**היסטוריית הנאונטולוגיה בישראל וחלוצי הרפואה בתחום בישראל**

**אמיתי, ניר1; גלובוס, עומר2; בר-עוז, בני בר-עוז2; שוורץ, שפרה1**

1בית הספר לרפואה ע"ש ג'ויס ואירווינג גולדמן, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע 84101, ישראל; [amitai@post.bgu.ac.il](about:blank) (נ.ע.), [shvarts@bgu.ac.il](about:blank) (ש.ש.)

2מחלקת טיפול נמרץ בילודים, בית החולים אסותא אשדוד, אשדוד, ישראל [globus@assuta.co.il](about:blank) (ע.ג), [bar.oz@mail.huji.ac.il](about:blank) (ב.ב.ע)

מחקר זה נערך במסגרת הדרישות לקבלת תואר דוקטור לרפואה (M.D.) מבית הספר לרפואה ע"ש גולדמן בפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב

**כותרת:** היסטוריית הנאונטולוגיה בישראל  
  
מחבר:

ניר אמיתי, [amitai@post.bgu.ac.il](about:blank)

שדרות דוד בן-גוריון 1

באר שבע

ישראל

**מילות מפתח:**נאונטולוגיה, היסטוריית רפואה, האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה   
  
**הצהרות:**  
-מימון - אין מימון להצהרה.  
-ניגוד עניינים - אין ניגוד עניינים להצהרה.  
-אישור אתי - מחקר זה אושר על ידי ועדת האתיקה של הפקולטה למדעי הבריאות (מס' 37-2023).   
-הסכמה להשתתפות - כל המרואיינים נתנו את הסכמתם לפרסום.  
הסכמה לפרסום - כל המחברים נתנו את הסכמתם לפרסום המחקר.   
-תרומת המחבר: ניר אמיתי ערך את המחקר ואת הראיונות; שפרה שוורץ, עומר גלובוס ובני בר-עוז פיקחו על המחקר.

**תקציר**  
  
**מטרה**: לחקור את הנסיבות שתרמו לפיתוח תחום הנאונטולוגיה והיחידות הנאונטולוגיות בישראל, ולהכיר בדמויות המרכזיות שמילאו תפקיד משמעותי בפיתוחים אלו.

**שיטות:** מחקר איכותני זה כולל ראיונות עומק חצי-מובנים עם קבוצת משתתפים שנבחרה במיוחד, לרבות רופאי ילדים, מנהלי יחידות טיפול נמרץ בילודים, מנהלים באיגוד הנאונטולוגיה הישראל וקובעי מדיניות ממשרד הבריאות בישראל. הראיונות נערכו בסביבה נייטרלית על מנת לאפשר למראויינים לחלוק את חוויותיהם ודעותיהם בפתיחות. כל המפגשים הוקלטו ותומללו מילה-במילה לשם דיוק. על התמלילים בוצע ניתוח תמטי במטרה לזהות דפוסים ונושאים חוזרים ולהשיג הבנה מעמיקה באשר לתפיסות המרואיינים. נוסף על כך, בוצע ניתוח של מסמכי מדיניות והנחיות של משרד הבריאות בישראל ושל ארגונים נוספים באמצעות ניתוח תוכן, וזאת כתוספת וכהרחבה לתובנות שהושגו מהראיונות. המחקר נערך בכפוף לתקני אתיקה מחמירים, לרבות קבלת הסכמה מדעת ושמירה על סודיות המשתתפים.

**מבוא**  
בשנות ה-70 המאוחרות, נולדה בבית החולים סורוקה שבבאר-שבע פגית במשקל 560 גרם בלבד וקטנה לגיל הריון (SGA). בזמנו, לא הייתה בידי בנק הדם בדיקה מודרנית לאיתור פתוגנים, והטיפול הנאונטלי עבור ילודים כה קטנים היה מוגבל. באותה התקופה, מנהל הפגייה, פרופ' מיכאל קרפלוס[[1]](#footnote-1), השתתף במשלחת רפואית באפריקה והותיר את פרופ' אשר טל[[2]](#footnote-2), מנהל אחת ממחלקות הילדים בסורוקה, לנהל באופן זמני את הפגייה.

התינוקת אושפזה בחדר נפרד, היות שתינוקות שנולדו במשקל כה נמוך לרוב זכו לטיפול מינימלי (אם בכלל). למרבה המזל, למרות גודלה, התינוקת לא הראתה סימנים של מצוקה נשימתית, ופרט לאנמיה, מצבה הכללי היה די טוב. עם זאת, סוג הדם שלה היה נדיר - A מינוס - כך שהיה קושי למצוא עבורה תורם מתאים. בצירוף מקרים גרידא, סוג הדם של פרופ' טל - מנהל הפגייה הזמני - היה גם A מינוס. בכל יומיים, תרם פרופ' טל 20 סמ"ק מדמו שלו באופן ישיר למחזור הדם של התינוקת. הודות למסירותו יוצאת הדופן, התינוקת שגשגה ושוחררה מהפגייה בסורוקה כעבור מספר חודשים. היא גדלה והמשיכה לנהל חיים נורמלים ובריאים.

סיפור זה ממחיש כיצד מסתגלת הרפואה לכלים הזמינים במסגרת שאיפתה המתמדת לממש את מטרה הבסיסית - לרפא. אמנם פרקטיקה שכזו אינה עומדת בסטנדרטים הרפואיים של ימינו תודות להתפתחות האדירה שחלה בטיפול בפגים במהלך העשורים האחרונים, אך היא מדגישה את ההתקדמות המשמעותית שהושגה בתחום. מחקר זה שואף לחקור את הנסיבות שתרמו לפיתוח תחום הנאונטולוגיה והיחידות הנאונטולוגיות בישראל, ולהכיר בדמויות המרכזיות שמילאו תפקיד משמעותי בפיתוחים אלו.

הקמתה של היחידה הנאונטולוגית הראשונה בישראל באמצע שנות ה-70 היא רגע מכונן בהתפתחות התחום במדינה. נכון לשנת 2024, התרחב התחום לכדי 27 יחידות המשולבות כמעט בכל בית חולים בישראל. התפתחות זו מסמלת תום עידן שבו טיפול בפגים ניתן לעתים קרובות מחוץ לבתי חולים וללא הנחיות ותקנות סטנדרטיות. בעוד שטיפול בפגים הפך להיבט שגרתי בפרקטיקה הרפואית בבתי חולים רבים, רק ב-1993 הציג משרד הבריאות מודלים נפרדים למימון המיועדים ספציפית לתחום הנאונטולוגיה.

ראשית הנאונטולוגיה בישראל

האזכור הראשון לטיפול מודרני בפגים בספרות הרפואית בישראל הופיע ב-3 במרץ 1955 בעיתון היומי "דבר". המאמר הכריז על פתיחתו הצפויה של מרכז טיפולי לתינוקות בירושלים ב-5 במאי 1955. המרכז צפוי היה לכלול 360 מיטות תינוקות, שמתוכן 30 יועדו לפגים, ואינקובטורים. מכשירים אלו, שהמציא לראשונה הרופא הצרפתי ז'אן-לואי פול דנוס ב-1857, הוכנסו לשימוש רק לאחרונה וסיפקו לפגים סביבה יציבה. המרכז הוקדם על ידי ארגון הנשים ויצ"ו, מלכ"ר המתמקד ברווחה, בקידום ובחינוך נשים בישראל ובעולם. אמנם המאמר לא פירט את הסיבות להקמת המרכז, אך זהו הציון המפורש הראשון בעיתונות המודפסת לרפואת פגים מודרנית בישראל העושה שימוש באינקובטורים. עם זאת, היה זה רק באמצע שנות ה-70 שהוקמו יחידות נאונטולוגיות בבתי חולים בישראל.

לפני כן, הטיפול בפגים בישראל התמקד בעיקר בוויסות חום גוף, תזונה, טיפול בתסמיני צהבת והספקת חמצן. בזמנו, לידות היו מתבצעות בבתי חולים ליולדות ולא בבתי חולים כלליים, כפי שמקובל כיום, כך שהגישה לרופאים מומחים הייתה מוגבלת. גם לאחר שתהליך הלידה הוכנס לבתי החולים והוגדר כהליך רפואי, פגים עדיין טופלו מחוץ לבתי החולים. הם הועברו במקום זאת למרכזים כגון אלו שהפעילה ויצ"ו, והיצע הטיפולים הזמינים במרזים אלו היה מוגבל ביותר.

ד"ר אגנטה גולן,[[3]](#footnote-3) נאונטולוגית בכירה מהמרכז הרפואי סורוקה בבאר שבע ומומחית באולטרה-סאונד מוח רפואי לפגים, ציינה כי בשונה מרפואה פנימית שהייתה מחולקת להתמחויות כגון גסטרואנטרולוגיה או נוירולוגיה, ברפואת פגים עסקו בתחילה רק רופאי ילדים כלליים. לדבריה "לקח כמה שנים עד שהבינו כי הטיפול בפגים מצריך שיקולים ייחודיים מעבר לרפואת ילדים כללית, וכי התחום ראוי להיחשב מומחיות בפני עצמה"[1]. ההבנה הזו הגיעה רק לאחר שהושקעו מאמצים נחושים לבסס את הטיפול בפגים כתחום התמחות. בעבר, תהליך התמחות העל (Fellowhsip) ברפואת ילדים התבסס על הכשרה רפואית רחבה ולא התמקד בהכשרה ספציפית ברפואת ילדים. כדי להנחיל את רפואת הפגים כתחום נפרד, היה צורך לשכנע את מחלקת האיגודים המדעיים של ההסתדרות הרפואית בישראל (IMA),[[4]](#footnote-4) ארגון רופאים מקצועי בישראל המפקח על ההכשרה הרפואית, להכיר באופן פורמלי בתחום ייחודי זה. מי שהובילו את הכנסתו של הטיפול הנאונטולוגי לישראל היו מומחים שעברו הכשרה בחו"ל - ובאופן ספציפי, במדינות כמו אנגליה, ארצות הברית וקנדה - וייבאו פרקטיקות רפואיות חדשות לארץ.

על מנת להתחקות אחר התפתחות הטיפול בפגים בבתי חולים בישראל ולתאר את הסיפורים האישיים של חלוצי התחום המרכזיים, בחרנו להתמקד במספר יחידות לטיפול נמרץ בפגים, או 'פגיות', בארץ. היחידות שנבחרו מייצגות את האזורים הגיאוגרפיים המגוונים בישראל וכוללות מרכזים בולטים שמייסדיהם עדיין נמצאים איתנו ויכולים לחלוק רשמים ממקור ראשון.

"ויצ"ו - המוסד לטיפול באם וילד" - מרכז טיפול חיצוני

"המוסד לטיפול באם וילד" של ויצ"ו היה אחד ממרכזי הטיפול בתינוקות הגדולים בישראל לפני שהוכנסו הלידות והטיפול בפגים באופן מלא לבתי החולים. המרכז, ששכן ברחוב אבן גבירול 30 בתל אביב, שימש גם בית חולים לאחיות. בראש המוסד עמד ד"ר ישראל לוי, חלוץ בתחום הנאונטולוגיה בישראל ומחבר ספר הרפואה הראשון בעברית העוסק בנאונטולוגיה - "הפג - התפתחותו והטיפול בו עד גיל שנה". ד"ר לוי נולד בבולגריה ב-1925 ושרד את מחנות העבודה במהלך השואה. לאחר מלחמת העולם השנייה, הוא פנה ללימודי רפואה בסופיה, אותם סיים ב-1950. לאחר שעלה לארץ, עבר הכשרה בבית החולים רמב"ם בחיפה ושימש רופא בכיר במרכז הרפואי קפלן ברחובות עד 1957, אז מונה לראש הפגייה במרכז של ויצ"ו, תפקיד אותו מילא במשך 20 שנה. במהלך שנות פעילותו, קלט המרכז של ויצ"ו תינוקות ממגוון בתי חולים בישראל, כולל מאזורי המרכז והדרום, כגון בית חולים סורוקה. מכתב שנשלח מד"ר לוי לידי ד"ר שטרן, מנהל בית החולים סורוקה, ב-30 באפריל 1973 מגלה כי המוסד של ויצ"ו קלט פגים מבית החולים סורוקה בשל עיכובים שחלו בפתיחת הפגייה שם. אולם, לאור הביקוש הרב למיטות במוסד, ציין ד"ר לוי שהחל מיולי 1973, לא יוכל עוד לקלוט חולים מסורוקה. החלטה זו מאירה זרקור על המגמה שהחלה להכנסת הטיפול בפגים לבתי החולים עצמם, תנועה שנראה כי ויצ"ו עצמה עודדה באמצעות הגבלת מספר הפגים שקלטה ממוסדות אחרים. סביר להניח כי הדבר האיץ את פתיחת הפגיות בבתי החולים.  
הליך זה השפיע גם על התוצאים בקרב אותם חולים. המוסד של ויצ"ו החל לקלוט באופן סלקטיבי חולים במצב קשה יותר, מה שגרם לעלייה בשיעורי התמותה מ-16.4% ב-1972 ל-21.8% ב-1973. דוגמה נוספת למגמה זו ניתן למצוא במכתבו של ד"ר לוי אל ד"ר רוברט חיימוב, מנהל המרכז הרפואי הלל יפה בחדרה, ב-30 באפריל 1972. במכתבו זה, מסרב ד"ר לוי לקלוט למוסדו כ-100 פגים בשנה בשל תפוסת יתר בבתי החולים.  
התכתבויות אלו מעניקות הצצה לתקופה בהיסטוריה הנאונטולוגית בישראל שבה בתי חולים הסתייגו מלטפל בפגים, ככל הנראה לאור העלויות הגבוהות הכרוכות והטיפול הנמרץ הדרוש. בזמנו, פגים עדיין לא נחשבו כחולים שווים במערכת הבריאות הרחבה. כתוצאה מכך, הטיפול הוענק על בסיס אזורי והתבסס יותר על תמריצים לבתי חולים מאשר על תכנון ריכוזי מצד משרד הבריאות.  
למרות המחקר, הציוד והמשאבים המוגבלים, העניקו המרכזים החיצוניים כגון ויצ"ו טיפול אנושי ומסור לפגים. דוח שערכה ויצ"ו לסיכום פעילותה במסגרת מלחמת יום כיפור ב-1973 מספק הצצה לאתגרים שעמדו בפניה. המלחמה שפרצה ללא הכנה תפסה את המכון בהפתעה ואנשי צוות רבים נקראו לשירות מילואים דחוף. הצוות המצומצם שנותר נאלץ להעביר את הפגייה למקלטים תת קרקעיים. האחיות נאלצו לשאת מספר תינוקות בבת אחת במהלך שינועם, ובשל היעדר כוח אדם מספק, הוציא המכון קריאה למתנדבים. אנשים ממגוון רקעים - סטודנטים, אנשי סגל אקדמי ואזרחים - עברו הכשרה מזורזת מידי האחיות וסייעו להן במשימות מנהלתיות, בחלוקת תרופות (תחת פיקוח), ואפילו בתפירת בגדים עבור תינוקות כהכנה לחורף.

התיאור ההיסטורי של ויצ"ו ממחיש את החוסן והמסירות של צוותי הפגיות בתקופה שבה הטיפול הנאונטולוגי היה עדיין בחיתוליו, וכן מספק מבט לשלביה המוקדמים של הגישה המתפתחת כלפי נאונטולוגיה בישראל.

בית החולים הדסה הר-הצופים בירושלים

אחת מהפגיות הראשונות בישראל הוקמה ב-1976 בבית החולים הדסה הר-הצופים בירושלים. מייסד היחידה היה פרופ' אייל ג. פביאן, שעבר את הכשרתו בממפיס, ארה"ב. על אף מומחיותו, נתקל פביאן במכשולים כבדים - גם מתוך בית החולים עצמו, וזאת בשל העלויות הגבוהות והחזר ההשקעה הנמוך מהטיפול בפגים.  
בזמנו, פעלו בישראל 28 בתי חולים וחלקם הציעו שירותי מיילדות. עם זאת, רוב הלידות עדיין בוצעו במרכזים ייעודיים לרפואת נשים ויולדות מחוץ לבתי החולים, כך שפגים רבים לא זכו לטיפול רפואי בבתי חולים.

ההזדמנות לשינוי הגיע עם מינויו של פרופ' סימון גודפרי, מומחה בריטי בעל שם עולמי במחלות ריאה בילדים, כראש מחלקת הילדים בבית החולים הדסה הר-הצופים (נא להזין תאריכים). פביאן שכנע את גודפרי להקים את הפגייה הראשונה בירושלים. בזכות המוניטין של פרופ' גודפרי, היה קשה להנהלת הדסה לסרב, והזדמנות זו שכנעה אותו להגר מאנגליה לארץ ולנהל את מחלקת הילדים החדשה הזו. נוסף על כך, הם השיגו מימון עבור אמבולנס ייעודי לפגים, קונספט שנכון לאותה תקופה כבר היה נפוץ בעולם מזה עשורים[2]. כך התאפשר לבית החולים לשנע יילודים הזקוקים לטיפול נמרץ מאזורים כגון רמאללה, הגדה המערבית ואפילו בין מדינות שונות. עם זאת, התהליך התקשה להתקדם בשל קונפליקטים פנימיים שנבעו בעיקר ממערכת המימון השלטת בבית החולים. בית החולים קיבל את המימון שלו מהביטוח הלאומי[[5]](#footnote-5) על בסיס מספר הלידות,[[6]](#footnote-6) מבלי להתחשב במורכבות הטיפול הנדרש. המערכת הציעה תמריץ פיננסי מועט ביותר להשקעה בקידום טיפול נמרץ לפגים, והדבר הביא להזנחה של התחום.

כתוצאה מכך, לאחר מספר שנים, ניצבה הפגייה בהדסה הר-הצופים בפני מגבלות על קליטת פגים מבתי חולים אחרים. אמבולנס הפגים, בניהולה של מחלקת הילדים, המשיך לתפקד לזמן מה. אולם, גם שירות זה קוצץ בסופו של דבר בשל מגבלות בכוח האדם הסיעודי, מה שמשקף את האתגרים הרחבים יותר ואת התמריצים הפיננסיים השליליים שעמדו בפני בתי חולים בבואם לתמוך בטיפול בפגים.[3]

בית החולים סורוקה בבאר שבע

את הפגייה באזור הדרום בישראל, בבית החולים סורוקה שבבאר שבע, ייסד פרופ' מיכאל קרפלוס, שרכש את השכלתו הרפואית באנגליה באוניברסיטאות ליברפול ומנצ'סטר. במסגרת הכשרתו, הוא עבד תחת פרופ' אוזמונד רויל ריינולדס, חלוץ בתחום ההנשמה המלאכותית לפגים. ב-1973, במהלך מלחמת יום כיפור, פגש פרופ' קרפלוס במקרה בד"ר ירון כהן, אימונולוג ממכון וייצמן. ד"ר כהן היה מעורב בהקמת פקולטה חדשה לרפואה באוניברסיטת בן גוריון ביחד עם משה פריבס. בעקבות פגישה מקרית זו, קיבל פרופ' קרפלוס השראה ליישם את הכשרתו בהקמת פגייה במרכז הרפואי סורוקה, שתעבוד בשיתוף בית הספר לרפואה באוניברסיטת בן גוריון.

בתחילה, הפגייה שהוקצתה לפרופ' קרפלוס כללה חדר אחד בלבד, שנראה כמו מסדרון ארוך, עם פינת אחיות בעמדת הקבלה. הפגים סודרו לפי מספרים מ-1 עד 9, כאשר העמדה הראשונה נשמרה תמיד עבור המקרים הקשים ביותר. דגם מודולרי זה אפשר לצוותים להתאים את סדר החולים בכל פעם שקלטו מקרה חדש. עם זאת, הפגייה נתקלה באתגרים משמעותיים כבר בשנותיה הראשונות, במיוחד בכל הנוגע להנשמת פגים, וזאת בשל היעדר ציוד חיוני כגון מנשמים. "כל פיסת ציוד חדש הייתה כרוכה במאבק ממושך." סיפר פרופ' קרפלוס, ושיקף את המגבלות הכספיות בתקופה התקופה, שנבעו מכך שנאונטולוגיה לא היה תחום רווחי עבור בתי חולים.[1]

במהל ביקור בקנדה, הצליח פרופ' קרפלוס להשיג תרומות עבור מדי חמצן חדשים לפגייה. על מנת לוודא שניתן יהיה לייבא את הציוד ולשכנע את רשויות המכס להרשות את הכנסתו, היה על פרופ' קרפלוס לתכן פרויקט מחקר ייעודי.

אתגר גדול נוסף היה לגבש צוות מנוסה, שכן לצוות הנוכחי לא היה ניסיון בטיפול בפגים. פרופ' קרפלוס היה הרופא היחיד בפגייה, אך הוא היה זקוק לצוות סיעודי בעל הכשרה ראויה. הוא פנה לכמה מאנשי הצוות הסיעודי בבקשה להתנדב ל'צוות החלוץ', ואלו שהתנדבו נשלחו להכשרה בת חודשיים בבית חולים אחר. רוב אנשי הצוות הסיעודי החדשים היו אחיות מעשיות, אך האחות הראשית הייתה אחות מוסמכת. רבות מאחיות אלו המשיכו לעבוד בפגייה עד לפרישתן, ועברו הכשרה מורחבת לתואר 'אחות מוסמכת'.

יותר מעשור לאחר שעלה הרעיון הראשוני להקמתה של הפגייה, היה זה ברור שהחדר שהוקצה לה אינו מספק לשם הענקת טיפול לכל הפגים. בעקבות זאת, החל בית החולים בתכנון חלל חדש להרחבת הפגייה. כדי להבטיח שהפגייה החדשה תתוכנן כראוי, נסע פרופ' קרפלוס לארצות הברית, ביקר במרכזים נאונטולוגים מובילים. וצבר ידע ותובנות לטובת הקמת הפגייה החדשה בסורוקה.

בית החולים סן ונסן דה פול בנצרת

בנצרת, עיר בישראל ששורשיה עוד מימי התנ"ך, פעלו שלושה בתי חולים אך באף אחד מהם לא הייתה פגייה. בשל כך, לפני שהוקמה הפגייה בבית החולים הצרפתי סן ונסן דה פול בעיר, נאלצו לעתים צוותים לבצע בפגים הנשמה מלאכותית ידנית במשך 4-5 שעות עד שאותר בית חולים סמוך עם פגייה. ד"ר ג'מאליה ג'ריס, שהשלים את התמחותו ברפואת ילדים בתחילת שנות ה-80, מספר כי אף אחד מבתי החולים הפרטיים בנצרת לא היה מוכן להקים פגייה בשל העול הכלכלי הכרוך בכך. כל מוסד קיווה שעמיתיו ייקחו על עצמם את האחריות לטיפול בפגים. בזמנו, שיעור הילודה בבית החולים הצרפתי עמד על כ-120 לידות בחודש. אולם, שיתוף הפעולה של בית החולים עם מחלקות ילודה אחרות הביא לשיפור בטיפול באם וביילוד ומשך עוד ועוד נשים ללדת בשעריו.

על ד"ר ג'ריס הוטלה המשימה לטפל בפגים, והוא חיפש בעלי ניסיון נוספים בבתי חולים בסביבה על מנת לשפר את איכות הטיפול. חרף מאמציו, רק לאחר שהתחלפה הנהלת בית החולים, עלה בידו לשכנע את ההנהלה החדשה להקים פגייה בבית החולים. בתחילה, הכילה הפגייה רק שלוש מיטות, אך היא הלכה והתרחבה בשלב מאוחר יותר ככל ששיעור הלידות עלה. כיום, כוללת הפגייה עשר מיטות. ד"ר ג'ריס מתאר את ההקמה הראשונית:

"התחלנו בקטן כשהקמנו את מחלקת הפגים, לא הייתה לנו בהתחלה יחידה ייעודית. השתמשנו בחדר תינוקות, הוספנו מנשם וציוד בסיסי, ולאט לאט פיתחנו את המחלקה לכדי פגייה לטיפול מקיף בילודים."

כשנשאל כיצד הצליח רופא ילדים צעיר להקים פגייה חדשה, הסביר ד"ר ג'ריס כי הוא נועץ רבות עם רופאים מומחים אחרים. אחת הבולטות שבהם הייתה נזירה בעלת ניסיון משמעותי בפגייה בבית חולים צרפתי בבית-לחם. המומחיויות שהביאה עימה היו כלי מרכזי בפיתוח היחידה הטיפולית החדשה. יש לציין שרק לאחר שתחום הנאונטולוגיה הוכר באופן רשמי בישראל כהתמחות רפואית, נאלץ ד"ר ג'ריס להשלים את הכשרתו הרשמית ולהשיג תואר בתחום. עוד ראוי לציין כי רק לאחר הקמת הפגייה שלו, נדרש ד"ר ג'ריס להשלים את הכשרתו הרפואית הרשמית ולרכוש תואר בנאונטולוגיה. בכך, הוא הבטיח כי הפגייה תמשיך לצמוח ולהתפתח בבית החולים שזכה להכרה רשמית מידי משרד הבריאות בסוף שנות ה-80.[4]

המרכז הרפואי מאיר בכפר סבא

הקריירה הנאונטולוגית של פרופ' ציפורה דולפין החלה בבית החולים קפלן, שם עבדה תחת ד"ר מריו ב. מוגילנר,[[7]](#footnote-7) אחד מחלוצי התחום, שרכש את הכשרתו הרפואית בארגנטינה. בתחילת שנות ה-80, היא עברה למרכז הרפואי שמיר[[8]](#footnote-8) ולאחר מכן השלימה התמחות בבית החולים לילדים בטורונטו.

ב-1988, הזמין ד"ר שלומי ענתבי[[9]](#footnote-9), המנהל החדש של בית חולים מאיר, את פרופ' דולפין להקים את הפגייה. באותה התקופה, היו חסרים בבית החולים התכנון והציוד המתאימים למשימה. פרופ' סימון גודפרי[[10]](#footnote-10), חלוץ נוסף בתחום הנאונטולוגיה בישראל, המליץ שלא להתקדם עם המהלך, מחשש לעלייה בשיעור תמותת תינוקות בפגייה החדשה.

על אף חששות אלו, החליטה פרופ' דולפין להיענות לאתגר. היא הסתמכה על הידע והניסיון הנרחבים שאותם צברה בפגיות שונות ברחבי העולם. שלב ההקמה הראשוני לא כלל שיתוף פעולה כלשהו עם מחלקות אחרות בבית החולים. הפגייה החלה לפעול ב-1988 בתוך מחלקת תינוקות, בחדר בודד עם שלושה מוניטורים בלבד. פרופ' דולפין ניצבה בפני אתגרים רציניים, ובראשם מחסור בצוות רפואי וסיעודי מוסמך. הדבר המריץ אותה לגייס אנשי צוות סיעודי בדחיפות.

אתגר משמעותי נוסף היה היעדר ציוד ומימון. עזרה בלתי צפויה הגיעה מחבר עורך-דין שסייע לה לקים קרן חיצונית עבור בית החולים. קרן זו מילאה תפקיד חיוני, שכן עד אז, תרומות שניתנו לבית החולים לא הגיעו במלואן לפגייה. הקרן הבטיחה שתרומות ישמשו באופן ספציפי את הפגייה ויסייעו לה להפוך לאחת הפגיות בעלות הציוד הטוב ביותר בארץ. הכספים מימנו גם הכשרה מקצועית, הן מקומית והן בינלאומית, עבור הצוות. הקרן גייסה כספים באמצעות אירועים ובאמצעות קשרים שרקמה פרופ' דולפין במהלך השנים, כמו גם בעזרת אנשים פרטיים שהביעו עניין מיוחד בתמיכה בפגייה. על פי הדיווחים, הנהלת בית החולים לא תמכה ברעיון של קרן נפרדת.

אחד הדברים הבולטים שאירעו בעקבות ההכשרה של אנשי הצוות הוא הפיכתה של הפגייה למובילה בינלאומית בתוכנית הפרטנית להערכה ולטיפול תומך ההתפתחות בפגים (NIDCAP). מטרותיה של גישה חדשנית ומבוססת מחקרית זו היו הפחתת הדחק שלו נתונים פגים, השפעה על תכנון פגיות, פיתוח פרקטיקות טיפוליות ויצירת סביבה תומכת עבור המשפחות.

במשך הזמן, זכתה הפגייה להכרה כמרכז לאומי לטיפול התפתחותי המציע הכשרה וסמינרים בתחום. אולם, הפגייה ניצבה מול אתגרים מתמשכים מול הנהלת בית החולים, כגון ההכרה באחת האחיות כרופאה / כדוקטור בטיפול התפתחותי. תוצאה נוספת של הכשרת הצוות הייתה השתתפות הפגייה בכנסי נאונטולוגיה בינלאומיים. פרופ' דולפין השתתפה בכנסים אלו על מנת להישאר מעודכנת באשר לפיתוחים חדשים ולזהות פרקטיקות מיושנות שניתן להחליפן בטיפול מודרני וטוב יותר.

נוסף על כך, פרופ' דולפין הובילה קורס להסמכת אחיות מעשיות מטעם משרד הבריאות. כיום, עם זאת, אין משרות רשמיות עבור אחיות מעשיות בישראל, היות שמשרד הבריאות אינו מתקצב תפקידים אלו. כתוצאה מכך, אחיות המסיימות את הקורס נאלצות לחפש בעצמן תפקידים או להישאר בתפקידי סיעוד רגילים ואינן יכולות להביא לידי ביטוי את מומחיותן.

פרופ' דולפין מציינת כי ללא מספיק רופאים מומחים בנאונטולוגיה, היעדר התחרות יביא לכך שאת הפגיות ינהלו אנשים שאינם מוכשרים כראוי לתפקיד. היא מדגישה את החשיבות בתוכניות התמחות בינלאומיות כשלב קריטי בהתפתחות המקצועית עבור נאונטולוגים.[5]

האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה

המאמצים הראשונים שהושקעו בטיפול בפגים הביאו ב-1984 לציון דרך חשוב בתחום בישראל - הקמת האיגוד הישראל לנאונטולוגיה (IAN). פרופ' יוסף שטרן (1913-1992), מנהלו הראשון של בית החולים סורוקה, ציין בבדיחות הדעת כי טרם הקמת הפגיות בישראל, פגים לא סבלו כלל מבעיות. אמירה זאת משקפת את האווירה שבמסגרתה התפתח תחום הנאונטולוגיה בישראל, בה הקולות והצרכים של פגים לא נשמעו ולא זכו ליחס. האיגוד, שהוקם בחסות ההסתדרות הרפואית בישראל, נועד להעניק לפגים את הקול הזה. האיגוד שאף לאפשר שיתוף של ידע בקרב רופאים מבתי חולים שונים, לחבר בין רופאי פגים בישראל ובין מקביליהם בחו"ל, ולהביא מומחים מחו"ל לישראל למטרת הכשרה מקצועית במקום לשלוח נציגים לחו"ל. כמו כן, האיגוד שם לו למטרה להשיג מנוף כלכלי אל מול חברות תרופות ומכשור רפואי.

ככל שהאיגוד הבשיל והתבסס, הוא החל לפעול למען מצבם של הפגים בישראל, לעסוק בפעילויות פוליטיות וליצור שיתופי פעולה עם מחלקות רפואיות בישראל כדי לקדם את תחום הנאונטולוגיה. מאמצים אלו נועדו ליצור מערכת תמיכה שתסייע לכל מי שעוסק בטיפול בפגים, ובכך, להזניק את פיתוח תחום הנאונטולוגיה בישראל ולסייע לו לזכות בהכרה. מבחינה היסטורית, הגישה של מערכת הבריאות הישראלית כלפי טיפול בפגים הייתה מקובעת בתפיסה שלפיה יילודים אינם 'פציינטים' במלוא המובן. תפיסה זו באה לידי ביטוי במודל המימון, שבמסגרתו אותם המשאבים הוקצו הן לפגים הזקוקים לטיפול נמרץ או ממושך והן לתינוקות בריאים. בתחילת שנות ה-90, פנה האיגוד, בהובלת פרופ' אהוד זמורה[[11]](#footnote-11), לשעבר יו"ר האיגוד ומנהל הפגייה במרכז הרפואי סורוקה, לטפל בחוסר שוויון זה. האיגוד פעל יחד עם משרד הבריאות לבניית סטנדרט טיפולי עבור פגיות בכל רחבי המדינה. ב-1994, הם חיברו מסמך המכונה "ועדת בויקס" ע"ש העומד בראשה - פרופ' חיים בויקס, רופא ילדים ישראלי ששימש דיקאן הפקולטה לרופאה באוניברסיטת תל אביב בשנים 1988-1983.[[12]](#footnote-12) למרבית הצער, דו"ח זה לא פורסם מעולם, וההמלצות שנכללו בו לא הוטמעו ולא זכו למימון. האיגוד, שהבין את הצורך בשיפור הטיפול בפגים, הכיר בהכרח לאסוף נתונים מקיפים על תוצאים קליניים בקרב פגים. אנשי האיגוד פעלו ללא לאות להשמיע את קולם של חולים פגיעים אלו, והדגישו כי היעדר נתונים מספקים מהווה מכשול רציני בפני קידום יעיל של המטרה ובפני שיפור הסטנדרטים הטיפוליים.

פרופ' בריאן רייכמן,[[13]](#footnote-13) מומחה לנאונטולוגיה ומנכ"ל בית החולים לילדים ע"ש אדמונד ולילי ספרא, יזם וערך, בשיתוף מומחי נאונטולוגיה נוספים, סקר כלל ארצי המתמקד בתוצאים קליניים של פגים ופעוטות שנולדו לפני הזמן. הסקר נערך במטרה לאסוף מפגיות גוף נתונים מקיף, הכולל את מספר התינוקות שטופלו, שיעורי השרידות שלהם ומדדים מרכזיים נוספים. תהליך זה התבסס על ההבנה כי מידע זה הינו חיוני עבור נאונטולוגים, לא רק לשם הערכת הפרקטיקות והתוצאים על פני מגוון מחלקות, אלא גם ככלי עזר עבור משרד הבריאות. יתרה מכן, הסקר העניק חיזוק לקמפיין למען ההכרה בפגים כפציינטים לגיטימיים הראויים לפיצוי הוגן, שכן הוא העריך כי שיפוי כלכלי עשוי לתמרץ בתי חולים לשפר באופן מתמשך את הפגיות ולציידן כראוי.

בהדרגה, הלכה והתבהרה ההשפעה של מאמצים אלו בקרב מערכת הבריאות. ב-1993, בעקבות מסע הסברה עיקש מצד האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה, הוא הוזמן לשמש חבר במועצה הארצית שהקים משרד הבריאות זמן קצר לפני כן. המועצה, שהתמקדה בתחילה בגניקולוגיה ובגנטיקה, הרחיבה עד מהרה את פעילותה ועסקה גם בנאונטולוגיה. הדבר משקף את חשיבותו ההולכת וגדלה של התחום. באסיפת הפתיחה של המועצה הארצית בסוף שנת 1993, נדון הצורך במאגר נתוני נאונטולוגיה מרוכז ותפקידו ככלי מרכזי בשיפור וקידום הטיפול בפגים.

בעקבות כך, נוצרה ועדת משנה שתפקידה לפקח על יוזמה זו, והמלצותיה הועברו ב-1994 למשרד הבריאות. עבודת שטח זו שבוצעה במהלך 1994 הגיעה לשיאה עם הקמת מאגר הנתונים ב-1995, מתוך הסכמה כי הנתונים על אודות פגיות ספציפיות יישארו חסויים והגישה אליהם תהיה פנימית ולמטרות התפתחותיות בלבד. מאגר הנתונים לא שימש רק את הפגיות הכלולות בו, אלא גם סיפק נתונים יקרי ערך לועדות הכנסת ולחשב הכללי, שהתבססו על משאב זה בעת חיבור דוחות וגיבוש מדיניות בריאות. מאגר הנתונים גישר, למעשה, על פער המידע שעיכב בעבר את קידום הטיפול בפגים ואת פיתוח המדיניות.

בתחילה, הכיל המאגר פרטים מקיפים: פרקטיקות תפעוליות, מקומות נוכחיים בדירוגי תמותת פגים, ודוחות מקרה של זיהומים, כולל מידע המתייחס לפגיות עצמן. בזכות כך, יכלו ראשי מחלקות לבצע בקרות פנימיות וליישם שיפורים אם, לדוגמה, התגלה מספר יוצא דופן של פגים שלקו בדלקת מעי נמקית. לפי התיאוריה הרווחת, למחלקות שבהן נצפו מקרים רבים של מצבים כגון רטינופתיה יהיה תמריץ רב יותר לבצע שיפורים אם הן "חמושות" בנתונים ממשיים שיכולים להכווין אותן. במקרים כאלו, אימצו המחלקות את העיקרון לפיו "אם אפשר למדוד זאת, אפשר לתקן זאת."[6]

הדיווחים הארציים שהופקו על בסיס מאגר הנתונים הוגשו למשרד הבריאות ללא ציון פרטי הפגיות עצמן, וזאת על מנת להבטיח שמירה על סודיות ולעודד את הפגיות לשתף נתונים מלאים וללא חשש.

אחד הממצאים הראויים לציון שעלו מהמאגר הוא שיעור חריג של הריונות מרובי עוברים שהביאו ללידות פגים רבות במיוחד, ובאופן ספציפי, מספר יוצא דופן של לידות שלישייה ברחבי העולם. הממצא הוביל להערכה מחודשת של פרוטוקולי הפריה מלאכותית (IVF) ולקריאה לשים דגש על תוצאה חיובית עבור תינוק אחד במקום על לידה מוקדמת של מספר תינוקות. דוחות נוספים שהופקו מהמאגר הביאו לשינוי בהנחיות לגבי הפריה מלאכותית ותרמו להפחתה של כ-70% בלידות שלישייה מוקדמות.

יתר על כן, המאגר שימש משאב חשוב ביותר לקידום הנושא במישור הפוליטי, דבר המדגים את השפעתו העצומה על תחום הנאונטולוגיה ברמה הארצית. החשב הכללי השתמש גם הוא במאגר בבואו לשים דגש על טיפול בפגים. נוסף על כך, הנתונים הופצו לועדות חקיקה שדנו במצב הפגים והפגיות, ואפשרו לועדות לקבל החלטות מדיניות מבוססות נתונים.

גישה זו עמדה בפני אתגר ב-1994 מצד קבוצת נאונטולוגים פרואקטיביים, וביניהם פרופ' אהוד זמורה מהאיגוד הישראלי לנאונטולוגיה. הקבוצה הציגה עמדה מקצועית המפרטת את העלויות והצרכים הייחודיים הכרוכים בטיפול בפגים, ופעילותה הביאה לרפורמות מרחיקות לכת במערכת תשלומי הבריאות. בשנת 1993, עלה בידיהם לשכנע את משרד הבריאות לאמץ מודל מימון המכיר בצרכיו של הטיפול בפגים ותומך בהם כראוי. רפורמה זו הציגה לראשונה את המושג "פג הזכאי לביטוח לאומי", החל על פגים במשקל נמוך מ-1,750 גרם ששורדים למשך ארבעה ימים לפחות. מבחינה כספית, נכון ל-1993, הפיצוי עבור לידה רגילה עמד על 2,757 ש"ח, בעוד שעבור פגים העונים לקריטריונים של "פג הזכאי לביטוח לאומי", התקבל סכום גבוה בהרבה - 28,658 ש"ח. עד שנת 1998, הסכומים זינקו ל-5,362 ש"ח עבור לידה רגילה ו-55,732 ש"ח עבור פג. בשנת 2023, המימון גדל אף יותר ועמד על 16,854 ש"ח ללידה רגילה ו-269,012 ש"ח ל"פג הזכאי לביטוח לאומי."

חלוקה חדשה זו לקטגוריות, והשינויים שחלו בעקבותיה במימון, היו צעד ענק קדימה. לרפורמה זו הייתה חשיבות רבה, וזאת על אף שהכספים שהוקצו לא הושקעו תמיד בפגיות ולא היו תמיד גבוהים מספיק (לדוגמה, פג במשקל 1,750 גרם זקוק לטיפול בן מספר שבועות, בעוד פג במשל 500 גרם זקוק לטיפול בן חודשים ארוכים.) הרפורמה סימלה הכרה בפגים כפציינטים לגיטימיים הראויים להכרה, קידמה את מעמדם במערכת הבחירות, והבטיחה הקצאת משאבים ראויה יותר לטובת הטיפול בהם.

בשל היעדר מנגנון לחלוקת הכספים בין בתי החולים, היססו בתי החולים להעביר פגים למתקנים אחרים, מה שהוביל לשינוי משמעותי בנוף הטיפולי של פגים. התמריצים הכלכליים הניעו בתי חולים בכל רחבי הארץ להקים ולצייד פגיות משלהם כדי לטפל בעצמם בפגים. גישה זו אמנם הרחיבה את סל השירותים, אך גם הציבה אתגרים. תוצאה של התפתחות זו ניתן למצוא בעובדה שבישראל פועלות 27 פגיות, מספר דומה לזה שמוצאים במדינות אירופיות גדולות בהרבה. מודל מבוזר זה הוביל לביקוש רב של מומחים רפואיים, ציוד ומשאבים נוספים. התנהלות מוסדית זו הביאה לתרחיש שבו בתי חולים בעלי קיבולות שונות ניסו לטפל בפגים בעלי מגוון מורכבויות. במקביל, בתי חולים קטנים יותר שבהם התרחשו פחות לידות, נתקלו בקשיים בשימור צוות בעל הכשרה ראויה לאור מספר המקרים הקטן יותר. מצב זה ממחיש את האיזון המורכב בין הרחבת הגישה לטיפול בפגים ובין שימור האיכות והקיימות של השירותים הניתנים.

הנושא עודד את האיגוד להתמקד בצורה משמעותית באיכות הטיפול המוענק בפגיות ברחבי הארץ. על מנת להתמודד עם האתגר, עלה הצורך להגדיר תקנים פורמליים לטיפול, שבתורם השפיעו רבות על איוש צוותים, על ציוד, על מימון ועל הכשרה. כדי לקבוע את הסטנדרט עבור נאונטולוגיה בישראל, כינס משרד הבריאות את ועדת בויקס בה היו חברים פרופ' אידלמן, פרופ' רייכמן, פרופ' זמורה, פרופ' בויקס ואחרים. ב-1994, חיברה הועדה דוח מקיף. אולם, כפי שצוין לעיל, דוח זה לא פורסם מעולם, ככל הנראה בשל חוסר הנכונות לממן את ההמלצות שנקבעו בו. בהינתן הדרישות הנרחבות לתוספת מיטות, רופאים ואחיות, ובהינתן המגבלות של בתי הספר לרפואה בישראל בהכשרת צוותי רפואה מתאימים, לא הייתה המערכת מסוגלת לעמוד בתקנים מבחינה מעשית. כתוצאה מכך, הדוח נזנח במסדרונות משרד הבריאות.

מצב זה נותר על כנו עד ל-2013, אז פרסם משרד הבריאות, בהובלת ד"ר רוני גמזו, מסמך בשם "המלצה לניהול כח אדם ותשתיות במחלקות לטפול נמרץ ומיוחד בילוד ובפג (פגיות)", ובו הוגדרו תקנים עבור פגיות. צעד זה קידם בצורה משמעותית את התחום, שכן הוא קיבץ באופן פורמלי תקנים שהוסכמו עוד קודם לכן, והעניק לבתי החולים יעדים לשאוף אליהם. בהתאם לתקנים הללו, יושמה תוכנית תמריצים בשם "מודל כוכבים", לפיה בתי חולים שבהם עמדו הפגיות ביותר קריטריונים זכו בסוף השנה למימון נוסף. המימון הוענק לבתי החולים בכללותו ולא באופן ישיר לפגייה, וזאת כדי לתמרץ את הנהלת בית החולים להשקיע בפגיות שלהם. הייתה זו גישה אסטרטגית מצד משרד הבריאות, היות שהיא יצרה תמריצי השקעה מבלי להוסיף תקני כח אדם בפועל.[7]

מודל מימון זה, המבוסס על תקנים עבור פגיות, עבר במהלך השנים מספר שינויים בהובלתם של פרופ' שמואל צנגן, ולאחריו פרופ' אריה ריסקין שהחליף אותו כראש איגוד הנאונטולוגיה בישראל. ראשית, המערכת חולקה לקטגוריות במטרה לאפשר לפגיות קטנות יותר להתחרות בצורה הוגנת עם הגדולות, ובכך להבטיח כי השיפור בטיפול בפגים ייעשה ברמה הארצית. לאחר מכן, נוספו תקנים נוספים הקשורים בציוד כדי להתמודד עם מגבלות אובייקטיביות כגון מגבלות בנייה. בהמשך, בעקבות מגפת הקורונה, משברים פוליטיים והסכסוכים הצבאיים באיזור, הופסקו הביקורות, והמימון לבתי חולים המשיך על בסיס ביצועיהם ב-2019. עצירה זו פגעה ביכולתם של בתי חולים לשמר את הפגיות ולהשקיע בהן.

שינוי משמעותי נוסף שארע קשור במעבר ממימון שנתי למימון חודשי. שינוי זה הקשה על היכולת של מנהלי פגיות לבקש משאבים מהנהלות בתי החולים בשל הקצאת הכספים המקוטעת. לדברי פרופ' אריה ריסקין, העומד כיום בראש איגוד הנאונטולוגיה הישראלי, הביקורות השוטפות והצהרות היכולות הרשמיות עוזרות לשמור על מעמדן של פגיות כרכיב חשוב בתפעול בתי החולים, ובכך, יש ביכולתן לשפר את הקצאת המשאבים עבור יחידות אלו. [8]

בית החולים אסותא אשדוד - הפגייה החדשה ביותר בישראל

בית החולים אסותא בעיר אשדוד הוא בית החולים האחרון שהוקם בישראל, והפגייה שבו היא התוספת החדשה ביותר למתקני הטיפול בפגים במדינה. את היחידה הקים ד"ר עומר גלובוס, שמונה למנהל הפגייה הראשון. אירוע זה בולט באופן מיוחד שכן בניגוד לפגיות קודמות בישראל, הפגייה באשדוד הוקמה 40 שנים לאחר קודמתה, כך שהידע והסטנדרטים בכל הקשור לטיפול בפגים התפתחו בצורה משמעותית בזמן שעבר מאז.

את תכנון הבנייה של היחידה ביצע לא ד"ר גלובוס אלא יועץ מקצועי שאליו פנתה הנהלת בית החולים טרם הצטרפותו של ד"ר גלובוס. שלב התכנון היווה רכיב קריטי בקביעת רמת הטיפול שתוכל הפגייה לספק, שכן הוא נעשה בכפוף לדרישה שלא להוסיף או לפרק קירות לאחר הבנייה.

ד"ר גלובוס הדגיש כי הגישה שננקטה בהקמת הפגייה החדשה הייתה שונה מאוד מזו של פגיות קודמות, במיוחד בכל הנוגע לזמינות הציוד. כדי להיחשב מוסד איכותי, נאלץ בית החולים החדש להתחרות בבתי החולים הוותיקים ולהדגים את יכולות הטיפול החדשניות ביותר, ולכן הייתה נכונות רבה להשקיע בציוד מתקדם. חברת ציוד רפואי הציעה לד"ר גלובוס לספק לפגייה ציוד הנשמה מכני ללא תשלום, כאסטרטגיה שיווקית. אולם, הוא בחר לרכוש דגם שהוא החשיב לטוב ביותר בשוק, וההנהלה גיבתה את החלטתו. כמו כן, הוא התעקש להחזיק בדגם מסוג אחד בלבד, וזאת לטובת סטנדרטיזציה בהכשרת הצוות החדש, שהגיע ברובו מבתי חולים בסביבה והיה רגיל לציוד שונה.

הכשרת הצוות הייתה היבט קריטי בתהליך, שכן אנשי הצוות הורגלו בשיטות טיפול שונות. נהלי עבודה חדשים נכתבו ונבדקו תוך שימוש בבובת סימולציה המדמה פציינטים. הדבר נועד לאשרר את הנהלים ולהכשיר את הצוות החדש לעמידה בתקנים הטיפוליים של הפגייה החדשה. כמו כן, היה על מתמתחים חדשים להתחיל את הכשרתם בבתי חולים אחרים על מנת שיוכלו לתפקד בצורה יעילה כבר מהיום הראשון בפגייה. לצורך כך, הם נשלחו לבתי חולים סמוכים לתקופה בת מספר חודשים.

גיוס הצוות היה אתגר רציני עבור כלל בית החולים ובמיוחד עבור הפגייה, היות שנאונטולוגיה ידועה כתחום התמחות הסובל ממחסור בכוח אדם מוסמך. ישראל ניצבת בפני מחסור בצוותי רפואה וסיעוד ,לאור העובדה שרוב אנשי הרפואה כבר מועסקים במקומות אחרים. בניסיון למשוך אנשי צוות ממרכזים רפואיים אחרים, מיתג ד"ר גלובוס את היחידה החדשה כיוזמה פורצת דרך, שבנוסף להזדמנויות לקידום הקריירה המקצועית, מציעה גם הזדמנות לתרום למשימה ציונית ראשונה במעלה. הוא הדגיש את החשיבות בלקחת חלק במשהו חדש והיסטורי, וכן את ההטבות הכלכליות הצנועות ואת הנוחות של עבודה קרוב לבית עבור אלו הגרים בקרבת מקום.

אתגר מודרני נוסף היה לבחור ולהטמיע תוכנת מחשב. בית החולים החדש רכש גרסאות חדשות, אך נדרשה עדיין עבודה רבה כדי ליצור תבניות מתאימות לכל מסמך ופרוטוקול רפואי. מתוך ההבנה שמדובר במשימה הדורשת מאמצים רבים שבית החולים לא יספיק להשלים עד ליום הפתיחה, הושגה פשרה לפיה תבניות מוכנות מראש יושגו מבית חולים אחר.[9]

מסקנות

התפתחות הנאונטולוגיה בישראל מייצגת נרטיב רחב יותר של חוסן, חדשנות ושיתוף פעולה במרחב הרפואי. מאז ימיו הראשונים של התחום, אז התאפיין הטיפול בפגים בלא מעט אלתורים והסתמך על מסירות אין קץ מצד רופאים פרטניים, הוא צמח עד שכיום נחשב דיסציפלינה רפואית בעלת מידת התמקצעות גבוהה ביותר. הסיפורים מאחורי חלוצי התחום מאירים זרקור על תרומתם המשמעותית של אלו שעיצבו של הטיפול בפנים על ידי ייבוא פרקטיקות מחו"ל לישראל ולחמו למען ההכרה הרשמית בתחום כהתמחות רפואית.

פורצי הדרך הללו ניצבו בפני אתגרים אדירים, כולל היעדר מימון, ציוד מיושן ומחסור בצוות בעל הכשרה מתאימה. למרות זאת, הקמתן של פגיות רבות חשיבות בבתי חולים ברחבי הארץ במהלך שנות ה-70 ו-80 סימלה את תחילת השינוי בטיפול בפגים. הכנסתם של ציוד מתקדם, הכשרה משופרת וכינונו הרשמי של האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה היו אבני דרך מרכזיות שתרמו רבות להתפתחות התחום.

מעניין לציין כי מה שהניע רבים מהצעדים המשמעותיים בהתקדמות הטיפול בפגים בישראל, אף יותר מהתקדמות רפואית גרידא, היה אקטיביזם פוליטי. השינוי שחל במודל המימון בשנות ה-90, בהובלתם העיקשת של נאונטולוגים מסורים, היה המפתח להבטחה שהטיפול בפנים יזכה למשאבים הכספיים שלהם הוא זקוק. מאמצים פוליטיים אלו שאפו לבסס את המודעות לצרכיהם הייחודיים של פגים, והם היוו מרכיב חיוני ומהותי בביסוס מסגרת עבודה בת קיימא לתחום. העובדה כי פגים הוכרו בסופו של דבר כפציינטים לגיטימיים הזכאים למימון ייחודי מדגישה את חשיבותה של מעורבות פוליטית בקידום הטיפול בפגים.

עם זאת, למרות התפקיד הקריטי שמילאה הפוליטיקה בעיצוב התחום, מה שבאמת הצעיד את הנאונטולוגיה בישראל קדימה היא המסירות האישית של אנשים בודדים. מחויבותם של אנשי המקצוע הללו לשפר את הטיפול בפגים, גם אל מול אתגרים מערכתיים, לא רק שהצילה חיים, אלא גם הבטיחה כי תחום הנאונטולוגיה בישראל ימשיך להתפתח ולהשתפר.

בבואנו להביט קדימה אל עבר העתיד, הלקחים שאנו מפיקים מההיסטוריה של הנאונטולוגיה בישראל מדגימים עד כמה חשובה ההשקעה המתמשכת בתשתיות, בציוד ובכוח אדם. כדי להתמודד עם האתגרים המתמשכים כגון שמירה על תקנים טיפוליים טובים, הכשרת מספיק נאונטולוגים ואחיות מעשיות ומתן מענה לביקוש ההולך וגדל לשירותי רפואה עבור בפגים, יידרשו מאמצים משולבים מצד מוסדות רפואיים, קובעי מדיניות וארגונים מקצועיים.

חוסנה של המערכת הטיפולים בפגים בישראל, שנכון ל-2024 התרחבה לכדי 27 יחידות ברחבי הארץ, ממחיש את תפקידם החיוניים של האקטיביזם וההנהגה בקידום התחום. כדי לשמר את מומנטום הקידמה, על ישראל להמשיך ולהשקיע במחקר נאונטולוגי, לאמץ טכנולוגיות חדשות ולטפח שיתוף פעולה בינלאומי. ההתקדמויות שהושגו בתחום הנאונטולוגיה מביאות לתוצאים קליניים טובים יותר בקרב פגים, ויתרה מכך, הן מחזקות את המחויבות של הקהילה הרפואית בישראל לפציינטים הפגיעים ביותר - פגים ותינוקות במצב קשה שחייהם תלויים בטיפול ייעודי. האנשים המובילים את התחום, וככל הנראה ימשיכו להובילו, אינם רק מוכשרים לכך רפואית - הם מסורים בכל נשמתם להגנה על הפגיעים ביותר ולשיפור חייהם.

מקורות

1. ראיון עם פרופ' מיכאל קרפלוס, פרופ' אילון שני וד"ר אגי גולן (14 ביוני 2023)

2. Perry SE. Fifty Years of Progress in Neonatal and Maternal Transport for Specialty Care. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2021 Nov 1;50(6):774–88.

3 ראיון עם אמיתי ניר ופרופ' פביאן ג. אייל (1 בינואר 2024)

4. ראיון עם ד"ר ג'מאליה ג'ריס (31 בינואר 2024)

5. ראיון עם פרופ' ציפורה דולפין (12 באפריל 2024)

6. ראיון עם פרופ' בריאן רייכמן (8 בנובמבר 2023)

7. ראיון עם פרופ' אהוד זמורה (2 בנובמבר 2023)

8. ראיון עם פרופ' אריה ריסקין 7 במרץ ו-10 במרץ, 2024)

9. ראיון עם ד"ר עומר גלובוס (24 במאי 2024)

10. GODFREY S, CARLSEN KH, LANDAU LI. Development of pediatric pulmonology in the United Kingdom, Europe, and Australasia. Pediatr. Res. 2004;55(3):521–7.

1. פרופ' מיכאל קרפלוס הינו פרופסור מומחה לנאונטולוגיה שרכש את השכלתו הרפואית באוניברסיטאות ליברפול ומנצ'סטר באנגליה, שם עבר התמחות תחת פרופ' אדוארד אוזמונד, רויל ריינולדס, חלוץ בתחום הנשמה מלאכותית מכנית של פגים. הכשרה מקצועית ממוקדת זו הקנתה לו את המומחיות שעל בסיסה ייסד את מחלקת הפגים והיילודים בבית החולים סורוקה בבאר-שבע, הפועלת בשיתוף בית הספר לרפואה של אוניברסיטת בן גוריון בנגב. [↑](#footnote-ref-1)
2. פרופ' אשר טל הינו פרופסור מומחה לרפואת ילדים ומייסד המרפאה למחלות ריאה בילדים ומעבדת השינה במרכז הרפואי סורוקה, הפועל בשיתוף אוניברסיטת בן גוריון בבאר-שבע, ישראל. את הכשרתו הרפואית עבר בבית הספר לרפואה בטכניון בין השנים 1970-1975. [↑](#footnote-ref-2)
3. ד"ר אגנטה גולן רכשה את השכלתה הרפואית באוניברסיטת בן גוריון בין השנים 1980-1974, ולאחר מכן עברה התמחות ברפואת ילדים בין השנים 1987-1981 והתמחות על בנאונטולוגיה בין השנים 1993-1991 במרכז הרפואי סורוקה. בשנת 1992, עברה ד"ר גולן התמחרות באולטרא-סאונד מוח רפואי לפגים בבית החולים לילדים וילהלמינה בהולנד, ובין השנים 1996-1994, השלימה התמחות מחקרית בנאונטולוגיה והריונות בסיכון בבית החולים לילדים של אוניברסיטת טורונטו. [↑](#footnote-ref-3)
4. ההיסטוריה של ההסתדרות הרפואית בישראל מתחילה ב-1912, אז נוסדה "אגודה מדיצינית עברית ליפו ומחוז יפו" שהפכה בהמשך "לאגודה המדיצינית העברית בארץ-ישראל (HMA)". [↑](#footnote-ref-4)
5. חוק הביטוח הלאומי [נוסח משולב], תשנ"ה-1995  
   חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995 [↑](#footnote-ref-5)
6. כל אזרח ישראלי נדרש לשלם תשלום עבור ביטוח לאומי. תשלומים אלו נקבעים על סמך הכנסה וסטטוס (גם אלו ללא הכנסה נדרשים לשלם) ומי שגובה אותם הוא המוסד לביטוח לאומי בהתאם לחוק. תשלומים לביטוח רפואי מהווים כשליש מהמימון עבור הוצאות רפואיות בישראל, ושאר המימון מגיע מתקציב המדינה. [↑](#footnote-ref-6)
7. פרופ' מריו ב. מוגלינר היה מנהל הפגייה במרכז הרפואי קפלן ברחובות מעל 20 שנה (1996-1976). [↑](#footnote-ref-7)
8. המרכז הרפואי שמיר הוא בית חולים לימודי בבאר-יעקב שנוסד ב-1918 כבית חולים צבאי של הצבא הבריטי בימיה האחרונים של מלחמת העולם הראשונה. [↑](#footnote-ref-8)
9. ד"ר שלומי ענתבי ניהל בעבר את בתי החולים מאיר, קפלן והעמק. [↑](#footnote-ref-9)
10. פרופ' סימון גודפרי הוא נאונטולוג בכיר ואחד מהאבות המייסדים של התחום בישראל. את הכשרתו הרפואית רכש באנגליה[10]. [↑](#footnote-ref-10)
11. פרופ' אהוד זמורה רכש את הכשרתו הרפואית בישראל וברוצ'סטר, ניו יורק, ושימש בעבר כמנהל הפגייה במרכז הרפואי סורוקה, וכן כיו"ר האיגוד הישראלי לנאונטולוגיה. [↑](#footnote-ref-11)
12. פרופ' חיים בויקס שימש גם ראש אגף רישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות, ויו"ר האיגוד הישראלי לרפואת ילדים בשנים 1992-1988. [↑](#footnote-ref-12)
13. פרופ' בריאן רייכמן משמש כמנהל הקליני של מאגר הנתונים הארצי לתינוקות במשקל לידה נמוך מאוד (VLBW) בישראל מאז הקמתו. [↑](#footnote-ref-13)