

בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות

עקרונות מנחים לפיתוח מודל עירוני
בתחום הבריאות בגיל הרך
מבוסס על הפיילוט בערים רמלה ולוד

2023

ניהול

אנה לרנר-זכות
נועה בן דוד
מרב קינן-אורנשטיין

כתיבה

ד"ר תמי רובל-ליפשיץ
ד"ר יעל בן דוד
נופר טל



צוות כתיבה:

ד"ר תמי רובל ליפשיץ, חוקרת ויועצת ארגונית. מכון אביגיל - מחקר, ייעוץ ופיתוח ארגוני.

ד"ר יעל בן דוד, פסיכולוגית חברתית, יועצת ארגונית ומנחת קבוצות. מכון אביגיל - מחקר, ייעוץ ופיתוח ארגוני

נופר טל, יועצת ארגונית ומפתחת תוכן. מכון אביגיל - מחקר, ייעוץ ופיתוח ארגוני

צוות ניהול:

אנה לרנר-זכות, מנהלת האגף לתכנון מדיניות, מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות. [ליצירת קשר לחץ כאן.](#)

נועה בן-דוד, מנהלת ידע ומחקר לקידום מוביליות חברתית-כלכלית, ג'וינט-אשלים.

מרב קינן-אורנשטיין, מומחית קידום בריאות ומנהלת תוכניות, ג'וינט-אשלים. [ליצירת קשר לחץ כאן.](#)

עריכה לשונית ועריכה גרפית:

גילאור הפקות למידה

ברצוננו להודות לכל המרואיינים ששיתפו אותנו בתובנות, במחשבות וברעיונות, מתוך ניסיונם ובמסגרת תפקידם המקצועי, בשנים 2018-2020:

אגליה סקלירוק – אחות אזורית, קופת החולים לאומית.

איווט אלפנדר – פסיכותרפיסטית ומטפלת בהבעה וביצירה ביחידה לגיל ינקות, בית החולים גהה.

אירית אלרועי – חוקרת בצוות בריאות לשעבר, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

ד"ר אסתי קילברג – מנהלת המרכז לגיל הרך ברמלה ומובילת התוכנית בעיר.

ד"ר גל מאירי – מנהל היחידה הפסיכיאטרית לגיל הרך, בית החולים סורוקה.

חגית איטח – מנהלת המרכז להתפתחות הילד, קופת החולים מאוחדת.

פרופ' חיים בסן – מנהל המכון להתפתחות הילד ומערך נוירולוגית ילדים, המרכז הרפואי שמיר.

יעל אשכנזי – חוקרת בצוות בריאות לשעבר, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

מירי אביטל – פסיכולוגית התפתחותית מומחית וראש מרכז "שבילים" במג"ר רמלה ומובילת התוכנית בעיר.

מירי מלק – מנהלת מחלקת הגיל הרך בעיריית לוד ומובילת התוכנית בעיר.

מירי פלדל – אחות מפקחת, נפת רמלה, משרד הבריאות ומובילת התוכנית בנפה.

ד"ר מירי קרן – מנהלת היחידה לגיל ינקות, בית החולים גהה.

ד"ר סילבי ויו – פסיכיאטרית אחראית ביחידת להתפתחות הילד, מרכז אנטואן גידני, פריז.

עינת שובל – אחראית תיאום טיפול גריאטריה, קופת החולים מאוחדת.

ד"ר ענת בן ששון – מנהלת המרכז להתפתחות הילד לוד, קופת החולים כללית.

פרופ' פרנק אוברקלייד – מייסד ומנהל המרכז הקהילתי לרפואת ילדים בבית החולים המלכותי לילדים במלבורן, אוסטרליה.

קרן זמיר – סמנכ"לית השירות הסוציאלי, קופת החולים מאוחדת.

ד"ר רוברטו אייבינדר – מומחה ברפואת משפחה, קופת החולים כללית.

ד"ר רוני פרבר – מנהל תחום בריאות הציבור והילד, קופת החולים מאוחדת.

ד"ר שלומית אבני – מנהלת האגף לתכנון מדיניות לשעבר במנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.

ד"ר תמר מדינה-הרטום – חוקרת בצוות בריאות, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

תודה מיוחדת ל**ד"ר הדן ירדני**, מנהלת המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות ו**ד"ר טלי שחר-אשכנזי**, סגניתה – על שותפות בתכנון, ביישום ובהטמעה של מודל הפעולה ועל קריאה ותרומה מניסיון לגיבוש מסמך זה.

מודל זה פותח על בסיס פיילוט שהתקיים בערים רמלה ולוד. תודתנו ל:**מיכאל וידל** ראש עיריית רמלה ו**עו"ד יאיר רביבו** ראש עיריית לוד ולאנשי ולנשות המקצוע שהובילו את הפיילוט.

תודות ל**ד"ר אודי קלינר**, **ד"ר אפרת אפללו**, **לירי פינדלינג-אנדי**, **פרופ' רונית אנדוולט**, **ד"ר מורן בלייכפלד-מגנאזי**, **גידי פרץ וברק שך** ממשרד הבריאות על תרומתם הייחודית לפיתוח הפיילוט.

מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות וג'וינט-אשלים חברו לשותפות אסטרטגית בתוכנית "בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות", אשר נועדה לתת מענה לצורך בצמצום פערים ובהנגשת שירותי בריאות לילדים בגיל הרך ולהוריהם בזירת השלטון המקומי.

התוכנית פעלה בערים רמלה ולוד בשנים 2018-2021, וכעת נמשכת במסלולים העירוניים. התוכנית נוגעת בשלושה נושאים המצויים בליבת העיסוק של משרד הבריאות וג'וינט-אשלים: בריאות בשנות החיים הראשונות, בריאות והחיים בעוני ובריאות בשלטון המקומי. כל זאת, לשם קידום מוביליות חברתית של ילדים בגיל הרך והשפעה מיטיבה על בריאותם ובריאות משפחותיהם.

השקעה בשנות החיים הראשונות, כחלקן הזדמנויות להתפתחות מיטבית של ילדים ולקידום המוביליות החברתית שלהם לאורך חייהם - היא יעד אסטרטגי של המשרד ושל ג'וינט-אשלים, והיא שהובילה לפיתוח **המודל הרשותי לבריאות בגיל הרך** ולהנגשת שירותים ייחודיים ביישובי הפיילוט שהוזכרו - לוד ורמלה. התוכנית הכירה בתפקידה וביכולתה של הרשות המקומית להשפיע על ההתפתחות והבריאות של פעוטות מבראשית, ובחנה פתרונות שונים שגובשו בשותפות תוך-משרדית, בין-משרדית ורב-מגזרית - לכדי מודל יישובי.

ברצוננו להודות לד"ר שלומית אבני מנהלת אגף תכנון מדיניות לשעבר במשרד הבריאות ולאנה לרנר-זכות מנהלת אגף תכנון מדיניות בהווה, לנועה בן דוד - מנהלת ידע ומחקר לקידום מוביליות חברתית-כלכלית בג'וינט-אשלים, ולמרב קינן-אורנשטיין - מומחית לקידום הבריאות ומנהלת תוכניות בג'וינט-אשלים על עבודה מקצועית, חדשנית וחשובה מאוד. תודה לשותפי הליבה של התוכנית: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל, עיריית רמלה ועיריית לוד, למחלקה להתפתחות הילד ושיקומו ולשירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות, לשירותי בריאות כללית, למכבי שירותי בריאות, לקופת חולים מאוחדת, ללאומית שירותי בריאות, למרכז רפואי שמיר (אסף הרופא) - המערך לנוירולוגיה והתפתחות הילד ולכל השותפים הרבים שליוו את תהליך התכנון, הפיתוח והיישום ומוזכרים במסמך זה.

קידום הבריאות בכלל וקידום בריאותם של ילדים בגיל הרך בפרט הם הנושאים המרכזיים שמקודמים בשותפות בין משרד הבריאות וג'וינט-אשלים, ואנחנו ממשיכים לפעול יחדיו למען מטרה נעלה זו.

ד"ר אריאל לוי,

מנכ"ל ג'וינט-אשלים

אילת גרינבאום-אריזון,

סמנכ"לית בכירה לתכנון אסטרטגי
וכלכלי, משרד הבריאות

שנות החיים הראשונות קריטיות להתפתחות הילד ולבריאותו הפיזית והנפשית, והן מהוות חלון הזדמנויות להתערבויות שיכולות לשפר את הבריאות לאורך החיים. עם זאת, ילדים החיים בעוני עלולים לסבול מבעיות בריאות יותר מילדים אחרים, ולא תמיד זוכים לטיפול מיטבי. הקשר בין עוני ובריאות לקויה מתועד היטב, ומשפחות החיות בעוני מתקשות במקרים רבים לצרוך את שירותי הבריאות שלהן הן נזקקות. בנוסף, קיימת שונות בממשקי העבודה שבין שירותי הבריאות בגיל הרך, שירותים חברתיים אחרים והמענים החינוכיים, הכלכליים והאחרים שלהם זקוקות המשפחות. לצד זה, ברוב הרשויות המקומיות אין כיום יחידה ייעודית לבריאות, המתכללת את מערך המענים והצרכים של כלל התושבים.

כמענה לאתגר חשוב זה, יזמו משרד הבריאות וג'וינט-אשלים את תוכנית "בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות", שמטרתה לשפר את הנגשת השירותים ואת הטיפול שילדים מקבלים. זאת, באמצעות שינוי שגרות העבודה ושיפור קשרי העבודה בין נותני השירותים השונים – בתוך מערכת הבריאות וגם במעגלים הנוספים הרלוונטיים לטיפול בילדים ובמשפחות – בעיקר מערכת החינוך ומערכת הרווחה, ברמת הרשות. שיפור זה הוא בעל השפעה ישירה על מצב בריאותם של הילדים וההורים.

התוכנית יצאה לדרך ב-2018 בהובלת האגף לתכנון מדיניות במנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות ותחום הגיל הרך בג'וינט-אשלים. הערים רמלה ולוד נבחרו לביצוע הפיילוט, שבמהלכו נבחנו תהליכי עבודה ובוצע מחקר מלווה על-ידי צוות בריאות במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

התוכנית הביאה עימה שיפור במדדים שנבחנו, לצד למידה מקיפה שאותה נרצה להחיל במישור הארצי והמערכתי. כך, מסמך זה מהווה סיכום לתוכנית הפיילוט וכולל עקרונות מנחים לפיתוח מודל רשותי בתחום הבריאות בגיל הרך, שאותו ניתן להתאים וליישם בכלל הרשויות המקומיות. אנו תקווה כי מודל זה ישמש נדבך נוסף בחיזוק מקומה ותרומתה של הרשות המקומית לבריאות ולמוביליות חברתית-כלכלית של תושביה.

פיתוח תוכנית זו כלל עשרות רבות של שותפים. אנו מבקשות להודות למחלקה להתפתחות הילד ושיקומו ולשירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות נפת רמלה, לתוכנית הלאומית 360 במטה וביישובים, לשירותי בריאות כללית, למכבי שירותי בריאות, לקופת חולים מאוחדת, ללאומית שירותי בריאות, למרכז רפואי שמיר (אסף הרופא) – המערך לנוירולוגיה והתפתחות הילד, לנציגות משרד החינוך ומשרד הרווחה, לנציגות מעונות היום, לעמותת גושן ולעמותת פ.ש.ר על חלקן בתהליכי התכנון והיישום. תודה מיוחדת לגורמי המקצוע בערים לוד ורמלה על תרומתם לפריצת דרך ייחודית בעשייה למען הגיל הרך.

מרב קינן-אורנשטיין

מומחית לקידום בריאות ומנהלת
תוכניות, ג'וינט-אשלים

נועה בן דוד

מנהלת ידע ומחקר לקידום
מוביליות חברתית כלכלית,
ג'וינט-אשלים

אנה ארנז-זכאי

מנהלת האגף לתכנון מדיניות,
משרד הבריאות

תוכנית "בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות" נוצרה מתוך מטרה לבסס מערך עירוני מתואם לקידום הבריאות וההתפתחות של ילדים בגיל הרך בישראל, בדגש על אוכלוסיות החיות בעוני. שנות החיים הראשונות הן חלון הזדמנויות להתפתחות מיטבית ולקידום מוביליות חברתית – כלכלית, ובהן יש חשיבות מכרעת לשירותי בריאות זמינים ונגישים, המאפשרים איתור וטיפול מוקדם. בדומה למדינות אחרות, גם בישראל קיימים פערים גדולים בבריאות בין קבוצות חברתיות שונות – על רקע סוציו-אקונומי, השכלה, לאום, מקום מגורים ועוד, בעוד שעוני והדרה חברתית הם גורמים מרכזיים לאי-שוויון בתחום הבריאות. מתוך רצון לצמצם אי-שוויון זה, וכן מתוך הכרה בצורך ליצור מנגנון טיפול מתואם ונגיש בגיל הרך – נהגתה תוכנית "בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות".

התוכנית מתמקדת ברמה העירונית, בניסיון ליצור מערך מתואם בין גורמי הבריאות, האבחון והטיפול בגיל הרך בכל רשות – ובכלל זאת: קופות החולים, מכונים ויחידות להתפתחות הילד, משרד הבריאות ומרכזי טיפות החלב, מחלקות רלוונטיות ברשות המקומית, מרכזים לגיל הרך, גני ילדים, ארגוני מגזר שלישי ועוד. תוכניות הרצה (פיילוט) יצאו לפועל בערים רמלה ולוד, במטרה להפיק מהן לקחים ולגבש עקרונות מנחים, שימשו בסיס ליישום תוכניות דומות במרחבים עירוניים נוספים. בכל אחת מהערים פותח מודל בהתאם לצרכים העירוניים הספציפיים; הקמת יחידה התפתחותית-קהילתית נידת לגיל הרך בלוד, לצד הקמת מרכז בבריאות הנפש בגיל הרך ברמלה.

מסמך זה מציג את המודלים שהתפתחו בערים אלה, תוך חיבור לספרות המקצועית ולמודלים שהתפתחו במדינות אחרות בעולם. כמו כן, המסמך מציע עקרונות פעולה מנחים ליישום מודלים אלה ביישובים אחרים בישראל.

שלב 1: ביסוס תנאים להצלחה

בתחילת הדרך נערך תיאום ציפיות, ושותפי הליבה בפרויקט התחייבו לו באופן ראשוני, ובהם משרד הבריאות, ג'וינט-אשלים, ראשי הערים וארבע קופות החולים בישראל. תנאים מרכזיים להצלחה היו:

- א. שותפות אסטרטגית של ראשי הערים.
- ב. נכונות לשיתוף פעולה של ארבע קופות החולים ובית החולים האזורי.
- ג. הקצאת תקציב לפעילות וגישה לנתונים בתחום הבריאות בגיל הרך.
- ד. תקן של חצי משרה לפחות לאיש או לאשת מקצוע, לצורך הובלת תחום הבריאות בגיל הרך בעיר.

שלב 2: תמונת מצב עירונית משותפת: זיהוי החסמים לקידום בריאות בגיל הרך

תמונת המצב העירונית נבנתה באמצעות איסוף נתונים וניתוחם על בריאות בגיל הרך במרחב העירוני בעזרת מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל, מיפוי בעלי העניין השונים בעיר, וכן קיום מפגשי איתור צרכים עם בעלי העניין בתחום הבריאות בגיל הרך בעיר. להלן החסמים המרכזיים שנמצאו כמעכבים או מונעים הגעה לטיפול בגיל הרך:

- א. **חסם גיאוגרפי:** כאשר שירותי הבריאות בגיל הרך ממוקמים מחוץ לעיר, הצורך לנסוע מחוץ לעיר עלול לעכב ואף למנוע הגעה לאבחון ולטיפול.
- ב. **חסם בירוקרטי:** תהליך בירוקרטי הכולל קבלת הפניות לאבחון וטיפול מרופא הילדים, תורים ארוכים לרופאים מומחים והצורך בהנפקת טופס התחייבות.
- ג. **חסם כלכלי:** משפחות החיות בעוני מתקשות לעמוד בעלויות הכרוכות באבחון ובטיפול, וזאת בשל קושי בתשלום על הטיפולים באופן פרטי והמתנה להחזר כספי, השתתפות עצמית מצטברת ועלויות נוספות כגון נסיעה ואובדן ימי עבודה.
- ד. **חסם תרבותי:** בערים שבהן יש אוכלוסייה מגוונת, נוצרים לעיתים קרובות פערי שפה ותרבות, המובילים לחוסר מודעות לצורך בטיפול או בדחיפות מתן הטיפול – במיוחד כאשר אין בעיר אנשי מקצוע בגיל הרך המתאימים לאוכלוסייה מבחינת התרבות והשפה.
- ה. **חסם ארגוני:** מאחר שיש גורמים מגוונים העוסקים בבריאות בגיל הרך, אשר אינם תמיד מחוברים ומתואמים ביניהם – קשה להבין למי לפנות באיזה עניין ומהו הליך הפנייה.

שלב 3: הסכמה משותפת על מוקד עירוני להתערבות

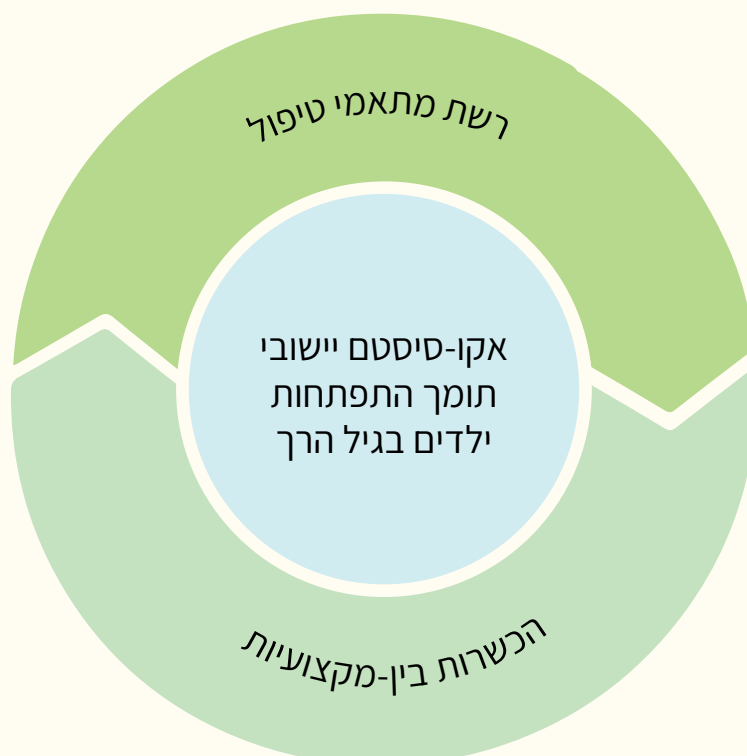
בשתי הערים – רמלה ולוד – הנושא המרכזי להתערבות נבחר באופן משותף, באמצעות דיונים שהוזמנו אליהם כלל בעלי העניין בתחום הבריאות בגיל הרך בעיר. קבלת ההחלטה נשענה על קריטריונים מוגדרים, ובהם מענה לצורך רלוונטי של בעלי עניין שונים ויצירת שותפות ביניהם, לצד האפשרות לאסוף מדדי תוצאה מוגדרים ולבחון באמצעותם שיפור בטווח זמן מוגדר. הנושא שנבחר בעיר לוד היה פיתוח רצף של איתור, אבחון וטיפול עבור ילדים בגיל הרך עם עיכובים התפתחותיים. בעיר רמלה, לעומת זאת, הנושא המרכזי שנבחר היה מתן מענה להתפתחות רגשית-חברתית עבור ילדים בגיל הרך עם קשיי התנהגות ובעיות רגשיות. תהליך הבחירה השיתופי של המוקד המרכזי להתערבות היה בעל ערך רב, ואפשר: (א) לזהות מוקד רלוונטי ומשמעותי להתערבות בעיר, (ב) לחזק את רשת שיתופי הפעולה הפורמליים בין אנשי ונשות המקצוע בעיר, ו(ג) ליצור היכרות וקשרים בלתי-פורמליים, המהווים תשתית למערכת יחסים ארוכת-טווח בעתיד.

שלב 4: ביסוס המודל העירוני בגיל הרך – הנגשה, הכשרה ותיאום טיפול

המודל העירוני שפותח בערים לוד ורמלה נועד לקדם התמודדות עם חסמים גיאוגרפיים, בירוקרטיים, כלכליים, תרבותיים וארגוניים. המודל העירוני הושתת על שלושה מרכיבים עיקריים:

- 1. אקו-סיסטם יישובי תומך התפתחות ילדים בגיל הרך:** הקמת מערך שירותי בריאות מסודר לגיל הרך, שזוהו כחסרים בתוך המרחב העירוני, במטרה להקל את הקושי הלוגיסטי והכלכלי הכרוך בצריכת שירותים אלו מחוץ לגבולות העיר. בעיר לוד הוקמה יחידה התפתחותית עירונית לגיל הרך, ואילו בעיר רמלה הוקם שירות בתחום בריאות הנפש בגיל הרך בשם מרכז "שבילים", בתוך מרכז הגיל הרך המקומי.
- 2. הכשרות בין-מקצועיות: יצירת קהילה מקצועית לומדת** – באמצעות הקמת מערך הכשרה אינטר-דיסציפלינרי, היוצר שפה, היכרות ותשתית ידע משותפת בין גורמי הבריאות השונים, וביניהם לגורמי רווחה וחינוך.
- 3. רשת תיאום טיפול:** יצירת רשת של מתאמי ומתאמות טיפול בגורמי הבריאות השונים, ובהם מרכזי טיפוח החלב, קופות החולים והרשות המקומית, המלווה את המשפחות ומסייעת להן להתמיד בתהליך ולהתמודד עם חסמים העלולים לעכב או למנוע הגעה לטיפול.

מרכיבי המודל העירוני לבריאות בגיל הרך



המודל העירוני על-פי מעגלי השפעה על התפתחות הילד

רשת מתאמי-טיפול	הכשרות בין-מקצועיות	אקו-סיסטם יישובי תומך התפתחות ילדים בגיל הרך	
ליווי אישי למשפחה, המאפשר התמודדות, תמיכה והעצמה	היכרות עם קשיי התפתחות וסיבות הפנייה לאבחון ולטיפול. היכרות בין נותני השירותים השונים בתחום התפתחות הילד, היכרות עם סל הבריאות מתחום התפתחות הילד	הפחתת חסמים גיאוגרפיים, בירוקרטיים, כלכליים ותרבותיים למשפחה	רמת הפרט (מיקרו)
ביסוס רשתות עבודה פורמליות בין אנשי ונשות המקצוע בארגונים שונים	שפה משותפת בין אנשי ונשות המקצוע מתחומי החינוך, הבריאות והרווחה	חיבורים קהילתיים, מרחבי מפגש בלתי- פורמליים	רמת יחסי הגומלין (מזו)
מתכללת עירונית המחברת בין גורמים שונים בעיר	שותפויות ורשתות לא פורמליות	השקעת משאבים עירוניים בבריאות	הרמה הקהילתית- (חברתית- כלכלית)
רגישות תרבותית, הבנת חסמים פסיכו- סוציאליים המונעים הגעה לטיפול	שיח בין אנשי מקצוע מאוכלוסיות מגוונות, רגישות ומודעות	יצירת לגיטימציה לקבלת טיפול והתאמה תרבותית, במיוחד כשיש צוות מגוון	הרמה התרבותית
הסדרת תקנים של מתאמי טיפול ושגרות עבודה בין קופות החולים, טיפות החלב והרשות המקומית	הקצאת משאבים למהלכים אינטר- דיסציפלינריים	מדיניות המעודדת קדימות לטיפול על- פני בירוקרטיה בגיל הרך	הרמה הלאומית- אסטרטגית
סיוע בהתמודדות עם משבר והקלה בהליכים בירוקרטיים	תקשורת בין אנשי מקצוע בזמני משבר	שגרות מדידה ועבודה, כתובת קבועה במצבי שינוי	רמת השינוי לאורך זמן

תוכן עניינים



לחצו על כל אחד מהפרקים כדי לעבור אליו



"בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות" – עקרונות מנחים לפיתוח מודל עירוני בתחום הבריאות בגיל הרך

"לחמש השנים הראשונות יש השפעות מרחיקות לכת על איך ייראו 80 השנים הבאות", ביל גייטס.

תוכנית "בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות" נוסדה על-ידי מנהל תכנון אסטרטגי-כלכלי במשרד הבריאות וג'וינט-אשלים, במטרה לנסח קווים מנחים למודל עבודה עירוני מיטבי בתחום הבריאות, המותאם לצורכי העיר ולמאפייניה. מטרת התוכנית היא לצמצם פערים ולהנגיש שירותים לקידום הבריאות וההתפתחות של ילדים בגיל הרך, בדגש על אוכלוסיות החיות בעוני. התוכנית מתמקדת במתן שירותים ברמה העירונית, ופועלת לביסוס מערך מתואם בין גורמי הבריאות השונים בגיל הרך ברשות המקומית.

קובעי מדיניות, אנשי מחקר, טיפול ורפואה תמימי דעים בנוגע לחשיבות המכרעת של ההשקעה בבריאות בגיל הרך. מחקרים מעידים כי מלידה ועד גיל שלוש פלסטיות המוח מצויה במיטבה, ולכן הלמידה חשובה ביותר בשנים אלו, ובכוחה לשנות את מצבו של ילד באופן דרמטי – לחיוב ולשלילה. פיתוח היכולות הפיזיות, הקוגניטיביות והרגשיות של הילד משפיע על יכולתו לרכוש ידע וכישורי חיים בהמשך חייו (Bijou, 1975; Karoly, Kilburn & Cannon, 2006). בעיות התפתחותיות שניתן לפתור ביתר קלות בגילים אלה עלולות להפוך בגיל מבוגר למורכבות יותר, ואף יוצרות בעיות נוספות, כגון ליקויי למידה, עיכוב התפתחותי, בעיות נפשיות ובריאותיות, מחלות כרוניות ועוד (Oberklaid & Moore, 2007). זיהוי מוקדם נוגע לא רק לבעיות התפתחותיות פיזיות, אלא גם לבעיות נפשיות. בשנים האחרונות הצטבר מידע קליני ורפואי המצביע על כך שכבר בגיל ינקות ניתן לאתר מצוקה נפשית, וכי קיימת חשיבות רבה להתערבויות שמטרתן חיזוק מערכות היחסים בין הורה לתינוק, במיוחד באוכלוסיות בסיכון (Baradon et al., 2005; Lieberman, Silverman, & Pawl, 2000; Olds, Sadler, & Kitzman, 2007; Sadler, Slade, & Mayes, 2006). לחזק את יכולת ההורה להבין את הפעוט מנקודת מבטו, וכן את תפיסת התינוק כישות נפרדת, בעלת רצונות וצרכים משלה. התערבויות אלו נעשות תוך בנייה וחיזוק הרגישות ההורית לתינוק (Howe, Cicchetti & Toth, 2006).

על מנת להבטיח איתור, אבחון וטיפול מוקדם ככל האפשר, נדרש שילוב כוחות של מערכות הבריאות, החינוך והרווחה (Bor, Dean, Najman, & Hayatbakhsh, 2014; Olfson, Druss & Marcus, 2015). בישראל יש צורך בחיזוק המנגנונים הללו לנוכח מציאות של פיצול ופרגמנטציה. האחריות הכוללת למתן שירותים לילדים מגיל לידה עד שש ועל תמיכה במשפחותיהם מפוצלת בין שלושה משרדי ממשלה עיקריים: בריאות, רווחה וחינוך, ואילו שירותי הבריאות מפוצלים בין קופות חולים, תחנות טיפת חלב ויחידות שונות בתוך משרד הבריאות. נמצא כי חסרים מנגנונים לתיאום וממשקים סדורים בין משרדים אלה, ובולט היעדרה של מדיניות כוללת. פיצול זה מקבל ביטוי חזק במיוחד ביחס לשירותי הבריאות לילדים עד גיל שלוש ולהוריהם, בהיעדר אחריות אינטגרטיבית וכתובת ברורה – הן ברמה הלאומית והן ברמה המקומית (טרנטברג, 2019). בניגוד לשירותים חברתיים אחרים כגון חינוך ורווחה, שבהם קיימת כתובת ממוסדת ברמה העירונית – במרבית הרשויות בישראל חסרה יחידה עירונית המובילה ומתכללת את נושא הבריאות בהתאם לצורכי התושבים במרחב העירוני.

הספרות המקצועית מראה שבדי לקדם מדיניות, כדאי להשקיע מאמץ ביצירת שותפויות בין-מקצועיות בגיל הרך, כדי לחולל שינוי ברמת הרשות המקומית, שבה ניתנים מרבית השירותים לאזרחים ובה נוצר קשר בלתי-אמצעי עם האוכלוסייה (Moore, 2007; Moore & Skinner, 2010). בישראל נמצא קשר הדוק בין שיעור הילדים במצבי סיכון עד גיל שש מכלל אוכלוסיית היישוב, ובין מעמד חברתי-כלכלי של היישוב ומיקומו בדירוג הארצי. ניכרים פערים בהיקף ההשקעה בגיל הרך בין הרשויות המקומיות השונות, ואלה גורמים באופן מובהק לקיבוע של פערים משמעותיים בכישורים וביכולות של הילדים, ועלולים לפגוע בהתפתחותם הפיזית והנפשית (טרבטנברג, 2019). בדיוני שולחנות עגולים שערך משרד הבריאות עם עובדים במערכת הבריאות והרווחה ועם אנשים החיים בעוני, עלה כי ישנה זמינות נמוכה של תורים באזורי פריפריה גיאוגרפית וכלכלית, וכי אוכלוסיות החיות בעוני מתקשות מאוד בהתמצאות במערכת הבירוקרטית. נוסף על כך, עלו תחושות קשות על יחס "שקוף", זלזול וחוסר הבנה מצד גורמי בריאות, אשר העידו על אופן נמוך במערכת מצד אוכלוסיות אלה¹.

במסגרת הפיילוט שנערך בתוכנית "בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות", פותח מודל עירוני לבריאות בגיל הרך בשתי ערים - רמלה ולוד. בכל אחת מהן פותח המודל העירוני בהתאם לצרכים שעלו מהתושבים ומאנשי המקצוע בעיר, ונבחר מוקד מרכזי ליצירת שינוי; בעיר לוד הדגש היה על הקמת יחידה התפתחותית קהילתית ניידת לגיל הרך, ואילו בעיר רמלה - על הקמת מרכז לבריאות הנפש בגיל הרך. כמו כן, בוסס מנגנון לתיאום ולשיתוף פעולה בין גורמי בריאות שונים, ובהם קופות החולים, משרד הבריאות וטיפות החלב, מחלקות רלוונטיות ברשות המקומית, מרכזים לגיל הרך, גני ילדים, ארגוני מגזר שלישי ועוד.

מסמך זה יבקש להציג את המודלים שהתפתחו בערים רמלה ולוד, תוך חיבור לספרות המקצועית ולמודלים שהתפתחו במדינות אחרות בעולם, וזאת במטרה לגבש עקרונות מנחים, שישמשו בסיס ליישום תוכניות דומות במרחבים עירוניים נוספים. המסמך נכתב על בסיס סקירת ספרות מקיפה של מודלים עירוניים לבריאות בגיל הרך מהארץ ומהעולם, וכן על בסיס ראיונות עומק עם אנשי המקצוע במשרד הבריאות, בטיפות החלב בערים רמלה ולוד, בקופות החולים ובמרכזים להתפתחות הילד ובריאות הנפש בגיל הרך. חלקו הראשון של המסמך סוקר את הספרות המקצועית בתחום הבריאות בגיל הרך בהקשר העירוני, ומציע את המודלים ההוליסטיים של ברונפנברנר (Bronfenbrenner, 1977) ושייפר וקיפ (Shaffer & Kipp, 2010) כמסגרת מארגנת עבור אסטרטגיות פעולה שיכולות להינקט בבריאות בגיל הרך ברמה העירונית. חלקו השני של המסמך סוקר זירות פעולה ומודלים ארגוניים מרחבי העולם. לבסוף, בחלקו השלישי של המסמך יוצגו ויתוארו המודלים אשר נבנו ברמלה ובולוד כמקרי בוחן. בסיומו של חלק זה, מובאים עקרונות פעולה מנחים ליישום מודל עירוני לקידום בריאות בגיל הרך בישראל, תוך שימת הדגש על תפקידם ועל חשיבותם של מתאמי טיפול בקרב גורמי הטיפול השונים.

1. מתוך: עוני, הדרה חברתית ובריאות. אפריל 2019, החלטות והמלצות מדיניות, משרד הבריאות ומשרד העבודה והרווחה.

פרק א'

התפתחות הילד בגיל הרך

יחסי גומלין בין הפרט לסביבותיו



א. יחסי הגומלין בין הפרט לסביבותיו

התפתחות הילד בגיל הרך היא תוצר גומלין בין המרכיבים הביולוגיים, הרגשיים והסביבתיים שלו (Damasio, 2007; Kandel, 2012). מחקרים מראים כי שלוש השנים הראשונות בחייו של הילד, ואף תקופת העוברות, קריטיים להתפתחות מוחו של הילד², וכי קצב התפתחות המוח מהיר ומושפע מאוד מהסביבה³. בפרט, חוקרים זיהו כי תשתית רקמת המוח מתארגנת בהתאם למערכת יחסי הגומלין של התינוק עם הזולת (קרן, הופ וטיאנו, 2012). תהליכים אלו מכונים הנוירוביולוגיה הבין-אישית, ואישוש להתהוותם באופן הזה התקבלו ממחקרים אמפיריים (Cozolino, 2014). התפתחות מוחו של הילד תלויה במידה ובסוג הגרייה הסביבתית שאליה הוא נחשף. כפי שיש חשיבות לגירוי פיזי – למשל, חשיפה לצבעים, לצורות ולאור על מנת לפתח ראייה תקינה – כך קיים גם צורך בקשר רגשי מטפח עם הסביבה המיידית והרחבה על מנת לפתח בריאות תקינה. מקרים של הזנחה הורית – אם בשל אלימות במשפחה, עוני או בעיות נפשיות של ההורים בגילים הללו – מסכנים באופן דרמטי את התפתחות הילד לאורך כל חייו.

במודל התיאורטי שלו, הציע יורי ברונפנברנר פרספקטיבה הוליסטית על מגוון קשרי הגומלין המשפיעים על התפתחותו של הילד במעגלי התייחסות שונים, החל מסביבותיו המיידיות ועד לסביבה החברתית והתרבותית הרחבה (Bronfenbrenner, 1994; 1997). שייפר וקיפ (Shaffer & Kipp, 2010) ציינו רמה נוספת, והיא רמת השינוי לאורך זמן. ההתייחסות לחמש הרמות שאותן מציע המודל תשמש מסגרת מארגנת לבחינת משמעויות לפעולה ברמה העירונית.

Derbyshire, E., & Obeid, R. (2020). Choline, neurological development and brain function: A systematic review focusing on the first 1000 days. *Nutrients*, 12(6), 1731.

Center on the Developing Child at Harvard University, 2016. <https://developingchild.harvard.edu/resources/from-best-practices-to-breakthrough-impacts>

א.1. רמת המיקרו

רמה זו נוגעת לסביבתו הקרובה של הילד, קרי - המשפחה הקרובה והמורחבת וגורמי הטיפול והחינוך. רמת המיקרו מתמקדת במטפלים העיקריים של הילד ובסביבתו המיידית, אשר משפיעים באופן מכריע על התפתחותו הפיזית, הנפשית והמנטלית. על-פי אינסוורט ובולבי (Ainsworth & Bowlby, 1991), המידה שבה ההורה מאפשר לילד לבסס התקשרות בטוחה, דהיינו - לפתח **מרחב לחקירה של העולם**, לצד **מקום בטוח שאליו יכול לחזור**, מעצבת את המידה שבה הילד יוכל להתפתח באופן מיטיב - רגשית וקוגניטיבית. פיתוח דפוסים לא בטוחים של התקשרות נמצאו קשורים לעיכובים בהתפתחות שפתית (Van IJzendoorn, 1995), במיומנויות של ויסות רגשי (Mikulincer, Shver & Pereg, 2003), בקשיי הסתגלות לגן (Zeanah, 1996) ובפיתוח חרדה ודיכאון במהלך ההתבגרות (Kerens & Brumariu, 2014; Lee & Hankin, 2009).

א.2. רמת המזון

רמה זו נוגעת לסביבתו הקרובה של הילד, קרי - המשפחה הקרובה והמורחבת וגורמי הטיפול והחינוך. רמת המיקרו מתמקדת במטפלים העיקריים של הילד ובסביבתו המיידית, אשר משפיעים באופן מכריע על התפתחותו הפיזית, הנפשית והמנטלית. על-פי אינסוורט ובולבי (Ainsworth & Bowlby, 1991), המידה שבה ההורה מאפשר לילד לבסס התקשרות בטוחה, דהיינו - לפתח מרחב לחקירה של העולם, לצד מקום בטוח שאליו יכול לחזור, מעצבת את המידה שבה הילד יוכל להתפתח באופן מיטיב - רגשית וקוגניטיבית. פיתוח דפוסים לא בטוחים של התקשרות נמצאו קשורים לעיכובים בהתפתחות שפתית (Van IJzendoorn, 1995), במיומנויות של ויסות רגשי (Mikulincer, Shver & Pereg, 2003), בקשיי הסתגלות לגן (Zeanah, 1996) ובפיתוח חרדה ודיכאון במהלך ההתבגרות (Kerens & Brumariu, 2014; Lee & Hankin, 2009).

א.3. רמה חברתית-כלכלית

רמה זו כוללת את סביבת המגורים של הילד, המעמד הסוציו-אקונומי של הוריו ומידת המשאבים המוקצים למרחב הגיאוגרפי שבו הוא חי. רמה זו מאפשרת לזהות כיצד גורמים סביבתיים שונים משפיעים זה על זה. הורים קשיי-יום, למשל, הנדרשים לעבוד שעות ארוכות על מנת לפרנס וחווים שחיקה במקום עבודתם, עשויים להקדיש פחות משאבים לזיהוי ולטיפול בבעיות התפתחותיות של ילדיהם (Heymann & Earle, 1999). מעבר לכך, מגורים בפריפריה, שבה מוקצים פחות משאבים ברמה העירונית – עלולים להקשות את הנגישות למענים התפתחותיים. לאוכלוסיות קשות-יום ובמעמד כלכלי נמוך יש פחות אוריינות דיגיטלית וחוסר בכלים ובמיומנויות להתמודדות עם תהליכים בירוקרטיים, שאותם הם חווים לא אחת כסבוכים וכבלתי אפשריים – דבר הפוגע משמעותית ביכולתם למצות זכויות בכלל, ובתחום הבריאות בפרט.

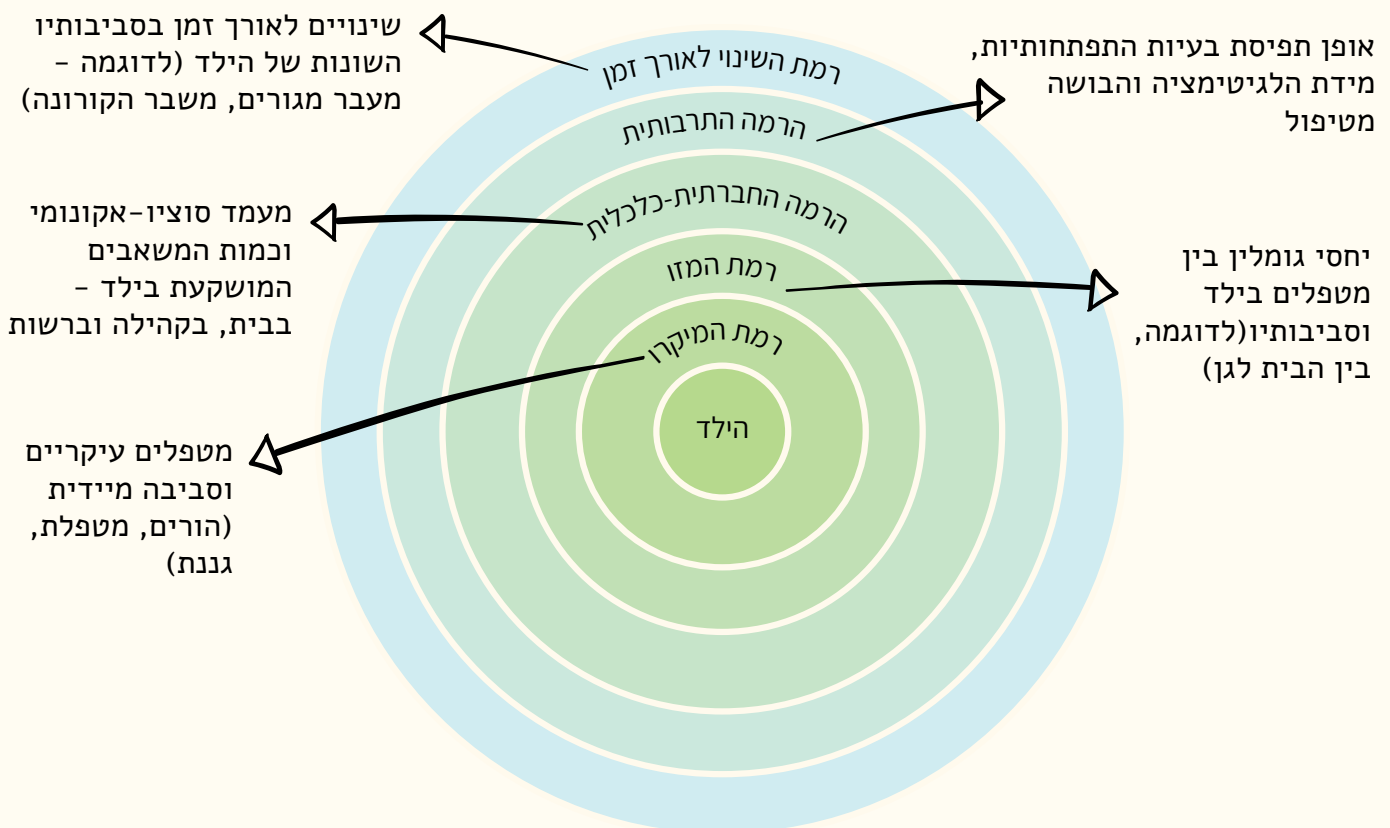
א.4. רמה תרבותית

לתרבות שאליה משתייכת המשפחה והקהילה של הילד יש השפעה מכרעת על האופן שבו יינתן מענה לבעיות התפתחותיות. בפרט, הדבר תלוי באופן שבו נתפסים עיכובים התפתחותיים (Developmental disabilities) – פיזיים ומנטליים – בתרבות שאליה משתייכים ההורים. לעניין התרבותי יש חשיבות יתרה, בעיקר בכל הנוגע לבריאות הנפש בגיל הרך. נושא זה אינו נמצא במודעות הציבור, ועל כן עלול לגרור סטיגמה שלילית ונטייה להימנעות מטיפול בתרבויות שמרניות יותר, בעלות אוריינטציה קהילתית ושבטית, בשל בושח וחשש מקלון חברתי (קרן, הופ וטיאנו, 2012).

א.5. רמת השינוי לאורך זמן

הרמה החמישית מתייחסת לממד הזמן, המדגים את ההשפעה של שינוי ויציבות בסביבתו של הילד. רמה זו עשויה לכלול שינויים, כגון שינוי במבנה המשפחתי, בכתובת המגורים, במצב התעסוקה של ההורים, כמו גם שינויים בקנה מידה רחב – דוגמת משברים כלכליים, מלחמות ומגפה עולמית כמו משבר הקורונה. אם ניקח את האחרון כדוגמה, ניתן לראות כיצד שינויים גלובליים המתרחשים ברמה החברתית הרחבה מעצבים ומשפיעים על כל הרמות האחרות במודל ההוליסטי של ברונפנברגר: על היציבות התעסוקתית של התא המשפחתי של הילד ברמת המיקרו, על חשיפה לגורמי טיפול נוספים – מסגרות חינוכיות מושבתות וחשיפה לילדים אחרים שנמנעת ברמת המזו, וגם הזמינות של שירותים רפואיים מסוימים והיכולת לבצע איתור מוקדם ומהיר ברמה החברתית הרחבה. לצד זאת, יש הזדמנויות שמשבר מסוג זה של הקורונה יוצר, כדוגמת הזמינות הטכנולוגית וההיערכות המהירה לה, כאשר גורמי מקצוע נדרשו לתת מענים טיפוליים באופן וירטואלי, מה שעשוי לקדם הנגשה של שירותים רפואיים למשפחות וילדים עם מוגבלויות.

איור 1: המודל האקולוגי על-פי ברונפנברגר – חמש הרמות



א.6. התבוננות הוליסטית בהתפתחות הילד, ככלי מרכזי בעבודה קהילתית ברמת הרשות

התבוננות הוליסטית על חמש הרמות המתוארות מאפשרת לבחון כיצד מעגלים שונים בסביבתו של הילד עשויים להעצים זה את זה – להעמיק אך גם להקל בעיות התפתחותיות;

למשל, התפתחות דפוסי התקשרות שאינם בטוחים, בשילוב מענה נמוך ברמה העירונית והקהילתית, עלולים להביא עם הזמן להחרפת בעיות ולהעמקת פערים בהתפתחותו, בשלומו וברווחתו של הילד. למול זאת, התערבות משולבת וליווי מקצועי של גורמי הרווחה, גורמי טיפול ביחידה להתפתחות הילד והגננת – יכולים לאפשר שינוי חיובי בסגנון ההתקשרות (Attachment Style) בין הורה לילד, וגם לספק תמיכה של גורמי טיפול משניים בסביבתו.

נוסף על כך, הרשות המקומית משמשת גורם מקשר בין רמות המאקרו – מוסדות המדינה (כגון משרדי הבריאות והחינוך) ובין הגורמים המקומיים והקהילתיים (כגון מוסדות החינוך, הרווחה והטיפול המקומיים), והיא אחראית ליצור את אופני הקשר הישיר לתושבים ולמשפחות. ואכן, הספרות המקצועית מראה שכדי ליצור מדיניות ושותפות בין-מקצועית בגיל הרך – כדאי להשקיע מאמץ בשינוי ברמת הרשות המקומית, שבה ניתנים מרבית השירותים לאזרחים ובה נוצר קשר בלתי-אמצעי עם האוכלוסייה (Moore, 2007; Moore & Skinner, 2010). לכן, חיונית מאוד הראייה ההוליסטית של כלל הגורמים המעורבים בהתפתחות הילד עבור פיתוח מודל בריאות הפועל ברמת הרשות.

פרק ב'

בריאות בגיל הרך

מודלים מהעולם ומשמעויות אסטרטגיות
לרמת הרשות בישראל



מודלים מהעולם ומשמעויות אסטרטגיות לרמת הרשות בישראל

חלק זה בוחן כיצד שירותי בריאות קהילתיים לגיל הרך פועלים הלכה למעשה במדינות שונות בעולם. לשם כך, נסקרה הפעילות בארבע מדינות שמישמים בהן מודלים שונים לבריאות עירונית בגיל הרך: אנגליה, צרפת, אוסטרליה וארצות הברית⁴, תוך התמקדות בשישה מרכזי בריאות לגיל הרך, בתי חולים לילדים ועמותות בתחומי בריאות הגוף ובריאות הנפש בגיל הרך. מרכזי בריאות הנפש שסוקרו פועלים מתוך גישה קלינית פסיכו-דינמית.

1. המרכז הלאומי לילדים ולמשפחות ע"ש אנה פרויד⁵ – מרכז מוביל לחקר התפתחות הילד, בריאות הנפש וחוסן, הפועל זה כ-60 שנה באנגליה.
2. המרכז לתמיכה בהורה ובילד (CPCS)⁶ באנגליה.
3. עמותת חיי משפחה (Family Lives)⁷ שבאנגליה.
4. מרכז אנטואן גידוני⁸ בבית החולים Bichat – Claude Bernard שבפריז, צרפת.
5. המרכז הקהילתי לבריאות הילד בבית החולים לילדים⁹ שבאוסטרליה, מיסודו של פרופ' פרנק אוברקלייד.
6. מחלקת הבריאות ושירותי האנוש של ממשלת ארצות הברית.

מרכזים אלו נבחרו כיוון שהעשייה בהם מגוונת, ומשלבת פרקטיקות רלוונטיות לחמש הרמות. נוסף על כך, בכל המרכזים הללו יש שני ערוצי פעילות המזינים זה את זה – ביצוע מחקרים בנושאים הקשורים לבריאות בגיל הרך ובניית תוכניות התערבות מבוססות-מחקר ובעלות השפעה להורים ולילדיהם.

התובנות המרכזיות מתוך הסקירה יוצגו ביחס לכל אחת מחמש הרמות של המודל ההוליסטי: רמת המיקרו (הורים ומטפלים), רמת המזו (יחסי הגומלין ביניהם), הרמה החברתית-כלכלית (הקהילה), רמת התרבות (שיח נורמטיבי) ורמת השינוי לאורך זמן. נוסף על חמש הרמות הקיימות בספרות ההתפתחותית, נתייחס גם למדיניות ברמה הלאומית, אשר עלתה מההשוואה שערכנו בין מדינות שונות.

בכל רמת פעולה נציג תחילה את הרציונל ולאחר מכן את העקרונות ואת אסטרטגיות הפעולה הקיימות במרכזים השונים שנסקרו מהעולם. לאחר חלק זה, יופיע-תת פרק שבו יוצעו אפשרויות לפעולה ברמת הרשות בישראל. בחלק זה נביא גם דוגמאות נוספות מערים ומרשויות מקומיות מהארץ ומהעולם, שבהן מיושמות אסטרטגיות אלה.

7. [/https://www.familylives.org.uk](https://www.familylives.org.uk)

8. [/https://adbbtest.jimdofree.com](https://adbbtest.jimdofree.com)

9. https://www.rch.org.au/ccch/media/Professor_Frank_Oberklaid

4. מדינות אלה נבחרו, בין היתר בשל זמינות ונגישות חומרי קריאה באנגלית ובצרפתית. יש לציין כי מודלים עירוניים לבריאות הגיל הרך מקודמים במדינות רבות נוספות באירופה.

5. [/https://www.annafreud.org](https://www.annafreud.org)

6. [/http://www.cpcs.org.uk](http://www.cpcs.org.uk)

ב.1. רמת המיקרו

ב.1.1. רציונל

כל מרכזי הבריאות לגיל הרך שנסקרו במדינות השונות שמים דגש רב על פעילויות המיועדות להורים, כדרך לקידום בריאות הילד בגיל הרך. הרציונל שבבסיס השקעה זו הוא שבגיל הרך הטיפול בילד קשור באופן הדוק ליחסים עם הוריו, לטיב ההתקשרות עימם ולאופן שבו הם מטפלים בילד ומתייחסים אליו במרחב המשפחתי. מהסקירה עלה כי לצד השקעה באנשי מקצוע המטפלים באופן ישיר בילדים, מרכזי בריאות לגיל הרך בעולם משקיעים רבות גם במרחבי למידה, בהכשרה ובהתייעצות עבור הורים, במטרה לשפר את איכות הטיפול בילד.

ב.1.2. אסטרטגיות פעולה ברמת המיקרו

קבוצות הורים רפלקטיביות

קבוצות הורים רפלקטיביות פועלות במרכז אנה פרויד שבאנגליה, וכן ברחבי אירופה, אוסטרליה וארצות הברית. מטרת הקבוצות היא לקדם קשרים משפחתיים והורות רגישה, תוך הפחתה במספר העימותים במשפחה ועידוד הרמוניה בקרבה. בפרט, התערבויות אלה שמות דגש על התפקיד שיש להשלכות (Projections) של ההורים, ובהן הרצונות, השאיפות וגם החששות – על התינוק והתפתחותו, תוך ניסיון להגביר את התובנה האמפתית (Parental Reflective Functioning) של ההורה. התערבויות אלו נועדו לחזק את יכולתו של ההורה להבין את התינוק מנקודת מבטו הוא, וכן את תפיסת התינוק כישות נפרדת, בעלת רצונות וצרכים משלה (Howe, Cicchetti & Toth, 2006), ככלי להבנה ולהתמודדות עם התנהגויות מורכבות (Fonagy & Bateman, 2016). הקבוצות נפגשות לרוב פעם בשבוע במשך שמונה שבועות, ואלו הנושאים המרכזיים העולים בהן לדיון:

- מהי הורות רפלקטיבית? מדוע היא מועילה?
- כיצד המצב הנפשי של ההורה משפיע על ההורות?
- כיצד הורים יכולים ליישם גישת הורות רפלקטיבית בטווח הארוך?

הכשרות והדרכות להורים

ההכשרות הרבות שנערכות במרכזים שנסקרו נועדו להעביר להורים מידע עדכני בנוגע להתפתחות הילד בשנות חייו הראשונות ולהתייחס לקשר שבין ההורה לילד. המרכזים מחלקים את פעילותם בין מחקר לפרקטיקה, ומציעים הכשרות ולמידה להורים על בסיס מחקרים שנעשו. חלק מהקורסים נועדו לא רק להדרכת הורים, אלא גם להכשרת מגוון בעלי מקצוע בגיל הרך, כגון אנשי חינוך, מנחי קבוצות ומטפלים בהדרכת הורים.

דוגמה להכשרה ניתן למצוא בקורס לשותפות משפחתית. הקורס מבוסס על מודל השותפות המשפחתית שפותח על-ידי דיוויס, דאי ובידמד (Davis, Day & Bidmead, 2002) בלונדון ומיושם ברחבי אירופה ואוסטרליה. המודל מדגיש את חשיבות היכולות של הפונקציה התומכת בהורה. במרכז הגיל הרך שמוביל פרופ' פרנק אוברקלייד באוסטרליה פועלות הדרכות רבות ברוח מודל השותפות המשפחתית. אלה מציעות למשפחות דרכים לזיהוי צרכים משפחתיים, בניית שותפות אמיתית ומכבדת בין ההורים, וכן הצבה והגשמה של יעדים משפחתיים.

קורסים, הכשרות וייעוץ און-ליין

בכלל המרכזים שנסקרו מתקיימים קורסים והכשרות להורים ולאנשי מקצוע בגיל הרך. ברבים מהם ניתנים לא רק קורסים פרונטליים, אלא גם קורסי און-ליין. המרחב הדיגיטלי מאפשר להורים ולמשפחות לקבל שירות באופן מהיר ונגיש, שאינו תלוי במגבלות הזמן והמרחק הגיאוגרפי.

פורטלים בנושאי הורות והתפתחות הילד הוקמו גם במרכזים נוספים באנגליה, ארצות הברית ואוסטרליה. נוסף על המידע על התפתחות הילד והטיפול בו, פורטלים אלו מציעים ייעוץ במרחב הדיגיטלי. למשל, עמותת "חיי משפחה"¹⁰ הפועלת באנגליה זה יותר משלושה עשורים מספקת שירותי און-ליין מגוונים להורים. בין השירותים, קו עזרה חינמי ואנונימי המאפשר למשפחות לקבל ייעוץ לגבי ילדיהם, וכן פורום שבו ניתן לשתף בחוויות ובדילמות עם משפחות והורים נוספים. ערוצים אלו מאפשרים להורים ולמטפלים מרחב לקבלת מידע והתייעצות באופן מהיר וזמין, בדרך השומרת על פרטיותם. העמותה גם מציעה באתר סרטוני ייעוץ והסברה וקורסי און-ליין בנושאים התפתחותיים ונפשיים של הילד.

¹⁰ <https://www.familylives.org.uk/how-we-can-help>

ב.1.3. עבודה ברמת המיקרו משמעויות עבור הרשות המקומית בישראל

הרשות המקומית יכולה לסייע ולעודד הכשרות והדרכות להורים בכמה דרכים; ראשית, באמצעות מיפוי והנגשה של שירותים שונים הניתנים במכונים וביחידות ההתפתחותיות בעיר. רצוי שמיפוי זה יתייחס לכל השירותים הקיימים ויכלול את הארגונים המרכזיים בכל קהילה (Guthrie & Guthrie, 1991). עיריית לונדון¹¹, למשל, מנגישה מידע מפורט באתר העירייה על אודות המשאבים העירוניים והמדיניים, מפרסמת שאלות ותשובות נפוצות, וכן קישורים לאתרים השונים ונהלים ברורים, בייחוד סביב נגיף הקורונה. דרך נוספת היא באמצעות תמריצים ומענקים הניתנים למסגרות קהילתיות ולמרכזי טיפול מקצועיים סביב הכשרות שונות. גם כאן, עיריית לונדון מחלקת מענקים ומכירה בהישגים של מסגרות טיפול מקצועיות הקיימות בעיר בתחום בריאות הילד, בעיקר סביב אכילה בריאה, בריאות פיזית והתפתחות קוגניטיבית מוקדמת. המענקים מחולקים לרמות – התחלה, ברונזה, כסף וזהב. על מנת להיות מוכר כפעיל באחת הרמות, יש לבצע פעילות קהילתית בתחומים אלו במגוון מסגרות, כגון מרכזי ילדים, מוסדות לפעוטות, משחקיות ועוד. כל השלבים מפורטים ומתוקשרים היטב באתר העירייה.

לבסוף, יכולה העירייה עצמה ליזום תוכניות הכשרה לאנשי מקצוע ולהורים. בעיריית תל אביב הושקה תוכנית בשם 'פעוטותא', המעניקה הכשרות לצוותי חינוך לגילי לידה עד שלוש מטעם האגף לקידום הגיל הרך בעירייה¹². התוכנית מספקת כלים מעשיים לטיפול בילדים בגיל הרך, ידע מקצועי על היבטים התפתחותיים בקרב פעוטות וליווי פדגוגי לקידום איכות הטיפול והחינוך לילדי הגיל הרך בעיר. עיריית ירושלים הקימה קליניקת הנקה קהילתית, שבמסגרתה ניתנים ייעוץ, הדרכה ותמיכה בהנקה מיועצות מוסמכות ובעלות ניסיון רב¹³.

¹¹ <https://www.london.gov.uk/what-we-do/health/healthy-early-years-london>

¹² <https://bit.ly/34cr483>

ב.2. רמת המזו

יחסי גומלין שבין הילד לסביבותיו השונות

ב.2.1 רציונל

בכלל המרכזים שנסקרו, נראה שיש תוכנית אחת לפחות המציעה שילוב של טיפולים במרחב הביתי, לצד טיפולים הנערכים במרכז ההתפתחותי ובמרחבים בלתי-פורמליים. הרציונל שבבסיס השקעה זו הוא שבגיל הרך יצירת קשר בונה ולא שיפוטי בין ההורה, הילד והגורם המסייע היא קריטית להצלחת הטיפול בילד. הגעה של המטפל לבית המשפחה יכולה לתרום ליצירת אמון, שכן היא משנה את יחסי הכוחות בין הגורם הטיפולי למול ההורים – מדמות מחנך ליועץ (קרן ושות', 2012). בדומה לכך, גם הגעתו של הורה למרחבים בלתי-פורמליים תפחית חרדה משיפוט, תתרום ליצירת תחושת אמון במטפל – וכתוצאה מכך הילד יקבל טיפול הולם.

ב.2.2. אסטרטגיות פעולה ברמת המזו

ביקורי בית

בכלל המדינות שנסקרו, נראה שיש תוכניות המתבססות על ביקורי בית. תוכניות התערבות בזירה הביתית מבוססות על מחקרים שונים (Bair-Merritt et al, 2010; Bernard et al, 2015; Kardamanidis et al, 2009; Lowell et al, 2011; Ordway et al, 2013) ומוצעות כחלק מהפרויקטים המתקיימים במרכזים לגיל הרך או בבתי חולים לילדים בעולם. התוכניות משתנות בשירותים המוצעים, בתדירות הביקורים, במשך התוכנית ובאוכלוסיית המשפחות (Knoke, 2009). השלב הראשון בהתערבות טיפולית מסוג זה הוא הערכת צורכי הילד והמשפחה. לאחר מכן נערכות תצפיות וניתן ייעוץ, ולבסוף נבנית תוכנית טיפול מותאמת לילד ולמשפחתו, הכוללת טיפול פסיכולוגי לצד סיוע והדרכה להורים במרחב הביתי. יעדי התוכניות מגוונים, וכוללים שיפור בבריאות האם והילד, מניעת התעללות והזנחה בילדים, עידוד הורות חיובית, קידום התפתחות הילד וקידום מוכנות לבית הספר.

התערבות טיפולית מסוג זה – במרחב הביתי – מאפשרת נגישות לוגיסטית גבוהה יותר לילד, בעיקר במשפחות שבהן ההורים עובדים שעות רבות ומסתייעים בתחבורה ציבורית. בהיבט התהליך, ביקורי בית מצד המטפל יוצרים הזדמנות למעורבות משפחתית רחבה, ומאפשרים למטפל לבחון את הילד ואת הוריו בסביבתם הטבעית ובמרחב הבטוח שלהם – מה שיכול לאפשר להם לחוש שליטה, ביטחון ומסוגלות. גורמים אלו יתרמו להתערבות טיפולית איכותית, כמו גם להגדלת הסיכויים לשימור המשפחות בתוכנית (Knoke, 2009). בהקשר של אוכלוסיות מוחלשות ובריאות הנפש, מדגישה הפסיכואנליטיקאית סלמה פרייברג (Fraiberg, 1980) את הצורך בגמישות בדרכי טיפול במשפחות שאינן נוטות לפנות לטיפול פסיכיאטרי, ובכלל זה משפחות שאינן נותנות אמון בממסד בכלל, ובשירותי בריאות הנפש בפרט.

ביקורי הבית יכולים להתבצע על-ידי אחות (דוגמת מוסד אנה פרויד שבאנגליה והמרכז לילדים באוסטרליה) או על-ידי גורמים טיפוליים נוספים, כגון עובדת סוציאלית (דוגמת ארה"ב). התוכניות פועלות במימון המדינה, כדוגמת ארצות הברית, שבה תוכנית ביקורי בית בשם "The Maternal Infant and Early Childhood Home Visiting Program" מוכרת כתוכנית דגל ממשלתית, אשר מממנת מדינות, שטחים וגופים שבטיים לפיתוח וליישום ביקורי בית בצורה הטובה ביותר עבור צורכי קהילותיהם. במדינות אחרות, המימון הוא על-ידי עמותות (דוגמת אנגליה – עמותת חיי משפחה ומרכז אנה פרויד).

דוגמה מוצלחת לתוכנית ביקורי בית התקיימה מטעם אוניברסיטת Yale, אשר הציעה תוכנית התערבות אינטנסיבית ל-60 משפחות שהשתתפו במחקר על ביקורי בית עבור אימהות צעירות בגילי 15-25 ובני משפחותיהן. תוכנית ההתערבות הציעה טיפול המגשר בין גישות טיפול ראשוני ובריאות הנפש לשיפור הקשר בין האם לתינוקה. צוות הביקור מנה אחות ועובדת סוציאלית, שעברו הכשרה בתמיכה ובשיפור יכולות רפלקטיביות הוריות. הביקורים אצל כל משפחה התקיימו מדי שבוע, החל מהשליש השלישי להיריון ועד ליום הולדתו הראשון של הילד, ולאחר מכן בתדירות דו-שבועית – עד ליום הולדתו השני של הילד. האחות הגיעה בשבוע הראשון, העובדת סוציאלית בשבוע שלאחריו וכן הלאה. כל ביקור נמשך כשעה, ובזמנים של משבר או כאשר המשפחות דרשו זמן נוסף – התאפשרו ביקורים נוספים. המחקר חשף תוצאות חיוביות באינטראקציה בין האם לילד ובמצבו הבריאותי של הילד. נוסף על כך, המחקר הציג אחוז נמוך של התערבויות מצד שירותי הילד. לבסוף, המחקר מצא כי יכולתן של האימהות ברמת הסיכון הגבוהה ביותר לשקף את עצמן ואת חוויית ילדם השתפרה במהלך ההתערבות (Sadler et al, 2006).

מרחבי תמיכה בלתי-פורמליים

מודל 'הבית הירוק'

מודל 'הבית הירוק' מציע סוג נוסף של התערבות בקהילה, הפועלת דרך מעורבות הורים. בראשיתו, מודל זה יועד לתחום בריאות הנפש, אך הוא מודל אבחוני המותאם לשלל בעיות התפתחותיות. המודל פותח על-ידי פרנסואז דולטו, רופאת ילדים פסיכואנליטיקאית צרפתייה. דולטו (Dolto, 1980) מציגה את הבית הירוק כ"מקום שבו ילדים יכולים לשחק ולקיים אינטראקציה עם הוריהם, לפתח חיי חברה מגיל לידה, עבור הורים שלעיתים מרגישים לבד עם בעיות בחיי היום-יום. אין זה מעון יום או קבוצת משחק, וגם לא מרפאה. זהו בית שבו אימהות, אבות וילדים קטנים באים לפגוש חברים" (עמ' 135).

הגישה של 'הבית הירוק' יחד עם מיקום הפרויקט מושכים אנשים משולי החברה, כאלה שאולי לעולם לא יבקשו תמיכה לילדיהם ולעצמם. הצוות מורכב ממומחים בפסיכואנליזה של שנות החיים הראשונות, נמצאים במקום וזמינים להאזין לשאלות של הילדים, המוצגות בדרך כלל דרך התנהגותם ומשחקם. אנשי 'הבית הירוק' לא רואים את עצמם כ'מומחים' שמדריכים את ההורה, אלא כמקשיבים ולומדים מההורים ומהילדים על הקשיים, תוך ניסיון להסיר חסמים ולתת תמיכה. הידידותיות והרצון ללמוד ולהבין את האנשים המקומיים הם המפתח בעבודתם.

כמה כללים בסיסיים משותפים לכל 'בית ירוק':

- בשעות הפתיחה המבקרים יכולים להיכנס בחופשיות, ואין צורך בהרשמה או בהפניה.
- מבקרים עשויים להישאר כמה דקות בלבד או למשך יום שלם.
- המידע היחיד שנרשם הוא שמם הפרטי, גילם של הילדים והקשר שלהם למבוגר המלווה. אין צורך בשמות המבוגרים, גילם ותחום עיסוקם.
- מעודדים תרומה להפעלת המקום (הבתים הירוקים ממומנים בעיקר על-ידי הציבור).

ב.2.3. עבודה ברמת המזו משמעויות עבור הרשות המקומית בישראל

בשל היותה גורם האמון על הן על גופי החינוך והן על הרווחה, לרשות המקומית גישה לאנשי מקצוע וטיפול שונים הבאים במגע עם הילד ומשפחתו. ניתן לבסס שיתופי פעולה בקרב הגורמים הטיפוליים הנמצאים במגע מידי עם הילד – העובדות הסוציאליות ברווחה, צוותי החינוך בגני הילדים ואנשי הטיפול ביחידות ההתפתחותיות השונות. ממצאי הספרות מראים כי ככל שרמות התיאום והשיתוף בין הגורמים השונים גבוהה יותר – כך מתקבלת תמונת מצב ברורה יותר על צורכי הילדים בגיל הרך והוריהם, ומתוכננות תוכניות התערבות טובות יותר, היכולות לכלול ולערב גורמי טיפול שונים. נוסף על כך, נוצר רצף מענים – ממניעה ועד טיפול – בהתאם לצורכי הילדים והמשפחות (Kaga, Bennett & Moss, 2010; Katz & Valentine, 2006; Lawson, 2000; Tourse & Sulick, 1999; Anderson-Butcher & Barkdull, 2000).

לרשות המקומית קיימות תשתיות – כגון פארקים ומרכזים קהילתיים – שבמסגרתן היא יכולה לקדם אירועים וליצור פרויקטים כדוגמת 'הבית הירוק' (פרויקט שמתקיים בכמה ערים בישראל), ובכך לעודד יחסי גומלין ושיתוף פעולה בין גורמים במרחב העירוני. כך למשל, עיריית ירושלים מקיימת פעילויות לגיל הרך, פעמים רבות חינם או בתשלום סמלי במרכזים קהילתיים בשכונות שונות בעיר, ומנגישה באתר האינטרנט את כל הפרטים ואנשי הקשר בצורה ברורה ומפורטת. בין היתר, פעילויות אלה כוללות הרצאות, מעגלי אימהות, ייעוץ, הדרכת הורים ועוד¹⁴.

¹⁴ <https://www.jerusalem.muni.il/he/residents/earlychildhood>

נוסף על כך, העירייה יכולה גם ליזום מהלכים פרואקטיביים להנגשת שירותים מקצועיים הקיימים בה. עיריית תל אביב, למשל, מנגישה שלל שירותים חינמיים להורים, בעזרת הכרטיס העירוני הייעודי – "דיגיטף". המיזם נוחל הצלחה, ובקהילת ההורים המקומית חברים יותר מ-14 אלף הורים. פעילויות רבות מדי חודש, כגון קהילת הורים בעיר, קבוצות של אימהות לאחר לידה, קבוצות להפגת הבדידות אחרי לידה ועוד. בתוכנית העבודה שלה לשנה הקרובה, מתכננת עיריית ת"א להנגיש את השירותים העירוניים במרחק של עד 15 דקות הליכה מהבית ומתן סל שירותים עירוני – "טיפת חלב בקהילה" במחיר בר-השגה במרכזים הקהילתיים ובמבני עירייה בכל חלקי העיר. תחנות טיפות החלב מציעות להורים מגוון רחב של סדנאות, הרצאות ופעילויות פרא-רפואיות בתחומים הרלוונטיים להורים לגיל הרך – כגון החייאה, ליווי התפתחותי, מעגל הורות ראשונית, סדנאות תזונה ושינה ועוד. כל הפעילויות מודרכות על-ידי אנשי מקצוע מהשורה הראשונה¹⁵. דוגמה נוספת היא עיריית מלבורן¹⁶, המספקת ביקור בית ראשוני על-ידי אחות מוסמכת ולאחר מכן פגישות באחד המרכזים, קבוצות הורים ומרפאות. השירות מכסה מגוון רחב של נושאים, כולל בריאות גופנית ורגשית, הורים וילדים, עצות הנקה ותזונה וקשיי שינה.

לבסוף, העירייה יכולה לעודד מיזמים קהילתיים במרחב הביתי של משפחות. עיריית ירושלים תומכת ויוזמת בפרויקטים כגון 'אם לאם', הכולל ביקורי בית של אימהות ותיקות אצל יולדות, תמיכה רגשית והכוונה לאימהות חדשות; או פרויקט 'סירי לידה', הכולל ביטול אוכל טרי חם, תמיכה חברתית ושכנות טובה בין נשים בקהילה – מבשלים למען נשים לאחר לידה ומשפחותיהן.

¹⁵ <https://www.tel-aviv.gov.il/Pages/MainItemPage.aspx?WebID=3af57d92-807c-43c5-8d5f-6fd455eb2776&ListID=81e17809-311d-4bba-9bf1-2363bb9debc&ItemID=798>

¹⁶ <https://www.melbourne.vic.gov.au/community/child-care/Pages/child-care-options.aspx>

ב.3. הרמה החברתית-כלכלית בריאות ברמת הקהילה

ב.3.1. רציונל

מחקרים עדכניים בתחום התפתחות הילד מעידים כי רבות מבעיות הבריאות של הילד קשורות למאפייני הקהילה שבה הוא ומשפחתו חיים, וכן למצבם החברתי-כלכלי (Oberklaide & Moore, 2007). ברפואה מבוססת מקום/קהילה (Place based) ההתמקדות אינה בילד ובמשפחתו בלבד, אלא בקהילה כולה. לפי גישה זו, חשוב להתחיל בבדיקת צרכים קהילתית: לעמוד על המאפיינים הייחודיים של הקהילה ועל החסמים המצויים בה לטיפול צורכי הילדים. חסמים אלו כוללים, בין היתר – חוסר מודעות לקיומם של אותם השירותים, תורים ארוכים, מרחק גיאוגרפי, פער תרבותי, חוסר תקשורת, חשד ואי-אמון. לכל קהילה יש מאפיינים ייחודיים מבחינה דמוגרפית, מבחינת מטרות ושאיפות, נורמות התנהגות ואמונות.

ב.3.2. אסטרטגיות פעולה ברמת הקהילה

בניית שגרות של מדידה ולמידה ברמת הקהילה

על מנת להבין לעומק את הצרכים, את הקשיים ואת הבעיות ברמה הקהילתית, חשוב ליצור שגרות של מדידה המקדמות הבנה עמוקה של הצרכים בקהילה וקבלת החלטות מושכלות (Oberklaid, & Moore, 2007; Moore, 2007). ניתן ואף רצוי לבסס דיאלוג מתמשך בין הקהילה, ההורים ונותני השירותים סביב בניית מדדים לצורכי הקהילה והמעקב אחריהם. מדדים המוסכמים על כלל הגורמים המעורבים מסייעים בבניית מערך קהילתי מיטבי לבריאות בגיל הרך, המספק מענה לצרכים הבוערים ביותר בכל קהילה. בחלק מהמרכזים מועברים שאלוני בדיקת צרכים להורים ולמטפלים בקהילה, אשר בוחנים, בין היתר, מה לדעתם יסייע לקדם בריאות ברמה הקהילתית, אילו שירותים קיימים ואילו שירותים חסרים, ומה יאפשר להגדיל את הנגישות הפיזית והתרבותית של שירותים אילו. לאחר שזוהו מוקדי קושי ספציפיים שאנשי המקצוע בקהילה רוצים לטפל בהם לאור הצרכים שעלו מהקהילה, ניתן לפתח שגרות מדידה משותפת.

המדידה עוזרת לזהות אילו אזורים בקהילה נמצאים במצוקה וחווים קושי בכל הנושא הנוגע לבריאות הגיל הרך. החל מידע וממודעות, נגישות לשירותים, זמינות תורים, כלים לטיפול בבעיות ועוד. ניתן להעלות את הנתונים לדיון בקהילה, ואנשי הקהילה יוכלו בקלות לזהות את הגורמים לקשיים ואת הפתרונות שיהיו מועילים. ניתן לבנות פרופיל קהילתי אגרגטיבי על בסיס מידע ממקורות שונים, כגון גורמי טיפול בקהילה.

הקמת רשת שותפויות בין נותני שירותים שונים בקהילה

תקשורת טובה ורציפה בין אנשי המקצוע השונים הנפגשים עם הילד היא קריטית לזיהוי ולטיפול בבעיות התפתחותיות שונות בגיל הרך. ניתן למפות באיזו תדירות השירותים "מדברים" זה עם זה ובאיזו מידה הם מתואמים. במובן זה יש לשאוף ליצירת "one stop shop" – דהיינו, מצב שבו כל השירותים מקיימים תקשורת ותיאום ביניהם, כך שכל דלת שמשפחה תיכנס בה תהיה הנכונה. למשל, לא מתפקידה של גננת לתת לאם טיפול בבעיות שינה – אך בעזרת הכוונה מתאימה, ניתן לצפות שתזהה עייפות אצל הילד או בעצמה, ושתהיה בעלת ידע בנוגע לגורמים שניתן להפנות אליהם את האם בתוך הקהילה.

כדי ליצור קשר טוב יותר בין נותני השירותים השונים בקהילה, חשוב להשקיע בבניית רשתות ומערכות יחסים בלתי-פורמליות, כמו למשל מפגשי נטוורקינג, למידה וחשיבה משותפים בין אנשי מקצוע מתחומי החינוך, הרווחה והבריאות. קשרים בלתי-פורמליים אלה יהיו הבסיס ליצירת מבנים פורמליים מתאימים יותר בהמשך הדרך. לפי פרופ' אוברקלייד, המוביל את גישת הרפואה הקהילתית באוסטרליה, המשימה המרכזית היא יצירת קהילה מקצועית משותפת, תוך חיזוק המטרות המשותפות ועידוד קבלת אחריות הדדית על השותפות של כל הגורמים המעורבים. קיימות רמות שונות של שיתופי פעולה, שאותן ניתן ליצור בין הגורמים השונים – החל מרמת המדיניות ועד לפעולה בשטח. כמו כן, ניתן לדבר על סוגים שונים של שותפות – החל מרישות וכלה בשיתוף פעולה רציף ומתמשך. חשוב לזכור, ששותפות טובה נבנית בצעדים קטנים וניתנים להשגה, וכי לוקח זמן לפתח אמון ופרקטיקות עבודה משותפות וחדשות. על כן, ההמלצה היא ללכת מה'קל' אל ה'כבד'; ניתן להתחיל בהיכרות וביצירת רשת יידוע בין הגורמים השונים, ואז להתקדם אל עבר שותפויות מחייבות יותר – בתחילה באופן נקודתי, ולאחר ניסיון חיובי – לנוע אל עבר שותפות מתמשכת (להרחבה על ניהול שותפויות, ראו Rubel-Lifschitz & Kazhdan, 2015).

ב.3.3. עבודה ברמת הקהילה משמעויות עבור הרשות המקומית בישראל

כמי שמצויה בצומת בין כלל הגורמים המעורבים המספקים שירותים טיפוליים וחינוכיים לילדים בגיל הרך, לרשות המקומית יש הן את המידע והקשר עם כלל הגורמים והן את האפשרות ליזום וליצור תיאום ושיתוף ביניהם.

הספרות מדגישה את החשיבות במינוי גורם מוסכם לתיאום בקרב הגורמים השונים האמונים על בריאות בגיל הרך ברמה העירונית כגורם מנהיגותי, תוך הובלת תהליך בניית חזון והגדרת מטרות משותפת, יחד עם כל הגורמים המעורבים בשירותי הבריאות בגיל הרך העירוניים (Moore & Skinner, 2010). גורם זה אחראי למיפוי ולהנגשה של שירותי הבריאות, זיהוי צורכי הבריאות בקהילה, פיתוח מענים המותאמים לאופי הקהילות השונות בעיר, וכן יצירת שיתופי פעולה בין גורמים מקצועיים שונים כגון קופות החולים ומרכזי טיפות החלב, וביניהם ובין מרכזים לגיל הרך ולשירותי החינוך והרווחה בעיר. מינוי גורם מתאם לבריאות בגיל הרך יוכל לקדם בהמשך סנכרון של מידע רפואי בין כלל הגורמים, לפעול ליצירת פלטפורמות לתיאום מידע בקרב נותני השירותים השונים, וגם ביצירת תחזוקה שוטפת של התקשורת בין השותפים.

דוגמה לתפקיד דומה לגורם מתכלל עירוני ניתן למצוא בעיריית תל אביב¹⁷, אשר הקימה את האגף לקידום הגיל הרך תחת מנהל החינוך, אשר מטרתו צמצום פערים התפתחותיים בגילים לידה-שלוש, על מנת לאפשר כניסה שוויונית יותר אל תוך מערכת החינוך. במסגרת פעילות האגף, הוקמו קבוצות וירטואליות לצוותי חינוך ובריאות, להעמקת הידע של אנשי צוות בתחום הבריאות והחינוך בגיל הרך ויצירת קהילה לעוסקים בתחום. באופן זה, העירייה מרשתת בין גורמי המקצוע השונים בעיר, מעוררת מודעות ומובילה מדיניות להכרה ולהשקעה בגיל זה, כתקופה קריטית להתפתחות הילד.

בבוחה של הרשות המקומית לעודד ואף לחייב את הגורמים הרלוונטיים ביישוב לספק שירותים איכותיים העומדים בסטנדרטים גבוהים, באמצעות התוויית מדיניות לסטנדרטים ברורים וכן באמצעות תמריצים כספיים, כפי שניתן למצוא בדוגמה שניתנה למעלה מעיריית לונדון (Cleveland & Krashinsky, 2004; Bennett, 2011).

¹⁷ <https://www.tel-aviv.gov.il/Pages/MainItemPage.aspx?WebID=3af57d92-807c-43c5-8d5f-6fd455eb2776&ListID=81e17809-311d-4bba-9bf1-2363bb9debcd&ItemId=1170>

ב.4. הרמה התרבותית

ב.1.4. רציונל

האופן שבו נתפסים עיכובים התפתחותיים (Developmental disabilities) בתרבות שאליה משתייכים ההורים ישפיע על מוכנות ההורים לפנות לטיפול. ככל שהתרבות שמרנית יותר, כך עלולה להיווצר נטייה גדולה יותר להימנע מטיפול, בשל בוש וחשש מקלון חברתי (קרן, הופ וטיאנו, 2012). לעניין התרבותי חשיבות יתרה, בעיקר בכל הנוגע לבריאות הנפש בגיל הרך, בשל מודעות נמוכה וסטיגמה שלילית. השקעה ברמה התרבותית נועדה לאפשר בטווח הקצר קבלת טיפול באופן דיסקרטי ולהקל על הורים לקבל טיפול למרות הסטיגמות הקיימות. בטווח הארוך, שואפת ההשקעה בתחום התרבותי לשנות את רמת המודעות, תוך העלאת הלגיטימציה לטיפול והפחתת הסטיגמות השליליות הכרוכות בפנייה לטיפול.

ב.2.4. אסטרטגיות פעולה

- המרכז להתפתחות הילד השייך לבית החולים האוניברסיטאי Pitie Salpetriere שבמרכז פריז¹⁸ מציג מודל עבודה לבריאות הנפש, הנחשב לרגיש מבחינה תרבותית. המרכז האוניברסיטאי נתמך על-ידי ד"ר אנטואן גדני ועמיתיו, ומטפל בכ-300 משפחות מרחבי העיר. מודל העבודה שאותו מציעים נשען על כמה עקרונות חשובים:
- **טיפול ישיר ולא בירוקרטי:** אפשרות לזמינות מקסימלית לפנייה, גם למי שאין בידו מסמכים (ביטוח בריאות, תעודה מזהה, הפניות מרופא). המרכז מאפשר גם לאלה שאינם מוכרים כאזרחים לפנות לקבלת טיפול (כלומר, ללא ביטוח). במקרים כאלה, המרכז מגיש בקשה לתמיכה ממסדית באופן רטרואקטיבי.
- **קהילתיות:** קשר ישיר ולא מתווך בין משפחות, הנעשה במסגרת מודל 'הבית הירוק' (המוצג לעיל); פגישה שיוצרת קשרים ורשתות בין אנשים הסובלים מאותה הבעיה, תוך שמירה על אנונימיות – באמצעות תיווך מינימלי של איש מקצוע מנחה.
- **טיפול הוליסטי:** המרכז מכיל מגוון אנשי מקצוע הפועלים בתיאום ובשיתוף פעולה. נוסף על כך, מתקיימת תוכנית לימוד לסטודנטים בתמורה לטיפול. המטפלים פועלים בתיאום ולעיתים קרובות מטפלים בשיתוף פעולה (לדוגמה, אחות לצד פסיכולוגית).
- **טיפול בבית:** מאחר שבתחום בריאות הנפש קיים לעיתים חשש מסטיגמה שלילית ומתחושות בושה הנלוות לצריכת שירותים בבריאות הנפש – מוצעים במרכז זה גם שירותי טיפול מהבית.
- **שירותי ייעוץ בדיגיטל:** שירות בריאותי הניתן במרחב הדיגיטלי ומאפשר פרטיות רבה יותר ולעיתים אף אנונימיות – דבר המקל על הורים לקבל סיוע גם במקרים שבהם קיימות סטיגמות חברתיות.

18. Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent – University Hospitals Pitié Salpêtrière – Charles Foix.

ב.3.4. הרמה התרבותית משמעויות לרשות המקומית

בשל ההיכרות המעמיקה של הרשות עם השכונות ועם המרכזים השוכנים בה, יכולה הרשות להבין באופן מדויק ורגיש את צורכיהן של אוכלוסיות שונות בתוכה. כמו כן, הרשות יכולה להישען וליצור קשר עם סוכנים הפועלים בתוך הקהילה – מרכזים קהילתיים, מנהיגים קהילתיים ודתיים, אנשי חינוך וטיפול מתוך הקהילה, אשר יוכלו ליצור מגעים וקשרים (במקרים של קהילות שבהן יש קושי לצרוך טיפול). הרשות המקומית מאפשרת תיווך בין המוסדות המדיניים, שבמקרים רבים מעוררים חשש ורתיעה בקרב קהילות מסוימות (Dolto, 1980). על הרשות המקומית לעודד מגוון גם בקרב כוח האדם בגורמי הרווחה והחינוך שעליהם היא אמונה, באמצעי להגברת נגישות של אוכלוסיות מגוונות לשירותי הבריאות. גורמי הרווחה והחינוך משמשים לא אחת ערוץ זיהוי ראשוני של בעיות התפתחותיות ונפשיות בגיל הרך, ועל כן, רגישות וקרבה תרבותית תוכל לסייע בהקשר זה. גם ההנגשה השפתית באתר העירייה ובפרסומים השונים על אודות שירותי הבריאות הניתנים בעיר יכולה לסייע ליצירת נגישות זו.

ב.5. הרמה המדינית-לאומית

ב.1.5 רציונל

בכלל המדינות שנסקרו – אנגליה, צרפת, אוסטרליה וארצות הברית – קיימת התייחסות ברמה המדינית לגיל הרך מבחינת השקעה תקציבית, חקיקה ותוכניות לאומיות. הללו נגזרים ממערכות הבריאות השונות של כל מדינה. הרציונל שבבסיס השקעה זו היא כי השקעה בבריאות בגיל הרך תאפשר התפתחות מיטבית של הילד ותמנע בעיות בריאותיות נוספות בעתיד. על כן, השקעה זו משתלמת כלכלית ותחסוך למדינה בטווח הארוך.

באנגליה, שירותי הבריאות מסופקים על-ידי שירותי הבריאות הלאומיים הנקראים NHS (national health service), והשירות מוענק בחינם לכל אזרחיה על-ידי הממשלה, במימון ממיסים. כל מבוטח יכול לפנות למרפאה הקרובה אל ביתו ולהירשם אליה. בניגוד לאנגליה, מערכות הבריאות בצרפת, אוסטרליה וארצות הברית מציגות מודלים של ביטוחי בריאות ציבוריים בשילוב פרטיים. באוסטרליה – יש שני סוגי ביטוחים ממשלתיים מרכזיים; האחד, ביטוח ציבורי – הממשלה האוסטרלית מממנת תוכנית ביטוח בריאות אוניברסלית ציבורית הנקראת "Medicare", המספקת גישה חופשית או מסובסדת לכלל אזרחי אוסטרליה, לרבות סטודנטים עם ויזת סטודנט. הביטוח כולל את בתי החולים, רופאי שיניים, מרשמי תרופות ועוד. ביטוח נוסף הוא ביטוח בריאות פרטי (private Health Insurance) – זמין ומציע אפשרות בחירה גדולה יותר של ספקים (בייחוד בבתי חולים), גישה מהירה יותר לשירותי חירום והנחות עבור שירותים נבחרים. מדיניות הממשלה היא לעודד הרשמה ל-PHI באמצעות החזר מס ומעל הכנסה מסוימת.

בארצות הברית – מערכת הבריאות מציעה שירותים רפואיים בהתבסס על שילוב בין מרכיבים של ביטוח פרטי לציבורי. חוק הגנת החולה וטיפול בר-השגה (The Affordable Care Act) שנחקק בשנת 2010, קבע "אחריות משותפת" בין הממשלה, המעסיקים והפרטים, על מנת להבטיח שלכל האזרחים תהיה גישה לביטוח בריאות סביר ואיכותי. עם זאת, הכיסוי הבריאותי אינו מלא לכלל האזרחים, ויש פערים רחבים בשיעורי המבוטחים ברחבי אוכלוסיית ארה"ב. ככלל, כמעט כל השירותים הבריאותיים בארה"ב מסופקים על-ידי הסקטור הפרטי, כמו מרבית בתי החולים ובתי המרקחת. אין חובה בארצות הברית להיות מבוטח, ומספר רב של תושבים נשארים בכל שנה ללא ביטוח כלל, כתוצאה מהמחיר הגבוה של ביטוח הבריאות.

מסגרת 1: מערכות בריאות במדינות שונות בעולם

מערכות פרטיות	מערכות ציבוריות	
עמותות בתחום בריאות הנפש משמשות פונקציה תומכת ומרחיבה לשירותי הבריאות הציבוריים.	NHS: ביטוח בריאות ממשלתי המטפל בכל היבטי הבריאות. רופא המשפחה מפנה הלאה למומחים.	אנגליה
ביטוחי בריאות פרטיים שונים, המאפשרים יותר אפשרויות בחירה בין מטפלים ובתי חולים.	ביטוח בריאות סוציאלי המסבסד כל טיפול רפואי ללא צורך בהפניה, וכן אשפוז בבית חולים וקניית תרופות.	צרפת
PHI: ביטוח בריאות פרטי: מאפשר בחירה בין מטפלים ובתי חולים, וכן הנחה בטיפולים מסוימים.	Medicare: ביטוח בריאות ממשלתי המעניק טיפול רפואי בקהילה ובבתי החולים לכל אזרח.	אוסטרליה
מגוון ביטוחי בריאות פרטיים, מרביתם בעלות גבוהה. כמעט כל שירותי הבריאות, כולל בתי החולים ובתי המרקחת, שייכים לסקטור הפרטי.	אין חובה להיות מבוטח, אזרחים רבים נותרים ללא ביטוח בריאות בשל מחירו הגבוה.	ארה"ב

ב.2.5. אסטרטגיות פעולה ברמה המדינית-לאומית מתן טיפול ללא צורך בהפניה מרופא

במרבית המדינות שנסקרו דרושה הפניה על מנת להגיע לטיפול, דוגמת אנגליה, שבה הרופא הכללי (GP) משמש שומר הסף ורואה את המטופל ראשון. במידת הצורך, ואם יראה לנכון – הוא יפנה את המטופל לרופא מומחה. בניגוד לכך, צרפת מציגה מודל אחר; מערכת הבריאות בה מבוססת על ביטוח בסיסי סוציאלי המוענק אוטומטית לכלל האזרחים, ללא יוצאים מן הכלל. ביטוח זה מאפשר להם לפנות לכל מומחה ללא הפניה. במקרה של הפניה, התשלום יהיה נמוך יותר וזהו התמריץ לקבלת הפניה. ההפניה היא כללית, ומאפשרת פנייה ישירה לאותה הפונקציה המקצועית שלה נזקקים. הביטוח מסבסד בצורה משמעותית את כל שירותי המטופל, אך המטופל משלם סכום מסוים בעת ביקור אצל רופא, בהגעה לאשפוז או בקניית תרופות. התשלום הוא זעום והעלות היא כמה אירו בודדים לכל שירות.

השקעה אסטרטגית בדיגיטל ותוכניות לאומיות לטווח הארוך

ברמה המדינית, הזירה הדיגיטלית היא חלק חשוב מהרפורמות בשירותי הרפואה במדינות השונות שנסקרו, ובבריאות הילד בפרט. רפורמה זו התחילה בשנים האחרונות, והיא מוצגת כחלק מהאסטרטגיה המדינית בתחום הרפואה לשנים הקרובות. שימוש בנתונים הנאספים בפלטפורמות דיגיטליות מאפשר יצירת תובנות וידע שמניעים חדשנות וקבלת החלטות מיטבית, רפואה מותאמת אישית ושימוש בטכנולוגיות ובפלטפורמות חדשות. כמו כן, משאבים יוכלו להיות מתוכננים ומתועדפים בצורה אפקטיבית, ובכך לספק לכלל המדינה שירותי בריאות טובים, מהירים ואפקטיביים יותר.

NHS פרסמו בינואר 2019 את "תוכנית הבריאות לטווח הארוך"¹⁹, המציגה יעדים לעשור הקרוב. ההדגשים בתוכנית מכוונים לצמצום התורים, להרחבת הפעילות המקומית, לרפואה מותאמת אישית, למעבר לפעילות בדיגיטל ולאינטגרציה בין שירותים. נוסף על כך, קיימת בתוכנית התייחסות להשקעה בשירותים לאימהות ולילדים, כגון מתן תמיכה נוספת לאימהות בסיכון ללידה מוקדמת, הרחבת התמיכה למצב של בריאות נפשית בלידה, נקיטת צעד נוסף בנושא השמנת יתר בילדים, הגדלת המימון לילדים, בריאות הנפש של צעירים ועוד.

¹⁹ <https://www.longtermplan.nhs.uk>

עמותות כמערך תומך

באנגליה קיימת פונקציה קהילתית (Health Watch) שאמונה על תלונות הציבור, ומטרתה לשפר את מערכת הבריאות. ארגונים ועמותות מובילים בבריטניה בתחום בריאות הנפש מציגים תפיסה של טיפול ממוקד הן בהורים והן בילדים בתחום הרגשי והנפשי, כמפתח לבריאותו של הילד. ארגונים ועמותות אלו משמשים פונקציה תומכת ומרחיבה לשירותים הציבוריים שמוענקים לציבור בתחום בריאות הנפש מטעם ה-NHS, מערך שירותי הבריאות הלאומי באנגליה. בארצות הברית מתקיים תהליך מסודר כל שנה, ולפיו הממשלה מעניקה לעמותות בקהילה את האפשרות ליישם תוכניות בריאות כגון תוכנית ביקורי בית.

ב.3.5. הרמה המדינית-לאומית משמעויות לרשות המקומית

הרשות המקומית מצויה בתווך שבין הקהילה לרמת המאקרו המדינית. בהקשר זה, עליה לפתח דרכי תקשורת דו-כיוונית – מהרמה הארצית ליישובית ולהפך (Skinner & Moore, 2010). כגורם מגשר, על הרשות ליצור את ההתאמות הנדרשות בין הרמה הארצית לזו העירונית, וכן לתקשר כלפי מעלה את הצרכים הפרטיקולריים של היישוב בהקשר של בריאות בגיל הרך. דוגמה לכך ניתן לראות בממשלת אוסטרליה, אשר הקימה רשת של כ-55 ועדות אזוריות שנועדו לבנות ולתחזק את השותפות בין הממשלה, המחוזות, העסקים המקומיים והקהילות השונות. דרך ועדות אלו ניתן ליצור מענים לצרכים המקומיים (Skinner & Moore, 2010).

היכולת לבצע התאמות ולהנגיש שירותים מהרמה הארצית לרמה המקומית תתאפשר בעתיד גם דרך אשכולות של רשויות מקומיות, אשר יוקמו על-ידי משרד הפנים¹⁹ בשנים הקרובות, על מנת לעודד פיתוח אזורי בקרב רשויות שכנות. נכון לשנת 2021, קיימים אחד-עשרה אשכולות אזוריים, והמטרה היא לפתח ולהרחיב מבנה זה לרשויות נוספות. בשבעה מתוך אחד-עשרה האשכולות הקיימים פועלת תוכנית בריאות ואזוריות. תפיסת האשכולות התפתחה מתוך ההבנה כי נדרשים פתרונות מערכתיים למענה על אתגרים שערים מתמודד השלטון המקומי בישראל. אשכול רשויות יוצר הזדמנות ופלטפורמה להתגבר באמצעות שיתופי פעולה אזוריים על כשלים ועל חסמים, תוך מינוף המשאבים המקומיים והאזוריים. האשכול יאפשר לרשויות המקומיות כוח רב יותר, איגום משאבים מקומיים על מנת לשפר את איכות חיי התושב, ופעולה היוצרת התאמה תרבותית בהתאם לאוכלוסייה המקומית החיה במקום. כמו כן, האשכולות יעניקו הזדמנות לשירותי בריאות רבים ונרחבים יותר המוצעים לתושבים החיים באזור מסוים.

19. משרד הפנים, האגף לפיתוח כלכלי, נהלים והנחיות להקמה ולהפעלה של איגוד ערים מסוג אשכול רשויות מקומיות, מאי 2017.

ב.6. רמת השינוי לאורך זמן

ב.6.1. רציונל

שינויים ומשברים שמתרחשים לאורך הזמן משפיעים על כלל המערכות התומכות בילד – השקעה ברמת השינוי לאורך זמן נועדה לאפשר למערכות לזהות את השינויים ולהגיב להן במהירות ובאופן גמיש ומותאם לילד ולמשפחתו. מתוך הסקירה שנערכה, נראה כי במרכזים שונים מתקיימת תשתית ארגונית המסייעת לתמיכה בילד ובהוריו בתקופות של שינוי ומשבר.

ב.6.2. אסטרטגיות פעולה

קו חם להורים בתקופות של שינוי ומעבר

כדי להקל על הורים להתמודד עם מצבי שינוי, מרכזים רבים מספקים שירות "קו חם", המאפשר לפנות בתקופות של שינוי ומעבר. בתקופת הקורונה, למשל, מרכזים לבריאות הנפש בארץ ובעולם אפשרו להורים להתקשר ולהתייעץ בנוגע להתמודדות עם תגובות של לחץ וחרדה, כמו גם עם ההסתגלות לשהות הממושכת של ההורים והילדים בתוך הבית, לעיתים בתנאי בידוד ותוך הרעה של המצב הכלכלי. קו חם מאפשר להורים לפנות לקבלת סיוע מקצועי מיידי על מנת להתמודד עם הקשיים שנוצרו בעקבות השינוי, ובמידת הצורך לעשות זאת באופן אנונימי השומר על פרטיותם.

סנכרון מידע רפואי בכלים דיגיטליים

כדי לקדם מודעות לשינויים במצבו של הילד ואינטגרציה של מידע רפואי, מתבצע באנגליה שינוי בשיטת שמירת המידע הרפואי של כל ילד ואופן הצגתו – מתיעוד באמצעות ספר פיזי שהיה ניתן לכל משפחה למידע דיגיטלי²¹. מעבר זה מאפשר מעקב אחר בריאותו של הילד גם כאשר מתרחש שינוי ברמת הפרט, כגון מעבר דירה. בדומה לאנגליה, באוסטרליה מפתחים פלטפורמה חדשנית (My Health Record) לאפליקציות ולכלים דיגיטליים שיתמכו בתושבים ובנותני שירותים למען קידום הבריאות, על-ידי שיקוף וסנכרון הידע בין נותני השירותים השונים²².

²¹ <https://digital.nhs.uk/about-nhs-digital>

²² <https://conversation.digitalhealth.gov.au/australias-national-digital-health-strategy>

ב.6.3. עבודה ברמת השינוי לאורך זמן משמעויות עבור הרשות המקומית

הרשות המקומית יכולה לסייע להורים בגיל הרך להתמודד עם מצבי שינוי בכמה דרכים: ראשית, באמצעות הפיכת תהליכי שינוי ברמת הפרט הקשורים ישירות לעירייה. נוסף על כך, הרשות יכולה לתחזק קו חם להורים, המאפשר להם לפנות לקבלת הפניה לגורם מקצועי המסייע במצבי שינוי נוספים, כגון שינוי במצב המשפחתי או הכלכלי. לבסוף, יכולה העירייה לכנס פורום של אנשי מקצוע המפתח מענים בהתאם לצרכים המשתנים. פורום מקצועי זה יכול לשמש פורום לשינוי גם במצבי חירום הנובעים משינוי בהיקף רחב, כגון משבר כלכלי, ביטחוני או בריאותי.

לסיכום, הפעילות הענפה שנסקרה עד כה מצביעה על דרכים רבות ומגוונות שבהן יכולים לנקוט ממשלות, ערים, בתי חולים ומרכזי ילדים לגיל הרך – למציאת החיבור וערוץ התקשורת עם המשפחות, על מנת שהילדים יקבלו את הטיפול המיטבי. יצירת מנגנונים ספציפיים הפועלים בכל הקשרי ההתפתחות של הילד, מרמת המיקרו אל הרמה החברתית והתרבותית, הוכחו כמאפשרים זיהוי מוקדם ומהיר, כמו גם טיפול המאפשר קבלת שירותים חיוניים אלה למשפחות ולילדים, על אף הקשיים. בהקשר זה, לרשות המקומית מגוון יתרונות וגישות לפרקטיקות רבות – החל מרמת המיקרו ועד רמות המאקרו, ולכן יש לה תפקיד מהותי ביצירת מערכת הוליסטית תומכת בריאות בשנות החיים הראשונות.

מסגרת 2: טבלה מסכמת המציגה אסטרטגיות פעולה לקידום הבריאות בגיל הרך, על-פי הרמות של המודל ההוליסטי ומשמעויות לרשות המקומית

משמעויות לרשות המקומית	אסטרטגיות מובילות	
• מיפוי והנגשה של כלל שירותי הבריאות הניתנים בעיר • ייזום הכשרות מקצועיות לאנשי מקצוע בעיר • עידוד ותמריצים לשירותים הניתנים ביחידות ההתפתחותיות השונות	• קבוצות הורים רפלקטיביות • הדרכות והכשרות להורים ולאנשי מקצוע • מרחבי און-ליין לשיתוף ולהתייעצות • קורסים והכשרות און-ליין	מיקרו
• עידוד קשרים ושותפויות בין גורמי טיפול משניים בילד ובמשפחתו: העובדת הסוציאלית ברווחה, טיפת החלב, גננות ואנשי חינוך, גורמי רפואה ביחידות ההתפתחותיות • שימוש בתשתיות עירוניות לעידוד פרויקטים המערבים גורמי טיפול שונים	• ביקורי בית: תוכנית התערבות וסיוע, הנערכת בבית המשפחה • מרחבי תמיכה בלתי-פורמליים (מודל 'הבית הירוק')	מזו
• הובלה של שותפות רחבה ככל הניתן בין כלל הגורמים המעורבים בבריאות הילד בגיל הרך: חינוך, בריאות ורווחה • מינוי גורם מתכלל ויצירת פלטפורמות לתיאום מידע ברמה העירונית	• שגרות למידה ומדידה בקהילה • רשת שותפויות בין נותני השירותים בקהילה: - One stop shop – – טיפול רפואי און-ליין	חברתית-כלכלית-קהילתית
• מיפוי ורגישות תרבותית לאוכלוסיות מגוונות בעיר • עידוד גורמי טיפול מקומיים וגיוסם כמתווכים למגע ישיר מול המשפחות • הנגשה שפתית	• מתן טיפול במקומות אוניברסליים לא מתווגים • שינוי הסטיגמה על טיפול נפשי • אפשרות להתייעצות אנונימית וקבלת טיפול און-ליין	תרבותית

מסגרת 2: המשך טבלה מסכמת המציגה אסטרטגיות פעולה לקידום הבריאות בגיל הרך, על-פי הרמות של המודל ההוליסטי ומשמעויות לרשות המקומית

משמעויות לרשות המקומית	אסטרטגיות מובילות	מדיניות-לאומית
• יצירת תקשורת דו-כיוונית בין הרמה הארצית לרמה המקומית • פרשנות ותרגום מותאם לעיר של המתווה הקיים • תקשור של הצרכים העירוניים למול הגורמים הארציים	• שילוב בין ביטוחים ממשלתיים ופרטיים • קדימות לטיפול על פני הפניה • בניית אסטרטגיה לאומית לגיל הרך • הקצאת משאבים אסטרטגית בתחומי הבריאות בדיגיטל • הישענות על עמותות כמערך משלים	
• הקלת הליכים בירוקרטיים בשינויים הרלוונטיים לעירייה • קו חם להורים המצויים במצבי שינוי • שגרות של מדידת צורכי הורים • פורום אסטרטגי בהשתתפות אנשי מקצוע	• כתובת קבועה לפניות של הורים • שותפות ותקשורת בין אנשי מקצוע • נגישות וסנכרון של נתונים רפואיים	מדד השינוי לאורך זמן

פרק ג'

פיתוח מודל עירוני לקידום בריאות בגיל הרך

למידה מתוך הפיילוט בערים רמלה ולוד



ג. 1. רקע

התוכנית "בריאות, עירוניות ושנות חיים ראשונות" נוסדה על-ידי האגף לתכנון מדיניות במשרד הבריאות ותחום הגיל הרך בג'וינט ישראל-אשלים. לצורך עיצוב התוכנית וקידומה הוקם צוות מטה שכלל נציגות מכמה יחידות במשרד הבריאות: מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, ובתוכו תחום צמצום פערים ותחום חדשנות בשירותי הבריאות והאגף לתזונה; שירותי בריאות הציבור, ובתוכו תחום הסיעוד, המחלקה לאם ולילד והמחלקה לחינוך ולקידום הבריאות; מנהל רפואה, ובתוכו המחלקה להתפתחות הילד והבקרה על שירותים רפואיים בקהילה; ג'וינט ישראל-אשלים – היחידה לגיל הרך.

בצוות המטה הוחלט לבסס את בניית המודל העירוני בתחום הבריאות בגיל הרך על למידה מתוך פיילוט שייערך בשתי ערים נבחרות, וממנו ניתן יהיה ללמוד על עקרונות מנחים לביסוס מודל עירוני מיטבי, בדגש על אוכלוסיות החיות בעוני. בכל עיר נקבע נושא מרכזי להתערבות בהתאם לצרכים ולהעדפות המקומיות, שאפשר לקדם שגרות של עבודה משותפת בין גורמי הבריאות השונים במרחב העירוני. ניתנה עדיפות לבחירת נושא שיש לו גם חשיבות ברמה הארצית, וניתן להפיק ממנו לקחים לעבודה בערים נוספות בהמשך הדרך.

הערים לוד ורמלה נבחרו לפיילוט, כיוון ששתיהן באשכול חברתי-כלכלי נמוך (רמלה: אשכול 4, לוד: אשכול 3), הן צמודות גיאוגרפית ומספר התושבים בהן דומה (כ-75 אלף). בשתיהן אוכלוסייה מגוונת, המייצגת את הגיוון הקיים בישראל (רשויות מקומיות בישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2017); האוכלוסייה בשתי הערים מורכבת מאוכלוסייה יהודית וערבית, ובתוכן תת-קבוצות המובחנות מבחינת דת, מוצא, מעמד חברתי-כלכלי ועוד. נוסף על כך, קיימות בשתיהן תחנות טיפת חלב, המשתייכות למשרד הבריאות ונותנות שירות לכלל האוכלוסייה. בכל עיר הוזמנו לתהליך התכנון מגוון בעלי העניין בתחום הבריאות בגיל הרך, כדי לבחור נושא מרכזי להתערבות, המייצג התמודדות מרכזית בתחום הבריאות בגיל הרך, ואשר מותאם לצורכי העיר ולמאפייניה.

בעיר לוד העיסוק המובנה מטעם העירייה בתחום הבריאות בגיל הרך הוא חדש יחסית; כשנה לפני השקת הפיילוט מונתה מתכללת עירונית לגיל הרך, שתפקידה להוביל את האסטרטגיה העירונית בתחום זה ולתאם בין התוכניות השונות ובין כל הגופים הרלוונטיים לנושא. בעיר אין מרכז גיל רך ואין יחידה התפתחותית עירונית. כמו כן, נמצא שיעור נשירה גבוה מאוד מהתהליך הטיפולי. תופעה זו מדאיגה, שכן בגיל הרך קבלת הטיפול מוקדם ככל האפשר היא קריטית להתפתחות. במקרים רבים, יש חלונות זמן שבהם התערבות טיפולית עשויה למנוע את התפתחות הבעיה, ואחרי שהם נסגרים המצב בלתי הפיך. בהתאם לכך, בעיר לוד נבחר תחום התפתחות הילד כנושא מרכזי, שקידומו ישרת באופן משמעותי את תושבי העיר. יתרה מכך, אנשי המטה והשותפים העירוניים זיהו שתחום זה יכול להיות רלוונטי גם בערים אחרות בהמשך הדרך, שכן יש לו חשיבות גם ברמה הארצית, כפי שעלה בדוח מבקר המדינה²³.

23. דוח שנתי 67' לב' לשנת 2016, משרד הבריאות – טיפולים בתחום התפתחות הילד.

בעיר רמלה קיימות תוכניות עירוניות לגיל הרך, ובהן תוכנית 'פאקט' ותוכנית 'התחלה טובה'. יש מרכז גיל רך (מג"ר) ותיק ומבוסס, שמפעיל יחידה התפתחותית המעניקה טיפולים פרטניים לילדים. המרכז מקיים הדרכות להורים ומפעיל מגוון תוכניות להורים וילדים, כולל תוכניות שבמסגרתן אנשי המרכז יוצאים מהמרכז ומעניקים שירותים להורים וילדים במוסדות קהילתיים שונים. המרכז עובד בשיתוף עם גורמים אחדים בקהילה, כמו תחנות טיפת חלב, גני ילדים ומעונות. בראש המרכז עומדת זה כעשרים שנה מנהלת, שגם מובילה את ועדת ההיגוי העירונית לגיל הרך. מנהלת צוות הפסיכולוגים במרכז לגיל הרך נבחרה לתכלל את התוכנית מטעם העיר, והנושא המרכזי שנבחר להתערבות בעיר היה בריאות הנפש בגיל הרך.

בחלק הבא נציג עקרונות מנחים לקידום בריאות בגיל הרך, בהתבסס על תהליך העבודה שהתהווה בפיילוט בערים לוד ורמלה. ניכר כי למרות ההבדלים בין שתי הערים, ניתן לזהות נקודות דמיון משמעותיות, הן בתהליך שהוביל ליצירת מודל העבודה והן בתוצריו. בשתי הערים קידום בריאות עירונית בגיל הרך היה מושתת על ארבעה נדבכים עיקריים:

א. ביסוס תנאים להצלחה: תשתיות, שותפי ליבה ובעלי תפקידים

ב. אבחון מעמיק של תמונת המצב העירונית בתחום הבריאות בגיל הרך

ג. בחירה משתפת של מוקד להתערבות וכיוונים לפעולה

ד. פיתוח מודל עירוני המושתת על שלושה רכיבים עיקריים:

1. **אקו-סיסטם יישובי תומך התפתחות ילדים בגיל הרך:** הנגשת מערך שירותי הבריאות, באמצעות הכנסתם לתוך גבולות העיר.
2. **הכשרה בין-מקצועית:** יצירת מערך הכשרות עירוני אינטר-דיסציפלינרי לאנשי ולנשות מקצוע מתחומי הבריאות, החינוך והרווחה בגיל הרך.
3. **רשת מתאמי-טיפול:** בין גורמי בריאות שונים במרחב העירוני - ובהם קופות החולים, תחנות טיפות החלב, מרכזים טיפוליים והרשות המקומית.

ג. 2. ביסוס תנאים להצלחה תשתיות, שותפים ובעלי תפקידים

בשתי הערים נערכו ישיבות ופגישות התנעה, ובמהלכן נערך תיאום ציפיות, ושותפים מרכזיים התחייבו באופן ראשוני להשתתף בפרויקט, ובהם משרד הבריאות, ג'וינט-אשלים, ראשי הערים וארבע קופות החולים. בהיעדרו של אגף בריאות במרחב העירוני, היה צורך להגדיר את הפלטפורמה לפעילות ואת אופי המחויבות של השותפים המרכזיים. בשיחות מקדימות אלו התחייבו הצדדים להקצות משאבים בסיסיים הנחוצים לקידום הבריאות בגיל הרך במרחב העירוני.

בכל אחת מהערים נערכה ישיבת התנעה פורמלית, שבה השתתפו נציגים בכירים מן העירייה, ובהם ראש העיר והמנכ"ל, נציגי מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, נציגי ג'וינט ישראל-אשלים ונציגות מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. הוסכם כי התוכנית צפויה להביא לכל אחת מהערים ליווי מקצועי, הכשרות, תקציב פעולה והערכה, וכי כל אחת מהן מתחייבת להובלה של התוכנית על-ידי מנכ"ל העירייה, להקצאת אשת מקצוע בחצי משרה שתתכלל את התוכנית בעיר, וכן למתן נגישות לנתונים עירוניים בתחום הבריאות בגיל הרך. במקביל, משרד הבריאות פנה לארבע קופות החולים, אשר נתנו את הסכמתן להשתתף בתוכנית ומינו איש קשר לתוכנית ברמת המחוז או בהנהלת הקופה. לאחר ביסוס הסכמות עירוניות אלו, יצאה התוכנית לדרך בכל אחת מהערים.

ג. 3. אבחון מעמיק של תמונת המצב העירונית בתחום הבריאות בגיל הרך

תהליך האבחון נועד ליצור תמונת מצב עדכנית של הבריאות בגיל הרך במרחב העירוני, במטרה לזהות:

1. אילו משאבים ותשתיות קיימים, והיכן יש מחסור.
2. מיהם בעלי העניין הרלוונטיים בתחום הבריאות בגיל הרך בעיר.
3. מהם הצרכים, החסמים וההזדמנויות בתחום הבריאות בגיל הרך בעיר.

תמונת המצב העירונית נבנתה בשלוש פרקטיקות עיקריות: איסוף וניתוח נתונים על בריאות בגיל הרך במרחב העירוני, מיפוי בעלי העניין השונים בעיר ומפגשי איתור צרכים עם כלל בעלי העניין בתחום הבריאות בגיל הרך בעיר. להלן פירוט על כל אחת מהפרקטיקות.

ג.3.1. איסוף נתונים וניתוחם על בריאות בגיל הרך

מיפוי הרקע החברתי-כלכלי בכל עיר, שירותי הבריאות בעיר ומידת צריכתם הוכן על-ידי מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. המיפוי התבסס על איסוף נתונים מפרסומים שונים, מראיונות עם נותני שירותים, מחומרים שהועברו על-ידי המתכללת לגיל הרך, מנתונים מטיפות החלב ומקבוצות מיקוד עם הורים. נושאים מרכזיים שעלו בשתי הערים היו:

- הגעה מאוחרת של ילדים לאבחון ולטיפול, היענות נמוכה לטיפול ואחוז נשירה גבוה.
- מחסור בשירותים ובכוח אדם בתחום התפתחות הילד ובריאות הנפש בתוך הערים. קושי מיוחד בגיוס אנשי מקצוע מהחברה הערבית.
- קושי בקיום קשר רציף, תיאום ועבודה משותפת בין השירותים במרחב העירוני. מחסור בתשתיות לקידום הבריאות, כגון פעילויות ספורט ופנאי ונגישות למזון בריא.

ג.3.2. מיפוי בעלי העניין במרחב העירוני

במסגרת תהליך האבחון, מופו הגורמים הבאים:

- **מסגרות בתחום הבריאות:** קופות חולים, מכונים ויחידות התפתחותיות, תחנות טיפות חלב, בתי חולים, שירות פסיכולוגי-חינוכי ומרכזים לבריאות הנפש בגיל הרך.
- **מסגרות חינוכיות:** מעונות, גני ילדים ומשפחתונים.
- **מסגרות תרבות ופנאי:** מתנ"סים ומרכזים קהילתיים.
- מרכזים לגיל הרך (מג"ר).
- **ועדות עירוניות רלוונטיות:** כגון הוועדה לגיל הרך.
- **נציגי עמותות ותוכניות בגיל הרך.**
- **נציגי הורים, תושבים ושכונות.**
- **אנשי מקצוע המספקים שירותי בריאות בגיל הרך:** רופאים, מטפלים בבריאות הנפש, אחים מקופות החולים וטיפת חלב, עובדים סוציאליים, אנשי אדמיניסטרציה, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים, תזונאים ועוד.

תהליך המיפוי אפשר את הבסיס ליצירת רשת בעלי העניין והשותפים במרחב הרשות.

ג.3.3. מפגשי איתור צרכים וקבוצות מיקוד

על מנת לזהות ולאתר את האתגרים כפי שהם מוגדרים על-ידי חברי קהילת אנשי המקצוע העוסקים בגיל הרך (Skinner & Moore, 2007), בכל אחת מן הערים נערך מפגש איתור צרכים עם כחמישים בעלי עניין מתחום הבריאות בגיל הרך, ובראשם אנשי ונשות מקצוע בתחומי הבריאות ותושבי העיר. במפגש הוצגו נתונים מתוך מיפוי המצב בעיר בנוגע לרקע החברתי-כלכלי, מצב הבריאות, שירותי הבריאות בעיר ומאפייני צריכתם, ולאחר מכן התקיים דיון בקבוצות באשר לצורכי הבריאות בגיל הרך בעיר. המשתתפים הוזמנו להעלות צרכים בנושאים שונים הקשורים לבריאות בגיל הרך, ובהם אורח חיים בריא, התפתחות מיטבית, תחלואה, נגישות וזמינות של שירותי הבריאות, איתור וטיפול מוקדם, בהתאם למסמך מטה שגובש בנושא. בעיר לוד – הצרכים המרכזיים שעלו מתוך הדיונים היו מחסור בשירותים בתחום התפתחות הילד, עודף משקל בקרב ילדים ודיכאון לאחר לידה. בעיר רמלה – הנושאים הבולטים שעלו היו התפתחות רגשית-חברתית והתפתחות קוגניטיבית ושפתית, ובמידה פחותה תזונה ותאונות בית בגיל הרך. בשל מיעוט משתתפים מהחברה הערבית במפגש בעיר רמלה, קיים מכון ברוקדייל קבוצת מיקוד עם אנשי מקצוע מהחברה הערבית, ובעזרתה ניתן היה ללמוד לעומק על הצרכים המרכזיים של החברה הערבית בעיר, ועל ההיבטים התרבותיים המאפיינים קהילה זו. גם בקבוצת המיקוד עלה הצורך באיתור מוקדם של ילדים עם בעיות התפתחות ובפיתוח מיומנויות הוריות.

ג.3.4. זיהוי החסמים המרכזיים שמונעים הגעה לטיפול בגיל הרך

תהליך התכנון וזיהוי הצרכים המעמיק בתחום בריאות ילדים בגיל הרך שנעשה בשתי הערים הצביע על שילוב של חסמים גיאוגרפיים, בירוקרטיים, כלכליים ותרבותיים, לצד מחסור בתשתיות, היוצרים קושי ניכר ביכולת של הורים לקדם את בריאות ילדיהם, שמתבטא בכך שילדים מגיעים באיחור לאבחון ולטיפול.

להלן החסמים המרכזיים שזוהו בתהליך זה:

1. חסם גיאוגרפי: הערים רמלה ולוד ממוקמות במרכז הארץ, אולם באשכול סוציו-אקונומי נמוך יחסית, ועל כן נחשבות לפריפריה חברתית-כלכלית. בעיר לוד עלה כי שירותי הבריאות בתחום התפתחות הילד בגיל הרך ממוקמים מחוץ לעיר, וטיפות החלב הן מקום הטיפול המרכזי לגילאים אלו. כתוצאה מכך, ההורים בלוד נדרשים לנסוע מחוץ לעיר על מנת לקבל את האבחון מטעם רופא מומחה, ורק לאחר מכן לקבל את הטיפול הנדרש – דבר המהווה חסם משמעותי עבורם. כאשר מדובר באוכלוסיות החיות במצבי עוני ומתניידות בתחבורה ציבורית, המרחק הגיאוגרפי הדרוש לצריכת שירותי הבריאות במקומות מרוחקים הוא משמעותי אף יותר.

2. חסם בירוקרטי: חסם נוסף שעלול לפגוע בהגעה לאבחון ולטיפול בגיל הרך הוא התהליך הבירוקרטי הממושך והמורכב הנדרש לשם כך. מאחר שהפניות לקבלת אבחון וטיפול בגיל הינקות נעשות דרך רופא הילדים, נוצרת תלות בזמינות התורים בקופות החולים. תורים ארוכים למומחים לקיום האבחון ולאחר מכן לאישור קופת החולים ולקיום הטיפול מעלים את הסיכוי לנשירה מההליך. יתרה מכך, הם פוגעים בסיכוי שילדים בגיל הינקות יגיעו לטיפול בחלון הזמן ההתפתחותי המתאים. התהליך עומד בסתירה לנעשה במדינות אחרות, שבהן יש קדימות לטיפול על פני התהליך הבירוקרטי. בצרפת, למשל, ילד הזקוק לטיפול מקבל אותו מייד, והאישורים מונפקים רטרואקטיבית²⁴.

²⁴ <https://international.commonwealthfund.org/countries/france>

3. חסם כלכלי: משפחות החיות בעוני מתקשות לעמוד בעלויות הכרוכות באבחון ובטיפול, וזאת מכמה סיבות:

- השתתפות עצמית מצטברת: כאשר דרוש טיפול המתקיים באופן שבועי או כמה ילדים במשפחה המטופלים בו-בזמן.
- קושי בתשלום על הטיפולים באופן פרטי ובהמתנה להחזר כספי.
- עלויות נוספות, כגון נסיעה ואובדן ימי עבודה – כאשר הטיפול ניתן מחוץ לעיר.
- מודעות מועטה לקיומן של אפשרויות לסיוע במימון הוצאות הטיפול מטעם קופות החולים, כגון 'קרן מכבי' לחברים במכבי שירותי בריאות.

4. חסם תרבותי: בערים שבהן האוכלוסייה מגוונת, נוצרים לעיתים קרובות פערי שפה ותרבות, המביאים לחוסר מודעות באשר לצורך בטיפול או בדחיפות מתן הטיפול. הקושי לגייס אנשי מקצוע בגיל הרך המתאימים מבחינת התרבות והשפה לאוכלוסייה בעיר מעצים חסם זה.

5. חסם ארגוני: בשל מציאות של פיצול ופרגמנטציה של שירותי הבריאות בגיל הרך בין מגוון ארגוני בריאות שונים, לתושבים לא תמיד ברור כיצד להתמצא בין השירותים – למי לפנות באיזה עניין ומהו הליך הפנייה.

ג. 4. בחירה משותפת של מוקד להתערבות וכיוונים לפעולה

הנושא המרכזי להתערבות נבחר במפגשי תכנון, שאליהם הוזמנו כלל בעלי העניין בתחום הבריאות בגיל הרך בכל אחת מהערים. מפגשים אלו היוו תשתית למהלך משותף בתחום הבריאות בגיל הרך, המשקף את הצרכים ואת הרצונות של בעלי עניין מגוונים. קבלת ההחלטה נשענה על קריטריונים מוגדרים, כגון מענה על צורך שיהיה רלוונטי לבעלי עניין שונים ויצירת שותפות ביניהם, והאפשרות לאסוף מדדי תוצאה מוגדרים ולבחון באמצעותם שיפור במסגרת הזמן של הפיילוט (2-3 שנים).

בעיר לוד נערכו שני מפגשים; במפגש ראשון נבחר הנושא המרכזי להתערבות, ובמפגש השני נדונו כיוונים מעשיים לפעולה. הנושא שנבחר בעיר לוד היה פיתוח רצף של איתור, אבחון וטיפול עבור ילדים בגיל הרך עם עיכובים התפתחותיים. בעקבות בחירת נושא זה, ערך מכון ברוקדייל שיחות עם אנשי מקצוע והורים, אשר הציגו את המסע המשפחתי – משלב איתור הבעיה ההתפתחותית, דרך האבחון ועד לטיפול, ומופּו חסמים מרכזיים שמקשים על משפחות ועלולים להביא לנשירה מההליך הטיפולי. לאחר מכן נערך מפגש נוסף, ובו השתתפו סגנית מנהלת המחלקה להתפתחות הילד במשרד הבריאות, רכזת תחום התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון (תוכנית 360) ונציגת מנהלת האגף לחינוך קדם-יסודי במשרד החינוך. המשתתפים התבקשו להציע כיווני פעולה אשר ישמשו בהמשך בסיס לפיתוח התוכנית בעיר. כיווני הפעולה העיקריים שעלו התמקדו בשילוב שירותי איתור, אבחון והדרכת הורים ואנשי צוות במסגרות אוניברסליות (בתחנות טיפת חלב, בגני ילדים ובמעונות) ובעבודה של מתאמי טיפול.

בעיר רמלה – בחירת הנושא המרכזי וגיבוש הצעות לכיווני פעולה נעשו במפגש אחד, שבו השתתפו כחמישים בעלי עניין בתחום הבריאות בגיל הרך בעיר. נושא ההתערבות שנבחר היה מתן מענה להתפתחות רגשית-חברתית עבור ילדים בגיל הרך עם הפרעות התנהגות, הבאות לידי ביטוי במסגרת החינוכית-טיפולית שבה הם שוהים. כיווני פעולה מרכזיים שגובשו היו: (א) מתן שירותי אבחון, טיפול והדרכות בשירותים האוניברסליים, (ב) הרחבת מגוון השירותים במג"ר, ו(ג) הקמת מערך ייעוצי-טיפולי להורים ולילדים בגילי לידה עד שלוש.

בחירת הנושא המשותף בתהליך שיתופי, הכולל את כל הגורמים המעורבים החל מהשלב הראשון, מאפשר לרשות לבנות את רשת שיתופי הפעולה הפורמליים, לצד היכרות וקשרים בלתי-פורמליים, ובכך בונה הרשות תשתית למערכת יחסים ארוכת טווח בעתיד (Oberklaid & Moore, 2007).

ג.5. פיתוח המודל העירוני ויישומו

ג.5.1. מרכיבי המודל העירוני לקידום בריאות בגיל הרך

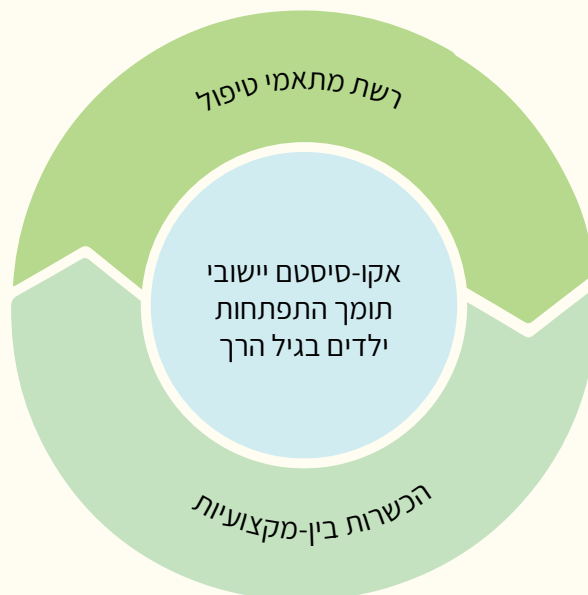
המודל העירוני שפותח בערים לוד ורמלה נועד לקדם את ההתמודדות עם חסמים גיאוגרפיים, בירוקרטיים, כלכליים ותרבותיים, לצד מחסור בתשתיות עירוניות. המודל העירוני הושתת על **שלושה מרכיבים עיקריים:**

1. אקו-סיסטם יישובי תומך התפתחות ילדים בגיל הרך: הקמת מערך שירותי בריאות בגיל הרך, שהיו חסרים בתוך המרחב העירוני, במטרה להקל את הקושי הלוגיסטי והכלכלי הכרוך בצריכת שירותים אלו מחוץ לגבולות העיר. בעיר לוד הוקמו שירותים בתחום התפתחות הילד בגיל הרך, ואילו בעיר רמלה הוקם שירות בתחום בריאות הנפש בגיל הרך.

2. הכשרות בין-מקצועיות: הכשרה אינטר-דיסציפלינרית לאנשי ולנשות המקצוע בגיל הרך בעיר, היוצרת שפה, היכרות ותשתית ידע משותפת לגורמי הבריאות השונים, וביניהם לגורמי רווחה וחינוך.

3. רשת תיאום טיפול: יצירת רשת של מתאמי ומתאמות טיפול בתחנות טיפת חלב, בקופות החולים, ברשות המקומית, במכונים להתפתחות הילד, במכונים לבריאות הנפש בגיל הרך ובמרכזים לגיל הרך, אשר תלווה את המשפחות, תציב את צורכיהן במרכז ותסייע במימוש פוטנציאל הבריאות, תוך מיצוי זכויות והקלת החסמים הבירוקרטיים, התרבותיים, הכלכליים והלוגיסטיים.

איור 2: מרכיבי המודל העירוני לבריאות בגיל הרך



ג.2.5. אקו-סיסטם יישובי תומך התפתחות ילדים בגיל הרך

אחת התובנות המרכזיות שעלו בתהליך הפיתוח בערים רמלה ולוד הייתה שקבלת אבחון וטיפול בגיל הרך בקרבת הבית מסייעת משמעותית לתושבים להתגבר על חסמים גיאוגרפיים, כלכליים ולוגיסטיים, המונעים הגעה לטיפול במקומות מרוחקים, ובמיוחד בקרב אוכלוסיות החיות בעוני. כאשר שירותי הבריאות נמצאים בקרבתן, יכולות המשפחות לצרוך אותם בקלות רבה יותר, בלי להתמודד עם האתגרים הכרוכים בהגעה לשירותים מרוחקים, כגון אובדן ימי עבודה, התניידות בתחבורה הציבורית, עלויות הנסיעה ומציאת גורם שישיג על שאר הילדים במשפחה. יתרה מכך, קיומם של שירותי הבריאות בתוך גבולות העיר מאפשר לשלב במידת הצורך ביקורי בית – פרקטיקה שנמצאה כחשובה ויעילה במיוחד בגיל הרך. נוסף על כך, ניתן לזהות צרכים ומאפיינים תרבותיים של אוכלוסיות שונות המתגוררות בעיר, ולפתח לפיהם פתרונות מותאמים.

שירותי בריאות בתחום התפתחות הילד בעיר לוד הונגשו באמצעות הקמת יחידה התפתחותית ניידת, ובה צוות רב-מקצועי שפועל במסגרות אוניברסליות בקהילה, כגון בתחנות טיפת החלב, בגני ילדים ובמעונות. מודל העבודה פותח בשותפות של גורמים רבים, בהובלת מתכללת הגיל הרך העירונית. שותפים להובלת התוכנית, לצד האגף לתכנון מדיניות במנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי וג'וינט-אשלים, היו המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות, תחנות טיפות החלב, נציגים בכירים מארבע קופות החולים, התוכנית הלאומית (360) ועיריית לוד. גורמי העירייה השותפים היו אגף הרווחה, אגף החינוך הכולל גם את השירות הפסיכולוגי החינוכי. כמו כן, מעונות היום וגני הילדים, עמותות מקומיות ואנשי ונשות המקצוע של קופות החולים בעיר. שותף משמעותי נוסף הוא מערך הנזירולוגיה והתפתחות הילד במרכז הרפואי שמיר (אסף הרופא), אשר הציג בשלב התכנון לספק הגנה מקצועית לעבודת הצוות, הדרכה במקרים מורכבים ולאפשר לאנשי ולנשות המקצוע העובדים בעיר להשתתף בתהליכי הכשרה ולמידת עמיתים במכון, ובכך להשתתף בתהליך משמעותי ויוקרתי של למידה והתפתחות מקצועית. יצוין כי נציגי מטה של קופות החולים הציעו לאפשר מימון של הדרכות קצרות-מועד להורים על-ידי הצוות הרב-מקצועי הנייד.

הקמת יחידה התפתחותית ניידת בעיר לוד הייתה כרוכה בתהליך מורכב וממושך, שכלל ביסוס תשתית ארגונית, ניהולית ותקציבית, שתבטיח את המשך פעילותה של היחידה ההתפתחותית הניידת גם לאחר סיום הפיילוט. אחד האתגרים המרכזיים היה מציאת ארגון שותף שיספק את התשתית הארגונית והניהולית להפעלת היחידה לאורך זמן, תוך עמידה בנהלים של המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו במשרד הבריאות. הקמת היחידה ההתפתחותית הניידת התאפשרה בזכות שותפות עם התוכנית הלאומית לילדים ונוער בסיכון (360) ועמותת "פ.ש.ר", המפעילה בעיר יחידה להתפתחות הילד. ההתקשרות עם עמותת "פ.ש.ר" התאפשרה רק לאחר שזו קיבלה הכרה ממשרד הבריאות. המודל שפותח לצורך ביסוס הפעילות לאורך זמן נשען על העסקה של אנשי המקצוע דרך עיריית לוד במסגרת התוכנית הלאומית 360, ניהולם המקצועי על-ידי עמותת פ.ש.ר ומימון הטיפולים דרך טופסי התחייבות של הקופות.

תהליכי העבודה עסקו בשינויים ובדיוקים לאור תובנות מתוך העבודה המעשית, שהעלתה צורך בבחינה מחודשת של נהלים ושגרות קיימות. למשל, נמצא כי השגת הפניה מטעם רופא ילדים עלולה לעכב הגעה לטיפול של ילדים בגיל הרך, דבר המנוגד לעיקרון של קיצור הזמן בין האבחון הראשוני למתן טיפול בהתפתחות הילד לכן, הוצע כי גורם נגיש יותר (כגון מתאמת טיפול בקופת החולים, אשר תעמוד בקשר עם הגורמים המאתרים – אחות טיפת חלב, למשל) יוכל לספק הפניות לאבחון. לצד זה, קופות החולים הביעו דאגה כי הדבר עלול להוביל להפניות יתר. כך, נדרש דיאלוג מתמשך על מנת להבנות ולהסדיר שגרות ותהליכי עבודה חדשים שיתאימו לכל הצדדים המעורבים.

נראה שההתקדמות בתהליך מעין זה אינה ליניארית אלא ספירלית; כל צעד מביא לשינוי תמונת השחקנים, האינטרסים וההזדמנויות, ומצריך בחינה מחודשת של אפשרויות הפעולה לאור המצפן הערכי של הבאת ילדים בגיל הרך לאבחון ולטיפול מהר ככל האפשר.

בעיר רמלה הונגשו שירותי בריאות הנפש בגיל הרך באמצעות הקמת מרכז "שבילים", הפועל בתוך המרכז לגיל הרך (מג"ר). השותפים העיקריים לפיתוח מרכז שבילים היו המרכז לגיל הרך, ורכזת התוכנית מטעם היישוב היא פסיכולוגית במרכז לגיל הרך. שותפים נוספים היו אגף החינוך בעיר, השירות הפסיכולוגי-חינוכי, טיפות החלב, מפקחות מעונות היום, אגף הרווחה וקופות החולים. כמו בלוד, גם נציגי מטה של קופות חולים הם שותפים מרכזיים, שכן הטיפולים הפסיכולוגיים ימומנו בעזרת טופסי 17 שייתנו קופות החולים למבוטחיהן במסגרת סל שירותי בריאות הנפש לילדים בגיל הרך. שותפה חשובה נוספת היא היחידה לפסיכיאטריה לגיל הרך בבית החולים האוניברסיטאי סורוקה, אשר הסכימה לספק הגנה רפואית-מקצועית למרכז "שבילים", הכוללת הדרכה, ייעוץ ודיון עם הצוות במקרים מורכבים.

מרכז "שבילים" נפתח בספטמבר 2019, ובשנה הראשונה להקמתו טופלו בו כ-150 ילדים. מרכז "שבילים" מציע שירותי אבחון וטיפול הן במרכז לגיל הרך והן במסגרות אוניברסליות (בתחנות טיפת חלב, בגני ילדים ובמעונות). השירות ניתן להורים ולילדים מגיל הינקות ועד גיל שש, בדגש על אפיונים ייחודיים בקבוצות הגיל לידה-3 שנים ו-3-6 שנים. צוות המרכז מונה פסיכולוגית ועובדת סוציאלית קלינית, המבצעות הערכה לילדים, מציעות טיפולים קצרי-מועד וארוכי-טווח ומספקות הדרכה לאנשי המקצוע במסגרות השונות, כגון גני הילדים ומרכזי טיפות החלב. נוסף על כך, חברות בצוות פסיכיאטרית ילדים ותזונאית. מרכז "שבילים" מיועד גם לילדים שהתפתחותם תקינה, אך מבקשים סיוע בתחום רגשי המשפיע על יחסי הורה-ילד, כגון הפרעות אכילה, שינה, חרדה, התנהגות; טראומה, דחק וחוסן, שיבושים בתהליכי ויסות, קושי בהסתגלות לשינויים, קשיי פרידה והסתגלות. הפניות למרכז הייעוצי-טיפולי "שבילים" ניתנות על-ידי רופא ילדים או רופא משפחה בקופת החולים בקהילה, בצירוף טופס פנייה ובכפוף לטופס 17. לאחר קבלת ההפניה, מודל ההתערבות השכיח ביותר הוא פגישות אבחון (שני מפגשים) וכן הדרכת הורים, ובחלק ניכר מהמקרים הוא משמש עזרה ראשונה משמעותית ומאפשר גיוס של ההורים להמשך התערבות, האפשרית דרך מנוי טיפולי קצר (8-9 מפגשים) או ארוך (30 מפגשים).

ג.3.5. הכשרות בין-מקצועיות לאנשי ולנשות מקצוע יצירת קהילה מקצועית לומדת בגיל הרך

הספרות המקצועית מעידה כי יש חשיבות מכרעת ליצירת שפה משותפת בין אנשי ונשות מקצוע המטפלים בילדים בגיל הרך ובהוריהם, המושתתת על הבנה רחבה של קשרי הגומלין בין התפתחות פיזית, בריאות נפשית, חינוך ורווחה בגיל הרך, כתשתית לזיהוי מוקדם של בעיות התפתחותיות. כדי ליצור קשר טוב יותר בין נותני השירות השונים בקהילה, חשוב להשקיע בבניית רשתות ומערכות יחסים בלתי-פורמליות – כמו מפגשי נטוורקינג, למידה וחשיבה משותפים בין אנשי מקצוע מתחומי החינוך, הרווחה והבריאות. קשרים בלתי-פורמליים אלה ישמשו בסיס ליצירת מבנים פורמליים בהמשך הדרך. לפי פרופ' אוברקלייד (Oberklaid & Moore, 2007), המוביל את גישת הרפואה הקהילתית באוסטרליה, המשימה המרכזית היא יצירת קהילה מקצועית משותפת, תוך חיזוק המטרות המשותפות ועידוד קבלת אחריות הדדית על השותפות מצד כל הגורמים המעורבים. חיבור עמוק בין אנשי ונשות המקצוע במרחב העירוני מאפשר יצירת מציאות של "one stop shop" וירטואלית; מצב שבו כל השירותים מחוברים ומתקשרים ביניהם.

לשם כך, נוצרו בשתי הערים מסגרות הכשרה אינטר-דיסציפלינריות לאנשי מקצועות הבריאות, החינוך והרווחה בעיר. בעיר רמלה, למשל, נערכו במרכז "שבילים" מגוון פעולות להגברת החשיפה של פעילות המרכז ולבניית שיתופי פעולה עם בעלי העניין בתחום בריאות הנפש בגיל הרך, כגון גני ילדים, השירות הפסיכולוגי בעיר, אגף רווחה – תחום ילד ונוער וקופות החולים. כמו כן, מתקיימות בו הרצאות להורים, הכשרות לצוות, סדנת הכשרה למטפלים והכשרה בתחום ייעוץ וטיפול באמצעים דיגיטליים. מפגשי הכשרה אינטר-דיסציפלינרית לאנשי ולנשות המקצוע בגיל הרך התקיימו בתקופת משבר הקורונה במתכונת וירטואלית, אשר אפשרה השתתפות משתי הערים יחד. למפגשים הוזמנו מומחים ומומחיות בתחום ההתפתחות בגיל הרך, והמשתתפים הציפו שאלות לדיון מתוך נקודות מבט מקצועיות מגוונות. כך, ההכשרות אפשרו לבנות לא רק בסיס ידע משותף, אלא גם היכרות אישית וקשרי אמון. יתרה מכך, ההכשרות קידמו בקרב אנשי ונשות המקצוע השונים ראייה הוליסטית, המאפשרת להם לזהות את הקשרים בין תופעות שונות בגיל הרך, לחזק את הבנת הקשרים בין תופעות שונות בתחום הבריאות וההתפתחות ולקדם דיאלוג פורה בין אנשי ונשות המקצוע השונים בעיר.

ביסוס היכרות ושפה משותפת בין אנשי ונשות המקצוע בעיר רמלה היווה תשתית למנגנון פורמלי יותר של סינון, הפניה וטיפול שפותח במרכז "שבילים", בשותפות עם מסגרות החינוך ומרכזי טיפות החלב בעיר. הגגנות מעבירות פניות ליועצות של גני הילדים, והיועצות מחליטות אם הפניה מתאימה יותר להמשך טיפול בשפ"ח או במרכז הייעוצי "שבילים". בעקבות פניות אלו מגיעה הפסיכולוגית לגני הילדים ועורכת תצפיות, הדרכות לאנשי צוות ולהורים, ובמקרה הצורך ממשיכה את הטיפול בילדים בתוך מרכז "שבילים". נוסף על כך, פעמיים בשבוע מגיעה הפסיכולוגית לשתי תחנות טיפת החלב בעיר, אשר נבחרו בהיותן מייצגות אוכלוסייה מגוונת ונמצאות במקומות מרכזיים ונגישים. עבודת הפסיכולוגית במרכזי טיפות החלב התקיימה בעבר בהיקף מצומצם של שעה בשבוע, במימון תוכנית שיקום שכונות. כעת היקף פעילותה משמעותי יותר, ואחיות בשאר תחנות

טיפות החלב הפועלות בעיר יכולות גם הן להפנות ילדים לטיפול שיתבצע בתחנות טיפות החלב שבתוכנית, או במרכז "שבילים". כך, השילוב בין יצירת היכרות ושותפות בין אנשי ונשות המקצוע ובין הנגשת שירותים בתחום בריאות הנפש בגיל הרך במרחבים אוניברסליים, לא מתויגים וקרובים לביתם של התושבים מאפשרת להתגבר על חלק מהחסמים הלוגיסטיים, הגיאוגרפיים והתרבותיים המונעים הגעה לטיפול.

ג.4.5. הקמת רשת מתאמי טיפול

במסגרת הפיילוט בערים רמלה ולוד נוסדה בכל האחת מהערים תשתית לרשת תיאום טיפול, שמטרתה ללוות את המשפחות לכל אורך תהליך האבחון והטיפול, ולסייע להן להתמודד עם אתגרים לוגיסטיים, בירוקרטיים ופסיכו-סוציאליים העלולים למנוע או לעכב את הגעת הילד לטיפול. כמו כן, זוהו הארגונים והשירותים שבהם חשוב לפתח תפקיד של תיאום טיפול, והחל תהליך של יצירת שגרות עבודה ומיסודן, לצד הכנת התשתיות הבין-ארגוניות הנדרשות, במטרה לייסד רשת של אנשי ונשות מקצוע המכירים זה את זה ומלווים באופן מתואם את המשפחה לאורך הדרך.

בעיר לוד, למשל, הוקמה יחידה התפתחותית עירונית חדשה בשם "ש.ח.ר" (שנות חיים ראשונות), המספקת טיפול בשתי תחנות טיפות החלב שבעיר. עקב כך, חלק מהאחיות בטיפות החלב לקחו על עצמן תפקיד נוסף של תיאום הטיפול למול יחידת ש.ח.ר. בזכות הכשרתן המקצועית, יכולות האחיות לאתר עיכובים התפתחותיים ולזהות את הגורם המתאים להמשך אבחון וטיפול. בזכות עבודת צוות התפתחותי הפועל כחלק מצוותי טיפות החלב - נהפך תהליך האיתור, ההפניה ומתן הטיפול הראשוני לפשוט ויעיל. במסגרת תוכנית הפיילוט, צוות הכולל מרפאה בעיסוק, קלינאית תקשורת, פיזיותרפיסטית ומטפלת רגשית (עובדת סוציאלית או פסיכולוגית) עובדות ביום קבוע בשבוע בתוך תחנת טיפת החלב השכונתית, כך שהשירות הפך לנגיש וזמין. על האפשרות לקבל טיפול התפתחותי בתחנת טיפת חלב הסמוכה למקום המגורים, מספרת אחת האימהות:

האפשרות לקבל את שירותי הטיפול בתחנת טיפת החלב הביאה לשינוי דרמטי באחוזי אי-ההגעה לטיפול (Non show); לפי הרישומים שמנהלת עמותת פשר, אחוז ה-NS ירד מ-25% ל-2% בלבד בהגעה לטיפול, בהשוואה בין השירות ביחידה התפתחותית קיימת ובין השירות ההתפתחותי בטיפות החלב. כמו כן, זמני ההמתנה לטיפול ראשוני ירדו באופן דרמטי - ממצב שבו היה נדרש להמתין חודשים ארוכים לטיפול, לזמן המתנה מרבי של שלושה שבועות לכל היותר, נכון לכתיבת דו"ח זה. יצוין כי השירות ההתפתחותי בתחנות טיפות חלב, במסגרת היחידה ההתפתחותית העירונית ש.ח.ר, מאפשר קבלת שלושה עד ארבעה טיפולים, הניתנים בטווח זמן קצר.

"פחדתי שיהיה מסובך ללכת ולחזור הלך ושוב, עם כל האישורים וההפניות, אבל היה מאוד פשוט ונגיש דרך טיפת חלב, וזה מה שהכי חשוב בעיניי. אם לא, יכול להיות שהייתי אומרת לעצמי שאנחנו נתמודד עם זה לבד"

אבחון מקיף וטיפול ארוך-טווח מצריכים הפניה מטעם רופא הילדים, הניתנת דרך קופת החולים, וקבלת טופס התחייבות מתאים (טופס 17). הטיפולים הללו יכולים להינתן ביחידה ההתפתחותית העירונית ש.ח.ר, המוכרת על-ידי משרד הבריאות. זהו צומת קריטי בתהליך: נכון למועד כתיבת הדו"ח, 60% מהמשפחות לא פנו באופן עצמאי לקופת החולים להסדרת ההפניות וקבלת האישורים הנדרשים, ועקב כך נשרו הילדים מההליך הטיפולי ארוך הטווח. אחת הסיבות לכך היא שעד כה לא הסתיימה הסדרתו של תפקיד מתאם טיפול לנושא התפתחות הילד עם קופות החולים.

אחת ממטרות הפרויקט הייתה להקים רשת תיאום טיפול בין-ארגונית, שתסדיר את הממשקים בין הארגונים, כך שמתאמות טיפול בטיפות החלב וביחידות ההתפתחותיות תעמודנה בקשר רציף עם מתאמות טיפול בקופות החולים. באופן זה הן יוכלו יחד ללוות את המשפחות בכל שלבי ההגעה לאבחון ולטיפול – כולל השגת ההפניה מרופא הילדים, הנפקת טופס 17 ומעקב אחרי ההגעה לפגישות האבחון והטיפול. אף שהקצאת תפקיד של תיאום טיפול בקופות החולים זכתה לאישור עקרוני מצד ארבע קופות החולים ואף לתקציב ראשוני מטעם משרד הבריאות במסגרת הפיילוט – טרם הוסדר תפקיד זה.

נראה שהמעבר מתכנון לביצוע כרוך בתהליך למידה ושינוי מתמשך, המצריך דיאלוג פתוח בין השותפים ועיצוב מחודש של תפקידים, שגרות עבודה ומערכות טכנולוגיות. בקופות החולים עלה הצורך להגדיר את היחס בין אחוז המשרה למספר המשפחות המטופלות, וכן להבהיר מהו הרקע המקצועי הנדרש לתפקיד. כמו כן, בחלק מקופות החולים, התפקיד יועד למקצועות האדמיניסטרציה, במטרה להקל בהנפקת האישורים, במילוי הטפסים ובסיוע בזימון התורים הנדרשים. בקופות חולים אחרות התפקיד יועד למקצועות העבודה הסוציאלית, במטרה לספק למשפחות תמיכה רגשית בתהליך הטיפולי. בטיפות החלב עלה הצורך באשת אדמיניסטרציה שתפעל לצד האחיות ותטפל בהיבט הלוגיסטי והבירוקרטי של תיאום הטיפול. חשוב לבחון אם ניתן לתקצב תקן ייעודי למשימות אדמיניסטרטיביות עבור הליך תיאום הטיפול. נוסף על כך, עלה הצורך בהסדרת מערכת טכנולוגית שתקל את התקשורת הבין-ארגונית.

יישום הפיילוט ותהליך הלמידה המלווה הניבו תובנות לגבי ליבת תפקיד תיאום טיפול, תחומי האחריות, הפרקטיקות והמימוניות הנדרשות לביצועו.

החלק הבא יעסוק בתובנות מתוך הניסיון להגדיר את תפקיד תיאום טיפול ואת הרשת הבין-ארגונית של מתאמי הטיפול.

פרק ד'

תיאום טיפול בגיל הרך



ד.1. מהות תפקיד תיאום הטיפול בגיל הרך וחשיבותו

תיאום טיפול (Care coordination) הוא תפקיד הטומן בחובו אחריות, פוטנציאל השפעה ושליחות יוצאת דופן. הוא נועד להבטיח תהליך טיפולי הולם, רציף ומקצועי עבור כל הילדים הזקוקים לו, ולמנוע השהיה באבחון ובטיפול בגיל הרך. כמו כן, תיאום הטיפול נועד לוודא שילדים בגיל הרך הסובלים מבעיות בריאותיות יזכו לאבחון ולטיפול בשלב מוקדם ככל האפשר, באופן שוויוני ומכבד, ללא קשר למעמדם הסוציו-אקונומי, מוצאם או מקום מגוריהם.

זיהוי ילדים הזקוקים להתערבויות בשנותיהם הראשונות הוא אפקטיבי אם הוא מלווה בהפניה יעילה להמשך אבחון וטיפול, במעקב אחר ההפניה ובמציאת התערבויות מתאימות (Johnson & Rosenthal, 2009). אולם, הספרות המקצועית מלמדת כי ילדים שאובחנו עם לקות ומשפחותיהם נדרשים לשירותים ממגוון ספקים שונים, והנטל לאתר את השירותים הרלוונטיים ולתאם ביניהם מוטל לעיתים קרובות על המשפחה (Brewer & Kakalik, 1978; Turnbull & Tumbull, 1979). נוסף על כך, כיום אין שירות אחד הנותן מענה לצרכים מורכבים של משפחות; לרוב, השירותים הקיימים מכוונים להתערבות טיפולית ולא ממוקדים במניעה ובמתן מענה ראשוני, ולכן אינם יכולים להגיב במהירות לצרכים המתעוררים מצד הילד והמשפחה (Moore, 2007). תיאום טיפול (Care coordination) מסייע בהתמודדות עם מורכבות זו. תיאום טיפול קיים בעולם הבריאות בתחומים שונים לאוכלוסיות שונות – ובהם תחומי בריאות הנפש, אונקולוגיה וקשישים, והוא מוכר כחשוב להשגת מערכת בריאות איכותית וממוקדת מטופל (Schultz & McDonald, 2014).

תפקיד תיאום טיפול בישראל חיוני במיוחד, לנוכח הצורך לפתח מנגנונים להסדרת הממשק בין גורמי הטיפול השונים בגיל הרך. ממצאי הביקורת שעלו בדו"ח מבקר המדינה בנושא טיפולים בגיל הרך משנת 2016 מצביעים על פגיעה ממשית באספקת שירותי התפתחות הילד, הנגרמת כתוצאה מפיצול האחריות בתחום זה בין משרד הבריאות, קופות החולים, יחידות ומכונים להתפתחות הילד בבעלויות שונות (למשל, של עמותות או של רשויות מקומיות), משרד החינוך, משרד הרווחה, עמותות, רשויות מקומיות ומטפלים פרטיים. נקודות התורפה של מתכונת טיפולים כזאת הן הממשקים שבין הגורמים, הפגיעה ברצף הטיפולי הנדרש והבירוקרטיה המוטלת על משפחות הילדים המבקשות לממש את זכאותן.

לפיצול האחריות בין גורמי בריאות שונים בגיל הרך יש כמה משמעויות; ראשית, קופות החולים חותמות על הסכמים עם יחידות התפתחותיות בקהילה ועם מכונים להתפתחות הילד, בנוגע למתן חלק מהשירותים, ואת חלקם הן מעניקות בעצמן. עניין זה מאלץ את ההורים לפצל את הטיפולים לילדיהם בין כמה ספקי שירות – דבר הפוגע ברצף הטיפול. שנית, העברת המידע בין הגורמים המטפלים הוא נושא רגיש ולוקה בחסר – דבר הפוגע בהשגת מטרות הטיפול. שלישית, יחידות ומכונים נקלעים למצוקה כלכלית ונסגרים – עובדה הגורמת לצמצום הנגישות והזמינות של השירותים. רביעית, ישנו מחסור במטפלים בשירות הציבורי, מה שמביא לזמני המתנה ממושכים מאוד. דו"ח משנת 2021 של מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא מטפלים במקצועות הבריאות (בעבר נקראו מקצועות פרה-רפואיים) כגון ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ותזונה, חושף כי בנוסף לפיצול הקיים במערכת הבריאות הציבורית, ישנו גם פער בין התקינה לאיוש המשרות במקצועות הבריאות הללו. המסמך מלמד כי כ-46% מהתקנים בתחום קלינאות התקשורת במערכת הבריאות הממשלתית אינם מאוישים, וכך גם כ-37% מהתקנים בתחום הריפוי בעיסוק וכ-29% מהתקנים בתחום התזונה. פערים אלו תורמים לזמני ההמתנה הארוכים לתורים במערכת הבריאות הציבורית, שכן ישנם מעט מטפלים המספקים שירות למטופלים הזקוקים לכך. בגיל הרך, כל דחייה של מועד הטיפול עשויה להיות קריטית להתפתחותו של הילד ולגרום השלכות ארוכות-טווח. נוסף על כך, גדל הסיכוי שאוכלוסיות מבוססות יבחרו לשלם מכיסן על טיפול מהיר במערכת הבריאות הפרטית, ואילו אוכלוסיות במצבי סיכון ינשרו מההליך הטיפולי.

בדו"ח נוסף שהתפרסם בשנת 2021 מטעם משרד ראש הממשלה ונכתב בשיתוף עם משרדי האוצר והבריאות, נבחנו פערי כוח האדם במקצועות הבריאות. דו"ח זה התמקד במקצועות הפיזיותרפיה, קלינאות התקשורת והריפוי בעיסוק, ובמסגרתו חושב הפער בבעלות רישיון לעסוק במקצועות הבריאות השונים, כאחוז מתוך כלל הביקוש לבעלות רישיון בשירות הציבורי. הממצאים מעידים על פער של 24% בתחום הפיזיותרפיה, 34% בתחום קלינאות התקשורת ו-35% בתחום הריפוי בעיסוק. כמו כן, חושבה תחזית הפערים הצפויים בעתיד, וזאת באמצעות מודל היצע וביקוש מבוסס נתונים, שמהווה תחזית לשנים 2020-2035. בפרט, חושבה תחזית הפער בין סך הביקוש לכוח אדם במקצועות הבריאות ובין ההיצע במושגי מספר בעלות רישיון לעיסוק במקצוע. המסקנה העיקרית הייתה שבטווח הארוך צפוי הפער להתעצם בכל אחד ממקצועות הבריאות – עובדה המחזקת את הצורך בהתערבות משמעותית בעת הזאת.

ישנה מורכבות רגשית, לוגיסטית ובירוקרטית הכרוכה כיום בניהול ההליך הטיפולי של ילדים בגיל הרך.

ההמלצות בדו"ח מבקר המדינה (2016) העוסק בבריאות בגיל הרך מתייחסות ישירות לצורך בשינוי הממשק שבין גורמי הבריאות על מנת להקל בקשיים אלו: "הנזקים הנגרמים עקב פיצול האחריות על אספקת שירותי התפתחות הילד מחייבים את משרדי הבריאות, החינוך והרווחה, את קופות החולים ואת יתר הגורמים המספקים שירותים לשקול לאגם את המשאבים המיועדים לטיפולים הפרה-רפואיים, מכוח חוק ביטוח בריאות, חוק חנ"ם וחוק מעונות יום שיקומיים. איגום המשאבים יאפשר הקצאה יעילה ושוויונית של המשאבים וניצולם, שמירת הרצף הטיפולי והקלת הנטל הבירוקרטי הכרוך בניסיון למצות את סלי הטיפולים. על קופות החולים ומשרד הבריאות לבחון באופן כולל את היקף התופעה של אי-ניצול סל השירותים, בנושא טיפולים פרה-רפואיים, על-ידי הילדים הזכאים להם; הדבר יצמצם את הנטל הכלכלי המוטל על הורי הילדים. על המשרד בשיתוף קופות החולים, לקבוע מתכונת לקיום קשר מקצועי רציף בין המטפלים הפרטיים ובין יתר הגורמים המטפלים, וכן לקבוע גורם מתאם ומתכלל בקופת החולים שבה מבוטח הילד שיופקד על עניין זה. על המשרד גם לבחון את הבעיות העקרוניות שעוררו החוזרים משנת 2010 ומשנת 2013 בנושא השירותים בתחום התפתחות הילד, זאת כדי להביא לקיצור זמני ההמתנה לטיפולים לילדים ולהבטיח שכל הילדים יקבלו במועד הנדרש את הטיפולים שהם זכאים וזקוקים להם, ללא תלות ביכולות הכלכליות של הוריהם".

תפקיד תיאום הטיפול מהווה צעד ראשון וחשוב במימוש המלצות אלו, הלכה למעשה. תיאום טיפול לא ישנה אומנם את המבנה המפוצל של שירותי הבריאות בגיל הרך, או את הפער בין התקינה לאיוש המשרות המתבטא בעומס ובתורים ממושכים. אולם, בכוחו לסייע להורים, במיוחד לאוכלוסיות החיות במצבי סיכון ועוני, לנווט את דרכם בתוך מערכת סבוכה, עמוסה ומפוצלת זו. ראשית, בכוחו של תיאום טיפול לסייע משמעותית בהתמודדות עם הקושי הבירוקרטי והלוגיסטי הכרוך בהתנהלות מול מערכת בריאות מורכבת ומפוצלת. שנית, בהיות מתאם הטיפול דמות קבועה שההורה יכול לעמוד עימה בקשר רציף, בכוחו לספק תמיכה רגשית ולסייע בתהליך השחק של ניהול התהליך הטיפולי. לבסוף, בכוחו לספק להורים מידע משמעותי – הן בהבנת זכויותיהם והן בהבנת האופן שבו ניתן להתנהל מול גורמי הבריאות השונים בצורה מיטבית. מנקודת ראות של המערכת, בכוחו של מתאם הטיפול לבצע בקרה, לוודא שהילד והוריו הגיעו לטיפולים ולבדוק אם דרוש המשך טיפול. כך, ביכולתו של מתאם הטיפול להקטין את הסיכון לנשירה מההליך הטיפולי ולהגדיל את הסיכוי לקבלת טיפול מותאם ב"חלון ההתפתחותי" של הילד.

ד.2. הגדרת תפקיד תיאום הטיפול בגיל הרך

ליבת התפקיד של תיאום הטיפול בגיל הרך היא להבטיח תהליך טיפולי הולם, רציף ומקצועי עבור כל הילדים הזקוקים לו, על מנת שיקבלו אבחון וטיפול בשלב מוקדם ככל האפשר, וללא קשר למעמדם הסוציו-אקונומי, מוצאם ומקום מגוריהם. תיאום הטיפול מהווה נקודת קשר וחיבור בין שירותי הבריאות השונים לילד ולמשפחתו, המסייע למשפחה להבין אילו ספקי שירות בתחום הבריאות בגיל הרך עומדים לרשות הילד ומשפחתו, לאילו טיפולים הן זכאות ומהו ההליך הנדרש, וכן להוציא לפועל את התהליכים הנדרשים על מנת להגיע לטיפול, הלכה למעשה. לבסוף, היווצרותה של רשת תיאום טיפול בארגונים ובמוסדות בריאות שונים עשויה לצמצם את החפיפה או את היעדר התיאום בשירותים המסופקים לילד ולמשפחתו, ולקדם את הסדרת הממשק בין גורמי הטיפול השונים בגיל הרך.

ליבת תפקיד תיאום הטיפול בגיל הרך

להבטיח תהליך טיפולי הולם, רציף ומקצועי עבור כל הילדים הזקוקים לו.
להוות נקודת קשר וחיבור בין שירותי הבריאות לילד ולמשפחתו.
להוציא לפועל את כל התהליכים שהוסכמו על-ידי הגורמים המעורבים בטיפול בילד.
לצמצם חפיפה והיעדר תיאום בשירותים המסופקים לילד ולמשפחתו

הספרות בתחום תיאום הטיפול מציעה מגוון הגדרות לתפקיד (Siraj & Siraj, 2009), ובהן מנהל מקרה (Case manager), עובד מפתח (Key worker) ועובד מקשר (Link worker). ניהול מקרה (Case management) משמש לעיתים תכופות כמושג חלופי לתיאום הטיפול, אולם מבחינה רעיונית הוא שונה. בעוד תיאום טיפול מוגדר כמושג רחב, מנהל המקרה מוגדר כמנהל בתהליך של מחלה ספציפית כמו סוכרת, סרטן או שיתוק מוחין, ולעיתים קרובות הוא מתמקד בהקצאת משאבים מוגבלים לחולה ספציפי (Taylor, Machta, Meyers, 2013). ברפואת ילדים, תיאום הטיפול נוגע במקרים בעלי רמות גבוהות של מורכבות רפואית, והוא נועד לאפשר חיבור בין בני המשפחה, הגורמים המטפלים וגורמים התומכים בקהילה – על מנת להעניק לכל משפחה עזרה וליווי המותאמים לצרכיהם, תוך הבטחת בריאות המשפחה והילד. האקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים אימצה את הגדרתם של אנטונילי, מקאליסטר, ופופ (Antonelli, McAllister & Popp, 2009) לתיאום טיפול בילדים כממוקד מטופל ומשפחה, מבוסס על עבודת צוות ומכוון לענות על צרכיהם של ילדים ונוער, תוך שיפור יכולות הענקת הטיפול של משפחות.

יישום תיאום טיפול בגיל הרך נותר מאתגר, ובייחוד עבור ילדים בעלי מורכבות רפואית גבוהה, מכיוון שנדרשות הן הכשרה מקיפה של אנשי צוות והן מעורבות משפחתית גבוהה (Kou et al, 2018). זהו תפקיד הדורש מיומנויות קליניות, מנהליות וארגוניות. לאור זאת, עולה הצורך בהתייחסות הוליסטית ומורכבת למהות התפקיד בגיל הרך; תפקיד תיאום הטיפול מצריך זיהוי ואבחון פרואקטיבי, לצד רתימת כלל הגורמים המעורבים במערכות המקיפות את הילד. תיאום טיפול בגיל הרך נותן מענה לצרכים רפואיים, חברתיים, התפתחותיים, התנהגותיים, חינוכיים וכלכליים הקשורים זה בזה על מנת להשיג בריאות ואיכות חיים באופן האופטימלי.

תיאום טיפול בגיל הרך – תחומי אחריות מרכזיים

- א. סיוע בירוקרטי:** ליווי המשפחה בהתמודדות עם היבטים לוגיסטיים ובירוקרטיים, המונעים או מעכבים הגעה לטיפול.
- ב. תמיכה רגשית:** סיוע למשפחות בהתמודדות עם חסמים רגשיים, הקשורים למוסכמות חברתיות ותרבותיות.
- ג. ראייה כוללת:** העברת מידע ותיעודו, חיבור ושיתוף פעולה בין גורמי טיפול שונים ובקרה מערכתית.

ד.1.2. תחומי האחריות של תיאום הטיפול

א. ליווי המשפחה בהתמודדות עם היבטים לוגיסטיים ובירוקרטיים: אי-הגעה לטיפול של ילדים נובעת לעיתים קרובות מקושי של הוריהם להתמודד עם ההליך הנדרש, הכולל מילוי טפסים וקבלת אישורים, הגעה למכונים מרוחקים ממקום המגורים, המתנה ממושכת לתורים וקושי במיומנויות דיגטליות. היבטים אלו מקשים על כל משפחה, אך במיוחד על אוכלוסיות במצבי סיכון, אשר לעיתים קרובות נאבקות על הישרדות כלכלית, אינן דוברות עברית כשפת אם, מטפלות בילדים רבים ונסמכות על תחבורה ציבורית. תפקיד תיאום הטיפול כולל התמודדות גם עם החסמים הללו, למשל באמצעות סיוע בקביעת התורים ומילוי הטפסים, הסבר על אופן השימוש במערכות און-ליין וסיוע בהבנת אופן ההגעה לטיפול שנקבע. חשוב שהליך זה ייעשה באופן משתף ומעצים, למשל באמצעות הצעה לתאם את הפגישה ביחד. כמו כן, חשוב שיתבצעו מעקב ובקרה בנוגע להגעה של הילד לפגישה, ואם לא – לסייע בתיאום פגישה חלופית. כך למשל, מתארת זאת אחת האחיות אשר פועלת גם כמתאמת טיפול בתחנת טיפת החלב שבה מתקיים פרויקט "ש.ח.ר", שבמסגרתו ניתנים שירותי מקצועות הבריאות בתוך טיפת החלב:

"לפני שהפרויקט יצא לדרך, היה צוואר בקבוק בקופת החולים וזמני ההמתנה היו ארוכים – בין שבעה חודשים לשנה. לפעמים, עד שהילדים הגיעו לטיפול הם כבר עברו את גיל שלוש, ולכן לא יכלו לקבל אותם. הם הופנו למסגרות עירוניות, שגם שם זמני ההמתנה ארוכים. הרבה ילדים הלכו לאיבוד, גם בגלל זמני המתנה וגם בגלל חוסר ניידות של ההורים כאשר הטיפול ניתן במקום מרוחק מהבית. יותר מ-85% מהאוכלוסייה שמגיעה לטיפת החלב שלנו מטופלים ברווחה בשל בעיות כלכליות קשות, אנשים שחיים בעוני. זו הייתה משימה לא פשוטה עבורם לממן את הנסיעות לטיפולים, או למצוא מישור שיסיע אותם. היום, אחרי שהתוכנית יצאה לדרך, הזמינות הרבה יותר גבוהה. זמני ההמתנה לא עולים על יותר משבועיים-שלושה שבועות, כך שלעומת מה שהיה אנחנו במצב טוב מאוד"

ב. התמודדות עם חסמים רגשיים וסוציאליים המונעים הגעה לטיפול: אחת הסיבות המרכזיות שילדים בגיל הרך אינם מגיעים לטיפול היא חסמים רגשיים שעשויים להתעורר ביחס לטיפול בקרב הוריהם. למשל, חשש מסטיגמה שעשויה להתעורר אם יגלו שהילד בטיפול, חשש שגורמי הטיפול ייקחו את הילד מהמשפחה ואמון נמוך במערכות הציבוריות. לכן, תפקיד תיאום הטיפול נשען על יחסי אמון עם ההורים ועל ליווי של התהליך הטיפולי על כל שלביו, תוך התמודדות עם החסמים שעשויים לעכב או למנוע אותו. כך מתארת זאת, למשל, אחת ממתאמות הטיפול בטיפות החלב שהשתתפו בפרויקט הפיילוט:

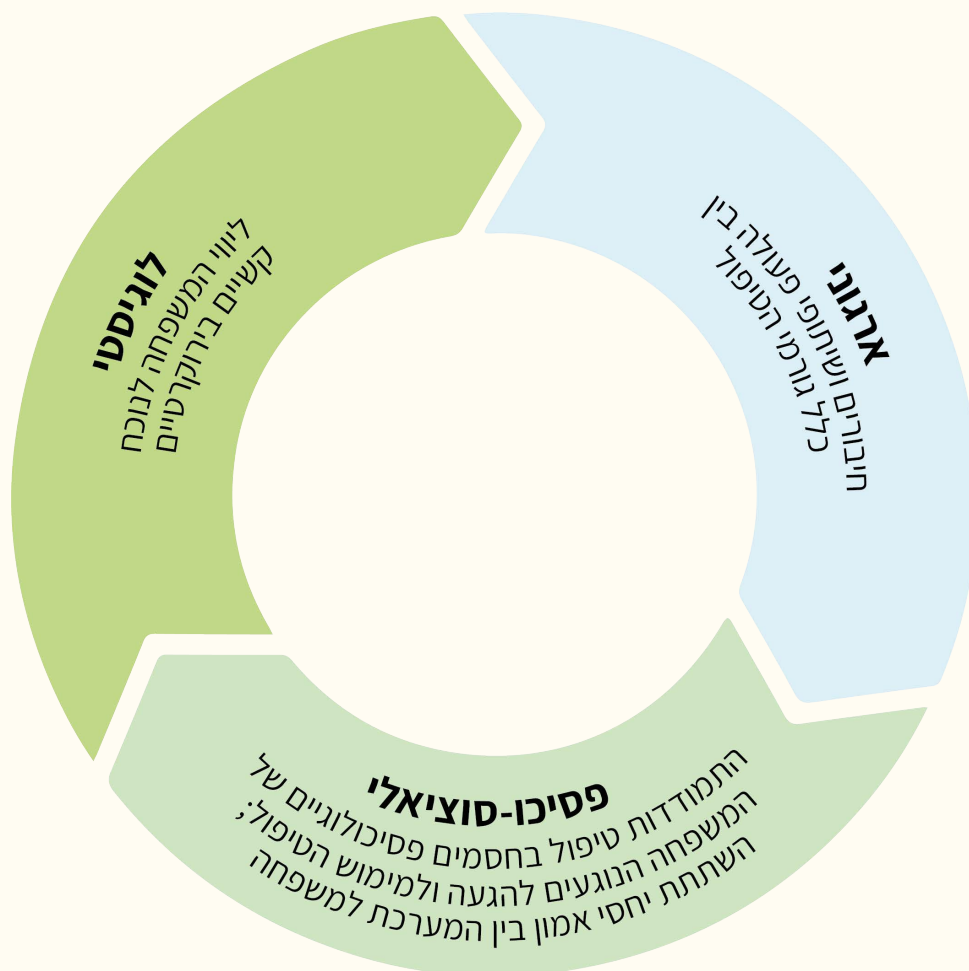
"גם כשהאבחונום והטיפולים זמינים ונמצאים בטיפת החלב ליד הבית, לא תמיד מנצלים אותם. סיבה אחת לכך היא מידת הפניות של ההורים, שעסוקים בהישרדות יום-יומית. לפעמים זה גם עניין תרבותי שגורם לכך שלא פונים לקבל עזרה. חלק מההורים מפחדים מהסטיגמה שלפיה כשהילד צריך טיפול זה מעיד על המשפחה כולה. עם זאת, אני מאוד אופטימית, כי הצוות עצמו עושה הכול כדי להסביר להורים שמעבר לזה שזה חשוב, ונמצא כאן קרוב, הטיפול ייתן איכות חיים אחרת גם להם וגם לילדים. אני מאמינה שברגע שחלק מהמשפחות בקהילה יחוו הצלחה, זה יעבור מפה לאוזן, ואנחנו נהיה במקום אחר. זה פשוט עניין של זמן"

ג. ראייה כוללת – העברת מידע, חיבור ושיתוף פעולה בין גורמי טיפול שונים: משפחה הפונה לקבלת טיפול עבור הילד פוגשת מערכת מפוצלת ומורכבת, הכוללת ארגונים שונים, ובהם תחנות טיפות החלב, קופות החולים, מרכזים לגיל הרך, גורמי עירייה וממשלה ומכונים מקצועיים. בשל ריבוי גורמים, עשוי להיווצר מצב של "נפילה בין הכיסאות" של הילד. על מנת לסייע למשפחה להתמודד עם אתגר זה, תפקיד תיאום הטיפול כולל יצירת שיתופי פעולה הדוקים, אשר יאפשרו תיאום מרבי בין הגורמים השונים סביב הילד ומשפחתו. כך, מקדם/ת הטיפול מחזיק/ה בראייה כוללת ודואג/ת לחבר ולקשר בין כלל הגורמים השונים המטפלים בילד, על מנת להבטיח טיפול מקצועי ומהיר, תוך מזעור כשלים בירוקרטים לאורך הדרך. נוסף על כך, כאשר נוצרת רשת של תיאום טיפול, היא מאפשרת לא רק ראייה הוליסטית באשר לכל אחד מהילדים, אלא גם דיאלוג מקצועי ולמידה הדדית. כך למשל, מתארת אחות טיפת חלב המשמשת מתאמת טיפול בפרויקט הפיילוט את התועלת של השוות המשותפת עם אנשי מקצועות הבריאות בתוך תחנת טיפת החלב:

איור 3: ממדי התפקיד של תיאום הטיפול בגיל הרך

"ההתנהלות החדשה מאוד תורמת גם לנו, האחיות. אנחנו יושבות כאן עם כל נשות המקצוע, מתייעצות איתן, שומעות כל מיני טיפים בהדרכה של האם. אנחנו מאוד עסוקות אבל שמחות להשתתף בתהליכי הייעוץ להורים – זה מעשיר אותנו מקצועית. אני לא אוותר על הנוכחות שלהן כאן"

ד.3. רשת בין-ארגונית של תיאום הטיפול



על מנת לאפשר זיהוי, אבחון וטיפול מהיר ומיטבי בגיל הרך, יש צורך ביצירת מערכת שירותים נגישה ורגישה עבור ההורים, שבה משתתפים גופים שונים: טיפות החלב, קופות החולים, מערך השירותים העירוניים ומרכזי הטיפול בקהילה, המגר"ם ומרכזי בריאות הנפש לגיל הרך. פריסת רשת שחקנים זו נועדה להבטיח שמשפחות וילדים לא ייפלו בין הכיסאות, ולאפשר לכל דלת שבה משפחה תיכנס לקבל את המענה הראוי. במילים אחרות, לא משנה לאיזה גורם תגיע המשפחה – אותו הגורם יידע להפנות אותה למקום המתאים בתוך מערך השירותים. על מנת להבטיח תיאום מיטבי בין הגורמים השונים, בכל אחד מהם ימונה מתאם טיפול. ליבת התפקיד של מתאמי הטיפול זהה בכל הארגונים, אולם בכל אחד מהם ישנם דגשים ייחודיים, שאותם נפרט להלן.

תפקיד תיאום הטיפול טומן בחובו הן היבטים מקצועיים הקשורים להבנה בסיסית של קשיים התפתחותיים בגיל הרך ויצירת דיאלוג מיטבי עם המשפחה, והן היבטים לוגיסטיים, אדמיניסטרטיביים ובירוקרטיים – הקשורים לתיאום תורים, למילוי מסמכים ולהנפקת אישורים נדרשים. במסגרת פרויקט הפיילוט הוגדרו אנשי המקצוע המקצועיים ביותר לתפקיד תיאום הטיפול, במטרה לשמור על רמה גבוהה ככל האפשר. אולם, הניסיון מלמד כי אנשי המקצוע בתחומי הבריאות מעדיפים להקדיש את זמנם להיבט הטיפולי בעבודתם, ולרוב לא יכולים או לא מעוניינים לעסוק בהיבט האדמיניסטרטיבי והבירוקרטי של תיאום הטיפול. במצב אידיאלי, משפחה הנמצאת בטיפת חלב או ביחידה התפתחותית וזקוקה לאישור או לתור בקופת החולים, תסדיר אותו לפני שהיא יוצאת חזרה לביתה, כך שהצעד הבא בתהליך הטיפול מעוגן ומוסדר. אולם, בשל הממשק הבין-ארגוני הנדרש, זהו צומת קריטי שבו משפחות רבות נושרות מההליך הטיפולי, וחשוב לגבש פתרון לכך.

במהלך פרויקט הפיילוט עלו שני פתרונות אפשריים: הראשון – הקצאת שעות אדמיניסטרציה ייעודיות לתיאום טיפול. בתחנות טיפות החלב, למשל, הוקצו לצורך כך שעות נוספות לאחיות, אך כאמור הן אינן מעוניינות בהן. ניתן לבדוק את האפשרות להסב תקציב זה, שאינו מנוצל בפועל, לשעות שבהן מועסק איש אדמיניסטרציה העוסק בהיבט הבירוקרטי של תיאום טיפול בטיפות החלב. פתרון אפשרי נוסף הוא הקצאת שעות התנדבות של שירות לאומי לצורך תיאום הטיפול. תקן זה יכול להיות גמיש, כך שמתנדבי השירות הלאומי נמצאים בימים שונים בשבוע בתחנות טיפות חלב שונות ברחבי העיר, בהתאם לצורך. מתנדבים אלו יוכלו לסייע למשפחות ביצירת קשר עם קופות החולים לצורך תיאום התורים הנדרשים, למלא טפסים נדרשים ואף להבין איך להתנייד למקום שבו נקבע התור. כך, יוכלו המתנדבים לגשר על הפער הבין-ארגוני ולסייע למשפחות להסדיר את הצעד הבא בתהליך הטיפולי.

ד.1.3. תיאום טיפול בטיפות החלב

תפקיד תיאום הטיפול בתחנות טיפות החלב יאויש על-ידי אחות, אשר נפגשת עם הילד והמשפחה והיא בעלת ידע בתחום ההתפתחות והבריאות. כמו כן, יש צורך לסייע למשפחות להתמודד עם ההיבט הבירוקרטי של הסדרת הטפסים והתיאומים הנדרשים. ניתן למנות לתפקיד זה אחות ומזכירה אשר יחלקו ביניהן את האחריות על אספקטים שונים בתהליך. לחלופין – אחות בעלת הבנה טובה של המערכות הבירוקרטיות ומוכנות לקחת חלק פעיל בתיאום הפגישות ובהגעה אליהן. ראיונות עם אחיות שהתקיימו במהלך פרויקט הפיילוט העידו כי מרבית האחיות אינן מעוניינות בשעות נוספות לעיסוק בפן הבירוקרטי. לכן, מומלץ לבחון כיצד ניתן להמיר את המשאבים שהוקצו לכך לצורך תשלום לשירותים של מזכירה בהיבט הליווי הבירוקרטי למשפחות. מפרויקט הפיילוט עולה בבירור כי נוכחותה של מזכירה מנוסה וסבלנית תאפשר ללוות את ההורים בפנייה אל קופות החולים לצורך תיאום הליך האבחון וקבלת טופס 17 הדרוש להמשך טיפול, ובעלת יכולת להקטין מאוד את הנשירה המתרחשת בשלב זה של התהליך, שבמהלכו כ-60% מהמשפחות נושרות – כך לפי נתונים שהתקבלו מעמותת פ.ש.ר. במסגרת פרויקט הפיילוט. בשל תפקידן כגורם מאתר ומפנה, הקשר של מתאמות הטיפול בתחנות טיפות החלב עם מתאמות הטיפול בקופות החולים הוא בעל חשיבות רבה.

תיאום הטיפול בטיפות החלב – משימות מרכזיות

- איתור חסמים משפחתיים, כלכליים או תרבותיים, העלולים למנוע המשך אבחון וטיפול.
- מתן הסבר למשפחה בנוגע להליך הנדרש על מנת להגיע לאבחון ולטיפול, ומחשבה על פתרונות שיקלו את ההתמודדות עם החסמים שזוהו.
- ליווי המשפחה בפנייה אל הגורם המאבחן והעברת מסמכים רלוונטיים, וידוא של קביעת פגישת האבחון הנדרשת. כמו כן, מאמץ יזום למניעת נשירה בשלב רגיש זה, שבו מתרחש מעבר בין-ארגוני מתחנת טיפת החלב לקופת החולים או ליחידה העירונית, באמצעות:
 - ליווי ההורים ביצירת קשר עם מתאמת הטיפול בקופת החולים.
 - העברת מידע או טופס הפניה למתאמת באשר לאופי האבחון הנדרש.
 - וידוא של תיאום התורים הנחוצים על-ידי מתאמת הטיפול בקופת החולים, או ביחידה העירונית, בהקדם האפשרי.
- העברת מידע למתאמת הטיפול בקופה בנוגע לחסמים משפחתיים, כלכליים או תרבותיים שזוהו ואשר עלולים למנוע המשך אבחון וטיפול, וחשיבה משותפת על אפשרויות להסרתם.

תיאום טיפול בטיפות החלב – מיומנויות נדרשות

- מיומנויות תקשורת בין-אישית מיטיבה.
- יכולת זיהוי מצבים פסיכו-סוציאליים מורכבים, בהקשר המשפחתי והסביבתי של הילד.
- רגישות ויכולת התאמה תרבותית ויצירת אמון בעבודה למול משפחות.
- דוברת יותר משפה אחת (כגון רוסית וערבית) – יתרון.
- יכולת תיווך בין צורכי הילד והמשפחה לקופת החולים.
- הבנת ההליך הבירוקרטי הנדרש בקופות החולים.
- יכולת עבודה עם ממשקים טכנולוגיים.

ד.3.2. תיאום הטיפול בקופות החולים

תפקיד תיאום הטיפול בקופות החולים כולל ליווי של המשפחה לאורך כל שלבי התהליך, תוך סיוע בהתמודדות עם חסמים בירוקרטיים ולוגיסטיים בהגעה לאבחון ולטיפול. ישנה חשיבות מיוחדת לסיוע למשפחות במילוי הטפסים הנדרשים, בתיאום הפגישות הטיפוליות, וכן במעקב ובבקרה להבטחת רציפות הטיפול. כך, תפקיד תיאום הטיפול בקופות החולים מצריך מומחיות – הן בעבודה רגישה עם המשפחות והן בהתנהלות הארגונית הפנימית של קופת החולים. מאחר שהמיומנויות הנדרשות כוללות הן בקיאות בפן הלוגיסטי והבירוקרטי והן עבודה רגישה לצורכי המשפחה, ניתן למנות לתפקיד זה עובד/ת סוציאלי/ת ומזכיר/ה אשר יחלקו באחריות לאספקטים שונים בתהליך, או מזכיר/ה בעל/ת מיומנויות אישיות מעולות ומוכנות לפעול לקידום קשר אישי עם המשפחה, או עובד/ת סוציאלי/ת המבין/ה היטב את המערכות הבירוקרטיות ובעל/ת מוכנות לקחת חלק פעיל בתיאום הפגישות ובהגעה אליהן.

תיאום הטיפול בקופת החולים – משימות מרכזיות

- מתן הסבר למשפחות בנוגע להליך הנדרש להגעה לאבחון ולטיפול ולאפשרויות שונות העומדות בפניהן.
- בדיקת אילוצים משפחתיים, כלכליים או תרבותיים, העשויים למנוע או לעכב הגעה לטיפול ובדיקת אפשרויות להסרת חסמים אלו.
- תיאום תור אצל רופא הילדים לצורך קבלת הפניה לאבחון בהקדם האפשרי ובהתחשב באילוצי זמן, תחבורה ופניות מצד המשפחה.
- תיאום תור אצל גורם מוסמך, לצורך אבחון בהקדם באפשרי ותוך התחשבות באילוצי זמן, תחבורה ופניות מצד המשפחה.
- ליווי ההורים בקבלת הפניות מתאימות ומתן הדרכה בנוגע לאפשרויות להקל בהליכים באמצעות שירותי און-ליין הניתנים בקופות החולים.
- יצירת קשר עם המשפחות לקראת מועד התור לאבחון או טיפול, על מנת לוודא שבכוונתן לממשו, ולסייע בהתמודדות עם חסמים שעלולים למנוע הגעה לתור שנקבע.
- יצירת קשר עם המשפחות לאחר מועד התור לאבחון או טיפול, על מנת לוודא שאכן הגיעו.
- אם התור לא מומש – חשוב לברר באופן לא שיפוטי מדוע, ולנסות למצוא פתרון שיסיר את החסם שמנע את ההגעה לתור שנקבע, ולתאם מועד חלופי בזמן או במקום שיהיה נוח יותר למשפחה, תוך סיוע בהתמודדות עם חסמים שעלולים למנוע הגעה לתור הבא שייקבע.
- אם התור מומש – יש לסייע בהסדרת ההליך שיאפשר המשך טיפול.

תיאום טיפול בקופות החולים – מיומנויות נדרשות

- שליטה בהליך הבירוקרטי הנדרש בקופות החולים ויכולת לקביעת תורים.
- גמישות מחשבתית והבנת ערוצי הפעולה האפשריים במסגרת קופות החולים.
- יכולת עבודה עם ממשקים טכנולוגיים ויכולת להדריך את המשפחה בשימוש בהם.
- מיומנויות בינאישיות מעולות, אכפתיות ורצון לסייע למשפחה.
- יכולת זיהוי מצבים פסיכו-סוציאליים מורכבים, בהקשר המשפחתי והסביבתי של הילד.
- רגישות ויכולת להתאמה תרבותית ויצירת אמון בעבודה מול משפחות.
- דובר/ת יותר משפה אחת (כגון רוסית וערבית) – יתרון.

ד.3.3. תיאום הטיפול ברשות המקומית

ברשות המקומית מתאפשרת ראייה רחבה ואסטרטגית של הילדים בגיל הרך, ובהתאם לכך תפקיד תיאום הטיפול קשור לטיוב הממשקים בין ארגוני בריאות שונים הפועלים המרחב העירוני. ישנם שני גורמים ברשות המקומית שיכולים לקבל על עצמם את תפקיד תיאום הטיפול. בחלק מהרשויות ישנה מנהלת גיל רך רשותית, בעלת ראייה כוללת ואסטרטגית של הגורמים השונים הפועלים בגיל הרך במסגרת הרשות המקומית ובשכונות – בין היתר בתחומי החינוך הפורמלי והבלתי פורמלי, הרווחה, הקהילה והפנאי. ביכולתה לחבר את תחום הבריאות לשאר השירותים בגיל הרך, ובכך להרחיב את מערך השותפות והנגישות של שירותי הבריאות להורים בקהילה ולקדם את המודעות לחשיבות הטיפול בגיל הרך ולשירותים הקיימים בעיר. לכן, למתאמות הטיפול הללו צריך להיות קשר הדוק במיוחד עם מתאמות הטיפול בכל שאר הארגונים. גורם נוסף הרלוונטי לתיאום טיפול הוא מחלקת הרווחה העירונית, ובפרט עו"ס לגיל הרך הקיימת בחלק מהרשויות. מחלקת הרווחה מתמחה בליווי משפחות במצבי סיכון, ולכן משמשת כתובת חשובה להתמודדות עם החסמים המונעים טיפול במשפחות אלו. כמו כן, ישנה מומחיות ייחודית בטרומה ובחירום.

תיאום טיפול ברשות המקומית – משימות מרכזיות

- פיתוח תפיסה אסטרטגית עירונית של בריאות בגיל הרך.
- מיפוי גורמי הבריאות השונים הפועלים בעיר והממשק שלהם עם גורמי חינוך, פנאי ורווחה.
- מיפוי צורכי התושבים בעיר בתחום הבריאות בגיל הרך והחסמים העלולים למנוע הגעה לאבחון ולטיפול.
- פתיחת ערוצי תקשורת, תיאום ועדכון בין התושבים לשירותי הבריאות, בינם ובין עצמם, ובינם ובין גורמים רלוונטיים בתחומים משיקים.

תיאום טיפול ברשות המקומית – מיומנויות נדרשות

- מיומנויות תכנון אסטרטגי.
- הבנה של תחום הבריאות בגיל הרך ושל מערכת הבריאות.
- היכרות עם צורכי אוכלוסיות שונות בעיר ומאפייניהן.
- יכולת עבודה והנעה של גורמים מגוונים.
- יכולת לנהל ערוצי תקשורת במרחב הממשי ובמרחב הווירטואלי.

ד.3.4. תיאום טיפול בשירותי התפתחות הילד

תיאום טיפול בהתפתחות הילד יכול להתרחש במקומות שונים: במכוני התפתחות, ביחידות התפתחותיות שונות ובמרכזים לגיל הרך (מג"רים), שבהם פועלות יחידות התפתחותיות. לתיאום הטיפול במג"ר יש תפקיד חשוב – הן באיתור ובהפניה של המשפחות להמשך טיפול, והן בקידום האפשרות למענים טיפוליים בסל התפתחות הילד בתוך המג"ר עצמו. עבור אוכלוסיות במצבי סיכון, הבסיס האוניברסלי שמציעים המג"רים, כמו גם תחנות טיפות החלב, מהווה נקודת כניסה מצוינת לקבלת שירותים שאינה סטיגמטית, וזאת בניגוד לשירותי הרווחה שעלולים ליצור בקרב האוכלוסיות הללו חשש ורתיעה. בדומה לתחנות טיפות החלב, תפקידה המרכזי של מתאמת הטיפול הוא לוודא שהמשפחות מבינות את ההליך הנדרש, ומתוך ההיכרות עימן לסייע להן לנווט את דרכן במערכת הבירוקרטית, תוך מציאת פתרונות לחסמים שעלולים למנוע או לעכב הגעה לטיפול. אם ניתן לקבל את שירותי האבחון או הטיפול ביחידה עצמה, חשוב לסייע למשפחות לבצע את הליך קבלת ההפניה המתאימה מקופת החולים אשר תאפשר זאת. לכן, למתאמי הטיפול הללו נדרש קשר הדוק במיוחד עם מתאמות הטיפול בקופות החולים.

תיאום-טיפול בהתפתחות הילד – משימות מרכזיות

- איתור חסמים משפחתיים, כלכליים או תרבותיים, העלולים למנוע המשך אבחון וטיפול.
- מתן הסבר למשפחה בנוגע להליך הנדרש, על מנת להגיע לאבחון ולטיפול, מחשבה על פתרונות שיקלו את ההתמודדות עם החסמים שזוהו.
- ליווי המשפחה בפנייה אל מתאמת הטיפול בקופת החולים, על מנת לקדם הליך שיאפשר קביעת תורים נחוצים לצורך הנפקת ההפניות והאישורים הנדרשים.
- יצירת קשר עם המשפחות לקראת מועד תורים שנקבעו ביחידה לאבחון או טיפול, על מנת לוודא שבכוונתן לממשו, ולסייע בהתמודדות עם חסמים שעלולים למנוע הגעה לתור שנקבע.
- אם יש ביטולים – יצירת קשר עם המשפחות ובירור באופן לא שיפוטי מדוע, תוך ניסיון למצוא פתרון שיאפשר את ההגעה לתור הבא שייקבע. חשוב לתאם מועד חלופי בזמן או במקום שיהיה נוח יותר למשפחה, תוך סיוע בהתמודדות עם חסמים שעלולים למנוע הגעה לאבחון או לטיפול.

תיאום-טיפול בהתפתחות הילד – מיומנויות נדרשות

- מיומנויות תקשורת בין-אישית מיטיבה.
- יכולת זיהוי מצבים פסיכו-סוציאליים מורכבים, בהקשר המשפחתי והסביבתי של הילד.
- רגישות ויכולת התאמה תרבותית ויצירת אמון בעבודה למול משפחות.
- דובר/ת יותר משפה אחת (כגון רוסית וערבית) – יתרון.
- הבנת ההליך הבירוקרטי הנדרש בקופות החולים.
- יכולת תיווך בין צורכי הילד והמשפחה לקופת החולים.
- יכולת עבודה עם ממשקים טכנולוגיים.

ד.3.5. תיאום טיפול בשירותי בריאות הנפש בגיל הרך

אחד המאפיינים של תיאום הטיפול במרכזי בריאות הנפש הוא קידום המודעות לחשיבותו של תחום זה בקרב אנשי המקצוע בגיל הרך ובקרב הגורמים העירוניים השונים, בפרט לאור הסטיגמה הקיימת סביב תחום בריאות הנפש והיעדר ידע באשר להשפעה ההדדית של היבטים פיזיולוגיים ונפשיים. תחום אחריות נוסף הוא סיוע למשפחות הזקוקות לטיפולים אלו להתמיד בהגעה אליהם. לכן, על מתאמי הטיפול בתחום בריאות הנפש להיות בקשר הדוק עם מתאמי הטיפול בקופות החולים ובמחלקת הרווחה.

תיאום הטיפול בבריאות הנפש לגיל הרך – משימות מרכזיות

- עידוד המשפחות להתמיד בטיפול, תוך התגברות על סטיגמות הקשורות לקבלת טיפול בתחום בריאות הנפש בגיל הרך.
- איתור חסמים תרבותיים, משפחתיים או כלכליים, העלולים למנוע המשך הגעה לטיפול וסיוע בהתמודדות עימם.
- ליווי המשפחה בפנייה אל מתאמת הטיפול בקופת החולים, על מנת לקדם הליך שיאפשר קביעת תורים נחוצים לצורך הנפקת ההפניות והאישורים הנדרשים.
- יצירת קשר עם המשפחות לקראת מועדי תורים שנקבעו ביחידה לאבחון או לטיפול, על מנת לוודא שבכוונתן לממשו, ולסייע בהתמודדות עם חסמים שעלולים למנוע הגעה לתור.
- במקרים של ביטולים – יצירת קשר עם המשפחות ובירור באופן לא שיפוטי מדוע, תוך ניסיון למצוא פתרון שיאפשר את ההגעה לתור הבא שייקבע. חשוב לתאם מועד חלופי בזמן או במקום שיהיה נוח יותר למשפחה, תוך סיוע בהתמודדות עם חסמים שעלולים למנוע הגעה לאבחון או לטיפול.

תיאום הטיפול בבריאות הנפש בגיל הרך – מיומנויות נדרשות

- מיומנויות תקשורת בין-אישית מיטיבה.
- יכולת זיהוי מצבים פסיכו-סוציאליים מורכבים, בהקשר המשפחתי והסביבתי של הילד.
- רגישות ויכולת התאמה תרבותית ויצירת אמון בעבודה עם המשפחות.
- ידיעת שפה נוספת (כגון רוסית או ערבית).
- הבנת ההליך הבירוקרטי הנדרש בקופות החולים.
- יכולת תיווך בין צורכי הילד והמשפחה לקופת החולים.
- יכולת עבודה עם ממשקים טכנולוגיים.

מסגרת 4: קווים מנחים לרשת תיאום הטיפול העירונית

ממשקי ליבה	משימות עיקריות	גורם המתאם את הטיפול	
רווחה, קופות החולים, יחידה עירונית	חיבור והפניה מתאימה דרך מתאמת קופת החולים או היחידה העירונית, בקשר הדוק עם הרווחה	אחות + מזכירה	טיפת חלב
- גורמים שונים בתוך קופת החולים: עו"ס, רופאי משפחה, התפתחות הילד - מתאמות הטיפול במכוני הטיפול השונים	- סיוע בסוגיות פסיכו-סוציאליות הקשורות בהגעה לטיפול - סיוע בהיבטים בירוקרטיים, כגון מילוי טפסים - מעקב אחר יישום הטיפול	עו"ס + מזכירה ותיקה	קופות חולים
כל גורמי הטיפול והחינוך בעיר: חינוך פורמלי ובלתי פורמלי, גורמי רווחה, קופות החולים, טיפות החלב	- חיבור בין גורמים שונים בעיר בתחום החינוך ובתחום הבריאות - מעקב ויידוע גורמים מקצועיים על בעיות המצריכות אבחון וטיפול (קופות חולים, תחנות טיפות חלב) - קידום אסטרטגיות של מעבר מידע בין הרשות לשחקנים השונים, לטובת רצף הטיפול	מחלקת הרווחה – עו"ס, מנהלת גיל רך רשותית	הרשות המקומית המקומית

ממשקי ליבה	משימות עיקריות	גורם המתאם את הטיפול	
מתאמי טיפול בעירייה, בטיפת חלב ובקופות החולים	• קידום אפשרויות של מענים שונים ומגוונים בתוך המרכז • ניהול שותפות וקידום מודעות בקרב גורמים עירוניים שונים על שירותים שניתנים	עו"ס או מזכירה	מרכזי התפתחות הילד
רופאי משפחה	• קידום אפשרויות של מענים שונים ומגוונים בתוך המרכז • העלאת מודעות והסברה בנושא בריאות הנפש בגיל הרך בקרב גורמים עירוניים ומקצועיים (כגון רופאים)	עו"ס או פסיכולוגית	מרכזי בריאות הנפש לגיל הרך

ד.4. מערך מתאמי טיפול לגיל הרך: צוות המלווה את המשפחה

מערך הקשרים בין מתאמי הטיפול יוצר יחד רשת שותפות ותיאום בין-ארגונית. נוסף על כך, מומלץ שלכל משפחה יהיה צוות מלווה של מתאמי טיפול מקופת החולים, הרווחה ותחנת טיפת החלב, שיפעל במתכונת דומה לזו של ועדות תכנון טיפול. צוות זה יוכל להחליט מי מוביל את הקשר עם המשפחה ועורך מעקב אחר הגעת הפעוט לטיפול, ויגדיר מי מספק לאותו גורם מוביל את התמיכה הארגונית והמקצועית הנחוצה לו.

מאפיינים לעבודה אינטגרטיבית אפקטיבית במערך תיאום הטיפול (Department for children, schools and families, 2007):

- תקשורת טובה – תקשורת זו כוללת פיתוח קשרים הדוקים בין גורמי המקצוע השונים ואת מחויבות הצוות לעבודה אינטגרטיבית.
- ניסוח והטמעה של עקרונות ברורים ובהירים, כגון הסכמי שותפות אסטרטגיים ופרוטוקולים. על אלה להיות מוטמעים ומועברים בקרב כל השותפים במגוון אמצעים. עקרונות לדוגמה: סודיות, מעורבות ויעוץ הצוות, הדרכה ופיתוח.
- שימוש במודלים, שפה ותוכנות אחידות – יש להשקיע זמן ומאמץ בהבנת השפה והטרמינולוגיה המשמשים שירותים שונים, ולנסות לנסח שפה משותפת בין כל הגורמים העובדים באינטגרציה בארגונים השונים. אחד המנגנונים המאפשרים שפה אחידה הוא אימוץ תוכנות עבודה ממוחשבות ספציפיות. על השפה להיות ברורה גם להורים לילדים בגיל הרך.
- שיתוף מידע – נמצא כמאפיין מרכזי בעבודה משותפת אפקטיבית. מאפיין זה כולל מנגנונים של שיתוף מידע בין הארגונים השונים, כמו גם בין גורמים טיפוליים תחת אותו הארגון.
- פיקוח, תמיכה והדרכה – תמיכה אפקטיבית מקצועית ואישית, הכוללת בין היתר תהליכי למידה של הצוותים השונים, בניית הכשרות מותאמות, זמינות למתן תשובות ותהליכי הפניה ומשוב.
- מעורבות הילד וההורה – מעורבותם של ילדים ומשפחות נמצאה כמניעה לעבודה אינטגרטיבית, מעניקה מוקד משותף ברור לאנשי מקצוע ומסייעת להניע ראייה הוליסטית של צורכי הילד ומשפחתו, על-ידי שמיעת דעתם ושיתופם בבניית תוכנית הטיפול.

ד.5. תפקיד תיאום הטיפול בצל הקורונה

משבר הקורונה אפשר להעביר חלק ממתן שירותי הבריאות בגיל הרך לפורמט דיגיטלי, דבר שלא היה מקובל עד אז. ייתכן ששירותים מקוונים אלו יאפשרו להתמודד עם בעיית הנגישות מכיוון חדש – באמצעות הפניית המשפחות לטיפול און-ליין, אשר עשוי להתגבר הן על בעיות לוגיסטיות הקשורות לנגישות ופניות, והן על התנגדויות פסיכו-סוציאליות הקשורות ללגיטימציה לקבלת הטיפול. לצורך ביצוע המעבר לטיפול מקוון, נדרש תיאום בין קופות החולים ליחידות שמספקות את השירות הטיפולי – משימה שיכולה להתבצע על-ידי מתאמי הטיפול בקופות החולים.

דגשים לתפקיד תיאום הטיפול בצל הקורונה:

- בתקופה זו ישנו צורך רב במיוחד במענים מתחום בריאות הנפש, הקשורים לשהות המשפחות יחד, במנותק ממערכות תמיכה רגילות ותוך התמודדות עם חרדה, עומס ומצוקה נפשית של ההורים. לכן, חשוב שממלאי תפקיד תיאום הטיפול יהיו מרקע טיפולי כגון עבודה סוציאלית או יעברו הכשרה מתאימה בהתמודדות עם תקופות חירום ומשבר.
- תקופה זו מתאפיינת בהישענות על פלטפורמה דיגיטלית בשלבי התהליך: איתור, אבחון, טיפול וכן בקרה על קבלתו, וגם התיאום בין הארגונים השונים המעורבים בתהליך נעשה באופן מקוון (ובהם קופות החולים, מג"רים, תחנות טיפות החלב, העירייה והתא המשפחתי). לכן, חשוב שממלאי התפקיד ישלטו בשימוש בפלטפורמות אלו וידעו להדריך את המשפחות בשימוש בהן.

דגשים מערכתיים לתיאום הטיפול בצל הקורונה:

- תקופה זו מעלה את הצורך בקידום בנייתן של מערכות מחשוב התומכות בתיאום הטיפול ומאפשרות מעבר מידע בין מתאמי הטיפול ברשת, באופן השומר על כללי האתיקה הרפואית. כדאי לערוך את אפיון הצרכים ועל בסיסו לפתח את ההגדרות הנדרשות ואת התשתית לפלטפורמה הדיגיטלית הנדרשת.
- בשעת חירום במדינת ישראל, עולה הצורך גם במענים לבריאות הנפש לגיל הרך. לשם כך יש להסדיר את השימוש בסל בריאות הנפש, לטובת מענים בגיל הרך. בפילוט זה, מרכז "שבילים" נתן מענה לצורך הגובר במענים לבריאות הנפש, בין היתר דרך ייזום שיחות לכל המטופלים, על מנת לבדוק כיצד ניתן לסייע לילד ולהוריו. כמו כן, המרכז העמיד קו טלפון לשעת חירום ונתן מענה לפניות חדשות שנוצרו לאור המשבר.

המודל העירוני לקידום בריאות בגיל הרך מושתת על שלושה מרכיבים עיקריים: אקו-סיסטם יישובי תומך התפתחות ילדים בגיל הרך, הכשרות בין-מקצועיות לאנשי ולנשות מקצוע בגיל הרך ויצירת רשת של מתאמי ומתאמות טיפול המסייעים למשפחה להגיע לטיפול ולהתמיד בו. לשילוב ייחודי זה תרומה משמעותית בכל רמת המעורבות בגיל הרך:

- **ברמת המיקרו (הפרט)** - מאפשר המודל העירוני את קבלת שירותי האבחון והטיפול בגיל הרך בקרבת הבית, דבר המסייע לתושבים להתגבר על חסמים גיאוגרפיים, כלכליים ולוגיסטיים המונעים מהם להגיע לטיפול במקומות מרוחקים. ההיכרות וההכשרה האינטר-דיסציפלינרית מאפשרות לאנשי ולנשות המקצוע בגיל הרך להיות רגישים יותר לבעיות התפתחות ולדעת לאן להפנות את המשפחה. לבסוף, רשת מתאמי ומתאמות הטיפול מסייעת למשפחה להתמודד עם היבטים בירוקרטיים, לוגיסטיים ורגשיים שעלולים למנוע או לעכב הגעה לטיפול, ואף לגרום לנשירה מההליך הטיפולי.

ברמת המזו (יחסי הגומלין) - שירותי הבריאות בקרבת מקום המגורים מאפשרים יצירת מפגש בלתי פורמלי של משפחות הסובלות מאותה הבעיה ויצירת קהילה תומכת. נוסף על כך, הימצאות שירותי הבריאות בקרבת מקום מאפשרת לאנשי ולנשות המקצוע לשלב במידת הצורך ביקורי בית - פרקטיקה שנמצאה כחשובה וכיעילה במיוחד בגיל הרך. לבסוף, רשת תיאום הטיפול מאפשרת יצירה של "one stop shop" וירטואלי, המאפשר למשפחה לקבל את הטיפול הנדרש, ולא משנה מאיזו "דלת" נכנסה המשפחה להליך הטיפולי - הגן, תחנת טיפת החלב, קופת החולים או המג"ר.

ברמה הקהילתית (חברתית-כלכלית) - המודל העירוני מאפשר השקעה ניכרת של משאבי בריאות בתוך גבולות העיר, ובהם - הקצאת תקן למתכללת עירונית בתחום הבריאות בגיל הרך, והגדרת תקציב ייעודי לפעילות בתחום הבריאות בעיר. לאחר מכן, נערך תהליך שמאפשר גיבוש תמונת מצב אסטרטגית בתחום הבריאות בגיל הרך בעיר; החל במיפוי התשתיות ובעלי העניין בעיר, דרך כינוסם לצורך מיפוי צרכים וקבלת החלטות משותפת, וכלה בפיתוח מדדים בתחום הבריאות (כגון אחוז הנשירה מההליך הטיפולי), המאפשרים מעקב מתמשך וגיבוש אסטרטגיה ארוכת-טווח. הנגשת שירותי הבריאות לתוך גבולות העיר וקיום הכשרה אינטר-דיסציפלינרית של אנשי ונשות המקצוע בגיל הרך ביססו והרחיבו את ההשקעה העירונית בתחום הבריאות. תשתיות אנושיות, ארגוניות וכלכליות אלו יאפשרו להמשיך בפיתוח העשייה העירונית בגיל הרך גם בתחומי בריאות נוספים, כגון תזונה ובטיחות.

ברמה התרבותית - המודל העירוני מאפשר לבסס פתרונות שמותאמים למאפיינים ולצרכים של אוכלוסיות שונות המתגוררות בעיר. הנגשת השירותים לתוך גבולות העיר מאפשרת לשים דגש על שילוב אנשי ונשות צוות המגיעים מאותו רקע תרבותי וחברתי של התושבים, ולספק מידע, הדרכות הורים ושירותי אבחון וטיפול מותאמים יותר. נוסף על כך, מיקום השירות בתוך מסגרות אוניברסליות שאינן מתויגות, כגון טיפות החלב והמרכזים לגיל הרך, מאפשר להפחית חששות וסטיגמות הכרוכות בקבלת הטיפול בגיל הרך.

ברמה המדינית-לאומית - מציע המודל העירוני נתיבים חשובים לפיתוח מערכת הקשרים ושגרות העבודה בין הרשויות המקומיות, משרד הבריאות וקופות החולים. הנגשת שירותי הבריאות למרחב העירוני ובניית רשת תיאום טיפול הצריכו ביסוס של תשתית בין-ארגונית, טכנולוגית ופרוצדורלית, שתאפשר להסדיר מחדש הליכים בירוקרטיים שעשויים לעכב את ההגעה לטיפול בגיל הרך. למשל, רענון מנגנון ההפניה לטיפול, הגדרת תקנים חדשים לתיאום טיפול והתקנת תשתית טכנולוגית משותפת המאפשרת קביעת תורים ומעקב. כך, קידום הבריאות במרחב העירוני פותח ערוצים חדשים לבניית מדיניות בין-ארגונית ארוכת-טווח, אשר מושתתת על הבנת המשמעויות של הגעה מוקדמת ככל האפשר לטיפול, הן ברמת הפרט והן ברמת החברה כולה.

ברמת השינוי לאורך זמן - מאפשרת ההשקעה בבריאות בגיל הרך ברמה העירונית התמודדות טובה יותר עם תמורות ושינויים הן ברמה האישית והן ברמה הקהילתית. קיומם של גורמי בריאות נגישים במרחב העירוני מספקת למשפחה כתובת יציבה וברורה במצבי משבר אישי, כגון מעבר דירה, קושי כלכלי או בריאותי. ברמה הקהילתית, הנגשת השירותים לצד ביסוס שגרות של מדידה והערכת צורכי הקהילה מאפשרות רגישות לצרכים משותפים בתקופות של משבר חברתי, כלכלי או בריאותי רחב. בזמן משבר הקורונה, למשל, מרכז "שבילים" נערך על מנת לתת מענה לצרכים רגשיים של הקהילה בעיר רמלה, באמצעות "קו חם" לתושבי העיר שילדיהם סבלו מלחץ, מבדידות ומחרדה, ואפשרות למתן טיפולים גם במתכונת מקוונת.

מסגרת 5: המודל העירוני על-פי מעגלי השפעה על התפתחות הילד

רשת מתאמי-טיפול	הכשרות בין- מקצועיות	אקו-סיסטם יישובי תומך התפתחות ילדים בגיל הרך	
ליווי אישי למשפחה, המאפשר התמודדות, תמיכה והעצמה	היכרות עם קשיי התפתחות וסיבות הפנייה לאבחון ולטיפול. היכרות בין נותני השירותים השונים בתחום התפתחות הילד, היכרות עם סל הבריאות מתחום התפתחות הילד	הפחתת חסמים גיאוגרפיים, בירוקרטיים, כלכליים ותרבותיים למשפחה	רמת הפרט (מיקרו)
ביסוס רשתות עבודה פורמליות בין אנשי ונשות המקצוע בארגונים שונים	שפה משותפת בין אנשי ונשות המקצוע מתחומי החינוך, הבריאות והרווחה	חיבורים קהילתיים, מרחבי מפגש בלתי- פורמליים	רמת יחסי הגומלין (מזו)
מתכללת עירונית המחברת בין גורמים שונים בעיר	שותפויות ורשתות לא פורמליות	השקעת משאבים עירוניים בבריאות	הרמה הקהילתית (חברתית- כלכלית)
רגישות תרבותית, הבנת חסמים פסיכו- סוציאליים המונעים הגעה לטיפול	שיח בין אנשי מקצוע מאוכלוסיות מגוונות, רגישות ומודעות	יצירת לגיטימציה לקבלת טיפול והתאמה תרבותית, במיוחד כשיש צוות מגוון	הרמה התרבותית
הסדרת תקנים של מתאמי טיפול ושגרות עבודה בין קופות החולים, טיפות החלב והרשות המקומית	הקצאת משאבים למהלכים אינטר- דיסציפלינריים	מדיניות המעודדת קדימות לטיפול על- פני בירוקרטיה בגיל הרך	הרמה הלאומית- אסטרטגית
סיוע בהתמודדות עם משבר והקלה בהליכים בירוקרטיים	תקשורת בין אנשי מקצוע בזמני משבר	שגרות מדידה ועבודה, כתובת קבועה במצבי שינוי	רמת השינוי לאורך זמן

- בן דוד נועה. (2018). הגיל הרך – הישגים ואתגרים בתחום פיתוח שירותים במדינת ישראל. עט השדה: כתב העת של מרכז ידע אשלים, ג'וינט ישראל, גיליון 19, עמ' 70-80.
- הלמ"ס (הלשכה המרכזית בסטטיסטיקה). (2017). רשויות מקומיות בישראל. ירושלים: המחבר.
- טרכטנברג, מ. (2019). 'היפוך הפירמידה' – חזון ומדיניות לגיל הרך בישראל. אוניברסיטת תל אביב ומוסד נאמן בטכניון.
- קרן, מ., הופ, ד., טיאנו, ס. (2012). זה לא יעבור עם הזמן? בריאות הנפש בשלוש השנים הראשונות לחיים. מודן הוצאה לאור.
- שורק, פידם-אלכיאט, בן-דורי גלבוע, לוי ורובל-ליפשיץ. (2019). מערך שירותים מיטבי ברשות המקומית לילדים בגיל הרך והוריהם. ירושלים: מכון מאיר-ס-ג'וינט-ברוקדייל.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333.
- Antonelli, R. C., McAllister, J. W., & Popp, J. (2009). Making care coordination a critical component of the pediatric health system: A multidisciplinary framework. New York: The Commonwealth Fund.
- Bair-Merritt, M. H., Jennings, J. M., Chen, R., Burrell, L., McFarlane, E., Fuddy, L., (2010). Reducing maternal intimate partner violence after the birth of a child: A randomized controlled trial of the Hawaii Healthy Start home visitation program. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(1), 16-23.
- Baradon, T., Broughton, C., Gibbs, I., James, J., Joyce, A., & Woodhead, J. (2005). *The Practice of Psychoanalytic Parent-Infant Psychotherapy: Claiming the baby*. East Sussex: Routledge.
- Bennett, C. (2011). A practical vision for early childhood education and care. Partner for government Sector Leader, Australia.
- Bernard, K., Yarger, H. A., Meade, E. B., Wallin, A., & Dozier, M. (2015). Enhancing sensitivity and positive regard among parents of children adopted internationally: Long-term effects from a randomized clinical trial. Unpublished manuscript.
- Bijou, S. W. (1975). Development in the preschool years: A functional analysis. *American Psychologist*, 30(8), 829.
- Bor, W., Dean, A. J., Najman, J., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 48(7), 606-616.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, (2nd Ed., Vol. 3, pp. 1643-1647). Oxford: Elsevier Sciences Ltd.
- Brewer, G., & Kakalik, J. (1979). *Handicapped children: Strategies for improving services*. New York: McGraw Hill.
- Cleveland, G., & Krashinsky, M. (2004). *Financing early learning and child care in Canada*. Canadian Council on Social Development.

- Cozolino, L. (2014). The neuroscience of human relationships: Attachment and the developing social brain (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
- Damasio, A. (2012). Neuroscience and psychoanalysis: a natural alliance. The psychoanalytic review, 99(4), 591–594.
- Davis, H., Day, C., & Bidmead, C. (2002). Working in partnership with parents: the parent adviser model. Psychological Corporation.
- Department for Children, Schools and Families (2007). Effective integrated working: Finding of the Concept of Operations study London, UK: Department for Children, Schools and Families.
- Dolto, F. (1980). Document de présentation de la Maison Verte. In M. Malandrin (Ed.), Une psychanalyste dans la cité. L'aventure de la Maison Verte (p. 135). Paris: Gallimard, 2009.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. Comprehensive psychiatry, 64, 59–66.
- Fraiberg, S., & Fraiberg, L. (1980). Clinical studies in infant mental health: The first year of life. Basic Books.
- Guthrie, G. P., & Guthrie, L. F. (1991). Streamlining interagency collaboration for youth at risk. Educational Leadership, 49(1), 17–22.
- Heckman, J. J. (2012). The developmental origins of health. Health economics, 21(1), 24.
- Heckman, J. J., & Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children. Applied Economic Perspectives and Policy, 29(3), 446–493.
- Heckman, J. J., Stixrud, J., & Urzua, S. (2006). The effects of cognitive and noncognitive abilities on labor market outcomes and social behavior. Journal of Labor economics, 24(3), 411–482.
- Heymann, S. J., & Earle, A. (1999). The impact of welfare reform on parents' ability to care for their children's health. American Journal of Public Health, 89(4), 502–505.
- Howe, M. L., Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2006). Children's basic memory processes, stress, and maltreatment. Development and Psychopathology, 18(3), 759–769.
- Johnson, K., & Rosenthal, J. (2009). Improving care coordination, case management, and linkages to service for young children: Opportunities for states (p. 2). National Academy for State Health Policy.
- Kaga, Y., Bennett, J., & Moss, P. (2010). Caring and learning together: A cross-national study on the integration of early childhood care and education within education. Unesco.
- Kandel, E. R. (2007). In search of memory: The emergence of a new science of mind. WW Norton & Company.
- Kardamanidis, K., Kemp, L., & Schmied, V. (2009). Uncovering psychosocial needs: Perspectives of Australian child and family health nurses in a sustained home visiting trial. Contemporary Nurse, 33(1), 50–58.
- Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2006). Early childhood interventions: Proven results, future promise. Rand Corporation.

- Katz, I., & Valentine, K. (2006). Lessons for Australia from the UK Sure Start Programme (SPRC Report 2/09). Report prepared for Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Submitted July.
- Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent–child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child development perspectives*, 8(1), 12–17.
- Knoke, D. (2009). Early childhood home visiting programs. CECW Information Sheet #73E. Toronto, ON, Canada: University of Toronto, Factor-Inwentash Faculty of Social Work.
- Kuo, D. Z., McAllister, J. W., Rossignol, L., Turchi, R. M., & Stille, C. J. (2018). Care coordination for children with medical complexity: whose care is it, anyway? *Pediatrics*, 141(Supplement 3), S224–S232.
- Lawson, H. A., Anderson–Butcher, D., & Barkdull, C. (2000). Evaluation of the Colorado, Nevada, New Mexico, and Utah design teams. In *New Century Child Welfare and Family Support National Conference*, Snowbird, UT.
- Lee, A., & Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of clinical child & Adolescent Psychology*, 38(2), 219–231.
- Lieberman, A. F., Silverman, R., & Pawl, J. H. (2000). Infant–parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed) (pp. 472–484). New York: Guilford.
- Lowell, D. I., Carter, A. S., Godoy, L., Paulicin, B., & Briggs–Gowan, M. J. (2011). A randomized controlled trial of Child FIRST: A comprehensive home–based intervention translating research into early childhood practice. *Child development*, 82(1), 193–208.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment–related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77–102.
- Moore, T.G. (2007). Building integrated early childhood and family support services: An outcomes–based approach. Plenary paper presented at Marymead Early Childhood Conference – What Works for Children: Bridging the Gaps – Canberra, 29–30 August.
- Moore, T. (2007). Supporting young children and their families: Why we need to rethink services and policies. Centre for Community Child Health.
- Moore, T., & Skinner, A. (2010). An integrated approach to early childhood development. A Benevolent Society Background Paper. Sydney, NSW: The Benevolent Society. DOI, 10, 50.
- Oberklaid, F., & Moore, T. (2007). Early Childhood Is Everybody's Business. *Melbourne Review: A Journal of Business and Public Policy*, The, 3(2), 44.
- OECD. (2019). Education at a Glance (various years): OECD indicators. OECD publishing.
- Olds, D. L., Sadler, L., & Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4), 355–391.
- Olsson, M., Druss, B. G., & Marcus, S. C. (2015). Trends in mental health care among children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, 372(21), 2029–2038.

- Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., Close, N., Mayes, L., & Slade, A. (2013).
- Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. *Journal of Pediatric Nursing*, in press.
- Rubel-Lifschitz, T., & Kazhdan, D. (2015). Managing Multicultural Collaborations in a Reality of Power Differences. In *Women's Voices in Management* (pp. 290–308). Palgrave Macmillan, London.
- Sadler, L. S., Slade, A., & Mayes, L. (2006). Minding the Baby: A mentalization-based parenting program. In J. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research*, 4, 187–244.
- Schultz, E. M., & McDonald, K. M. (2014). What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*, 17(1–2), 5–24.
- Shaffer, D.R., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: Childhood and adolescence*. Wadsworth/Cengage Learning.
- Silow-Carroll, S., & Hagelow, G. (2010). Systems of care coordination for children: lessons learned across state models. September 2010 issue brief. The Commonwealth Fund.
- Siraj-Blatchford, I., & Siraj-Blatchford, J. (2009). Improving development outcomes for children through effective practice in integrating early years services.
- Sweet, M. A., & Appelbaum, M. I. (2004). Is home visiting an effective strategy? A meta-analytic review of home visiting programs for families with young children. *Child development*, 75(5), 1435–1456.
- Taylor, E. F., Machta, R. M., Meyers, D. S., Genevro, J., & Peikes, D. N. (2013). Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *The Annals of Family Medicine*, 11(1), 80–83.
- Tourse, R. W., & Sulick, J. (1999). The collaborative alliance: Supporting vulnerable children in school. *Collaborative practice: School and human service partnerships*, 59–78.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1978). *Parents speak out: Growing with a handicapped child*. Columbus, OH: Merrill Publishing Company.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological bulletin*, 117(3), 387.
- Zeanah, C. H. (1996). Beyond insecurity: A reconceptualization of attachment disorders of infancy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), 42.



המרכז לגיל הרך ע"ש אהרון בר היחידה להתפתחות הילד



טופס הפניה למרכז ייעוצי-טיפולי "שבילים"

תאריך פנייה: _____

שם הילד: _____ שם ההורים: _____

ת' לידה: _____ כתובת: _____

ת"ז: _____ טלפון: _____

האם משולב במסגרת חינוכית? _____

גורם מפנה: (הורים/גן/מעון/רופא קופ"ח/טיפת חלב)

שם הגורם המפנה: _____ טלפון: _____

סיבת הפנייה: _____

תארו התנהגויות, אפיונים, או קשיים בקשר שבין ההורה לילד, אשר מדאיגים אתכם

תארו נקודות חוזק של הילד/ה

האם טופל/ה בעבר בתחום התפתחותי (ריפוי בדיבור/ריפוי בעיסוק/פיזיותרפיה)?

פרטו:

האם טופל/ה בעבר בתחום רגשי (טיפול פרטני/טיפול דיאדי/טיפול משפחתי/הדרכת הורים)?

פרטו:

* לצורך מענה מקיף ומיטבי, אנא העבירו דו"חות, אבחונים, טיפולים ומטפלים, אם יש בידכם.

* אנא העבירו את הטופס ואת המסמכים הנלווים לכתובת הדוא"ל: miri@ramla.muni.il