



מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה



בריאות כתחום מומחיות בעבודה סוציאלית

אדר, תשע"ז
מרץ 2017

בריאות כתחום מומחיות בעבודה סוציאלית

כותבת המסמך ויו"ר הצוות:

פרופ' ורדה סוסקולני, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן

צוות היגוי וכתיבה של המסמך (לפי א"ב):

- דר' ליזה אברבנאל-כנעני
- דר' שירי אלטמן-שנאן
- דר' עפרה ארן
- דר' וונדי חן
- נירה כהן אהרונוף

צוות היגוי-על:

- אילנה בן-שחר
- מלכה פרגר
- נירית פסח
- טלי צינמון

ניהול נושא המומחיות במשרד הרווחה והשירותים החברתיים - מר יקותיאל צבע, מנהל אגף בכיר - מחקר
תכנון והכשרה

עורכת ראשית של מסמכי המומחיות - דר' גילה לאור, חברת אינקיואל ישראל
רכזת צוותי הכתיבה - אפרת הרמל סער, בית הספר המרכזי להכשרת עובדים לשירותי הרווחה

בגלל אופייה של השפה העברית וכדי למנוע סרבול,
נכתב המסמך בלשון זכר תוך כוונת התייחסות שווה לנשים ולגברים.

4.....	מבוא
6.....	פרק ראשון: אוכלוסיות היעד ומדיניות השירותים
6.....	אוכלוסיות יעד ייחודיות לתחום
7.....	מדיניות השירותים והיבטים חוקיים
9.....	פרק שני: התוכן הייחודי לתחום הבריאות
9.....	ידע ייחודי, תיאורטי ויישומי, המאפיין את התחום
11.....	עיקרי התורה היישומית של התחום
18.....	פרק שלישי: מסגרות הכשרה ולמידה
18.....	מוסדות אקדמיים
18.....	תכניות וקורסים במסגרות הכשרה מחוץ למוסדות אקדמיים
20.....	פרק רביעי: ההיבט הפרופסיונלי והקהילה המקצועית
20.....	כנסים מקצועיים בארץ ובעולם הייחודיים לתחום
20.....	תקדימים במדינות אחרות
20.....	אגודות וגופים מקצועיים
21.....	פרק חמישי: סיכום
21.....	מגמות התפתחות של התחום
25.....	מומחים ומדריכים בתחום והמלצה על חברי ועדת הרישוי
26.....	רשימת מקורות

מבוא

מערכת הבריאות בישראל היא מערכת אוניברסלית המשרתת את כל אזרחי המדינה ותושביה - בבריאות ובחולי - לאורך מעגל החיים. שירותי העבודה הסוציאלית הינם חלק בלתי נפרד ממערכת שירותי הבריאות ומהווים אחד השירותים בתוך סל שירותי הבריאות הבסיסי הניתן לחולים ובני משפחותיהם מתוקף "חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994" ונהלים המגדירים את תפקידם ומסדירים את פעילותם. אוכלוסיית המטופלים של העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות כוללת מטופלים ובני משפחותיהם בכל קבוצות הגיל, אשר סובלים מבעיות בריאותיות ומחלות פיזיות שונות. העובדים הסוציאליים מהווים חלק מהצוות הרב-מקצועי (רפואי ופרא-רפואי) ופועלים בכל מסגרות הבריאות הכללית¹ - בבתי החולים ובשירותי הבריאות בקהילה - בפריסה ארצית.

עבודה סוציאלית בבריאות הכללית הינה תחום מומחיות הדורש גוף ידע ייחודי תיאורטי ופרקטי מתקדם. גוף ידע זה מורכב משילוב בין גוף הידע של עבודה סוציאלית עם גופי ידע שונים מתחום הבריאות, בריאות הנפש ומדעי החברה על ההיבטים הפסיכו-סוציאליים של מצבי בריאות וחולי, ועל מגוון מיומנויות קליניות להתערבויות מתאימות למצבי הבריאות והחולי, וכן מתכניות הכשרה ומחקר הייחודיים לתחום.

אפיונים ייחודיים בולטים לתחום המומחיות

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות עוסקת בגורמים ובהשלכות פסיכו-סוציאליות של מצבי חולי אקוטיים, כרוניים וסופניים, ירידה בתפקוד פיזי ובעיות בריאות אחרות לאורך כל מעגל החיים, מלידה ועד זיקנה וסוף החיים. היא כוללת אבחון פסיכו-סוציאלי הנלווה לבעיה הבריאותית ודרכי התערבות מותאמות להתמודדות ולהסתגלות החולה ומשפחתו למצבים אלו. זאת במטרה לסייע לאדם להגיע לרמה אופטימלית של תפקוד ואיכות חיים תלוית בריאות. בנוסף, עבודה סוציאלית במערכת הבריאות עוסקת בקידום בריאות ובמניעה ברמת הפרט, המשפחה והקהילה, כמו גם במעורבות בקביעת מדיניות ויישומה בהקשרים פסיכו-סוציאליים בנושאי בריאות וחולי.

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות מסתמכת על גופי ידע העוסקים בחולי ובריאות מתוך הדיסציפלינות והתחומים הבאים: עבודה סוציאלית, רפואה, בריאות הציבור, מדיניות בריאות, סוציולוגיה של הבריאות, פסיכולוגיה, פסיכיאטריה, חוק, משפט ואתיקה ומתבססת על המודל הביו-פסיכו-סוציאלי ברפואה. עליה להתאים באופן שוטף את עולם הידע ואת תפקידיה למגמות ולשינויים דמוגרפיים, חברתיים, פוליטיים וכלכליים ובאופן ייחודי גם לשינויים במגמות בריאות וחולי באוכלוסייה ובמערכת הבריאות: זו מתאפיינת בקצב שינויים מהיר ביותר, בחדשנות ברפואה (בטיפולים, בטכנולוגיה, באספקת וצריכת שירותי בריאות, ועוד) ובחקיקה הנלווית אליה.

תפקידם של עובדים סוציאליים במערכת הבריאות הינו בעל אפיונים מקצועיים ייחודיים, שמטרתם לתרום להשגת יעדי הטיפול הרפואי ולקידום הרווחה ואיכות החיים של המטופל ומשפחתו.

¹ שירותי הבריאות הכללית, להבדיל משירותי בריאות הנפש.

כחלק מצוות טיפול רב-מקצועי העובדים הסוציאליים -

- מסייעים לצוות המטפל באבחון גורמים נפשיים, חברתיים, סביבתיים וכלכליים הקשורים למצבו התפקודי של החולה, יכולתו להירתם לתכנית הטיפולית, החלמתו ושיקומו בקהילה;
- עוסקים בטיפול ישיר בחולה ובבני משפחתו, ובייחוד אלו המצויים בסיכון פסיכו-סוציאלי;
- מתאמים את הדרוש לרצף הטיפול אשפוז-קהילה על ידי תיווך בין המטופל ומשפחתו לבין מערכת הבריאות ושירותים במערכות אחרות לשם מיצוי זכויותיהם;
- מהווים גורם מסנגר ופועל לקידום זכויות מטופלים;
- מעניקים ייעוץ, הדרכה ותמיכה לעובדים במערכת הבריאות
- עוסקים בתפקידי ניהול במערכת הבריאות.

בנוסף, הם בעלי תפקידים ייחודיים במערכת הבריאות לשם איתור וטיפול בנפגעי אלימות במשפחה, אלימות כלפי חסרי ישע וילדים בסיכון ועוד, מכוח נהלים וחוקים. כמו כן, הם יוזמים ומקדמים פרויקטים ייחודיים במערכת הבריאות כמו - הנגשת זכויות לניצולי שואה, הפעלת קבוצות תמיכה לנפגעי פעולות טרור, לבני משפחה מטופלים, קידום פעילויות לצמצום פערי אי שוויון בבריאות וכיוצא באלה.

העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות נוקטים בדרכי טיפול פרטני, זוגי, משפחתי, קבוצתי וקהילתי 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, עובדים סוציאליים במערכת הבריאות מקדמים מחקר ייחודי בתחום לצורך התווית פרקטיקה מבוססת ראיות. הם משתתפים בהכשרה מעשית של סטודנטים לעבודה סוציאלית, סטודנטים לרפואה ולמקצועות פרא-רפואיים, רופאים מתמחים ברפואת משפחה, ונטלים חלק בהוראה אקדמית ובהפצת ידע מחקרי ויישומי בכנסים מדעיים ומקצועיים בארץ ובחו"ל.

ברמת המערכת הם - ימפתחים סטנדרטיזציה להתמקצעות בעבודה סוציאלית בבריאות, ישותפים לקביעת מדיניות בתחומים הנוגעים לרווחת החולה ומשפחתו בבתי החולים ובקהילה, ימובילים או שותפים בתכניות כלל ארציות לטיפול בבעיות חברתיות בעלות השלכות על בריאות האדם ובסוגיות ייחודיות אחרות, יחברים במועצות לאומיות ובוועדות בין-מקצועיות, כגון: ועדות אתיקה, ועדות להשתלות מהחי, ועדות להפסקת הריון ועוד.

העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות פועלים מתוקף "חוק העובדים הסוציאליים התשנ"ו - 1996", "חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד - 1994" ותפקידיהם הייחודיים במערכת הבריאות מתבססים, בין השאר, על מדיניות משרד הבריאות המותווית בתקנות ובנהלים, מדיניות המרכז הרפואי או שירותי בריאות אליהם הם משתייכים וחוקי מדינה נוספים.

פרק ראשון: אוכלוסיות היעד ומדיניות השירותים

אוכלוסיות יעד ייחודיות לתחום

שירותי עבודה סוציאלית ניתנים לאנשים המטופלים בשל בעיה בריאותית או מחלה, באחת ממסגרות הבריאות הכללית בבתי חולים (באשפוז, מכון יום, מרפאות חוץ) ובקהילה (מרפאות ומכונים), כאשר הם ו/או בני משפחתם זקוקים לסיוע בהתמודדות עם הבעיה הבריאותית והשלכותיה. מקרב כלל המטופלים במערכת הבריאות, אוכלוסיות היעד הייחודיות לאבחון ולטיפול של עובד סוציאלי:

- אוכלוסייה שעבורה נדרשת מעורבות עובד סוציאלי על פי חוקים, נהלים ותקנות.
 - מטופלים בסיכון פסיכו-סוציאלי: מטופלים או בני משפחה, אשר עקב אפיונים מזוהים של מחלתם ו/או מצבם הנפשי-משפחתי-חברתי, או מצבם הכלכלי או הסביבתי, נמצאים בסיכון לפיתוח קשיי התמודדות והסתגלות חריגים וזקוקים לאבחון ולהתערבות פסיכו-סוציאלית במסגרת הטיפול הרפואי הכולל.
 - אוכלוסיות יעד ייחודיות בהתאם לתחום שבו העובד הסוציאלי מועסק.
 - אוכלוסיות הזקוקות לקשר מתמשך בקהילה עם שירותים רפואיים וסוציאליים לשמירת רצף הטיפול.
- כל האוכלוסיות כוללות מטופלים ו/או בני משפחה (או אחרים ברשת התמיכה החברתית של המטופל).

אוכלוסיות יעד ייחודיות, לדוגמה:

- חולים במחלות בעלות השלכות תפקודיות חריפות ו/או איום על החיים כגון: חולי סרטן, חולי דיאליזה, שבץ מוחי, חולים אחרי התקף לב, חולי אלצהיימר ועוד;
- אוכלוסיות חסרי ישע מכוח החוק או בשל גילם (לדוגמה: קטינים, זקנים מעל גיל 90);
- נפגעי/ות אלימות במשפחה;
- מטופלים נפגעי טראומה - תקיפות מיניות, תאונות דרכים, תאונות עבודה, פיגועים ואירועים רבי-נפגעים ובני משפחתם;
- חולים במחלות כרוניות הדורשות שינוי באורח החיים כגון: סוכרת, יתר לחץ דם, השמנת יתר;
- חולים ובני משפחה שאינם משתפים פעולה עם הנחיות הטיפול;
- חולים ובני משפחה הנמצאים בסיכון פסיכו-סוציאלי גבוה בשל אירועי חיים, קשיים ומשברים אחרים מעבר למחלה (כגון, ניצולי שואה, עולים חדשים) או מצבי מצוקה כלכליים-חברתיים (כגון, דרי רחוב);
- חולים עם מוגבלות / תחלואה כפולה (כגון, חולי נפש, בעלי מוגבלויות קוגניטיביות, מכורים לסמים);
- מצבי היריון וילודה ייחודיים - הפסקת היריון, פונדקאות, אימוץ, נטישת ילוד, ילודים עם נכויות התפתחותיות;
- ניסיון אובדני;
- חולים הנמטים למות.

מדיניות השירותים והיבטים חוקיים

שירותי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות פועלים מכוח חקיקה ייחודית בתחום הבריאות, חוקי מדינה אחרים החלים על עובדים סוציאליים, מדיניות משרד הבריאות שמותווית בתקנות ונהלים ומדיניות המרכז הרפואי או שירותי בריאות אליהם הם משתייכים. כמפורט להלן (העיקריים בלבד):

"חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד - 1994" הינו הבסיס החוקי שמעגן את ייחודיות העיסוק בעבודה סוציאלית במערכת הבריאות ואת חובת הקמת שירות לעבודה סוציאלית בכל ארגון בריאות. סעיף 6 בחוק קובע שעבודה סוציאלית בתחום הבריאות הינה אחד משירותי הבריאות בסל, ובתוספת השנייה לחוק, סעיף 22ה' הוגדר סל השירותים בעבודה סוציאלית ככולל:

- טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במצבים חריפים;
- טיפול פסיכו-סוציאלי למטרות רפואיות במחלות ממושכות;
- טיפול בחולה ובמשפחתו בסיוע למיצוי משאבים אישיים וגיוס משאבים קהילתיים, חברתיים ומוסדיים לטיפול בחולה כחלופה לאשפוז או מניעתו.

"חוק העובדים הסוציאליים, התשנ"ו - 1996" - על פיו רשאים לעבוד במערכת הבריאות רק עובדים סוציאליים הרשומים בפנקס העובדים הסוציאליים לפי החוק.

חוקי בריאות וחוקים משיקים אחרים:

- חוק זכויות החולה, התשנ"ו - 1996;
- חוק החולה הנוטה למות, התשס"ו - 2005;
- חוק למניעת אלימות במשפחה, התשנ"א - 1991;
- חוק העונשין (תיקון מס' 26) התש"ן - 1989 (חובת דיווח עבירות כלפי קטינים וחסרי ישע);
- חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות, התשכ"ב - 1962.

תפקידי העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות מעוגנים בחוזרי מנכ"ל ובנהלים של משרד הבריאות ושל קופות החולים. אלה מגדירים את אופן הפעלת שירותי העבודה סוציאלית בבתי חולים, בקהילה ובתחומים ספציפיים במערכת הבריאות. בנוסף, הם מגדירים תחומים ותפקידים ייחודיים של העובדים הסוציאליים במערכת, ביניהם ריכוז הטיפול בנפגעי אלימות במשפחה והתערבויות על פי חוק (כגון - הפסקת היריון, מינוי אפוטרופוס, פגיעה בחסרי ישע).

פירוט חוזרים ונהלים עיקריים להלן:

- חוזר מינהל הרפואה, משרד הבריאות, מס' 35/99 מיום 22.8.99 בנושא: הפעלת שירותי עבודה סוציאלית בבתי חולים.
- חוזר מינהל רפואה מס' 56/2003 מיום 24.7.2003 בנושא: הפעלת שירותי עבודה סוציאלית במערך שירותי הבריאות בקהילה.
- חוזר מינהל רפואה מס' 11/2008 מיום 11.3.08 בנושא: חוק העונשין בעניין קטינים וחסרי ישע – הוספת חובת דיווח (תיקון מס' 94).

- חוזר מינהל רפואה מס' 49/2004 מיום 21.10.04 בנושא: תקנות לחוק העו"סים התשנ"ו-1996.
 - חוזר מינהל רפואה מס' 29/98 מיום 21.4.98 בנושא: חוק זכויות החולה – הגדרת "מטפל".
 - חוזר מנכ"ל מס' 09/06 מיום 4.3.06 בנושא: מגילת זכויות המטופל בראי חובות המטפל.
 - חוזר מינהל רפואה מס' 26/2002 מיום 7.4.2002 בנושא: רשומת מטופל בעבודה סוציאלית.
 - חוזר מינהל רפואה מס' 41/01 מיום 19.7.2001 בנושא: נוהל תכנון הליך שחרור חולים מבי"ח לקהילה - תפקיד העובד הסוציאלי.
 - חוזר מנכ"ל מס' 23/03 מיום 19.11.03 בנושא: איתור וטיפול בנשים נפגעות אלימות במשפחה על ידי מטפלים במסגרות הבריאות - באשפוז בקהילה.
 - חוזר מנכ"ל מס' 26/03 מיום 19.11.03 בנושא: מינוי ועדות קבועות לנושא אלימות במשפחה, ניצול מיני והזנחה של קטינים וחסרי ישע.
 - חוזר מנכ"ל מס' 7/11 בנושא: התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות.
- חוזרים ונהלים המסדירים את טיפול העובד הסוציאלי באוכלוסיות מטופלים ספציפיות במערכת הבריאות, כגון:
- חוזר מס' 20/2016 מיום 15.11.16 בנושא: המעקב והטיפול בילודים מורכבים ובפגים עם שחרורם מאשפוז לקהילה.
 - חוזר מינהל רפואה מס' 72/2002 מיום 16.12.02 בנושא: העבודה הסוציאלית במכונים להתפתחות הילד.
 - חוזר מינהל רפואה מס' 29/2001 מיום 14.6.01 בנושא: תפקיד העובד הסוציאלי המחלקה לרפואה דחופה.
- לא ניתן לפרט במסמך זה את כל החוזרים, התקנות והנהלים. כל עובד סוציאלי נדרש להכיר את החוזרים התקנות והנהלים בתת התחום שבו הוא פועל.

פרק שני: התוכן הייחודי לתחום הבריאות

ידע ייחודי, תיאורטי ויישומי, המאפיין את התחום

עולם הידע למומחיות "בריאות" בעבודה סוציאלית הינו ייחודי, משום שהוא מורכב משילוב גופי ידע שונים בהקשר למצבי בריאות וחולי: עבודה סוציאלית, רפואה, בריאות הציבור, מדיניות בריאות, סוציולוגיה של הבריאות, פסיכולוגיה, פסיכיאטריה, חוק, משפט וביו-אתיקה.

1. עבודה סוציאלית

- תיאוריות מנחות לשיטות התערבות של עבודה סוציאלית שנעשה בהן שימוש במערכת הבריאות: עבודה סוציאלית פרטנית, זוגית, קבוצתית, משפחתית, קהילתית;
- ידע על שיטות טיפוליות בהתאם למחלה / לבעיית הבריאות: שיטות ארוכות טווח וקצרות מועד - טיפול פסיכודינמי, טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, התערבות בעת משבר כולל מסירת בשורה מרה, ועוד, ובהסתמך על גישות אקולוגיות מרכזיות בעבודה סוציאלית של התאמת אדם-סביבה, או אדם-מצב;
- ידע על מדיניות רווחה, שירותי רווחה, מלכ"רים;
- ידע על התפקידים הייחודיים של עבודה סוציאלית במערכת הבריאות, כולל בשעת חירום, ייעוץ ותמיכה בצוותים הרב-מקצועיים;
- ידע על הבטחת איכות, סטנדרטים מקצועיים בעבודה סוציאלית בבריאות.

2א. רפואה

- עובד סוציאלי במערכת הבריאות חייב להכיר ולהתעדכן באופן שוטף בשכיחות התופעות ודרכי הטיפול, והשלכות המצב הרפואי על תפקוד פיזי, נפשי, משפחתי וחברתי, בהתאם לעולם הידע הייחודי במערכת הבריאות בו העובד עוסק. אין מצופה ממנו להקיף את כל הידע הרפואי אך עליו להכיר את הנושאים הבאים:
- מושגים ומונחים בסיסיים ברפואה בהתייחס לשלושה ממדים:
 - א) המערכות הפיזיולוגיות, כולל הכרת סימפטומים שכיחים בכל מצב בריאות וחולי;
 - ב) חלוקה למצבים של חולי (כרוני, אקוטי, תנודתי) ומניעת חולי, וחלוקה לפי מצב תפקודי (סיעודי, תשוש נפש, סיעודי מורכב);
 - ג) מעגל החיים: מאפייני מחלות בינקות, ילדות, התבגרות, בגרות, זיקנה;
 - שיטות טיפול רפואי ופרא-רפואי, כולל טכנולוגיות רפואיות חדשניות ומתפתחות;
 - מודלים של קידום בריאות וחינוך לבריאות (לרבות, שינוי התנהגות ומוטיבציה לשינוי);
 - טראומה ורפואת חירום;
 - מצבי בריאות שאינם מחלות (כגון, בעיות פריון, מוגבלויות קוגניטיביות והתפתחותיות, התמכרויות).

2ב. בריאות הציבור, מדיניות בריאות

- אי-שוויון בבריאות;
- מבנה מערכת הבריאות בישראל;

- מדדי איכות ברפואה ושיקולים כלכליים במערכת הבריאות;
- דרכים לאספקת שירותי בריאות בישראל.

3. סוציולוגיה של הבריאות

תיאוריות וידע בנושאים, כגון: תיאוריית התפקיד, יחסי רופא-חולה, ריבוד חברתי, חולי – סטייה וסטיגמה, פיקוח חברתי, רשתות חברתיות ותמיכה חברתית, רב תרבותיות בחברה הישראלית, גורמים חברתיים בבריאות וחולי, סוציאליזציה מקצועית, שחיקה ועוד.

4. פסיכולוגיה

מערכת מושגים בסיסית על התנהגות נורמטיבית ופתולוגית, פסיכולוגיה של האני ופסיכולוגיה התפתחותית, תיאוריות קוגניטיביות והתנהגותיות, תיאוריות מערכתיות מפסיכולוגיה חברתית, מודלים של התמודדות עם מצבי דחק, חולי וטראומה, ועוד.

5. פסיכיאטריה

קלסיפיקציה של מחלות נפש והפרעות אישיות, שיטות ודרכי טיפול.

6. חוק, משפט וביו-אתיקה

עולמות התוכן שלגביהם יש חקיקה/חוזרי מנכ"ל/נהלים/תקנות:

- זכויות החולה;
- סודיות רפואית, הסכמה מדעת ואפוטרופסות;
- רשלנות רפואית;
- סוגיות חברתיות משפטיות הנוגעות לבריאות, כגון: ועדה לענייני הריון, פוריות, פונדקאות;
- הכרת החוקים וחוזרי מנכ"ל משרד הבריאות שמעגנים את שירותי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות ואלו המשיקים לנושא מתחומי עבודה סוציאלית (כמפורט בפרק הראשון);
- אתיקה: 'קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים', ערכי הביו-אתיקה ודילמות כגון: סוגיות של תחילת החיים, סוגיות של סוף החיים, אלימות במשפחה, סירוב לקבל טיפול, השתלת איברים, המתת חסד.

מודלים תיאורטיים מנחים

חלק ניכר מהמודלים התיאורטיים המנחים את התורה היישומית הייחודית לעבודה סוציאלית בבריאות מתבסס על שילוב מגופי ידע אלו, כגון -

- מודלים של מצבי דחק והשלכותיהם על התמודדות והסתגלות לחולי ממושך, אקוטי או טראומה: הקשרים בין הערכה קוגניטיבית של גורם הדחק, משאבים העומדים לרשות הפרט (אישיים וחברתיים) ודפוסי התמודדות לבין הסתגלות נפשית, פיזית וחברתית (Lazarus & Folkman, 1984; Pearlman, Skaff, & McKean, 1996; Stanton, Revenson, & Tennen, 2007);
- מודלים של מאפייני מחלות והשלכותיהם במהלך החיים: הממשק בין מאפיינים פסיכו-סוציאליים של מחלה (התחלת המחלה, מהלך המחלה, התוצאות מבחינת איום על החיים, המוגבלות בתפקוד)

ושלבי המחלה (המשבר האקוטי, הכרוני, הסופני) לבין שלבי מהלך החיים וממדים משפחתיים (Rolland, 1987).

- המשפחה כמערכת במצבי חולי ובריאות: דרכי התמודדות של המשפחה, התערבויות ממוקדות חולה ומשפחה (נבון, פייגין ודרורי, 2001; סרן כהן, 2010; Rolland, 2012).
- מודלים של התנהגויות בריאות, של אורח חיים: הקשרים בין אמונות קוגניטיביות לגבי שינויי התנהגות (כגון, מודל האמונות הבריאותיות), נורמות חברתיות וכוונות לשנות התנהגות בריאות (כגון מודל ההתנהגות המתוכננת) לבין שינוי התנהגות בריאות (Gehlert & Bollinger, 2012).
- מודלים של שימוש בשירותי בריאות ורווחה: משתנים מוקדמים, מאפשרים וצורך בריאותי והקשר לפניה לשירותי בריאות (Andersen, 1995).
- גורמים חברתיים בבריאות, אי שוויון בבריאות: פערים חברתיים-כלכליים, אתניים, מגדריים, ועוד (CSDH, 2008).

עיקרי התורה היישומית של התחום

שילוב גופי הידע התיאורטי שנסקרו לעיל, בהקשר של בריאות וחולי, מכון את עולם הידע היישומי הייחודי לפרקטיקה של עובדים סוציאליים במערכות בריאות. בכך מעוצבים תפקידיהם במטרה להשיג את יעדי הטיפול הרפואי ולתרום לקידום הרווחה ולאיכות החיים של המטופל ומשפחתו.

כחלק מצוות רב-מקצועי המטפל, העובדים הסוציאליים -

- מסייעים לצוות המטפל באבחון גורמים חברתיים, נפשיים, סביבתיים וכלכליים הקשורים למצבו התפקודי של החולה, החלמתו ושיקומו בקהילה;
- עוסקים בטיפול ישיר בחולה ובבני משפחתו, ובייחוד אלו המצויים בסיכון פסיכו-סוציאלי, באמצעות מיומנויות יישומיות מקצועיות מגוונות כמפורט להלן;
- מתווכים בין המטופל ומשפחתו לבין המערכת הרפואית ומערכות אחרות לשם מיצוי זכויות והבטחת רצף הטיפול אשפוז-קהילה ומשמשים כגורם מסנן על החולים (Craig & Browne, 2012; Muskat, 2013).

מעבר לטיפול הישיר בחולים ובבני משפחה, מאפייני העבודה במערכת הבריאות מציבים דרישות למיומנויות לבקרת איכות הטיפול ולניהול סיכונים ויש להם תפקיד ייחודי בהובלת האיתור וטיפול בנפגעי אלימות במשפחה, אלימות כלפי חסרי ישע וילדים בסיכון ועוד המגיעים לטיפול רפואי.

בנוסף, הם מעניקים ייעוץ, הדרכה והתערבויות פסיכוסוציאליות לעובדים במערכת הבריאות, יוזמים ומעורבים בתכניות שונות ברמת הקהילה וברמה ארצית.

המודל הביו-פסיכו-סוציאלי, הגורס שכדי לטפל במחלה יש להכיר את ההשלכות הביולוגיות, נפשיות וחברתיות על תפקוד הפרט (Engel, 1977), מהווה בסיס עיקרי לאבחון ולהתערבויות פסיכו-סוציאליות ברמת הפרט והמשפחה, אך גם להתערבויות בקבוצה או בקהילה.

נלווים לכך מודלים תיאורטיים על מודל דחק והתמודדות עם חולי (Folkman & Greer, 2000), טיפולוגיה פסיכו-סוציאלית של מחלות במעגל החיים (Rolland, 1987), מסירת בשורה מרה (Buckman, 2005), תוך דגש על הגישה האקולוגית להתאמת אדם-סביבה ועל שיטות להעצמה המאפיינות התערבויות בעבודה סוציאלית (Dziegielewska, 2013).

הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית (אבחון)

הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית אינטגרטיבית של המטופל ומשפחתו הינה המיומנות הראשונה הנדרשת מעובד סוציאלי במערכת הבריאות. היא משלבת את המידע על המצב הרפואי והתפקוד הפיזי, המשאבים הפסיכולוגיים ומערכות התמיכה החברתית של הפרט וההשפעות ההדדיות בין מרכיבים אלו, אך תוך הכרה מתמדת בהיות המצב דינמי, בהתאם לשינויים במצב הבריאותי של המטופל.

הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית צריכה לכלול את המרכיבים הבאים:

- נתוני רקע דמוגרפיים, מצב חברתי-כלכלי;
- הבעיה הרפואית / המחלה והטיפול הרפואי, כגון: אבחנה, פרוגנוזה, מהלך, המצב התפקודי, תכנית טיפול, וכד';
- מאפיינים פסיכולוגיים אישיים, כגון: תפיסת המחלה, דרכי התמודדות עם המחלה, התנהגות בריאות והיענות לטיפול, יצירת קשר עם הצוות הרב-מקצועי וכד'.
- מאפייני המערכת המשפחתית - לכידות, תקשורת, דרכי התמודדות משפחתית, חלוקת תפקידים וכד' לפני המחלה ובעקבות המחלה.
- מאפיינים חברתיים - מערכות תמיכה משפחתית, רשת ותמיכה חברתית, קשרים עם שירותים פורמליים, גישות תרבותיות / אמונות בקשר למחלה וכד'.
- סביבת מגורים, תנאי עבודה וכד'.

מיומנויות טיפול והתערבויות

מטרת ההתערבויות של העובדים סוציאליים במערכת הבריאות הינה לשפר את התפקוד הפסיכו-סוציאלי של החולה ומשפחתו באמצעות מתן תמיכה, העצמה וסיוע נפשי בהתמודדות עם המצב הרפואי-תפקודי. העובדים הסוציאליים מבססים את התערבויותיהם על מודלים קליניים רלוונטיים לבריאות הנשענים על תיאוריות מתחומים שונים: שיטות התערבות פסיכו-דינמיות המבוססות על פסיכולוגיה של האני ופסיכולוגיה התפתחותית, שיטות התערבות קוגניטיביות-התנהגותיות, שיטות התערבות זוגית ומשפחתית המבוססות על תיאוריות מערכתיות, תיאוריות על תהליכים דינמיים קבוצתיים ועוד. התערבויות אלו דורשות התאמה מתמדת לקצב השינויים המהיר והחדשנות בטיפול הרפואי ובטכנולוגיות ברפואה.

העובדים הסוציאליים במערכת הבריאות נוקטים בדרכי טיפול פרטני, זוגי, משפחתי, קבוצתי וקהילתי מותאמות לאוכלוסייה המטופלת על ידם ובשיטות התערבות מגוונות (Allen & Spitzer, 2016a).

כיוון שמצב משבר הינו המאפיין העיקרי של חולי, בין אם משבר אקוטי בעקבות גילוי אבחנה, התחלת מחלה או טראומה ובין אם זו סדרת משברים המאפיינת מחלות כרוניות - התערבות פסיכו-סוציאלית בחולים ובני

משפחתם נשענת על שיטות התערבות במשבר וטיפול קצר מועד (אליצור, 2002), בשיטות קוגניטיביות-התנהגותיות (סלונים-נבו, 2013) או פסיכו-דינמיות (ירושלמי, 2009), אך גם על התערבויות ארוכות טווח פסיכו-דינמיות (Fonagy, 2015). בנוסף, שיטות התערבות לתיווך, תיאום, גישור ומיצוי זכויות, ושיטות בתחום השיווק של שירותי עבודה סוציאלית.

מיומנויות ייחודיות ברמת המטופל והמשפחה

תפקידי העובד הסוציאלי במערכת הבריאות מפורטים לעיל (מבוא, עיקרי התורה היישומית של התחום). נקודת המוצא להתערבויות היא ההערכה הביו-פסיכו-סוציאלית. ההמשך הוא במיומנויות הייחודיות המבוססות על עיקרי התורה היישומית ומאפייני העבודה במערכת הבריאות. הטיפול בפרט ובמשפחה על ידי עובדים סוציאליים במערכת הבריאות מבוצע תמיד כחלק מעבודת צוות רב-מקצועי, לא כעבודה בצוות חד-מקצועי בלבד. לכן נדרשות מהעו"סים מיומנויות לעבודת צוות. כיוון שהגישה הביו-פסיכו-סוציאלית מנחה כיום גם מקצועות אחרים, התרומה הייחודית של עבודה סוציאלית בצוות הבריאות הבין-תחומי (אינטר-דיסציפלינרי) מתבטאת באבחון ובטיפול בהבטים הפסיכו-סוציאליים והסביבתיים בהקשר הביו-פסיכו-סוציאלי, תוך שימוש במיומנויות המקדמות את הטיפול ומשפרות את תוצאותיו. המיומנויות הייחודיות הנדרשות לכך כוללות (Allen & Spitzer, 2016a; Craig, Betancourt, & Muskat, 2015;) (Dziegielewski, 2013a; Maramldi et al., 2014):

- איתור יזום עצמאי של חולים בסיכון פסיכו-סוציאלי מבין כלל המטופלים וקבלת הפניות לטיפול מאנשי צוות;
- ביצוע הערכה ביו-פסיכו-סוציאלית;
- תכנון, ביצוע, הערכה ומעקב של תכניות התערבות פסיכו-סוציאליות להתמודדות עם המצב הרפואי. בתכנית יש לכלול פירוט של יעדי ההתערבות - השינויים הצפויים, הסתגלות למצב הרפואי והיענות לטיפול הרפואי - ודרכי פעולה מוגדרות להשגת היעדים.
- מיומנות לבחירת שיטת התערבות (מבין השיטות שפורטו בסעיף הקודם) ולביצועה על בסיס מודלים טיפוליים מותאמים - למצב הרפואי והקוגניטיבי של המטופל; לגיל (ילדים, מתבגרים, קשישים); למשאבי המטופל והמשפחה; למסגרת הרפואית (בית חולים או קהילה). בין המיומנויות יציגו - התערבות בעת משבר במצבי בריאות (Rose et al., 2016), טיפול קצר מועד בעת אשפוז (דרורי, 2001), טיפול תמיכתי בחולי סרטן וטיפול רב-מקצועי משולב במשפחה (Perry, 2015), שיתוף לקוחות בהחלטות טיפול והעצמה (Peterson, 2012);
- ביצוע הערכת תוצאות-התערבות על בסיס נתונים ובחינת השגת יעדים שנקבעו בתכנית הטיפול;
- מיומנות לעבודה בצוות רב-מקצועי תוך יכולת להגדיר ולהציג את התרומה הייחודית של עבודה סוציאלית לטיפול הכוללני (Maramaldi et al., 2014);
- מיומנויות תיווך וסנגור מול צוותים רפואיים ופרא-רפואיים בתוך מערכת הבריאות ומול מערכות נוספות בקהילה;
- מיומנויות תיעוד ורישום ברשומה רפואית ממוחשבת (Dziegielewski, 2013b);

- מיומנויות הדרכה על זכויות, בקיאות בזכויות ושירותים לצורך מיצוי זכויות;
- מיומנויות בתחום כשירות תרבותית ורגישות תרבותית בטיפול בחולי ובבעיות בריאות (Allen & Spitzer, 2016b);
- מיומנויות לזיהוי וטיפול בפערים בצריכת שירותי בריאות על רקע עוני ויכולת להנגיש טיפול רפואי למטופלים מוחלשים חסרי כלים בסיסיים למימוש זכויות (Craig, Bejan, & Muskat, 2013);
- התייחסות להיבטים אתיים של הטיפול (Sparks, 2012);
- מיומנויות להתערבות במצבי חירום ואירוע רב-נפגעים בהתאם לשיבוץ בבית החולים / בקהילה.

מיומנויות ייחודיות ברמת הארגון וברמה הארצית

- מרבית מיומנויות אלה מפורטות בחוזרי מנכ"ל של משרד הבריאות - לקביעת תפקיד ואחריות עובדים סוציאליים בתחומים שונים (ראה פרק ראשון):
- יכולת לזהות צרכים ולתכנן תכניות מיוחדות ברמת כלל אוכלוסיית חולים;
- יכולת לקביעת מדיניות ולהשפעה על קידום מדיניות טיפול רפואי באוכלוסיות בעלות צרכים ייחודיים ואוכלוסיות מוחלשות להגברת השוויון בבריאות;
- מיומנויות למתן יעוץ והדרכה לצוותים רב-מקצועיים באשר להיבטים הפסיכו-סוציאליים במצבי בריאות וחולי;
- מיומנויות למתן יעוץ והדרכה לצוותים רב-מקצועיים בנושא אלימות במשפחה כאחריות ייחודית של העבודה הסוציאלית במערכת הבריאות;
- מיומנויות שילוב העבודה הסוציאלית בתחומי רפואה חדשים ומתפתחים: יכולת לזהות ולהמשיג את ההשלכות הפסיכו-סוציאליות בכל תחום ותחום ולהגדיר מענה טיפולי מתוך מטרות העבודה הסוציאלית;
- מיומנויות לתכנון ולביצוע של מחקרים, סקרים וכתביה מדעית;
- קידום בקרת איכות בעבודה סוציאלית.

מיומנויות לבקרת איכות בתחום עבודה סוציאלית בבריאות

- לאיכות הטיפול חשיבות רבה באספקת שירותי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות. מדידת איכות מאפשרת לבחון באופן מקיף את העשייה ומספקת מידע חיוני על איכות הטיפול שניתן על ידי עובדים סוציאליים. מדדים אלה כוללים הבטחת המרכיבים הבאים:
- זמינות ונגישות שירותי עבודה סוציאלית, ימתן טיפול בסביבת עבודה מותאמת לעבודת העובד הסוציאלי,
- אחריות ליישום ומעקב אחר רצף טיפול בין מערך האשפוז לקהילה, יביצוע פעולות של איתור ויזום לצורך הבטחת זכויות החולה, ישמירה על פרטיות וסודיות, יניהול רשומה, יקיום תהליכי בקרה ופיקוח, ימדדים לקביעת איכות לשיפור השירות, יתכנון עבודה שנתי, ימידע על נתוני פעילות, יהובלה, הטמעה והכשרה בתחום אלימות במשפחה, ישותפות ביוזמות ופעילויות נוספות, כגון: הנחית קבוצות, הפעלת תכניות הכשרה לצוותים, השתתפות בוועדות ופורומים מקצועיים ורב תחומים ברמה מקומית וארצית וכד'.

נושאים ייחודיים בעבודה סוציאלית בבריאות בכל הרמות

- תיאום טיפול: עובד סוציאלי כמתאם הטיפול הכוללני וכמקשר בין כל אנשי הצוות לבין החולה ומשפחתו (Rizzo et al., 2016);
- רצף טיפול: תכנון שחרור כתפקיד מרכזי של עובדים סוציאליים בבית חולים (Auslander et al., 2008);
- היענות לטיפול וניהול עצמי של טיפול (Auslander & Freedenthal, 2012);
- רגישות תרבותית וכשירות תרבותית (חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מס' 7/11 בנושא: התאמה והנגשה תרבותית ולשונית במערכת הבריאות; Horevitz, Lawson, & Chow, 2013);
- סוגיות של סוף החיים: מיומנויות בטיפול פליאטיבי (Hughese, Firth & Oliviere, 2015), חמלה בטיפול בסוף החיים (גאגין ושנאן-אלטמן, 2014);
- עוני ובריאות (Craig, Bejan, & Muskat, 2013);
- נפגעי אלימות במשפחה: איתור וטיפול במערכת הבריאות (חוזרי מנכ"ל משרד הבריאות מס' 23/03 ו-26/03, ראה פרק ראשון);
- זיהוי התעמרות בקשישים במערכת הבריאות (כהן ואחרים, 2005);
- ועוד.

▪ ספרות ומחקר בתחום

- המחקר הבינלאומי בעבודה סוציאלית בבריאות הינו נרחב ביותר. המחקר עוסק בהיבטים פסיכו-סוציאליים הנלווים למצבי בריאות וחולי בכל תת-התחומים ברפואה, כמו גם בנושאים כלליים ייחודיים, המתייחסים לתפקידי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות ולסוגיות קליניות ואתיות.
- המחקר בתחום בישראל התרחב מאז שנות ה-70' במאה הקודמת ומתבצע על ידי אנשי אקדמיה ועובדי שדה (סוסקולני, אוסלנדר, ובן-שחר, בדפוס), כמו גם במסגרת עבודות תזה ודוקטורט. מחקר זה מהווה תשתית לפיתוח ידע תיאורטי ופרקטיקה מבוססת ראיות. כמה דוגמאות למחקר בישראל נכללות ברשימת המקורות ומתייחסות לנושאים מגוונים, לדוגמה -
- השלכות פסיכו-סוציאליות של חולי ומצבי בריאות (גוזמן, כהן ובן-צור, 2015; Benyamini, Gozlan, 2007; Gilbar & Zusman, 2014; Chen & Landau, 2009; Kokia, 2009);
 - תכנון שחרור ורצף טיפול (Auslander et al., 2008);
 - התערבות בעת משבר עם חולים (פינוס, 1997);
 - היבטים ייחודיים בישראל, כגון: עולים (Soskolne, Halevy-Levin, & Cohen et al., 2007), נפגעי טרור (Gagin, Cohen, & Peled-Avram, 2005) והטמעת מחקר בשירות סוציאלי בבית חולים (מנור ועמיתיה, 2007).

המאמרים וספרי הלימוד המוצעים במסמך זה (ראו גם בפרק רשימת המקורות) כוללים מחקרים ומאמרים עדכניים ומאמרים מרכזיים נוספים בנושאי ליבה של עבודה סוציאלית במערכת הבריאות. חשוב לציין כי נבצר מאתנו להקיף ספרות בכל תת-התחומים, ולכן יש להוסיף מאמרים ייחודיים בהתאם לגוף הידע המתייחס למצב הבריאותי / למחלה הספציפית.

כתבי עת מקצועיים רלוונטיים לתחום (בסדר א"ב)

1. כתבי עת ייחודיים לתחום עבודה סוציאלית בבריאות

- Health and Social work
- Journal of Psychosocial Oncology
- Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care
- Social Work in Health Care
- Social Work in Public Health

2. כתבי עת בעבודה סוציאלית המפרסמים גם מאמרים ומחקרים בתחום

- חברה ורווחה, רבעון לעבודה סוציאלית
- בָּטָחוֹן סוציאלי
- British Journal of Social Work
- Child & Family Social Work
- Clinical Social Work Journal
- Journal of Family Social Work
- Journal of Gerontological Social Work
- Journal of Social Work Practice
- Journal of the Society for Social Work and Research
- Research on Social Work Practice
- Social Work

3. כתבי עת מתחומים משיקים ייחודיים לתחום

- איכות ברפואה
- במה - ביטאון לעובדי בריאות בנושא מחלת הסרטן והשלכותיה
- גרונטולוגיה וגריאטריה - כתב-העת של האגודה הישראלית לגרונטולוגיה
- הרפואה- כתב העת של ההסתדרות הרפואית בישראל
- רפואה ומשפט - כתב-העת של האגודה לרפואה ולמשפט בישראל
- שיחות

- Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal
- American Journal of Public Health
- Child Care Health and Development
- Families, Systems & Health
- Health Psychology
- Israel Journal of Health Policy Research
- The Israel Medical Association Journal
- Journal of Behavioral Medicine
- Journal of Health and Social Behavior
- Journal of Health Psychology
- Journal of Pediatric Psychology
- Journal of Personality and Social Psychology
- Psychology & Health
- Psycho-Oncology
- Psychosomatics
- Psychosomatic Medicine
- Social Science and Medicine

4. בנוסף, כתבי עת רלוונטיים בכל תת-התחום הרפואי שבו העובד מועסק.

פרק שלישי: מסגרות הכשרה ולמידה

מוסדות אקדמיים

- בתי ספר / מחלקות לעבודה סוציאלית באוניברסיטאות ובמכללות. כידוע, נדרש תואר שני למומחיות. בחלק מהמוסדות קיימות תכניות לימוד לתואר שני המוגדרות בתחום הבריאות (כגון: "המגמה לבריאות ושיקום" בביה"ס לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן) ו/או וקורסים לתואר שני בתחום הבריאות, שהינם חלק מההכשרה הנדרשת למומחיות (קורסים עיוניים ופרקטיים).
- בחלק מהמוסדות האקדמיים מתקיימים גם קורסים לתואר ראשון ייחודיים בנושאי עבודה סוציאלית במערכת הבריאות אשר יכולים להיות מוכרים כחלק ממכסת הקורסים הנדרשת למומחיות.
- תכניות לימוד מוכרות אחרות לתואר שני בתחום הבריאות (לדוגמה, בריאות הציבור, מנהל מערכות בריאות, גרונטולוגיה, קידום בריאות).
- לימודי המשך - תכניות וקורסים ייחודיים בתחום בריאות.

תכניות וקורסים במסגרות הכשרה מחוץ למוסדות אקדמיים

הדרישות לתכניות ולקורסים

הקורסים חייבים להיות בתחום הבריאות כנושא כללי או בתחום ספציפי בבריאות. נדרשים קורסים המנוהלים ברמה אקדמית, עם דרישות אקדמיות, כגון: קריאת ספרות מחקרית ומקצועית, הגשת עבודה, נוכחות, מרכז הקורס ומרבית המרצים הם בעלי תואר שני לכל הפחות, מלמדים או לימדו בעבר באקדמיה או בעלי מומחיות בתחום. ניתנת תעודה בסוף הקורס/התכנית. הקורסים יכולים להיות בחפיפה עם תחומי מומחיות אחרים (כגון, שיקום, זיקנה, ילדים, נשים, משפחה, בריאות הנפש) ויש הצדקה להכללתם, אם חלק ניכר מהתוכן הנלמד הוא בהקשר של מערכת הבריאות הכללית.

ניתן להכיר בקורסים ובתכניות שאינם בתחום הבריאות, אך עוסקים בנושאים מרכזיים לשירותי עבודה סוציאלית בבריאות, כגון: שעת חירום, אלימות במשפחה, גרונטולוגיה, התפתחות הילד. עבודת מחקר עצמאית בתחום הבריאות, שאינה במסגרת תואר שני או שלישי יכולה להיחשב במקום קורס.

מקומות הכשרה נוכחיים (ככל שיוצעו מקומות נוספים, הם ייבחנו לפי הקריטריונים שלעיל):

1. מרכזי הדרכה

- מרכז ההדרכה של משרד הבריאות;
- **מ.ס.ר** - המרכז הארצי לסימולציה רפואית;
- מרכזי ההדרכה של קופות החולים, כגון, של שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות (בין אם הקורס מתקיים במרכז ההדרכה, או מאורגן על ידו אך מתקיים פיזית בבית חולים או מחוז רפואי).

2. בית הספר המרכזי של משרד הרווחה והשירותים החברתיים

3. ארגונים, מכונים

- האגודה למלחמה בסרטן, כולל האגודה הישראלית לפסיכו-אונקולוגיה;
- אש"ל - מרכז גליקמן להשתלמות והדרכה;
- איט"ה - האגודה הישראלית לטיפול קוגניטיבי-התנהגותי;
- ג'וינט-ישראל-אשלים;
- מכון חרוב;
- משאבים - מרכז ההשתלמויות של משאבים מיסודו של המרכז לשעת חירום;
- נט"ל - המרכז הלאומי ללימודי טראומה;
- קרן שלם / חומ"ש
- מכון הרצג לחקר ההזדקנות והזיקנה באוניברסיטת תל-אביב;
- האגודה הישראלית לטיפול זוגי ומשפחתי.

פרק רביעי: ההיבט הפרופסיונלי והקהילה המקצועית

כנסים מקצועיים בארץ ובעולם הייחודיים לתחום

- הכנס הארצי של עבודה סוציאלית בבריאות - מתקיים אחת למספר שנים, מאורגן בשותפות בין השירות הארצי לעבודה סוציאלית במשרד הבריאות, שירותי עבודה סוציאלית בקופות החולים ומוסד אקדמי.
- International Conference on Social Work in Health and Mental Health - הכנס הבינלאומי מתקיים אחת לשלוש שנים ומאורגן על ידי מוסד אקדמי במדינה המארחת (הכנס הראשון התקיים בירושלים בשנת 1995).
- כנסים ארציים ובינלאומיים רפואיים ורב-מקצועיים בתת-תחומים: בהתאם לתת התחום שבו העובד פועל
- כנסים וימי עיון של קופות החולים ושל בתי חולים.

כנסים וימי עיון בתחומים משיקים

הכנס הארצי על עבודה סוציאלית בשיקום (עמותת חומש); הכנס הארצי של המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות; הכנס הארצי של האגודה הישראלית לגרונטולוגיה (אחת לשנתיים); האיגוד הישראלי לטיפול קבוצתי; האגודה לטיפול זוגי ומשפחתי; איט"ה; ימי עיון של מכון הרצוג לחקר הזיקנה וכד'.

כנסים וימי עיון כלליים שבהם יש הרצאות בנושאי בריאות

לדוגמה: הכנס הארצי של איגוד העובדים הסוציאליים; כנסים וימי עיון באוניברסיטאות ומכללות; הכנס למחקר איכותני של המרכז הישראלי למחקר איכותני של האדם והחברה (ICQM), וכד'.

תקדימים במדינות אחרות

בארצות הברית קיימת התמחות ייחודית (לא מומחיות) בעבודה סוציאלית במערכת הבריאות, מעין רישוי מורחב, המוכר על ידי NASW ונקראת - The Certified Social Worker in Health Care - CSWHC. לצורך ההכרה נדרש תואר שני בעבודה סוציאלית, 20 שעות של לימודי המשך בנושאי בריאות, עבודה בפקיח והדרכה של עובד סוציאלי במשך שנתיים (מקבילות להיקף של 3,000 שעות עבודה) במוסד או ארגון המטפל בחולים ובני משפחתם, רישוי בעבודה סוציאלית של המדינה (בארה"ב) או ציון עובר בבחינה לרישוי.

אגודות וגופים מקצועיים

איגוד העובדים הסוציאליים

כל הארגונים והגופים המקצועיים שפורטו בפרק שלישי, סעיף ב'3 כגופים מוכרים להכשרה בנושאי בריאות מתאימים להכללה כאן.

פרק חמישי: סיכום

מגמות התפתחות של התחום

במאה ה-20 התפתחה העבודה הסוציאלית בתחום הבריאות לאחד התחומים המרכזיים של המקצוע. אולם בעשורים האחרונים, חלו תמורות מרכזיות כלכליות, דמוגרפיות וטכנולוגיות, אשר מציבות אתגרים בפני המקצוע. שינויים אלו, לצד שינויים בתחלואה, בטיפולים רפואיים ובמערך שירותי בריאות - הם בעלי השלכות על הפרקטיקה של עבודה סוציאלית במערכת הבריאות (Pecukonis, Cornelius, & Parrish, 2003). על מנת לשמר את הרלוונטיות של המקצוע, העובדים הסוציאליים נדרשים להכיר ולהבין את הגורמים הטכנולוגיים, החברתיים, הכלכליים והאתיים, אשר משפיעים כיום על דרכי אספקת שירותי בריאות. בד בבד עליהם להמשיך לפתח ידע ומיומנויות בפרקטיקה של שירותי העבודה הסוציאלית המותאמים לשינויים אלו. עם זאת, כדי לשמר את תרומתה הייחודית של העבודה הסוציאלית בטיפול הכולל במטופל, יש לבצע את השינויים תוך דבקות במטרות, בעקרונות היסוד ובערכי המקצוע, ועל פי קוד האתיקה של העובדים הסוציאליים.

להלן פירוט המגמות העיקריות והשלכותיהם על התפתחות העבודה הסוציאלית בבריאות:

שינויים דמוגרפיים כוללים - הזדקנות האוכלוסייה ועליה בתוחלת חיים, ומגמה של המשך מגורים בבית; שינויים במבנים משפחתיים; הגירה ונדידה עולמית מוגברת.

לעובדים הסוציאליים דרוש ידע על התפתחות במהלך החיים, בפרט בתחום הגרונטולוגיה, ומיומנויות בטיפול בהשלכות התפקודיות והפסיכוסוציאליות הנלוות לריבוי הבעיות הרפואיות והקוגניטיביות המאפיינות אוכלוסייה בתקופת הזיקנה, סוגיות ודילמות אתיות בסוף החיים ומיומנויות בטיפול פליאטיבי (Spitzer & Davidson, 2013). המגוון התרבותי והאתני בישראל מצריך פיתוח נוסף של גישות מותאמות ומיומנויות לטיפול באוכלוסיות רב-תרבותיות. הנטייה הגוברת באוכלוסיית הזקנים להישאר במסגרת הביתית, תדרוש מהעובדים הסוציאליים במערכת הבריאות בקהילה להתמקד יותר במודלים לשינוי התנהגויות בריאות במרפאות ראשוניות לקידום ניהול עצמי של הטיפול (Davis et al., 2015). על העובדים הסוציאליים להכיר את הסיכונים הדיפרנציאליים לבריאות על רקע הגירה, הגירת עבודה, פליטות ונדידה.

מדיניות רווחה ואי שוויון חברתי-כלכלי: המשך המגמה של עליה בשערי העוני, המשך מגמות הפרטה של שירותי בריאות ושירותי רווחה, צמצום קצבאות והשלכותיהם על אי השוויון בבריאות.

ממדי העוני ואי-השוויון בישראל הם בין הגבוהים במדינות המפותחות ושערי העוני התרחבו באופן עקבי בעשורים האחרונים (בליך, 2015). במקביל, ההוצאה הציבורית על בריאות הלכה ופחתה בעוד שההוצאה הפרטית (ביטוחי בריאות משלימים ופרטיים) גדלה אך בעיקר ברמות ההכנסה הגבוהות (וייס, 2016). לכך השלכות על אי-שוויון בבריאות, בנגישות ובקבלת טיפול רפואי (אברבוך ואבני, 2015). על העובדים הסוציאליים לרכוש ידע ומיומנויות לטיפול בצמצום פערים בצריכת שירותי בריאות על רקע עוני ולהיות שותפים בקביעת מדיניות לצמצום אי-השוויון בבריאות (Rine, 2016).

שינויים בבריאות, תחלואה, טיפולים רפואיים ובמערכת הבריאות הכוללים - עליה בגורמי סיכון למחלות ובמחלות כרוניות; עליה בשורדים ממחלות מאיימות חיים; קצב שינויים מהיר ביותר בטכנולוגיות רפואיות ובסוגי טיפולים חדשניים.

מגמות אלה דורשות מהעובדים הסוציאליים ידע מתעדכן על - גורמי סיכון למחלות (השמנה, יתר לחץ דם ועוד); סוגי התחלואה החדשים וההשלכות הפסיכו-סוציאליות הנלוות להם; מחלות כרוניות ופרוצדורות רפואיות מתקדמות והתאמה של מודלים להתערבות בשלבי המחלה השונים (בגילוי המחלה, במהלכה ובסוף החיים) למצבים אלו.

הקדמה הביו-טכנולוגית, שכוללת התפתחויות בטיפול בהנדסה הגנטית והשפעותיהן על העלייה בתוחלת ואיכות החיים ואף לריפוי מחלות שנחשבו מסכנות חיים, מחייבת את העובדים הסוציאליים לקבוע גבולות מקצועיים גמישים למתן מענה הולם לצרכים הפסיכו-סוציאליים. עליהם להכיר שיקולים מוסריים ולהיות מיומנים ליעץ בדילמות אתיות הנגרמים כתוצאה מפערים בין קצב ההתפתחות הביו-טכנולוגית לבין השלכות היישום וקצב פיתוח הנחיות התנהגות ופרקטיקה מקצועית, לרבות בהחלטות בנוגע לתחילת החיים וסוף החיים (Spitzer & Davidson, 2013).

הדוגמה הבולטת ביותר כיום הינה הסוגיות העולות מהתקדמות אדירה בפענוח הגנום האנושי ומהטיפולים בהנדסה גנטית הצפויים להתפתח. סוגיות אלו הן בעלות השלכות לידע המקצועי ולפרקטיקה בעבודה סוציאלית במערכת הבריאות (Werner-Li et al., 2016).

שינויים במתן שירות רפואי (Health Care Delivery): השינויים ימשיכו להיות רבים ויקרים, עם לחצים מתמידים לצמצום עלויות. דרכי התמודדות עם שינויים אלו כוללות - שיטת הטיפול המנוהל (Managed Care), העברת החלק הארי בטיפול הרפואי מבתי חולים למרכזים לבריאות המשפחה בקהילה; מעבר למודלים של ניהול המחלה בגישה יוזמת מתואמת (coordinated) במטרה למקסם יעילות הטיפול הרפואי לאורך זמן בקרב חולים הסובלים ממחלות כרוניות. נלווים לשינויים אלו גם שינוי בפרדיגמה הרואה את הצוות כמומחה הקובע את תכנית הטיפול למומחה יועץ המסייע לחולה לקבל במשותף החלטות מושכלות בטיפול הרפואי והעברת מוקד האחריות לטיפול מהצוות הרפואי לחולה.

עבודה סוציאלית במערכת הבריאות כבר נרתמה בדרכים שונות לצמצום עלויות בטיפול רפואי על ידי שיפור מיומנויות לביצוע תפקידים מרכזיים, כגון: תכנון שחרור התורם לקיצור משך אשפוז, או התערבויות לקידום היענות לטיפול המגבירות את יעילות הטיפול הרפואי. אך המשך הלחצים "לעשות יותר בפחות" ידרוש מודעות רבה עוד יותר בכל הדרגים והבנה של מקום המקצוע בסביבת העבודה של הארגון כולו, כדי להמשיך במתן שירות תוך שמירה על ערכי המקצוע אך במציאות הכלכלית של המוסד הרפואי (Spitzer, 2015; Silverman, & Allen, 2015). המגמה של העברת טיפולים מבתי חולים או מוסדות סיעודיים לקהילה ולבית (לדוגמה: תכנית משרד הבריאות ליחידות טיפול-בית לקשישים, אצל רון ואחרים, 2016) יכולים להוות אתגר לעבודה סוציאלית בקהילה, אך גם הזדמנות לקדם את מקומם בצוותים המטפלים, למשל כמתאמי טיפול. לעובדים הסוציאליים דרושים יכולת וכישורים בעבודה בצוות רב-מקצועי ובהצגת התרומה הייחודית של עבודה סוציאלית בטיפול הכולל בפני גורמי טיפול אחרים ובפני הדרג הניהולי בארגון.

כמו כן, עליהם להיות בקיאים במודלים ובגישות לחינוך בתחום הבריאות, לקידום בריאות ולניהול מחלה בראייה רב-תחומית ובגישה יוזמת. יתירה מזו, המגמה למעבר לרפואה מותאמת אישית, אשר מעבר להיבטים הפיזיולוגיים והגנטיים - רואה את "המטופל כאדם במרכז", כהגדרת יעדי משרד הבריאות (2016), מייצגת את הראייה המקצועית של העבודה הסוציאלית ומשתלבת בה. מגמה זו הינה הזדמנות למעורבות רבה יותר ואף להובלה של תכניות על ידי עובדים סוציאליים. אחת הדרכים היא לספק "מרשם חברתי" הנלווה למרשם התרופתי כחלק אינטגרלי של התאמה אישית למטופל בעת תכנון שחרור או שינוי בטיפול. בסוג זה של מרשם - המטופל הוא שותף מלא לתכנון וביצוע משימות ההתמודדות הפסיכוסוציאלית שלו. על העובדים הסוציאליים להיות מיומנים בהערכה פסיכו-סוציאלית של החולה ומשפחתו, לרבות כאשר המצב הרפואי הינו תוצאה של גורמים פסיכו-סוציאליים, כגון: אלימות במשפחה, היעדר נגישות ו/או חוסר היענות לטיפול הרפואי. המגמה למעבר לטיפול בקהילה ובבית, שאליה נלווית עליה בהיקף החולים הבוחרים לקבל טיפול בבית, כולל בסוף החיים, תדרוש מעורבות רבה יותר של המשפחה ולכן יהיה דגש גדול יותר על טיפול זוגי או משפחתי (Craig, Betancourt, & Muskat, 2015). כמו כן, נדרשת מהעובדים הסוציאליים מיומנות בהערכה והצגת תוצאות הטיפול בפני הצוות הרב-מקצועי, בפני גורמי ניהול ובפני אחרים. נדרשת מהעובד הסוציאלי יכולת לספק למטופל את הטיפול הפסיכו-סוציאלי היעיל ביותר במסגרת אילוצים מערכתיים וארגוניים ואף לשכנע גורמים בארגון להתאים הסדרי עבודה עבור מטופלים אשר באופן חריג, עלולים להיפגע מיישום הנחיות שגרתיות.

השינויים לעיל משפיעים על שינויים בפרקטיקה של עבודה סוציאלית בבריאות

1) מעבר לפרקטיקה מבוססת ראיות: פרקטיקה מבוססת ראיות הפכה בשני העשורים האחרונים לזרם המרכזי במדיניות בריאות ועברה מרפואה למקצועות בריאות אחרים. על כן, יש ציפייה שעובדים הסוציאליים, כשותפים אינטגרליים בטיפול הרפואי, יעבדו לפי גישה זאת. על מנת לשמר ולפתח את התפקידים הייחודיים, שבחלק מהם, כגון תכנון שחרור, כבר נוגסים אנשי מקצוע אחרים, יהיה צורך להיות תחרותיים. לכן, גוברת חשיבות הפיתוח של פרקטיקה מבוססת ראיות, תומכת ואתית, אך גם מוגבלת בזמן ויעילה של (Dziegielewski, 2013).

על העובדים הסוציאליים לבחור בדרכי טיפול המסתמכות, ככל האפשר, על ממצאי מחקר שהוכחו יעילות ועמידה במדדי איכות, תוך שימוש בכישורים לתרגם את ממצאי המחקרים לפיתוח תכניות מותאמות תרבותית לקהילה של המטופלים. עליהם לתרום לידע המצטבר מתוך חקר בשדה העבודה וכן לתרום יותר לשירותי בריאות על מנת שיהיו שוויוניים, בטוחים, יעילים, ממוקדים במטופל ובאותה עת איכותיים. לשם כך דרושים - יהתעדכנות בידע ישים המבוסס על תיאוריות עכשוויות; יידע בסיסי ומיומנויות בשיטות מחקר; יכולת הפקת נתונים מתוך מאגרי מידע אלקטרוניים לבחינת אוכלוסיית המטופלים ולביצוע שינויים דרושים בפרקטיקה.

(2) גישות טיפול המבוססות על מודלים ביו-פסיכו-סוציאליים רב-תחומיים: הידע המקצועי, הנגזר מגישות תיאורטיות ויישומיות, בנושאים הקשורים בטיפול במגוון אוכלוסיות ובמצבים רפואיים, ילך ויהיה מורכב יותר. על העובדים הסוציאליים להתעדכן בידע מקצועי, כדי להכיר את יחסי הגומלין וההשפעות ההדדיות בין גורמים ביולוגיים-גופניים, לגורמים רגשיים-התנהגותיים-תפקודיים וגורמים סביבתיים-חברתיים.

עליהם לזהות גורמים פסיכו-סוציאליים משתנים העלולים להשפיע על חולי ולהציגם במסגרת ההערכה והאבחון הרב תחומי של החולה. לשם כך, דרושה יכולת אינטגרטיבית באיסוף נתונים, בגיבוש מסקנות, בהצגתן ובשותפות בקביעת תכניות טיפול רב-תחומיות (Zimmerman & Dabelko, 2007).

בשנים האחרונות מושם דגש רב ברפואה על תרגום ידע מחקרי (translational) מתחומים שונים לתכניות מניעה או טיפול ולמדיניות בריאות, אך גם על שיתופי ידע בין אנשי מקצוע וחוקרים מתחומים שונים החורגים ממה שמוגדר כשיתוף רב-מקצועי (multidisciplinary) אל שיתוף טרנסדיסציפלינרי (transdisciplinary): שיתוף ידע מרמת מולקולרית או רמת התא הבודד ועד לרמת החברה, באופן המגבש ידע הוליסטי חדש, מוביל לתכנית טיפול חדשה וליישום שינויי מדיניות (Gehlert, 2012). שיתופי פעולה טרנסדיסציפלינריים, שבהם עבודה סוציאלית הייתה שותפה ואף מובילה בארה"ב, הינם כיוון חשוב להתאמת הפרקטיקה למגמות העתידיות.

(3) התמקדות רבה יותר במניעת מחלות: הגיע הזמן למעורבות רבה יותר של עובדים סוציאליים במניעת מחלות, במיוחד מניעה ראשונית, אשר בסופו של דבר מסייעת בהפחתת ההשפעות המזיקות של מחלות כרוניות (Zabora, 2011). עם המגמה של העברת טיפולים ומעקב רפואי לקהילה, כולל לרפואה ראשונית, יהיה צורך להגביר הכשרות של העובדים הסוציאליים בהכרת מודלים תיאורטיים של התנהגות בריאות ושיטות התערבות לשינוי התנהגויות סיכוניות וקידום בריאות על ידי שיטות קוגניטיביות-התנהגותיות (Gehlert & Bollinger, 2012). על בסיסן ניתן לעצב תכניות התערבות עם יעדים מוגדרים לשינוי התנהגותי וכן לקדם היענות לטיפול הרפואי וניהול טיפול עצמי התורמים למניעת הדרדרות והחמרה של מצב רפואי.

(4) שימוש באמצעים מקוונים בטיפול בחולים: השימוש הגובר במחשבים ובטכנולוגיות דיגיטליות במערכת הבריאות מביא, מחד - לאבחון ממוחשב (Armstrong, 2016) ולטיפולים המבוצעים על ידי רובוטים (כגון: חלוקת תרופות), העלולים להפחית את המגע האנושי בתוך מערכת הבריאות, ומאידך - מקרבים את הצוות המטפל למטופל באמצעות הרחבת ערוצי מידע על החולה וטיפול מבוסס טכנולוגיות הכוללות - טיפול מרחוק/מקוון (tele-medicine), סימולציות ועוד. לעובדים הסוציאליים דרושה יכולת ומיומנויות עבודה בסביבה ממוחשבת, כפי שמאפיינת את שירותי בריאות כיום. נדרשים מהם יכולת וידע טכנולוגי המאפשרים גישה לגיליונות טיפול ממוחשבים ולמידע על החולה, כמו לכלל מקצועות בריאות המעורבים וכן לאיתור משאבים עבורו במערכות מידע. דרושות מיומנויות לטיפול וייעוץ מקוון, הכרת הסוגיות האתיות והערכיות הנלוות להתערבות מקוונת ויכולת לייצגן מההיבט הפסיכו-סוציאלי (Reamer, 2013).

מומחים ומדריכים בתחום והמלצה על חברי ועדת הרישוי

המלצה לחברי ועדת הרישוי:

פרופ' ורדה סוסקולני (יו"ר); דר' ליזה אברבנאל-כנעני, דר' עפרה ארן, אילנה בן-שחר, דר' וונדי חן, נירה כהן-אהרונוף, נירית פסח, מלכה פרגר.

רשימת מקורות

- אוסלנדר, ג., ואחרים (2005). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות: סוגיות מרכזיות במישור הבין-לאומי וביטוייהן בישראל. **חברה ורווחה**, כ"ה (1), 11-36.
- אליצור, א. (2002). תיאוריות המשבר וטיפול קצר מועד. בתוך, ח. מוניץ (עורך). **פרקים נבחרים בפסיכיאטריה**. תל אביב: פפירוס.
- גאגין, ר., ושנאן-אלטמן, ש. (2014). חמלה בשימוש עובדים סוציאליים המטפלים בזקנים מאושפדים בסוף החיים. **גרונטולוגיה**, 41(1), 17-24.
- גוזמן, ג., כהן, מ. ובן-צור, ח. (2015). תפקידם המתווך של רגשות חיוביים ושליליים וצמיחה פוסט-טראומטית בקשר בין חוסן נפשי להסתגלות פסיכו-סוציאלית והתנהגויות בריאות בקרב חולי סרטן מערכת העיכול. **חברה ורווחה**, ל"ה (2), 231 – 260.
- דרורי, מ. (2001). מודל להתערבות טיפולית קצרת מועד עם החולה ומשפחתו במסגרת אשפוז. בתוך: ש. נבון; ר. פייגין, ודרורי, מ. **סלילת דרך: התמודדות משפחתית עם מחלה ונכות**. רמות, אוניברסיטת תל-אביב. עמ' 51-78.
- ירושלמי, ח. (2009). חוכמת המעשה: משבר המשובץ בסביבה: מבט פסיכו-דינמי. **חברה ורווחה**, כט (42), 505-524.
- כהן, מ., הלוי-לזין, ש., גאגין, ר. ופרידמן, ג. (2005). זיהוי קשישים הנמצאים בסיכון להתעמרות בידי בני משפחה מטפלים: פיתוח כלי אבחנה. **גרונטולוגיה**, ל"ב (1), 63-79.
- מנור, ד., רגס, ד., פרידלזין, נ., פסל, ר. ורובין, ב. (2007). חוכמת המעשה: הטמעת מחקר בתרבות העשייה של שירות סוציאלי. **חברה ורווחה**, כ"ז (3), 497 – 502.
- סוסקולני, ו., אוסלנדר, ג., ובן-שחר, א. (בדפוס). עבודה סוציאלית במערכת הבריאות: היסטוריה של התפתחות מקצועית ואתגרים לעתיד. בתוך: הולר, ר., וגל, ג. (עורכים). **העבודה הסוציאלית בישראל - פרקים היסטוריים**. באר שבע: מכון בן גוריון לחקר ישראל והציונות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- סלונים-נבו, ו. (2013). **טיפול קצר מועד, גישה אסטרטגית, ממוקדת פתרונות ומוטיבציונית**. תל אביב: רמות.
- סרן כהן, מ. (2010). מחלות כרוניות אצל ילדים: גורמי לחץ ואסטרטגיות התמודדות משפחתיות. בתוך: ברג-קרוס ל. **מושגי יסוד בטיפול משפחתי**. קרית ביאליק, הוצאת ספרים "אח" בע"מ. עמ' 282-302.
- פינוס, אורי, 1997. יישום עקרונות ההתערבות בשעת משבר בטיפול בחולי סרטן. **שיחות**, י"ב (1), 5-12.
- רון, נ. הורוביץ, פ., קידר, נ. וארבל-אלון, ש. (2016). **הבית כמרחב טיפול מועדף עבור קשישים**. ירושלים: משרד הבריאות, מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי.

Allen, K. M. & Spitzer, W. J. (2016a). Healthcare social work practice skills and competencies. Ch. 4 In: *Social work practice in healthcare: advanced approaches and emerging trends*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

- Allen, K. M. & Spitzer, W. J. (2016b). Cultural competence in healthcare social work. Ch.15 In: *Social work practice in healthcare: advanced approaches and emerging trends*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Armstrong, S. (2016). The computer will assess you now. *British Medical Journal*, 355, i5680.
- Auslander, G. K, Soskolne, V., Stanger, V., Ben-Shahar, I. & Kaplan, G. (2008). Discharge planning in acute care hospitals in Israel: services planned and levels of implementation and adequacy. *Health and Social Work*, 33 (3), 178-188.
- Auslander, W. & Freedenthal, C. (2012). Adherence and mental health issues in chronic disease: diabetes, heart disease, and HIV/AIDS. In: S. Gehlert, S., & Browne, T. (Eds.). *Handbook of health social work* (2nd ed.). New- Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Ch. 20, pp. 526-556.
- Benyamini, Y., Gozlan, M. & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14 (Pt 1), 1-16.
- Browne, T. (2012). Social work roles and health-care settings. In: S. Gehlert, & T. Browne, (Eds.). *Handbook of health social work* (2nd ed). New- Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Ch. 2, pp 20-40.
- Buckman, R. A. (2005) Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology*, 2 (2), 138-142.
- Chen, W. & Landau, R. (2014). First childbirth and motherhood at post natural fertile age: A persistent and intergenerational experience of personal and social anomaly? *Social Work in Health Care*, 54, 16-32.
- Craig, S. L., Bejan, R. & Muskat, B. (2013). Making the invisible visible: are health social workers addressing the social determinants of health? *Social Work in Health Care*, 52 (4), 311-331.
- Craig, S. L., Betancourt, I. & Muskat, B. (2015). Thinking big, supporting families and enabling coping: The value of social work in patient and family centered health care. *Social Work in Health Care*, 54, 422-443.
- Craig, S. L. & Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers, and glue: the self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health and Social Work*, 38 (1), 7-16.

- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization.
- Davis, T. S., Guada, J., Reno, R., Peck, A., Evans, S., Moskow Sigal, L. & Swenson, S. (2015). Integrated and culturally relevant care: A model to prepare social workers for primary care behavioral health practice. *Social Work in Health Care*, 54, 909-938.
- Dziegielewski, S. F. (2013a). Practice strategy: considerations and methods for health care social workers. Ch. 6 In: *The changing face of health care social work: Opportunities and challenges for professional practice* (3rd ed.). New York: Springer.
- Dziegielewski, S. F. (2013b). Documentation and record keeping in the health care setting Ch. 7 In: *The changing face of health care social work: Opportunities and challenges for professional practice* (3rd ed). New York: Springer.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Folkman, S. & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, 9, 11-19.
- Fonagy P., (2015). The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. *World Psychiatry*, 14, 137–150.
- Gagin, R., Cohen, M., & Peled-Avram, M. (2005). Family support and victim identification in mass casualty terrorist attacks: an integrative approach. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7 (2), 125-131.
- Gehlert, S. & Bollinger, S. E. (2012). Theories of health behavior. In: S. Gehlert & T. Browne, (Eds.). *Handbook of health social work* (2nd ed). New- Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Ch. 6. pp. 125-140.
- Gehlert, S. (2013). Turning disciplinary knowledge into solutions. *Journal of Adolescent Health*, 52 (5), S98-S102.
- Gilbar, O. & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*, 16 (11), 1010-1018.
- Horevitz, E., Lawson, J. & Chow, J. C. (2013). Examining cultural competence in health care: implications for social workers. *Health Social Work* 38 (3), 135-145.

- Hughese, S., Firth, P. & Oliviere, D. (2015). Core competencies for palliative care social work in Europe: an EAPC White Paper. *European Journal of Palliative Care*, 22 (1), 38-44.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company. Ch. 6: The coping process. Ch. 7. Appraisal, coping and adaptational outcomes.
- Maramaldi, P., Sobran, A., Scheck, L., Cusato, N., Lee, I., White, E. & Cadet, T. J. (2014). Interdisciplinary Medical Social Work: A Working Taxonomy. *Social Work in Health Care*, 53, 532–551.
- Pearlin, L., Skaff, I. & McKean M. (1996). Stress and the life course: a paradigmatic alliance. *The Gerontologist*, 26, 239-247.
- Pecukonis, E. V., Cornelius, L. & Parrish, M. (2003). The future of health social work. *Social work in Health Care*, 37(3), 1-15.
- Perry, S. (2015). Practice issues in social work and psychosocial oncology in Israel. In: G. Christ, C. Messner & L. Behar, (Eds.). *Oxford handbook of oncology social work: psychosocial care for people with cancer*. New York, NY:Oxford University Press.
- Peterson, K. J. (2012). Shared decision making in health care settings: a role for social work, *Social Work in Health Care*, 51 (10), 894-908.
- Reamer, F. G. (2013). Social work in a digital age: Ethical and risk management challenges. *Social Work*, 58(2), 163-172
- Rine, C. M. (2016). Social determinants of health: grand challenges in social work's future. *Health Social Work*, 41 (3), 143-145.
- Rizzo, V. M., Rowe, J. M., Kricke, G. S., Krajci, K. & Golden, R. (2016). AIMS: A care coordination model to improve patient health outcomes. *Health Social Work* 41 (3), 191-195.
- Rolland, J. S. (1987). Chronic illness and the life cycle: a conceptual framework. *Family Process* 26, 203-221.
- Rolland, J. S. (2012) Families, health, and illness. In: S. Gehlert & T. Browne, (Eds.). *Handbook of health social work* (2nd ed). New- Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Ch. 13., pp. 318-347.
- Rose, S. M., Hatzenbuehler, S., Gilbert, E. Bouchard, M. P. & McGill, D. (2016). A population health approach to clinical social work with complex patients in primary care. *Health Social Work*, 41 (2), 93-100.

- Soskolne, V., Halevy-Levin, S. & Cohen, A. (2007). The socio-cultural context of family caregiving and psychological distress: a comparison of immigrant and non-immigrant caregivers in Israel. *Aging & Mental Health*, 11, 3-13.
- Sparks, J. (2012). Ethics and social work in health care. In: S. Gehlert & Browne, T. (Eds.). *Handbook of health social work* (2nd ed). New- Jersey: John Wiley & Sons, Inc. Ch. 3. pp. 41-63
- Spitzer, W. J. & Davidson, K. W. (2013). Future trends in health and health care: Implications for social work practice in an aging society. *Social Work in Health Care*, 52, 959-986.
- Spitzer, W., Silverman, E. & Allen, K. (2015). From organizational awareness to organizational competency in health care social work: The importance of formulating a "Profession-in-Environment" fit. *Social Work in Health Care*, 54 (3), 193-211.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 13.1–13.28.
- Werner-Lin, A., McCoyd, J. L., Doyle, M. H. & Gehlert, S. J. (2016). Leadership, literacy, and translational expertise in genomics: Challenges and opportunities for social work, *Health and Social Work*, 41 (3), e52-e59.
- Zabora, J. R. (2011). How can social work affect health care reform? *Health Soc Work*, 36 (3), 231-232.
- Zimmerman, J. & Dabelko, H. I. (2007). Collaborative models of patient care: new opportunities for hospital social workers. *Social Work in Health Care*. 44 (4), 33-47.

ספרי לימוד

- אציל, מ. (2012). אינטליגנציה בריאותית: מבט אחר על חולי וריפוי. בן שמן: מודן.
- בן עזרא, ע. (2011). להיות חולה להיות רופא: המדריך המלא לתקופת מחלה. תל אביב: משכל.
- כשר, א. (2015). ערכי הביו-אתיקה הישראלית - תמונה סדורה ומתכללת בתוך: ג. סיגל (עורך). **ביו-אתיקה כחול לבן, ביו-אתיקה ומשפט רפואי בישראל**. עמ' 36-68. ירושלים: הוצאת מוסד ביאליק, והקריה האקדמית אונג.
- נבון, ש., פייגין, ר. ודרורי, מ. (2001). **סלילת דרך- התמודדות משפחתית עם מחלה ונכות**. אוניברסיטת תל אביב: רמות.
- קובלר-רוס, א. (2002). **חיים בצל המוות: ליווי חולים סופניים**. פסיכה – ספריה פסיכולוגית, בן- שמן: מודן.
- שובל, י. ואנסון, ע. (2000). **העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל**. ירושלים: הוצאת מאגנס.

- Allen, K. M. & Spitzer, W. J. (2016) *Social work practice in healthcare: Advanced approaches and emerging trends*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Dziegielewski, S. F. (2013). *The changing face of health care social work: Opportunities and challenges for professional practice* (3rd ed). New York: Springer.
- Gehlert, S. & T. Browne, (Eds.). (2012). *Handbook of health social work* (2nd ed). New-Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Schwaber-Kerson, T. et al. (Eds.). (2010). *Social work in health settings: Practice in context*. (3rd ed). New York: Routledge.

דו"חות או מקורות נתונים המתעדכנים כל שנה

- אברבור, א., ואבני, ש. (2015). **אי השוויון בבריאות וההתמודדות עמו**. ירושלים: מינהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות.
- בלייך, ח. (2015). עוני ואי-שוויון בישראל במבט בין-לאומי. בתוך: **דו"ח מצב המדינה. חברה, כלכלה ומדיניות 2015**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- וייס, א. (עורך) (2016). **תמונת מצב המדינה: תרשימים בנושאי חברה וכלכלה בישראל**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.
- מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (2015). **הזקנים בישראל: עובדות ומספרים**