



תוכן עניינים

צוות שנות החיים הראשונות	
במשרד הבריאות	4
דבר מנכ"ל משרד הבריאות	6
דבר מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי	7
תקציר	8
למה דווקא שנות החיים הראשונות?	8
תמונת העתיד הרצויה	9
מסגרת המדיניות ומושאי המדיניות	9
תמונת ליבה באסטרטגיה	9
מפת האתגרים והשחקנים	11
א. רקע	12
על החשיבות של שנות החיים הראשונות	12
חשיבות ההשקעה	12
כדאיות ההשקעה	15
למידה מניסיון	18
ב. נתונים בנושא שנות החיים הראשונות	19
דבר האזרח(ית)	19
חלק ראשון: הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות	19
הקדמה: התייחסות יישובית	19
דבר האזרח(ית)	22
פריון בילודה	22
סקירה גיאוגרפית: מחוזות וקבוצות אוכלוסייה	27
תעסוקה	28
תעסוקת אימהות	29
ילדים בעוני ובסיכון	33
חלק שני: מדדי בריאות	34
תוחלת חיים בלידה	34
לידות מת	34

90	עקרונות
96	זירות
104	קהל היעד
801	מהו מדד שח"ר יישובי?
110	אתגרים בדרך ליישום
110	צעדים להמשך
112	רשימת מומחים מחוץ לצוות משרד הבריאות אשר תרמו מהידע והניסיון שלהם לגיבוש התפיסה האסטרטגית
112	בהזדמנות זאת נבקש להודות לכל השותפות והשותפים
114	תמונת העתיד בשנות החיים הראשונות – לימוד מהחברה האזרחית
115	מקצועות הגיל הרך במערכת הבריאות
116	מתווה אפשרי לקבוצות תמיכה טרום-לידה ובשנת החיים הראשונה
117	עירוניות, בריאות ושנות החיים הראשונות ברמלה ובלוד
123	רשימת מקורות

35	פגות
37	תמותת תינוקות
39	פטירת פעוטות
40	מניעה לפני הלידה
41	היפגעות בשנות החיים הראשונות
49	בריאות הנפש
52	משקל יתר
65	תת-משקל
58	תת-גובה
61	טיפות חלב
64	הנקה
65	צרכים מיוחדים
69	חלק שלישי: שירותי בריאות
69	חקיקה בנושא
71	חלק רביעי: המענים הקיימים
71	שירותי בריאות
75	טיפות חלב
77	מכונים ויחידות להתפתחות הילד
78	מרכזים לבריאות הנפש לגיל הרך
80	קופות החולים
80	משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים
81	משרד החינוך
84	ג. האסטרטגיה של משרד הבריאות בנושא שנות החיים הראשונות
84	מטרת-העל והיעדים
84	מטרות על
84	מטרות אסטרטגיות
85	זירות מרכזיות לקידום האסטרטגיה:
85	מדדים מתכללים: כיצד נדע שאנחנו בכיוון הנכון?
90	פירוט הפעולות

צוות שנות החיים הראשונות במשרד הבריאות

מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי:

אנה לרנר-זכות, נעמה רון, ד"ר שלומית אבני, ד"ר שגית ארבל-אלון, עדי בן מרדכי, פמלה הורוביץ, ד"ר אמה אברבוק, עמית שריר, אתי תורג'מן, ניר קידר, פולינה קמפינסקי.

שירותי בריאות הציבור:

פרופ' סיגל סדצקי, ד"ר רבקה שפר, ד"ר אודי קלינר, ניצה כהן, אילנה סטורמן, ניבה בסודו-מנור, שולי ברס.

המחלקה לאם, לילד ולמתבגר:

ד"ר ליזה רובין, אביבה אוליאל.

המחלקה להתפתחות הילד:

ד"ר הדר ירדני, טלי ניצני-ביטון, בתאל זמורה, אורנלה דכוור, אפנאן פרח, יעל שמעוני.

מינהל סיעוד:

ד"ר שושי גולדברג, ד"ר אלזה לבון, אסנת בראל.

האגף לתזונה:

פרופ' רונית אנדוולט, חווה אלטמן, עינת אופיר.

המחלקה לעבודה סוציאלית:

מלכה פרגר.

האגף לבריאות הנפש:

בלה בן גרשון, ד"ר רפי לטנר, ד"ר רחל מאור.

המחלקה לפיזיותרפיה:

איילה פרג, ד"ר טלי שחר-אשכנזי.

המחלקה לריפוי בעיסוק:

אורלי בוני, אורלי בר.

קלינאות תקשורת:

אורלי הרצברג.

היחידה לפסיכולוגיה:

גבי פרץ, אביגל מילסון-דגן.

בריאות השן:

ד"ר לנה נטפוב.

בריאות דיגיטלית:

רוני ספיר, ריקי נחמיה, דפנה לוין, שי-חיים פסח, רויטל חרמון, פאולינה פרידמן

תכנון, תקצוב ותמחור:

אופיר אביב, הדס ידגר, אורלי מלכה, שיר אברמיצקי, שי מעוז, אורן פרלסמן.

דבר מנכ"ל משרד הבריאות

שנות החיים הראשונות הן סוגיה מרכזית בתחומי העיסוק של משרד הבריאות. תקופה זו טומנת בחובה מגוון רחב של נושאים והזדמנויות רבות למפגשים בין האזרחים למערכת הבריאות: משלב תכנון ההיריון, דרך הלידה, הביקורים בטיפות החלב וההגעה לרופא הילדים. תוצאי הבריאות בשנות החיים הראשונות ישתקפו לאורך כל חייו של אדם. על כן, השקעה נבונה ונכונה בשנים אלו היא מפתח לעתידו האישי של כל אזרח ואזרח, וכן לבריאותה ולשלומותה של החברה כולה. חשיבות ההשקעה בשנות החיים הראשונות מתעצמת כאשר לוקחים בחשבון את הצורך לצמצם פערים בין קבוצות אוכלוסייה ולשפר את איכות חייהם של חבריהן.

שנות החיים הראשונות אינן משפיעות רק על בריאות: בריאות איתנה בגיל הרך נותנת את אותותיה בכול - בחינוך, ברווחה ועוד. על כן, אני מייחס חשיבות רבה לשותפות בין מערכת הבריאות למערכות מקבילות.

במסמך שלהלן מוצגת האסטרטגיה של שנות החיים הראשונות בבריאות כפי שגובשה בידי מגוון רחב של גורמים במשרד הבריאות ומחוצה לו ותוך היוועצות עם גורמי חברה אזרחית, עם נציגי הציבור ועם נציגיהם של משרדי ממשלה מקבילים. מדובר בתוכנית רב-שלבית המניחה את תפיסת העבודה בשנות החיים הראשונות עבור כלל המערכת. בין היתר, מציג המסמך לראשונה, סקירה כללית של כלל הנושאים הרלוונטיים לבריאות ולשלומות בשנות החיים הראשונות, דרך התייחסות לגורמים המשפיעים על בריאות - גורמים חברתיים, סביבתיים וגנטיים. ברצוני לברך את כלל הגורמים שעמלו רבות על הוצאת דוח זה, על גיבוש האסטרטגיה ועל יישומה בהווה ולעתיד.

בברכה,

משה בר סימון טוב
מנכ"ל משרד הבריאות

אנה לרנר-זכות
מנהלת תחום חדשנות

ד"ר שלומית אבני
מנהלת האגף לתכנון מדיניות

דבר מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי

אנו מתרגשות לפרסם מסמך זה, תוצר של עבודה שארכה כ-3 שנים.

מדובר בניסיון ראשון מסוגו לאחד:

את כלל המשימות

את הגורמים העוסקים בשנות החיים הראשונות לכדי חשיבה וגיבוש משותפים של חזון ותפיסה אסטרטגית בנושא

את הנתונים הקיימים על שנות חיים ראשונות בישראל

מסמך זה כולל שני חלקים מרכזיים. הראשון סוקר לראשונה את כלל הנתונים הרלוונטיים לבריאות בשנות החיים הראשונות. חלק זה מתייחס לכלל הגורמים לבריאות, ובהם גנטיקה, גורמים סביבתיים וגורמים חברתיים. החלק השני מתווה את מדיניות המשרד בכל הנוגע לשנות החיים הראשונות בכלל התחומים הרלוונטיים. בחלק זה מוצג מודל עבודה שפותח במשותף עם כלל יחידות המשרד העוסקות בשנות החיים הראשונות, והנוגע בין היתר, בהתפתחות הילד, בטיפות החלב, במודלים להכנה להורות, בהנגשת מידע, בהקלת הביורוקרטיה על ההורים ועוד. חלק מהמשימות המתוארות מצויות בשלבי יישום שונים, וחלקן עתידות להיכנס לשלבי יישום.

על הכנת מסמך זה עמלו צוותים רבים במשרד הבריאות ומחוצה לו, בין השאר במשרדי ממשלה מקבילים ובקרב עמותות וגופים בולטים בחברה האזרחית. ההמלצות בו גובשו וזוקקו במשך תקופה ארוכה, עד כדי הבשלה. ננצל הזדמנות זו להודות לכל שותפינו לדרך.

בברכה,

תקציר התפיסה

שנות החיים הראשונות הן המפתח לעתידו של אדם. בשנים אלו, מערכת הבריאות היא הגורם המוביל שלו יכולת ההשפעה המכרעת על ההתפתחות של אדם. השקעה בשנים אלו מצד מערכת הבריאות מאפשרת צמצום אי-שוויון בהזדמנויות לבריאות, לרווחה ולשלומות - ברמת הפרט והוגנות ושגשוג - ברמת החברה כולה.

הצהרת מדיניות – החוסן החברתי של ילדים בישראל

במטרה להשיא את רווחתם ואת בריאותם של ילדים, את איכות חייהם, את שלומותם ואת התפתחותם המיטבית בתחילת חייהם, תוך צמצום פערים, קידום הוגנות והבטחת הזדמנויות שוות לכל ילד, מערכת הבריאות תספק שירות אוניברסאלי ואינטגרטיבי לכלל הילדים בגיל הרך ולמשפחותיהם ותקצה תשומות ייעודיות לפרטים ולקבוצות שלהם צרכים נוספים.

למה דווקא שנות החיים הראשונות?

להשקעה בגילאים הצעירים יש ערך בריאותי, ערך חברתי וערך כלכלי. השקעה בהבטחת תנאי גדילה והתפתחות מיטביים של פעוטות ושל ילדים מסייעת במניעה של עיכובים התפתחותיים ושל תחלואה. היא תורמת תורמת לצמצום האי-שוויון בכלל ומשפרת את בריאותו העתידית של הפרט, כמו גם למימוש הפוטנציאל של כל פרט ופרט.

במערכת הבריאות ובמערכות המקבילות, קיימות פעילות ועשייה מצוינות בשנות החיים הראשונות לצד עשייה חסרה או בלתי-מספקת. אסטרטגיה כוללת בנושא, המוצגת במסמך זה, מבקשת להבטיח מדיניות לאומית סדורה, הוליסטית וקוהרנטית, שמאחוריה מחויבות חזקה להבטחת הזדמנות שווה לכל ילד בעתיד.

תמונת העתיד הרצויה

מערכת בריאות עשירה ומקיפה, חיונית ומגוונת, הפועלת באופן שיטתי, מתמשך ומותאם לצרכים שונים ומשתנים;

מערכת בריאות מונעת ומטפלת איכותית, המשיגה תוצאי בריאות, טיפול ושירות מצוינים לטובת ילדים ומשפחות לילדים בגיל הרך;

השגה של בריאות ורווחה מיטביות להורים ולילדים;

מערכת המגלה גמישות ביכולת להתאים עצמה לפרט או לקבוצה המקבלים את השירות והמספקת מנעד של מענים ואפשרויות בחירה להורים ולילדים.

מערכת הפועלת מתוך הכלת השונות וקבלה של אפשרויות מגוונות של "הורות טובה";

מערכת היוצרת ערך משמעותי למשפחות צעירות לאורך זמן ובזירות החיים השונות שלהם כפרטים וכקהילות;

מסגרת המדיניות ומושאי המדיניות

- מדיניות המוכוונת למניעה - השקעה ארוכת טווח וצופה פני עתיד;
- מדיניות הנותנת מענה לצרכים בהווה שקיים פער בינם לבין מה שהמערכת מספקת;
- מדיניות המתייחסת ופועלת לטובת ילדים, הורים ואנשי מקצוע. זאת מתוך ההכרה בכך כי נדרשת השקעה בכל קבוצה בנפרד וכן ממשקים בין הקבוצות;
- אסטרטגיה זו מתייחסת לילדים בני 0-6 ולמסגרת המשמעותית לגילאים אלו - היריון, לידה והורות;

תמונת ליבה באסטרטגיה

אינטגרטיביות

עבודה ב-Ecosystem היא מעמודי התווך של האסטרטגיה של משרד הבריאות בנושא שנות החיים הראשונות. לצורך כך, המשרד מבקש לפתח פלטפורמות אשר יאפשרו שיח, החלפת ידע ומידע ותקשורת הדדית בין הגורמים השונים.

סל שירותים אוניברסאלי ומענים דיפרנציאליים לקידום ההוגנות

יש להתייחס גם לצורכיהן של אוכלוסיות שונות, כמו אוכלוסיות המתגוררות בפריפריה, אוכלוסיות מאשכולות חברתיים-כלכליים נמוכים ולצרכים של קבוצות מיעוט בישראל. יש לפעול להרחבה ולהגדרה של סל שירותים אוניברסאלי ולצידו סל דיפרנציאלי המותאם לקבוצות שונות. כחלק מכך, יש להגדיר סטנדרט של שירות בגיל

הרך ותקינה הולמת.

מניעה ואיתור מוקדם

אחד השינויים המשמעותיים במסגרת זו הוא מערכת הפועלת בעצימות המרבית בציר האיתור המוקדם, ובמידת הצורך - בציר המענה המוקדם, מתוך תפיסה של מניעה תחילה. קיימת הבנה כי הטיפול בבעיות בטרם הן מתעוררות, חוסך משאבים ומשפר משמעותית את איכות הטיפול שהמטופל מקבל במערכת הבריאות.

הורות

השקעה בהורים היא למעשה השקעה בילד, ולכן נדרשת הרחבה של ה"יריעה" בהקשר של קהל היעד להתערבות. ההורים הם חלק בלתי-נפרד ממתן המענים לילדים בגיל הרך, ולכן ישנה משמעות רבה למתן מענים בכלל ההיבטים להורים תוך יצירת אמון, שותפות והכלה.

שלטון מקומי

במסגרת עבודה ב-Ecosystem, יש לתת את הדעת על שילוב הדרג המקומי ועל מיצוי הפוטנציאל הגלום בו. על השלטון המקומי לשאת בחלק מן האחריות לבריאות, לצד שינויים במערכות בריאות שמשמעותם לימוד ויישום עבודה במסגרות אזוריות ו/או יישוביות.

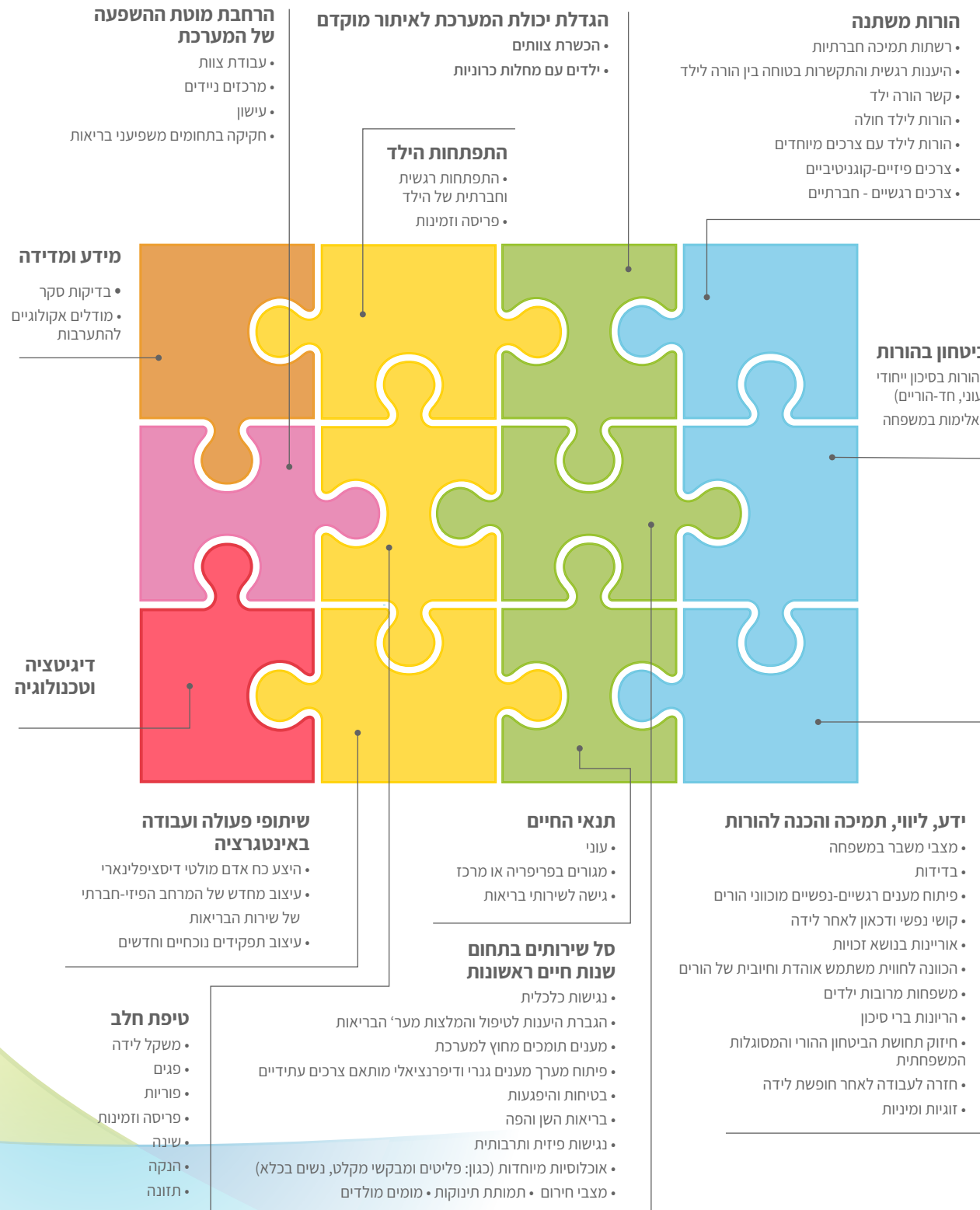
בריאות הנפש

ישנה חשיבות רבה להתייחסות לבריאות הנפש של הפעוט ושל הילד ולבריאות הנפש של ההורים, זאת לצד ההתייחסות לאינטראקציה בין שתי אוכלוסיות אלו.

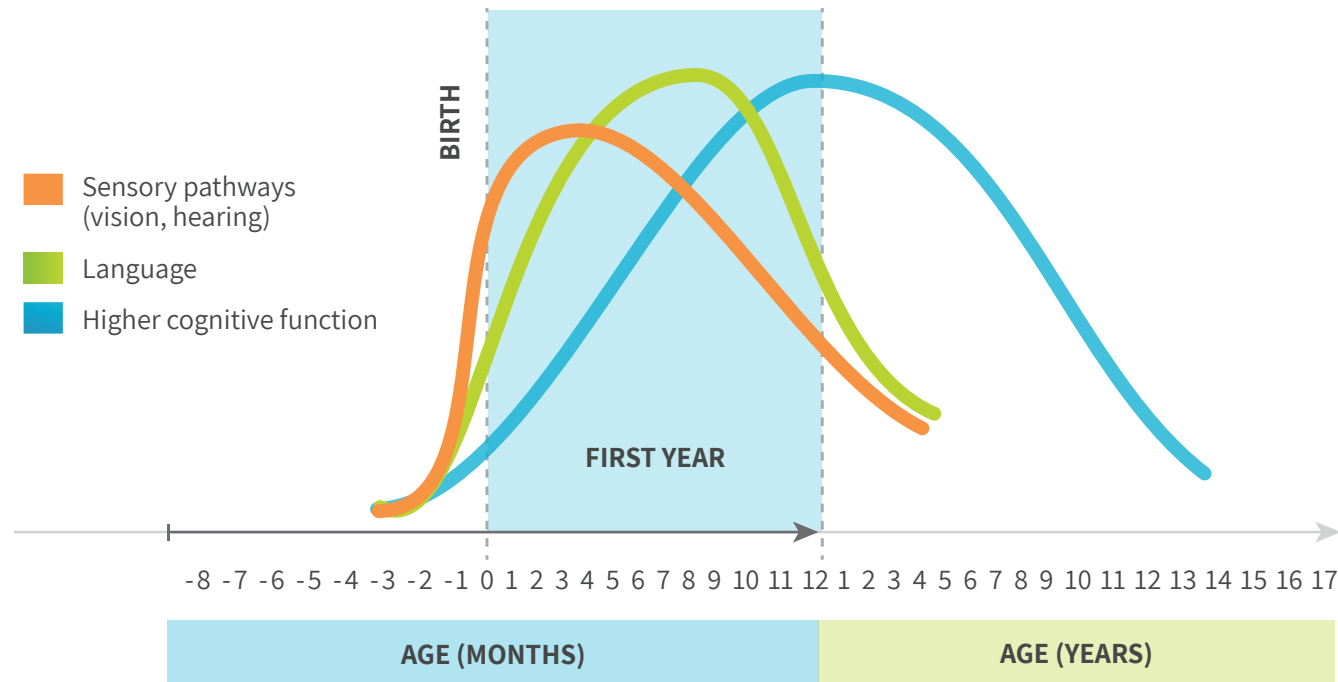
טיפות חלב

זוהי זירת הפעילות המשמעותית ביותר לקידום הנושאים השונים של הגיל הרך. מדובר בזירה אוניברסאלית לא מתויגת. ככזאת, טיפת החלב היא שירות אוניברסאלי שהמגיעים אליו הם כמעט כל אזרחי ישראל, כמו גם חסרי מעמד זכאים - במרכז ובפריפריה, באשכולות הנמוכים והגבוהים. מדובר בכלי יעיל לניטור, למעקב ולהתערבות. מתוקף כך, תחום זה תופס מקום מרכזי באסטרטגיה זו ובמהלך המוצע בה לכל אורכה.

מפת האתגרים והשחקנים



Human Brain Development



Source: Nelson, C.(2000).
From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development.
Washington, DC: The National Academies Press.

סוג הטיפול רפואי, התזונה והגירויים שנחווים בשנים אלו מקבלים ביטוי בשלב מאוחר יותר בחייהם של הילדים. בין השאר, גם ביכולתם לעשות פעולות מורכבות יותר ויותר לאורך השנים. נוסף על כך, התנסויות "חיוביות" יגרמו למוח להתפתח באופן חיובי. התנסויות שליליות יגרמו למוח להתפתחות שלילית. המוח רגיש מאוד להשפעות התנהגותיות וסביבתיות בשלבים אלו. כלומר, בגילאים אלו ישנו פוטנציאל גדול מאוד להתפתחות חיובית, אבל גם פוטנציאל גדול מאוד להשלכות שליליות, אם במהלך השנים הללו לא תהיה השקעה משמעותית.

חשיבות חברתית אינטרנסיית

"...מחקרים בינלאומיים רבים בנושא החינוך בגיל הרך מצביעים על כך שחסכים חינוכיים בגיל הרך פוגעים באופן משמעותי בהתפתחותו של הילד וביכולתו להתקדם בגיל מבוגר יותר. פערים חינוכיים אשר ניתן לתקנם בקלות יחסית בגיל צעיר, הופכים למשימה קשה מאוד בהמשך הדרך. היעדים הפדגוגיים והחברתיים מכתיבים את הצורך בחיזוק מיוחד של המענים החינוכיים בשלבי ההתפתחות המוקדמים. חיזוק החינוך בשלבים אלו חיוני להבטחת שוויון הזדמנויות, לקידום הצלחתם של כלל הילדים ולצמצום הפערים בחברה. חינוך איכותי בגילאים צעירים יקנה לילדים כלים יסודיים ומקיפים ללמידה ולחשיבה ויעצים את כישוריהם האישיים והחברתיים." לפי נתוני הבנק העולמי, התערבות שמתחילה רק בגיל 4 נחשבת "מעט מדי, מאוחר מדי".

א. רקע

על החשיבות של שנות החיים הראשונות

שנות החיים הראשונות סומנו על ידי ה-OECD, ארגון הבריאות העולמי (WHO), ועל ידי מדינות מובילות כתמה אסטרטגית. בשנה האחרונה, הצטרף אליהן בכך גם משרד הבריאות בישראל. ולא בכדי.

רבות נכתב על חשיבות ההשקעה בגיל הרך. אחד הציטוטים המפורסמים שייך לביל גייטס: "The first five years has so much to do with how the next 80 turnout". למשפט זה אסמכתאות מחקריות ענפות.

מחקרים מוכיחים כי בתקופת הינקות, המוח נמצא בשיא גמישותו, צומח ומתעצב בקצב מהיר, ולכן מסוגל לקלוט ולעבד מידע חיוני רב הנדרש להתפתחות פיזית, קוגניטיבית, שפתית תקשורתית, רגשית וחברתית.

השקעה בילד בשנותיו הראשונות מניבה תשואה לזמן ארוך יותר מהשקעה בו בכל נקודת זמן אחרת. "מרגע לידתם, ילדים הם ישויות הזקוקות לביטחון, לאהבה, לחדווה ולדיבורים", כתבה פרנסואז דולטו, פסיכואנליטיקאית. התקשרות בטוחה, קשר ותקשורת הורה-ילד הם תנאי מהותיים להתפתחות תקינה - קוגניטיבית, רגשית והתנהגותית. הידע בתחום הגיל הרך התפתח בצורה משמעותית בעשורים האחרונים, ומראה כי חסכים בגיל הרך גורמים להיווצרות דפוסי התקשרות לא תקינים המשפיעים בצורה משמעותית על ההתפתחות התקינה בכל תחומי התפקוד לאורך מעגלי החיים.

להשקעה בשנות החיים הראשונות השפעה קריטית על כל מהלך החיים של האדם; להשקעה זאת ערך בריאותי, ערך חברתי וערך כלכלי.

חשיבות ההשקעה

התפתחות מוחית

ילדים מתחילים ללמוד עוד לפני לידתם. במהלך שנת חייהם הראשונה, למוח יכולת הלמידה הגבוהה ביותר. נוסף על כך, רגישותו של המוח נמצאת בשיאה לפני גיל 3 - בין השאר, מבחינת שליטה רגשית, יכולות חברתיות, מספריות ושפתיות.

בשנים אלה, המוח מתפתח בקצב המהיר ביותר ונמצא בשלב הגמיש ביותר שלו. כך למשל, בשנים אלו הוא מייצר בכל שנייה כמיליון קישורים בין נוירונים. קישורים אלו הם הבסיס לפעילותו של המוח. בגיל 3, המוח כבר נמצא ב-90% מהנפח המרבי שלו, וילדים בגיל זה רגישים במיוחד לגירויים חיצוניים ולאינטראקציות שונות. כלומר, בשלב זה, ילדים הם בעלי יכולות למידה רבות (בתחום הקוגניטיבי, החברתי והרגשי). כמות הגירויים שאליהם ייחשפו הילדים והחיזוקים שהם יקבלו, שלהם השפעה מכרעת על עתידם, תלויה בסביבתם. זאת ניתן לראות בתרשים הבא:

ולקשיים שונים, כמו בתחושת הסדר הפנימית, במוטיבציה, ביכולות ובכישורים קוגניטיביים, בקשב, בריכוז ובוויסות החושי, בהבנה של קודים חברתיים ובהתנהגות.

נדאיות ההשקעה

מבחינה בריאותית

להשקעה בבריאות בשנים אלו השפעה במגוון תחומים, את חלקם נסקור בקצרה בחלק זה. לסביבה שבה נמצא העובר (עישון האם, לידה במשקל נמוך וכו') יש קשר הדוק לבריאות עתידית. ילדים שנמצאו בסביבה לא בריאה יהיו חולים יותר – והקורלציה גדלה ככל שעוברות השנים וקבוצת הגיל מתבגרת. פרופ' הקמן הציג תוצאות שלפיהן בוגרים שהושקעו בהם משאבים בשנות החיים הראשונות, הראו תוצאות של השמנה פחותה, BMI נמוך יותר ורמות גבוהות יותר של כולסטרול טוב.

מחקר אחר, התייחס בעיקר לגברים שהשקיעו בהם בשתי פעימות – גילאי 0-5 וגילאי 6-8. הפעימה הראשונה כללה התערבות קוגניטיבית וחברתית במסגרת יומית של שמונה שעות במשך חמש שנים, בדגש על פיתוח שפה, על רגולציה רגשית ועל יכולות קוגניטיביות. הפעימה השנייה כללה בעיקר שיפור בתחומי השפה והמתמטיקה. תוצאות המחקר העידו על כך שההשקעה המשמעותית הייתה של ההתערבות המוקדמת יותר. כך למשל, ממוצע לחץ הדם הסיסטולי בקרב כלל הגברים שנבדקו היה 143, ורק 126 בקרב קבוצת המחקר. אחד מ-4 גברים בקבוצה הנבדקת היה מושפע באופן זה או אחר מתסמונת מטבולית, ואף לא אחד מתוך הנבדקים שהייתה בהם השקעה בשנות החיים הראשונות.

גברים שטופלו, הראו גם נטייה מופחתת להתחיל לעשן ולצרוך מריחואנה. נשים שקיבלו טיפול המשלב חינוך בגיל צעיר והשפעה על בריאות בגיל זה הראו נטייה פחותה להתחיל לצרוך אלכוהול לפני גיל 17 ונטייה מוגברת לעסוק בפעילות גופנית ולצרוך תזונה מזינה. מחלות לא מידבקות, שמהוות 2/3 מהסיבות לתמותה בעולם, הן מקור הוצאה משמעותי בתקציבי הבריאות. מחקרים מראים שחולי מסוג זה בקרב מבוגרים נפוץ יותר בקרב אלו שחוויית שנות החיים הראשונות שלהם הייתה שלילית. שינוי המסלול שהאדם עובר מגיל 0 עד גיל 5 יכול לשנות באופן משמעותי את תפוצתן של מחלות אלו.

בקרב אנשים שבריאותם לא קיבלה את המענה הראוי בילדותם, נצפה מתאם עם סיכון גבוה יותר לתחלואה בסרטן, במחלות ריאות, במחלות קרדיו-וסקולריות ובדלקות פרקים/שיגרון. בקרב אנשים שמצבם הבריאותי היה ירוד בילדותם, נמצאה הסתברות גבוהה פי 3 לדיווח עצמי על מצב בריאותי ירוד, והסתברות גבוהה פי 2 למגבלה שמגבילה את היכולת לעבוד או למחלות כרוניות שונות.

הצלחה במערכת החינוך ובשוק העבודה

השקעה בהגברת התשוקה ללמידה בגיל הרך, יכולה להיות בעלת החזר משמעותי בשנים הבאות, שכן כל למידה הופכת לאפקטיבית יותר – גם במסגרת הפורמלית וגם במסגרת תגבורים והשקעה נוספת מצד המערכת. כמו כן, ילדים שהושקעו בהם משאבים בשנות החיים הראשונות, פחות נשארים כיתה ונרשמים באחוזים גבוהים יותר למערכת ההשכלה הגבוהה.

השקעה זו יכולה גם להגביר את הפיריון בשוק העבודה. למשל, מחקר שנערך בג'מייקה הראה שילדים שהשקיעו

התפתחות חברתית

מחקרים מוכיחים כי להשקעה בשנות החיים הראשונות השפעה ארוכת טווח על איכות חייו של אדם בשנות ה-30 לחייו והלאה. להשקעה זו יש השפעה חיובית על הבריאות, על הכנסה עתידית מעבודה, על פשיעה ועל ההשכלה.

מבחינת היכולות הרגשיות והחברתיות של ילדים, במהלך שנות החיים הראשונות, הם מתחילים לפתח מערכות יחסים וציפיות להתנהגויות מעצמם ומאחרים. הם לומדים איך לשלוט בתגובותיהם, איך להתייחס לאחרים ולהביע אמפתיה. מיומנויות אלו הן אבני הבניין הבסיסיות להתפתחות אפקטיבית יותר בהמשך ולאדם הבוגר שהם יהפכו להיות.

התפתחות רגשית

ללחץ בשנות החיים הראשונות השפעות על האופן שבו מתפקד המוח בתהליכי הלמידה והזיכרון – בטווח הקצר ובטווח הארוך. ילדים שחוויים לחץ רב בשנות החיים הראשונות שלהם, נמצאים בסיכון גבוה יותר לפיתוח מגוון קשיים קוגניטיביים, התנהגותיים ורגשיים בהמשך חייהם.

ללחץ רעיל (Toxic) בשנות החיים הראשונות יש השפעה רבה על הדרך שבה הגוף יגיב בשנות החיים הבאות בהיעדר מערכת תמיכה אוהדת של ההורים. כתוצאה מלחץ זה, התפתחותן של מערכות חיוניות במוח (וכתוצאה מכך, תפקודו של המוח והמבנה שלו) ומערכות מטבוליות שנמצאות בשלב רגיש של התפתחות בשנים אלו – עלולות להיפגע. לאדם הבוגר יכולות להיות בעיות בשליטה ברמות הלחץ שהוא חווה, ביכולת לרכוש מיומנויות חדשות וביכולת להתמודד עם מצבי מצוקה בעתיד.

יש קשר מתועד היטב בין התנסות שלילית בילדות (מבחינה נפשית) לאורח חיים בלתי-בריא בהמשך החיים. מתבגרים עם היסטוריה של כמה גורמי סיכון הם בעלי סיכון גבוה יותר לשתיית אלכוהול בגיל מוקדם ושימוש באלכוהול כדרך להתמודד עם לחץ בהמשך חייהם. אימוץ אורח חיים מסוג זה כדרך חיים מסביר גם מדוע יש קשר בין התנסות שלילית (כרצף התנסויות) בילדות (מבחינה נפשית) לשימוש מוגבר בטבק, לשימוש בסמים, להשמנת יתר ולסיכון להתמכרות פתולוגית להימורים.

ישנן השפעות בריאותיות להזנחה ולהתעללות בילדות – כך למשל, גברים שהיו קורבנות לתופעות אלו סבלו בבגרותם, באחוזים גבוהים יותר ממקביליהם, מדיסטימיה ומהפרעות אישיות אנטי-סוציאליות. אצל נשים, מתווסף להפרעות אלו גם שימוש מוגבר באלכוהול.

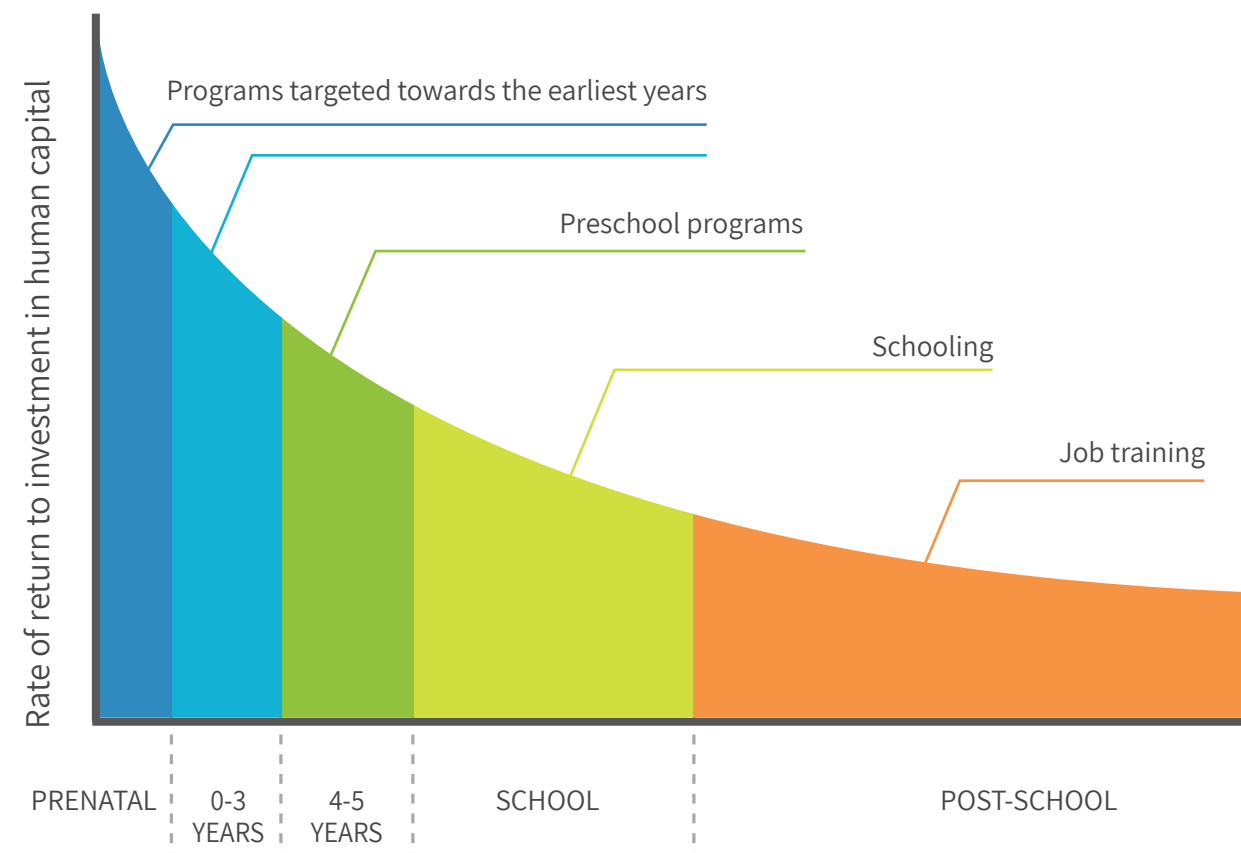
קשר הורה-ילד

האינטראקציה המרכזית של ילדים בשנות החיים הראשונות היא עם הוריהם – המטפלים המרכזיים שלהם. מכיוון שלאינטראקציה זו השפעה משמעותית על סוג החוויות ועל הגירויים שחוויים הילדים, יש לה משמעות מרכזית.

התקשרות בטובה, קשר ותקשורת הורה-ילד הם תנאי מהותי להתפתחות תקינה: קוגניטיבית, שפתית תקשורתית רגשית והתנהגותית. חסכים בתחום זה בגיל הרך גורמים להיווצרות דפוסי התקשרות פתולוגיים המשפיעים בצורה משמעותית על ההתפתחות התקינה בכל תחומי התפקוד ולאורך כל שנות החיים בהמשך.

קיים קשר בין התקשרות ובעיות בהתקשרות בין הורים וילדים בגיל הרך לבין התפתחות המוח. גילאי 0-2 הם "תקופה קריטית" שבה לקשיים בהתקשרות השפעה ניורופסיכולוגית בלתי-הפיכה, שעלולה להביא לביטויים

Returns to a unit dollar invested



Source: Heckaman (2008)

בהם בשנות החיים הראשונות קיבלו שכר גבוה יותר ב-25% כעבור 20 שנים. כך למשל, בני 15 שהיו במערכת חינוך לשנות החיים הראשונות במשך פחות משנה, היו בעלי סיכוי גבוה פי 3.1 להגיע להישג מתחת לרמה בסיסית שנדרשת במדעים, בהשוואה לתלמידים שהיו במערכת כזו במשך שנה או יותר. יחס זה ירד רק ל-2.3 כשנלקח בחשבון המשתנה מעמד סוציו-אקונומי.

צמצום הפערים המגדריים

התערבות בשנות החיים הראשונות יכולה להעלות את הסטאטוס החברתי של האם בבית ובקהילה, לעזור בצמצום הפערים המגדריים שהיא ניצבת מולם, להגביר את השתתפות הנשים בכוח העבודה ולהגביר את מעורבות הקהילה במאמצי הפיתוח.

צמצום הפערים החברתיים (צמצום האי-שוויון)

השקעה בשנות החיים הראשונות מניבה תוצאות חיוביות בצמצום האי-שוויון. רוב ההתערבויות מתחילות בשנות הגן, אבל פערים סוציו-אקונומיים באים לידי ביטוי בפערים ביכולות הקוגניטיביות, השפתיות הרגשיות והבריאותיות כבר בגיל שלוש, כך שיש בסיס מוצק להשקעה כבר בשלב מוקדם הרבה יותר – מלפני הלידה והלאה.

השקעה ממשלתית בגיל הרך יכולה למתן את ההשפעה של חוסר שוויון חברתי-כלכלי ומגדרי. נוסף על כך, השקעה בגיל זה תורמת לחוסן החברתי והכלכלי של המדינה.

תוכניות אינטגרטיביות לשנות החיים הראשונות משפיעות על הפערים הסוציו-אקונומיים ועל הפערים המגדריים שהם מהסיבות המרכזיות לעוני. מחקרים בחברות שונות מראים שבנות שרשומות בתוכניות התפתחות לשנות החיים הראשונות, מוכנות טוב יותר לבית הספר, ואחוזי הנשירה שלהן נמוכים יותר. השקעה זו יכולה גם לשחרר אחים ואחיות גדולים יותר מטיפול בילדי הגן, כך שיוכלו להשקיע בלימודיהם. כמו כן, מחקרים בארה"ב מצאו שדווקא שכבות האוכלוסייה החלשות ביותר הן המושפעות ביותר מתוכניות מסוג זה.

מבחינה כלכלית (הפחתת ההוצאה הממשלתית בעתיד)

מחקרים שונים מצביעים על רמות שונות של החזר מהשקעה בשנות החיים הראשונות. אחד מהם, שבחן תוכנית התערבות משמעותית בשנות החיים הראשונות, מצביע על החזר השקעה של 13.7%¹ בשנה ועל יחס השקעה-תפוקה של 7.3%².

נתונים אלו מוכיחים כי השקעה בשנים הראשונות לחיי הילד היא היעילה והאפקטיבית ביותר.³

- 1 Overall rate of return per annum
- 2 Benefit/cost ratio
- 3 מחקר מפורסם בהקשר זה נקרא "המקרה של פרי", שבו הושקעו כספים בילדים שמראש נובאה להם חוסר הצלחה במהלך שנות החיים הראשונות. "החזר ההשקעה" היה בין 7%-12% בשנה.

מקור: הקמן, 2008

השקעה בתוכניות איכותיות בגיל הרך מעלה את היכולת ואת המוטיבציה ללמוד בהמשך, ומגבירה את ההחזר הכלכלי על ההשקעה בחינוך בעתיד כיוון שהיא הופכת את הלמידה בבית הספר ובאוניברסיטה לאפקטיבית יותר.

סקירת ספרות שנעשתה על ידי הבנק העולמי, הצביעה על כך שהשקעה של \$1 בגיל הרך חוסכת השקעה של \$7 בילד זה בעתיד.

אותה מטה-אנליזה מצאה כי השקעה של \$1 דולר חוסכת \$14 דולר באוכלוסיות משכבות סוציו-אקונומיות נמוכות. בנוסף, מסגרות איכותיות לגיל הרך ותכנית טיפול כוללנית מאפשרת לאימהות רבות יותר להשתלב בשוק העבודה, מה שבתורו מאפשר התפתחות חברתית משמעותית יותר ותרומה לכלכלה ברמה הלאומית. חשוב לציין שלפי הבנק העולמי, השקעה בשנים אלו מעצימה את האפקטיביות של השקעות בתחומים אחרים.

4. גיבוש **תתי-יעדים** עבור כל יעד אסטרטגי
 5. גיבוש **משימות אופרטיביות** המרכיבות כל יעד אסטרטגי, בפריסה רב-שנתית
 6. **מדד תוצאה ו/או מדד תהליך עבור כל משימה** הכלולה ביעד אסטרטגי.
- הפעולות שהוחלט עליהן חולקו לתוכנית תלת-שנתית, שבמסגרתה נבחרו לשנה הראשונה פעולות המייצרות תשתיות ועוגנים להמשך העשייה של המערכת בנושא. המשימות לשלבים מאוחרים יותר כוללות התייחסות לתחומי תוכן מסוימים או שהן כאלה הדורשות יצירת בסיס לפעולה בטרם אפשרי להפעילן. במסגרת הפעילות בשנים 2018-2019, חלק מהמשימות המוגדרות במסמך זה נכנסו לשלב התכנון ו/או היישום.

ב. נתונים בנושא שנות החיים הראשונות

פרק זה הוא נדבך חשוב במסמך האסטרטגיה, שכן לראשונה הוא אוסף את כלל המידע הקיים בנושא הגיל הרך מהיבטיו השונים. רוצה לומר, פרק זה מתאר את תמונת המצב הנוכחית בשנות החיים הראשונות בישראל. הוא מצייר, על שלל סעיפיו, תמונת מצב כוללת ומגוונת. עם זאת, חשוב להבין כי הנתונים המוצגים הם הנתונים הקיימים. נתונים רבים שהיינו רוצים להציג כחלק ממסמך זה וגיבוש תפיסת המדיניות, אינם בנמצא.

דבר האזרח(ית)

”בחזון שלי אני רואה רצף שרואה את ההורות הצעירה ובייחוד את האם והתינוק. רצף שירותים ותמיכה אשר בכל אחד מהם מענה בריאותי מקצועי ומענה רגשי”.

חלק ראשון: הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות כמה ילדים בגיל הרך יש?

בשנת 2017 נולדו בישראל 183,648 ילודים חיים. מתוכם, 73% יהודים (134,630 במספרים מוחלטים), 21% מוסלמים (39,550), 1% נוצרים (2,504) ו-1% דרוזים (2,350). בסה"כ, בישראל של 2019 כ-1,200,000 בני 0-3.

בסך הכול, בשנת 2018, היו בקופות החולים במדינת ישראל 915,000 מבוטחים בני 0-4 (187,000 בני 0-1 ו-728,000 בני 1-4), שהיוו יחד 10.5% מכלל המבוטחים.

למידה מניסיון

אחד המחקרים המעניינים נערך על ידי קופת חולים מאוחדת. המחקר הצביע על כך שניתן לחסוך 30% מההפניות למכונים להתפתחות הילד באמצעות הדרכה ומעקב של איש מקצוע אחד ממקצועות בריאות הפועל מתוך טיפת החלב. כלומר, מערך השירותים כפי שהוא כיום אינו היעיל ביותר ונדרש בו שינוי. במחקר של פרופ' טרכטנברג, הוצג ביתר שאת הקשר בין השקעה בשנות החיים הראשונות לבין תפוקה כלכלית. ילדים שזכו לטיפול איכותי בשנות החיים הראשונות הראו תוצאות טובות יותר באופן מובהק בתחומי השכר, התעסוקה, הבריאות, הגירושין, הפשיעה וכדומה גם עשרות שנים לאחר שתם הניסוי.

על תהליך גיבוש המדיניות

במהלך השנים 2017-2018 גיבש משרד הבריאות תוכנית אסטרטגית לגבי שנות החיים הראשונות. גיבוש התוכנית והמדיניות כללו:



השותפויות כללו מספר מעגלים:

1. **שותפות פנים-משרדית** בין כלל היחידות והנציגים העוסקים בגיל הרך במשרד הבריאות. השותפים היוו את הצוות המשרדי שגיבש את האסטרטגיה ושעתיד להוביל אותה ברמת היישום.
2. התייעצות עם **מערכות ציבוריות מקבילות** האמונות על הגיל הרך בהן
3. מיפוי **המומחים המובילים** - אישים וארגונים ממגזרים שונים - לנושא הגיל הרך בישראל ובעולם, לימוד וחשיבה משותפת עם כל אחד מהם.⁴
4. שותפות עם **החברה האזרחית** - הזמנה לכלל הארגונים להציע את תמונת העתיד שהם היו משרטטים עבור שנות החיים הראשונות וקיום יום ייעודי שבו הציגו הארגונים שנבחרו.⁵
5. מהלך **היועצות עם הציבור** בנושא "טיפת החלב העתידית", שבזכותו הושג ידע רב שרלוונטי למהלך האסטרטגי של שנות החיים הראשונות. למעבר למהלך ההיועצות עם הציבור.

התמונה האסטרטגית שגובשה בהמשך למהלך זה כוללת התייחסות ל:

1. **מטרת-העל** של הפעילות - מהי תוצאת העתיד שאליה נרצה לכוון?
2. **מדדי תוצאה מתכללים** לכלל התוכנית האסטרטגית
3. גיבוש **3 יעדים אסטרטגיים** אשר יובילו למימוש מטרת-העל

4 לרשימת המומחים אשר התייעצנו עימם בגיבוש התפיסה - ראו נספח א.
5 לפרטים נוספים על התהליך - ראו נספח ב.

התייחסות יישובית (2017) - הקדמה							
שם הרשות	אוכלוסייה באלפים	יהודים (באחוזים)	לא יהודים (באחוזים)	אחוז בני 4-0	לידות חי	מדד חברתי-כלכלי ⁶	מדד פריפריאליות ⁷
נצרת	76.6	0	71.1 מוסלמים, 28.9 נוצרים	8.7	1,351	3	5
נצרת עילית	40.6	59.3	25.8 ¹⁰	7.3	629	5	5
סח'נין	30.5	0	94.8 מוסלמים, 5.2 נוצרים	10.4	661	3	4
עכו	48.3	60.8	31.8 ¹¹	8.4	873	4	4
צפת	35.3	91.9	8.1	13.4	1,027	2	3
רהט	66.8	0	100 (מוסלמים)	16.5	2,307	1	4
תל אביב יפו	443.9	90.4	9.6	7.7	8,234	8	10
גדרה	27.5	97.6	2.4	8.4	376	7	6
ג'סר א-זרקא	14.4	0	100 (מוסלמים)	12.5	362	2	5
דליית אל-כרמל	17.2	0	97.2 (דרוזים)	8.1	274	4	4
חצור הגלילית	9.1	97.3	2.7	11.0	251	4	3
חריש	3.6	92.0	8	23.3	96	3	5
כפר שמריהו	1.9	96.6	3.4	5.4	13	10	7
עומר	7.6	96.7	3.3	6.3	70	9	4
ערערה-בנגב	17.0	0	100 (מוסלמים)	16.5	599	1	3
קריית טבעון	17.7	97.5	2.5	6.2	172	8	5

10 מתוכם: 9.1 מוסלמים, 16.6 נוצרים
11 מתוכם: 28.8 מוסלמים, 2.8 נוצרים

הקדמה: התייחסות יישובית

לאורך הסקירה, נרצה להדגים את תמונת המצב בשנות החיים הראשונות ב-29 ערים ויישובים. יישובים אלו נבחרו כדי להדגים גיוון מבחינת מיקום גיאוגרפי, הרכב סוציו-אקונומי, מידת פריפריאליות, דתיות ודת האוכלוסייה שלהם. אלא אם צוין אחרת, הנתונים מתייחסים לשנת 2017.

6 מתוך היישובים שאליהם נתייחס הם יישובים ערביים (אום אל פאחם, סח'נין, רהט, ג'סר א-זרקא, דליית אל-כרמל וערערה-בנגב). עכו, חיפה וירושלים הם יישובים מעורבים. ישנו ייצוג לכלל סקלת המדד הכלכלי-חברתי (מ-1 - הנמוך ביותר ועד 10 - הגבוה ביותר) ולדרגות הפריפריאליות השונות שמייצג מדד הפריפריאליות (מ-1 - אילת למשל, ועד 10 - תל אביב). מטרת הטבלה היא להציג תמונת מצב "ממעוף הציפור" של הנתונים הרלוונטיים לישראל ולקבוצות השונות בה.

התייחסות יישובית (2017) - הקדמה							
שם הרשות	אוכלוסייה באלפים	יהודים (באחוזים)	לא יהודים (באחוזים)	אחוז בני 4-0	לידות חי	מדד חברתי-כלכלי ⁶	מדד פריפריאליות ⁷
אום אל-פחם	54.2	0	100.0	10.1	1,173	2	5
אילת	50.7	81.6	18.4	7.9	895	6	1
אריאל	19.6	80.4	19.6	8.1	311	6	5
אשדוד	222.9	89.9	11.1	9.8	4,419	5	7
אשקלון	137.9	87.3	12.7	9.4	2,639	5	5
באר שבע	207.6	87.2	12.8	8.9	3,625	5	5
בית שמש	114.4	98.1	1.9	17.4	4,002	2	5
ביתר עילית	54.6	100.0	0	20.5	2,180	1	5
בני ברק	193.8	99.3	0.7	16.9	7,446	2	10
חדרה	94.0	92.3	7.7	8.8	1,689	6	6
חיפה	281.1	77.4	11.3 ⁸	7.4	4,242	7	6
ירושלים	901.3	60.6	37.9 ⁹	12.5	24,704	2	9
כרמיאל	45.9	81.7	18.3	7.2	641	6	4

6 נכון ל-2015
7 נכון ל-2015
8 מתוכם: 5.5 מוסלמים, 5.6 נוצרים, 0.1 דרוזים
9 מתוכם: 36.5 מוסלמים, 1.4 נוצרים

פריון לפי חברה

נכון לשנת 2016, כאשר מבצעים חלוקה לפי דת, קיימים פערים משמעותיים ברמות הפריון כפי שמוצג בטבלה. עם זאת, בשנים האחרונות פערים אלו הצטמצמו, נתון שיש לתת עליו את הדעת.

פריון לאשה בחלוקה לפי דת (2016)	
סיווג	פריון לאישה (2016)
יהודיות ואחרות	3.06
מוסלמיות	3.29
נוצרות ¹²	2.05
דרוזיות ¹³	2.21
ללא סיווג דת	1.64

פריון לפי רמת דתיות בקרב יהודיות

קיים מחסור בנתונים בכל הנוגע לפריון לפי רמת דתיות בקרב החברה היהודית. מכיוון שמדובר בנתון חשוב, בטבלה שלהלן מסומנים כמה יישובים חרדיים ושיעור הפריון הכולל בהם ל-1,000 תושבים. ניתן לראות כי נתונים אלו גבוהים ביישובים אלו באופן מובהק מבשאר היישובים.

שיעור פריון ביישובים נבחרים לפי דתם של התושבים (בהתאם לנתוני הלמ"ס 2017)					
יישוב	שיעור פריון כולל ל-1,000 תושבים ¹⁴	מדד חברתי כלכלי	יהודים ואחרים	ערבים	מוסלמים
אום אל-פחם	2.9	2	-		100.0
אילת	2.4	6	81.6	4.3	3.2
אלעד	5.4	2	100.0		-
אריאל	2.2	6	80.4		-
אשדוד	3.2	5	89.9		-

12 כפי שנמדד בשנת 2014
13 כפי שנמדד בשנת 2014
14 לשנת 2017

דבר האזרח(ית)

"...לשים את הפריפריה במרכז. במרכז התובנות, במרכז סדרי העדיפויות והדיונים. שיוכן כי העדפה מתקנת אינה שוויון רוחבי..."

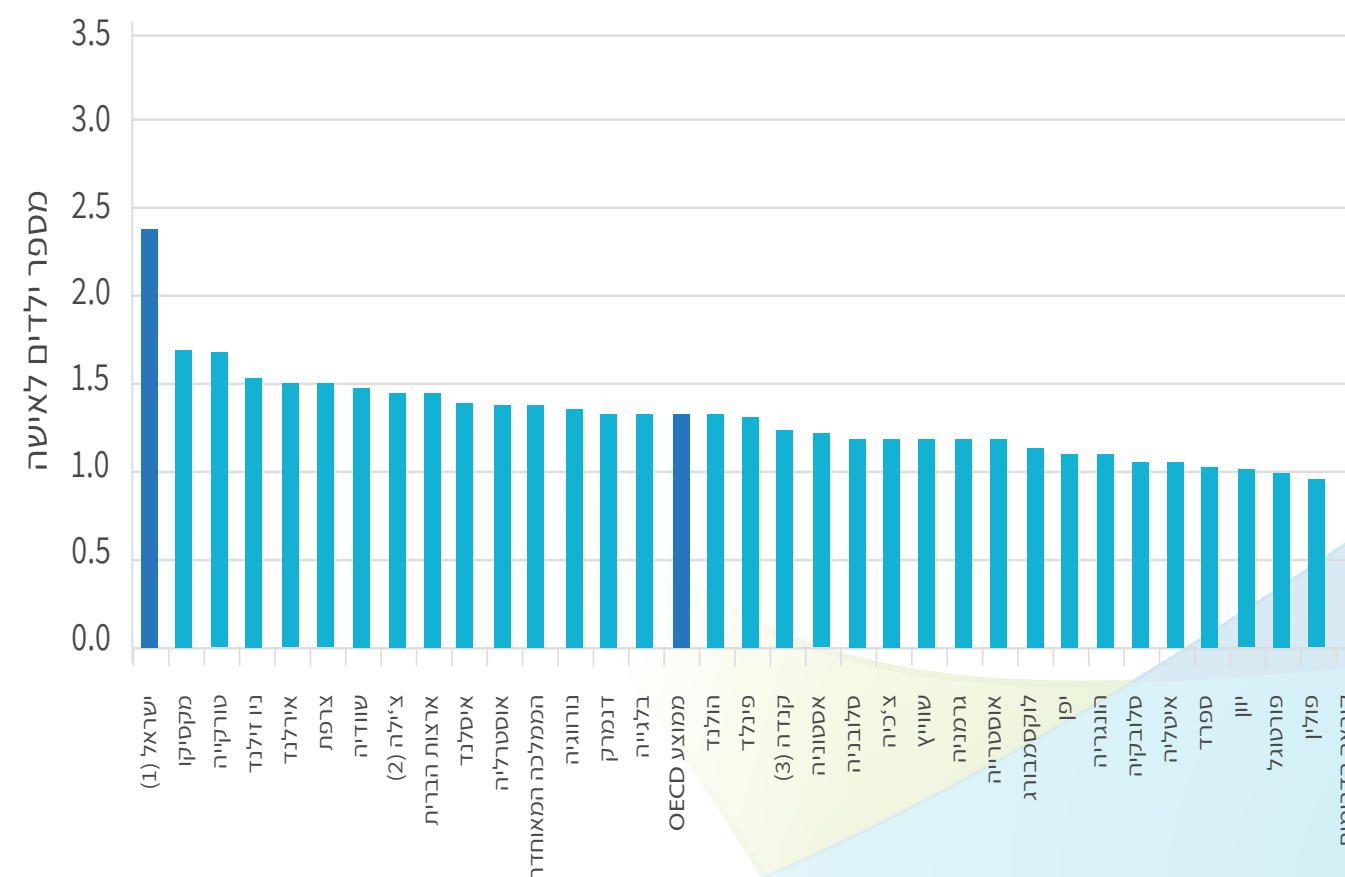
פריון בילודה

פריון

בשנת 2016, הפריון לאישה בישראל עמד על 3.1 ילדים. נתון זה גבוה מהממוצע במדינות ה-OECD, שבשנה זו עמד על 1.67 ילדים לאישה.

רמת הפריון הגבוהה היא אחת הסיבות המרכזיות לכך שהאוכלוסייה בישראל נחשבת צעירה לעומת האוכלוסייה ברוב המדינות המפותחות. בשנת 2016, 28.2% מהאוכלוסייה היו ילדים עד גיל 14 (הממוצע במדינות המפותחות עמד על כ-16%). החברה הערבית צעירה מהחברה היהודית: אחוז בני ה-0-14 היה גבוה יותר בחברה הערבית.

Returns to a unit dollar invested



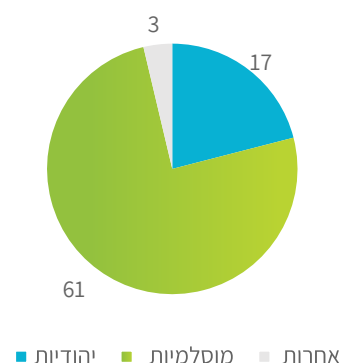
שיעור פריין ביישובים נבחרים לפי דתם של התושבים (בהתאם לנתוני הלמ"ס 2017)					
יישוב	שיעור פריין כולל ל-1,000 תושבים ¹⁴	מדד חברתי כלכלי	יהודים ואחרים	ערבים	מוסלמים
אשקלון	2.8	5	87.3	-	-
באר שבע	2.5	5	87.2	-	-
בית שמש	5.5	2	98.1	-	-
ביתר עילית	6.8	1	100.0	-	-
בני ברק	5.9	2	99.3	-	-
חדרה	2.7	6	92.3	-	-
חיפה	2.3	7	77.4	11.3	5.5
ירושלים	3.9	2	60.6	37.9	36.5
כרמיאל	2.3	6	81.7	-	-
מודיעין עילית	7.7	1	100.0	-	-
נצרת	2.4	3	-	-	71.1
נצרת עילית	2.5	5	59.3	25.8	9.1
סח'נין	2.8	3	-	-	94.8
עכו	2.6	4	60.8	31.8	28.8
צפת	4.8	2	91.9	-	-
רהט	4.7	1	-	-	100.0
תל אביב יפו	2.1	8	90.4	4.4	3.6
גדרה	2.4	7	97.6	-	-
ג'סר א-זרקא	3.2	2	-	-	100.0
דליית אל-כרמל	2.1	4	-	-	2.8
חצור הגלילית	..	4	97.3	-	-
חריש	..	3	92.0	-	-

שיעור פריין ביישובים נבחרים לפי דתם של התושבים (בהתאם לנתוני הלמ"ס 2017)					
יישוב	שיעור פריין כולל ל-1,000 תושבים ¹⁴	מדד חברתי כלכלי	יהודים ואחרים	ערבים	מוסלמים
כפר שמריהו	..	10	96.6	-	-
עומר	..	9	96.7	-	-
ערערה-בנגב	5.3	1	-	-	100.0
קריית טבעון	1.8	8	97.5	-	-

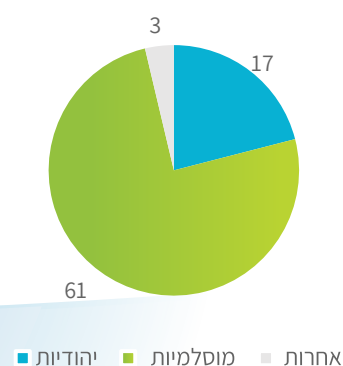
לידות בגיל צעיר

בשנת 2014 נולדו בישראל 176,427 תינוקות, מהם כ-8% (3,181) לנערות עד גיל 19. כשני שלישים מהם נולדו לאימהות מוסלמיות, וכשליש - לאימהות יהודיות.

תינוקות שנולדו לנערות עד גיל 19 | סה"כ: 3181



תינוקות שנולדו לנערות עד גיל 16 | סה"כ: 81

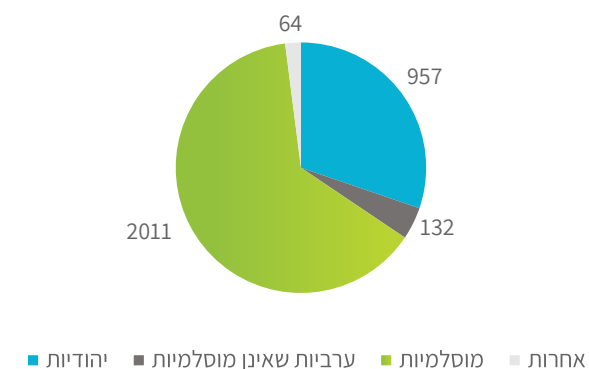


סקירה גיאוגרפית: מחוזות וקבוצות אוכלוסייה

סקירה גיאוגרפית – מחוזות, אוכלוסיות ויילודים (2017)							
מחוז	כמות תושבים	אחוז מאוכלוסיית המדינה שמתגוררת במחוז	יילודים ¹⁵ כמות	אחוז היילודים במחוז ¹⁶	אחוז יהודים ¹⁷	אחוז מוסלמים	אחוז נוצרים
ירושלים	904.1	12.7%	43,046	22.9%	67.5%	16.9%	2%
צפון	1,242.1	17.4%	24,303	12.9%	44.2%	29.4%	1.7%
חיפה	888.3	12.5%	16,931	9.0%	69.9%	37.7%	7.3%
מרכז	1,770.4	24.8%	40,546	21.6%	87.9%	20.3%	2.4%
תל אביב	1,258.8	17.7%	39,246	20.9%	93.7%	8%	0.5%
דרום	1,067.1	15.0%	23,971	12.7%	76.1%	1%	0.7%

לא קיים מתאם מובהק בין כמות היילודים במחוז מתוך סך היילודים לבין כמות האנשים במחוז מתוך כלל האוכלוסייה. כך למשל, במחוז ירושלים נולדה הכמות הגדולה ביותר של ילדים בשנת 2017, למרות היותו המחוז השני הקטן ביותר (גדול יותר רק מחיפה). המחוז השני מבחינת כמות היילודים הוא מחוז מרכז, והוא גם המחוז הגדול ביותר מבחינת כמות האוכלוסייה. המחוז היחיד שכן מקיים התאמה הוא מחוז חיפה, שבו נולדה כמות היילודים הקטנה ביותר, והוא גם המחוז הקטן ביותר.

תינוקות שנולדו לנערות בגילאי 17-19 | סה"כ: 3100

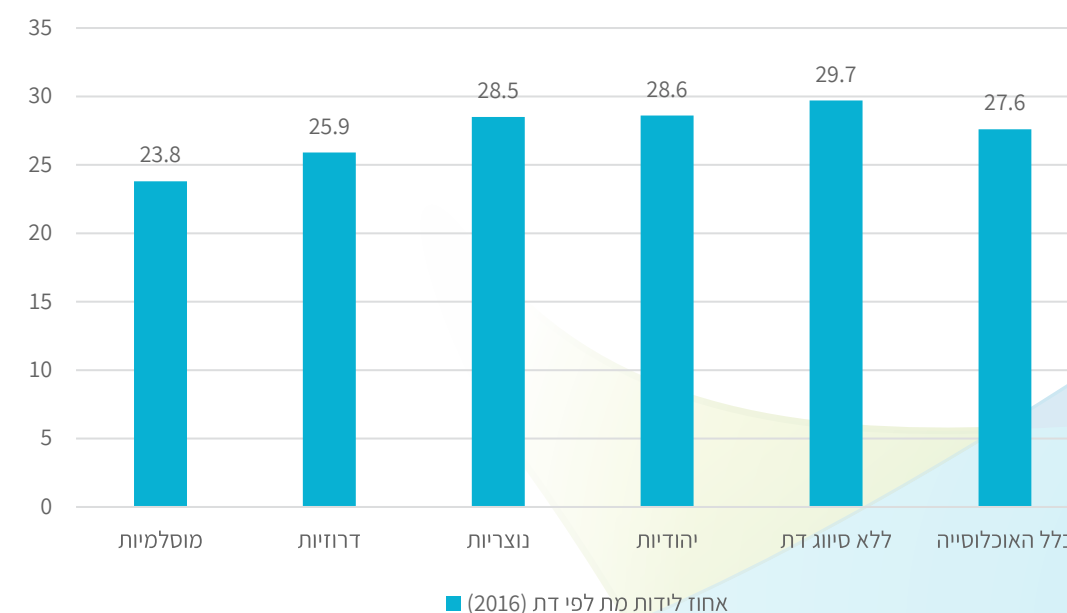


שיעורי הפרייה בקרב נערות ירדו לאורך השנים - מ-17.1 תינוקות ל-1,000 נערות עד גיל 19 בשנת 2000 ל-10.2 בשנת 2014. שיעורי הפרייה של נערות יהודיות ואחרות ירדו בכ-40%, ושל נערות ערביות - בכ-54%. עם זאת, השיעור בישראל גבוה מהשיעורים בחלק ניכר ממדינות ה-OECD.

גיל בלידה ראשונה

ישנם הבדלים בין קבוצות האוכלוסייה השונות בגילאים הממוצעים של האם בלידה ראשונה, כפי שמוצג בגרף שלהלן: חשוב לציין שמשנת 1996 עד 2016, גיל אם ממוצע בלידה ראשונה עלה בכל אחת מן הקבוצות.

גיל אם ממוצע בלידה ראשונה (2016)



15 מתוך ה-BI, נתוני 2017
16 כמות יילודים במחוז, מתוך סך היילודים באותה שנה בישראל
17 בהתייחס לאחוז יהודים/מוסלמים/נוצרים, הכוונה היא לאחוז היהודים/מוסלמים/נוצרים מבין המתגוררים במחוז.

תעסוקה

במדינת ישראל, שיעורי פריון גבוהים מהממוצע בקרב מדינות ה-OECD ושיעורי תעסוקה שקרובים לממוצע ב-OECD. כמות שעות העבודה של העובד הממוצע במשק הישראלי גבוהה מזו שבמדינות ה-OECD.

חשוב לציין שקיימים פערים משמעותיים בין הקבוצות השונות: אחוז תעסוקה נמוך בקרב נשים ערביות ואחוז נמוך בקרב נשים חרדיות (אם כי נתון זה נמצא בעלייה) בהשוואה לאוכלוסיית הנשים הכללית.

שילוב זה מציב בפני המשפחה בישראל אתגרים ייחודיים רבים שיש לתת עליהם את הדעת בבואנו לבנות תוכנית בריאות לשנות החיים הראשונות.

שיעורי תעסוקה¹⁸

בשנת 2017, שיעור התעסוקה בישראל עמד על 61.3%. בקרב גברים, שיעור זה היה 66.1%, ובקרב הנשים - 56.7%. שיעור זה גבוה משיעור התעסוקה במרבית מדינות ה-OECD. ישנם פערים ניכרים בין שיעורי התעסוקה בקרב גברים ונשים יהודים וערבים:

שיעורי תעסוקה בישראל 2017		
גברים	נשים	
67.1%	63.2%	יהודים
60.4%	26.4%	ערבים

שעות עבודה

שעות העבודה בישראל ארוכות יותר מהממוצע ב-OECD, גם לגברים וגם לנשים. בשנת 2017, ממוצע שעות העבודה ב-OECD לגברים ולנשים עמד על 37.7 שעות לעומת 41.7 בישראל. נשים בישראל עבדו בממוצע 38.2 שעות בשבוע, ואילו מקבילותיהן ב-OECD עבדו 34.4 שעות. בקרב גברים, אורך שבוע עבודה בישראל עמד על 45 שעות בממוצע, לעומת 40.5 שעות ב-OECD.

18 לפי הגדרת הלמ"ס, שיעור התעסוקה הוא אחוז המועסקים בקרב בני 15 ומעלה

תעסוקת אימהות

דבר האזרח(ית)

"היום רוב הנשים עובדות ויש חלק גדול מעוניין בשעות פתיחה של טיפת חלב בשעות אחרי הצהריים".

בשנת 2015, כ-33% מבנות ה-30-54 בישראל עבדו במשרה חלקית (לעומת 15% מהגברים) ומחציתן הצהירו שהסיבה המרכזית לכך היא טיפול בילדים. שיעור התעסוקה בקרב אימהות לילדים¹⁹ בגילאי 0-4 עמד בשנת 2015 על 75% (76% בקרב נשים ללא ילדים). בקרב גברים, שיעור התעסוקה של אבות לילדים בגילאי 0-4 עמד על 88%, ושל גברים ללא ילדים - על 84%. שיעור התעסוקה של אימהות בעלות השכלה אקדמית עמד על 83%. לעומתן, שיעור ההשכלה של אימהות ללא השכלה אקדמית עמד בשנת 2015 על 61%. ישנו גם פער בין תעסוקת אימהות יחידניות לכאלו שמגדלות את ילדיהן עם שותף/ה. בקרב אימהות שיש להן שותף/ה לגידול הילדים, שיעור התעסוקה בשנת 2014 עמד על 71.8%. בקרב אימהות יחידניות, שיעור זה היה גבוה יותר ממקבילותיהן שלהן שותף/ה לגידול הילדים - 76%.

חופשת לידה

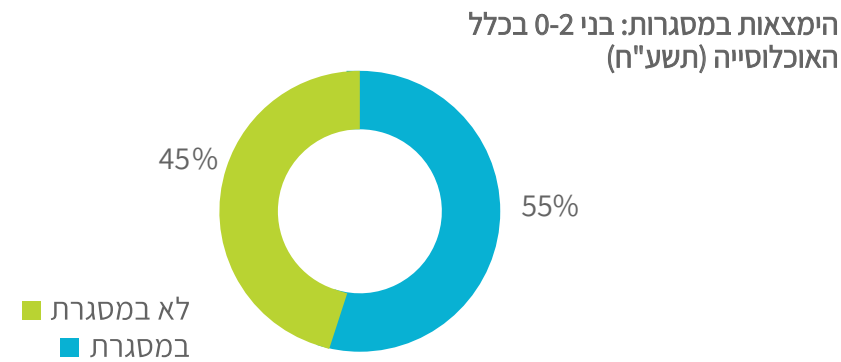
בישראל נהוגה חופשת לידה בת 26 שבועות, מהם 15 השבועות הראשונים הם בתשלום. בן-זוגה של היולדת זכאי לצאת לחופשת לידה אם היולדת בוחרת לקצר את חופשת הלידה שלה ובן-זוגה מחליף אותה בתקופה שאחרי 6 השבועות הראשונים לאחר הלידה, או כאשר היולדת מוותרת על תשלום דמי הלידה עבור השבוע האחרון שבו היא זכאית להם ובן-הזוג יוצא לחופשת לידה במקביל אליה. מצב זה שונה מהמצב במדינות רבות ב-OECD - אורך חופשת הלידה באוסטריה, למשל, עומד על 60 שבועות; בקנדה - על 52 שבועות ובגרמניה - על 58 שבועות. באוסטריה ובגרמניה נהוגה גם חופשת לידה לאבות, שאורכה 8.7 שבועות. בהתאם לנתוני הביטוח הלאומי, בשנת 2018, חולקו 185,092 מענקי לידה. כמו כן, 72% ממקבלות מענקי הלידה - 133,188 נשים - קיבלו דמי לידה, כלומר, בתקופה שקדמה ללידה, עמדו בקריטריונים התעסוקתיים הרלוונטיים לקבלת גמלה זו. חשוב לציין כי מדובר בנתון שנמצא בעלייה בשנים האחרונות. כמו כן, יש לציין כי מספר הגברים המקבלים דמי לידה הוא 1,266.

לפי מחקר של הביטוח הלאומי, כ-92% מהנשים חוזרות לעבודה לאחר חופשת הלידה. למהלך הארכת חופשת הלידה שקדם למחקר זה (נערך ב-2014), לא הייתה השפעה על התנהגות התעסוקה של נשים לאחר לידה. עם זאת, חשוב להתייחס לעובדה שפרק הזמן שלאחריו נשים חוזרות לעבודה אינו קבוע. כך, 66% מהנשים העובדות שילדו חזרו לעבוד מייד לאחר חופשת הלידה; 26% מהנשים חזרו במהלך 12 החודשים שלאחר הלידה, ו-8% לא עבדו עד סוף השנה הראשונה שלאחר הלידה.

אחוז הנשים שחוזרות לעבוד מייד אחרי חופשת הלידה קטן עם השנים, לעומת אחוז הנשים שחוזרות רק אחרי 5-6 חודשים. הסיכוי לחזור לעבודה מייד עם תום חופשת הלידה גדל עם מספר הילדים - מ-60.5% אחרי הלידה הראשונה ל-76.8% בקרב נשים עם ארבעה ילדים ויותר.

שיעור הנשים שחזרו לעבודה מייד עם תום החופשה גדל גם בהתאם לגיל האישה - 66% מבנות 25 או

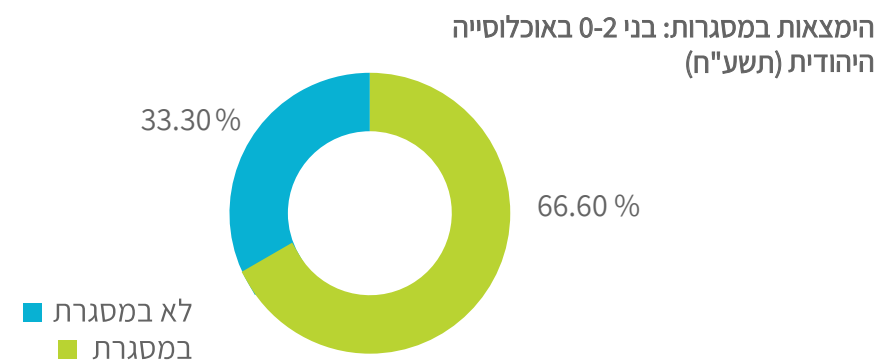
19 נשים בנות 30-40



בקרב יהודים:

ילדים בגנים עירוניים, ציבוריים ופרטיים בחברה היהודית שנה"ל 2016-2017			
גילאים	סך ילדים בגנים	בגנים עירוניים וציבוריים	בגנים פרטיים
2-0	268,337	88,852	179,485
3	128,281	105,760	22,521
4	127,600	123,581	(4,019)
5	122,003	122,003	-
7-6	38,613	38,322	-

בקבוצת הילדים היהודים בני 2-0, כ-397,000 נמצאים במסגרות קדם-יסודיות. כלומר, כ-33% מהם לא נמצאים במסגרות:



פחות חזרו מייד בתום החופשה, וכך גם 72.8% מקרב בנות 45-54. הסיכוי לחזור מייד לעבודה גדל עם רמת ההכנסה עד רמת השכר הממוצע במשק, ולאחר מכן יורד במקצת. הסיבה לכך היא שדחיית החזרה לעבודה כרוכה בהפסד הכנסה משמעותי יותר עד רמת הכנסה מסוימת, ולאחריה, התנאים הכלכליים מאפשרים הארכת חופשה ללא תשלום למשך חודש או חודשיים.

הסדרי טיפול בילדים

בשנת 2017, בחינוך הקדם-יסודי ובמעונות היום היו 830.3 אלף ילדים בני 0-7. בגנים שבפיקוח משרד החינוך עבדו 17.3 אלף גננות. בטבלאות שלהלן, מוצגים נתוני הילדים בגנים (עירוניים/ציבוריים ובגנים פרטיים) בחלוקה לפי דת, נכון לשנים 2017-2016. הנתונים לקוחים מנתוני משרד החינוך ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, וכוללים את החינוך המיוחד ואת מעונות היום שבפיקוח משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים.

בכלל האוכלוסייה:

ילדים בגנים עירוניים, ציבוריים ופרטיים שנה"ל 2016-2017			
גילאים	סך ילדים בגנים	בגנים עירוניים וציבוריים	בגנים פרטיים
2-0	294,574	97,932 (33%-כ)	196,642 (66%-כ)
3	159,438	135,168	24,270
4	166,729	161,814	(4,915)
5	162,032	160,746	(1,286)
7-6	47,565	47,095	-

בגילאים 2-0, יש כ-536,000 ילדים במסגרות קדם-יסודיות. כלומר, כ-45% מהילדים בגיל זה אינם נמצאים במסגרות:²⁰

20 הערה מתודולוגית: הנתון לגבי סך הילדים לקוח מנתוני הלירות של הלמ"ס "לידות חי 2017-2002"; והנתון לגבי הילדים במסגרות - מתוך נתוני "ילדים בגני ילדים ומעונות יום" של הלמ"ס. על כן, אחוז הילדים במסגרת אינו יכול להעיד על מספר ספציפי, אלא על מגמה.

הסדרי הטיפול בילדים בגילאי 3 חודשים עד 3 שנים (בהתאם לפרסום של משרד הכלכלה, 2017)		
סוג ההסדר	ילדים יהודים	ילדים ערבים
משפחתונים פרטיים	6.6%	9%
מעונות ומשפחתונים מוכרים	27.9%	11.7%
גנים ומעונות פרטיים	25%	6.5%
גנים ומעונות בפיקוח עירייה/משרד החינוך	8.2%	5.7%

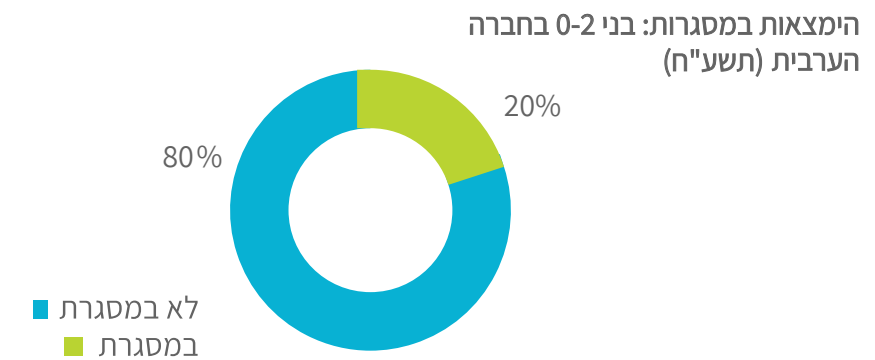
ילדים בעוני ובסיכון

לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי 2016, 31% מהילדים נמצאים מתחת לקו העוני (לאחר תשלומי העברה ומיסים ישירים). אחת מכל שתי משפחות ערביות ואחת מכל שתי משפחות חרדיות - חיות מתחת לקו העוני. לפי הגדרות התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון ומנתונים שנאספו ביישובי התוכנית, כ-16% מכלל הילדים והנוער ביישובים אלו מוגדרים בסיכון. מתוך סך הילדים ובני הנוער בסיכון, 31% הם בגיל הרך. התוכנית מנוהלת במשותף על ידי חמישה משרדים ממשלתיים, ומטרתה לצמצם את היקף הסיכון בקרב ילדים ובני נוער בשבעה תחומי חיים: קיום פיזי, בריאות והתפתחות, השתייכות למשפחה, למידה ורכישת מיומנויות, רווחה ובריאות נפשית, השתייכות והשתתפות חברתית, הגנה מפני אחרים והגנה מפני התנהגות מסכנת שלהם עצמם.

בחברה הערבית:

ילדים בגנים עירוניים, ציבוריים ופרטיים בחברה הערבית שנה"ל 2016-2017			
גילאים	סך ילדים בגנים	בגנים עירוניים וציבוריים	בגנים פרטיים
2-0	20,388	7,958	12,430
3	26,942	26,093	...
4	34,491	33,920	...
5	35,436	35,150	...
7-6	7,443	7,265	-

בקבוצת הילדים הערבים בני 2-0 יש כ-123,000 ילדים. כלומר, כ-80% מהם אינם נמצאים במסגרות.



נתונים מפורטים אף יותר מתקבלים מפרסום של משרד הכלכלה בשנת 2017:

הסדרי הטיפול בילדים בגילאי 3 חודשים עד 3 שנים (בהתאם לפרסום של משרד הכלכלה, 2017)		
סוג ההסדר	ילדים יהודים	ילדים ערבים
הסדרים לא-שוקיים ²¹	27.5%	63%
מטפלות	4.8%	4.2%

²¹ הכוונה בהסדר לא שוקי היא להסדר שבו האב/האם נשארים עם הילד בבית; האב/האם מטפלים בילד בעצמם ומשלבים זאת עם עבודה בשכר; או שיש בן משפחה אחר שמטפל בילד.

חלק שני: מדדי בריאות

תוחלת חיים בלידה

תוחלת חיים בלידה בשנת 2017, תוחלת החיים בלידה הייתה:

תוחלת חיים בלידה, ישראל ביחס למדינות ה-OECD, 2017		
ממוצע ה-OECD	ישראל	
80.7	82.6	בסה"כ
83.3	84.6	נשים
78.1	80.6	גברים

בנתון זה, ניכרים פערים משמעותיים בין החברה היהודית והחברה הערבית:

תוחלת חיים בלידה, חברה יהודית מול חברה ערבית (2017)		
יהודים	ערבים	
84.7	81.4	נשים
81.5	77.2	גברים

הסיבה להצגת נתונים אלו פה היא שישנו קשר משמעותי בין שנות החיים הראשונות לבין תוחלת חיים. חלק משמעותי מהשיפור בתוחלת חיי האדם בבגרותו לאורך ההיסטוריה חל עקב הפחתת החשיפה למחלות שונות בילדות. שנות החיים הראשונות משפיעות על תוחלת החיים בבגרות. כך למשל, בקרב גברים, תמותה מוקדמת קשורה למגוון תנאים בשנות החיים הראשונות, ובהם מעמד סוציו-אקונומי, סידורי המגורים במשפחה, סטאטוס תעסוקת האימהות, מגורים בעיר או בכפר ומוצא ההורים.

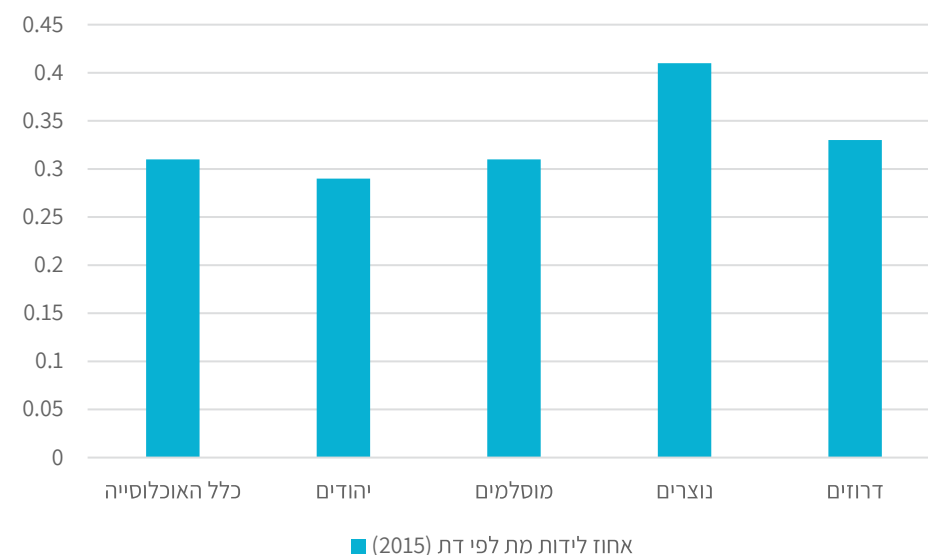
לידות מת

מתוך הלידות שהיו בישראל בשנת 2015 (כ-180,000), 557 נגמרו בלידות מת - 0.31%. מבחינת השוואה בין בני הדתות השונות, הנוצרים עם האחוז הגבוה ביותר - 0.41%, היהודים עם האחוז הנמוך ביותר - 0.29%, וביניהם, המוסלמים - 0.31% והדרוזים - 0.33%.

לידות מת בישראל 2015 לפי דת

לידות חי	לידות מת	סה"כ לידות	אחוז לידות מת (מסך הלידות)
178,723	557	179,280	0.31%
132,220	388	132,608	0.29%
36,659	115	36,774	0.31%
2,669	11	2,680	0.41%
2,376	8	2,384	0.33%

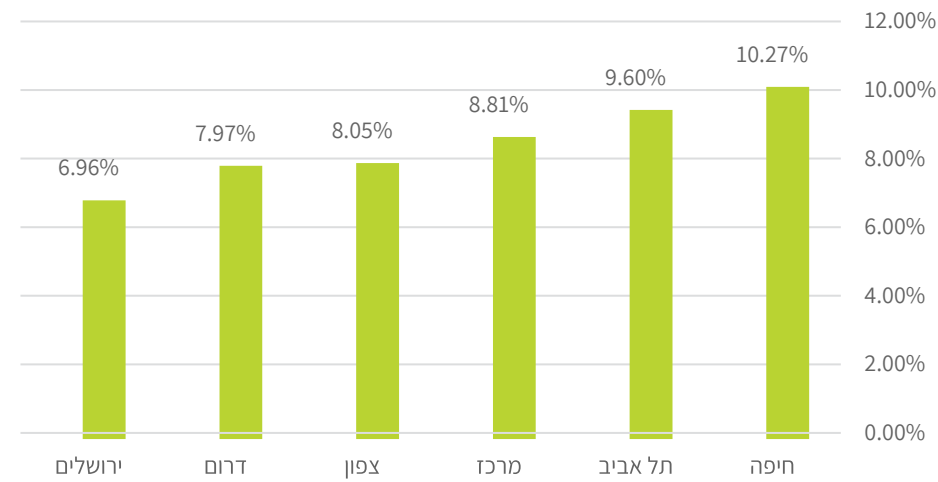
אחוז לידות מת לפי דת (2015)



פגות

לידת פג מוגדרת על ידי ארגון הבריאות העולמי כלידה לפני השבוע ה-37 להיריון בשל פגות או בשל קצב צמיחה נמוך של העובר. בישראל, אחד מתוך 14 הריונות מסתיים בלידת פג. בהשוואה שערך ה-OECD ב-2015 בין מדינות הארגון, ישראל נמצאה מעל הממוצע (שעומד על 6.59% מכלל התינוקות) עם 8% מהתינוקות שנולדו במשקל נמוך.

אחוז הפגים שנולדו מתים 2017



תמותת תינוקות

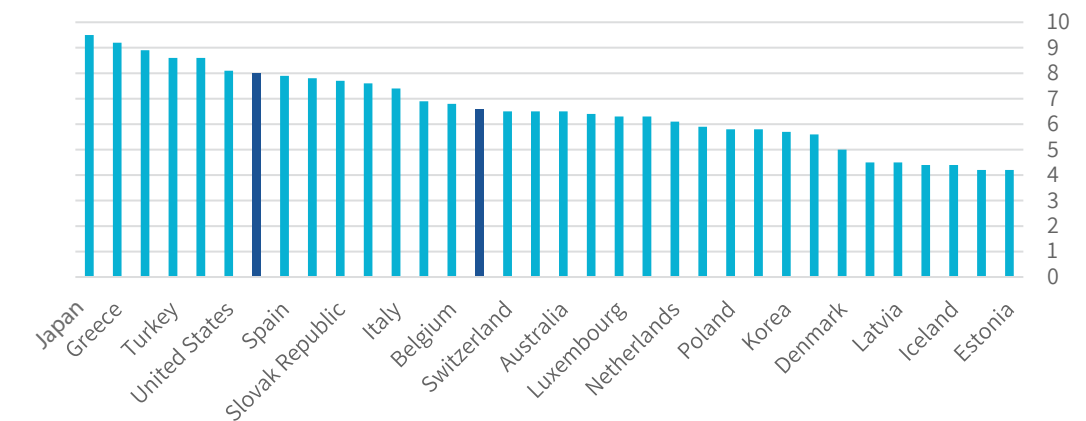
נתונים גדולים... בקטנה

- שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי עומד על 3.1 (2017).
 - שיעור תמותת התינוקות גבוה ביותר מפי 2 בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים.
 - בקרב יהודים במחוז המרכז, שיעור תמותת התינוקות הוא 1.8. בקרב הבדואים במחוז הדרום, שיעור זה עומד על 11.
- בשנת 2017, נפטרו בישראל 560 תינוקות (עד גיל שנה). שיעור תמותת התינוקות ל-1,000 לידות חי בישראל עמד בשנת 2017 על 3.1. נתון זה נמוך מהמוצע ב-OECD, שעמד באותה שנה על 3.9 פטירות ל-1,000 לידות חי.

פילוח לפי דת

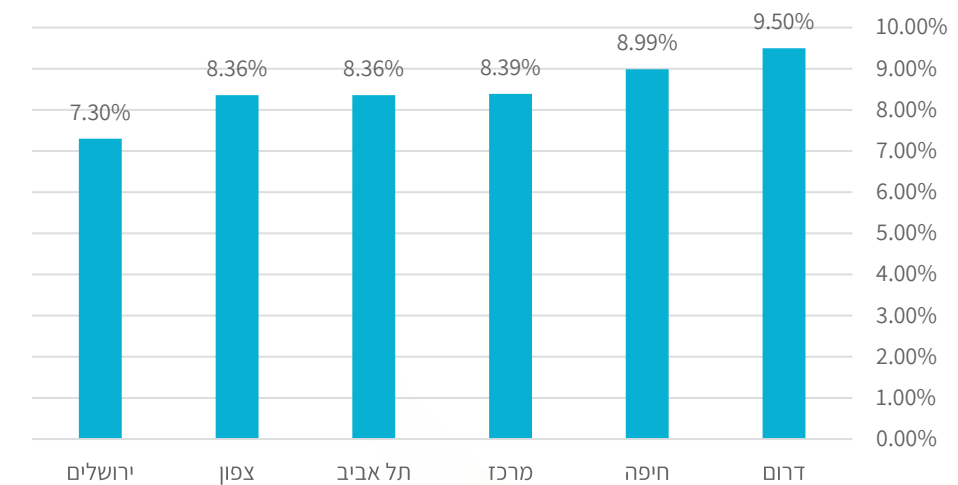
נכון לנתוני 2018, קיים פער משמעותי בין יהודים ואחרים (2.2 פטירות ל-1,000 לידות חי) לבין ערבים (5.8). כלומר, שיעור תמותת התינוקות בקרב ערבים גבוה ביותר מפי 2 מאשר בקרב יהודים. סיבת התמותה המובילה בקרב יהודים היא פגות, ואילו בקרב ערבים, מדובר במומים מולדים. למרות הקיטון שנצפה לאורך השנים בתמותת התינוקות בכל החברות, הפער בין היהודים לערבים נשמר באופן יחסי (בערך פי 2).

אחוז תינוקות שנולדו במשקל נמוך במדינות ה-OECD
2015



בשנת 2017, נולדו בישראל 15,786 פגים. במחוז דרום, אחוז הפגים הוא הגבוה ביותר - 9.5% מכלל היילודים. הנתון במחוז ירושלים הוא הנמוך ביותר - 7.3%. ביניהם, מחוז חיפה (8.99%), מרכז (8.39%), תל אביב (8.36%) וצפון (8.36%).

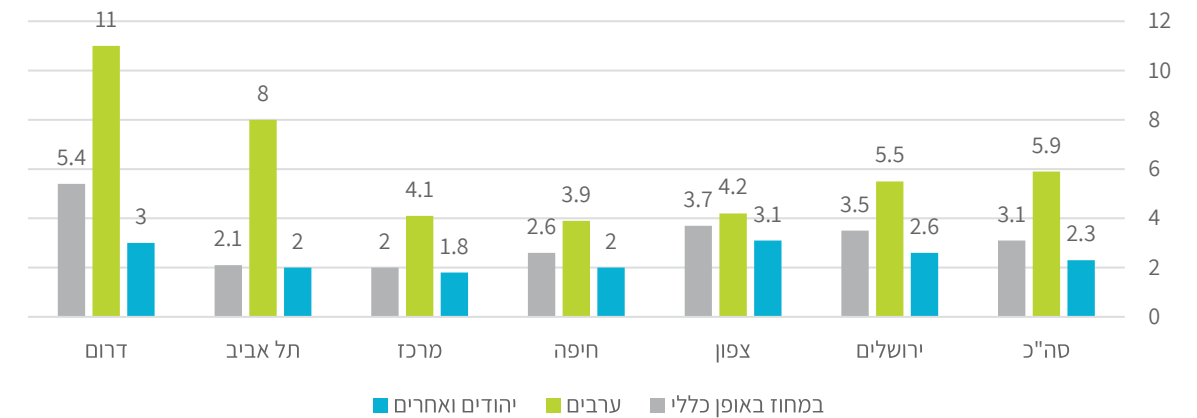
אחוז הפגים לפי מחוזות 2017



באותה שנה, נפטרו 1,346 תינוקות שנולדו פגים. במחוז חיפה, שיעור הפטירה היה הגבוה ביותר - 10.27% מכלל הפגים. במחוז ירושלים, שיעור זה היה הנמוך ביותר - 6.96% מכלל הפגים.

פילוח לפי מחוז

שיעורי תמותת תינוקות לפי מחוז וקבוצת אוכלוסייה
ממוצע תלת-שנתי (2015-2017)



שיעור תמותת התינוקות הגבוה ביותר הוא בקרב החברה הבדואית במחוז דרום (11), והנמוך ביותר הוא בקרב יהודים ואחרים במחוז מרכז. הפער בין שני הקצוות הללו **גבוה ביותר מפי 6**. כך למשל, ארבעת היישובים בישראל שמובילים בנתוני פטירת התינוקות ל-1,000 לידות חי הם יישובים בדואים במחוז הדרום, יישובים שהמדד החברתי-כלכלי שלהם הוא 1.

ארבעת היישובים המובילים בישראל בתמותת תינוקות (2013-2017)

פטירת תינוקות ל-1,000 לידות חי 2013-2017	יישוב
13.5	שגב-שלום
13.1	כסיפה
11.7	תל שבע
10.9	לקיה

הפער בין שיעור פטירת התינוקות בקרב הבדואים בדרום ושיעור פטירת התינוקות בחברה היהודית מוסבר, בין השאר, על ידי שני גורמים מרכזיים:

א. ריבוי מומים מולדים באוכלוסייה זו (כ-2/3 מהפער). תופעה זו מוסברת על ידי נישואי קרובים, שמעלים את הסיכון למומים מולדים, נגלים ולא נגלים. למרות קיומן של בדיקות שלפני הלידה, לעיתים קרובות

תוצאותיהן לא משמשות את ההורים בקבלת ההחלטות הרלוונטיות.

ב. עודף תמותה כתוצאה מפגות: פגים רבים שלא מטופלים כראוי מבחינה רפואית עקב חוסר נגישות לשירותי רפואה;

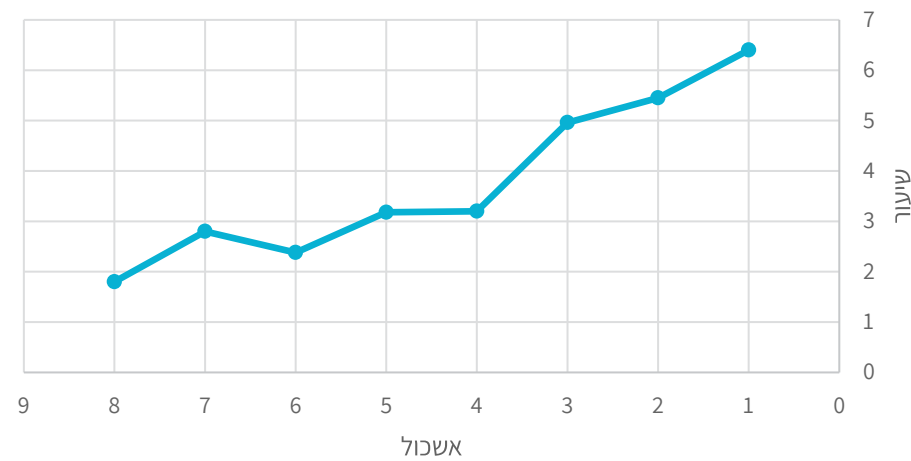
ג. זיהומים: צפיפות, איתור מאוחר ונגישות נמוכה לטיפול באופן כללי;

ד. תאונות (פירוט רב יותר הופיע בפרק "היפגעויות").

הקשר בין תמותת תינוקות ומדד חברתי-כלכלי

בבחינת נתוני הלמ"ס, נראה קשר ברור בין אשכול המדד החברתי-כלכלי שבו נמצא היישוב לבין שיעור פטירת התינוקות, כפי שניתן לראות בגרף שלהלן.²²

שיעור פטירות תינוקות לאלף לידות חי 2012-2016



מסקנה זו נתמכת גם על ידי מחקרים רבים. למשל, תוצאות דומות ניתן לראות במחקר שנערך באוהיו ושהעיד על קשר מובהק בין תמותת תינוקות להכנסות הוריהם. מחקרים בישראל מצביעים על נתון זה כחלק מהנתונים המדגימים אי-שוויון בבריאות.

פטירת פעוטות

בשנת 2016, נפטרו 569 בני 0 עד שנה, ו-120 בני שנה עד 4. שתי קבוצות האוכלוסייה שונות זו מזו בסיבות המרכזיות לפטירה, כפי שניתן לראות בטבלה שלהלן:

22 הניתוח נעשה על אשכולות 1-8 בשל אי-זמינות נתונים. הנתונים לקוחים מתוך פרופיל היישובים המעודכן של הלמ"ס על 127 יישובים נבחרים.

בה הוא 25%. חלק מבדיקות הסקר מיועדות לכלל האוכלוסייה (לדוגמה, בניוון שרירים מסוג SMA, הסיכוי לנשאות קיים בכל קבוצות האוכלוסייה בישראל), וחלק אופייניות לקבוצות אתניות שונות (למשל, טי זקס – TS אופיינית לאשכנזים וליוצאי צפון אפריקה). אם שני בני-הזוג נמצאו נשאים לאותה מחלה, קיימים שלושה מענים בתחום זה:

1. **אבחון במהלך ההיריון** (Prenatal testing);
2. **אבחון לפי הנישואים** (Premarital testing) - "דור ישרים", האגודה למניעת מחלות גנטיות, פועלת בקרב חלקים נרחבים בציבור החרדי להתאמה בין בני-זוג על פי תוצאות של בדיקות שהתקבלו לפני השידוך.
3. **אבחון לפני הפריה** (Pre-implantation Genetic Diagnosis PGD) - אם שני בני-הזוג נמצאים נשאי מחלה, מתבצעת הפריה מלאכותית, והעוברים נבדקים בקשר למחלה זו בהיותם בני כמה ימים, ומוחזרים רק עוברים תקינים. זהו פתרון שמקובל הלכתית בדת היהודית ובדת המוסלמית.

בדיקת העתיד - Expanded Carrier Screening – זוהי בדיקת סקר גנטי מורחבת, שבמסגרתה נבדקות כ-500 מחלות אפשריות. האבחון שהיא מאפשרת נרחב כל כך שכמחצית מהנבדקים/ות מתגלים כנשאים של לפחות מחלה אחת, מה שיידרוש לבדוק נשאות לאותה מחלה בקרוב למחצית מבני-הזוג של הנבדקים. לכן, מודל זה מעדיף בדיקה במקביל של שני בני-הזוג. נראה כי בבדיקת הסקר המורחבת קיים סיכון של כ-2% (1:50) לאתר זוגות ששניהם נשאים לאותה מחלה. זוגות אלו עוברים אבחון של העובר (ראו לעיל). חשוב לציין שבימים אלו מופעלות יועצות שפועלות להעלאת המודעות לכל נושא הבדיקות בחברה החרדית וכי יש כוונה להרחיב נושא זה גם לחברה הערבית. אוכלוסייה ש"נופלת בין הכיסאות" בתחום זה היא הדתית-לאומית, שבה אין מודעות רבה לנושא הבדיקות, וגם שם חלק מהיועצות פועלות להעלאת המודעות.

23 היפגעות בשנות החיים הראשונות

בשנת 2017, הגיעו לחדרי המיון 607,162 ילדים (בגילאי לידה עד 17). 17% מהפניות היו של ילדים מגיל לידה עד שנה; 32% של בני שנה עד 4; ו-20% של בני 5-9. נתונים אלו גבוהים מאחוזם היחסי של קבוצות גיל אלו באוכלוסייה.

אף שבני 0-3 מהווים רק רבע מקבוצת בני ה-0-12, 38% ממקרי התמותה וכ-30% מהפניות למיון עקב היפגעות הן של ילדים בקבוצת גיל זו. כלומר, ילדים בקבוצת גיל זו נמצאים בסיכון גבוה להיפגעות בלתי-מכוונת.

- כדי להבין את ההיקפים, ניתן להתייחס לשנת 2018: 226,911 מכלל הביקורים של ילדים עד גיל 4 במלר"ד היו עקב מחלה; 70,753 ביקורים נוספים, שהם יותר מ-30% מכלל הביקורים, היו כתוצאה מסיבות חיצוניות - היפגעות שניתן היה למנוע.
- בקרב בני 0-3, תינוקות בגיל שנה נמצאים בסיכון הגבוה ביותר לתמותה כתוצאה מהיפגעות.
- רוב ההיפגעות הן של בנים: בגילאי 0-3, 57% מההיפגעות הן של בנים; בקרב בני 3-6, 60% מההיפגעות הן של בנים.

23 ברצוננו להודות לארגון "בטרם" לבטיחות ילדים, על כך שסייע משמעותית בכתיבת פרק זה. אלא אם צוין אחרת, הנתונים המוצגים בפרק זה הם נתוני הארגון שהועברו אלינו למטרת כתיבתו של פרק זה.

סיבות מרכזיות לפטירה, גילאי 0-4, לפי קבוצות גיל (2016)

סיבה	אחוז מקרי המוות מסיבה זו מתוך כלל הפטירות בגילאי 1-0	אחוז מקרי המוות מסיבה זו מתוך כלל הפטירות בגילאי 4-1
סיבות סב-לידתיות	44.3%	-
מומים מולדים	30.9%	24.2%
כל הסיבות החיצוניות	2.5%	30%
שאתות ממאירות	1.6%	5%
מחלות זיהומיות	1.4%	2.5%
מחלות לב	-	1.7%

קיים הבדל משמעותי מאוד בין החברה היהודית לחברה הערבית בשיעור הפטירות בגילאי 0-4: בקרב יהודים, שיעור הפטירות ל-1,000 הוא 0.51, ואילו בקרב ערבים הוא 1.18.

מניעה לפני הלידה

חלק משמעותי מתחלואות ותמותות התינוקות נובע ממומים מולדים ותסמונות גנטיות שחלקן ניתנות לאבחון במהלך ההריון. להלן המגמות המרכזיות בתחום זה:

במסגרת סל שירותי הבריאות הממלכתי, נשים מעל גיל 35 זכאיות למימון לבדיקת בדיקה אבחנתית בהריון – בדיקת מי שפיר (AF) או בדיקת סיסי שליה (CVS), ללא קשר לתוצאת בדיקות הסקר וההדמיה השונות בהריון. ההליך הרלוונטי הוא הפניית רופא לייעוץ גנטי, ובעקבותיו קובעת האישה אם ברצונה לבצע את הבדיקה או לא. נוסף על כך, נשים אשר במעקבים על-קוליים במהלך ההיריון נמצא כי לעובר מומים משמעותיים (Major anomalies, זכאיות לביצוע בדיקה אבחנתית בהריון במסגרת סל השרותים הממלכתי - CMA (Chromosomal Micro Array), שבדקת כרומוזומים ברזולוציה גבוהה יחסית ומאפשרת לגלות יותר שינויים כרומוזומליים מאי פעם בעבר. מחקרים מראים כי גם בהריונות עם מעקבים תקינים וללא תלות בגיל האישה (>35), קיים סיכון של 1% לממצא לא תקין בבדיקת הצ'יפ הגנטי. במסגרת הייעוץ הגנטי שניתן לזוג בעקבות ממצא שכזה, יומלץ להם גם לשקול הפסקת ההריון.

מחודש פברואר 2019, כל אישה זכאית לבדיקה מסוג זה במסגרת סל שירותי הבריאות. כמות הבדיקות מסוג זה שמבוצעות היא 21,000, כלומר, בכ-12% מכלל הלידות. מדובר בנתון גבוה מאוד יחסית לעולם. עם זאת, בחברה החרדית, בדיקה אבחנתית בהריון כמעט שלא מבוצעת. גם בקרב האוכלוסייה הערבית, ההיענות לביצוע בדיקה אבחנתית בהריון אינה גבוהה, ובחלק מהמקרים גם אם נמצאה תוצאה חריגה, בני הזוג אינם פונים לאפשרות של הפסקת ההריון.

בהתייחס לבדיקות סקר גנטיות בישראל, המלצות המשרד הן שכל זוג יבצע אותן כדי לדעת אם בני-הזוג הם נשאי מחלות שונות. זאת מכיוון שאם שני בני-הזוג הם נשאי מחלה, הסיכוי שילדיהם המשותפים יהיו חולים

איפה וממה נפגעים?

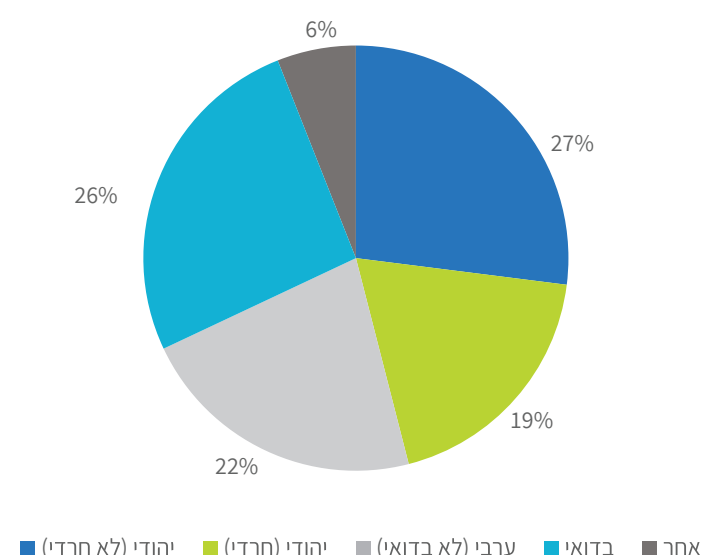
חשוב לדעת!

- חלק משמעותי מההיפגעות מתרחשות דווקא בסביבת הבית וחצר הבית.
- ריהוט מהווה סיבה לחלק משמעותי מההיפגעות.

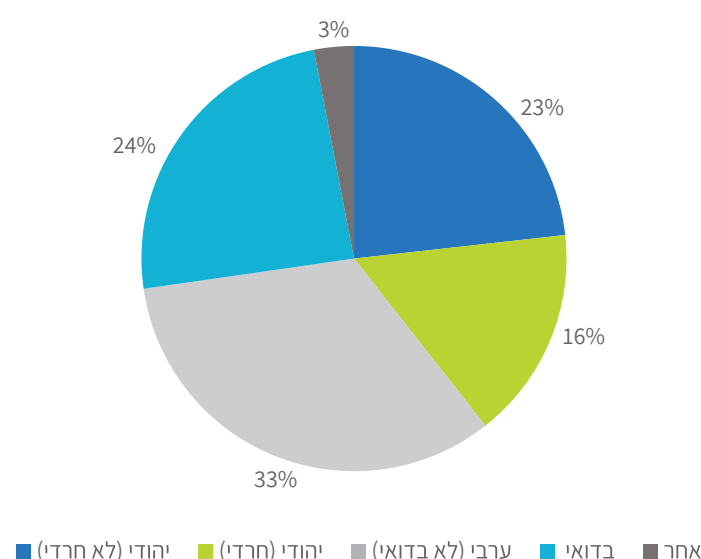
בגילאי 3-0, כשני שלישים ממקרי התמותה וכשלושה רבעים מהפניות למיון כתוצאה מהיפגעות - מתרחשים בבית ובחצר הבית. בגילאי 6-3, 42% ממקרי התמותה ו-56% מהפניות למיון הן כתוצאה מהיפגעות שמתרחשות בבית ובחצר הבית. רק חמישית מהפניות למלר"ד הן עקב היפגעות במוסדות החינוך. טביעה שכיחה יותר בקרב ילדים מגיל שנה ומעלה (בתוך קבוצת בני 3-0). חנק של תינוקות עד גיל שנה שכיח יותר (כ-65%) באופן משמעותי מאשר חנק של פעוטות בני 3-0. בגילאי 3-0, ריהוט (בעיקר מיטות) מהווה גורם מרכזי לנפילות. הגורם השני בשכיחותו הוא מדרגות. בגילאי 6-3, מדרגות, מיטות וכיסאות מהווים גורם מרכזי לפנייה למיון בשל נפילות. הגורמים הבאים בשכיחותם הם מגלשות ונדנדות. בני 4-0 הם הקבוצה בעלת הסיכון הגבוה ביותר להיפגעות מכוויות בכלל ומכוויות שמעורבות בנוזלים חמים בפרט. כמו כן, בני קבוצה זו הם גם בעלי הסיכון הגבוה ביותר להיפגע עקב חנק ממזון ומשתייה.

היפגעות לפי חברות שונות²⁴

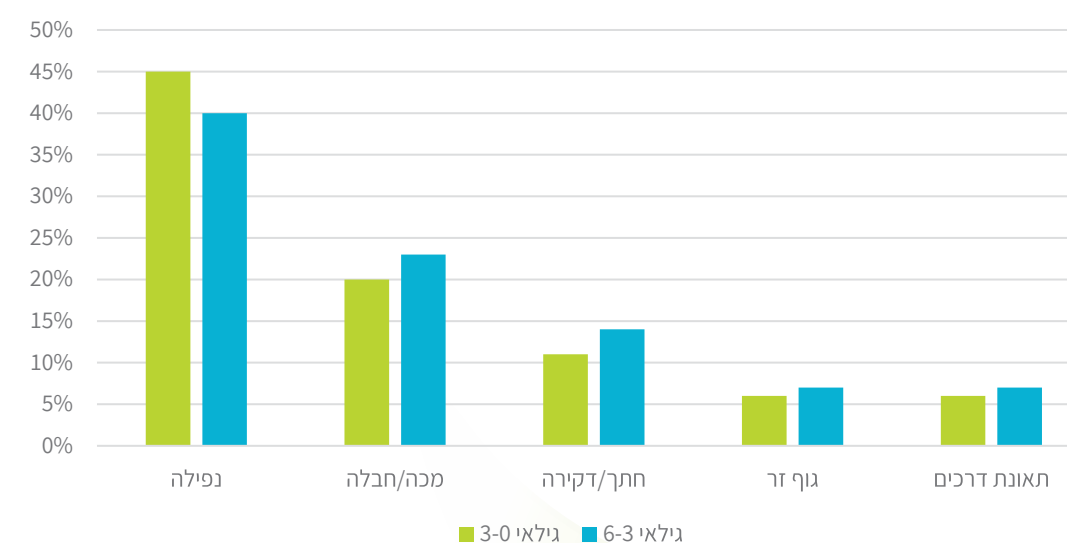
היפגעות לפי חברות שונות בגילאי 3-0



היפגעות לפי חברות שונות בגילאי 6-3



סיבות שכיחות לפנייה למיון כתוצאה מהיפגעות 2018-2010



24 הנתונים המוצגים אינם מתייחסים לחלקה היחסי של כל חברה, אלא למספרים באופן מוחלט.

באשר לסיבות להיפגעות, ילדים בחברה החרדית מהווים אוכלוסייה בסיכון להיפגעות בדרכים כתוצאה מתאונות כרוכבי אופניים וכהולכי רגל. בגילאים 0-4, קורות כוויות רבות עקב פגיעה ממיחמים ומפלטות שבת. חשוב לציין שכשני שלישים ממקרי התמותה של ילדים חרדים היו של בנים (כ-66%), זאת בדומה לאחוז בכלל האוכלוסייה (כ-68%).

היפגעות בחברה הערבית נתונים גדולים... בקטנה

- < שיעור התמותה בתאונות בקרב בני 0-4 באוכלוסייה זו הינו 12.5 ל-100,000, זאת לעומת 4.1 מקרים ל-100,000 בקרב יהודים.
- < בגילאים 0-3, הסיכון של ילד ערבי להיפגע גבוה פי 3.4 בהשוואה לילד יהודי. בגילאים 3-6, הסיכון שלו גבוה פי 4.5 בהשוואה לילד יהודי.
- < בגילאים 0-6, ילד בחברה הבדואית נמצא בסיכון הגבוה ביותר להיפגעות מכלל אוכלוסיית ישראל.

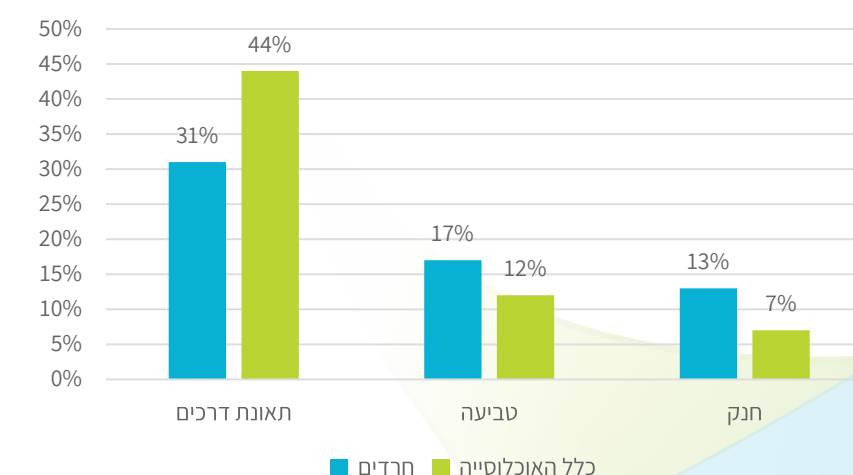
שיעורי התמותה והאשפוז בקרב ילדים ערבים גבוהים משמעותית מאלו של ילדים יהודים. פערים אלו בולטים אף יותר בקרב בני 0-4 ונגזרים בעיקר מתאונות של ילדים כהולכי רגל, ביניהן גם תאונות בחצר הבית או בחניה – לרוב כאשר הנהג הפוגע נוסע לאחור. קבוצת בני 0-4 נמצאת בסיכון גבוה גם לתאונות חנק, טביעה, כוויה/שריפה ונפילה. ארגון בטרם מציין שני מקורות מרכזיים לנתונים מדאיגים אלו: סביבת מגורים לא-בטיחותית באופן יחסי (תשתית בית לקויה, מחסור במעקות וסורגים, נגישות לחומרים מסוכנים וכו') ורמת השגחה נמוכה. קבוצת בני 0-4 בחברה זו נושאת בקרוב למחצית (47%) מנטל התמותה כתוצאה מהיפגעות ובכ-37% מנטל האשפוז כתוצאה מהיפגעות מתוך סך האוכלוסייה - פי 1.7 ו-1.3 משאר האוכלוסייה, בהתאמה לחלקה היחסי בחברה הבדואית, דריסה לאחר היא גורם המוות המוביל בגילאים 0-4. כפי שצוין, עיקר נטל התמותה בקבוצה זו נגזר מחלקה היחסי הגבוה בתאונות דרכים כהולכי רגל, בתאונות חנק ובטביעות. שכיחותן גבוהה פי 2.3, 2.2 ו-1.9 בהתאמה מחלקה היחסי של קבוצה זו. עיקר נטל האשפוז נגזר מחלקה היחסי הגבוה בנפילות ובכוויות: פי 1.6 ופי 2.6 מחלקה של קבוצה זו בשאר האוכלוסייה. כמו כן, גם נפילות הן מהגורמים המרכזיים להיפגעות: בעיקר נפילה במדרגות שנבנו ללא מעקות או בשל משחק עליהן ללא השגחה.

היפגעות בחברה החרדית נתונים גדולים... בקטנה

- < ילדים שגדלים בחברה החרדית נמצאים בסיכון הגבוה ביותר לתמותה כתוצאה מהיפגעות בגילאים 0-6 בהשוואה לשאר האוכלוסייה היהודית.
- < הסיכון לתמותה של ילדים בני 0-4 שגדלים בחברה החרדית, גבוה פי 2 בהשוואה לילדים בכלל היישובים היהודיים.
- < כמות ההיפגעות ביישובים חרדיים גבוהה בבית ובדרכים: 39%-41% ממקרי התמותה התרחשו בבית ובחצר הבית. הגורמים המובילים לכך: חנק, טביעה ונפילה. 39%-43% ממקרי המוות התרחשו בדרכים.

לאוכלוסייה החרדית מאפיינים המזוהים בספרות המקצועית כקורלטיביים לרמת היפגעות גבוהה: מעמד סוציו-אקונומי נמוך, מספר ילדים גבוה במשפחה, תשתיות לקויות וחשיפה מועטה למסרי בטיחות. ייתכן גם שחלק מהנורמות הקיימות בקהילה זו, כגון מתן עצמאות לילדים בגיל צעיר, מגבירות את הסיכון להיפגעות. בדוח של בטרם משנת 2017, בוצע ניתוח ייחודי של יישובים יהודיים שבהם רמת חרדיות גבוהה. נמצא כי ילדים ביישובים בעלי רוב חרדי נמצאים בסיכון גבוה יותר לתמותה עקב תאונות לעומת ילדים ביישובים יהודיים אחרים. הסיכון לתמותה בקרב קבוצת אוכלוסייה זו גבוה בהרבה מבקרב שאר האוכלוסייה היהודית, אך שיעורי הפנייה למיון והאשפוז נמוכים בהשוואה ליישובים שבהם אין רוב חרדי. חשוב לציין שבניגוד למגמה הרווחת שלפיה מרבית מקרי ההיפגעות הם בבית ובחצר הבית, מגמה זו שונה במעט בחברה החרדית: אחוז הילדים שפנו למיון או שאושפזו בגין היפגעות בלתי-מכוונת במוסד החינוכי, גבוה בחברה החרדית בהשוואה לכלל האוכלוסייה.

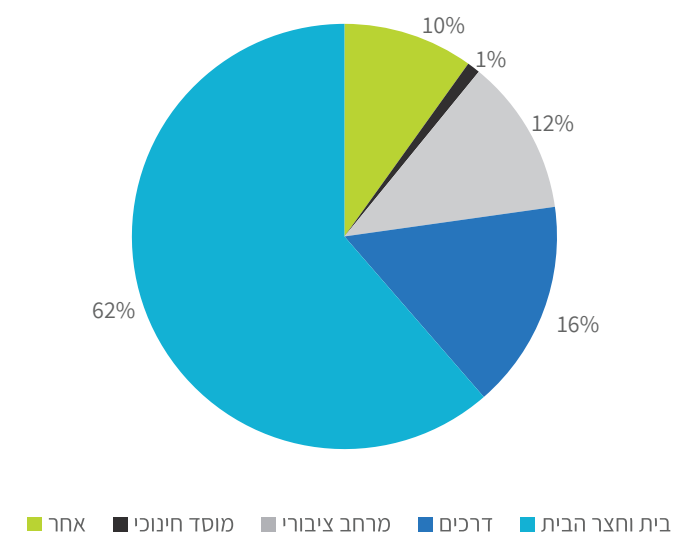
סיבות תמותה מובילות של פעוטות: השוואה בין החברה החרדית לכלל האוכלוסייה



כמות ביקורים במלר"ד מסיבה של פגיעה לא מכוונת בהשוואה למדד חברתי-כלכלי (2018)		
יישוב	מדד חברתי-כלכלי	כמות ביקורים לאלף נפש בגילאי 4-0 ²⁶
סח'נין	3	75.9
חריש	3	400.6
עכו	4	92.1
דליית אל-כרמל	4	49.7
חצור הגלילית	4	103.6
אשדוד	5	49.5
אשקלון	5	36.9
באר שבע	5	37.5
נצרת עילית	5	60.5
אילת	6	36.2
אריאל	6	28
חדרה	6	72.5
כרמיאל	6	27.4
חיפה	7	39.9
גדרה	7	24.1
תל אביב יפו	8	89.8
קריית טבעון	8	56.1
עומר	9	41.9
כפר שמריהו	10	48.3

נתונים אלו מראים כי כמות הפגיעות הגבוהה ביותר היא ביישובים שנמצאים באשכולות 4-2.

התפלגות תמותת ילדים ערבים לפי זירת היפגעות
(בני 0-4), 2011-2015

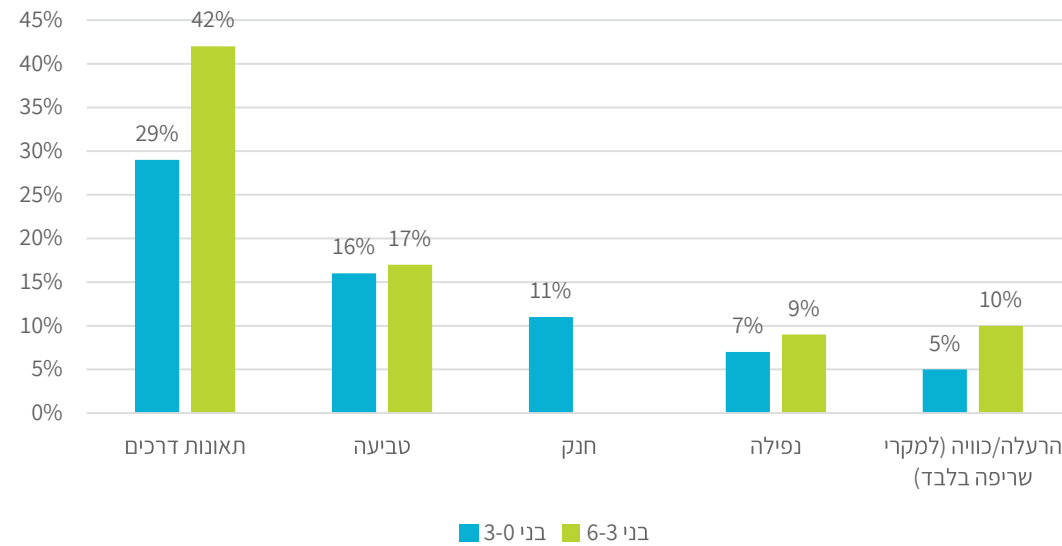


היפגעות בהסתכלות יישובית

כמות ביקורים במלר"ד מסיבה של פגיעה לא מכוונת בהשוואה למדד חברתי-כלכלי (2018)		
יישוב	מדד חברתי-כלכלי	כמות ביקורים לאלף נפש בגילאי 4-0 ²⁶
ביתר עילית	1	68.6
רהט	1	5.68
ערערה-בנגב	1	35.2
אום אל-פחם	2	48.9
בית שמש	2	33.9
בני ברק	2	103.6
ירושלים	2	114.1
צפת	2	134.8
ג'סר א-זרקא	2	96.3
נצרת	3	75

²⁶ ביקורים מסיבה של פגיעה לא מכוונת, 2018, מתוקנן לגיל, לפי נתוני ה-BI

הגורמים השכיחים ביותר לתמותה מהיפגעות 2018-2014



- תאונות בסביבת הרכב (בעיקר דריסה לאחור) מהוות 56% מתאונות הדרכים בגילאי 3-0 שמסתיימות במוות.
- 46% ממקרי התמותה מתאונות דרכים בגילאי 6-3 התרחשו כשהנפגע הוא הולך רגל. הגורם השני בשכיחותו למוות בתאונות דרכים הוא הימצאות בסביבת הרכב, בעיקר של ילדים בגילאי 4-3. תאונות דרכים כנוסעים ברכב מהוות כ-17% ממקרי המוות (הקבוצה הבולטת ביותר - בני 5).
- מעל מחצית ממקרי הטביעה למוות קורים בבית ובחצר הבית, והשאר קורים במרחב הציבורי.
- רוב מקרי החנק הם במעורבות מזון, ואחר כך משאיפת גוף זר.

בריאות הנפש

חלק זה יעסוק בבריאות הנפש בקרב אימהות ובקרב ילדים בשנות חייהם הראשונות. לבד מן הנתונים, יש להבין כי קיים קשר הדוק בין מצבה הנפשי של האם לזה של ילדיה וכן לתפקודם, להצלחתם ולבריאותם הפיזית.

בריאות הנפש באימהות

דבר האזרח(ית)

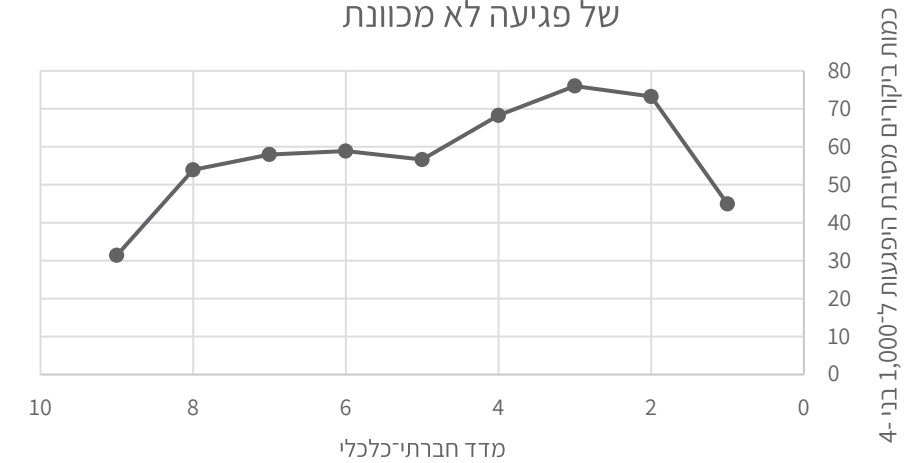
”...הנושא של ההתייחסות לאם בהיריון, בלידה ובהנקה כמכשיר ליצור תינוק, הוא עוול נורא...”

דכדוך לאחר לידה

כ-80% מהילדות חוות דכדוך בימים הראשונים שאחרי הלידה (בהתאם לנוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון

הקשר בין היפגעות למדד כלכלי-חברתי²⁷

היחס בין מדד חברתי-כלכלי לביקורים במלר"ד מסיבה של פגיעה לא מכוונת



בחלוקה לפי אשכול חברתי-כלכלי, לא רואים קשר ישיר בין עוני לבין היפגעויות. עם זאת, ניתן להקיש על קשר כזה כאשר רואים כי מרבית הביקורים במיון מתבצעים באשכולות 4-2. מיעוט ביקורים יחסי יש באשכול 1, הנמוך ביותר, וגם באשכולות 9-8. לא הייתה התייחסות לאשכול 10 מפאת מחסור בנתונים.

תמותה כתוצאה מהיפגעות

קבוצת בני 4-0 נמצאת במקום השני (אחרי בני 15-17) מבחינת הסיכון לתמותה עקב היפגעות בלתי-מכוונת. מדובר בשיעור של 6.3 מקרי תמותה למאה אלף פעוטות. בשנים 2018-2014, 44% ממקרי התמותה של ילדים היו של בני 4-0, שהיוו 31% מכלל אוכלוסיית הילדים, כלומר שיעור התמותה בקבוצה זו היה גבוה משיעורה באוכלוסייה.

שיעורי התמותה בקרב ילדים ובני נוער 28 מיישובים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה, גבוהים בהרבה משיעורי התמותה ביישובים ברמה חברתית-כלכלית בינונית וגבוהה. הסיכון של ילד מיישוב באשכול חברתי-כלכלי נמוך למות כתוצאה מהיפגעות בלתי-מכוונת הוא 6.2 ל-100,000 ילדים, לעומת 3.1 ל-100,000 באשכולות הבינוניים ו-2.5 ל-100,000 באשכולות הגבוהים. כלומר, פי 2.²⁹

27 לפי נתוני ה-BI והלמ"ס, 2018

28 ההתייחסות היא לגילאי לידה עד 17.

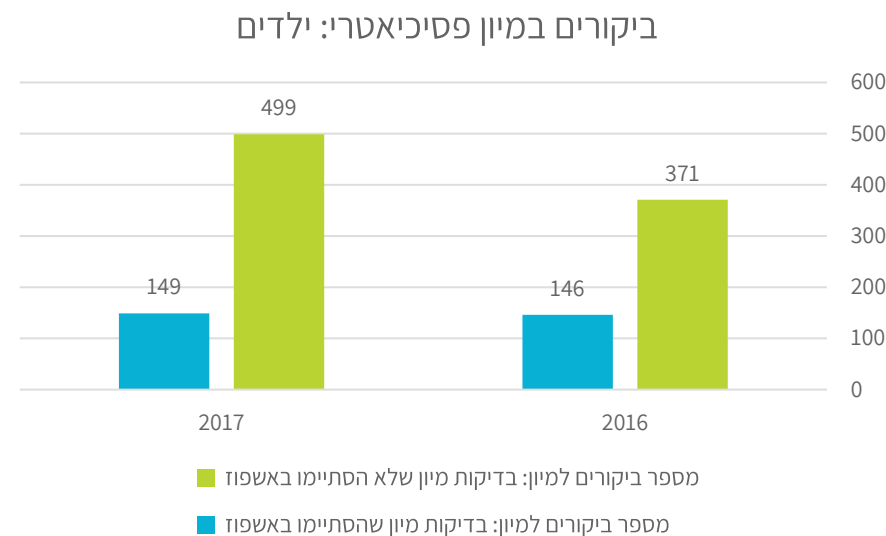
29 קיים מחסור בנתונים מדויקים על חנק בקרב בני 6-3, ועל כן נתון זה לא מוצג (בטור).

נובעת, בין השאר, מאספקטים תרבותיים. על כן, ישנה חשיבות לסביבה, לקונטקסט ולדרך שבה נעשה התשאול לדיכאון שאחרי לידה. רמת האמון/הביטחון במערכת הבריאות של נשים עם דיכאון שאחרי לידה קשורה קשר הדוק לפנייה לקבלת עזרה. לכן, חשוב שהאיתור והטיפול יהיו במסגרות "בטוחות" מבחינות אלו. כך למשל, בקרב נשים חרדיות ישנה עדיפות לקבל סיוע מטעם גורמים לא-פורמליים. להלן כמה דוגמאות למענים הקיימים כיום:

- (1) טיפות החלב מבצעות מבחני סינון לסיכון לדיכאון שבמהלך לידה ולאחריה (כפי שצוין קודם לכן).
- (2) קיימות 3 מרפאות לבריאות הנפש של האישה.
- (3) קיימות יוזמות של ארגוני חברה אזרחית, ובהן:
 - "קודם אימא" (ויצ"ו)
 - קבוצות לנשים עם דיכאון שאחרי לידה (אימא יקרה לי)
 - ביקורי בית של נשים אצל אימהות צעירות (אם לאם)
 - תוכנית סירי לידה (שבמסגרתה אימהות מבשלות ליולדות). תוכניות קהילתיות אלו תלויות במשאבים של ארגוני החברה האזרחית או של הרשות המקומית, ולכן יש הבדלים בין המענים השונים בין יישוב ליישוב.

בריאות הנפש בילדים

בשנת 2016, טופלו בישראל כ-7,700 ילדים ובני נוער במרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש. מתוכם, 4.5% היו בני 5 ומטה (כ-350 ילדים). בשנים 2016-2017, היו בסה"כ כ-1,200 ביקורים של ילדים במיון הפסיכיאטרי. מתוכם, כ-300 ביקורים הסתיימו באשפוז. אחת ההשערות לעלייה בכמויות המבקרים במיון הפסיכיאטרי היא שהוא מהווה חלופה לביקורים שגרתיים אצל הרופא הרלוונטי, עקב חוסר זמינות של שירותים. להלן נתוני הביקורים במיון פסיכיאטרי 30 - ילדים:



בחלוקה לפי מגדר, בקרב בנים, ישנם הרבה יותר ביקורים במיון ואשפוזים. חשוב לציין כי היחס בין כמות הביקורים

בהיריון ולאחר לידה, חוזר ראש שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות, 2014). הרקע לכך הוא ככל הנראה שינויים הורמונליים שמתרחשים לאחר הלידה. מצב זה יכול להימשך בין מספר שעות לעד שבועיים, כך שלרוב מדובר בתופעה שחולפת מעצמה ואינה מצריכה טיפול מיוחד. חשוב להיות ערים לנושא זה, ולמענים השונים המומלצים לכך.

דיכאון לאחר לידה

נתונים גדולים... בקטנה

תופעה שכיחה במדינות רבות - שיעור הסובלות מדיכאון לאחר לידה נע בין 8% ל-14% מהיולדות. לדיכאון השפעות שליליות על העובר ועל האם. בישראל קיים נוהל לאיתור דיכאון במהלך הלידה ולאחריה בטיפת החלב. דיכאון לאחר לידה הוא תופעה שכיחה במדינות רבות. מחקרים שונים מראים כי שיעור הנשים שסובלות מדיכאון לאחר לידה נע בין 8% ל-14%, מה שהופך את התופעה לאחד הסיכוכים הנפוצים ביותר לאחר לידה. ישנם כמה גורמי סיכון לתופעה זו:

- גורמים פיזיים (מצב בריאותי ירוד, משקל לא תקין של האם)
 - גורמים פסיכולוגיים (דיכאון וחרדות במהלך ההיריון, היסטוריה של מחלה פסיכיאטרית, אירועים מלחיצים, לחץ נפשי שנובע מהחזרה לעבודה, לחץ נפשי בשל טיפול בילדים ואיכות חיים ירודה)
 - גורמים סוציו-דמוגרפיים
 - גורמים חברתיים (היעדר תמיכה חברתית).
- בישראל, קיים נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון לאחר לידה, ולפיו כל הנשים שמגיעות לביקור בהיריון החל בשבוע 26 וכל הנשים שמגיעות החל בשבוע 4 ועד לשלושה חודשים אחרי הלידה - עוברות סינון לדיכאון שאחרי לידה באמצעות שאלון. אחת ההוכחות ליעילות ההתערבות נמצאת במחקר שנערך בקרב נשים חרדיות, שהראה שיפור דרמטי במצבן של נשים שקיבלו סיוע מאחיות טיפת חלב. בהקשר זה, חשוב להתייחס לכך שמחקרים מראים גם שניתן לזהות את התופעה בקלות יחסית בקרב נשים רבות על ידי שאילת כמה שאלות פשוטות יחסית.

לדיכאון במשך ההיריון השפעות שליליות על תוצאותיו, והוא גם מגדיל את הסיכון לדיכאון שאחרי לידה. בעניין זה, ישנם כמה ממצאים שיש לתת עליהם את הדעת. שכיחות התופעה משתנה בקרב אוכלוסיות שונות: שיעור הדיכאון גבוה בקרב נשים ערביות לעומת יהודיות, עולות חדשות לעומת נשים שנולדו בישראל או לעומת עולות ותיקות, עקרות בית לעומת עובדות ונשים עם היסטוריה של דיכאון לעומת כאלו ללא.

מחקר אחר מצא כי יש קשר בין מידת הדתיות לבין דיכאון שאחרי הלידה. מידת הדתיות (והקשר שלה למבנים חברתיים ולתפקידים חברתיים מוגדרים) מקושרת להצגת תסמיני דיכאון שאחרי הלידה. ממצאים אלו מצביעים על כך שמאפיינים תרבותיים (כגון הגדרות תפקיד ומערכי התמיכה הקהילתית) יכולים להסביר את השוני שניכר בדיכאון שלאחר לידה.

מקרה הקצה - אובדנות שאחרי לידה, היא תופעה נדירה יחסית בישראל לעומת מדינות אחרות. עם זאת, יש נטייה גבוהה יותר לאובדנות בקרב נשים ערביות (ובמיוחד בדואיות בנגב) ובקרב עולות מחבר העמים לשעבר בהשוואה לנשים שנולדו בישראל או לעולות ותיקות.

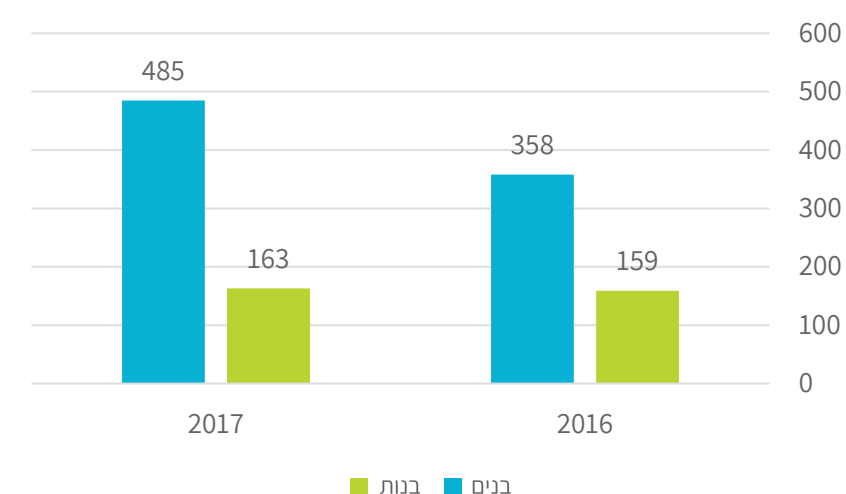
חשוב לציין שיש גם הוכחות אמפיריות לכך שיש ככל הנראה תת-דיווח על דיכאון שאחרי לידה. תופעה זו

השמנה ועודף משקל ממ"ג ¹ מעל אחוזון 85 שנת הלימודים תשע"ח בכיתות א'				
מספר אבסולוטי בנים	בנים (אחוזים)	מספר אבסולוטי בנות	בנות (אחוזים)	
14,829	18%	14,681	19%	בכלל האוכלוסייה
3,332	19%	3,931	20%	ערבים
10,898	17%	11,349	19%	כלל היהודים
2,118	12%	2,365	14%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) חרדי
10,728	20%	10,047	20%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי
1,983	16%	2,269	19%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי-דתי

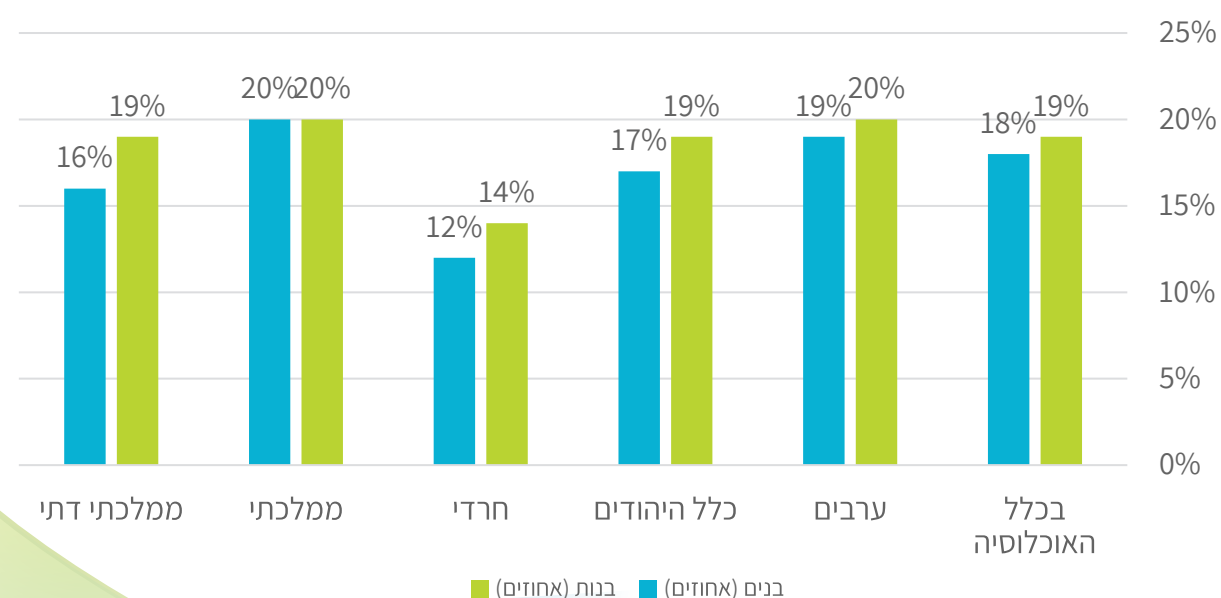
1 ממ"ג – מדד מסת גוף

לאשפוזים לא שונה במיוחד בין בנים לבנות. בקרב בנות, ב-2016 היו 234 ביקורים, וב-2017, 88 ביקורים. אצל בנים, היו 636 ביקורים ב-2016 ו-2017 – מדובר בנתון גבוה ביותר מפי 2. אחת ההשערות לגבי הסיבות לכך היא שמרבית האבחנות הפסיכיאטריות בגילאים 0-13 הן תוצאה של התנהגויות שנפוצות יותר בקרב בנים מאשר בקרב בנות.

ביקורים במיון פסיכיאטרי: ילדים



השמנה ועודף משקל ממ"ג מעל אחוזון 85 שנה"ל תשע"ח



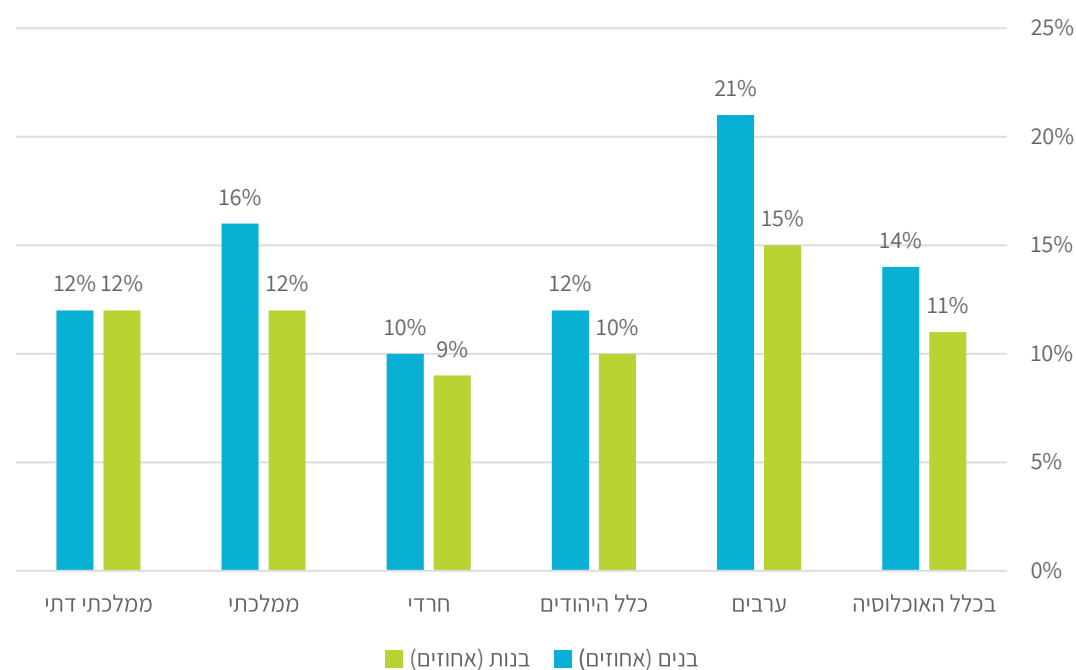
משקל יתר³¹

החברה שבה אחוז הילדים הסובלים מהשמנה הוא הנמוך ביותר בכיתה א' היא החברה החרדית: 5% מהבנות ו-4% מהבנים. 5% מהבנות ו-4% מהבנים. לעומתה, החברה שבה נתון זה הוא הגבוה ביותר היא החברה הערבית: 10% מהבנים ו-8% מהבנות.

31 אלא אם צוין אחרת, הנתונים בפרק זה לקוחים מתוך מערכת ה-BI ונוגעים לשנה"ל תשע"ח.

השמנה ממ"ג מעל אחוזון 97 בשנת הלימודים תשע"ח בכיתות ז'				
מספר אבסולוטי בנים	בנים (אחוזים)	מספר אבסולוטי בנות	בנות (אחוזים)	
9,587	14%	7,481	11%	בכלל האוכלוסייה
3,494	21%	2,579	15%	ערבים
4,718	12%	4,902	10%	כלל היהודים
1,185	10%	1,100	9%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) חרדי
7,371	16%	5,380	12%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי
1,031	12%	1,001	12%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי-דתי

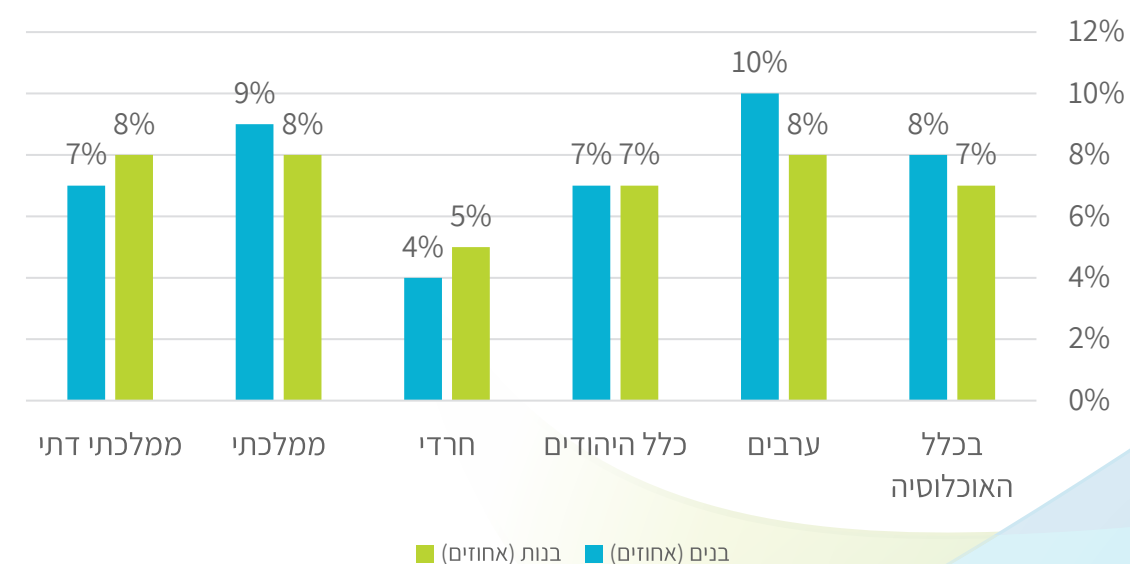
השמנה ממ"ג מעל אחוזון 97 בשנת הלימודים תשע"ח
כיתות ז'



גם בקרב כיתות ז', יחסי ההשמנה בין האוכלוסייה היהודית לערבית נשמרים (במספרים מוחלטים הפערים גבוהים הרבה יותר). בחלק מהמקרים, מדובר בפערים שגדולים כמעט פי 2. הבנים הערבים הם עדיין הקבוצה שבה יש הכי הרבה השמנה מעל אחוזון 97 (21%). קבוצת הבנות החרדיות היא זו שבה נתון זה הוא הנמוך ביותר: 9%.

השמנה ממ"ג מעל אחוזון 97 בשנת הלימודים תשע"ח בכיתות א'				
מספר אבסולוטי בנים	בנים (אחוזים)	מספר אבסולוטי בנות	בנות (אחוזים)	
6,600	8%	5,646	7%	בכלל האוכלוסייה
1,882	10%	1,438	8%	ערבים
4,718	7%	4,208	7%	כלל היהודים
732	4%	772	5%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) חרדי
4,972	9%	3,971	8%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי
896	7%	903	8%	(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי-דתי

השמנה ממ"ג מעל אחוזון 97 שנת הלימודים תשע"ח
כיתות א'

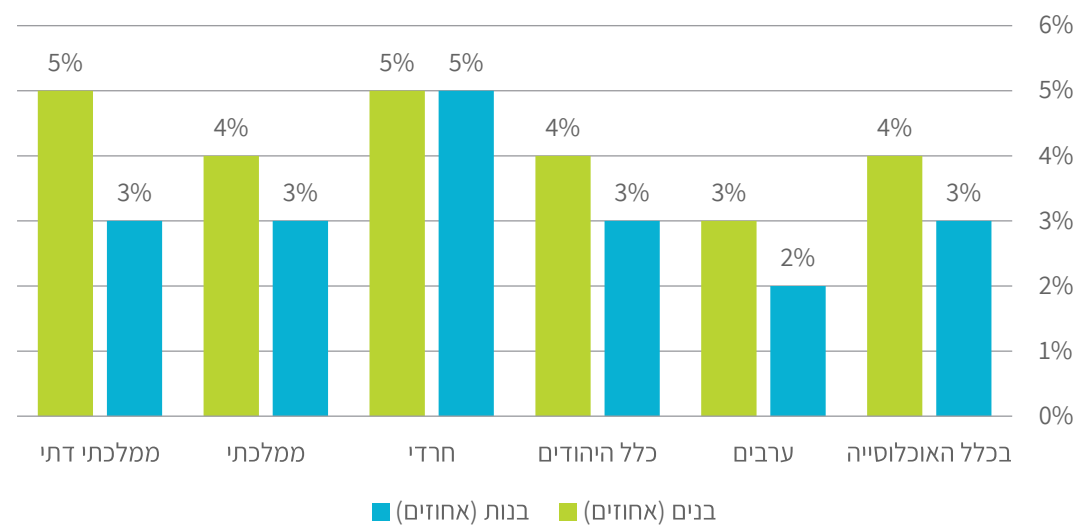


תת-משקל ממ"ג מתחת אחוזון 3 בשנת הלימודים תשע"ח בכיתות ז'				
	מספר אבסולוטי בנים	בנים (אחוזים)	מספר אבסולוטי בנות	בנות (אחוזים)
בכלל האוכלוסייה	2,671	4%	2,008	3%
ערבים	491	3%	345	2%
כלל היהודים	2,180	4%	1,663	3%
(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) חרדי	626	5%	591	5%
(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי	1,637	4%	1,140	3%
(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי-דתי	408	5%	277	3%

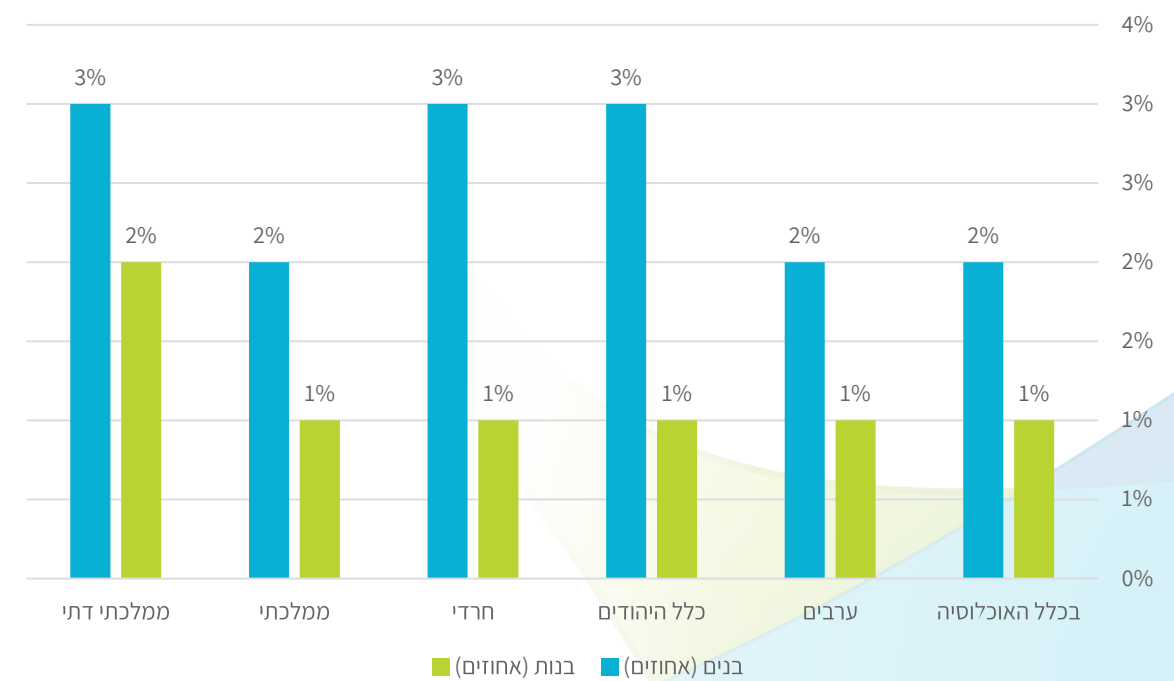
תת-משקל

תת-משקל ממ"ג מתחת אחוזון 3 בשנת הלימודים תשע"ח בכיתות א'				
	מספר אבסולוטי בנים	בנים (אחוזים)	מספר אבסולוטי בנות	בנות (אחוזים)
בכלל האוכלוסייה	1,957	2%	1,075	1%
ערבים	327	2%	217	1%
כלל היהודים	1,630	3%	858	1%
(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) חרדי	481	3%	201	1%
(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי	811	2%	476	1%
(תלמידים בבתי ספר בפיקוח) ממלכתי-דתי	338	3%	181	2%

תת-משקל ממ"ג מתחת אחוזון 3 בשנת הלימודים תשע"ח בכיתות ז'



כיתות א'



תת-גובה

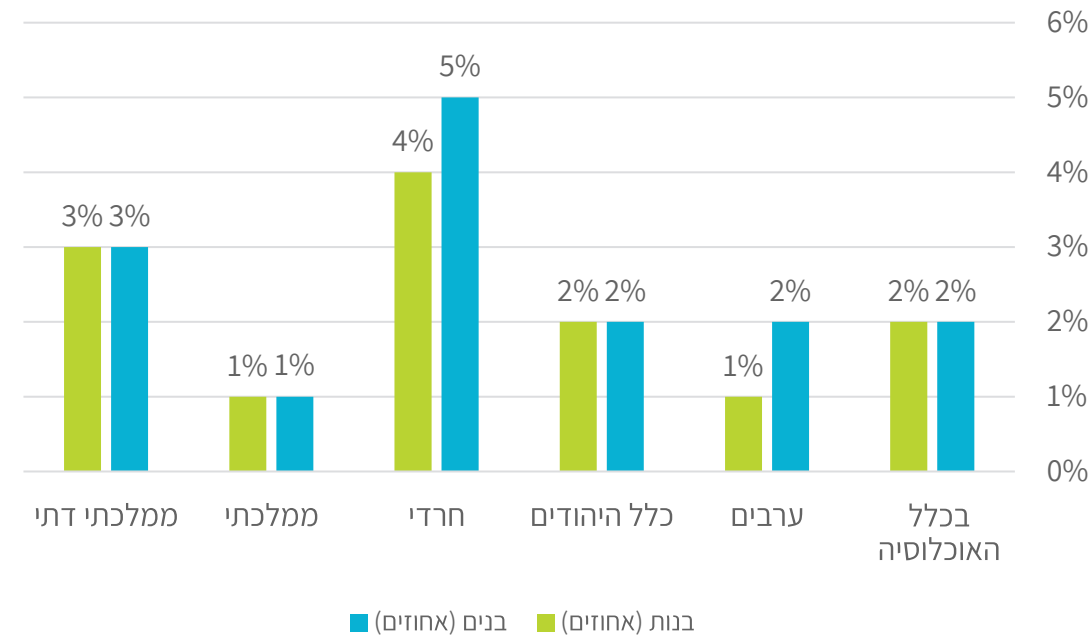
תת-גובה מתחת אחוזון 3 כיתות א', תשע"ח

לתת-גובה סיבות שונות. סיבה אחת אשר נוהגים להצביע עליה לעיתים קרובות היא תזונה. סיבה מקובלת נוספת היא תדירות הלידות: ככל שהמרווחים בין הילדים קטנים, הם משפיעים על גובה הילד. כלומר, מדובר בנתון שמושפע מגורמים סביבתיים ולא רק מגורמים גנטיים.

תת-גובה מתחת אחוזון 3 בשנת הלימודים תשע"ח בכיתות א'				
מספר אבסולוטי בנות	בנות (אחוזים)	מספר אבסולוטי בנים	בנים (אחוזים)	
1,747	2%	1,810	2%	בכלל האוכלוסייה
273	2%	297	1%	ערבים
1,474	2%	1,513	2%	כלל היהודים
786	5%	760	4%	(תלמידים בבתי ספר חרדי בפיקוח)
650	1%	695	1%	(תלמידים בבתי ספר ממלכתי בפיקוח)
311	3%	355	3%	(תלמידים בבתי ספר ממלכתי-דתי בפיקוח)

גם במדד זה, נבדלת החברה החרדית משאר האוכלוסייה. 4% מהבנים החרדים ו-5% מהבנות החרדיות נמצאים בתת-גובה בהשוואה לאחוזים נמוכים יותר בקרב שאר האוכלוסייה.

תת-גובה מתחת אחוזון 3 שנת הלימודים תשע"ח כיתות א'



תת-גובה מתחת אחוזון 3 בשנת הלימודים תשע"ח בכיתות ז'				
מספר אבסולוטי בנות	בנות (אחוזים)	מספר אבסולוטי בנים	בנים (אחוזים)	
1,894	3%	2,283	3%	בכלל האוכלוסייה
365	2%	511	3%	ערבים
1,529	3%	1,772	4%	כלל היהודים
746	6%	763	6%	(תלמידים בבתי ספר חרדי בפיקוח)
470	2%	618	2%	(תלמידים בבתי ספר ממלכתי בפיקוח)
313	4%	391	5%	(תלמידים בבתי ספר ממלכתי-דתי בפיקוח)

אי-ביטחון תזונתי בגילאים 5-2				
1%	2%	16.2%	10.5%	ביטחון תזונתי נמוך מאוד

טיפות חלב

טיפות החלב נמדדות בכמה מדדים. להלן פירוט המדדים ומשמעותם, כפי שהם מפורטים בדוח התוכנית הלאומית למדדי איכות 2013-2018.³²

מדדי האיכות בטיפות החלב ומשמעותם	
משמעות	מדד
מתן מנה אחת של חיסון MMR או MMRV לפעוטות עד גיל 13 חודשים	שיעור הפעוטות שמלאו להם 13 חודשים בתקופה הנמדדת ושקיבלו מנה אחת של חיסון משולש או מרובע (MMR או MMRV) בין הגילאים 12 חודשים ל-13 חודשים ³³
ארבע מנות של חיסון מחומש לפעוטות שמלאו להם 18 חודשים	שיעור הפעוטות שמלאו להם 18 חודשים בתקופה הנמדדת ושקיבלו ארבע מנות של החיסון המחומש (Hib+IPV+DTap) על כל חלקיו, עד גיל 18 חודשים ³⁴
מדידת היקף ראש לתינוקות שמלאו להם עד 8 חודשים	שיעור התינוקות שמלאו להם 8 חודשים בתקופה הנמדדת ושנערכו עבורם לפחות שלוש מדידות של היקף ראש עד גיל 8 חודשים ³⁵
בדיקת התפתחות בדגש על שפה ותקשורת בגילאים שנתיים עד שלוש	שיעור הילדים בגילאי שנתיים-שלוש שנים שבוצעה להם בדיקת התפתחות תוך התייחסות לשפה ולתקשורת ³⁶
אומדן דיכאון לנשים לאחר לידה	מספר הנשים שמילאו שאלון אומדן דיכאון לאחר הלידה (EDS/EPDS) עד שלושה חודשים ממועד הלידה ³⁷
ביצוע תשאול לאלימות כלפי נשים	שיעור הנשים שבוצע להן תשאול לאלימות כלפי נשים במהלך ארבעת החודשים לאחר הלידה ³⁸
ביקור ראשון בתחנת טיפת חלב במהלך השבועיים הראשונים לאחר הלידה	שיעור התינוקות שהגיעו לביקור ראשון בתחנת טיפת חלב במהלך השבועיים הראשונים לאחר הלידה
שימור הנקה בלעדית בגיל ארבעה חודשים	שיעור האימהות שהניקו הנקה בלעדית במשך 4 חודשים מהלידה מתוך הנשים שדיווחו על הנקה בביקור ראשון

32 את הדוח המלא ניתן למצוא באתר משרד הבריאות, בכתובת:

https://www.health.gov.il/Subjects/Patient_Safety/hospitals/National_plan_dimensions_of_quality/Pages/default.aspx

33 לפי כל התינוקות בגיל הרלוונטי שרשומים בטיפת חלב

34 לפי כל התינוקות בגיל הרלוונטי שרשומים בטיפת חלב

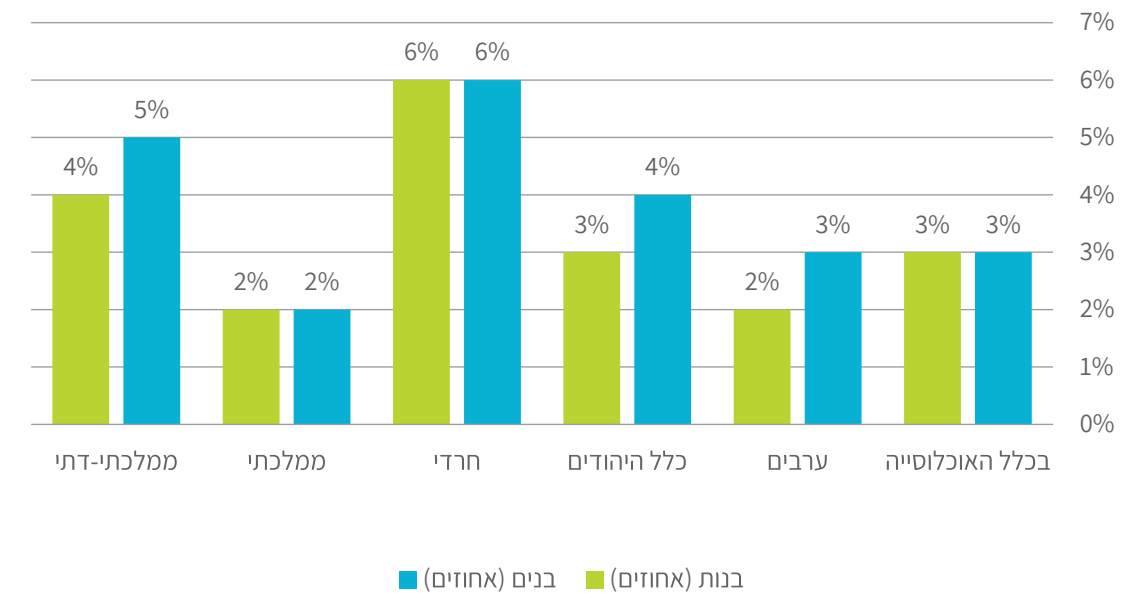
35 לפי כל התינוקות בגיל הרלוונטי שרשומים בטיפת חלב

36 לפי כל התינוקות בגיל הרלוונטי שרשומים בטיפת חלב

37 אימהות לתינוקות הרשומים בתחנת טיפת חלב שמלאו להם שלושה חודשים במהלך מחצית השנה הנמדדת

38 כל הנשים שבמהלך התקופה הנמדדת מלאו לתינוק שלהן 4 חודשים

תת־גובה מתחת אחוזון 3 שנת הלימודים תשע"ח כיתות ז'י



תזונה בשנות החיים הראשונות

המקום שבו בדרך כלל נאכלת ארוחת הצהריים, גילאים 5-2			
יהודים		ערבים	
בנים	בנות	בנים	בנות
43.3%	48.7%	54.8%	61.9%
51%	44.5%	27.4%	23.1%
5.7%	6.8%	17.8%	15%
בבית		בבית ובמסגרת החינוכית	
במסגרת החינוכית		בבית ובמסגרת החינוכית	
בבית ובמסגרת החינוכית		בבית ובמסגרת החינוכית	

אי-ביטחון תזונתי בגילאים 5-2			
יהודים		ערבים	
בנים	בנות	בנים	בנות
3.6%	2.8%	12.5%	12.7%
בבית ובמסגרת החינוכית		בבית ובמסגרת החינוכית	
במסגרת החינוכית		בבית ובמסגרת החינוכית	
בבית ובמסגרת החינוכית		בבית ובמסגרת החינוכית	

לכלל הנתונים, מומלץ להיעזר באתר התוכנית הלאומית למדדי בריאות בישראל. חשוב לשים לב לכך שהתוכנית הלאומית למדדי איכות מצאה כי בעת בחינת משתנים מסבירים באוכלוסייה הערבית ובאוכלוסייה היהודית, יש להתייחס למדדים שונים: בקרב יהודים, חלוקה לקבוצות לפי המצב הסוציו-אקונומי תסביר בצורה טובה יותר שונות בהתנהגות בריאותית; בחברה הערבית, יש עדיפות להתייחסות לפי רמת הפריפריאליות הגיאוגרפית.

מידת היקף ראש עד 8 חודשים

בדיקת היקף ראש לתינוקות חיונית לזיהוי מוקדם של בעיות התפתחות (כך למשל, מחקרים מצאו קשר בין היקף ראש לא תקין בגיל צעיר לאוטיזם ולבעיות נוספות בהמשך). יעד הביצוע של המדד בשנים 2016-2018 היה 95%.

- בשנת 2018, אחוז העמידה הארצי במדד היה 91% (כלומר, לא הייתה עמידה במדד).
- אחוז העמידה בקרב ערבים, גבוה יותר מבקרב יהודים: 95% ב-2016-2018, לעומת 90% בחברה היהודית באותן שנים.
- באשר להשוואה בין נותני השירותים, טיפות החלב של עיריית תל אביב, מכבי וכללית - עמדו במדד (95%). אין זה המצב בקרב שאר נותני השירותים: טיפות החלב של משרד הבריאות (93%), עיריית ירושלים (77%), קופת חולים מאוחדת (82%) וקופת חולים לאומית (85%).

בדיקת התפתחות השפה והתקשורת בגילאי שנתיים-שלוש

- כישורי שפה מהווים מרכיב קריטי לשילובו של היחיד בחברה ולהצלחה בבית הספר. שיעור הילדים בני 2-7 הסובלים מליקויי שפה ותקשורת נע בין 2.3% ל-19%, שיעור שעולה עם השנים. לכן, ישנה חשיבות רבה כל כך לאיתור כבר בשלבי הילדות הראשונים. יעד הביצוע של המדד בשנים 2016-2018 עמד על 90%.
- בשנת 2018, אחוז העמידה היה 83% (כלומר, לא הייתה עמידה במדד). עם זאת, לאורך שנות המדידה, חל שיפור קל בשיעור הביצוע של המדד ברמה הלאומית.
- אחוז העמידה גבוה יותר בקרב ערבים מבקרב יהודים: בקרב ערבים, אחוז העמידה ביעד עמד על 90,91 ועל 92% בשנים 2016-2018 (בהתאמה לשנים ולחברה היהודית והערבית. בקרב יהודים, אחוז זה היה 80% בשנים 2016-2017 ו-81% בשנת 2018).
- בקרב יהודים, נמצא קשר חיובי בין שיעור הביצוע של המדד למצב הסוציו-אקונומי. בקרב ערבים, שיעורי הביצוע נמוכים יותר בקבוצות בדירוג פריפריאלי 1-3 ו-7 בהשוואה ליתר הקבוצות.
- אף אחד מנותני השירות לא עמד ביעד זה: עיריית תל אביב ומכבי עמדו על 88%; משרד הבריאות - על 85%, לאומית - 81%, כללית - 80% ועיריית ירושלים - 73%.

איתור דיכאון לאחר לידה

- דיכאון לאחר לידה הוא דיכאון קליני משמעותי מעבר לדכדוך או לתחושת דיכאון קלה. מדובר בתופעה נפוצה. מועדי התשאול המרכזיים הם סביב גיל חודש וחודשיים, הגילאים שבהם ניתנים חיסוני השגרה בטיפת החלב. בשנים 2016-2017, יעד העמידה היה 80%. בשנת 2018, יעד העמידה עלה ל-85%. בשנת 2018, אחוז העמידה במדד היה 85%.
- בקרב יהודים, קיים קשר חיובי בין המצב הסוציו-אקונומי לביצוע המדד. בקרב ערבים, קיים קשר חיובי בין הדירוג הפריפריאלי לביצוע המדד - ככל שהדירוג עולה, עולה שיעור ביצוע המדד (בערים רחוקות יותר

- מהמרכז, שיעור הביצוע נמוך יותר).
- מכבי, כללית ומשרד הבריאות עמדו במדד (85% כל אחת). לאומית עמדה על 84%, עיריית תל אביב ועיריית ירושלים - 79% ו-67% בהתאמה, מאוחדת - 75%.
- בהסתכלות לאומית, לאורך שנות המדידה, חל שיפור בשיעור העמידה במדד.
- שיעור הביצוע גבוה יותר בקרב ערבים (89%) מאשר בקרב יהודים (84%).

מתן 4 מנות של חיסון מחומש עד גיל 18 חודשים

- חיסון מחומש מגן מפני דיפתריה, טטנוס, שעלת, פוליו ודלקת קרום המוח, וכלול בשגרת החיסונים בישראל משנת 2002. כדי להבטיח הגנה לכלל הילדים בישראל, יש לתת את ארבע המנות הללו עד גיל 18 חודשים, ובהמשך - 2 מנות בגיל בית הספר.
- יעד העמידה בשנים 2016-2018 היה 90%.
- אחוז העמידה במדד בשנת 2018 היה 79%, בדומה לשאר שנות המדידה.
- שיעורי הביצוע גבוהים יותר בקרב ערבים (92%) מאשר בקרב יהודים (75%).
- בקרב יהודים, שיעורי הביצוע של המדד נמוכים בעיקר בקרב מטופלים במצב סוציו-אקונומי נמוך.
- אף אחד מבין נותני השירותים לא הגיע ליעד של 90%: מכבי עומדת על 87%, משרד הבריאות - 82%, עיריית תל אביב וכללית - 79% ו-78% בהתאמה, מאוחדת - 70%, לאומית ועיריית ירושלים - 67% ו-63% בהתאמה.

תשאול לאלימות

- בשנת 2017, נפתחו כ-18,000 תיקי אלימות במשפחה בגין עבירות בני-זוג; 69% מהם נפתחו בעקבות תלונת האישה. אלימות משפחתית פוגעת גם באימהות וגם בתינוקות, בטווח הקצר ובטווח הארוך. הסתרת הבעיה מצד הקורבנות וניסיונות לבדוד אותן מסביבתן הם מאפיינים שכיחים של תופעת האלימות המשפחתית. איתורן של הנשים נעשה על ידי ראיון הנשים באמצעות שאלות מתאימות ועל פי שיקול הדעת המקצועי, בעיקר כשהתינוקות הם בני חודש עד חודשיים - הגילאים שבהם ניתנים חיסוני השגרה בטיפת החלב.
- בשנת 2018, נקבע לראשונה יעד ביצוע למדד - 80%. בשנה זו, אחוז הביצוע הלאומי עמד על 85%.
- שיעורי הביצוע גבוהים יותר בקרב ערבים מאשר בקרב יהודים. בקרב יהודים, קיים קשר בצורת U הפוכה בין ביצוע המדד למצב הסוציו-אקונומי, כך שבקבוצות הגבוהות מאוד ובקבוצות הנמוכות מאוד שיעורי הביצוע נמוכים יותר בהשוואה לקבוצות האחרות.
- קשר דומה של U הפוכה נמצא גם בחברה הערבית במדד הפריפריאליות: שיעורי הביצוע נמוכים יותר בדירוג פריפריאלי נמוך, אך גבוהים בכל מקרה בהשוואה ליתר הקבוצות.
- כמה נותני שירותים הצליחו לעמוד במדד (80%): משרד הבריאות, כללית, מכבי ולאומית. עיריית תל אביב, מאוחדת ועיריית ירושלים לא הצליחו בכך (78%, 75% ו-69% בהתאמה).
- במהלך שנות המדידה, חל שיפור ניכר בעמידה ביעד - מ-53% בשנת המדידה הראשונה ל-85% ב-2018.

שימור הנקה בלעדית

- נכון לשנת 2018, לא נקבע יעד למדד זה.
- שיעור העמידה במדד היה 68% בשנת 2018.
- שיעור העמידה במדד שונה בקרב נותני השירות השונים: קופת החולים מאוחדת ולאומית - 80%, עיריית

- תל אביב וירושלים - 78% ו-73% בהתאמה, מכבי - 70%, משרד הבריאות - 67% וכללית - 62%.
- שיעורי הביצוע של המדד גבוהים יותר בקרב יהודים מאשר בקרב ערבים.
- בקרב יהודים, נמצא קשר של U בין שיעור הביצוע של המדד למצב הסוציו-אקונומי - ברמה סוציו-אקונומית נמוכה וברמה גבוהה, שיעורי הביצוע גבוהים יותר בהשוואה ליתר הקבוצות. בקרב ערבים, שיעורי הביצוע גבוהים יותר בקרב מטופלים שגרים בערים בדירוג פריפריאלי 5-6.
- אימהות בנות 30-39 הקפידו יותר על הנקה בלעדית בהשוואה לאימהות בקבוצות הגיל האחרות.
- ככל שהתינוק נולד בשבוע מאוחר יותר, גדל הסיכוי להנקה בלעדית.

מתן חיסון MMR או MMRV עד גיל 13 חודשים

- חיסון MMR מגן מפני חצבת, חזרת ואדמת. הוועדה המייעצת למחלות זיהומיות ולמתן חיסונים בישראל ממליצה לתת את החיסון עד גיל 13 חודשים כדי למנוע חשיפת ילדים לתחלואה קשה.
- יעד העמידה במדד בשנים 2016-2018: 75%.
- בשנת 2018, אחוז העמידה במדד היה 66% (כלומר, לא הייתה עמידה במדד).
- לאורך שנות המדידה, כמעט שלא חל שינוי בשיעור העמידה במדד. אף שבשנת 2018 רק 66% מהתינוקות חוסנו עד גיל 13 חודשים, מעל 90% מהתינוקות חוסנו עד גיל 18 חודשים.
- שיעורי העמידה במדד גבוהים בהרבה בקרב ערבים (82%) בהשוואה ליהודים (61%).
- אין ארגון שעומד ביעד המדד של 75% מכבי עם 74%, משרד הבריאות וכללית - 67%, מאוחדת - 63%, לאומית - 61%, עיריית ירושלים ועיריית תל אביב - 60% ו-59% בהתאמה.

ביקור ראשון

- במהלך ביקורם הראשון של האם והתינוק בתחנת טיפת החלב, נאספים נתונים בסיסיים כגון היקף ראש, הערכת העלייה במשקל ומעקב אחר בעיות בריאותיות שייתכן שידרשו התערבות רפואית. הביקור הראשון נועד לתת מענה לבעיות דחופות.
- בשנת 2018, נקבע לראשונה יעד ביצוע למדד זה - 75%.
- בשנת 2018, אחוז העמידה במדד היה 41%, עלייה בהשוואה לשנים קודמות.
- למרות שיעור הביצוע הנמוך יחסית של המדד, 50% מהתינוקות מגיעים לטיפת החלב עד גיל חודש ו-90% עד גיל חודשיים.
- שיעורי העמידה ביעד גבוהים יותר בקרב יהודים מאשר בקרב ערבים.
- בקרב יהודים, יש קשר חיובי בין מצב סוציו-אקונומי לעמידה במדד. בקרב ערבים, ישנה שונות בשיעור העמידה ביעד בין קבוצות אוכלוסייה בעלות דירוג פריפריאלי שונה אוכלוסייה.
- אף אחד מנותני השירות לא עמד במדד: מכבי (62%), כללית (55%), לאומית (42%), משרד הבריאות (40%), עיריית תל אביב (34%), מאוחדת (33%) ועיריית ירושלים (25%).

הנקה

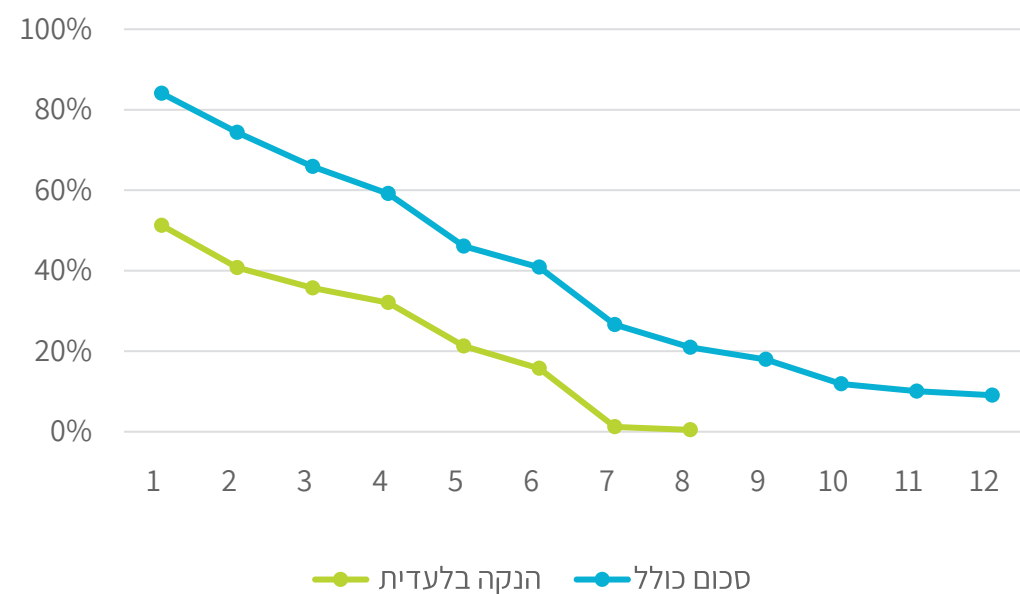
ארגון הבריאות העולמי ממליץ על הנקה כדרך העדיפה להזנת תינוקות; האפשרות המומלצת היא הנקה בלעדית לפחות ב-9 החודשים הראשונים לחיי התינוק. להנקה מגוון יתרונות בריאותיים, ובהם הגנה על תינוקות מפני מחלות (הסיכוי של תינוקות יונקים לחלות במחלות זיהומיות במערכת העיכול נמוך ב-50%, במחלות בדרכי הנשימה - ב-33%), סיכון נמוך יותר ב-50%-36% למוות בעריסה, רמת IQ גבוהה יותר וסיכוי נמוך יותר

להשמנה בעתיד.

להנקה יש יתרונות גם באשר לבריאות האם. כך למשל, לנשים שהניקו יש סיכוי נמוך יותר לסרטן השד והשחלות בעתיד, סיכוי נמוך יותר ללחץ דם ולעלייה ברמות הכולסטרול בדם בהמשך החיים. יחסית לתינוקות יונקים, תינוקות שניזונים מתרכובת מזון לתינוקות דורשים יותר ביקורי רופא, תרופות ואשפוזים, שעולים למערכת הבריאות ולמשק כולו בעלות של תרופות, של ימי אשפוז ושל הפסד ימי עבודה.

בהתאם לנתונים שהועברו על ידי עינת אופיר, מרכזת הועדה המייעצת להנקה בשירותי בריאות הציבור, בישראל עמדו שיעורי ההנקה הבלעדית בשנת 2018 על 51% בלבד בגיל חודש, ועל 16% בגיל 6 חודשים, ואילו שיעורי ההנקה המשולבת (בתוספת תמ"ל ו/או מזון מתפריט המשפחה) היו 84% בגיל חודש, ו-40% בגיל שנה. הנתונים לקוחים מטיפות החלב של: משרד הבריאות, עיריית תל אביב, עיריית ירושלים וקופת חולים לאומית, ומשקפים 70% מאוכלוסיית התינוקות בישראל.

שיעורי הנקה בלעדית ומשולבת לפי גיל בחודשים שנת 2018



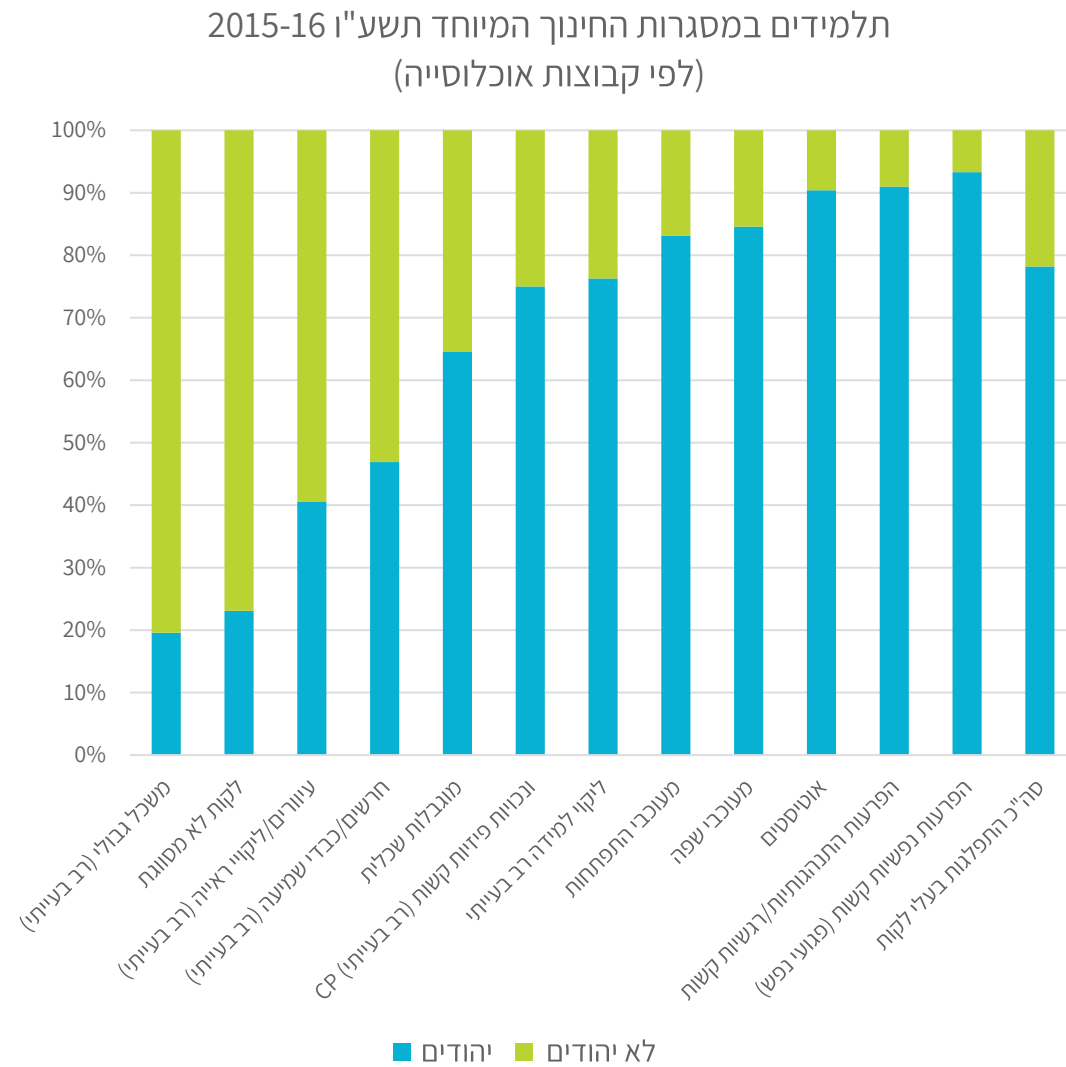
צרכים מיוחדים

נתוני הביטוח הלאומי

0.44% מהילדים מקבלים קצבת נכות של 50%; 1.1% מקבלים קצבה של 100% נכות; ו-0.13% מקבלים 188%. בסך הכול, מדובר ב-1.67% מהילדים בישראל בשנת 2019.

לחלוטין, שמצביעה על כך שבעיות מסוימות נפוצות יותר בחברה זו או אחרת. כמו כן, ניתן להבין מהגרף שיש צורך במענה על שאלת הנגישות החסרה לשירותי אבחון או על אבחון יתר באשר למחלות וללקויות שונות.³⁹

כפי שמוצג בגרף שלהלן:



יתר הנתונים שיוצגו מטה בפרק זה מבוססים על ריאיון עם נציג עמותת קשר ("הבית של המשפחות המיוחדות" - <https://www.kesher.org.il>).

אתגרים

בריאיון עלו מספר אתגרים מרכזיים של משפחות מסוג זה מול מערכת הבריאות:
(1) יצירת שותפות בין המשפחה לאנשי המקצוע: המטופל הוא חלק מתא משפחתי (במיוחד בגילאים

39 הגרף מתייחס לכלל התלמידים, לאו דווקא לשנות החיים הראשונות.

מקבלי קצבאות ילד נכה, לפי רמת הזכאות באחוזים מקצבה מלאה (הרבעון הראשון של 2019)

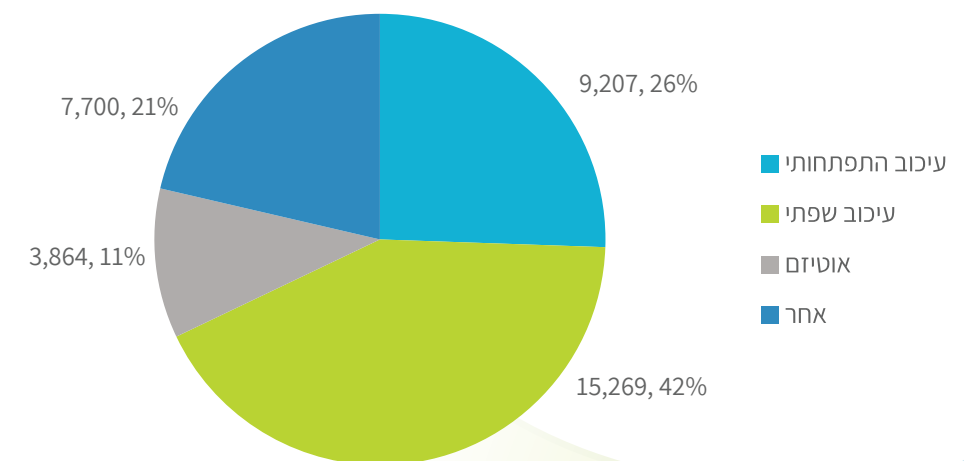
50%	100%	188%	
בני 0-2	970	3,766	260
בני 3-7	4,524	10,149	1,365
סה"כ	5,494	13,915	1,625

בשנת 2017, היו 6,058 משפחות שבהן יותר מילד אחד שמקבל גמלה לילד נכה (בסה"כ, 11,014 ילדים). כ-28% מהילדים הזכאים היו עם אוטיזם, כ-7% עם בעיות שמיעה, כ-1% עם ליקויי ראייה, כ-14% תלויים בעזרת הזולת, וכ-20% היו זקוקים להשגחה או לנוכחות קבועה למניעת סכנת חיים לעצמם או לאחרים.

בחינוך הקדם-יסודי

בשנת 2016-2017, מתוך כלל הילדים בגילאי חינוך קדם-יסודי, כ-2.6% (כ-36,000 ילדים) היו בעלי צרכים מיוחדים. מתוכם, 42% עם ליקוי שפתי (כ-15,300 ילדים), 26% עם עיכוב התפתחותי (כ-9,200 ילדים) ו-11% עם אוטיזם (כ-3,700 ילדים).

ילדים עם צרכים מיוחדים בחינוך קדם-יסודי 2016-2017



חשוב להתייחס גם להתפלגות של סוגי המוגבלויות השונות בין החברה היהודית והלא-יהודית, כפי שמוצג בגרף שלהלן שמצביע על היחס בין החולים הילדים היהודים והלא-יהודים לפי סוגי מוגבלויות שונים. בעוד שמבחינה סטטיסטית הנתונים אמורים להתפלג בערך ביחס של 20-80 (לא-יהודים - יהודים), הגרף מראה תמונה שונה

חלק שלישי: שירותי בריאות

חקיקה בנושא⁴⁰

ביטוח בריאות ממלכתי

במסגרת התוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ניתנים, בין השאר, שירותי רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות, אבחון ושירותי רפואת שיניים מונעת לילדים וטיפול שיניים לילדים מתחת לגיל 12. במסגרת סל שירותי הבריאות בתוספת השניה לחוק, ניתנים שירותים רבים דוגמת שירותי רפואה ראשוניים (רופאי ילדים ומשפחה), טיפולים, ניתוחים ותרופות. כן ניתנים שירותי התפתחות הילד, מהם שירותי אבחון וטיפול לילדים עד גיל תשע שניתנים מידי צוות רב-מקצועי. צוות רב-מקצועי כולל: רופא מומחה בנורולוגיית ילדים או רופא ילדים מומחה בעל ניסיון בתחום התפתחות הילד, פסיכולוג, פיזיותרפיסט, עובד סוציאלי, קלינאי תקשורת ומרפא בעיסוק. במסגרת זו ניתנים גם אבחון וריפוי של הפרעות דיבור לילדים עד גיל תשע, טיפול מידי צוות רב-מקצועי בילדים עם נכויות סומטיות עד גיל 18, אבחון רפואי לילדים עד גיל 18, טיפול רב-מקצועי בדיספונקציה מוחית מזערית, למעט: הפרעות ריכוז וקשב או ליקוי למידה, ליקוי שפה ודיבור, הפרעות בתקשורת או סרבול מוטורי אצל ילדים עד גיל תשע (אצל ילדים עם נכויות סומטיות - עד גיל 18), טיפול רב-מקצועי בילדים עד גיל 6 עם הפרעות ריכוז וקשב או עם ליקוי למידה וטיפול מידי צוות רב-מקצועי בילדים עד גיל 18 שאובחנו כמצויים בספקטרום האוטיסטי לפי ההגדרות של מדריך הסיווג והאבחון DSM-4, למעט ילדים כאמור עד גיל 7 המממשים את זכאותם לטיפול בריאותי מקדם בהתאם להוראות התוספת השלישית.

חוק המועצה לגיל הרך (2017)

תפקיד המועצה לגיל הרך הוא הכנת תוכנית לאומית רב-שנתית שמטרתה לקדם את הטיפול בתחום הגיל הרך. נוסף על כך, ההמועצה לגיל הרך אמונה גם על: תיאום בין הממשלה לרשויות המקומיות (בעיקר בכל הנוגע לצרכים של ילדים עם מוגבלות בגיל הרך); תיאום לשם מניעה של מצבי סיכון לילדים בגיל הרך ואיתורם המוקדם ולשם זיהוי קשיים בתפקוד ההורי ובעיכוב בהתפתחותם של תינוקות ושל פעוטות); המלצה על אמות מידה בתחום הגיל הרך ואכיפתן; גיבוש המלצות לגבי ההכשרה המקצועית הנדרשת מהעוסקים בגיל הרך; קידום פעולות הסברה בתחום זה; המלצה על דרכי הערכה ומדידה של העוסקים בתחום זה וניהול מרכז לאומי למידע ולמחקר בתחום.

חוק פעוטות בסיכון הזכות למעון יום (2000)

”פעוט” – מי שטרם מלאו לו 36 חודשים ב-1 בספטמבר של אותה שנת לימודים. פעוט בסיכון הוא כזה ש”אחד מהורי הפעוט אינו מתפקד כראוי מחמת אלימות במשפחה, הפרעה נפשית, מחלת נפש, אלכוהוליזם, התמכרות לסמים, מוגבלות שכלית-התפתחותית, נכות קשה, זנות, עבריינות או מחלה כרונית של אחד מבני המשפחה”. אם הוועדה הרלוונטית מוצאת שהפעוט אכן נמצא בסיכון, הוא זכאי למעון יום קרוב למקום מגוריו.

חוק מעונות יום שיקומיים (2000)

פעוט עם מוגבלות זכאי, לפי חוק זה, לטיפול ולחינוך, להסעה ולליווי בהסעה לפי סל השירותים לפעוט עם

40 ניתן למצוא את הנוסח המלא והמדויק של כלל החוקים בפרק זה באתר נבו: nevo.co.il.

- המדוברים). לכן, הקשר צריך להתקיים לא רק בין המטופל לרופא, אלא בין המטופל, הרופא והמשפחה.
- (2 הנהרת הקשר בין עולם הרפואה להתמודדות שחוות המשפחה, שכן הורות לילד עם צרכים מיוחדים כוללת התמודדות עם צרכים רחבים הרבה יותר מצרכים רפואיים בלבד.
- (3 קושי במיצוי זכויות - דורש הקלה והפשטה של הליכים בירוקראטיים.
- (4 הבניית עבודה תהליכית ארוכת טווח מתוך הבנה שמצב רפואי ספציפי הוא חלק מתהליך ארוך יותר
- (5 זמינות שירותים בשעות שמאפשרות להורים לילדים לצרוך אותם בלי לוותר על שעות העבודה שלהם
- (6 שירותים בתחום בריאות הנפש שמיועדים להורים לילדים עם צרכים מיוחדים ולילדים עצמם
- (7 התמודדות עם ”רגע הבשורה”: הכשרת רופאים לתיווך הבשורה בנוגע לצרכים המיוחדים של הילד/ה לבני המשפחה
- (8 מחסור בזמינות שירותים.

החברה הערבית

אחוז הילדים עם מוגבלות גבוה יותר באוכלוסייה הערבית (9.7%) לעומת היהודית (7.6%). עם זאת, אחוז הילדים הערבים המטופלים במכונים להתפתחות הילד נמוך יותר מאשר בחברה היהודית ועומד על כ-50% מתוך סך הנדרשים לטיפול זה.

נוסף על כך, ישנו מחסור בזמינות שירותים (פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור וכד') בפרפריה בכלל ובצפון בפרט, שבו מתגוררת כמחצית מן החברה הערבית. נכון לכתיבת מסמך זה, לא קיימים מספרים מדויקים בנמצא.

החברה הערבית מתמודדת עם אתגרים נוספים על אלו שחוות משפחות יהודיות. אתגרים אלו נובעים, בין השאר, מהיעדר שירותים נגשים גיאוגרפית ותרבותית.

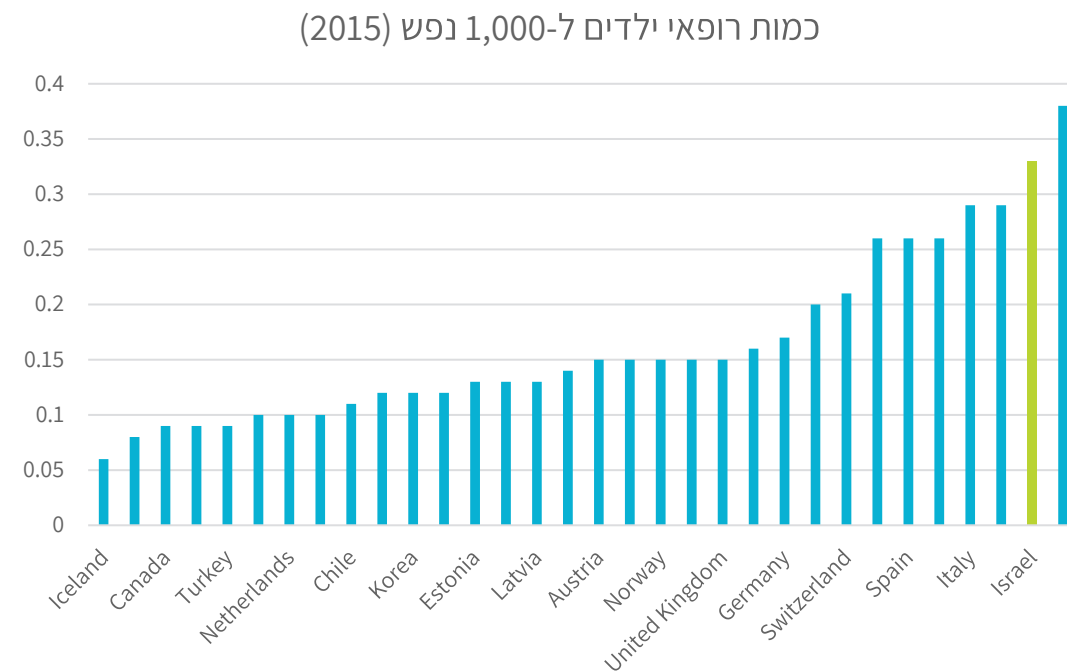
ממחקר שעשתה עמותת קשר, עולה צורך בולט של הורים בחברה הערבית בהנגשת מידע לגבי המוגבלות שבה לוקה ילדם, לגבי הטיפולים שלהם הוא זקוק ולגבי הזכויות שלהם. כמו כן, יש צורך בליווי ובייעוץ, בתמיכה ייחודית ובתיווך תרבותי. ככלל, קיים מחסור בנתונים ובמחקרים, במיוחד עדכניים, לגבי אנשים עם מוגבלות בחברה הערבית ולגבי משפחותיהם.

חלק רביעי: המענים הקיימים

שירותי בריאות

כמות רופאי ילדים ל-1,000 נפש בהשוואה ל-OECD

בגרף הבא, מוצגת כמות רופאי הילדים ל-1,000 נפש נכון לשנת 2015. שנה זו נבחרה מפאת מיעוט יחסי בנתונים בשנים שאחריה. לחישוב לא נכנסו הרפובליקה הצ'כית, הונגריה, יפן וסלובקיה מפאת מחסור בנתונים. כפי שניתן לראות מהגרף, ישראל שנייה מבחינת שעות רופא ל-1,000 נפש מבין מדינות ה-OECD.



שעות רופא ילדים ל-1,000 נפש בהשוואה אזורית

בישראל כ-3,000 רופאי ילדים. להלן נתוני שעות רופא ל-1,000 מבוטחים ומבוטחות עד גיל 15 לשבוע:

מוגבלות, במעון יום שיקומי קרוב ככל האפשר למקום מגוריו. לכל פעוט עם מוגבלות במעון היום השיקומי יקבע הצוות הטיפולי-מקצועי במעון תוכנית טיפול אישית. אבחון של פעוט לעניין חוק זה כפעוט עם עיכוב התפתחותי ניכר ייעשה על ידי מכון מוכר להתפתחות הילד, באמצעות צוות רב-מקצועי במכון ולאחר ביצוע הערכה התפתחותית מלאה.

נתוני שעות רופא ל-1,000 מבטחים ומבוטחות עד גיל 15 בשבוע לפי קופ"ח ואזור ג'ג ⁴¹						
ממוצע	מכבי	מאוחדת	לאומית	כללית	אזור טבעי	מחוז
36.9	22.2	46.9	53.8	24.7	אזור רמלה	מרכז
57.6	18.7	64.1	116.1	31.6	דרום השרון	מרכז
15.7	15.0	0.0	26.3	21.6	מזרח השרון	מרכז
36.1	21.2	60.1	38.7	24.3	מערב השרון	מרכז
	-	-	-	13.1	אזור אילון	צפון
	39.9	-	-	20.5	אזור חצור	צפון
32.3	48.8	18.4	43.7	18.2	אזור יחיעם	צפון
	29.3	-	-	41.5	אזור יקנעם	צפון
33.4	30.0	27.2	56.3	20.2	אזור כרמיאל	צפון
36.6	21.8	51.4	49.5	23.9	אזור נהרייה	צפון
40.4	37.5	49.6	51.0	23.5	אזור עכו	צפון
26.5	33.2	35.6	20.7	16.5	אזור שפרעם	צפון
	-	-	-	44.3	גולן דרומי	צפון
	-	-	0.0	5.5	גולן צפוני	צפון
	-	-	-	17.7	גולן תיכוני	צפון
36.5	36.1	65.8	23.9	20.1	גליל עליון מזרחי	צפון
28.7	-	27.4	35.8	21.9	גליל תחתון מזרחי	צפון
28	27.4	24.0	38.3	22.4	הרי נצרת-תירען	צפון
	-	-	0.0	9.3	חרמון	צפון
63.5	-	97.2	62.4	31.0	כנרת	צפון
	-	-	-	7.7	עמק בית שאן	צפון
37.8	33.4	-	55.3	24.8	עמק החולה	צפון
	-	-	-	8.7	עמק חרוד	צפון

נתוני שעות רופא ל-1,000 מבטחים ומבוטחות עד גיל 15 בשבוע לפי קופ"ח ואזור ג'ג ⁴¹						
ממוצע	מכבי	מאוחדת	לאומית	כללית	אזור טבעי	מחוז
32.3	23.4	32.7	41.9	31.3	אזור אשדוד	דרום
30.6	20.8	47.7	30.9	23.0	אזור אשקלון	דרום
24.6	30.3	21.9	25.9	20.2	אזור באר שבע	דרום
	35.1	-	-	12.9	אזור בשור	דרום
20.2	15.1	32.0	-	13.4	אזור גרר	דרום
	-	-	-	-	אזור ים המלח	דרום
38	34.7	42.3	51.3	23.8	אזור לכיש	דרום
36.6	47.7	-	39.6	22.6	אזור מלאכי	דרום
37.1	16.4	-	78.7	16.2	הערבה	דרום
	39.3	-	-	28.4	הר הנגב הצפוני	דרום
28.2	21.8	33.9	-	29.0	אזור זכרון יעקב	חיפה
32.1	24.5	37.4	40.0	26.7	אזור חדרה	חיפה
40.7	24.0	51.9	55.7	31.2	אזור חיפה	חיפה
22.6	19.7	25.7	-	22.6	הר אלכסנדר	חיפה
	8.6	-	-	11.6	חוף הכרמל	חיפה
18.2	17.9	10.1	25.1	19.9	יהודה ושומרון	יהודה ושומרון
23	31.9	10.7	28.6	20.8	הרי יהודה	ירושלים
25.4	33.3	13.3	21.2	34.0	שפלת יהודה	ירושלים
51	27.0	54.7	88.6	33.9	אזור מודיעין	מרכז
29.5	16.1	30.1	47.6	24.2	אזור פתח תקווה	מרכז
50.7	21.4	74.6	72.1	34.7	אזור ראשון לציון	מרכז
36.6	18.0	34.4	70.7	23.4	אזור רחובות	מרכז

41 שעות רופא ל-1000 מבטחים ומבוטחות מעל גיל 15. נמחקו תאים עם פחות מ-1800 מבטחים לקופה באזור, נוכח הטיה סטטיסטית

כך למשל, ביהודה ושומרון, מספר שעות רופא הוא כמחצית מהממוצע הארצי, והפער בין אזור זה למרכז עומד על יותר מ-20 שעות.

טיפות חלב

דבר האזרח(ית)
"אין ספק שטיפת חלב צריכה להוות גורם אשר מייעץ ומלווה את המשפחה הצעירה, תומך ומכיל את צרכיה, ומספק עבורה מענה מקיף ונרחב..."

בישראל פועלות כ-1,000 טיפות חלב, שמופעלות על ידי מספר גורמים – משרד הבריאות, קופות החולים, עמותות במזרח ירושלים ועיריות (ירושלים ותל אביב בלבד). כל הטיפות עובדות תחת רגולציה של מינהל שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות. השירות בתחנות ניתן לנשים הרות, לתינוקות ולפעוטות, אם כי בפועל מרבית הטיפות נותנות מענה רק לאחר הלידה.

השירות בטיפות החלב כולל:

בישראל פועלות כ-1,000 טיפות חלב, שמופעלות על ידי מספר גורמים – משרד הבריאות, קופות החולים, עמותות במזרח ירושלים ועיריות (ירושלים ותל אביב בלבד). כל הטיפות עובדות תחת רגולציה של מינהל שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות. השירות בתחנות ניתן לנשים הרות, לתינוקות ולפעוטות, אם כי בפועל מרבית הטיפות נותנות מענה רק לאחר הלידה.

השירות בטיפות החלב כולל:

- טיפול בנשים הרות וליווי שלהן מתחילת ההיריון ועד שישה שבועות לאחר הלידה
- הדרכת הורים בתחומים כמו התפתחות הילד והנקה
- מתן חיסונים בגילאים 0-6
- הערכת התפתחות גדילה
- ביקורי בית לאחר הלידה הראשונה
- זיהוי דיכאון שאחרי לידה
- זיהוי נשים נפגעות אלימות.

השירות נועד בעיקר כדי לקדם בריאות, להדריך וללוות הורים בנושאים רבים שקשורים לגידול ילדים ולמנוע בעתיד בעיות בריאותיות. השירות בתחנות הוא אוניברסאלי וכולל גם מערכי טיפול עם שותפים בקהילה, כמו גורמי הרווחה והחינוך.

בדוח "אי-שוויון בבריאות והתמודדות עימו 2015" של מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, פורסמה המפה שלהלן, המציגה את הפריסה של **טיפות החלב ברשויות המקומיות, ובכלל זה את המספר הממוצע של ילדים בגילאי לידה עד 4 שנים לתחנה אחת.**

נתוני שעות רופא ל-1,000 מבטחים ומבטחות עד גיל 15 בשבוע לפי קופ"ח ואזור ג'41						
מחוז	אזור טבעי	כללית	לאומית	מאוחדת	מכבי	ממוצע
צפון	עמק יזרעאל	20.9	-	-	46.4	
צפון	רמת כוכב	0.0	-	-	-	
צפון	רמת מנשה	0.0	-	-	-	
תל-אביב תל-אביב תל-אביב	אזור חולון	34.0	63.5	66.1	18.5	45.5
	אזור רמת גן	36.1	35.0	31.4	11.4	28.5
	אזור תל אביב	34.3	45.5	48.3	14.4	35.6

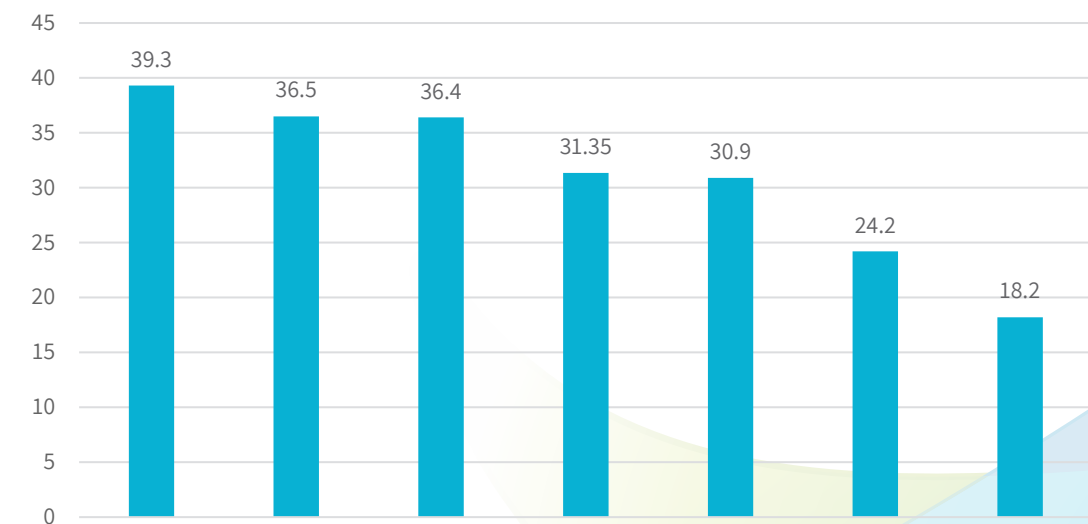
ממצאים

מעטים האזורים בארץ שאין בהם בכלל שירות רפואי זה. רובם נמצאים בפריפריה הרחוקה בצפון. נתון זה מתיישב גם עם הממצאים שעולים ממדד השח"ר היישובי⁴².

עם זאת, יש מקרים שבהם דווקא באזורי המרכז יש זמינות נמוכה (למשל בקופת חולים מכבי באזור תל אביב).

קיימים פערים משמעותיים בהשוואה בין מחוזות:

השוואה בין מחוזות: נתוני שעות רופא ל-1,000 מבטחים ומבטחות עד גיל 15 בשבוע



42 מדד השח"ר היישובי נבנה על ידי המינהל כדי למדוד יישובים שונים בישראל בהתאם למידת היענותם והתייחסותם לתחום שנות החיים הראשונות שבאחריותם. בין ממצאיו, העובדה שיש מתאם בין מרכזיות גיאוגרפית לבין הציון במדד.

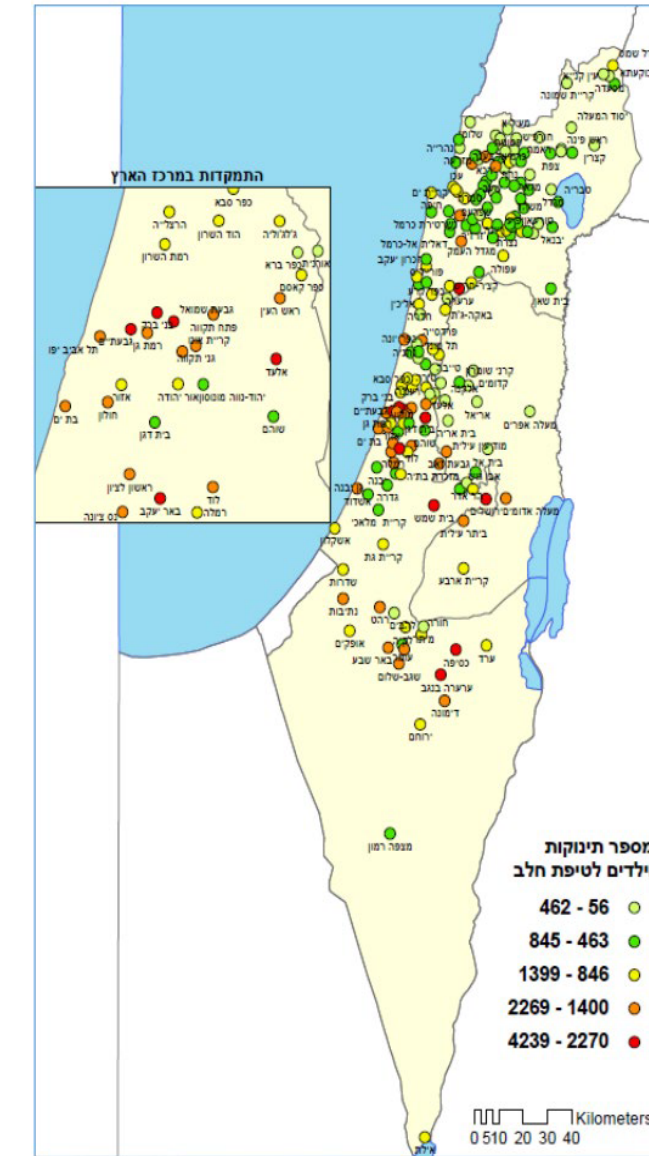
מכונים ויחידות להתפתחות הילד

קיימות הערכות שונות בנוגע לכמות הילדים והילדות הזקוקים לטיפול בתחום התפתחות הילד. לפי אחת מהן, מדובר בכ-280,000 ילדים שזקוקים כיום לטיפול בתחום זה. עם זאת, ישנם כאלו שמקבלים טיפול באופן פרטי ממילא ואין ודאות מלאה לגבי מספר זה. זמני ההמתנה לתורים הם כ-3-9 חודשים.

בישראל 38 מכונים מוכרים להתפתחות הילד, מהם 8 של משרד הבריאות (מסונפים לבתי החולים) ו-30 ששייכים לקופות החולים. מכונים אלו עוסקים באבחון ילדים שהבעיות ההתפתחותיות שלהם קשות ומורכבות יותר ובטיפול בהם. נמצאים בהם צוותים של כוח אדם מקצועי בכל תחומי התפתחות הילד, ובכלל זה יועצים בתחומים רלוונטיים (גנטיקאים, אורתופדים, רופאי עיניים וכו').



מספר תינוקות וילדים לטיפול חלב



מהמפה עולה כי ישנם הבדלים משמעותיים בין צפון הארץ לאזור המרכז והדרום: בצפון הארץ המצב משביע רצון, ואילו בדרום ובמרכז יש עומס רב יחסית על טיפוח החלב, במיוחד ביישובים שבהם ישנם ריכוזים גדולים של אוכלוסייה חרדית (ירושלים, בני ברק, אלעד ובית שמש).

עם זאת, צפיפות בטיפוח החלב נצפית גם ביישובים יהודים-כלליים מבוססים, כמו תל אביב, גבעתיים, חולון, בת ים וראש לצ.

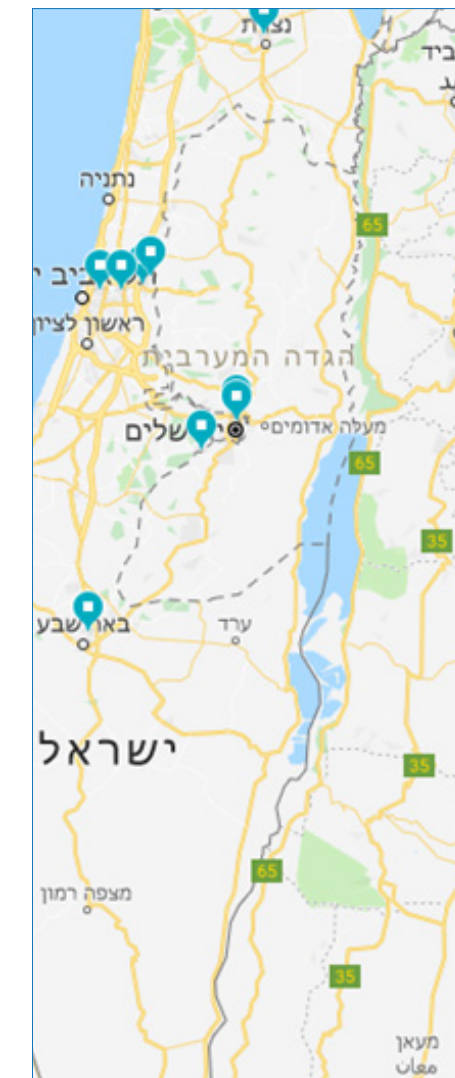
באשר לדרום, המצב הבעייתי ביותר הוא בשני יישובים בדואיים - כסיפה וערערה בנגב. העומס ניכר, גם אם בעצמות נמוכה יותר, ביישובים הבדואיים הסמוכים, כגון רהט ושגב שלום.

מרכזי בריאות הנפש לגיל הרך בישראל	
תחנה	מוסד
צפת	מרכז רפואי זיו היחידה לגיל הרך
נצרת	שרות לגיל הרך (ביה"ח הצרפתי נצרת)
חיפה	פסיכיאטריה של הגיל הרך (ביה"ח רמב"ם)
טירת הכרמל	מרכז הפעוט
כפר קאסם	היחידה לגיל הינקות (שירותי הרווחה עיריית כפר קאסם)
פתח תקווה	היחידה לגיל הינקות
ראש העין	היחידה לגיל הינקות (השירות הפסיכולוגי חינוכי ראש העין)
בני ברק	המרכז לגיל הרך
ירושלים	היחידה לגיל הרך
ירושלים	מרפאה פסיכיאטרית לילדים ונוער
באר שבע	יחידה פסיכיאטרית לגיל הרך (ביה"ח סורוקה)
ביתר עילית	מתנ"ס
אילת	המכון להתפתחות הילד

כמו כן, בישראל גם 102 יחידות להתפתחות הילד, שאליהן מופנים ילדים לאחר אבחונם במכון. ביחידות אלו קיים צוות של אנשי מקצוע שעוסק בעיקר בטיפול. משרד הבריאות דוגל בגישה שיש לטפל בילד עם הפרעה התפתחותית כמה שיותר קרוב לביתו, ולכן מוקמות יחידות כאלו בתפרוסת ארצית רחבה. רובן מופעלות על ידי עמותות ציבוריות בסיוע הרשות המקומית. יש כאלו שמופעלות גם על ידי קופות החולים ורשות המתנ"סים. בדוח "אי-שוויון בבריאות והתמודדות עימו 2016" של מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, פורסמה המפה שלהלן המציגה יישובים עם יחידות להתפתחות הילד ויישובים ללא יחידות המרוחקים מעל 20 ק"מ מיישוב עם היחידה הטיפולית.

מנתונים אלו עולה כי ישנם כמה אזורים שבהם ניכר קושי לקבל שירות בתחום התפתחות הילד דרך יחידה טיפולית מוכרת הממוקמת במרחק סביר: עמק בית שאן, אזור ים המלח, הערבה ואזור הר הנגב הצפוני. יש לציין כי לרוב, מדובר ביישובים קטנים, אך ישנם גם יישובים גדולים יותר, כמו בית שאן, שבהם אין אף יחידה טיפולית מוכרת.

מרכזים לבריאות הנפש לגיל הרך



בישראל 13 מרכזים לבריאות הנפש לגיל הרך, כפי שניתן לראות בסימוני המיקום הכחולים על המפה. המרכזים הקיימים:

מהנתונים עולה כי פריסת המרכזים לבריאות הנפש אינה מספקת ביחס לצרכים, גם כשאנו מסתכלים על הפריסה הגיאוגרפית ניכר כי ישנם אזורים שלמים ללא מענה נגיש. כמו כן, מרבית התחנות המפורטות נותנות מענים מגיל 3 ומעלה ואילו הנדבך של גילאי 0-3 זוכה למענה מצומצם, עד בכלל לא, בוודאי כאשר מדובר בחברה הערבית והחרדית.

משפחתיים המושתתים על תמיכה רגשית, כבוד הדדי והכרת ערך עצמי. התוכנית מופעלת בכמה יישובים בארץ.

4. תוכנית משפחות להורים ולילדיהם בני הגיל הרך

מטרת התוכנית היא לתמוך ביחידת המשפחה באופן רב-ממדי ולקדם את היכולת ההורית משלב מוקדם; למנוע סיכון לאלימות כלפי ילדים בגיל הרך ולהזנחתם; לאפשר אבחון והפנייה מוקדמים של פעוּטות עם קשיים התפתחותיים ושל הוריהם; לספק מסגרת השתייכות חברתית וקהילתית תומכת להורים צעירים. אוכלוסיית היעד היא הורים לילדים בגיל הרך (פעוּטות מגיל לידה עד 4) המתקשים בגידול ילדיהם, אך בעלי פוטנציאל לשיפור אם יקבלו תמיכה והדרכה מתאימים. מדובר בהורים המרגישים צורך בתמיכה, בשייכות קהילתית ובהדרכה (מסיבות שונות, כגון בדידות, הדרה, דור שני למצוקה וחוסר ידע). התוכנית מופעלת בכמה יישובים.

5. מעטפת רכה

קידום התפתחות תקינה של פעוּטות וקידום התפקוד ההורי תוך מתן מענה אינטנסיבי משולב במסגרת ובבית המשפחה באמצעות מעטפת רחבה של מענים המופעלים בידי צוות רב-מקצועי בריכוז ובהובלת עובד סוציאלי ובשילוב צוות המעון והגורמים הטיפוליים הרלוונטיים בקהילה. קהל היעד הוא משפחות עם ילדים בני 6 חודשים עד 3 שנים בתחילת שנת לימודים, וזאת בהתאם להוראות חוק פעוּטות בסיכון (הזכות למעון יום).

משרד החינוך⁴³

במשרד החינוך מגוון רחב של מענים לגיל הרך. מפאת חוסר מקום, נציין רק את תוכנית הדגל:

6. הגן העתידי

כחלק מיעדי האגף להפוך את גן הילדים לרלוונטי למאה ה-21, התפיסה המיטבית שמוביל האגף הקדם-יסודי היא זו של "הגן העתידי". בתפיסת הגן העתידי, הילד נמצא במרכז התהליך החינוכי ולא מנהלת הגן או המבוגר, והתהליך החינוכי הוא דינמי ומשתנה ולא דידקטי ופרונטאלי. הגן העתידי הוא בעל גמישות בתכנון הפנים, בתכני הלימוד ובסדר היום, והוא מותאם לילדי דור האלפא, המאופיינים ביצירתיות, בעצמאות, באינטליגנציה רגשית וביכולות טכנולוגיות גבוהות, לצד קשיים בקשב ובריכוז. על פי הגן העתידי, דמות הבוגר בגן היא בעלת ידע, מיומנויות וערכים. הגן העתידי אף מתמקד בעוגנים פדגוגיים חדשניים של ביטוי אישי, יזמות ויצרנות, למידה במרחבי חיים וקהילתיות, שהם רלוונטיים למציאות החברתית, משפחתית, פוליטית, סביבתית וטכנולוגית של המאה ה-21. הגן העתידי מחנך באופן מובנה לפלורליזם, למגוון, לסובלנות ולהכלה של ילדים וילדות מרקעים ועם צרכים שונים, ומאפשר לילדים לעצב בעצמם את סדר יומם ואת המרחב שבו הם פועלים תוך שיתופיות מתמדת. לכן, הגן העתידי שם דגש על שותפות ועל חיבוריות בין הגן לבין ההורים והקהילה כאמצעי להעצמת הזהות של הילד/ה בסביבה משתנה, אורבנית וטכנולוגית, לצד אבחנה פדגוגית והתפתחותית בין גילאי 3 לגילאי 4-5. הגן העתידי אינו רק גן רלוונטי ודינמי, אלא גם מודל לפדגוגיה מוטת עתיד לכלל המערכת.

7. מודל צומ"ת

מודל צומ"ת (צוות מלווה תומך) הוא מודל שפותח על ידי האגף הקדם-יסודי ובשיתוף אגף שפ"י, חינוך מיוחד

43 רוכז בסיועו של ד"ר אסף לייבוויץ באגף לחינוך קדם-יסודי במשרד החינוך, יוני 2019.

קופות החולים

קופות החולים נותנות מענים לגיל הרך לפי חוק ובהתאם לסל שירותי הבריאות. לצד זאת, הן מציעות הטבות נוספות לגילאים אלה דרך הביטוחים המשלימים. לדוגמה:

- מכבי (במסגרת "מכבי שלי") - זכאות לטיפולים משלימים לילדים שלא מוכרים כזכאים לטיפולים על ידי המכון להתפתחות הילד, טיפולי רפואה משלימה, אבחון ממוחשב של הפרעות קשב וריכוז;
- מאוחדת (במסגרת "מאוחדת שיא") - ילדים בני 3-9 זכאים ל-15 טיפולים נוספים בתחום התפתחות הילד, טיפולים רגשיים לילדים עד גיל 12, אבחון ממוחשב של הפרעות קשב וריכוז, טיפול בהרטבה לילית, ביקור פרטי אצל רופא הילדים, טיפול בהפרעות בדיבור;
- כללית (במסגרת "כללית מושלם") - שירותים נוספים בתחום התפתחות הילד לילדים בני 3-10, בדיקות קשב וריכוז, השתתפות בטיפול בבעיות הרטבה, החזר על טיפולים לדחיקת לשון המבוצעים על ידי קלינאית תקשורת, טיפול רגשי בתנועה - הבעה ויצירה.
- לאומית (במסגרת "לאומית כסף" ו"לאומית זהב") - טיפולים בתחום התפתחות הילד, אבחון הפרעות קשב וריכוז, ספורט, שחייה ורכיבה טיפולית, טיפולים בהבעה וביצירה, טיפולים בהרטבה, ביקור רופא בלילה ובסופי שבוע, טיפולים ברפואה משלימה (דיקור סיני, הומיאופתיה, עיסוי תינוקות ועוד).

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

1. "מסיכון לסיכוי בגיל הרך" - שילוב ילדים עם צרכים מיוחדים

שילוב ילדים עם צרכים מיוחדים, עם לקויות שונות, בני הגיל הרך (גיל לידה עד שלוש שנים) במעונות יום רגילים תוך הנגשת שירותים טיפוליים בתוך המעון וקיום מערך תומך למשפחות. יעדי התוכנית:

- הקטנת אחוז הילדים המפגינים התנהגויות / מצבים המעידים על בעיות קשות בתחום הרגשי;
- צמצום של מספר הפעוּטות הנמצאים בסיכון התפתחותי;
- צמצום אחוז הילדים שאינם מגיעים מוכנים לכיתה א'.

2. נתיבים להורות - מודל טיפולי לילדים ולהורים

צמצום של מצבי סיכון אצל ילדים או מניעתם באמצעות בניית כוחות המשפחה, שיקום היחסים בין הורים לילדים, שיפור תפקוד ההורים בכל הקשור לטיפול בילד ולהתייחסות אליו, סיוע בשמירת שלמות המשפחה בד בבד עם הבטחת ההתפתחות התקינה של הילד, סיפוק מערך חלופות להורים לטיפול ולהתייחסות לילדים שימנע הזנחה והתעללות. אוכלוסיית היעד היא ילדים עם בעיות רגשיות או עם התנהגויות וויתורים שאינם יכולים בשלב זה להעניק לילדיהם תנאים סבירים להתפתחות תקינה, אך הצוות המקצועי מאמין ביכולתו לחולל שינוי בתפקוד ההורי. התוכנית מופעלת בכמה יישובים בארץ.

3. תוכנית ראשית

התוכנית מיועדת למשפחות צעירות שלהן שני ילדים לפחות בגיל הרך (רצוי הראשונים) ושבהן התפקוד ההורי לקוי בתחומים רבים באופן שמסכן את רווחת ילדיהם ואת התפתחותם התקינה ומאיים על קיום המשפחה. מטרת התוכנית היא לטפח את ההתפתחות ואת ההישגים של הילדים בני הגיל הרך, שעלולים להתעכב עקב תנאי המצוקה והחסך של חייהם, לחזק את הביטחון ההורי, להעשיר את כישורי ההורות ולטפח יחסים

והכלה והשתלבות במנהל הפדגוגי במשרד החינוך. המודל מבקש להשתלב בתפיסה של הילד במרכז, תוך התייחסות למאפיינים הייחודיים של ילדי דור האלפא. הצוות מיועד להעניק אבחון וטיפול לילדים שמוצו כל דרכי האבחון והטיפול הקודמים לגביהם. הצוות מורכב מפסיכולוג/ית, יועצת ומאבחנת/ת התפתחות. אנשי המקצוע יהוו מעטפת תומכת למנהלת הגן ולצוות הגן ויגבשו במשותף עימן תוכנית התערבות קונקרטית לילד ולכלל הגן. הצוותים יהיו כפופים למחוז ויהוו מודל לשיתוף פעולה הוליסטי של אנשי המקצוע עם גורמים בקהילה וברשות המקומית בתוכנית ההתערבות לטובת הילד.

8. מזוודות נפתחות

מזוודות נפתחות הוא מיזם משותף לאגף הקדם-יסודי והחברה למתנ"סים כחלק מהתפיסה של שיתופיות וחיבוריות בין ילד-הורים-קהילה-רשות מקומית. המיזם כולל מזוודה העוברת ממשפחה למשפחה, כאשר בכל שבוע ילד אחד מתארח אצל חבר לגן ומביא עימו מזוודה. כל משפחה מארחת תורמת למזוודה פריטים (ביגוד, ספר, מכתב, חפצים) הקשורים למורשת ולתרבות המשפחתית (מי אנחנו, מאיפה באנו, מה מיוחד אותנו כמשפחה). המזוודה עוברת במשך שבועות בין ילדי הגן ובסוף הסבב מתקיים אירוע "פתיחת המזוודה" בשיתוף ההורים, צוות הגן, הילדים ואנשי הרשות המקומית. המיזם בא לחזק את הזהות האישית, המשפחתית והקהילתית של הילדים ולסייע בהפיכת הגן למוקד קהילתי ומחבר כחלק מהתפיסה שרואה את הילד בגן באופן הוליסטי.

9. תוכנית מבטים

מטרת התוכנית היא להעמיק את ההיכרות של הגננת עם ילדי הגן דרך תצפיות שנערכות בסביבת הגן הטבעית בעת שהילד משחק, לומד ויוצר קשרים חברתיים. התוכנית מאפשרת להעמיק את ההיכרות עם האישיות הייחודית של כל ילד, על סגנון הלמידה שלו ועל קשיו, כדי לעקוב באופן מיטבי אחר התפתחות הילדים במהלך שנותיהם בגן. התוכנית מאפשרת לתעד באופן שיטתי את התפתחות הילדים כדי לתכנן דרכי עבודה מותאמות התפתחות, שכוללות בקרה והערכה.

10. מרכזים לגיל הרך

המג"ר (מרכזים לגיל הרך) הוא דגם של שירות בין-משרדי אוניברסאלי - "בית לגיל הרך", המקיים ומתכלל

שירותים ופעולות מקצועיות בתוכו, מתוך הכרה בכך שיש יתרון רב בהספקתם תחת קורת גג אחת, כך שיהיו נגישים לכל האוכלוסייה ובפרט לילדים המוגדרים כנמצאים במצבי סיכון. המג"ר מקיים קשרי גומלין עם השירותים האחרים ביישוב. קהל היעד של התוכנית הוא ילדים מגיל לידה ועד גיל 6, הוריהם וצוותים רלוונטיים. המג"ר פועל בהתאם לתקנים מקצועיים ולתקני איכות מקובלים, ובמסגרתו באים לידי ביטוי הסטנדרטים ואיכויות הטיפול הנדרשים מכל אחד ממשרדי הממשלה השותפים (חינוך, בריאות ושירותים חברתיים) בתחומו. המג"ר פועל כשירות ברשות המקומית, לרוב במסגרת אגף החינוך הרשות. כל אחד ממרכזי הגיל הרך מפעיל תוכניות התערבות בתחומי האיתור, המניעה, הטיפול וההעשרה. הורות ומשפחה הן תחום רחב, אשר משולב בכל תחומי העיסוק של המרכז מתוך התפיסה כי ההורים הם המשפיעים ביותר על ילדיהם. האחראים הישירים לגידולם.

11. תוכנית מעגן במעונות היום

תוכנית מעגן היא תוכנית התערבות מערכתית רב-תחומית בהתפתחות השונים עבור ילדים המתקשים בתפקודם במסגרות החינוך בגיל הרך. צוות מעגן הוא מערך של בעלי מקצוע מן התחומים ההתפתחותיים הפועל בשיתוף עם הצוות החינוכי במסגרות החינוך בגיל הרך. צוות רב-מקצועי זה הוא גורם היועצות ותמיכה למחנכים ולהורים לגבי הילדים במסגרת וכן גורם מתערב בכל רובדי המניעה. תוכנית מעגן יוצרת את השילוב בין התחומים הטיפולים והחינוכיים שנוגעים לילדים הלומדים במערכת החינוך הקדם-יסודי. מטרת התוכנית מבוססת על כך שלהתערבות מוקדמת וטיפול בילדים עם קשיים בגיל הרך השלכות לטווח הארוך: הם מונעים הצטברות והחמרה של קשיים התפתחותיים, מונעים הופעתם של קשיים רגשיים והתנהגותיים נלווים, ומאפשרים צמיחה תוך מימוש יכולתם של הילדים.

ג. האסטרטגיה של משרד הבריאות בנושא שנות החיים הראשונות

מטרת-העל והיעדים

חיזוק יכולתה של מערכת הבריאות להוביל לבריאות ולשלומות שוות של כל ילד

מטרות על

1. מערכת בריאות תומכת הורות ומשפחה כמכלול – מעבר להתמקדות בתפיסה המשקיעה בילד, בהוריו ובמשפחתו כיחידה הוליסטית. המהלך נעשה תוך ההבנה כי השקעה בהורה ובהורות מיטבית שווים השקעה בילד ובהתפתחות מיטבית.
2. מבני עבודה ב-Ecosystem - בין גורמי הבריאות ובין כלל הגורמים העוסקים בשנות החיים הראשונות. רצף ושותפות ממוקדי משפחה לצד שפה אחידה ברמות - הישובית, האזורית והארצית.
3. מיצוי והרחבה של מערך השירותים הניתנים למשפחות לילדים צעירים באמצעות סל שירותים בסיסי ואוניברסאלי לצד מענים דיפרנציאליים לפרטים ולקבוצות אוכלוסייה שונות.

מטרות אסטרטגיות

מערכת בריאות תומכת הורות	מבנה עבודה כ-Ecosystem	מיצוי והרחבה של מערך השירותים
חיזוק תחושת הביטחון ההורי והמסוגלות המשפחתית	שמירה על רצף טיפולי: חיזוק יכולתם של השותפים לעבוד כמערכת מורכבת אחודה, השותפים לעבוד כמערכת מורכבת אחודה,	הגדלת יכולתה של מערכת הבריאות לאיתור מוקדם
הגברת היענות לטיפול ולהמלצות של מערכת הבריאות	הרחבת מוטת ההשפעה של מערכת הבריאות ברמה הלאומית בגיל הרך	מיצוי הקיים ופיתוח מערך מענים אוניברסאלי לצד דיפרנציאלי, מותאם. צרכים עתידיים
"חוויות משתמש" אוהדת ונורמטיבית של הורים במערכת הבריאות		
פיתוח מענים רגשיים-נפשיים מוכוונים להורים		

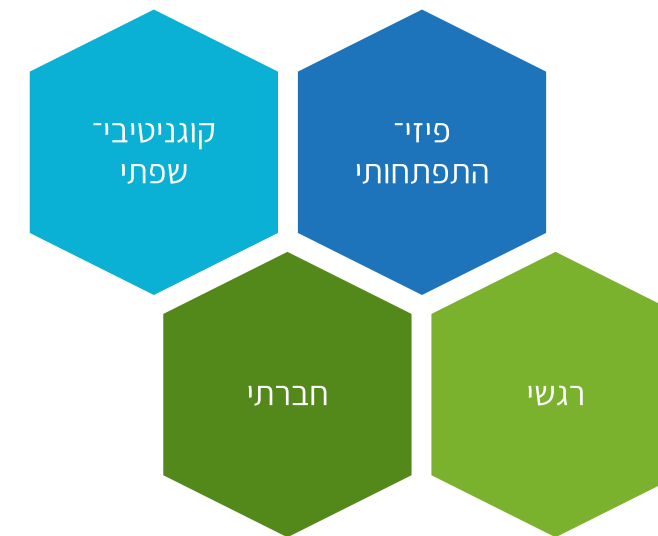
זירות מרכזיות לקידום האסטרטגיה:



מדדים מתכללים: כיצד נדע שאנחנו בכיוון הנכון?

החזון ארוך הטווח חותר ל: בריאות ושלומות שווה לכל ילד בגיל 6

המרכיבים של בריאות ושלומות (כפי שמוגדרים על ידי ארגון הבריאות העולמי), כוללים התייחסות להיבטים אלו:



כיצד נוכל לכוון עצמנו ולהעריך את העשייה העתידית ביחס לחזון ארוך הטווח?

צוות שח"ר במשרד הבריאות הגדיר **4 יעדים מתכללים ארוכי טווח**⁴⁴ שיהוו סמן באשר להתקדמות של מערכת הבריאות במדיניות הגיל הרך, והם:

- ☐ ציון מצב הבריאות בגיל הרך ברמת המדינה [ציון בשאלון ITQOL]⁴⁵
- ☐ ירידה באחוז הפניות הישירות למוקדי רפואת חירום בשל סיבות נמנעות
- ☐ צמצום של אחוז הילדים הנמצאים בסיכון התפתחותי בתחומים המוטורי, הרגשי והשפתי [בכניסה לכיתה א']
- ☐ צמצום של אחוז הילדים המפגינים התנהגויות/מצבים המעידים על קשיים ניכרים בתחום הרגשי [בכניסה לכיתה א']⁴⁶

יש לציין כי נושא המדידה הוא נושא מורכב היות שמשתנים רבים משפיעים על הבריאות ועל השלומות בשנות החיים הראשונות. לכן, קשה להצביע על קשר בין מעני מדיניות לתוצאות. כמו כן, חסרה הסכמה ברמה הבין-לאומית על מדדי תוצאה מתאימים, אף כי קיימת הסכמה חלקית על כך שניתן למדוד את הנגישות לשירותי בריאות ואת השימוש בהם. עם זאת, צוות משרד הבריאות מצא לנכון להשתמש במדדים שתוארו לעיל, שכן אלו מהווים מדדים מתכללים ויכולים להצביע על התקדמות כוללת.

משימות אופרטיביות ומדדי ההצלחה

חלק מהמשימות האופרטיביות מתייחסות למטרות העל או למטרות האסטרטגיות, אולם מרבית המשימות משרתות מפר מטרות שכן אלו שלובות זו בזו. דווקא האינטראקציה וההזנה ההדדית בין הפעילויות השונות היא שתסייע לקפיצת המדרגה בעשייה בשנות החיים הראשונות. אי לכך, המשימות יוצגו בפריסה רב-שנתית ולא

44 במדדים מתכללים הכוונה היא למדדים אשר מצביעים על התקדמות בשילוב של היבטים רבים בפעילות האסטרטגית; ארוכי טווח - כי ברור שהשינוי לא יקרה בן רגע, ודווקא עשייה מכיוונים שונים היא שתאפשר קידום הבריאות בשנות החיים הראשונות ברמה הלאומית.

45 שאלון שפותח בתמיכת ארגון הבריאות העולמי ומהווה כלי עזר לגיבוש ציון בריאות בגיל הרך באזור/מדינה לפי שאלון דיווח עצמי של הורים ומענה על תמות הממוקדות בילד ועל תמות הממוקדות בהורה ובהורות. גישה אלקטרונית לשאלון: <https://www.healthactchq.com/survey/itqol>

46 שני מדדים אלה הם מדדים שנאסף לגביהם מידע והם מקבלים ציון במסגרת ההערכה והמדידה של התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון - 360. קהל היעד בתוכנית הוא משפחות בסיכון, והצוות מבקש להרחיב את המדידה לכלל האוכלוסייה.

בהצמדה ליעד או לתת-יעד אסטרטגי.

חשוב לציין שהרציונל לחלוקה הרב-שנתית טמון בהבחנה בין משימות המהוות תשתית או עוגן הכרחי להמשך עשייה לבין נושאי תוכן ותהליכים המהווים מענה לצרכים משמעותיים, אך אינם מהווים את הבסיס ההכרחי לסוגים שונים של פעילויות. כמו כן, לאור התפתחויות בעת האחרונה, מבחינת היתכנות פוליטית ו/או תקציבית, ישנן משימות מפעילות שונות שכבר נכנסו לשלב היישום.

למען הסר ספק, חלק מההצעות שלהלן מתוקצבות וחלק לא מכיוון שאינן דורשות מקור תקציבי או מכיוון שטרם אותר להם מקור. עם זאת, ההצעה אושרה בידי מנכ"ל משרד הבריאות, ומשכך, פועל המשרד כדי לקדמה בערוצים שונים.

להלן רשימת המשימות המוצעות כחלק ממהלך יישום האסטרטגיה:

זירות, נושאים ומשימות		
משימה	תת נושא	עקרונות
פיתוח והטמעה של שגרות עבודה יישוביות, לרבות מינוי מתאם טיפול בקופת החולים, הכשרות יישוביות, מערכת תקשורת ומינוי מז תכלל גיל רך עירוני (עמוד 107)	עבודה אחודה של כלל השירותים [Ecosystem הגיל הרך]	עבודה אינטגרטיבית ברמה היישובית
בינוי חדש של תשתיות ושל שירותים ביישוב בהתאם לצורכי הגיל הרך (עמוד 108)	תכנון היישוב	
הרחבה לפריסה ארצית בכל יישוב תוך מיקוד בשנת החיים השנייה והלאה (עמוד 109)	פריסה ארצית של תכנית אפשריבריא משפחתי	
פיתוח תמריצים לארגונים עבור קידום מדיניות "המשפחה במרכז" בגיל הרך, לרבות מבחני תמיכה ליישובים, מדידה והחצנת ציונים לפעילויות (עמוד 110)	תמריצים לעבודה ישובית משותפת	
הפעלת שירותים נידים ועבודה רב-מקצועית ללא תלות בשייכות ארגונית (עמוד 111)	הרחבת פרישה גיאוגרפית של השירותים	הנגשת והרחבת סל השירותים
הקצאת משאבים לבדיקות סינון, לחינוך לבריאות ולמניעת חולי (עמוד 111)	שירותי בריאות בגני ילדים ובבתי ספר	
התאמת המענים האוניברסאליים והדיפרנציאליים למשפחות צעירות בחברה הערבית תחילה (עמוד 112)	הנגשת והתאמת השירות לחברה הערבית	
1 הקלת הבירוקרטיה 2 הנגשה פרו-אקטיבית של הקיים 3 מענה לצרכים באמצעות מודולה ייעודית בפורטל הורות (עמוד 112)	סיוע בהורות לילדים עם צרכים מיוחדים	
משקפי ראייה לילדים ורטיות בגילאי 0-8 (עמוד 113)	עזרי ראייה	

קופות החולים	מבחני תמיכה המשקפים סדרי עדיפויות לפעילות קופות החולים	מבחן תמיכה תלת-שנתי לקופות החולים ולבתי החולים לקידום: 1. - איתור מוקדם 2. - בריאות נפשית של המשפחה 3. - תמיכה בהנקה (עמוד 125)
קהל היעד	תת נושא	משימה
ליווי ההורות	תמיכה לקראת הורות ובתקופת ההורות הראשונה	הדרכות לקראת הורות במהלך היריון ראשון (לא קורס הכנה ללידה אלא הכנה להורות) (עמוד 125)
	הכשרת נותני השירות	פיתוח והטמעה של הכשרה ממוקדת מיומנויות רכות בדגש על שותפות ועל הכלת צרכים וקשיים של הורים (עמוד 125)
	מערך בריאות הנפש המכוון למשפחות ולילדים בגיל הרך	(1) נוהל הדרכת כל משתחררת מאשפוז לאחר לידה בבתי החולים (2) הפעלת Walk-in Clinics עבור משפחות ליעוץ, ליווי, אבחון והפנייה להמשך (3) הקמה והפעלה של מחלקות אשפוז אם וילד בבתי החולים הכלליים (4) שילוב ההכנה לקשיים ולחוות משבר אופציונאלית בקורסי הכנה ללידה (5) שילוב הכשרות ייעודיות למקצועות הגיל הרך האחרים (6) קידום חקיקה נדרשת לעיגון השירותים (עמוד 127)
בריאות נפשית – הורה וילד	ליווי הורים ותמיכה בהם	רשתות הורה להורה – תמיכה מבוססת מתנדבים בהורים בהורותם. הרחבה ופריסה ארצית של מודל "אם לאם", בדגש על שנת החיים הראשונה. (עמוד 129)
	מניעת תסמונת אלכוהול עוברית	איתור מוקדם למניעת התסמונת; הדרכות לנותני שירות + מרפאה המתמחה באבחון ובטיפול + הטמעת הנושא בשאלון לאיתור מוקדם בטיפת החלב (עמוד 130)
	מודעות ציבורית	קמפיין לאומי המנגיש הנקה
מדיניות תומכת הנקה (עמוד 130)	תמיכה בהנקה בעת חזרה לעבודה	משאבת חלב אחת חנים לקראת חזרה לעבודה
מעטפת תומכת	תת נושא	משימה
מעטפת תומכת	מדידה והערכה	פיתוח תשתית מדידה ייעודית: עיצוב מדדי שנות החיים הראשונות, איסופם ופרסומם, לרבות מדד שנות החיים הראשונות ביישוב (עמוד 131)
	מחשוב	מעטפת מחשובית תומכת בכלל הפעילות (עמוד 131).

זירות	תת נושא	משימה
טיפת החלב	מערכת מוכוונת איתור מוקדם (עמוד 115)	איתור מוקדם בכל זירה – עבודת צוות רב-מקצועית ברמת מחוז: עבודה משותפת ומתואמת של אחות, תזונאית, פסיכולוגית, עובדת סוציאלית, פיזיותרפיסטית, קלינאי תקשורת, מרפאה בעיסוק בזירות שונות.
		תמרוץ מעבר הון אנושי מהפרטי לציבורי.
	התערבות רב-מקצועית בטיפות חלב	איתור, אבחון וטיפול של מקצועות הבריאות ופסיכו-סוציאלי: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאי תקשורת, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, תזונה. (עמוד 117)
	טיפות חלב ראשוניות בבתי החולים הכלליים	
	מענה מותאם בטיפת החלב (עמוד 117)	שיבוץ אחיות יועצות בנושאים שונים בתחנות "כוכב" בינוי ושיפוץ טיפות החלב לפי מודל עתידי
	זמינות שירותים (עמוד 117)	הרחבת הזמינות (שעות ושירות) של טיפות חלב בינוניות וגדולות ניוד השירות: 3 ניידות משותפות - התפתחות הילד + טיפת חלב (2 דרום, 1 צפון)
		זימון וניהול תורים במוקד קול הבריאות
	ביקורי בית- הבית כמרחב בריאות (עמוד 119)	ביקור בית מובנה לילד ראשון וליילוד פג הרחבת ההיקף ל-5 ביקורי בית ביישובים נבחרים
	ידע ותמיכה בהורים	מוקד אחיות: הקמת מוקד + ניהול תוכן + תפעול שוטף (עמוד 119)
		פורטל הורות: הקמת מוקד + ניהול תוכן + תפעול שוטף (עמוד 120)
התפתחות הילד	חקיקה	הגדרת מנגנון עדכון לתוספת השלישית בחבב"מ 47 לטיפות החלב ולשירותי בריאות התלמיד (עמוד 121)
	זמינות שירותים	קיצור תורים ביחידות התפתחות הילד (עמוד 121)
	תמרוץ הון אנושי (עמוד 121)	מלגות ותמריצים כלכליים לאיוש והרחבת זמינות בשירותים הציבוריים, במקצועות התפתחות הילד בפריריה; תקנים חדשים ואיוש קיימים
		התאמת מחיר לטיפול במעונות יום שיקומיים (הרחבת הביקוש למקצועות הרלוונטיים)
	הכללת דיאטניות ביחידות/מכונים להתפתחות הילד	הטמעת תפישה רב-מקצועית בכל ארגון העוסק בגיל הרך (עמוד 122)
	בריאות השן	חינוך מוקדם לבריאות השן בדגש על מניעה (עמוד 122)

פירוט הפעולות

להלן פירוט של המשימות המופיעות בטבלה שלעיל:

עקרונות

עבודה אינטגרטיבית ברמה יישובית

עבודה אחודה של כלל השירותים (Ecosystem הגיל הרך) עבודה לפי יישובים ואזורים היא פרקטיקה שהולכת וצוברת תאוצה בעשייה של מערכת הבריאות בשנים האחרונות. למידה מפיילוטם בישראל ובעולם הובילה לתובנה כי אין די בכך שהאחריות לבריאות תהיה על מערכות הבריאות לבדה, וכי היא חייבת לחול גם על השלטון המקומי. הנושא Eco-system הוא אחד היעדים האסטרטגיים באסטרטגיה זאת, ותפיסה זאת מחלחלת לכל המשימות. תחת משימה זאת, הכוונה היא ליצור מסגרת עשייה הוליסטית המתאפיינת בהדדיות בין כלל השחקנים הרלוונטיים לגיל הרך ברמת היישוב וברמת האזור. משימה זאת כוללת שני נתיבים:

1. פיתוח המנגנון - עקרונות העבודה והפרקטיקות שבאמצעותם התפיסה תקודם;
2. יישום המנגנון - קידום פיילוטם ממוקדי יישוב ולימוד מהם, עד לפריסה ארצית. במסגרת זאת, בשנת 2019, החל פיילוט בערים רמלה ולוד אשר מתמקד בבריאות מודעת עוני בשנות החיים הראשונות, והאינטגרציה בין שירותי הבריאות והשירותים העירוניים מקבלת בו דגש מרכזי לטובת המשפחות. 48 במסגרת התכנון ויישום התפיסה, תתבצע חשיבה לגבי התפקיד מתכלל הגיל הרך או מתאם בריאות אשר יהיו אחראים גם לגיל הרך בכל יישוב. זירה נוספת וחשובה שתהיה חלק ממארג השחקנים ברמה היישובית, היא שירותי בריאות לתלמידים בגני הילדים ובבתי הספר. יש לבחון כיצד שירותים אלו יועצמו ויתרחבו לטובת קיום בדיקות סינון, חינוך לבריאות, קידום בריאות ותהליכים ארוכי טווח של מניעת חולי. זאת בכפוף להקצאת משאבים הנדרשים לשם כך. כמו כן, מתקיימת חשיבה באשר לבניית שירותים לגיל הרך בעתיד במיקוד על גיבוש מפרט הנותן מענה לצרכים שונים שהם גנריים.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
יישום חלקי	עלייה במספר צוותי הבריאות שהם חלק מ-Ecosystem יישובי.

כחלק ממשימה זו וכפלטפורמה לקידום נושאי בריאות שונים ברמה המקומית, המשרד מבקש לפתח פלטפורמות אשר יאפשרו שיח, החלפת ידע ומידע ותקשורת הדדית בין הגורמים השונים. בשלב הראשון, בין גורמי המערכת (למשל בין טיפת החלב לקופת החולים), ובשלב השני בין הגורמים במערכת לגורמים נוספים מחוצה לה, לרבות גורמים ביישוב.

משימה זאת תתמקד בעיצוב הדרכים להעברת הידע והתקשורת בין כלל הגורמים בגיל הרך בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה: פיתוח והטמעה של מערכת תקשורת וידע אחודה לכלל הארגונים, לרבות איגום נתונים ממערכות ומיחידות שונות לתשתית אחודה. פעילות זאת תכלול גם מיפוי קהילתי של השירותים בשנות החיים

הראשונות בכלי GIS של משרד הבריאות.

ביום שבו השלב השני של התשתית יופעל, נוכל לדמיין מסע לקוח כזה:

הורה מגיע לכיתה א' עם בנו הבכור. המורה רואה כי ההורה עייף מאוד. היא שואלת אותו אם הוא מצליח לישון, והוא עונה לה כי התינוק הקטן לא ישן בלילות, ועל כן קשה לו לתפקד. המורה מציעה לפנות אל אחות טיפת החלב, ומייד קובעת תור להמשך אותו שבוע בזמן שנוח להורה. ההורה לא מצליח להגיע אל התור, וכשהמורה רואה אותו, היא שואלת אם הלך. ההורה מספר כי לא הגיע, ואז מייד היא קובעת לו תור נוסף, ומפנה אותו לשירות קהילתי שפועל באזור מגוריו ומפעיל קבוצת הורים עם קשיים דומים.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
בשלב תכנון היישום	שימוש מערכתי בתשתית האחודה שנה לאחר הטמעתה.

תכנון היישוב

בניו חדש של תשתיות ושל שירותים ביישוב בהתאם לצורכי הגיל הרך. קרי, בעת קבלת החלטות על הקמת שכונות חדשות, מבנים ציבוריים ותכנון המרחב יש לקחת בחשבון היבטים שונים הקשורים לגיל הרך, וביניהם סמיכות הארגונים העוסקים בנושא, פיזורם הגיאוגרפי, נגישותם וכיוצא בזאת. בנוסף, בעת קבלת החלטות על מה שקיים וחשיבה על שינויים, יש להטמיע את נקודת המבט של צרכי הבריאות ולבחון האם ואיך לשלבה. כך, לדוגמה שילוב ציגי הבריאות בועדות תכנון ובנייה יישוביות ו/או אזוריות.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
בשלב תכנון היישום	קיומו של גורם האמון על בריאות ברמה המקומית/אזורית

פריסה ארצית של תוכנית אפשריברא משפחתי משנת החיים השנייה

רקע על תוכנית אפשריברא משפחתי

תוכנית "הנרי" אשר תוכננה ומופעלת בשירותי הבריאות בבריטניה מהווה מודל מצוין לתוכנית בעלת תוצאות מדידות מוכחות.

בבסיס תוכנית זו, כמה תפיסות אופרטיביות:

1. מודלים גמישים לתמיכה בהורים
2. מיקוד באורח חיים בריא ובהתפתחות בריאה
3. הנחיה וליווי על ידי אנשי המקצוע
4. מודל הטמעה יישובי
5. מתן ידע, העשרה וליווי פרטני
6. גישת "ההורים הם המומחים".

תוצאות מחקריות ארוכות שנים מדגימות כי בעקבות תוכנית זו ומתכניות דומות, הורים מבצעים שינוי באורח החיים המשפחתי שלהם, לרבות:

- תדירות גבוהה יותר של מצבי שמחה ותדירות נמוכה יותר של מצבי דחק

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
כמות תוכניות ההתערבות המתמקדות במשפחה ועובדות בצוותים רב-מקצועיים גדל ב-25% תוך 3 שנים.	בשלב תכנון

הנגשת והרחבת סל השירותים

הרחבת הפריסה הגיאוגרפית של השירותים

מרבית האסטרטגיה מבוססת על רה-ארגון ועל שירותים קיימים ולא על הקמה של מערך חדש, וכך גם במשימה זאת.

כדי למקסם פריסה וזמינות ברמה הארצית, יש להפעיל שירותים ניידים. ישנן תוכניות שונות, ובהן תוכנית "1,000 הימים הראשונים", שבהן רעיון זה עתיד לצאת לפועל או שכבר פועל חלקית. תתקיים חשיבה לגבי המקומות שבהם צורך זה קיים בצורה הדחופה ביותר, ושם תתחיל הפעילות.

הניידות תכלול צוות רב-תחומי המשלב אנשי מקצוע מטיפת החלב, משירותי התפתחות הילד ומבריאות הנפש, והם יגיעו לבית המשפחה או למקום קהילתי מרכזי שאליו קיימת גישה וייתנו את השירות בצורה מותאמת מבחינת הנגישות, מבחינת שפה ותרבות וכיוצא בזאת.

במשימה זאת יש מקום משמעותי עוד יותר לשיתוף פעולה עם ארגוני חברה אזרחית, ודיונים בנושא נמצאים בעיצומם.

בשלב ראשון הכוונה היא להפעיל 3 ניידות – 2 בדרום הארץ ו-1 בצפון.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
- עלייה במספר הניידות המופעלות; - שביעות רצון של משפחות שקיבלו שירות בניידות.	בשלב מעבר ליישום

שירותי בריאות בגני הילדים ובבתי הספר

חשיבות רבה נתונה לקידום בריאות במובנים רחבים בזירות שונות – ובמקום גבוה בבתי הספר ובגני הילדים. נדרשת חשיבה מחודשת על שירותי בריאות הניתנים במערכת החינוך, הן במובן של שירותים שניתנו במסגרת שירותי בריאות התלמיד והן במובן של חינוך לבריאות. חשיבה מחודשת זו תיעשה בשיתוף פעולה עם מערכת החינוך ברמת המטה והשטח וכלל הגורמים הרלוונטיים.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
הקמת צוות חשיבה ייעודי	ייתקבע בהמשך

- הערכה עצמית גבוהה יותר של הורים
- תדירות גבוהה יותר של ארוחות משפחתיות
- תזונה בריאה יותר (מים, ירקות, פירות)
- תדירות גבוהה יותר של פעילות גופנית משפחתית. כמו כן, מדווח כי קיימת השפעה חיובית משמעותית על התפיסה העצמית המקצועית של אנשי המקצוע ושל חייהם.

בישראל, תוכנית זאת נקראת "אפשריבריא משפחתי", וגם כאן לתוכנית תוצאות מצוינות. במשפחות הנוטלות חלק בתוכנית נצפתה השפעתה המשמעותית ואף שינוי פרמננטי בהתנהלותן. התוכנית מצויה בשלב הפיילוט, כאשר במסגרת האסטרטגיה נבקש להרחיבה להטמעה ארצית בתצורה שבה היא פועלת כיום.

מבנה התוכנית הנוכחי מציע תוכנית הורים קבוצתית הכוללת: סדנה בת 8 מפגשים להורים ולילדים בגיל הרך, תוכנית ליווי פרטני בת 8 מפגשים להורים והכשרה לאנשי מקצוע - הכשרת ליבה, הכשרה להנחיית סדנאות הורים והכשרה בליווי פרטני של משפחות.

שני ממדים שקיימים בתוכנית הבריטית לא נכללו בשלב הפיילוט בישראל. ברצוננו להטמיע את שני הממדים הללו (הדרכות פרטניות ופעילות בשיתוף רשתות המעונות הגדולות) בשלב ההרחבה לפריסה ארצית.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
עלייה במספר היישובים שבהם התוכנית פועלת; בשלב זה לא מתוכנן לקיים את התוכנית בעוד יישובים, אלא נעשה ניסיון להטמיע אותה בקופות החולים.	בשלב הכנה ליישום

תמריצים לעבודה יישובית משותפת

משימה זו מתמקדת בפיתוח ובעדכון תוך כדי תנועה של התמריצים לקידום התפיסה האסטרטגית המוצעת במסמך זה על ידי הארגונים ועל ידי אנשי המקצוע השונים.

נרצה לעודד ארגונים לפתח וליישם תוכניות התערבות שונות כחלק מאסטרטגיה זאת וגם באופן עצמוני. לכן, יגובשו תמריצים לקידום הפעילות של הארגונים, ובהם:

1. מבחני תמיכה ייעודיים – מוכוונים לקופות החולים וליישובים. יצוין כי משרד הבריאות רואה בקופות החולים שחקן מפתח בקידום האסטרטגיה, ולכן יש לקבוע מבחן תמיכה תלת-שנתי בנושאים משתנים ובסכום משמעותי. כשלב ראשון, מבחן התמיכה יידון ב-3 נושאים: (1) איתור מוקדם, (2) בריאות נפשית, (3) תמיכה בהנקה. לאחר מכן, ולאור צרכים מעודכנים, ייקבעו מבחני תמיכה עתידיים. כמו כן, חשוב להדגיש כי חלק מהנושאים כבר מקודמים במסגרת מבחני תמיכה נוכחיים, כדוגמת מבחן תמיכה בהתפתחות הילד או במשפחות צעירות בעוני. בשלב נוסף, יש לבחון ביצוע מבחני תמיכה לבתי החולים.
2. מכרז לאתגר שנתי בנושא מוגדר. הצעה לנושא בשנה הראשונה: התמודדות מיטבית עם דכדוך לאחר לידה.
3. כינון פרס הוקרה עבור ארגונים שהם "עמיתי הגיל הרך".

הנגשת והתאמת השירות לחברה הערבית והבדואית

שתי תכניות ספציפיות המשקפות את התפישה של משימה זאת מקודמות ביחידות שונות במשרד הבריאות:

- 1. תוכנית 1000 הימים הראשונים בחברה הבדואית בנגב** - תוכנית פיילוט מערכתית רב-שנתית שעיקרה צמצום פערים ופיתוח והנגשה של שירותים. זאת לאור הנתונים על ילדים רבים במרחב הבדואי, בני 0-3 בפרט, החיים בתנאים המסכנים את שלומותם, את בטיחותם הפיזית, הבריאותית והרגשית, בשל תנאים חברתיים, גיאוגרפיים ופוליטיים מורכבים. באופן אופרטיבי, התוכנית תפעל בתחומי התערבות אלו: קידום בטיחות ילדים, טיפוח וקידום הטיפול ההורי בילד והקשר הורה-ילד וקידום החינוך, הלמידה וההתנסות במסגרות המעון כשירות קהילתי מורחב.
- 2. תוכנית לבריאות החברה הערבית** - תוכנית רחבה הנותנת מענה להיבטים שונים בתחום הבריאות של החברה הערבית בישראל. בתוך כך, תהיה התייחסות לתחלואה, להתפתחות מיטבית ולתמותה בשנות החיים הראשונות. תוצאי הבריאות בשנות החיים הראשונות בחברה הערבית נמוכים מאוד, בוודאי בהשוואה לתוצאי הבריאות בקרב יהודים. לכן, תתבצע עבודה אינטגרטיבית בהתייחס לגורמים החברתיים המשפיעים על הבריאות בגיל הרך: מניעה וצמצום של פגיעות כתוצאה מתאונות, איתור מוקדם של בעיות גדילה והתפתחות וטיפול בהן, הרחבה ופיתוח של תשתיות בריאות, יישוג אקטיבי של משפחות בסיכון, מפגשים בבית המשפחה ותוכניות התערבות ייעודיות.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
בשלב מעבר ליישום	ייקבעו בעת גיבוש התכנית

סיוע בהורות לילדים עם צרכים מיוחדים

היערכות למתן מענים נוספים עבור ילדים עם צרכים מיוחדים היא צורך שעלה במהלך גיבוש המדיניות. ראשית, יש לציין כי הנושא נמצא בחלוקת אחריות בין משרדים וגופים נוספים, ויש צורך במיפוי ובתכנון מיטבי מנקודת מבטן של המשפחות. לכן, יבוצע "צילום" של המצב הקיים באמצעות כלים שונים, ובהם מסע לקוח. לאחר מכן, יגובשו צעדים אופרטיביים לשם הקלה מיטבית על המשפחות ועל הילדים.

במרחב אשר מצוי באחריות משרד הבריאות, הדגש יושם על צעדים אשר יסייעו בטיוב הבריאות, במיצוי הזכויות ובהכוונה פרו-אקטיבית של המשפחות בשלבים ובסיטואציות השונות. חלק מפעילות זאת תתבצע באמצעות פורטל הגיל הרך והמוקד הטלפוני המוקמים.

אלו ייעשו לצד פעילות ייעודית של תמיכה רגשית בהורים באמצעות קבוצות ייעודיות ומפגשי אחד על אחד עם אנשי מקצוע המוכשרים לכך.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
בשלב תכנון	עלייה בשביעות רצון של הורים לילדים עם צרכים מיוחדים.

עזרי ראייה

למערכת הראייה השפעה מכרעת על עיצוב הארכיטקטורה והקשרים המוחיים בגיל הרך, דבר לו השפעה מכרעת על התפתחות, בריאות ושלומות הילד.

כ-5% מן הילדים סובלים מהפרעות ראייה בגיל הרך. הערכות נוספות המתייחסות לטווח גילאים רחב יותר (עד גיל 14) מצביעות על כך ש-20% מהילדים הם לקויי ראייה, וכימתוך כלל הליקויים, רק 15% מתגלים לפני גיל 5. הפרעות אלו הן על-פירוב מולדות, ובליטיפול מתאים הן עלולות לגרום לנזק בלתי הפיך בראייה. בעשורים האחרונים אנו עדים לעלייה ניכרת בשיעור הילדים הזקוקים למשקפרי ראייה, וניתן להניח כי יימדת עלייה ניכרת ככל שעולים עם הגילאים.

על פי נתוני ה-CDC, הפרעות ראייה הן המצב המגביל והפוגע בתפקוד בעל השכיחות הגבוהה ביותר בקרב ילדים בארצות הברית. עד גיל כניסה לבית הספר, כרבע מהילדים סובלים מהפרעת ראייה. לקשיים שונים בראייה ייתכנו השלכות ארוכות טווח, אם במישור הגופני כאשר התינוק ובהמשך הפעוט והילד מסגל לעצמו מנחי גוף פתולוגיים המשליכים על מכלול תפקודו, עלולים לגרום לכאבים וקשיים בתפקוד. הפרעות ראייה מובילות לבעיות קוגניטיביות ובעיות חברתיות מהיבטים שונים.

ההתנהלות במרחב מובילה להתפתחות מושגים מרחביים. קושי בתחום זה עלול להוביל **לקושי מרחבי שישיפע בהמשך על למידה ותפקוד בבית הספר**. לא כל שכן, התחום המרחבי והתנועה במרחב הינם מבסיסי הקשר והתקשורת הבינאישית בגיל הצעיר עם בני הגיל, **וקושי בתחום זה עלול להוביל לקשיים חברתיים, התנהגותיים ונפשיים**.

התפתחות העצמי, התפישה והדימוי מושגת על הקשר הנוצר עם הסובבים את התינוק והפעוט ויחסיו בסביבה (אנושית וכן לא אנושית). **כשלים ביצירת קשר ותקשורת, בתנועה והנעה, בהגעה לחפצים ומימוש רצונות יובילו בהכרח לקשיים רגשיים**. יתר על כן, **קושי בראיה עלול להוביל להימנעות מפעולות או פעילות ואף להוביל להתנהגות נמנעת או לחילופין לאי שקט והתפרצויות**.

בהערכה שבוצעה על ידי מנהלת המחלקה לאם ולילד במשרד הבריאות, נמצא כי מספר הילדים הזקוקים למשקפיים בגילאי 3-14 הוא 76,063 לפי החישוב הבא:

כתה	שיעור ילדים לא מעומדים לבדיקה (בעיקר כי יש משקפיים)	שיעור ילדים עם בדיקת סינון לא תקין	מספר ילדים בשכבה	אומדן מספר ילדים עם צרכים
גן	3		150000	4500
א'	3.9	21%	145990	5694
	4.7		145000	6815
ג'	5.4		146211	7895
	6.2		140000	8680

ה'	7	134935	9445
	7.8	132000	10296
ז'	8.6	129210	11112
ח'	9.3	125000	11625
ט'	10	122000	12200
י'	10.8	119000	12852
י"א	11.5	115000	13225
י"ב	12	111000	13320

בשל המיקוד הגילאי בו בחר הצוות – קרי לאחר בדיקת הראייה בגיל 3 ולאחר בדיקת הראייה בגיל 6 (בכיתה א') ובמצב שלא ניתן לאפשר כשלב ראשון משקפי ראייה לכלל הילדים בגילאים 3-14, נבקש לתת עדיפות לגילאי 3-8 ולכן מספר הילדים שיזדקקו למשקפיים הוא 10,194 זוגות משקפיים בשנה. הטיפול ברבות מהפרעות הראייה הוא באמצעות התאמת משקפיים. לפי בדיקה שערכנו, מחיר משקפיים לילד הוא בדרך כלל בין 300 ל-700 ש"ח. מחיר משקפיים לילדים הסובלים מבעיות מורכבות מגיע ל-1,300 ש"ח. תדירות החלפת משקפיים לילד היא בין שלושה חודשים לשנתיים.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
0% ויתור על עזרי ראייה מסיבות כלכליות	בשלב המתנה – הוגש לבחינת ועדת סל הבריאות

זירות

טיפות החלב

מערכת מוכוונת איתור ומענה מוקדם

אחד השינויים המשמעותיים שמוצגים במסגרת האסטרטגיה הוא מערכת הפועלת עד כמה שניתן על הציר של האיתור המוקדם, וכפועל יוצא של מענה מוקדם. זאת מתוך תפיסה של מניעה תחילה. קיימת הבנה כי מערכת הבריאות עושה עבודה טובה במתן טיפול כאשר הבעיות מתעוררות, אבל מניעה של בעיות או אבחון מוקדם ככל האפשר דורשים שיפור, במיוחד כאשר מדובר בגילאים המוקדמים.

התערבות מוקדמת היא רבת-פנים ומבוססת על ההבנה שתקופת הינקות רגישה, קריטית, משמעותית ומהווה תשתית להתפתחות לאורך השנים.

התערבות מוקדמת מוגדרת כשירות מולטי-דיסציפלינארי הניתן לילדים מלידה ועד גיל 5 שנים. מטרתו: לקדם את בריאות הילד ואת רווחתו, לעודד התפתחות כישורים, למזער איחורים ולקוות התפתחותיות, למנוע נסיגה תפקודית ולאפשר תפקוד הורי ומשפחתי. המטרות הן להפחית את

השפעתם המצטברת של גורמי הסיכון הגנטיים, הביולוגיים, הסביבתיים והרגשיים על התפתחותו של הילד, להעצים את גורמי המגן התורמים לחוסן, ולקדם את התנאים הנחוצים להתפתחות בריאה. מטרות אלו מושגות על ידי התאמת שירותים התפתחותיים אישיים, חינוכיים וטיפוליים עבור הילדים.

יש לציין כי מהותן של משימות רבות נוגעת לקידום תפיסה זאת. ישנן כמה התערבויות קונקרטיות אשר נכללות תחת כותרת זאת:

תת משימה ראשונה היא קידום פעילות של צוותים רב-תחומיים ומניעה ו/או איתור מוקדם בכל זירה. גם כאן התפיסה היא מערכת הבריאות תחילה, וכשלב שני מערכות מקבילות רלוונטיות. לפעילות זאת כמה מספר דגשים:

- הכשרות ממוקדות כלים ומיומנויות לאנשי מקצוע להקניה של יכולות איתור מוקדם לפי התחומים השונים – התפתחות פיזית, רגשית, קוגניטיבית, שפתית;
- עבודת צוות – כיצד מערכת הבריאות עובדת כצוות אחד סביב התפיסה כי המשפחה היא במרכז? פיתוח המנגנון והפרקטיקות הנגזרות ממנו;
- רב-תחומיות – אנשי המקצוע מתחומי הבריאות הפועלים בגיל הרך הם יחידה אחת, וכל היבט אשר מביא עימו כל תת-תחום נדרש לתפיסת הצוות ולעשייה.
- חיבור בין כל ארגוני הבריאות ברמת יישוב – שינוי תרבותי לתפיסה של עבודה יחד שהיא חוצת ארגונים;
- חיבור בין כל הארגונים הנדרשים בגיל הרך – הרחבה של התערבויות קיימות שבהן אנשי מערכות בריאות ו/או הרווחה מקבלים הכשרה למניעה ולאיתור מוקדם, והפניה הלאה לאנשי מקצועות הבריאות הרלוונטיים. אופציה נוספת שתיבחן היא כניסה של מקצועות הבריאות לזירות שאינן בריאות גרידא וביצוע ההתערבויות בזירות אלו.
- תת-משימה שנייה תחת סעיף זה נוגעת לפיתוח שאלון אשר יועבר בטיפות החלב, ויתמקד באספקטים השונים של מניעה ואיתור מוקדם לפי גילאים. השאלון ימולא בידי ההורה (ובהמשך יוטמע בפורטל הלאומי ויאפשר מתן מענה מיידי להורים) ויקבל התייחסות ואפשרויות עשייה במידת הצורך באותה פגישה עם אחות טיפת החלב שתוכשר לכך.
- התייחסות נוספת לנושא מתקבלת באמנה הבין-לאומית לזכויות הילד, הקובעת כי ילד בסיכון ובמצוקה חי במצב המסכן אותו במשפחתו ובסביבתו. כתוצאה מכך, נפגעת יכולתו של הילד לממש את זכויותיו במישורים שונים: קיום פיזי, בריאות והתפתחות, השתייכות למשפחה, למידה ורכישת מיומנויות, רווחה ובריאות רגשית, השתייכות חברתית והשתתפות חברתית, הגנה מפני אחרים ומפני התנהגויות עצמיות מסכנות. במסגרת מערכת מוכוונת איתור מוקדם, נבקש לקדם מענים עבור קבוצת היעד של ילדים בסיכון, תוך שיתוף פעולה עם הגורמים הרלוונטיים.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
ירידה של 30% בהפניות הראשוניות למכוני התפתחות הילד.	יישום חלקי

התערבות רב מקצועית בטיפות החלב

כחלק מהתפישה של איתור ומענה מוקדמים, שילוב של אנשי מקצועות הבריאות, וביניהם תזונאים, פיזיותרפיסטים, קלינאים תקשורת, עובדת סוציאלית ו/או פסיכולוגית ועוד, בעבודה השוטפת עם טיפת החלב הוא הכרחי. היכולת לעבוד כצוות, תוך השפעה הדדית על שפה אחוד והאינטגרציה במתן מענה איכותי להורים, היא קפיצת מדרגה נדרשת.

הרחבה זאת תתבצע תחילה בשירותי טיפת החלב אשר מופעלים על ידי המדינה, ותוך כדי למידה ומדידה של הרחבה זאת, ניתן יהיה להרחיב לשירותים נוספים.

בשלב הנוכחי, קרי תחילת יישום הרחבת הזמינות בטיפת החלב, הוחלט על הרחבת הזמינות בטיפות החלב הבינוניות והגדולות. כמו כן, מתקיימים דיונים בנושא קביעת תעריף שעתי לעבודה מחוץ לשעות העבודה הנוכחיות.

כמהלך משלים, מיושמת האפשרות של זימון תורים וניהול תורים לטיפות החלב במוקד קול הבריאות של משרד הבריאות.

לבסוף, היבט קריטי בנושא הזמינות הוא קיצור התורים בשירותי התפתחות הילד. במשרד הבריאות פועלת ועדה האמונה על נושא זה, והמלצותיה יפורסמו בהקדם.

1. הקמת טיפות חלב ראשוניות בבתי החולים הכלליים - מתוך רציונל של שיפור ברצף הטיפול בימים הראשונים ובמקרים מורכבים;
2. בעקבות תהליך של שיתוף הציבור שנערך בנושא ובעקבות תהליך של תכנון משתף של גורמי הבינו במשרד הבריאות - בינוי ושיפוץ של טיפות חלב לפי מודל עתידי שיוגדר;

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
עלייה בשיעור ארגוני הבריאות הרלוונטיים לגיל הרך העובדים בשעות אחר הצהריים, בערבים ובימי שישי.	בשלב יישום חלקי

ביקורי בית: מפגש בבית המשפחה – הבית כמרחב בריאות

הספרות המקצועית רוויה במחקרים המעידים על האפקטיביות של תוכניות התערבות הניתנות בבית המשפחה, קרוב ככל הניתן לסביבתה הטבעית. קיימת הסכמה באשר ליעילות של ביקורי בית ובפרט כשמשווים אותה ליעילות המפגשים שמתקיימים בארגוני הבריאות. יעילות מפגשים אלו תלויה בגורמים שונים, ביניהם כמות המפגשים הנדרשת ליצירת יחסי אמון וליצירת השינוי, הכשרה נאותה של אנשי המקצוע, קיומו של צוות רב-תחומי ועוד. מפגשי הבית יתמקדו ביצירת שותפות וליווי מותאם לצרכיה הייחודיים של כל משפחה. פרקטיקה זאת מתקיימת באמצעות צוותי טיפות החלב אף כי במשורה, בעיקר נוכח נסיבות תקציביות.

בשלב ראשון, מבקש משרד הבריאות להמשיך בביקורי הבית למשפחות כפי שהמוגדר בחוק (הולדת פג, היריון בסיכון), ולצד זאת לקדם הטמעה של מפגש בבית המשפחה (ביקור בית) עבור משפחות לילד ראשון, תוך שבועיים מיום הלידה. מפגש זה יחליף את המפגש המתקיים בטיפת החלב, יהיה ארוך יותר ויתן מענים מגוונים יותר, בדגש גם על היבטים רגשיים-נפשיים הממוקדים בצרכים הייחודיים לאותה משפחה. ההפעלה ברמה הארצית של השירות תתחיל באופן הדרגתי, לפי קריטריונים שייקבעו בהמשך. בשלב זה, המשימה נמצאת בשלב של יישום הפיילוט במרחב הצפון.

בשלב שני, כמות המפגשים תעלה בהדרגה ל-5 מפגשים (כמות מפגשים שנמצאה בספרות כבעלת התפוקה המשמעותית ביותר) בדגש על משפחות בסיכון ומאג"סים נמוכים, וזאת עד להרחבה כללית ובכפוף לתוצאות הפעילות וליכולות תקציביות.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
ירידה של 30% בהפניות הראשוניות למכוני התפתחות הילד.	יישום חלקי

מענה מותאם בטיפת החלב

כחלק מהחשיבות של טיפת החלב כזירת המפגש המרכזית עם ההורים, יש לפתח את ההיבט של מפגש נוח, תואם צרכים והפועל באינטגרציה עם רצף הזמן של המשפחה.

זירות לפעולה:

1. טיפות חלב ראשוניות בבתי החולים הכלליים
2. שיבוץ אחיות יועצות בנושאים שונים בתחנות "כוכב"
3. בינוי ושיפוץ טיפות החלב לפי מודל עתידי

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
הקמה ופעילות שוטפת של טיפות חלב ראשוניות; בניית טיפות חלב חדשות לפי מודל העתיד	יישום חלקי

זמינות השירותים

זמינות של שירותים באופן מותאם לצרכים של משפחות לילדים צעירים היא הכרחית לשם מיצוי שירותים קיימים ולהגברת היענות להמלצות הטיפול במערכת. הנחת המוצא בגיבוש המדיניות הייתה כי קיימים שירותים רבים ואיכותיים הנותנים מענים לצרכים שונים של הורים ושל ילדים בגילאים הצעירים, ועם זאת קיים קושי בזמינות של שירותים ובתיאום: הכוונה היא לאי-התאמה בין שעות הנוחות להורים עובדים ולמשפחות עם יותר מילד אחד לבין שעות השיא בפעילות של ארגוני הבריאות בגיל הרך.



סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
יישום פיילוט במרחב הצפון	עלייה בשיעור המשפחות לילד ראשון מאשכולות שכונתיים סוציו-אקונומיים 1-3 אשר התקיים אצלן מפגש בבית בשבועיים הראשונים לאחר לידה; עלייה בשיעור המשפחות המקבלות מענה במפגשי בית חוזרים.

מוקד אחיות

הקמת מוקד אחיות טלפוני שמטרתו מתן ידע להורים ותמיכה בהם - קו חם לשאלות בכל נושא המעסיקות את ההורים סביב הורותם. המוקד יהיה זמין 24/7 וממומשק עם פורטל ההורות ועם הארגונים הרלוונטיים בגיל הרך. כלל האישורים הנדרשים להקמת המוקד התקבלו, וקיים צפי לתחילת פעילות עד סוף 2019.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
שלב יישום	ירידה בפניות לרופא משפחה/ילדים בנושאי ייעוץ לגיל הרך

פורטל הורות

למשרד הבריאות יש אחריות למתן ידע מקצועי, מהימן ועדכני להורים בנושאים שונים הקשורים לגיל הרך. הפורטל נועד לספק מענה לשני צרכים מרכזיים של הורים: ידע מהימן ותמיכה וליווי. נוסף על כך, הפורטל נועד לסייע להורים לילדים עם צרכים מיוחדים בניווט במערכת הבריאות ובמיצוי זכויותיהם. הפורטל מיועד לספק מענה עבור שלושה קהלי יעד:

1. משפחות בהיריון והורים לבני 0-6
2. הורים לילדים עם צרכים מיוחדים
3. אנשי מקצוע המצויים במהלך לימודיהם או בעבודתם עם הגיל הרך. הפורטל עתיד לתת שירות בכמה שפות ולאורך כל שעות היממה. בשלב ראשון, הפורטל יכלול שירותים אלו:

1. ידע כללי ומתעדכן בנושאים שונים שלהם זקוקים הורים לילדים בשנות החיים הראשונות, לרבות מידע על השירותים הקיימים לצרכים השונים;
2. מענה מקוון ו/או טלפוני לפניות בנושאים פרטניים, תוך סנכרון למוקד טלפוני עם מענה של אחיות שהוכשרו לכך;
3. פישוט בירוקרטיה ומתן מענים למשפחות עם צרכים מיוחדים;
4. קהילות ידע ושיח עבור אנשי מקצוע מתחומי הגיל הרך.
5. גיבוש ופיתוח הפורטל ייעשה בשיתוף פעולה עם גופים שונים הנותנים מענים לחלק מההיבטים המצוינים מעלה. הפורטל יאפשר איחוד של המידע ושל השירותים באתר ייעודי. המטרה אינה לייצר כפילויות עם מענים שקיימים, אלא לתת מענה הוליסטי וכן מענים למקומות שבהם חסר מידע מקצועי. לפורטל יהיה מנגנון עדכון עיתי של התכנים.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
תכנון לקראת יישום	- עלייה בשיעור ההורים המדווחים על קבלת מענה איכותי מהמערכת; - עלייה במספר ההורים לילדים עם צרכים מיוחדים שקיבלו ליווי; עלייה במספר אנשי המקצוע אשר משתמשים באופן תדיר בפורטל.

חקיקה

שינוי חקיקה כך שיוגדר מנגנון עדכון לתוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי לטיפות החלב ולשירותי בריאות התלמיד. לשם שינוי החקיקה יש לפעול במגוון ערוצים, תחילתם בגיבוש הסכמות בין השחקנים הרלוונטיים.

התפתחות הילד

זמינות שירותים

נושא הטיפול בהיבטים השונים של התפתחות הילד במסגרות ציבוריות מהווה חלק משמעותי מליבת הטיפול בילד ככלל. ישנה חשיבות רבה לכך שהאבחון והטיפול ייעשו בשלב מוקדם ככל הניתן על מנת להבטיח מניעה וצמצום של אתגרים עתידיים פוטנציאליים הניתנים למניעה. אי לכך, ישנה משמעות רבה לנושא זמינות השירותים, הן מבחינת נגישות גיאוגרפית למגוון יישובים ברחבי הארץ והן מבחינת זמני ההמתנה והתורים. יש לוודא כי הטיפול במסגרת התפתחות הילד יינתן מוקדם ככל הניתן ובמיקום נגיש ככל הניתן.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
תכנון לקראת יישום	ירידה בטיפולים ארוכי טווח במכונים להתפתחות הילד; ירידה בהפרעות התנהגותיות הבאות לידי ביטוי במערכת החינוך

תמרוץ הון אנושי: הכשרה והנעה של העובדים מתחומי הבריאות בגיל הרך

משימה זו תתמקד במקצועות הבריאות בהתפתחות הילד, אך נכונה לכלל הגורמים ורלוונטית לתפיסת האינטגרציה המקודמת כחלק מאסטרטגיה זו. קיימת הבנה שלפיה יש צורך בעבודה בין-מקצועית משותפת בין כלל המקצועות העוסקים בגיל הרך. כבסיס לעבודה זו, המשרד מבקש לפתח הכשרה המתמקדת בידע ובכלים לעבודת צוות בין אנשי מקצועות הבריאות השונים העובדים בגיל הרך, זאת בדגש על:

1. התאמת הטיפול, השירות וההתערבויות לסביבה חברתית המשתנה בקצב מהיר;
2. תשומת לב להיבטים "רכים": הורה כשותף, תפיסה הוליסטית של מושג המשפחה, ליווי ותמיכה רגשית, תכנים מעולם ההכנה להורות ועוד;

3. מפגשים אזוריים בין אנשי צוות ממקצועות הבריאות השונים - פנים אל פנים ובאמצעות הפורטל האינטרנטי (ראו לעיל);
 4. פיתוח עבודה משותפת ברמה יישובית ו/או אזורית.
- דגש חשוב יינתן למקצועות ספציפיים, ובהם לעבודה של רופא/ת הילדים. הכוונה היא לסייע בפיתוח רפואת ילדים קהילתית, שכן התפיסה הנורמטיבית היא שהקהילה היא מקום הטיפול שיש לשאוף אליו, ולכן רופא הילדים הוא עוגן משמעותי בתוך עבודת הצוות והאינטגרציה המבוקשת.
- לבסוף, לשם הגדלה ומיצוי של ההיצע הקיים בעובדים ממקצועות הבריאות שיעבדו בארגונים ציבוריים, אנו מבקשים לבחון:
1. הפניית מלגות ויצירת תמריצים כלכליים למקצועות התפתחות הילד בפריפריה, קרי יצירת תקנים חדשים לצד איוש תקנים קיימים;
 2. התאמת מחיר לטיפול במעונות יום שיקומיים - כיום קיים פער בתשלום, ויש לעדכן תשלום זה ולקבוע מנגנון עדכון עתידי הולם.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
בשלב תכנון	מספר אנשי המקצוע שעברו הכשרה אינטגרטיבית על פי הפורמט החדש.

הכללת דיאטניות ביחידות והמכונים להתפתחות הילד

כחלק מתפישת הרב מקצועיות, יש לשלב בזירות עבודה שונות צוותים ממגוון דיסציפלינות מגוונות. כחלק מכך, יש להסדיר מנגנון שילוב דיאטניות כחלק אינטגרלי מצוות היחידות והמכונים להתפתחות הילד.

סטאטוס משימה	מדדי תהליך/תוצאה למשימה
בשלב יישום חלקי	הימצאות דיאטניות בכל יחידה ומכון התפתחותי מוכרים

בריאות השן

עששת ילדות מוקדמת הינה מחלה נפוצה בקרב ילדים ופעוטות מגיל בקיעת השן הראשונה (חצי שנה) עד גיל שש. המחלה קשורה באורח חיים ופוגעת לרוב בשכבות האוכלוסייה ברמה סוציו-אקונומית נמוכה. לרוב, ההורים לא מזהים את סימני המחלה בשלביה הראשונים, לא פונים למרפאות השיניים בשל גילו הצעיר של הילד ומכאן הקושי לבצע בדיקות ולטפל.

לכן, ברוב המקרים המחלה מתגלה בשלביה המתקדמים, כאשר כבר יש כאבים וישנו נזק רב, לעיתים בפניות לחדרי מיון עם מורסות דנטליות, כאשר נדרש אשפוז ומתן אנטיביוטיקה דרך הוריד, טיפול שיניים מורכב, תחת סדציה או הרדמה כללית.

עששת ילדות מוקדמת פוגעת בהתפתחות וגדילה של הילדים, באיכות החיים של הילד ומשפחתו, גורמת לכאב ועלולה לסכן גם את מצב בריאותו הכללית. בישראל, ההמצאות של עששת ילדות מוקדמת גבוהה מאד - מעל 60% מהילדים בגיל 5 סובלים ממחלה. רמת התחלואה בעששת ילדות מוקדמת גבוהה באופן

משמעותי באזורים חברתי-כלכליים נמוכים.

תכניות קידום בריאות הפה ומניעת עששת ילדות מוקדמת מגיל הרך מופעלות במדינות שונות בעולם. עששת ילדות מוקדמת ניתנת למניעה כמעט מוחלטת על ידי הדרכת הורים בדבר הימנעות ממתן לפעוטות מזון ושתיה המכילים סוכר, שמירה על היגיינת הפה, איתור מוקדם של סימני המחלה בפעוטות, מריחת לכת פלואוריד החל מבקיעת השן הראשונה והפניה לטיפול במקרי הצורך.

תכניות אלה הוכחו שכיעילות בשמירה על בריאות השיניים של הילדים וצמצום הוצאה לאומית לבריאות השיניים. כך, בסקוטלנד הצליחו להוריד את ההשקעה הלאומית לטיפול שיניים בקרב ילדים בכ- 54% לאחר עשור של התערבות מונעת ומוקדמת בריאות השיניים החל מגיל הרך ועד גיל בית הספר.

היתרונות העיקריים מהתכנית הם: צמצום תחלואה בעששת בגיל הרך, שיפור איכות חייהם של הילדים וההורים, קיצור תורים והורדת עומס על מרפאות השיניים וקופות החולים, צמצום צורכי טיפול לרבות הצורך בהרדמה כללית בגיל הרך, שיפור יעילות כלכלית של רפורמת טיפולי השיניים בסל הבריאות. הטמעת מודעות ושיפור התנהגות בריאותית של ההורים לילדים בשנות החיים הראשונות.

השרות המונע לפרט בטיפות חלב הינה תשתית מקצועית מתאימה להתערבות בתחום מניעה ושמירה על בריאות הפה והשיניים בקרב ילדים ומשפחות.

התערבות מוקדמת בקרב ילדים מהלידה עד גיל שלוש שנים על ידי אחיות בריאות הציבור בטיפות חלב נוסתה במסגרת הפיילוט שנערך בשנים 2015-2016 במחוז הדרום.

התוכנית, שהוכנה ע"י האגף לבריאות השן, כוללת הכשרת אחיות ע"י רופאי שיניים מומחים לבדיקת מצב הפה והשיניים, איתור רמת הסיכון להתפתחות עששת וביצוע התערבות מותאמת.

אצל מחצית מהילדים שחזרו לביקור נוסף נצפתה ירידה ברמת הסיכון לעששת.

לאור ההצלחה, הפרויקט הורחב לחמישים תחנות במחוזות צפון, חיפה, מרכז ותל אביב.

תכנית הפעולה:

- הקמת צוות משימה (שירותי בריאות הציבור, בריאות השן) לטובת הטמעת פעילות בריאות השן בטיפות חלב למניעה ולצמצום תחלואה בעששת ילדות מוקדמת
- הכנסת מתן שרות מונע בריאות הפה והשיניים לילדים מהלידה עד גיל 3 שנים לסל הבריאות בתוספת השלישית לחב"ם
- הקצאת 30 תקנים לטובת הנושא (לפי החישוב הבא: 10 דקות לטיפול לילד, כפול 3 בדיקות עד גיל 3 שנים, כפול 110,000 ילדים המטופלים בכל שנתון בטיפול החלב המופעלות על ידי משרד הבריאות).
- הקצאת תקנים רב שנתית באופן מדורג במהלך שלוש שנים: עשרה תקנים בכל שנה.
- עריכת סדנאות הכשרה עיונית ומעשית לאחיות בריאות הציבור או רופאי ילדים, בתחום זיהוי ומניעת מחלת עששת ילדות מוקדמת
- האצלת סמכויות לאחיות בריאות הציבור לטיפול מונע בריאות הפה והשיניים לאחר קבלת ההכשרה נדרשת
- מודול בריאות השן לרבות איתור מוקדם של המחלה ושימוש בתכשירי פלואוריד בתינוקות ופעוטות ייכלל בקורס על בסיסי ברפואה מונעת בסיסית
- תחומי האחריות של הצוות:
- א. מדידה וניטור אחר הטמעה בתחנות טיפת חלב
- ב. מדידה וניטור אחר השינויים ברמת הסיכון לעששת בקרב פעוטות
- ג. מדידה וניטור הפניות הפעוטות לטיפול מוקדם בקופות חולים (בשיתוף קופות החולים)

- ד. קידום קשרי עבודה ותוכניות עם מערכות החינוך, הרווחה ומערכות רלוונטיות נוספות (מעונות יום, גני ילדים טרום חובה וחובה)
- ה. הכשרת צוותים חדשים וריענון הכשרה עבור הצוותים הפעילים
- ו. הסברה (לרבות ממשק עם התכנית הלאומית אפשריבריא)

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
ירידה בפניות לשירותי בריאות השן עקב סיבות נמנעות	בשלב תכנון

קופות חולים

מבחני תמיכה

- קידום מבחן תמיכה תלת-שנתי לקופות החולים ולארגונים נוספים בהמשך, דוגמת בתי החולים, בנושאים משותפים. מיקוד מבחן התמיכה הראשון יהיה בנושאים הבאים:
1. מערך האיתור המוקדם
 2. בריאות נפשית של המשפחה
 3. תמיכה בהנקה

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
- פרסום מבחן תמיכה תלת-שנתי עם נושאים במיקוד	יישום מותנה בתקצוב תואם

קהל היעד

ליווי ההורות

תמיכה לקראת הורות ובתקופת ההורות הראשונה, לצד הכשרת נותני השירות

אחת התובנות המרכזיות במסגרת האסטרטגיה היא המקום הרגשי-נפשי של הורים אשר אינו מקבל מענה מספק. חשוב להסביר כי מתן מענה מספק יוכל לאפשר קידום של יעדים רבים הנדרשים לשם רווחה נפשית ותפקודית של משפחות. מכאן גם חשיבותה של המשימה.

במיפוי הצרכים שביצענו אצל הורים ואצל ארגונים חברתיים המייצגים אותם, הנושא של הכנה רגשית עלה שוב ושוב. שמענו כי מערכת הבריאות מצטיינת בהכנה להיריון וללידה בהיבטים פיזיולוגיים ובמתן מענים נדרשים במהלך ההיריון והלידה, אבל שקיים צורך עז להכנה רגשית בחודשי ההיריון האחרונים ובליווי נפשי בתקופה שמיד לאחר הלידה בפרט ובתקופה הראשונה של ההורות בכלל.

תקופת ההיריון, חוויית הלידה והתקופה שלאחר הלידה הן מהתקופות המשמעותיות בחיי ההורים בכלל, והאישה בפרט. בתקופות אלו מתעצמות הפגיעות והרגישות של ההורים, ומתחוללים אצלם שינויים מהפכניים - ברמה

הנפשית והרגשית, ברמה הגופנית (שינויים מתמידים בעקבות התהליכים הפיזיולוגיים) וברמה החברתית (שינוי במעמד של ההורים משפחה ובחברה). לעיתים, פרק זמן זה נחוה על ידי ההורה כתקופה של התמסרות והתמזגות. אולם במקרים אחרים, הטוטליות הנדרשת בקשר עם התינוק, התעצמות הדחפים המתעוררים לאחר הלידה, הצפת תכנים לא מודעים והפגיעות הרבה המאפיינת את התקופה - עלולים לגרום לקשיי תפקוד או אף לקריסה תפקודית ולהתמוטטות דיכאונית. נסיבות מסוימות של ההתעברות (כגון טיפולי פוריות) והיעדר מעטפת תמיכה עלולים גם הם להפוך את ההיריון ואת התקופה סביב הלידה לחוויה מורכבת יותר. לאור חשיבותן של תקופת ההיריון ושל שנת החיים הראשונה, להלן מספר פעולות מוצעות:

- **הטמעת הדרכות לנשים בחודשי ההיריון מתקדמים ולבני-זוגן על ידי רופאי נשים / אחיות / עובדי מקצועות הבריאות:** רוב מוחלט של הנשים מגיעות למעקב אצל רופא נשים במהלך חודשי ההיריון המתקדמים. כחלק מהבדיקות, רופאי נשים או גורמי מקצוע אחרים יוכלו לסייע בתכנים שונים לקראת הורות, בהעברה של קשת התחושות כנורמטיביות ובמתן כלים ואפשרויות להתמודדויות השונות.
- **הכוונה לקורסי הכנה ללידה במערכות ציבוריות להכנה להורות והמשך ליווי בהדרכות קבוצתיות בחודשים ראשונים לאחר הלידה [בכפוף לבחירת ההורים להשתתף]:** הורים רבים בוחרים להשתתף בקורסי הכנה ללידה בבתי החולים או בקופות החולים בייחוד לקראת לידה ראשונה. לרוב, קורסים אלו מתמקדים בחוויה הפיזיולוגית, בבירוקרטיה ובהכוונת מסע הלקוחה במהלך הלידה. נדרשת הוספה של ממד נוסף והוא התמיכה הרגשית לקראת הלידה, במהלך הלידה, מיד לאחריה ובתקופה הראשונה של ההורות. חשוב לציין כי אין בכך כוונה ללמד את ההורים כיצד להיות הורים (הרי אין דבר כזה), אלא לשתף את ההורים בכך שיכולות להיות מגוון חוויות ותחושות, ולסייע בהבנה של לקראת מה הולכים, לא רק בהיבט פיזי. כך למשל, נשים רבות אינן מוכנות לתחושות העצב והבדידות המלוות כ-85% מהן, או לכך שהנקה אינה תמיד תהליך פשוט המתרחש מעצמו. נשים אלו מעידות כי אם הן היו מודעות לנושאים אלו ולרבים אחרים, התמודדותן הייתה יכולה להיות אחרת. כמו כן, זה המקום לאפשר למקרים קיצוניים יותר, הסבר והפניה לגורמים רלוונטיים שיוכלו לסייע להן בעת הצורך.⁴⁹

יצוין כי קיימות יוזמות התנדבותיות מעטות הנותנות מענים חלקיים לתחום המוצג במשימה זאת. קרי, השירותים בתחום, ככל שקיימים, מבוססים על יוזמה מקומית, אך לא קיים מענה מחייב באחריות ממשלתית. נוסף על כך, אין תוכניות בדגש על הורות לילד ראשון ולא רצף מטרם-לידה לשנת החיים הראשונה.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
עלייה בהיצע המענים הציבוריים הנותנים תמיכה והדרכה להורים בארגוני בריאות.	בשלב תכנון

בריאות נפשית

מערך בריאות הנפש המכוון למשפחות ולילדים בגיל הרך

משימה זו מתמקדת בשני היבטים משלימים: בריאות הנפש של הפעוט והילד ובריאות הנפש של ההורים, וכן באינטראקציה בין שני ממדים אלה. מהספרות עולה כי 85% מהנשים ו-15% מהגברים מדווחים כי הם חווים תחושות עצב וכדוך לאחר לידה. מדובר

49 ראו נספח ד - מתווה מוצע לתוכנית כפי שפותח בידי צוות שנות החיים הראשונות בתוכנית "מרחב משותף" של ארגון הג'וינט.

לרשת זאת יתרונות רבים. ראשית, היא מבוססת על מערך של מתנדבות אשר מופעלות על ידי רכזות, ולכן קיים בה היבט של חיסכון כלכלי. שנית, תחושת הבדידות בתקופה שלאחר הלידה היא תחושה שמדווחת על ידי מרבית ההורים. עצם העובדה כי אחת לשבוע מגיעה מתנדבת שעומדת בפנייה יחסי אמן, מסייעת בהפגת תחושה זאת (תחושה זאת בתורה יכולה להוות טריגר להתפתחויות לא פשוטות אחרות מבחינת ההורה ו/או התינוק). התוצאות המחקריות המשמעותיות ביותר הן:

1. הפחתת הסיכוי להתעללות ולהזנחה
2. הפחתת ביקורים בחדר המיון
3. הפחתת בעיות התנהגות ובעיות רגשיות אצל ילדים.

גם המתנדבות ונשות המקצוע המלוות מצביעות על עלייה בשיעור רצון ובתפקודן כהורה. אחת מנקודות החולשה של הפעילות הקיימת היא היכולת לתת מענה באוכלוסייה הערבית, שם טרם נרשמה פריצת דרך ביכולת לגייס מתנדבות ונשים ולתת מענים באמצעות רשת. משרד הבריאות מבקש להתחיל באוכלוסיות שבהן טרם ניתן מענה מסוג זה, ולהרחיב את העשייה לפריסה ארצית. יתרה מזאת, התוכנית של משרד הבריאות מרחיבה את המקום של "האם" למקום של "ההורה". בעידן שבו יש משפחות מסוגים שונים, ובהן משפחות של אב ואם עם מעורבות אבהית גוברת, נרצה לאפשר מקום לשני ההורים. עובדה זו נתמכת על ידי נתון משלב מיפוי הצרכים, שם עלתה החשיבות של פיתוח מענים ממוקדים באבות. הפעלה של פרקטיקה זאת תיעשה בשיתוף פעולה עם האקדמיה ועם הארגונים השונים המפעילים כיום את הרשתות. הליווי וההכשרה המקצועיים יעשו בידי אנשי מקצועות הבריאות הרלוונטיים, שייבחרו לכך בשיתוף פעולה עם ארגוני הבריאות ברמת היישוב והאזור.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
כמות הרשתות המוקמות לפי יישוב; כמות היישובים שבהם פועלות רשתות.	בשלב תכנון

מניעת תסמונת אלכוהול עוברית

תסמונת אלכוהול עוברית היא נושא אליו מופנים משאבים לאורך שנים. עם זאת, לאור מגמת עלייה בשכיחות התסמונת, והיכולת למנוע אותה באמצעות כלים רכים דוגמת העלאת מודעות, יש לסמן אותה כנושא במיקוד. זירות הפעילות המוצעות:

- הדרכות לנאותי שירות- כלל העוסקים בגיל הרך
- מרפאה המתמחה באבחון ובטיפול בתסמונת
- הטמעת הנושא בשאלון לאיתור מוקדם בטיפת החלב
- הטמעת הנושא במוקד ייעוץ על ידי אחיות

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
ירידה שנתית בשכיחות התסמונת	בשלב הקמת צוות משימה ייעודי

בקשת רחבה של תחושות ובעוצמות שונות. נוסף על כך, 12% מהנשים חוות דיכאון לאחר לידה (דיכאון קליני).

לאורך השנים, משרד הבריאות מכון מענים שונים להתמודדות עם הדיכאון הקליני המאובחן, אולם עבור האימהות והאבות אשר התחושות שהם חווים אינן נופלות להגדרות הקליניות לא קיים מענה מספק מצד מערכת הבריאות. על כן, משימה זאת מציבה את הנושא כאחת ההתמודדויות החשובות מבחינת המערכת לתקופה הקרובה.

צעדים אופרטיביים שיקודמו	
פיתוח והפעלה של ניהול שבמסגרתו, בטרם שחרור מהאשפוז שלאחר לידה, כל הורה יעבור הדרכה קצרה באשר להיבטים רגשיים אופציונליים, מה ניתן לעשות כדי להתמודד עימם, למי ניתן לפנות ובאילו מקרים.	נוהל הדרכת כל משתחררת מאשפוז לאחר לידה בבתי החולים
פיתוח של אפשרות למענים ללא תור במערכת הציבורית. מיידיות המענה מהווה אחת ההתמודדויות המשמעותיות של מערכת הבריאות בעידן הנוכחי, ואפשרות של מרפאות שניתן להיכנס אליהן בכל עת ולקבל מענה מקצועי - היא חשובה. המרפאות יוכלו לתת מענים על שלל ההיבטים, ובאופן ספציפי, ידעו לתת מענה לנושא הדכדוך לאחר לידה.	הפעלת walk-in clinics עבור משפחות ליווי, ליווי, אבחון והפנייה להמשך
כיום, אין בישראל אף מסגרת שבה האם ותינוקה יכולים להיות מאושפדים יחד. בעבר, אפשרות האשפוז במוסד בריאות נפש הייתה קיימת, אך בשל קשיים תקציביים נסגרה. אנשי מקצוע מהתחום מעידים כי הצורך ביחידה כזאת יוכל לתת מענה לכ-100 נשים בשנה. לכן, בשלב ראשון, נבקש להקים 2 יחידות בפריסה גיאוגרפית ראויה. בהמשך, ניתן יהיה להתאים את מספר המסגרות בהתאם לביקוש.	הקמה והפעלה של מחלקות אשפוז אם וילד בבתי החולים הכלליים
כפי שפורט במשימות קודמות, אנו מזהים את קורסי ההכנה ללידה כצומת שבה נרצה לשלב תכנים רגשיים ובאופן קונקרטי את נושא הדכדוך / דיכאון לאחר לידה.	שילוב ההכנה לקשיים ולחוויות משבר אופציונליות בקורסי הכנה ללידה
כלל אנשי המקצוע העובדים עם משפחות בשנות החיים הראשונות יעברו הכשרה ייעודית בנושאי בריאות נפשית כדי לתת מענה ראשוני בטרם העברה לגורמי המקצוע המוסמכים.	שילוב הכשרות ייעודיות למקצועות הגיל הרך האחרים
קיימים שירותים שונים הדורשים שינוי חקיקה או חקיקה חדשה, ויש לפעול לשם כך. לדוגמה, הרחבה של סל השירותים עבור ילדים על רצף האוטיזם עד גיל 21 שנים.	קידום חקיקה נדרשת לעיגון השירותים

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
- עלייה בשיעור הדיווח על דכדוך לאחר לידה המקבל מענה ממערכת הבריאות; - הפעלת 8 שעות ייעוץ קהילתי (walk-in) לפי מפתח יישובי.	בשלב תכנון

ליווי הורים ותמיכה בהם באמצעות רשתות "הורה להורה" בשנת החיים הראשונה

רשתות "אם לאם" הן פרקטיקה נפוצה אשר פועלת בישראל קרוב ל-15 שנים. במסגרת הפעילות, בכל יישוב שבו קיימת התוכנית, מופעלת רשת של רכזות ומתנדבות אשר מגיעות לבתייהן של הנשים בתוכנית, מלוות אותן בשיחה ובסיוע בהתאם לצרכים ועוד. כלומר, "אם ותיקה" פוגשת ומלווה באופן קרוב ולתקופת זמן "אם צעירה".

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
שימוש מערכתי בתשתית המדידה 3 שנים לאחר תחילת הטמעה.	בשלב תכנון

מחשוב

מימוש מעטפת טכנולוגית ודיגיטלית לטובת כלל המיזמים הכלולים באסטרטגיה זו. הפעלה של פרקטיקה זאת תיעשה בשיתוף פעולה עם האקדמיה ועם הארגונים השונים המפעילים כיום את הרשתות. הליווי וההכשרה המקצועיים יעשו בידי אנשי מקצועות הבריאות הרלוונטיים, שייבחרו לכך בשיתוף פעולה עם ארגוני הבריאות ברמת היישוב והאזור.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
כמות הרשתות המוקמות לפי יישוב; כמות היישובים שבהם פועלות רשתות.	בשלב תכנון

מניעת תסמונת אלכוהול עוברית

תסמונת אלכוהול עוברית היא נושא אליו מופנים משאבים לאורך שנים. עם זאת, לאור מגמת עלייה בשכיחות התסמונת, והיכולת למנוע אותה באמצעות כלים רכים דוגמת העלאת מודעות, יש לסמן אותה כנושא במיקוד. זירות הפעילות המוצעות:

- הדרכות לנותני שירות- כלל העוסקים בגיל הרך
- מרפאה המתמחה באבחון ובטיפול בתסמונת
- הטמעת הנושא בשאלון לאיתור מוקדם בטיפת החלב
- הטמעת הנושא במוקד ייעוץ על ידי אחיות

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
ירידה שנתית בשכיחות התסמונת	בשלב הקמת צוות משימה ייעודי

מדיניות ארצית תומכת הנקה

מדובר בנושא שנדרשת לגביו רגישות ייחודית, ומשרד הבריאות עם ועדת ההנקה מבקשים לקדם את הנושא בשני מובנים:

- העלאת המודעות הציבורית – קמפיין לאומי המנגיש הנקה, ופונה למשפחות הצעירות, למעסיקים ולרגולטורים הרלוונטיים לנושא;
- תמיכה בהנקה בעת חזרה לעבודה – ידוע כי נקודת זמן ייחודית של הפסקת הנקה היא בעת חזרת האם לעבודה.

מדיניות ארצית תומכת הנקה

מדובר בנושא שנדרשת לגביו רגישות ייחודית, ומשרד הבריאות עם ועדת ההנקה מבקשים לקדם את הנושא בשני מובנים:

- העלאת המודעות הציבורית – קמפיין לאומי המנגיש הנקה, ופונה למשפחות הצעירות, למעסיקים ולרגולטורים הרלוונטיים לנושא;
- תמיכה בהנקה בעת חזרה לעבודה – ידוע כי נקודת זמן ייחודית של הפסקת הנקה היא בעת חזרת האם לעבודה. כדי לסייע בנושא זה, משרד הבריאות יפעל להצעת משאבת חלב אחת ללא תשלום עבור האם בעת חזרתה לעבודה.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
עלייה בשיעור הנקה בלעדית בגיל 9 חודשים.	בשלב תכנון (יציאה למהלך שיתוף הציבור)

מעטפת תומכת

מדידה והערכה: תשתית מדידה ייעודית

כיצד נדע שכל הפעולות שאנו עושים מכוונות אותנו למקום הנכון מבחינת המצפן האסטרטגי? לשם כך, נדרשת תשתית מדידה ייעודית ואחידה עבור כלל הגורמים. מדדים מכוונים את המערכת למקום שאליו נרצה לצעוד. עצם קיומה של מדידה מאפשר שינויים תרבותיים, טכנולוגיים ופרקטיים המתמקדים במקרו של המערכת. מדובר בסימון כיוון עבור כלל מערכת הבריאות, עבור הציבור ועבור מערכות מקבילות. דוגמה לכך היא מדד שח"ר יישובי, שכבר כעת נמצא בתהליך פיתוח.

מהו מדד שח"ר יישובי?

מדד שנות החיים הראשונות היישובי נועד לבחון את הרשויות באופן השוואתי ולעודד אותן להשקיע בתחום זה. הוא בוחן מדדי תוצאה ומדדי תהליך, מדדים בריאותיים גרידא ומדדים סביבתיים – כדי לשקף לרשות את מצבה ולהצביע על מה שיש לשמר ועל מה שיש לשפר. נוסף על כך, המדד מאפשר למשרד הבריאות לנטר ולהשוות כדי למצוא קשיים רחבים הקשורים לקבוצות אוכלוסייה רחבות – חברות, קבוצות סוציו-אקונומיות מסוימות, מרכז ופריפריה.

לעבודה. כדי לסייע בנושא זה, משרד הבריאות יפעל להצעת משאבת חלב אחת ללא תשלום עבור האם בעת חזרתה לעבודה.

מדדי תהליך/תוצאה למשימה	סטאטוס משימה
עלייה בשיעור הנקה בלעדית בגיל 9 חודשים.	בשלב תכנון (יציאה למהלך שיתוף הציבור)

אתגרים בדרך ליישום

- מימוש מדיניות כלל-מערכתית בשנות החיים הראשונות הוא מהלך מורכב, הדורש היערכות מכמה כיוונים:
1. שינוי תודעתי בדבר החשיבות של ההשקעה בשנות החיים הראשונות בקרב כל הדרגים והארגונים;
 2. בעבודה רב-ממדית - הבנה כי לא ניתן לקיים מדיניות של טלאי ועוד טלאי, אלא דווקא השינוי שיורגש ברמת השטח יקרה בהפעלה של כמה יעדים ומשימות יחד בצורה סימולטנית.
 3. למידה ועדכון של המדיניות תוך כדי עשייה - נקודה זאת כוללת גם את המשך ההרחבה של מעגל השותפים ואת הטמעת התפיסה האסטרטגית.
 4. משאבים רבים לשם חוללות השינוי במציאות של משאבים מוגבלים;
 5. הסטת כובד המשקל להיבטי מניעה ולקידום בריאות;
 6. ניהול שותפויות בין משרדים שונים ובין גורמים שונים.

צעדים להמשך

- מעבר לקידום המשימות המפורטות בפריסה התלת-שנתית, בכוונת משרד הבריאות לקדם היערכות ופעילות כדלהלן:
1. מיפוי של שירותי הבריאות לגיל הרך בפריסה יישובית ואזורית
 2. מיפוי ה-Eco-system של הגיל הרך בפריסה יישובית ואזורית (שירותי בריאות לצד כלל השירותים הרלוונטיים הנוספים)
 3. פיתוח שיתופי פעולה סביב המשימות השונות עם גורמים רלוונטיים עבור כל משימה
 4. בניית תוכנית עומק מערכתית עבור בריאות הנפש בגיל הרך
 5. חשיבת עומק על מקומו של בית החולים בקידום המצפן האסטרטגי וגיבוש משימות אופרטיביות לקידום הנושא
 6. גיבוש אסטרטגיה 2.0 - גיבוש תפיסה אסטרטגית משותפת עם מערכות ממשלתיות מקבילות ובניית ממשקי תוכן ועבודה עימן. קידום החלטת ממשלה משותפת כצעד ראשון.

נספחים

נספח א:

רשימת מומחים מחוץ לצוות משרד הבריאות אשר תרמו מהידע והניסיון שלהם לגיבוש התפיסה האסטרטגית

[מופיעים לפי סדר הא"ב]

בהזדמנות זאת נבקש להודות לכל השותפות והשותפים

אביטל עוזרי, מרכז מפנה
אהוד עוזיאל, עיריית ירושלים
אופיר איטח, הקרן לידידות
אורית מוסל, עיריית תל אביב יפו
אנה גלבוט, יעדים לצפון
אפרת דגני-טופורוב, יד הנדיב
אפרת טיש, האגודה לסוכרת נעורים
אולי שר-מנחם ואורלי קוזין, להיות אימא
בת שבע צימבלר, מטפלת בשיאצו
פרופ' ג'ולי צוויקל, אוניברסיטת בן-גוריון
גיאת רוח, הורות משותפת לטובת הילד
גיל פנחסי, פעיל חברתי
גלעד אמשלום ושאל ביטון, שותפים לדרך
ד"ר גילה רוזן וד"ר רבקה חזן, רמב"ם
דליה כהן, החברה למתנ"סים
דנה ויינברג, נשים לגופן
דניאלה בן עטר ואבישג חפר, קרן ברנרד ון-ליר
דריה שטרית ונעמה קלר, מכון ראות
ד"ר הילה בן פזי, נוירולוגית ילדים
חגית בן שחר, צפרא
טובה סיני ונורית טננבוים, נעמ"ת
טל שחר לוצאטו, המועצה לשלום הילד
טלי קפלן, צעדים קטנים
יונית לבנון, נועה ברונשטיין-אמון וד"ר מנואל כץ, גושן
פרופ' יעל בנימיני, אוניברסיטת תל אביב
יעל סגל, פסיכולוגית קלינית עצמאית
ד"ר יעלה טומסיס, המכללה האקדמית צפת
ליאת ריף, הסוכנות היהודית
לילי לוינטון, ולרי זליכה, עדנה קרני, שוש קמינסקי, בית איזי שפירא
לימור לוי-אוסמי, נשים מדברות אמהות
לירון בניסתי, שלוה
ד"ר מורית בארי ועמנואל פיקאר לויטן, אליין

מיכל בן חיים, מתנ"ס מעלה אדומים
מיכל גרי, הכשרות מקצועיות לאימהות
ד"ר מיכל שרייבר-דיבון וד"ר איריס מנור-בנימיני, אוניברסיטת בר-אילן
מימי אקרמן וח'יר נג'מי, התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון 360
מירה חונוביץ', לשעבר ראש הסיעוד בבריאות הציבור, משרד הבריאות
פרופ' מנואל טרכטנברג, מוסד שמואל נאמן
פרופ' מרי רודולף, הפקולטה לרפואה, קמפוס צפת
פרופ' מרשה קייטס, האוניברסיטה העברית
נאוה גלקופ, קרן אור
נועה בן דוד ורותם חסון, ג'וינט-אשלים
ד"ר נטע גוטמן-אבנר, העמותה הישראלית לבריאות הנפש לשעבר
ד"ר נעמי מורנו ונורית יענקילביץ', ויצ"ו העולמית
עמרי ליפצין, ארגון המגממים בישראל
קמיל פיקלר-דרזמן, עגולה
פרופ' רבקה יהב ורחלי שחורי, אוניברסיטת חיפה
ד"ר רועי אלדור, המרכז הירושלמי לבריאות הנפש
רות כהן-אדיב, החודש העשירי
פרופ' רותי מרגלית, הטכניון
רותם אליהו, קרן רש"י
שלומית סמיש, האוניברסיטה העברית
שרה אלבז, סולמות
ד"ר תמר ארז, שמחה סחר ובטי כהן, העמותה הישראלית למען הילד בגיל הרך
תמר קלר, ברכת אביה
תמר שבח, המרכז לגיל הרך בפרדס חנה.

נספח ב:

תמונת העתיד בשנות החיים הראשונות – לימוד מהחברה האזרחית

לאור ההבנה כי לחברה האזרחית ניסיון ותרומה משמעותיים בפיתוח ההיבטים השונים הקשורים לשנות החיים הראשונות, ביקשנו ללמוד ממנה. פורסם קול קורא המזמין את הארגונים החברתיים ואת המגזר העסקי להגיש את תמונת העתיד שהם היו מציעים עבור מערכת הבריאות.

ב-22.06.2017 התקיים יום ייעודי, ובו הארגונים שהגישו את ההצעות הנבחרות במסגרת הקול הקורא הציגו בפני צוות שנות החיים הראשונות המשרדי את הצעותיהם והתקיים דיון. חלקים מהנלמד ביום זה הוטמעו בתפיסה האסטרטגית שגובשה.

להלן הקול הקורא שפורסם:

משרד הבריאות רוצה להכיר את פועלכם בנושא שנות החיים הראשונות
הזמנה לארגונים חברתיים ומגזר עסקי

שלום,

בימים אלה עוסק משרד הבריאות במיפוי הצרכים לגבי תמונת העתיד של שירותי הבריאות עבור משפחות עם ילדים בגיל הרך.

תמונת העתיד תאפשר פרישה של כלל צרכי הבריאות של משפחות בראשית דרכן, הורים וילדים, וזאת בשותפות ובשקיפות.

אנחנו שמחים להזמין אתכם ואתכן, העוסקים והעוסקות בשנות החיים הראשונות, להציג בפני משרד הבריאות את תמונת העתיד כפי שהייתם מציירים אותה.

ב-22/06/17 נקיים יום ייעודי במהלכו נקדיש זמן ייעודי לכל ארגון להצגה, ללמידה ולחשיבה יחד.

מעוניינים לקחת חלק?

יש לשלוח תקציר באורך שלא יעלה על שני עמודים על פעילות הארגון וההצעות לעתיד עד לתאריך ה-14/06/17 למייל anna.lerner@moh.gov.il

זאת ההזדמנות להשפיע!

• פרטים נוספים ניתן לקבל בתיבת המייל הנחשבת מעלה או בטלפון 02-5081037
• היום הייעודי ייערך במטה משרד הבריאות בירושלים
• לא נכלל להיפגש עם כולם ועל כן ההצעות שאינן מכירות תקבלנה עדיפות ועם היתר נשמח להיפגש בדרכים אחרות

נספח ג:

מקצועות הגיל הרך במערכת הבריאות

רפואה:

רפואת נשים

רפואת ילדים

רפואת משפחה.

סיעוד:

אח/ות בדגש על אח/ות בריאות הציבור ואח/ות עובד/ת טיפת חלב.

מקצועות הבריאות:

פיזיותרפיה

קלינאות תקשורת

ריפוי בעיסוק

תזונה

פסיכולוגיה

עבודה סוציאלית.

נספח ד:

מתווה אפשרי לקבוצות תמיכה טרום-לידה ובשנת החיים הראשונה⁵⁰

הורה המעוניין יהיה זכאי ל-8 מפגשים בהנחיית אנשי מקצוע. שלושה מפגשים יתקיימו לפני הלידה ו-5 לאחריה בקהילה. המפגשים ייבנו על פי מפתח יישובי בשל החשיבות הגבוהה למקום מגורים קרוב להיענות ולהתמדה. לפני הלידה, המיקוד במפגש יהיה בתחושות נורמטיביות בהורות, במענה מקצועי על חששות, בידע מקצועי לגבי אתגרים בטיפול בילד, באתגרי המעבר להורות וכיוצא בזאת. לאחר הלידה, ניתן יהיה לקבל:

- ערכת הסברה (בכתב ובווידיאו) בבית החולים על התפתחות הילד ועל דפוסי טיפול מומלצים;
- הדרכה כבר בבית החולים בסוגיות מעשיות הנוגעות לטיפול, כגון הזנה, שמירת הניקיון, נקיטת אמצעי בטיחות, הסדרת השינה ועוד;
- מפגשי הדרכה קבוצתית להורים לילדים בגיל דומה, לדיון על סוגיות בהורות, כגון הזנה נכונה, משחק ואינטראקציה עם הילד, דרכים לעידוד ולטיפול התפתחות השפה, הסדרת השינה, יחסים בין אחאים, בחירת משפחתון או מטפלת ועוד.
- כלומר, הקבוצות יתמקדו בחיזוק המערכת הזוגית ובהכנה לשינויים רגשיים וזוגיים עם המעבר להורות ולאחריו, בחיזוק ההורים בבניית מערכת יחסים טובה עם התינוק, בחיזוק ידע ומיומנויות ההורים ועוד. לצד המפגש בין ההורים לבין אנשי המקצוע, קיים פוטנציאל להיכרות בין ההורים לבין עצמם כמקור לתמיכה ולהתמודדות עם בדידות ועם קשיים דומים. יעדים שניתן יהיה להשיג במסגרת הקבוצות:
- הצעה של תוכניות ושל כלים שיאפשרו זיהוי ואיתור מוקדמים של בעיות חברתיות, נפשיות ובריאותיות אצל האם, האב והתינוק, ובהתאם לצורך, יפנו לטיפול בשלב מוקדם;
- התייחסות לצרכים מוגברים של קבוצות הורים שמצויים בסיכון גבוה;
- יצירת הזדמנויות לחוויות נוגדות בדידות;
- קיום קשר רציף עם האימהות – לפני הלידה, בלידה ולאחריה, החל במחלקת היולדות והמשך בקהילה לאחר החזרה הביתה.

⁵⁰ המתווה פותח ונכתב בידי קבוצת "שנות החיים הראשונות" של תוכנית "מרחב משותף", מחזור ג', מכון אלכא למנהיגות וממשל בג'וינט ישראל, מידם חברה אזרחית-ממשלה.

נספח ה:

עירוניות, בריאות ושנות החיים הראשונות ברמלה ובלוד

תוכניות עירוניות, בריאות בשנות החיים הראשונות ברמלה טיוטה להצעה למודל מערך ייעוצי-טיפולי בניהול המרכז לגיל הרך

- מטרת העל: צמצום פערים והנגשת שירותים לקידום בריאותם והתפתחותם של ילדי הגיל הרך והוריהם.
- הצורך שנבחר: מענה בתחום הייעוץ והטיפול הרגשי לגיל הרך (תחום בריאות הנפש בגיל הרך) והרחבת איתור מוקדם בתחומים אלה בשירותים האוניברסליים.
- כיווני פעולה מרכזיים:
- **תיאום טיפול למענה ההתפתחותי** - בקופות חולים ובטיפות חלב;
- **הקמת שירות ייעוצי-טיפולי בתחום הרגשי במג"ר** לילדי העיר רמלה ולהוריהם שיינתן על ידי מטפלים מקצועיים מתחום הטיפול הרגשי לצורך איתור, אבחון וטיפול קצר מועד או ארוך טווח;
- **בניית שגרות עבודה** בין המערכות הרלוונטיות לקידום ההתפתחות והבריאות של ילדים בגיל הרך והוריהם;
- בניית מערך הדרכות לצוות המטפלים, לצוותי מעונות היום וגני הילדים, לאחיות טיפת חלב, לצוותי המרפאות של קופות החולים ועוד;
- מידע עירוני תומך להעלאת מודעות לאיתור מוקדם.
- מבנה המערך:

מרכז ייעוצי-טיפולי הפועל ברוח עקרון הנגשת שירותים בקהילה:

מנהל המרכז הייעוצי והמתאם העירוני: מתכלל ומרכז את הפעילות ברמה היישובית, לרבות ניהול אדמיניסטרטיבי, מקצועי ותיאום בין כל הגורמים.

צוות מקצועי הכולל: פסיכולוגית מדריכה, פסיכולוגית התפתחותית, עובדים סוציאליים קליניים, פסיכיאטר ילדים ותזונאית על פי צורך;

צוות אדמיניסטרטיבי הכולל: שירותי מזכירות;

מקום השירות שנבחר לפילוט: בטווח הקצר (פילוט): מרכז גיל רך ושתי טיפות חלב (קשתות ורמת דן). השירות יינתן בחדרים מצוידים ומותאמים. כמו כן, יתקיים איתור בגני הילדים ובמעונות היום בהתאם להסדרה עם האגף לחינוך קדם-יסודי ועם האגף למעונות היום.

בטווח הארוך (הטמעת הפילוט והרחבתו בעיר): מרכז גיל רך והרחבה לטיפות חלב נוספות.
שירותים: איתור, אבחון והערכה, טיפול קצר מועד או ארוך טווח; סוג השירות שיינתן תלוי בשיקול דעת מקצועי. טיפול קצר מועד והדרכות יינתנו בטיפות חלב. במג"ר יינתנו טיפולים קצרי מועד, הדרכות וטיפולים ארוכים. מתאמי הטיפול ישמרו על גמישות והחלטות יתקבלו בהתאם ליכולת המשפחה.

אוכלוסיית יעד: ילדים בגילאי לידה עד 6 לפי קריטריונים שייבחרו.

אחראי להחתמת הורים על טופס ויתור סודיות לצורך העברה/קבלה של ידע רלוונטי.

מתאמי טיפול בקופת חולים (אחד בכל קופת חולים)

אחראי למתן טופסי 17 ולהסדרת התשלום;
אחראי לסיוע למשפחות ולמעקב אחר מעבר יעיל של הילד והמשפחה ברצף איתור-אבחון-טיפול;
אחראי להפניית מטופלים שאותרו בקופת החולים אל המרכז הייעוצי-טיפולי;
אחראי לקשר עם כלל הגורמים הנדרשים לשם רציפות הטיפול.
איתור, אבחון וטיפול

1. איתור

- טיפות חלב
- קופות החולים בקהילה - רופא הילדים ורופא המשפחה במסגרת פניית הורים או ביקור שגרתי
- מסגרות חינוך - מעונות יום וגני ילדים באמצעות צוותים חינוכיים
- פניות הורים
- גורמים עירוניים דוגמת אגף רווחה.

2. הפניה

ההפניות למרכז הייעוצי-טיפולי שנעשות על ידי כל הגורמים הללו, ייעשו בכפוף לטופסי 17 של קופות החולים. בהמשך, ניתן יהיה לשקול אפשרות למתן שירות פרטי במחיר מסובסד (סעיף הכנסות).
ההפניות יועברו למערך הייעוצי-טיפולי, ולאחר תהליכי בדיקה וסינון יופנו להתערבות בשלושה שלבים:

- מינוי אבחוני ילדים ונוער, בריאות הנפש - 2 מפגשים לצורכי אבחון והערכה; קוד משרד הבריאות L0770;
- מינוי טיפולי קצר ילדים ונוער, בריאות הנפש - קוד משרד הבריאות L0772;
- מינוי טיפולי ארוך ילדים ונוער, בריאות הנפש - קוד משרד הבריאות L0774.

ההתערבות תתבצע במרכז לגיל הרך ובטיפות החלב (בכפוף להסכמות על מרחב פיזי שיאפשר זאת ולרכישת הציווד הנדרש במימון המיזם).

3. טיפול

ינתן מידי מטפלים מהתחום הרגשי - פסיכולוגים ועובדים סוציאליים קליניים המוכשרים לעבודה טיפולית עם הורים ועם ילדים בגיל הרך בתחום בריאות הנפש בגיל הרך.
הגגה רפואית תינתן על ידי פסיכיאטר ילדים.
ההתערבות הטיפולית תיעשה בהתאם לממצאי ההערכה, באמצעות:

- הדרכת הורים
- טיפול הורה-ילד
- טיפול פרטני בילד
- קבוצות טיפוליות
- הדרכה לצוותים חינוכיים.

הטיפול ייעשה תוך התייחסות כוללת לסביבת הילד, וכן יאפשר מסגרת ייעוצית לאנשי מקצוע (אנשי צוות חינוכי / רווחה / טיפות חלב).

התמקצעות והגגה

1. הגגה בת 5 שעות שבועיות תינתן על ידי פסיכיאטר ילדים - הדרכה ודיון במקרים מורכבים בישיבת צוות.

הסכמים עם קופות חולים: כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת.

תקציב: משרד הבריאות, ג'וינט ישראל, עיריית רמלה, קופות חולים (הסדרת טפסי 17).

מנהל המרכז הייעוצי-טיפולי והמתאם העירוני

1. אחראי לתיאום ולשגרות עבודה בין כל נותני השירותים במערך לגיל הרך: יחידה התפתחותית ומערך ייעוצי-טיפולי ובין אגפי העיריה, טיפות החלב, קופות החולים, משרדי ממשלה רלוונטיים, מסגרות חינוכיות וגופים רלוונטיים בגיל הרך.
2. אחראי להקמת היחידה ולתפעולה בשוטף, לרבות: גיוס כוח אדם מקצוע, סגירת ההסכמים מול קופות החולים והסדרת תשלומים מולן, תיאום תוכנית הטיפול בתוך צוות היחידה ומחוצה לה (טיפת החלב, מעונות היום, גני הילדים) בהתאם לתהליכי איתור, הערכה, טיפול קצר מועד, טיפול ארוך טווח. במידת הצורך, מפנה להמשך טיפול במסגרת אחרת בתיאום עם מתאמי קופות החולים.
3. אחריות לתכנים בהדרכות ובהכשרות וקיומן;
4. Reaching-out - יישוג של אוכלוסיות שאינן צורכות שירותים או שקשה להן בכך אך קיים אצלן הצורך.

מתאמי טיפול

מתאם טיפול בטיפות חלב - אחראי לאיתור ראשוני ולהפניה לאבחון או לייעוץ ולהערכה בתחום הרגשי ובתחום התפתחות הילד.
אחראי למעבר יעיל של משפחות ברצף התהליכי של איתור-אבחון-טיפול אל הטיפול של המרכז הייעוצי-טיפולי לי ואל טיפולו של מתאם הטיפול בקופת החולים.
אחראי לקשר עם המשפחה המטופלת לאחר הפנייה למרכז הייעוצי-טיפולי ועד לביצוע הערכה ראשונית, וכל עוד נמשך הצורך.

2. הדרכה פרטנית לצוות טיפולי (פסיכולוגים, עובדים סוציאליים קליניים) ושיבות צוות מקצועיות;
3. פיתוח והכשרה בתחום בריאות הנפש בגיל הרך לכל אנשי המקצוע במרכז הייעוצי-טיפולי ולכלל הגורמים בגיל הרך.
- חיבור המערך הטיפולי למארג העירוני

קשר לגורמים עירוניים ומקומיים

המחלקה לשירותים חברתיים - המתאם העירוני ירכז את התיאום בין המרכז הייעוצי-טיפולי למחלקה לשירותים חברתיים בכל הקשור למשפחות המוכרות למחלקה לשירותים חברתיים.

אגף החינוך - המתאם העירוני ירכז את התיאום בין המרכז הייעוצי-טיפולי לחינוך והשפ"ח.

עמותות ותוכניות פעילות בעיר - המתאם העירוני ירכז את התיאום בין המרכז הייעוצי-טיפולי ומטופליו לבין מפעילי פעילויות רלוונטיות בגיל הרך.

תוכנית עירונית, בריאות בשנות החיים הראשונות לוד הצעה למודל מערך טיפולי עירוני מוגש

תכנית משותפת למשרד הבריאות, ג'וינט-אשלים, עיריית לוד והתכנית הלאומית 360 לילדים ולנוער בסיכון. התכנית מצויה בתכנון החל משנת 2018 ובשנת 2019 נכנסה ליישום. התכנית מלווה במחקר והערכה על ידי מכון ברוקדייל ותוצאותיה יפורסמו בסיום הפיילוט.

מטרת העל: צמצום פערים והנגשת שירותים לקידום בריאותם והתפתחותם של ילדים בגיל הרך ושל הוריהם.

הצורך שנבחר: יצירה והעמקה של רצף הטיפול-איתור, אבחון וטיפול עבור ילדים עם קשיים ועם עיכובים התפתחותיים בגיל הרך.

כיווני פעולה מרכזיים:

- **הנגשת השירות** בלוד על ידי שילוב צוותים רב-מקצועיים במרכזי שירות אוניברסאליים לצורך מניעה, איתור, אבחון וטיפול;
- **בניית שגרות עבודה** בין כל המערכות הרלוונטיות לקידום ההתפתחות והבריאות של ילדים בגיל הרך ושל הוריהם;
- **תיאום טיפול אנושי** - תוך-ארגוני: בשירותי טיפת חלב, קופות החולים ושירותים עירוניים; ובין-ארגוני: לטובת יצירת רצף טיפולי מיטבי למטופל.
- בניית ידע אינטגרטיבי, הדרכות לצוותים של המעונות והגנים, לאחיות טיפת חלב ולצוותי המרפאות של קופות החולים;
- מידע עירוני תומך להעלאת מודעות לאיתור מוקדם.

מבנה המערך:

יחידה התפתחותית הפועלת ברוח עקרון הנגשת שירותים בקהילה:

- אוכלוסיית יעד: ילדים בגילאי לידה עד 5 המתגוררים בשכונות נווה זית, רמט, עמידר, ממשלתי (איינשטיין), חב"ד, רכבת, פרדס שני, נווה שלום, גבעת הזיתים, לוד הצעירה, בן גוריון, נאות יצחק, ומקבילים שירות בטיפת חלב אורנים ובטיפת חלב גבעת הזיתים.
- מרכזי השירות שנבחרו לפיילוט: טיפת חלב אורנים, טיפת חלב גבעת הזיתים, היחידה ההתפתחותית,

- מעונות יום וגני ילדים (גילאי 3-5) בתחומי הפיילוט, על פי הקריטריונים שייקבעו.
- שירותים: איתור, אבחון, טיפול, הדרכת הורים פרטנית;
- צוות מקצועי הכולל: קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, פסיכולוגיה התפתחותית ו/או עבודה סוציאלית;
- צוות אדמיניסטרטיבי הכולל: מנהל מקצועי, שירותי מזכירות;
- תקציב: תוכנית לאומית, משרד הבריאות, ג'וינט ישראל, עיריית לוד, קופות החולים (הסדרת טופסי 17).

מתאמי טיפול

מתאם עירוני:

אחראי לתיאום ולשגרות העבודה בין כל נותני השירותים במערך; מתאם בין המערך לאגפי העירייה, משרדי ממשלה רלוונטיים, מסגרות חינוכיות וגופים רלוונטיים בגיל הרך.

מנהל היחידה ההתפתחותית:

אחראי ליצירת ההסכמים מול קופות החולים ולהסדרת תשלומים מולם.

אחראי לתיאום מול המסגרות החינוכיות.

אחראי לקבלת טופסי 17 מקופות החולים, בתיאום עם מתאמי קופות החולים.

מפנה להמשך טיפול במידת הצורך, בתיאום עם מתאמי קופות החולים.

מתאם טיפול בטיפות חלב:

אחראי לאיתור ראשוני ולהפניה להערכה/אבחון.

(אחד בכל טיפת חלב)

האחות תתאם ותוודא מול מתאם קופת החולים את תהליך האישור של הטיפול עבור המשפחה והילד.

אחראי לקשר עם המשפחה המטופלת.

אחראי להחתמת הורים על טופס ויתור סודיות.

מתאמי טיפול בקופת חולים:

אחראי לאישור טופסי 17 ולהנפקתם.

(אחד בכל קופת חולים) אחראי לתיאום בין היחידה למכונים להתפתחות הילד של קופת החולים.

אחראי להמשך טיפול ולקשר עם המשפחה בשלב הטיפול.

אחראי לליווי מטופלים שאותרו בקופת החולים ושהופנו ליחידה, זאת עד לסיום תהליך הטיפול.

איתור, אבחון והתערבות ראשונית במסגרות האוניברסאליות:

- **איתור ואבחון ראשוני במסגרות חינוך-טיפול לגיל הרך**
- גני ילדים - תיעשה הבניית שותפות בפיילוט לפי הסכמות ראשוניות שגובשו עם גברת אורנה פז, מנהלת האגף לחינוך קדם-יסודי במשרד החינוך.
- מעונות יום - ייעשה בירור במקביל עם האגף למעונות יום ומשפחתונים בעו"ר כדי להגיע להבנות.
- 1. **בשלב ראשוני של הקמת היחידה** - ישלח גורם מקצועי מתוך היחידה למעונות יום וגני הילדים להערכה/סינון ראשוני ולמתן הדרכה לצוות החינוכי בטיפול ראשוני לילדים עם קשיים ספציפיים, בהתאם לסינון שעליו יוחלט עם הפיקוח ועם השפ"ח.
- בהתאם למורכבות המקרה, יופנה הילד לאבחון ולטיפול ביחידה ההתפתחותית או באחד המכונים.
- 2. **לאחר התבססות ארגונית ותקציבית של היחידה** - נוסף על הנאמר בסעיף 1, ניתן יהיה להרחיב את השירות לאיתור (screening) במעונות היום ובגנים (שבאוכלוסיית היעד) בעדיפות לגנים ולמעונות

רשימת מקורות

OECD (2018), Engaging Young Children; lessons from Research about Quality in Early Childhood Education and Care, starting Strong (P. 22). Paris: OECD Publishing

טרקטנברג, מ', הדר זר, א', רון, ל' ועוזיאל, א' (2019). "היפוך הפירמידה": חזון ומדיניות לגיל הרך בישראל (עמ' 12). חיפה: ישראל מוסד שמואל נאמן. אוחד מתוך <https://www.neaman.org.il/Turning-the-Pyramid-Upside-Down>

14.08.2019 Educare, Human Brain Development אוחד בתאריך <https://www.educarenschools.org/wp-content/uploads/2015/08/human-brain-development.png>

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 4). Washington, D.C.: The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/582711468771287347/Early-child-development-investing-in-the-future>

Shonkoff, J. P., Phillips, D. A., & National Research Council (U.S.) (2000). From neurons to neighborhoods: The science of early child development (p. 194). Washington, D.C: National Academy Press

דו"ח הוועדה לשינוי כלכלי חברתי (ועדת טרכנברג) 2011.

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p.5). Washington, D.C.: The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/582711468771287347/Early-child-development-investing-in-the-future>

Garcia, J. L., Heckman, J. J., Ermini, L. D., & Prados, M. The Life-Cycle Benefits of an Influential Early Childhood Program (p. 3). IZA Discussion Paper No. 10456. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=2895304>

טרקטנברג, מ', הדר זר, א', רון, ל' ועוזיאל, א' (2019). "היפוך הפירמידה": חזון ומדיניות לגיל הרך בישראל (עמ' 48). חיפה: ישראל מוסד שמואל נאמן. אוחד מתוך <https://www.neaman.org.il/Turning-the-Pyramid-Upside-Down>

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 4). Washington, D.C.: The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/582711468771287347/Early-child-development-investing-in-the-future>

"אדומים".

3. **איתור, אבחון ומענה ראשוני בטיפות חלב.** איתור בטיפות החלב ייעשה על ידי צוות אחיות טיפת חלב. איתור, אבחון והערכה ראשונית וטיפול ראשוני יינתנו על ידי צוות היחידה ההתפתחותית בטיפות חלב. כמו כן, אחיות טיפות חלב יעסקו במניעה, בהדרכה ראשונית להורים ובהפניות לתוכניות התערבות בטיפות חלב, כפי שתפקידן כיום, ובנוסף לתורת ההפעלה שמפותחת במסגרת הפיילוט.

התמקצעות והגנה

4. הגנה בת 5 שעות שבועיות תינתן על ידי המכון להתפתחות הילד בבית החולים אסף הרופא בראשות ד"ר חיים בסן. במסגרת זו, רופא התפתחותי ייתן הדרכה לצוות המקצועי וידון במקרים מורכבים.
5. הצוות הרב-מקצועי ישתתף בלמידת עמיתים בבית החולים אסף הרופא.
6. תינתן הדרכה פרטנית לאנשי מקצוע חדשים (עד ותק של שנתיים) או למתמחים, בהתאם לדרישה בתקנות.
7. ייעוץ פיתוח והכשרה של ידע אינטגרטיבי לגיל הרך לכל אנשי המקצוע ביחידה ולכלל הגורמים בגיל הרך. חיבור המערך הטיפולי למארג העירוני

קשר לנותני שירותים התפתחותיים בעיר

ילדים שלא יטופלו ביחידה ההתפתחותית (בשכונות שאינן בפיילוט, ממתינים, ילדים שאינם מורכבים) יופנו על ידי מתאמי הטיפול בקופות החולים לטיפול ביחידות הטיפוליות הקיימות בעיר:

1. כללית - היחידה ההתפתחותית בלוד, מכון אפק, קרית אדם, מרכז ניצנים, דיאגנוסטיקה (כללית מושלם)
2. מכבי - מרכז ניצנים
3. מאוחדת - מרכז ניצנים, קריית אדם
4. לאומית - מרכז ניצנים, דיאגנוסטיקה
5. גילאי לידה עד 3 - יופנו למכונים מחוץ לעיר, כפי שנעשה כיום, אלא אם כן יימצא פתרון נוסף.

קשר לגורמים עירוניים ומקומיים

האגף לשילוב חברתי - המתאם העירוני ירכז את התיאום בין היחידה ההתפתחותית לבין הרווחה בכל הקשור למשפחות מטופלות רווחה, להחזר כספי על השתתפות עצמית, להשתתפות בתוכניות התערבות (לדוגמה, מסיכון לסיכוי), לבעלי מוגבלויות, להדרכה וכד'.

אגף החינוך - המתאם העירוני ירכז את התיאום בין היחידה ההתפתחותית לחינוך והשפ"ח בכל הקשור להשמה ולשילוב, להשתתפות בתוכניות התערבות, להדרכה וכד'.

מרכז הורות ומשפחה - המתאם העירוני ירכז את התיאום בין המערך הטיפולי למערך ההדרכה של המרכז ויפנה משפחות להדרכות הורים. עמותות ותוכניות פעילות בעיר - המתאם העירוני ירכז את התיאום בין המערך הטיפולי ומטופליו לבין מפעילי פעילויות רלוונטיות בגיל הרך.

Campbell, F. A., Conti, G., Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R. V., Pungello, E. P., & Pan, Y. (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. Science, 343, 1478-1485. The ABCs of improving health outcomes with early childhood development. Retrieved from https://heckmanequation.org/www/assets/2014/04/F_Heckman-health-training-deck_print_040714.pdf, slide 20, 07.08.2019

The ABCs of improving health outcomes with early childhood development. Retrieved from https://heckmanequation.org/www/assets/2014/04/F_Heckman-health-training-deck_print_040714.pdf, slide 19, 07.08.2019

Frances, C., Conti, G., Heckman, J. J., Hyeok, Moon, S., Pinto, R., Pungello, L., & Pan, Y. (2014). Early Childhood Investments Substantially Boost Adult Health. Science 343, 1478-1485

Blackwell, D. L., Hayward, M. D., & Crimmins, E. (2001). Does childhood health affect chronic morbidity in later life? Social science & medicine, 52(8), 1269-84

Haas, S. A. (2007). The long-term effects of poor childhood health: An assessment and application of retrospective reports. Demography, 44, 113-135

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 5). Washington, D.C.: The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/582711468771287347/Early-child-development-investing-in-the-future>

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 9). Washington, D.C.: The World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/582711468771287347/Early-child-development-investing-in-the-future>

The Becker Friedman Institution. A study by Department of Economics' James Heckman Found that Participants in an Early Childhood Program in Jamaica Had 25% Higher Wages – 20 Years Later. Retrieved from <https://bfi.uchicago.edu/news/a-study-by-department-of-economics-james-heckman-found-that-participants-in-an-early-childhood-program-in-jamaica-had-25-higher-wages-20-years-later/> 07.08.2019

OECD (2018). Engaging Young Children; lessons from Research about Quality in Early Childhood Education and Care, starting Strong (p.16). Paris: OECD Publishing

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 4). Washington, D.C.: The World Bank
רוזנטל, מ' (2004). מדיניות חברתית ואיכות חינוך-טיפול במסגרות לגיל הרך. סדרת זרקורים על מדיניות חברתית, (אפריל 2004), עמ' 6.

investing-in-the-future

Shonkoff J. P., Garner A. S., Siegel B. S., Dobbins M. I., Earls M. F., McGuinn L., Pascoe J., (...), Wegner L. M. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress, Pediatrics, 129(1), e232-e246

Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. Journal of health and social behavior, 42(2), 184-201

Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., & White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. Journal of health and social behavior, 42(2), 184-201

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

Case, A. R., Fertig, A. R., & Paxson, C. (2003). From Cradle to Grave? The Lasting Impact of (Childhood Health and Circumstance (p. 10

The ABCs of improving health outcomes with early childhood development. Retrieved from https://heckmanequation.org/www/assets/2014/04/F_Heckman-health-training-deck_print_040714.pdf, slide 11, 07.08.2019

הרשויות המקומיות 2017 – קובץ נתונים לעיבוד. אלא אם צויין אחרת, הנתונים מתייחסים לשנת 2017. אוחד
מתוך <https://www.cbs.gov.il/he/subjects/Pages/%D7%A8%D7%A9%D7%95%D7%99%D7%95%D7%AA-%D7%9E%D7%A7%D7%95%D7%9E%D7%99%D7%95%D7%AA.aspx>
01.04.2019

OECD Data. Fertility Rates. Retrieved from <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.html>. 01.04.2019

אתר הלמ"ס. לקט נתונים לרגל יום האשה הבין-לאומי 2018. אוחד מתוך
http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=751 01.04.2019

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018). פני החברה בישראל: דת והגדרה עצמית של מידת דתיות (דוח מס' 10), עמ' 42. אוחד מתוך https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2018/rep_10/h_print.pdf

למ"ס, שיעור פרייה כולל לפי דת האם בשנים נבחרות, מתוך ילודה ופרייה בישראל 2016. אוחד מתוך https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/doclib/2018/073/01_18_073t2.pdf
הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2018). פני החברה בישראל: דת והגדרה עצמית של מידת דתיות (דוח מס' 10), עמ' 55. אוחד מתוך https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2018/rep_10/h_print.pdf

אתר הלמ"ס. יישובים וחלוקות גיאוגרפיות אחרות, כמות באלפים. אוחד מתוך <https://www.cbs.gov.il/he/Settlements/Pages/default.aspx> 06.04.2019

אתר הלמ"ס. יישובים וחלוקות גיאוגרפיות אחרות. אוחד מתוך <https://www.cbs.gov.il/he/Settlements/Pages/default.aspx> 06.04.2019

כלל נתוני התעסוקה לקוחים מתוך הלמ"ס. שנתון סטטיסטי לישראל 2018. אוחד מתוך <https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2018/shnaton69/shnaton69.pdf> עמ' 150.
OECD Stats. Retrieved from <https://stats.oecd.org/> 01.04.2019

עבודה וחיי משפחה: מדיניות חופשת הלידה בישראל. אוחד מתוך <http://taubcenter.org.il/he/work-life-balance-parental-leave-policies-in-israel-heb/> 04.04.2019

OECD Stats. Family Database. Retrieved from <https://stats.oecd.org/> 01.04.2019
נתוני 2014 הם הנתונים המעודכנים ביותר במצא.

כל זכות. חופשת לידה. אוחד מתוך https://www.kolzhut.org.il/he/%D7%97%D7%95%D7%A4%D7%A9%D7%AA_%D7%9C%D7%99%D7%93%D7%94 01.04.219

OECD Stats. Family Database 2016. Retrieved from <https://stats.oecd.org/>, 01.04.2019

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 5). Washington, D.C.: The World Bank

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 9). Washington, D.C.: The World Bank

García, J. L., Heckman, J. J., Leaf, D. E., & Prados, M. J. (2016). The Life-cycle Benefits of an Influential Early Childhood Program, p. 3

Center for the Economics of human development, Rate of Return FAQ. Retrieved from https://cehd.uchicago.edu/?page_id=301 06.07.2019

רזנטל, מ' (2004). מדיניות חברתית ואיכות חינוך-טיפול במסגרות לגיל הרך. סדרת זרקורים על מדיניות חברתית, אפריל 2004, עמ' 5.

רזנטל, מ' (2004). "מדיניות חברתית ואיכות חינוך-טיפול במסגרות לגיל הרך", סדרת זרקורים על מדיניות חברתית, אפריל 2004, עמ' 6.

רזנטל, מ' (2004). מדיניות חברתית ואיכות חינוך-טיפול במסגרות לגיל הרך. סדרת זרקורים על מדיניות חברתית, אפריל 2004, עמ' 6.

Young, M. E. (1996). Early child development: investing in the future (English). Directions in development (p. 6). Washington, D.C.: The World Bank

טרכטנברג מ', הדר זר, א', רון, ל' ועוזיאל א' (2019). "היפוך הפירמידה": חזון ומדיניות לגיל הרך בישראל (ע' 14). חיפה: ישראל מוסד שמואל נאמן. אוחד מתוך <https://www.neaman.org.il/Turning-the-Pyramid-Upside-Down>

אתר הלמ"ס, לוח לידות חי, פטירות, ריבוי טבעי, פטירות תינוקות ולידות מת, לפי קבוצת אוכלוסייה. אוחד מתוך http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=751 04.05.2019

אתר הלמ"ס, לוח לידות חי, פטירות, ריבוי טבעי, פטירות תינוקות ולידות מת, לפי קבוצת אוכלוסייה. אוחד מתוך http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=751 04.05.2019

אומדן על בסיס נתוני הלמ"ס – לידות חי 2012-17.
אתר משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, חוק ביטוח בריאות ממלכתי - קובץ נתונים סטטיסטיים 2018. אוחד מתוך <https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HRS/economy/Pages/Publications.aspx> גרף 6. 04.05.2019

אתר הלמ"ס, רשויות מקומיות.

המוסד לביטוח לאומי – מינהל המחקר והתכנון. אימהות מקבלות גמלאות אימהות, לפי סוג גמלה 2019. ירחון סטטיסטי מס' 6. אוחר מתוך https://www.btl.gov.il/SiteCollectionDocuments/btl/Publications/Rivon%20Statisti/PDF/heb_rivon_3_0702.pdf

וסרשטין, ש' וטולידנו, א' (2014). התנהגות התעסוקה של נשים לאחר לידה בעקבות הארכת חופשת הלידה. מחקרים לדיון 116, הביטוח הלאומי, עמ' 7. אוחר מתוך https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_116.pdf

וסרשטין, ש' וטולידנו, א' (2014). התנהגות התעסוקה של נשים לאחר לידה בעקבות הארכת חופשת הלידה. מחקרים לדיון 116, הביטוח הלאומי, עמ' 13. אוחר מתוך https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_116.pdf

וסרשטין, ש' וטולידנו, א' (2014). התנהגות התעסוקה של נשים לאחר לידה בעקבות הארכת חופשת הלידה. מחקרים לדיון 116, הביטוח הלאומי, עמ' 14. אוחר מתוך https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_116.pdf

וסרשטין, ש' וטולידנו, א' (2014). התנהגות התעסוקה של נשים לאחר לידה בעקבות הארכת חופשת הלידה. מחקרים לדיון 116, הביטוח הלאומי, עמ' 15. אוחר מתוך https://www.btl.gov.il/Publications/research/Documents/mechkar_116.pdf

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל, 2018, עמ' 69. אוחר מתוך <https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2018/shnaton69/shnaton69.pdf>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ילדים בחינוך קדם-יסודי ובמעונות יום, לפי בעלות על הגן, גיל הילד וקבוצת אוכלוסייה. אוחר מתוך https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2018/8.%20ShnatonEducation/st08_03.pdf

הלמ"ס, לידות חי - מדדים מרכזיים, 2002-2017. אוחר מתוך <https://www.cbs.gov.il/he/subjects/Pages/%D7%9C%D7%99%D7%93%D7%95%D7%AA-%D7%97%D7%99%D7%99%D7%9D.%D7%97%D7%99.aspx> 15.04.2019

פיכטלברג-ברמץ, א' (2017). שמרתי את ילדי הגן: מעונות ומשפחתונים במגזר החרדי. משרד הכלכלה, עמ' 4. אוחר מתוך <https://employment.molsa.gov.il/Research/Documents/200417%20-%20osnat.pdf>

OECD Stats. Life expectancy at birth. Retrieved from <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> 01.04.2019

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הודעה לתקשורת יום העצמאות תשע"ט. אוחר מתוך https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2019/134/11_19_134b.pdf, 01.04.2019

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הודעה לתקשורת תוחלת חיים בישראל 2016. אוחר מתוך <https://www.>

05.05.2019 [.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2017/362/05_17_362b.pdf](https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2017/362/05_17_362b.pdf)

Delaney, L., & Smith, J. P. (2012). Childhood health: trends and consequences over the life course. The Future of children, 22 1, 43-63

Hayward, M. D., & Gorman, B. K. (2004). The long arm of childhood: The influence of early-life social conditions on men's mortality. Demography, 41, 87-107

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נישואין, גירושין, לידות חי, פטירות, ריבוי טבעי, פטירות תינוקות ולידות מת, לפי דת. אוחר מתוך http://www.cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=587. 15.06.2019

ליס. לידת פג וטיפול בפגייה ב"ליס", אוחר מתוך <https://www.tasmc.org.il/Lis/Mamy-Lis/Articles/Pages/Neonatal-Intensive-Care.aspx> 20.05.2019

משרד הבריאות. לידה מוקדמת (לידת פג). אוחר מתוך https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/Childbirth/birthday/Pages/premature_birth.aspx 15.06.2019

OECD Stats. Retrieved from <https://stats.oecd.org/> 01.04.2019

משרד הבריאות (BI). אפריל 2019.

משרד הבריאות (BI). אפריל 2019.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. שנתון סטטיסטי לישראל 2018. אוחר מתוך <https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2018/shnaton69/shnaton69.pdf> עמ' 42

משרד הבריאות (2019). מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי. אי-שיוויון בבריאות והתמודדות עמו 2018, עמ' 12. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. פטירות, לפי קבוצות אוכלוסייה ודת 01.09.2019. אוחר מתוך

<https://www.cbs.gov.il/he/subjects/Pages/%D7%AA%D7%9E%D7%95%D7%AA%D7%94-%D7%95%D7%AA%D7%95%D7%97%D7%9C%D7%AA-%D7%97%D7%99%D7%99%D7%9D.%D7%97%D7%99.aspx>

משרד הבריאות. המחלקה לאם ולילד (מאי 2019). שיחה עם ד"ר ליהה רובין ועדינה יוסף.

משרד הבריאות. מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי (2019). אי-שיוויון בבריאות והתמודדות עמו 2018, עמ' 9.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. פרופיל יישובים מורחב 2018.

משרד הבריאות. המחלקה לאם ולילד (מאי 2019). שיחה עם ד"ר ליהה רובין ועדינה יוסף.

Stockwell, E. G., Goza, F. W., & Balistreri, K. S. (2005). Infant Mortality and Socioeconomic Status:

Eilat-Tsanani, S., Merom, A., Romano, S., Reshef, A., Lavi, I., & Tabenkin, H. (2006). The effect of postpartum depression on women's consultations with physicians. The Israel Medical Association Journal: IMAJ, 8(6), 406-10, p. 406

משרד הבריאות. התוכנית הלאומית למדדי איכות – בתי חולים כללים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפוח חלב ושירותי חירום (אמבולנסים). דוח מסכם לשנים 2013-2017, עמ' 250.

Dankner, R., Goldberg, R. P., Fisch, R. Z., & Crum, R. M. (2000). Cultural elements of postpartum depression. A study of 327 Jewish Jerusalem women. The Journal of Reproductive Medicine, 45(2), 97-104

Alfayumi-Zeadna, S., Kaufman-Shriqui, V., Zeadna, A., Lauden, A., & Shoham-Vardi, I. (2015). The association between sociodemographic characteristics and postpartum depression symptoms among Arab-Bedouin women in Southern Israel. Depression and Anxiety, 32(2), 120-8

Glasser, S., Levinson, D., Gordon, E., Braun, T., Haklai, Z., & Goldberger, N.F. (2018). The tip of the iceberg: postpartum suicidality in Israel. Israel Journal of Health Policy Research

Glasser, S., Hadad, L., Bina, R., Boyko, V. V., & Magnezi, R. (2016). Rate, risk factors and assessment of a counselling intervention for antenatal depression by public health nurses in an Israeli ultra-orthodox community. Journal of advanced nursing, 72(7), 1602-15

Bina, R. (2014). Seeking help for postpartum depression in the Israeli Jewish orthodox community: factors associated with use of professional and informal help. Women & Health, 54 (5), 455-73

ויצ"ו (2019). מתוך שיחה טלפונית עם ענבל אביב, מאי 2019.

המועצה הלאומית לשלום הילד (2017). ילדים בישראל שנתון 2017, עמ' 317.

משרד הבריאות (2019). נתוני המשרד (BI), לאפריל 2019.

משרד הבריאות (2019). מתוך שיחה עם ד"ר רחל מאור, 14.04.19, אגף בריאות הנפש – משרד הבריאות.

משרד הבריאות (2019). נתוני המשרד (BI) לאפריל 2019.

משרד הבריאות (2019). נתוני משרד הבריאות (BI), לאפריל 2019.

משרד הבריאות (2019). מתוך שיחה עם ד"ר רחל מאור, 14.04.19, אגף בריאות הנפש – משרד הבריאות.

ויקירפואה (איגוד רופאי המשפחה בישראל). קומה נמוכה. אוחר בתאריך 01.08.2019

.New Bottle, Same Old Wine. Population Research and Policy Review, 24, 387-399

Avni, S., Filc, D., & Davidovitch, N. (2015). The Israeli Medical Association's discourse on health inequity. Social science & medicine, 144, 119-26

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הודעה לתקשורת סיבות מוות בישראל 2016, עמ' 4. אוחר מתוך https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/DocLib/2018/363/05_18_363b.pdf

הלמ"ס. נתוני הלמ"ס 2018 על כ-130 יישובים.

משרד הבריאות. שיחה עם ד"ר עמיהוד זינגר, מנהל המחלקה לגנטיקה קהילתית – משרד הבריאות, 16.04.19.

המועצה הלאומית לשלום הילד. השנתון הסטטיסטי "ילדים בישראל 2018" לקט נתונים, עמ' 9 <https://www.children.org.il/wp-content/uploads/2019/01/%D7%9C%D7%A7%D7%98-1.7.19.pdf>

נתוני ארגון בטרם לבטיחות ילדים.

בטרם. תיעוד פניות למלר"ד (MDS-ED בשנים 2010-2018, באדיבות בטרם. בטרם (2018). דוח על היפגעות ילדים בחברה החרדית.

בטרם (2019). דוח תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בשנת 2018, עמ' 18. בטרם (2019). דוח תמותת ילדים מהיפגעות בלתי מכוונת בשנת 2018, עמ' 17.

משרד הבריאות (2014). נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה, חוזר ראש שירותי בריאות הציבור במשרד הבריאות.

משרד הבריאות. התוכנית הלאומית למדדי איכות – בתי חולים כללים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפוח חלב ושירותי חירום (אמבולנסים). דוח מסכם לשנים 2013-2017, עמ' 250.

Glasser, S., Appel, D., Meiraz, H., & Kaplan, G.G. (2013). A pilot study on identification of perinatal depressive symptoms in mother-child health clinics: Community nurses can make a difference., p.1

משרד הבריאות. התוכנית הלאומית למדדי איכות – בתי חולים כללים וגריאטריים, בתי חולים לבריאות הנפש, טיפוח חלב ושירותי חירום (אמבולנסים). דוח מסכם לשנים 2013-2017, עמ' 250.

Glasser, S., Hadad, L., Bina, R., Boyko, V. V., & Magnezi, R. (2016). Rate, risk factors and assessment of a counselling intervention for antenatal depression by public health nurses in an Israeli ultra-orthodox community. Journal of Advanced Nursing, 72(7), 1602-15, p. 1603

https://www.wikirefua.org.il/w/index.php/%D7%A7%D7%95%D7%9E%D7%94_%D7%A0%D7%9E%D7%95%D7%9B%D7%94_-_Short_stature

המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר לאומי בנושא מצב הבריאות והתזונה בילדים בני 11-2 בישראל - 2015.

משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר לאומי בנושא מצב הבריאות והתזונה בילדים בני 11-2 בישראל 2015-2016 מב"ת לילד. אוחר בתאריך 05.05.2018, עמ' 16
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mabat_kids2_11_2015-2016.pdf

משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות. סקר לאומי בנושא מצב הבריאות והתזונה בילדים בני 11-2 בישראל 2015-2016 מב"ת לילד. אוחר בתאריך 05.05.2018, עמ' 16
https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/mabat_kids2_11_2015-2016.pdf

משרד הבריאות. מתוך הנתונים של אנה לרנר זכות, מנהלת תחום חדשנות בשירותי בריאות – משרד הבריאות. World Health Organization (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva: WHO.

Kramer, M. S., Aboud, F. E., Mironova, E. A., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., Igumnov, S. M., Fombonne, E. J., Bogdanovich, N., Ducruet, T., Collet, J., Chalmers, B. E., Hodnett, E. D., Davidovsky, S., Skugarevsky, O., Trofimovich, O., Kozlova, L. A., & Shapiro, S. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. Archives of General Psychiatry, 65(5), 578-84, p. 578.

משרד הבריאות. מתוך הנתונים של אנה לרנר זכות, מנהלת תחום חדשנות בשירותי בריאות – משרד הבריאות.

המוסד לביטוח לאומי. נכות כללית, מקבלי קצבת ילד נכה לפי רמת זכאות, גיל ומקבלי תוספת קצבה (לפי הרבעון הראשון של 2019, גילאי 0-2). אוחר בתאריך 04.08.2019
https://www.btl.gov.il/SiteCollectionDocuments/btl/Publications/Rivon%20Statisti/PDF/hebrivon_3_080901.pdf

המוסד לביטוח לאומי. נכות כללית, מקבלי קצבת ילד נכה לפי רמת זכאות, גיל ומקבלי תוספת קצבה (לפי הרבעון הראשון של 2019, גילאי 3-7). אוחר בתאריך 04.08.2019
https://www.btl.gov.il/SiteCollectionDocuments/btl/Publications/Rivon%20Statisti/PDF/hebrivon_3_080902.pdf

המוסד לביטוח לאומי. ביטוח נכות כללית, עמ' 16. אוחר בתאריך 04.08.2019
https://www.btl.gov.il/Publications/Skira_shnatit/2017/Documents/chap-3-07-nehut-clalit.pdf

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. ילדים עם צרכים מיוחדים בחינוך קדם-יסודי, לפי סוג לקות וסוג מסגרת. אוחר בתאריך 04.08.2019
http://www.cbs.gov.il/reader/?Mlval=shnaton%2Fshnatonh_new.htm&CYear=2018&Vol=69&CSubject=8

המועצה הלאומית לשלום הילד (2017). ילדים בישראל שנתון 2017, עמ' 229.

המועצה הלאומית לשלום הילד (2017). ילדים בישראל שנתון 2017, עמ' 229.

OECD Stats. Health Care Resources. Density per 1000 population (Head Count). Retrieved from <https://stats.oecd.org/#>. 12.08.2019

משרד הבריאות (2019). נתוני מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי (עמית שריר). זמינות שירותי רפואה בקהילה: מיפוי גיאוגרפי - <https://www.health.gov.il/UnitsOffice/HRS/economy/Pages/Publications.aspx>

משרד הבריאות (2018). מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, אי-שיוויון בבריאות והתמודדות עימו 2017.

משרד הבריאות (2006). מסמך רקע להיוועצות בנושא פעילות מערכת הבריאות לצמצום אי-שוויון 2017-2020.

משרד הבריאות (2015). מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, אי-שיוויון בבריאות והתמודדות עימו 2016.

משרד הבריאות (2019). מתוך שיחה טלפונית ממאי 2019 עם עמית שריר, מנהל תחום פרויקטים - מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי - משרד הבריאות.

משרד הבריאות. מכונים מוכרים להתפתחות הילד (נובמבר 2018). אוחר בתאריך 12.08.2019
https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child_development/Documents/child_development_Inst.pdf

משרד הבריאות. יחידות טיפוליות להתפתחות הילד מוכרות (מרץ 2019). אוחר בתאריך 12.08.2019
https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child_development/Documents/Developmental_Units.pdf

משרד הבריאות (2017). מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, אי-שיוויון בבריאות והתמודדות עימו 2016.

משרד הבריאות. מתוך שיחה מתאריך 14.04.19 עם ד"ר רחל מאור מאגף בריאות הנפש - משרד הבריאות.

מתוך הנתונים המופיעים באתרי קופות החולים. אוחר בתאריך 08.08.2019.

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. מסיכון לסיכוי בגיל הרך - שילוב ילדים עם צרכים מיוחדים. אוחר בתאריך 12.08.2019
<https://www.molsa.gov.il/ProjectShmid/IndexedProjects/Pages/NProgChldRiskDetails.aspx?ListID=93a3a026-93f8-4393-a946-7c44751d8661&WebId=928f76ea-f727-4136-85b3-2b4d736a2277&ItemID=304>
משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. נתיבים להורות - מודל טיפולי לילדים והורים נפשות. אוחר בתאריך 12.08.2019
<https://www.molsa.gov.il/ProjectShmid/IndexedProjects/Pages/NProgChldRiskDetails.aspx?ListID=93a3a026-93f8-4393-a946-7c44751d8661&WebId=928f76ea-f727-4136-85b3-2b4d736a2277&ItemID=304>

<https://www.molsa.gov.il/ProjectShmid/IndexedProjects/Pages/NProgChldRiskDetails.aspx?ListID=93a3a026-93f8-4393-a946-7c44751d8661&WebId=928f76ea-f727-4136-85b3-2b4d736a2277&ItemID=468>
משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. תוכנית ראשית. אוחר בתאריך 12.08.2019
www.molsa.gov.il/ProjectShmid/IndexedProjects/Pages/NProgChldRiskDetails.aspx?ListID=93a3a026-93f8-4393-a946-7c44751d8661&WebId=928f76ea-f727-4136-85b3-2b4d736a2277&ItemID=263

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. תוכנית משפחות להורים וילדים בגיל הרך
אוחר בתאריך 12.08.2019
<https://www.molsa.gov.il/ProjectShmid/IndexedProjects/Pages/NProgChldRiskDetails.aspx?ListID=93a3a026-93f8-4393-a946-7c44751d8661&WebId=928f76ea-f727-4136-85b3-2b4d736a2277&ItemID=261>

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים. מעטפת רכה. אוחר בתאריך 12.08.2019
<https://www.molsa.gov.il/ProjectShmid/IndexedProjects/Pages/NProgChldRiskDetails.aspx?ListID=93a3a026-93f8-4393-a946-7c44751d8661&WebId=928f76ea-f727-4136-85b3-2b4d736a2277&ItemID=543>
Anopa Y, McMahon AD, Conway DI, Ball GE, McIntosh E, Macpherson LM. Improving Child Oral Health: Cost Analysis of a National Nursery Toothbrushing Programme. PLoS One. 2015 Aug 25;10(8):e0136211. doi: 10.1371/journal.pone.0136211