

האוניברסיטה העברית ירושלים

בית הספר למדיניות ציבורית

צמצום היקף ההשמנה בקרב בני נוער

מוגש במסגרת הקורס: סדנה מתקדמת בניתוח מדיניות (59732)

מאת: נועם ירון

ת.ז. : 039176011

מוגש לידי: ד"ר ענת גופן, רן כהן ואילה הנדין

מספר מילים:

יולי 2011

תוכן עניינים

4	תקציר מנהלים
4	תיאור הלקוח
5	הגדרות
6	מגמות השמנה בקרב ילדים ובני נוער - תמונת מצב
8	מה משפיע על הרגלי התזונה של ילדים
9	גורמים המעורבים בתחום מדיניות בריאות הילד
10	סקירת תוכניות בעולם להתמודדות עם התופעה
10	השפעה של השמנה
12	אמידת השפעת ההשמנה
<u>13</u> ¹²	מנוף לשיפור
15	חלופות
17	הערכת החלופות
20	המלצת מדיניות
21	מארז מדיניות
22	נספח אסטרטגי
22	ניתוח שיח המדיניות
<u>23</u> ²²	חסמים אפשריים
23	מיפוי שחקנים
27	אסטרטגיה תקשורתית
27	מדדי ביצוע

28.....לוח זמנים לפעולה.

29.....מקורות מידע.

תקציר מנהלים

יותר ממיליארד שקל בשנה, זהו אומדן העלות של נזקים הנובעים מהשמנה בישראל. תופעה זו היא חדשה יחסית, והיא הולכת ומחמירה במהירות. מחלות לב, סכרת, סוגים של סרטן, בעיות אורטופדיות, והשפעות חברתיות הן רק חלק מהתופעות אשר הסיכוי לסבול מהן גדל עקב משקל עודף. קרוב ל-20% מהמתבגרים במדינה מוגדרים כשמנים, או כבעלי משקל עודף. זהו גיל בו מתעצבים דפוסי החיים, והרגלי תזונה, למשך כל החיים. השמנה נובעת מתזונה לא מאוזנת בשילוב עם רמת פעילות גופנית נמוכה. המדיניות המומלצת היא קיום סדנאות בבתי הספר אשר מטרתן הקניית מיומנויות בישול ויכולות לבצע בחירות מזון נבונות, לנערים ונערות בכיתות ז' עד ט'. בשנת הלימודים הקרובה נפתח חלון הזדמנויות לקידום מדיניות זו, בשל ההכרזה של שר החינוך על שנת לימודים שבמרכזה יעמוד קידום אורח חיים בריא.

תיאור הלקוח

לקוח הנייר הינו פרופ' רוני גמזו, מנכ"ל משרד הבריאות. הלקוח הינו סמכות בכירה מתוקף מעמדו במשרד, ורופא במקצועו. עם כניסתו לתפקיד הוא קיבל החלטה על תגבור משאבי המחלקה לבריאות הציבור¹. כעת מתגבשת המדיניות אשר תממש את היעדים אותם הציב. הנייר יציג ללקוח המלצה למדיניות, ודרך ליישומה.

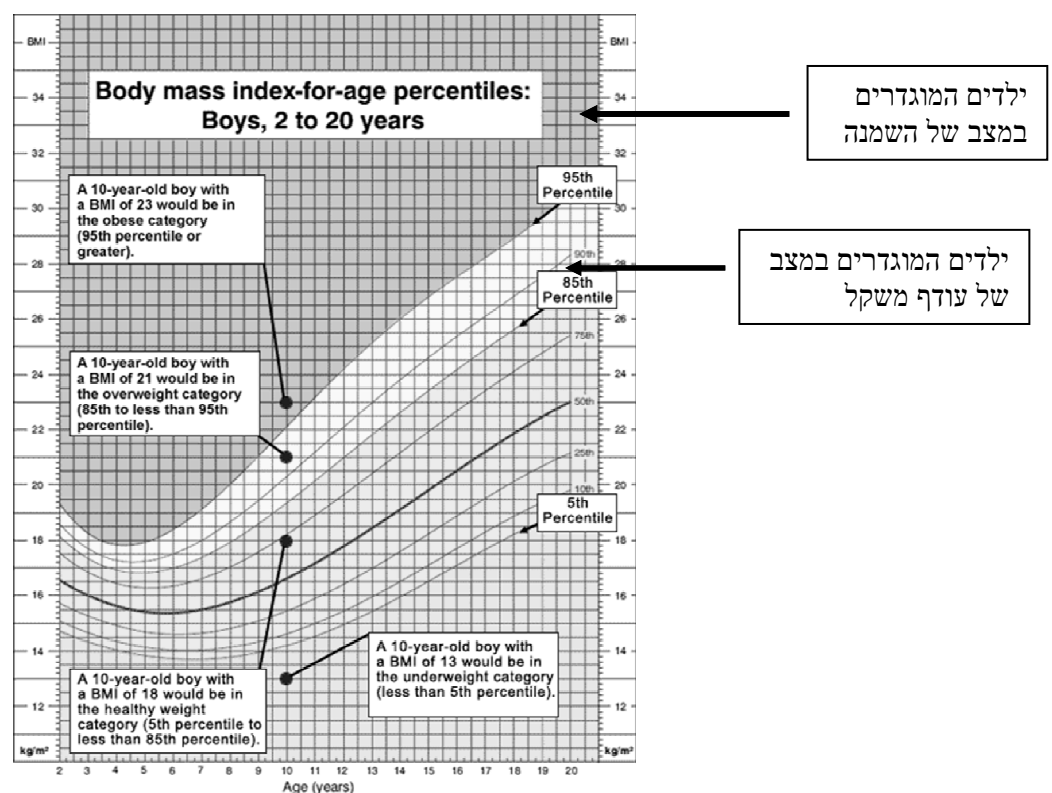
¹ שיחה עם ינאי קרנצלר, מחנך לבריאות, במחלקה לבריאות הציבור.

הגדרות

ההגדרה לעודף משקל אינה חד משמעית. זאת משום שיש מספר פרמטרים אשר באמצעותם ניתן לאמוד מצב של עודף משקל. בנוסף, הצורך האקדמאי ליצור מדד אשר יפריד בין פרטים בעלי משקל תקין, לכאלה עם משקל עודף גורם להגדרה זו להיות שרירותית במידת מה. אף על פי כן, קיימת הסכמה על מדד מקובל – BMI (Body Mass Index), מחשבים אותו כל ידי חילוק של משקל הפרט בריבוע גובה הפרט במטרים. לדוגמא, חישוב עבור אדם השוקל 100 קילו וגובהו 2

$$\frac{100}{2^2} = 25 \text{ K/M}^2 \quad \text{מטר יהיה:}$$

אדם בעל משקל עודף (Overweight) יוגדר ככזה שערך ה-BMI שלו נע בין 25 ל-30, אדם במצב של השמנה (Obesity) יוגדר ככזה שערך ה-BMI שלו הוא מעל 30. (גרוס, 2010) עבור ילדים ומתבגרים ההגדרה שונה, משום שהגדרות אלו לא היו מציגות היטב את המציאות במצב של התפתחות גופנית אינטנסיבית. לכן הגדרת עודף המשקל תלויה בגיל ובמין הפרט בנוסף לנתוני הפיזיים. המדדים הרלוונטיים לבנים מופיעים בתרשים 1 (אתר CDC):

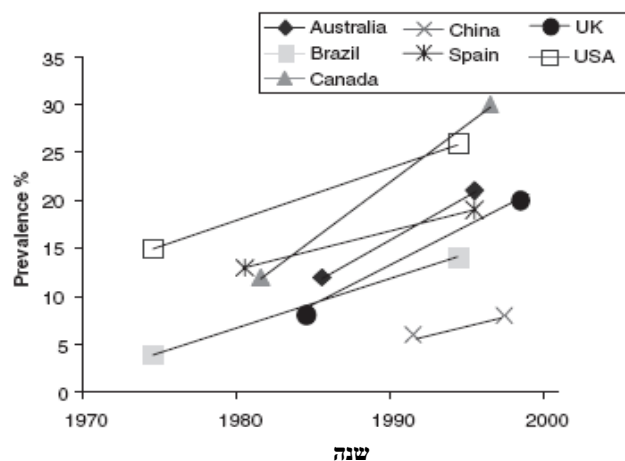


תרשים 1: מדד BMI לבנים מגיל שנתיים עד 20

כל שכבת גיל מחולקת לאחוזונים על פי עקומות גדילה. ילדים הנמצאים בין האחוזון ה-85 לאחוזון ה-95 מוגדרים כבעלי עודף משקל. ילדים הנמצאים מעל האחוזון ה-95 מוגדרים ככאלו הסובלים מהשמנה. האחוזונים זהים עבור בנות, אך עקומות הגדילה שונות.

מגמות השמנה בקרב ילדים ובני נוער - תמונת מצב

בעולם כולו קיימת מגמה של השמנה בקרב מבוגרים וילדים כאחד. בתרשים 2 ניתן לראות שהבעיה מהותית, מתגברת עם הזמן, ומתרחשת במקומות שונים בעולם, כך שגנטיקה והסברים בין - תרבותיים אינם המנועים העיקריים של תופעה זו. (Lobstein et al., 2004)



תרשים 2 : אחוז בני הילדים ובני הנוער המוגדרים כבעלי משקל עודף או כשמנים

מחקר רחב היקף שמשרד הבריאות ערך ב-2003-4 – סקר מצב בריאות ותזונה לאומי (מב"ת) (משרד הבריאות, 2006) מראה תמונת מצב המתואמת לתמונת מצב של מדינות רבות בעולם בנקודת זמן זו. (גרופ, 2010) ניתן לראות את הנתונים בטבלה 1 (עיבוד לנתוני סקר מב"ת) :

טבלה 1: אחוז הילדים בסיכון לעודף משקל ובמצב של השמנת יתר

הגדרת מסת גוף לפי אחוזון	מצב סוציו אקונומי		סה"כ משוקלל
	נמוך	גבוה	
תת משקל	בנים	5.2%	5.7%
	בנות	4.0%	3.7%
תקין	בנים	73.6%	74.3%
	בנות	78.0%	80.4%
בסיכון לעודף משקל	בנים	14.6%	11.5%
	בנות	13.3%	12.3%
השמנת יתר	בנים	6.6%	8.6%
	בנות	4.7%	3.4%
סה"כ בנים בסיכון לעודף משקל + במצב של השמנת יתר			20.5%
סה"כ בנות בסיכון לעודף משקל + במצב של השמנת יתר			16.9%

בתרשים 3 ניתן לראות את הנתונים הללו ביחס למדינות מערביות אחרות. ניתן לראות שישראל

נמצאת במצב מקביל לרוב המדינות (Lissau et al, 2004).

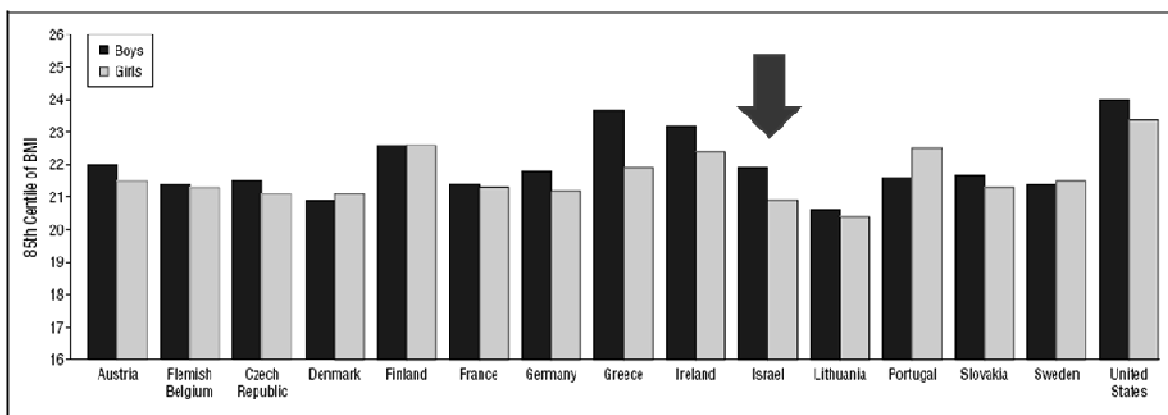
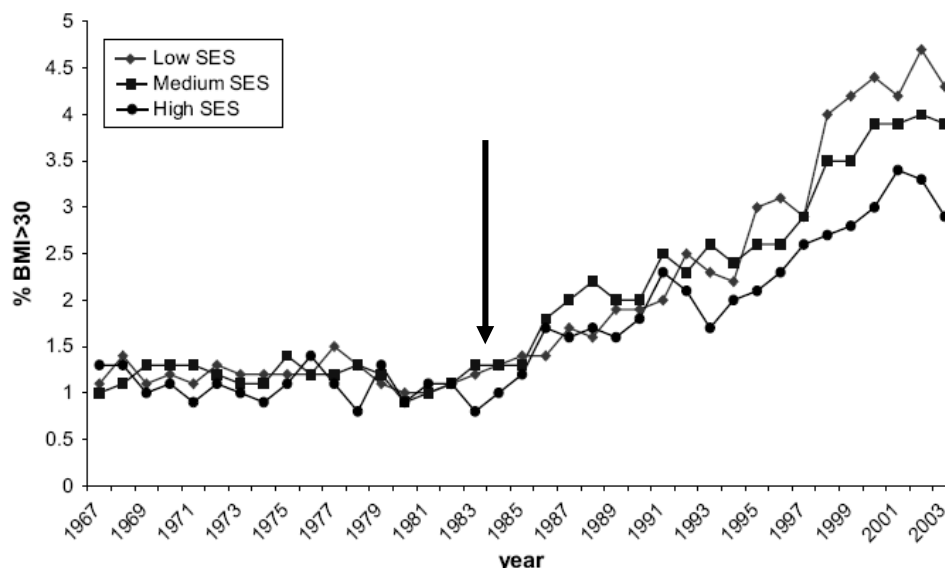


Figure 1. Body mass index (BMI) levels (calculated as weight in kilograms divided by the square of height in meters) at the 85th centile from self-reported heights and weights of 13-year-old boys and girls from 13 European countries or regions, Israel, and the United States. Data are from the 1997-1998 Health Behaviour in School-aged Children survey.

תרשים 3 השוואה בינלאומית של אחוז הילדים בעלי סיכון למשקל עודף והשמנה

המחקר המשמעותי העיקרי אשר בדק מגמות משקל בקרב בני נוער בישראל נערך על בסיס מאגר נתונים של מתגייסים חדשים לצה"ל. המחקר בדק את המגמה בקרב בנים לקראת גיוס בגילאי 17, משנת 1967 ועד 2003.

העלייה בשיעור הבנים המוגדרים כשמנים הוא מ-1.2% ל-3.8%, יותר מפי 3. השינוי בבנים המוגדרים כבעלי משקל עודף היה מ-8.5% ל-12.2%. המספרים האלה מקבלים משמעות רבה יותר כאשר בוחנים את הנתונים מקרוב ומגלים שהשינוי החל למעשה ב-20 שנה האחרונות של תקופת המחקר. תרשים 4, מתוך תוצאות המחקר, מראה את המגמה בקרב בנים המוגדרים כסובלים מהשמנה. העקומות השונות מייצגות הבדלים במעמד סוציו-אקונומי. (Gross et al., 2009)



תרשים 4: מגמת השמנה בקרב בנים בישראל, חלוקה לפי מעמדות סוציו-אקונומיים

מה משפיע על הרגלי התזונה של ילדים

השמנה היא תוצאה של גורמים רבים אשר קשורים במתאמים חזקים. מלבד הנושא הגנטי, שלא מקובל להשפיע עליו בעולם בו אנו חיים, ושהעלייה בהיקף התופעה לא יכולה להיות מוסברת על ידו, ישנם גורמים סביבתיים ואישיים המסבירים תופעה זו. ההשפעה על ילדים בנושא תזונה, כמו באלמנטים אחרים, תלויה במעגלים רבים הסובבים אותם (גרוס, 2010 ; Lobstein et al, 2004).

ניתן לחלק את ההשפעות ל-4 רמות דומיננטיות:

- רמת הילד: מתמקדת בסגנון החיים של הילד. שעות שינה, תזונה, פעילות גופנית, עיסוקים בשעות הפנאי.

- רמת המשפחה: מאפיינים דמוגרפיים, חברתיים – כלכליים של המשפחה, התנהגות ההורים וסביבת המחיה שהם מספקים לילדיהם.
- רמת בית הספר: עיצוב הסביבה בה הילד נמצא, חשיפה לסוג מזון, פרסומות, עידוד פעילות גופנית בבית הספר.
- רמה מקרו – חברתית: התרבות בה הילד חי, מצב כלכלי של המדינה, חשיפה לפרסומות למוצרים מזון מסויים.

מדיניות אשר באה להתמודד עם תופעת ההשמנה באוכלוסיה, יכולה לבחור להילחם בתופעה בכל אחד מן המעגלים המצויינים מעלה. בהמשך הנייר אבחר להתמודד עם התופעה ברמת הילד, בצירוף הסבר לבחירה.

גורמים המעורבים בתחום מדיניות בריאות הילד

הגופים עיקריים מעורבים בקביעת ויישום מדיניות בתחום בריאות הילד הם משרד הבריאות, משרד החינוך וקופות החולים. משרד הבריאות פרסם באחרונה את יעדיו לשנים 2011-2014. אחד מהיעדים המרכזיים המוזכרים בדו"ח: "ירידה בשיעור השמנה בקרב ילדים, בני נוער ומבוגרים" (משרד הבריאות, מטרות העל לשנים 2011-2014). רוב התוכניות בתחום מיועדות לגיל הרך עד לגיל 12, משום שבגיל זה נוח יותר להשפיע על הרגלי הילדים. יחד עם משרד החינוך, משרד הבריאות מפעיל תוכניות כמו: "תפור עלי" שממומנת באמצעות חברה מסחרית, ומיועדת לבתי ספר יסודיים וגני ילדים, ובתי ספר מקדמי בריאות. תוכניות אלו מבוצעות בבתי ספר שמעוניינים ויכולים לבצעם בלבד. פעילויות נוספות שמשרד הבריאות מקדם, הן תכני קידום בריאות כחלק מלימוד לתעודת הוראה, פיתוח אתר משחקים לילדים, וקידום תקנות המקדמות יצירת סביבה בריאה לילדים. (קרנצ'ר, 2011)

משרד החינוך מקדם מדיניות בתחום בריאות התלמידים בבתי הספר. עם זאת במהלך השנים חלה ירידה ניכרת בפעילות בתחום חינוך לבריאות בעקבות קיצוצים בתקציב ובכוח אדם. (לוי, 2008). יש ששינוי אפשרי יחול בשנת הלימודים הקרובה – תשע"ב, אשר נקבעה על ידי ששר החינוך ככזו שתעמוד בסימן אורח חיים בריא. כרגע עמלים במשרד החינוך על תוכניות אשר ילוו את יעד זה בשנת הלימודים הקרובה. (רונית וויסברג, ריאיון ; אתר משרד החינוך)

עיקר הפעילות של קופות החולים למניעת השמנה בקרב מבוטחיהן ולצמצומה היא מתן ייעוץ דיאטטי, הפעלת סדנאות לשינוי הרגלים המזיקים לבריאות, וכן הפקת חוברות ועלוני מידע והדרכה בנושאי תזונה נכונה ופעילות גופנית לילדים ולמבוגרים (מבקר המדינה, 2008).

סקירת תוכניות בעולם להתמודדות עם התופעה

במדינות שונות בעולם נעשות מספר תוכניות על מנת להתמודד עם תופעת ההשמנה, רוב התוכניות אשר אפרט הן תוכניות סביבתיות כוללות, עם כי הם נבדלות אחת מן השנייה, בפרמטרים מסויימים.

אנגליה השקיעה כמעט 400 מיליון ליש"ט בשינוי סביבת המחיה כחלק מהמאבק בהשמנה. המשאבים מתמקדים בילדים, קידום בחירת מזון בריא יותר, קידום פעילות גופנית כחלק מחיי היומיום, יצירת תמריצים לאורך חיים בריא יותר.

בצרפת קיימות שתי תוכניות גדולות המתבססות על שינוי סביבתי – אזורי כולל, PNNS, בצרפת קיימות שתי תוכניות גדולות המתבססות על שינוי סביבתי – אזורי כולל, PNNS, EPODE. התוכניות מתקיימות על בסיס התנדבותי הרשות האזורית. חלק ניכר מהמשאבים בתוכנית ה-PNNS מופנים כלפי התאמת סביבת המחיה בבתי הספר, ועידוד צריכת פירות בבית הספר. תוכנית EPODE מיוחדת בכך שהיא המשתפת פעולה בין המגזר הפרטי והציבורי (PPP), גם היא מתוכננת באופן ממוקד סביבה, ובראש סדר העדיפויות שלה, ילדי בית הספר. תוכנית דומה הושקה בספרד.

בארה"ב מישל אובמה, אישתו של נשיא ארה"ב, העלתה לאחרונה את המודעות לתחום הבריאות בקרב ילדים, עם השקת תוכנית בשם "Let's Move" (www.letsmove.gov), התוכנית מספקת כלים ותוכנית פעולה לערים ובתי ספר אשר מעוניינים לקחת חלק בתוכנית, ומקדמת מאוד את המודעות לנושא במדינה אשר סובלת מאוד מן תופעת ההשמנה. אלמנט חדשני בתוכנית הוא עידוד אימוץ תפריט בית הספר על ידי שפים מקומיים, ושינוי כך שיהיה בריא יותר (WHO, 2010).

השפעה של השמנה

בתחום התזונה יש מגבלות רבות על עריכת ניסוי אשר יניב תוצאות חד משמעיות. הסיבה היא קיום השפעות חיצוניות רבות, וקשרים חזקים בין משתנים מסבירים שונים. לכן קיים קושי

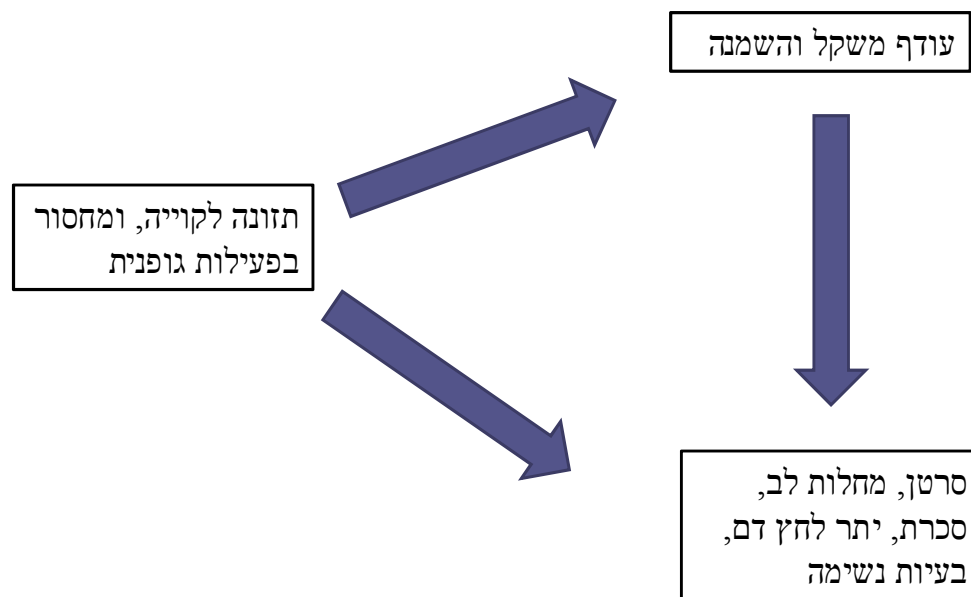
להצביע מהי ההשפעה של השמנה בגיל צעיר על תחלואה בגיל מבוגר, אף על פי שקיימות עדויות שונות לכך שמשקל יתר בגיל צעיר מתואם עם תחלואה בגיל מבוגר, גם במקרה בו המשקל יורד (WHO, 2009). עם זאת, ההשפעה הגדולה ביותר נובעת מכך שקיים מתאם חזק בין משקל יתר בגיל צעיר, למשקל יתר בגיל מבוגר (גרוס, 2010).

אם כן, ניתן לחלק את ההשפעות לכאלו בטווח הקצר מול הטווח הארוך, ולהשפעות חברתיות, והשפעות רפואיות.

על פי מחקרים ההשפעות החברתיות בטווח הקצר הן דימוי עצמי נמוך ובעיות התנהגות (מכון גרוס, 2010; Dietz, 1998). ההשפעה החברתית בטווח הקצר הרחבה ביותר נובעת מאיד שהחברה בה ילדים חיים נוטה להתייחס לילדים בעלי משקל עודף, במקום רבים ניתן לזהות הדרה חברתית.

מבחינה רפואית, מחקר של מכון ברוקדייל בדק צריכת שירותים רפואיים של ילדים בעלי עודף משקל לעומת ילדים בעלי משקל תקין הניב שכמות האבחנות הרפואיות אצל ילדים בגילאי 7-11 רב יותר. כמו כן, באופן מובהק, קיימת צריכה מרובה יותר של תרופות במחלות נשימה אצל בעלי משקל עודף מאשר משקל תקין. תופעות נוספות הן גידול בסיכון לסוכרת מסוג 2, הפרעות שינה, בעיות עור ומחלות כבד (גרוס, 2010; Speiser et al, 2005).

בטווח הארוך, מבחינה חברתית, השמנה בילדות מתואמת במצב כלכלי – חברתי נמוך יותר בבגרות. ככל הנראה ההשפעה החמורה ביותר של השמנה בגיל צעיר נובעת כאמור מהמתאם עם משקל עודף בגיל מבוגר והקשר החזק הקיים בין זה ובין תחלואה. המחלות העיקריות הן סוגים מסויימים של סרטן, מחלות לב, לחץ דם גבוה, סכרת. (Lobstein et al, 2004; Dietz, 1998) ניתן לתאר את ההשפעה של תזונה לקויה והשמנה בתרשים 5, הממחיש את ההשפעה הכפולה של תזונה לקויה ומשקל עודף.



תרשים 5: השפעה שלילית כפולה של תזונה לקויה ומחסור בפעילות גופנית

אמידת השפעת ההשמנה

עיקר אמידת התופעה מתייחסת לעלות הנזקים הרפואיים אשר נובעים מן המחלות המתואמות עם השמנה. נושא זה מקבל חשיבות מרובה אף יותר במדינות בהן קיימת מערכת בריאות ציבורית כמו ישראל, ובה הנטל הכלכלי נופל על כתפי התקציב הציבורי וכלל אזרחי המדינה. על פי מכון ברוקדייל העלות הישירה מסתכמת ביותר ממיליארד ש"ח בשנה, כ-2% מהוצאת הבריאות הלאומית (Ginsberg, 2010). בארה"ב לדוגמא, בה התופעה חמורה יותר, כ-7% מההוצאה הלאומית לבריאות קשורה להשמנה (Lobstein et al, 2004). בנוסף להשפעה ישירה זו קיימות השפעות עקיפות לפרט ולמדינה. לפרטים, העלות העיקרית נובעת מירידה באיכות החיים, ובתחלואה נלווית. למדינה ולחברה העלות העקיפה מתבטאת בהפסד ימי עבודה, ובהשפעה על כושר הייצור של הפרט כגון מוות מוקדם ונכות (ביטוח לאומי מכיר בנכות של אנשים בעלי BMI של מעל ל-35) (תקנות ביטוח לאומי, 1956). בטבלה הבאה ניתן לחזות בניתוח העלויות הישירות שביצע מכון ברוקדייל. הניתוח בוצע על פי מדדים מה-WHO (World Health Organization), המייחסים לכל מחלות את העלות המתואמת עם השמנה (Ginsberg, 2010). העלות הזו מיוחסת לאוכלוסייה הבוגרת בישראל.

**Table 2: Estimated Direct Health Costs of Obesity in Selected Co-Morbidities:
New Israeli Shekels (2008)**

	Total Cost	Cost Attributable to Obesity	Percent of Total Cost Attributable to Obesity
Breast cancer	131,620,043	11,977,424	1.1
Coronary artery disease	1,166,349,158	208,776,499	18.3
Colorectal cancer	250,162,681	11,757,646	1.0
Endometrial cancer	29,270,857	7,786,048	0.7
Gallbladder disease	404,843,369	83,397,734	7.3
Hyperlipidemia	377,794,630	42,312,999	3.7
Hypertension	1,350,793,663	426,850,797	37.4
Pulmonary embolism	74,226,127	22,119,386	1.9
Stroke	1,702,753,681	68,110,147	6.0
Type 2 diabetes	507,117,901	257,108,776	22.5
Total	5,994,932,109	1,140,197,456	100.0

מנוף לשיפור

קהל היעד של נייר המדיניות הם מתבגרים בגילאי 13-18. הם נבחרו כיעד המדיניות בנייר זה ממספר סיבות. ראשית, כרגע אין מדיניות בריאות אשר מנסה להתמודד עם קהל זה. משרד הבריאות מפנה את מרבית הפעילות שלו לגיל צעיר יותר בשל האפשרות להשפיע על התנהגותם בקלות יתרה. בנוסף, המשרד מקדם חקיקה היוצרת סביבה מקדמת בריאות בבתי ספר ומחוז לה, אך כרגע אין תוכנית הפונה לדרישות המאפיינות את קהל היעד. אל מול הקושי להשפיע על אוכלוסייה זו, יש להתייחס לכך שבגיל זה קיימות יכולות אחרות וצרכים אחרים. אוכלוסייה זו מתחילה להיות עצמאית יותר, ותלויה יותר בעצמה, כך שהיכולת שלהם לבחור מה לאכול ומה לעשות רחבה יותר. עובדה זו מקבלת משמעות נרחבת יותר כאשר לוקחים בחשבון את המגמה בה שני ההורים לוקחים על עצמם את נטל העבודה (שטייר, מצגת). לנתון זה מתווספת העובדה שבארץ ארוחת הצהריים נאכלת מחוץ לכתלי בית ספר, כך שרבים מהתלמידים מתמודדים עם בחירת המזון שלהם בעצמם. חלק מהילדים עוברים הדרכות שונות גילאי הגן והיסודי (לדוגמא תוכנית "תפור עליי"), אך כשהם מגיעים לעצמאות יחסית, חסרים להם כלים באמצעותם יוכלו לממש את החינוך שקיבלו. קיימת הסכמה רוחת במשרד הבריאות (ראיון, מרץ 2011) שהפיתרון המרכזי צריך להיות מניעת התופעה, וגם מבחינת ניתוח עלות - תועלת יש הצדקה לפעילויות מניעה (Ginsberg, 2010).

בסקר שנערך עבור משרד הבריאות ובו נשאלו אמהות לגבי הרגלי התזונה של ילדיהם, החסם המרכזי אשר עלה לתזונה בריאה יותר הוא:

"החסם המרכזי הוא העדרות ההורים מהבית בזמן שילדיהם מגיעים מהמסגרות השונות. הילדים מגיעים רעבים ואם אין אוכל ביתי על השולחן, הם יאכלו חטיפים..." (כלים שלובים, 2008).

האמהות עברו סקר, ולאחר מכן חלקן עברו ראיונות אישיים. שלוש ההסכמות הנרחבות ביותר, נקשרו לצורך של הילד להתמודד עם בחירת מזון באופן עצמאי. ניתן להיווכח בתוצאות העיקריות של הסקר:

טבלה 2: מידת ההסכמה של אימהות עם היגדים בנושא בריאות הילד

אחוז המסכים עם ההיגד ורואה בבעיה סיבה עבורו		
מעמד נמוך	מעמד בינוני / בינוני +	
52.0%	34.4%	הילדים אוכלים לא בריא מחוץ לבית
41.5%	32.7%	אני עובדת הרבה שעות ואין לי זמן פנוי
48.5%	26.8%	כל ילד מגיע בשעה אחרת וקשה להקפיד על האוכל
46.0%	22.9%	פעילות גופנית מצריכה חוגים ומנוי לחדר כושר ואין כסף לזה
33.0%	21.5%	ילדים של היום עושים מה שהם רוצים ואי אפשר להגיד להם מה לאכול
35.0%	19.8%	מזון בריא עולה הרבה כסף ומצבי הכלכלי אינו מאפשר לי

אחזור לחזון שמשדד הבריאות טווה לעצמו בתוכנית ישראל 2020 (משרד הבריאות, 2007), ובו מודגש עידוד בישול משפחתי, ואימוץ גישות חדשניות להוראת נושא תזונה נכונה. לאור כל הנתונים הללו, המנוף לשינוי הנבחר בנייר זה הוא הקניית מיומנויות להכנת מזון בריא, והרחבת אפשרויות הבחירה לתזונה בריאה יותר עבור בני נוער.

חלופות

כל אחת מן החלופות המוצעות מתמקדת ברמת הילד, ומנסה להשפיע על מיומנויותיו הכלליות בנושא תזונה, אשר יאפשרו לו לבצע בחירות תזונה נבונות יותר. ביסוס לחלופות ניתן למצוא בהמלצה של כוח משימה בינלאומי בתחום ההשמנה בקרב ילדים (International Obesity Taskforce) (Lebstein et al., 2004) וברעיון שילדים בעלי יכולות הכנת מזון, וידע בתזונה, הם בעלי סיכוי מוגבר לבחור במזונות בריאים יותר בהמשך חייהם (Fisher et al., 2011).

החלופות נבדלות בינן ברמת הנגשת המיומנויות, ובמיקום בו אינטרקטיית המדיניות מתבצעת. החלופות מתמקדות בקהל היעד שהוגדר. כל החלופות לא יכולות לשמש כפיתרון יחיד לבעיית ההשמנה, אלא מהוות חלק ממערך שלם של כלי מדיניות שמשרד הבריאות מקדם בנושא אורח חיים בריא. הייחוד של החלופות הוא בקהל היעד שהן פונות אליו.

חלופה א' – סדנאות בית ספריות

חלופה זו באה לנצל את העובדה שניתן לגשת אל קהל היעד בצורה מרוכזת בשעות בית הספר, על ידי כך המדיניות מגיעה לקהל רחב מאוד. חלופה זו תורכב משלושה חלקים. ראשית יש ליצור מערכי שיעור המתאימים לכל סוגי האוכלוסייה, בסוג המזון ובשפת המערך. לכל סוג אוכלוסייה קיימות מיומנויות המתאימות לה, בהתאם לסוג המזון אותו היא צורכת. מערכי השיעור יכללו דרכים להכנת מזון מגוון, מהכנת ארוחה מזינה ומשביעה בעשר דקות, ועד הכנת מאכלים מסובכים יותר. בנוסף, מערך השיעור יכלול מידע על תזונה, ועל ההשפעה של תזונה לקויה על איכות החיים, והקשר בין תזונה להשמנה.

בשלב הבא יבחר מפעיל לביצוע הסדנאות. המפעיל יבחר במכרז על ידי משרד הבריאות, ויכלול מערך של כ-80 מדריכים, צעירים, בעלי רקע בהדרכה ובתזונה. ניתן לפנות לסטודנטים בתחום התזונה. צוות ההדרכה יכלול ראשי צוותים, ומדריכים זוטרים, כאשר בבעלות כל ראש צוות תהיה גישה לרכב. כל צוות יהיה כל יום בבית ספר אחר.

בשלב השלישי, יועברו השיעורים לבתי הספר. השיעורים ייעודו לכיתות ז' עד ט', ויועברו 3 פעמים בשנה לכל כיתה, כל סדנה תארך כשעתיים. מיומנויות הבישול עצמן יילמדו בכיתה בשילוב הדרכת וידאו על מנת שהתלמידים יוכלו לצפות באופן העבודה ובתוצאה.

בישראל קיימות כ-15,000 כיתות בגיל הרלוונטי². משמע כ-45,000 הדרכות בשנה עבור 80 מדריכים. 600 הדרכות בשנה למדריך, על פי חישוב של יום עבודה של 6 שעות (3 סדנאות), 200 ימי עבודה בשנה למדריך – שנת לימודים מלאה.

חלופה ב' – חיזוק מערך הדיאטניות בקופות חולים

חלופה זו מתבססת על המערך המקצועי הקיים של מומחי תזונה בקופות החולים. תחום התזונה והדיאטה קיים בקופות החולים כחלק מהשירותים בסל הבריאות שבאחריות קופות החולים (חוק ביטוח בריאות ממלכתי – התשנ"ד, 1994). היתרון הגדול של חלופה זו היא כוח האדם המקצועי הקיים, אשר המקצוע שלו הוא התמחות בתחום התזונה. האתגר של חלופה זו יהיה עידוד קהל היעד להשתמש בשירותים אלו. חלופה זו מורכבת משני חלקים. החלק הראשון הוא תימרוץ כלכלי לקופות החולים על ידי משרד הבריאות לחזק מערך זה, בעיקר בעלוני מידע המלמדים את מיומנויות העבודה במטבח, בצורה ידידותית למשתמש הצעיר. בנוסף יש להכין את תזונאיות הקופות לצורך להקנות ידע זה לתלמידים, ולהדריך אותם כיצד להשתמש בחוברות אלו. בהמשך חלק זה במידת הצורך, יהיה מקום לתגבור מערך התזונאיות בקופות חולים, ולהוסיף כוח אדם.

החלק השני והעיקרי בחלופה זו הוא קידום החלופה בבתי הספר ובכלי התקשורת. כיום השירות הזה מוצע, אך לא נעשה בו שימוש מספק, כאמור. מטרת קידום החלופה היא להביא לכך שכל תלמיד יבקר אצל תזונאית לפחות פעם אחת, על מנת לקבל הדרכה והמלצות כיצד לבחור את מזונותיו. קידום המדיניות יתמקד בהורים לתלמידים ובתלמידים אשר עונים לקהל היעד, עצמאים ובעלי יכולות לרכוש את המיומנויות. יתרון נוסף של חלופה זו הוא האפשרות לבצע מעקב מקרוב אחר תלמידים בעלי גורמי סיכון לעודף משקל, ובמצב של השמנה, על ידי המלצת התזונאית לביקור חוזר תקופתי, מקביל לנהוג אצל רופאי שיניים.

חלופה ג' – קידום מיומנויות באמצעות מאגר מידע אינטרנטי

על פי חלופה זו משרד הבריאות יפתח אתר אינטרנטי ובו יהיו מתכונים, סרטוני בישול, ופורום בו ניתן לפנות לתזונאית וטבח, אשר יהיו נוכחים מדי יום בשעות הצהריים ויענו לשאלות. אתר האינטרנט יכוון לקהל היעד בתכנים אשר יופיעו בו, ובסוג המתכונים אשר ישולבו בו. היתרון העיקרי של חלופה זו, היא היכולת להעביר מידע רב דרך האינטרנט, ועל ידי כך להתאים את התכנים לרבדים רבים באוכלוסייה, בהתאם לסוג האוכל המקובל לאכול בכל מגזר. מדי ערב

² חישוב על פי מספר כיתות כולל במערכת החינוך, אתר משרד החינוך.

יופיעו 3 מתכונים מומלצים ליום המחרת לארוחת צהריים, כך שהילד והוריו יוכלו, על פי רצונם לתכנן את ארוחתם.

כיום קיים ניסיון ליצירת מרחב דומה באתר של פרוייקט "תפור עליי" מספר מתכונים בסיסיים לילדים קטנים לארוחות בוקר. אך אם רוצים שתלמידים יוכלו לרכוש מיומנויות אמיתיות מן האינטרנט יש להתאים את האתר לקהל היעד באופן בלעדי. על מנת לעודד את התלמידים להשתמש בו, יהיה ניתן להעלות מתכונים אישיים, לאחר שעברו אישור של תזונאי. האתגר בחלופה זו היא לגרום לתלמידים להשתמש בה, ובהורים ליצור סביבה העוזרת לילדיהם להשתמש בה.

הערכת החלופות

נבחרו ארבעה קריטריונים שבאמצעותם תיבחר חלופת המדיניות המומלצת:

- אפקטיביות החלופה (35%)
- היקף החשיפה לחלופה (30%)
- עלות (20%)
- השפעות נוספות (15%)

אפקטיביות³

קריטריון זה בוחן את ההשפעה האפשרית של כל חלופה על צמצום השפעות ההשמנה באופן כללי, ועל תופעת ההשמנה בקרב בני נוער בפרט. מרבית החלופות אשר הוצעו כאן לא נוסו בעבר באופן זהה, ולא נבדקו באופן עצמאי במחקר על מנת לבחון את ההשפעה של חלופה אחת אל מול השנייה באופן מושלם. עם זאת נעשו בעולם ניסויים בחלופות שונות שניתן להסיק מהם לגבי החלופות אותן נייר זה מציע. קריטריון זה יתבסס ברובו על סקירת ניתוחי עלות – תועלת שבוצעה ובחנה מחקרים שונים בתחום מניעת ההשמנה (Ginsberg, 2010).

סדנאות: הדרכת תזונה המבוצעת בשטחי בית הספר זכתה לדירוג – "מאוד יעילה, ביחס לעלותה". אם כי המחקר אשר על פיו הוסקה המסקנה בוצע בשטח באופן שונה מהחלופה המוצעת כאן.

³ מדידת אפקטיביות בתחום הבריאות נמדדת לרוב ביחידות QALY (Quality adjusted life years), מדידה של עלות מחלה, המשקלל בתוכו איכות חיים ומספר שנים אשר נחסכים. נמדד בין 0 (מוות) ל-1 (איכות חיים מושלמת). (Brookdale, 2010).

קופות חולים: שימוש ביעוץ לתזונה על ידי תזונאיות זכתה לדירוג – "מאוד יעילה, ביחס לעלותה". עם זאת, על פי הסקירה העלות של חלופה זו לכל QALY גבוהה פי 5, לעומת חלופה א'. כמו כן תוכן החלופה היה שונה בתכלית, ולא התמקד במניעה, אלא בטיפול באוכלוסייה הסובלת מהתופעה.

אינטרנט: חלופה זו מתמודדת עם התופעות הבלתי רצויות ועונה להגדרת הבעיה, אך לא נעשה עד כה בעולם ניסיון לבדד חלופה זו ולבדוק מה תועלתה. החלופה תספק את המיומנויות אשר נחוצות לקהל היעד, אך האיכות של לימוד הכלים אינו ברור. עם זאת האינטרנט הוא כלי לימודי עולה, ובשילוב עם חבילת מדיניות מתאימה, האפקטיביות יכולה להיות רבה, בשל היכולת לרכוש את המיומנויות בשעות הפנאי באופן עצמאי.

חשיפה

קריטריון זה בוחן את החשיפה לאוכלוסיית היעד של כל חלופה. ניתן להתאים את כל החלופות המוצעות לאוכלוסיות מגוונות מבחינת המלצות ומיומנויות להרגלי תזונה שונים.

סדנאות: החשיפה בחלופה זו היא הרחבה ביותר, בשל העובדה שהיא צפויה להגיע לכל תלמיד בכל בית ספר, בחטיבות הביניים.

קופות חולים: זוהי חולשתה העיקרית של חלופה זו. מקור הלימוד רחוק יחסית מהתלמיד. הוא תלוי ברצון התלמיד והוריו, ומצריך תכנון וביצוע נסיעה. עם זאת זהו שירות שמוצע לכלל האוכלוסייה, כתוצאה מכך שכל אזרח משתייך לקופת חולים.

אינטרנט: החשיפה בחלופה זו היא תוצאה של בחירה של התלמיד, ותלויה בגישתו לאינטרנט. על פי נתוני הלמ"ס רק ל-6 העשירונים העליונים מעל 60% בעלות על מנוי אינטרנט (למ"ס סקר הוצאות משקי בית, 2008), לאור זאת החשיפה של חלופה זו היא בינונית. אמנם קל ללמוד את המיומנויות לתלמיד בעל אינטרנט, אך לא לכולם יש גישה לאינטרנט, והגישה למיומנויות היא על בסיס רצון התלמיד.

עלות

כל החלופות יזדקקו למארגז מדיניות מלווה בדמות פירסום אינטנסיבי, על מנת שהמשפחה והתלמידים יממשו את המיומנויות אשר ניתנות להם בחלופות. עלות זו אינה מחושבת בקריטריון זה.

סדנאות: עלות שנתית שוטפת של כ-9 מיליון ש"ח. העלות מורכבת מהעסקת כוח אדם, ושכירת רכבים לביצוע הסדנאות. 80 מדריכים בעלות העסקה ממוצעת של 100,000 ש"ח בשנה. שכירת 25 כלי רכב בעלות ממוצעת של 35,000 ש"ח בשנה. בנוסף בשנה הראשונה קיימות עלויות של הקמת

תשתית ידע ההדרכה – עלות מוערכת לבניית מערכי שיעור וצילום סרטוני הדרכה כ- 200,000 ש"ח.

קופות חולים: עלות שנתית של כ-5 מליון ש"ח. עיקר העלות מתבססת על תמרוץ קופות החולים לביצוע החלופה בסך 3 מ' ש"ח, הדפסת עלוני פרסום בעלות של כ-100,000 ש"ח. עם התקדמות ביצוע החלופה, ופיתוחה, יושקע סכום נוסף בתיגבור מערך התזונאיות. 2 מ' ש"ח יוקצו לפעולה זו, ע"פ חישוב עלות העסקה של 60 א' ש"ח לתזונאית בחצי משרה.

אינטרנט: עיקר העלות מתמקדת בהקמת תשתית האינטרנט – 400 א' ש"ח, הפעלת האתר והעסקת כוח מקצועי מלווה – עלות של כ-300 א' ש"ח בשנה. פרסום באינטרנט – עלות של כ-50 א' ש"ח בשנה. סה"כ עלות של כ-750 א' ש"ח בשנה הראשונה, ופחות לאחר מכן.

השפעות נוספות

סדנאות: השפעות נוספות חיוביות ושליליות. הדיון בנושא תזונה באופן פומבי עלול לגורם לפגיעה פסיכולוגית בבעלי משקל עודף. מאידך יש להניח שהנושא יעלה לסדר היום של הילדים יותר מאשר בחלופות אחרות. כך שהדיון הפומבי הנוגע לבעיה ולרכישת מיומנויות, עשוי לתמוך בלגיטימציה של בישול ביתי על ידי תלמידים, כחלק מאורך החיים של התלמיד.

קופות חולים: השפעות נוספות חיוביות. אפשרות להפנות לגורם רפואי במידה והבעיה מחמירה, ניתן לשלב אמצעי ניטור משקל, בשל המעורבות של גורם מקצועי מוסמך.

אינטרנט: השפעות נוספות חיוביות. הנגישות למידע בבית, מונעת בעיה של סטיגמה על עודף משקל בקרב סביבת המתבגר. השפעה נוספת היא העובדה שעוד אוכלוסייה מלבד קהל היעד יכולה ליהנות מחלופה זו.

טבלה 3: סיכום הערכת החלופות

קריטריון להערכה	משקל הקריטריון	סדנאות בית ספריות	קופות חולים	אינטרנט
		ציון	ציון	ציון
אפקטיביות	35%	4	4	3
חשיפה	30%	5	2	3
עלות	20%	1	2	4
השפעות נוספות	15%	2	4	4
ציון סופי	100%	3.4	3	3.35

המלצת מדיניות

פיתוח מערך סדנאות היא המלצת המדיניות של נייר זה. לחלופה זו פוטנציאל רב להצליח בשתי אמות המידה המרכזיות ביותר: אפקטיביות ומימדי החשיפה למדיניות. מערך הסדנאות יכול לענות לבעיה איתה מתמודדים צעירים רבים על בסיס יומי. הצרכים של צעירים אלו, לא נענו עד כה מסגרת מדיניות המשרד.

חולשת החלופה היא עלותה, והשפעות שונות הנלוות אליה, אך גם עם אלו ציונה מצדיק את בחירתה כחלופת המדיניות.

מארז מדיניות

יש לשים דגש רב על חלק זה ביישום המדיניות. כפי שהודגש במהלך הנייר, האפשרות המוגבלת להשפיע על התנהגות של מתבגרים, מנעה עד עתה הפניית משאבים לקהל זה. גם בתחומים אחרים קשה לחשוב על קמפיינים מוצלחים אשר נערכו בארץ והצליחו להשפיע על התנהגות של בני נוער. לכן, על מנת להצליח ולהשפיע בפועל על התנהגות זו, יש להפעיל אמצעים משלימים ולרתום את סביבת הנער, כך שתתמוך בו בקבלת החלטות טובות יותר בנושא תזונה.

במהלך השנה הראשונה ליישום התוכנית חשוב לשלבה כחלק משנת הלימודים הקרובה, אשר במרכזה קיום אורח חיים בריא. יש לשלב מדיניות זו במהלכי המדיניות אשר מתוכננים כעת לשנה זו.

השחקן העיקרי אליו יש להפנות את אמצעי המדיניות המשלימים הם הורים. להורים יש השפעה רבה על העדפות התזונה של ילדיהם, ועל סביבת העבודה של הילד בבית (Moore et al., 2002 ; Benton, 2004). לכן משרד הבריאות צריך לפרסם את ביצוע החלופה בקמפיין מדיני. עיקר מסרי הקמפיין יתמקדו בשלושה אספקטים:

- יצירת מודעות לכך שהקמפיין מתקיים בקרב ההורים.
- עידוד ההורים ליצור סביבת עבודה מתאימה לבישול עבר הילדים. אין הכוונה לרכוש מזון מסוג מסויים, אלא לדאוג שיהיו חומרי גלם מספקים לארוחה, בהתאם לסוג המזון הנצרך בבית. מסר נוסף אשר יש להעביר הוא שזו הזדמנות לכל הבית "לאכול נכון".
- המלצה לרתום נערים ונערות כך שיהיו אחראיים לבישול לאחים קטנים בבית. בצורה כזו האחריות להכנת המזון מתחזקת בקרב הנער.

במאמר הבודק השפעות של משתנים מסבירים שונים על התנהגות מינית אחראית נמצא שהורים וסביבת החברים הם המשפיעים ביותר על התנהגות זו. לאור זאת מחברי המאמר ממליצים להפנות כלי מדיניות באופן ממוקד לגורמים אלו, על מנת להשפיע על מתבגרים (Moore et al., 2004).

בכוונת משרד הבריאות להכניס את תחום בריאות הציבור ללימודי תעודת הוראה (ינאי, תכתובת מייל). יש לנצל מדיניות זו על מנת להתמודד עם העובדה שהסדנאות נערכות 3 פעמים בשנה בלבד לתלמיד, ולכן קיימת תקופה ארוכה שבה הנושא לא נידון בבית הספר. יש להטיל על המורים

והמחנכים את האחריות להזכיר לתלמידים, את הצורך לממש את המיומנויות שהם רוכשים במסגרת החלופה.

נספח אסטרטגי

ניתוח שיח המדיניות

השיח המרכזי בתחום מדבר במונחים מתחום הבריאות. כיום השיח הזה מתנהל בין השחקנים המרכזיים, משרד הבריאות ומשרד החינוך, ובין כל אחד מהגורמים הללו כלפי חוץ. ניתן לראות דוגמאות לכך בתוכניות משרד החינוך, אשר מקודמות כתוכניות להקניית אורח חיים בריא, ובתי ספר שזכו בהכרה כ-"בתי ספר מקדמי בריאות". נייר מדיניות זה ממליץ לשמר את השיח הזה כלפי חוץ. עם זאת בתוך שלוחן מקבלי ההחלטות יש מקום לקדם שיח כלכלי במקביל. כמו שהנייר הראה, ההשפעה של נזקים בריאותיים הקשורים בהשמנה הם מעל מיליארד ש"ח בשנה, וקיימים נזקים רבים המתואמים עם תזונה שאינה קשורה בהכרח להשמנה. מניעה והתמודדות עם תופעה זו היא אינטרס כללי של המדינה, ולא רק של משרד הבריאות ומשרד החינוך. פיתוח תוכניות שיצליחו להתמודד עם התופעה תגדיל את הרווחה של כלל האוכלוסייה. לכן, ברמת האינטרקציה בין האזרחים לקובעי המדיניות, על שיח הבריאות להישמר. בין מקבלי ההחלטות מומלץ לקדם שיח כלכלי מקביל. שיח כזה ידגיש את ההשפעה שיש לתופעה מעבר לנזק אצל הפרט אשר סובל מעודף משקל.

חסמים אפשריים

סוגיה	תיאור הסוגיה	מענה
חסם חברתי	חוסר שיתוף פעולה מצד התלמידים -	קמפיין פירסומי אגרסיבי על מנת
	התלמידים עשויים שלא להתייחס ברצינות	שההורים ישמשו כמקור לחץ
	לתוכנית, או פשוט שלא ליישמה מסיבות אשר	לתלמידים. התאמה של מערכי תמונות באופי הנער המתבגר.
חסם סביבתי	חוסר שיתוף פעולה מצד ההורים - ההורים	רתימת הורים ותלמידים לדוגמא
	עשויים להיות אדישים, אל מול הניסיון	כחלק מהקמפיין הפרסומי. הדגשת
	לקדם את חלופת הסדנאות. ללא שיתוף פעולה	ערכים נלווים, כמו חיזוק התא
התנגדות בקרב השחקנים	מצד ההורים, האפשרות להצלחת המדיניות	המשפחת, הוזלת העלויות, חיסכון
	מוגבלת.	בהוצאות כספיות בעתיד.
	התנגדות להפרטת שירותי ההדרכה לתלמידים	משרד הבריאות ומשרד החינוך יופיעו
	- לאחרונה מדובר רבות במערכת הבריאות על	יחד עם בגוף הנבחר בקמפיין
	הפרטת שירותי הבריאות לתלמיד, קיימת	הפירסומי, הן מבחינת הסמלים
	הסכמה נרחבת שההפרטה הייתה שגיאה.	המופיעים, והן מבחינת דמויות המציגות את המדיניות.

מיפוי שחקנים

שחקן	אינטרסים	עמדות	משאבים
לקוח			
פרופ' רוני גמזו - מנכ"ל משרד הבריאות	שיפור מערך הבריאות	נותן דגש רב לבריאות	מדיניות המשרד נקבעה, במסגרת תוכניות לטווח
	בקרב כלל אוכלוסיית ישראל.	הציבור מאז שנכנס לתפקידו. זה מתבטא בעיקר בהעברת משאבים ותיגבור המחלקה לבריאות הציבור במשרד.	רחוק. מאז כניסתו לתפקיד הוא מצטייר כאיש מקצוע רציני, שבא לשנות את הנושאים אשר מפריעים לו במערכת הבריאות.

אנשי מקצוע			
מעוניינת להרחיב את פעילות מחלקתה. במחלקה שמים דגש הרחב על פעילויות מניעה כדרך פעולה מרכזית.	משקיעה מאמצים ומשאבים בקידום בריאות בקרב ילדים. זה מתבטא ביוזמות חקיקה, והשקת תוכניות לגילאי בילדות והבגרות.	לאחרונה הועברו משאבים רבים למחלקתה, לאור זאת ניתן להניח כי המנכ"ל סומך על שיקול דעתה, ומגבה את האופן בו היא מנהלת את המשרד.	גב' רותי ויינשטיין - מנהלת המחלקה לקידום וחינוך לבריאות
הרחבת פעילות המחלקה אותה היא מנהלת. הטמעת תוכניות לקידום בריאות רבות ככל האפשר כחלק ממערך הלימודים בבתי הספר.	תומכת בחינוך, ובעיצוב ההעדפות האוכלוסייה בגיל צעיר על מנת לקצור את פירות ההשקעה בעתיד.	בעקבות העובדה שבשנת הלימודים הקרובה קידום אורח חיים בריא נבחר כיעד מרכזי, ניתן להניח שמשאבי מחלקה זו יגדלו, לפחות בטווח הקצר.	גב' עירית ליבנה - המפקחת על תחום הבריאות במשרד החינוך
נבחרי ציבור			
בעל אינטרס להצטייר כדמות הדואגת לתלמידי ישראל. קידום מעמדו הפוליטי.	תומך בפעילות בתחום הבריאות בשטח בתי הספר, והוא זה שחתום על ההכרזה שאורח חיים בריא יעמוד במרכז שנת הלימודים הקרובה.	בעל סמכויות נרחבות בכל תחומי המשרד.	גדעון סער - שר החינוך
בעל אינטרס להצטייר כדמות הדואגת לאוכלוסיית היעד שלו - הציבור החרדי. קידום מעמדו הפוליטי.	שיפור מערך שירותי הבריאות בישראל, הפניית משאבים מרובים למגזר החרדי.	משמש בפועל כשר הבריאות. בעל סמכויות נרחבות במשרד.	סגן שר הבריאות - יעקב ליצמן

קבוצות אינטרס			
קופות החולים	מנוהלות על בסיס כלכלי, לכן האינטרס העיקרי שלהן הוא להיות יציבים מבחינה תקציבית.	לא צפויות להתנגד	מבחינה מקצועית, מהווים את הזרוע העיקרית הנשלחת אל האזרחים.
		לפעילות מקדמת בריאות בבתי הספר.	
חברות מזון תעשייתי	הגדלת ההכנסות והרווחים, מיתוג החברה כידידותית לסביבה.	צפויים להתנגד באופן מתון לתהליך, בקיום הסדנאות איום ממשי על הכנסות החברה.	משאבים כספיים רבים. רבות מחברות המזון בארץ הן חברות ענק, תלמה, אסם, שטראוס - כך שהן בעלי השפעה על תהליכי קבלת ההחלטות, ועל מבנה שוק המזון.
		חלקן עשויות לנצל את המדיניות על מנת ליצור מוצרים חדשים אשר יתאימו את עצמם למיומנויות החדשות של הילדים (לדוגמא סלט חתוך כבר, וכו')	
מפעילי סדנאות פוטנציאליים	כלכליים, מקסום רווחי החברה, או במקרה של עמותה - איזון תקציבי.	יתמכו בכל פעילות אשר תגדיל את היקף התעסוקה בקרב גופים אלו.	ישנם גופים אשר נמצאים כבר בקשר עם משרד הבריאות, כמו נטליי המפעילה את מערך האחיות בבתי הספר. לכן במובן מסויים הם בעלי קשר למקבלי החלטות במשרד, אם כי נטליי לדוגמא לא זוכה לנקודות זכות במשרד הבריאות
שחקנים נוספים			

באחריותם יצירת סביבת הבריאות והחינוך בתא המשפחתי אותו הם מנהלים. השפעה רבה על ילדיהם.	צפויים לתמוך, לפחות באופן שיטחי בפיתוח מיומנויות בישול, וידע בנושא תזונה בקרב ילדיהם.	שיפור אורח החיים שלהם ושל ילדיהם. שמירה על תקציב משפחתי מאוזן. חינוך ילדיהם על מנת שיוכלו לצאת לעצמאות בעתיד.
המשאב העיקרי שלהם הוא שהם מקבלי ההחלטות בסופו של דבר. יעד המדיניות. משאב נוסף הוא היכולת להשפיע על התא המשפחתי מלמטה.	יתמכו בקיום הסדנאות - בעיקר משום שיבואו על חשבון שיעורים. אלו שהמחסור במיומנויות הגביל את בחירת המזון שלהם ישמחו, אחרים עלולים להיות אדישים.	שיפור המראה שלהם, עזרה להורים בעת הצורך, בערבון מוגבל ניתן לומר גם שיפור הבריאות של עצמם. החלטה להיות אדישים.

חלוקת השחקנים לקבוצות

חלופת פיתוח סדנאות הדרכה והקניית מיומנויות לא צפויה לעורר התנגדות פוליטית, מלבד החסם האפשרי אשר נרשם לתהליך ההפרטה של מערך ההדרכה עצמו. עיקר האתגר הוא יישום מהיר של החלופה, כך שתוכל להשתלב כבר בשנת הלימודים הקרובה, כחלק מתוכניות משרד החינוך.

הקואליציה המרכזית לקידום המדיניות, כזו אשר תבטיח את יישומה, צריכה להיות חברה מהירה של הגורמים המקצועיים במשרד החינוך ובמשרד הבריאות לקואליציה חזקה. איחוד גורמים אלו, עם הסכמה על אופן יישום המדיניות, כמעט ותבטיח את הוצאתה לפועל. יש לשלב את משרד החינוך השחקן בקביעת המדיניות מן ההתחלה.

על מנת לשפר את ההסתברות שיישום המדיניות יעבור בהצלחה ניתן לרתום את הורי התלמידים עוד בתקופה של לפני יישום התוכנית. אפשרות זו מקבלת גיבוי בסקר משרד הבריאות (כלים שלובים, 2008), שבו היה ביקוש מצד ההורים לפיתוח יכולות בישול בקרב ילדיהם.

ריכוך מתנגדים: מתנגדים אפשריים יכולים להיות חברות תעשייתיות המייצרות מזון שמשרד הבריאות ממליץ להימנע ממנו. לכאורה גופים אלו לא צפויים להשפיע באופן מהותי על ההצלחה של יישום המדיניות, עם זאת ניתן לפרסם את מערכי השיעורים באינטרנט, כך שחברות אלו יוכלו

ללמוד ולהיערך לתכני השיעורים מבעוד מועד, ובהתאם להתאים מוצרים קיימים. בנוסף, מערכי השיעור לא צפויים לפגוע בחברה מסוימת, כך שהנזק יתפזר על כלל החברות באופן שווה, ולפחות תחילה לא צפוי להוות פגיעה משמעותית בהכנסותיהן.

אסטרטגיה תקשורתית

לתקשורת מקום חשוב בליווי ביצוע החלופה המומלצת. בשל הצורך של מארז המדיניות להשלים במקומות בהם חלופות המדיניות חלשה, הסברה תקשורתית היא קריטית. המסרים העיקריים יופנו להורים וייהיו בדמות: "מהיום אני יכול לבשל לעצמי – עודדו את ילדכם", "להיות בריא זו דרך חיים", אמא, אבא מה אתם רוצים שאבשל מחר?" המסר העיקרי בכל המסרים לתקשורת, יהיה הצורך בשיתוף פעולה מצד ההורים על מנת ש"ביחד" (ההורים והמדינה) נצליח לעצור את ההידרדרות בבריאות הילדים.

מדדי ביצוע

בתחום מדיניות בריאות קיימת עדיין אי וודאות מסוימת בתוצאות הפעילות. קל וחומר כאשר מדובר על אוכלוסייה קשה לבשפעה כמו זו שנייר זה פונה אליה. לכן למדדים מלווים חשיבות רבה.

מכיוון שמדובר בהפרטה של מערך ההדרכה עצמו, יתקיימו כאן שני סוגי מדדים, מדדי ביצוע ומדדי תוצאה.

מדד הביצוע – סוף סמסטר לימודים הגוף אשר מפעיל את התוכנית יהיה אחראי להעביר את נתוני כלל בתי הספר אשר עברו סדנאות. איכות הביצוע תבוצע כל ידי שאלון שיועבר אחת לשנה בקרב תלמידי ומורי בית הספר.

מדד תוצאה – יחולק לשני חלקים:

- האם תלמידים מבשלים בעצמם – מדי קיץ יבוצע סקר טלפוני על ידי משרד הבריאות, בקרב הורי ילדים, סקר זה יכלול שאלות על מידת שיתוף הפעולה מצד ההורים, ועל שינוי שעברו הילדים בעקבות הסדנאות. המדד יהיה מספר ארוחות מבושלות שהילד מכין בעצמו מדי שבוע.

- ירידה בהיקף ההשמנה – מומלץ להתבסס על נתונים משולבים של צה"ל וקופות חולים. יש לבצע הערכה מדי 3 שנים. תאריך ראשון לביצוע המחקר קיץ 2015.

לוח זמנים לפעולה

בשל היתרון הגלום ביישום המדיניות כבר בשנת הלימודים הקרובה, על מנת לשלבה כחלק משנת קידום אורח חיים בריא במשרד החינוך, יש לנסות ולהקפיד על אמידה בלוח הזמנים.

#	תאריך	פעולה
1	אוגוסט 2011	אישור המדיניות על ידי אנשי מקצוע במשרד החינוך, וגיבוש נוסח מדיניות סופי
2	ספטמבר 2011	פירסום מכרז להפעלת סדנאות מיומנויות תזונה
3	ספטמבר 2011	פיתוח מערכי הדרכה, וצילום סרטוני וידאו מלווים - על ידי משרד הבריאות
3	נובמבר 2011	בחירת זוכה במכרז
4	דצמבר 2011	תחילת קמפיין פירסומי מלווה, הסברה על הפרוייקט, ועל הצורך בשיתוף פעולה מצד ההורים
5	ינואר 2012	תחילת הפעלת הסדנה ושילובה כחלק משנת הלימודים
6	יולי 2012	תחילת מעקב אחר מדיי ביצוע ותוצאה.

Benton, D., (2004), "Role of parents in the determination of the food preferences of children and the development of obesity", **International journal of obesity**, 28, 858-869.

Dietz, William H., (1998), "Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease", **Pediatrics**, 101, 518 -525.

Fisher, C., Nicholas, P., Marshall, W., (2011), "Cooking in schools: rewarding teachers for inspiring adolescents to make healthy choices", **British Nutrition Foundation, Nutrition Bulletin**, 36, 120-123.

Ginsberg, G., (2010), **Cost-Utility Analyses of interventions to prevent and treat obesity in Israel**, Myers – JDC – Brookdale Institute, Smokler center for health policy research & Ministry of Health, State of Israel, Jerusalem.

Gross, R., Brammli-Greenberg, S., Gordon, B., Rabinowitz, J., Afek, A., (2009), "Population-based trends in male adolescent obesity in Israel 1967 – 2003", **Journal of Adolescent Health**, 44, 195-198.

Lobstein, T., Baur, L., Uauy, R., (2004), "Obesity in children and young people: a crisis in public health", **Obesity reviews**, 5, 4-85.

Lissau, I., Overpeck, D., Ruan, J.W., Pnille, D., Holstein, B.E., Hediger, M. L., (2004), "Body mass index and overweight in adolescents in 13 European countries, Israel and the United States", **Arch Pediatr Adolec Med.**, 158, 27 -33.

Moore, Jesse N., Raymond, Mary Anne, Mittelstaedt, John D., Tanner Jr., John F., (2002), "Age and consumer socialization agent influences on adlescents' Sexual knowledge, attitudes, and behavior: Implications for social marketing initiatives and public policy", **Journal of Public Policy & Marketing**, 21, 37-52.

Pomerleau, J., McKee, M., Lobstein, T., Knai, C., (2002), "The burden of disease attributable to nutrition in Europe", **Public Health Nutrition**, 6, 453-461.

WHO, (2010), **Population-based prevention strategies for childhood obesity**. Switzerland.

WHO, (2009), **A snapshot of the health of young people in Europe**, Brussels.

גרוס, ר., אשכנזי, י., חמו, ב., בן שוהם, א., דורון, ד., נחשון, י., (2010), **השמנת ילדים: גורמי סיכון, תחלואה נלווית ושימוש בשירותים**, מכון סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, ירושלים.
כלים שלובים – יצרתיות בבניית מותגים בע"מ, (2008), ממצאי מחקר לקראת קמפיין למניעת השמנה בילדים, מוגש לידי לפמ.

כספי, מ., (2004), **מסמך רקע בנושא: השמנת יתר**, מרכז מחקר ומידע – הכנסת, ירושלים.
לוי, ש., (2008), **שירותי הבריאות לתלמיד בישראל: 1998 - 2008**, מרכז מחקר ומידע – הכנסת, ירושלים.

משרד הבריאות, המרכז הלאומי לבקרת מחלות, (2006), **מב"ת צעיר – סקר מצב בריאות ותזונה לאומי ראשון לתלמידי כיתות ז' – יב' 2003 – 2004**, פירסום 240.
משרד הבריאות, **עיקרי תוכנית מדיניות הבריאות, מטרות העל 2011-2014**.
משרד הבריאות, (2007), **יעדים אסטרטגיות והתערבויות לאומיים להפחתת השימוש במוצרי טבק והחשיפה לעישון כפוי, למניעה וטיפול בהשמנה, ולעידוד פעילות גופנית מקדמת בריאות**, יוזמת ישראל לעתיד בריא 2020.

ראיונות

וייסברג רונית, (ראיון טלפוני), מדריכה ארצית לחינוך לבריאות, משרד הבריאות, 28.6.2011.
קרנצלר ינאי, (ראיון אישי), מחנך לבריאות, משרד הבריאות, 9.3.2011.
קרנצלר ינאי, (תכתובות מייל ושיחות טלפוניות), מחנך לבריאות משרד הבריאות, יוני 2011.

אתרי אינטרנט

מבקר המדינה, (2008), **דוח שנתי 58 לשנת 2007 ולחשבונות שנת הכספים 2006**,

>

<http://www.mevaker.gov.il/serve/contentTree.asp?bookid=514&id=0&contentid=9611&parentid=9611&ntcid=undefined&bctype=9611&sw=1280&hw=730>
(נצפה ב-9.6.2011),

משרד החינוך, אתר היחידה לפיקוח על הבריאות, >

http://cms.education.gov.il/educationcms/units/mazkirut_pedagogit/briut/chadashot/machadas.htm
(נצפה ב-28.6.2011), <

משרד החינוך, שנת הלימודים תשע"ב תעמוד בסימן אורח חיים בריא, >

<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Owl/Hebrew/AlSederHayom/OrachHaimBa/rei.htm>, (נצפה ב-10.6.2011).

משרד החינוך, נתוני מערכת החינוך, >

<http://cms.education.gov.il/EducationCMS/Units/Owl/Hebrew/UvdotNetunim/netunim>, (נצפה ב-10.6.2011).

שטייר חיה, אוניברסיטת תל אביב, מצגת - עדיין מפרנסות משניות? התרומה הכלכלית של

נשים לביתן, <http://www.cbs.gov.il/hodaot2009n/23_09_293maz4.pdf>, (נצפה ב-10.6.2011)

CDC - Centers for disease control and prevention, <www.cdc.gov>, (modified 10.6.2011).

Let's move, <www.letsmove.gov>, (modified 10.7.2011).

חוקים

תקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה) תשט"ז - 1956