

הוראות והודעות

מספר ההוראה: 6.6 (הוראה 6 לפרק 6 בתע"ס) מס' עמודים: 19

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

שירותי ההדרכה השיקומית לאנשים עם עיוורון או עם לקות ראייה =====

1. כללי

1.1 הוראה זו מבטלת את ההוראה מהתאריך 12.8.2008.

1.2 ההדרכה השיקומית מקנה טכניקות ועקרונות המאפשרות תפקוד עצמאי, ככל שניתן, בכל תחומי הפעילות היומיומית, לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה. שירות זה, הינו שירות מרכזי בתחום השיקום התפקודי ומהווה, לעתים קרובות, שירות מציל חיים.

2. הגדרות

2.1 **מורה שיקומי** - בעל תעודת הסמכה ישראלית או בעל תעודת הסמכה מגורם רשמי בחו"ל שנבדקה ואושרה על ידי השירות לעיוור.

2.2 **נותן השירות** - ארגון מפעיל שזכה במכרז של משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים.

3. **אוכלוסיית היעד**

אוכלוסיית היעד הזכאית לשירותי הדרכה שיקומית באמצעות המחלקה לשירותים חברתיים היא:

3.1 נושאי "תעודת עיוור/לקוי ראייה".

3.2 אנשים עם ראייה ירודה אשר תפקודם נפגע עקב כך (בלא "תעודת עיוור").

3.3 אנשים שזכאים עקב עיוורונם לקבל שירותי הדרכה שיקומית מכוח הסדר, לדוגמא: משרד הביטחון לנכי צה"ל, המוסד לביטוח לאומי לנפגעי פעולות איבה, **אינם זכאים** לשירותי ההדרכה השיקומית באמצעות המשרד.

4. **סדר עדיפויות במתן השירות**

שירותי ההדרכה השיקומית יינתנו לאוכלוסיית היעד שבסעיף 3 לעיל בהתאם לצרכי האוכלוסייה.

השירות יינתן בהתאם לסדר העדיפויות הבא:

- א. הורה עם עיוורון/לקות ראייה שנולד לו ילד/ה.
- ב. הורה רואה שנולד לו ילד/ה עם עיוורון/ לקות ראייה.
- ג. שינוי סביבת עבודה או לימודים.
- ד. שינוי סביבת מגורים.
- ה. קבלת כלב נחייה חדש.
- ו. החמרה במצב הראייה אצל אדם בודד ללא גורמי תמיכה.
- ז. אוכלוסיית היעד הנוספת על פי ההגדרה שבסעיף 3 לעיל.

5.1 הדרכה שיקומית לגיל הרך: לידה עד 3

- ההדרכה השיקומית לילד עם עיוורון/ לקוי הראייה בגיל הרך נועדה לקדם את התפתחותו לקראת השתלבותו החינוכית והחברתית ולקדם את תפקודו העצמאי, באמצעות אחד או יותר מהדרכים הבאות:
- א. ייעוץ והדרכה להורי הילד בכל הכרוך בתפקודו, תוך שיתוף ההורים בתכנית ההדרכה.
 - ב. ייעוץ לצוות לקראת קליטת הילד בגן הילדים.
 - ג. קשר עם "המרכז להתפתחות הילד" ועם גורמים אחרים המטפלים בו.

סל השירותים:

- א. גריית ראייה וניצול השימוש בראייה הקיימת.
- ב. פיתוח השימוש בחושים אחרים.
- ג. פיתוח תקשורת עם הסביבה.
- ד. הקניית מושגים.
- ה. התמצאות במרחב.
- ו. פיתוח הרגלי למידה.
- ז. אימון בעזרי ראייה וניידות.
- ח. הדרכה וייעוץ בהשלמת פערים התפתחותיים כתוצאה מלקות הראייה.
- ט. הדרכת הורים וצוותים מקצועיים.

5.2 הדרכה שיקומית לפרט/לקבוצה בגילאי 3 ומעלה

- תכנית ההדרכה נקבעת על פי אבחון של המורה השיקומי, לפי הצורך ובהתאם לגיל, לתפקוד הראייה של מקבלי השרות
- ההדרכה מתבצעת במקום המגורים, במקום העבודה ובמקום הלימודים ובסביבתם.

סל השירותים:

- א. התמצאות וניידות.
- ב. ניהול חיי היומיום.
- ג. טיפול בילדים.
- ד. ניהול משק בית.
- ה. שימוש ואימון בעזרים.
- ז. תקשורת, כגון: ברייל, הקלדה עיוורת ואוריינות מחשבים.
- ח. ניצול שעות פנאי.
- ט. יעוץ לבני משפחה ולארגונים מטפלים - הדרכה שיקומית לאדם עם מוגבלות שמיעה בנוסף על מוגבלות הראייה תסתייע בתרגום לשפת הסימנים המותאמת למוגבלות.

5.3 הדרכה שיקומית למוסדות וארגונים

תוכנית ההדרכה לארגונים ומוסדות נועדה לתת שירות ייעוץ המכוון לצוות טיפולי או ייעוץ בנושאים הקשורים בהנגשה לאנשים עם עיוורון או עם לקות ראייה.

סל השירותים למוסדות וארגונים:

ייעוץ, הדרכה והתאמת סביבה למוסדות וארגונים בנושאים הקשורים לניידות ולנגישות לאנשים עם עיוורון או עם לקות ראייה.

6. תהליך העבודה

6.1 שירות פרטני או קבוצתי

א. הפניית הלקוח לגורם המפעיל על ידי עו"ס המחלקה לשירותים חברתיים ע"ג "טופס החלטה על השמה למסגרת" וחומר נלווה כדלהלן:

- * טופס פנייה להדרכה שיקומית (נספח א')
- * צילום תעודת זהות כולל ספח (בפניה חדשה או אם חל שינוי)

- סיכום מידע רפואי כללי מרופא המשפחה- חובה בפניה ראשונה.
יש לחדש פעם בשנתיים אלא אם כן הייתה החמרה במצב או נוצר מצב חדש המצריך סיכום מידע רפואי חדש.
- אישור מרופא העיניים המצביע על מצב הראייה - חובה בפניה ראשונה. יש לחדש במידה וחל שינוי המצריך סיכום מידע רפואי חדש
- טופס ויתור סודיות
- דוח סוציאלי

הערכת צרכים ראשונית תתבצע בתוך שבועיים לכל היותר, מקבלת ההפניה לארגון המפעיל כמפורט להלן.

ב. ככל שהחומר מגיע חסר, נותן השרות יחזיר לעובד הסוציאלי את החומר, בצירוף מכתב המפרט את המסמכים החסרים. העתק יישלח לפיקוח המחוזי של השירות לעיוור.

ג. המורה השיקומי יבצע הערכת תפקודית (נספח ב' או ג'), יבנה תוכנית טיפול בשיתוף עם המודרך, כולל לויז וישלח לעובד הסוציאלי במחלקה לשירותים חברתיים. כל שינוי מהתוכנית המקורית יעשה בשיתוף והסכמת המחלקה לשירותים חברתיים.

ד. במצבים של חילוקי דעות בעניין התוכנית הטיפולית בין המורה השיקומי לבין העו"ס, יובאו לדיון עם כלל הגורמים והפיקוח המחוזי של השירות לעיוור.

ה. בתום השירות ישלח המורה השיקומי דיווח, סיכום הטיפול והמלצות כמפורט בסעיף 9 להלן.

6.2 שירות למוסדות וארגונים

א. המוסד או הארגון יפנה ישירות לגורם המפעיל ע"ג טופס פנייה להדרכה שיקומית (נספח ד') הגורם המפעיל יעביר הבקשה לשרות לעיוור לאישור מימון ההדרכה או דחיה.

ב. המורה השיקומי יבצע הערכת צרכים, יבנה תוכנית כולל לויז' וישלח לשירות לעיוור לאישור למתן השירות.

ג. בתום השירות המורה השיקומי ישלח דיווח, סיכום ההדרכה והמלצות כמפורט בסעיף 9 להלן.

7. היקף השירות

היקף השירות יהיה בהתאם לצרכי הלקוח, מצבו התפקודי, גילו, ומצב ראייתו, הכל בכפוף לאישור השרות לעיוור במחוז. היקף השעות להלן הן שעות הדרכה בפועל.

א. היקף שעות שנתי פרטני מרבי

גיל / מצב	היקף שעות שנתי מרבי לאדם עם עיוורון / לקות ראייה	היקף שעות שנתי מרבי לאדם עם עיוורון/לקוי ראייה עם בעיות נוספות המכבידות על התפקוד
עד 18	65	70
מעל 18	70	80

ב. הדרכה קבוצתית

מינימום 5 מפגשים בני שעה כל אחד, בתוספת שעת הכנה וכתובת דוח סיכום.

ג. היקף שעות שנתי מרבי להדרכת צוות במוסדות וארגונים:

היקף השעות המרבי יהיה עד 10 שעות לצוות.

ד. תגבור שעות

א) לצורך תגבור שעות הדרכה פרטנית/קבוצתית, נדרש אישור חריג מהמפקח המחוזי של אגף השיקום בצירוף דוח פעילות והתקדמות חתום

ע"י המורה השיקומי וכן תוכנית עבודה המפרטת את מספר השעות
הנוספות הנדרשות.

ב) לצורך תגבור שעות לצוות במוסדות וארגונים נדרש אישור חריג
מהמפקח הארצי.

8. דרישות מנותן השירות

א. נותן השירות ינחיל ידע עדכני למתלמדים בתחום, באמצעות חניכה אישית.
נותן השירות יתעדכן בתחום שיטות ועזרים הקשורים להדרכה שיקומית
בעולם וינחיל אותו לכלל המורים השיקומיים.

ב. השתתפות בישיבות מקצועיות בהם נדרש ייעוץ בתחום בהתאם להזמנת
השירות לעיור.

9. דיווח

א. הזמנת הדרכה שיקומית תעשה לאחר שמולא טופס החלטה מקוון על גבי
טופס השמה למסגרת עבור הדרכה פרטנית סמל תעריף 3501 עבור הדרכה
בקבוצה סמל תעריף 3511.

ב. דיווח חודשי יועבר באמצעות מערכת ממוחשבת מנותן השירות ישירות
למשרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים ובו פירוט שם הלקוח,
מספר זהות, מספר שעות הדרכה.

ג. דווח חודשי מרוכז אודות סטטוס ההדרכות ישלח למפקח המחוזי (נספח ה').

- ד. דיווח למחלקה לשירותים חברתיים יתבצע מידי חודש על ידי הגורם המפעיל על גבי טופס "דיווח חודשי" (נספח ו') עם העתק למפקח המחוזי. הדיווח יכלול את מסי השעות, תכני ההדרכה והתקדמות הלקוח.
- ה. בתום ההדרכה ישלח המורה השיקומי סכום והמלצות למחלקה לשירותים חברתיים.
- ו. בסוף שנה נותן השירות יגיש דו"ח סיכום שנתי לשירות לעיוור.
- ז. במקרה של אירוע חריג, תדווח המורה השיקומית לעו"ס המחלקה לשירותים חברתיים, על גבי "טופס דיווח על אירוע חריג" (ראה נספח ז') עם העתק למפקח מחוזי ומפקח ארצי.

10. מ י מ ו ן

- 10.1 מתקנה תקציבית "הדרכת העיוור ובני משפחתו" 23.06.62.43 כדלקמן:
א. לפרט ולקבוצה 75% משרד 25% רשות מקומית.
ב. שירות לפרט ללא תעודת זהות, כגון תייר-ב-100% על ידי המשרד (עונה לסעיף 3.2 באוכלוסיית היעד ואין אף רשות מקומית אחראית).
ג. שירות למוסדות ולארגונים וכן הנחלת הידע למתלמידים בתחום - ב-100% משרד.
- 10.2 מתקנה תקציבית "החזקת נכים בפנימיות ואומנה" 23.06.21.04 שירות לחוסה במסגרת חוץ ביתית מסעיף "הוצאות מיוחדות למושם" ומהתקנה התקציבית הרלוונטית.
- 10.3 שירותי תרגום לשפת סימנים יינתנו מתקציב שירותי תמיכה ותקשורת כמפורט בהוראה 5.7 בתע"ס.

11. בקרה

משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים יוודא יישום הוראה זו באמצעות המפקחים המחוזיים ועובדי האגף לביקורת פנימית.

אלין אלול

מ"מ המנהל הכללי

נספח א' (6.6)

הרשות המקומית _____

טופס הפניה להדרכה שיקומית

פרטי הפונה:

תעודת זהות: _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מין: זכר נקבה תאריך לידה: _____ שנת _____

עליה: _____

מצב משפחתי: רווק/ה נשוי/אה פרודה גרושה אלמן/נה

מתגורר עם? (הורים/ילדים/ בן/בת זוג/מטפלת צמודה/בודד/ אחר – פרט _____

כתובת: _____

רחוב _____ מס' _____ ישוב _____

טלפון _____ טלפון נייד: _____

הגורם המפנה:

שם מלא _____ תפקיד: _____ מקום עבודה _____

טלפון _____ טלפון נייד _____

מספר פקס _____ דוא"ל _____ @ _____

רקע:

מקצוע: _____

ידעת שפות: _____

עיסוק נוכחי: _____

מצב תפקודי:

מצב הראיה – עיוור/כבד ראייה/אחר – פרט _____
תעודת עיוור – יש/אין דמי ליווי – יש/אין

לקות הראייה: (ממה נובעת הלקות-נא לצרף אישור מרופא עיניים + בדיקת שדה ראייה במידה ויש)

קשיים תפקודיים:

קשיים תפקודיים שמתוארים ע"י הלקוח:

בעיות רפואיות/תפקודיות נוספות: (נא לצרף חומר רפואי).

סיבת ההפניה:

פרטים נוספים (רצוי לצרף דוח סוציאלי).

תאריך: _____ חתימה וחותמת הגורם המפנה: _____

להדרכה שיקומית יש להוסיף:

טופס החלטה על השמה (טופס כחול) סמל מסגרת: 207246, סמל תעריף: 3501

תעודת זהות כולל ספח

דף נתוני יסוד

חומר רפואי

טופס הערכה תפקודית

פרטים אישיים

שם משפחה ושם פרטי: _____

מס' ת"ז _____

תאריך לידה _____

כתובת: _____

מקום מגורים: בית / / בית אבות / / דיור מוגן / / הוסטל /

בעיות בריאותיות נוספות לא / / כן / . פרט: _____

קיבל הדרכה שיקומית בעבר כן / / לא /

נבדק במכון לראיה ירודה כן / / לא /

פרטים על מצב הראיה

- בעל תעודת עיוור כן / / לא /

- גורם העיוורון / לקות הראיה _____

- מצב הראיה: עיוור מוחלט / / עיוור עם תחושת אור / / בעל שרידי ראיה /

- רואה בעין: ימין בלבד / / שמאל בלבד / / שתיהן / / ראיית עומק /

- מגבלה בשדה הראיה: קיימת / / לא קיימת /

- ראיה שימושית לטווח קצר (לקריאה וכתיבה): קיימת / / לא קיימת /

- פרט מהו הטווח לראיה לטווח קצר _____

- משתמש בעזרים לקריאה: לא / / כן / . אם כן, פרט באילו עזרים: _____

- ראיה שימושית לטווח ארוך (לניידות): קיימת / / לא קיימת /

- פרט מהו הטווח לראיה לטווח רחוק: _____

- רגישות לאור חזק (סנזור): קיימת / / לא קיימת /

- ראיית צבע: קיימת / / לא קיימת /

- אם קיימת ראיית צבע: קונטרסטים בלבד / / מבחין בצבעים שונים זה מזה /

/ מבחין גם בצבעים קרובים זה לזה /

- ראייה בחושך: ראייה שימושית / ראייה שימושית באופן חלקי / ללא ראייה שימושית .
- הסתגלות מאור לחושך ולהפך: איטי / תקין

התמצאות וניידות

בדיקה
מעשית 8 3 1 0

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. התמצאות במקום המגורים או במקום שבו התבצעה הערכה. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. הכרות ושימוש בטכניקות הגנה בעת הצורך. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. הליכה נכונה עם מלווה. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. התמודדות עם מסלול פשוט באזור המגורים / באזור הערכה. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. חציית כביש חד סטרי. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. חציית כביש דו סטרי. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. חציית צומת מרומזר. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. בקשת עזרה מהציבור. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. שימוש במקל לניידות / כלב נחייה. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. שימוש בתחבורה ציבורית |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. ניידות לילה |

הערות:

שם המורה: _____ תאריך: _____

הערכה תפקודית לגיל הרך

תאריך _____

פרטים אישיים

שם פרטי ושם משפחה _____

ת.ז. _____

תאריך לידה _____

כתובת _____

אבחנות רפואיות: _____

לקות ראייה (משקפיים, רטיות) _____

הערכה (להתייחס לחדר מואר, ו חדר חשוך).

1. מקוד מבט, מרחק, גודל חפץ - , _____

2. יצירת קשר עין _____

3. תגובה לאיום _____

4. מנח (תנוחה בה הכי פנוי לראייה) _____

5. מעקב – (חפץ, פנים,) רציף, עקבי. _____

עד איזה מרחק _____

6. מהירות תגובה, עיכוב אם קיים _____

7. העדפות צבע _____

8. העדפות צד _____

9. הושטת יד לחפץ - קשר עין עם החפץ _____

10. משחק תוך כדי מבט _____

11. חקירה _____

12. מעבר בין 2 חפצים (העברת מבט) _____

13. ניידות – תוך שימוש בראייה. _____

14. רגישות לאור. _____

15. משחק – דמות, רקע, תמונות עמוסות פרטים, זיהוי פרטים, פאזל _____

המלצות

וסיכום. _____

תאריך _____

שם המורה _____

נספח ד' (6.6)

שם הגורם המפנה _____

אל הארגון המפעיל _____

טופס הפניה להדרכה שיקומית

שם הגורם המפנה: _____ איש הקשר: _____

טלפון _____ טלפון נייד _____

מספר פקס _____ מייל _____

_____ @ _____

תיאור הארגון:

מטרת הפניה:

הדרכה: קבוצתית / פרטנית

פרטים נוספים:

תאריך: _____ חתימה וחותמת הגורם המפנה: _____

נספח ה' (6.6)

דוח חודשי מרוכז אודות סטטוס הדרכות לחודש _____

שם רשות: שם חשבון	שם מלא	תעודת זהות	שנת לידה	תאריך הפניה	מספר שירותי הדרכה שיקומית	מצב הפניה	תאריך תחילת טיפול	הערכת שעות	מס' שעות עבודה בחודש בפועל	שעות נסיעה

נספח ו' (6.6)

טופס דיווח חודשי

מחוז: _____

שם הרשות: _____

שם המורה השיקומי: _____

שם מקבל השירות: _____ מספר זהות: _____

תאריך לידה: _____

מועד תחילת השירות: _____

סמן מקום מתן השירות: _____

א __ בבית הלקוח ב __ פעילות חוץ ג __ מקום לימודים/עבודה

ד __ פעילות קבוצתית ה __ הדרכת צוות

מהות השירות: _____

מספר שעות בחודש	גיל רך	מספר שעות בחודש	ילד/ בוגר
	גריית ראייה		התמצאות וניידות
	פיתוח השימוש בחושים		ניהול חיי היומיום
	פיתוח תקשורת		טיפול בילדים
	הקניית מושגים		ניהול משק בית
	התמצאות במרחב		שימוש ואימון באביזרי ראייה ומכשירי שיקום
	פיתוח הרגלי למידה		תקשורת
	הדרכת הורים וצוותים		ניצול שעות פנאי
	מקצועיים		יעוץ לבני משפחה ולארגונים מטפלים
	אחר:		אחר:

חתימה: _____

תאריך: _____

נספח ז' (6.6)

תאריך: _____

לכבוד: מנהל השרות לעיוור

אגף השיקום

משרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים

ירושלים

טופס דיווח על אירוע חריג

שם הלקוח: _____ מ.ז. _____

תאריך האירוע החריג: _____

תאור האירוע: _____

פרטי/אופן הטיפול באירוע – הפעולות שנקטו וע"י מי: _____

המצב הנוכחי: _____

_____ הטיפול הסתיים המשך טיפול – פירוט: _____

שם המדווח _____ חתימת המדווח _____

העתק: מפקח/ת ארצית בשירות לעיוור

מפקח מחוזי שרות לשיקום

עו"ס המח' לשי"ח _____

מנהל המדור להדרכה שיקומית