתם, איושם, ציודם, הכשרת הצוותים הרפואיים והסיעודיים שלהם, אבטחת איכות הטיפול בהם וכן הקמת מאגר מידע לאומי בעניין נפגעי טראומה.

נעשתה בדיקה בנושא ההיערכות של המשרד לביצוע השתלת איברים. נבדקו בעיקר הנושאים האלה: הפעולות הנעשות לאיתור תורמים פוטנציאליים ולהגדלת מספר האיברים הנתרמים; פעילותו של המרכז הלאומי לתיאום וניהול תורמים והשתלות; בקרת איכות; הכנתה ועדכונה של רשימת הממתינים; התרמת רקמות.

נבדק הפיקוח של המשרד על המכונים לרפואה גרעינית, ונבדקו הפעולות הנעשות להגנתם של העובדים ושל הנבדקים במכונים מפני קרינה מייננת.

במשרד הראשי נבדק נושא נסיעות בתפקיד לחו"ל. נבדקו בעיקר: נוהלי המשרד; עבודת ועדת הנסיעות לחו"ל; נסיעות שמומנו על ידי גורמי חוץ; נסיעות בשיתוף האגודה למען שירותי בריאות הציבור ובשיתוף קרן המחקרים של המשרד; סדרי ההתחשבות עם העובדים והדיווח שלהם על הנסיעות (ממצאי הביקורת בנושא זה מובאים בפרק "נסיעות לחו"ל בתפקיד", עמ' 161).

היערכות המשרד לטיפול בנפגעי טראומה בבתי החולים

טראומה היא פציעה הנגרמת מפגיעה חיצונית בגוף האדם (תאונת דרכים, נפילה מגובה, דקירה וכד') הפוגעת בשלמות הרקמות. הטראומה הרב-מערכתית, או הקשה, מוגדרת מחלה כירורגית, ודורשת פעמים רבות טיפול רב-תחומי. היא אחת הסיבות העיקריות לתמותה בארבעת העשורים הראשונים לחיים (לאחר גיל שנה), והסיבה העיקרית לנכות קבועה. הטיפול בטראומה כרוך בעלויות ישירות ועקיפות גבוהות, ונפגעים עלולים לאבד את כושר השתכרותם ולהזדקק לשיקום.

בחודש אפריל 1991 מינה מנכ"ל משרד הבריאות (להלן - המשרד) ועדה לתכנון, להקמה ולהפעלה של מרכזי טראומה ברחבי הארץ (להלן - ועדת רווח). מטרת הוועדה כפי שהגדירן המנכ"ל, היו "לקבוע אמות מידה לבחירת בתי חולים שיפעילו מרכזי טראומה; להמליץ על מבנה מרכז טראומה - ההצטיידות הדרושה ואיוש המרכז. להמליץ על נוהלי עבודה במרכזי טראומה ... להמליץ על סדר עדיפויות להקמת המרכזים ופריסתם ... להמליץ על שיטות לבקרת איכות המרכזים ובחינת עלות התועלת בהפעלתם".

במאי 1992 הגישה ועדת רווח את סיכומיה והמלצותיה למנכ"ל המשרד (ראו להלן), וביולי 1993 אישר המנכ"ל דאז את עיקר ההמלצות של הוועדה. המנכ"ל מינה את המועצה הלאומית לטראומה לקדם את ביצוע ההמלצות שאימץ.

במקביל, סיכמו בשנת 1993 משרד התחבורה והמשרד, שהמשרד יאשר את הקמת המרכזים לטראומה, יקים את התשתית הפיזית שלהם ויאיישם, ואילו המינהל לבטיחות בדרכים שבמשרד התחבורה יממן את רכישת הציוד הדרוש להם מיד לאחר הקמתם, על בסיס תקנה 8 לתקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (קרן למימון פעולות למניעת תאונות), התשמ"א-1980.

בחודשים אפריל-אוגוסט 2000 בדק משרד מבקר המדינה את היערכות המשרד לטיפול בנפגעי טראומה קשה בבתי החולים. נבדקו הקמת מרכזים לטיפול בנפגעי טראומה ברחבי הארץ, הפעלתם, איושם, ציודם, הכשרת הצוותים הרפואיים והסיעודיים שלהם, אבטחת איכות הטיפול בהם וכן הקמת מאגר מידע לאומי בעניין נפגעי טראומה. הביקורת התמקדה בהנהלת המשרד, במועצה הלאומית לטראומה, בפרויקט לרישום טראומה ובבתי החולים איכילוב, רמב"ם והלל יפה. כמו כן נשלחו שאלונים ל-24 בתי חולים כלליים בארץ. ביקורת קודמת בנושא נעשתה בסרוקה בשנת 1992.¹

הקמת מרכזי טראומה

1. מנכ"ל המשרד לשעבר אישר את המלצות ועדת רווח להקים מערכת טראומה לאומית ש"מטרתה ארגון שירותי מניעת פציעות וטיפול בנפגעים בישראל. השירותים יאורגנו בגישה אזורית - מערכתית שתעסוק בתחומים הבאים: (1) מניעת פציעות; (2) תיאום ואינטגרציה של כל מרכיבי השירות - טיפול טרום בית חולים, טיפול בבית החולים והטיפול השיקומי".

עוד אישר המנכ"ל לשעבר את המלצת הוועדה כי הוא עצמו יהיה המוסמך להקים מרכזי טראומה, וכי מרכז טראומה יוקם בבית חולים כללי שעומד באמות מידה רפואיות וארגוניות שנקבעו, ובראשותו יעמוד מנהל מרכז טראומה. בתי החולים המורשים לטיפול בנפגעים יהיו בשתי רמות: מרכזי טראומה על-אזוריים (להלן גם "מרכזי-על") ומרכזי טראומה אזוריים.

עוד הבהירה ועדת רווח שקביעת מרכזי-על לטראומה תתבסס על שיקולים אלה: מיקומו הגיאוגרפי של בית החולים וגודלה וצפיפותה של האוכלוסייה באזור; מספר הפצועים המתאשפדים בבית החולים; כשירות בית החולים לתת שירותי עזר, שירותי הדמיה, שירותי כירורגית חזה ולב ושירותי נוירוכירורגיה; מספר המחלקות הכירורגיות שבבית החולים ועוד.

2. מנכ"ל המשרד החליט שתחילה יפעלו שישה מרכזי-על לטראומה. בשלב א' בבתי החולים סרוקה, רמב"ם ושיבא ובהדסה עין כרם,² שכבר שימש מרכז-על לטראומה במועד ההחלטה; ובשלב ב' בבתי החולים איכילוב ובילינסון (להלן - רבין). סדר הפעלת המרכזים בכל שלב ייקבע על פי יכולתם לעמוד בתקנים שקבעה ועדת רווח. עד מועד הביקורת הוקמו כל ששת מרכזי-העל לטראומה: בהדסה עין כרם - בשנת 1992; ברמב"ם - בשנת 1993; בסרוקה - בשנת 1994; בשיבא ובאיכילוב - בשנת 1996; ברבין - בשנת 1998. כן הוקמו תשעה מרכזים אזוריים: בהלל יפה - בשנת 1995; באסף הרופא, בקפלן ובברזילי - בשנת

1 ראו דוח שנתי 43 של מבקר המדינה, עמ' 198.

2 בית חולים זה איננו מבוקר בידי משרד מבקר המדינה, ולפיכך לא תעסוק בו הביקורת.

1996; בזיו ובנהריה - בשנת 1997; בפוריה ובנצרת - בשנת 1998; בהעמק - בשנת 1999. יצוין כי יחידות הטראומה שבבתי החולים רשומות בתעודות הרישום שלהם כ"עמדות" טראומה.

3. בשנים 1993-1998 הקצתה הקרן למימון פעילות למניעת תאונות שבמשרד התחבורה לציווד המרכזים כ- 5.7 מיליון ש"ח.

בפברואר 1999 התריע מנכ"ל המשרד לפני מנכ"ל משרד התחבורה על כי תכנית העבודה לשנת 1998 "טרם מומשה במלואה, בשל אי יכולת הרשות [הלאומית לבטיחות בדרכים]³ לתקצב שתי יחידות טראומה בשני בתי חולים (וולפסון והכרמל), כפי שסוכם עליהם". בדיון בהשתתפות נציגי המשרד ומשרד התחבורה בפברואר 2000 הודגש כי התקציב שאישרה הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים בשנת 1999 לא מומש וכי "תקציב לשנת 2000 לא אושר כלל".

בתשובת משרד התחבורה למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2000 נאמר ש"לנוכח חוות דעת של היועצת המשפטית במשרד התחבורה בדבר 'כשרות' מימון משימה זו [פיתוח מרכזי הטראומה], החליטה הנהלת הקרן [למימון פעולות למניעת תאונות] לא לתקצב נושא זה בשנת 2000", וכי הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים פועלת לשינוי תקנה 8 של תקנות פיצויים לנפגעי תאונות דרכים (קרן למימון פעולות למניעת תאונות), התשמ"א-1980, כדי לאפשר את המשך תקצוב המרכזים.

4. על פי המלצת ועדת רווח, בתום שנתיים מהפעלת מרכז הטראומה תבדוק המועצה הלאומית לטראומה אם הוא מתאים לשמש מרכז. אם יימצאו בבדיקה ליקויים, ייקבע פרק זמן לתיקונם. אם לא יתוקנו הליקויים בתוך פרק הזמן שנקבע, תבוטל ההכרה בבית החולים כמרכז טראומה.

הביקורת העלתה, שרק במאי 1998 מינתה המועצה הלאומית טראומה ועדה לבדיקה חוזרת של מרכזי טראומה. נקבע, שהוועדה תבחן תחילה את מרכזי-העל ואחר כך את המרכזים האזוריים. רק בספטמבר 1999 הציג יו"ר הוועדה את תכנית העבודה של הוועדה לפרק הזמן שמדצמבר 1999 עד מאי 2000. הוועדה החלה לבקר במרכזי הטראומה רק בינואר 2000. מכאן, שמאז הקמתם ועד שנת 2000 לא נבדקו מרכזי הטראומה (המרכז בהדסה עין כרם לא נבדק על כן משך שמונה שנים מאז הקמתו; רמב"ם - שבע שנים; סורוקה - שש שנים). עד מועד סיום הביקורת, אוגוסט 2000, לא סיימה הוועדה את עבודתה והספיקה לבדוק את תפקודם של תשעה מרכזים בלבד. על המשרד לדאוג לכך שהוועדה תסיים בהקדם את בדיקת כל המרכזים, ולאחר מכן לדון בתוצאות הבדיקה ולוודא שהמרכזים עומדים בתנאים הנדרשים להמשך פעילותם.

נהלים להפעלת המרכזים

ועדת רווח המליצה שהמועצה הלאומית לטראומה תקבע כללים מחייבים לטיפול בפצועים. בשנת 1993 ביקש מנכ"ל המשרד מהמועצה "לקבוע אמות מידה מחייבות למכלול המבנה ומהלכי הטיפול בפצוע בכל השלבים".

³ הרשות הלאומית לבטיחות בדרכים הוקמה במשרד התחבורה באוקטובר 1997 במקום המינהל לבטיחות בדרכים. ראו דוח ביקורת של משרד מבקר המדינה בנושא המאבק בתאונות דרכים משנת 2000.

הביקורת העלתה, כי למרות המלצתה של ועדת רווח ועמדת המנכ"ל, לא נקבעו כללים להפעלת מרכזי טראומה, המגדירים את תחומי הפעילות של המרכזים ואת סמכויותיהם ואחריותם של בעלי התפקידים המאיישים אותם בכל הנוגע לטיפול בנפגעים ולמעקב אחריהם. מרבית בתי החולים שיש בהם מרכזי טראומה הוציאו נהלים פנימיים לטיפול בפצוע רב-מערכתי בחדר טראומה.

הביקורת העלתה כי יש הבדלים מהותיים בין הנהלים הפנימיים שהוציאו המרכזים, בין היתר בנושא איוש צוותי הטראומה (ראו להלן). ברמב"ם, בברזילי ובנהריה הנהלים הפנימיים אינם מפרטים את האינדיקציות לצורך בטיפול במרכז הטראומה, ואילו בבתי חולים אחרים הוגדרו אינדיקציות כאלה בנהלים.

בישיבת "מתאמות טראומה"⁴ (ראו להלן) במאי 1998 העלו המתאמות את הצורך לקבוע נהלים בנושאים אלה: אמות המידה להכנסת נפגע לחדר טראומה; הטיפול בנפגע בחדר טראומה, ובכלל זה תפקידיהם של אנשי הצוות והגישה הטיפולית; הפעלת חדר ניתוח לנפגעי טראומה; הטיפול באוכלוסיות מיוחדות (ילדים, קשישים, נשים הרות, אלכוהוליסטים וכו').

בישיבת החברה הישראלית לטראומה של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י) בספטמבר 1998, הובעה דעה כי לעת עתה אין מקום לקבוע נהלים הקשורים להפעלת חדר טראומה. יו"ר הר"י השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2000 כי "ריבוי ההנחיות הקליניות יוצר עומס מיותר על הרופאים ... ולפיכך יש לבחור בקפידה רבה את הנושאים עליהם יש להוציא הנחיות קליניות". עוד ציין, שלדעת הר"י ההחלטה בדבר הצורך בהנחיות קליניות נתונה בידי האיגוד המקצועי⁵. המשרד השיב למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2000, כי הוא אינו "רואה צורך להוציא נהלים" ואף "מתנגד להוצאת התוויות קליניות לחדר טראומה, ומשאיר לשיקול דעת מקצועי של הרופאים".

הפעלת מערך הטראומה בבתי החולים

מנתוני המשרד עולה שבשנת 1997 אושפזו ב-22 בתי חולים כלליים 48,642 נפגעי טראומה⁶, ובשנת 1998 - 46,135 נפגעים.

על פי המצב הרצוי, את פצועי טראומה הקשים והרב-מערכתיים המובאים לחדר המיון בבית חולים יש להפנות מיד לאבחון ולטיפול בחדר טראומה, כדי לאתר מיד מצבים המסכנים את חייהם ולטפל בהם. ההעברה לחדר טראומה אמורה להיעשות בידי צוות מגן דוד אדום שהעביר את הפצוע לבית החולים או בידי הצוות הרפואי או הסיעודי בחדר המיון.

חדר הטראומה הוא אתר נפרד באזור חדר המיון, ולפי דוח רווח עליו להיות מצויד בציוד מתאים, ומופעל בידי צוות ייעודי ובו מנהל, רופאים, עובדים סיעודיים וטכנאי רנטגן, שבשעת הצורך מסוגל להגיע לחדר הטראומה מיד עם הזעקתו (להלן - בזמינות מידית).

4 בכל מרכז טראומה משמשת אחות בכירה "מתאמת טראומה".

5 בעניין גיבוש התוויות רפואיות ראו דוח שנתי 49 של מבקר המדינה בפרק "האמנה לקידום האיכות בשירותי הבריאות", עמ' 125.

6 מקור הנתונים הוא מאגר מידע במשרד הבריאות. הנתונים לשנת 1997 נוגעים לכ-89% מכלל המאושפזים ולשנת 1998 - לכ-83% מהם.

כוח אדם

להגשת טיפול מיטבי לפצוע המתקבל במרכז טראומה, נדרש צוות רפואי מגוון שימתין לפצוע בעת הגעתו, לאחר שהוזעק לפני בואו של הפצוע, או שיהיה בזמינות מידית ויוכל להתייצב בחדר טראומה מיד עם בואו של הפצוע. נוכחות הצוות תבטיח את האפשרות לבדוק את הפצוע מיד, להעריך את מצבו ולתת לו במהירות טיפול ראשוני איכותי. ועדת רווח קבעה שצוות מרכז טראומה יכלול רופא כירורג, רופא מרדים, רופא אורתופד, שתי אחיות וטכנאי רנטגן; במרכזים על-אזוריים יהיו בזמינות מידית גם רופאים אלה: נירוכירורג, כירורג חזה, כירורג כלי דם וכירורג ילדים. בעת קליטת פצוע קשה יש להזעיק מיד את הכונן הכירורג וכוננים נדרשים אחרים.

מבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה ומהשאלונים שמילאו בתי החולים עולה, שיש מרכזי טראומה שבהם לא מאוישים כמה מהתפקידים הנדרשים על פי המלצות ועדת רווח, וכי היו פעמים שבהן לא היו במרכז כל אנשי הצוות הנדרשים לקבל פצועים קשה.

1. **מנהל מרכז טראומה:** ועדת רווח והמועצה הלאומית לטראומה התנו הקמת מרכז טראומה בבית חולים, בין היתר, במינוי מנהל למרכז הטראומה. הביקורת העלתה, שבאספק הרופא ובברזילי אין מנהלים למרכזי הטראומה; בהלל יפה מנהל את המרכז מנהל המחלקה הכירורגית; בנהריה - מנהל חדר המיון; בקפלן - סגן מנהל המחלקה הכירורגית; בשיבא - כירורג בכיר העובד במחלקה הכירורגית; וברמב"ם - מנהל חדר המיון הכירורגי. בית החולים רמב"ם השיב למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2000, כי אין סתירה בין תפקיד מנהל מרכז טראומה לבין האחריות "הנוספת [של אותו רופא] להפעלת החלק הכירורגי של המחלקה לרפואה דחופה (מיון)". לדעת משרד מבקר המדינה, נוכח המלצות ועדת רווח, שאומצו בידי מנכ"ל המשרד, על המשרד לדון בשאלה אם את תפקיד מנהל מרכז טראומה יכול למלא גם מי שיש לו תפקיד נוסף בבית החולים, אף על פי שתפקיד מנהל המרכז הוא התפקיד העיקרי.
2. **כונני טראומה:** על פי חוזר מינהל רפואה שבמשרד מדצמבר 1999, בבתי חולים כלליים המשמשים מרכזי טראומה, "יש למנות רופא כונן לנושא טראומה מקרב הרופאים הכוננים בתחום (זאת במידה ולא קיים רופא כונן לטראומה ייעודי)". בינואר 2000 פנה יו"ר המועצה הלאומית לטראומה אל ראש מינהל רפואה והדגיש כי חוזר המינהל "משאיר מקום רב מידי לפרשנות". לדעתו, יש חשיבות לתפקיד של כונן ייעודי לטיפול בטראומה במרכז טראומה שבו נקלטים הרבה נפגעים. ראש מינהל רפואה השיב ליו"ר המועצה הלאומית בפברואר 2000 כי "מסיבות כלכליות גרידא" לא ניתן לממן תוספת כוננויות בבתי חולים שיש בהם מרכזי טראומה, וביקש מהמועצה ש"לא להציב בפני בתי החולים דרישה שהם לא יוכלו לעמוד בה". הביקורת העלתה, שבשנים ממרכזי-העל לטראומה שהיו בין המבוקרים (שיבא ורביץ), אין כוננים ייעודיים לטיפול בטראומה, וכוננים כירורגים ממלאים תפקיד זה. גם בתשעת המרכזים האזוריים אין כוננים ייעודיים לטיפול בטראומה. שירותי בריאות כללית השיבו למשרד מבקר המדינה בדצמבר 2000, כי מספר נפגעי הטראומה המטופלים בבתי החולים העמק וקפלן אינו מצדיק הפעלת כוננים ייעודיים לטיפול בטראומה. לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון אם ניתן ליישם את חוזר מינהל רפואה בנושא כוננויות, כדי שנפגעי טראומה יקבלו טיפול מיטבי בלי שייפגע טיפולו של הכונן בחולים אחרים.

3. רופאים בחדר הטראומה: (א) כאמור לעיל, לפי המלצת ועדת רווח צריך צוות חדר הטראומה לכלול, בין היתר, כירורג, מרדים ואורתופד. הביקורת העלתה, שבניגוד להמלצות הוועדה נקבע בנוהל של איכילוב שהצוות יכול שני כירורגים ומרדים, ללא אורתופד. בפוריה, כאשר מגיע פצוע טראומה יש להזעיק כירורג, רופא פנימי, מרדים ורופא טיפול נמרץ, ואין חובה להזעיק אורתופד. כן יש להזעיק אחות אחת בלבד, כדי לתת את הטיפול הסיעודי וגם לבצע את הרישומים, אף שוועדת רווח המליצה כי בחדר טראומה יהיו שתי אחיות. בנהריה נדרש על פי הנחיות בית החולים שבצוות המטפל בנפגעי טראומה יהיו מרדים וכירורג בלבד, אף שוועדת רווח המליצה כי יהיה בצוות גם אורתופד; ברמב"ם נקבע בנוהל פנימי שבצוות המטפל יהיו כונן טראומה ושני כירורגים - ולא אורתופד ומרדים.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מנובמבר 2000 הודיע מנהל איכילוב, שהרופאים האורתופדים נמצאים בחדר המיון, ולכן הם זמינים כאשר הם נדרשים לחדר טראומה. רמב"ם השיב למשרד מבקר המדינה שהאורתופדים זמינים ואינם נחוצים בצוות הראשוני המטפל בפצוע.

(ב) משך השהייה של פצועי טראומה בחדר הטראומה הוא מדד חיוני לאיכות הטיפול בהם. לפי מאמר שפורסם ב"הרפואה" ביולי 1990,⁷ הנהלים של איגוד הכירורגים האמריקני בנושא אבטחת איכות הטיפול בטראומה, קובעים שאם פצוע טראומה בחדר מיון יותר משעתיים, צריך לברר את הגורמים לכך. הביקורת העלתה, שהמשרד ובתי החולים בארץ לא הגדירו בדומה את זמן השהייה הסביר המרבי של פצוע טראומה בחדר מיון או בחדר טראומה.

מהמסמכים שנמצאו בבתי החולים עולה כי הטיפול בחלק מהחולים בחדרי הטראומה נמשך זמן רב. באוקטובר 1999 דיווח רופא ברמב"ם על פצוע הסובל מפגיעה מורכבת שהגיע לחדר הטראומה בשעה 13.50, ורק בשעה 21.00 התחילו לנתחו, "בניגוד למקובל בלוח הזמנים המתואר בספרות האורתופדית". טכנאי רנטגן הגיע למקום רק ב-22.15, כשעה ורבע לאחר שנקרא. על פי הרישומים, בגלל האיחור בביצוע הניתוח וזמן ההרדמה הממושך, סבל הפצוע מקשיים בנשימה ושהה זמן ממושך בחדר ההתאוששות; על פי הרישומים בהלל יפה, בשנים 1998-1999 היו חולים ששהו יותר מארבע שעות בחדר הטראומה; באיכילוב כתב מנהל מחלקת ההרדמה למנהל מרכז טראומה במאס 1998, שבגלל "עומס העבודה, רופא מרדים בקושי רב מתפנה להשתתפות בצורה אקטיבית וממושכת בחולה טראומה".

4. מתאמות טראומה: ועדת רווח המליצה, שבמרכז טראומה תהיה אחת בכירה שתשמש "מתאמת טראומה", לאחר שתרכוש הכשרה נאותה; תפקידי המתאמת יהיו, בין היתר, מעקב יומי אחר מהלך הטיפול בפצועים המאושפזים במחלקות, ניהול מסדי נתונים, תיאום והכנה של פגישות של צוות מרכז הטראומה, שמירת הכשירות והכוננות של אתר קליטת הפצועים והשתתפות בטיפול בפצועים.

(א) במועד הביקורת לא היו מתאמות טראומה בשלושה מרכזי טראומה (קפלן, זיו וברזילי). באיכילוב אויש תפקיד המתאמת רק בשנת 1999. בבירור שערך משרד מבקר המדינה הועלה, שבדצמבר 2000 אויש בקפלן תפקיד המתאמת.

(ב) ביוני 1998, ביוני 1999 ובמאי 2000 קבעה המועצה הלאומית לטראומה בתכנית העבודה השנתית שלה כי תדון בהוצאת נוהל עבודה לבחירת מתאם טראומה ארצי. הביקורת העלתה, שעד מועד סיכום הביקורת לא נדונה הוצאת נוהל כזה ולא נבחר בעל תפקיד כזה.

7 מרגנית, רובקינד ומקנזי, "גישה לאומית מערכתית לארגון שירותי טראומה", הרפואה 229, חוב' א-ב (יולי 1990).

(ג) מתאם הטראומה בהלל יפה מרכז בטופס מיוחד את הפרטים על פציעתו של כל פצוע, האבחנות שנעשו בעניינו, הטיפולים שניתנו לו, משך שהייתו בכל מחלקה וכיו"ב, ומביא את הטופס לידיעת מנהל המרכז. בדיקה של פעולות מתאמות הטראומה באיכילוב וברמב"ם העלתה, שהן אינן מקיימות רישום מסודר של תוצאות המעקב אחר פצועי הטראומה המאושפזים במחלקות. במפגשי עבודה של מתאמות טראומה שהתקיימו במאי 1998 ובפברואר 1999 נדון הצורך להכין טופס ובו פרטים על המעקב אחרי פצוע במחלקה שבה אושפז. אולם עד מועד סיום הביקורת לא הוכן טופס כזה (מלבד, כאמור, בהלל יפה).

תיעוד הטיפול

לפי נוהלי הטיפול בנפגעי טראומה שהוציאו בתי החולים שנבדקו, יש לנהל רישום רפואי מפורט, מלא וברור על הנפגעים בגיליונות טיפול מיוחדים. בגיליונות תרשום אחות למי מאנשי הצוות הודיעו על הגעתם של נפגעי הטראומה (רופאים, טכנאי רנטגן, בנק הדם) ובאיזו שעה הגיעו; הרופאים ירשמו אילו בדיקות רפואיות נעשו, מתי נעשו ומה היו תוצאותיהן, ואילו נוזלים ותרופות ניתנו ומתי. על הגיליונות יש לחתום באופן ברור.

1. משרד מבקר המדינה בדק גיליונות טיפול של עשרה מהנפגעים שהיו בחדר הטראומה ברמב"ם בין התאריכים 17.7.00-9.8.00. הועלה, כי בשמונה גיליונות לא צוין אם הודיעו לכוונן הטראומה על הגעת הפצוע, ומתי הודיעו על כך לרופאים הנדרשים.

2. בבדיקה פנימית שעשה בית החולים להלל יפה נמצאו ליקויים שונים ברישומים בגיליונות הנפגעים מהשנים 1998-1999. כך, למשל, חסרו פרטים על רמת ההכרה של נפגעים שסבלו מחבלות ראש; החתימות על חלק מהגיליונות לא היו ברורות ובאחרים חסרו חתימות; לא נרשמו פעולות שנעשו בחדר הטראומה, תרופות שניתנו ובדיקות ואבחנות שנעשו, ולא צוין לאן הועבר החולה.

גם בבדיקה שעשה משרד מבקר המדינה בהלל יפה ביוני 2000, ב-13 תיקים שנבחרו באקראי, הנוגעים לחולים שטופלו בחדר הטראומה בחודשים אפריל, מאי ויוני 2000, ואושפזו אחר כך להמשך הטיפול, הועלה, שהרישומים אינם מלאים: בעשרה תיקים לא נרשמו השעות שבהן הגיעו הרופאים לחדר הטראומה לטפל בפצועים. בתיק אחד לא נרשם שם המרדים שטיפל בחולה. בתיקים לא נמצאו פרטים על הטיפולים שניתנו לפצועים בחדר הטראומה.

כך למשל, ב-25.6.00 הגיע להלל יפה ילד פצוע בן חמש שנפל מגובה 2.5 מ'. בתיקו לא צוינה שעת בואו לחדר הטראומה, אילו רופאים בדקו אותו ואילו בדיקות עבר. מהלל יפה הועבר הילד לאיכילוב, אולם לא נרשם מתי, ומי ליווה אותו.

3. בפברואר 1999 הפיץ מנהל מרכז הטראומה באיכילוב חוזר, ובו ביקש לרענן את ההוראות בדבר מילוי גיליונות הטיפול בעניין פצועים שטופלו בחדר טראומה.

משרד מבקר המדינה בחן באיכילוב את הרישומים בתיקים, שנבחרו באקראי, של 11 מהפצועים שטופלו בחדר הטראומה ואושפזו בחודשים מאי - אוגוסט 2000. הבדיקה העלתה, שבחמישה תיקים לא נרשמה השעה שבה הגיע הפצוע לחדר הטראומה (שעת בואו של הפצוע לחדר המיון נרשמה על מדבקה, אולם בהעדר רישום על מועד העברתו לחדר טראומה, לא ניתן לבדוק כמה זמן שהה הפצוע בחדר המיון לפני כניסתו לחדר הטראומה); בכל 11 התיקים לא נרשמה שעת השחרור מחדר הטראומה. אחד מהנפגעים שתיקיהם נבדקו היה פצוע תקיפה, וסבל מחבלות רבות (בהן שבר בגולגולת). מהמידע שנמצא בתיקו עולה שהוא שהה בחדר הטראומה לפחות 6.5 שעות, והיועץ הנירולוגי בא לבדוק אותו רק כעבור 3.5 שעות; בעת הטיפול בשניים מהנפגעים היתה בחדר

הטראומה רק אחת אחת, במקום שתיים, כנדרש; בטיפול בחמישה מהנפגעים לא נרשם כי השתתף מרדים (לא צוינו לא שמו ולא שעת בואו); בארבעה תיקים לא נרשם אם נכחו בטיפול רופאים יועצים (כמו אורתופד ונוירוכירוג); בשום תיק לא צוין מתי הגיעו לחדר הטראומה הרופאים המטפלים.

לדעת משרד מבקר המדינה, יש חשיבות רבה לרישום מלא של פרטי הטיפול ושל זמני הטיפול בנפגע טראומה. הטיפול בפצוע בחדר טראומה צריך להיות מהיר כדי לאפשר את העברתו בהקדם לתחנות האבחון והטיפול האחרות. בהעדר נתונים נמנעת היכולת לבדוק את איכות הטיפול, ובכלל זה אם קיבל הפצוע את הטיפול הנכון בזמן, מה היה משך שהייתו בחדר הטראומה, שהוא מדד חשוב במיוחד בקביעת איכות הטיפול בטראומה קשה ורב-מערכתית, ואם נעשו הבדיקות החיוניות בתדירות הנדרשת.

העברת נפגעי טראומה

1. לפי המלצות ועדת רווח, יש לאסור אשפוז פצועי טראומה בבתי חולים שאינם עומדים בתקנים שנקבעו למרכז טראומה אזורי. על בתי חולים אלה להעביר את הפצועים המגיעים אליהם, לאחר ייצוב מצבם בחדר המיון, למרכז הטראומה הקרוב, אם יש צורך בטיפול נוסף.

מטרת נוהל העברת פצועים למרכזי טראומה שהוציא המשרד בנובמבר 1996 היתה לאפיין סוגי פציעות המצריכים העברה לטיפול במרכזי טראומה על אזוריים. הנוהל קבע שפצועים הסובלים מסוגי פציעות מסוימים (פציעות ראש, חזה, אגן, כוויות וחבלות אחרות המוגדרות בנוהל), יועברו על פי שיקול הדעת של הצוות המפנה לבית החולים הקרוב לצורך ייצוב מצבם או ישירות למרכז-על לטראומה.

במועד הביקורת היו תשעה בתי חולים כלליים שלא הוקמו בהם מרכזי טראומה. הביקורת העלתה, שלמשרד אין נתונים נפרדים על מספר נפגעי הטראומה הקשה שאושפזו בבתי חולים אלה. גם לא נמצא שהמשרד בדק אם היתה הצדקה רפואית לאי-העברתם למרכזי טראומה, ואם לא נגרם להם נזק משום שנשארו בבתי החולים שאליהם הובאו.

2. על פי הנוהל האמור, על הרופא במרכז טראומה המקבל פצוע שהופנה אליו מבית חולים אחר, להודיע למחרת לרופא של בית החולים השולח מה מצב הפצוע. הצוות הרפואי המלווה את הפצוע יכלול פרמדיק, חובש או אחות טיפול נמרץ, וכן רופא הבקי במצב החולה ומצויד במכשור החייאה.

(א) משרד מבקר המדינה בדק 65 טופסי משוב ששלחה מתאמת הטראומה ברמב"ם לבתי חולים שהעבירו נפגעים לרמב"ם (הכרמל, העמק, זיו, פוריה ונהריה). מהטפסים עולה כי היו ליקויים בהעברת 22 מהפצועים. כך, למשל, עם כמה מהם לא נשלחו טופסי העברה מבתי החולים; לא נעשו בדיקות קליניות חיוניות; לא ניתנו תרופות; לא נשלחו צילומים; ההעברה נמשכה זמן רב; האבחנות והטיפול הרפואי במרכז האזורי היו לקויים; הטיפול הרפואי בעת העברת הפצוע היה לקוי.

מבדיקת מסמכים ברמב"ם הועלה, כי היה עיכוב בהעברת שני פצועים מחדר טראומה להמשך טיפול במחלקות אחרות בבית החולים: (1) באוגוסט 1999 דיווחה אחת מהיחידה להתאוששות ברמב"ם להנהלת בית החולים כי באותו יום בשעה 13.00 דיווח כונן טראומה שיש להעביר פצוע מחדר הטראומה ליחידה להתאוששות. הפצוע הועבר לאחר שלוש שעות, בשעה 16.00, "ללא תאום והודעה מראש". רמב"ם השיב למשרד מבקר המדינה בינואר 2001 כי העברת הפצוע התעכבה בגלל השלמת בירורים על מצבו. רמב"ם לא המציא למשרד מבקר המדינה אסמכתאות

לטענה זו; (2) במאס 2000 דיווחה האחות האחראית על המשמרת בחדר טראומה למנהל מחלקת ההדמיה, שבשעה 11.00 התקבלה נערה בת 15 הסובלת "מחבלת גב ... [ו]סימנים נירולוגיים מתקדמים ברגליים", אך היא הועברה לבדיקת טומוגרפיה ממוחשבת (C.T.) רק בשעה 14.45.

(ב) על פי הנהלים באיכילוב, כל פצוע מונשם המועבר לבית חולים אחר ילווה במרדים או בכירורג וברופא נוסף, וכל פצוע המועבר בתוך בית החולים ילווה ברופא מתמחה בכירורגיה או בסטאז'ר. פצוע יישלח למכון הרנטגן רק לאחר שהובהר שהוא יתקבל מיד לבדיקה במכון.

נוכח תקלות רבות שאירעו באיכילוב, הפיץ מנהל מרכז הטראומה בבית החולים, במאס 1998, מכתב לריענון נוהלי העברת פצוע בבית החולים, ובו הבהרות בעניין ליווי פצועים בבית החולים.

למרות ההנחיות נמשכו הליקויים בהעברת פצועים במצב קשה לביצוע בדיקות ברחבי בית החולים. באפריל 1998 התריע מנהל מרכז הטראומה של בית החולים לפני ממלא מקום מנכ"ל בית החולים על שהפצועים "מועברים באמצעות רופא מלווה (בד"כ זוטרי) וניטור מינימלי, כאשר חלק מהפצועים מונשם. במהלך ההעברה, קורות לעיתים קרובות תקלות (הנשמות, תרופתיות ואחרות) אשר בחלק מהמקרים הצוות הזוטרי כלל לא ער להן". במהלך השנים 1998 ו-1999 דיווח מנהל מרכז הטראומה להנהלת בית החולים על ליקויים נוספים בליווי פצועים בתוך בית החולים.

גם מגיליונות הטיפול של 11 מהפצועים שהובאו למרכז הטראומה באיכילוב, שבדק משרד מבקר המדינה, כאמור, לא ניתן לאמת את קיומו של ליווי נאות של נפגעי טראומה, מאחר שלא היתה הקפדה על ביצוע הרישומים על פי נוהלי בית החולים. בשום גיליון לא צוינו יעדי ההעברה של החולים בתוך בית החולים ומחוצה לו. כמו כן לא צוינה שעת ההעברה ושמות המלווים.

(ג) על פי הנהלים הפנימיים של הלל יפה, על רופא ואחות ללוות את הפצוע לבית חולים אחר, ואם הפצוע מונשם עליו להיות מלווה גם בידי מרדים; במאס 1997 ביקש מנהל הלל יפה ממנהלי המחלקות לרענון גם את ההוראות הקשורות להעברת חולים בתוך בית החולים. בהוראות נאמר כי בעת שחולה מחוסר הכרה או שהכרתו מעורפלת, מועבר בתוך בית החולים, חייבים ללוותו אחות או רופא עם ציוד החייאה על פי הצורך.

בבדיקת גיליונות הטיפול הנוגעים ל-13 מהפצועים שטופלו בחדר הטראומה בהלל יפה, שנעשתה, כאמור, בידי משרד מבקר המדינה, הועלה, כי בשמונה גיליונות לא נרשמה השעה שבה הועבר החולה מחדר הטראומה למחלקה אחרת (או לבית חולים אחר); בשמונה גיליונות לא נרשם שהחולים לוו בידי רופאים; ובגיליונות של שלושה פצועים שהועברו לבתי חולים אחרים לא צוין כי צורפו טופסי העברת פצוע, המפרטים את מצבו של החולה ואת הטיפול שקיבל.

אינדיקציות לצורך בטיפול בחדר טראומה

הנהלים הפנימיים שקבעו רוב מרכזי הטראומה מפרטים את האינדיקציות העיקריות לטיפול בחדר טראומה. בנוהלי ברזילי, רמב"ם, ונהריה אין, כאמור, פירוט של אינדיקציות כאלה.

1. ואלה כמה מהאינדיקציות המפורטות בנוהל של מרכז הטראומה בהלל יפה: פגיעה הדורשת הנשמה; העדר הכרה מלאה; כל פגיעה חודרת ראש, צוואר, חזה, בטן וגפיים; פגיעה בתאונות דרכים; נפילה מגובה; שברים בגפיים, באגן או בעמוד השדרה.

משרד מבקר המדינה העלה בבדיקתו ביוני 2000 כי 11 פצועים טופלו בחדר המיון אף שעל פי האינדיקציות שקבע הלל יפה היה צריך להפנותם לחדר הטראומה, ובהם פצועי תאונות דרכים ונפילה מגובה.

2. בבדיקת 12 תיקים של נפגעים שהגיעו לאיכילוב ביולי 2000 הועלה שעל פי האינדיקציות שהגדיר בית החולים היה צריך לטפל בשניים מהם בחדר טראומה, אך הם טופלו בחדר המיון הכירורגי.



לדעת משרד מבקר המדינה, על בתי החולים להתמיד בריענון הידע של העובדים בחדרי המיון ובחדרי הטראומה על כל דרגיהם, כדי לאפשר הכוונה נכונה ומהירה של נפגעים לטיפול בחדר טראומה.

ציוד וקבלת שירותים

1. הביקורת העלתה, שבכמה מרכזים חסר ציוד שוועדת רווח קבעה כי הוא חיוני לטיפול בחדר הטראומה:
 - (א) באפריל 1998 הודיע רופא בחדר הטראומה בהלל יפה לסגן מנהל בית החולים, שפעמים רבות משתמשים בבית החולים במכשירים של חדר הטראומה שלא לצורכי טיפול בנפגעי טראומה. המכשירים, שהם ייחודיים וחיוניים לטיפול בנפגעי טראומה, מוחזרים, לדבריו, לחדר הטראומה לאחר שנגרמו להם נזקים גדולים, והם זקוקים לתיקונים האורכים זמן רב. על בעיה זו התלונן הרופא כבר קודם לכן, במאי 1997.
 - (ב) ביולי 2000 דיווחו כמה מנהלים של מרכזי טראומה למשרד מבקר המדינה על מחסור בציוד בחדר הטראומה: בזיו חסרו תאורה, מכשיר אולטרה-סאונד נייד וברונכוסקופ גמיש; בקפלן - מכשיר אולטרה-סאונד; בברזילי - מכשיר אולטרה-סאונד ומנורת חימום; הביקורת העלתה שגם בהלל יפה לא היה בחדר הטראומה מכשיר אולטרה-סאונד. יצוין, שהמועצה הלאומית לטראומה הדגישה עוד באמצע 1999 את נחיצות השימוש במכשיר אולטרה-סאונד במרכזי הטראומה, וקבעה שעליו להיות זמין לבדיקת הנפגעים. בתשובת המשרד מדצמבר 2000 נאמר, שמכיוון שהרשות הלאומית לבטיחות ברכים הפסיקה להעביר לבתי החולים תקציבים לרכישת הציוד הדרוש, לא נרכשו בעבורם מכשירי אולטרה-סאונד.
2. יש שפצועי טראומה זקוקים לטיפול נמרץ אחרי הטיפול שקיבלו בחדר טראומה, והם מועברים ליחידות לטיפול נמרץ בבית החולים. בדוח ועדת רווח נאמר, כי זמינות מיטות טיפול נמרץ קריטית לשם טיפול איכותי בפצוע, והיא תנאי להשגת התוצאות המיטביות, במיוחד בטיפול בפצועים קשה. יש הבדלים גדולים בין מספר המיטות לטיפול נמרץ בבתי החולים בארץ. עקב כך המליצה ועדת רווח לקבוע תקן מחייב למספר המיטות ביחידה לטיפול נמרץ כללי בבית חולים שיש בו מרכז טראומה. כבר בדוח שנתי 46 של מבקר המדינה (עמ' 205) נקבע שהטיפול הרפואי והסיעודי הניתן במחלקות אחרות "נופל מזה הניתן ביחידות לטיפול נמרץ". הביקורת העלתה, שבהלל יפה ובקפלן מאושפזים נפגעי טראומה בחדר ההתאוששות, בהעדר מיטות ביחידה לטיפול נמרץ.

כך למשל, בדצמבר 1999 דיווח מנהל מרכז הטראומה בקפלן למנהל בית החולים, שחדר ההתאוששות משמש חדר טיפול נמרץ לפצוע מורכב, ו"פצוע טראומה רב מערכתי שוכב לעיתים 48-72 שעות בחדר התאוששות ללא מיסוד של תוספת אחות לפצוע כזה". בתשובת שירותי בריאות כללית למשרד מבקר המדינה מדצמבר 2000 נאמר שהנפגעים מאושפזים בחדר ההתאוששות משום שהיחידה לטיפול נמרץ רחוקה מחדר הניתוח, ממכון ההדמיה ומחדר המיון.



**לדעת משרד מבקר המדינה, על בתי החולים לגייס את המשאבים הנחוצים לטיפול
בנפגעי הטראומה, הן כדי להבטיח ציוד זמין במרכז והן כדי לוודא שניתן לנפגעים
טיפול מתאים אחרי שהם משתחררים מחדר הטראומה.**

הכשרת הצוות הרפואי

למתן טיפול מיטבי לפצועים נדרשת התמחות ייחודית בטיפול בנפגעי טראומה, הנרכשת על ידי הכשרה ייחודית בתחום זה, ודרוש עדכון הידע של הרופאים המטפלים: כירורגים, מרדימים ומומחים בטיפול נמרץ, בשיקום ובתחומים נוספים. כן נדרשת מערכת הכשרה ייחודית לאחיות טראומה וטיפול נמרץ, בעת הלימוד בבית הספר לאחיות ובקורסים ייעודיים, ועדכון הידע שלהן בתחום זה.

1. **הכשרת רופאים:** (א) ועדת רווח המליצה ב-1993 לחייב מתן הכשרה בקורס ATLS⁸ לכל רופא המטפל בנפגע טראומה. מנכ"ל המשרד המליץ באותה שנה לחייב רופאים להשתתף בקורס עם תחילת ההתמחות בכל מקצועות הכירורגיה, ההרדמה והטיפול הנמרץ, כתנאי להשתתפות בשלב א' של בחינות ההתמחות. בשנת 1994 הוחל בקיום קורסי ATLS למתמחים בחטיבות הכירורגיות.

בישיבת המועצה הלאומית לטראומה בספטמבר 1999 נדונה חשיבותו של הקורס לרופאים בבתי חולים בפריפריה, ובצורך לרענן פעם בכמה שנים את הידע של הרופאים שהשתתפו בקורס.

מנהלי מרכזי הטראומה גם הם מסרו למשרד מבקר המדינה כי רצוי להנהיג ריענון תקופתי של הידע הנרכש בקורס ATLS בקרב רופאים המטפלים בנפגעי טראומה. כפי שציין מנהל מרכז הטראומה בהלל יפה בתשובתו למשרד מבקר המדינה, איגוד הכירורגים האמריקני קבע שיש לרענן את הידע הנרכש בקורס ATLS בכל ארבע שנים.

במועד הביקורת לא היה ברמב"ם ובאיכילוב מידע מרוכז על כל הרופאים המטפלים בטראומה שהשתתפו בקורס ועל מועד השתתפותם בו. בעקבות הביקורת רוכז מידע זה באיכילוב, וממנו עולה, כי מ-59 הכירורגים והאורתופדים העובדים בחדר הטראומה, 13 לא השתתפו כלל בקורס ATLS, ו-13 השתתפו בו לפני יותר מארבע שנים (ובהם אחד לפני 16 שנים, אחד לפני 11 שנה ושלושה לפני 10 שנים). מ-51 הרופאים המרדימים שעובדים בחדר הטראומה, 35 לא השתתפו בקורס ATLS, ו-8 השתתפו בו לפני ארבע שנים ויותר. בהלל יפה, מ-19 הרופאים (כירורגים, אורתופדים ומרדימים) שעובדים בחדר הטראומה, רופא אחד לא השתתף בקורס ATLS, וחמישה השתתפו בו לפני ארבע שנים ויותר.

משרד מבקר המדינה ביקש מרמב"ם מידע על המועד שבו השתתפו המרדימים, הכירורגים והאורתופדים העובדים בחדר הטראומה שלו בקורס ATLS, אך עד מועד סיום הביקורת לא התקבל המידע הנדרש.

8 -ATLS: Advanced Trauma Life Support הקורס הרשמי של איגוד הכירורגים האמריקני להכשרת רופאים לטיפול בפצועי טראומה, הנחשב השתלמות חובה לעוסקים בטיפול בנפגעים בארה"ב. ראו גם בדות שנת 49 ביקורת בנושא "מוקדים רפואיים של קופות החולים", עמ' 156.

המשרד הודיע בתשובתו שהוא תומך בריענון הידע של הרופאים שהשתתפו בעבר בקורס ATLS, כל זאת "לאחר שכל הרופאים שאמורים היו לעבור קורס ATLS יעברו זאת".

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לדאוג שכל המטפלים בנפגעי טראומה יעברו את הקורס, וכן לדאוג לעדכון הידע של הרופאים שהשתתפו בקורס בעבר. (ב) ועדת רווח המליצה שרכישת ידע בתחום הטיפול בנפגעי טראומה תיעשה בכל שלבי ההכשרה של הרופאים, כולל תכניות ללימודי המשך לרופאים במקצועות הכירורגיה, ההרדמה, הטיפול הנמרץ, השיקום והתמחויות נוספות "הישימות במכלול שלבי הטיפול בפצוע". הביקורת העלתה, שהמשרד לא דן מאז בנושא זה, וגם לא הכין תכניות התמחות מהסוג שעליו המליצה הוועדה. עוד הועלה, שרק שישה מנהלים של מרכזי טראומה (רבין, זיו, סורוקה, הלל יפה, קפלן ואיכילוב) השתתפו בתכניות כאלה בחו"ל.

2. **הכשרת עובדים סיעודיים:** (א) ועדת רווח המליצה להקים פורום ארצי לסיעוד בתחום הטראומה, שמטרתו יהיו הכשרת מתאמות טראומה, הוראת שיטות ונהלים במרכזי טראומה והעברת ידע בין המרכזים.

הביקורת העלתה, שלא הוקם פורום ארצי לסיעוד בתחום הטראומה, וכי במשרד אין גוף העוסק בתחום זה.

(ב) בנובמבר 1999 ביקשה מנהלת המחלקה לפיתוח מקצועי במשרד מיו"ר המועצה הלאומית לטראומה לדון באפשרות להנהיג קורס סיעודי לטיפול בנפגעי הטראומה. עד מועד הביקורת לא הונהג קורס ייחודי זה, אולם הביקורת העלתה שמשנת 1998 המשרד מקיים קורסים על-בסיסיים ברפואה דחופה, ואלה כוללים לימודים בנושא טראומה. נוסף על כך מקיימים בתי החולים השונים קורסים סיעודיים פנימיים לטיפול בנפגעי טראומה, ומאז שנת 1998 התקיימו תשעה קורסים כאלה בחמישה בתי חולים (הלל יפה, סורוקה, איכילוב, צפת, שיבא). נמצא, שיש הבדלים ניכרים בין מספר שעות הלימוד שהוקצו לקורסים בכל בית חולים. כך, למשל, לקורסים בהלל יפה הוקצו 145 שעות, ואילו לקורסים באיכילוב 70 ו-80 שעות.

(ג) הביקורת העלתה, שכמה מאחיות חדרי המיון שעובדות בחדרי טראומה לא עברו קורסים בסיסיים לטיפול ברפואה דחופה ובטראומה; בהלל יפה - מ-17 עובדים סיעודיים בחדר המיון העובדים גם בחדר הטראומה, 6 לא עברו השתלמות בתחום הטראומה. בשבוע שבין 16.7.00 ל-22.7.00 היו כל ששת העובדים האמורים משובצים לעבודה בחדר הטראומה. באיכילוב - מ-39 האחיות בחדר המיון הכירורגי, המועסקות בעת הצורך גם בחדר הטראומה, שתיים לא עברו כל השתלמות בתחום הטראומה.



לדעת משרד מבקר המדינה, מן הראוי שהמשרד ובתי החולים ייתנו את דעתם לרמת ההכשרה של העובדים הסיעודיים בתחום חשוב זה של הרפואה, ויפעלו בנחישות לקידום הכשרתם ולהשלמתה.

אבטחת איכות

ועדת רווח המליצה להקים מערכת בקרה, הערכה ואבטחה של איכות הטיפול הרפואי במרכזי הטראומה. מטרת המערכת לקיים תהליך ממוסד ושיטתי של פיתוח איכות מתמשך בכל הגופים המשתתפים בטיפול בפצועי הטראומה. הומלץ, שמערכת אבטחת האיכות תפעל בשתי רמות: רמת השירות הפרטני (לפני ההגעה לבית החולים ובבית החולים), וברמה האזורית והלאומית הכוללת.

הוועדה גם הדגישה, שיש לקבוע נהלים מחייבים לקיום אבטחת איכות ודיווח בכל הרמות של מגישי השירות. הנהלים יחייבו לתעד נתונים בשלבי הטיפול שלפני ההגעה לבית החולים ובשלבי קליטת הפצוע בבית החולים, על פי דפוס מובנה שתקבע הוועדה המקצועית המייעצת בנושא זה (המועצה הלאומית לטראומה). נקבע עוד, שיקימו פגישות חודשיות במרכזי טראומה על-אזוריים ופגישות דו-חודשיות במרכזים אזוריים שיוחדו לנושאי תחלואה ותמותה במרכזי טראומה.

בנובמבר 1994 המליצה תת-ועדה בנושא אבטחת איכות של המועצה הלאומית לטראומה, להקים גופי בקרה כלליים שיכינו דוחות בקרה וימליצו למועצה בתחום אבטחת האיכות, וגופי בקרה בבתי החולים שיעשו בקרה מקומית. גופי הבקרה המקומית יבדקו, בין היתר, אם המבנה שבו שוכן חדר הטראומה מתאים לדרישות הטיפול בפצועי טראומה, ואם הצידוד הדרוש נמצא בחדרי הטראומה, וכן אם בבית החולים קיימים המכונים הדרושים. כן יבדקו את הרשימות של שמות הכוננים והתורנים ואם לצוות המטפל בפצועי טראומה יש הכישורים הדרושים; אם הוא מגיע בזמן; אם סדר הפעילות הרפואית נעשה על פי עקרונות ATLS; ואם מתקיימים בבית החולים דיונים בנושאי טראומה. עוד על גופי הבקרה לבדוק את נסיבות המוות של כל נפגע טראומה שנפטר ואת הסיבוכים במצבם של נפגעים; לגלות תקלות ולהפיק לקחים.

1. הביקורת העלתה, שהמשרד לא הגדיר כללים לאבטחת איכות בתחום הטיפול בפצועי טראומה ברמה הארצית, ולא הקים גופי בקרה כלליים. בשיבת המועצה הלאומית לטראומה בדצמבר 1999 דווח, שתכנית המועצה הלאומית לקיים מבדקי איכות עם הר"י ועם המשרד לא יושמה.
2. הביקורת העלתה, שבשישה מרכזים (שיבא, איכילוב, נהריה, ברזילי, אסף הרופא ונצרת) אין מערכת ייעודית לאבטחת איכות בתחום הטיפול בטראומה. במרכזים אחרים הופעלה מערכת אבטחת איכות רק באופן חלקי. כך, למשל, העלתה הביקורת שבזיו וברבין מתקיים רק פורום טראומה חודשי. מנהל המרכז לטראומה ברבין ציין שקשה לראות בפורום זה מערכת כוללת של בקרת איכות.

ממסמכים שהמציא רמב"ם למשרד מבקר המדינה עולה, שבחודשים ינואר-אוקטובר 2000 התקיימו בבית החולים שלוש ישיבות של פורום תמותה עקב טראומה (בינואר, במאי ובאוגוסט), במקום שש הישיבות שתוכננו.

ממסמכים שהמציא סורוקה למשרד מבקר המדינה בינואר 2001 עולה שבשנת 2000 התקיימו בבית החולים שש ישיבות של פורום טראומה, ואילו בשנים 1998 ו-1999 התקיימו רק ארבע ישיבות בכל שנה.

בהלל יפה קוימו ישיבות בנושא הטראומה ובהן הוצג הטיפול בכמה נפגעי טראומה לצורך הפקת לקחים טיפוליים: בשנת 1998 קוימו 12 פגישות (פגישה אחת בחודש בממוצע); בשנת 1999 - 8 פגישות (במשך ארבעה חודשים - יולי-אוקטובר - לא קוימו ישיבות כאלה); ומינואר עד יולי 2000 - 6 פגישות (במשך שלושה חודשים רצופים לא קוימו פגישות כאלה).

הביקורת העלתה, שבקפלן לא התקיימו פגישות בנושא הטראומה ממאי 1999 ועד מארס 2000. עוד הועלה, שהשתתפות בישיבות פורום הטראומה שהתקיימו בבית החולים לא היתה מלאה.

3. בהלל יפה פועלת ועדה לבקרת איכות בתחום הטראומה. הוועדה מדווחת למנהל מרכז הטראומה על הממצאים שהעלתה בבדיקת גיליונות הרישום של הפצועים שטופלו בחדר הטראומה, וכן עוקבת אחר תיקון הליקויים. משרד מבקר המדינה לא מצא דפוס בקרה כזה באיכילוב וברמב"ם.

4. בפברואר 1999 הוציא מינהל רפואה שבמשרד חוזר שלפיו ניתן לבחון את הטיפול בטראומה גם על ידי צילום בוידאו. על פי החוזר, הבחינה תיעשה בידי מנהל המחלקה וועדת בקרת איכות של בית החולים. בחוזר הובהר שמאחר שהטיפול בחדר הטראומה מורכב, ומצריך טיפול רב-תחומי במחלקה אחת, הוא מחייב בקרת איכות צמודה ופעילות מתמדת לשיפור איכותו. הואיל ובדרך כלל אי אפשר לקיים בקרה במהלך הטיפול עצמו, חשוב להיעזר לשם כך בצילום הטיפול בוידאו. עוד הובהר, כי השימוש בכלי זה כרוך בפגיעה בצנעת הפרט של המטופל ושל המטפלים, ולכן יש להשתמש בו בצמצום, רק במקום שהמטרה מצדיקה זאת, ולפי כללי הזהירות המפורטים בחוזר. החוזר קבע את הדרכים שבהן ייעשה שימוש בצילום.

במאי 1999 הודיעה הר"י למנהל מרכז הטראומה בהלל יפה כי "צילום בחדרי טראומה וחוזר המינהל בנושא מעוררים מספר סוגיות עקרוניות שיש לתת עליהן את הדעת. עד לבחינת ההיבטים המשפטיים ואחרים במסגרת ועד האיגוד הישראלי לטראומה וחבריו, אנו ממליצים שלא להפעיל את נוהל הצילום במתכונת הנוכחית".

ביוני 1999 הודיע ראש מינהל רפואה ליו"ר הר"י שהוא אינו מוצא הצדקה לפניותיה של הר"י אליו "למשוך מיידית וללא דיחוי את הנוהל". כן ציין שהיו"ר הקודם של החברה הישראלית לטראומה אישר את טיוטת החוזר.

למשרד מבקר המדינה נמסר מבתי החולים כי הם אינם משתמשים בצילומי וידאו לאבטחת האיכות של הטיפול בנפגעי טראומה.



בקרה ואבטחת איכות הן חלק בלתי נפרד מאיכות הטיפול הרפואי, והן חיוניות במיוחד כאשר מדובר בטיפול מורכב ובפציעות קשות ורב-תחומיות. בטיפול כזה יש חשיבות מיוחדת למיומנויות הצוות המטפל, לתיאום ולניהול נכון. מטרת מערכת בקרה המלווה בהפקת לקחים היא לתרום להצלחת הטיפול, והעדרה עלול לחבל בו. על המשרד לבחון שוב סוגיה זו ולפעול לפי ההחלטות שיתקבלו.

מסד נתונים

1. ועדת רוח המליצה להקים מערכת ניטור לאומית לפציעות שתאפשר מעקב שיטתי ממוסד אחר אופיין והיקפן של פגיעות הטראומה; מסד נתונים שיוקם לצורך זה ישמש כלי לאבטחת איכות הטיפול בפצועים ברמה הכללית וברמת בית החולים, וכן לאבטחת איכות הטיפול הניתן לפני ההגעה לבית החולים. הנתונים הנדרשים לצורך זה הם נתוני מגן דוד אדום על פצועים שפינה לבתי החולים, נתונים על פצועים שטופלו בבתי החולים ונתונים על פצועים שטופלו בידי גופים אחרים.

המועצה הלאומית לטראומה אישרה ב-1994 הקמת מערכת מידע כוללת (להלן - פרויקט רישום טראומה). נקבע, כי את הפרויקט יממנו המינהל לבטיחות בדרכים שבמשרד התחבורה והמרכז הלאומי לבקרת מחלות - תחום טראומה, שבמשרד הבריאות (להלן - המרכז הלאומי לבקרת

מחלות). בשנת 1995 הוקם פרויקט רישום טראומה ביחידה לחקר שירותי בריאות במרכז הלאומי לבקרת מחלות.

במסגרת הפרויקט חויבו כל המרכזים לטראומה לנהל מאגר נתונים על נפגעי טראומה, ובו מידע על נסיבות הפציעה של כל נפגע, דרגת חומרתה, משך אשפוזו של הנפגע ביחידה לטיפול נמרץ, אבחנות, סיבוכים שסבל מהם, ניתוחים שנעשו בו ונתונים על מצבו בעת שחרורו מבית החולים. עוד נקבע, שבמאגר לא יהיו נתונים המזהים את הנפגעים, וכי הנתונים יועברו למרכז הלאומי לבקרת מחלות, ויצורפו בו למסד נתונים ארצי בתחום הטראומה. כן נקבע, שבבתי החולים יועסקו רשמות טראומה שיאספו את הנתונים ויקלידו אותם, ובתי החולים יקבלו לשם כך תקציב ששיעורו מחצית מהעלות הנדרשת להעסקת הרשמות.

2. לפי תכנית המועצה הלאומית לטראומה, כל בתי החולים המטפלים בפצועים היו אמורים להתחיל עד שנת 1999 לנהל פרויקט רישום טראומה. הביקורת העלתה, שמשנת 1995 עד מועד הביקורת הצליח המשרד להחיל את הפרויקט רק על שמונה בתי חולים המטפלים בפצועים (רמב"ם, הלל יפה, איכילוב, שיבא, קפלן, סורוקה רבין והדסה עין כרם). עקב כך יש בידי המשרד נתונים מפורטים רק על 8 מ-23 בתי החולים המטפלים בנפגעי טראומה.

3. מנתוני המשרד עולה, שהוצאות המרכז לבקרת מחלות בעבור פרויקט רישום הטראומה בשמונה מרכזים היו בשנת 1999 693,000 ש"ח, ובשנת 2000 (עד אוקטובר) - 542,000 ש"ח.

4. הביקורת העלתה שברוב בתי החולים המשתתפים בפרויקט, אין שימוש מספיק בנתוני הפרויקט לצורכי אבטחת איכות הטיפול. מתברר עוד, כי הרישומים חלקיים. בישיבת המועצה הלאומית לטראומה בנובמבר 1998 צוין, כי הדוחות הסטטיסטיים המופקים ממאגר הרישום אינם מספקים את צורכי מרכזי הטראומה; עוד נאמר, כי בתי החולים אינם יכולים להפיק מהמאגר מידע, שכן התוכנה אינה "ידידותית למשתמשים", והמאגר אינו מסייע לבתי החולים לאבטחת האיכות. בינואר 1999 התלונן מנהל הלל יפה כי הרישום שעל בתי החולים לבצע במסגרת הפרויקט "מבולבל ויש בו שדות מוקשים רבים מאוד, שחלקם אינו מעניינו של משרד הבריאות אלא של גורמים אחרים במערכת".

בתשובתה מנובמבר 2000 מסרה מנהלת פרויקט רישום הטראומה שהתוכנה אכן מיושמת בטכנולוגיה מיושנת. עם זאת ציינה כי עקרונית ניתן לקבל כמעט כל מידע מהמאגר בתוך פרק זמן סביר. עוד אמרה, שפיתוח תוכנת טראומה מעודכנת עשוי לשפר את יכולתם של בתי החולים להשתמש במידע הנאסף לאבטחת איכות הטיפול בפצועים במרכזי הטראומה. 5. באוקטובר 1999 מינה יו"ר המועצה הלאומית לטראומה תת-ועדה שמתפקידה להגדיר את צורכי הנהלות בתי החולים בכל הנוגע למידע הנאגר בפרויקט רישום הטראומה. בפברואר 2000 המליצה תת-ועדה זו שהמועצה תקים ועדת היגוי שתדון בנתונים בראייה ממלכתית כדי לשפר את איכות הטיפול בפצועי הטראומה. עד מועד סיום הביקורת לא הוקמה ועדת היגוי.

6. הביקורת העלתה, שבמרכזי הטראומה היו פיגורים בהקלדת הנתונים במסגרת פרויקט רישום הטראומה: בפברואר 1998 דיווח מנהל מרכז הטראומה באיכילוב למרכז הלאומי לבקרת מחלות, כי טרם הוקלדו נתונים על 310 נפגעים, וכי לא הוקלדו נתונים על ילדים ונערים בני 16 ומטה מאז יוני 1997; ביולי 2000, מועד הביקורת באיכילוב, נותרו להקלדה 130 טופסי מידע על נפגעי טראומה. בתשובתו מנובמבר 2000 מסר מנהל איכילוב שכבר אין פיגור ברישום.

בהלל יפה הועלה, שביולי 2000 עדיין לא הוקלדו 150 טופסי מידע על נפגעי טראומה. בתשובתו מנובמבר 2000 מסר מנהל הלל יפה שהפיגור בהקלדת הנתונים הצטמצם.

7. מהמסמכים שנמצאו עולה, כי כמה מרכזי טראומה מתקשים בהחזקת צוות קבוע ואיכותי של רשמות, וכי העדר רציפות בעבודתן פוגם לעתים ברצף הרישומים ובשלמותם.



מאגר הנתונים של פרויקט רישום הטראומה יכול לסייע רבות באבחנת האיוכות במרכזי הטראומה ובקביעת המדיניות בתחום הטיפול בטראומה ברמה הלאומית. מהאמור לעיל עולה, שלאחר כחמש שנות הפעלה של פרויקט רישום הטראומה, מערכת הבריאות עדיין לא הפיקה מהפרויקט את מלוא התועלות שלשמן הוקם, והוא אינו מספק כראוי את צורכי הנהלות בתי החולים בתחומי אבחנת האיוכות במרכזי הטראומה. על המשרד להסדיר את פעולות הרישום, הקליטה והעיבוד של הנתונים על נפגעי טראומה בבתי החולים, כדי לשפר את היכולת להפיק לקחים מהמידע שנאגר.

הטיפול בנפגעי טראומה בבתי חולים פריפריים

1. בספטמבר 1997 מינה מנכ"ל המשרד ועדה לבחינת מערך הטיפול בטראומה בבתי החולים הפריפריים. ביוני 1998 הגישה הוועדה את המלצותיה למנכ"ל, ולפיהן על בתי חולים המרוחקים ממרכזי טראומה על-אזוריים (כגון יוספטל ופזריה; להלן גם "בתי חולים פריפריים") להיות ערוכים לטיפול בנפגעי טראומה יותר מבתי חולים הנמצאים בשכונות למרכזי הטראומה העל-אזוריים. הומלץ, שיקום פורום של מנהלי בתי חולים אלה, שידון בעקרונות הטיפול בפצועי טראומה; יוקם גוף משותף לבתי חולים אלה לבקרת איכות הטיפול בטראומה; כן יוקמו בהם ועדות מוסדיות לטראומה, שחבריהן יהיו מנהלי מחלקות ועובדים סיעודיים העוסקים בתחום זה; ותישקל הקמת מערך ייעוץ כירורגי ורדיולוגי לבתי חולים פריפריים.

ביולי 1998 כתב מנכ"ל המשרד ליו"ר המועצה הלאומית לטראומה שיש "לשפר את המיומנות של בתי"ח הפריפריים בתחום הטראומה. מהיזונים שאני מקבל מהשטח, נראה לי שאין 'די' בהקמת מרכזי טראומה אזוריים. הקמת מרכזי טראומה אינה פותרת את המיומנות".

2. בספטמבר 1998 גיבשו חברי הוועדה לבחינת מערך הטראומה בבתי חולים פריפריים הצעת נוהל שמטרתה לקבוע תקנים ונהלים בסיסיים לקיום המערך. לפי ההצעה, בכל בית חולים כזה יהיה חדר טראומה וימונו רופא אחראי לנושא הטראומה ומתאמת טראומה. בבית החולים חייב להיות 24 שעות ביממה כירורג הפנוי לטיפול בפצועים, ועליו לקיים שירותי עזר הכרחיים, דוגמת הדמיה, מעבדה ושירותי דם דחופים בכל שעות היממה. עליו גם לקיים פורום מוסדי לבקרה ולהבטחת איכות ולקבוע נהלים לטיפול בפצועים.

3. הביקורת העלתה, שהמשרד לא הוציא נוהל בנושא מערך הטראומה בבתי חולים פריפריים, וכי רוב המלצות הוועדה לא מולאו: לא הוקם פורום של מנהלי בתי חולים אלה לדיון בטיפול בטראומה, לא הוקם גוף משותף שידון בבקרת איכות הטיפול בנפגעי טראומה ולא הוקמו בבתי החולים ועדות מוסדיות לטראומה. עוד העלתה הביקורת, כי למרות ההמלצה שבתי חולים פריפריים המרוחקים ממרכז-על יהיו ערוכים היטב, לא כך הוא בפועל.

לדוגמה: בברזיל, כאמור, אין מנהל למרכז הטראומה; בפוריה ובזיו אין כוננים ייעודיים; בזיו ובברזיל אין מתאם טראומה; בשלושת בתי החולים אין פורומים לאבטחת איכות. בדצמבר 1999 דיווחה המועצה הלאומית לטראומה למנכ"ל כי טרם הוקמה מערכת ייעוץ כירורגי ורדיולוגי בתחום הטראומה. עד מועד סיום הביקורת לא הוקמה מערכת כזאת למרבית בתי החולים, והיא קיימת רק בהלל יפה ובפוריה.

4. ועדת רווח המליצה להקים מוקד ארצי שינהל, ירכז ויתאם את הטיפול בנפגעים, אגב הכוונה אזורית וארצית של נפגעים למרכזי הטראומה. ביולי 1998 ביקש יו"ר המועצה הלאומית לטראומה ממנכ"ל המשרד לשקול להפיץ "נוהל ויסות הנפגעים בארץ", והדגיש כי נוהל זה יתרום למזעור הנזק הנגרם לפצועים שאינם מאושפזים בבתי החולים הערוכים לטיפול בפציעתם. הביקורת העלתה שמוקד כזה לא הוקם ולא הוצא הנוהל בעניין זה.
5. כאמור, בחוזר שהוציא המשרד בנובמבר 1996 בעניין העברת פצועים למרכזי טראומה יש הנחיות על אופן העברת פצועים. בחוזר נקבע שיש להעביר אדם הסובל מחבלה קשה (פציעת ראש, חזה, אגן, כוויות ועוד) למרכז טראומה על-אזורי. על הרופא המפנה, בין השאר, להודיע למרכז הטראומה העל-אזורי על מצב הפצוע, לרכז ולשלוח עם הפצוע את כל המסמכים הקשורים לפציעתו ולדאוג לליווי. על הרופא המקבל את הפצוע במרכז הטראומה העל-אזורי להודיע ביום שלמחרת קבלת הפצוע לרופא השולח על מצבו של הפצוע.
- הביקורת העלתה ליקויים חמורים בדרכי הטיפול בנפגעי טראומה ובדרכי העברתם מהמרכזים האזוריים המרוחקים למרכז-העל; להלן תיאור כמה מהליקויים.
 - (א) ועדת בדיקה שהקים המשרד, בעקבות תלונת משפחתה של אשה שנפטרה בפוריה בשנת 1998, קבעה שהיה צריך לטפל באשה ביחידה לטיפול נמרץ של בית החולים פוריה, ומכיוון שלא היה שם מקום, היה על הצוות להעבירה למרכז טראומה אחר, אך הוא לא עשה כן. הוועדה קבעה כי כתוצאה מתפיסה לא נכונה של מצבה לא הועברה הפצועה למרכז טראומה ולא קיבלה את הטיפול המיטבי.
 - (ב) באוגוסט 1998 הובא פצוע לנהריה, נעשו ניסיונות לטפל בו, אך הוא נפטר כעבור מספר שעות. בדיקה של בית החולים שנעשתה בנובמבר אותה שנה העלתה ליקויים קשים באבחון ובמהלך הטיפול. באוקטובר 1998 החליט נציב קבילות הציבור של המשרד על הקמת ועדת בדיקה של האירוע.
 - (ג) בדצמבר 1999 דיווח מנהל מערך הטראומה ברמב"ם למנהל בית החולים, כי ילד בן שמונה שסבל מחבלת ראש עבר ניתוח נוירוכירורגי בזיו בגלל צורך דחוף, ואף שאין בזיו מחלקה מתאימה לאשפוזו לא הועבר הילד אחרי הניתוח לטיפול ומעקב ברמב"ם.

יחידות לאשפוז נפגעי טראומה

בינואר 2000 דנה המועצה הלאומית לטראומה בהעדר רצף טיפולי בפצועים, מאחר שלאחר הטיפול הראשוני בחדרי הטראומה הם מאושפזים במחלקות שאין בהן רופאים מומחים לטיפול בטראומה. לפתרון הבעיה הוצע להקים יחידות לאשפוז נפגעי טראומה, ובהן צוות מיומן בתחום זה, כדי שהפצועים יקבלו טיפול המתאים להם במהלך כל תקופת אשפוזם.

בינואר 2000 כתב מנהל מרכז הטראומה באיכילוב להנהלת בית החולים שיש צורך לאשפוז פצועי טראומה "באתר ייעודי ... שיתמקצע בתחום זה". בפברואר 2000 התריע גם מנהל המרכז לטראומה ברבין לפני יו"ר המועצה הלאומית לטראומה על מחסור ברופאים בתחום זה, העלול לגרום לירידה

ברמת הטיפול, והציע להקים יחידות טראומה אשפוזיות ולשלוח מתמחים להשתלמויות במרכזי טראומה בחו"ל.

לדעת משרד מבקר המדינה, על המשרד לבחון בהקדם את ההצעות שהועלו במועצה הלאומית לטראומה, במגמה לפתור את הבעיות שהועלו בעניין הטיפול בפצועי טראומה לאחר העברתם לאשפוז במחלקות בית החולים.



שירותי הטראומה מיועדים להקטין את שיעורי התמותה והנכות של נפגעי הטראומה, ואת הסיבוכים הרפואיים הנגרמים מטראומה. לפציעות טראומה יש גם השפעות כלכליות על משק המדינה. על ידי ארגון נכון של הגופים השותפים לרצף הטיפול בפצוע, ישיג הטיפול שנותן בית החולים את התוצאות המיטביות. הביקורת העלתה, שנפרשה תשתית להפעלת מערך לטיפול בנפגעי טראומה, ובבתי החולים הוקמו מרכזי טראומה. אף על פי שעברו שבע שנים מאז החלטת מנכ"ל משרד הבריאות על אימוץ דוח ועדת רווח והקמת המועצה הלאומית לטראומה, מערך הטראומה בבתי החולים עדיין אינו עומד בכל היעדים שהתוו לו המנכ"ל והמועצה. המשרד לא קבע נהלים להפעלת מרכזי טראומה; בכמה מהמרכזים חסרו מנהלי מרכזים וכוננים ייעודיים; לא היתה הקפדה על מתן הכשרה ראויה לצוותים הרפואיים ולצוותים הסיעודיים בחדרי הטראומה ועל ריענון הידע שלהם; לא תמיד נעשו בקרת איכות ואבטחת איכות מקיפים ויסודיים, ובתי החולים לא מילאו תנאים אחרים, שנקבעו בדוח ועדת רווח ואושרו בידי מנכ"ל המשרד דאז, להפעלת מרכזי טראומה. מאגר הנתונים על נפגעי הטראומה במרכזים לא סייע דיו לרופאים לעשות בקרת איכות על עבודתם ולא שימש למשרד כלי יעיל לאבטחת איכות. הועלו גם ליקויים מהותיים בהפעלת מרכזי הטראומה. כך, למשל, נמצא שלא כל נפגעי הטראומה טופלו בחדרי טראומה, העברת נפגעים לבתי חולים אחרים נעשתה באופן שעלול היה לפגוע בהם, ורישומים בגיליונות הטיפול בחולים היו לקויים ולא איפשרו לדעת אם הטיפולים הנדרשים ניתנו תמיד במועד. על המשרד להמשיך ולפעול בנחישות כדי שיינתן לנפגעי טראומה הטיפול המיטבי בזמן ובתנאים מתאימים.

השתלת איברים

השתלת איברים בגופם של חולים, שאיבר או איברים בגופם נפגעו אנושות ואינם מתפקדים, יכולה להציל את חייהם או לשפר את איכותם במידה ניכרת. בשנים האחרונות מתאפשר פתרון זה עבור חולים רבים יותר, בעקבות הניסיון הרב שנצבר, טכניקות חדשות וטיפול תרופתי יעיל שמגדיל את ההצלחה של ההשתלה.