

הוראות והודעות

מספר ההוראה: 6.11 (הוראה 11 לפרק 6 בתע"ס) מסי עמודים: 16

תאריך תחולה: 1.1.2017 תאריך פרסום: ז' בטבת תשע"ז
5 בינואר 2017

שיקום תפקודי ראייה לאדם עם מוגבלות בראייה

=====

1. כללי

- 1.1 הוראה זו באה במקום הוראה 6.11 מיום 29.10.2001.
- 1.2 השירות לעיוור מפעיל, באמצעות זכיינים, מכונים לשיקום ראייה ירודה ברחבי הארץ. מטרת השירות היא לתת כלים להתמודדות עם הראייה הירודה. השירות ניתן כחלק ממכלול השירותים שנועדו לשיקום תפקודו של האדם עם מוגבלות בראייה.
- 1.3 השירות הניתן במכון כולל ייעוץ אופטי, התאמת עזרי ראייה וטיפול תומך להתמודדות עם המגבלה.
- 1.4 רשימת הזכיינים להפעלת מכון לשיקום ראייה ירודה מפורסמת בחוברת התעריפים ומתעדכנת מעת לעת.

2. אוכלוסיית היעד

אנשים עם עיוורון או לקות ראייה שעונים על אחת ההגדרות שלהלן:

2.1 נושאי תעודת עיוור / לקוי ראייה.

2.2 אנשים שאינם נושאים תעודת עיוור ולהם המאפיינים הבאים:

א. בעלי חדות ראייה מ-3/60-6/24.

ב. שדה ראייה מעל 20 מעלות לאחר תיקון אופטימאלי שאינם נושאי תעודת עיוור / לקוי ראייה.

ג. קשיים בתפקוד כתוצאה ממגבלת ראייה שלא ניתנת לשיפור באמצעות רפואת העיניים ושיוצרת תלות בזולת. מובהר כי עמידה בקריטריון זה יקבע ע"י השירות לעיוור לאחר שהמטופל הגיש מסמכים רפואיים כנדרש והעובד הסוציאלי במכון אבחן את מצב תפקודו.

3. כוח אדם

הצוות ימנה:

3.1 מנהל מכון

אחראי על ניהול המכון והפעלת המכון, לרבות אספקת מלאי אביזרי הראייה, הציוד הנדרש אחזקת המכון תחזוקתו ונקיונו; אחראי על הצוות המקצועי המועסק במכון אחראי על דיווח וקשר ישיר עם נציגי המשרד וכן על קליטת הפונה למכון ביחד עם העובד הסוציאלי.

3.2 עובד סוציאלי

אחראי על קליטת הפונה למכון, ייעוץ והכוונה ראשוניים (אינטייק), הערכת צרכים, ארגון קבוצות תמיכה, שמירה על קשר הפונים למכון.

3.3 מאמן אביזרי עזר

אחראי על התאמת אביזרי ראייה לפונה למכון, אימון ותרגול שימוש

באביזרי עזר, ייעוץ מידע והכוונה לפונים המגיעים למכון וכן תרגול
ראייה היקפית קבוצתית.

3.4 אופטומטריסט

אחראי על עריכת בדיקות אופטומטריות לפונה והתאמת אביזרי עזר
עבורו.

3.5 עוזר מינהל/מזכיר/ה

אחראית/ת על הפעילות האדמיניסטרטיבית החל מקביעת תורים וכלה
בהפקת דוחות וביצוע תיאומים.

4. מבנה המכון

על המבנה להיות נגיש לתחבורה ציבורית ובעל נגישות פנימית מותאמת לאדם
העיור על פי תקנות הנגישות המפורטות בחוק שיווין זכויות לאנשים עם
מוגבלות - התשס"ו-2006.

תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות למקום ציבורי
שהוא בניין קיים) - תשע"ב-2011.

תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (התאמות נגישות לשירות) -
תשע"ג-2013.

מבנה חדש על פי חוק תכנון ובניה חלק 1ח

המבנה יעמוד בדרישות של בטיחות כיבוי אש, הכל כפי שהתבקש במכרז של
המשרד.

המבנה יכלול:

חדר לבדיקות אופטומטריות, חדר לתירגול אביזרי עזר, חדר מנהל, שירותים,
חדר עו"ס, חדר המתנה.

יובהר כי לא יתאפשר יותר ממפגש פרטני/קבוצתי בחדר אחד בו זמנית.

5. סל השירותים

סל השירותים לשיקום תפקודי ראייה ירודה כולל:

- 5.1 אינטייק;
- 5.2 התערבות קצרת מועד;
- 5.3 אבחון והערכה אופטיים;
- 5.4 אימון ותרגול;
- 5.5 השאלת אביזרים;
- 5.6 קבוצות תמיכה;

6. תהליך קבלת השירות

- א. פנייה עצמית של האדם למכון או באמצעות גורם מפנה.
- ב. הפונה נדרש להמציא, בעת הגעתו לפגישה הראשונה בדיקת ראייה עדכנית של רופא עיניים מומחה.

6.1 תהליך האינטייק

אדם הפונה למכון יקבל מענה ראשוני על ידי העובד הסוציאלי או מנהל המכון. במעמד זה תתואם עבורו פגישת אינטייק ובדיקת אופטומטריסט (אבחון והערכה אופטיים) וייפרסו לפניו האפשרויות שבסל השירותים בסעיף 5 לעיל.

- תהליך האינטייק הוא מפגש ראשוני המתבצע בעת קבלת מטופלים הפונים למכון. מטרת התהליך היא ביצוע הערכה ראשונית של מצבו של הפונה, ובכלל כך בדיקת:
- התפקודים השונים עמם מתמודד בהצלחה ואלו שעמם אינו מתמודד בהצלחה.
 - מידת התמיכה שיש לו ע"י בני משפחתו.

בהתאם להערכת ה מצב ייעץ העובד הסוציאלי אילו שירותים מתאימים לו מתוך השירותים המסופקים על ידי המכון ויחתימו על "טופס ויתור סודיות" (נספח א')

6.2 התערבות קצרת מועד

במקרה בו יש צורך בהתערבות קצרת מועד, יגדירו העו"ס והפונה את מוקדי ההתערבות.

היקף השירות

עד שלושה מפגשים, שעת טיפול אחת בכל מפגש.

6.3 אבחון והערכה אופטיים

6.3.1 התהליך

- האבחון האופטי יתבצע על ידי אופטומטריסט.
- האופטומטריסט ימסור לפונה טופס עם הממצאים וכן יכניס את המידע למאגר ממוחשב של המכון, שיכלול את פרטיו האישיים של הפונה (שמו המלא ומספר תעודת זהות), מידת הלכות שלו (מידת חדות הראייה ומעלות שדה הראייה) ומועד הבדיקה.
- האופטומטריסט ימליץ על אביזרי העזר שיוכלו להתאים.
- משך פגישת האבחון והערכה: כשעה.

6.3.2 מכסה מקסימלית:

אחת לשנה למבוגרים מעל גיל 18; פעמיים בשנה לילדים ובני נוער מתחת לגיל 18, בכל שנה.

במקרה בו יש צורך באבחון והערכה אופטומטרית מעבר למכסה כאמור על הספק לספק את השירות האמור לאחר בחינת צרכיו של הפונה ובלבד שפנייתו נעשתה בתוך 12 חודשים ממועד פגישת האינטייק הראשונה. מובהר כי לא תשולם לספק תמורה נוספת בגין שירות מעבר למכסה המקסימלית.

6.4 אימון ותרגול פרטני

- הפגישה תיארך בין שעה לשעה וחצי, ובמהלכה יסקור מאמן אביזרי העזר את הציוד המתאים, ויאפשר התנסות בשימוש בו.

- מאמן אביזרי העזר ייפגש עם הפונה, לצורך אימון ותרגול השימוש באביזרים שהותאמו לו על ידי האופטומטריסט.
- מלאי האביזרים שהמכון מחויב להחזיק לצורך אספקת שירות זה מפורט בנספח ב'.

היקף השירות:

עד שלושה מפגשים, שעת טיפול אחת בכל מפגש. במקרה בו הפונה זקוק לאימון ותרגול שימוש באביזרי עזר מעבר למכסה כאמור על הספק לספק את השירות האמור לאחר בחינת צרכיו ובלבד שפנייתו נעשתה בתוך 12 חודשים ממועד פגישת האינטייק הראשונה. מובהר כי לא תשולם לספק תמורה נוספת בגין שירות מעבר למכסה המקסימלית.

6.5 השאלת אביזרים

במקרים בהם הפונה מבקש להתנסות באביזרי העזר שהותאמו לו על ידי האופטומטריסט, ישאיל לו המכון את האביזרים.

משך תקופת השאלה:

עד שלושה חודשים.

6.6 הדרכת קבוצות תמיכה

- העובד הסוציאלי אחראי על קיום קבוצות תמיכה במכון.
- מטרת קבוצת התמיכה לשפר את מנגנוני ההתמודדות וההסתגלות למצב שנוצר עקב התדרדרות הראייה.
- אוכלוסיית היעד: פונים ו/או בני משפחותיהם.
- גודל הקבוצה: ארבעה עד שנים-עשר משתתפים.
- תדירות המפגשים: עד 12 מפגשים בשנה.
- שעות המפגשים: בשעות אחה"צ, בהיעדר זמן אחר, ייערכו המפגשים בשעות הבוקר.
- משך כל מפגש: כשעה/שעה וחצי.
- מספר קבוצות שיופעלו על ידי המכון: מספר הקבוצות ייקבע בהתאם לצרכי האוכלוסייה, לביקוש ובתיאום עם השירות לעיוור.

במקרים חריגים, אדם המעוניין להשתתף בקבוצה מעבר למכסה כאמור יגיש בקשה לעובד הסוציאלי במכון. העובד הסוציאלי ישקול את הבקשה. כאשר הגיע העובד הסוציאלי למסקנה שיש לאשר הבקשה יעביר הסבר בכתב לפני קבלת הפונה לקבוצת התמיכה לשרות לעיוור לקבלת אישור בכתב, בטרם יינתן השרות לפונה.

6.7 סיום קבלת שרות

עם סיום קבלת השרות במכון באחריות העובד הסוציאלי לסכם את כל השירותים שניתנו לאדם ולפרט את ההמלצות להמשך מתן שירותים בקהילה. הסיכום ימצא בתיק הפונה במכון. לפיקוח ובקרה.

7. תיעוד

השירות יתועד בתיק הפונה ויכלול:

- טופס ויתור סודיות, במקרה של הפנייה לגורמים נוספים
- טופס אינטייק
- מסמכים רפואיים
- ממצאי בדיקת אופטומטריסט
- תוכנית ההתערבות
- דיווח על אימון ותרגול
- דוח על השאלת האביזרים
- סיכום הטיפול ומתן השרות

כמו כן ינהל המכון תיק כללי עבור תיעוד התערבות הקבוצתית שבו ירשמו ייעדי הקבוצה, מספר המפגשים, מספר המשתתפים, סוגי ההתערבות, תיעוד מהלך כל מפגש וסיכומו.

8. דיווח ארוע חריג

כאשר מתרחש ארוע חריג במכון כגון: התנהגות אלימה כלפי צוות המכון, המכון יודיע מיידית בעל פה ובכתב על גבי טופס "דיווח ארוע חריג" (נספח ג') למפקח המחוזי בשרות לשיקום

9. דיווח

- א. דיווח חודשי - אחת לחודש, תועבר על ידי הספק דרישה לתשלום בצירוף דיווח אודות מסיימי קבלת השירות, עמידתם בתנאי הזכאות תוך המצאת אסמכתאות מתאימות, מהות השירות שניתן והפניות לשירותים נוספים (נספח ד')
- ב. דיווח שנתי - אחת לשנה יועבר דוח מסכם אודות הפעולות שבוצעו על ידי הגוף המכון ובכפוף לדרישת השירות לעיוור (נספח ה')

10. מ י מ ו ן

המיומן מתקנה תקציבית "שיקום תפקודי, זכויות מידע לעיוור" 23.06.22.66, 100% ע"י משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים בהתאם לתקציב המאושר:

10.1 עבור אנשים מעל גיל 18 התשלום יהיה חד פעמי לשנה על פי הנקבע במכרז למעט השתתפות קבוצות תמיכה.

10.2 עבור אנשים עד גיל 18 התשלום יהיה עד פעמיים בשנה על פי הנקבע במכרז למעט השתתפות בקבוצות תמיכה.

10.3 עבור השתתפות בקבוצה תמיכה.

- אנשים מעל גיל 18 התשלום יהיה אחת לשנתיים על פי תנאי המכרז
- אנשים עד גיל 18 התשלום יהיה אחת לשנה על פי תנאי המכרז

11. פיקוח ובקרה

משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים מפעיל בקרה שוטפת ע"י מפקחיו במחוזות וע"י עובדי האגף לביקורת פנימית.

אלין אלול

מ"מ המנהל הכללי

נספח א' (6.11)

שם המכון: _____

תאריך: _____

טלפון: _____

טופס ויתור סודיות

1. אני הח"מ נותן/ת את רשותי למנהל המכון או מי שהוסמך לכך מטעמו להעביר ולקבל מידע רפואי/ תפקודי/ סוציאלי (הקף בעיגול) אודותיי וזאת לשם:

2. הנני מוכן/ה מרצוני החופשי לוותר על זכותי לפרטיות וסודיות וזאת לצורך הטיפול בענייני כאמור.
3. הנני מצהיר/ה בזאת כי חתמתי על כתב ויתור סודיות זה לאחר שהוסבר לי תוכנו ומבלי שיופעל עליי כל לחץ, כפייה או השפעה בלתי הוגנת, ולא תיהי לי כל טענה או תביעה כלפי מרכז היום בגין מסירת מידע זה.

שם/ שם האפוטרופוס _____

ת.ז. _____

תאריך _____

חתימה _____

נחתם בפני _____

תאריך _____

הנחיה כללית:

1. אין להעביר כל מסמך, ללא הסכמת האדם מראש, בכתב על טופס הנ"ל
2. הסכמה תינתן רק כאשר יש צורך בקבלת מידע או בהעברת מידע לצורך מסויים ומוגדר. אין להסתפק בחתימה חד פעמית מראש על טופס זה. יש להחתים כל פעם מחדש בהתאם לצורך זה בלבד.

רשימת מלאי האביזרים במכון

מלאי ציוד להשאלה

| מספר יחידות | סוג פריט |
|-------------|---|
| | מגדלות בועה |
| | מגדלות באחיזת יד עם/בלי תאורה |
| | מגדלות המונחות על הטקסט עם תאורה רגילה |
| | מגדלות המונחות על טקסט עם תאורת לד |
| | מגדלות סקריבולוקס לתשבצים |
| | מגדלות מקרולוקס בעלות איכות מעולה(עם תאורה) |
| | |
| | טלסקופים |
| | ביופטיק לצורכי בית הספר |
| | משקפי מקס TV לצפייה בטלוויזיה ובתיאטרון |
| | טלסקופים חד עיניים מסוג מיקרולוקס |

מלאי ציוד לתרגול אביזרים

| מספר יחידות | סוג פריט |
|-------------|--|
| | מגדלות בועה מסוגים שונים |
| | מגדלות באחיזת יד עם/תאורה |
| | מגדלות המונחות על הטקסט עם תאורה רגילה |
| | מגדלות המונחות על טקסט עם תאורת לד |
| | מגדלת סקריבולוקס לתשבצים |
| | מגדלת מסוג מקרולוקס בעלת איכות מעולה(עם תאורה) |

| מספר יחידות | סוג פריט |
|-------------|--|
| | |
| | טלסקופים |
| | ביופטיק לצורכי בית הספר |
| | מקס TV לצפייה בתיאטרון או בטלוויזיה |
| | טלסקופים חד עיניים מסוג מיקרולוקס |
| | טלסקופים חד עיניים עם פוקוס מסוגים שונים |
| | סט עדשות פילטר |
| | מכשירי טמ"ס ניח |
| | מכשירי טמ"ס נייד מסוגים שונים |
| | ערכה טכנולוגית עם אפשרות של הקראה בנוסף להגדלה |
| | |
| | עזרים שאינם אופטיים |
| | שורון לקריאת דף ושניים לצ"ק |
| | מקלדת עם מקשים גדולים ובשחור לבן |
| | טמ"ס בצורת עכבר של מחשב |
| | אייפד |

טופס דיווח אירוע חריג

שם המכון: _____ תאריך: _____ שם הפונה: _____
ת.ז.: _____ תאריך האירוע: _____

תיאור האירוע:

שם ממלא הטופס: _____ חתימה: _____
תאריך קבלת ההחלטות: _____

החלטות שהתקבלו בעקבות האירוע: _____

העתק:

עו"ס הרשות המקומית
מפקח מחוזי

חתימת המציע: _____

נספח ד' (6.11)

המכון: _____

דו"ח מסיימי קבלת שרות במכון לחודש: _____ שנה: _____

| שם משפחה ושם פרטי | מספר ת.ז. | ישוב/רשות | שנת לידה | תעודת עיוור /יש/ אין* | חדות ראייה* | שדה ראייה* | אבחנה | אינטקס | קבוצת תמיכה | התערבות קצרת מועד | השאלת עזרים | אבחון והערכה אופטיים | אימון ותירגול פרטני |
|-------------------|-----------|-----------|----------|-----------------------|-------------|------------|-------|--------|-------------|-------------------|-------------|----------------------|---------------------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

יש לצרף אסמכתאות מתאימות.

סה"כ לתשלום לפי מספר הפונים: _____ סה"כ לתשלום עבר קבוצות תמיכה: _____
סה"כ כללי: _____

שם ממלא הדו"ח: _____ תאריך: _____
חתימה + חותמת

תאריך חתימה אישור השירות לעיוור

נספח ה' (6.11)

שם המכון _____

דו"ח לשנת _____

התפלגות לפי גורמים מפנים

| מספר | הגורם המפנה |
|------|------------------------|
| | שירות רפואי |
| | מחלקה לשירותים חברתיים |
| | פנייה אישית |
| | מרכז שיקום |
| | ביטוח לאומי |
| | מועדוני קשישים |
| | תחנות מידע |
| | אחר |
| | סה"כ |

התפלגות לפי גיל

| מספר | הגיל |
|------|-------|
| | 0-17 |
| | 18-50 |
| | 51-65 |
| | 66-75 |
| | 76-85 |
| | 86 + |
| | סה"כ |
| | אחוז |

התפלגות לפי מספר הפניות לכל חודש

| מספר הפניות | חודש |
|-------------|---------|
| | ינואר |
| | פברואר |
| | מרץ |
| | אפריל |
| | מאי |
| | יוני |
| | יולי |
| | אוגוסט |
| | ספטמבר |
| | אוקטובר |
| | נובמבר |
| | דצמבר |

התפלגות לפי סוגי השירות פנו

| מהות השירות | באר שבע | ירושלים | הרצליה | חיפה | סה"כ | אחוז |
|---------------------------|---------|---------|--------|------|------|------|
| הדרכה שיקומית | | | | | | |
| מחלקה לשירותים חברתיים | | | | | | |
| קבוצה לעזרה עצמית | | | | | | |
| ספרייה מרכזית | | | | | | |
| פעילות חברתית | | | | | | |
| אגודה למען העיוור | | | | | | |
| הפניה לרופא עיניים או אחר | | | | | | |
| מרכז שיקום | | | | | | |
| אחר | | | | | | |

התפלגות לפי עזר מומלץ

| סוג העזר | באר שבע | ירושלים | הרצליה | חיפה | סה"כ | אחוז |
|-----------------------|---------|---------|--------|------|------|------|
| משקפיים | | | | | | |
| טלסקופים, מיקרוסקופים | | | | | | |
| מגדלות | | | | | | |
| טלוויזיה במעגל סגור | | | | | | |
| עזרים אלקטרוניים | | | | | | |
| אביזרים לא אופטיים | | | | | | |
| תאורה | | | | | | |
| לא הותאמו עזרים | | | | | | |
| אחר | | | | | | |
| סה"כ | | | | | | |

התפלגות לפי מחלות

| האבחנה | באר שבע | ירושלים | הרצליה | חיפה | סה"כ | אחוז |
|---------------------------|---------|---------|--------|------|------|------|
| (A.M.D) ניוון המקולה | | | | | | |
| סכרת | | | | | | |
| (R.P.) רטיניטיס פיגמנטוזה | | | | | | |
| גלאוקומה | | | | | | |
| קטרקט | | | | | | |
| קוצר ראייה גבוה | | | | | | |
| אחר | | | | | | |
| סה"כ | | | | | | |

חתימה/חותמת

שם החותם

תאריך