

# מעורבות רופאי ילדים מהקהילה בטיפול בתחלואה רגשית והתפתחותית של ילדים

יעל אשכנזי    רחל ניסנהולץ-גנות    בת שבע הס    צחי גרוסמן

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

# מעורבות רופאי ילדים מהקהילה בטיפול בתחלואה רגשית והתפתחותית של ילדים

יעל אשכנזי<sup>1</sup> רחל ניסנהולץ-גנות<sup>1</sup> בת שבע הס<sup>1</sup> צחי גרוסמן<sup>2</sup>

---

המחקר מומן בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

<sup>1</sup>חוקרת במרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מכון מאיר-סג"ל-ברוקדייל  
<sup>2</sup>מזכ"ל איגוד רופאי הילדים בקהילה

עריכת לשון: רעיה כהן  
תרגום לאנגלית (תקציר): אוולין איבל  
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל  
ת"ד 3886 ירושלים 9103702  
טלפון: 02-6557400  
[brook@jdc.org](mailto:brook@jdc.org) | [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

ירושלים | תמוז תש"ף | יולי 2020

## עוד פרסומים של המכון בנושא

אשכנזי, י., לפי, י., טבנקין, ח. ומעוז-ברויאר, ר. (2018). מעורבותם של רופאים ראשוניים בתחום בריאות הנפש לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש. דמ-787-18.

בן רבי, ד., ואזן-סיקרין, ל. ורותם, ר. (2016). גיל הינקות בישראל: צורכי הילדים וההורים, שירותים ומדיניות. דמ-695-16.

רוזן, ב., אלרועי, א. וניראל, נ. (2007). ממצאים עיקריים מסקר אימהות ארצי בנושא שירותי מניעה לילדים במסגרת "טיפת חלב". דמ-407-07.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: [brookdale.jdc.org.il](http://brookdale.jdc.org.il)

# תקציר

## רקע

בישראל יש מערך מסודר לאבחון ילדים עם בעיות התפתחות ולטיפול בהם. מערך זה בנוי משלושה רבדים, ובראשו – המכונים להתפתחות הילד. במכונים אלו עובד צוות מקצועי מגוון הכולל רופאים מתחומי התמחות אחדים ומטפלים במקצועות בריאות, כגון פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת וריפוי בעיסוק. מקצת המכונים שייכים למשרד הבריאות ומסונפים לבתי חולים ממשלתיים, ורובם שייכים לקופות החולים. הרובד השני הוא היחידות להתפתחות הילד המופעלות על ידי עמותות, מתנ"סים וקופות החולים, והרובד השלישי הוא המטפלים הפרטיים.

העומס על המכונים להתפתחות הילד גדול, וזמני ההמתנה אליהם ארוכים. דוח מבקר המדינה מ-2017 עסק בבעיה זו וקבע שזמני ההמתנה לאבחון וטיפול בתחום התפתחות הילד חורגים בהרבה מאלה שקבע משרד הבריאות (עד שלושה חודשים) ולעיתים מגיעים לשנה ויותר.

לנוכח העומס במכוני התפתחות הילד פנה המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות, בשיתוף איגוד רופאי הילדים, אל מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל, והזמין מחקר שנועד לבחון באיזו מידה רופאי הילדים בקהילה יכולים להיות מעורבים בתחום זה ולתרום לקידום הטיפול בילדים עם קשיי התפתחות.

## מטרת המחקר

מטרת המחקר זה היא לבחון ולתאר את תפיסותיהם של מנהלי המכונים להתפתחות הילד בנוגע לתפקידם הנוכחי של רופאי ילדים בקהילה בתחום התפתחות הילד ובנוגע למעורבות הרופאים בתחום. תפיסת מנהלי המכונים נבחנה מן ההיבטים של עבודת המכונים. אלו היו שאלות המחקר:

- מהי המעורבות בפועל ומהי המעורבות הרצויה של רופאי ילדים בקהילה בתחום התפתחות הילד?
- באיזו מידה רופאי ילדים יכולים למנוע הפניות מיותרות למכונים להתפתחות הילד?
- אם מעורבות גדולה יותר של רופאי ילדים בתחום זה רצויה, איזו הכשרה ואילו משאבים נוספים נדרשים כדי שרופאי הילדים יוכלו אכן להיות מעורבים יותר?

## שיטת המחקר

המחקר נערך באמצעות ראיונות חצי מובנים. בשלב הראשון נערכו ראיונות מקדימים עם 7 מנהלים מתחום התפתחות הילד ורפואת ילדים בארבע קופות החולים ובמשרד הבריאות. בשלב השני נערכו ראיונות עם 15 מנהלי מכונים, 12 מהם מנהלי מכונים בקופות החולים ו-3 מנהלי מכונים של משרד הבריאות.

נערך ניתוח תוכן במטרה לאתר תמות מרכזיות. הראיונות מהשלב הראשון נותחו בנפרד על ידי שלוש החוקרות שבצוות המחקר, ולאחר מכן נערך דיון כדי להגיע להסכמה בנוגע לחלוקה לקטגוריות. המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

## **ממצאים**

### **מעורבותם של רופאי הילדים מהקהילה בתחום התפתחות הילד**

בקרב המרואיינים הייתה הסכמה רחבה שמעורבותם של רופאי הילדים מהקהילה בתחום זה מועטה ביותר. המרואיינים היו רוצים מעורבות רבה יותר של רופאי הילדים, בין היתר בדרכים אלו:

- א. הרופאים יערכו בירור רפואי ראשוני ויפנו לבדיקות מקדימות רלוונטיות.
- ב. הרופאים יהוו כתובת להורים מודאגים ויספקו הדרכה וייעוץ במקרים של בעיות התנהגות והתפתחות קלות.
- ג. במקרים קלים רופאי הילדים יפנו ישירות למטפלים, למשל לקלינאי תקשורת של הקופה או מטעמה – בעת כתיבת הדברים הקופות מגבילות את יכולתם של הרופאים הראשוניים, ובהם רופאי הילדים, להפנות ילדים ישירות למטפלים.
- ד. הרופאים יפעילו שיקול דעת רב יותר לפני הפניית ילדים למכונים להתפתחות הילד, ולא יפנו אותם אוטומטית בעקבות בקשה או דרישה של ההורים או המלצה של גננת או אחות טיפת חלב. גישה שונה בשאלה זו עלתה אצל מיעוט מן המרואיינים, ולפיה מאחר שלרופאי הילדים אין די ידע בתחום זה, הם עלולים לגרום לנזק וכלל לא רצוי שיסנונו את הבקשות להפנות ילדים למכונים.
- ה. הרופאים יעבירו מידע רלוונטי למכונים באמצעות ההפניה הכתובה שתכלול מידע על מצבו הבריאותי של הילד, מחלות קודמות, אשפוזים קודמים אם היו, מחלות במשפחה וכן מידע הקשור להתפתחות הילד, למשל עקומות גדילה, היקפי ראש ואף מידע שקשור להיריון.

### **מעורבותם של גורמים נוספים באיתור ילדים עם עיכובים התפתחותיים**

מן הראיונות ניתן להבין שברוב המקרים רופאי הילדים אינם הראשונים לאתר עיכובים התפתחותיים אצל הילדים שבטיפולם. הגורמים הפעילים בתחום זה הם בעיקר אחיות טיפת חלב וגננות (נוסף על ההורים).

### **בעיות שמגבירות את העומס על המכונים**

המכונים להתפתחות הילד עובדים בעומס רב. בין הבעיות המעצימות את העומס על המכונים אפשר למנות: הפניית ילדים לא מתאימים ובעיות במערכות שירותים אחרות, למשל מערכת החינוך, המשתמשות במערך להתפתחות הילד עקב מחסור בכוח אדם (למשל מחסור במורים וסייעות).

## חסמים להרחבת מעורבותם של רופאי ילדים באבחונים ובטיפול בתחום התפתחות הילד

המרוויינים העלו כמה חסמים מרכזיים המונעים מרופאי הילדים בקהילה להיות מעורבים יותר בכל הקשור לאבחון ועיסוק בהתפתחות הילד:

1. אין להם די זמן – החסם החמור ביותר בעיני המרוויינים;
2. הם אינם מתוגמלים כראוי על מעורבות רבה יותר;
3. אין להם די ידע קליני.

## דרכים אפשריות להגברת מעורבות רופאי הילדים

בראיונות עלו דרכים אחדות להגברת מעורבות רופאי הילדים בתחום, למשל:

1. הכנסת התחום לתוכניות ההתמחות ברפואת ילדים או הכשרת רופאים שמתעניינים בתחום;
2. מתן ייעוץ וירטואלי של רופאים מומחים לרופאי הילדים לפי צורך;
3. מתן תמריץ לרופאי הילדים כדי שיבצעו בדיקות סקר בקרב ילדים.

## דיון

מנהלי המכונים שרואיינו היו רוצים לראות מעורבות רבה יותר של רופאי הילדים בתחום התפתחות הילד. הם היו מעוניינים לעבוד מול גורם רפואי בקהילה שהפנה את הילד לאחר שהפעיל שיקול דעת בעניין טיבה של הבעיה שהילד מתמודד איתה ובעניין נחיצות ההפניה. לדעתם של מנהלי המכונים תפקידם של רופאי הילדים בקהילה הוא הפניית ילד לבדיקות רלוונטיות וטיפול במקרים קלים על ידי הדרכת ההורים איך להתמודד עם הבעיה.

לצד זאת, המרוויינים מציינים גם את החסמים שלתפיסתם מונעים מרופאי הילדים בקהילה או מקשים עליהם למלא את התפקיד שהיו רוצים שימלאו – מחסור בזמן, אופן התגמול ומחסור בידע. בעיות אלו עלו כבעיות קריטיות.

למרוויינים יש ביקורת על כך שתוכניות ההתמחות ברפואת ילדים אינן כוללות די חשיפה לקהילה ולתחום התפתחות הילד. המרוויינים הדגישו שאין להם ציפייה שרופא הילדים בקהילה ימלא תפקיד של רופא התפתחותי. הם מצפים שימלא את תפקיד רופא הילדים ושיתייחס לבעיות בתחום התפתחות הילד כמו שהוא מתייחס לבעיות אחרות.

## המלצות

- מומלץ להכניס את תחום התפתחות הילד לתוכניות ההתמחות ברפואת ילדים. כמו כן חשוב למצוא את הדרך להקנות ידע ולחשוף לתחום זה גם את רופאי הילדים שכבר סיימו את ההתמחות.
- מומלץ לתת לרופאים את האפשרות לערוך מפגשים ארוכים יותר עם ילדים שיש בעניינם חשש לעיכוב התפתחותי, ועם הוריהם, ולתגמל את הרופאים על הזמן הזה.

- מומלץ לבדוק את האפשרות לקדם "ביקור בריא" תקופתי של ילדים אצל רופאי הילדים. "ביקור בריא" יאפשר לרופאי ילדים לפגוש את הילדים בריאים ורגועים, ולא במצבי חולי. כמו כן יאפשר לבצע בדיקות סקר ולעקוב אחר התפתחות הילדים. "הביקור הבריא" מותנה בהקצאת מקורות תקציב הולמים מקופות החולים. כדאי לבדוק את האפשרות של שילוב אחיות או אנשי מקצוע אחרים שיוכלו לסייע בבדיקות הסקר. ניתן גם להכניס אנשי מקצוע בתחום התפתחות הילד לטיפות החלב כדי להגביר את איתור הילדים עם בעיות התפתחות.
- מומלץ לחזק ולפתח בקופות החולים מסלולי התייעצות (למשל ייעוץ וירטואלי) שבעזרתם יוכלו רופאי הילדים להתייעץ עם מומחים בתחום התפתחות הילד ללא פנייה למכונים.
- חשוב להשלים את תמונת מעורבותם של רופאי ילדים בתחום זה על ידי מחקר שבו ירואינו רופאי הילדים עצמם וכן האחראים לרפואת הילדים בכללותה בקופות החולים.



# תמצית מנהלים

## 1. רקע

עיצובים התפתחותיים כוללים מגוון רחב של בעיות שיכולות להוביל למוגבלות פיזית או מנטלית, ובהן מוגבלות שכלית, הפרעות על הספקטרום האוטיסטי, ליקויי למידה ושיתוק מוחין. ההערכה היא שבישראל לכ-10% מהילדים יש עיצוב התפתחותי. זיהוי מוקדם של עיצובים התפתחותיים קריטי כדי להתחיל בטיפול שיכול לשפר את מצבו של הילד ואת הסיכוי להשתלבות טובה יותר בבית הספר ובחברה.

בישראל יש מערך מסודר לאבחון ולטיפול בילדים עם בעיות התפתחות. מערך זה בנוי משלושה רבדים, ובראשו המכונים להתפתחות הילד. במכונים אלו עובד צוות מקצועי מגוון הכולל רופאים מתחומי התמחות אחדים ומטפלים במקצועות בריאות: פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק ועוד. חלק מהמכונים שייכים למשרד הבריאות ומסונפים לבתי חולים ממשלתיים, אך רובם שייכים לקופות החולים. הרובד השני, הוא היחידות להתפתחות הילד, המופעלות על ידי עמותות, מתנ"סים וקופות החולים, והרובד השלישי הוא המטפלים הפרטיים.

העומס על המכונים להתפתחות הילד גדול, וזמני ההמתנה אליהם ארוכים. דוח מבקר המדינה מ-2017 התייחס לבעיה זו וקבע שזמני ההמתנה לאבחון וטיפול בתחום התפתחות הילד חורגים בהרבה מאלה שקבע משרד הבריאות (עד שלושה חודשים) ולעיתים מגיעים לשנה ויותר.

הפנייה למכונים להתפתחות הילד איננה ישירה. הורים החוששים שלילדיהם בעיית התפתחות פונים קודם כול אל רופא הילדים המטפל בילד כדי לקבל הפניה למכון. רופאי הילדים אמונים על ניהול הטיפול בילדים שבאחריותם, והם אמורים לרכז את הטיפול אם מעורבים בו כמה גורמים רפואיים.

רפואת הילדים המסורתית הייתה ממוקדת בטיפול במחלות זיהומיות, אך בעשורים האחרונים יש הכרה גוברת שמוקד העבודה ברפואת ילדים משתנה ושבעיות התנהגות, בעיות התפתחות, מחלות כרוניות ובעיות סוציאליות תופסות חלק הולך וגדל מהבעיות שרופא הילדים פוגש בקהילה. בשנות השישים של המאה העשרים תבעו הגרטי, רוגמן ופּלס (Haggerty, Roghmann, & Pless, 1993) את המונח "תחלואה חדשה" כדי לתאר בעיות אלו. אבל למרות ההכרה הרחבה שתחלואה זו היא חלק מרכזי בתחלואת הילדים, עדיין לא השתנתה בהתאם ההכשרה של רופאי הילדים. תוכניות ההתמחות של רופאי הילדים בישראל נערכות רובן ככולן בבתי החולים ולא בקהילה ואינן כוללות בהכרח חשיפה לתחומים כגון התפתחות הילד או לבעיות רגשיות, התנהגותיות וחברתיות של ילדים.

לנוכח העומס במכוני התפתחות הילד, המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות הזמין ממכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל מחקר שנועד לבחון באיזו מידה רופאי הילדים יכולים להיות מעורבים בתחום זה ולתרום לקידום הטיפול בילדים עם קשיי התפתחות.

## 2. מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון ולתאר את תפיסותיהם של מנהלי מכוני התפתחות הילד בנוגע לתפקידם של רופאי ילדים בקהילה בתחום התפתחות הילד ולמעורבותם בתחום, בהיבטים שבהם מעורבות זו נוגעת לעבודת המכונים.

אלו היו שאלות המחקר:

- מהי המעורבות בפועל ומהי המעורבות הרצויה של רופאי ילדים בקהילה בתחום התפתחות הילד?
- באיזו מידה רופאי ילדים יכולים למנוע הפניות מיותרות?
- אם מעורבות גדולה יותר של רופאי ילדים בתחום זה רצויה, איזו הכשרה ואילו משאבים נוספים נדרשים כדי שרופאי הילדים יוכלו אכן להיות מעורבים יותר?

## 3. שיטת המחקר

המחקר נערך באמצעות ראיונות חצי מובנים. הראיונות תחמו והגדירו את נושאי השיחה אך השאירו פתח להעלאת נושאים נוספים על ידי המראיינים או על ידי המראיינות.

בשלב הראשון, בחודשים ינואר-פברואר 2019, נערכו ראיונות מקדימים עם שבעה מנהלים מתחום התפתחות הילד ורפואת ילדים בארבע קופות החולים ובמשרד הבריאות. ראיונות אלו נועדו להבין את מערך התפתחות הילד בקופה, את טיב הקשר בין מערך זה ובין הרפואה הראשונית ואת הציפיות של המנהלים מרופאי הילדים בתחום זה.

בשלב השני, בחודשים מארס עד מאי 2019, נערכו הראיונות שעמדו במוקד המחקר. ראיונות אלו נערכו עם 15 מנהלי מכוני, 12 מהם מנהלי מכונים בקופות החולים ו-3 מנהלי מכונים של משרד הבריאות.

הראיונות עם מנהלי המכונים עסקו בין השאר בשאלות אלו: טיב הקשר של המנהלים עם שירותים שונים של התפתחות הילד בקהילה; טיב הקשר של המנהלים עם רופאי הילדים בקהילה; עד כמה לדעת המנהלים מופנים למכון ילדים שאינם זקוקים לטיפול; עד כמה לדעת המנהלים רופאי ילדים בקהילה יכולים וצריכים להיות מעורבים באבחון בעיות בתחום התפתחות הילד ובטיפול בהן ואם הם זקוקים לשם כך להכשרה או למשאבים נוספים.

נערך ניתוח תוכן במטרה לאתר תמות מרכזיות. בשלב הראשון של הניתוח, שלוש החוקרות בצוות המחקר ניתחו בנפרד שניים מראיונות הליבה. לאחר מכן דנו ביניהן החוקרות כדי להגיע להסכמה בנוגע לחלוקה לקטגוריות שנועדו לשמש בהמשך לניתוח שאר הראיונות.

המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

## 4. ממצאים

### מעורבותם של רופאי הילדים מהקהילה בתחום התפתחות הילד

בקרב המרואיינים הייתה הסכמה רחבה שמעורבותם של רופאי הילדים בתחום זה מועטה ביותר. המרואיינים מעוניינים במעורבות רבה יותר של רופאי הילדים בהתייחסות לילדים עם בעיות בתחום התפתחות הילד, והם מפרטים באילו דרכים כדאי לדעתם שמעורבות זו תבוא לידי ביטוי:

- א. עריכת בירור רפואי ראשוני – רופאי הילדים יערכו בירור ראשוני בעצמם ויפנו את המטופלים לבדיקות מקדימות רלוונטיות שיחסכו זמן יקר כאשר הילד מגיע למכון או ישללו מראש את קיומן של בעיות שאין להן קשר לעיכובים התפתחותיים.
- ב. כתובת להורים מודאגים ומתן הדרכה וייעוץ – במקרים של בעיות התנהגות והתפתחות קלות, אם אין צורך באנשי מקצוע מתחום התפתחות הילד, רופאי הילדים יהיו כתובת להורים מודאגים וייתנו הדרכה וייעוץ.
- ג. הפניה ישירה למטפלים במקרים קלים – חלק קטן מהמרואיינים היו רוצים שלרופאי הילדים תהיה אפשרות להפניה ישירה אל מטפלים, למשל אל קלינאי תקשורת ופיזיותרפיסטים של הקופה או מטעמה, במקרים קלים ומוגדרים. בעת כתיבת הדברים, הקופות מגבילות את יכולתם של הרופאים הראשוניים, ובהם רופאי ילדים, להפנות ילדים ישירות אל מטפלים.
- ד. הפעלת שיקול דעת – רופאי הילדים יפעילו שיקול דעת לפני הפניית ילדים למכונים להתפתחות הילד, ולא יפנו אותם אוטומטית בעקבות בקשה או דרישה של ההורים או המלצה של גננת או אחות טיפת חלב. גישה שונה בשאלה זו עלתה אצל מיעוט מן המרואיינים, ולפיה מאחר שלרופאי הילדים אין די ידע בתחום זה, הם עלולים לגרום נזק וכלל לא רצוי שיסננו את הבקשות להפנות ילדים למכונים.
- ה. העברת מידע רלוונטי למכונים – ההפניה הכתובה היא כלי עבודה עבור הרופאים במכונים. הם היו רוצים לקבל מרופאי הילדים הפניות מפורטות יותר, הכוללות מידע רלוונטי שיסייע לצוות המכון להגיע לאבחנה: מצבו הבריאותי של הילד, מחלות קודמות, אשפוזים קודמים אם היו, מחלות במשפחה וכן מידע הקשור להתפתחות הילד, כגון עקומות גדילה, היקפי ראש ואף מידע שקשור להריון (מידע פרינטלי).

### מעורבות של גורמים נוספים באיתור ילדים עם עיכובים התפתחותיים

מן הראיונות ניתן להבין שברוב המקרים רופאי הילדים אינם הראשונים לאתר עיכובים בהתפתחות אצל הילדים שבטיפולם. הגורמים הפעילים בתחום זה הם בעיקר אחיות טיפת חלב וגננות (נוסף על ההורים). רוב המרואיינים דיברו בהערכה על הגננות והאחיות: הן מכירות טוב יותר את הילדים ופוגשות אותם כשהם בריאים וכשאפשר לעמוד טוב יותר על ההתנהגות היום-יומית שלהם, והן יודעות לזהות את המקרים הבעייתיים. בטיפת חלב גם יש זמן מובנה שמוקדש לבדיקת התפתחות. במקומות אחדים בארץ יש תוכניות לשילוב אנשי מקצוע מתחום התפתחות הילד בטיפות החלב, במטרה לשפר את איתור המקרים הבעייתיים.

### בעיות שמגבירות את העומס על המכונים

המכונים להתפתחות הילד עובדים בעומס רב. להלן בעיות המעצימות את העומס על המכונים:

הפניית ילדים לא מתאימים – הוזכרו שתי קטגוריות עיקריות של ילדים שלא אמורים להיות מופנים למכון: ילדים עם בעיות רפואיות (פיזיות) שאינן התפתחותיות, וילדים עם בעיות קלות וממוקדות שאינן מצדיקות את הפעלת כל המערך הרב-מקצועי במכון.

בעיות במערכות שירותים אחרות – מן הראיונות עלה שמערכת התפתחות הילד משמשת לפעמים פתרון למערכות אחרות, למשל למערכת החינוך ולמערכת בריאות הנפש, שיש בהן מחסור ומצוקת כוח אדם. כך למשל, מורים שמתמודדים עם כיתה של ארבעים ילדים ויותר לא יכולים להקדיש לכל ילד את מלוא תשומת הלב ולעיתים מפנים ילדים מתקשים, הזקוקים להשקעה רבה יותר ממה שהמורים יכולים לתת, לטיפול במכון להתפתחות הילד.

### **דרכים אפשריות להגברת מעורבות רופאי הילדים**

בראיונות עלו דרכים אחדות להגברת מעורבות רופאי הילדים בתחום, למשל:

1. הכנסת התחום לתוכניות התמחות ברפואת ילדים או להכשרה מיוחדת לרופאים שמתעניינים בתחום זה, ומתן אפשרות אחרי ההכשרה להקדיש חלק מזמן העבודה לבעיות בתחום זה;
2. מתן ייעוץ וירטואלי של רופאים מומחים לרופאי הילדים בקהילה כדי שיוכלו לתת מענה לבעיות שצצות אצל ילדים בלי להפנותם למכוני התפתחות;
3. מתן תמריץ לרופאי הילדים בקהילה לבצע בדיקות סקר, בעזרת כלים מתוקפים.

### **חסמים להרחבת מעורבותם של רופאי ילדים באבחונים ובטיפול בתחום התפתחות הילד**

המרואיינים העלו כמה חסמים מרכזיים המונעים לדעתם מרופאי הילדים בקהילה להיות מעורבים יותר בכל הקשור לאבחון ועיסוק בהתפתחות הילד:

1. אין לרופאים די זמן – זהו החסם החמור ביותר בעיני המרואיינים. המרואיינים סבורים כי רופאי ילדים בקהילה עובדים במציאות של מחסור תמידי בזמן. התורים עמוסים לעיפה, ובמהלך ביקור, שמוקצות לו מראש דקות בודדות, אין באפשרותו של רופא הילדים לבדוק את תקינות ההתפתחות של הילד. נוסף על כך, בשגרה, כאשר הילדים בריאים, הם אינם מגיעים לרופא הילדים, ואילו כאשר ילד חולה, אין אפשרות לבדיקה אמיתית של התפתחותו.
2. אופן התגמול לרופאים אינו מעודד את מעורבותם – חלק מרופאי הילדים בקהילה (כ-40% לפי ההערכות) עובדים כעצמאים ומתוגמלים בעבור ביקור, כך שאם הביקור אורך זמן רב והם רואים פחות ילדים באותו פרק זמן, התגמול שלהם קטן. המרואיינים סבורים כי בדיקת התפתחות דורשת זמן רב ויש לתגמל את רופאי הילדים בגינה.
3. אין לרופאים די ידע קליני – המצב בעת כתיבת הדברים הוא שבמסגרת התמחות ברפואת ילדים, הרופאים אינם חייבים לבצע רוטציה שתכלול את תחום התפתחות הילד, ורק מי שלומד מיוזמתו את התחום יש לו הידע הדרוש. גם לרופאי הילדים הוותיקים אין די ידע בתחום.

## 5. דיון

מנהלי המכונים שרואינו במחקר זה מעוניינים במעורבות רבה יותר של רופאי הילדים בתחום התפתחות הילד. הם רוצים לעבוד מול גורם רפואי בקהילה שהפנה את הילד לאחר שהפעיל שיקול דעת באשר לטיבה של הבעיה שהילד מתמודד איתה ובאשר לנחיצות ההפניה. לדעתם של מנהלי המכונים תפקידם של רופאי הילדים בקהילה הוא הפניית הילד לבדיקות רלוונטיות וטיפול במקרים קלים על ידי הדרכת ההורים.

לצד זאת, המרואיינים מציינים גם את החסמים שלתפיסתם מונעים מרופאי הילדים בקהילה או מקשים עליהם למלא את תפקידם כפי שהיה רצוי – מחסור בזמן, אופן התגמול ומחסור בידע. בעיות אלו עלו כבעיות קריטיות.

בישראל, בניגוד לארצות הברית למשל, אין לרופאי ילדים זמן המוקצה לרפואה מונעת (חוץ מאשר בטיפת חלב) שאותו ניתן לנצל גם לאיתור בעיות התפתחותיות, רגשיות ואחרות. ילדים מגיעים לרופא בדרך כלל במצבי חולי, כאשר יש בעיה חריפה שדורשת תשומת לב וטיפול. אחת מקופות החולים ("מאוחדת") ניסתה להנהיג "ביקור בריא" של ילדים, אך יוזמה זו נתקלה בקשיים ולא הפכה לחלק משגרת הטיפול.

יש המבקרים את תוכניות ההתמחות של מתמחים ברפואת ילדים על שאינן כוללות חשיפה לקהילה. ההתמחות נעשית רק (או כמעט רק) בבתי חולים, אך בסיום ההתמחות רוב הרופאים עובדים בקהילה. הם מגיעים לקהילה בלי שנחשפו לבעיות נפוצות של ילדים בקהילה, ובהן גם עיכובים בהתפתחות. כדי שרופאים יהיו מעורבים יותר בטיפול בבעיות אלו צריך למצוא את הדרך לחשוף אותם אליהן ולתת להם ידע רלוונטי.

המרואיינים הדגישו שאין להם ציפייה שרופא הילדים בקהילה ימלא תפקיד של רופא התפתחות. הם מצפים שימלא את תפקיד רופא הילדים ושיתייחס לבעיות בתחום התפתחות הילד כמו שהוא מתייחס לבעיות אחרות: יערוך בירור רפואי מעמיק ויפנה לבדיקות שיעזרו לו לעמוד על טיב הבעיה בטרם יחליט אם יש צורך להפנות לגורם הרפואי – מכון להתפתחות הילד.

## 6. המלצות

- מומלץ להכניס את תחום התפתחות הילד לתוכניות ההתמחות ברפואת ילדים. כמו כן, חשוב למצוא את הדרך להקנות ידע ולחשוף לתחום זה גם את רופאי הילדים שכבר סיימו את ההתמחות.
- מומלץ לתת לרופאים את האפשרות לערוך מפגשים ארוכים יותר עם ילדים שיש בקשר אליהם חשש לעיכוב התפתחותי, ועם הוריהם, ולתגמל את הרופאים על הזמן הזה.
- מומלץ לבדוק את האפשרות של קידום "ביקור בריא" תקופתי אצל רופאי הילדים. "ביקור בריא" יאפשר לרופאי ילדים לפגוש את הילדים שבהם הם מטפלים לא רק בשעת מחלה אלא גם כשהם בריאים ורגועים, וכך אולי יוכלו הרופאים לאתר בעיות התפתחות ובעיות רגשיות שקשה לתת עליהן את הדעת כשהילד חולה. כמו כן, "ביקור בריא" יאפשר לבצע בדיקות סקר ולעקוב אחר התפתחות הילדים. אפשרות זו מותנית בהקצאת מקורות תקציב הולמים מקופות החולים. כדאי לבדוק את האפשרות לשלב אחיות או אנשי מקצוע אחרים בסיוע לרופאי הילדים בבדיקות הסקר. דרך לשפר את האיתור בטיפות החלב

- ובגנים יכולה להיות הכנסת אנשי מקצוע מתחום התפתחות הילד למסגרות אלה, כפי שכבר נעשה במקומות אחדים בארץ.
- מומלץ לחזק ולפתח בקופות החולים מסלולי התייעצות (למשל ייעוץ וירטואלי) שבעזרתם יוכלו רופאי הילדים להתייעץ עם מומחים בתחום התפתחות הילד בלי שיפנו את הילדים למכונים.
  - חשוב להשלים את תמונת מעורבותם של רופאי ילדים בתחום זה על ידי מחקר שבו ירואיינו רופאי הילדים עצמם וכן האחראים לרפואת הילדים בכללותה בקופות החולים.

## דברי תודה

ברצוננו להודות למרואיינים, למנהלי המכונים להתפתחות הילד ולמובילי התחום בקופות החולים, על שהקדישו לנו מזמנם היקר ושיתפו אותנו בתובנות שלהם ובהשקפת עולמם ואף באתגרים שלפניהם הם עומדים.

תודה לאיגוד רופאי הילדים על היוזמה למחקר החשוב הזה ועל הסיוע הרב לאורך כל הדרך. אנו מודים לאיגוד על ההזדמנות להכיר את תחום התפתחות הילד.

גם המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ראה לנכון להיות מיוזמי המחקר ואף סייע במימונו, ותודתנו הכנה נתונה לו.

כמו כן אנו מודים לעמיתינו במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל על קריאת הטיטות ועל הערותיהם החשובות, ובמיוחד לברוך רוזן, ראש חטיבת המערכות, על הסיוע הרב בחידוד המסרים בדרך הנכונה ביותר.

# תוכן עניינים

1	1. סקירת ספרות ורקע למחקר
4	2. מטרת המחקר
5	3. שיטת המחקר
6	4. ממצאים
6	4.1 מעורבותם של רופאי הילדים מהקהילה בתחום התפתחות הילד
8	4.2 מעורבות של גורמים נוספים באיתור ילדים עם עיכובים בהתפתחות
8	4.3 בעיות שמגבירות את העומס על המכונים
9	4.4 דרכים אפשריות להגברת מעורבות רופאי הילדים מהקהילה
10	4.5 חסמים להרחבת מעורבותם של רופאי ילדים מהקהילה באבחונים ובטיפול בתחום התפתחות הילד
12	5. דיון
14	6. המלצות
15	מקורות



# 1. סקירת ספרות ורקע למחקר

עיקובים התפתחותיים כוללים מגוון רחב של בעיות שיכולות להוביל למוגבלויות פיזיות או מנטליות, ובהן מוגבלות שכלית, הפרעות על הספקטרום האוטיסטי, ליקויי למידה ושיתוק מוחין. ההערכה היא שבישראל לכ-10% מהילדים יש עיכוב בהתפתחות (משרד הבריאות, 2020g). בחלק מהמקרים מדובר בעיכוב קל שניתן להתגבר עליו באמצעות טיפול מתאים בזמן מתאים, וגם במקרים של עיכוב קשה יותר ניתן לשפר במקרים רבים את מצבם של הילדים.

בישראל יש מערך מסודר לאבחון ולטיפול בילדים עם בעיות התפתחות. מערך זה בנוי משלושה רבדים, ובראשו המכונים להתפתחות הילד (38 מכונים). במכונים אלו עובד צוות מקצועי מגוון הכולל רופאים מכמה תחומי התמחות וכן מטפלים במקצועות בריאות: פיזיותרפיה, קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק ועוד. רוב האבחונים וחלק מהטיפולים, במיוחד במקרים של ילדים עם בעיות מורכבות, נעשים במכונים. חלק מן המכונים שייכים למשרד הבריאות ומסונפים לבתי חולים ממשלתיים, אך רובם שייכים לקופות החולים. הרובד השני הוא כ-100 יחידות להתפתחות הילד. ביחידות אלו מתקיימים רוב הטיפולים, והן מופעלות על ידי עמותות, מתנ"סים וקופות החולים. הרובד השלישי הוא המטפלים הפרטיים שמטפלים לרוב במקרים הקלים יותר וביילדים בני 9 ויותר (משרד הבריאות, 2020g).

העומס על המכונים להתפתחות הילד גדול וזמני ההמתנה אליהם ארוכים. דוח מבקר המדינה מ-2017 (מבקר המדינה, 2017) עסק בבעיה זו וקבע שזמני ההמתנה לאבחון וטיפול בתחום התפתחות הילד חורגים בהרבה מאלה שקבע משרד הבריאות (עד שלושה חודשים) ולעיתים הם מגיעים לשנה ויותר. הדוח התייחס גם לחוזר הסמנכ"ל לפיקוח על קופות החולים משנת 2010 (משרד הבריאות, 2010) שקבע כי אם יתעכב האבחון או מתן הטיפול יותר משלושה חודשים יהיה הילד זכאי להחזר בגין רכישת שירות פרטי. דוח המבקר קבע כי גישה זו מעצימה את הפערים בין ילדים ממעמד חברתי-כלכלי גבוה ובין ילדים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך. עוד צוינו בדוח בעיות של חשש לפגיעה באיכות הטיפול בשל היעדר קשר מקצועי רציף בין המטפלים הפרטיים למטפלים מטעם קופות החולים. הדוח התייחס גם לחסמים נוספים שמקשים על ילדים לקבל את הטיפולים המגיעים להם, ובהם מצוקה כספית שגרמה לסגירת חלק מהמכונים, מצוקת כוח אדם רפואי ופרה-רפואי במכונים, פיצול האחריות למתן השירותים בין הגופים המטפלים ואי-מתן טיפולים הקבועים בחוק לילדים במסגרות החינוך המיוחד.

בהמלצות הדוח נקבע בין היתר כי יש צורך לבחון את המחסור הקיים במומחים בנוירולוגיית ילדים ובתחום התפתחות הילד ולמפותם אל מול מצבת כוח האדם הקיימת, לגבש תוכנית רב-שנתית להשלמת המחסור במומחים ולבחון צעדים להתמחות בתחומים אלו (מבקר המדינה, 2017).

הפנייה למכונים להתפתחות הילד איננה ישירה. הורים החוששים שלילדיהם בעיה התפתחותית פונים קודם כול אל רופא הילדים המטפל בילד כדי לקבל הפניה למכון. רופאי הילדים אמונים על ניהול הטיפול בילדים שבאחריותם, והם אמורים לרכז את הטיפול בהם, אם בטיפול מעורבים כמה גורמים רפואיים. הן הטיפול בילד והן רופאי הילדים יכולים לצאת נשכרים אם בשלב ההפניה למכון ינצלו הרופאים את ההזדמנות להיות מעורבים בתהליך הטיפול ולתרום לו.

זיהוי מוקדם של עיכובים התפתחותיים הוא קריטי להתחלת טיפול שיכול לשפר את מצבו של ילד ואת הסיכוי שישתלב טוב יותר בבית הספר ובחברה (Urkin, Bar-David, & Porter, 2015). אוברקלייד ועמיתיו (Oberklaid et al., 2013) הציגו ב-2013 דרכים לאיתור מוקדם של עיכוב התפתחותי ולהתערבות בקרב ילדים לפני גיל בית הספר. הם מדגישים את החשיבות באיתור ילדים אלו במסגרות חינוך של גילאי שנתיים-שלוש, שכן התערבות שתחל מאוחר מדי תעצים ותנציח את הפערים הגדולים שכבר נוצרו.

בהצהרת מדיניות מ-2006 קבעה האקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים שאבחון מוקדם של בעיות בתחום זה הוא חלק אינטגרלי מתפקיד רפואת הילדים הראשונית. האקדמיה המליצה על בדיקות סקר התפתחותיות תקופתיות, בגילים 9 חודשים, 18 חודש ו-30 חודש (American Academy of Pediatrics [AAP], 2006). חשוב לזכור שבישראל יש מערכת נוספת – טיפות חלב – שעוסקת ברפואה מונעת בקרב תינוקות ופעוטות ועושה בדיקות התפתחות תקופתיות לתינוקות. עם זאת, אף שאפשר לבקר עם ילדים בטיפת חלב עד גיל 6 (משרד הבריאות, 2020א), בפועל שיעור התינוקות והפעוטות המבקרים הולך ויורד עם הגיל, במיוחד לאחר גיל שנתיים (Rubin et al., 2017), כך שרופא הילדים הוא הגורם הרפואי המרכזי ולפעמים היחיד שאיתו יש להורים ולילדים קשר.

רפואת ילדים הייתה באופן מסורתי ממוקדת בטיפול במחלות זיהומיות (קוינט ופורטר, 2018). בעשורים האחרונים יש הכרה גוברת בכך שמוקד העבודה ברפואת ילדים משתנה ושבעיות התנהגות, בעיות התפתחות, מחלות כרוניות ובעיות סוציאליות תופסות חלק הולך וגדל מהבעיות שרופא הילדים פוגש בקהילה (קוינט ופורטר, 2018; AAP, 1993). בשנות השישים של המאה העשרים תבעו הגרטי, רוגמן ופּלס (Haggerty, Roghmann, & Pless, 1993) את המונח "תחלואה חדשה" כדי לתאר בעיות אלו. הגרטי ועמיתיו הצביעו על הצורך שרופאי הילדים יכללו במסגרת הטיפול שלהם רפואה מונעת, טיפול בבעיות התפתחות והתנהגות, טיפול בתחלואה כרונית וטיפול בבעיות הקשורות למשפחה (Haggerty et al., 1993). אבל, למרות ההכרה הרחבה שלתחלואה זו חלק מרכזי בתחלואת הילדים עדיין לא השתנתה בהתאם גם ההכשרה של רופאי הילדים.

תוכניות התמחות של רופאי הילדים בישראל מתקיימות רובן ככולן בבתי החולים ולא בקהילה ואינן כוללות בהכרח חשיפה לתחומים כגון התפתחות הילד או לבעיות רגשיות, התנהגותיות וחברתיות של ילדים. אף שלאחר סיום ההתמחות יותר ממחצית רופאי הילדים עוסקים ברפואת ילדים בקהילה כעיסוק עיקרי, רופא ילדים יכול לסיים את ההתמחות בלי שהתנסה ולו פעם אחת במרפאת ילדים קהילתית ובלי שנחשף לסוג הבעיות שייקל בהן בקהילה (קוינט ופורטר, 2018). עובדה זו עשויה להסביר את הממצא במחקרן של גביס ורז (2010) על השונות הרבה בידע של רופאי הילדים בתחום התפתחות הילד, בלי קשר למידת הוותק שלהם או למקום עבודתם. דיווח על כך שאין לרופאי ילדים די ידע בתחום התפתחות הילד אפשר למצוא גם במדינות אחרות, ובהן קנדה (Tassone et al., 2018), סינגפור (Choo, Yeleswarapu, How, & Agarwal, 2019) ופורטוגל (Nunes, 2010).

בסקר שנערך בקרב רופאי ילדים בישראל מצאו אורן ועמיתיו (Oren et al., 2011) כי אם הילדים חולים במחלות ילדים קלסיות, רוב רופאי הילדים מטפלים בהם בעצמם או בעזרתו של מומחה, לאחר ביצוע ההערכה הראשונית. לעומת זאת, במקרים של בעיות משפחתיות, נפשיות, חברתיות וחינוכיות מורכבות יותר (כגון התמודדות עם גירושין של הורים, בעיות רגשיות של מתבגרים, שימוש בסמים או הפרעת קשב וריכוז – ADHD) רוב הרופאים דיווחו שהפנו את החולה למומחה אחר, ללא הערכה ראשונית,

ולפעמים גם לא המשיכו לעקוב אחר המקרה. כלומר, רופאי ילדים נוטים פחות לקבל עליהם תפקיד מרכזי במצבים הקשורים ל"תחלואה חדשה" מאשר באלה הקשורים למחלות או למחלות כרוניות. לעומת זאת, מחקר שערך סנקי ועמיתיו (Senecky et al., 2007) מצא שרופאי ילדים בקהילה מרוצים מרמת תפקודם בתחום התפתחות הילד אם קיבלו הכשרה בתחום (ואפילו קצרה); אם קיבלו עדכונים קליניים בתחום הפסיכיאטריה; או אם הכשרתם הרפואית הייתה במדינה שבה תחום התפתחות הילד היה חלק מההתמחות ברפואת ילדים.

לנוכח העומס במכוני התפתחות הילד, חשוב לבחון באיזו מידה רופאי הילדים יכולים להיות מעורבים בתחום זה, וכך לתרום לקידום הטיפול בילדים עם קשיי התפתחות.

## 2. מטרת המחקר

מטרת המחקר הייתה לבחון ולתאר את תפיסותיהם של מנהלי המכונים להתפתחות הילד בנוגע לתפקידם של רופאי ילדים בקהילה בתחום התפתחות הילד ולמעורבותם בתחום, בהיבטים שבהם מעורבות זו נוגעת לעבודת המכונים.

ביתר פירוט, מטרת המחקר הייתה לבחון את תפיסות מנהלי המכונים בשאלות האלה:

- מהי המעורבות בפועל ומהי המעורבות הרצויה של רופאי ילדים בקהילה בתחום התפתחות הילד?
- באיזו מידה ילדים מופנים למכונים ללא צורך, ובאיזו מידה רופאי ילדים יכולים למנוע הפניות מיותרות?
- אם רצוי שתהיה יותר מעורבות של רופאי ילדים בתחום זה, איזו הכשרה ואילו משאבים נוספים נדרשים כדי לאפשר מעורבות כזו?

### 3. שיטת המחקר

המחקר נערך בשיטה איכותנית. הוא נסמך על ראיונות באמצעות שאלונים חצי מובנים, שתחמו והגדירו את נושאי השיחה אך השאירו פתח להעלאת נושאים נוספים על ידי המראיינים או על ידי המראיינות.

בשלב הראשון, כדי להכיר את שדה המחקר, נערכו ראיונות מקדימים עם שבעה מנהלים מתחום התפתחות הילד ורפואת הילדים בארבע קופות החולים ובמשרד הבריאות. ראיונות אלו נועדו להבין את מערך התפתחות הילד בקופה, את טיב הקשר בין מערך זה ובין הרפואה הראשונית ואת הציפיות של המנהלים מרופאי הילדים בתחום זה. הראיונות נערכו בחודשים ינואר-פברואר 2019.

בשלב השני נערכו הראיונות שעמדו במוקד המחקר: ראיונות עם 15 מנהלי מכונים, 12 מהם מנהלי מכונים בקופות החולים ו-3 מנהלי מכונים של משרד הבריאות. שתיים ממנהלות המכונים הן גם אחראיות לתחום התפתחות הילד בקופות החולים שאליהן הן משויכות. הראיונות נערכו בחודשים מארס עד מאי 2019.

אל שניים מהמראיינים בשלב זה הגענו בעקבות המלצות של מראיינים מהשלב הראשון, אך את רובם דגמנו בדגימה מכוונת מתוך רשימת מנהלי המכונים המופיעה באתר משרד הבריאות ומתעדכנת בקביעות. בזמן הדגימה ב-2019 הייתה הרשימה מעודכנת לאותה עת (משרד הבריאות, פברואר 2020).

הדגימה כוונה כך שתכלול מנהלי מכונים מכל קופות החולים וממשרד הבריאות, מהמרכז ומהפריפריה בצפון ובדרום. הפנייה למנהלים נעשתה באמצעות מכתב שנשלח בדואר אלקטרוני, שכלל הסבר על מטרת המחקר ובקשה לראיין אותם. נעשתה פנייה ל-21 מנהלים, 15 מהם נענו וראיינו. מנהלת נוספת הסכימה להתראיין רק כשהסתיים שלב איסוף הנתונים, ולכן לא רואיינה.

הראיונות עם מנהלי המכונים עסקו בין השאר בשאלות: טיב הקשר שלהם עם שירותים שונים של התפתחות הילד בקהילה; טיב הקשר שלהם עם רופאי הילדים בקהילה; עד כמה לדעתם מופנים למכון ילדים שאינם זקוקים לטיפול; עד כמה לדעתם רופאי ילדים בקהילה יכולים וצריכים להיות מעורבים באבחון ובטיפול בבעיות בתחום התפתחות הילד, ואם לשם כך הם זקוקים להכשרה או למשאבים נוספים.

הראיונות עם מנהלי המכונים, בשני השלבים, נערכו טלפונית בחודשים פברואר עד מאי 2019, ורובם ארכו 30-45 דקות. הראיונות הוקלטו בהסכמת המראיינים והועברו לתמלול. כל הראיונות נערכו על ידי צוות המחקר.

נערך ניתוח תוכן במטרה לאתר תמות מרכזיות. שני ראיונות שימשו כדי לקבוע מה יהיו הקטגוריות שעל פיהן ינותחו הראיונות כולם. לשם כך נותחו יחד על ידי שלוש החוקרות בצוות המחקר. אחר כך חילקו ביניהן החוקרות את תמלילי כל הראיונות, קראו אותם ביסודיות ועל פי הקטגוריות המרכזיות ותת-הקטגוריות שהוסכם עליהן איתרו את התמות המרכזיות. לצורך הניתוח נעשה שימוש בתוכנת נרלייזר לניתוח נתונים איכותניים (שקדי, 2011). התוכנה היא כלי עזר שאינו מחליף את שיקול הדעת של החוקרים בבניית הקטגוריות אך מקל את עבודת הסיווג והמיון של הנתונים.

המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל.

## 4. מתצאים

להלן נושאים מרכזיים שעלו בראיונות: מעורבות רופאי הילדים בתחום התפתחות הילד בפועל, והמעורבות הרצויה; מעורבות של גורמים אחרים (גנות, אחיות); בעיות חיצוניות שמגבירות את העומס במכונים להתפתחות הילד; חסמים שמקשים על רופאי הילדים להיות מעורבים בתחום, לדעת המרואיינים; ורעיונות שעלו אצל המרואיינים בנוגע לדרכים לשיפור המצב.

### 4.1 מעורבותם של רופאי הילדים מהקהילה בתחום התפתחות הילד

#### 4.1.1 המעורבות בפועל של רופאי הילדים

בקרב המרואיינים הייתה הסכמה רחבה שמעורבותם של רופאי הילדים בתחום זה מועטה ביותר, מועטה מכפי שהמרואיינים היו רוצים, וברוב המקרים רופאי הילדים בקהילה אינם מהווים גורם משמעותי ובעל תרומה לתהליך האיתור של ילדים עם עיכובים בהתפתחות, לזיהוי הבעיה ולטיפול בה. לדעת המרואיינים רופאי ילדים רבים כלל אינם סבורים שמעורבות בתחום היא חלק מתפקידם, והם ממהרים להעביר מטופלים לגורם טיפול אחר בלי לבצע פעולות בסיסיות שהמרואיינים היו מצפים שיבצעו. אחת המרואיינות אמרה זאת כך:

“הייתי רוצה שרופא הילדים יהיה הגורם הראשוני שמתייחס לבעיה, כמו שהוא הגורם הראשוני שמתייחס לבעיה בכל תחום רפואי אחר.” (מרואיינת מס’ 12)

#### 4.1.2 המעורבות שהמרואיינים היו רוצים שתהיה לרופאים

המרואיינים מעוניינים במעורבות רבה יותר של רופאי הילדים בהתייחסות לילדים עם בעיות בתחום התפתחות הילד, והם מפרטים באילו דרכים היו רוצים שמעורבות זו תבוא לידי ביטוי:

א. עריכת בירור רפואי ראשוני על ידי רופאי הילדים בקהילה בעצמם והפניה לבדיקות מקדימות רלוונטיות – התנהלות כזו תחסוך זמן יקר כאשר הילד מגיע למכון, ובמקרים מסוימים יישללו מראש בעיות שאין להן קשר לעיכובים בהתפתחות. מרואיינים מדגישים שמדובר כאן על רפואת ילדים ולא על רפואה התפתחותית:

“לא צריך להגיע להתפתחות הילד שאני אאבחן [...] צליאק או אנמיה.” (מנהלת)

נוסף על כך, רופאי הילדים יכולים לשלוח את הילד לבדיקות, כמו למשל בדיקת שמיעה: הרופא ישוחח עם ההורים בעקבות בדיקת השמיעה; ואם תתגלה לקות, הוא יפנה את הילד לגורם מטפל או לביצוע ניתוח (למשל ניתוח כפתורים), מבלי להתעכב זמן רב כדי להמתין לתור במכון להתפתחות הילד. המרואיינים הדגישו גם כי רופא הילדים הוא, בדרך כלל, דמות סמכותית וחשובה להורים, כך שהמלצתו ביחס לבדיקות נדרשות ולטיפול נדרש יזכו להיענות מצידם.

ב. הצעת שירותי רפואת הילדים בקהילה בתור כתובת להורים מודאגים ומתן הדרכה וייעוץ במקרים של בעיות התנהגות והתפתחות קלות שאין בהן צורך באנשי מקצוע מתחום התפתחות הילד – כפי שאמר מנהל מכון:

”יש להורים הרבה הרבה שאלות בנושא התנהגות של הילד - שינה, קשב, הרטבה - המון שאלות. הם זקוקים להדרכה [...] ילדים שבעצם מופנים למכון בגלל כל מיני בעיות התנהגות שאתה שואל את עצמך [...] הקהילה לא יכלה לפתור את זה?” (מרוויין מס' 2)

במקרים של בעיות רפואיות התפתחותיות קלות, רופא בעל ידע יכול להדריך, ולא נכון להפנות ילדים בגללן למכוני התפתחות. דוגמה שניתנה על ידי רבים מהמרוויינים היא בעיה המופיעה לעיתים אצל תינוקות: טורטיקוליס (הטיית ראש), מצב שניתן לתקן על ידי תרגילים פשוטים.

רופא הילדים יכול לשמש גם דמות מרגיעה להורים, במקרים שאין באמת סיבה לדאגה.

ג. הפניה ישירה למטפלים במקרים קלים, למשל לקלינאי תקשורת – רוב המרוויינים אינם מצפים מרופאי הילדים לקבל עליהם להפנות מטופלים היישר אל המטפלים, אבל חלק קטן מהם כן היו רוצים שלרופאים תהיה אפשרות להפניה ישירה במקרים קלים ומוגדרים, כגון:

”בעיות התפתחותיות שהם בדרגה קלה ומערבות דיסציפלינה אחת. כלומר, ילד שרק קצת מאחר בהליכה או, או משבש היגוי או לא מצויר טוב, אבל הוא תקין בשאר הדברים... הוא יפנה אותך לדיסציפלינה המתאימה ולא יערב ממש מכון שלם להתפתחות הילד, ויחסוך פה המון משאבים וזמן, ויאפשר למטופלים קשים יותר לקבל את הטיפול שלהם בזמן.” (מרוויין מס' 4)

בעת כתיבת הדברים, קופות החולים מגבילות את יכולתם של רופאי משפחה ורופאי ילדים (להלן, רופאים ראשוניים) להפנות ילדים ישירות למטפלים.

ד. הפעלת שיקול דעת לפני הפניית ילד למכון – המרוויינים היו רוצים שרופאי הילדים לא יפנו ילדים אוטומטית בעקבות בקשה או דרישה של ההורים או המלצה של גננת או אחות טיפת חלב, אלא שיתרשמו ממצב הילד ויפעילו שיקול דעת, ובמקרה הצורך יסבירו להורים שאין צורך בפנייה למכון. אם צריך, יעקוב רופא הילדים אחר מצבו של הילד. הפעלת שיקול דעת וסינון הפניות על ידי רופאי הילדים יכולים לעזור להבחין בין ילדים עם בעיות מורכבות, שבאמת צריכים לקבל טיפול במכונים, ובין ילדים עם ליקוי קל, שאין צורך שטיפולו במכונים. הבחנה כזו הייתה עוזרת לנצל טוב יותר את המשאבים הקיימים לטובת הנזקקים להם באמת.

גישה שונה בשאלה זו עלתה אצל מיעוט המרוויינים. הם גרסו שמאחר שלרופאי הילדים אין די ידע בתחום זה, הם עלולים לגרום לנזק ולא רצוי שיסננו כלל:

”רופאי ילדים בלי הכשרה נכונה לא מבינים את הדגשים ההתפתחותיים המתאימים. ואומרים להורים שהילד בסדר גמור כאשר הילד הוא ממש לא בסדר.” (מרוויינת מס' 14)

המרוויינים מייחסים ערך רב להיכרות של הרופאים בקהילה עם המטופלים שלהם, משום שזו יכולה לעזור להם בסינון הפניות; וכך, אם מתגלה אצל ילד איחור בציוור או שיבוש בהיגוי, הרופא יכול לטפל נקודתית בבעיה.

ה. העברת מידע רלוונטי למכונים – ההפניה הכתובה היא כלי עבודה בעבור הרופאים במכונים. הם מרגישים צורך בהפניות

מפורטות יותר, הכוללות מידע רלוונטי שיסייע לצוות המכון להגיע לאבחנה. חלק מהמרוויינים הביעו תחושה שרבים מהרופאים הראשוניים כלל אינם סבורים שהעברת המידע היא חלק מתפקידם:

“הרופא הראשוני הוא לא רואה את עצמו כגורם חשוב בהעברת מידע רפואי להתפתחות הילד, [...] או לא מבין את התפקיד הזה.” (מרוויין מס' 3)

הרופאים במכוני ההתפתחות זקוקים למידע רפואי: מצבו הבריאותי של הילד, מחלות קודמות, אשפוזים קודמים אם היו, מחלות במשפחה וכן מידע הקשור להתפתחות הילד, כגון עקומות גדילה, היקפי ראש ומידע שקשור להיריון (מידע פרינטלי). נדרש גם מידע על המשפחה ועל הרקע שלה. לרופאים בקהילה יש במקרים רבים היכרות ארוכה עם המשפחה, והם מכירים את נסיבות החיים, סביבת המגורים ואופן הטיפול בילד - מידע זה חשוב לרופאי התפתחות הילד.

חשוב לציין שלצד הבעת תסכול בנוגע למעורבות המועטה של רופאי ילדים בתחום זה, חלק גדול מהמרוויינים גם מביעים אהדה והבנה לקשיים. ידע לא מספיק ומחסור בזמן הם שמונעים לדעתם מרופאי הילדים בקהילה לפעול יותר בתחום. קשיים אלו יתוארו בפרק העוסק בחסמים.

## 4.2 מעורבות של גורמים נוספים באיתור ילדים עם עיכובים בהתפתחות

מן הראיונות ניתן להבין שברוב המקרים רופאי הילדים אינם הראשונים לאתר עיכובים בהתפתחות אצל הילדים שבטיפולם. הגורמים הפעילים בתחום זה הם בעיקר אחיות טיפת חלב וגננות (נוסף על ההורים). יחסם של המרוויינים לאיתור על ידי גננות לא היה אחיד, והיו שדיברו על “הפניות סתם”. עם זאת, רובם דיברו בהערכה על הגננות והאחיות וסברו שהן באמת מכירות יותר את הילדים ופוגשות אותם כשהם בריאים וכשאפשר לעמוד טוב יותר על ההתנהגות היום-יומית שלהם ושהן יודעות לזהות את המקרים הבעייתיים. בטיפת חלב גם יש זמן מובנה שמוקדש לבדיקת התפתחות. היו בקרב המרוויינים מי שצינו דווקא את הבעיה של רופאים שמזלזלים בהפניות של אחיות וגננות, וכך אפילו מחמיצים עניינים שדורשים תשומת לב. עם זאת, כפי שיתואר בפרק העוסק בבעיות שמגבירות את העומס על המכוני, ישנם רופאים הסבורים כי לפעמים הגננות מפנות למכוני ילדים שאינם צריכים באמת טיפול שם, לא בגלל איתור מוטעה אלא כדי להקל מהעומס בגן.

המרוויינים העלו דרך נוספת לשפר את האיתור ולתת מענה לבעיות קלות. הם הציעו לשלב בטיפות החלב אנשי מקצוע בתחום התפתחות הילד. אנשי המקצוע יוכלו לבצע התערבות קצרה ולהחליט אם להפנות את הילד למכון או לתת לו טיפול קצר מועד בטיפת חלב.

## 4.3 בעיות שמגבירות את העומס על המכוני

המכוני להתפתחות הילד עובדים בעומס רב. בראיונות עלו כמה בעיות המעצימות את העומס עליהם, ובהן:

### 4.3.1 הפניית ילדים לא מתאימים

שאלנו את מנהלי המכוני איזה חלק מהילדים שמגיע אליהם לא היו אמורים לדעתם להיות מופנים כלל למכון. מרוויינת אחת אמרה שלדעתה אין ילדים שלא היו אמורים להיות מופנים: בכל מקרה שלהורים יש דאגה, הילד אמור להגיע למכון. מרוויינים



אחרים דיברו על שליש עד רבע מהילדים. הוזכרו שתי קטגוריות עיקריות של ילדים שאינם אמורים להיות מופנים למכון - ילדים עם בעיות רפואיות (פיזיות) שאינן התפתחותיות, כגון ילד שאינו עולה במשקל; וילדים עם בעיות התפתחות קלות וממוקדות שאינן מצדיקות את הפעלת כל המערך הרב-מקצועי הקיים במכון, ובהם למשל ילדים עם טורטיקוליס, תינוקות עם גמישות יתרה וילדים עם קושי בהגייה של אותיות מסוימות או עם קושי גרפו-מוטורי.

#### 4.3.2 בעיות במערכות שירותים אחרות

מן הראיונות עלה שמערכת המכונים להתפתחות הילד משמשת לפעמים פתרון למערכות אחרות שיש בהן מחסור ומצוקת כוח אדם, וכך גורמת המצוקה להגדלת העומס על מכוני התפתחות הילד. אחת המערכות היא מערכת החינוך. מערכת זו סובלת מצפיפות וממחסור בכוח אדם. מרואיינת מתארת את התהליך שמביא למכון ילדים שאינם אמורים להיות שם:

“גננת שרוצה עזרה של גננת שי”ח [גננת שילוב], כדי שתהיה לה סיעת ותקל עליה קצת את העבודה, תופסת את ההורים ואומרת להם ‘תקשיבו, [הילד] חייב ריפוי בעיסוק, יש בעיה חמורה’ [...] ו[אילו] הורים מעבירים לי שאלונים שהילד תקין לגמרי [...] ואם אני אומרת ... שאני לא מפנה אותם לאבחון, אז אני מקבלת את ההורה הלחוץ שמתקשר פעם בשבועיים: ‘אבל הגננת אמרה, הגננת אמרה’. אז זה לא רק שמפנים אלינו סתם, אלא שאנחנו גם עושים אבחונים מיותרים, מתוך ידיעה.” (מרואיינת מס’ 13)

גם בתחום בריאות הנפש בקרב ילדים יש מחסור גדול באנשי מקצוע, והמכונים להתפתחות הילד מהווים חלופה נגישה יחסית. לדעת המרואיינים חלק מההפניות למכוני התפתחות הילד נובעות מאי-ידיעה בקרב רופאי הילדים; למעשה היו צריכים להפנות את הילד לפסיכיאטר, ולא לנוירולוג במכון. עם זאת, עלה מהראיונות שלא תמיד ברור בגיל הרך הגבול בין שני התחומים האלה.

#### 4.4 דרכים אפשריות להגברת מעורבות רופאי הילדים מהקהילה

בראיונות עלו דרכים אחדות להגברת מעורבות רופאי הילדים בטיפול בבעיות התפתחותיות ורגשיות. מאחר שאחד החסמים למעורבות רבה יותר הוא היעדר הכשרה רלוונטית, חלק מהפתרונות שהוצעו התמקדו בתחום זה. נוסף על ההצעה לשילוב התחום בתוכניות התמחות ברפואת ילדים הוצע גם לתת הכשרה בסיסית ופשוטה שתתמקד בהכרת אבני הדרך בהתפתחות ותאפשר לרופאים לעשות סינון מושכל בנוגע לילדים שזקוקים באמת להפניה למכונים.

הצעה נוספת הייתה לתת הכשרה מיוחדת לרופאים שמתעניינים בתחום זה ולאפשר להם אחרי ההכשרה להקדיש חלק מזמן העבודה שלהם לילדים עם בעיות קלות שרופאים אחרים יפנו אליהם. הרופאים שיוכשרו לא יחליפו את הרופאים ההתפתחותיים, אבל יהיו שלב ביניים ויוכלו להקל במקצת את העומס במכונים. נציין כי מודל דומה קיים כבר בתחום בעיות הקשב והריכוז, ובראיונות נשמעה עליו ביקורת בטענה שחלק גדול מהרופאים שהוכשרו לטפל בבעיות קשב וריכוז בוחרים לאחר סיום ההכשרה לעבוד באופן פרטי ולא בקופה, ושאותה בעיה עלולה להתעורר אם יבחרו במודל דומה לתחום התפתחות הילד.

שימוש בייעוץ וירטואלי שיינתנו רופאים מומחים להתפתחות הילד לרופאי ילדים בקהילה עלה גם הוא כהצעה שיכולה לעזור לרופאים בקהילה לתת מענה על בעיות התפתחותיות ורגשיות, בלי להפנות ילדים למכונים. אחת המרואיינות סיפרה כי בקופת החולים שלה קיימת אפשרות כזו ורופאים נעזרים בה.

מתן תמריץ לרופאי הילדים בקהילה לביצוע בדיקות סקר בעזרת כלים מתוקפים, כפי שנעשה במדינות מסוימות, עלה גם הוא בתור אפשרות שיש בה כדי לשפר את איתור הילדים שבאמת זקוקים לטיפול. רופא יצטרך למלא שאלון התפתחות (screening) על הילד בצמתים מסוימים בחייו ויתוגמל על כך.

## 4.5 חסמים להרחבת מעורבותם של רופאי ילדים מהקהילה באבחונים ובטיפול בתחום התפתחות הילד

המרואיינים העלו מספר חסמים מרכזיים המונעים מרופאי הילדים בקהילה להיות מעורבים יותר בכל הקשור לאבחון ועיסוק בהתפתחות הילד:

1. אין להם די זמן;

2. הם אינם מתוגמלים כראוי על מעורבות רבה יותר;

3. אין להם די ידע קליני.

מחסור בזמן – מהחסמים שהעלו המרואיינים, המחסור בזמן נתפס על ידם כחמור ביותר, והמרואיינים התייחסו אליו בכמה היבטים:

המרואיינים סבורים כי רופאי ילדים בקהילה עובדים במציאות של מחסור תמידי בזמן. התורים עמוסים לעיפה, ובמהלך ביקור, שמוקצות לו מראש דקות בודדות, אין באפשרותו של רופא הילדים לבדוק את תקינות ההתפתחות של הילד. יש לזכור כי נוסף על זמן הביקור הקצר, בזמן הביקור בדרך כלל יושבים מחוץ לחדרו של הרופא הורים וילדים נוספים, ובכך, לעמדת המרואיינים, יש כדי ליצור לחץ שאינו מאפשר לרופא להקדיש לילד את הזמן הנדרש לבדיקת התפתחות.

יתרה מזו, בראיונות עלה כי לרופאי הילדים בקהילה אין זמן מוגדר למעקב שוטף "רגיל" אחר הילדים שבאחריותם. בשונה ממקומות אחרים בעולם, כגון ארצות הברית, אין לרופא הילדים בארץ "משבצות זמן" ייעודיות לזימון מטופלים למעקב שגרתי. תוכנית שיזמה אחת מקופות החולים לביצוע מעקב כזה לא נחלה הצלחה. התוכנית הציעה ביקור של חצי שעה, שבו יבחן הרופא את ההתפתחות והגדילה של הילד, את ההרגלים שלו, את התנהגותו ועוד. התוכנית לא צלחה כיוון שהרופאים התקשו למצוא זמן להקדיש לה, וכאשר כן קבעו לה "זמנים ייעודיים", היו ביטולים רבים, בין השאר כיוון שההורים לא חשבו שיש היגיון בביקור אצל הרופא כאשר הילד מרגיש טוב. ואכן, טוענים המרואיינים, רופא הילדים רואה את הילד בדרך כלל במצב של חולי. בשגרה, כשהילדים בריאים, הם אינם באים לרופא הילדים; ובבדיקה של ילד כשהוא חולה, מנוזל או עם דלקת ריאות, למשל, אין אפשרות אמיתית לבדוק את ההתפתחות שלו. המרואיינים מעוניינים להנהיג סוג שונה של ביקור אצל רופא הילדים בקהילה.

אופן התגמול של רופאי ילדים – מהראיונות עלה עוד כי המחסור בזמן קשור גם לאופן התגמול של רופאי הילדים. חלק מרופאי הילדים בקהילה (כ-40% לפי ההערכות) עובדים בתור עצמאים ומתוגמלים לפי מספר הביקורים אצלם. וכך, אם ביקור אורך זמן רב ובשל כך הם רואים פחות ילדים, יהיה התגמול שלהם נמוך יותר. המרואיינים סברו כי בדיקת התפתחות דורשת זמן רב וכי יש

לתגמל את הרופאים בגינה. לעמדת חלק מהמרואיינים, אפילו רק התגמול עצמו היה מעודד את הרופאים בקהילה לעסוק יותר בהתפתחות הילד.

מחסור בידע – חלק מהמרואיינים העלו כחסם גם את המחסור בידע בקרב רופאי הילדים בקהילה. בעת כתיבת הדברים, אין הכרח לבצע רוטציה בהתפתחות הילד במסגרת ההתמחות ברפואת ילדים, כשם שבכלל אין דגש על רפואת ילדים בקהילה. ההתמחות ברפואת ילדים מבוססת על בתי חולים, ורק מי שהולך ולומד מיזמתו את תחום התפתחות הילד יש לו הידע הדרוש. לעמדת המרואיינים, רופאי הילדים צריכים לפחות הכשרה מינימלית בנושא התפתחות הילד וזקוקים גם להדרכות בסיסיות ברמת המרפאות הראשוניות (למשל הכשרה בקלינאות תקשורת). ואולם, לנוכח העומס הרב שבו עובדים רופאי הילדים בקהילה, המרואיינים אינם אופטימיים שההכשרות וההדרכות יקרמו עור וגידים.

נוסף על כך, לא רק לדור הרופאים הצעירים אין די ידע בתחום. המצב דומה אף בקרב רופאי הילדים המבוגרים יותר, כפי שציין אחד המרואיינים:

“יש בעיה בארץ ברמת המיומנות וההכשרה של הרפואה הראשונית. ולכן הייתי מטפל בזה לאורך כל מחזורי החיים של הרופאים [...] כלומר לרופאים הוותיקים - דרך מערך ההשתלמות של הקופות; סטודנטים לרפואה - דרך הפקולטות ובהתמחות ברפואת ילדים, ששם עיקר העבודה צריכה להיעשות. הייתי יוצר סילבוס שבהחלט חושף אותם לנושאים הללו על מנת שיגיע דור של רופאי ילדים שהשפה הזו לא זרה להם.” (מרואיין מס' 18)

חוסר הידע נובע, לדעת המרואיינים, מאי חשיפתם של המתמחים לתחום במהלך הלימודים:

“זו בעיה שהיא מול המועצה המדעית. המועצה המדעית לא מאפשרת למתמחים ברפואת ילדים לעבור הכשרה בהתפתחות הילד וככה זה נראה.” (מרואינת מס' 14)

להיעדרם של ההכשרה והידע יש ביטוי בפועל בחיים המקצועיים: הרופאים נתקלים בבעיות בתחום ההתפתחות, אך אין להם כלים להתמודד איתן:

“הם יושבים במרפאה בשכונה שבה לא רואים במשך עשר שנים אף [...] ילד שצריך טיפול נמרץ ורואים עשרות ומאות ילדים שצריכים להתפתחות הילד והם פעם אחת לא היו במהלך חמש שנים של התמחות במכון להתפתחות הילד. את יכולה לרשום את זה בגדול עם סימן קריאה ולשלוח את זה ישירות למועצה המדעית.” (מרואינת מס' 14)

## 5. דיון

מנהלי המכונים שראיינו במחקר זה היו רוצים לראות מעורבות רבה יותר של רופאי הילדים בתחום התפתחות הילד. מעורבות זו אינה צריכה לבוא לידי ביטוי במתן טיפול לילדים, שכן זהו לדעת המרואיינים תחום אחריות של המכונים, אלא בפעולות אחרות שיתבססו על הידע של הרופאים כרופאי ילדים ראשוניים ועל ההיכרות ארוכת הטווח שלהם עם המשפחות. פעולות אלו יוכלו לעזור ולחסוך זמן הן למכונים והן לילדים ולמשפחותיהם.

מהראיונות עולה שמנהלי המכונים רוצים מידה של שותפות עם הרופאים בקהילה. הם היו רוצים לעבוד מול גורם רפואי בקהילה שהפנה את הילד לאחר שהפעיל שיקול דעת בנוגע לטיבה של הבעיה שאיתה הילד מתמודד ובנוגע לנחיצות ההפניה. לדעתם של מנהלי המכונים תפקידם של רופאי הילדים בקהילה הוא הפניית הילד לבדיקות רלוונטיות, ובמקרים קלים הדרכת ההורים בהתמודדות עם הבעיה. חלק ממנהלי המכונים גם חשבו שהרופאים הראשוניים יכולים במקרים מסוימים להפנות ישירות לאנשי מקצוע.

המרואיינים מציינים גם את החסמים שלתפיסתם מונעים מרופאי הילדים בקהילה או מקשים עליהם למלא את התפקיד כפי שהם היו רוצים שימלאו אותו - מחסור בזמן, אופן התגמול ומחסור בידע. בעיות אלו עלו כבעיות קריטיות - עומס העבודה של רופאי הילדים גדול ואינו מאפשר לייחד את הזמן הדרוש למתן מענה הולם לבעיות התפתחותיות ורגשיות; רופאי הילדים בקהילה אינם מתוגמלים באופן שמעודד אותם להשקיע בילד עם בעיות בתחום זה את הזמן הדרוש; הרופאים אינם נחשפים במהלך ההתמחות לתחום התפתחות הילד, ולרבים מהם אין הידע הדרוש כדי לעמוד על חומרת הבעיות שמובאות אליהם. היו מרואיינים שסברו כי יש רופאי ילדים שגם אין להם רצון לעסוק בתחום זה ולכן הם נמנעים מלעשות אפילו את הפעולות הפשוטות שכל רופא אמור לעשות, למשל בדיקה גופנית בסיסית.

בישראל, בניגוד לארצות הברית למשל (Inkelas & Oberklaid, 2018), חוץ מאשר בטיפת חלב, אין לרופאי ילדים זמן המוקצה לרפואה מונעת, שאותו ניתן היה לנצל גם לאיתור בעיות התפתחותיות, רגשיות ואחרות. בדרך כלל ילדים מגיעים לרופא הילדים בקהילה במצבי חולי, כאשר יש בעיה חריפה שדורשת תשומת לב וטיפול. אחת מקופות החולים ניסתה להנהיג "ביקור בריא" בקרב ילדים, אך יוזמה זו נתקלה בקשיים ולא הפכה לחלק משגרת הטיפול בילדים.

יש לזכור גם שבישראל, ובמיוחד באוכלוסיות ספציפיות, ישנן משפחות מרובות ילדים, וייתכן שקשה מאוד לקיים ביקור שדורש התארגנות רבה אך אינו כורח המציאות. זאת ועוד, נראה שמבחינת התפיסה התרבותית, בישראל מקובל פחות מבמדינות אחרות ללכת לרופא לשם היוועצות או קבלת הדרכה, אם הילד בריא. רופאי הילדים פוגשים אפוא את הילדים רק במקרה של חולי, ואז תשומת ליבם מושקעת במחלה החריפה ולא בחלקים הרגשיים והאחרים.

רופאים משמיעים ביקורת על כך שתוכניות ההתמחות אינן כוללות די חשיפה לקהילה: בעוד ההתמחות נעשית רק (או כמעט רק) בבתי חולים, בסיום ההתמחות רוב הרופאים עובדים בקהילה. הם מגיעים לקהילה בלי שנחשפו לבעיות נפוצות אצל ילדים בקהילה, ובהן גם עיכובים בהתפתחות. כדי שרופאים יהיו מעורבים יותר בטיפול בבעיות אלו, צריך למצוא את הדרך לחשוף אותם אליהן ולציידם בידע בתחום זה.

מן הראיונות עולה שחלק (גודלו של החלק משתנה) מהילדים המגיעים למכונים, מגיעים לשם ללא הצדקה - אם מפני שהבעיות שלהם קלות ואינן מצריכות את המכון, אם מפני שאין להם כלל בעיה שמצריכה טיפול, ואם מפני שיש להם בעיה אבל היא איננה בתחום התפתחות הילד. בהקשר האחרון הוזכרו ילדים עם בעיות התנהגותיות, חברתיות ורגשיות שזקוקים לטיפול במערכת בריאות הנפש.

מרואיינים הדגישו שאין להם ציפייה שרופא הילדים בקהילה ימלא תפקיד של רופא התפתחותי. הם מצפים שימלא את תפקיד רופא הילדים ושיתייחס לבעיות בתחום התפתחות הילד כמו שהוא מתייחס לבעיות אחרות: יערוך בירור רפואי מעמיק ויפנה לבדיקות שיעזרו לו לעמוד על טיב הבעיה בטרם יחליט אם יש צורך להפנות את הילד למכון להתפתחות הילד.

בראיונות עלו שני הצדדים של הבעיה – הפניות-חסר והפניות-יתר (האחרונות שכיחות יותר). הפניות החסר עלולות למנוע טיפול מילד שזקוק לו, ואילו הפניות היתר כרוכות בבזבוז משאביהם המוגבלים ממילא של המכונים.

המרואיינים מייחסים ערך רב להיכרות ארוכת-הטווח של הרופאים הראשוניים עם הילדים והוריהם, לקשר של רופא הילדים בקהילה עם המשפחה ולכך שהרופא מהווה דמות סמכותית שההורים נותנים בה אמון. עם זאת, חלק מן המרואיינים מציינים שרופאי הילדים רואים את הילדים לרוב רק במצבי חולי, ולכן הם עלולים שלא להבחין בעיכובים התפתחותיים, אפילו חמורים.

במחקר זה בחנו את תפיסותיהם של מנהלי מכונים להתפתחות הילד בנוגע למעורבותם של רופאי ילדים בקהילה בתחום זה. בחרנו להציג את נקודת המבט של מרואיינים אלו בשל מומחיותם בנושא ובשל המקום שלהם במערך הטיפול, שממנו הם רואים מי הילדים המגיעים למכונים ומהם הצרכים שלהם. תפיסתם בנוגע לפעולות בקהילה שהיו יכולות לשפר את הטיפול בילדים אלו חשובה בעינינו. עם זאת, ערכנו כמה שיחות רקע עם רופאי ילדים ושמענו גם את נקודות המבט שלהם. כדי לקבל תמונה שלמה על הסוגיה צריך יהיה לראיין בהמשך רופאי ילדים נוספים על אודות ההתנסויות שלהם בתחום התפתחות הילד ועל תפיסותיהם בנוגע לתפקיד שהם יכולים למלא בתהליך הטיפול בילדים עם קשיים בתחום זה.

## 6. המלצות

- מומלץ להכניס את תחום התפתחות הילד לתוכניות ההתמחות ברפואת ילדים. כמו כן, חשוב למצוא את הדרך להקנות ידע לרופאי הילדים שכבר סיימו את ההתמחות ולחשוף גם אותם לתחום.
- מומלץ לתת לרופאים את האפשרות לקיים פגישות ארוכות יותר עם ילדים שיש חשש לעיכוב בהתפתחותם, ועם הוריהם, ולתגמל את הרופאים על הפגישות הארוכות יותר.
- מומלץ לבדוק את האפשרות לקידום "ביקור בריא" תקופתי אצל רופאי הילדים. "ביקור בריא" יאפשר לרופאי ילדים לראות את הילדים בריאים ורגועים, ולא רק במצבי חולי. בעת ביקור כזה אפשר יהיה לבצע בדיקות סקר ולעקוב אחר התפתחות הילדים. "ביקור בריא" מותנה בהקצאת מקורות תקציב הולמים על ידי קופות החולים. כדאי לבדוק את האפשרות של שילוב אחיות או אנשי מקצוע אחרים כדי לסייע בבדיקות הסקר.
- מומלץ לחזק ולפתח בקופות החולים מסלולי התייעצות (למשל ייעוץ וירטואלי) שבעזרתם יוכלו רופאי הילדים להתייעץ עם מומחים בתחום התפתחות הילד כדי לחסוך בהפניה למכונים.
- חשוב להשלים את תמונת מעורבותם של רופאי ילדים בתחום זה על ידי מחקר שבו ירואינו רופאי הילדים עצמם.

## מקורות

- גביס, ל. רוז, ר. (2010). בסיס הידע של רופאי ילדים בישראל בתחום התפתחות הילד. הרפואה, 149 (1), 17-14.
- מבקר המדינה. (2017). דוח שנתי 2017, עמודים 383-440: משרד הבריאות - טיפולים בתחום התפתחות הילד. <http://www.israelforkids.org.il/wp-content/uploads/חוד-יתנש-חוד-67-ב-לש-ב-67-יתנש-חוד>
- משרד הבריאות. (2010). חוזר 1/10 - סמנכ"ל פיקוח על קופות החולים ושירותי בריאות נוספים, שירותים בתחום התפתחות הילד, 21 בינואר 2010. [https://www.health.gov.il/hozer/sbn01\\_2010.pdf](https://www.health.gov.il/hozer/sbn01_2010.pdf).
- משרד הבריאות. (2020א). טיפות חלב - תחנות לבריאות המשפחה. [https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/health\\_centers/Pages/family\\_health\\_centers.aspx](https://www.health.gov.il/Subjects/pregnancy/health_centers/Pages/family_health_centers.aspx)
- משרד הבריאות. (2020ב). ילדים עם עיכוב התפתחותי. [https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child\\_development/Pages/default.aspx](https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child_development/Pages/default.aspx)
- משרד הבריאות. (2020ג). מערך התפתחות הילד. [https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child\\_development/Pages/child\\_development\\_complex.aspx](https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child_development/Pages/child_development_complex.aspx)
- משרד הבריאות. (פברואר 2020). מכונים מוכרים להתפתחות הילד. אוחר בינואר 2019, מתוך [https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child\\_development/Documents/child\\_development\\_Inst.pdf](https://www.health.gov.il/Subjects/KidsAndMatures/child_development/Documents/child_development_Inst.pdf).
- קוינט, י. ופורטר, ב. (2018). רפואת הילדים בקהילה בישראל בעשור הבא - ההכרח בשינוי. הרפואה, 157 (10), 646-649.
- שקדי, א. (2011). המשמעות מאחורי המילים: מתודולוגיות במחקר איכותני - הלכה למעשה. תל אביב: רמות - אוניברסיטת תל אביב.
- AAP (American Academy of Pediatrics), Bright Futures Steering Committee, & Medical Home Initiatives for Children with Special Needs Project Advisory Committee. (2006). Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: An algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*, 118(1), 405-420.
- AAP (American Academy of Pediatrics), Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. (1993). The pediatrician and the "New Morbidity". *Pediatrics*, 92(5), 731-733.
- Choo, Y. Y., Yeleswarapu, S. P., How, C. H., & Agarwal, P. (2019). Developmental assessment: Practice tips for primary care physicians. *Singapore Med J.*, 60(2), 57-62.
- Haggerty, R. J., Roghmann K. J., & Pless, I. B. (1993). *Child health and the community*. Piscataway, NJ: Transaction Publishers.

- Inkelas, M., & Oberklaid, F. (2018). Improving preventive and health promotion care for children. *Israel Journal of Health Policy Research*, 7. doi:10.1186/s13584-018-0259-3
- Nunes, C. (2010). Pediatricians' ideas about child development and education. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 24(4), 765-772.
- Oberklaid, F., Baird, G., Blair, M., Melhuish, & E., Hall. (2013). Children's health and development: approaches to early identification and intervention. *Archives of Disease in Childhood*, 98(12), 1008-1011.
- Oren, K., Shoham-Vardi, I., Reichman, B., Horev, Z., Katz, & M., Porter, B. (2011). Management of problems related to the new morbidity by community-based pediatricians in Israel. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 703-710.
- Rubin, L., Belmaker, E., Somekh, E., Urkin, J., Rudolf, M., Honovich, M. ... Grossman, Z. (2017). Maternal and child health in Israel: Building lives, *The Lancet Series*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30929-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30929-7)
- Satcher, D., Kaczorowski, J., Topa, D. (2005). The expanding role of the pediatrician in improving child health in the 21st century. *Pediatrics*, 115 (Supplement 3), 1124-1128.
- Senecky, Y., Inbar, D., Diamond, G., Grossman, Z., Apter, A. & Kahan, E. (2007). Pediatricians' satisfaction with their ability to care for children with developmental, behavioral and psychological problems. *Pediatrics International*, 49(4), 472-478.
- Tassone, M., Jegathesan, T., Han, R., Atkinson, A., Ng, S., & Young, E. (2018). Gaps in developmental pediatrics training: A Canadian resident physician perspective. *MedEdPublish*, 7(2), 68. <https://doi.org/10.15694/mep.2018.0000136.1>
- Urkin, J., Bar-David, Y., & Porter, B. (2015). Should we consider alternatives to universal well-child behavioral-developmental screening? *Frontiers in Pediatrics*, 3, 21.