



מכון אסותא לחקר שירותי בריאות

מידעון מס' 8 – אפריל 2024

מערכות הבריאות והרוחה בישראל - נפרדות אך קשורות

דבר העורכת

רעות רון



החיבורים שבין רפואה לרווחה רבים ומורכבים ומובילים אלה אל אלה בדרכים מגוונות ומשמעותיות, לאורך ציר החיים של כל מטופל ומטופלת.

העבודה הסוציאלית הרפואית עוסקת בהשלכות הפסיכו-סוציאליות של מצבי חולי, פיזי או נפשי, והיא משלימה את עבודת הצוותים הרפואיים והסיעודיים המטפלים בחולה. היא מתמקדת בהיבטים הרגשיים, המשפחתיים, החברתיים, הכלכליים והסביבתיים הנקשרים למחלה. היא מציעה שירותי ייעוץ ותמיכה לחולה ולמשפחתו, כדי לסייע להם בהתמודדות עם השלכות המחלה ועם תוכניות הטיפול הרפואי, ההבראה או השיקום, בפתרון בעיות קודמות המוחרפות עקב המחלה, בחיזוק מערכות התמיכה ובמיצוי זכויותיהם הסוציאליות.

מידעון זה מהווה אסופה של טורי דעה של עובדים במערכת, מובילים ואקדמאים בתחומי הרווחה והעבודה הסוציאלית בתוך מערכת הבריאות בישראל. בין דפי המידעון תמצאו הגדרה של המונח "רפאות רווחה", התמקדות באתגרים ובשליחות שבעבודה סוציאלית במערכת הבריאות, מיקוד בתפקידי העובדים והעובדות הסוציאליות בקופת החולים ובבתי החולים, התייחסות לאוכלוסיות מיוחדות כגון מטופלים סיעודיים, ילדים והורים נפגעי טראומה, חסרי בית וקבוצות לאום ודת שונות בישראל, והתייחסות לנקודות ממשק מיוחדות של רווחה ובריאות כגון טיפות החלב, הועדות בנושא אלימות במשפחה ופגיעה מינית, והתמודדות עם עוני וחולי בביטוח לאומי, ולבסוף דיון בשאלה לגבי אינטגרציה של שירותי הבריאות והרווחה לאוכלוסייה המתבגרת.

השתדלנו להביא מגוון רחב של כותבים ודעות, אשר התייחסו לנושא ממגוון היבטים. **חשוב לנו לציין כי תוכן המאמרים במידעון זה, מייצגים את דעת כותביהם בלבד והנם באחריותם המלאה, לעורכי המידעון ולמכון אסותא לחקר שירותי בריאות אין כל אחריות על תוכן המאמרים והכתבות.**

אני מקווה כי הדעות השונות והכיוונים השונים יעשירו את ידיעתכם ויפתחו צוהר מחשבה איך אנחנו, יחד, כולנו, מייצרים מערכת בריאות טובה יותר, הוליסטית, עם חיבורים ושיתופי פעולה מיטביים.

קריאה מהנה

רעות רון

עורכת המידעון

חוקרת במכון ודוקטורנטית ניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב

חברי המערכת



פרופ' יוסי ווייס
מנהל מכון המחקר



פרופ' יהושע (שוקי) שמר
מנהל מדעי, מכון המחקר



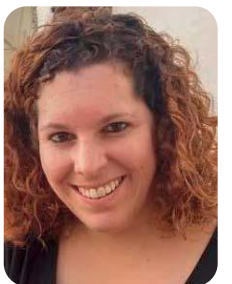
ד"ר רותי ברגר
חוקרת



ד"ר רועי ברנע
חוקר ראשי



דוקטורנטית הד"ר גולדשטיין
חוקרת



דוקטורנטית רעות רון
חוקרת



פתח דבר

פרופ' שוקי שמר, יו"ר אסותא מרכזים רפואיים

אנו חווים תקופה מורכבת מאד בה מדינת ישראל נמצאת בעיצומה של מלחמה ומעל ל-130 אזרחים חטופים בעזה. ליבנו עם החטופים ואנו נושאים תפילה לחזרתם המהירה לישראל ואנו מחבקים את משפחותיהם. למעלה מ-600 חיילים נהרגו במלחמת חרבות ברזל, ואנו משתתפים בצער המשפחות ומאחלים לכל פצועי צה"ל החלמה מהירה. כ-100 אלף משפחות נעקרו מבתיהם בדרום הארץ ומצפונה, ואנו מקווים שישובו במהרה לבתיהם, המקור והבסיס לחייהם. הימים הקשים הללו מחדדים את הצורך בבחינה אחת, כוללנית ורחבה של מערכת הבריאות ואת חשיבות המערכות המשלימות, כמו מערכות הרווחה, החינוך והכלכלה כגישה להענקת טיפול מיטבי לאוכלוסייה. בריאות מוגדרת כמצב של רווחה שלמה (wellbeing) – גופנית, נפשית וחברתית, ולא רק היעדר מחלה או נכות (על פי ארגון הבריאות העולמי). על פי הספרות המדעית, חלק משמעותי מאד מתוצאי הבריאות שלנו, נקבע על ידי גורמים שנמצאים מחוץ לשליטת מערכת הבריאות כמו רמת החינוך, רמת ההכנסה, סביבת המגורים וכו'. כל אלו, מכונים "גורמים החברתיים לבריאות". כיום גוברת ההכרה בחשיבותם הרבה של גורמים אלה, בקביעת תוחלת החיים, רמת החיים ואיכות החיים של הפרט והאוכלוסייה.

בריאות ורווחה עשויים להיראות כמו תחומים נפרדים, אבל למעשה, הם קשורים באופן בלתי נפרד, כאשר כל אחד מהם משפיע ומחזק את האחר. בריאות טובה היא הבסיס לרווחה, ורווחה משפיעה באופן משמעותי על הבריאות שלנו. יחסים חברתיים חזקים, סביבה תומכת ותנאי מחייה נאותים תורמים לתחושת הביטחון והאושר, תופעה אשר מטיבה עם הבריאות שלנו.

בבסיסה, בריאות כוללת ממדים גופניים, נפשיים וחברתיים, והיא משתרעת מעבר להיעדר מחלות, וזאת על מנת להבטיח את קיומה של רווחה הוליסטית. לעומת זאת, רווחה מגלמת מתן שירותים חיוניים, תמיכה חברתית וביטחון כלכלי בכדי לאפשר לאנשים לנהל אורח חיים מכבד. הכרה בקשרי הגומלין המהותיים, בין רווחה לבריאות, חושפת את הקשר הסימביוטי בין שתי מערכות אלה. לדוגמה, אנשים הסובלים מקשיים כלכליים עשויים להיתקל בחסמים בגישה לשירותי בריאות, מה שמוביל להחמרת פערים בריאותיים. באופן דומה, בריאות לקויה יכולה לפגוע ביכולתם של אנשים להשתתף באופן מלא בחברה ובאפשרותם להשתכר, ובכך להפריע להזדמנויות החברתיות-כלכליות שלהם. נוצר מעגל קסמים רשעי בין עוני לתחלואה ונכות, כאשר צד אחד מגביר את השני.

הממשק בין בריאות לרווחה מושרש בהבנה שלא ניתן להשיג רווחה אינדיבידואלית וקולקטיבית מבלי לתעדף את הבריאות ולהיפך. שילוב בריאות ורווחה, אפוא, מופיע כחובה פרגמטית ואתית, חיונית לטיפול קהילתי עמידות, שוויוניות ומשגשגות.

שילוב בריאות ורווחה כרוך באימוץ גישה הוליסטית המתייחסת למכלול הגורמים המשפיעים על הפרט. באמצעות פירוק המחיצות בין שירותי הבריאות והרווחה ניתן ליעל את הקצאת המשאבים ולהביא לשיפור באיכות הטיפול. לדוגמה, אי-שוויון כלכלי עלול להביא לתופעות כמו היעדר גישה לשירותים בריאותיים וביטוחי בריאות, עומס נפשי ואף להוות נטל פיננסי נוסף על מערכת הבריאות. השקעה בתחום הבריאות המונעת ותוכניות התערבות מוקדמות לא רק

משפרת את תוצאות הבריאות, אלא גם מפחיתה את הנטל על מערכות הרווחה. באופן דומה, מדיניות רווחה חברתית המעניקה עדיפות לנושאים כמו ביטחון כלכלי, תנאי דיור נאותים וחינוך יכולה להשפיע לחיוב על גורמים התורמים לבריאות.

לסיכום, שילוב הבריאות והרווחה מהווה ציווי מוסרי המושרש בעקרונות היסודיים של כבוד האדם והסולידריות החברתית. על ידי הכרה וטיפול יחסי הגומלין המורכבים בין בריאות לרווחה, חברות יכולות לטפח קהילות עמידות, שוויוניות וסביבה בה כל אדם יכול להצליח ולהגיע להגשמה עצמית.

גיליון זה של מידעון מכון אסותא כולל כתבות ומאמרי דעה המציגים את חשיבות החיבור שבין בריאות לרווחה. המאמרים בגיליון זה נובעים מתפקידם וניסיונם של מחברי המאמרים והם מציגים נקודות מבט שונות וייחודיות אשר מאפשרות לקורא להיחשף לגישות שונות ולעשייה המורכבת במערכות הבריאות והרווחה.

קריאה מהנה

פרופ' שוקי שמר

יו"ר אסותא מרכזים רפואיים



פתח דבר

מר גידי לשץ, מנכ"ל אסותא מרכזים רפואיים

עובדים וקוראים יקרים,

העלייה בתוחלת החיים, הגורמת להזדקנות האוכלוסייה, לצד התחלואה הכרונית הגוברת, מגבירים באופן ניכר את הביקוש לשירותי בריאות וכתוצאה מכך – את העומס על מערכת הבריאות. עלייה זו בתוחלת החיים, מצריכה התייחסות של עולם הרפואה גם לאיכות החיים של המטופלים בגיל השלישי והרביעי ומחייבת מבט כוללני על מצבם הבריאותי, החברתי ורווחתם של המטופלים. אל הצורך הזה מתווספות גם מלחמת חרבות ברזל והמציאות המורכבת אליה נקלענו והן ממחישות בצורה טובה מאד את הצורך במתן שירותי בריאות, לרבות בריאות הנפש, בצורה כוללנית, תוך שימת דגש לא רק על שירותי בריאות נטו אלא גם על תמיכה ומעטפת חברתית-כלכלית רחבה.

תפיסת המטופל במרכז מדגישה את הצורך בשילוב הבריאות והרווחה ומשקפת למעשה ראייה הוליסטית של המטופל – טיפול ממוקד מטופל, כוללני ומקיף אשר מכבד את המטופל ומגיב להעדפותיו, לצרכיו, לזכויותיו ולערכיו של המטופל. נכללים בו ממדים כמו תמיכה רגשית, יחס מכבד, תמיכה פיזית, מידע ותקשורת, רצף ותיאום הטיפול, מעורבות המטופל ומשפחתו ונגישות לטיפול. נושא זה מקבל משנה תוקף במיוחד בעת הענקת טיפול לאוכלוסיות מוחלשות ולמטופלים כרוניים: ככל שעולה מורכבות הטיפול – כך גובר הצורך בביצוע התאמות באופן הענקתו ובשילוב מערכות מעטפת תומכות.

כמנהל רשת בתי חולים ומכונים, וכמטפל בעברי, אני יכול להעיד, כי נושא הרווחה הוא חלק אינטגרלי ובלתי נפרד מכל שלבי הטיפול: החל מהאבחנה, דרך ביצוע ההליך הרפואי או הטיפול, ההחלמה והשיקום שלאחריו. אני מאמין בכך שקיים צורך אמיתי ושריר במשרד ממשלתי אחיד שיטפל בבריאות ורווחה יחד. משרד שכזה יהווה מכפיל כח, יציב את המטופל ומשפחתו במרכז ובכך גם ישמש ככלי יעיל בשיפור איכות הטיפול, בהסרת חסמים בירוקרטיים ובמניעת התרוצצות של המטופל בין המערכות השונות.

אצלנו באסותא, הגשמת תפיסת המטופל במרכז מהווה נר לרגליו, ואנו פועלים מדי יום מתוך הבנה שהסתכלות על הרווחה היא חלק בלתי נפרד מרפואה, לכל אורך שלבי הטיפול. אנו מקפידים על הענקת שירותי בריאות בסטנדרט אחר, מתוך תפיסה המחייבת מבט כוללני על המטופל, בני משפחתו וסביבתו. לתפיסתנו, הרווחה מהווה חלק מהותי בבריאות ורווחה טובה מאפשרת את קיומו של אורח חיים בריא.

המציאות המורכבת בה פועלים צוותי מערכת הבריאות (בעת שגרה ובפרט בתקופת חירום) מציפה את הצורך בדאגה אמיתית לא רק למטופלינו אלא גם לכל המטופלים במערכת הבריאות. על כולנו, כמנהלי המערכת, קיימת החובה לפעול למען צמצום שחיקת הצוותים, ולדאוג לבריאותם ולרווחתם של העובדים המסורים במערכת הבריאות. ניתן לממש את מטרה זו באמצעות מגוון רחב של פעולות, ביניהן שילוב עו"ס למטפלים ולמטפל העיקרי (caregiver), יצירת סביבת עבודה תומכת והסתכלות על העובד במרכז ובכך למעשה להתייחס לבריאות ורווחת העובדים כמקשה אחת.

בנימה אישית – במסגרת ניסיוני כפיזיותרפיסט בקהילה, ולאחר מכן כמנהל ברפואת הקהילה, וגם בכובעי הנוכחי כמנכ"ל אסותא – נושא שילוב הרווחה לצד הבריאות ליווה ועודנו מלווה אותי בכל אחד מהתפקידים שביצעתי. זכור

לי מקרה בו נדרשתי להעניק טיפול שיקומי בביתה של מטופלת מבוגרת. עם הגעתי לבית נוכחתי לגלות תנאי מחייה מורכבים, עם תנאי היגיינה בלתי הולמים, בסביבה פיזית שאינה נגישה. מהרגע הראשון הבנתי כי סביבה שכזו לא מאפשרת הענקת טיפול מיטבי ושללא התערבות של גורמי הרווחה – אין סיכוי אמיתי להצלחת הטיפול. דוגמה זו ממחישה את הצורך בשילוב הבריאות לצד הרווחה ופועלם יחד לטובת המטופל.

מידעון זה של מכון אסותא לחקר שירותי בריאות עוסק בנושא חשוב שראוי שיקבל יותר הכרה ותהודה: הקשר שבין מערכות הבריאות והרווחה. אני מזמין אתכם לקרוא משלל הכתבות במידעון זה אשר מציגות נקודות מבט שונות ומגוונות בנוגע לקשר שבין בריאות ורווחה.

קריאה מהנה

גידי לשץ

מנכ"ל אסותא מרכזים רפואיים

מה במידעון?

מי את רפואת רווחה? – ד"ר שגית ארבל אלון

10 עמ' "... בעוד ששירותי בריאות בישראל מעוגנים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי והינם שירותים אוניברסליים לתושבי הקבע, שירותי רווחה ניתנים על פי צורך. אין בישראל כיום, חקיקה המכירה בזכותו של אדם או אנשים לקבל שירותי רווחה כפרטים, כמשפחות וכקהילות, אלא באמצעות חוק הסעד משנת 1958...."

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות – שליחות ואתגרים – ד"ר ג'וליה גוזמן

12 עמ' "... השליחות העליונה של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות, נוגעת להטמעת הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית, במוסדות הבריאות ובצוותים הרב-מקצועיים... העבודה הסוציאלית בבריאות עוסקת באבחון הגורמים הפסיכו-סוציאליים, שמשפיעים על יכולת האדם להתמודד עם המחלה ולהיענות לטיפול, ומסייעת לצוותים לטפל בחולה ומשפחתו לאור הגורמים הללו..."

תפקידי העובדים והעובדות הסוציאליות בקופת החולים – ד"ר ליזה אברבנאל כנעני

15 עמ' "... העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות בקהילה באה לידי ביטוי לאורך מעגל החיים, מהריון ולידה ועד זקנה וסוף החיים. היא עוסקת בגורמים ובהשלכות הפסיכו-סוציאליות של מצבי חולי פיזיים ונפשיים, אקוטיים, כרוניים וסופניים, ירידה בתפקוד פיזי, טראומה, אבדן ובעיות בריאות אחרות..."

עבודה סוציאלית בבתי החולים – שגית זאבי

17 עמ' "... עבודה סוציאלית משלימה את עבודת הצוותים הרפואיים והסיעודיים ומונחת על ידי ערכים מקצועיים המדגישים את הראיה ההוליסטית של האדם במערכות חייו, את זכותו לאוטונומיה ואת הצורך בשמירה על כבודו ופרטיותו. העובדות הסוציאליות בבתי החולים מיומנות באבחון וטיפול במכלול הגורמים הרגשיים, המשפחתיים והסביבתיים הכרוכים בהתמודדות עם מצבי חולי, נכות, משבר או טראומה ובהשלכות הפסיכוסוציאליות הנובעות מהם..."

הטיפול במטופלים הסיעודיים, רווחה או בריאות, של מי האחריות? – ד"ר גלית קאופמן

19 עמ' "... הגיע הזמן לשינוי תדמית הזיקנה והפיכתה לחלק מהחיים ולא למחלה, שינוי תדמית המוסדות והפיכתם לקהילות דיור ובית לקשיש, שינוי תפיסת המוות – מאסון אישי לתפיסת מוות כחלק מהחיים, שינוי תפיסה רפואית – כך שיוגדרו סוגי המקצועות הנדרשים למיקוד ב"איכות חיים" ולהתנתק מתפיסת הטיפול בבית החולים, קידום טכנולוגיות תומכות ומותאמות לזקנים ולצרכיהם, למשפחות ולצוות..."

על תנועה וחיבורים – ייחודיותה של העבודה הסוציאלית בבריאות הנפש – עו"ס רחלי שרון גרטי

21 עמ' "... עבודה סוציאלית בבריאות הנפש עוסקת ביצירה של תנועה וחיבורים... הגוף מתיישב ביציע הכבוד של אזורי הנפש ומבקש טיפול והכרה... כאן טמונה חשיבותה של העבודה הסוציאלית לייצר שבילי גישה למתמודדי הנפש להשמיע את קולם ולפעול ביחד עימם לשיפור מעמדם בחברה..."

טיפת חלב – בין רווחה לבריאות – אילנה גנס, אילנה סטורמן ורית ברוך

23 עמ' "... טיפת חלב היא לרוב השירות הראשון בקהילה הפוגש משפחות צעירות לילדים מלידה עד גיל שש שנים. היא מהווה את זירת הפעילות המשמעותית ביותר לקידום הנושאים השונים בגיל הרך. מדובר בזירה אוניברסאלית, שאינה מתווגת, אליה מגיעים כמעט כל אזרחי ישראל, במרכז ובפרפריה, באשכולות הנמוכים והגבוהים. מדובר במערך שירות מונע המשמש כלי יעיל לניטור, למעקב ולהתערבות..."

היבטים נפשיים ותמיכה רגשית בהתמודדות עם טיפולי פוריות – עו"ס רונה לנגר זיו

25 עמ' "... יש קשר הדוק בין עוצמת החרדה של המטופלים בהליכים רפואיים לבין היכולת להיענות לטיפול הרפואי ולקבל החלטות מיטביות בהתאם לעולם הערכים של המטופל/ת האוטונומיה שלו/ה והידע הרפואי המונגש לו/לה, במיוחד כאשר מדובר בהליך רפואי אלקטיבי כמו הפריה חוץ-גופית..."

ועדות בנושא אלימות במשפחה ופגיעה מינית במערכת הבריאות – טליה חסין וד"ר זוהר סהר-לביא

28 עמ' "... נוסף על הטיפול הרפואי, זיהוי תופעות של אלמ"ב ופגיעה מינית במערכת הבריאות כולל הפניה אל גורמי הרווחה, החוק והאכיפה ודאגה להמשך טיפול לטווח הרחוק. לשם כך נחוצות הכשרות והדרכות של הצוותים להגברת המודעות לנושא ולהטמעת ידע, כלים ומיומנויות לזיהוי ואיתור מטופלים בסיכון ולאופן הפנייתם לטיפול..."

בריאותם של חסרי הבית והנגשת טיפול רפואי וסוציאלי באמצעות רפואת רחוב – עו"ס רוני לי סנה

30 עמ' "... בריאותם של חסרי הבית ירודה משמעותית בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. הסיבות לכך מגוונות וכוללות, בין היתר, קשיים כלכליים, רגישות יתר למחלות בגלל חוסר נגישות למים זורמים, אוכל מזין, שינה איכותית וביגוד חם, ובשל חשיפה גבוהה יותר למחלות נגיפיות וזיהומיות. רפואת רחוב היא דוגמה מוצלחת לשילוב בין רפואה לרווחה. בזכות היכרותנו עם המטופלים ברחוב, יכולנו להבחין בהידרדרות מדאגה, לדאוג לאשפוזים דחופים ואף למסגרות שיקום ובכך להציל חיים..."

טיפול אונליין לילדים והורים נפגעי טראומה – ד"ר לילך רחמים

33 עמ' "... אירועי הד באוקטובר, והמלחמה המתמשכת יצרו קושי בניידות תחת ירי טילים ופער עצום בין מבקשי הטיפול הרבים לכמות המומחים. טיפול אונליין ממוקד טראומה הוכיח את עצמו כפתרון יעיל, ובטוח. צוות המומחים לטיפול בטראומה במרכז 'חוסן' ע"ש כהן-האריס, פיתח תוכניות טיפול מקוון (אונליין) אינטראקטיביות כדי לעזור לילדים והורים להתגבר על תגובות לטראומה, באמצעות אתר ATEM-ET.online החלוצי מסוגו בישראל..."

עוני וחולי, אתגר לביטוח לאומי ולמשרדי הבריאות והרווחה – פרופ' שלמה מור-יוסף

35 עמ' "... האם עוני גורם לחולי או חולי גורם לעוני? שאלה חשובה זו נשארת בדרך כלל ללא תשובה חד משמעית וזאת בגלל הקשר ההדוק בין החולי לעוני וההשפעה הקיימת לשני הכיוונים... אני משוכנע כי הדרך הנכונה להלחם בעוני ובחולי הוא על ידי שיתוף פעולה שמונחה, מוכתב ומתוקצב על ידי קבינט חברתי. קרנות הביטוח הלאומי הן דוגמא לשיתוף פעולה יעיל ופורה בין המשרדים הרלבנטיים..."

סוגיות בבריאות של קבוצות לאום ודת שונות בישראל – ד"ר אפרים שפירא

37 עמ' "... אכן קיימים הבדלים ביולוגיים בין קבוצות אתניות, ודתות קשורות להבדלים בריאותיים. אך בדרך כלל, לגורמים חברתיים של הבריאות יש את ההשפעה הגדולה ביותר על הבריאות של האוכלוסייה בהשוואה לסוגים אחרים של גורמים, כמו ביולוגיה. מדדי תרבות, כולל אתניות ודת, יכולים להשפיע על בריאות באופן משמעותי מכמה סיבות..."

אינטגרציה של שירותי הבריאות והרווחה לאוכלוסייה המתבגרת – תובנות מהעולם – רעות רון

39 עמ' "... בישראל כיום, ישנם מספר רב של גופים האחראים על הטיפול באזרחים הוותיקים, אולם התיאום ביניהם לוקה בחסר. הזקן ומשפחתו נאלצים להתרוצץ בין ארגונים שונים, בכדי לקבל את השירותים להם הם זכאים. הכפילויות וחוסר התיאום גורמים למשק בזבז משאבים ונזקים אדירים, ובין היתר גם להחמרה במצבו של הקשיש..."

מחקר אחד ביום

41 עמ' בפינה זו, נביא עבורכם בכל מידעון תקציר וממצאים של מחקר עדכני בתחום בו עוסק המידעון. והפעם בנושא אינטגרציה בין בריאות לרווחה, בחרנו להציג שתי סקירות ספרות שפורסמו בשנת 2024, בכתבי עת מובילים, המנסים להציג את היתרונות והתוצאים של יישום השילוב שבין שירותי הבריאות והרווחה.

עו"סיות באסותא מספרות

42 עמ' "... עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בעיני היא היכולת להיות עם המטופל בתקופות היותר קשות, לנסות להדליק אור קטן בתוך החשכה או לנסות ולשהות איתו בה, עד שתעבור... בחוויה שלי, להיות עו"ס בביה"ח זה כמו ליצור קסם: תוך זמן נתון וקצר את/ה מצליח/ה לגעת ולעזור, ולפעמים אפילו לחולל שינוי..."



מי את רפואת רווחה?

ד"ר שגית ארבל אלון הינה הרופאה הראשית ומנהלת מערך שירותי הבריאות במשרד הרווחה והביטחון החברתי. אם, רופאה ומשוררת. גינקולוגית, הקימה וניהלה את מרכז בת עמי לנפגעי/ות תקיפה מינית בהדסה, כיהנה כראש אגף תכנון מדינית במשרד הבריאות. כסגנית מנהל בית החולים השיקומי רעות, ובוגרת תכנית ענבר מחזור א' ותוכנית וקסנר.

אין בריאות בלי רווחה ואין רווחה בלי בריאות. יחסי גומלין ברורים אלו, מגולמים בכל אחת מההגדרות הן של המושג בריאות והן של המושג הרחב רווחה, מושפעים ותלויים זה בזה. במדינות שונות באירופה כדוגמת שבדיה והולנד, משרד אחד עוסק בבריאות וברווחה.

בישראל, משרד הרווחה אמון על אספקת שירותי רווחה באופן ישיר ליותר ממיליון תושבים, באמצעות הרשויות המקומיות או ספקי המשרד. האחריות על שירותי הבריאות בישראל הינה של משרד הבריאות באמצעות קופות החולים, בתי החולים וגורמים נוספים.

בעוד ששירותי בריאות בישראל מעוגנים בחוק ביטוח בריאות ממלכתי והינם שירותים אוניברסליים לתושבי הקבע, שירותי רווחה ניתנים על פי צורך. אין בישראל כיום, חקיקה המכירה בזכותו של אדם או אנשים לקבל שירותי רווחה כפרטים, כמשפחות וכקהילות, אלא באמצעות חוק הסעד משנת 1958. במהלך השנים הוגשו הצעות לחקיקת חוק-יסוד: זכויות חברתיות, אולם אף לא אחת מהצעות אלו אושרה.

ביוני 2022, חוקק חוק שירותי רווחה לאנשים עם מוגבלות, על בסיס האמנה הבינלאומית לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות עליה חתומה מדינת ישראל. החוק מגדיר לראשונה בישראל את זכויותיהם של אנשים עם מוגבלות. אחת מבשורותיו הינה עיגון זכותם של אנשים עם מוגבלויות לחיים עצמאיים ואוטונומיים בקהילה. מהלך אליו מערכת הבריאות שאינה נגישה דיה לאנשים עם מוגבלות נדרשת להעריך ולצמצם את הפער בין החזון למצויות.

אי נגישות מערכת הבריאות לאנשים במצבים, מעמדות וצרכים חברתיים-כלכליים מגוונים בכלל ולאנשים עם מוגבלות בפרט, מהווה חסם משמעותי ביכולתם של האנשים לקבל שירות בריאות מותאם ואיכותי ופוגעת בזכותם של אנשים אלו לקבל שירותי בריאות הולמים בנגישות וזמינות סבירים.

להלן מספר דוגמאות במרחבי הבעיה השונים:

1. נגישות פיזית ותשתיתית -

- איך תדע אישה, עם נכות מוטורית הנדרשת לבדיקה במרפאת נשים, האם יהיה כיסא גינקולוגי נגיש? האם יהיה מנוף ומי שיודע להפעילו לשם העברתה למיטת הבדיקה? האם משך הביקור יותאם? והאם יאורגן המפגש כך שכל צרכיה בתחום ימולאו (אולטרסאונד, בדיקת פאפ ועוד)? או שתידרש לעבור מחדר לחדר?
- ילד שמקבל שירות רווחה ושיקום כחניך בפנימיה פוסט אשפוזית הזכאי לטיפול שיניים על פי חוק, מתקשה לקבל טיפול בשל דרכי ההקצאה של תורים (ליחיד ולא לקבוצה בפנימיה) מצב המקשה תפעולית על הפנימיה ויוצר הדרה מבנית הפוגעת בזכותו של ילד זה לקבל טיפולי שיניים סדירים.
- אדם המתמודד עם התמכרות ומצוקה נפשית יתקשה לקבל שירות פסיכיאטרי בזמינות שתהא רלוונטית לתהליך הטיפול ותתמוך בתהליך ההתמודדות עם התמכרות.

2. הכשרה -

- העדר הכשרה סדורה לצוותי הרפואה והסיעוד, באשר לגישה ודרכי הטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (משו"ה) גורמת לכך שלעיתים, בסופו של מפגש רפואי נכתב על ידי הצוות הרפואי: "לא נבדק עקב חוסר שיתוף פעולה", או "אינו מתקשר, אין אפשרות לקבל אנמנזה". לאנשים עם מוגבלות, הזכות, לאבחון וטיפול רפואי כולל, כמו לכל אדם, על ידי צוותים מוכשרים שיביאו לשיתוף פעולה החיוני לבריאותם.
- מעטים צוותי הרפואה והסיעוד שהוכשרו והטמיעו גישה טיפולית מודעת טראומה. כשירות המתחייבת לנפגעי טראומה בכלל וטראומה מינית בפרט ועוד יותר ולאור אירועי ה-7.10.

3. נגישות וזמינות השירות -

- זמינות הדמית CT גבוהה כיום, אולם לאנשים עם משו"ה להם מתחייבת הדמייה בהרדמה כמו גם ניתוח קטרקט לאור קושי אובייקטיבי ההדמיה והניתוח אינם זמינים.
- בדיקות אקג וצילום חזה כתנאי לקבלה לשירותי גמילה הגיוניים לאור זמינותם בשירותי הבריאות, אולם לדרי רחוב, אנשים העוסקים בזנות וקבוצות נוספות תנאי זה מהווה חסם מאחר ואי הנגשתם באמצעות רפואת רחוב אל הרחוב לדוגמא, לא תאפשר את הגמילה כצעד ראשון ביציאה מדרות רחוב.

4. הכללה בסל הבריאות

- מקבלי שירותי רווחה הנדרשים לתרופות לויסות רגשי או להתנהגות מאתגרת, שאינן בהתוויה זו בסל הבריאות נתקלים בחסם כלכלי ונמנעים מטיפול שאמור להטיב ולסייע בריאותית ורווחתית.
- על פי הספרות, אנשים עם משו"ה מתבגרים ביולוגית עשור טרם הממוצע באוכלוסיה. אי התאמה והכללתם הנדרשת, של בדיקות (צפיפות עצם) או חיסונים (PREVNAR) תלוי גיל לקבוצה זו, מהווה פגיעה בקידום בריאותם.

מסיבות אלו, משרד הרווחה לקח על עצמו את האחריות לדאוג לחלק משירותי הבריאות לעשרות אלפי מקבלי שירותי רווחה בעיקר במסגרות חוץ ביתיות ולעיתים גם בקהילה, זאת על ידי המשרד ו/או על ידי ספקיו. כיום, אנשים רבים עם מוגבלות מקבלים חלק לא מבוטל משירותי הבריאות במסגרות הדיור בהם הם חיים, מצב שעומד להשתנות מהותית עם כניסת החוק.

חזון משרד הבריאות שואף ל"מימוש הזכות הבסיסית לבריאות ולקידום בריאות של כלל אוכלוסיית ישראל, באמצעות מערכת בריאות השואפת לאיכות ושוויוניות מרביים, תוך כיבוד ערכי כבוד האדם והחברה". **הפער בין חזון משרד הבריאות, לגישה מרחיבה יותר לבריאות ורווחה, המכירה בהשפעה ההדדית והדו-כיוונית בין שני העולמות ובהכרה כי תחומים אלו אינם באמת ניתנים להפרדה, הובילה אותנו להגדיר ולהמשיג תפיסה חדשה של רפואת רווחה.**

רפואת רווחה, מצביעה על כך שיש גורמים חברתיים כלכליים וסוציאליים המשפיעים על הבריאות ולא פחות מכך, גורמים בריאותיים המשפיעים על הרווחה האישית הכלכלית והמוביליות החברתית. עלינו להבטיח עתיד בריאותי מיטבי תוך-דורי ובין-דורי, בדגש על אנשים, קבוצות וקהילות הנמצאים במצבי סיכון, סכנה והדרה ושהזדמנויות החיים שלהם פגעו או עלולים לפגוע בזכותם לבריאות ולביטחון חברתי.

שומה עלינו ליצור שפה אחודה, לשנות פרדיגמה שתוביל לאחריות משותפת וכוללת לשלומות, ואף לאתר את מנופי השינוי המרכזיים ודרכי הפעולה שיבטיחו לאנשים לממש את זכויותיהם הבסיסיות כזמינות, נגישות, עידוד הטיפול בסביבתו הטבעית של האדם, הנגשת מידע וזכויות, התאמת השירותים ואיכותם. זאת תוך התערבות וצמצום פערים אקטיבי המשלב תפיסת מדיניות כוללת ופקרטיקת עבודה אחודה ברוח **רפואת רווחה**.

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות – שליחות ואתגרים



ד"ר ג'וליה גוזמן (PhD, MBA), היא מנהלת השירות לעבודה סוציאלית באסותא מרכזים רפואיים, חברת סגל הוראה ומחקר בביה"ס לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל באוניברסיטת תל אביב, ומנהלת אקדמית של תכנית טראומה ביחידה להמשך לימודים והשתלמויות. עובדת סוציאלית מומחית בתחום הבריאות, מטפלת זוגית ומשפחתית מוסמכת ובעלת למעלה מ-20 שנות ניסיון בתפקידים קליניים וניהוליים במערכת הבריאות.

כעשרים אלף עובדים ועובדות סוציאליות פועלים ופועלות היום במדינת ישראל, 4,000 מתוכם במערכת הבריאות. סקטור העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות, הינו הסקטור השני בגודלו בארץ, אחרי הסקטור המקביל בשירותי הרווחה. בשונה מתחום שירותי הרווחה, בו העבודה הסוציאלית מהווה שירות ראשוני, השירות לעבודה סוציאלית בבריאות מהווה שירות משלים לשירות הרפואי. מציאות זו מחייבת את הסקטור לשכלל את מיומנויות העבודה בצוותים רב מקצועיים. כמו כן, עובדת היותה של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות שירות משלים לשירות הרפואי, מהווה תמריץ להתפתחות מתמדת של המקצוע, לצד תהליך התמקמות בלתי פוסק במרחב המולטי-דיסציפלינארי.

שליחות העבודה הסוציאלית בבריאות בהטמעת הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית

השליחות העליונה של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות, נוגעת להטמעת הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית, במוסדות הבריאות ובצוותים הרב-מקצועיים. לפי גישה זו, כדי לקדם בהצלחה החלמה ותהליכי התמודדות עם משברים בבריאות האדם, מקצועות הבריאות נדרשים לראות את האדם השלם ולהבין גם את הגורמים החברתיים והפסיכולוגיים הקשורים במחלתו (Engel, 1977). העבודה הסוציאלית בבריאות עוסקת באבחון הגורמים הפסיכו-סוציאליים, שמשפיעים על יכולת האדם להתמודד עם המחלה ולהיענות לטיפול, ומסייעת לצוותים לטפל בחולה ומשפחתו לאור הגורמים הללו. כמו כן העבודה הסוציאלית בבריאות מפעילה את המערכות המוסדיות במטרה לשפר את הרווחה הנפשית של החולה, להביא למקסימום את הישגי הטיפול הרפואי ולשמרם.

התפתחות מקצוע העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות הישראלית

לפני קום המדינה אפשר היה למצוא עובדים סוציאליים במערכת הבריאות בעיקר בבתי חולים פסיכיאטריים. הנרייטה סאלד, שהניחה את הבסיס לעבודה הסוציאלית במערכת הבריאות הישראלית, סברה כי מניעת מחלות והחלמה מהן, תלויות גם בגורמים סוציאליים, כמו תנאי דיור וכלכלה מספקת. משנות החמישים עובדות סוציאליות החלו לפעול גם בבתי החולים הכלליים, ומשנות השישים – גם במרפאות הרפואה הראשונית בקהילה, ואף הוקם השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות. עד סוף שנות ה-70 כבר הוקמו מחלקות לעבודה סוציאלית במרבית בתי החולים הכלליים, הגריאטריים והסיעודיים במדינת ישראל (סוסקולני, אוסלנדר ובן שחר, 2019).

בשנת 1990, הוכנסו לסל השירותים של קופת חולים כללית גם השירותים לעבודה סוציאלית, והוכתב שילובן של העובדות הסוציאליות בכל מוסדות הבריאות של הקופה. מדובר בציון דרך משמעותי להתפתחות המקצוע במערכת הבריאות, כיוון שסל השירותים של "כללית" היווה בסיס לסל השירותים של חוק ביטוח בריאות ממלכתי (סוסקולני, אוסלנדר ובן שחר, 2019). החוק העניק רוח גבית משמעותית להתבססות העבודה הסוציאלית בבריאות, ולפיו, הוגדרו תפקידי העו"ס (סעיף 22 ה' בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי) דרך הענקת טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות

רפואיות במצבים חריפים, במחלות ממושכות וכן במיצוי משאבים אישיים וגיוס משאבים קהילתיים, חברתיים ומוסדיים לטיפול בחולה כחלופה לאשפוז או למניעתו.

תפקידיהן של העובדות הסוציאליות במערכת הבריאות

מאז חקיקת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), וחוק העובדים הסוציאליים (1996), התרחבו תחומי העיסוק והאחריות של העבודה הסוציאלית בבריאות. כיום, המקצוע משולב בכל מוסדות הבריאות והוא מעמודי התווך של מערכת הבריאות בשגרה ובחירום.

העבודה הסוציאלית במחלקות, במרפאות ובמכונים עוסקת בטיפול רגשי ובמיצוי זכויות; בליווי האדם במצבי בריאות וחולי בכל מעגלי החיים; בתיווך בין הצוות הרפואי לחולה ולמשפחה; בתכנון השחרור מהאשפוז; ובאחריות על רצף הטיפול בין בית החולים לקהילה. בנוסף, העבודה הסוציאלית מובילה את הטיפול והתמיכה בצוותי הבריאות, עוסקת בפיתוח חוסנם הנפשי של עובדי הבריאות במוסדות, ומרכזת וועדות מוסדיות כמו הועדה למניעת האלימות במשפחה, ועדת אתיקה, ועוד.

חוקי המדינה, חוזרים ונהלים של משרד הבריאות, מגדירים תחומי אחריות ייחודיים נוספים לעבודה הסוציאלית בבריאות, כמו למשל, וועדות להפסקת היריון, וועדות טרום ניתוח בריאטרי, וועדות לתרומת איברים מהחי, תהליכים למינוי אפוטרופוס לענייני גוף, מקבל החלטות זמני לעניינים רפואיים דחופים ועוד. הן עוסקות גם בהובלת פרויקטים משותפים עם סקטור העבודה הסוציאלית במשרדי ממשלה נוספים. למשל, מיצוי זכויות מאושפדים דרך יחידות סגולה בבתי החולים, מתקיים הודות לעבודתן המשותפת עם המשרד לשוויון חברתי, כך גם במסגרת "המחלקה הראשונה" – ערוץ ישיר להגשת התביעות – בשיתוף המוסד לביטוח הלאומי.

העובדות הסוציאליות בבריאות מבצעות כונוניות במקרים של אלימות במשפחה, אובדנות ותקיפות מיניות, ולקחות חלק מרכזי בתהליכי טיפול הנוגעים לאוכלוסיות מיוחדות כמו חולים עירייים, חולים כרוניים, חולים המתמודדים עם ריבוי אבחנות, חסרי מעמד, מכורים וחסרי בית, אנשים בזנות ועוד.

בחירום, לעבודה סוציאלית תפקיד מרכזי בטיפול בהיבטים פסיכו-סוציאליים של ההתמודדות עם מצבי דחק וחרדה. התערבויות ראשוניות בקרב נפגעי חרדה חיוניות במניעת תגובות פוסט טראומטיות, ויש להן ערך רב בהיבט של הקלה מיידית על סבל הנפגעים. כבר מהימים הראשונים של מלחמת "חרבות ברזל", העובדות הסוציאליות במוסדות הבריאות טיפלו בפצועים ומשפחותיהם, במשפחות החטופים, הנעדרים והנרצחים, וכן היו שותפות בהובלת הטיפול בחטופים שחזרו משבי החמאס. על רקע המלחמה ומותם של חיילים רבים, מתגבש תפקיד העו"ס סביב הצעת חוק שנוגעת לשימוש של בת הזוג בזרע בן זוגה המת.

אתגרי העתיד עבור העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות

בדומה למקצועות הבריאות הנוספים במערכת, העבודה הסוציאלית מתמודדת כיום עם השלכות המצב הביטחוני על הציבור ועל יכולתו לתת אמון במערכות הממוסדות. אנו סבורות כי נוכח המשבר החברתי והכלכלי, בו אנו מצויים, העבודה הסוציאלית בבריאות תידרש בעתיד הקרוב לעסוק ביתר שאת, בפרקטיקה של מדיניות במטרה להעמיק את המודעות של מקבלי ההחלטות למצבם הפגיע של מי שמתמודדים עם חולי ומשבר בבריאותם.

אתגר התמקמות העבודה הסוציאלית במרקם המולטי-דיסציפלינארי מועצם בעת הזאת, על רקע התפתחות מקצועות הבריאות המשיקים, וההתמקצעות ההולכת וגוברת של העוסקים בהם, גם בהיבטים של בריאות הנפש. היעדר מפתחות תקינה ומפתחות שירות לעבודה סוציאלית ולמקצועות הבריאות ברוב חלקי המערכת, מעמיקים את האתגר. בהיבט הזה, על העבודה הסוציאלית בבריאות, לקדם תהליך מואץ של מיפוי עיסוקי העובדות הסוציאליות בבריאות ולהציב סטנדרט ברור וניתן ליישום של תקנון, הכשרה והתפתחות מקצועית לעובדים ולעובדות הסוציאליות בבריאות.

בעשור הקרוב העבודה הסוציאלית בבריאות תידרש להתמודד עם הצורך בהטמעת טכנולוגיות הבינה המלאכותית, מציאות מדומה ושימוש בנתוני ענק (Big data). התמודדות מוצלחת עם אתגרי הקדמה, יסייעו לנו בפיתוח שיטות

תפקידי העובדים והעובדות הסוציאליות בקופת החולים

ד"ר ליה אברבנאל כנעני הינה מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית ויחסי חבר במכבי שירותי בריאות, מומחית בתחום הבריאות, תפקידיה הקודמים במכבי כללו ניהול של שירותי רווחה ויחסי חבר במחוז המרכז וריכוז העבודה הסוציאלית במערך התפתחות הילד במחוז השרון. בוגרת לימודי פסיכותרפיה, טיפול זוגי ומשפחתי וליווי רוחני. השתתפה בתוכנית בינלאומית לעובדים סוציאליים בכירים שהתקיימה בבית"ח מאונט סיני בניו יורק.



שירותי העבודה הסוציאלית בקופות החולים הנם חלק בלתי נפרד ממערכת שירותי הבריאות במדינת ישראל, ומהווים את אחד השירותים בתוך סל שירותי הבריאות הבסיסי הניתן לחולים ובני משפחותיהם, מתוקף חוק בטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994. החוק מעגן את ייחודיות העיסוק בעבודה סוציאלית במערכת הבריאות ואת חובת ההקמה של שירות זה בכל ארגון בריאות.

עבודה סוציאלית בבריאות הינה תחום מומחיות הדורש גוף ידע ייחודי ומתקדם, המורכב משילוב גופי ידע העוסקים בחולי ובריאות. מדובר בגופי ידע מתחום העבודה הסוציאלית, בריאות הנפש, התפתחות הילד, רפואה, בריאות הציבור, מדיניות בריאות, סוציולוגיה של הבריאות, פסיכולוגיה, פסיכיאטריה, חוק, משפט ואתיקה.

עבודה סוציאלית מתאימה באופן שוטף את עולם הידע ואת תפקידיה למגמות ושינויים דמוגרפיים, חברתיים פוליטיים וכלכליים, ובאופן ייחודי גם לשינויים במגמות בריאות וחולי באוכלוסייה ובמערכת הבריאות. מדובר בקצב שינויים מהיר ביותר, בחדשנות ברפואה ובחקיקה הנלווית אליה, ומלווה בתכניות הכשרה מקצועית ומחקר הייחודיים לתחום. תפקידיהם הייחודיים של העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בכלל, ובקופות החולים בפרט, מתבססים, בין השאר, גם על מדיניות משרד הבריאות שמותווית בחוקים, תקנות, נהלים וחוזרי מנכ"ל. וכמובן במדיניות של קופת החולים עצמה.

העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות בקהילה באה לידי ביטוי לאורך מעגל החיים, מהריון ולידה ועד זקנה וסוף החיים. היא עוסקת בגורמים ובהשלכות הפסיכו-סוציאליות של מצבי חולי פיזיים ונפשיים, אקוטיים, כרוניים וסופניים, ירידה בתפקוד פיזי, טראומה, אבדן ובעיות בריאות אחרות. העובדים הסוציאליים בקופה משולבים במרכזים הרפואיים, במכונים ובמרפאות המקצועיות, לרבות בריאות כללית, בריאות הנפש, התפתחות הילד וגריאטריה.

מרבית העובדים הסוציאליים בקופה הם בעלי תואר שני, מומחיות בנושאי ליבה, והכשרות מקצועיות מגוונות כגון לימודי פסיכותרפיה, טיפול זוגי ומשפחתי, טיפול קבוצתי, CBT ועוד. הם מיומנים באבחון ובמגוון מיומנויות קליניות המותאמות לטיפול במטרה לשפר התמודדות והסתגלות המטופל ומשפחתו למצבי הבריאות והחולי. הם מהווים חלק בלתי נפרד מעבודת הצוות הרב-מקצועי ומרצף הטיפול, זאת בהתאם לאתיקה ולערכים העומדים בבסיס המקצוע.

העובדים הסוציאליים בקופת החולים אמונים על קידום רווחת המטופל ומשפחתו, קידום ממשקים עם כלל השירותים והארגונים בקהילה, קידום מדיניות והטמעה של הגישה הביו-פסיכו-סוציאלית בקרב מקצועות הרפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות. כחלק מהצוות הרב מקצועי, הם מסייעים לצוות באבחון גורמים חברתיים, נפשיים, סביבתיים וכלכליים הקשורים למצבו התפקודי של החולה, החלמתו ושיקומו.

בכל אחד מן המערכים מתקיימת כמובן התאמה לצורכי המטופלים, כך לדוגמה העובדים הסוציאליים במערך התפתחות הילד מטפלים, ומסייעים להתמודדות משפחות עם הטיפול בילדים עם צרכים מיוחדים. במרכזים הרפואיים ובמכונים

התערבות חדשניות ויצירתיות לשם מילוי השליחות שלנו. בנוסף, נידרש להרחיב את המחקר היישומי בתחומי הליבה של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות, ולהטמיע בתכניות העבודה פרקטיקה מבוססת ראיות (evidence-based practice).

אך האתגר המשמעותי ביותר אליו נידרש בשנים הקרובות, הינו אתגר כוח האדם. גיוס עובדות סוציאליות ועובדים סוציאליים למוסדות הבריאות, ומניעת נטישה של הוותיקות והוותיקים שבנינו, לטובת עבודה במשרדי ממשלה ומוסדות ממשל אחרים, בהם התקנים ותנאי ההעסקה טובים יותר – מעסיקים כבר בימים אלה את הדרג הניהולי בשירותים לעבודה סוציאלית בבריאות. הצבת מתווה ראוי להתפתחות מקצועית והתאמת לוח התפקוד בנציבות שירות המדינה למציאות בשטח, יסייעו למערכת לעמוד באתגר הזה. על מערכת הבריאות לטפח עתודה ניהולית בעבודה סוציאלית ולאפשר לכל העובדים והעובדות הסוציאליות מסלולי צמיחה וקידום המשלבים תכניות הכשרה מותאמות לתפקיד, יציאה ללימודים לשם השגת תארים מתקדמים ומעורבות מובילה במחקר.

ככל שנצליח להתמודד עם אתגרי העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות לטובת הדור הבא של העובדים והעובדות הסוציאליות, כך נשפיע לטובה על בריאות ורווחת הציבור במדינת ישראל.

רשימת מקורות:

סוסקולני, ו. אולסנדר, ג. ו. ו. שחר, א. (2019). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות: היסטוריה של התפתחות מקצועית ואתגרים לעתיד. בתוך: ג'וני גל ורוני הולר (עורכים). לא צדקה אלא צדק: פרקים בהתפתחות העבודה הסוציאלית בישראל. (עמודים 245-272).

Engel, G., L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 8, 196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.

עבודה סוציאלית בבתי החולים

שגית זאבי, מנהלת השירות הסוציאלי וממונה על השוויון המגדרי במרכז הרפואי רמב"ם. בוגרת תואר שני בעבודה סוציאלית ובשלב סיום של תואר שני נוסף בניהול מערכות בריאות. סיימה לימודי פסיכותרפיה קוגניטיבית התנהגותית ובמשך שנים רבות טיפלה בנשים אשר התמודדו עם טראומות של היריון ולידה ונשים שחלו בסרטן ממקור גניקולוגי ולקחה חלק בהקמתה של מרפאת מג"ן במרכז הרפואי. בוגרת תוכנית לחילופי עובדים סוציאליים רמב"ם - בית חולים "בית ישראל", בבוסטון ותוכנית העמיתים לעובדים סוציאליים בכירים בבי"ח מאונט סיני בניו יורק.



עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בישראל משלבת בין האחריות המקצועית של העובדות הסוציאליות לקידום רווחת המטופלים ובני משפחותיהם לבין מעורבותם ומחויבותם לבית החולים ומערכת הבריאות.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994), קובע כי כל אדם הזכאי לקבלת שירותי בריאות מתוקף החוק יכול לפנות לעובדת סוציאלית כשירות הכלול בסל השירותים. תפקיד השירות הסוציאלי בבתי החולים נקבע ואופיין בחוזר מנכ"ל משרד הבריאות (33/99).

עבודה סוציאלית משלימה את עבודת הצוותים הרפואיים והסיעודיים ומונחת על ידי ערכים מקצועיים המדגישים את הראיה ההוליסטית של האדם במערכות חייו, את זכותו לאוטונומיה ואת הצורך בשמירה על כבודו ופרטיותו. העובדות הסוציאליות בבתי החולים מיומנות באבחון וטיפול במכלול הגורמים הרגשיים, המשפחתיים והסביבתיים הכרוכים בהתמודדות עם מצבי חולי, נכות, משבר או טראומה ובהשלכות הפסיכוסוציאליות הנובעות מהם. הן עוסקות במיצוי המשאבים האישיים והחברתיים החיוניים לתהליכי השיקום וההחלמה, בהתערבות במצבים פליאטיביים - סיוע למטופלים הסובלים ממחלה חשוכת מרפא ולבני משפחתם אשר מתמודדים עם בשורה מרה ואובדן. עבודתן המקצועית משלבת שימוש בגישות טיפוליות שונות הכוללות טיפולים קצרי או ארוכי טווח, התערבויות זוגיות ומשפחתיות, הדרכות הורים ועוד. כחלק מעבודתן, העובדות הסוציאליות אמונות על תכנון הליך השחרור ועל הסיוע למטופל ומשפחתו בהתארגנות לקראתו, בין היתר על ידי מיצוי זכויות כלכליות וסוציאליות וגיוס משאבים ומערכות תמיכה משירותי הבריאות והרווחה.

פיתוח התערבויות לקידום בריאות הינו חלק מתפקידן של העובדות הסוציאליות, כמו גם איתור אוכלוסיות מוחלשות, קיום הכשרות בנושאים שונים ותמיכה בצוות הרב מקצועי בבית החולים בשגרה ובחירום.

העבודה הסוציאלית הרפואית אמונה על ביצוע פעולות המתחייבות מכוח חוקים ספציפיים הנקשרים לתחום הבריאות, כגון: החוק למניעת אלימות במשפחה, חוק העונשין, חוק האפוסטרופסות והכשרות המשפטיות, חוק השתלת איברים ועוד.

כחלק מתפקידן מעורבות העובדות הסוציאליות באירועים רבי נפגעים (אר"ן) והן נקראות לפתיחת מרכז מידע, אשר נועד לענות על הצורך במסירת מידע טלפוני לאזרחים המחפשים את יקיריהם, הצורך בתמיכה במשפחות המגיעות לבית החולים וחרדות לגורל יקיריהן, הצורך בהבטחת קשר רציף בין המשפחות לבין הצוות הרפואי לקבלת מידע, והצורך באיחודם של בני המשפחה.

התערבות העובדות הסוציאליות באר"ן מתחילה עם קליטת הפצועים בבית החולים וממשיכה לאורך אשפוזם ועד לשחרורם. כמו בשגרה, גם במצבי חירום ודחק, העובדות הסוציאליות מהוות עוגן עבור המטופל ומשפחתו, הן מסייעות להם תוך הבנת הצרכים הבסיסיים המשמעותיים ומתן מענה מקצועי לצמצום המשבר ומניעת החרפתו, בין היתר על

העובדים הסוציאליים שותפים לפעילות לקידום בריאות, ומטפלים להשגת היענות טובה יותר לתוכנית הטיפול הכוללת במטופל ומשפחתו. מקיימים איתור יזום של אוכלוסיות מיוחדות, לרבות חולים מרותקים, חולים סופניים, חולים במחלות קשות, חולים החיים בעוני או צרכני יתר של שירותי בריאות על רקע פסיכו-סוציאלי.

העובדים הסוציאליים מתאמים את הדרוש לרצף הטיפול אשפוז-קהילה, על ידי תיווך בין המטופל ומשפחתו לבין המערכת הרפואית, ושירותים במערכות אחרות לשם מיצוי זכויות החברים בקופה. הם מהווים גורם מסנן ופועל לקידום ומיצוי זכויות מטופלים, מעניקים ייעוץ להתערבויות פסיכוסוציאליות לעובדים ומעניקים תמיכה גם לעובדי הקופה במצבי משבר הנובעים מחולי. ברמה המערכתית, העובדים הסוציאליים בקופה יוזמים ומקדמים פרויקטים ייחודיים כמו הנגשת זכויות לניצולי שואה, קבוצות תמיכה ומידע לחולים ולבני משפחותיהם, קבוצות הדרכה להורים, וכיוצא באלה. בנוסף, מכוח נהלים וחוקים הם בעלי תפקידים ייחודיים כמו הובלת הטיפול באלימות במשפחה, אלימות כלפי חסרי ישע וילדים בסיכון ועוד.

ההתערבויות המקצועיות של העובדים הסוציאליים מגוונות מטיפול פרטני, זוגי, משפחתי, קבוצתי ועד התערבות קהילתית בשיטות התערבות מגוונות של טיפול בעת משבר, טיפול קצר מועד וטיפול ארוך טווח בגישות מותאמות לאוכלוסייה המטופלת על ידם, כגון, טיפול פסיכודינמי, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וכיוצא באלה. בנוסף, העובדים הסוציאליים בקופת החולים מקדמים מחקר ייחודי בתחום לצורך התוויית פרקטיקה מבוססת ראיות. מדריכים במסגרת הכשרה מעשית של סטודנטים לעבודה סוציאלית, מתמחים ברפואת משפחה, בהוראה אקדמית ובהפצת ידע מחקרי ויישומי בכנסים מדעיים ומקצועיים בארץ ובחו"ל.

ברמת המערכת הם מפתחים סטנדרטיזציה להתמקצעות בעבודה סוציאלית בבריאות. שותפים לקביעת מדיניות בתחומים הנוגעים לרווחת החולה ומשפחתו ומובילים או שותפים בתכניות ארציות לטיפול בבעיות בעלות השלכות על בריאות האדם ובסוגיות ייחודיות אחרות. חברים במועצות לאומיות, וועדות בין מקצועיות כגון ועדות אתיקה, פורומים בשיתוף גורמים בקהילה כגון פורום "ברק" משותף לביטוח לאומי, רווחה וקופות.

בשנים האחרונות, עם פרוץ מגפת הקורונה וריבוי אירועי מלחמה וטרור, ובמיוחד מאז השבעה באוקטובר עת התרחש שבר לאומי וחברתי עמוק, התחדדו עוד יותר התפקידים שעובדים סוציאליים קיבלו על עצמם במערכת הבריאות, זאת לאור היקף האובדנים והאיומים הקיומיים. המציאות החדשה והפתאומית חייבה את העובדים הסוציאליים, בכלל, ובמערכת הבריאות בפרט, להתמודד עם איום בריאותי ונפשי. מדובר בהיקף גדול של חברי הקופה אשר לא בהכרח נזקקו עד לאירועים אלו לטיפול של העובדים סוציאליים. במציאות זו, עובדים סוציאליים במערכת הבריאות נמצאים בחזית ההתמודדות הן מול ההתמודדות עם המשברים מאירוע הקורונה והן בעתות של המלחמה והחירום כמו גם בשגרה.

ובנימה אישית בשנות עבודתי כעובדת סוציאלית צמחתי והתפתחתי בעבודה במערכת הבריאות, במרפאה לבריאות הנפש, עוד טרם תחילת עבודתי במכבי, והן בכל שנות עבודתי במכבי במערך התפתחות הילד, במרפאה לילדים עם הפרעות קשב וריכוז, בתפקידי כעובדת סוציאלית מחוזית ומנהלת ארצית של השירות. בכל השנים האלו הייתה לי הזכות להיות עדה להתפתחות העצומה של העבודה הסוציאלית בקופה, ולתרומה המקצועית והמסורה של העובדים הסוציאליים. ובהזדמנות זו מבקשת להודות לעובדים הסוציאליים במכבי על עבודה מקצועית ללא ליאות, במקצועיות, מסירות ומחויבות רבה.

הטיפול במטופלים הסיעודיים, רווחה או בריאות, של מי האחריות?

ד"ר גלית קאופמן, מנכ"לית בית בלב מקבוצת מכבי שירותי בריאות. בתפקידה הקודמים במכבי הייתה ראש מחוז צפון, מנהלת אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, ומנהלת פרויקטים ארצית במכון גרטנר.



אנו חיים בתקופה של שינויים תמידיים: מהפכת המידע והתודעה, הפיכתן של הרשתות החברתיות ככלי מרכזי לתקשורת המונים, עלייה בתוחלת החיים, פיתוחים טכנולוגיים מואצים, בינה מלאכותית לזיהוי מהיר של מחלות והתאמת תכניות טיפול אישיות, משברים ואיומים כגון מגיפה עולמית ומלחמות. כל אלה ועוד, מציפים ביתר שאת שאלות שאנו נאלצים להתמודד איתם שוב ושוב – מי דואג ורואה את האוכלוסיות הפגיעות בתוך הקצב המטורף הזה, ובפרט את אוכלוסיית הגיל השלישי? אלו שבזכותם כולנו כאן.

אוכלוסיית הגיל השלישי בישראל צומחת בקצב מואץ: על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בשנת 2024 כ-12.5% מאוכלוסיית ישראל יהיו בני 65 ומעלה, ובשנת 2040 מספר זה צפוי להגיע לכ-20%. גידול משמעותי זה מעלה שאלות חשובות בנוגע לטיפול ורווחתם של קשישים רבים במסגרות השונות כגון דיורים מוגנים, דיור תומך ובתי אבות. כיום, האחריות על המוסדות מתפצלת בין הרווחה לבריאות. בעוד שהרווחה אחראית על הדיור המוגן, דיור תומך ותשומים, הבריאות אחראית על המטופלים הסיעודיים ומתייחסת למוסדות בדומה לבית חולים. 98% מהמטופלים הסיעודיים נמצאים בבית עם מטפל עיקרי. כ-2% בלבד נמצאים במוסדות.

תחום הזיקנה "סובל" מחוסר תשומת לב לאומית שנים רבות, נמצא בחצר האחורית, לא מדובר ולא מתוקשר. האתגרים הרבים רק מתעצמים. מי שידו משגת – יכול להרשות לעצמו להזדקן בכבוד, לעבור לדיור מוגן או בהתאם למצבו למוסד סיעודי פרטי ומי שידו אינה משגת מתמודד עם סבך הבירוקרטיה, מהווה נטל על משפחתו במקרה הטוב, במקרה הפחות טוב מתמודד לבד. האתגר המשמעותי ביותר הינו האתגר התקציבי – תעריף קוד סיעודי נמוך, לצד דרישות רגולטוריות שאינן בהלימה לתקציב.

המצוקה בתחום רק תלך ותגדל אם לא יהיה שינוי מהותי בתקציב, בתכנון כ"א מתאים וביצירת תנאים המאפשרים ליזמים להקים מוסדות ראויים לקשישים סיעודיים. נדרשת מהפכה כוללת בתחום והתייחסות למוסד כקהילה ובית ולא כבית חולים. כחלק משינוי מהותי זה האחריות על המוסדות הסיעודיים/בתי האבות צריכה לעבור מהבריאות לרווחה.

הגיע הזמן לשינוי תדמית הזיקנה והפיכתה לחלק מהחיים ולא למחלה, שינוי תדמית המוסדות והפיכתם לקהילות דיור ובית לקשיש, שינוי תפיסת המוות – מאסון אישי לתפיסת מוות כחלק מהחיים, שינוי תפיסה רפואית – כך שיוגדרו סוגי המקצועות הנדרשים למיקוד ב"איכות חיים" ולהתנתק מתפיסת הטיפול בבית החולים, קידום טכנולוגיות תומכות ומותאמות לזקנים ולצרכיהם, למשפחות ולצוות.

החזון – שכל זקן יוכל לבחור את מקום מגוריו הקהילתי והקבוע עם השירותים שהוא מעוניין לקבל ולא שמקום מגוריו יכתב לו "מלמעלה" כפועל יוצא מהמצב הגופני או הקוגניטיבי שלו וכך גם השירותים. כפי שאדם יכול לבחור לחיות ולמות בביתו הפרטי מתוך בחירה אישית, כך יוכל לבחור לו את קהילת המגורים המתאימה לו והשירותים בהם הוא חפץ. המטרה ש"Ageing in place" יהיה לא רק בבית המגורים הפרטי שלו, אלא ייושם גם בקהילת המגורים שבחר וזכאותו תהיה לבחור קהילה המאפשרת לו בחירה: להישאר באותה יחידת דיור שבחר והיא תהווה עבורו בית.

במסגרת השינוי, התאמת השירותים לרצונות האישיים: בחירת סדר יום, בחירת מזון, בחירת הפעילות המותאמת לו, בחירת השירותים הרפואיים והפרא-רפואיים. הזקן יוכל לבחור להוסיף מטפל צמוד.

ידי הקניית מיומנויות התמודדות יעילות באמצעות מודלים מקצועיים להתערבות מיידית, הסברים פסיכו-חינוכיים אודות תגובות לגיטימיות במצבי טראומה, תרגולי הרפיה ונשימות ושימת דגש על מסרים בלתי מילוליים וחיזוקים חיוביים במטרה להפחית את תחושת מצוקה, להגביר תחושת ביטחון ושייכות, ולמנוע ככל הניתן אפשרות של התפתחות פוסט טראומה בהמשך.

משבר הקורונה ואירועי השבעה באוקטובר, על השלכותיהם הרבות והמגוונות, הדגישו את תפקידן הקריטי ותרומתן החיונית של העובדות הסוציאליות ואת מסירותן לציבור גם במצבים קשים ובלתי מוכרים המלווים בחוסר אונים וחוסר וודאות.

אירועי השבעה באוקטובר ואתגר הטיפול באזרחים שנחטפו והוחזקו בשבי, גייסו את העובדות הסוציאליות בבתי החולים לקחת חלק מרכזי בתהליך קליטתם של השבים, במסגרת מבצע "דלתות שמיים". תפקידן כלל תחומי אחריות והתערבויות בשלבי אשפוז שונים, החל מקבלת משפחת השב בבית החולים והכנתה למפגש עם השב; איסוף מידע באשר למצבו הבריאותי (גופני ונפשי) של השב טרם החטיפה, איסוף מידע על הרכב המשפחה והקשרים בין חבריה, מידע אודות נפגעים נוספים ומאפייני הקושי שהמשפחה התמודדה עימם טרם החטיפה ולאחריה. תכנון מפגש השב עם המשפחה, יידועם באשר למצבו ומתן הסבר באשר לצפוי להתרחש. בנוסף, קבלת השב לבית החולים ואיחודו עם בני משפחתו. הכנתו לבדיקות רפואיות, קביעת כשירות לשיחת שיתוף מידע עם גורמי ביטחון. קיום אינטייך סוציאלי והכנה לאשפוז.

המפגש והשיחות עם השבים, חשפו את העובדות הסוציאליות למכלול הגורמים הטראומטיים שאפיינו את המציאות הקשה והפוגענית בשבי. העובדות הסוציאליות שקיבלו את השבים עם הגעתם לביה"ח פעלו ברגישות וחמלה והמשיכו ללוותם גם במהלך האשפוז, בדגש על העמקת הטיפול הרגשי, תיווך הדרגתי לגורמי טיפול נוספים במחלקה ובקהילה, החזרת תחושת השליטה והקפדה על קיום רצף טיפול מיטבי לאחר שחרורם מבית החולים.

לסיכום, עבודתן של העובדות הסוציאליות בבית החולים הינה חשובה ומגוונת. מעורבותן תורמת לשיפור איכות הטיפול, מהווה אבן יסוד בבניית וחיזוק ממשקים תוך ובין-משרדיים לצורך שמירה על רצף הטיפול ומסייעת רבות בפיתוח תשתיות מידע, הון אנושי וקידום ידע ומחקר. חידושים טכנולוגיים מתמידיים מחייבים את העובדות הסוציאליות בהתעדכנות מקצועית מהירה לצד הכורח בהכרת מאפייני אוכלוסייה חדשים וסוגיות פסיכוסוציאליות חדשות ומורכבות.

בנימה אישית, כמי שעובדת במערכת הבריאות קרוב ל 20 שנה, אין ספק שהעבודה בבית החולים הינה מרתקת, מאתגרת ומלאת אדרנלין. למדתי כי העשייה הנדרשת, בשגרה ובחירום, מחייבת יצירתיות, גמישות מחשבתית והתאמת מענים ייחודיים לכל מטופל ומשפחה. ההתמודדות, היום יומיות, עם סיטואציות מורכבות מזמנת מפגשים מרגשים, עוצמתיים והתערבויות משמעותיות וקריטיות בחייהם של מטופלים ובני משפחותיהם, מכל שכבות האוכלוסייה. עשייה רבה וענפה זו אמנם דורשת מאתנו, העובדים הסוציאליים, השקעה ומסירות רבה אך מהווה עבורנו, כר שופע ללמידה והתפתחות אישית ומקצועית.

על תנועה וחיבורים – ייחודיותה של העבודה הסוציאלית בבריאות הנפש

עו"ס רחלי שרון גרטי, MSW, מומחית עו"ס בבריאות הנפש. מנהלת השירות לעבודה סוציאלית במרכז לבריאות הנפש "גהה" מקבוצת כללית. פסיכותרפסטית, מדריכה, מטפלת ומדריכת EMDR. חברה במועצה הלאומית לטראומה ובחברה לאיכות ברפואה, וחברה בועדת האתיקה בתכנית לפסיכותרפיה, אונ' תל אביב. בעברה קב"נית בצבא במספר תפקידים, עו"ס אחראית במרפאה לבריאות הנפש בשלוותה, פרויקטורית ארצית לנושא חוסן ושחיקה בשירותי בריאות כללית. בוגרת תכנית "ענבר", רשת מעוז.



הזהות שלי כעובדת סוציאלית הבשילה לאורך זמן ותהליך. אמא שלי, שאחראית במידה ניכרת לסט הערכים עליו גודלת וחונכתי, שאלה אותי אז "אז למה לא הלכת ללמוד פסיכולוגיה?". זו שאלה שהפכתי בה לא מעט, משום שהיוקרה, התנאים ואפשרויות הקידום בעבודה סוציאלית אינם משקפים את עוצמתו של המקצוע, והם תמיד אתגר מורכב. ביחד עם זאת, בחלוף 20 שנה ויותר, אני מזדהה לעומק עם מהות הבחירה שעשיתי, מצוידת בתחושת שליחות ומשמעות במקצוע שבחרתי.

אני חשה גאווה גדולה להשתייך לסקטור העובדים הסוציאליים בישראל. אני ערה לכך שעובדים סוציאליים כמעט בכל מקום במערכת הבריאות נוכחים בתשתית העשייה ושותפים בהובלה שלה. אירועי השבעה באוקטובר ומלחמת חרבות ברזל מהווים דוגמת קצה לכך, כאשר עובדים סוציאליים קראו (וקרעו) את עצמם למשימות מורכבות בכל הארץ, בכל המערכות – טיפול בפצועים, סיוע לבני משפחה, זיהוי פצועים וחללים, עבודה עם מפונים, ליווי פדויי שבי, טיפול בחיילים, באנשי מילואים, בנפגעי נפש, באלמנות ויתומים ועד לליווי קהילות בדרכן לשיקום והחלמה. העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות ימשיכו לעסוק בשנים הקרובות באדוות המצטברות לאירועי השבעה באוקטובר ויהיה עליהם לפתח שירותי תמיכה וטיפול חדשים כך שאזרחי המדינה יזכו לטיפול הטוב ביותר שניתן.

עבודה סוציאלית בבריאות הנפש עוסקת ביצירה של תנועה וחיבורים. תנועה מאפשרת שינוי, מאפשרת צמיחה. תנועה, בניגוד לתקיעות, מעודדת את האדם והסביבה להשתמש במרחב הבחירה שלו ולקבל שליטה על מה שניתן. תנועה לוקחת קדימה ומאפשרת העמקה והתבוננות בתוך מקום קיים. החיבורים מצידם מעניקים הקשר, קרקע יציבה עליה יכולים האדם וסביבתו לעמוד איתן. החיבורים מעניקים רצף משמעות ושייכות ומעודדים שיתוף פעולה בין אנשים ומערכות.

הנה מרחבים בהם עובדים סוציאליים פועלים ליצירה של תנועה וחיבורים:

תנועה בין מציאות פנימית ומציאות חיצונית. עובדת סוציאלית המטפלת בבריאות הנפש מזהה את הבעיה שהמטופל מביא כאינטראקציה מתמדת, בין אישיותו ומנגנוני הפסיכולוגיים, לבין המציאות החיצונית המרכיבה את נסיבות חייו. הטיפול בתפיסה זו מתמקם במפגש בין החוויה התוך אישית, הפרשנות שנותן המטופל לאירועים (פנימיים וחיצוניים), לבין הצורך להגיב למציאות החיצונית, להסתגל אליה ולפעול בתוכה. הטיפול ישאף להמשיג אופני תקשורת בין הפנים לחוץ, שיכולים להיטיב עם המטופל. הוא יכול עבודה פרטנית או קבוצתית פסיכותרפיוטית, ביחד עם התערבויות ממשיות, למשל, עם משפחת המטופל. ההזדמנות להתערב במציאות החיצונית, מגולמת גם במערכת השיקום בבריאות הנפש. כך, על פי חוק שיקום חולי נפש בקהילה, ניתנת הזדמנות לאדם המתמודד עם מחלה או הפרעה נפשית לקדם שינויים ממשיים בחייו – מציאת מקום לחיות בו, חיפוש עבודה, רכישת מקצוע וחיבור חברתי לקהילת מתמודדי הנפש.

ההתמקדות הינה באיכות החיים של הזקן: הפגת הבדידות בכל אמצעי התעסוקה, החברה, הפעילות המותאמת עבורו, תזונה לשם הנאה וחופש בחירה של המטופל ולא עוד תפריטי "בית חולים" קבועים מראש שאינם מותאמים לצרכי הקשיש בביתו החדש. כדי לאפשר את השינוי המהפכני, יש להשתחרר מההגדרות המיושנות של מוסד בתפיסת בית חולים ותחת רגולציה של מערכת הבריאות ולמקד את המשאבים לטובת איכות חייו ורווחתו של הקשיש תחת הרווחה.

עוד בתחילת שנות ה-2000, ה-WHO הגדיר לראשונה את הגורמים החברתיים המשפיעים על בריאות האוכלוסייה (The Social Determinates of Health) כמכלול התנאים בסביבות שבהן אנשים נולדים, חיים, לומדים, עובדים, משחקים ומזדקנים, המשפיעים על מגוון רחב של סיכונים ותוצאים בריאותיים, תפקוד ואיכות חיים. הערכות מצביעות על כך שתרומתן של קהילות שונות מחוץ לארגוני בריאות על תוצאי בריאות, הינם גבוהים יותר מאשר תוצאי הבריאות בתוך ארגוני בריאות עצמם. לקיחה בחשבון של מכלול הגורמים המשפיעים על בריאות הינו המפתח לצמצום פערים ואי שוויון חברתי ועליהם להתחיל מחוץ למסגרות בריאות.

לסיכום, העידן החדש הוליד מהפכה חדשה גם בתפיסת הזקנה, שמביאה עמה בין היתר הזדמנויות ואתגרים חדשים ומאלצת אותנו לבחון מחדש את המבנים והפרדיגמות הקיימות שהתקבעו בישראל מאז הקמתה באשר לאחריות החברתית שלה לאוכלוסיית הגיל השלישי. חשוב ברמה הלאומית להתמודד עם ההשלכות של הזדקנות האוכלוסייה, לעסוק בזה ברמה הלאומית, לתקצב את התחום החשוב הזה, שהיה שנים רבות ועדיין נמצא בחצר האחורית.

זו העת לשנות את התפיסות השמרניות, אילו שהתרגלנו אליהם במשך שנים רבות, זה הזמן להעברת האחריות למוסדות סיעודיים ובתי אבות לידי משרד הרווחה, תאפשר טיפול הוליסטי ומקצועי יותר בקשישים, תוך התחשבות בצרכים הייחודיים להם הן מבחינה פיזית והן מבחינה רגשית וחברתית. צעד זה יתרום לשיפור משמעותי באיכות חייהם של קשישים רבים בישראל, ויאפשר להם ליהנות מזקנה מכובדת וברירה.

טיפת חלב – בין רווחה לבריאות



**רית ברוך, עוזרת
מפקחת ארצית בתחום
אם וילד, חטיבת
בריאות הציבור,
משרד הבריאות**

**אילנה סטורמן, סגנית
מפקחת ארצית חטיבת
בריאות הציבור, משרד
הבריאות**

**אילנה גנס, אחות
מפקחת ארצית חטיבת
בריאות הציבור, משרד
הבריאות**

טיפת חלב היא לרוב השירות הראשון בקהילה הפוגש משפחות צעירות לילדים מלידה עד גיל שש שנים. היא מהווה את זירת הפעילות המשמעותית ביותר לקידום הנשאים השונים בגיל הרך. מדובר בזירה אוניברסאלית, שאינה מתווגת, אליה מגיעים כמעט כל אזרחי ישראל, במרכז ובפרפריה, באשכולות הנמוכים והגבוהים. מדובר במערך שירות מונע המשמש כלי יעיל לניטור, למעקב ולהתערבות. שירות זה זכה להכרה בינלאומית בקבלת פרס ארגון הבריאות העולמי, היחיד מסוגו שניתן לארגון בריאות ישראל, לפעילות מצטיינת לאם ולילד במלאות 50 שנה להיווסדו של הארגון בשנת 1998.

בטיפת חלב ניתנים שירותי מניעה ראשונית, שיוויני וסדיר הכולל: בדיקות סקירה לאיתור מוקדם של בעיות בריאות או עיכובים התפתחותיים, חיסונים למניעת מחלות זיהומיות, תשאול לאיתור דיכאון סביב הלידה, אלימות במשפחה והדרכות להורים במגוון נושאים. הדרכות מוצעות במגוון ערוצים, רובן הדרכות פרונטליות לכל הורה שבא לביקור קבוע עם ילדו והדרכות קבוצתיות בתחנות טיפת החלב או באופן מקוון במסגרת "טיפונט" – קבוצות הורים און-ליין בהנחיית אחיות טיפת חלב.

בהתאם לאמנה לזכויות הילד, לכל ילד הזכות לקבלת סטנדרט בריאות הגבוה ביותר הניתן להשגה. בישראל כמו במדינות מערביות אחרות, המעקב בתחום הרפואה המונעת ניתן כחלק משירותי בריאות הציבור ללא תשלום. קיים מנעד בעולם המערבי לגבי סל השירותים הניתן לתינוק ולילד הבריא וכן לגבי גורמי המקצוע המקיימים שירות זה ועל התדירות, אך אין עוררין על חשיבותו. בישראל, עיקר המפגשים בטיפת חלב מתקיימים בשנה הראשונה (לפחות 7 מפגשים) ובהמשך עד גיל שש שנים כ-4 מפגשים נוספים. השירות ניתן על ידי אחיות בריאות הציבור ורופאים, כולם בעלי הכשרה בתחומי המניעה וקידום בריאות, בחלק מהמקומות ניתן יעוץ ע"י תזונאיות ואנשי מקצועות בריאות נוספים.

השירות ניתן על ידי מספר ספקי שירות: משרד הבריאות, העיריות: תל-אביב וירושלים, וארבע הקופות המבטחות, בהתאם לסטנדרט עבודה אחיד, בכ 1000 תחנות טיפת חלב הפרוסות בכל הארץ. השירות ניתן לכלל הילדים, בשלב הקדם סימפטומטי, במטרה לאתר, להפנות לאבחון ולהתערב מוקדם ובכך להשפיע על מצבם הבריאותי, התפקודי של הילדים ורווחת המשפחות. בטיפות חלב של משרד הבריאות ניתן מענה גם לשוהים חסרי מעמד בישראל.

חיבור בין גוף לנפש, יצירת תנועה. הגוף מתיישב ביציע הכבוד של אזורי הנפש ומבקש טיפול והכרה. הגוף נוכח בכל מחלה או טראומה נפשית ומתבטא בסימפטומים סומטיים ומחלות גופניות. יתרה מזאת, ההתמודדות עם המחלה הנפשית מחלישה את הגוף. היא מייצרת הזנחה, פוגעת במוטיבציה לתנועה ומובילה לבריאות ירודה. אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית חמורה חיים פחות. הרבה פחות. וההיפך גם הוא נכון – חיבור חיובי בין אדם לגופו יכול לייצר בריאות. משכך, עובדים סוציאליים מקדמים תכניות שעוסקות בפעילות גופנית (כמו תכנית מג"ן במרכז לבריאות הנפש גהה), שותפים לעשייה של קידום בריאות כגון אורח חיים בריא ומניעת עישון, ומעודדים כניסה של שיטות טיפול גוף נפש לתוך השדה הטיפולי. זהו נושא קריטי, בעיקר היום, משום שהחשיפה המסיבית לאירועים הטראומטיים של השבעה באוקטובר ולאחריו נלכדת ראשית בגוף; ועל כן יש לייצר תנועה בגוף וחיבורים בינו לבין הנפש ולהתיר בהדרגה את הטראומה.

תנועה בין האישי לקולקטיבי, חיבורים של עבודה קהילתית – כוח מרכזי בריפוי הנפש טמון בתחושת המשמעות והשייכות לקהילה, ביצירה של אחריות משותפת. הטיפול הקבוצתי למשל הינו דרך לחבר בין אנשים המתמודדים עם סוגיות דומות, ולהציע להם הזדמנות לייצר משמעות הדדית. ברמה הרחבה יותר נמצאת העשייה הסוציאלית עם קהילות מתמודדי הנפש, משפחותיהם, ועם הקהילה הגיאוגרפית שלהם. המטרה הינה לייצר חיבורים בין המעגלים, לעודד את המתמודדים לבטא את צרכיהם, ולהיות חלק מהשינוי אותו הם מבקשים לקדם (כמו האפשרות של עמית מומחה שהינו מתמודד נפש העובד במערכת). ראיית הטראומה של השבעה באוקטובר כקולקטיבית, כאירוע של קהילה, הינה צעד מכונן שבמהלכו עובדים סוציאליים פועלים ביחד עם הקהילות (למשל ביישובי העוטף ובערים) כדי לזהות את הצרכים הנפשיים של פרטים, של משפחות וקהילות, ולבנות ביחד מענים תואמים. האפשרות לצמיחה פוסט טראומטית נשענת במידה ניכרת על אותם מהלכים שהקהילות שנפגעו ינהיגו בליווי אנשי המקצוע – טיפול, שיקום, בניה מחדש.

תנועה בין עשייה מקומית לבין אקטיביזם ושינוי מדיניות. עובדים סוציאליים בבריאות הנפש עוסקים במיצוי זכויות, בשיקום ובלימוד הפרט כיצד לאתר שירותים רלבנטיים עבורו בקהילה. אך על מנת ליצור שינוי עמוק, שורשי, יש צורך לעבוד גם בזירה של שינוי מדיניות. הקוד האתי של העו"סים מחייב אותנו לפעול למען שינוי בפרט ובחברה: לפעול נגד אפליה, לפעול לקדם שוויון הזדמנויות בין קבוצות שונות באוכלוסייה ולתמוך במדיניות ובחקיקה המקדמים צדק חברתי. אוכלוסיית מתמודדי הנפש סובלת מסטיגמה קשה ומתמשכת. המתמודדים מתקשים לייצג עצמם מול הארגונים הממשלתיים והחברתיים ולעמוד על זכויותיהם. כאן טמונה חשיבותה של העבודה הסוציאלית לייצר שבילי גישה למתמודדי הנפש להשמיע את קולם ולפעול ביחד עימם לשיפור מעמדם בחברה. תהליכים חשובים בהקשר זה הינם של הנגשת שירותים לאוכלוסיות שונות (גיאוגרפית, מגדרית, מגזרית, סוציאקונומית), חקיקה סוציאלית וקידום שוויון באמצעות חקיקה ורגולציה.

כך, עובדים סוציאליים בבריאות הנפש פועלים בזירות השונות תוך יצירה של תנועה בתוך כל זירה וחיבורים בין הזירות לשם טיפול איכותי עבור מתמודדי הנפש, שימוש מיטבי במשאבי הקהילה שלהם ויצירת שינוי מרחבי במעמד בחברה, יד ביד עם האנשים עצמם.

כך, אהבתי למקצוע העו"ס מוצאת ביטויים נרחבים, ביחד עם חבורה מובחרת של עובדים סוציאליים בגהה אשר פועלת במרחב בריאות הנפש, יוזמת תנועות וחיבורים מהותיים ביותר ודואגת לגדל את דור ההמשך.

היבטים נפשיים ותמיכה רגשית בהתמודדות עם טיפולי פוריות

עו"ס רונה לנגר זיו היא מנהלת השירות הסוציאלי בבית החולים אסותא רמת החייל, עובדת סוציאלית MAS, פסיכותרפסטית קוגניטיבית התנהגותית, מדריכת סטודנטים לעבודה סוציאלית. מוסמכת ב"ייעוץ נפשי למטופלי פוריות" מאוניברסיטת ת"א. עוסקת בטיפול פרטני וקבוצתי בתחומי הפוריות, ההיריון, הלידה וראשית ההורות. מלווה נשים, גברים וזוגות במסע שלהם להורות בעזרת טיפולי פוריות: הזרעות, IVF, פונדקאות, תרומת זרע, תרומת ביצית, אמנה ואימוץ.



הזכות להורות היא זכות אדם בסיסית ואוניברסלית. בעידן שבו מבנה המשפחה משתנה ועובר תהליך דינמי של שינוי חברתי גלובלי, טיפולי פוריות נפוצים מאוד בקרב אוכלוסיות שונות. מומלץ וחיוני ללוות את ההתמודדות הרגשית המתמשכת והמטלטלת במסע להורות באמצעות טיפולי פוריות לתהליך מערכתי ועוטף של קבלת תמיכה, התבוננות וצמיחה בעזרת סביבה טיפולית מקצועית תומכת לצד מערכת התמיכה המשפחתית והחברתית.

כ-15% מהזוגות בגיל הפרייון סובלים מקשיי פוריות ונזקקים לטיפולים רפואיים הנקראים "טכנולוגיות עזר לפרייון". נוסף על כך, ישנה מגמת עליה בהסתייעות של אוכלוסיות שונות ומגוונות בטכנולוגיות אלה.

טיפול פוריות מסוגים שונים (הזרעות, הפרייה חוץ-גופית, אבחון גנטי טרום השרשה, פונדקאות) הם תהליכים תובעניים ופולשניים הכוללים בדיקות רבות ושליבים שונים, שבדרך כלל עשויים להיות ממושכים עד להשגת ההיריון המיוחל ולפיכך עלולים לפגוע בשגרת החיים. על מנת להשיג הצלחה בטיפולים אלה יש צורך בהיענות גבוהה של המטופלים/ות.

כ-20%-30 ממטופלי הפוריות, לרבות אלו שיש להם היסטוריה של קשיים פסיכיאטריים, נמצאים בסיכון להתפתחות קשיים נפשיים בתגובה לטיפול הפוריות. בשלבים הראשונים של הטיפולים מגלים רוב הזוגות יכולת התמודדות, אולם זו פוחתת לאחר כשנתיים ורבים מהם מוצאים את עצמם במצב של פגיעה בתחומי חיים שונים לרבות פגיעה בזוגיות בכלל ובחיי המין בפרט. במסגרת השלבים הראשונים של הטיפולים, חייהם הפרטיים והאינטימיים של המטופלים נחשפים, ומחפשים פגם או קושי תפקודי באיברי הרבייה ובתאי המין של האישה ו/או הגבר. בהמשך חווים המטופלים לעיתים אובדן שליטה ופגיעה בערך העצמי ולעיתים אובדן הורות גנטית עקב הצורך להסתייע בתרומת ביצית או תרומת זרע מסיבה רפואית. לצד אלו יש החווים שבר, התנפצות פנטזיה, פגיעה משמעותית ברצף מהלך החיים אותו דמיינו אחרת, כאשר ברקע הציפיה הטבעית להתעבר כדרך הטבע, בדרך רומנטית ומינית כמו רב האוכלוסייה.

אי-הפרייון משפיע לעיתים קרובות על תחושת פגימות ובגידת הגוף אצל הגבר ו/או האישה שעשויים להרגיש שגופם אינו ממלא כביכול את התפקיד הטבעי המצופה ממנו/ה: רבייה, הולדה והמשכיות. מטופלי פוריות מתארים תקופה של "רכבת הרים רגשית" שבמהלכה הם נעים במהירות ובעוצמה בין תחושות קיצוניות של ייאוש, חרדה ואכזבה לתקווה ושמחה. גם ההורמונים המוזרקים במהלך הטיפול לגוף האישה עשויים להשפיע על תחושות אלה.

תמיכה נפשית במטופלות ובמטופלים העוברים טיפולים לאי-פרייון

המודל הביו-פסיכו-סוציאלי מתייחס להיבטים הפסיכולוגיים והחברתיים הקשורים למחלה פיזית. טיפול איכותי ומיטיב בחולה ובמשפחתו הוא תוצר סינרגטי של שלושת הממדים: ביולוגי, פסיכולוגי וחברתי.

מהספרות עולה כי קשיים בפוריות והטיפול בהם מוכרים כמשבר ביו-פסיכו-סוציאלי המתבטא ברמות מצוקה ודחק גבוהות, פגיעה בדימוי העצמי, ביחסים הזוגיים, בתפקוד יומיומי ובקשרים החברתיים. למרות קיומם של חלקי דעות

ידוע כי שנות החיים הראשונות הן בעלות חשיבות קריטית להתפתחות ילדים. ישנה הבנה הולכת ומתחזקת בצורך להשקיע בקידום ההורות וברווחה הורית, במטרה להשפיע על התפתחות מיטבית של ילדים בגיל הרך. בנוסף קיימת הבנה ברורה לצורכי ההורים המשתנים עם הזמן וכן תפיסות משתנות על הורות ומשפחה. טיפות החלב הן המקום המשמעותי ביכולת לאמוד צרכים, ולעבוד באופן מותאם עם המשפחות. כחלק מתפיסה זו, התפתחה בשנים האחרונות בטיפות החלב תוכנית בשותפות משרד הבריאות ושתי קרנות פילנתרופיות – יד הנדיב, וקרן ברנרד ון-ליר. את התוכנית מובילות יחד עם משרד הבריאות עמותת "גושן" וחברת "לוטם" לייעוץ ארגוני. התוכנית מקדמת ומחזקת מיומנויות של אחיות ורופאים בעבודה עם הורים בטיפות החלב למען התפתחות מיטבית של ילדיהם והגברת הרווחה של ההורים – שותפות להורות מיטיבה (של"מ). התוכנית כוללת סל ידע, תפיסות וכלים יישומיים, מתוקפים מחקרית, ומותאמים לשירותי טיפת חלב בישראל. מיומנות הצוותים מסייעת בתמיכה בהורות וקידום התנהגות הורית המשפרת את הקשר הורה-ילד ומקדמת את התפתחותו. המודל כולל כלים לתקשורת אפקטיבית, לקידום מסוגלות הורית וכן התמקדות בארבע התנהגויות ספציפיות: רווחה הורית, ויסות רגשי, משחק משותף ומשחקיות, שפה ואוריינות.

בטיפות החלב הורחבו ופותחו בשנים האחרונות מענים נוספים לצורכי המשפחות:

מוקד טיפת חלב הנותן מענה מידי יום בשעות אחר הצהריים והערב, ובימי שישי וערבי חג, שעות בהן לרוב טיפות החלב סגורות. במוקד ניתנים מענים ע"י אחיות טיפת חלב ותזונאית בכל הנושאים הנוגעים לטיפול בילד ובמשפחה.

הורחב השירות של **ביקורי בית** לתינוקות בכורים, פגים ומשפחות בסיכון. צוותי אחיות ייעודיים נותנים מענים בימים הראשונים לאחר הלידה, בבית המשפחה. זוהי הזדמנות מצוינת למענה לשאלות וחששות של הורים, להדרכה וליכולת לאמוד את הצרכים ומקורות התמיכה של המשפחה וליצירת רצף הטיפול וחיבור להמשך קבלת השירות בקהילה בטיפות החלב.

הוגדל מספרן של **ייעוצות בתחום הנקה ושינה**, למתן מענה ללא תשלום במסגרת השירות המונע בטיפות החלב.

בטיפות החלב מתקיימת פעילות שוטפת **לאיתור דיכאון סביב הלידה ואלימות במשפחה** באמצעות תשאול בנקודות זמן מובנות. בהתאם לצורך קיים פרוטוקול לליווי ולהפניה/יידוע על מקורות ליווי ותמיכה אליהם ניתן לפנות. אחות טיפת חלב מלווה במטרה לתת מענה מהיר ומוקדם ובכך לסייע לרווחת המשפחה ולצמצום ההשפעות השליליות הצפויות על הילדים. הפעילות בשיתוף עו"ס בקופות המבטחות ומענים נוספים בקהילה, ברשויות מקומיות ובשירותי הבריאות בכלל.

כחלק מהעבודה השוטפת עם כלל המשפחות בישראל, ניתנים מענים מותאמים לאוכלוסיות המוגדרות בסיכון. השירות ניתן בהתאמה שפתית ותרבותית, תוך דגש על החוזקות הקיימות אצל המשפחה. במקרים של משפחות בסיכון, אחיות טיפת חלב עובדות בשיתוף פעולה עם גורמי מקצוע נוספים ברווחה, מכוונות להשתתפות בתוכניות ייעודיות בקהילה כמו תוכנית 360 לילדים ונוער בסיכון. חלק מהתוכניות מופעלות במסגרת תחנות טיפת חלב. העבודה המשותפת עם שירותי הרווחה כוללת גם פעילויות כמו: דיווח על חשד או איתור קטינים נפגעי התעללות והזנחה לצורך התערבות וטיפול בהם. יידוע נשים שקיים לגביהן חשד או דיווח על אלימות במשפחה לפנות ולהיעזר בשירותים הקיימים. השתתפות אחיות טיפת חלב בוועדות לקביעת הזכות למעון יום לפעוטות בסיכון (בהתאם לחוק פעוטות בסיכון). בניית ממשקי עבודה לליווי ולטיפול בנשים הסובלות מדיכאון סביב הלידה, טיפול ומעקב אחר משפחות השוהות במקלט לנשים מוכות ומענה למשפחות אלה במסגרת טיפת חלב בסמוך למקום בו הן שוהות.

לסיכום, טיפות החלב בישראל מלוות את המשפחות בשנים המשמעותיות ביותר להורות. השנים הראשונות הם זמן קריטי בו ניתן להשפיע ולקדם את התפתחותם וגדילתם המיטבית של הילדים. קיימת הבנה ברורה לחשיבות הרווחה של ההורים, המשפחה כולה והרתימה שלהם ביכולת להגיע לתוצאי בריאות אופטימליים של ילדם. חרף האתגרים הרבים במערך טיפות החלב, מחסור באחיות ועומסי עבודה רבים על רקע הרחבת סל השירותים וגידול דמוגרפי הקשור לילודה, טיפות החלב ממשיכות להיות שירות משמעותי, ייחודי ונדרש המלווה את המשפחות באופן הוליסטי – בהיבטי בריאות ורווחה. השירות נמצא בקשרי עבודה שוטפים בתוך הקהילות, ושיתופי פעולה עם רשויות מקומיות ומשרדי הממשלה השונים כחלק מההסתכלות על המשפחות כראיה הוליסטית רחבה.

האם אי-פיריון נחשבת מחלה על פי קריטריונים שונים, שיף והנמן [1] מצאו כי יותר מ-95% ממטופלי פוריות הצהירו על צורך בתמיכה או התערבות פסיכולוגית. לפי פרופ' רפאל-לף, קלינאית מתחום פסיכולוגיית הפיריון, פסיכותרפיה וייעוץ במהלך טיפולי פוריות אינם מותרות אלא "הכרח חיוני המציע חוף מבטחים שבו אפשר לעבד רגשית את הסיטואציה הטראומטית" [2]. הייעוץ כולל תמיכה טיפולית הניתנת על ידי אנשי בריאות הנפש, עובדות סוציאליות ופסיכולוגיות, לפני ההתערבות הרפואית ובמהלכה. לעיתים תמיכה זו נמשכת בזמן ההיריון ולאחר הלידה. שירות זה מוצע במרפאות וביחידות פוריות רבות בעולם המערבי כמו גם ברוב יחידות ההפריה חוץ גופית בישראל.

יש קשר הדוק בין עוצמת החרדה של המטופלים בהליכים רפואיים לבין היכולת להיענות לטיפול הרפואי ולקבל החלטות מיטבית בהתאם לעולם הערכים של המטופל/ת האוטונומיה שלו/ה והידע הרפואי המונגש לו/לה, במיוחד כאשר מדובר בהליך רפואי אלקטיבי כמו הפריה חוץ-גופית. במחקר שערך מתא אנליזה נמצא כי התערבויות פסיכוסוציאליות, במיוחד אלו שכללו טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, היו יעילות בהעלאת שיעורי ההיריון ובהפחתת המצוקה הרגשית. שיעור ההיריונות בקרב נשים שעברו טיפול פסיכולוגי הוכפל, ואף יותר מכך בקרב אלו שהטיפול הפסיכולוגי הביא אצלם להפחתה ניכרת של החרדה [3].

ועדת מור יוסף (מאי, 2012) [4], ועדה ציבורית לבחינת הסדרה חקיקתית של נושא הפיריון וההולדה בישראל, שמונתה על ידי משרד הבריאות ופרסמה את המלצותיה לאחר בדיקה יסודית ומקיפה, הייתה הראשונה שהגדירה רשמית את הצורך בשילוב איש/אשת מקצוע מהתחום הפסיכוסוציאלי ביחידות להפריה חוץ-גופית בישראל, בעיקר סביב נושאים הקשורים לטובת הילד שיוולד.

הטמעה של המודל הביו-פסיכו-סוציאלי במחלקות האשפוז בבתי החולים בישראל ובפרט ביחידות ההפריה החוץ-גופית מסייעת בהשגת יעדי הטיפול הרפואי, מקדמת את רווחת המטופלות והמטופלים ומשפרת את איכות חייהם. זאת, באמצעות שיפור התפקוד הפסיכו-סוציאלי האישי והבינאישי של המטופלות שחוות את מירב ההתערבויות הרפואיות מתחומי הפוריות על גופן גם אם בעיית הפוריות מאובחנת אצל בן הזוג. כמו כן, מסייעת להתערבות בתאום ותיווך לפי הצורך בין המטופלת לבין הצוות המטפל ביחידת ההפריה החוץ-גופית ובין שירותים שונים בקהילה (רופאים מומחים, קופות חולים ובתי חולים, עמותות, בתי מרקחת, זכאות לתרופות ולבדיקות מסובסדות בסל הבריאות) לצורך גיוס משאבים, הנגשת זכויות ומיצויין.

שתי יחידות ההפריה החוץ-גופית של אסותא, אשר נמצאות בתל אביב ובראשון לציון, מעסיקות עובדות סוציאליות ופסיכולוגיות שתפקידן להציע למטופלים ולמטופלות טיפול רגשי וייעוץ נפשי במסגרת פרטנית, זוגית ו/או קבוצתית. תמיכה רגשית נשענת על גישות שונות כגון פסיכותרפיה דינמית ופסיכותרפיה קוגניטיבית התנהגותית (CBT). היא כוללת קבלה ליחידה ומתן מידע ראשוני על מיצוי זכויות רפואיות, הכנה והדרכה פסיכו-רפואית ובירוקרטיית לקראת הטיפולים, תמיכה ואמפתיה במצבים קשים כמו מסירת בשורה מרה, למידה ותרגול של כלים קוגניטיביים והתנהגותיים לשיפור מצבי לחץ, חרדה ודכאון. לעתים הן אף תומכות בצמתי קבלת החלטות גורליות כגון הפסקה בזמן הטיפולים, ההתלבטות לגבי הסתייעות בתרומת ביצית/זרע או פונדקאות וההשלכות הפסיכוסוציאליות האפשריות. מטרות הליווי הרגשי הן בעיקר הגברת החוסן הנפשי, שיפור איכות החיים לצד הטיפולים באמצעות גיוס מערכת תמיכה ושיפור יכולות ההתמודדות עם חוסר ודאות ועם כישלונות חוזרים במהלך הטיפולים, או עם משברים אישיים, זוגיים, משפחתיים או מקצועיים שעלולים להתפתח בתקופת הטיפולים. לבסוף, מסייעות העובדות הסוציאליות בשחרור מהמחלקה, ובהפניה ושמירה על רצף טיפולי בקהילה לקראת ליווי הריון או כאשר הטיפולים מסתיימים ללא הצלחה.

כדי לנסות להקל על הבדידות הכרוכה בתהליך הרפואי הממושך, ולסייע לאישה ו/או לזוג להתמודד עם הקשיים שמביא עמו אי-הפיריון, הוקמו קבוצות תמיכה. אלה נחשבות בעיני מטופלות רבות ליעילות ומיטיבות עם ההתמודדות. באסותא מתקיימות באופן שוטף קבוצות תמיכה פרונטליות ומקוונות המונחות על ידי עובדת סוציאלית וצוות הסיעוד ביחידה להפריה חוץ-גופית לצד סדנאות קבוצתיות העוסקות בלמידה ותרגול של כלים לוויתור מתח, בהתלבטות לגבי מעבר לתרומת ביצית, בליווי מטופלות בהליכי שימור פוריות סוציאלי והקפאה אלקטיבית של ביציות. בנוסף לשיח ולשיתוף החברתי-רגשי המתקיים בקבוצה, מנחות הקבוצה מסבירות על התהליך הרפואי לטיפול באי-הפיריון על כל שלביו ומציעות למידה ותרגול שיטות יישומיות לניהול והפחתת מתחים ולחץ על פי הגישה הקוגניטיבית-התנהגותית.

הקבוצה מהווה מקום להשוואה, הכלה והזדהות עם מי שנמצאים במצב דומה כמו גם מרחב המאפשר למידה והפנמה של סגנונות התמודדות שונים. הקבוצה מאפשרת היווצרות של זהות קבוצתית מעצימה ומחזקת שמספקת תחושת הגנה ושייכות, ממתנת את השפעת הסטיגמה החברתית של אי-הפיריון, ומנרמלת את המצב שהוא למעשה שכיח באוכלוסייה הרחבה יותר מכפי שנהוג לחשוב. המשתתפות בקבוצה הופכות בדרך כלל לסביבה תומכת ומסורה, המספקת הבנה ואמפתיה ללא שיפוטיות, תמיכה וידע במהלך הטיפולים ואף אחרי שמפגשי הקבוצה הרשמיים מסתיימים.

עם העליה בשיעור טיפולי הפוריות באוכלוסייה, חשוב להעלות את המודעות לתחום הייעוץ הנפשי למטופלי פוריות בקרב אנשי המקצוע, המטופלות והמטופלים, לצד פיתוח מדיניות וסטנדרטיזציה רשמית במשרד הבריאות ובבתי החולים להקצאת משאבים ותקנים בתחום.

מראי מקום:

1. לוי שיף, ר., הנמן, ט. (1994). התמודדות עם עקרות. רמת גן: אוניברסיטת בר-אילן.
2. Raphael-Leff J. The Dark Side of The Womb — Pregnancy, Parenting & Persecutory Anxieties. London: Anna Freud Centre. 2015.
3. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovard NG, et al. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. BMJ Open 2015;5:e006592.
4. דו"ח ועדת מור יוסף, מאי 2012: לבדיקת ההסדרה החקיקתית של נושא הפיריון וההולדה בישראל. 2012. נדלה מאתר משרד הבריאות 18.7.2022 <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/bap2012.pdf>

ועדות בנושא אלימות במשפחה ופגיעה מינית במערכת הבריאות



טליה חסין, חוקרת מומחית בצוות הבטחת איכות במכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל. במהלך השנים סייעה טליה לשירותים חברתיים במשרד הרווחה ובמשרד החינוך להבנות ולשדרג את מערכות הפיקוח כדי לשפר את איכות השירות לאוכלוסיות הרלוונטיות. בעבר עסקה טליה במחקרים על מערך השירותים לילדים ובני נוער בסיכון, בפרט בתחום ההשמה החוץ-ביתית. היא הייתה שותפה למחקרי הערכה של שירותים ותוכניות ארציות ולמחקרים לבחינת התוצאות וההשפעות של רפורמות במדיניות משרד הרווחה.



ד"ר זוהר סהר-לביא, (MSW, PhD) מנהלת המחלקה לטיפול באלימות במשפחה ותקיפה מינית, השירות הארצי לעבודה סוציאלית, משרד הבריאות.

אלימות במשפחה (להלן 'אלמ"ב') **ופגיעה מינית** הן תופעות רחבות היקף הפוגעות בכל הקבוצות באוכלוסייה, כולל נשים, גברים, ילדים וזקנים. ארגון ה-WHO הגדיר אלימות נגד נשים ונערות כבעיה קשה בבריאות הציבור וכפגיעה מהמעלה הראשונה בזכויות האדם. אלמ"ב היא למעשה "מחלה כרונית" שיש לטפל בה.

זיהוי תופעות אלמ"ב ופגיעה מינית בקרב מטופלים הפונים למערכת הבריאות הוא חשוב, שכן תופעות אלו מגבירות סיכון לטווח רחב של בעיות רפואיות בקרב מי שחוזה אותן. מתוך הבנה זו, התחזקה במשך השנים ההכרה בחשיבותן של פעולות איתור של נפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית במערכת הבריאות, על כלל מוסדותיה, ושל הטיפול בהם בידי אנשי מקצוע. מאחר שמערכת הבריאות היא מערכת שירותים אוניברסלית ורחבת היקף, והפנייה אליה אינה כרוכה בדרך כלל ביצירת סטיגמה, יש משנה חשיבות לאיתור במסגרתה.

בישראל הנושא מעוגן בהוראות חוק, בתקנות ובחוזרי מנכ"ל משרד הבריאות וחטיבת הרפואה. נוסף על חובת הדיווח, שהיא החובה לדווח לרשויות על מידע או חשד כי קטין או חסר ישע מצוי בסיכון או נתון להתעללות בידי אדם שאחראי לו (הורה, איש חינוך וכד'), או בידי בן משפחה שטרם מלאו לו 18 שנה, החקיקה מטילה על שירותי הבריאות, על הרופאים ועל צוותי הסיעוד והפרה-רפואה אחריות מקצועית וציבורית רבה בזיהוי מקרי אלימות ובנקיטת פעולות מתאימות.

נוסף על הטיפול הרפואי, זיהוי תופעות של אלמ"ב ופגיעה מינית במערכת הבריאות כולל הפניה אל גורמי הרווחה, החוק והאכיפה ודאגה להמשך טיפול לטווח הרחוק. לשם כך נחוצות הכשרות והדרכות של הצוותים להגברת המודעות לנושא ולהטמעת ידע, כלים ומיומנויות לזיהוי ואיתור מטופלים בסיכון ולאופן הפנייתם לטיפול. לשם קידום איתור נפגעות ונפגעי אלמ"ב ופגיעה מינית והטיפול בהם בארגוני הבריאות, הוחלט להקים ועדות קבועות שיעסקו בנושא אלמ"ב, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע (להלן: 'ועדות אלימות' או 'ועדות').

בשנת 1990 הנהח חוזר מנכ"ל משרד הבריאות להקים ועדות אלימות בבתי החולים ובלשכות הבריאות (חוזר מנכ"ל 20/90), ובשנת 2003 הורחבה ההנחיה לכלל שירותי הבריאות, לרבות שירותים בקהילה (חוזר מנכ"ל 26/03). לפי חוזר המנכ"ל, הוועדה צריכה לכלול רופא (יו"ר), עובדת סוציאלית (רכזת) ואחות, ובמידת הצורך גם פסיכיאטר, פסיכולוג או אנשי מקצוע אחרים. חוזר המנכ"ל גם מגדיר את התפקידים המרכזיים של הוועדות: ייעוץ לצוותים ולהנהלות הארגונים במערכת הבריאות, הגברת המודעות לאלמ"ב והקניית ידע וכלים לצוותים, יצירת רצף טיפולי בתוך מערכת הבריאות ומחוצה לה, איסוף נתונים והבטחת איכות הטיפול. נכון ליולי 2023 פעלו כ-240 ועדות בארגוני הבריאות בארץ.

בשנת 2022, החליט משרד הבריאות לבחון לעומק את פעילותן של הוועדות במטרה להסדיר ולשדרג את עבודתן. לצורך כך פנה לצוות הבטחת איכות במכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל לביצוע מחקר מקיף שכולל את הרכיבים האלה: סקירת ספרות בין-לאומית שמטרתה לבחון אם המודל הישראלי תואם את הנעשה בעולם, ראיונות עומק עם חברי ועדות ואנשי מקצוע משירותי הבריאות שמטרתם ללמוד על האופן שבו מתנהלות הוועדות ועל האתגרים העומדים בפניהן וסקר מקיף בקרב חברי 90 ועדות שמטרתו לקבל תמונת מצב רחבה של פעילות הוועדות ומאפייניה. על בסיס ממצאי המחקר פותח מודל לוגי לעבודת הוועדות שמטרתו להגדיר את התוצאות הרצויות של הוועדות ואת הדרכים להשגתן.

ממצאי הסקירה הבין לאומית העלו כי המיקוד בעולם הוא בטיוב הדרכים בהם הצוותים הרפואיים מאתרים מטופלים שנפגעו, וכי המנגנון של הוועדות בישראל הוא ייחודי. לא נמצאו עוד מדינות שבהן יש מנגנון פורמלי סדור שאחראי לאיתור נפגעים ולהכשרת צוותי הטיפול. בבחינת פעילות ועדות האלימות בישראל אל מול הפרקטיקות המיטביות המומלצות על ידי ארגון WHO, עלה כי הנהלים הקיימים בישראל תואמים את עיקר עקרונות הפעולה המיטביים המוסכמים כיום על העוסקים בתחום בעולם לאיתור ולטיפול באלמ"ב. הוועדות משמשות גורם מתכלל ומייעץ לגורמים הרפואיים, מעבירות הדרכות והכשרות לצוותים הרפואיים ומנטרות את נתוני האיתור של נפגעי האלימות במערכת הבריאות.

מראיונות עם אנשי המקצוע בוועדות ובשירותי הבריאות בישראל עלה כי יש שונות רבה בין הארגונים באופני ההתנהלות של הוועדות בכל תחומי הפעילות, ומעטים מחברי הוועדות פועלים במסגרת תקן ייעודי או זוכים לקבלת תגמול כספי עבור פעילותם בוועדה. להכרה והערכה מצד הנהלת הארגון תפקיד חשוב בהעלאת המוטיבציה והעניין לקידום פעילות הוועדות, אולם המודעות בקרב צוותי השירותים והנהלותיהם לנושא אלמ"ב ופגיעה מינית בכלל ולפעילות הוועדות בפרט נמוכה, ומהווה אתגר לוועדות.

אנשי המקצוע בוועדות המליצו לשפר את הרצף הטיפולי באמצעות מתן מענה אינטגרטיבי רציף והמשכי בידי אנשי מקצוע מתחומים רבים בשירותים שונים, כולל שירותים בקהילה ובתי חולים, שירותי רווחה וגורמי אכיפה.

מן הסקר שנועד לאסוף מידע על אופן הפעילות של הוועדות ברמה הארצית עלה כי רוב הוועדות אכן עוסקות בפעולות הנדרשות מהן: 84% מהוועדות עוסקות במתן ייעוץ ובמענה לפניית מהצוות בארגון בנוגע למקרים המעוררים חשד לאלמ"ב או פגיעה מינית, 82% מהוועדות עוסקות בהפצת מידע בנושא לצוות בארגון (כגון חובת דיווח, הנחיות לטיפול במקרים שמעוררים חשד וכו'), 77% מהוועדות עוסקות בניתוח מקרים של איתור וטיפול בנפגעי אלמ"ב והפקת לקחים מהם, ו-70% מהן עוסקות בתכנון והעברת הכשרות לצוות הארגון. ב-78% מהוועדות ישנן הכשרות חובה, בייחוד לאנשי צוות חדשים. ההכשרות עוסקות בנהלים, במידע על אלמ"ב ופגיעות מיניות ובמתן ידע ומיומנות לצוות. עוד נמצא כי לנוכח העלייה באלמ"ב ופגיעה מינית בזמני חירום לצד הגברת העומס השוטף והצמצום בפניות המיידית של הצוות, לוועדה תפקיד ייחודי משמעותי ומאתגר במיוחד בהגברת המודעות והערנות לנושא, כחלק חיוני לשיפור האיתור והטיפול בנפגעות ונפגעים.

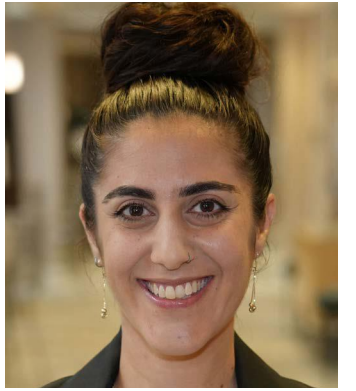
תהליך נוסף שבוצע במסגרת המחקר הוא **פיתוח מודל לוגי לעבודת הוועדות**. זהו מודל לתכנון ולהערכת ביצועים. המודל מתאר סכמה לינארית של התשומות, הפעולות, התפוקות והתוצאות/השפעות של פעולת הוועדות, ותפקידו להגדיר את התוצאות הרצויות של הוועדות ואת הדרכים להשגתן.

בשנה הקרובה יתבצעו צעדים נוספים בהסדרת עבודה הוועדות, ובהם: עדכון נוהלי הוועדה, עדכון כלי הבקרה על בסיס המודל הלוגי שפותח והגברת הרגולציה.

רשימת מקורות:

- חוזר מנכ"ל משרד הבריאות 20/90 "טיפול בנפגעי אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע". (28.8.1990).
https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk20-1990/he/files_circulars_mk_mk20_1990.pdf
- חוזר מנכ"ל משרד החינוך 26/03 "נוהל מינוי ועדות קבועות לאלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע". (19.11.2003).
https://www.health.gov.il/hozer/mk26_2003.pdf
- שפירא, ה. ומילשטיין, א. (2023). איתור נפגעי אלימות במשפחה וטיפול בהם במערכות בריאות: סקירה בין-לאומית. דמ-922-23. מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל.
- <https://brookdale.jdc.org.il/publication/detection-and-treatment-of-domestic-violence-victims-in-health-systems/>
- מילשטיין, א., שפירא, ה. וחסין, ט. (2023). ועדות בנושא אלימות במשפחה ופגיעה מינית: תחומי אחריות, אופני התנהלות ואתגרים – ממצאים מראיונות עם חברי ועדות ועם אנשי צוות שאינם חברים בוועדות. מ-223-23. מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל.
- <https://brookdale.jdc.org.il/publication/committees-on-domestic-violence-and-sexual-assault/>

בריאותם של חסרי הבית והנגשת טיפול רפואי וסוציאלי באמצעות רפואת רחוב



עו"ס רוני-לי סנה היא מייסדת ויו"ר עמותת "מרפא לרחוב". בעלת תואר שני בפיתוח קהילות בינלאומי, מתוכנית "גלוקל" באוניברסיטה העברית. בוגרת תוכנית פלאושיפ ע"ש ראלף גולדמן בארגון הג'וינט הבינלאומי לשנת 2023

הטיפול בחסרי בית מורכב ודורש ענווה, גמישות וסבלנות. לרובם היסטוריה של משברים אישיים ומשפחתיים, לכל אחד מהם מסלול משלו שהביא אותו לרחוב. כמו כן, עצם החיים ברחוב בתנאי הישרדות גוברים מחיר נפשי ופיזי גבוה. האנשים שאנחנו פוגשים ברחוב בסיוור הרפואי של רפואת רחוב, מרגישים נבגדים ומוזרים מן החברה. אלו אנשים שנפגעו במהלך חייהם ממערכות מרובות ולכן מתקשים לתת אמון בגורמי ממסד ובאנשי טיפול. בנוסף, לרבים מהם אין תעודות מזהות (ישנן גניבות ואבדות רבות בחיי הרחוב), חלקם מתמודדים עם מחלות נפשיות ופיזיות שאינן מאובחנות או שאינן מטופלות ואחוז גבוה מהם מתמודד עם מחלת התמכרות. לכן, הנגשה מכבדת ועקבית של שירותים, ללא שיפוטיות, היא פרקטיקת המפתח.

הגוף המרכזי המטפל בדרי רחוב הוא משרד הרווחה והביטחון החברתי, שנדרש לפעול על פי תקנות העובדים הסוציאליים (תע"ס). הוראה 3.33 קבעה שלוש מטרות לטיפול בדרי רחוב: 1. **הצלת חיים**, מניעת מוות ברחוב ומתן תנאי חיים הומניים; 2. מתן סיוע במיצוי זכויות; 3. שיקום אישי-משפחתי-חברתי. בתוך הוראה זו מופיעה גם ההגדרה ל"דרי רחוב": "אדם מעל גיל 18 הגר ברחוב ושטחים ציבוריים... השריו בהזנחה גופנית ו/או נפשית, נמצא בניתוק או בניכור ממשפחה... ואינו נאבק לשנות מצבו". הגדרה זו היא הבסיס לזכאות לשירותי רווחה, **והיא אינה כוללת רצף של תנאי מגורים ואוכלוסיות נוספות**, כגון קטנים, אסירים משוחררים, אנשים הגרים בגגונים/הוסטלים, יחידים או משפחות המתקשים בתשלומים על מגורים ועוד. התקנה מוסיפה כי דרי רחוב הינם "אנשים כנועים ומובסים... מיואשים... חסרי אונים". ישנה בעייתיות בהגדרה כה מצמצמת ונוקשה, שאינה מתייחסת לגורמים המערכתיים, החברתיים והכלכליים המשפיעים על תופעת חסרות הבית, אלא תולה את האחריות באדם הזקוק לטיפול. במאמר זה אתייחס להגדרה הרחבה יותר ולכן אשתמש במונח חסרי בית.

בנוסף, הטיפול בדרי רחוב המוכרים כנפגעי נפש, נמצא באחריות משרד הבריאות, אשר מפעיל מסגרות שונות. דוח של מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנוגע לסיוע המדינה לדרי רחוב משנת 2022, מציין כי אין למשרד הבריאות תקנים ייעודיים לטיפול ושיקום דרי רחוב, וכי חסרים שירותי בריאות נגשים ומותאמים לדרי רחוב בקופות החולים. עוד צוין בדוח, שאין פרוטוקול אשר לפיו משרד הבריאות מתבקש להעביר מידע למשרד הרווחה על דרי רחוב המטופלים בבתי חולים. יש לשנות בהקדם מצב זה. על המערכות לעבוד בשיתוף פעולה כדי לקדם שיקום אופטימלי, ולפעול להצלת חייהם של חסרי הבית המהווים אוכלוסייה מודרת, שקופה וחולה.

בריאותם של חסרי הבית ירודה משמעותית בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. הסיבות לכך מגוונות וכוללות, בין היתר, קשיים כלכליים, רגישות יתר למחלות בגלל חוסר נגישות למים זורמים, אוכל מזין, שינה איכותית וביגוד חם, ובשל חשיפה גבוהה יותר למחלות נגיפיות וזיהומיות. כמו כן, שימוש בחומרים ממכרים הינו גורם סיכון נוסף לתחלואה. היעדר או מחסור בדיוור קבע, מקשה על טיפול עצמי ועל ההתמדה בטיפול (אחסון תרופות או התאוששות מאשפוז).

חסרי בית פונים פחות לקבל טיפול רפואי, כי הם מרגישים שצוותי הרפואה מאשימים אותם במצב אליו הגיעו ומתייגים אותם בצורה שלילית. כתוצאה מחסמים אלו, ברוב המקרים חסרי הבית לא יגיעו אל קופות החולים, אלא יפנו או יפנו

אל מחלקות המיון הדחוף בבתי החולים כאשר המצב כבר אקוטי. אף על פי שרוב חסרי הבית בארץ הינם אזרחי מדינת ישראל, המבוססים על-פי חוק ביטוח בריאות ממלכתי המאפשר לכל תושב לקבל שירותי בריאות באמצעות קופות החולים, חסמים אלו מונעים מהם לקבלם בזמן. לכן, חסרי בית יבקרו בחדרי המיון פעמים תכופות יותר, ויתאשפזו לתקופות ארוכות יותר, דבר היוצר עומס על מערכת הבריאות אשר אפשר היה להימנע ממנו באמצעות איתור מוקדם.

חסרות בית היא גורם סיכון, שמין הראוי שידליק נורה אדומה במערכת הבריאות, כי שיעורי התמותה בקרב חסרי בית גבוהים פי עשרה מהאוכלוסייה הכללית. הנגשת שירותי רפואה בסיסיים לחסרי בית יכולה למנוע הידרדרות במצבם הרפואי ולהציל חיים, בהתאם למטרות התע"ס. בד בבד עם חיסכון כספי למערכת הבריאות, והקלה בעומס במחלקות החירום בבתי החולים.

רפואת רחוב פותחה במיוחד כדי לענות על הצרכים הבריאותיים של חסרי הבית המתוארים מעלה, ומונגשת להם במקום הימצאם. זוהי פרקטיקה מצליחה הפועלת בלמעלה מ-140 מדינות ברחבי העולם זה עשרות שנים. בשנת 2022 הוקמה עמותת "מרפא לרחוב", המפעילה את המודל הישראלי של רפואת רחוב. העמותה חרטה על דגלה לבנות תחושת אמון בין ספקי שירותי הבריאות וחסרי הבית. כאשר רופאות ועובדות סוציאליות מציעות באופן עקבי טיפול ותמיכה לחסרי הבית ומגיעות למקום הימצאם, הן מפגינות מחויבות לרווחתם המעלה את הערך העצמי בקרב המטופלים. בזכות צוות מתנדבים מולטידיסציפלינרי המורכב מעובדות סוציאליות, רופאות, אחיות וסטודנטים לרפואה, הנגשנו עד כה טיפול רפואי ללמעלה מ-800 חסרי וחסרות בית בתל אביב. במסגרת הפעילות, אנו עורכים ימי בריאות בגגון "משתמשים פעילים" של עמותת "לשובע" בכל רבעון.

ליבה של פעילות העמותה הם **הסיוורים הרפואיים**. המתנדבים צועדים ברגל עם תיקים המכילים ציוד רפואי בסיסי ואמצעים ליצירת קשר ומזעור נזקים כגון ביגוד חם, מוצרי היגיינה, אמצעי מניעה, ושתייה. במהלך הסיוורים, הרופאה עורכת בדיקה רפואית גופנית ובדיקת צרכים בעזרת שאלון אינטייק מיוחד ומותאם (ראו תמונה מצורפת). הטיפול הנפוץ ביותר הוא חיתוי וחבישה של פצעים וכיבי עור, טיפול אנטיביוטי, רשימת מרשמים לתרופות נצרכות, הורדת תפרים או במקרים קיצוניים, הפנייה למיון. בנוסף לטיפול הרפואי אנו מגשרים גם על הפערים הסוציאליים, מעודדים מיצוי זכויות ומפנים לטיפול ביחידה לדרי רחוב בעיריית תל אביב-יפו, לגגונים ועוד. אנו מתעדים את המפגשים במערכת לניהול תיקים רפואיים, כדי להמשיך במעקב אחר המטופלים וליצור בעתיד רצף טיפולי בעזרת משרד הבריאות וקופות החולים.

רפואת רחוב היא דוגמה מוצלחת לשילוב בין רפואה לרווחה. בזכות היכרותנו עם המטופלים ברחוב, יכולנו להבחין בהידרדרות מדאגה, לדאוג לאשפוזים דחופים ואף למסגרות שיקום ובכך להציל חיים. כולי תקווה שמערכות הבריאות והרווחה יירתמו למען הנגשת טיפול רפואי לחסרי הבית, בדומה למקומות אחרים בעולם, בעזרת מרפאות ניידות וייעודיות. נגישות היא פרקטיקת המפתח בשיפור בריאותם של חסרי הבית והתוצאות בכל העולם ניכרות – מתי אצלנו?

רשימת מקורות (חלקית):

משרד הרווחה והשירותים החברתיים, תקנון עבודה סוציאלית (תע"ס), הוראה 3.33, הטיפול באוכלוסיית דרי הרחוב, תחולה: 1 בפברואר 2010; פורסם: 21 בינואר 2010, עמ' 3

זעירא, ג'. (2022). סיוע המדינה לדרי רחוב. הכנסת – מרכז המחקר והמידע

נתוני עמותת "מרפא לרחוב" משנת 2023

נתן, ג'. (2011). הטיפול בחסרי דיור ודרי רחוב הסובלים מתחלואה כפולה. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.

Keleynikov, M. (2023). (rep.). Cost-Effectiveness Research Report: Marpe LaRehov NGO. Effective Altruism Israel – Maximum Impact Program. Retrieved 2024, from <https://maximpact.org.il/associations/%d7%9e%d7%a8%d7%a4%d7%90-%d7%9c%d7%a8%d7%97%d7%95%d7%91>

איתור ילדים עם תסמיני טראומה והפנייתם לטיפול מבוסס ראיות

ד"ר לילך רחמים, מנהלת היחידה הטיפולית אונליין "אתם איתי" [ATEM-ET.online](https://atem-et.online) לילדים נפגעי טראומה במרכז "חוסן" ע"ש כהן-האריס, פסיכולוגית קלינית מדריכה ופסיכולוגית רפואית מומחית. מומחית לטיפול במצבי טראומה אקוטית וכרונית ועמדה בראש משלחות לסיוע באסונות המוניים בעולם השלישי. מייסדת ומנהלת אתר טיפול אונליין CBT Team at Home. מרכזת את תום לימודי CBT בבית הספר ללימודי המשך ברפואה, אוניברסיטת תל-אביב



אירועי השביעי באוקטובר והמלחמה המתמשכת חשפו את ילדי ישראל והוריהם לחוויות מזעזעות. ילדים רבים מתקשים להתרכז, להירדם ולישון שינה רציפה. הם מתקשים להיפרד מהוריהם, ומראים שינויים שליליים במצב הרוח. המצוקה אצל ילדים מתבטאת בן היתר גם בבעיות גופניות כמו כאב בטן וראש, הרטבת יום ולילה, פריחה, סכרת ומחלות אוטואימוניות. ההורים גם כן מגיבים בדאגה וקשיי שינה. רופאי משפחה ואחיות שמטפלים בילדים עם תופעות פיזיולוגיות אלה יכולים לעזור באיתור ילדים שסובלים מסימפטומים פוסט טראומטיים והפרעות חרדה ולהפנותם למומחים לטיפול בטרומה ברוחה ובמפראות בבתי חולים ובקהילה.

אירוע טראומטי פולש לחיי הילדים ומנפץ את תחושת ההמשכיות, הביטחון והאמון שלהם. הוא עלול לגרום לשינוי בתפיסת העצמי והעולם, כך שילדים יחוו את עצמם כפגיעים בעולם מסוכן ובלתי צפוי. השינוי השלילי בתפיסה העצמית מעורר מצוקה רגשית וגופנית, חרדה וחוסר אונים.

מחקרים בתחום מדעי המוח מצביעים על כך שללחץ טראומטי יש השפעות נרחבות על תפקודים ומבנים של מערכת העצבים המרכזית ומרכיבים נירופסיכולוגיים של הזיכרון. אזורי מוח המעורבים בתגובת הלחץ כוללים את האמיגדלה, ההיפוקמפוס והקורטקס הפרה-פרונטלי. אזורים אלו ממלאים תפקיד מרכזי בזיכרון, מה שמצביע על משחק הגומלין החשוב בין הזיכרון לתגובת הדחק הטראומטית.

המח אינו מייצר זיכרון לאירועים טראומטיים בדרך הרגילה. בזמן אירוע טראומטי מופרשים הורמוני סטרס כמו קורטיזול ונוראדרנלין וגורמים לפגיעה בתאי העצב של ההיפוקמפוס. חשיפה קצרה לאירוע טראומטי תגרום לנזק הפיך, אבל חשיפה מתמשכת עלולה לגרום לנזק ארוך טווח. בזמן חשיפה לטראומה המוח מכבה זמנית כמה אזורים ותפקודים במוח כמו עיבוד זיכרון. כתוצאה מכך, הזיכרון הטראומטי נותר ברמה החושית, כתמונות ותחושות המנותקות מזיכרונות 'רגילים'. הוא מאופיין בעיוותים בחוויית הזמן ונפגעי הטראומה מתקשים לבנות נרטיב מילולי מאורגן של האירוע הטראומטי. מכיוון שהזיכרון אינו מעובד, התמונות והתחושות הגופניות נותרות חודרניות ובלתי נשלטות ומתבטאות בסימפטומים פוסט-טראומטיים. אצל ילדים שפיתחו הפרעת דחק פוסטטראומטית (PTSD), המערכת הלימבית, במרכז האמיגדלה, שמהווה את מערכת ההרתעה של המח לסכנה והפעלתן של תגובות בריחה ולחימה, ממשיכה להגיב ביתר גם לאחר שהסכנה חלפה.

טיפול ממוקד טראומה משפיע לטובה על אותם שינויים עצביים. טיפול ב-PTSD עוזר לעכל את הזיכרון ולנהל את המחשבות, רגשות ותגובות הגופניות ולהחזיר את מערכת העצבים לפעילות יותר סדירה.

באופן דומה לקלקול קיבה ובעיות רפואיות אחרות, ההסתכלות על תגובות לטראומה כ "קלקול באזעקה במח" (האמיגדלה) לאחר שהגיבה ביתר למצב דחק, וההשפעות של המצוקה הרגשית על הופעתן של מחלות וסימפטומים גופניים תעזור להורים להפסיק להירתע מטיפול רגשי. הסטיגמה על הפרעות נפשיות, גורמת לעיתים קרובות להירתע

תהליך האינטייק הרפואי.
הגרסה העברית תורגמה ע"י לי קרליץ-קורן

סטודנטית לרפואה בפקולטה לרפואה של אוניברסיטת תל אביב
ומנהלת תוכנית רפואת רחוב

חבישת שלום חמה לקיחת היסטוריה לאדם שחווה חסרות בית

חסרות בית

היסטוריית חסרות הבית של המטופל, נוכחית ובעבר מקום נוכחי שניתן לאתר אותו בו

יום (סדר יום)

הבנה של סדר היום של המטופל

שימוש בשירותי ציבור

עלינו להבין כיצד המטופל שלנו משתמש בשירותי רפואה, שירותים סוציאליים ושירותי ציבור נוספים

תזונה

נדרשת הבנה לגבי הנגישות של המטופל למזון: באיזו תדירות? לאיזה מזון? באיזה מסגרת?

שינה

ההבנה של סביבת השינה של המטופל

ליווי וסיוע

עלינו להבין האם מישהו נוסף מלווה ומסייע למטופל ברחוב

משאב כלכלי

הבנה של המצב הפיננסי של המטופל – האם יש תמיכה כלכלית

חומרים

שימוש בחומרים בהווה או בעבר

מים ושתייה

האם למטופל יש גישה למים נקיים

היגיינה

נגישות המטופל לשירותים

רפואת רחוב

Written by Lee Karelitz Koren based on Feldman CT, Feldman BJ, Hunt JJ. HOUSED BEDS: A Clinical Tool for Taking a History on an Unsheltered Homeless Patient

עוני וחולי, אתגר לביטוח לאומי ולמשרדי הבריאות והרווחה

פרופ' שלמה מור-יוסף, רופא, מומחה במיילדות וגינקולוגיה ובמינהל רפואי. כיום מכהן כיו"ר הדירקטוריון של לאומית שירותי בריאות וכיו"ר המרכז הלאומי להשתלות. בעברו כיהן כמנכ"ל המרכז הרפואי סורוקה, המרכז הרפואי הדסה, המוסד לביטוח לאומי ורשות האוכלוסין וההגירה.



בריאות ורווחה הם מרכיבים מרכזיים בחיינו, שילוב בין מערכת הבריאות למערכת הרווחה מהווה את הבסיס ליצירת חברה הוגנת ושוויונית. כאשר מדינות משקיעות באיכות החיים של התושבים דרך יישום מדיניות בריאות ורווחה משולבת, יש שיפור משמעותי גם בתוצאים הבריאותיים וגם בתוצאים החברתיים, וזאת על ידי יצירת סביבה בריאה ויציבה כלכלית, המאפשרת צמיחה ופיתוח אישי.

ניתן לראות מגוון רחב של מודלים לפעילות מערכות הבריאות והרווחה במדינות שונות ברחבי העולם. מדינות רבות כוללות את הבריאות והשירותים החברתיים תחת סמכות שלטונית אחת, כדי ליצור שילוב יעיל ומתואם של שירותי בריאות ורווחה. מדינות אלו משקיעות במערכת הרווחה כחלק ממדיניות הבריאות כדי להפחית את הפערים החברתיים, לקדם שוויון בגישה לשירותי בריאות ולחנך את האוכלוסיות השונות לאורח חיים בריא. בארצות הברית, משרד הבריאות ושירותי הרווחה (Department of Health and Human Services – HHS). בקנדה, משרד הבריאות והשירותים החברתיים (Minister of Health and Social Services). בבריטניה, משרד הבריאות והטיפול הסוציאלי (Secretary of Health and Social Care).

מנגד, ברוב מדינות העולם כמו גם בישראל המערכות הן נפרדות לחלוטין, ולכל משרד יש אחריות מוגדרת ותקציבים ייעודיים, ושיתוף הפעולה, אם קיים, הוא נקודתי. השאלה "מה עדיף? משרד מאוחד או משרדים נפרדים לבריאות ורווחה?" היא שאלה מורכבת, והתשובה אינה אחידה ותלויה בהקשר הספציפי של כל מדינה. אך השילוב ושיתוף הפעולה הוא חשוב וחיוני בכל מבנה ארגוני שנבחר.

ביטוח לאומי – יותר בריאות או יותר רווחה

הקשר בין עוני לחולי מורכב, אולם ברור שיש השפעה של תנאי העוני על הבריאות הפיזית והנפשית של האנשים, ומנגד בריאות ירודה יכולה להוביל לעוני.

האם עוני גורם לחולי או חולי גורם לעוני? שאלה חשובה זו נשארת בדרך כלל ללא תשובה חד משמעית וזאת בגלל הקשר ההדוק בין החולי לעוני וההשפעה הקיימת לשני הכיוונים. ישנם מצבים שאדם נכנס למצוקות כלכליות המובילות לבעיות נפשיות הגורמות לו להזניח את עצמו ואת בריאותו הנפשית והפיזית, לסגל אורח חיים לא בריא, להפסיק טיפול תרופתי ולהימנע מבדיקות מעקב. כלומר ההתדרדרות לעוני מובילה לחולי. מצד שני ישנם מצבים בהם מצב בריאותי קשה גורם לאנשים להפסיק את עבודתם, להתכנס בתוך עצמם ובתוך מחלתם, דבר הגורם להם להישאר ללא מקורות פרנסה וכאן החולי מוביל לעוני.

המערכות הממשלתיות שאמורות לטפל בקשר בין העוני לחולי באופן ישיר הם משרד הבריאות, משרד הרווחה והביטוח הלאומי, ובאופן עקיף משרד החינוך.

הביטוח הלאומי, שתפקידו המרכזי הוא להבטיח את הביטחון הסוציאלי של האזרחים, מטבע הדברים ובהתאם לכלים הקיימים באחריותו מתמודד בעיקר עם העוני. הכלי המרכזי של הביטוח הלאומי הוא תשלום קצבאות (הביטוח הלאומי גם מחשב ומעביר את כספי סל הבריאות לקופות החולים אך הוא מבצע זאת כשירות).

מטיפול "נפשי". רופאים, אחיות וגורמי רווחה וחיון יכולים לעזור לשנות את הסטיגמה ולעודד ילדים והורים לפנות לטיפול ממוקד טראומה.

טיפול קוגניטיבי התנהגותי מבוסס חשיפה נחשב כתר תקן לטיפול ב-PTSD. יש כמה שיטות טיפול מבוססות חשיפה שהיעילות ביניהן הן Prolonged exposure therapy (PE)-I Trauma-focused cognitive behavioral treatment (CBT-TF) אבני היסוד של הטיפול כוללות:

1. מידע על תגובות לטראומה – עוזר לילדים והורים להבין שהתגובות הללו הן טבעיות והפיכות.
2. שיטות לניהול תגובות רגשיות וגופניות כמו נשימה מרגיעה.
3. חשיפה הדרגתית למצבים שנקשרו לטראומה, שלפני הטרומה לא נתפסו כמסוכנים. כך לדוגמה, ילד שמפחד לצאת מהממד, למרות שהסכנה חלפה, יתחיל לשחק בסלון וכדומה. בדרך זו תפוסת הסכנה משתנה והחרדה יורדת.
4. שיחזור זיכרון הטרומה – ילדים מתבקשים לחזור ולספר את זיכרון הטרומה כדי להצליח לעכל אותו ולגבשו עם הזיכרונות הרגילים.
5. הדרכת הורים – עוזרת להורים לתמוך בילדים ולתרגל איתם את שיטות הטיפול. התמיכה בהורים והתמיכה שהם נותנים לילדים מעצימה את חוויית המסוגלות ההורית.

טיפול אונליין ממוקד טראומה

אירועי הז באוקטובר, והמלחמה המתמשכת יצרו קושי בניידות תחת ירי טילים ופער עצום בין מבקשי הטיפול הרבים לכמות המומחים. טיפול אונליין ממוקד טראומה הוכיח את עצמו כפתרון יעיל, ובטוח. צוות המומחים לטיפול בטרומה במרכז 'חוסן' ע"ש כהן-האריס, פיתח תוכנית טיפול מקוון (אונליין) אינטראקטיבית כדי לעזור לילדים והורים להתגבר על תגובות לטראומה, באמצעות אתר ATEM-ET.online החלוצי מסוגו בישראל. צוות המומחים שפיתח את האתר כולל את ד"ר לילך רחמים, פסיכולוגית קלינית מדריכה ופסיכולוגית רפואית, מנהלת את תחום הטיפול בחשיפה ממושכת בילדים; ד"ר ניצה נקש, פסיכיאטרית מומחית, מרכזת הדרכה ארצית, טיפול בחשיפה ממושכת בהפרעה פוסט-טראומטית, מרכז "חוסן"; מנהלת מרפאה לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי בבית החולים שיבא, ופרופ' נתנאל לאור, פסיכיאטר מומחה (מבוגרים וילדים ונוער) ומנהל מרכז "חוסן".

אתר ATEM-ET.online מנגיש טיפול קוגניטיבי התנהגותי ממוקד טראומה המבוסס בחלקו על עזרה עצמית לילד. ולהורה, המלווה על ידי מטפלת אישית. ילדים מתקשים לדבר על האירועים הקשים שהם עברו. כדי להקל עליהם, הטיפול משובץ בסיפור מסגרת ושיטות הטיפול מועברות דרך משחק ואנימציה. ילדים בגילאי גן (4-6) עוזרים לסימבי גור החתולים להתגבר על פחדיו וילדים בגילאי בית ספר (7-12) עוזרים לפניקס, עוף החול האגדי, להתגבר על הכישוף שהטילה עליו מלכת הקרח המרושעת.

מתחילת המלחמה, טיפלנו אונליין בעשרות רבות של ילדים עם תגובות אקוטיות לטראומה במטרה למנוע תגובות כרוניות שעשויות להתפתח ללא טיפול. האפשרות לקבל טיפול אונליין הקלה על הילדים וההורים שהתקשו להגיע למרכזי טיפול תחת ירי טילים. האופי המשחקי והוויזואלי של הטיפול שלנו הקל על ילדים להתחבר לתכנים ולהתמודד עם הקשיים שלהם. עשרות המטפלים שהכשרנו הצליחו לתת טיפול לילדים והורים כשהם בעצמם נמצאים במקום מוגן. הטיפול שיפר גם את התגובות הגופניות של הילדים בצורה מובהקת.

סוגיות בבריאות של קבוצות לאום ודת שונות בישראל

דר' אפרים שפירא, מרצה בכיר במחלקה לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת אריאל. בתפקידו הקודמים היה חוקר במכון ברוקדייל, פוסטדוקטורט באוניברסיטת ניו-יורק וחוקר במחלקה לבריאות והיגיינה בעיריית ניו-יורק.



אני מלמד קורס על סוציולוגיה של הבריאות ואוהב לשאול את הסטודנטים: "האם זה בסדר לשאול אנשים מהו המוצא האתני או הדת שלהם בסקר בריאות?". לא מעט פעמים מגיבים "לא", ושואלים "מה הקשר" או טוענים שזה יכול לגרום לאפליה על בסיס זהויות של המטופל. וכאשר אני שואל את אלו שהגיבו "כן", למה חושבים ככה, רוב הזמן הם מסבירים שזה בגלל הבדלים ביולוגיים, כמו גנים שקשורים להבדלים במדדי בריאות באוכלוסייה.

אכן קיימים הבדלים ביולוגיים בין קבוצות אתניות, ודתות קשורות להבדלים בריאותיים. אך בדרך כלל, לגורמים חברתיים של הבריאות יש את ההשפעה הגדולה ביותר על הבריאות של האוכלוסייה בהשוואה לסוגים אחרים של גורמים, כמו ביולוגיה. מדדי תרבות, כולל אתניות ודת, יכולים להשפיע על בריאות באופן משמעותי מכמה סיבות.

זה לא רק עניין של שפה. למשל, התנהגויות ואמונות של התרבות יכולות להיות קשורות לשימוש ונגישות לשירותי בריאות והתנהגויות בריאות, לטובה או לרעה. התרבות, ומקומו של הפרט במדרג החברתי, משפיע על משאבים חברתיים, שנובעים מהאמון הבין האישי ומנורמות וערכים בתוך הרשת החברתית, או מה שנקרא הון חברתי. קבוצות אתניות של מהגרים או עולים, משפיעה על בריאות החברים בה מסיבות נוספות, למשל מידת ההסתגלות בחברה.

חשוב לציין שההון החברתי ושאר הגורמים החברתיים לבריאות, משפיעים באופן משמעותי על בריאות פיזית, אך באותה מידה גם על בריאות הנפש. קיימות וריאציות לגבי בריאות בקרב אנשים מאותו מוצא או דת לפי תת-קבוצות דמוגרפיות, כולל מגדר, גיל ומעמד חברתי-כלכלי.

אני רוצה להמחיש את הנקודות האלו עם כמה דוגמאות ממחקרים שלי שבוצעו בשנים האחרונות ופורסמו בספרות האקדמית. הם מתייחסים לכמה היבטים של הטענה שבריאות אינה קשורה רק גורמים ביולוגיים אך גם למשאבים חברתיים, פסיכולוגיים ודתיים קשורים ללאום ודת.

1. הדוגמה הראשונה בעקר קשורה ללאום. עולי אתיופיה בישראל הם קבוצת מיעוט אתנית, אשר עשויים להיות בעלי רגישות מיוחדת לנושאי בריאות הנפש, בעיקר בגלל תפיסות הקשורות לתרבותם ולערכים המושאלים או נשאים ממערכת בריאות אחרת של מדינת המוצא. באוכלוסייה זו נמצא שיעורי התאבדות גבוהים במיוחד בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. מכיוון שיש חוסר בנותני טיפול נפשי מהעדה, היה צורך ליותר מידע על האוכלוסייה הזאת. לכן, ביצענו סקר על צריכת שירותי בריאות הנפש בקרב יוצאי העדה האתיופית. מצאנו בקרב רבים באוכלוסייה זו, בעיות של סטיגמה וחוסר ידע הקשור לבריאות, אשר מהווים מחסומים פוטנציאליים חשובים להשגת טיפול נפשי מתאים. למשל, רק פחות מחצי מהנשאלים האמינו כי ניתן להירפא ממחלת נפש. בנוסף, רוב הנסקרים חושבים כי אלו הנדרשים לטיפול, אינם נגישים לקבל אותו בפועל. חוסר אמון בהצלחת התהליך, מביא למספר פניות נמוך מאלו הנדרשות בפועל, וכן פחות לעידוד קהילתי לפנות לקבלת טיפול. זיהינו צורך להעלות את רמת המודעות לאפקטיביות של טיפולים נפשיים, ולהגדיל ככל הניתן את הביטחון בהצלחת הטיפול. לאור ההנחה, כי יוצאי העדה ילידי אתיופיה סומכים על הארץ הקולטת, יש לנצל את הפלטפורמה של מוסדות רפואיות באופן מוצלח יותר על מנת להעביר את המידע בגין טיפולים במחלות הנפש.

תשלום הקצבאות האוניברסליות שכל תושב במדינה מקבל כמו קצבת ילדים, קצבת אזרח ותיק וכו', ותשלום הקצבאות הידיברנציאליות המתייחסות למצוקות אישיות (כמו קצבת הבטחת הכנסה, קצבת נכות וכו'), מטרתן לשפר את המצב הכלכלי של התושבים, למנוע את הידרדרותם מתחת לקו העוני, ולאפשר להם לדאוג לעצמם ולבריאותם כאשר הם מתמודדים עם פחות בעיות כלכליות. זרוע זו של הביטוח הלאומי היא זרוע אישית פרטנית, ואין כל ביטחון שהאדם הבודד ישתמש בתשלומי הקצבה לשיפור בריאותו, וזאת מכיוון שהקצבה נמוכה מדי לצרכי הקיום השוטפים, או שהאדם אינו מייחס חשיבות להשקעה בשיפור הבריאות, ברפואה מונעת או בשיפור אורחות חיים.

מתוך הבנה של הביטוח הלאומי שיש צורך להשפיע לא רק על העוני, אלא גם על החולי הקיים, הביטוח הלאומי הקים זרוע נוספת לתמיכה באוכלוסיות הנמצאות בסיכון, כחולי כרוני או בחסר. זרוע זו מורכבת מחמש קרנות בהיקף כולל של 350 מיליון ש"ח לשנה, הפועלות בתחומים השונים של הרווחה והבריאות. הזרוע מתמקדת בעבודה של חמש קרנות עיקריות: הקרן לפיתוח שירותים לנכים, הקרן לקידום תכניות בטיעוד, הקרן לילדים ונוער בסיכון, הקרן למניעת תאונות בעבודה, והקרן למפעלים מיוחדים.

קרנות אלו, באמצעות מימון וליווי של גופים ממשלתיים וארגונים חברתיים, מסייעות בפיתוח שירותי רווחה לקבוצות בסיכון על ידי מתן מענה לצרכים חברתיים חיוניים, כמו נכות, מוגבלות והדרה חברתית, אלימות במשפחה, היעדר מיומנויות בתעסוקה, חשיפה לסביבה שאינה בטיחותית ועוד. הקרנות מסייעות לעשרות אלפי נכים, קשישים, מוגבלים, ילדים ובני נוער ומשפחות במצוקה חברתית כלכלית, ליהנות באופן שוטף ופועיל ממגוון שירותים ומוצרים ייחודיים, המצמצמים את הפער החברתי בינם לבין שאר האוכלוסייה ומקלים על מצוקותיהם בחברה.

ההיענות העצומה של החברות והארגונים לקבל סיוע מהקרנות לשם פיתוח שירותים חדשניים לרווחת אוכלוסיות אלה, מהווים את ההוכחה בשטח, כי הקרנות – הן קרנות אור אמתיות בחייהם של רבים ומסייעות להם להתמודד טוב יותר עם החולי.

מספר דוגמאות לפעילות קרנות הבטוח הלאומי:

- קרן הסייעות תומכת בהקמת מרכזי יום לקשיש המאפשרים לקשישים להתמודד עם הבדידות, כאשר מרכזי היום מספקים פעילות חברתית, ארוחה חמה, פעילות גופנית ואפשרות לאנשי מקצוע להתרשם ממצבו של הקשיש, לזהות התדרדרות במצבו ולהפנות אותו לטיפולים הנדרשים בזמן.
- קרן הנכים תומכת במרכזים לאוכלוסיית הנכים ולילדים עם צרכים מיוחדים, בשיפור תנאי המגורים במוסדות או בקהילה וביצירת מסגרות תעסוקתיות וחברתיות לאוכלוסייה זו.
- הקרן למפעלים מיוחדים מהווה מעין חממה ליוזמות חברתיות בתחום הרווחה וזאת מתוך כוונה לייעד תקציב מיוחד ומשמעותי לפרויקטים בין-משרדיים, שבמידה ויצליחו יאומצו על ידי המשרדים בעתיד. הקרן תומכת ומעודדת פיתוח שירותי רווחה ניסיוניים לאוכלוסיות בסיכון. כאשר חלק גדול מאוכלוסיות אלו נמצא בסיכון בריאותי או במצב היכול לגרום להתדרדרות בריאותית, כמו למשל נשים שנפגעו מאלימות במשפחה, אסירים משוחררים, ילדים עם צרכים מיוחדים, קשישים הסובלים מאלימות, דרי רחוב ועוד.
- דוגמאות נוספות לפעילות הקרנות, כוללים בין היתר את המיזם להפחתת תחושות הבדידות והדיכאון בקרב קשישים, מרכזי תמיכה ומרכזי חוסן במוסדות להשכלה גבוהה, מסלול להכשרת מטפלים קהילתיים בהדרכה וליווי זקנים, קידום פעילות גופנית בקרב מבוגרים ובחינת מודל משולב של בריאות ורווחה בקהילה להורדת הצורך באשפוזים חוזרים.

קרנות הביטוח הלאומי הן דוגמא לשיתוף פעולה יעיל ופורה בין המשרדים הרלבנטיים. קרנות אלו אומנם מופעלות על ידי הביטוח הלאומי ומכספי הביטוח הלאומי, אך ההחלטות מתקבלות בוועדות בהן יש נוכחות משמעותית של נציגי המשרדים השונים, רווחה, בריאות, אוצר, מומחים בתחומים הרלבנטיים, וכמובן הביטוח הלאומי.

אני משוכנע כי הדרך הנכונה להילחם בעוני ובחולי הוא על ידי שיתוף פעולה שמונחה, מוכתב ומתוקצב על ידי קבינט חברתי.

אינטגרציה של שירותי הבריאות והרווחה לאוכלוסייה המתבגרת – תובנות מהעולם ומה אנחנו יכולים ללמוד

רעות רון, חוקרת במכון אסותא לחקר שירותי הבריאות, ודוקטורנטית לניהול מערכות בריאות באוניברסיטת בן גוריון בנגב. בעברה הייתה עוזרת מחקר במחלקה לבריאות האם והילד במכון גרטנר, ומנהלת פרויקטים במרכז לטכנולוגיה חינוכית.



הזדקנות האוכלוסייה מציבה אתגרי בריאות, רווחה, ומצבי סיכון וכלכלה נוספים. הטיפול באוכלוסיות הקשישים מהווה אתגר מרכזי של מערכות הבריאות והרווחה ברחבי העולם, כיוון שהם מחייבים שילוב של טיפול רפואי באיכות גבוהה וארגון מיטבי של שירותי הרווחה והסיעוד, תוך שיתוף פעולה מיטבי ביניהן. התוכנית השישית של האיחוד האירופי, משנת 2005, מצאה כי למרות שכמעט בכל מדינות האיחוד קיימים הסדרים לאספקת שירותי בריאות ורווחה לקשישים, הם לוקים בחוסר תיאום ורצף בין השירותים, הגורם בעיקר לחוסר יעילות.

מדינות רבות בעולם, עוסקות בטיפול בקשיש ובחשיבות של חיבורים, שיתופי פעולה ורצף, על ידי רפורמות ושילובים שונים בין מערכות הבריאות והרווחה. בצפון אמריקה ובאירופה, נעשו ניסיונות בעשור האחרון להתמודד עם המורכבות של אינטגרציה ושילוב משרדים ברמת מדיניות ממשלתית. לדוגמה, במדינות שונות באיחוד האירופי, הבינו כי מערכת שירותים מפוצלת אינה עונה על צרכי האוכלוסייה המזדקנת, והחלו בתהליכי אינטגרציה ואיחוד של משרדים, כאשר כל מדינה יצרה את אופן הארגון והמיזוג הספציפית לה. כל מדינה פיתחה גישות, חקיקה, תקנות ודרכי הספקה שונות לטיפול התיאום והרצף בין השירותים, בהתאם למבנה הפוליטי, הארגוני-מקצועי ודרכי המימון במדינה.

שני סיפורי הצלחה בשילוב שירותי בריאות ורווחה הן סקוטלנד בבריטניה וקטלניה בספרד. הממשלה הסקוטית משלבת שירותי בריאות ורווחה כבר מ-1999, כדי לשפר בהדרגה את איכות ועקביות הטיפול. השינוי החל כאשר הוקמו 79 קואופרטיבים מקומיים ברחבי סקוטלנד האחראיים לספק מגוון רחב ומשולב של שירותי בריאות ורווחה ראשוניים ולקדם עבודה משותפת עם הרשויות המקומיות והמגזר השלישי. בשנת 2014, נחקק חוק עבודה משותפת של הגופים הציבוריים, אשר חייב ברמה סטטוטורית את כלל המחוזות בסקוטלנד לשלב תכנון ואספקה של שירותי בריאות ורווחה. בקטלניה, בין השנים 2011-2015 הוקמה תכנית למניעה וטיפול בתחלואה כרונית. התכנית יצרה חידוש ושינוי משמעותי במודל השירותים, על ידי חיבור ושיתוף פעולה בין שירותי הבריאות והרווחה לאוכלוסייה זו.

בישראל כיום, ישנם מספר גופים האחראים על הטיפול באזרחים הוותיקים (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים, משרד הבריאות, המשרד לשוויון חברתי, המוסד לביטוח לאומי, משרד העלייה והקליטה, משרד הבינוי והשיכון וקופות החולים), אולם התיאום ביניהם לוקה בחסר. הזקן ומשפחתו נאלצים להתרוצץ בין ארגונים שונים, בכדי לקבל את השירותים להם הם זכאים. הכפילויות וחוסר התיאום גורמים למשק בזבז משאבים ונזקים אדירים, ובין היתר גם להחמרה במצבו של הקשיש.

2. הדוגמה השנייה בעיקר קשורה לדת ובחנה את מידת ההתחשבות נגד קורונה בקרב חרדים בישראל. בדרך כלל, מחקרים מציגים קשר חיובי בין רמת דתיות ומדדי בריאות, כאשר קהילות והון חברתי נחשבים משפיעים משמעותיים. אך בתקופת מגיפת הקורונה, הקשר בין דתיות היה יותר מעורפל, והדגש על קהילות לא היה בהכרח חיובי. לאוכלוסיות של חרדים יש מספר מאפיינים ייחודיים, כגון נורמות ופעילויות תרבותיות, מקורות מידע ואורח חיים, שמבדילים את החרדים מיהודים אחרים, ואשר עשויות להשפיע על החשיפה לנגיף ולנכונות לפעול לפי המלצות הממשלה. בשלב הראשון של המגיפה, באוכלוסיית החרדים היו שיעורי הידבקות גבוהים יחסית לקבוצות אחרות. בתגובה למצב זה ולביקורות פנימיות, משרד הבריאות פתח יוזמה כדי לנסות להפחית את ההדבקה, התחלואה והתמותה בקורונה באוכלוסייה החרדית, באמצעות שיתוף פעולה מוגבר בין משרד הבריאות והציבור החרדי. למרות שמובילי היוזמה, לא היו חרדים בעצמם, הם הצליחו לפעול באופן רגיש לערכי וצרכי האוכלוסייה החרדית, ובכך להגביר את האמון של האוכלוסייה במשרד הבריאות. התוצאה הייתה הגברה של מידת ההיענות להנחיות הממשלה, לפחות במידה מסוימת.

3. הדוגמה השלישית משלבת לאום ודת, והתמקדה באוכלוסייה של עולים אמריקאים שהקימו בית כנסת מסורתי בירושלים. כאשר הזדקנו, רצו להישאר בבתם ולהמשיך כקהילה חברתית במקום לעבור לדור מוגן או לגור עם ילדיהם. חברי הקהילה הקימו יוזמה חדשנית (נקראת "דרים בבית") המיועדת לאלו בגיל השלישי בקהילה. היוזמה כללה שותפות בין הקהילה המקומית לעמותה גרונטולוגית, והמנהיג הרוחני של בית הכנסת שימש בתפקיד מייעץ. במחקר להערכה של התוכנית, עלו תוצאות חיוביות בנוגע להשפעת התכנית על הבריאות ורווחה של חברי הקהילה. ככל הנראה, התוצאות היו כל כך טובות, בעקבות הלכידות החברתית החזקה וההשקפה הדתית המשותפת של הקבוצה.

מה ההשלכות של הדוגמאות האלו? זה לא להאשים את הקבוצות האלו אבל להעריך את המאפיינים הייחודיים שלהם כדי לשפר את בריאותם. צריכים לא רק לשים לב למאפיינים הפיזיים של המטופלים אלא, במקביל, למקסם את היכולת של המערכת להעניק טיפול למטופלים השונים זה מזה בערכיהם, אמונותיהם והתנהגותם, תוך שימוש בשפה המובנת לדוברים והתאמת הטיפול הניתן לצרכים החברתיים והתרבותיים שלהם.

בנוסף, מערכת הבריאות צריכה לשים יותר דגש על שיתוף פעולה עם הקהילה. למשל, במדינות שונות בעולם, בעיקר בארה"ב, מוצבו עובדי בריאות קהילתיים (Community Health Workers), אלו אנשי מקצוע בחזית בריאות הציבור, בדרך כלל אינם רופאים או אחיות, שיש להם הבנה קרובה במיוחד של הקהילות שהם משרתים מבחינת מוצא אתני ו/או דתי משותף. הם באים מהקהילה ומשרתים את הקהילה. לעיתים קרובות הם עובדים ביחד עם אנשים קלינאים ומשלימים אותם. בישראל השימוש בתפקידים כאלה נמוך מאוד.

יש עוד הרבה לכתוב, לחקור ולספר על הנושא של לאום, דת וגורמים חברתיים נוספים וההשפעה שלהם על בריאות פרט וקהילות. אני מקווה שהנקודות שהועלו במאמר זה לפחות נותנות חומר למחשבה על איך דת ולאום יכולים לספק אתגרים הקשורים לבריאות, אך יכולים גם להוות מעין הון הקשור לבריאות טובה יותר, אשר נמצא בכמויות גדולות בקרב רבים מהמטופלים בישראל שמהווים חלק מקהילות אתניות ודתיות.

מחקר אחד ביום

בפינה זו, נביא עבורכם בכל מידעון תקציר וממצאים של מחקר עדכני בתחום בו עוסק המידעון. והפעם בנושא אינטגרציה בין בריאות לרווחה, בחרנו להציג שתי סקירות ספרות שפורסמו בשנת 2024, בכתבי עת מובילים, המנסים להציג את היתרונות והתוצאים של יישום השילוב שבין שירותי הבריאות והרווחה.

JOURNAL OF

יישום והשפעה של שירותי בריאות ושירותים סוציאליים משולבים: סקירת מטריה

Public Health Policy

כותבי המאמר ביצעו סקירת מטריה (איתור של סקירות ספרות קודמות) במטרה לזהות ולסנתז את הידע אודות שילוב שירותי בריאות וטיפול סוציאלי במדינות שונות באירופה. בחיפוש זהו 14 סקירות שדיווחו על 1,148 מחקרים בנושא שילוב שירותי בריאות וטיפול סוציאלי באירופה. הרשומות סווגו לשלוש קטגוריות: תוצאי בריאות (תוצאים קליניים, איכות חיים ואיכות הטיפול), תוצאי איכות השירות (זמינות ונגישות לשירותים, זמני המתנה מופחתים והגברת שביעות הרצון של המטופלים) ותוצאות של יישום האינטגרציה (הפחתת עלויות, שיתוף פעולה משופר ושיפור תפיסות הצוות).

תוצאות המחקר ומסקנות החוקרים הראו כי עדויות ליעילות האינטגרציה הינן מוגבלות ולעתים קרובות סובייקטיבית בלבד. הספרות המדעית בנושא שילוב הטיפול החברתי והבריאות באירופה מוגבלת יחסית, כאשר מרבית הדוגמאות הן מקומיות מאוד, לא עקביות או לא נחקרות מספיק. בסך הכל נראה כי שילוב מערכות טיפול סוציאלי ובריאות מייצר שיפור מתון במגזרים החברתיים והבריאותיים ומגוון רחב של שיפורים בתוצאות הבריאות, איכות השירות ותוצאות ההליכים של שילוב. אחת המסקנות החשובות ביותר היא כי שילוב מגזרי הרווחה והבריאות יכול להוביל ליעילות רבה ולשיפור בשני המגזרים, אולם אם הגישה לשילוב יוצרת מצב של הפחתת תקציבים, עשוי להיווצר מצב בו ארגונים ואנשי מקצוע יעדיפו לסגת.

de Matos, R.C., do Nascimento, G., Fernandes, A.C. et al. Implementation and impact of integrated health and social care services: an umbrella review. J Public Health Pol 45, 14–29 (2024). <https://doi.org/10.1057/s41271-023-00465-y>

פקטיביות של תוכניות לשיפור התמצאות (system navigation) במערכת המקשרת בין בריאות ושירותים חברתיים מבוססי קהילה: סקירה שיטתית

 **BMC**
Health Services Research

סקירה שיטתית זו נועדה לזהות את האפקטיביות של תוכניות לשיפור התמצאות (system navigation) ונגישות המטופל בתוך ובין מערכות הבריאות והרווחה מבוססי קהילה הנועדו לשפר את תוצאות המטופלים, המטפלים והבריאות. בסקירה נכללו 21 מחקרים, אשר הציגו גישות ומודלים שונים ומגוונים לשירותים מעודדי התמצאות ונגישות כגון פרויקטים בהובלת איש שירות, בהובלת מומחה בתחום הבריאות, או מודל מבוסס עבודת צוות.

תוצאות הסקירה מצביעות על כך שתוכניות לשיפור התמצאות המטופלים במערכת עשויות לשפר את חוויות המטופלים באיכות הטיפול בהשוואה לטיפול הרגיל, אולם עלולות גם לייצר מצב של ניצול יתר ושימוש מוגבר בשירותי בריאות. החוקרים ציינו כי לא ברור אם מודלים אלה עשויים לשפר את התוצאות הקשורות למטופלים (למשל, איכות חיים הקשורה לבריאות, התנהגויות בריאותיות וכו'), מכיוון שהראיות אינן ודאיות לגבי השפעתן של תוכניות לשיפור התמצאות המטופלים במערכת על תוצאי טיפול בריאותיים וסוצאליים. מסקנות החוקרים הן כי קיימת שונות גדולה ומשמעותית בממצאים בין מודלים שונים, וכי יש צורך במחקר נוסף כדי לקבוע את ההשפעות על התוצאות הקשורות למטופלים, לצוותי הטיפול ולעלויות המערכת.

Teggart, K., Neil-Sztramko, S.E., Nadarajah, A. et al. Effectiveness of system navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a systematic review. BMC Health Serv Res 23, 450 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09424-5>

בישראל נעשו מספר ניסיונות להתמודד עם פיצול שירותים זה, ואף התכנסו מספר וועדות שעסקו בסוגיה זו. להלן כמה דוגמאות ונקודות חשובות על ציר הזמן:

- בשנת 1969 יזם היועץ המשפטי של משרד הסעד הצעת חוק להקמת רשות לטיפול בזקן אשר תפקידה יהיה תיאום בין כל המשרדים המטפלים בזקנים ותפעל בין השאר לקבוע ישירות את רמת המחיה, השיכון ושירותי הבריאות שהזקנים זקוקים להם. אולם, הצעת חוק זו לא קודמה.
- בשנת 1980, חוקק חוק ביטוח הסיעוד בישראל, אחד החוקים המתקדמים והראשונים בעולם שהביא למהפכה בתחום הטיפול בזקנים בבית ובקהילה. אולם מאז יישומו, חלפו 40 שנה והוא לא עודכן.
- בשנת 1997, חבר הכנסת דוד טל הגיש הצעת חוק להקמת רשות למען הזקן, הרשות תסדיר את הטיפול בזקן בכל המישורים ותאגד את הסמכויות המפוזרות כיום בין רשויות שונות. הממשלה התנגדה להצעת החוק והיא נדחתה. בהמשך, הוקמה ועדה בראשות פרופ' יעקב מנצ'ל במטרה להציע עקרונות לתיאום בין המשרדים, וביקשה ליצור רצף טיפולי לזקן באמצעות הרחבת תפקיד הוועדות המקומיות הפועלות מתוקף חוק סיעוד. גם המלצות אלו לא יושמו.
- באוגוסט 1999, מינו שר הבריאות משה בניזרי ושר והעבודה והרווחה אלי ישי ועדה ממלכתית בראשותו של פרופ' יוחנן שטסמן, ש המלצותיה פורסמו בשנת 2000, בעיקרן היהטלת האחריות הכוללת בטיפול בקשיש על קופות החולים. הוחלט ליישמן באמצעות ניסוי בשלוש רשויות מקומיות, במימון קרן הסיעוד במוסד לביטוח לאומי. אולם, שוב, ההצעה לא התממשה.
- בתקופת הממשלה ה-32 (2009-2013), חודשה ההצעה לרפורמה בשירותי הסיעוד, שכלל הצעה מעשית לשינוי ארגוני, על ידי העברת שירותי הסיעוד לקופות החולים, אך הרפורמה לא יצאה אל הפועל.

חרף כל הניסיונות שתוארו מעלה, הפיצול וחוסר התיאום בין המשרדים בישראל בכל הנוגע למדיניות, לזכויות ולשירותים עדיין קיימים ואף מחמירים משנה לשנה. מדי פעם נעשים ניסיונות חוזרים לתיאום בין המשרדים ובין הממשלה לארגוני המגזר השלישי, אך בעיית פיצול השירותים וחוסר התיאום עדיין עומדת בעינה.

בכנסים המלח ה-12 (2011), בנושא היערכות המדינה לקראת הזדקנות האוכלוסייה, נסקרה מערכת התמריצים לכל אחד מהגורמים המבטחים בתחום הקשישים בישראל, ונמצא כי המערכת אינה מתמרצת מתן טיפול יעיל ומיטבי לקשיש. איחוד בין סל שירותי הבריאות וסל הרווחה, יאפשר הרחבת הסיוע הניתן כיום לטיפול בקשיש ובחולה המוגבל, במגוון אפשרויות. המוסד לביטוח לאומי פרסם בשנת 2011, תוכניות חדשניות לטיפול בזקנים המוגבלים בתפקודם, והמליץ כי הדרך הטובה ביותר למנוע את חוסר היעילות והכפילויות, היא איחודם למשרד ממשלתי אחד, מכיוון אך התיאום בין המשרדים, הוא מענה חלקי בלבד לבעיה.

מגפת הקורונה הביאה לעלייה משמעותית במודעות לחשיבות הטיפול המשולב בקשישים, תוך דאגה למצבם הכלכלי, הנפשי והחברתי כמשפיעים ומושפעים ממצבם הבריאותי. תכנית "מגן אבות ואימהות", שמה לה למטרה להגן על אוכלוסיות הקשישים ובעלי המוגבלויות תוך מתן טיפול מיטבי בריאה לאומית כוללת. בהתאם, המטה כלל מנהלים מהתחום הגריאטרי נציגי צה"ל וגורמי הביטחון, הרשויות המקומיות והשלטון המקומי, תוך תכלול כלל הגורמים ומשרדי הממשלה השונים. מתכנית "מגן אבות ואימהות" ניתן ללמוד כי ניהול לאומי של האתגר הצליח לייצר (גם אם חלקית ובצורה ממוקדת) עבודה משותפת ומתכללת של כלל הגורמים.

אנו סבורים, כי בעקבות תמורות אלה, צו השעה הוא בחינה מחודשת, עמוקה ויישומית יותר, של נושא אינטגרציית שירותי הבריאות והרווחה בישראל בדגש על קשישים, תוך התחשבות באוכלוסיות מיוחדות ורגישות אחרות במקביל.

עוס"יות מספרות

השירות לעבודה סוציאלית באסותא עוסק בהשלכות פסיכו-סוציאליות של מצבי חולי ומהווה חלק מהטיפול הכולל הניתן למטופלים ובני משפחותיהם בבתי החולים ברשת. באסותא עבודה סוציאלית מהווה חלק אינטגרלי מעבודת צוות רב מקצועי במחלקות האשפוז ובמכונים השונים, ומטרתה לתת מענה לצרכים פסיכו סוציאליים של המטופלים, הנובעים מחולי ואשפוז, ולסייע למטופל ומשפחתו בהכנה לשחרור. כמו כן, השירות לעבודה סוציאלית אמון על יצירת רצף טיפולי בין בית החולים לקהילה, תיווך לגורמים המתאימים וייעוץ והכוונה למיצוי זכויות המטופל ומשפחתו.

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות עבורי זה לפגוש יום יום אנשים בצמתים מאוד משמעותיים, שהם לא ישכחו, ולהקל עליהם ולו במעט את ההתמודדות.

ד"ר ג'וליה גוזמן

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בעיני היא היכולת להיות עם המטופל בתקופות היותר קשות, לנסות להדליק אור קטן בתוך החשכה או לנסות ולשהות איתו בה, עד שתעבור...

סרה שמואליאן

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בשבילי זה היכולת להיות עם האחר ברגעים הקשים, לאפשר לו להביע רגשות, שלסביבה הקרובה קשה להתמודד איתם, לשתף בחששות, לנרמל תחושות שעולות ולעזור גם במיצוי זכויות.

יעל יצחקי

עבודה סוציאלית בבית החולים עבורי היא חלק משמעותי בפאזל של ליווי, הבראה והרווחה הנפשית של המטופל ובני משפחתו במצב חולי או/ו משבר ובעבודת צוות רב מקצועית. פזאל זה מורכב מחלקים רבים ושונים ואני בוחרת וגאה להיות חלק ממנו.

ליאנה פולק

...מועמדים לניתוחים בריאטריים מגיעים אליי לוועדת טרום ניתוח לאחר שניסוי הכל כדי לרדת במשקל ללא הצלחה. למרבית האנשים רצון וכוחות לעשות שינוי באיכות ואורח חייהם מתוך מטרה לשפר את בריאותם. התפקיד מאפשר לי לסייע למועמדים למקסם את סיכויי הצלחתם בתהליך, הכולל ירידה במשקל, שימור התוצאות בטווח הארוך ושיפור בריאותם.

הדר מעיין

חשיבות תפקיד עו"ס באסותא בעיני היא בקידום התמודדות המטופל ומשפחתו עם המצב הרפואי החדש והשלכותיו על החיים.

דפנה דנון

בחווייה שלי, להיות עו"ס בביה"ח זה כמו ליצור קסם: תוך זמן נתון וקצר את/ה מצליח/ה לגעת ולעזור, ולפעמים אפילו לחולל שינוי.

אפרת ניניו

להיות עובדת סוציאלית באסותא בעיניי זה "להשאל" את הכוחות המקצועיים, הנפשיים והאנושיים שלי, כדי שהאדם שמולי יוכל לצאת מהמשבר בבית החולים ולחזור לחיים שבחוץ. לפעמים זה באמצעות מיצוי זכויות, לפעמים זה "להיות שם עבורו" ולפעמים זה להקשיב ולתת מקום לסיפורים שאיש לא רוצה לשמוע.

רני בלטון

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות בעיניי כוללת את המפגש לא רק עם עולמם הרפואי של המטופלים - מצבם הפיזי הנוכחי - אלא גם את המפגש עם עולמם הפנימי ועם שאר מעגלי החיים שלהם: משפחה, מערכות יחסים, עבודה וקהילה. אני מרגישה שזו זכות ללוות את המטופלים ברגעיה המאתגרים, ומנסה לעזור להם להתמקם ולהסתייע במשאבים שעשויים להקל עליהם במסע המאתגר, בו הם נמצאת.

אורה כץ קרייטנר

מטופלת אונקולוגית סיימה טיפולים ומצאה את עצמה מתקשה להיפרד מהביטחון שחשה בביה"ח. דיברנו על הלגיטימציה להרגיש קושי בחזרה לשגרה, העצב והצורך להישען ולקבל עדיין הכרה, שעוד לא נגמר ויש עוד התמודדות. חיברתי אותה לקבוצת תמיכה עבור מחלימות ושוחחנו ארוכות על כך שבני המשפחה אמנם שמחים לראות שסיימה ומעודדים לחזור לשגרה, אבל הדרך להחלמה לאחר טיפולים כימותרפיים ארוכה ורצופה שינויים והתאמות, ונדרשים כלים אחרים כדי להתמודד איתה. 8 שנים מאוחר יותר בפגישה מקרית איתה - היא עוד זכרה את השיחה והכלים שקיבלה. זו העוצמה של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות.

תירזה קנת

היא יצאה זה עתה מחדרה של הרופאה האונקולוגית, לאחר אבחנה של סרטן והמלצה לטיפול כימותרפיה. מרגישה שהשמים נפלו עליה. מפורקת, מוצפת, לא יודעת האם תמשיך לחיות ולגדל את ילדיה. המון שאלות עולות בו זמנית "האם אוכל להמשיך לעבוד?", "ממה אתקיים?", "איך לספר לילדים?" האם כדאי לרכוש פיה מראש?" ועוד... אני שם איתה ועבורה ברגעי השבר - מכילה, מקשיבה, מעודדת ומנסה לעשות קצת סדר במחשבות המציפות.

מילי רייכמן

עו"ס במערכת הבריאות רואה את הצורך הייחודי לכל אדם אל מול כלל הגורמים האישיים, הרגשיים, המשפחתיים, הסביבתיים הכרוכים בהתמודדות שלו עם חולי, משבר או פרוצדורה רפואית, ומסייעת לו למצוא את המשאבים, הכוחות והזכויות כדי לקדם את תהליך השיקום וההחלמה המיטבית עבורו.

רונה לנגר זיו

עובדת סוציאלית במערכת הבריאות מלווה את המטופל במסעו האישי, היא נמצאת עמו באחת מבין התחנות הרבות של חייו, אך תחנה זו יכולה להיות אחת המשמעותיות ולשנות את כיוון המסע. עבודה סוציאלית במערכת הבריאות עוסקת, בין היתר, בתכנון רצף הטיפול, עבור החולה עצמו ובני משפחתו.

לינה ויימן