

רפואת הילדים בקהילה בישראל בעשור הבא - ההכרח בשינוי

תקציר:

יעקב קוינט¹
בועז פורטר²

¹הנהלת תחום רפואת ילדים, אגף הרפואה, חטיבת הבריאות, מכבי שירותי בריאות; עמותת "גושן" לבריאות ורווחת הילד בקהילה; החוג לרפואת ילדים, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב
²מכבי שירותי בריאות; עמותת "גושן" לבריאות ורווחת הילד בקהילה

רפואת הילדים בקהילה בישראל מבוססת על רופאי ילדים שעברו התמחות בבתי החולים בארץ ובעולם. רפואת הילדים בקהילה הולכת ומשנה את פניה מרפואה העוסקת במקרים חריפים לרפואה העוסקת במגוון מחלות כרוניות, בעיות התנהגות, בעיות במשפחה ובחברה הקרובה, בעיות התפתחותיות, בעיות תזונה וגדילה, השמנת יתר, בעיות שינה, בעיות חינוך, חשיפה מוגזמת לאמצעים דיגיטליים מגוונים, מיעוט של פעילות גופנית מספקת, התמכרויות שונות, פגיעות לא זדוניות, התעללות בילדים ועוד.

הכשרת רופאי הילדים, המתבססת כיום רובה ככולה על רפואת בית החולים, לא מעניקה עד כה כלים מתאימים לעבודת הרופא בקהילה בהתייחס לתחלואה החדשה. כתוצאה מכך מעדיפים רופאים רבים לבחור שלא לטפל בבעיות אלה, להתעלם מהם או להפנות את הילדים ליועצים השונים בתחומי מקצועות הבריאות מחוץ לתחום המרפאה. חלק מהרופאים מנסה להתמודד בעצמו בטיפול בנושאים אלה, תוך כדי קריאה והכשרה עצמית שאינה מספקת לרוב ואינה כוללת.

מערכת הבריאות החל ממשד הבריאות, דרך ההסתדרות הרפואית והפקולטות לרפואה ועד לבתי החולים וקופות החולים חייבים לשנות את אופן ההדרכה של רופאי הילדים, הן בעת ההכשרה הראשונית בפקולטות לרפואה והן בעת ההתמחות ולאחריה כדי להכשיר דור חדש של רופאי ילדים שיוכלו להתמודד עם מספר הילדים ההולך ועולה הנזקקים לסיוע בבעיות שפורטו לעיל. יתירה מכך, גורמי הבריאות בקהילה, ובראשם רופאי הילדים, חייבים לשלב ידע ולשתף פעולה עם הרשויות המקומיות וגורמי הרווחה והחינוך כדי להעניק לילדים בישראל רפואה הוליסטית המתאימה לכל תחומי חייהם.

קידום הרפואה הראשונית במרפאה, בהתייחס לנושאים אלה, יחד עם שילוב רופאי הילדים עם גורמי הקהילה השונים, לאחר שיוכשרו כנדרש, ייטיב עם ילדי ישראל וישפר את התפתחותם הנאותה, יחד עם קידום בריאותם הגופנית, הנפשית והחברתית.

מילות מפתח: רפואת ילדים; קהילה.
:KEY WORDS Pediatrics; Community pediatrics

ההתמחות ברפואת ילדים

ההתמחות ברפואת הילדים נמשכת בישראל ארבע שנים וחצי וכוללת חשיפה לרפואת בית החולים במסגרת מחלקות האשפוז, אשפוזי יום, חדרי מיון, מחלקות ילודים ופגים, יחידות טיפול נמרץ ויחידות מקצועיות כמו המטור-אונקולוגיה, אנדוקרינולוגיה, גסטרואנטרולוגיה, פולמונולוגיה, נירולוגיה והתפתחות הילד, נפרולוגיה, קרדיולוגיה, רדיולוגיה, שיקום, גנטיקה, כירורגיה, מחלות זיהומיות, אימונולוגיה, אלרגולוגיה ועוד. בתוכנית ההתמחות המעודכנת [2] (31.3.2016) נקבע בסעיף ג' 6" חודשים במרפאת ילדים קהילתית או במרפאת ייעוץ כללי לילדים, בעבודה משולבת עם מחלקת ילדים או יחידת יום לילדים". לאחרונה הוספה לרשימת הבחירה בסעיף ד' האפשרות לשלושה חודשים נוספים של "מרפאת ילדים בקהילה". סעיפים אלה אינם מחייבים, ולכן יכול עדיין

הקדמה

בשנות השישים של המאה הקודמת כתב Haggerty [1] שרפואת הילדים המשתנה, בדגש על "תחלואה חדשה" הקשורה במחלות כרוניות, בעיות התנהגות, התפתחות, תזונה ולימודים ומצבי דחק הוריים, מחליפה את ה"תחלואה הישנה" שהייתה קשורה בעיקר במחלות זיהומיות מסכנות חיים. שינוי מגמות זה, המוסכם על רוב הקלינאים העוסקים בשטח, טרם מצא את ביטויו בהתנהלות המוסדית הקשורה לרפואת הילדים. שינויים אלה יחד עם מחסור הולך וגובר ברופאי ילדים בארץ מעמידים את קובעי המדיניות (הפקולטות לרפואה, המועצה המדעית של הר"י, משרד הבריאות, הנהלות בתי החולים והקופות) בפני אתגרים מדיים שישומם או אי שיומם ישפיע על יכולת המערכת להסתגל נכונה לצורכי העשור הקרוב בכל הקשור לרפואת הילדים בקהילה.

כיום מתמחה צעיר ברפואת ילדים לסיים התמחות מבלי שכך רגלו דרכה אי פעם במרפאת ילדים קהילתית.

למעלה ממחצית בוגרי התמחות ילדים (54.6%) עוסקים ברפואת ילדים קהילתית כעיסוקם העיקרי [3]. שיעור לא מבוטל נוסף שנשאר בבתי החולים פונה גם הוא לעסוק ברפואת ילדים קהילתית לצורך השלמת הכנסה מעבר לשעות העבודה בבית החולים. הכשרתם לעסוק ברפואת הילדים הקהילתית ה"חדשה" מוגבלת מאוד לנוכח האמור לעיל. ידיעותיהם דלות בנושאים מגוונים הכוללים הפרעות אכילה, ליקויי למידה, ליקויים התפתחותיים, בעיות התנהגות, אנורזיס/אנקופרזיס, פגיעות לא זדוניות, התעללות והזנחה, אלימות, התמכרויות מסך, סמים, עישון ואלכוהול, השמנת יתר, היעדר פעילות גופנית מסודרת, התמודדות עם מחלות כרוניות בקהילה ועוד. רופאי הילדים מתמצאים עוד פחות בהכרת הגופים הציבוריים העוסקים בילדים ותורמים רבות לרווחתם הנפשית (well being) ובהם גורמי בריאות קהילתיים (קופות חולים, טיפות חלב, לשכות בריאות ממשלתיות, גורמי בריאות הנפש, עמותות שונות כמו "בטרם" ואחרות), גורמי חינוך, רווחה וספורט.

ארגון הבריאות העולמי (WHO) הרחיב כבר לפני שנים רבות את הגדרת המושג "בריאות" (Health): "A state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" [4]. הגדרה רחבה זו מחייבת את רופאי הילדים מחד ואת מחנכיהם וקובעי המדיניות מאידך להיכנס לעובי הקורה בהכשרה ובפעילות הקלינית היומיומית למען בריאותם ורווחתם של הילדים המטופלים. בעבודה שנעשתה בישראל על ידי Oren וחב' [5], נבדקה האחריות הטיפולית שלקחו על עצמם רופאי הילדים בקהילה בנושאי רפואת הילדים ה"חדשה" לעומת לקיחת האחריות בנושאי רפואת הילדים ה"קלאסית". נמצא שרופאי הילדים לקחו "הובלה" בנושאי רפואת הילדים הקלאסית כמו מחלות זיהומיות, בעיות עור שכיחות, בעיות אורתופדיות וטראומות קלות בעוד שהעדיפו להפנות לגורמים אחרים בנושאי אלימות והתמכרויות, בעיות התנהגות בבית הספר, ליקויים בתפקוד המשפחתי, בעיות רגשיות, הפרעות קשב ופעלתנות יתר והתעללות פיזית ומינית.

מסקנת המחקרים הייתה שרופאי הילדים בקהילה מעדיפים להיכנס לעובי הקורה בעיקר בנושאים קלאסיים ופחות בנושאי רפואת הילדים החדשה, וכי הדרך לשנות זאת חייבת לעבור בהכשרה בסיסית מותאמת יותר, השתלמויות לאורך הדרך וארגון משאבים וזמן שונים בקהילה. המחסור הגובר ברופאי ילדים והעומס המוטל היום על כתפי הנותרים, יחד עם הכשרה בסיסית חסרה בתחומים החדשים, הופך משימה זו למאתגרת במיוחד.

בעוד שבשלהי המאה העשרים הושם הדגש על התחלואה החדשה ברפואת ילדים שכללה הפרעות התנהגות, בעיות רגשיות של ילדים, בעיות התפתחותיות, מצבי דחק שכיחים וליקויי למידה שונים, הרי שבתחילת המאה העשרים ואחת הורחבה ההתייחסות לנושאים נוספים, על פי Satcher וחב' [6], העוטפים את הילד ומשפיעים על בריאותו. שינוי אורחות החיים הנובע מהקידום הטכנולוגי יחד עם המדיה ותוכניות הריאליטי, מלווים ומלבים את התפרצות האלימות בבתי הספר, את הירידה בפעילות הגופנית של

הילדים ואת העלייה בצריכת התזונה הזולה והמהירה. כל אלה מתווספים לשינויים במבנה המשפחתי כמו, עלייה במספר המשפחות החד הוריות.

במקביל, עולה בכל העולם המערבי מספר המהגרים המתמקמים בפרברי הערים הגדולות לצד החברות המבוטסות. שינויים אלה גורמים להשפעה מכרעת על בריאות הילדים. המשמעות המלווה אותם, כמו גם דרכי ההתמודדות איתם מהבחינה הרפואית, אינה מוכרת ואינה ידועה לרופאי הילדים. שינויים אלה כבר גורמים לעלייה בתחלואה בקרב ילדים הנובעת ישירות ממצבם החברתי, המשפחתי, התזונתי והחינוכי בקהילה. אימהות חד הוריות בעלות הכנסה נמוכה סובלות מדיכאון פי 2-4 מנשים בכלל האוכלוסייה; ילדים מרקע חברתי כלכלי נמוך סובלים מעששת בשכיחות גבוהה

הרבה יותר מילדים בשכבות החזקות. בנוסף מצאו Satcher וחב' [6] כי שיעור חיסונים נמוך, שיעור גבוה של השמנת יתר, סוכרת מסוג 2, גנחת סימפונות אסטמה או היריון בגיל העשרה בארצות הברית שכיחים הרבה יותר בקרב שכבות חברתיות כלכליות ירודות. אוכלוסיות פגיעות אלה אינן רק נחלתן של ארצות מעבר לים, אלא גם נחלת החברה הישראלית על גווניה השונים.

שיעור הילדים באוכלוסיות הפגיעות בישראל הולך ועולה והתחלואה של הילדים עולה אתה. אין עוד ספק שגורמים סוציאליים, אתניים וחינוכיים משפיעים על בריאות הילדים, השפעה שתימשך לכל אורך החיים. רופא הילדים יכול לתת מרשם אך אינו יכול לוודא שהילד יקבל את התרופה, הרופא יכול להפנות ילד בעודף משקל לדיאטנית אך לא לוודא שהמשפחה תוכל לעמוד בקניית אוכל בריא, הניאונטולוג יכול להציל חיים בעזרת הנשמה מתקדמת, אך לא יכול למנוע

את שיעור הפגות הגבה באוכלוסיות חלשות, רופא הריאות יכול לרשום טיפול מונע לגנחת הסימפונות, אך לא יכול למנוע את שיעור המחלה הגבה בילדים שחיים באזורים עם זיהום אוויר גבוה, הכירורג יכול לתפור חתכים שנגרמו בבית הספר או בשכונה, אך אינו יכול למנוע את חזרתו של הילד לסביבתו האלימה. כל אלה מחייבים את רופאי הילדים להרחיב את תחומי התמחותם, כדי שידעו כיצד ניתן למנוע מחלות ויוכלו להשפיע על מקבלי החלטות במישור הקהילתי המקומי ובמישור הלאומי.

תפקיד רופא הילדים אינו מסתיים בדאגה לאוויר נקי ולאיכות מים גבוהה. רופא הילדים אמור בין השאר להתריע

רפואת הילדים החדשה שינתה את פניה ועוסקת היום יותר במחלות כרוניות, בעיות התפתחות והתנהגות, בעיות הזנה, השמנה, פגיעות לא זדוניות, התעללות בילדים והתמכרויות שונות כולל התמכרות לאינטרנט.

עיקר ההתמחות של רופאי הילדים נעשית עדיין בבתי החולים, שבהם מתמקדים בעיקר במחלות חדות קשות ובמחלות כרוניות מורכבות ופחות בנושאי רפואת הילדים המודרנית האופיינית לקהילה.

רופאי הילדים בעידן רפואת הילדים החדשה חייבים לקבל הכשרה מתאימה בצאתם לקהילה, יחד עם מעורבות יתר הוליסטית בעולמם של הילדים, תוך הכרת הבעיות החדשות ומעורבות בחיי המשפחה של הילד ועם גורמי הבריאות, החינוך, הקהילה והרווחה המעורבים בהתפתחותו ובבריאותו הנפשית והגופנית של הילד.

קרובות מאוחרת מדי. ילדים אלה מגיעים לבית הספר בפער עצום לעומת חבריהם שאינם פגיעים התפתחותית. שיעור של 12% בקירוב מילדי כיתות א' באוסטרליה דורגו על ידי מוריהם כסובלים מהפרעות בהתנהגות, ביכולת הריכוז וההקשבה, בהתפתחות ובעושר השפה, בנטייה להפרעות ואלומות ועוד. ילדים אלה לא אובחנו באופן רשמי כסובלים מליקוי כלשהו ואינם נכללים בקבוצות שאובחנו באופן רשמי כלוקות בספקטרום האוטיסטי, בהפרעות קשב וריכוז או בלקויות ספציפיות בהתפתחות השפה. פרופ' **אוברקלייד** (Oberklaid) מדגיש במאמר זה את הצורך ההכרחי באיתור ילדים אלה כבר במסגרות החינוך של גילאי שנתיים ושלוש והתערבות שתכלול את הילדים עצמם ובעיקר את הוריהם. פרופ' **אוברקלייד** מגדיר במאמרו את המשפחות הנכללות בקבוצות סיכון עיקריות המחויבות בהתערבות מוקדמת. אלו הם ילדים משכבות חברתיות-כלכליות נמוכות, באימהות חד הוריות בעיקר בגיל העשרה, באימהות שלא השלימו את חוק לימודיהן הבסיסי, בהורים הדוגלים בחינוך ספרטני וקשה לילדיהם, בהורים הלוקים בנפשם או בבריאותם הפיזית, במשפחות עם קונפליקטים זוגיים או עם התנהגויות אנטי-סוציאליות ובמשפחות מצוקה הסובלות מאבטלה וחוסר אמצעים. התערבות בקבוצות אלה (הורים וילדים כאחד) תאפשר קידום הילדים והבאתם לנקודת זינוק דומה לילדים אחרים לקראת התחלת הלימודים. הזנחת קבוצות אלה והתערבות שתחל רק לאחר התחלת הלימודים סבירה שתיכשל ותנציח את הפערים הקשים שכבר נוצרו.

דרכי פעולה אפשריות

- **קידום סדר עדיפות ארגונית מרפואת ילדים מרפאת חדה (acute curative) לרפואת ילדים מונעת** – העומס הניכר על רופא הילדים בקהילה והמחסור ההולך וגובר ברופאי ילדים בישראל מחייב הקצאת זמן ומשאבים לרפואה מונעת שתוכל לטפל בהיבטים שסוקרו לעיל. כדי להיכנס לעובי הקורה יש צורך בזמן ייעודי למטרות אלה מחד גיסא ולידע נרכש מאידך גיסא. על מקבלי ההחלטות במשרד הבריאות, בעיריות ובקופות לקדם נושאים אלה ולאפשר לרופאי ילדים המעוניינים לעסוק בכך זמן ומשאבים כדי לבצע זאת. משרדי ממשלה ובהם הבריאות, הרווחה והחינוך כבר נרתמו לפרויקטים חשובים בקידום ילדים בסיכון, אך תפקידו של רופא הילדים במערך עדיין זניח.
- **הכשרה תוך כדי פעילות** – כיוון שרופאי הילדים מקבלים קמצוץ בלבד מכל הקשור לנושאים אלה בזמן ההתמחות בבתי החולים, יש להכשיר את רופאי הילדים בקהילה בתחומים אלה. לפני כעשר שנים הוקמה עמותת "גושן" ששמה לה למטרה לקדם נושאים אלה באמצעות הכשרת רופאי ילדים בקהילה. לפני ארבע שנים הוחל בהכשרה שנמשכת שנתיים (שנה ראשונה תיאורטית ושנה שנייה מעשית) שבה משתתפים רופאי ילדים מומחים בקהילה. בסיומה של ההכשרה מוכרים בוגרי ההכשרה כבוגרי "גושן" ועוסקים בקידום נושאי רפואת הילדים ה"חדשה" בקהילה. על משרד הבריאות והר"י יהיה לייצר הכרה רשמית שתעודד את קידום הנושא ותכיר בחשיבותו.

על דיכאון ותלונות גופניות של ילדים הנובעים ממצבם המשפחתי הרעוע, הוא אמור לדווח ולמנוע היפגעות של ילדים ברחובות ובגנים הסמוכים למרפאתו, הוא אמור להתריע על אלימות שחווים הילדים המטופלים במרפאתו בבית הספר, על ילדים החוששים ללכת בבוקר לבית הספר ועל ילדים הקונים אוכל מהיר ולא בריא ליד בית הספר. כדי לעמוד במשימות אלה חייב הרופא לראות את עצמו כחלק מהקהילה על מוסדותיה החברתיים והחינוכיים. לצורך כך הוא חייב להכיר את המוסדות והנפשות הפועלות בסביבתו. משימות אלה נראות היום כחלום באספמיה. על מקבלי ההחלטות להביא לידי מימושן.

באותה שנה (2005) שבה התפרסם מאמרו של Satcher [7], פרסמה האקדמיה האמריקנית לרפואת ילדים (AAP) הצהרת מדיניות (Policy Statement) שכותרתה "תפקיד רופא הילדים ברפואת הילדים הקהילתית" (The Pediatrician's Role in Community Pediatrics). העקרונות שקבעה האקדמיה כוללים חמש נקודות עיקריות ותמציתן בתרגום חופשי היא: (1) הרחבת הפוקוס של רופא הילדים בקהילה מילד אחד לכל הילדים בקהילה; (2) הצורך בהכרה שגורמים כמו משפחה, גורמי חינוך ורווחה, גורמי חברה ותרבות, גורמי כלכלה וסביבה יחד עם גורמים פוליטיים, הם בעלי השפעה משמעותית מאוד (לטוב או לרע) על בריאותו ותפקודו של הילד; (3) הצורך בשילוב בין היישומים הקליניים לבין העקרונות של בריאות הציבור חיוני כדי להעניק טיפול מיטבי לילד הבודד כמו גם קידום הבריאות של כלל הילדים במשפחה, בבית הספר ובקהילה; (4) תפקיד רופא הילדים בקהילה להוות חלק אינטגרלי מהסביבה המקצועית המחויבת לילד וזאת באמצעות הכרה ושיתוף פעולה עם הורים ועם אנשי מקצוע מתחומי החינוך, הרווחה והחברה כדי להבטיח טיפול מיטבי בכלל הילדים. יש להדגיש את המחויבות הזו גם ובעיקר באותם ילדים ומשפחות שאינם נגישים לקבל סיוע מגורמים מקצועיים אלה עקב מעצורים סוציאליים, תרבותיים, גיאוגרפיים, כלכליים ופוליטיים או עקב מגבלות בריאות קשות.

תוכניות התערבות מסוג זה כבר מתקיימות ברחבי העולם המערבי ואחת מהתוכניות מובלת בשנים האחרונות על ידי פרופ' **פונק אוברקלייד**, במסגרת המרכז שהקים למען בריאות הילד בקהילה, הפועלת כחלק אינטגרלי של המרכז הרפואי המלכותי לילדים במלבורן, מחוז ויקטוריה באוסטרליה. פרופ' **אוברקלייד** הוא ממקימי עמותת "גושן" הישראלית שתוזכר בהמשך. במאמר מערכת שכתב Oberklaid בשנת 2011 [8], הוא מסכם את השינויים המתחייבים בהתנהלות רפואת הילדים בישראל: (1) שינוי תכניות ההתמחות וההדרכה לרופאי הילדים; (2) הרחבת משימות בתי החולים וקופות החולים בישראל לצורך מעורבות יתר בקהילה עם התייחסות לצורכי הילדים והמשפחות בעידן החדש; ו-(3) יישום משמעותי של עקרונות רפואה מונעת ואבחון מוקדם של ילדים פגיעים התפתחותית (Developmentally vulnerable) הזקוקים להתערבות מוקדמת.

במאמר נוסף של Oberklaid וחב' [9] שהתפרסם בדצמבר 2013 [9], נדונו הדרכים לאיתור מוקדם והתערבות בקרב ילדים לפני גיל בית הספר. ההתמודדות עם ילדים אלה לאחר התחלת הלימודים יכולה אומנם להועיל, אך לעיתים

שחלקן כבר עושה. רופאי הילדים בקהילה חייבים להביא בחשבון חלק בתכנון ובהצגת התכנים הראויים יחד עם גורמי החינוך, הרווחה והבריאות בקהילה. הגורמים המוניציפאליים חייבים לקרב את רופאי הילדים ולשתתף בוועדות השונות העוסקות בקידום בריאותם של הילדים בקהילה.

- **שינויים רגולטוריים** – משרד הבריאות חייב להקים גוף שירכז את הטיפול הכולל בבריאות הילד במדינה החל מרפואה מונעת, חיסונים ותזונה, דרך הדרכות, שינויי התמחות וקידום רפואת הילדים המונעת בקהילה וזאת יחד עם שינוי הפעילות בבתי החולים עם פנים לקהילה. יש להגביר את המעורבות ושותוף הפעולה עם גורמי החינוך והרווחה לצורך חיזוק אוכלוסיות ילדים פגיעות והפניית משאבים לשכבות החלשות בהן נפגעים יותר ילדים. משרד החינוך חייב להתחיל בפעילות איתור ותמיכה לילדים פגיעים התפתחותית (על פי אוברקלייד – Oberklaid) במסגרות החינוך הראשוניות החל מגילאי שנתיים ושלוש.

לסיכום

רפואת הילדים הקהילתית חייבת לצאת מבידודה וחובתה להשתלב בחברה במסגרתה היא פועלת. חייבים להכיר בחובת המעבר ממפגש קליני מצומצם במרפאה, לתחומים רחבים יותר של משפחה, סביבה, בתי ספר וגורמי רווחה המשפיעים לטוב או לרע על מצבו של הילד. רווחת הילדים קשורה קשר הדוק לבריאותם. ●

מחבר מכותב: יעקב קוינט

מטה מכבי, מכבי שירותי בריאותרחוב המרד 27 ת"א

טלפון: 03-5143920

פקס: 03-7952786

דוא"ל: Kuint_j@mac.org.il

סיכום מפורט וממצה של פעילות "גושן" התפרסם במרץ 2017 על ידי פורטר וחב'.

- **הכשרות בסיסיות במסגרת התמחות מוכרת** – כפי שתואר לעיל, אין היום חובה למתמחים ברפואת ילדים לצאת לקהילה, וגם אם הם יוצאים, הם אינם זוכים להכשרה המתבקשת לפי הנושאים שתוארו לעיל. יש לשנות את הנחיות המועצה המדעית באופן שתחייב יציאה בפועל לקהילה למשך חצי שנה עד שנה ולמלא רוטציה זו בתכנים הראויים שהוזכרו בסקירה זו. בנוסף, ההסתדרות הרפואית והמועצה המדעית חייבות להכיר בחשיבות נושאים אלה ולבחון שתי חלופות נוספות לפחות. חלופה אחת של תת-התמחות ברפואת ילדים קהילתית שתתחיל לאחר סיום ההתמחות ברפואת ילדים. מתכונת זו יכולה להיות דומה בארגונה להתמחות ברפואת משפחה המובלת כיום על ידי קופות החולים בהצלחה רבה. חלופה שנייה יכולה להתבצע באמצעות התחלת התמחות ילדים, כמקובל היום, שתפוצל לאחר שנתיים-שלוש למסלול אחד אליו יפנו המתמחים הרואים את עתידם המקצועי בבית החולים, ומסלול שני שיוקדש למתמחים הרואים את עתידם המקצועי ברפואת ילדים קהילתית. לאחרונה נעשה על די המועצה המדעית צעד ראשון וחשוב בנושא המאפשר רוטציה במרפאת ילדים מוכרת בקהילה לתקופה של עד תשעה חודשים.
- **הכשרות בסיסיות במסגרת הפקולטות לרפואה** – הפקולטות לרפואה עוסקות כיום בלימודי יסוד ובלמודים קליניים בבתי החולים. החשיפה של הסטודנטים לרפואה קהילתית אינה מספקת. רצון לקדם את הרפואה הקהילתית הן בילדים והן בבוגרים מחייבת שינויי תפיסה כבר בשלבים הראשונים. סטודנט שיבחר בכך יוכל להתעמק בנושאים אלה כבר בשלבים הראשונים של הכשרתו.
- **שינויים מוניציפליים** – העיריות והמועצות המקומיות חייבות להיכנס לנושא קידום הבריאות בתחומן כפי

ביבליוגרפיה

1. Haggerty RJ, Roghmann KJ & Pless IB, *Child Health and the Community*. New York: John Wiley & Sons, 1975.
2. Israel Medical Association, Scientific Council, letter 1316-2016-3, 31 March, 2016.
3. שמש ע', רותם נע, חקלאי צ' וחב', מאפיינים תעסוקתיים של הרופאים בישראל, משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, נובמבר 2012
4. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
5. Oren K, Shoham-Vardi I, Reichman B & al, Management of problems related to the new morbidity by community-based paediatricians in Israel. *Child: care, health and development* 37,5, 703-710, 2010.
6. Satcher D, Kaczorowski J & Topa D, The expanding role of the pediatrician in improving child health in the 21st century. *Pediatrics* 115:1124-1128, 2005.
7. Satcher D, Community, pediatrician, role of, definition of, profession. *Pediatrics* 115:1092-1094, 2005.
8. Oberklaid F, Addressing the needs of children and families in Israel: Strengthening community pediatrics. *IMAJ*, 13:178-179, 2011.
9. Oberklaid F, Baird G, Blair M & al, Children's health and development: approaches to early identification and intervention. *Arch Dis Child*, 98:1008-1011, 2013.
10. Porter B, Gadassi H, Grossman Z & al, Community Paediatrics in Israel: the "Goshen" model for change. *Arch Dis Child Month*, 2017.